

Scuola Universitaria della Svizzera Italiana (SUPSI)

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS)

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Bachelor Thesis di **Marianna Galic**

**“Strategie di coping attuate
dagli infermieri di CpA di
fronte alla morte del
residente”**

Direttrice di tesi: Lara Pellizzari

Data di consegna: Manno, 02.08.2016

Anno accademico 2013 – 2016

ABSTRACT

In Svizzera, in un arco di tempo relativamente breve si è assistito a profondi mutamenti demografici, nella direzione di un invecchiamento della popolazione, in poco più di un secolo è raddoppiata la speranza di vita. Nel 2007 le persone con più di 65 anni erano più di 1,245 milioni, corrispondente al 16% della popolazione. Sempre nello stesso anno, dei 42'000 decessi di persone superiori a 75 anni, il 52% è deceduto in casa per anziani. La morte dei residenti è un evento comune nelle strutture d'assistenza a lungo termine, ed i curanti sono le persone maggiormente esposte all'impatto di questo particolare momento di vita.

La ricerca d'informazioni è stata suddivisa principalmente in due parti, la prima è stata ottenuta mediante la letteratura scientifica ed i libri di testo, mentre la seconda, attraverso una ricerca qualitativa tramite l'indagine sul campo.

Lo scopo generale di questa tesi è quello di comprendere quali strategie di coping vengono messe in atto dagli infermieri che lavorano presso una casa per anziani di fronte alla morte del residente e, come questo evento incide nei confronti della motivazione e performance professionale.

In conclusione i risultati emersi mostrano che vi sono diverse strategie di adattamento che si sono rivelate efficaci per i curanti al fine di affrontare l'"end-of-life" di un paziente, senza che quest'ultimo evento incida in particolar modo né sulla performance né sulla motivazione professionale.

INDICE

ABSTRACT

1. INTRODUZIONE ALLA TEMATICA DI RICERCA	1
1.1 Motivazioni personali.....	1
1.2 Background.....	1
1.3 Scopo e obiettivi.....	2
1.4 Domanda di ricerca e PICO	2
2. METODOLOGIA	4
2.1 FASE 1: Identificazione e definizione del problema	4
2.2 FASE 2: Scelta del metodo di ricerca	4
2.3 FASE 3: Sviluppo del quadro teorico di riferimento	5
2.4 FASE 4: Raccolta dei dati	5
2.5 FASE 5: Analisi e discussione.....	6
2.6 FASE 6: Conclusioni	6
3. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO	7
3.1 Morte ed emozioni.....	7
3.2 Invecchiamento fisiologico, demografico e istituzionalizzazione	8
3.3 Stress e morte.....	9
3.4 Coping.....	10
3.4.1 Infermieri e strategie di coping	12
4. INDAGINE SUL CAMPO	21
4.1 Sintesi interviste	23
5. ANALISI E DISCUSSIONE: Confronto fra le interviste e la letteratura.....	32
6. CONCLUSIONI	40
7. FONTI.....	42
7.1 Libri di testo.....	42
7.2 Articoli scientifici.....	42
7.3 Sitografia	43
8. RINGRAZIAMENTI	44
9. ALLEGATI	44
Allegato N°1: Interviste	45
Allegato N°2: Elenco delle figure	69

1. INTRODUZIONE ALLA TEMATICA DI RICERCA:

1.1 Motivazioni personali:

Ho deciso di trattare il tema della morte, poiché, sia da un punto di vista professionale che non, rappresenta una fonte di sofferenza e di dolore, davanti alla quale ci sentiamo impotenti e impreparati.

In questo lavoro di Bachelor esaminerò le strategie di coping attuate dagli infermieri di CpA (casa per anziani) di fronte alla morte del residente, al fine di identificarne le più utili ed efficaci nell'affrontare al meglio questo particolare momento di vita. Oltre a ciò, il decesso rappresenta anche un argomento affine al contesto professionale della formazione e di attualità, nonché inerente alla pratica clinica.

L'idea di argomentare questo tema è nata dopo il seminario sulla morte organizzato dai docenti durante il secondo anno di cure infermieristiche. Quest'ultimo l'ho collegato alla casa anziani, poiché quando un anziano vi entra sa che probabilmente concluderà lì l'ultima fase di vita. Confrontarsi con la morte spesso può rappresentare una fonte di stress e, per questo motivo, l'attuazione di strategie di coping efficaci, risulta fondamentale per mantenere il proprio benessere personale e, risultare di conseguenza anche più performanti sul lavoro.

Nel corso degli stage che ho frequentato ho avuto modo di confrontarmi diverse volte con il decesso dei pazienti. Dinanzi a questo evento, ho osservato varie reazioni da parte dei miei colleghi, notando che ognuno di loro reagiva in modo differente, c'era chi stava in silenzio, chi rimaneva impassibile, chi manifestava esplicitamente il proprio malessere, ecc.,... La diversità di queste reazioni mi ha fatto riflettere e, allo stesso tempo mi hanno lasciata perplessa; e per tale motivo, questo argomento mi ha incuriosito e suscitato diverse domande, come: Cosa è la morte? Quali rappresentazioni hanno gli infermieri della morte? Quali sono le loro esperienze? Quali strategie di coping attuano gli infermieri di fronte al decesso del paziente? Le strategie di coping risultano efficaci? Quali conseguenze per la salute possono portare delle strategie di coping inefficaci? Come influiscono sul ruolo di curante queste esperienze? La mia speranza è quella di acquisire maggior capacità critica nelle situazioni complesse, maggior capacità di accettazione e di controllo dei miei comportamenti in caso di decesso di un paziente.

1.2 Background:

La casa di riposo non funge solo da "domicilio finale" per molti anziani ma, anche come ultimo luogo di morte. Il decesso dei residenti è un evento comune nelle strutture d'assistenza a lungo termine, ed i curanti sono le persone maggiormente esposte all'impatto di questo particolare evento di vita (Barooah et al. 2015).

In uno studio condotto da Rickerson et al. hanno trovato che il 72% del personale di assistenza ha riferito un vissuto di dolore e, che i sintomi sono aumentati con l'esperienza della morte negli anni. Il 36% dei membri del personale ha dichiarato che "la fine della vita" di un residente ha influenzato la loro relazione con gli altri utenti. Il dolore provocato dal lutto ha portato ad un indurimento emotivo verso gli altri pazienti, d'altra parte però, è emersa una migliore crescita personale, riferendo una migliore sensazione di realizzazione (Barooah et al. 2015). I risultati emersi mostrano come l'impatto negativo e/o positivo derivato dal confronto con la morte di una persona possa essere interpretata soggettivamente, ripercuotendosi sia sul piano personale che professionale. Anche se in questo contesto di cura si è continuamente esposti al supplizio, queste esperienze sono raramente discusse nell'ambito lavorativo e/o con un

servizio di supporto per il lutto, che spesso è carente; infatti, si è notato come le questioni riguardanti la morte e il morire dei residenti tendano ad essere evitate (Barooah et al. 2015). Il lutto rappresenta una dura realtà lavorativa, la quale può provocare un significativo stress professionale ma anche personale (Zheng, Lee, e Bloomer 2016).

Gli infermieri delle aree geriatriche affermano che la motivazione professionale è cresciuta nel tempo e, l'esperienza ha permesso loro di acquisire maturità e competenze professionali da mettere a disposizione del paziente (Squaglia e Matarese 2007). I fattori che hanno indotto gli infermieri a non cambiare ambito clinico, pur avendone la possibilità, è ad esempio la qualità delle relazioni umane nell'ambiente di lavoro. Gli infermieri che non hanno esperienza in contesti geriatrici, infatti, descrive le case di cura per gli anziani come luoghi molto tristi e la vecchiaia come evocatrice di morte. Per i curanti il nodo cruciale della differenza con le altre aree clinico-assistenziali non è solo nell'approccio relazionale, ma anche nella necessità di rispondere ai bisogni sociali ed affettivi dell'anziano. È importante "essere famiglia per l'anziano", soprattutto lì dove i legami famigliari sono interrotti, carenti o assenti, e diventa per i professionisti non solo un dare ma anche un ricevere (Squaglia e Matarese 2007).

1.3 Scopo e obiettivi:

Gli obiettivi di questa tesi sono:

1. Ampliare le mie conoscenze sulla morte come evento imprescindibile della professione infermieristica;
2. Comprendere se il decesso costituisce un evento stressante e, se e come, influisce sulla motivazione e performance del professionista;
3. Accrescere dal punto di vista personale per il mio futuro lavorativo in qualità di infermiera.

1.4 Domanda di ricerca e PICO:

La domanda di ricerca è concisa, scritta al presente che include una o più variabili, che possono essere descritte mettendo in relazione analogie e differenze. Quest'ultima viene utilizzata in sostituzione delle ipotesi quando la conoscenza corrente su un fenomeno è ancora limitata e, per questo motivo la ricerca che si vuole condurre necessita di indentificare o descrivere il fenomeno (James A. Fain e Vellone 2004).

La mia domanda di ricerca è la seguente: Quali sono le strategie di coping messe in atto dagli infermieri di fronte alla morte del paziente residente in CpA? Quali strategie di coping si rilevano funzionali/disfunzionali e incidono positivamente/negativamente sulla performance professionale?

Nei libri di testo sull'EBP (Evidence Based Practice) ci sono notevoli indicazioni su come formulare i quesiti clinici, per facilitare la ricerca di una risposta. Ad esempio, DiCenso e colleghi suggeriscono che, per le domande che richiedono informazioni quantitative, vi sono tre componenti essenziali che devono essere identificati (Polit e Beck 2008):

1. La popolazione (Quali sono le caratteristiche dei pazienti o clienti?);
2. L'intervento o l'esposizione (Che cosa sono i trattamenti o interventi di interesse, o, quali sono le esposizioni potenzialmente dannose a cui siamo interessati?);
3. I risultati (Quali sono i risultati o le conseguenze a cui siamo interessati?).

Per le domande che richiedono una risposta qualitativa (sul significato di un'esperienza), DiCenso e colleghi suggeriscono altri due componenti aggiuntive (Polit e Beck 2008):

1. La popolazione (Quali sono le caratteristiche dei pazienti o clienti ?);
2. La situazione (quali condizioni, esperienze o circostanze siamo interessati a capire ?).

Il mio PICO:

P = Infermieri di CpA confrontati con la morte del paziente residente;

I = Strategie di coping efficaci;

C = Strategie di coping inefficaci;

O = Mantenimento della motivazione verso la professione infermieristica. Mantenimento della performance professionale e accrescimento del benessere personale e professionale.

2. METODOLOGIA:

Facendo riferimento alle lezioni svolte durante il modulo di “metodologia della ricerca 1” e, la consultazione del libro “La ricerca infermieristica” di Fain (2004), sono arrivata alla conclusione che la stesura del mio lavoro di Tesi verrà strutturata in sei fasi:

1. Identificazione e definizione del problema;
2. Scelta del metodo di ricerca;
3. Sviluppo del quadro teorico di riferimento;
4. Raccolta dei dati;
5. Analisi e discussione
6. Conclusioni.

2.1 FASE 1: Identificazione e definizione del problema:

In questa fase ho identificato il tema e il contesto per la stesura di questo lavoro di Bachelor, che si è svolta tra Maggio e Settembre 2015.

Come prima cosa ho individuato l'area del mio interesse, ovvero la morte. Ho deciso di affrontare questo argomento in quanto è una realtà con cui gli infermieri devono confrontarsi quotidianamente e risultava interessante indagare le modalità con cui affrontavano questo particolare momento di vita.

Successivamente, per rendere la tematica più specifica ho ulteriormente definito e contestualizzato il tema: le strategie di coping attuate dagli infermieri di CpA messe a confronto con la morte del residente. Il motivo che mi ha portato a scegliere gli operatori della casa per anziani riguarda la particolare relazione che l'infermiere instaura con il residente nel corso degli anni, in quanto essendo una degenza a lungo termine entra a far parte della propria quotidianità lavorativa. Era quindi di mio interesse ricercare come i curanti reagissero di fronte alla morte di un utente del quale si sono occupati magari per anni, anche perché si sa che quando quest'ultimi entrano in un contesto di cura come la casa di riposo rappresenta per loro il domicilio finale.

2.2 FASE 2: Scelta del metodo di ricerca:

Data l'area di interesse dell'argomento, dalla domanda di ricerca e dagli obiettivi di questo lavoro, ho ritenuto ideale svolgere una ricerca di tipo qualitativa, trovando che la strategia migliore per ottenere informazioni fosse l'indagine sul campo.

Le interviste mi hanno dato l'occasione di confrontarmi direttamente con l'esperienza umana, permettendomi di assistere ad un momento personale, privilegiato e singolare del loro vissuto, dando così valore a ciò che avevano da raccontare.

Quando parliamo di ricerca qualitativa, ci riferiamo ad un ampio termine che comprende diverse metodologie, ma che condividono molte similitudini nella conduzione della ricerca. I ricercatori qualitativi studiano l'oggetto/ il tema di ricerca nel loro ambiente naturale, cercando di dare un senso, un'interpretazione, al fenomeno in termini di significati che le persone gli attribuiscono (LoBiondo-Wood e Haber 2010). Si intendono tutte quelle ricerche mirate a comprendere un fenomeno attraverso la definizione di concetti e idee che lo caratterizzano. Il termine qualitativo fa riferimento alla forma in cui sono espressi i risultati, impossibili però da rappresentare sotto forma numerica o relazioni quantitative tra variabili («Focus Marketing, autore» 2015).

Ho scelto di procedere con questa modalità poiché trovo che per alcuni argomenti, come il mio, non saranno i numeri a dare un valore al risultato o allo scopo della ricerca. Non ho voluto procedere con una revisione della letteratura perché volevo dare più valore alle esperienze personali. Secondo me la ricerca qualitativa è quella più indicata

all'argomento che voglio trattare, proprio perché voglio indagare le diverse sfumature dell'esperienza umana.

2.3 FASE 3: Sviluppo del quadro teorico di riferimento:

In questa fase, ho approfondito l'area di mio interesse che è la morte e, la tematica riguardante le strategie di coping degli infermieri con tutte le loro sfumature.

Per l'approfondimento dei vari argomenti ho consultato libri, articoli e banche dati, in particolare: Wiley, Science Direct e PubMed.

Gli argomenti che concernono la morte, la definizione di coping e di stress e, le informazioni riguardante l'anziano sono state estratte principalmente da libri di testo. Invece tutti i dati sulle strategie di coping attuate dagli infermieri sono stati estratti dalle banche dati sopra citate.

Come key words ho utilizzato: Nursing home, resident death, end of life, older people, older adults, death, dying, parole chiave che ho alternato fra loro accompagnate dall'operatore booleano "AND, OR o NOT".

Gli operatori booleani vengono utilizzati per rendere più efficace l'indagine all'interno dei motori di ricerca, consentendo di restringere e affinare lo studio a termini particolari («Gli operatori booleani / a cura di Barbara Fiorentini» 2016). Come vengono utilizzati: AND: Operatore in alternativa al segno "+", permette di collegare due o più parole. In questo modo il motore restituirà in risposta tutti i documenti indicizzati che contengono tutte le parole inserite, e non soltanto una di esse considerata singolarmente. NOT: Usato in alternativa al segno "-", esclude dalla ricerca quei documenti che hanno al loro interno una certa parola chiave. In altre parole ha un funzionamento opposto all'operatore AND. Infine, OR: Viene utilizzato quando la ricerca si concentra su diversi termini, e non è necessario che li comprenda tutti, ma anche solo uno di essi («Gli operatori booleani / a cura di Barbara Fiorentini» 2016).

2.4 FASE 4: Raccolta dei dati:

Come strumento di rilevazione dei dati ho scelto l'utilizzo di interviste semi-strutturate, costituite da domande specifiche da me create, in modo tale da indagare e far emergere l'esperienza soggettiva di ogni infermiere. Ho scelto questa metodologia d'indagine dei dati poiché credo che sia la più indicata per approfondire un tema così delicato e personale e far emergere i dati essenziali; in questo modo inoltre si dà valore ai vissuti dell'intervistato, nel rispetto dell'anonimato.

Mi sento quindi molto in sintonia con il pensiero degli autori sottoscritti che affermano che i soggetti di uno studio di ricerca spesso dispongono di informazioni importanti che si possono ottenere solo attraverso domande dirette, che possono essere poste oralmente dal ricercatore in persona (LoBiondo-Wood, Haber, e Palese 2004). Quest'ultimo stabilisce il contenuto di un'intervista, ponendo domande aperte (utilizzate se si vuole che il soggetto risponda con parole proprie o quando non si conoscono tutte le risposte alternative possibili) o chiuse (usate quando esiste un numero fisso di risposte alternative) (LoBiondo-Wood, Haber, e Palese 2004). Le tecniche di colloquio o interviste faccia a faccia sono usate quando il ricercatore desidera chiarire al soggetto intervistato cosa debba fare o è interessato ad ottenere mediante le informazioni personali. Le interviste consentono all'indagatore di osservare la situazione che si viene a creare durante il colloquio e di esercitare un forte controllo sull'ordine in cui vengono poste le domande (LoBiondo-Wood, Haber, e Palese 2004).

Gli infermieri che sono riuscita ad intervistare sono sei, spostandomi sul territorio per far coincidere sia i miei che i loro impegni. Quando ho effettuato le interviste registrandole con un registratore e, in seguito trascrivendole, ho riportato i dati nel rispetto dell'anonimato, rendendo anonimo ogni possibile riferimento a persone e/o a fatti. Gli unici criteri di inclusione erano almeno 5 anni lavorativi presso una casa per anziani e che fossero infermieri. In media gli incontri sono durati dai 12 ai 33 minuti, con una media di 20 minuti.

2.5 FASE 5: Analisi e discussione:

Il metodo fenomenologico è un processo di apprendimento che permette di costruire il significato dell'esperienza umana, mediante un dialogo intenso con le persone che stanno vivendo l'esperienza (LoBiondo-Wood e Haber 2010).

L'obiettivo è di comprendere il significato del fenomeno vissuto dal partecipante. L'importanza di questo approccio viene ottenuta mediante un processo dialogico, che si estende al di là di una semplice intervista, ma richiede la presenza premurosa da parte del ricercatore. Ci sono diversi autori che promuovono questo tipo di approccio, tra cui i principali sono Colazzi (1978), Giorgi et al. (1975), Spiegelberg (1976), van Kaam (1969). Ognuno di questi scrittori propone delle tecniche e metodi di analisi dei dati differenti tra loro, che tuttavia hanno delle peculiarità e caratteristiche comuni (LoBiondo-Wood e Haber 2010).

In questo lavoro di Bachelor utilizzerò un modello di analisi fenomenologica proposta da LoBiondo e Haber (2010) che comprende i passaggi comuni individuati dai diversi autori:

1. Lettura approfondita e sensibile della trascrizione con l'intera descrizione dei partecipanti;
2. Identificazione dei cambiamenti di pensiero dei partecipanti, con conseguente divisione nella trascrizione dei segmenti di pensiero;
3. Specificazione dei significati delle frasi in ogni segmento di pensiero usando le parole del partecipante;
4. Distinzione dei significati di tutte le frasi per esprimere il significato centrale dei segmenti di pensiero nelle parole del ricercatore;
5. Raggruppamento dei segmenti di pensiero che contengono significati centrali simili per ogni partecipante;
6. Sintesi preliminare dei segmenti raggruppati per ogni partecipante concentrandosi sull'essenza del fenomeno che si sta studiando;
7. Sintesi finale delle entità che sono emerse in tutte le descrizioni dei partecipanti, risultato di una descrizione esaustiva dell'esperienza vissuta (LoBiondo-Wood e Haber 2010).

Dopo aver analizzato, estratto i dati necessari e sintetizzato i risultati è stata svolta una discussione. In quest'ultima sono state riassunte le informazioni principali emerse dalle interviste in rapporto agli obiettivi del lavoro di Bachelor e messe in relazione con la letteratura scientifica, discutendo anche sui limiti che si sono riscontrati e le potenziali cause.

2.6 FASE 6: Conclusioni:

Infine, nelle conclusioni sono stati valutati i risultati ottenuti, la rispettiva risposta alla domanda ricerca e agli obiettivi preposti. È stato anche valutato il mio percorso personale nell'elaborazione di questo lavoro, riflettendo anche sull'acquisizione di nuove conoscenze e/o competenze utili per il futuro ruolo professionale.

3. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO:

3.1 Morte ed emozioni:

“A volte arriva come un’onda lunga e lenta che, partendo dalla pancia, si inerpica lungo lo stomaco e raggiunge i polmoni e la gola facendoli urlar ed esplodere. Altre volte, invece, sembra più simile a un coltello che, conficcandosi nella carne, apre piccoli varchi per rigagnoli di lacrime calde e silenziose. In molti casi si presenta come un rumore di sottofondo, incessante e fastidioso, o come un peso che comprime il petto, il ventre e le gambe. Può persino giungere a rubare il respiro, le parole, le energie, la vita stessa. Comunque sia, quando decide di fare la sua comparsa, l’esistenza inizia a riempirsi di tristezza, di disperazione, di rabbia, di lacrime e di urla” (Benini 2007).

Il processo del lutto non ha solamente il compito di aiutare l’uomo ad affrontare la perdita delle persone care, ma ha anche la funzione di sostenerlo nell’elaborare tutti i tipi di perdita che incontrerà nel corso della vita, conseguenti agli abbandoni, alle sconfitte, alle frustrazioni, ecc...(Benini 2007). Il fatto di non superare un esame, la fine di una relazione d’amore o d’amicizia, una ferita inflitta all’autostima, persino un appuntamento disdetto comportano per la nostra mente, la percezione di un dolore, che sarà più o meno intenso a seconda dell’importanza attribuita a ciò che viene a mancare o si è modificato. Per fronteggiare queste perdite è necessario concedersi un periodo di lutto (Benini 2007). In caso contrario sarà impedito all’uomo, nel corso della vita, di sperimentare altri legami, di “lanciarsi” in nuove esperienze, di operare scelte e mettere in atto cambiamenti sino a bloccare il percorso di crescita. Per evitare che ciò avvenga è necessario acquisire la libertà di vivere questo processo psicologico come un evento naturale, vitale ed evolutivo e, imparare ad accettare ed esprimere tutte le emozioni che caratterizzano questo momento. Nello specifico vi sono tre fasi emotive che possono presentarsi in sequenza oppure alternarsi, variare di intensità e di durata o anche differire enormemente nei tempi di elaborazione. Queste fasi vengono denominate: del dolore, della rabbia e della paura (Benini 2007).

Il tempo del dolore: In questa fase le emozioni che si presentano possono variare dalla semplice tristezza alla malinconia, sino a giungere a estenuanti crisi di disperazione. Attraverso la manifestazione del dolore la persona può piangere la perdita, chiedere conforto, sostegno e comprendere le conseguenze reali dell’avvenimento. È il momento in cui l’individuo si chiude in se stesso e si assiste ad una caduta di energia ed entusiasmo verso le attività della vita (Benini 2007).

Il tempo della rabbia: Può essere una leggera irritazione, oppure scoppi d’ira, ma anche prolungate manifestazioni di collera. Spesso si pensa che esprimere rabbia in queste situazioni sia un comportamento di cattivo gusto, ma in realtà è questa fase che dà energia per proseguire. Solo esprimendo liberamente la rabbia l’individuo può affermare il senso di ingiustizia da cui viene pervaso in conseguenza della perdita. (Benini 2007).

Il tempo della paura: Perdere una persona, un ruolo, la stima di sé, un legame o qualunque altra cosa, comporta di dover rinunciare momentaneamente, o definitivamente, a un affetto o a una sicurezza. Qui subentrano le incertezze per il futuro, i dubbi sulle scelte da operare, le perplessità sulle proprie autonomie e sulla possibilità di riuscire ad affrontare le conseguenze della perdita. L’ansia occupa gran parte di questa fase (Benini 2007).

3.2 Invecchiamento fisiologico, demografico e istituzionalizzazione:

In Svizzera, così come nel resto dei paesi occidentali, in un arco di tempo relativamente breve abbiamo assistito a profondi mutamenti demografici nella direzione di un invecchiamento della popolazione; in poco più di un secolo è raddoppiata la speranza di vita (Moser, Pezzati, e Luban-Plozza 2002).

In Svizzera, nel 2007, il numero di persone di 65 anni era più di 1,245 milioni, che corrisponde al 16% della popolazione. Tra di esse, 80'000 (6%) vivevano in pianta stabile in strutture medicosociali. Con l'età la proporzione di anziani istituzionalizzati aumenta sensibilmente. Nelle case per anziani ticinesi nel 2008 risiedevano tra i 3'837 ospiti, 717 avevano meno di 80 anni, mentre 3'120 erano ultra 80enni, corrispondenti rispettivamente al 18.7% e all'81.3% del totale (Egloff 2012).

Non è facile definire cosa sia l'invecchiamento in quanto è un insieme di mutamenti fisici e psichici, non dovuti a malattia, che intervengono negli individui dopo la maturità (Cavazzuti, Cremonini, e Di Giulio 2000). Vi è una riduzione della capacità di adattamento allo stress e di mantenimento dell'equilibrio omeostatico, sfociando così nella morte dell'individuo stesso. Si tratta di un fenomeno progressivo, irreversibile e soggettivo in quanto influenzato da fattori interni ed esterni e determinato da differenze individuali. Con l'invecchiare, i processi di crescita, differenziazione e involuzione si susseguono nel tempo a livello dei vari apparati con una velocità condizionata, oltre che da fattori endogeni, da cause esogene, ambientali e soggettive (Cavazzuti, Cremonini, e Di Giulio 2000). Ciò comporta che nell'uomo l'invecchiamento non ha un andamento uniforme e standard, la rapidità con cui si osservano alterazioni funzionali individuali non è uguale per tutti.

Bourlière ha suddiviso le cause delle differenze individuali dell'invecchiamento umano in quattro categorie: 1) cause generiche; 2) non uso o cattivo uso di una funzione durante la crescita e l'età adulta (ad esempio, la mancanza di attività fisica accentua l'invecchiamento dell'apparato locomotore; 3) i "fattori di rischio" (es. diete ipercaloriche, tabacco, alcol, stress,...); 4) le malattie fisiche o psichiche intercorrenti (sono tutte in grado di accelerare l'invecchiamento dopo una certa età) (Cavazzuti, Cremonini, e Di Giulio 2000). Grazie allo sviluppo dei servizi di assistenza e cure a domicilio, gli anziani possono vivere presso la loro dimora più a lungo.

Di conseguenza, il trasferimento in casa di riposo avviene a un'età molto avanzata. I casi istituzionalizzati sono quindi generalmente più complessi e i bisogni di cura più considerevoli. Il ricovero in una casa per anziani interviene in una fase dominata dalla presenza di più affezioni e da importanti restrizioni funzionali e/o organiche (Egloff 2012). Le ragioni principali all'origine del ricovero in un'istituzione sono simili in Ticino e sul piano nazionale e, sono riconducibili sostanzialmente a motivi di natura medica e di ridotta autonomia. La decisione di trasferirsi in casa per anziani è presa prevalentemente dalla persona anziana (51%) e dal personale sanitario (58%), mentre il ruolo familiare risulta meno determinante (26.2%), ma comunque presa di comune accordo (Egloff 2012).

Dalle analisi dei dati del 2007 diffuse dall'ufficio federale di statistica risulta che un terzo (34%) dei circa 42'000 decessi di persone di 75 e più anni è avvenuta in ospedale, la metà (51%) in una casa di cura. Solo una volta su sette (15%) la persona anziana si è spenta al proprio domicilio o altrove. La percentuale di decessi nelle case per anziani tende ad aumentare con l'età: a 90 anni, infatti, tre persone su quattro (75%) muoiono in una casa di cura (Egloff 2012). La morte non è patologica, la morte è un evento fisiologico. Dal punto di vista biologico la morte rientra nel ciclo incessante che lega in modo invisibile tutti i componenti della incalcolabile catena della vita. La vita non è qualcosa di fisso e immutabile, gli esseri viventi sono tali perché muoiono (Bono 2010).

Da evento fisiologico, diventa evento doloroso, ineluttabile e irreversibile che accomuna tutti gli umani. Prevedere, accettare e controllare le forti reazioni emozionali scatenata dalla morte implica un'adeguata maturazione della conoscenza di sé (Bono 2010).

Oggi, una persona su quattro, di età superiore ai 65 anni ha la probabilità di finire la sua vita terrena in un contesto di assistenza continuativa quale è la casa anziani, dove l'obiettivo primario dovrebbe essere il raggiungimento o il mantenimento del miglior livello di qualità di vita. La morte è un visitatore peculiare nelle case di riposo, ma spesso nessuno ne parla. Sovente il personale e gli ospiti si comportano come se non ci si trovasse in un luogo a operare dove le vite si concludono. Si preferisce dire "la fine della vita", "la partenza", "non c'è più",... Ne deriva un'impreparazione generale dell'anziano, della famiglia ma anche dell'equipe assistenziale che si trova confrontata con le proprie paure. L'argomento morte è impegnativo anche per gli operatori professionali, poiché la formazione è più orientata verso la guarigione, che verso la morte (Cavazzuti, Cremonini, e Di Giulio 2000).

3.3 Stress e morte:

Da diversi studi è emerso come la morte rappresenti un evento stressogeno portando la persona superstite a mobilitare energie per l'adattamento o all'accomodamento. Lo stress rappresenta una discrepanza tra le richieste ambientali e le risorse soggettive. In altri termini, lo stress è inteso come uno stato di tensione fra l'individuo, portatore di competenze, desideri e vissuti personali, e l'ambiente fisico e sociale, che offre risorse e pone richieste all'individuo (Cariota Ferrara e La Barbera 2006).

Hans Selye (endocrinologo) ha permesso di chiarire la definizione del termine, definendo lo stress come una risposta non specifica dell'organismo a vari stimoli esogeni ed endogeni. Quest'ultimo intuì che con lo stress l'organismo rispondeva alle situazioni con cui veniva confrontato, con l'obiettivo di ristabilire il proprio equilibrio interno (Baiocco 2004). Con le sue ricerche mise in risalto le abilità di risposta di ogni organismo, rilevando la capacità di mettere in atto strategie di adattamento per ripristinare la propria stabilità. Lo stress è quindi la risposta "unificata" che l'organismo dà a una verità di stimoli (stressors) che richiedono un riadattamento e un riequilibrio utili per il raggiungimento dei propri obiettivi comportamentali e, per la stessa sopravvivenza dell'organismo. Secondo Selye questa reazione particolare è definita "sindrome generale di malattia", che rappresenta una modalità di difesa che l'organismo adopera in circostanze che esso giudica come minacciose (Baiocco 2004).

Di fondamentale importanza è distinguere i vari tipi di stress, quello "buono" (eustress) e quello "cattivo" (distress). Il nostro obiettivo non è quello di eliminare lo stress dalla nostra vita, anche perché risulta impossibile, ma saperlo gestire in modo produttivo, in maniera che gli eventi stressogeni si trasformino in occasioni di crescita personale (eustress) (Cariota Ferrara e La Barbera 2006). L'eustress è considerato come una situazione di stress a seguito alla quale l'organismo non ha subito danni, anzi, ha ricavato effetti positivi per il suo benessere, ciò accade di solito nello stress acuto o momentaneo. Le situazioni di distress sono più frequenti nei casi di stress cronico, quando perdura nel tempo a causa delle caratteristiche dello stressor e/o dell'incapacità dell'individuo di farvi fronte (Cariota Ferrara e La Barbera 2006).

Mentre con il primo ci si riferisce a un giusto livello di stress necessario per vivere e con il quale si promuove la crescita e lo sviluppo positivo dell'individuo, con il secondo si rappresenta la rottura dei sistemi di sopravvivenza per la presenza di stimolazioni spiacevoli (Baiocco 2004).

Le risposte difensive che l'organismo mette in atto per salvaguardarsi dagli agenti stressanti si manifestano non solo in situazioni di malattia, ma ogniqualvolta viene

richiesta una capacità di adattamento alle alterazioni che si verificano nell'ambiente esterno o interno dell'organismo (Baiocco 2004). Per confermare questa scoperta Selye ha esteso i suoi studi anche ad altre condizioni ritenute responsabili di tali alterazioni in quanto considerate una minaccia all'equilibrio dell'organismo (come nel caso dell'eccessivo caldo o freddo, oppure per i diversi traumi della vita,...) a cui la persona cerca di reagire con adeguate strategie adattive. Si passa così dalla originaria sindrome generale di malattia alla "sindrome generale di adattamento" intesa come risposta difensiva e adattiva con cui l'organismo reagisce quando è sollecitato da differenziate stimolazioni esterne (Baiocco 2004).

Tale sindrome si sviluppa in tre fasi:

1. *La prima, la "reazione di allarme", è una sorta di predisposizione della persona a diversi tipi di risposte per cui, dinanzi all'evento minacciante, essa si prepara ad affrontare lo stimolo o a fuggirlo se lo percepisce troppo pericoloso. In questa fase l'organismo avverte che nell'ambiente interno o esterno c'è stato un cambiamento e, attraverso modificazioni di carattere biochimico-ormonale, si prepara a impostare un adattamento difensivo.*
2. *La seconda fase è detta "resistenza": in essa il corpo, continuando ad adoperare le proprie risorse per ristabilire l'equilibrio omeostatico interno, imposta essenzialmente una difesa a lungo termine per far fronte alle condizioni che lo circondano.*
3. *La terza fase è quella di "esaurimento", dove le strategie impiegate per difendersi non funzionano più. Ciò si verifica particolarmente se lo sforzo di adattamento obbliga l'individuo a un'eccessiva tensione fisiologica e quindi a un logorio delle sue resistenze, fino a manifestare disturbi di adattamento di tipo psicosomatico quali l'esaurimento del sistema nervoso e immunitario, ecc... In questa fase egli vede crollare le proprie difese e la propria capacità di adattamento ulteriore, fino a sentirsi impossibilitato a mobilitare le risorse necessarie per risolvere il disagio in cui si trova. Lo stress inteso come risposta non specifica si accumula nell'individuo: più sono intensi gli avvenimenti avversi, più egli dovrà attivare un maggiore allarme e resistenza e, nel caso in cui la stimolazione persista in maniera intensa, un maggiore esaurimento (Baiocco 2004).*

Nel modello transazionale si ritiene che lo stress sia un processo di transazione tra l'individuo ed il suo contesto socio-ambientale, il cui esito (outcome) positivo o negativo sarà determinato dall'incontro situato fra le caratteristiche, i desideri e la storia personale del soggetto da una parte e, le risorse e le richieste ambientali dall'altra. Pertanto, ciò che è fonte di stress per un individuo può non esserlo per un altro, e tutti gli eventi sono potenzialmente degli stressor (Cariota Ferrara e La Barbera 2006)

3.4 Coping:

Tra i numerosi studi, una delle più note e importanti teorie è quella proposta da Lazarus e collaboratori, conosciuta come la teoria cognitivo-transazionale. In questa ricerca lo stress non viene considerato come stimolo o come risposta, ma come un insieme di processi che comportano interazioni e adattamenti, definiti "transazioni", tra l'individuo e l'ambiente. La persona è vista come un agente attivo, capace di influenzare l'impatto degli eventi stressanti (stressors) mediante strategie emotive, cognitive e comportamentali (Zani e Cicognani 1999). Di conseguenza si arriva all'attuazione di strategie di coping definite da Lazarus come un processo adattivo che implica gli sforzi di un soggetto per far fronte ad una situazione stressante, in modo da eliminare ridurre o tollerare la situazione stessa (Cariota Ferrara e La Barbera 2006).

Il coping è quindi un processo che tende all'adattamento alla situazione (fronteggiamento efficace che neutralizza o riduce la fonte di stress) o all'accomodamento (strategia che rende quanto meno tollerabile lo stress). Il termine deriva da "to cope" ovvero "far fronte" (Cariota Ferrara e La Barbera 2006). Ogni persona risponde allo stress in modo diverso e la capacità di adattamento dipende dall'abilità di reagire (Brunner et al. 2005).

Il coping può essere centrato sul problema, dove si adottano delle azioni per risolverlo direttamente, cercando soluzioni per fronteggiare la crisi. Oppure sulle emozioni, analizzandole, affinché vengano regolate e controllate in una condizione di disagio (Barlotti et al., 2009). Generalmente in una situazione stressante vengono attivate entrambe le strategie di adattamento (Brunner et al. 2005).

Il coping è influenzato da caratteristiche interne come la salute, l'energia, il sistema personale di credenze, gli impegni o gli obiettivi della vita, le abilità di problem-solving e le abilità sociali. Le caratteristiche che sono state studiate nelle ricerche infermieristiche sono gli stili di vita che promuovono la salute e la resistenza. Uno stile di vita che promuove la salute tampona gli effetti degli agenti stressanti (Brunner et al. 2005). I modelli di coping e l'abilità di adattarsi allo stress sono sviluppati nel corso di tutta la vita, le abilità di una persona di adattarsi ai cambiamenti, prendere decisioni e rispondere in modo prevedibile sono tutte determinate dalle esperienze passate.

I fattori che influenzano maggiormente l'efficacia del coping sono il contesto, fattori sociali e individuali, la percezione di controllabilità che possiede la persona, i mezzi disponibili, le misure che si adottano, le credenze, la fiducia in se stessi, l'ottimismo e il sostegno familiare (Brunner et al. 2005).

Il comportamento è funzione di un processo continuo multidirezionale di interazioni persona-situazione: i fattori cognitivi, emotivi e motivazionali hanno un peso determinante sul comportamento e, la percezione che la situazione ha per la persona è un fattore essenziale di influenza sul comportamento (Zani e Cicognani 1999). Ci sono aspetti del coping che implicano sia stabilità che cambiamento: alcuni processi di adattamento rimangono invariati nelle diverse situazioni, altri sorgono in risposta a richieste situazionali specifiche. Ciò che però ha funzionato benissimo in una circostanza può non funzionare in un'altra (Zani e Cicognani 1999).

Folkman e Lazarus hanno messo a punto uno strumento specifico, il "ways of coping questionnaire", che identifica otto diverse strategie di coping, che sono: l'affrontare direttamente il problema, la pianificazione (problem-solving), il distanziamento, l'autocontrollo, la ricerca di sostegno sociale, l'accettazione della responsabilità, l'evitamento e la rivalutazione positiva (Zani e Cicognani 1999).

Altre modalità di coping includono la ricerca di informazioni, lo stabilire nuovamente bisogni e i ruoli, abbassare le aspettative, attuare compromessi, confrontarsi con gli altri, pianificare attività per conservare l'energia, fare le cose una alla volta, ascoltare il proprio corpo e parlare con sé stessi per incoraggiarsi (Brunner et al. 2005).

Ogni persona, quando si trova di fronte ad un evento percepito come stressante, attua pensieri e prova emozioni contraddistinte, attribuendo un significato soggettivo alla situazione vissuta (Gabassi 2006). Questo significato è il risultato di un'attenta valutazione: primariamente, il soggetto in questione si domanda se la situazione che sta vivendo rappresenta un problema e, se provoca sensazioni di disagio (identificazione della minaccia). Secondariamente, vi è un'analisi delle risorse disponibili e delle strategie di coping adatte al fine di gestire il problema reale o potenziale (valutazione delle proprie possibilità di affrontare lo stress). In seguito a questa duplice valutazione, l'individuo metterà in atto comportamenti di avvicinamento, evitamento o fuga, più adatti alla situazione, con lo scopo di adattarsi all'ambiente (Gabassi 2006).

Gli *stili di coping* sono tendenze relativamente stabili delle persone, che variano in rapporto alle caratteristiche di personalità. Una persona, in diverse situazioni, può tendere ad affrontare attivamente i problemi, e in un'altra tendere ad evitarli. Gli stili sono chiaramente soggettivi a variazioni nel tempo ed a seconda delle situazioni concrete (Cariota Ferrara e La Barbera 2006).

Le *risorse di coping* sono tutti quegli elementi e quei fattori, materiali, simbolici o sociali, cui l'individuo può fare riferimento per fronteggiare lo stress, come la formazione culturale, la capacità (intelligenza, creatività, flessibilità), le abilità specifiche (skill), le risorse materiali (denaro, artefatti tecnologici) e sociali (affetti familiari, rapporti amicali, reti informali, supporto istituzionale) (Cariota Ferrara e La Barbera 2006).

Secondo Lazarus, il coping svolge due funzioni importanti, da una parte modificare la situazione problematica, dall'altra cambiare le reazioni emotive provocate dallo stress. Il coping presenta delle differenze inter-individuali e intra-individuali, per cui la stessa situazione può essere interpretata e affrontata in modi differenti (differenze inter-individuali) oppure dallo stesso individuo in momenti diversi (differenze intra-individuali) (Cariota Ferrara e La Barbera 2006).

Le ricerche hanno mostrato che la flessibilità è una qualità importante associata alla resilienza e al coping efficace, chi ha uno stile di coping efficace e cerca di padroneggiare il suo ambiente non biasima gli altri per il proprio fallimento; chi si considera senza aiuto spesso addita gli altri quando non è in grado di affrontare i problemi della vita. Non esiste nessuno stile di adattamento che sia utile in tutte le occasioni, tuttavia ci sono evidenze empiriche che mostrano che alcune strategie sono più produttive di altre. Emerge chiaramente dal comportamento delle persone che una stessa situazione può essere percepita come minacciosa per un soggetto e una sfida per un altro (Zani e Cicognani 1999).

3.4.1 Infermieri e strategie di coping:

Nella pratica clinica, gli infermieri sono spesso confrontati con situazioni difficili, cariche di emotività come la sofferenza e la morte di un paziente, che generano sentimenti di tristezza, ansia, frustrazione, impotenza e senso di colpa. Questi sentimenti sorgono poiché i professionisti della cura inconsciamente si rendono conto che si trovano di fronte a una persona della quale si sono presi cura, con dei sogni, con una vita ed esperienze alle spalle, ricordi, qualcuno che li ama e, allo stesso tempo perché sanno che potrebbero trovarsi loro stessi in questa situazione. È proprio questa analisi di situazione che non permette ai professionisti di restare indifferenti di fronte a questi momenti, portandoli a cercare delle risposte ai loro sentimenti (Martins, Chaves, e Campos 2014). Quando la morte appare imminente, stare accanto al paziente e accompagnarlo in questo ultimo percorso rappresenta un privilegio perché nonostante faccia emergere emozioni intense vi è anche d'altra parte tranquillità e soddisfazione, in quanto la contribuzione alla buona morte porta ad apprezzamenti sia da parte del paziente morente che dai famigliari (Zheng, Lee, e Bloomer 2015). Questi ed altri aspetti rendono la professione infermieristica uno dei lavori più sensibili allo stress, sia a causa delle responsabilità che delle caratteristiche della professione. Fra i principali agenti stressanti possiamo trovare due categorie: la prima riguarda le problematiche relative alla struttura, il carico di lavoro, l'elevata responsabilità e all'organizzazione del lavoro e, come secondo vi è il continuo contatto con la sofferenza e la morte dei pazienti (Martins, Chaves, e Campos 2014). I progressi tecnici, insieme a quelli scientifici, hanno contribuito per la longevità umana, ma, allo stesso tempo, hanno messo alla prova i curanti per la cura delle persone in fin di vita (Beraldo, Almeida, e Bocchi 2015). Pertanto è opportuno che i professionisti della salute attuino delle

strategie per far fronte allo stress e alle loro emozioni, in modo tale da non correre il rischio di sviluppare stati di esaurimento fisico, psicologico ed emotivo. Esaurimento che può manifestarsi con stanchezza, depersonalizzazione e riduzione della realizzazione professionale. Queste strategie chiamate “strategie di coping”, come già detto nel capitolo precedente, sono dei “mezzi” che gli individui utilizzano per superare situazioni stressanti e difficili, attraverso l’adozione di comportamenti specifici alla problematica (Martins, Chaves, e Campos 2014). Le strategie adottate in relazione alle situazioni stressanti hanno diverse modalità, alcuni guidano l’individuo alla risoluzione diretta del problema, altre volte per alleviare le emozioni provate e, altre volte ancora per cercare sostegno sociale. Tuttavia vi sono strategie efficaci e inefficaci, e il grado di funzionalità è determinato dal tipo di risorse che l’individuo dispone, così come dalla tipologia di problema da affrontare (Martins, Chaves, e Campos 2014).

Ci sono comunque, strategie di adattamento che risultano superiori rispetto ad altre, a condizione che siano utilizzate al momento giusto, dalla persona giusta e tenendo conto della specificità delle circostanze che inducono lo stress. Ciò non significa che una determinata strategia sia sempre efficace in qualsiasi tipo di circostanza.

Esistono principalmente otto modi per affrontare lo stress: il confronto, il distanziamento, l’autocontrollo, il sostegno sociale, l’accettazione della responsabilità, la fuga e/o evitamento, il problem solving e la rivalutazione positiva (Martins, Chaves, e Campos 2014).

È essenziale che i team sanitari abbiano le giuste conoscenze, la versatilità e il supporto emotivo necessari al fine di prendersi in carico il paziente in questa fase di vita difficile, in quanto sono momenti che non richiedono solo assistenza fisica ma anche supporto psicologico, sociale e spirituale. Davanti alla morte del paziente l’infermiere deve tenersi a sua disposizione, relazionandosi con esso e trasmettendogli il nostro interessamento ai problemi e alle sue difficoltà, dandogli tutto il nostro sostegno. Azioni che permettono di dare un altro significato alla vita di quella persona. I tre elementi essenziali appena citati quali le conoscenze, la versatilità e il supporto sono importanti perché spesso emergono comportamenti di disimpegno ed evitamento della presa a carico. Alcune volte a causa di carichi di lavoro eccessivi, non si ha tempo di effettuare un debriefing o un momento per riflettere sull’esperienza vissuta prima di essere esposti ad un’altra esperienza di morte (Zheng, Lee, e Bloomer 2015).

Gli infermieri devono garantire un accompagnamento dignitoso, il cui obiettivo non sia unicamente quello di alleviare il dolore. Di fatti è importante permettere all’utente di vivere il tempo rimasto in tranquillità, rispettando la sua dignità e mantenendo la sua identità, favorendo la vicinanza delle persone a lui care e delle “cose” che hanno segnato la sua vita (Martins, Chaves, e Campos 2014). Gli infermieri spesso lavorano con un carico lavorativo elevato e, sono costantemente sotto tensione emotiva, fisica e mentale. Mediante la “Compassion fatigue” (definita come una combinazione di esaurimento fisico, emotivo e spirituale) e il burnout il lavoro infermieristico può diventare meno produttivo; in tale situazione i dipendenti si assentano per malattia, associato anche un aumento del cambio di personale. Diversi autori ritengono che l’alto livello di stress e burnout sono considerati motivi per cui gli infermieri a volte vogliono cambiare lavoro, in cui il livello di stress è ridotto (Deklava, Circenis, e Millere 2014).

Nei prossimi capitoli ho riportato diversi articoli scientifici che trattano le strategie di coping attuate dagli infermieri di fronte alla morte del paziente o a una situazione stressante (come abbiamo visto il decesso rientra tra i fattori stressanti). Purtroppo, non sono riuscita a reperire dati specifici relativi alle case per anziani, ma mi sono avvalsa comunque di dati riguardanti gli infermieri in generale che operano in strutture sanitarie

e da questi ho potuto in tutti i casi elaborare delle informazioni pertinenti per lo sviluppo della mia tesi.

In uno studio condotto in USA, Australia, Regno Unito e Canada coinvolge infermieri recentemente laureati (con un'esperienza lavorativa non maggiore a 36 mesi dal conseguimento del diploma/laurea), i quali si occupano di pazienti in fin di vita e dei loro familiari, è emerso un vissuto emotivamente intenso, con diverse risposte emotive. Gli studi sono stati effettuati in vari luoghi come, setting acuti ospedalieri, terapia intensiva, e cure palliative. Durante la presa a carico degli utenti terminali hanno riferito di aver provato sentimenti negativi, come il nervosismo, il senso di colpa, la frustrazione, lo stress, la rabbia, la tristezza e la repulsione (Zheng, Lee, e Bloomer 2015).

Si è notata anche una difficoltà nel conciliare la compassione con la realizzazione del proprio ruolo professionale, per cui affiora una maggior necessità di tempo per elaborare l'evento. Anche se risulta difficile far fronte a questi particolari eventi di vita, i neoassunti riferiscono che il loro primo decesso rimarrà indelebile nel corso della loro carriera professionale ma, nonostante ciò, ne prendono coscienza accettandolo per andare avanti. Nonostante il disagio iniziale nell'essersi presi a carico questo particolare evento di vita e, malgrado le prime esperienze lavorative, hanno comunque cercato di dare il meglio di loro stessi per far affrontare al paziente una "buona morte". Per loro le priorità risiedevano nell'assicurare il comfort e l'alleviamento della sofferenza, offrendo loro un sostegno emotivo, cure di alta qualità e il mantenimento della loro dignità. Viceversa si sentivano arrabbiati e frustrati se venivano messi in atto interventi di non particolare importanza relativi alla situazione (Zheng, Lee, e Bloomer 2015).

Molte volte attuiamo comportamenti che ci permettono di far fronte a determinate situazioni da noi percepite come stressanti, in questo studio le principali strategie di coping che sono state messe in atto dagli infermieri recentemente diplomati, sono le seguenti:

- La ricerca di sostegno da parte dei colleghi infermieri con maggiori esperienze lavorative, per un supporto a livello psichico e fisico. Non si è rivelato sempre di particolare efficacia;
- Il cercare aiuto dai propri familiari, nonostante si è rivelato un aiuto insufficiente;
- Alcuni hanno usufruito della scrittura riflessiva per cercare di dare un senso a questo evento;
- La repressione delle proprie risposte emotive per proteggere se stessi;
- L'aggrapparsi alla propria professionalità per prendere le distanze dalla realtà con la quale sono confrontati; Proteggendo se stessi da future esposizioni, mantenendo le proprie emozioni sotto controllo, impostando confini emotivi, eliminando le sensazioni angoscianti dalla propria mente, oppure promuovendo il comfort del paziente per ottenere un comfort personale (Zheng, Lee, e Bloomer 2015).

Tuttavia, è emerso che nonostante l'applicazione delle strategie di adattamento da parte dei professionisti neolaureati, mostrano di avere comunque vissuti spiacevoli con una diminuzione della capacità di recupero verso i futuri incontri con la morte. È stato messo in risalto come quest'ultimi avessero conoscenze e abilità minime relative alla morte e il morire, sia per quanto riguarda le necessità del paziente sia per la propria auto-cura (Zheng, Lee, e Bloomer 2015).

In un altro studio effettuato sugli infermieri di cure intense, con un'esperienza lavorativa > 8 anni, è risultato che le strategie di coping maggiormente utilizzate di fronte alla morte di un loro utente, sono state:

- A. Non sentirsi pronti ad affrontare e a far fronte alla morte: È come gli operatori della salute si sono sentiti durante i primi anni di esperienza professionale. Venendo da una formazione propensa ad aiutare le persone a vivere e, ritrovandosi di fronte a pazienti morenti, porta i novizi a coinvolgersi emotivamente, “entrando” nei panni del paziente o dei suoi famigliari. Nonostante ciò, questi eventi hanno potuto loro a mantenere comunque la motivazione per la promozione di cure, in quanto in grado di ristabilire la salute e la vita. Quest'ultima fase però, porta a grandi sofferenze psichiche per il professionista, dato che questi si sente impotente e frustrato di fronte a una situazione di cui non ha controllo, nonostante gli sforzi compiuti (Beraldo, Almeida, e Bocchi 2015).
- B. Riconoscere la morte come un fenomeno terapeutico: Dinanzi alla necessità di adattarsi ad un nuovo contesto lavorativo, i curanti riflettono sulle proprie esperienze lavorative, ma anche, su come sarebbe prendersi cura di un parente nello stesso modo in cui si prendono a carico un paziente terminale. Per affrontare al meglio questi momenti, risulta di fondamentale importanza chiedere supporto ai propri colleghi di lavoro con maggiore esperienza. In un secondo momento “riconoscere la morte come un fenomeno terapeutico”, sia per il paziente stesso, sia per la famiglia, ma anche per l'equipe (Beraldo, Almeida, e Bocchi 2015).
- C. Sviluppo delle strategie di coping:
 - *Difendere il mantenimento delle “cure minime”*: L'infermiere assiste la persona in fin di vita senza interferire con i propri principi morali, etici e religiosi, per proteggere sé stesso dalla sofferenza che potrebbe scaturire. Così, in un terzo momento, sperimenta lo “sviluppo delle strategie di coping”, aiutando a “difendere il mantenimento delle cure minime”, per garantire una morte dignitosa (Beraldo, Almeida, e Bocchi 2015).
 - *Distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia*: Anche se il professionista decide di aiutare il paziente a morire dignitosamente, questa decisione consapevole non elimina completamente la sofferenza che si affronterà durante questa esperienza. Per questo motivo, vi è una seconda strategia di adattamento che si può utilizzare per tentare di non ritrovarsi nei panni del paziente e della famiglia. Questa abilità si sviluppa unicamente attraverso l'esperienza professionale, vivendo il contesto di morte più volte. L'adozione di un atteggiamento di “distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia” subentra quando ogni tipo di attaccamento terapeutico viene interrotto. Questo comportamento contribuisce a ridurre il coinvolgimento emotivo verso la situazione e, per evitare difficoltà all'infuori del contesto lavorativo (Beraldo, Almeida, e Bocchi 2015).
 - *Appoggio alla religiosità*: In questi momenti, per i credenti che percepiscono la morte come un piano di Dio e non degli uomini, dichiarano di “appoggiarsi alla religiosità”, come terza strategia per affrontare la sofferenza durante l'assistenza di un malato terminale. In questi attimi, i pensieri vengono rivolti ad un “essere soprannaturale”, onnisciente e onnipotente, per alleviare il dolore di tutte quelle persone coinvolte nello scenario: paziente, familiari e curanti (Beraldo, Almeida, e Bocchi 2015).

Lo sviluppo di questa ricerca ha permesso di comprendere l'esperienza degli infermieri per quanto riguarda la cura dei malati terminali. È stato appurato che:

- La difficoltà emersa ad affrontare la morte all'inizio della carriera lavorativa, sentendosi psicologicamente impreparati, deriva dalla formazione scolastica che è concentrata maggiormente verso la cura della vita, lasciando da parte le questioni riguardanti la morte;
- L'attuazione di strategie di coping viene adottata per evitare un coinvolgimento emotivo con il paziente e la famiglia, cercando di sfuggire alla sofferenza personale;
- L'accettazione della morte come un evento terapeutico è dovuto dall'esperienza professionale;
- La difesa delle cure minime come accettazione della morte come momento fisiologico (Beraldo, Almeida, e Bocchi 2015).

In una ricerca condotta in Australia dove sono stati coinvolti infermieri ospedalieri e di case di cura, analizzando i fattori stressanti e le conseguenti strategie di adattamento utilizzate, in quanto lo stress influisce non solo sulla salute e il benessere personale ma anche sulla performance professionale. Nello studio risulta che la strategia di coping maggiormente utilizzata è quella riguardante i meccanismi focalizzati sul problema (capacità di sviluppare una strategia che affronta la causa dello stress), risultando quella più efficace (Lim, Bogossian, e Ahern 2010).

Al secondo posto vi è il supporto sociale (ricerca di informazioni, supporto tangibile ed emotivo) che nell'ambito lavorativo influenza lo stress e la soddisfazione lavorativa. I partecipanti che hanno avuto scarso sostegno hanno sperimentato uno stress maggiore sul posto di lavoro, con conseguente riduzione dell'appagamento lavorativo, per cui l'importanza delle reti di leadership e di sostegno sono efficaci per l'ambiente di cura. Invece, una strategia comunemente utilizzata ma meno efficace, risulta essere la strategia focalizzata sulle emozioni. Il risultato dell'adozione di strategie di coping negative è il burnout, con conseguente percezione degli eventi come angoscianti, presa di distanze dalla situazione e/o persone, anche se la distanza da un lato permette alla persona di riflettere (Lim, Bogossian, e Ahern 2010).

Sempre rimanendo in tema delle strategie di adattamento vi sono studi che valutano questi comportamenti messi in atto in relazione a eventi stressanti. In questa ricerca sono stati coinvolti 289 infermieri ai quali è stato somministrato un questionario. In quest'ultimo sono stati riportati diverse strategie di coping, quali: l'attività (intraprendere qualche azione per eliminare o ridurre lo stress), la pianificazione (riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema), la soppressione di attività competitive (mettere da parte ogni altra attività per dedicarsi di più efficacemente al problema), il contenimento (aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress, invece di agire impulsivamente), la ricerca di informazioni (chiedere consigli, assistenza, informazioni), la ricerca di comprensione (ottenere supporto morale, rassicurazioni, comprensione), lo sfogo emozionale (esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti), la reinterpretazione positiva e crescita (elaborare l'esperienza critica in termini positivi o di crescita), l'accettazione (accettare la situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarlo), il dedicarsi alla religione (cercare aiuto o confronto nella pratica religiosa), l'umorismo (prendersi gioco della situazione, riderci sopra), la negazione (rifiutare l'esistenza della situazione critica, agire come se lo stress non esistesse), il distacco comportamentale (ridurre o rinunciare agli sforzi per fronteggiare la situazione stressante), il distacco mentale (distrarsi, sognare ad occhi aperti, dormire più a lungo), l'uso di droghe o alcool (utilizzare sostanze stupefacenti o alcolici per meglio tollerare lo

stress), il supporto sociale (richiedere consigli, assistenza, supporto e rassicurazione), le strategie focalizzate sul problema (pianificare, progettare la soluzione dei problemi fonti di stress) (Barlotti et al., 2009).

In più, sono state aggiunte altre 3 categorie di base: i meccanismi focalizzati sul problema (messi in atto in situazioni in cui il soggetto giudica suscettibili di cambiamento), i meccanismi focalizzati sull'espressione emotiva (predominano quando il soggetto valuta la situazione come immutabile), e i meccanismi potenzialmente disadattativi (indicano la tendenza ad evitare la situazione problematica a livello cognitivo e comportamentale) (Barlotti et al., 2009).

Scale	Infermieri	
	n.	Media
Attività	289	11.63
Pianificazione	294	11.24
Soppressione di attività competitive	292	9.36
Contenimento	292	9.85
Ricerca di informazioni	293	9.74
Ricerca di comprensione	295	9.03
Sfogo emozionale	293	8.87
Reinterpretazione positiva e crescita	294	12.09
Accettazione	287	10.12
Dedicarsi alla religione	286	8.69
Umorismo	291	7.76
Negazione	291	6.53
Distacco comportamentale	293	6.48
Distacco mentale	294	8.10
Uso di droghe o alcool	287	5.07
Supporto sociale	294	18.74
Strategie focalizzate sul problema	294	20.38
Categorie		
Meccanismi focalizzati sul problema	291	10.36
Meccanismi focalizzati sull'espressione emotiva	284	9.44
Meccanismi potenzialmente disadattativi	288	6.54

Figura 1 – Scale del Coping Orientation to Problems Experienced e categorie di Coping (Barlotti et al., 2009).

Osservando i dati medi della tabella soprastante (figura 1) e, riordinando i valori in modo tale da far emergere le principali strategie di coping maggiormente utilizzate, risulta che: in primis vengono applicate le strategie focalizzate sul problema ($m = 20.38$), poi il supporto sociale ($m = 18.74$), la reinterpretazione positiva e crescita ($m = 12.09$), l'attività ($m = 11.63$), i meccanismi focalizzati sul problema ($m = 10.36$) e, infine, l'accettazione (10.12). Riferendoci invece ai valori meno in rilievo, per cui attuati da una minore quantità di persone, possiamo notare il distacco comportamentale ($m = 6.48$), la negazione ($m = 6.53$), i meccanismi potenzialmente disadattativi ($m = 6.54$) e l'uso di droghe ed alcol ($m = 5.07$) (Barlotti et al., 2009).

Un altro questionario sulle strategie di coping è stato somministrato e completato da 484 infermieri che lavorano in istituzioni sanitarie in diverse regioni della Lettonia nella fascia di età compresa tra 21 e i 66 anni, l'età media del campione è di 42 anni (Deklava, Circenis, e Millere 2014).

Ways of coping	Sample Indicators (n 484)		Age group 21-35 years (n 139)		Age group 36-51 years (n 258)		Age group 52-76 years (87)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Confrontive coping	1,15	0,42	1,23	0,40	1,12	0,43	1,12	0,39
Planful problem-solving	1,70	0,47	1,70	0,48	1,67	0,47	1,77	0,46
Distancing	1,29	0,45	1,30	0,41	1,24	0,47	1,41	0,39
Self-controlling	1,64	0,44	1,65	0,45	1,63	0,43	1,68	0,43
Escape or avoidance	1,18	0,43	1,23	0,44	1,15	0,45	1,16	0,37
Accepting responsibility	1,61	0,48	1,59	0,44	1,60	0,49	1,74	0,51
Positive reappraisal	1,64	0,44	1,61	0,44	1,64	0,40	1,69	0,45
Seeking social support	1,58	0,48	1,61	0,44	1,57	0,49	1,54	0,52

Figura 2 – Mean values for Ways of Coping in The Sample and Dynamics in Different Age Group (Deklava, Circenis, e Millere 2014)

Nella tabella soprastante (figura 2) si possono notare i valori medi più alti dell'intero campionamento, che risiedono nella "pianificazione del problem-solving" (m=1.70), "l'auto-controllo" (m=1.64), la "rivalutazione positiva" (m=1.64), l'"accettazione della responsabilità" (m=1.61) e il "sostegno sociale" (m=1.58). Fra i valori più bassi possiamo trovare il "confronto" (m=1.15) e la "fuga/evitamento" (m=1.18) (Deklava, Circenis, e Millere 2014).

Valutando i dati emersi per gruppo d'età: dai 21-35 anni i valori medi più elevati sono la "pianificazione del problem-solving" (m=1.70), l'"auto-controllo" (m=1.64), la "ricerca di sostegno sociale" (m=1.61), la "rivalutazione positiva" (m=1.61) e l'"accettare la responsabilità" (m=1.59). Mentre i valori maggiormente inferiori riguardano la "fuga/evitamento" (m=1.23) e il "confronto" (m=1.23) (Deklava, Circenis, e Millere 2014).

Per la fascia d'età compresa dai 36 ai 51 anni i valori sono simili al range precedente. Infine dai 52-76anni va notato che sono presenti meccanismi di coping maggiormente usati nelle fasce d'età più giovani, in particolare riferito alla "pianificazione del problem-solving" (m=1.77) e all'"accettazione della responsabilità" (m=1.74). Mentre quella utilizzata di meno è "l'allontanamento" (m=1.16) (Deklava, Circenis, e Millere 2014), riconducibile anche all'età.

Nei risultati conclusivi della ricerca è emerso come gli infermieri che applicano la "pianificazione del problem-solving" siano stati in grado di resistere con successo e superare lo stress in modo efficace, mostrando maggiore soddisfazione sul lavoro. L'utilizzo della "ricerca di sostegno sociale" da parte degli infermieri più giovani può essere ricollegato a una sensazione di insicurezza, mancanza di esperienza lavorativa in confronto agli infermieri più anziani. La ricerca di sostegno sociale risulta importante in quanto la cura del paziente deve essere effettuata mediante la valutazione del supporto sociale come strategia di coping dello stress. È altrettanto significativo per la percezione dello stress, dove funge da "cuscinetto" delle infermiere. In caso di

manca di sostegno sociale, gli infermieri possono avvertire lo sforzo con maggiore intensità (Deklava, Circenis, e Millere 2014).

Nell'ultimo campionamento sono stati coinvolti 124 infermieri di un ospedale nel centro del Portogallo (22,6% maschi, 77,4% di sesso femminile, in media = 35.81 anni) a contatto con pazienti terminali. Infermieri di età compresa tra 25 e 59 anni (Martins, Chaves, e Campos 2014).

Le strategie di coping più frequentemente utilizzate sono (figura 3): "pianificazione della risoluzione del problema" (M=1.74) e "l'assumersi delle responsabilità" (m=1.73). D'altra parte, quelle meno comunemente adoperate sono: " Fuga/ evitamento" (m=0.89) e il "distanziamento" (m=1.33) (Martins, Chaves, e Campos 2014).

	Min	Max	Average
Coping strategies			
Self-control	0.57	2.71	1.59
Seeking social support	0.29	2.71	1.61
Escape, avoidance	0.00	2.86	0.89
Planned resolution of the problem	0.33	3.0	1.74
Positive reevaluation	0.29	3.0	1.63
Assume responsibility	0.0	3.0	1.73
Confrontational Coping	0.33	2.67	1.4
Distancing	0.2	2.8	1.33

Figura 3 – Statistics on coping strategies (Martins, Chaves, e Campos 2014)

Comparando maschi e femmine (figura 4) osserviamo che i maschi tendono ad usare coping di "fuga/evitamento" (OM=62.05) e il coping conflittuale (OM=62.57). D'altra parte, le infermiere usano strategie quali la "ricerca di sostegno sociale" (OM=64.8), la "distanza" (OM=64.35), l'"assumersi la responsabilità" (OM=64.01), la "rivalutazione positiva" (OM = 63.89) l'"autocontrollo" (OM=63.54) e la "risoluzione dei problemi" (OM=63.42) (Martins, Chaves, e Campos 2014).

	Gender	Male	Female	UMW	p
		O.M.	O.M.		
Coping strategies					
Self-control		58.95	63.54	1244.5	0.55
Seeking social support		54.63	64.8	1123.5	0.184
Escape, avoidance		62.05	61.98	1328.5	0.993
Planned resolution of the problem		59.36	63.42	1256.0	0.596
Positive reevaluation		55.59	63.89	1150.5	0.277
Assume responsibility		57.34	64.01	1199.5	0.381
Confrontational Coping		62.57	62.48	1342.0	0.99
Distancing		56.14	64.35	1166.0	0.283

Figura 4 – Whitney Test between coping strategies and gender (Martins, Chaves, e Campos 2014)

Paragonando le strategie di coping in base agli anni lavorativi (figura 5), possiamo notare che gli infermieri con diciassette o più anni di esperienza utilizzano “l'auto-controllo” (M=1.76), la “fuga / evitamento” (M=1.00) e la “rivalutazione positiva” (M=1.73). D'altra parte, la “distanza” è maggiormente utilizzata dagli infermieri che hanno tra sette e dieci anni lavorativi e quelli che hanno dagli undici ai sedici anni (M=1.43). Tuttavia, anche quest'ultimi tendono ad utilizzare anche la “pianificazione della risoluzione del problema” (M=1.83), il “coping conflittuale” (M=1.47) e l’“accettazione della responsabilità” (M=1.88). Gli infermieri che hanno sei anni o meno di esperienza nel servizio sono quelli che cercano di più il “supporto sociale” (M=1,63) (Martins, Chaves, e Campos 2014).

Time in the profession	≤ 6		7-10		11-16		≥ 17	
	Average	SD	Average	SD	Average	SD	Average	SD
Coping strategies								
Self-control	1.38	0.48	1.57	0.51	1.63	0.49	1.76	0.37
Seeking social support	1.63	0.50	1.60	0.48	1.62	0.45	1.58	0.44
Escape, avoidance	0.78	0.46	0.96	0.73	0.80	0.55	1.00	0.44
Planned resolution of the problem	1.65	0.63	1.70	0.52	1.83	0.44	1.79	0.45
Positive revaluation	1.52	0.60	1.56	0.64	1.71	0.49	1.73	0.52
Assume responsibility	1.61	0.70	1.73	0.72	1.88	0.54	1.72	0.50
Confrontational Coping	1.24	0.51	1.44	0.50	1.47	0.43	1.46	0.35
Distancing	1.23	0.58	1.43	0.53	1.43	0.57	1.21	0.47

Figura 5 – Analysis of variance between coping strategies and time in the profession (Martins, Chaves, e Campos 2014)

Come conclusione di quest'ultimo articolo possiamo dire che le principali strategie di coping utilizzate dal personale infermieristico confrontati con malati terminali sono: la “risoluzione pianificata di problemi” e l’“assunzione delle responsabilità”. Al contrario, i meno utilizzati sono la “fuga/evitamento” e il “distanziamento” (Martins, Chaves, e Campos 2014).

4. INDAGINE SUL CAMPO, RICERCA E ANALISI DEI DATI

Il mio lavoro di Bachelor comprende l'analisi di esperienze personali al fine di poterle paragonare alla letteratura scientifica, e soprattutto per dare valore ai loro vissuti. Ho formulato alcune domande specifiche per far emergere i contenuti essenziali, non è stata facile la loro formulazione in quanto dovevano essere formulate in modo chiaro e comprensibile, cercando di mettere in luce i sentimenti e le emozioni provate dagli intervistati. Allo stesso tempo era importante far emergere i contenuti essenziali e suscitare interesse evitando di essere ridondanti.

Prima di iniziare a registrare ho dato loro il foglio con le domande in modo tale da dargli l'opportunità di chiedere e chiarire eventuali incomprensioni di linguaggio, contenuto o struttura della frase.

Ho suddiviso la traccia delle domande in sei aree da indagare, relative agli aspetti che avevo deciso di investigare e in base agli obiettivi del mio lavoro.

Di seguito sono illustrate le sei domande (con le varie sotto-domande) che sono state rivolte agli infermieri che lavorano presso una casa per anziani.

1. Quando ha intrapreso la sua carriera infermieristica ha mai pensato che si sarebbe confrontato con l'evento morte di utenti/ospiti dei quali si sarebbe occupato?
2. Pensando ai primi eventi di morte che ha dovuto gestire, ricorda quali emozioni ha provato in quelle precise circostanze?
 - 2a Può provare a spiegarmi come si comportava, che cosa faceva e/o a chi si appoggiava per affrontare quelle particolari situazioni?
3. E attualmente, di fronte alla morte di un residente, vive le stesse emozioni di un tempo? Se sì, quali?
 - 3a- Il suo modo di reagire e/o di comportarsi si è modificato rispetto al passato? Se sì, come?
4. Tra le diverse attività/situazioni/avvenimenti che tutti i giorni gravitano attorno al suo lavoro di infermiere, l'evento "morte di un ospite":
 - 4a- In che modo influisce sulla sua performance professionale?
 - 4b- Come incide sulla sua motivazione nei confronti della professione infermieristica?
5. Per approfondire ulteriormente la domanda precedente:

Ci sono secondo lei, modalità di comportamento che si rilevano vincenti oppure delle strategie efficaci, per evitare il pericolo di incrinare la motivazione e/o la performance professionale anche se sollecitati da eventi emotivamente forti come la morte di un ospite?

 - 5a- Quali in particolare l'hanno aiutata concretamente nel corso della sua carriera professionale?
 - 5b- Quali ha osservato nei suoi colleghi (o le sono stati riferiti dai diretti interessati)?
 - 5c- E, se la concerne direttamente, quali per lei in particolare si sono dimostrati poco efficaci? E quali ha osservato o le sono stati riferiti dai suoi colleghi come inefficaci?
6. Attribuendo un punteggio da 1 a 5, tra le strategie che le elencherò di seguito, quali a parer suo si rivelano più efficaci e/o utili da attivare per la gestione di un decesso di un ospite e quindi facilitare il carico psico-fisico di un infermiere?
 - a. Ricerca di sostegno sociale da parte di colleghi, familiari e/o amici
→ da 1 a 5 (1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 totalmente)

- b. Affrontare direttamente la situazione, pianificando, progettando la soluzione al problema
→da1 a 5(1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 totalmente)
- c. Distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia
→da1 a 5(1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 totalmente)
- d. Praticare sport, dedicarsi agli hobbies
→da1 a 5(1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 totalmente)
- e. Accettazione della responsabilità, che comprende l'accettazione della situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarla
→da1 a 5(1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 totalmente)
- f. Dedicarsi alla religione, cercando aiuto o un confronto
→da1 a 5(1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 totalmente)
- g. L'autocontrollo, gestendo le proprie emozioni, reazioni e/o comportamenti
→da1 a 5(1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 totalmente)
- h. Rivalutazione positiva facendo riferimento alla propria professionalità, riconoscendo la morte come atto conclusivo di accompagnamento/cura per il paziente, per la famiglia e per l'equipe
→da1 a 5(1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 totalmente)
- i. Fuga e/o evitamento della situazione
→da1 a 5(1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 totalmente)

Successivamente ho proceduto trascrivendo tutte le interviste effettuate (reperibili nella versione integrale negli allegati), evidenziando gli elementi principali emersi ed inserendoli nelle griglie di estrazione dati, accompagnate da una descrizione sintetica delle risposte.

4.1 Sintesi interviste:

Intervista N.1, infermiera di 40 anni con 13 anni di esperienza lavorativa

1. Inizio carriera e confronto con la morte dei residenti, ci ha mai pensato?	<ul style="list-style-type: none"> • Sì
2. Primi eventi di morte ed emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Dispiacere
2a. Primi eventi di morte e comportamenti/ reazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Accettazione del sostegno fornito dalla capo reparto e capo cure • Ricerca di sostegno dal marito e dai colleghi con maggiori esperienze • Pianto
3. Presente e passato: quali cambiamenti nelle emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquillità, serenità, contentezza
3a. quali cambiamenti rispetto alle reazioni/ comportamenti	<ul style="list-style-type: none"> • Migliore gestione delle emozioni • Distacco
4a. Influenza della morte sulla performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Riflessione sul proprio operato per migliorare la qualità lavorativa
4b. Influenza della morte sulla motivazione professionale	<ul style="list-style-type: none"> • “Non ne potevo più” • Cambio posto di lavoro
5a. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci per evitare il pericolo di incrinare la motivazione e/o performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Far riferimento ai propri figli • Circondarsi da bambini • Accettare la morte come parte del proprio lavoro
5b. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci osservati nei propri colleghi	<ul style="list-style-type: none"> • Sport, yoga, meditazione • Famiglia
5c. Comportamenti o strategie che si sono dimostrati poco efficaci (propri o dei colleghi)	<ul style="list-style-type: none"> • Riflettere troppo sulla morte e sulle proprie azioni • Mal gestione delle emozioni
6. Strategie che si rilevano utili da attivare per la gestione di un decesso per facilitare il carico psico-fisico.	<ul style="list-style-type: none"> a. Molto b. Abbastanza c. Poco/abbastanza d. Molto e. Abbastanza f. Poco g. Molto h. Molto/totalmente i. Per nulla/poco
a. Sostegno sociale	f. Dedicarsi alla religione
b. Affrontare la situazione	g. Autocontrollo
c. Distanziamento affettivo	h. Rivalutazione positiva
d. Praticare sport/ hobbies	i. Fuga/ evitamento
e. Accettazione responsabilità	

Quando l'intervistata ha intrapreso la sua carriera infermieristica era consapevole che si sarebbe confrontata con la morte di uno dei suoi residenti ,riferendo di non esser stata intimorita data la giovane età.

Ripensando alla prima morte affrontata in casa per anziani emerge principalmente dispiacere, dettato dal legame instaurato con l'utente, manifestato attraverso il pianto e al desiderio che questa persona non si spegnesse. Racconta di aver gestito male le

emozioni in quel momento. Inizialmente fu la capo reparto ad accorgersi del suo malessere, cercando di spiegarle che è un evento naturale e che gli anziani hanno vissuto la loro vita, incitandola ad essere contenta per essergli stata vicina in questo percorso. In seguito la capo cure le ha consigliato di frequentare dei corsi per elaborare la morte, riferendo che a parer loro non aveva accettato questo evento come parte della vita. Avendo un marito infermiere si confrontava con lui ma anche con colleghi con più anni lavorativi.

Ora, ripensando all'ultimo decesso vissuto, comunica più serenità, tranquillità e contentezza nel poter stare vicino alla persona in questo percorso, rispetto al passato quando voleva fuggire. Dicendo di aver imparato a distaccarsi e a gestire meglio le emozioni, non soffrendo più la morte degli anziani come all'inizio della propria carriera.

Tra le diverse attività che gravitano attorno al lavoro di infermiere la fine vita di un ospite ha inciso positivamente sulla performance professionale, raccontando che riflettere sulle proprie azioni compiute e non e, su quello che si poteva fare la aiutava a migliorare la qualità lavorativa, anche nei confronti degli altri pazienti. Però, ha inciso particolarmente sulla sua motivazione professionale riferendo di esser arrivata ad un certo punto dove non ce la faceva più a lavorare in casa di riposo, sentendosi soffocare dall'idea che per gli anziani quello rappresentava l'ultimo domicilio. Sentiva il bisogno di cambiare, di andare in un posto di lavoro dove i pazienti tornavano al proprio domicilio, oppure con i bambini perché in loro vedeva la nascita, la vita. La decisione di cambiare posto di lavoro non era evidente in quanto comunica che non aveva né il coraggio (perché li si trovava bene), né si vedeva in un altro luogo. Una volta presa la decisione di lasciare la casa per anziani ne ha sentito la mancanza, soprattutto perché le mancava l'affetto degli anziani, tornando a svolgere il proprio ruolo professionale però negli aiuti domiciliari, benché fosse molto diverso. Dal discorso emerge che quando ha cambiato impiego si è resa conto della realtà circostante, percependo di conseguenza la morte dell'anziano come un evento naturale.

Per evitare di incrinare la motivazione e la performance professionale, le è stato utile fare affidamento sui suoi figli, abbracciandoli, in quanto le davano la carica necessaria per andare avanti e cercare luoghi frequentati da bambini perché in loro vedeva la vita. Nei suoi colleghi non ha notato comportamenti o strategie inefficaci, riferisce che molti di loro praticavano sport, yoga e meditazione oppure stavano con la famiglia. Rispetto al passato comunica che riflettere troppo sulla morte, sulle proprie azioni (su quello che si è fatto e non nell'accompagnamento) e, la difficoltà di gestire le emozioni la facevano lavorare male; Di conseguenza ha iniziato ad accettare la fine vita come facente parte del proprio lavoro distaccandolo dalla propria vita personale.

Intervista N.2, infermiera di 40 anni con 20 anni di esperienza lavorativa

1. Inizio carriera e confronto con la morte dei residenti, ci ha mai pensato?	<ul style="list-style-type: none"> • Sì
2. Primi eventi di morte ed emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Tristezza
2a. Primi eventi di morte e comportamenti/ reazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca di sostegno da parte di colleghi e dal marito
3. Presente e passato: quali cambiamenti nelle emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Trattenerle le emozioni
3a quali cambiamenti rispetto alle reazioni/ comportamenti	<ul style="list-style-type: none"> • Migliore gestione delle emozioni • Distanziamento • Presa di responsabilità

	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca di sostegno da parte dei colleghi
4a. Influenza della morte sulla performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Rallentamento del lavoro temporaneo
4b. Influenza della morte sulla motivazione professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Stabile
5a. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci per evitare il pericolo di incrinare la motivazione e/o performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto psicologico fornito dalla struttura • Accettazione morte come parte del proprio lavoro
5b. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci osservati nei propri colleghi	<ul style="list-style-type: none"> • Non ci ha fatto caso
5c. Comportamenti o strategie che si sono dimostrati poco efficaci (propri o dei colleghi)	<ul style="list-style-type: none"> • Eccessivo coinvolgimento
6. Strategie che si rilevano utili da attivare per la gestione di un decesso per facilitare il carico psico-fisico. a. Sostegno sociale f. Dedicarsi alla religione b. Affrontare la situazione g. Autocontrollo c. Distanziamento affettivo h. Rivalutazione positiva d. Praticare sport/ hobbies i. Fuga/ evitamento e. Accettazione responsabilità	a. Totalmente b. Totalmente c. Molto d. Totalmente e. Molto f. Molto g. Totalmente h. Totalmente i. Per nulla

La seconda intervistata, intraprendendo questa carriera professionale, era consapevole che si sarebbe confrontata con la morte di un utente del quale si sarebbe occupata. All'inizio dell'attività lavorativa non erano emerse preoccupazioni riguardanti questo argomento, in quanto riferisce che in quegli anni non se ne parlava molto.

L'emozione che ha provato di fronte al primo decesso fu principalmente di tristezza, raccontando di essersi rimasta male perché fu una morte improvvisa e inaspettata. La tristezza era derivata non solo dal legame instaurato con il paziente, ma anche dal dispiacere di non averla potuta accompagnare diversamente al fine vita. Dopo il decesso ha cercato sostegno da parte dei suoi colleghi ed anche dal marito.

A distanza di anni, riferendosi all'ultimo accompagnamento, dice che c'è stata una migliore gestione delle emozioni, riuscendo a trattenerle di più e sentendosi più preparata, e distaccata perché a parer suo è importante per non portarsi dietro le questioni lavorative, rischiando di ammalarci. Dopo il decesso racconta che si è svolta una riunione durante la consegna per valutare com'è andata, dato che era una signora alla quale erano tutti molto legati. Racconta che in molti hanno presenziato al funerale e che dopo quest'ultimo si sono riuniti nuovamente in un bar per discutere dell'evento. Sapendo che vi era una compagna di lavoro particolarmente legata alla paziente deceduta si era presa la responsabilità di contattarla per informarla dell'accaduto. Di primo impatto riferisce che la collega ha pianto e negato la realtà dei fatti e, il giorno del funerale racconta che quest'ultima ha letto un suo scritto.

L'intervistata comunica che tra le diverse attività che girano attorno alla professione infermieristica il decesso di un ospite rallenta un po' il procedere lavorativo, anche di qualità, riferendo che in quel momento i suoi pensieri sono rivolti alla persona defunta; a partire dal giorno successivo la performance lavorativa torna già alla normalità. A livello motivazionale è sempre stata stabile, comunicando di non essersi mai posta la domanda.

Per evitare il rischio di ridurre la performance e la motivazione professionale le sono stati utili i supporti psicologici forniti dalla struttura quando l'equipe ha affrontato un momento di destabilizzazione emotiva, causata dai molti decessi ravvicinati, aiutandoli mediante un sostegno a distaccarsi e ad andare avanti. Oltre a ciò ha imparato a concepire la morte come qualcosa che fa parte del proprio lavoro. Per quanto concerne le strategie inefficaci, ha osservando in alcuni membri del team un coinvolgimento emotivo marcato, sottolineando l'importanza di avere un distacco.

Intervista N.3, infermiera di 31 anni con 5 anni di esperienza lavorativa

1. Inizio carriera e confronto con la morte dei residenti, ci ha mai pensato?	<ul style="list-style-type: none"> • Pensato ma non preso sul serio
2. Primi eventi di morte ed emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Paura, angoscia
2a. Primi eventi di morte e comportamenti/ reazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Evitamento • Ricerca sostegno da parte di colleghi con più legame
3. Presente e passato: quali cambiamenti nelle emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Dispiacere
3a. quali cambiamenti rispetto alle reazioni/ comportamenti	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiamento di pensiero • Spontaneità nella presa a carico del paziente
4a. Influenza della morte sulla performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Maturazione interiore • Miglioramento performance
4b. Influenza della morte sulla motivazione professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento motivazione
5a. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci per evitare il pericolo di incrinare la motivazione e/o performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Affrontare la situazione/ problema
5b. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci osservati nei propri colleghi	<ul style="list-style-type: none"> • Solo comportamenti efficaci (non specificati)
5c. Comportamenti o strategie che si sono dimostrati poco efficaci (propri o dei colleghi)	<ul style="list-style-type: none"> • Negazione • Evitamento
6. Strategie che si rilevano utili da attivare per la gestione di un decesso per facilitare il carico psico-fisico. a. Sostegno sociale f. Dedicarsi alla religione b. Affrontare la situazione g. Autocontrollo c. Distanziamento affettivo h. Rivalutazione positiva d. Praticare sport/ hobbies i. Fuga/ evitamento e. Accettazione responsabilità	<ul style="list-style-type: none"> a. Totalmente b. Totalmente c. Abbastanza d. Totalmente e. Totalmente f. Molto g. Molto h. Totalmente i. Per nulla

Quando l'intervistata ha intrapreso la sua carriera infermieristica aveva già pensato che si sarebbe confrontata con la morte di un residente del quale si sarebbe occupata, riferendo però di non averlo mai preso sul serio.

Racconta che il primo decesso le ha scaturito emozioni come la paura, portandola ad evitare il corpo deceduto e, angosciata dal non sapere come reagire. In quel momento, data la sua giovane età, si era appoggiata ai colleghi con i quali aveva più legame.

Attualmente, facendo riferimento all'ultimo accompagnamento, comunica che c'è stato un cambiamento di pensiero, passando dal percepire la morte come qualcosa di brutto a qualcosa di naturale.

A livello emozionale, ora, riferisce dispiacere quando si trova di fronte a una persona deceduta ma non vivendola più come paura e, senza evitarla più, anzi, emerge questa spontaneità nella presa a carico.

Dopo ogni decesso cresceva una maturazione interiore, migliorando la propria performance professionale. Per l'intervistata non è l'evento della morte ad incidere sulla motivazione, anzi, l'impegno per garantire un buon accompagnamento vedendo morire la persona serenamente rendeva serena anche lei.

La strategia che si è rilevata efficace al fine di evitare di ridurre la performance e la motivazione professionale è stata principalmente quella di affrontare direttamente il problema, aiutandola a sentirsi più sicura e a non percepire più la paura.

Nei suoi colleghi ha osservato solo comportamenti efficaci, anche se dopo il decesso racconta che, nonostante non fossero persone di famiglia si trovavano comunque ad elaborare un lutto, raccontando di aver notato atteggiamenti di negazione di quanto accaduto, anche se al posto di durare mesi, durava qualche attimo, ma, che con il passare del tempo erano tutti comportamenti utili.

Invece, per quanto riguarda i comportamenti inefficaci, secondo l'intervistata, il suo evitamento iniziale del problema nei confronti della morte la portava a sentire l'ansia, ma una volta imparato ad affrontarlo questa sensazione scompariva, sentendosi più tranquilla.

Intervista N.4, infermiera di 53 anni con 20 anni di esperienza lavorativa

1. Inizio carriera e confronto con la morte dei residenti, ci ha mai pensato?	<ul style="list-style-type: none"> • Sì
2. Primi eventi di morte ed emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Liberazione, sollievo
2a. Primi eventi di morte e comportamenti/ reazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Ripensamenti • Sostegno reciproco dell'equipe • Ricerca sostegno familiare
3. Presente e passato: quali cambiamenti nelle emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Utilità
3a. quali cambiamenti rispetto alle reazioni/ comportamenti	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca sostegno familiare
4a. Influenza della morte sulla performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Sì, ma non così evidente
4b. Influenza della morte sulla motivazione professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento motivazione
5a. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci per evitare il pericolo di incrinare la motivazione e/o performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • L'insegnamento di vita dati dagli utenti
5b. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci osservati nei propri colleghi	<ul style="list-style-type: none"> • Variano da persona a persona
5c. Comportamenti o strategie che si sono dimostrati poco efficaci (propri o dei colleghi)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitamento
6. Strategie che si rilevano utili da attivare per la gestione di un decesso per facilitare il carico psico-fisico.	<ul style="list-style-type: none"> a. Totalmente b. Totalmente c. -

a. Sostegno sociale	f. Dedicarsi alla religione	d. Per nulla
b. Affrontare la situazione	g. Autocontrollo	e. Abbastanza
c. Distanziamento affettivo	h. Rivalutazione positiva	f. Per nulla
d. Praticare sport/ hobbies	i. Fuga/ evitamento	g. Totalmente
e. Accettazione responsabilità		h. Totalmente
		i. Per nulla

Una volta iniziato il percorso infermieristico, l'intervistata, era consapevole che si sarebbe confrontata con il fine vita di un ospite, riferisce che l'argomento morte non la spaventava, dato che aveva una storia familiare molto particolare, caratterizzata da malattie e perdite, facilitandole di conseguenza l'accettazione di questo evento.

Pensando al primo evento di morte che ha dovuto gestire in casa per anziani racconta di aver provato liberazione e sollievo nel vedere il residente deceduto, assolto dalla sofferenza. Dopo quel momento ci sono stati dei ripensamenti rivolti ai propri cari venuti a mancare per poi giungere alla conclusione che è un evento naturale della vita. Comunica che non ha sentito il bisogno di ricercare supporto da parte dei propri colleghi perché lavorando in equipe non si lavora mai da soli, per cui il sostegno è automatico. C'è stata però la ricerca di sostegno da parte dei propri famigliari.

A distanza di anni, riferendosi all'ultimo accompagnamento vissuto, riferisce di aver percepito soprattutto il desiderio che l'utente aveva di morire, sentendo questo sentimento di utilità nel potergli stare vicino in questo particolare momento di vita. Dopo il decesso, ed essendo stata molto legata alla paziente, si è sentita in dovere di andare a salutarla in camera mortuaria, lasciandole una dedica. Racconta che la lettera è stata il suo sfogo per ridurre la tensione emotiva che aveva manifestato piangendo. Oltre a ciò c'è stata anche la ricerca di sostegno dalla famiglia, riferendo che più di una volta si è sentita una pacca sulla spalla.

Per quanto riguarda i comportamenti messi in atto per evitare il pericolo di incrinare la motivazione e performance professionale riferisce che a volte il team non è minimamente preparato al decesso, poiché risente la mancanza del residente venuto a mancare, osservando un clima di dolore e dispiacere. Nonostante ciò non vi è una riduzione della performance così evidente, anche perché si cerca sempre di andare avanti. A livello motivazionale, comunica che le strategie efficaci messe in atto sono state proprio gli insegnamenti di vita che queste persone le hanno trasmesso.

Per quanto concerne le strategie inefficaci, ha osservato in alcuni colleghi la tendenza ad evitare di andare a contatto diretto con l'utente in fine vita, dicendo che a parer suo non fossero pronti a veder qualcuno morire. Però riferisce che i comportamenti dipendono da persona a persona, dato che c'è chi ha più il dono e l'anima di accompagnare e, chi proprio non riesce.

Intervista N.5, infermiere di 45 anni con 9 anni di esperienza lavorativa

1. Inizio carriera e confronto con la morte dei residenti, ci ha mai pensato?	• Cosciente di quello a cui andava incontro
2. Primi eventi di morte ed emozioni	• Sollievo
2a. Primi eventi di morte e comportamenti/ reazioni	• Ricerca confronto con i parenti dell'utente
3. Presente e passato quali cambiamenti nelle emozioni	• Imparato a non emozionarsi troppo
3a. presente e passato quali cambiamenti rispetto alle reazioni/ comportamenti	• Distacco • Non emozionarsi troppo

4a. Influenza della morte sulla performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Tramutazione in positività • Maggiore sensibilità • Confronto con sé stesso • Ricerca sostegno della compagna
4b. Influenza della morte sulla motivazione professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Continua ricerca
5a. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci per evitare il pericolo di incrinare la motivazione e/o performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Costante ricerca motivazionale • Distacco
5b. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci osservati nei propri colleghi	<ul style="list-style-type: none"> • Si impara qualcosa da tutti
5c. Comportamenti o strategie che si sono dimostrati poco efficaci (propri o dei colleghi)	<ul style="list-style-type: none"> • Attaccamento eccessivo
6. Strategie che si rilevano utili da attivare per la gestione di un decesso per facilitare il carico psico-fisico. a. Sostegno sociale f. Dedicarsi alla religione b. Affrontare la situazione g. Autocontrollo c. Distanziamento affettivo h. Rivalutazione positiva d. Praticare sport/ hobbies i. Fuga/ evitamento e. Accettazione responsabilità	a. Abbastanza b. Abbastanza c. Molto d. Totalmente e. Molto f. Abbastanza g. Totalmente h. Totalmente i. Per nulla

L'intervistato quando ha intrapreso questo percorso professionale era cosciente che si sarebbe confrontato con la morte di residenti, riferendo che sapeva a quello a cui andava incontro ed era anche curioso di cosa volesse dire affrontare un accompagnamento.

Una volta affrontata la prima morte racconta di aver provato sollievo nei confronti della paziente perché finalmente si era liberato dalla sofferenza. Dopo il decesso si è confrontato con i parenti dell'utente in quanto erano loro che non stavano tanto bene, ma allo stesso tempo parlare con quest'ultimi li ha facilitato l'elaborazione.

Ripensando all'ultimo accompagnamento affrontato racconta che ha imparato a tirare su dei muri importanti, acquisendo la capacità di distaccarsi e a non emozionarsi troppo poiché, dal suo punto di vista, è essenziale al fine di proteggersi perché se no ti porti dietro tutto.

Tra le diverse attività che gravitano attorno alla professione infermieristica, per l'intervistato l'evento morte non influisce particolarmente sulla performance professionale, dicendo che ad un certo punto cerca di tramutarla in positività, provando a fare sempre meglio il proprio lavoro, ma, che allo stesso tempo lo rendono un po' più sensibile. Secondo lui è meglio non mostrare le proprie emozioni all'equipe e, per non mostrare la sua fragilità, preferisce confrontarsi con sé stesso e, successivamente a casa con la propria compagna (anche lei infermiera). Per quanto concerne la motivazione riferisce che non aspetta mai queste situazioni ma la ricerca costantemente in diversi campi che possono comprendere corsi formativi, musica, sport, cucina, ecc...

Per evitare il pericolo di incrinare sia la performance che la motivazione professionale anche se sollecitati da eventi emotivamente intensi come la morte racconta che è importante la continua ricerca motivazionale e l'aver imparato a distaccarsi per stare bene. In riferimento ai propri colleghi riferisce che si ha da imparare qualcosa di utile da tutti. Come strategie inefficaci ha osservato in una collega un attaccamento importante

nei confronti di alcuni utenti deceduti, dicendo però, che se un giorno dovessero morire gli ospiti a cui è molto legato forse succederà anche a lui.

Intervista N.6, infermiere di 50 anni con 6 anni di esperienza lavorativa

1. Inizio carriera e confronto con la morte dei residenti, ci ha mai pensato?	<ul style="list-style-type: none"> • Preparato e consapevole
2. Primi eventi di morte ed emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Dispiacere, pace
2a. Primi eventi di morte e comportamenti/ reazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Completamento nella presa a carico della paziente
3. Presente e passato quali cambiamenti nelle emozioni	<ul style="list-style-type: none"> • Pace
3a. presente e passato quali cambiamenti rispetto alle reazioni/ comportamenti	<ul style="list-style-type: none"> • Distanziamento • Aiutare gli altri colleghi
4a. Influenza della morte sulla performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilità temporanea
4b. Influenza della morte sulla motivazione professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Stimolo per garantire una buona morte
5a. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci per evitare il pericolo di incrinare la motivazione e/o performance professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire una buona morte • Stimolo per garantire personale ancora più presente per il paziente
5b. Comportamenti o strategie vincenti/ efficaci osservati nei propri colleghi	<ul style="list-style-type: none"> • Aiuto reciproco fra colleghi
5c. Comportamenti o strategie che si sono dimostrati poco efficaci (propri o dei colleghi)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitamento
6. Strategie che si rilevano utili da attivare per la gestione di un decesso per facilitare il carico psico-fisico. a. Sostegno sociale f. Dedicarsi alla religione b. Affrontare la situazione g. Autocontrollo c. Distanziamento affettivo h. Rivalutazione positiva d. Praticare sport/ hobbies i. Fuga/ evitamento e. Accettazione responsabilità	<ul style="list-style-type: none"> a. Totalmente b. Totalmente c. Abbastanza d. Molto e. Molto f. Totalmente g. Molto h. Totalmente i. Per nulla

L'intervistato riferisce che quando ha intrapreso la sua carriera infermieristica era preparato e consapevole al fatto che si sarebbe confrontato con la fine vita di un ospite. Questa consapevolezza era data dalla pace con sé stesso e, dall'accettazione della propria morte, poiché solo partendo da se che si può accettare quella degli altri.

Pensando alla prima esperienza di accompagnamento che ha dovuto gestire racconta di aver vissuto forti emozioni in quanto seguiva la paziente quotidianamente. Una volta arrivato il decesso ha provato dispiacere per la morte in se, razionalizzandola e vivendola con un'ottica superiore alla morte, non percependola come una fine ma come un passaggio. Al momento del decesso si è preso cura di lei, lavandola insieme ad un'altra collega, raccontando che in quel momento vi erano diversi colleghi che si rifiutavano di farlo. Questo suo comportamento l'ha visto come un completamento, dato che si era occupato di lei sia quando era viva che in questo particolare momento di fine vita. Racconta che per lui era giusto così, seguirla anche in quella situazione,

sentendosi facilitato forse ancora di più nell'accettazione della morte, ritenendolo il passaggio ideale.

Nell'ultimo accompagnamento affrontato e, paragonandolo al primo, dice che attualmente è più distaccato, più lontano e di conseguenza meno coinvolto. Riferisce che le emozioni sono sempre quelle di pace, percependolo come un evento naturale soprattutto a quell'età, vedendolo come un liberarsi da parte del residente dalla sofferenza. A livello comportamentale racconta che è stato proprio lui a voler aiutare qualcun altro con la propria esperienza

Tra le diverse attività di questa professione, racconta che la morte nel suo caso non ha influito sulla performance, riferendo però che magari quel giorno era più sensibile, ma senza vedere cambiamenti sostanziali nelle sue prestazioni. Per quanto concerne la motivazione dice che può fungere da stimolo per garantire un buon accompagnamento.

Le strategie che si sono rilevate efficaci per l'intervistato al fine di evitare il pericolo di ridurre la performance e la motivazione professionale riguarda proprio il fatto di garantire una buona morte, dignitosa, impegnandosi a garantire che ci sia sempre qualche collaboratore presente con il residente in fine vita. A livello dell'equipe trova molto importante l'aiuto reciproco nei momenti di difficoltà, che aiutano a rafforzare il team. Invece, per quanto concerne i comportamenti inefficaci, ha notato che alcuni membri dell'equipe si rifiutavano categoricamente di affrontare l'evento morte, riferendo che la paura e la negazione da parte loro era forse derivata da esperienze personali non superate, ma svolgendo una professione come questa bisogna essere consapevoli che ci si può confrontare con situazioni come queste.

5. ANALISI E DISCUSSIONE: Confronto tra le interviste e la letteratura

Dalla prima domanda emerge che tutti gli intervistati erano consapevoli che, iniziando a lavorare nel settore infermieristico, in particolare in casa anziani, si sarebbero confrontati con la morte di residenti dei quali si sarebbero occupati. La metà ha risposto semplicemente di sì, mentre i restanti hanno dato motivazioni differenti: uno di loro riferisce di averci pensato ma di non aver preso sul serio la questione, il secondo era preparato e consapevole e, l'ultimo, era cosciente di quello a cui andava incontro, curioso di cosa volesse dire affrontare il percorso della morte. Però, da quanto emerge dallo scritto di Cavazzuti, Cremonini e Di Giulio (2000), la morte è un visitatore peculiare delle case per anziani, ma spesso nessuno ne parla, questo perché il personale spesso si comporta come se non si trovasse in un luogo dove le vite si concludono. I risultati ottenuti dalle interviste e dalla letteratura scientifica forniscono dati differenti poiché, da una parte viene affermata la consapevolezza della morte e dall'altra risulta essere un elemento non contemplato. Quando ho intrapreso questo percorso professionale, indipendentemente dal fatto che lavorassi in casa anziani o in ospedale, ero consapevole che la morte facesse parte di questo mestiere. Questo mio vissuto, insieme al risultato ottenuto dall'indagine sul campo, si contrastano con quanto detto da Cavazzuti, Cremonini e Di Giulio (2000).

Gli infermieri che non hanno esperienza in contesti geriatrici, descrivono le case di cura per gli anziani come luoghi molto tristi e la vecchiaia come evocatrice di morte (Squaglia e Matarese 2007). Come afferma Squaglia e Matarese (2007), per gli infermieri della geriatria, il nodo cruciale della differenza con le altre aree clinico-assistenziali non consiste solo nell'approccio relazionale, ma anche nella necessità di rispondere ai bisogni sociali ed affettivi dell'anziano ed è per i professionisti non solo un dare ma anche un ricevere.

Dalla mia breve esperienza in casa di riposo avevo osservato un clima di lavoro volto a migliorare la qualità di vita degli utenti e non focalizzata sull'"end-of-live". Martins, Chaves, e Campos (2014) sottolineano l'importanza di permettere al residente di vivere il tempo rimasto in tranquillità, rispettando la sua dignità e mantenendo la sua identità, favorendo la vicinanza delle persone a lui care e delle "cose" che hanno segnato la sua vita.

Una volta affrontata la prima morte emergono diverse emozioni come il dispiacere, la sofferenza, la tristezza, la paura, l'angoscia, il sollievo, la liberazione e la pace. Invece, secondo lo studio condotto da Zheng (2015), le emozioni riferite da infermieri recentemente laureati confrontati con la morte sono: di nervosismo, senso di colpa, frustrazione, stress, rabbia, tristezza e repulsione. Anche secondo Martins, Chaves, e Campos (2014) nella pratica clinica, gli infermieri sono spesso confrontati con situazioni difficili e cariche di emotività, come la sofferenza per la morte di un paziente generando sentimenti di tristezza, ansia, frustrazione, impotenza e senso di colpa. Come si può notare vi è una discordanza tra quanto emerso dalle interviste rispetto a quanto proposto dalla letteratura scientifica. Gli unici sentimenti che li accomuna sono la sofferenza e la tristezza. Tali differenze potrebbero essere attribuite dalla mancata specificità degli articoli, poiché non si riferiscono alle emozioni provate in casa per anziani ma in altri contesti lavorativi.

Due degli intervistati hanno espresso sollievo e liberazione nei confronti dell'utente sofferente. Un'altra coppia ha provato dispiacere legato alla relazione che avevano instaurato con il paziente. Quest'ultimo, in aggiunta, riferisce una sensazione di pace, data dall'armonia che ha verso sé stesso, riferendo che solo accettando la propria morte si può accettare quella degli altri. Difatti anche secondo Bono (2010) prevedere,

accettare e controllare le forti emozioni scatenate dalla morte implica un'adeguata maturazione della conoscenza di sé. Anche se è stato solo un intervistato a far emergere questa maturità interiore, si può vedere comunque che quanto detto da lui rispecchia la ricerca effettuata da Bono (2010). Purtroppo non è emerso dalla letteratura scientifica quali siano gli elementi necessari per sviluppare una buona conoscenza di sé, ma per l'intervistato sono stati l'accettazione della propria morte ed il concepire la morte come un evento naturale.

Un'altra intervistata racconta di aver provato tristezza derivata dal legame instaurato con l'utente, dispiacere per la tipologia di decesso (morte improvvisa) e dall'impossibilità di non aver potuto garantire un accompagnamento differente. Infine, l'ultima persona riferisce paura correlata al corpo deceduto e angoscia dal non sapere come reagire data la poca esperienza. Come viene confermato da Cavazzuti (2000) spesso l'impreparazione generale del personale porta ad un confronto con le proprie paure.

I comportamenti attuati dagli infermieri di fronte alla prima morte sono le seguenti: la metà delle persone hanno riferito l'utilità del sostegno da parte dei propri colleghi di lavoro, un'intervistata ha specificato la ricerca di colleghi con più anni lavorativi e un'altra con maggior legame. La terza però non ha precisato la ricerca del supporto in quanto secondo lei, nel proprio team, il sostegno è automatico e reciproco soprattutto in queste particolari circostanze. Dallo studio di Zheng, Lee, e Bloomer (2015), una delle principali strategie di coping, messe in atto da infermieri neodiplomati, è la ricerca di sostegno da parte dei colleghi, in particolare riferendosi a quelli con maggiori esperienze lavorative. Questo comportamento non risulta essere sempre di particolare efficacia. Invece nella ricerca di Deklava, Circenis, e Millere (2014) risulta che la ricerca di sostegno sociale è importante per la percezione dello stress, in quanto spesso funge da "cuscinetto". Anche secondo Berlado, Almedia, e Bocchi (2015), per affrontare al meglio questi momenti risulta di fondamentale importanza chiedere supporto ai propri colleghi di lavoro con maggiore esperienza. I tre articoli scientifici si contrastano a vicenda dato che, due di loro affermano l'importanza del supporto sociale per la percezione dello stress e l'altro dichiara che non è sempre peculiarmente efficace. Sarebbe interessante indagare cosa sta alla base di questa differenza. Dall'indagine sul campo la ricerca di sostegno sociale risulta efficace, rafforzando quanto emerso dallo studio di Deklava, Circenis, e Millere e di Berlado, Almedia, e Bocchi (2015).

Altri tre hanno aggiunto l'importanza del supporto della famiglia, due dei quali hanno precisato il sostegno del marito (infermiere). Dallo studio di Zheng, Lee, e Bloomer (2015) emerge che la ricerca d'aiuto da parte dei propri famigliari, non si è rivelato un aiuto sufficiente. Questo punto è difficile da comparare con la letteratura, dato che qui ne emerge la ricerca, ma quando ho posto la domanda agli infermieri su quali erano le strategie efficaci, il supporto della famiglia non è stato confermato da nessuno. Dalla mia esperienza mi è capitato diverse volte di trovarmi in momenti di difficoltà, chiedendo di conseguenza supporto alla mia famiglia. Il riscontro c'è stato ma non sufficiente per risolvere il problema e il mio malessere, confermando quanto detto dall'ultimo autore sopra citato.

Altre particolarità emerse riguardano una coppia di intervistati che hanno utilizzato approcci differenti rispetto a quelli già affrontati. Il primo si è confrontato con i parenti dell'utente per dargli sostegno e, allo stesso tempo, parlare con quest'ultimi gli ha facilitato l'elaborazione. Per il secondo, il fatto che si fosse preso cura del paziente deceduto l'ha vissuto come il passaggio ideale per una buona elaborazione, dato che si era occupato di lei sia quando era viva, sia in questo particolare momento di vita. Come ultimo, sono emerse altre reazioni nella metà degli intervistati: la prima, il pianto, legato

alla relazione instaurata con il paziente ed al desiderio che quest'ultima non si spegnesse.

Dai risultati ottenuti da Zheng, Lee e Blomber (2015) all'inizio della carriera professionale, vi è una repressione delle risposte emotive per proteggere sé stessi. Come si può notare, tutti gli intervistati hanno avuto una risposta emotiva nei confronti del primo decesso, andando così in contrapposizione con quanto affermato dalla letteratura scientifica. Da una parte troviamo le numerose emozioni provate dagli infermieri e, dall'altra la repressione riferita da Zheng (2015). Questo controllo emozionale emerge molto nella terza domanda, dove risulta che è proprio l'esperienza professionale a determinare un maggiore controllo.

La seconda persona ha espresso l'evitamento del corpo deceduto e la terza ha avuto dei ripensamenti rivolti ai propri cari venuti a mancare, giungendo alla conclusione che è un evento naturale della vita. Come confermato da Martins, Chaves, e Campos (2014) questi sentimenti sorgono perché i professionisti della cura inconsciamente si rendono conto che si trovano di fronte a una persona della quale si sono presi cura e, allo stesso tempo, perché sanno che potrebbero trovarsi loro stessi in quella situazione.

A distanza di anni dall'ultimo decesso, nella totalità degli intervistati le emozioni sono cambiate rispetto a quelle iniziali. Il primo riferisce maggiore tranquillità, serenità e contentezza nel poter stare vicino al residente in questo percorso. Questa affermazione conferma quanto detto da Zheng, Lee, e Blomber (2015), dicendo che quando la morte appare imminente, stare accanto al paziente e accompagnarlo in questo ultimo percorso rappresenta un privilegio, perché nonostante faccia emergere emozioni intense, vi è anche d'altra parte tranquillità e soddisfazione, in quanto si contribuisce a una buona morte.

Un'altra coppia di intervistati con il tempo ha acquisito una migliore capacità di gestione delle emozioni, imparando a non emozionarsi troppo e a trattenerle di più per proteggersi. Dalla ricerca di Barooah et. Al (2015) il dolore provocato dal lutto porta ad un indurimento emotivo verso gli altri pazienti. In questa situazione bisogna valutare cosa intende il testo scientifico per indurimento emotivo, anche perché la migliore gestione delle emozioni riferita dagli intervistati è volta verso sé stessi e non verso l'utenza. Sarebbe interessante indagare se il controllo delle emozioni del curante comporta questo indurimento emotivo nei confronti dell'utenza.

L'altra metà degli intervistati ha dato risposte differenti. La prima ha avuto un cambiamento di pensiero, passando dal percepire la morte come qualcosa di brutto, a qualcosa di naturale e, a livello emozionale, riferisce dispiacere per la persona deceduta senza viverla più come paura. La seconda fa emergere questo sentimento di utilità nel poter stare vicino al residente in questo momento di fine vita. L'ultimo intervistato comunica questo senso di pace, percependo la morte come un evento naturale soprattutto a quell'età. Come confermato da Bono (2010), la morte non è patologica, ma un evento fisiologico.

Rispetto al primo decesso, le modalità con cui gli infermieri hanno reagito e/o si sono comportati di fronte all'ultima morte sono cambiati. Più della maggioranza ha riferito questo distanziamento e/o distacco nei confronti del paziente, anche qui con ragioni differenti, chi per non soffrire più la morte del residente, chi per non portarsi i problemi lavorativi una volta a casa, chi per proteggersi e infine, chi per non coinvolgersi troppo, acquisendo una migliore capacità di gestione delle emozioni. Quanto affermato da Beraldo (2015) rispecchia pienamente i dati emersi dalle interviste che ho analizzato, dichiarando che anche se il professionista decide di accompagnare il paziente alla morte, questa decisione consapevole non elimina completamente la sofferenza che si

affronta durante questa esperienza. Per questo motivo, nel corso degli anni si sviluppa questa abilità, cioè l'adozione di atteggiamenti di distanziamento affettivo nei confronti del paziente e della famiglia. Questo comportamento contribuisce a ridurre il coinvolgimento emotivo verso la situazione e, ad evitare ulteriori difficoltà fuori dal contesto lavorativo.

Due intervistati hanno fatto emergere la necessità di sostegno da parte di qualcuno, chi dall'equipe e chi dalla famiglia. Inoltre vi è un'altra coppia di persone che hanno aiutato i propri colleghi, una per informare un membro del team che il paziente è deceduto e l'altro per trasmettere la propria esperienza a chi ne aveva bisogno.

Come si è potuto notare gli stili di coping sono chiaramente soggetti a variazioni nel tempo, e l'abilità di adattarsi allo stress si sviluppa nel corso di tutta la vita, determinata anche dalle esperienze passate (Cariota Ferrara e La Berbera 2006; Brunner et. al 2005). Lo possiamo notare confrontando le strategie che gli intervistati hanno attuato all'inizio della loro carriera professionale rispetto all'ultimo accompagnamento.

Arrivando alla quarta domanda, è stato interessante vedere come questo particolare evento di vita non incida particolarmente sulla performance lavorativa. La metà degli intervistati ha riferito un miglioramento delle prestazioni. Una persona ha espresso che riflettere sulle proprie azioni, compiute o meno, l'aiutava a migliorare anche nei confronti degli altri pazienti. La seconda, racconta che ogni decesso affrontato la portava ad una maturazione interiore e di conseguenza migliorava la propria performance lavorativa. Il terzo riferisce che ha cercato di tramutare l'evento morte in positività, per ottimizzare sempre di più il proprio lavoro, anche se allo stesso tempo lo rendeva un po' più sensibile. I restanti hanno espresso altre esperienze, il primo un rallentamento temporaneo del procedere lavorativo in quanto i pensieri erano rivolti al deceduto. Un'altra riferisce che il team risente della mancanza del residente venuto a mancare, osservando un clima di dolore e dispiacere, ma non tale da compromettere in maniera evidente la performance. L'ultimo fa emergere questa maggiore sensibilità riferendo che comunque non influisce particolarmente sull'operatività lavorativa. Purtroppo non ho trovato nella letteratura scientifica tematiche che riguardavano l'influenza della morte sulla performance professionale e di conseguenza non ho modo di paragonare quanto emerso dalle interviste rispetto alla letteratura scientifica. Però da quanto afferma Lim, Bogossian, e Ahern (2010), lo stress influisce non solo sulla salute ed il benessere personale ma anche sulle prestazioni professionali.

L'evento morte ha influito a livello motivazionale solo su una persona su sei. Quest'ultima è arrivata al momento in cui non ne poteva più in casa per anziani, sottolineando che la soffocava il fatto che gli anziani non andassero più via da lì. La decisione di abbandonare il mestiere è stata difficile, dato che si sentiva legata a quel posto e a quelle persone, e una volta abbandonato il posto di lavoro ne percepiva la mancanza, andando a lavorare in aiuto domiciliare, benché fosse diverso. Deklava, Circenis, e Millere (2014) affermano che gli infermieri spesso lavorano con un carico lavorativo elevato e, sono costantemente sotto tensione emotiva, fisica e mentale. Il lavoro diventa meno produttivo, dove stress e burnout sono le cause principali per il quale il personale, alcune volte, vuole cambiare lavoro, in cui il livello di stress è molto più basso.

L'incapacità di gestire le tensioni emotive, fisiche e mentali, hanno portato l'intervistata ad abbandonare la casa per anziani, confermando che stress e burnout sono le cause principali per il quale il personale infermieristico vuole cambiare lavoro.

I restanti intervistati non hanno "sofferto" dal punto di vista motivazionale, anzi, hanno riferito stabilità o un aumento della motivazione, dando argomentazioni diverse. La

seconda intervistata riferisce stabilità da quel punto di vista e di non essersi mai posta la domanda. La terza fa emergere che non è l'evento morte ad incidere sulla motivazione professionale, anzi, garantire un buon accompagnamento e, veder morire il paziente serenamente, rendeva serena anche lei. Per la quarta sono le varie esperienze di vita trasmesse dagli utenti che rappresentano dei fattori stimolanti. Il quinto intervistato riferisce che ricerca costantemente la motivazione, in vari campi che possono essere le giornate informative e le attività di svago come la cucina, musica, sport, lettura, ecc...non aspettando mai queste situazioni, per correre il rischio di incrinarla. Infine, per l'ultimo, l'evento morte funge come stimolo per garantire un buon accompagnamento. In un articolo redatto da Squaglia e Matarese (2007), emerge che gli infermieri delle aree geriatriche affermano che la motivazione professionale è cresciuta nel tempo. Quanto detto dal testo scientifico non è in relazione all'evento morte, purtroppo non vi è letteratura che tratta l'influenza della fine vita sulla motivazione professionale.

Tutti gli intervistati hanno dato risposte differenti per quanto concerne le strategie efficaci al fine di evitare di ridurre la motivazione e la performance professionale. La prima riferisce che le è stato utile fare affidamento sui suoi bambini, abbracciandoli in quanto le davano la carica necessaria per andare avanti; oltre a ciò frequentava luoghi dove c'erano bambini perché in loro vedeva la vita, imparando ad accettare la morte come parte del proprio lavoro e non della propria vita personale. La seconda, in questa domanda ha rivisto i supporti esterni forniti dalla struttura, quando l'equipe ha affrontato un momento di destabilizzazione emotiva, data dai molti decessi ravvicinati. Ha imparato anche lei ad accettare la morte come parte del proprio mestiere. In riferimento all'ultima intervistata, e mettendo a confronto quanto detto con il testo scientifico di Zheng, Lee, e Bloomer (2015) alcune volte a causa di carichi di lavoro eccessivi, non si ha tempo di effettuare un debriefing o un momento per riflettere sull'esperienza vissuta prima di essere esposti ad un'altra esperienza di morte.

La terza intervistata ha trovato efficace affrontare direttamente il problema che le creava paura, riferendo che più lo affrontava più si sentiva sicura e le paure svanivano. Deklava, Circenis, e Millere (2014) confermano che le persone che sono state in grado di attuare il "problem-solving", sono state in grado di resistere con successo e superare lo stress in modo efficace, mostrando maggiore soddisfazione sul lavoro.

Per la quarta, le è stato utile l'insegnamento di vita che i residenti le trasmettevano. Per il penultimo intervistato è stato essenziale la continua ricerca motivazionale e l'aver imparato a distaccarsi per stare bene. Per l'ultimo, il fatto di garantire una morte dignitosa impegnandosi a fare in modo che ci sia una buona organizzazione del reparto quando c'è un paziente morente.

I comportamenti efficaci che gli intervistati hanno osservato nei propri colleghi o che gli è stato riferito dai diretti interessati risultano: la prima intervistata riferisce che tante persone dell'equipe praticavano sport, yoga, meditazione oppure cercavano di stare con la famiglia. La seconda riferisce di non averci fatto caso. La terza ha solo osservato comportamenti efficaci ma senza specificare. La quarta intervistata fa notare che varia da persona a persona, in quanto c'è chi ha più anima e dono nell'accompagnare e chi proprio non riesce. Il quinto ha espresso che si ha da imparare qualcosa da tutti. Infine, l'ultimo riferisce che l'aiuto reciproco tra colleghi è importante ed aiuta a rafforzare il gruppo.

Per quanto riguarda le strategie inefficaci, a livello personale (se lo concerne) è risultato che: la prima infermiera racconta che in passato rifletteva troppo sulle proprie azioni e

sulla morte, che sommandola alla difficoltà di gestire le emozioni la portavano a lavorare male. Per la terza intervistata emerge che l'evitamento attuato all'inizio del percorso professionale nei confronti della morte le suscitava ansia, ma una volta imparato ad affrontare il problema si è sentita più tranquilla.

Invece, le strategie poco utili osservate nei propri colleghi è emerso che: la prima intervistata non ha osservato strategie o comportamenti inefficaci nel proprio Team. La seconda e il quinto intervistato hanno osservato in alcuni membri dell'equipe un eccessivo coinvolgimento emotivo. La terza intervistata riferisce che quando moriva un paziente anche se non era un parente, alcuni suoi colleghi si trovavano comunque ad elaborare un lutto, con tanto di negazione dell'accaduto, ma che durava pochi attimi. La quarta riferisce di aver notato in alcuni colleghi l'evitamento del contatto diretto con l'utente in fine vita. Infine il sesto racconta che la paura e la negazione notata nei propri membri del team era forse data da esperienze personali non superate. Secondo Zheng (2015), di fronte alla morte del paziente l'infermiere deve tenersi a sua disposizione, relazionandosi con esso e trasmettendogli il nostro interessamento alle sue difficoltà, dandogli tutto il nostro sostegno. Queste azioni permettono di dare un altro significato alla vita di quella persona. I tre elementi essenziali quali la versatilità, il supporto e le conoscenze sono importanti proprio perché spesso emergono comportamenti di disimpegno ed evitamento della presa a carico. In questa situazione si osserva come la mancanza dei tre elementi essenziali citati nell'articolo scientifico hanno portato alcuni membri del team curante, riferito dagli intervistati, a negare ed evitare la situazione luttuosa, togliendo l'opportunità di trasmettere il proprio sostegno al paziente morente.

Infine, nella tabella sottostante sono illustrate mediante uno schema riassuntivo le strategie di coping efficaci, che gli infermieri ritenevano utili per affrontare l'evento morte, al fine di facilitare il carico psico-fisico.

STRATEGIE DI COPING	
a. Ricerca di sostegno sociale da parte di colleghi, famigliari e/o amici	1* abbastanza 1 molto 4 totalmente
b. Affrontare direttamente la situazione, pianificando, progettando la soluzione al problema	2 abbastanza 4 totalmente
c. Distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia	1 Non ha voluto dare un punteggio 1 poco/abbastanza 2 abbastanza 2 molto
d. Praticare sport, dedicarsi agli hobbies	2 molto 3 totalmente
e. Accettazione della responsabilità, che comprende l'accettazione della situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarla	2 abbastanza 3 molto 1 totalmente
f. Dedicarsi alla religione, cercando aiuto o un confronto	1 per nulla 1 poco 1 abbastanza 2 molto 1 totalmente
g. L'autocontrollo, gestendo le proprie emozioni, reazioni e/o comportamenti	3 molto 3 totalmente
h. Rivalutazione positiva facendo riferimento alla propria professionalità, riconoscendo la morte come atto conclusivo di accompagnamento/cura per il paziente, per la famiglia e per l'equipe	1 molto/ totalmente 5 totalmente
i. Fuga e/o evitamento della situazione	6 Per nulla

* I numeri corrispondono al numero di persone che hanno scelto un determinato punteggio

Osservando la tabella emerge che le strategie maggiormente utilizzate di fronte alla morte, in ordine di importanza, sono: la rivalutazione positiva, la ricerca di sostegno sociale, l'affrontare il problema, praticare sport, l'autocontrollo, l'accettazione della responsabilità, il dedicarsi alla religione, il distanziamento affettivo e, infine, la fuga/evitamento.

Da quanto risultato dagli studi di Barlotti et al. (2009), Lim, Bogossian, e Ahern (2010), Deklava, Circenis, e Millere (2014) e Martins, Chaves, e Campos (2014), emerge che la strategia di coping principale utilizzata in tutti e quattro gli studi è la risoluzione del problema. Al secondo posto per i primi due ricercatori troviamo la ricerca di sostegno sociale mentre per i restanti vi è l'autocontrollo rispettivamente l'assunzione della responsabilità. Per Barlotti et. al (2009) le altre strategie di coping più utilizzate sono la reinterpretazione positiva e crescita, l'attività e l'accettazione. Per Deklava, Circenis, e Millere (2014) seguono la ricerca di sostegno sociale, la rivalutazione positiva e l'accettazione della responsabilità. Paragonando la letteratura scientifica alla mia indagine sul campo, posso affermare che, anche se non segue l'ordine indicato dai testi scientifici, i risultati sono simili. Difatti, tra le strategie più utilizzate troviamo la rivalutazione positiva, la ricerca di sostegno sociale, l'affrontare il problema, l'autocontrollo, praticare sport e l'accettazione della responsabilità. Nella letteratura il distanziamento affettivo non rientra tra le strategie percepite come efficaci, idem nella tabella riassuntiva dell'indagine sul campo, però durante le interviste è emerso che l'utilizzo di questo comportamento nei confronti dell'utente era una componente efficace al fine di proteggersi.

In tutte e quattro le ricerche degli autori sopra citati, le tecniche di adattamento meno comunemente adoperate risultano la negazione, le strategie focalizzate sulle emozioni, il confronto, la fuga/evitamento e il distanziamento. Guardando la tabella soprastante, le strategie meno utilizzate risultano il dedicarsi alla religione, la fuga/evitamento e il distanziamento. Come già detto, per quest'ultimo elemento, ci sono due dati contrastanti tra quanto emerso nello schema finale e da quanto raccontato dagli intervistati. Aggiungendo in più l'elemento sorto durante i colloqui, cioè la negazione. Anche qui ci sono delle similitudini tra l'indagine sul campo e la letteratura scientifica, dove i punti in comune risiedono nella fuga/evitamento e la negazione.

Come si è potuto vedere dai risultati emersi si può osservare come l'impatto negativo e/o positivo derivato dal confronto con la morte di una persona possa essere interpretata soggettivamente, ripercuotendosi sia sul piano personale che professionale (Barooah et al. 2015).

Visto che il campionamento che ho effettuato è molto ridotto, per cui non vi sono molti risultati da comparare e analizzare con la letteratura scientifica, il mio lavoro non può essere generalizzato a tutti gli infermieri confrontati con l'evento morte. Se avessi indagato su un numero più ampio di persone, ottenendo così più fonti da analizzare e comparare con i testi scientifici, sarebbe stato possibile capire se i risultati si potevano considerare anche al di fuori del mio lavoro di Bachelor.

Dato l'argomento di interesse, ho deciso di effettuare un'indagine sul campo. Purtroppo, quando mi è stato concesso da una CpA di poter intervistare gli infermieri che ivi lavoravano, il riscontro non è stato molto positivo. Trovandomi per un momento in un vicolo cieco, ho deciso di procedere da sola per trovare le persone da intervistare. Prima di procedere, ho rivisto molte volte insieme alla mia docente le domande da porre, cercando di semplificarle e renderle salienti al mio lavoro di Bachelor. Quando mi sono ritrovata di fronte ad alcuni intervistati con le questioni da porre, vi erano delle

incomprensioni inerenti la lingua, dato che alcuni di loro erano stranieri. Mi sono ritrovata sul momento a cercare di riformulare le domande per renderle più comprensibili, ma non essendo quelle originali, si allontanavano po' dall'obiettivo della risposta. Una parte degli infermieri non era a conoscenza delle strategie di coping, ostacolando i dati da far emergere durante il loro racconto. Un altro aspetto che mi ha limitato riguarda anche la mia inesperienza in questo campo d'indagine.

6. CONCLUSIONI:

Gli obiettivi preposti sono stati per me una guida per la stesura di questo lavoro di Bachelor. In tutto il percorso svolto, essi sono stati dei punti di riferimento al fine di mantenere una visione coerente e mirata per questo progetto, aiutandomi nel mantenimento dello scopo e nel raggiungimento degli obiettivi.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, cioè ampliare le mie conoscenze in merito alla morte come evento imprescindibile della professione infermieristica, ho avuto modo di approfondire il mio bagaglio professionale e anche personale, acquisendo nuove conoscenze, sia grazie alla letteratura scientifica sia alle esperienze condivise dagli intervistati.

Il secondo riguarda la comprensione se il decesso costituisce un evento stressante e, se e come, influisce sulla motivazione e performance del professionista. È risultato molto complesso in termini d'indagine, d'analisi e di sintesi trovare una conclusione per questo obiettivo. Infine, posso dire che la morte costituisce un evento stressante, poiché gli infermieri hanno mobilitato delle strategie di coping per far fronte a un problema, anche se non da tutti era percepito come tale. Una particolarità emersa una volta concluso tutte le interviste, riguarda un'intervistata in cui l'evento morte ha influito sia a livello personale che professionale, portandola a cambiare posto di lavoro. Invece, per gli altri cinque intervistati il decesso non ha comportato peculiari influenze a livello motivazione e sulla performance, anche se purtroppo non ho trovato letteratura scientifica a cui comparare i risultati ottenuti all'indagine.

Le strategie di coping attuate da quest'ultimi di fronte alla morte del residente in CpA sono risultate: la rivalutazione positiva, la ricerca di sostegno sociale, l'affrontare il problema, praticare sport, l'autocontrollo, e l'accettazione della responsabilità. Vi è anche il distanziamento affettivo anche se, come già detto, emergevano dati contrastanti, tra quanto raccontato nei colloqui e tra quanto emerso nella tabella riassuntiva.

Ritengo di aver sviluppato una capacità critica nel trattare un tema di rilevanza clinica, abilità che è stata frutto di un percorso ottenuto attraverso la ricerca nella letteratura e l'indagine sul campo. Questo mi ha permesso di approfondire diverse tematiche, acquisendo nuove conoscenze, permettendomi di crescere dal punto di vista personale ma anche professionale per il mio futuro lavorativo, in qualità di infermiera. In un futuro, quando mi troverò di fronte alla morte, sarò più preparata alle possibili reazioni e comportamenti da adottare e, inoltre, sarò in grado di aiutare gli altri ad affrontare questo particolare momento di vita.

Solo adesso che sono arrivata realmente alla fine del mio lavoro, mi rendo conto che è stato un percorso molto difficile e altalenante. Quando sono partita dalla stesura del progetto di tesi non mi aspettavo fosse un percorso così complicato e lungo. Tuttavia, visto che è un argomento che mi è sempre interessato non mi è pesato scrivere queste pagine.

Uno dei limiti principali riscontrati all'inizio riguarda il mancato riscontro da parte di una CpA che mi aveva dato la propria disponibilità. Anche il piccolo campionamento indagato, ha reso alcune volte difficoltosa la fase di analisi dei dati. Inoltre, le scarse conoscenze da parte degli intervistati nei confronti degli argomenti da indagare ha ostacolato in parte le finalità delle domande. Mi hanno però aiutata molto nello svolgimento di questo lavoro, dandomi l'opportunità di accedere alle loro esperienze personali, riferendomi oltretutto opinioni positive in merito all'argomento scelto, anche se apparentemente triste.

Dando uno sguardo generale sul lavoro di Bachelor, comprendendo tutto il quadro teorico e la ricerca sul campo, trovo che hanno contribuito in modo equilibrato al raggiungimento degli obiettivi. Purtroppo non posso affermare di essere completamente soddisfatta dato che mi aspettavo di trovare maggiore materiale rispetto alle tematiche affrontate nella tesi.

Data la complessità della tematica, sarebbe interessante trovare un campionamento più ampio per approfondire questo argomento e, per valutare la validità dei risultati ottenuti in questa ricerca. Oltre a ciò, consiglierei altri studi riguardanti le strategie di coping, la performance e la motivazione professionale degli infermieri confrontati con la morte in casa per anziani, dato che vi è poco materiale al riguardo nella letteratura scientifica. Secondo me, risulterebbero informazioni utili al fine di comprendere meglio il nostro ruolo professionale in questo percorso, ma anche per sentirsi più preparati. Inoltre, penso possa essere utile approfondire con delicatezza questo tema nei confronti dei familiari degli utenti residenti in CpA in fine vita, rilevante per una presa a carico infermieristica più mirata.

7. FONTI:

7.1 Bibliografia:

- Baiocco, Roberto. 2004. *Il rischio psicosociale nelle professioni di aiuto : la sindrome di burnout negli operatori sociali, medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, psicoterapeuti e religiosi. Collana di psicologia.* Gardolo: Erickson.
- Benini, Roberto. 2007. *Emozioni e lutto : l'uomo dei bisogni II.* Bologna: Pendragon.
- Bono, Giuliano. 2010. *Il tempo di morire : manuale degli ultimi giorni per il medico di famiglia.* Roma: Il Pensiero scientifico.
- Brunner, Lillian Sholtis, Doris Smith Suddarth, C. Suzanne Smeltzer, e Giorgio Nebuloni. 2005. *Nursing medico-chirurgico.* 2a ed., 3a ristampa. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Cariota Ferrara, Pia, e Francesco La Barbera. 2006. *Stress, individui e società : prospettive psicosociali e ambiti di intervento.* Vol. 8. Relazioni. Napoli: Liguori.
- Cavazzuti, Francesco, Giuliano Cremonini, e Paola Di Giulio. 2000. *Assistenza geriatrica oggi.* 1a ristampa. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Egloff, Michele. 2012. *Nuovi orizzonti per Pro Senectute Ticino e Moesano.* Mendrisio: sn.
- Gabassi, Pier Giorgio. 2006. *Psicologia del lavoro nelle organizzazioni.* 7a ed. Milano: Franco Angeli Editore
- James A. Fain, e Ercole Vellone. 2004. *La ricerca infermieristica : leggerla, comprenderla e applicarla.* 2a ed. Milano: McGraw-Hill.
- LoBiondo-Wood, Geri, Judith Haber, e Alvisa Palese. 2004. *Metodologia della ricerca infermieristica.* 5a ed. Milano: McGraw-Hill.
- Moser, Fabio, Rita Pezzati, e Boris Luban-Plozza. 2002. *Un'età da abitare : identità e narrazione nell'anziano. Nuova didattica Psicologia.* Torino: Bollati Boringhieri.
- Zani, Bruna, e Elvira Cicognani. 1999. *Le vie del benessere : eventi di vita e strategie di coping.* Vol. 377. Studi superiori Psicologia. Roma: Carocci.

7.2 Articoli scientifici:

- Barooah, Adrita, Kathrin Boerner, Isabelle van Riesenbeck, e Orah R. Burack. 2015. «Nursing Home Practices Following Resident Death: The Experience of Certified Nursing Assistants». *Geriatric Nursing* 36 (2): 120–25. doi:10.1016/j.gerinurse.2014.11.005.
- Beraldo, Livia Maria, Débora Vieira de Almeida, e Silvia Cristina Mangini Bocchi. 2015. «Da Frustração Ao Enfrentamento Do Cuidado Para a Morte Por Técnicos de Enfermagem». *Revista Brasileira de Enfermagem* 68 (6): 1013–19. doi:10.1590/0034-7167.2015680603i.

- Deklava, Liana, Kristaps Circenis, e Inga Millere. 2014. «Stress Coping Mechanisms and Professional Burnout among Latvian Nurses». *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 159 (dicembre): 261–67. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.369.
- Lim, Joanne, Fiona Bogossian, e Kathryn Ahern. 2010. «Stress and coping in Australian nurses: a systematic review». *International nursing review* 57 (1): 22–31.
- LoBiondo-Wood, Geri, e Judith Haber. 2010. *Nursing Research : Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. 7th ed. StLouis, Mo: Mosby.
- Martins, Maria Conceição, Cláudia Chaves, e Sofia Campos. 2014. «Coping Strategies of Nurses in Terminal Ill». *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 113 (febbraio): 171–80. doi:10.1016/j.sbspro.2014.01.024.
- Polit, Denise F., e Cheryl Tatano Beck. 2008. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Squaglia, Simona, e Maria Matarese. 2007. «Studio qualitativo sui fattori che influenzano la scelta degli infermieri di lavorare con gli anziani». *Assistenza infermieristica e ricerca* 26 (2): 67–75.
- Zheng, Ruishuang, Susan Fiona Lee, e Melissa Jane Bloomer. 2016. «How New Graduate Nurses Experience Patient Death: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis». *International Journal of Nursing Studies* 53 (gennaio): 320–30. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013.

7.3 Sitografia:

- «Focus Marketing, autore». 2015. Focus Marketing. Consultato settembre 29/2015. <http://www.focusmarketing.it/author/focusmark/>.
- «Gli operatori booleani / a cura di Barbara Fiorentini». 2016. Consultato gennaio 29/2015. <http://digilander.libero.it/bfiorentini/operatori.html>.

8. RINGRAZIAMENTI:

Ringrazio la mia docente e direttrice di tesi, Lara Pellizzari, per aver accettato di seguirmi, per le sue competenti indicazioni e per la sua disponibilità durante tutto il percorso d'elaborazione di questo lavoro.

Ringrazio tutto il personale curante che si è reso disponibile per le interviste e per aver condiviso con me i loro vissuti.

Ringrazio anche il mio fidanzato David per avermi sostenuto emotivamente, rassicurandomi, e per avermi aiutato nella riuscita di questa tesi.

E, non da ultimo, ringrazio le mie compagne di scuola, nonché amiche, per il sostegno e l'incoraggiamento costante che mi hanno dato durante questo percorso.

9. ALLEGATI:

ALLEGATO N°1: INTERVISTE

Note di trascrizione:

<u>R</u>	<i>Ricercatore (testo in corsivo)</i>
I	Intervistato (testo in tondo)
[...]	Omissione di parte del brano d'intervista
...	Esitazioni
, . ; ! ?	Intonazione
MAIUSCOLO	Enfasi o volume alto della voce
***	Omissione a riferimenti (luoghi o persone)
[PAUSA]	Pausa lunga

INTERVISTA N°1

Data: 11.04.2016

Ora: 10.35

Durata: 22min

Sesso: F

Anni: 40

Stato civile: Sposata

Figli: 2

Anno conseguimento diploma: 1995

Anni lavorativi: 13

Trascrizione intervista adattata:

R: Allora, quando hai intrapreso la tua carriera infermieristica, hai mai pensato che ti saresti confrontata con... con la morte dei tuoi ospiti, dei tuoi pazienti?

I: Sì!

R: La cosa, cioè ti spaventava?

I: ...Aaaa...quella età no...

[PAUSA]

R: Pensando ai primi eventi di morte che hai dovuto gestire ti ricordi che emozioni hai provato in quel momento?

I:Sì! La morte del primo paziente era quando lavoravo in ospedale, ed ero spaventata...invece la morte del primo paziente quando ho lavorato in casa anziani...ero molto dispiaciuta...e piangevo tantissimo...

R: Hai pianto insieme al paziente, ai famigliari o è stata una cosa privata?

I: No non erano presenti i famigliari, ero da sola in camera con paziente ero proprio presente quando ha smesso di respirare, perché (sospiro) eehm era molto cosciente fino a proprio le ultime ore, poi dopo quando hmm cioè non era più cosciente ero presente e ho pianto tantissimo mi ricordo che dicevo no no no non andare no non fare.

R: Ma secondo te gli ha fatto piacere che hai pianto insieme a lui o lei insieme al paziente?

I: In che senso fatto piacere?

R: Nel senso che mi hai detto che era cosciente (CANE) il paziente secondo te avrebbe gli avrebbe dato fastidio o è stato un piacere perché comunque dimostrava che avevi un affetto nei suoi confronti?

I:....Ma visto che ero molto legata a questa signoraehmm...lei non non penso quando quanto si sia accorta di di mio dispiacere, questo non mi ricordo, ma che sia stata io fino all'ultimo momento negli ultimi giorni per esempio perché lei si sia spenta ma non così spenta ecco...hmm...penso che sia stata contenta....di di avermi accanto al suo letto poi appunto quando è entrata nelle ultime ore quando non era più cosciente ma era più il mio dispiacere

R: Ehmmm dopo questo momento di morte subito dopo come ti sei comportata o a chi ti sei rivolta per facilitare questo questa carica emotiva?

I: Sì è accorta la mia capo reparto che l'ho vissuta molto male, ha provato a parlare con me e a spiegarmi che è normale e che loro hanno fatto la loro vita e che ormai la vita finisce così che devo essere contenta che sono stata lì vicino a lei e l'ho aiutata proprio gli ultimi momenti e anche la capo delle cure che mi aveva consigliato di fare dei corsi, questo era nel 2001 che cerano dei corsi per accettare la morte perché secondo loro io non avevo accettato la morte come una (sospiro) cosa che fa parte della vita

R: Però non sei stata tu di tua spontanea volontà che sei andata a cercare ehmm... sostegno da un collega?

I: Sì! Io avevo gestito male le emozioni con la prima morte in casa anziani

R: Quindi sono gli altri che si sono accorti ma non tanto tu?

I: No...sono loro che volevano aiutarmi perché dicevano se io non accetto questo come una cosa che fa parte della vita soffrirò poi cioè sempre nel mio

R: *E a casa facevi qualcosa per non pensarci?... non so anche come cucinare, parlare con la mamma, parlare con le sorelle, andare a farti una passeggiata o cercavi di non pensarci di cercare di di staccarti?*

I: ... I primi mesi le prime esperienze con la casa anziani pensavo tanto (sospiro) ma avendo un marito infermiere parlando con lui mi aiutava perché al lavoro parli ma dipende poi dalle esperienze dei colleghi

R: *Quindi tu cercavi magari supporto sociale da un collega che magari aveva più anni di esperienza?*

I: Appunto quello che mi poteva aiutare

R: *E secondo te questo qua ti ti aiutava?*

I: Sì

R: *Ehhh adesso pensando all'ultimo evento di morte che hai vissuto hai provato le stesse emozioni rispetto al primo? Che differenza c'è stata?*

I:....Eehhh...più tranquilla più serena...ehh contenta...di essere stata vicino quando la prima volta volevo scappare, non cioè se vuoi ero lì ad aiutare ma volevo anche scappare non volevo vedere che finiva cioè che finiva la vita vita di una persona che poi con gli anni che sei lì che entri nelle nella loro vita sai il loro passato vedi loro il presente..ehmm...e ultimo ero contenta di essere lì, non avevo paura. Non volevo scappare anzi...se vedevo che un ospite era in condizioni gravi che si aspettava la morte perché poi non c'era nient'altro da fare delle volte desideravo di essere lì per poterlo salutare cioè io questo

R: *Poi tra le diverse attività situazioni avvenimenti che tutti i giorni girano attorno al lavoro di infermiere l'evento di morte di un ospite come come influisce su su sul tuo modo di lavorare....come come ha influito su non so la tua qualità lavorativa?*

I: Lavorando in casa anziani la morte di un ospite mi faceva riflettere su quello che ho fatto su quello che potevo fare..(sospiro) su quello che non ho fatto ma magari avrei dovuto fare ehmmmm mi aiutava a migliorare...a lavorare nel senso a migliorare la qualità...si dice così? la qualità cercavo sempre di dare di più O DI CAMBIARE il modo perché tu poi dare in un modo ma magari non non è efficace invece quando uno se ne andava riflettevo un attimo ah occhei se io invece sapendo che questo paziente gli piaceva fare nella sua vita magari gli potevo dare un po' di più se gli piaceva leggere il giornale magari potevo stare più ore seduta con lui a leggere il giornale se non era più capace oppure se gli piaceva fare le passeggiate ah ecco magari potevo...cercare di dare un po'...mi mi dava mi aiutava a migliorare poi con li altri pazienti
[...]

R: *Eeh questo evento qua ha inciso sulla motivazione della tua professione?*

I: ...(sospiro) SISI (entusiasmo e risata) NEL MOMENTO QUANDO IO NON NE POTEVO PIU' IN CASA ANZIANI...perché mi soffocava il fatto che anziani non cioè non andavano via da lì, avevo bisogno di andare dove arrivava paziente un anziano ma andava con il sorriso...

R: *Quindi hai avuto dei momenti in cui che ne so volevi abbandonare il tuo mestiere?*

I: Sisi proprio cambiare il mestiere volevo andare (sospiro) o cambiare il posto di lavoro che poi non avevo il coraggio perché stavo bene lì non non mi vedevo in un altro posto, perciò io ho detto cambio completamente mestiere volevo andare a lavorare con i bambini che questo mi hanno detto che è il fatto che di di...i bambini ti portano verso la nascita verso le cose invece l'anziano opposto. La casa anziani dopo un tot d'anni mi

aveva fatto questo effetto...poi quando ho lasciato la casa anziani quando ho cambiato posto di lavoro mi è mancato tantissimo l'affetto degli anziani e sono di nuovo tornata a lavorare con gli anziani ma in aiuto domiciliare...che è molto diverso

R: MA quindi non pensi che magari tu in una parte hai sempre avuto paura della morte non era questo che ti spaventava? Che magari ti proiettavi come se fossi tu in quella situazione o un tuo familiare? Non era forse questo che ti spaventava?

I: Casa anziani ti porta anche a questo...cioè crei un affetto familiare certi anziani li vedevo come i miei nonni certi anziani pensavo così saranno i miei genitori...hai ragione io praticamente non ho accettato bene questa questa morte.. oppure diventare anziano...ma poi dopo cambiando posto di lavoro pensando guardando cosa succede in giro...ehhhh dici che in casa anziani sono arrivati dopo una certa età dove hanno fatto la loro vita bella o brutta perché tu nelle biografie ne vedi e senti tutto e di più. Ero contenta anche di essere anche con loro perché dici adesso aiutiamo ultimi anni ultimi mesi quello che è gli anziani....perché vedendo poi cosa succede con la gente un po' più giovane che problemi che ci sono va benissimo loro hanno fatto la loro vita e ora cerchiamo di dare senso negli ultimi momenti

R: Quindi cercare di vedere anche il lato positivo della morte diciamo perché comunque essendo anziani...il la loro vita l'hanno vissuta

I: Sisi! Arrivato perché in casa anziani sono anziani con una bella età...

R: Ehhh quindi secondo te ci sono dei comportamenti che per te sono efficaci per cui diciamo positivi per evitare ehmmm...di ridurre la tua motivazione e o qualità lavorativa...anche se sono comunque scatenati da da eventi emotivi molto molto forti?

[PAUSA]

I:...Se c'è qualcosa al lavoro che non non per esempio è deceduto un anziano che ero molto legata non ero legata a tutti gli anziani (sospiro)...io non vedevo ora di tornare questo quando sono diventata mamma, di tornare a casa abbracciare i miei figli loro mi caricavano o trovarmi in mezzo ai bambini perché in loro la vita va avanti e poi io ho lasciato la casa anziani a parte che ci sono stati certe cose certi cambiamenti non avevo accettato il MODO in cui si lavorava con la nuova direzione con anche l'entrata dei nuovi colleghi...era molta fretta era molto su su bisogna fare deve fare...si rubava tanto agli anziani ma io volevo, ho lasciato perché, avevo bisogno di cambiare avevo bisogno di di non, di avere pazienti tipo di gestire il mio lavoro vengono cerco di aiutare ma...

R: Ma che li vedi tornare a casa

I: Esatto

R: Ehmmm in qualche tuo collega hai visto dei comportamenti...che magari li hanno portati a lasciare il lavoro a vederli che lavoravano male perché facevano delle cose diciamo sbagliate magari che ti raccontavano delle cose?

I: Sisi, è stato appunto adesso non so se è stato il cambiamento della direzione diversi colleghi con cui ho lavorato dall'inizio fino a dieci anni hanno lasciato perché appunto era cambiato cambiata la qualità di lavoro che cosa succede (sospiro) arrivavano anziani sempre più dipendenti hmmm noi infermieri assistenti di cura e curanti eravamo sempre gli stessi aumentava il lavoro e diminuiva il TEMPO di prestazione per un anziano perciò cambiava anche la qualità secondo la MIA opinione e la mia visione, in diversi abbiamo lasciato...quelli che eravamo assieme da diversi anni...

R: Occhei però nessuno ti ha riferito non so come ti ho detto prima magari che il giorno prima si sono ubriacati o hanno avuto dei comportamenti secondo te inefficaci?

I: Tanti di loro facevano sport facevano sport facevano joga alcuni meditazione, oppure cercavano di stare con la famiglia

R: Eeeh secondo te dai tuoi comportamenti che hai messo in atto di fronte alla morte erano...utili o poco efficaci ripensandoci adesso? I tuoi comportamenti che hai messo che ne so parlare con tuo marito abbracciare i tuoi bambini secondo te sono stati utili?

I: Utili utili perché anche pensando...con la gente giovane che soffre con malattie che non guariscono che sanno che prima o poi, finirà come deve finire mi ha aiutato ad accettare la morte di un anziano

R: Eeeh ti ricordi magari dei comportamenti che per te adesso sono sbagliati? Che magari hai fatto prima ma che adesso non rifaresti perché secondo te non sono stati molto utili?

[PAUSA]

I: Pensavo troppo al momento al momento della morte pensavo troppo alla visione del paziente...ehmm...e ppoi pensavo magari anche troppo cosa potevo fare o cosa non potevo fare questo è una cosa che non faccio più nel senso, io non ho accettato come un lavoro erano troppe emozioni sai trascinavo troppo l'immagine del del momento della morte per cui quando lavoravo lavoravo anche male per questo non lo faccio più

R: Quindi cerchi di vederlo come un momento professionale?

I: Sì! che non vuol dire che è mancato l'affetto ho accettato il mio lavoro come UN lavoro e la morte fa parte del mio lavoro e non fa parte della mia vita perché all'inizio faceva parte troppo della mia vita parlavo e vedevo troppo questa immagine di morte soprattutto degli anziani con cui ero molto legata non lo faccio più negli ultimi anni mi sono distaccata

R: Quindi adesso ripensando all'ultima morte riesci ad avere un distacco?

I: Certo perché accettavo che ho dato il massimo e fatto il massimo per questo anziano nel momento in cui lui se ne va, negli ultimi anni non ho più sofferto la morte degli anziani come prima non so se anche con gli anni che si cambia o esperienza, mi dispiaceva ma non piangevo anzi li salutavo con il sorriso per me era importante che nelle ultime ore non soffrivano per quanto riguarda il dolore per esempio ecco la entrava poi la parte infermieristica atti infermieristici, le emozioni...ero serena

R: Per le emozioni per te sgradevoli cercavi di eliminarle? Cercavi di controllare le tue emozioni? O dopo un po' veniva automatico?

I: ...Con gli anni diventava una cosa, ti dico non fredda, ma gestita bene non ero fredda

R: Però diciamo che non ti mettevi di nuovo a piangere

I: Nonono nel senso che accettavo che ho fatto bene la mia parte aiutandoli dove potevo

R: Passando all'ultima domanda dando un punteggio da 1 a 5 quali secondo te quali sono le più efficaci o utili da mettere in atto durante un decesso di un paziente che facilitano così il tuo carico sia psicologico che fisico. Qui devi dirmi da 1 a 5 l'utilità di queste strategie qui, allora: ricerca di sostegno sociale da parte di colleghi, familiari o amici (1 per niente 2 poco 3 abbastanza 4 molto 5 totalmente) Pensando all'utilità di questo

I: Sisisi ho capito ma per me molto nel mio caso

R: Affrontare direttamente la situazione, pianificando, progettando la soluzione al problema

I:...Direi abbastanza

R: Distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia?....Quello che mi dicevi prima prendere le distanze quanto può essere utile secondo te?

I:Per accettare la morte?! Per me poco. Perché tu non accetti la morte secondo me perché ti allontani dal paziente o dai famigliari devi accettarlo per quello che è e se devo io allontanarmi dai parenti per accettare la morte del paziente per me è poco, per me è tra poco e abbastanza, una via di mezzo.

R: Eee Praticare sport, dedicarsi agli hobbies?

I: Molto.

R: L'accettare la responsabilità, che comprende l'accettazione della situazione ma anche della propria incapacità nell'affrontarla?

I: Mai si (risata) abbastanza...

R: E dedicarsi alla religione, cercando aiuto o un confronto quanto può essere utile?

I: La religione?! Nel mio caso poco

R: L'autocontrollo, gestendo le proprie emozioni, reazioni e/o comportamenti?

I: Ooh molto

R: Una rivalutazione positiva facendo riferimento alla propria professionalità, riconoscendo la morte come atto conclusivo di accompagnamento per il paziente, per la famiglia e per l'equipe?

I: Sisi e qui è tra molto e totalmente

R: La fuga e o evitamento della situazione quanto può essere utile?

I: Per me nel mio caso per niente perché cioè se scappo non risolvo tanto torna sempre qui

INTERVISTA N°2

Data: 12.04.2016

Ora: 09.30

Durata: 17min

Sesso: F

Anni: 40

Stato civile: Sposata

Figli: 2

Anno conseguimento diploma: 1995 **Anni lavorativi:** 20

Trascrizione intervista adattata:

R: Allora...quando hai intrapreso la tua carriera infermieristica hai mai pensato che ti saresti confrontata con la morte di un paziente/ utente?

I: Quello sì

R: La cosa ti spaventava?

I: Ma in quel momento non credo perché ero anche troppo giovane, non lo so, non ho avuto questa paura, non ho pensato poi appunto giù da noi in quegli anni lì non si parlava tanto per la morte ecco...

R: Ah occhei quindi dici che magari non c'erano le conoscenze sufficienti?

I: Infatti, sisisi

R: E pensando alla prima morte che hai dovuto affrontare in casa anziani ti ricordi che emozioni hai provato?

I: La prima morte perché era una morte proprio improvvisa...ecco e lì sono rimasta un po' perché non te lo aspettavi, che è capitato di notte che ho trovato proprio il paziente che aveva fatto arresto cardiaco, ecco era questa la prima mia il primo decesso che ho assistito

R: E ripensandoci che emozioni hai provato in quel momento?

I: E ma in quel momento lì...perché come si dice il residente stava bene quindi al primo giro lo vedi che respirava e veniva posizionato, non te lo aspettavi proprio perché stava bene quindi in quel momento sai ho avuto quella non neanche panico... però non so come spiegarlo...

R: Forse un po' di tristezza perché non si è potuto accompagnare in modo migliore?

I: Ecco appunto questo, sisi, che questo è successo bom magari questo c'è forse nelle domande di adesso e mi è di nuovo ricapitato con un decesso di una signora che proprio mio reparto che ero legata particolarmente perché aveva una storia di vita veramente triste e quindi è brutto dire che il professionista si lega con i pazienti però siamo in casa anziani, era qua da quattro cinque anni e lei ha avuto lo stesso decesso la stessa morte perché stava bene, il giorno prima mi ero occupata io non so perché (sospiro)...e poi la mattina arrivo e mi hanno detto che è deceduta lo stesso arresto cardiaco e all'ultimo giro alle cinque l'infermiera l'aveva trovata. E...lì sono rimasta triste dico ma non marcava, non dava nessun segno almeno che potevamo perché lei non aveva famigliari aveva un figlio che proprio non stava bene questo figlio qua, e pensavo che potevamo fare un accompagnamento...più bello

R: Anche più delicato per accettarlo gradualmente

I: Sisi non tanto per egoista per me un po' per lei sai perché dico ha passato una vita però da una parte dici...ha fatto una bella morte, non ha sofferto

R: Eh quello sì però magari dedicarle un momento di accompagnamento e di vicinanza anche da parte nostra cioè proprio come infermiere

I: Sisi.

R: E quindi fra la prima morte e a distanza e... adesso quando è l'ultima morte che hai vissuto?

I: Due settimane fa l'ultima morte sì, questa signora qua che ero legata.

R: Quindici anni fa ripensando alla prima morte che hai vissuto rispetto ad ora noti dei cambiamenti sia a livello emotivo che comportamentale?

I: Sì perché riesci a trattenere di più le emozioni, anche se siamo in una casa anziani, anche se leghi tanto e quindi non lo so...sei più preparato

R: Occhei e quindi negli anni hai imparato di più a controllare le tue emozioni e ad avere un distacco?

I: Certo sì perché se no portiamo TUTTO quello che capita qua sul lavoro con noi e guarda che alla fine ti ammali. È capitato in un periodo che sono morti nel nostro reparto in poco tempo non so se un mese o due mesi 8 pazienti, qui abbiamo visto un po' di destabilizzazione dell'equipe a livello emotivo, e proprio lì abbiamo cercato anche un sostegno e dopo abbiamo dovuto fare le riunioni perché come io mi lego a un paziente c'è anche la mia collega che potrebbe legarsi idem per le altre, notando che l'equipe ci era veramente rimasta male e poi dopo con la direzione e la capo cure abbiamo fatto le riunioni che ogni uno tirava fuori sai le proprie emozioni e infatti in quel momento abbiamo detto se non è meglio che all'equipe ha un supporto esterno da uno psicologo

R: E questa cosa vi ha aiutato?

I: Sì perché tu non sei pronto che in un mese o due mesi muoiono uno due tre persone e poi certi con la morte improvvisa come l'arresto e altri con l'accompagnamento alla morte

R: Pensando alla prima volta che hai vissuto la morte ti ricordi cosa hai fatto poco dopo?

I: Poco dopo?

R: Poco dopo che è morto il tuo paziente...ti ricordi cosa hai fatto magari hai pianto, hai chiesto aiuto a un tuo collega, sei andata a farti una passeggiata...non ti ricordi cosa hai fatto per sentirti meglio...

I: Non lo so perché io tanto, forse non va bene neanche, parlo a casa con mio marito o cerco anche di parlare con le colleghe sai di queste cose qua

R: E adesso con l'ultima morte hai fatto qualcosa per sentirti meglio?

I: Per questa ultima signora ci siamo riuniti anche durante le consegne, abbiamo dedicato anche del tempo per discutere della signora com'è andata e così...anche quello l'abbiamo fatto perché siccome era una signora a cui eravamo legati tutti e tanti siamo andati anche al funerale e dopo il funerale ci siamo riuniti ancora in un bar e anche lì abbiamo parlato questo [...] e lì in particolar modo ha sofferto anche una mia collega ecco lì io perché c'era una collega un'assistente di cura che era particolarmente ancora di più legata di me a questa signora quindi lei quel giorno lì non lavorava e io devo informarla perché è brutto saperlo da un giornale sai...e infatti lei l'ho sentita al telefono che ha incominciato a piangere e fa che non è vero e difatti anche al funerale ha fatto...come si dice, ha letto uno scritto che ha fatto...veramente (sospiro)...questo nelle casa anziani capita e negli ospedali no perché non puoi legare tanto perché sempre quattro giorni dieci giorni massimo venti giorni

R: È vero ormai qua si parla di anni

I: Sisisi

R: E fra le diverse attività che girano attorno alla nostra professione infermieristica e l'evento morte di un ospite come influisce sulla tua performance lavorativa?

I: Nel momento perché ci sono delle procedure da seguire allora quindi ti prende tanto tempo perché noi organizziamo come si dice pianifichiamo le unità per come si dice la...di un lavoro normale senza le previsioni [...] e bom al momento quando capita allora si un pochettino la qualità non lo so a me mi va un po' il pensiero i ricordi della signora che quindi rallenta un po' il tuo lavoro anche di qualità poi dopo il secondo giorno va già normalmente.

R: E a livello di motivazione professionale ti ha mai portato magari a pensare se ancora volevi continuare questo lavoro se magari volevi lasciarlo perché era troppo intenso...o è sempre stata stabile la tua motivazione?

I: Sì stabile non mi sono mai posta questa domanda qua

R: E secondo te ci sono dei comportamenti che sono utili oppure meno utili per... evitare di ridurre la motivazione professionale e anche la performance lavorativa? [...]

I: Ad esempio i supporti rivedo in questa domanda qua

R: E magari nei tuoi colleghi hai notato dei comportamenti che sono stati utili che magari tu non hai utilizzato oppure meno utili?

I: Non ci ho fatto caso

R: Ad esempio il fatto che alcuni di loro si sono coinvolti troppo secondo te è utile o poco utile?

I: Secondo me coinvolgersi troppo non è utile, cercare qui noi dobbiamo avere una distanza, qui si va bene perché siamo tutti emotivi però ci deve essere la distanza e il supporto ci ha aiutato a creare una distanza per andare avanti

R: E ripensando a te quali sono stati i comportamenti utili e meno utili, magari anche pensando al tuo passato rispetto adesso?

I: Ma io penso appunto dico faccio guardo che se sei infermiera sai che è così hanno fatto la loro vita sono anziani qui è sempre giusta una distanza

R: Però ci sono delle cose che magari quando eri più giovane non facevi ma che adesso fai...non è cambiato qualcosa nel tuo comportamento negli anni nei confronti della morte o se sempre stata la stessa?

I: Quando sei giovane non hai esperienza e quindi hai più come si dice...hai più emozioni invece con crescere impari a controllarle le emozioni, quando ero giovane è normale che mi emozionavo di più [...]

R: E se eri legata molto a un paziente cosa è che provavi?

I: La tristezza non lo so...

R: Adesso ti dirò alcune strategie e da uno a cinque tu mi dovrai dire quanto sono utili per te per affrontare la morte di un paziente per alleviare un po' il carico sia fisico che emotivo. Occhei?! Allora: La ricerca di sostegno sociale da parte di colleghi, familiari o amici quanto è utile secondo te (1 per niente 2 poco 3 abbastanza 4 molto 5 totalmente)

I: Cinque

R: Affrontare direttamente la situazione, pianificando, progettando la soluzione al problema [...]

I: Cinque

R: Il distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia quanto può essere utile secondo te?

[...]

I: Bom qui metterei quattro.

R: *Praticare sport, hobbies?*

I: Quello al massimo.

R: *L'acceptare della responsabilità, che comprende l'acceptazione della situazione ma anche della propria incapacità nell'affrontarla?*

I: Anche qua è importante per cui...molto

R: *E dedicarsi alla religione, cercando aiuto o un confronto?*

I: Dal mio punto di vista quattro.

R: *L'autocontrollo, gestendo le proprie emozioni, reazioni e/o comportamenti?*

I: Questo al massimo.

R: *Una rivalutazione positiva facendo riferimento alla propria professionalità, riconoscendo la morte come atto conclusivo di accompagnamento per il paziente, per la famiglia e per l'equipe?*

I: È importante per cui cinque.

R: *La fuga e o evitamento della situazione quanto può essere utile?*

I: Non bisogna fuggire ma affrontare le cose quindi per nulla.

INTERVISTA N°3

Data: 14.04.2016

Ora: 18.55

Durata: 12min

Sesso: F

Anni: 28

Stato civile: Nubile

Figli: 2

Anno conseguimento diploma: 2011

Anni lavorativi: 5

Trascrizione intervista adattata:

R: Occhei allora quando hai intrapreso la tua carriera infermieristica hai mai pensato che ti saresti confrontata con l'evento morte di un utente del quale magari ti saresti occupata?

I: ...Pensato si ma non l'avevo mai preso sul serio.

R: E la cosa ti ha mai fatto paura?

I: E diciamo che finché non l'ho vissuta no mi faceva strano però sul momento no

R: E pensando al tuo primo evento di morte che hai vissuto ti ricordi che emozioni hai provato in quel momento?

I: Il primo evento di morte che ho vissuto si era avevo paura difatti cercavo di evitare il corpo deceduto, ho cercato di evitarlo in...tutti i modi, avevo paura angoscia non sapevo come reagire non sapevo se diciamo se era stato meglio o peggio perché ho visto comunque come soffriva la persona dunque...purtroppo si usa dire meglio almeno non soffre più però comunque il fatto di un decesso era...comunque strano

R: E in quel momento di ricordi come ti sei comportata o a chi ti sei appoggiata per affrontare questo momento?

I: Boh dato che ero più piccola mi sono appoggiata ai miei colleghi

R: E il fatto di esserti riferita a loro ti ha aiutato secondo te?

I: Sì molto, non proprio sul primo decesso che ho visto perché non sono andata subito a dire l'impatto che mi aveva fatto ma più che altro sul...secondo o terza persona che vedevo che era...morta...che appunto visto che era morta quindi mi ricordo che sono andata con dei colleghi più grandi che avevano già più esperienza che lavoravano da anni e mi ricordo la frase di un mio collega che non so perché ma da lì mi ha tirato su il morale e ho incominciato a vederla diversamente quando mi ha detto...gli ho appunto confermato le mie paure e mi ha risposto che dovrei avere più paura dei vivi che dei morti

R: Ma quando sei andata dai tuoi colleghi hai cercato quelli con più esperienza apposta o con quello che avevi più legame?

I: No...con quello che avevo più legame...

R: E attualmente di fronte alla morte ripensando all'ultimo accompagnamento che hai fatto ti ricordi quali altre emozioni hai vissuto e quale differenza c'è stato tra il primo e ora?

I: Allora si c'è stato comunque una differenza a livello di pensiero perché prima pensavo appunto oh mio dio è una cosa bruttissima una persona muore non c'è più e così invece adesso la vedo più come una cosa naturale cioè alla fine è una cosa che accadrà a tutti prima o poi e ciò non devi...ho visto tanta gente che per paura di morire smette tra virgolette di vivere

R: Però ripensando alle tue emozioni rispetto all'ultimo evento ti ricordi cosa è cambiato rispetto a prima?

I: Prima avevo appunto paura invece adesso si ovviamente quando mi trovo davanti a una persona deceduta provo dispiacere...però appunto non non la vivo più con paura è una cosa normale che prima o poi accade a tutti ee

R: Ma hai percepito maggiore controllo delle tue emozioni negli anni?

I: Sì

R: E a livello di comportamento invece come l'hai gestita? Riferito al primo hai continuato a evitarlo o...?

I: No anzi, appunto prima avevo paura e lo evitavo se potevo non toccavo persone morte invece adesso mi veniva spontaneo come l'ho visto era comunque anche se era deceduta era ancora una persona quindi li parlavo come una persona li auguravo magari buon viaggio o così e non avevo paura a toccarli

R: Occhei quindi affrontavi direttamente il problema?

I: Sì!

R: Ee tra le diverse attività che girano attorno al ruolo di infermiere l'evento morte di un ospite come incide sulla tua performance professionale, secondo te hai notato magari dei cambiamenti dopo il decesso della persona o durante l'accompagnamento alla morte?

I: Dei cambiamenti in me stessa?

R: Sì...sisi riferito a te stessa

I: Eee uno dipende da quanto ti eri affezionato anche perché dicono che non devi ti affezioni ee comunque si mi sono sentita ogni morte che andava avanti era diciamo una cosa che mi faceva maturare dentro

R: Quindi la tua performance migliorava?

I: Sì!

R: E a livello della tua motivazione professionale?

I: Anche...migliorava perché cioè le ultime cure che ho dato erano sempre per il bene della persona, quindi tra virgolette il fatto che vedevo la persona morire serena rendeva più serena anche me

R: Quindi non hai mai avuto dei ripensamenti sulla professione causati perché comunque la morte comunque è un evento emotivamente intenso e non ti ha mai portato a voler abbandonare la professione?

I: Non l'evento della morte

R: E secondo te ci sono dei comportamenti che si rilevano efficaci o delle strategie per evitare di incrinare la motivazione o la performance professionale, sempre in riferimento all'evento morte? Cioè, quali comportamenti secondo te sono stati utili nel tuo percorso?

I: Dipende da persona a persona ma per me è stato utile proprio affrontare la cosa cioè la prima volta appunto avevo paura per cui evitavo la persona quindi diciamo che quella paura mi era rimasta la seconda terza volta che ho visto una persona deceduta...più la affrontavo più mi sentivo vicina più mi sentivo sicura e più le mie paure andavano a perdersi, quindi secondo me la cosa migliore è affrontare il problema

R: E nei tuoi colleghi hai osservato dei comportamenti efficaci ma anche non efficaci secondo te?

I: Allora...bo in se ho osservato solo comportamenti efficaci magari poco efficaci all'inizio ma dopo un po' comunque perché comunque anche se magari non era la persona di famiglia a cui ci tenevi tantissimo o così hai comunque elaborato un lutto

dunque trovo che ti ritrovi a fare la negazione anche se magari al posto di durarti mesi ti dura l'attimo di minuto così ti ritrovi a fare negazione, rabbia, o tutti questi eventi però dopo in se dopo vedevo che con il passare del tempo erano tutte cose efficaci e non che la persona stava dentro nell'inefficace

R: E ripensando a te, quale delle tue strategie si sono rilevate inefficaci?

I: L'evitare...evitare il problema me lo portavo dietro mi sentivo dentro l'ansia invece una volta che ho imparato ad affrontare il problema che sia della morte o ogni altra cosa l'ansia scompare subito e va molto meglio mi sento più tranquilla

R: Occhei e passando all'ultima domanda dando un punteggio da uno a cinque per le strategie che adesso ti elencherò quali secondo te sono più efficaci o utili per affrontare la gestione di un decesso di un ospite per facilitare il carico sia fisico che psichico, quindi la ricerca di sostegno sociale da parte dei colleghi, familiari e amici...quanto è efficace da uno a cinque 1 per nulla 2 poco 3 abbastanza 4 molto 5 totalmente

I: Cinque totale

R:...Occhei e affrontare direttamente la situazione, pianificando, progettando la soluzione al problema

[...]

I: Totalmente

R: Distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia...quanto può essere utile per te per affrontare la morte?

I: Abbastanza

[...]

R: Praticare sport, dedicarsi agli hobbies?

I: Sì totalmente

R: L'accettazione della responsabilità, che comprende l'accettazione della situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarla?

I: Anche questo totalmente

R: E dedicarsi alla religione, cercando aiuto o un confronto?

I: Molto

R: ...L'autocontrollo, gestendo le proprie emozioni, reazioni e/o comportamenti quanto può essere utile?

I: Molto

R: Una rivalutazione positiva facendo riferimento alla propria professionalità, riconoscendo la morte come atto conclusivo di accompagnamento di cura per il paziente, per la famiglia e ma anche per l'equipe?

[...]

I: Allora totalmente

R: La fuga e o evitamento della situazione quanto può essere utile?

I: Per nulla

INTERVISTA N°4

Data: 18.04.2016

Ora: 15.00

Durata: 33min

Sesso: F

Anni: 53

Stato civile: Divorziata

Figli: 3

Anno conseguimento diploma: 1993 **Anni lavorativi:** 20

Trascrizione intervista adattata:

R: Quando hai intrapreso la tua carriera hai mai pensato di confrontarti con l'evento morte di un ospite?

I: Sì..

R: E la cosa ti spaventava?

I: No...no perché c'è tutta una storia dietro...dall'infanzia che ho sempre vissuto problemi di malattie problemi di...di...ogni genere che...venivo confrontata più la morte dei bambini che degli adulti

R: Occhei però il fatto che ci fosse nel tuo lavoro la morte, quindi ti facilitava ti ha facilitato l'accettazione che ci fosse questo evento?

I: Sì, penso che la morte sia più che altro un passaggio per un altro un'altra dimensione

R: Pensando al primo evento di morte che hai dovuto gestire ti ricordi che emozioni hai provato in quel momento?

I: Ma...più che altro ho provato una liberazione di questa persona, dal liberarsi dalla sofferenza

R: Quindi per te era quasi come un sollievo?

I: Sì come un sollievo

R: E dopo quel momento ti ricordi cosa hai fatto?

I: Maa....parlando ad esempio dell'ultima persona che ho visto che è morta

R: Qua è riferito alla prima persona

I: Alla prima...ma cioè il senso di...ripensamento dei miei cari mancanti...e poi come una cosa normale naturale della vita

R: Occhei però non hai ad esempio cercato sostegno da parte dei tuoi colleghi o l'hai vissuto più a sola questa momento?

I: Sì..sisi

R: Non hai avuto il bisogno di parlarne con qualcuno di sfogarti in un qualche modo per ridurre la tensione emotiva di quel momento?

I: No...perché lavorando in equipe diciamo che c'è sempre più di una persona e quando si collabora aiutando questa persona negli ultimi momenti non si è mai da soli quindi automaticamente è come una catena capisci?! io ci sono tu ci sei ci siamo assieme, c'è questo supporto che poi chiaramente c'è dentro anche la famiglia l'aiuto della famiglia e tutto quanto

R: E li trovi utili questi meccanismi per aiutare diciamo a sfogarsi?

I: Ma sì certamente.

R: E ripensando adesso all'ultima morte che hai dovuto affrontare ti ricordi cosa hai provato?

I: Ma...allora ho provato...il più che altro il desiderio enorme che questa persona aveva di morire perché il figlio era morto prima di lei e lei non l'aveva mai accettato e quindi...piangeva parecchio per questo e negli ultimi giorni mi sono accorta che lei non aveva più questo desiderio di morire ma più che altro la paura di ritornare in camera e

andare a letto e li ho proprio capito che questa signora stava andando perché c'era questo cambiamento

R: E a livello personale ti ricordi le tue emozioni di quel momento?

I: La mia emozione è stata quella di...quasi...di essere d'aiuto nel suo desiderio capisci?! [...] di avere un accompagnamento

R: E dopo quell'evento come ti sei comportata dopo il suo decesso?

I: Ma...niente ho pensato alla loro famiglia perché erano molto uniti estremamente uniti e...e ho pensato veramente che questa signora è andata a ritrovare suo figlio

R: Quindi ripensando alla prima morte anche qui hai un supporto sociale da parte dell'equipe e della famiglia?

I: Ma (sospiro) questo sì perché la famiglia veramente vedendo quello che magari per noi tra virgolette è automatico farlo perché in fondo non è automatico però abbiamo delle procedure dove oltretutto mettiamo anche cuore e l'anima e...io più di una volta da parte dei famigliari ho sentito una pacca sulla spalla

R: Quindi quando hai queste forti emozioni dentro...del mestiere c'è qualcosa che magari fai abitualmente ma non ti accorgi ma che ti aiuta a rilassarti?

I: Ma per esempio la penultima persona deceduta era una persona una signora che era estremamente attiva...è stata lucida fino all'ultimo momento, era una grande amante dell'Hokey club dell'Ambri Piotta come me quindi avevamo un rapporto questo da sempre molto bello da sempre che è stato molto apprezzato dalla figlia e quindi mi sono sentita di scendere giù in sala mortuaria e lasciarle una dedica...speciale...e mi ha fatto anche molto piacere vedere che l'ho vista vestita come l'avevo vestita io...

R: Immagino che la carica emotiva in quel momento era fortissima

I: ...Sì ho pianto

R: E per sfogarti, oltre al pianto, hai fatto qualcosa?

I: ...Questa dedica...

R: La dedica è stato proprio il tuo sfogo?

I: ...Sì il mio sfogo...

R: Secondo te ci sono dei comportamenti che si rilevano utili per evitare il pericolo di ridurre la motivazione e la performance professionale anche se sono diciamo sollecitate da emozioni così così forti come la morte di un ospite?

I: Ma tu dici a livello dell'equipe o personale?

R: Personale o anche dell'equipe va benissimo

[...]

I: Ma allora dalla mia esperienza ogni persona ha un modo di spegnersi da soli...io chiamo spegnere, si spengono da soli quindi c'è chi...non è pronto c'è chi è pronto, c'è chi si prepara

R: A livello dei tuoi colleghi? Qua è in riferimento proprio ai colleghi, proprio come professione

I: Sì anche cioè i miei colleghi, chiaramente ci sono queste morti improvvisate e che uno non è minimamente preparato, ci viene a mancare, a livello dell'equipe succede dopo come sta succedendo adesso che sono morte due persone molto importanti nel reparto e sentiamo veramente la mancanza di queste persone perché sia a livello fisico sia a livello...psicologico perché erano molto attive, dicevano la sua e quindi manca...manca...veramente

R: Hai notato nei tuoi colleghi una riduzione della performance lavorativa dopo la morte?

I: Sì...ma non così evidente perché si cerca sempre di andare avanti

R: Si perché il lavoro deve comunque andare avanti però magari rispetto agli altri giorni si nota magari un...calo della performance sul lavoro

I: Questo succede di più quando la persona è in fin di vita...questo succede che c'è un clima di dispiacere un clima di dolore tra tra noi c'è anche la ricerca di di non disturbare di fare in modo che non ci siano rumori non ci siano influenze negative in questi momenti poi dal momento che questo succede che la persona se ne va chiaramente il reparto riprende automaticamente alla sua normalità

R: E pensando alla tua carriera professionale quali sono stati i comportamenti che ti hanno aiutato per andare avanti?...Che può essere semplicemente il sostegno dei tuoi colleghi

I: ...Maa l'insegnamento di vita che ti danno queste persone, non ho voglia di aggiungere altro perché ti insegnano davvero tanto.

[...]

R: E hai osservato dei comportamenti nei tuoi colleghi che si sono rilevati utili o poco efficaci nell'affrontare la morte di un paziente?

I: Allora c'è chi tende ad evitare ad entrare...in contatto diretto con la persona quando è quasi il momento del decesso perché...il mio parere non sono pronti per... vedere qualcuno che sta lasciando il proprio corpo quindi...poi tutto dipende da ognuno c'è chi ha più (sospiro) anima più più il dono di accompagnare queste persone e chi proprio non riesce

R: Passando all'ultima domanda dando un punteggio da uno a cinque a queste strategie che ti elencherò quali secondo te si rilevano utili per alleviare diciamo il carico fisico e psichico di questo momento, allora [...] la ricerca di sostegno sociale da parte di colleghi, familiari o amici quanto può essere utile di fronte a un decesso? Uno per niente due poco 3 abbastanza 4 molto e 5 totalmente

I: Ma...più che altro l'appoggio dei familiari che è importantissimo io direi un cinque

R: Il distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia quanto può essere utile?

I: (sospiro) È importantissimo cioè la nostra presenza...con i familiari è importantissima, cioè, bastano i piccoli gesti con i familiari che loro si sentono sostenuti per loro è una cosa molto importante

R: Però qua parlo di distanziamento...quanto può essere utile? Però bisogna tenere in considerazione che ci sono più tipi di distanziamento quello magari troppo evitate e quello giusto per non sentirsi troppo coinvolti...

I: Io direi allora aspetta...qua è difficile [...] perché io direi una vi di mezzo perché ci facciamo sentire presenti che si possono appoggiare a noi però chiaramente abbiamo anche una distanza su questi momenti [...]quindi metterei più una via di mezzo

R: Proprio via di mezzo?

I: Perché l'abbastanza capisci non c'è una misura, perché sono momenti molto particolari e quindi poi dipende da da...se l'ospite o residente che adesso li chiamiamo residenti sono hanno famiglia ci sono quelli che hanno tanta famiglia ci sono quelli chiaramente c'è un coinvolgimento completamente diverso a dipendenza anche da questo [...] c'è il necessario non c'è una misura [...]

R: E affrontando direttamente la situazione, pianificando, progettando la soluzione al problema quanto può essere utile?

I: Tanto direi tanto perché chiaramente non si può sottovalutare la sofferenza di una persona che sta morendo anche il fatto di...starli vicino di accarezzarlo di prendergli la mano di toccargli i piedi sai sono piccole cose che vengono dalla tua anima capisci?!

R: E qui da uno a cinque cosa penseresti?

I: Ma anche qui non saprei come metterti il punteggio perché è molto personale [...] quindi totalmente sia livello personale che a livello dell'equipe

R: E praticare sport, dedicarsi agli hobbies?

I: Io non ci penso io credo che...si nasce per morire, purtroppo è la cruda verità e... in base a tante cose che leggo e ci credo anche, che non siamo qua...così per caso, c'è un motivo e dopo sarebbe troppo stupido che la cosa finisse e quindi c'è questa famosa anima questa luce che tu aprendo la porta se ne va capisci?! E questa anima andrà in un altro corpo e vivrà e avrà seguito. Questa cosa a me aiuta tantissimo

R: Però il fatto di praticare sport e praticare hobbies quanto può essere utile per scaricare la tensione emotiva e fisica secondo te? Sempre pensando a te?

I: Non ci penso, [...]per cui per nulla cioè non vedo il perché per scaricarmi devo...

R: Ormai c'è chi per scaricarsi magari si fa una corsetta

I: ...io per scaricarmi preferisco stare vicino alla persona ognuno ha le sue modalità questa è la mia molto personale

R: L'accettare della responsabilità, che comprende l'accettazione della situazione ma anche della propria incapacità nell'affrontarla?

I:[...]È importante, abbastanza importante

R: Il fatto di fidarsi alla religione, cercando aiuto o un confronto?

I: Io su questo sono molto radicale cioè...essendo stata cresciuta con la religione cattolica e non essere più credente non sono più credente non ci credo...mi appoggio veramente su questa sì questo momento dell'abbandono del corpo e gli apro la finestra

R: Quindi...?

I: Non mi riguarda quindi per nulla

R: E l'autocontrollo, gestendo le proprie emozioni, reazioni e/o comportamenti nelle situazioni di decesso?

I: Io penso che l'esperienza di lavoro conta tantissimo essere in grado di gestire una situazione che magari da un momento all'altro può essere non tragica per noi ma tragica per i famigliari chiaramente...mano a mano ci prepariamo...mentalmente cioè non mentalmente è una cosa che ci viene involontariamente, [...] l'autocontrollo è stupendo è molto importante per cui totalmente importante questo aiuta cioè aiuta la situazione che ti trovi aiuta proprio i famigliari perché se io in quella situazione magari molto attaccata a questo ospite perché lo vedo da tanti anni e ho una relazione affettiva molto forte se in questo momento se sta lasciando questo mondo e io mi metto magari a piangere di più dei propri famigliari cioè noi chiaramente dobbiamo saper gestire questo momento, questo è molto importante

R: E facendo una rivalutazione positiva in riferimento alla propria professionalità, riconoscendo la morte come atto conclusivo di accompagnamento per il paziente, per la famiglia e per l'equipe quanto può essere utile?

I: È importante, è importante perché c'è una collaborazione tra...tra infermieri assistenti di cura e il medico e le persone di riferimento che sarebbero i figli la direzione, c'è tutta una collaborazione tutta assieme c'è un'unione...[...] ma...penso totalmente cioè perché c'è il coinvolgimento di tutti tra il medico alle donne delle pulizie è un messo assieme di di una catena che parte, è una cosa molto solidale e molto bella [...]

R: E all'ultima la fuga e o evitamento della situazione quanto può essere utile?

I: Ma io penso che come curante...non ci dovrebbe essere assolutamente, è una cosa che deve essere tua quindi...il nostro lavoro è fatto di questo, quindi dobbiamo essere preparati per questo perché se uno fugge non è preparato [...]quindi se noi curanti non riusciamo a gestire questa situazione io penso dico non dico che è grave però mi farei delle domande se è il mio lavoro

R: *Quindi per nulla?*

I: Per nulla.

R: *Nella tua professione hai mai avuto dei momenti che ti hanno portato a incrinare la tua motivazione e performance lavorativa?*

I: [...] Per me questa è stata una lezione di vita che mi ha portato ad aumentare la motivazione professionale

INTERVISTA N°5

Data: 18.04.2016

Ora: 16.00

Durata: 17min

Sesso: M

Anni: 45

Stato civile: Divorziato

Figli: 1

Anno conseguimento diploma: 2001

Anni lavorativi: 9

Trascrizione intervista adattata:

R: Quando hai intrapreso la tua carriera infermieristica hai mai pensato che ti saresti confrontato con l'evento morte?

I: Assolutamente sì ero cosciente di quello che andavo incontro ed ero anche curioso per vedere cosa voleva dire affrontare il percorso della morte [...]

R: E la cosa ti spaventava?

I: Assolutamente no non mi ha spaventato per niente lo so che sembro un po' freddo e cinico ma non mi ha dato fastidio assolutamente anzi

R: E pensando al tuo primo evento di morte che emozioni hai provato?

I: Ma verso il residente di sollievo perché si è liberato di questo peso che aveva perché soffriva siccome aveva un accompagnamento palliativo dove la signora stava veramente male quindi avevamo deciso di fare un accompagnamento dove lei non soffriva, però tutto l'assieme con i famigliari quindi lei che vedevi che soffriva è stato un sollievo alla fine quando se ne è andata un po' per tutti

R: Occhei e in quel momento ti ricordi magari cosa hai fatto per ridurre questa scarica emotiva cioè questa tensione emotiva?

I: Dici verso di me?

R: Sì..sisi...

I: Ma niente ho cercato di di come posso dire...

R: Può essere anche parlare con un collega...anche piccoli gesti che...

I: Ma nono con i parenti più che altro ci siamo confrontati assieme perché erano più loro che non stavano tanto bene è vero che abbiamo anche avuto una settimana di tempo per prepararci io l'ho accompagnata per una settimana questa signora e ho lasciato un bel rapporto e tutt'ora quando mi vedono si fermano ancora a parlare quindi il fatto che ho parlato con loro mi ha facilitato anche un attimino

R: Ah occhei anche per elaborare meglio questo...

I: Esatto elaborare meglio

[...]

R: E ripensando adesso all'ultima morte che hai vissuto cosa è cambiato rispetto alle tue emozioni comportamenti per gestire al meglio quella situazione li?

I: Come ti dicevo ho imparato a tirare su dei muri importanti nel senso ho imparato a distaccarmi però ci sono un paio di ospiti che io ho fatto l'apprendistato su tutti e tre i piani e quando decederanno alcuni ospiti sicuramente andrò in crisi perché con alcuni ho legato molto di più però essendo un reparto Alzheimer due due anni al massimo muoiono i residenti quindi ho imparato a staccarmi e a non emozionarmi troppo perché se no ti fai solo del male lo so che sembro quasi una persona cinica e fredda però se non lo fai se non ti proteggi ti porti dietro tutto

[...]

R: E tra le diverse attività che girano attorno alla professione infermieristica l'evento morte di un ospite come influisce sulla performance professionale?

I: Ma almeno su di me io ad un certo punto cerco di tramutarlo in positività cercando di fare sempre meglio il mio lavoro cioè nel senso soprattutto in queste situazioni quando accompagnamento qualcuno che sta decedendo concentri veramente le forze su di loro tralasciando altri ospiti questo non vuol dire che io non bada agli altri però le mie energie vanno di più su di loro perché so che ci sono gli altri colleghi che si occupano degli altri noi a livello infermieristico ci occupiamo delle persone che veramente stanno male e i nostri colleghi assistenti di cura e via dicendo o oss si occupano magari di persone che stanno abbastanza bene quindi diamo a loro la priorità a queste persone di accompagnarli perché loro entrano poi...non escono più di qua dopo ti fa ragionare [...]

R: E quindi secondo te hanno migliorato la tua qualità lavorativa?

I: Le morti in generale tu dici?

R: Si o hai notato magari un calo...

I: No un calo no però ti rendono un po' più sensibile anche se non lo mostri agli altri io ho trovato che è meglio non mostrare le proprie emozioni...all'equipe lo so che è sbagliato pensare perché magari ti fai vedere un po' più fragile davanti agli altri io preferisco non farlo vedere a nessuno e confrontarmi con me stesso poi a casa con la mia compagna che lavora anche lei a secondo piano ne parliamo sai perché involontariamente c'è sempre l'ospite che magari in due tre anni ti ha fatto penare e quando va è un po' una liberazione per tutti invece c'è quell'ospite che magari è qua da solo e non ha figli non ha parenti andando via da solo non ha nessuno come adesso ne abbiamo giù uno al primo piano che non si è mai sposato non si è mai creato una vita è da solo quindi concentriamo un po' di più le forze verso di lui

R: E sulla tua motivazione professionale invece?

I: Sulla mia motivazione io ti dirò che prima di fare l'infermiere ero un carrozziere l'ho fatto per ventidue anni ed ero arrivato ad un certo punto che non ero più motivato non mi piaceva più mi era sempre piaciuto il sanitario ma non ero mai riuscito ad entrare vuoi per la famiglia vuoi per la bambina piccola tra una cosa e l'altra mi costava troppo quindi quando ho avuto la possibilità a livello economico ho partecipato al concorso della casa anziani *** e passato l'esame d'ammissione mi hanno assunto per me è stato veramente un toccasana vengo a lavorare veramente con gioia sono pochi i giorni che vengo arrabbiato [...]

R: E secondo te ci sono dei comportamenti che si rilevano efficaci per evitare il pericolo di incrinare la motivazione e la performance professionale anche se comunque sollecitati da situazioni emotivamente forti come la morte? Quali ti hanno aiutato concretamente nel percorso della tua carriera professionale?

I: Ma io bom la motivazione vado sempre a cercarmela non aspetto mai queste situazioni qua io ogni anno faccio dei corsi formativi [...] io sono abbastanza curioso non mi soffermo mai se dopo un po' che lavoro e vedo che non ci sono più motivazioni me li vado a cercare, io mi annoio facilmente nelle cose quindi sono abbastanza curioso e li cerco un po' in tutti i campi vado a cercarli in tutti che potrebbe essere la musica lo sport o magari anche sulla cucina leggo un po' tutto

R: E ripensando ai tuoi colleghi hai osservato in loro dei comportamenti utili o magari poco efficaci?

I: Bhe utili si soprattutto da tutti perché da tutti capisci qualcosa tutti hanno qualcosa da insegnarti dal più giovane dagli allievi all'assistente di cura [...] l'importante è parlare perché le giornate no ci sono per tutti sarei ipocrita se ti dicessi se sono perfetto in tutto [...]

R: Però magari invece dei comportamenti sbagliati magari in riferimento a te che hai fatto in passato e ma che comunque con gli anni sei maturato? O anche nei tuoi colleghi

I: Forse io in alcune situazioni mi mancava l'esperienza nel campo lavorativo [...]

R: Qua sempre in riferimento alla morte...[...]

I: Avevo visto in una mia collega che si era attaccata molto per alcuni pazienti deceduti però se un giorno decederanno quegli ospiti di cui ti parlavo prima o poi succederà anche a me perché involontariamente ti affezioni per intanto ho avuto la fortuna di distaccarmi [...] è una distanza per star bene [...]

R: Allora passando all'ultima domanda dando un punteggio da uno a cinque quali fra queste strategie che adesso elencherò sono le più utili da attuare nel momento di un decesso per affrontare la carica sia fisica che emotiva ricerca di sostegno sociale da parte di colleghi, famigliari o amici da uno a cinque 1 per niente 2 poco 3 abbastanza 4 molto 5 totalmente

I: Ma parenti e amici secondo me portare queste situazioni non è che ti possa aiutare più di quel tanto almeno nel mio caso preferisco non portarle anche se a casa bom però ho la fortuna che avendo la mia compagna che lavora anche lì ci ritagliamo quei venti minuti per parlarne se qualcuno non è stato bene e con i colleghi si quindi abbastanza [...]

R: E affrontare direttamente la situazione, pianificando, progettando la soluzione al problema

I: [...] (sospira) Abbastanza

R: Il distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia quanto può essere utile secondo te?

I: ...Bhe spesso io sono abbastanza coinvolto con i parenti perché spesso li conosco tutti qui metterei molto

R: Praticare sport, dedicarsi agli hobbies?

I: Totalmente cinque a me aiuta tantissimo

R: L'accettare della responsabilità, che comprende l'accettazione della situazione ma anche della propria incapacità nell'affrontarla?

I: Molto quattro

R: E dedicarsi alla religione, cercando aiuto o un confronto?

I: Adesso ti dirò una cosa (sbuffata) non avermene male io sono credente ma non sono praticante vedo la religione come così un po' obsoleta sono il tipo che ho bisogno di credere in qualcosa e non ti dico in cosa credo però non credo tanto nella chiesa [...] ma sì abbastanza

R: L'autocontrollo, gestendo le proprie emozioni, reazioni e/o comportamenti?

I: Totalmente è importante questo assolutamente

R: Una rivalutazione positiva facendo riferimento alla propria professionalità, riconoscendo la morte come atto conclusivo di accompagnamento per il paziente, per la famiglia mae per l'equipe?

I: Assolutamente totalmente

R: E la fuga e o evitamento della situazione quanto?

I: Nonono nullo assolutamente non puoi scappare da queste situazioni se no hai sbagliato mestiere anche perché saremo confrontati noi un domani con questa situazione quindi più che altro è quello se scegli questo mestiere lo sai a quello che vai in contro quindi devi essere d'appoggio alle persone non devi essere tu un handicap a mio modo di vedere [...], io avevo colleghi così però io spesso gli dico te ma quando saranno qui i tuoi genitori cosa fai? Non entrerai? Devono riuscire ad elaborare [...]

INTERVISTA N°6

Data: 18.04.2016

Ora: 16.35

Durata: 22min

Sesso: M

Anni: 50

Stato civile: Sposato

Figli: 1

Anno conseguimento diploma: 2009 **Anni lavorativi:** 6

Trascrizione intervista adattata:

R: Quando hai intrapreso la tua carriera infermieristica hai mai pensato che ti saresti confrontato l'evento morte di un ospite?

I: Sisisi ero preparato a questo ero consapevole

R: E la cosa ti spaventava magari?

I: No proprio...no data dalla pace con me stesso nel senso che non ho...diciamo una paura della mia morte il dolore si mi fa paura ma la morte di per se non non...nel corso degli anni ho maturato il fatto che non è un...una fine insomma quello ecco...quindi non mi fa paura [...] Partendo da me posso accettare quella degli altri

R: Occhei e pensando al primo evento di morte che hai dovuto gestire ti ricordi che emozioni hai provato?

I: Allora...quello che mi ricordo durante i nove mesi che ho fatto come stager non mi ricordo di morti con cui io cioè forse sarò morto qualcuno ma io ho un ricordo vago mi ricordo invece quando sempre qui come ero stagista per quattro mesi e una signora che seguivo era morta dopo tre mesi che io la seguivo quindi proprio verso la fine e...mi ricordo che è stato forte come emozione perché appunto la seguivo quotidianamente tutti i giorni per tre mesi e quindi c'era c'era...anche si se la signora non era negli ultimi mesi non era molto presente psicicamente quindi non c'era uno scambio forte però emozionale era molto [...] dispiacere per la morte in se, però poi l'ho in qualche modo razionalizzato e...l'ho visto in un ottica superiore alla morte non come una fine ma come un passaggio quello che credo io insomma [...]

R: In quel momento ti ricordi cosa hai fatto magari dopo che è morta?

I: Io mi ricordo che è successo che poi la mattina che io dovevo lavorare e ho aiutato a lavarla perché quella volta l'abbiamo lavata noi la signora io insieme e...c'erano diversi che non volevano farlo e io ho detto non ho nulla in contrario e io ed un'altra assistente di cura abbiamo praticamente lavato la signora...l'abbiamo lavata e messo la vestaglia per poi portarla giù nella camera mortuaria

R: E per ridurre la tensione emotiva di quel momento perché penso sarà stata molto intensa

I: .. Molto molto però c'è stato proprio [...] è stato tutto dentro di me cioè la la la l'ho fatto in maniera molto serena perché mi potevo anche rifiutare di andare lì invece mi sono proposto quindi è stato forse come un completamente l'ho visto come l'ho seguita da viva fino all'ultimo e...forse era giusto che la seguissi pure in quel momento [...] mi ha aiutato forse ancora di più sicuramente...sicuramente è stato un passaggio ideale forse si...

R: E ripensando all'ultimo momento di morte che hai vissuto recentemente ti ricordi che emozioni e comportamenti e che cambiamento c'è stato rispetto alla prima morte?

I: Allora il cambiamento è stato innanzitutto [...] è stato...non so più freddo non so più distante lontano non c'è stato più quel coinvolgimento proprio con l'ultimo...proprio in ordine di tempo [...], le emozioni sono sempre quelle nel senso di...di pace nel senso si è un evento naturale la morte l'ho messo lì soprattutto a quell'età e soprattutto con tutti i

dolori sia psichici che fisici che si portava la persona quindi l'ho visto più come un liberarsi da parte sua però ecco da parte mia c'è stato minor coinvolgimento

R: E di comportamento hai sempre cioè ti sei sempre basato su te stesso?

I: [...] Forse sono stato proprio io ad aver aiutato qualcuno ho cercato di tirar fuori qualcuno se aveva bisogno magari qualche allievo dato che seguo gli allievi qui allora magari è successo che qualche allievo si è trovato confrontato con la morte di una persona che lui seguiva quindi ecco ho cercato di fare dell'esperienza mia di di di vedere come reagiva lui per vedere come reagiva lui perché può essere...forte molto intenso

R: E tra le diverse attività che girano attorno al lavoro di infermiere l'evento morte di un ospite come influisce sulla performance professionale?

I: [...]E...nel mio caso no no non ha mai influito cioè nel senso magari quel giorno ero più forse sensibile non lo so che termine usare un po' così ma non è che influisce non non ho visto dei cambiamenti sostanziali rispetto alle mie prestazioni

R: E quindi a livello motivazionale neanche è rimasta sempre stabile?

I: Sì anzi può essere anche pure uno stimolo per garantire una una buona morte come si suol dire un buon accompagnamento forse è meglio l'espressione buon accompagnamento (risata) [...]

R: E secondo te ci sono dei comportamenti che si rilevano efficaci per evitare il pericolo di ridurre la qualità lavorativa o la motivazione professionale anche se comunque sollecitati da eventi intensi come la morte? [...]

I: Boh...forse il fatto di di garantire proprio una buona morte dignitosa adeguata anche se purtroppo molte volte non si può essere sempre presenti a me è successo una paziente che...lei sentiva che piano piano perdeva e chiedeva un po' la presenza però non è possibile molte volte essere sempre presenti perché i numeri sono quelli [...] e quindi con le esigenze del reparto questo non è sempre possibile garantire al cento per cento e quindi ecco quello è magari uno stimolo che ho visto nei vari eventi luttuosi che ci sono stati nelle varie morti di...di impegnarmi a fare in modo che ci possa essere qualcuno persone ancora più presenti [...]

R: Hai mai osservato dei comportamenti nei tuoi colleghi o che ti sono stati riferiti da loro anche che si sono rilevati utili o poco utili sempre in riferimento a questa situazione?

I: ... no non mi ricordo di consigli o cose che mi hanno acceso un po' la lampadina per dire ah questa è una buona strategia [...] che un collega aiuti l'altro è fondamentale è importante perché poi all'interno dell'equipe ci sono tante dinamiche però quello dell'aiuto penso che sia una cosa che che rafforza l'equipe e tu aiuti qualcuno ad affrontare un momento un'emozione forte che magari da solo gestisce male o magari gestisce male ed è importante che che ci sei tu che li aiuti non è fondamentale

R: E magari hai notato magari anche dei comportamenti poco efficaci che magari li hanno portati a voler abbandonare il lavoro? A voler evitare quella situazione di decesso? [...]

I: In quel caso ho notato dei colleghi che rifiutavano categoricamente di affrontare quell'atto [...] e ci furono diverse persone che si rifiutarono categoricamente di farlo proprio si tirarono fuori io non lo faccio e quindi...la paura e la negazione dell'evento o delle cose che non hanno superato nella loro nella vita che c'hanno tutti diritto non è che per forza deve averlo superato anche se poi...ecco facendo questa professione...è normale che ci troviamo confrontati con queste situazioni insomma [...]

R: Passando all'ultima domanda dando un punteggio da uno a cinque alle seguenti strategie che ti elencherò adesso quali secondo te sono più efficaci o utili per gestire un

decesso di un ospite facilitando il carico sia emotivo che fisico allora la ricerca di sostegno sociale da parte di colleghi, familiari o amici quanto può essere utile 1 per niente 2 poco 3 abbastanza 4 molto 5 totalmente [...]

I: Bhe si penso che sia totalmente importantissimo cinque dare nella cerchia di amici e conoscenti ad affrontare una...un evento soprattutto se tu manifesti tutto il disagio il malessere è importante

R: *E affrontare direttamente la situazione, pianificando, progettando la soluzione al problema quanto può essere utile? [...]*

I: No cioè tu ti puoi preparare quello è importantissimo cioè secondo me è importante io darei cinque anche in questo caso più che progettare affrontare, tirare fuori le proprio paure [...]

R: *Il distanziamento affettivo dal paziente e dai membri della famiglia quanto può essere utile in quel caso?*

I: A me hanno insegnato la giusta misura la giusta distanza cioè...nel senso con un paziente con una persona che ho di fronte...anche se instaurò un rapporto diciamo col tempo soprattutto qui che è cronico che passano anni poi c'è anche la simpatia personale magari qualcuno che ha il debole per alcune persone è umano cioè ci mancherebbe...e però è sempre importante avere la giusta distanza nel senso che ...cioè rimanere turbato tirare fuori le emozioni va benissimo questo a scuola ci hanno preparato tanto e quello mi piace però avere anche la giusta distanza perché non posso caricarmi di tutti i dolori che vado avanti nella mia professione perché qui viviamo di questo respiriamo i dolori delle persone fisici psichici e quant'altro

R: *Quindi cosa mettiamo un molto...totalmente?*

I: E non lo so io direi la giusta misura sarebbe il tre a questo punto, cioè secondo me la giusta distanza è non essere né cinque né uno quindi tre sarebbe l'ideale

R: *E praticare sport, dedicarsi agli hobbies? [...]*

I: Bah...queste sono tecniche che vanno bene per lo stress, dolore per il momento vanno bene in generale quindi ti dico molto mettiamo molto

R: *L'accettare della responsabilità, che comprende l'accettazione della situazione ma anche della propria incapacità nell'affrontarla? [...]*

I: ...Direi un quattro perché è importante che io accetto questa responsabilità posso anche dire no non ce la faccio sono un essere umano però è molto importante quattro

R: *E dedicarsi alla religione, cercando aiuto o un confronto?*

I: E io non appartengo a nessuna religione però ho quell'aiuto forte che io ho e viene dal credere che non siamo solo materia e anche spirito ecco è questa spiritualità che mi aiuta tanto quindi totalmente

R: *L'autocontrollo, gestendo le proprie emozioni, reazioni e/o comportamenti quanto può rilevarsi utile?*

I: Allora ti aiuta...ti direi un tre nel senso che l'autocontrollo è però se ti scappa da piangere piangi anche davanti ai parenti [...] io direi un quattro non totalmente perché mi sa di freddo

R: *Una rivalutazione positiva facendo riferimento alla propria professionalità, riconoscendo la morte come atto conclusivo di accompagnamento per il paziente, per la famiglia ma anche per l'equipe? [...]*

I: Totalmente cinque

R: *E come ultimo la fuga e o evitamento della situazione quanto può essere utile?*

I: Non aiuta quindi per nulla perché prima o poi ritorna ed quindi è solo un rimandare

ALLEGATO N°2: Elenco delle figure

Figura 1 – Scale del Coping Orientation to Problems Experienced e categorie di Coping	17
Figura 2 – Mean values for Ways of Coping in The Sample and Dynamics in Different Age Group	18
Figura 3 – Statistics on coping strategies	19
Figura 4 – Whitney Test between coping strategies and gender.....	19
Figura 5 – Analysis of variance between coping strategies and time in the profession .	20