



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in infermieristica

**MORAL DISTRESS, SCELTE ETICHE,
VALORI E LA DIAGNOSI
INFERMIERISTICA MANCANTE**

Relatore:

Dott. Mercuri Maurizio

Tesi di Laurea di:

Bevilacqua Luca

Correlatore:

Dott.ssa Marchetti Mara

A.A. 2019/2020

Indice:

I.	Introduzione: Valori e implicazioni	pg.1
II.	Valori e moral distress	pg.5
III.	Valori in conflitto e salute	pg.13
IV.	Valori e diagnosi infermieristiche	pg.22
V.	Conclusioni	pg.39
VI.	Bibliografia	pg.40

I Introduzione:

Valori e implicazioni

È sempre vero che la vita è azione e che l'azione richiede scelte e che le scelte si fanno su valutazioni (Orestano, 1915). La ricerca e l'adesione a valori è fondamentale per vivere e per crescere come persone.

I valori sono enti di pensiero che hanno avuto riconoscimenti su un arco di interpretazioni che ne dichiara il valore assoluto (indipendenti dalla creatura uomo) o oppure storico (sue produzioni). Sono due estremi che forniscono la natura del valore, o in quella ontologica o nella componente relazionale. “Perché il bene divenga tale per l'uomo bisogna che egli l'intenda come tale e lo scelga come tale in funzione della categoria del dover essere. Con la conoscenza riconosce all'oggetto il predicato esistenziale -l'esistenza-, mentre con la valutazione gli dà un giudizio di approvazione o di disapprovazione in vista della sua utilizzazione. La valutazione non si oppone alla conoscenza; non esclude la categoria del vero, ma la presuppone e dà al vero una dimensione nuova: il valere per un fine” (Poliseno, 2006). Tra l'uomo e i valori c'è un rapporto di reciproco beneficio: l'uomo dà agli oggetti la possibilità di valere nel raggiungimento del fine della vita, ma i valori guidano l'uomo perché con il loro possesso raggiunga il fine. In morale, il proposito di raggiungere il bene e le azioni compiute per raggiungerlo, sono già un bene. L'uomo dovrebbe riconoscere la necessità di valori assoluti e trascendenti. Ma questi si rivelano diversi nella loro corrente espressione, condizionata storicamente.

Il dover essere della norma può anche non avere realizzazione (Windelband, 1947), ma è ciò che può dare verità, bontà e bellezza alle cose giudicate. I valori pertanto non sono cose o supercose, non hanno realtà od essere, ma il loro modo di essere è il dover essere. Il postulato su cui si basa tale dottrina è la contrapposizione al mondo delle realtà sensibili il sistema dei valori ideali: oggetto della conoscenza non è l'essere (il *Sein*), ma il dover essere (il *Sollen*). La vera conoscenza avviene nel giudizio che non è un semplice rapporto di rappresentazioni, ma un fenomeno attivo nella coscienza che contiene un'affermazione o una negazione della realtà. Questa conoscenza è di natura pratica. Ogni giudizio, il cui contenuto ha fondamento nell'esperienza in quanto forma si rifà al *Sollen*, che non può

essere dato empiricamente. Nella percezione la cosa è data come complesso di qualità, di contenuto di coscienza, ammettendo un ideale a cui tende il soggetto conoscente. La stessa volontà logica presuppone una volontà del vero, perché la tendenza alla verità presuppone la tendenza a fare il proprio dovere. Ne deriva l'assoluto valore della volontà cosciente del dovere come necessità incondizionata anche per l'uomo teoretico. Abbiamo bisogno di un criterio di scelta, una norma ideale che ci consente di selezionare ciò che è necessario per il raggiungimento di un fine universale. I valori hanno il comune fondamento nel primato della ragion pratica (le cui leggi non hanno bisogno di essere dimostrate perché costituiscono una realtà di cui siamo consapevoli apriori) e nella soddisfazione di una volontà pura dell'azione originaria che dà valore alla nostra esistenza. Non è una verità, una bellezza o un dovere, ma la convinzione fondamentale dalla quale scaturiscono i valori. Per dare un fondamento universale ed obiettivo al valore non si può eliminare la sua caratteristica relazionale con ogni coscienza.

La scoperta e l'adesione ai valori ha certamente un risvolto emotivo: la dimensione emozionale non solo ha particolare importanza nel guidare il percorso di apprendimento, ma sembra che la prima forma di conoscenza avvenga per il canale emotivo, sebbene il bene coincida con il vero e in quanto tale è conosciuto dalla mente. Il risvolto affettivo del riconoscimento dei valori ha necessità della rivalutazione dell'intelligenza solo perché la riflessione può darci il giudizio sull'ordine dei valori e la valutazione della realtà.

L'adesione ai valori passa per le scelte individuali che transitano da una coscienza percettiva biologica ad una conoscenza appercettiva o riflessa di tipo spirituale. Quanto viene individualmente riconosciuto ed accettato comincia ad avere valore per il singolo, ma non è buono perché lo si riconosce tale, è buono prioritariamente.

Ogni atto umano è un atto morale solo se espressione della libertà, anche se condizionata. Il bene valoriale è il bene propriamente morale in quanto appetibile dalla ragione. Il suo raggiungimento passa per le nove fasi ben descritte dalla psicologia tomista:

1. *Voluntas*, desiderio del fine ultimo della felicità;
2. *Intentio*, specificazione del bene concreto da raggiungere;
3. *Consilium*, ricerca degli atti possibili per raggiungere il bene intenzionato;
4. *Consensus*, approvazione dei singoli atti proposti;

5. *Iudicium*, giudizio dell'atto concreto da compiere tra quelli approvati;
6. *Imperium*, comando della ragione pratica di compiere l'atto;
7. *Electio*, scelta dell'atto imperato o suo rifiuto, con approvazione affettiva;
8. *Usus activus*, esecuzione dell'atto;
- 9 *Fruitio*, soddisfazione del desiderio (Guerzoni, 2013).

1, 2, 4, 7, 8, 9, appartengono alla sfera della volontà, 3, 5, e 6 a quella della ragione.

I valori, secondo interpretazioni filosofiche diverse, possono però essere raccolti in un unico denominatore: hanno uno status metafisico, possono essere colti da una intuizione, una conoscenza di carattere sentimentale, possono essere interpretati ad esclusivo dominio delle capacità psicologiche umane, sono considerati frutto esclusivo di una valutazione soggettiva, relativa e/o variabile, con l'implicazione dell'uomo e della cosa nella determinazione di valore.

La mancanza di orientamento nella sfera delle scelte morali, spesso accompagnata da una concezione relativistica dei valori, o da una mancanza di consapevolezza di quale valore è nascosto dietro il nostro operato, generalmente desta un senso di insoddisfazione o malessere. Lo stesso conflitto nella realtà personale tra valori aderiti ed agiti produce insoddisfazione o malessere. Chi non aderisce alla propria mappa di valori riconosciuta nel tempo e per la quale aderiamo con tutti noi stessi (una adesione dell'intelligenza, della psiche, dell'emozione e della nostra sfera spirituale e storica) facilmente cade della dimensione tetra della colpa.

La colpa è una emozione secondaria vissuta come una mancanza o un errore personale per non essersi comportati bene, in riferimento ad un codice di regole comportamentali interiorizzate (pentimento) o al fatto di non aver corrisposto ad aspettative e richieste esterne da parte di figure significative (pseudo-colpa): "scivolamento" dal proprio punto di vista a quello di un altro che inizialmente non è condiviso, ma è fatto proprio per insicurezza. Sotto il profilo sociale, la colpa è un regolatore delle reazioni interpersonali avente una funzione preventiva (non arrecare danno all'altro) o riparativa (del danno commesso) (Bellantuono, Nardi, Mircoli e Santone, 2009).

Si può ipotizzare che l'assenza di valori, l'opposizione ai valori riconosciuti da altri o da sé stessi o il conflitto tra valori a cui aderiamo che percepiamo in particolari circostanze della vita e che ci allontanano da quello che pensiamo di noi, possano incrementare incertezza e malessere fino a farci soffrire ed ammalare.

Scopo di questa tesi è indagare come carenza di valori, contrasto ai valori della comunità o introiettati e conflitto tra di questi possano incidere sul grado di salute dell'ente uomo e come possa chi si dedica al mantenimento o al recupero della salute con qualità professionali, andare a supporto dell'assistito nel ripristino del mondo di valori che è personale, familiare o di comunità di appartenenza.

E poiché attualmente il dominio 10 della tassonomia delle diagnosi infermieristiche riconosce uno spazio ai valori, ma vuoto, l'ambizione di questo lavoro di indagine è quello di ipotizzare uno spazio a diagnosi, *outcome* ed interventi infermieristici per riempire questo spazio vuoto. Alla fine dell'indagine si ipotizza di sottoporre ad esperti di pianificazione assistenziale le proposte elaborate.

Gli obiettivi specifici del lavoro di tesi sono tre:

1. Individuare i tratti salienti del rapporto tra valori e *moral distress*;
2. Individuare le ricadute per la salute nella non adesione ai propri valori di riferimento o in relazione alle situazioni ove si generano conflitti tra i valori;
3. Ipotizzare diagnosi relative alla tassonomia assente con relativi *outcome* e interventi infermieristici.

A questi obiettivi corrispondono tre relativi capitoli.

II Valori e moral distress.

Cos'è un dilemma morale?

Avendo analizzato i valori, riconosciamo come questi possono esistere in equilibrio. I valori in una persona non coesistono sempre in perfetta armonia, essi coesistono, entrano in tensione e possono anche scatenarsi conflitti. Questi squilibri diventano più chiari nei confronti con un dilemma morale. Per capire il concetto di dilemma morale possiamo porci il classico problema del carrello ferroviario (o dilemma del carrello), un esperimento mentale di filosofia etica formulato nel 1967 da Philippa Ruth Foot che propone un dilemma etico. Nella versione originale, un autista di tram conduce un veicolo capace solo di cambiare rotaia tramite deviatoio, senza la possibilità di frenare. Sul binario percorso si trovano cinque persone legate e incapaci di muoversi e il tram è diretto verso di loro. Tra il tram e le persone legate si diparte un secondo binario parallelo, sul quale è presente una persona legata e impossibilitata a muoversi. La persona nei pressi del deviatoio si trova di fronte un'alternativa che comporta due sole opzioni: lasciare che il tram prosegua dritto la sua corsa, uccidendo le cinque persone, oppure azionare lo scambio e ucciderne una sola (Foot, 1967).

Negli anni sono state proposte alcune varianti al problema del carrello ferroviario: in quella denominata "l'uomo grasso" (*the fat man*), proposta da Judith Jarvis Thomson, analogamente alla versione originale un carrello sta viaggiando in direzione di cinque persone impossibilitate a muoversi e l'unico modo per arrestare la sua corsa è spingere sulle rotaie un uomo molto grasso: l'uomo sarebbe condannato a morire investito dal carrello, ma salverebbe la vita delle altre cinque (Thomson, 1976); la versione "il criminale grasso" (*the fat villain*) è molto simile alla precedente, con la differenza che l'uomo grasso che è possibile spingere sul binario è un noto criminale; nella versione "l'anello" (*the loop*) è possibile deviare il carrello su un binario secondario. Il nuovo binario si ricollega in seguito a quello dove sono legate le cinque persone, ma su di esso si trova un uomo grasso che, venendo investito, interromperebbe la corsa del carrello; la versione "l'uomo nel campo" (*the man in the yard*) offre la possibilità di deviare il carrello su un binario secondario per non investire le cinque persone, ma così facendo il carrello si scontrerà con un altro carro che, deragliando, uscirà dai binari uccidendo un uomo che si trova in un campo poco distante. (Greene, 2010).

Un dilemma morale comporta una situazione dove si crea un confronto morale tra principi entrambi considerati importanti, ma che non possono essere onorati simultaneamente; uno dei due principi deve essere violato per rispettare in ordine l'altro. In un dilemma morale non ci sono decisioni univoche considerate "giuste" o "sbagliate" (Baarda and Verweij, 2009).

Si può intuire che una situazione di dilemma morale, se di importante entità o in una personalità poco tollerante, potrebbe causare un forte stress e infine un danno morale. Il senso di violazione, di trasgressione o di vergogna e colpevolezza, possono portare a un danno morale, che si rifletterà non solo all'interno della persona, ma anche sul suo personale modo di vedere le cose. (Litz, 2009).

Norme e valori, non sono un sistema dinamico e flessibile come possono essere la visione della perfezione o della bontà, ma esistono come "codice morale" o sistema di credenze. Il codice morale può rimanere "intatto" anche dopo esperienze potenzialmente dannose moralmente. I valori e norme possono rimanere come "assunzioni fondamentali" e se stressati, rimanere come fondamentali riparati, dove chi li prova mantiene sempre lo stesso modo di pensare (Litz, 2009).

Un confronto tra valori può avere un enorme impatto su una persona: un valore in conflitto può portare alla dolorosa consapevolezza della potenziale inadeguatezza del suo codice morale. Il conflitto morale può essere più complicato rispetto a dei semplici sentimenti di colpa dovuti da un inequivocabile esperienza illecita (Molendijk, 2018).

Ogni giorno possiamo andare incontro a dilemmi morale, possono anche essere "innocenti", come decidere tra una bugia bianca o un insulto onesto. Ci sono dilemmi invece che implicano una scelta forzata tra valori opposti e che possono portare entrambi a una conseguenza tragica. Il filosofo Sartre definiva la situazione come "sporcarsi le mani" (Sartre, 1948). Un esempio possono essere soldati che hanno rifiutato cure mediche a civili bisognosi perché tali cure avrebbero compromesso delle scelte strategiche (Baarda e Verwij, 2006; Bouchard, 2010).

Un evento esemplare è quello accaduto ad un medico militare tedesco dispiegato in Afghanistan. Il soldato e la sua unità stavano operando in un'area rurale, quando l'unità incontrò un bambino ustionato fino al collo. Divenne presto chiaro che le bruciature erano

state provocate dagli anziani della tribù a cui apparteneva. Le ustioni erano state inflitte come una forma di punizione. In quella particolare operazione era molto importante ottenere la fiducia e il rispetto degli anziani della tribù, poiché questi giocavano un ruolo molto importante per l'unità militare. Fu quindi ordinato di non interferire e per rimanere conformi agli ordini il medico non fornì cure mediche. Poco dopo quel ragazzo morì come conseguenza di quelle ferite. Ancora oggi il medico convive e lotta con questo evento (Molendijk, 2018).

Sebbene questa sia una tragica situazione di dilemma morale, si deve notare che la radice del dilemma è fortemente formata dalle credenze e aspettative del soldato, legato ai valori e norme che aveva sviluppato nei suoi specifici contesti. Questi valori e norme non formano solo le decisioni prese, ma anche il substrato del significato delle decisioni. Sebbene nella storia citata tutti i soldati ne siano stati influenzati, il più disturbato fu proprio il medico; per lui quell'evento causò un conflitto tra il giuramento militare e medico, si trovò forzato a decidere, rispettando il giuramento militare, lasciandolo però in dubbio riguardo al suo giuramento medico e forse anche alla sua etica come essere umano (Molendijk, 2018). I valori e norme, non riguardano solo le scelte prese, ma anche il significato delle decisioni e il loro relativo contesto.

I conflitti di valori possono non solo riguardare due set di valori come nell'esempio scritto sopra, ma un'esperienza morale può creare conflitto anche con un singolo set di valori. Per esempio, la serie di credenze e aspettative che una persona assume riguardo alla propria vita professionale rispetto a delle esperienze che portano a profondi dilemmi morali (Molendijk, 2018).

Prendendo ad esempio sempre la vita militare descritta nell'articolo di Tine Molendijk, *moral aspects of moral injury: analyzing conceptualizations on the role of morality in military trauma*, l'esperienza dell'ex *marine* Sarra (Sherman, 2011). Nel 26 marzo 2003, durante una missione, una donna irachena si avvicinava al convoglio di cui Sarra faceva parte. Il soldato intimò alla donna di fermarsi in arabo, ma lei non rispose e continuò ad avvicinarsi. Questo era un evento piuttosto allarmante, il soldato aveva sentito diverse storie di kamikaze con cintura esplosiva travestiti da civili innocenti. Da questi racconti nacque il dubbio: sparare o no? Infine, esplose un colpo di avvertimento, ma i militari che partecipavano al convoglio aprirono il fuoco. Mentre la donna cadeva a terra, Sarra vide lei che teneva in mano una bandiera bianca. Le indagini ufficiali giustificarono

l'intervento armato in accordo con le regole di ingaggio, ma questo non fece differenza per Sarra. Lui non riuscì più a continuare ad essere un soldato e lasciò il lavoro fondando successivamente "Iraq Veterans against the war". (Kinernan, 2004; Chaudhry 2004). Sarra si sentiva in colpa per non aver aspettato più a lungo prima di aprire il fuoco e responsabile per la morte della donna (Aronson, 2005; Sherman, 2011). Allo stesso tempo riconosceva le ragioni e perché aprì il fuoco. La tragedia di Sarra non comprende semplicemente il fatto di non essere riuscito a vedere in tempo la bandiera bianca della donna, ma implica un **dilemma morale**. Sarra non poteva aspettare, non aveva il tempo per capire con sicurezza le intenzioni della donna, se fosse stata una Kamikaze attendere troppo sarebbe stato fatale per i suoi compagni d'armi. La chiave del conflitto emerge nei due obblighi morali che i soldati scelgono di onorare: rispettare le vite dei civili e proteggere i commilitoni. In una situazione simile non era possibile adempiere ad entrambe (Molendijk, 2018).

Il dilemma morale, lo scontro tra valori e conseguente danno morale si possono presentare quotidianamente, come piccole scelte ordinarie (dare ad esempio dei soldi a un mendicante è coerente ai miei valori di persona buona, ma si scontra con i valori del mio benessere personale o di fare una donazione a una persona forse poco meritevole), fino a decisioni da implicazioni gravose. Il *moral distress*, o disagio morale, non è forse casuale che sia nato da studi sugli infermieri. Nella pratica infermieristica, prendere decisioni ed intraprendere azioni nei confronti dei pazienti è considerata espressione del proprio ruolo professionale (Corley, 2001).

Il problema può nascere nel momento in cui gli infermieri, in base alle proprie convinzioni morali, vorrebbero intraprendere azioni che risultano essere in contrasto con le consuetudini e/o l'organizzazione o le politiche istituzionali della struttura sanitaria in cui prestano servizio. Questo non può che creare inevitabilmente una sofferenza morale negli infermieri, che si sentono impotenti ad agire come vorrebbero e dovrebbero. Anche se un certo grado di *moral distress* è connesso alla professione infermieristica e in una certa misura inevitabile, quando il suo livello è troppo elevato oppure prolungato nel tempo, può diventare insopportabile ed essere un segno predittivo di un malessere che se non governato può sfociare nel *burnout* con tutte le conseguenze ad esso correlate (Jameton, 1984).

La prima definizione di *moral distress* fu data da Jameton, filosofo statunitense, nel 1984 in un libro di etica infermieristica. Jameton definì il *moral distress* come: “una sensazione dolorosa e/o squilibrio psicologico che si manifesta quando gli infermieri sono consci dell’azione morale più appropriata alla situazione, ma non possono svolgerla a causa di ostacoli istituzionali, quali la mancanza di tempo, mancanza di supporto direttivo, per l’esercizio del potere medico, per limiti dovuti a politiche istituzionali e limiti legali” (Jameton, 1984). In base alle sensazioni provate egli distingue il *moral distress* o sofferenza morale dall’incertezza e dal dilemma morale. Secondo questo autore, l’incertezza morale, si riscontra infatti quando l’infermiere riconosce che i valori sono in conflitto, ma è incerto su quali siano i valori morali ed i principi etici implicati, o non possiede informazioni sufficienti sulla situazione del paziente (Hamric, 2000; Schluter, 2008). Abbiamo invece un dilemma morale quando due o più principi etici, che richiedono azioni tra loro incompatibili, sembrano applicarsi alla stessa situazione, rendendo in tal modo difficile stabilire “cosa è giusto” e “cosa è sbagliato”. Gli infermieri che sperimentano *moral distress* vivono, una situazione nella quale comprendono quale sia il comportamento più giusto o adeguato, ma per svariati motivi non possono metterlo in pratica trovandosi in tal modo a dover **agire in modo contrario ai propri valori personali**. Dalle pubblicazioni di Jameton in poi, diversi ricercatori hanno studiato il fenomeno attraverso analisi teoriche e studi empirici per misurare il suo impatto nell’assistenza sanitaria, nel rapporto infermiere paziente e per identificare le strategie utilizzate dagli operatori per fronteggiare o resistere al *moral distress*. Una svolta alla riflessione in questo campo è stata portata da Corley che nel 1995 ideò la **Moral Distress Scale (MDS)**, basata sulla definizione di Jameton. Nel 2001 revisionò la stessa scala iniziale distinguendo la frequenza e l’intensità degli eventi e delle situazioni più angoscianti per gli infermieri (Corley, 2001). Corley rilevò che il disagio conseguente al *moral distress* si ripercuote sull’attività degli infermieri, portandoli a volte ad una

	FREQUENZA					LIVELLO DEL DISTURBO				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Fornire assistenza meno ottimale a causa delle pressioni da parte degli amministratori o degli assicuratori per ridurre i costi.										
2. Provare i fornitori di assistenza sanitaria che danno "falsa speranza" a un paziente o alla famiglia.										
3. Seguire i desideri della famiglia per continuare il sostegno alla vita anche se credo che non sia nel migliore interesse del paziente.										
4. Iniziare grandi azioni di salvataggio quando penso che prolungano solo la morte.										
5. Seguire la richiesta della famiglia di non discutere della morte con un paziente morente che chiede di morire.										
6. Eseguire gli ordini del medico quando ritengo siano prove e trattamenti inutili.										
7. Continuare a partecipare alla cura di una persona malata senza speranza che viene sostenuta in un ventilatore, quando nessuno prenderà la decisione di ritirare il sostegno.										
8. Evitare di intraprendere azioni quando vedo che un medico o un infermiere ha commesso un errore medico e non lo segnala.										
9. Assistere un medico che, a mio parere, sta fornendo assistenza incompetente.										
10. Curare pazienti che non mi sento qualificato a trattare.										
11. Gli studenti di medicina eseguono procedure dolorose sui pazienti solo per aumentare la loro abilità.										
12. Fornire cure che non alleviano la sofferenza del paziente perché il medico teme che aumentare la dose di oppiaceo o antidolorifico causerà la morte.										
13. Seguire la richiesta del medico di non discutere la prognosi del paziente con il paziente o con la famiglia.										
14. Aumentare le dosi di sedativi / oppiacei su un paziente incoercito che credo possa accelerare la morte del paziente.										
15. Non intraprendere alcuna azione su un problema etico osservato perché il membro del personale coinvolto o qualcuno in una posizione di autorità ha chiesto di non fare nulla.										
16. Seguire i desideri della famiglia per la cura del paziente quando non sono d'accordo con loro, ma farlo per paura di una causa.										
17. Lavorare con infermieri o altri operatori sanitari che non sono competenti rispetto all'assistenza che il paziente richiede.										
18. Le consegne diminuiscono la qualità della cura del paziente a causa della scarsa comunicazione della squadra.										
19. Ignorare situazioni in cui i pazienti non hanno ricevuto informazioni adeguate per assicurare il consenso informato.										
20. Riconoscere la sofferenza del paziente causata da incompetenza del personale.										
21. Lavorare con infermieri o altri addetti ai servizi di cura che ritengo non idonei.										

FIGURA 1 MORAL DISTRESS SCALE (CORLEY ET AL. 2001)

ricollocazione di ruolo all'interno dell'ospedale, oppure può accadere che gli infermieri siano molto insoddisfatti del proprio lavoro e addirittura lascino la professione (Corley, 2001). In un altro studio venne rilevato che le cause di *moral distress* spesso non vengono riconosciute nell'ambiente di lavoro da parte degli infermieri, né tanto meno da chi li coordina. Ciò non permette al personale infermieristico di avere consapevolezza del rischio presente sul proprio equilibrio

psicologico ed integrità morale e di mettere in atto strategie ed interventi adeguati a prevenire o impedire l'aggravamento del problema (Corley, 2002; Elpern, 2005). Altri autori in uno studio qualitativo effettuato su infermieri neoassunti hanno rilevato che il *moral distress* è diventato una comune forma di conflitto etico per gli infermieri e sta diventando uno dei maggior problemi nella professione infermieristica (Kelly, 1998). Questo provoca uno sforzo fisico e mentale molto significativo, che colpisce gli infermieri particolarmente sensibili e comporta la perdita d'integrità morale ed una insoddisfazione nella loro attività. La perdita dell'integrità morale riguarda i rapporti con i pazienti e i loro parenti e con gli altri professionisti sanitari e può influenzare la qualità, la quantità ed il costo delle cure infermieristiche. Sono stati inoltre, condotti studi sulla relazione tra *moral distress*, *advocacy* e *burnout*; uno dei principali è quello condotto da Sundin-Huard & Fahy nel 1999. In questo studio è stato dimostrato che il *moral distress* è correlato in modo significativo con *l'advocacy*, una caratteristica fondamentale per svolgere una professione di aiuto, ed il *burnout* che è uno dei rischi professionali in cui può incorrere chi esercita la professione di infermiere (Sundin-Huard, 1999). Il *moral distress* è legato al timore degli infermieri di compiere errori che possono danneggiare il paziente, oppure non offrire una assistenza adeguata alle necessità.

Sono inoltre gli infermieri con minore esperienza professionale e che operano in area critica ad avvertire più questo disagio, ciò si può spiegare con la paura di non riuscire a dominare prontamente le situazioni di emergenza data la poca esperienza. In studi statunitensi la situazione tra le più frequenti cause di *moral distress* è: somministrare farmaci che non allevino la sofferenza del paziente, perché il medico ha il timore che una dose maggiore di antidolorifico aggravi la situazione del paziente. Sono sempre gli infermieri con minore esperienza ad avvertirne i livelli massimi, mentre gli infermieri con anzianità di servizio tra i 5-10 anni provano meno *distress* (Elpern, 2005; Rice, 2008).

Non stupisce anche che ad essere esserne maggiormente colpiti di disturbo morale siano gli infermieri di area critica, che presentano quasi il doppio della difficoltà dei colleghi delle altre unità operative in quanto le caratteristiche cliniche dei pazienti afferenti a questa area, pongono spesso gli operatori sanitari di fronte a situazioni che con altre parole potremmo definire “accanimento terapeutico”.

La discrepanza tra i valori personali e i valori perseguiti dalla organizzazione intesa nel suo insieme di risorse, procedure e gerarchie, può portare gli infermieri in conflitto tra quello che ritengono giusto fare e ciò che possono realmente fare. Aspirazioni varie come la carriera, ma anche la necessità di non sentirsi isolati ma parte di un gruppo, pressioni e abitudini culturali possono portare gli infermieri a fare delle scelte che sembrano rispondere alle loro aspirazioni, ma che invece li portano a compiere azioni che umanamente non ritengono giuste, fornendo in tal modo le basi per il *moral distress* e il *burnout*. L’ incoerenza che le persone a volte sono costrette a vivere tra le richieste dell’ambiente esterno e quelle proprie interne, può seriamente minacciare il modo in cui la persona vive l’intera vita lavorativa, anche se non è ancora del tutto chiaro se giochino di più fattori esterni o quelli interni come le aspettative personali o il proprio modo di essere (Negrisolò e Brugnaro, 2012).

Il *moral distress* quindi è uno stato emotivo che si sviluppa da una situazione in cui è possibile una scelta eticamente corretta, ma se ne deve compiere una differente. Come descritto sopra, un infermiere che vorrebbe compiere un’azione eticamente giusta, ma viene limitato o bloccato dalle procedure. Si presenta con un dilemma morale che porta al *moral distress*, lasciando la persona senza forze, ansiosa, colpevole o depressa. Il nostro scopo in questa tesi è di ampliare il concetto di *moral distress* non solo alla professione

infermieristica, ma anche nel mondo dell'assistito, individuando i bisogni e i problemi che questa condizione porta. Come può influire sulla vita di una persona malata uno scontro tra valori oppure come l'impossibilità di riuscire ad essere coerente con un valore può modificare lo stato di salute.

III Valori in conflitto e salute

Il termine *distress* fu utilizzato la prima volta dallo scienziato Hans Selye, per distinguere lo stress cattivo (Dys in generico vuol dire “male”) da quello buono da lui chiamato *eustress*. Lo stress in sé è un fattore naturale e protettivo per la vita, ma può essere mal utilizzato per circostanze dipendenti da noi e dal contesto in cui viviamo (Lazzari, 2016). Nel 1993 Jamerton elaborò il concetto di *moral distress* distinguendone uno iniziale e uno reattivo. Nel *distress* iniziale la persona affetta subisce sentimenti di frustrazione, rabbia e ansia quando si confronta con gli ostacoli che impediscono di comportarsi secondo il codice di valori e conflitti interpersonali tra valori. Il *distress* reattivo invece si verifica quando una persona non riesce ad agire contro il *distress* iniziale a causa di altri (Corley, 2005).

Il *moral distress* è un danno che colpisce principalmente le emozioni, ma può verificarsi anche una sintomatologia fisica che include:

- Sintomi gastrointestinali;
- Insonnia;
- Emicranie;
- Incubi.

Una volta identificato il *moral distress* sarebbe meglio attrezzarsi per superarlo (Corley, 2005).

Affrontare il disagio morale include coltivare sia il coraggio morale che la resilienza: oltre che supportare eventuali sintomatologie fisiche.

Coraggio morale significa sviluppare la forza di parlare a dispetto della paura delle ripercussioni, la resilienza morale è la capacità interna di ripristinare e sostenere la propria integrità in risposta al *moral distress* (Stokes, 2017).

Un alto livello di *moral distress* porta come conseguenza a un disagio psicologico che può manifestarsi come stress. David Batty, psicologo all’università di Londra e Edimburgo ha cercato di trasformare la riflessione sul legame tra benessere psicologico e fisico in una rigorosa ricerca su vasta scala, utilizzando dati di un’indagine sulla salute della popolazione condotta annualmente in Inghilterra (*Health Survey of England*), valutando il livello di *distress* psicologico delle persone. Lo stato di disagio o malessere

Questionario sul Benessere Generale GHQ-12

Nelle ultime due settimane si è sentito:	Più del solito	Come al solito	Meno del solito	Molto meno del solito
1. in grado di concentrarsi su ciò che stava facendo? <small>Es. Riesce a seguire il filo del discorso, a concentrarsi nella lettura, sul lavoro etc.</small>	0	1	2	3
2. di aver perso molto sonno tanto da preoccuparsi?	3	2	1	0
3. di essere produttivo (aver fatto tante cose) nella maggior parte delle attività?	0	1	2	3
4. in grado di prendere decisioni nella maggior parte dei casi?	0	1	2	3
5. costantemente sotto pressione?	3	2	1	0
6. di non essere in grado di superare le difficoltà?	3	2	1	0
7. in grado di ritagliarsi del tempo libero e goderne?	0	1	2	3
8. in grado di risolvere i suoi problemi?	0	1	2	3
9. infelice o depresso?	3	2	1	0
10. come se avesse perso la fiducia in se stesso?	3	2	1	0
11. come se avesse minore stima di sé?	0	1	2	3
12. con uno stato emotivo nel complesso felice?	0	1	2	3

Già da solo, con l'aiuto del colore del semaforo, puoi avere un'idea sul tuo stato di salute

punteggio da 0 a 14	Al momento sembra che non hai nessun problema psicologico.
punteggio da 15 a 19	C'è qualcosa che non va: potrebbe esserti utile chiedere un nostro consiglio.
punteggio da 19 a 36	Forse ha bisogno di una mano! Ti consigliamo di rivolgerti al nostro sportello.

FIGURA 2 QUESTIONARIO SUL BENESSERE GENERALE GHQ-12 (RUSS ET ALL 2012)

mentale può essere più o meno accentuato ed in genere è caratterizzato da emozioni e stati d'animo negativi, sintomi depressivi e difficoltà a reagire e muoversi con efficacia nei percorsi della vita e ad affrontare adeguatamente le cose, accentuando i dubbi sulle scelte morale e insoddisfazione profonda. (Russ, 2012). La valutazione effettuata da Batty sfrutta un questionario, utilizzabile anche per un'autovalutazione (figura 2).

La quantità e qualità del *distress* non è strettamente proporzionale ai fatti della vita, ma dipendono dall'individuo, da come vive, interpreta e reagisce a quei fatti. Fatto noto nella letteratura scientifica è che essere stressati è un fattore di rischio per la salute in generale, ma non per vie misteriose, bensì attraverso un percorso conosciuto, ma che viene declinato individualmente, secondo le caratteristiche personali, che dal disagio

Distress	Eustress
❖ Stress in relazione a situazioni negative e/o associate con vissuti ed emozioni negative	❖ Stress in relazione a situazioni positive e/o associate con vissuti ed emozioni positive
❖ A breve e lungo termine	❖ A breve termine
❖ Percepito come superiore alle proprie risorse e spiacevole	❖ Percepito all'altezza delle proprie risorse e piacevole
❖ Demotivante e depotenzia le energie	❖ Motiva e dà energia
❖ Se protratto abbassa le performance e le capacità adattative	❖ Sviluppa le performance e le capacità adattative

FIGURA 3 CARATTERISTICHE DEI DUE ASPETTI DELLO STRESS (LAZZARI 2016)

psicologico porta a/o al rischio di comportamenti disfunzionali e al malfunzionamento progressivo dei processi corporei. Malattie più legate al malessere psicologico sono quelle

cardiovascolari (ictus; infarto) e comportamenti a rischio come incidenti e traumi. Esiste quindi un meccanismo effetto-dose: con l'aumentare del *distress* psichico, aumenta proporzionalmente il rischio di mortalità (Lazzari, 2016).

Un'altra importante relazione risulta tra stress percepito e sintomi di disagio psicologico, i due fattori sono strettamente legati: chi dichiara uno stress elevato ha una frequenza di malessere psicologico sei volte maggiore alle persone con poco o nessuno stress (Keller, 2013).

Lo stress va preso sul serio, non si tratta di una parola vuota ma di qualcosa che incide sulla nostra vita, sulla nostra salute e sul benessere. Lo stress inoltre ci appartiene, si può "sentire", percepire e valutare. Non si tratta tanto di una misura oggettiva, ma in gran parte soggettiva. Lo stress quindi assomiglia al dolore. Il dolore si misura con scale di vario tipo, chiedendo al paziente cosa sente per renderlo oggettivabile. Va infatti presa sul serio una persona che riferisce di essere molto stressata. Il disagio psicologico quando supera un certo livello non rimane confinato dentro la testa, ma diventa un problema per tutta la persona, perché ne risentono anche il funzionamento del corpo e la salute (Lazzari, 2016).

Un esempio tratto dal libro "Bilancia il tuo stress" di David Lazzari (2016) racconta di una ragazza di 27 anni in difficoltà con l'università. La studentessa aveva sempre vissuto nell'immagine di ragazza modello fin dalle scuole elementari, portando avanti questa visione di sé all'università. Purtroppo, il percorso di studi scelto si rivelò essere molto impegnativo e nonostante l'appoggio dei familiari, la sua impossibilità di mantenere l'immagine di "studentessa modello" (uno status che diviene così un valore personale) gli causò attacchi di panico e malessere fisico come colon irritabile, insonnia, dolori cervicali ed emicranie. L'attacco di panico era sopraggiunto in prossimità dell'università, luogo dove la ragazza identificava il proprio fallimento, legame al *moral distress* che la stava tormentando (Lazzari, 2016).

Quando lo stress diventa *distress*. Si può utilizzare una metafora per comprendere come

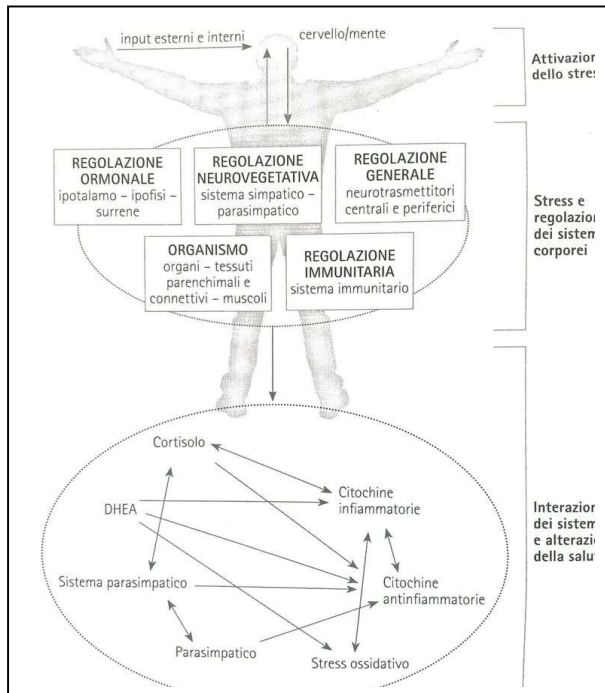


FIGURA 4 STRESS, REGOLAZIONE DEI SISTEMI BIOLOGICI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE (LAZZARI 2016)

un conflitto morale possa influire su una persona. Immaginiamo di tenere un bicchiere d'acqua con il braccio teso. Più a lungo si mantiene quella posizione e maggiore diventerà il peso del bicchiere fino a diventare insostenibile. Se cambiamo il bicchiere con una tanica riempita con diversi litri d'acqua potrebbe essere problematico anche sollevarla e procurare strappi muscolari o danni alla schiena. Questa metafora riprende anche il concetto di stress cronico e acuto (o distress iniziale e reattivo). Uno stress di tipo acuto è molto più facile da individuare, risulta

evidente e porta all'esaurimento di chi lo prova. Sono molti gli eventi che possono condurre a uno stress acuto come esperienze tragiche improvvise che pongono dilemmi brutali. D'altra parte, una serie di piccoli eventi che si succedono con frequenza, oppure che non trovano una risoluzione possono col tempo diventare un peso insostenibile (Lazzari, 2016).

In concreto, l'attivazione cronica dei circuiti dello stress modifica nel tempo la regolazione neurovegetativa (iperattivazione simpatia), ormonale (sovraproduzione di ormoni dello stress), immunitaria (infiammazione), in generale l'attività di organi e apparati, del sistema cervello-mente che subisce il "ritorno" di questa cattiva regolazione, di questa attività anomala, di questi alterati livelli di sostanze che regolano le funzioni di cellule, tessuti e della stessa attività nervosa centrale e periferica (Lazzari, 2016).

Nel tempo quindi si svilupperanno problemi dovuti a una cattiva regolazione ormonale e neurovegetativa, portando a problemi:

- Cardiocircolatori;
- Respiratori;
- Digestivo intestinali;

- Al sistema immunitario che finirà per comportarsi in modo anomalo con reazioni eccessive o non sufficienti e difficoltà nel riconoscere il *self* e non *self*.

Il corpo potrà andare incontro a una crisi energetica con aumento della richiesta di cibo (soprattutto grassi e zuccheri) e tendenza all'accumulo.

Lo stesso cervello verrà inondato di sostanze che lo terranno in condizioni anomale finendo per

- Oscillare tra eccessi e deficit delle sue funzioni;
- Abbassamento della concentrazione;
- Incremento di tensioni fisiche e psichiche;
- Aumento dell'ansia;
- Ostilità;
- Indebolimento dei freni emotivi;
- Sentimenti di impotenza;
- Depressione;
- Caduta dei livelli di autostima.

Una persona stressata vuol dire molto spesso un corpo infiammato, un metabolismo sballato, un cuore sotto pressione ed energia mal utilizzata o carente (Lazzari, 2016).

Un esempio sempre posto dal dott. Lazzari riguarda una donna di 32 anni che presenta diversi disturbi fisici come astenia, ipotensione con occasionali collassi e dolori tensivi muscolari. Queste crisi nascono da un problema di crisi valoriale. La donna doveva occuparsi dell'esigente madre cardiopatica che si appoggiava molto a essa e nel farlo trascurava il marito. La donna si trovava quindi in una situazione di stallo data dall'impossibilità di poter realizzare la sua ambizione di moglie per adempiere ai doveri morali verso la madre. Quindi il *moral distress* accumulato si manifestava con forme estreme di "disattivazione", una paralizzante stanchezza reale, non immaginaria e da prendere sul serio.

Altra complicazione del conflitto morale è lo sviluppo di sensi di colpa. Questi, per il dott. David Warburton, allora presidente di *Arise*, l'Associazione Internazionale costituita da ricercatori ed accademici di 16 diversi paesi impegnati a studiare il ruolo e gli effetti del piacere nella vita quotidiana, possono causare lo sviluppo di ulcera, malattie cardiovascolari, problemi di memoria e *Alzheimer* (Warburton, 1997).

Secondo Warburton, l'effetto dei sensi di colpa, che oggi sono sempre più frequenti e diffusi tra la popolazione e la loro azione sul cortisolo e sull'ippocampo possono provocare danni cerebrali, in particolare sulla memoria e, a lungo termine, sull'insorgenza dell'*Alzheimer*. Il senso di colpa agisce analogamente sugli ormoni che sono alla base dello stress, implicando delle ulcere e possibile causa di patologie cardiovascolari (Warburton, 1997).

Il senso di colpa secondo Vittorino Andreoli, psichiatra all'Ospedale Civile di Soave è un malessere che limita il piacere portando a depressione, frustrazione fino alla malattia. Non si tratta di qualcosa di genetico, innato ma è un condizionato culturale esterno che si evolve e cambia nel tempo (Vittorino, 1997).

Anche la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), propone un capitolo riguardo alle funzioni degli atteggiamenti, includendo tra essi valori e convinzioni. L'ICF persegue lo scopo di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. L'ICF è strutturato in domini, divisi in domini della salute e domini a essa correlati, descritti dal punto di vista corporeo, individuale e sociale in due elenchi principali: Funzioni e Strutture corporee e Attività e Partecipazione. Essendo una classificazione l'ICF raggruppa sistematicamente i diversi domini di una persona in una data condizione di salute (quello che una persona con una malattia o un disturbo fa o potrebbe fare). I diversi scopi dell'ICF, utilizzabile in diverse discipline possono essere così riassunti:

- Fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate,
- Stabilire un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui gli operatori sanitari, i ricercatori, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità,
- Rendere possibile il confronto fra dati raccolti in Paesi, discipline sanitarie, servizi e in periodi diversi,
- Fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.

Sono scopi interrelati fra loro, dal momento che le esigenze che sono alla base dell'ICF e le sue applicazioni richiedono la creazione o la disponibilità di un sistema significativo e pratico che possa essere usato da vari consumatori per una politica sanitaria, una garanzia di qualità e una valutazione dei risultati in culture diverse.

L'ICF può essere utilizzato:

- Come strumento statistico
- Come strumento di ricerca
- Come strumento clinico
- Come strumento di politica sociale
- Come strumento educativo.

L'ICF raggruppa i valori nel capitolo 4 dei **Fattori Ambientali**. Il capitolo riguarda gli atteggiamenti che sono le conseguenze osservabili di costumi, pratiche, ideologie, valori, norme, convinzioni razionali e religiose. Gli atteggiamenti influenzano il comportamento individuale e la vita sociale a tutti i livelli, dalle relazioni interpersonali e associazioni comunitarie alle strutture politiche, economiche e giuridiche; gli atteggiamenti individuali o della società nei riguardi dell'affidabilità e del valore di una persona possono ad esempio motivare pratiche positive, onorifiche o invece pratiche negative e discriminanti, come la stigmatizzazione, la stereotipizzazione e la marginalizzazione o abbandono della persona. Gli atteggiamenti classificati sono quelli delle persone esterne all'individuo a cui si riferisce la situazione. Non sono quelli dell'individuo stesso. I valori e le convinzioni non vengono codificati separatamente dagli atteggiamenti poiché sono ritenuti le forze stesse che li guidano.

e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta

Opinioni e convinzioni generali o specifiche dei componenti della famiglia ristretta rispetto a una persona o ad altri argomenti, come le questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni individuali.

e415 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia allargata

Opinioni e convinzioni generali o specifiche dei componenti della famiglia allargata rispetto a una persona o ad altri argomenti, come questioni sociali,

politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni individuali.

e420 Atteggiamenti individuali degli amici

Opinioni e convinzioni generali o specifiche degli amici rispetto a una persona o ad altri argomenti, come questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni individuali.

e425 Atteggiamenti individuali di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità

Opinioni e convinzioni generali o specifiche di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità rispetto a una persona o ad altri argomenti, come questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni individuali.

e430 Atteggiamenti individuali di persone in posizioni di autorità

Opinioni e convinzioni generali o specifiche di persone in posizioni di autorità rispetto a una persona o ad altri argomenti, come questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni individuali.

e435 Atteggiamenti individuali di persone in posizioni subordinate

Opinioni e convinzioni generali o specifiche di persone in posizioni subordinate rispetto a una persona o ad altri argomenti, come questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni individuali.

e440 Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza

Opinioni e convinzioni generali o specifiche di persone che forniscono aiuto o assistenza rispetto a una persona o ad altri argomenti, come questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni individuali.

e445 Atteggiamenti individuali di estranei

Opinioni e convinzioni generali o specifiche di estranei rispetto a una persona o ad altri argomenti, come questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni individuali.

e450 Atteggiamenti individuali di operatori sanitari

Opinioni e convinzioni generali o specifiche di operatori sanitari rispetto a una persona o ad altri argomenti, come questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni individuali.

e455 Atteggiamenti individuali di altri operatori

Opinioni e convinzioni generali o specifiche di altri operatori legati alla sanità o altri operatori rispetto a una persona o ad altri argomenti, come questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni dell'individuo.

e460 Atteggiamenti della società

Opinioni e convinzioni generali o specifiche diffuse proprie di persone di una cultura, società, gruppo sottoculturale o altro gruppo sociale riguardo ad altri individui o riguardo ad altre questioni sociali, politiche ed economiche, che influenzano il comportamento e le azioni dell'individuo.

e465 Norme sociali, costumi e ideologie

Costumi, pratiche, regole e sistemi astratti di valori e credenze normative, come ideologie, credenze normative del mondo e filosofie morali, che nascono all'interno di contesti sociali e che influenzano o creano pratiche e comportamenti individuali e della società, come le norme sociali del comportamento o il cerimoniale morale e religioso; la dottrina religiosa e le norme e le pratiche che ne derivano; le norme che regolano i rituali o gli incontri sociali.

e498 Atteggiamenti, altro specificato; e499 Atteggiamenti, non specificato (Erikson, 2008).

Secondo la classificazione ICF, tutti i contesti in cui i valori sono fondamento di scelte, credenze, norme e convinzioni, possono influenzare direttamente il comportamento e le azioni dell'individuo. Quindi il contesto valoriale ha una ripercussione diretta sulle persone, influenzando il benessere e il proprio stato di salute e anche a chi con lui li condivide.

IV Valori e Diagnosi infermieristiche

Gli infermieri utilizzano come linguaggio unico di professione, per descrivere e codificare le proprie conoscenze, la tassonomia NANDA *International*, Inc. (NANDA-I). La tassonomia delle diagnosi infermieristiche di NANDA-I e il processo diagnostico che utilizza questa tassonomia, servono per identificare le risposte umane ai problemi di salute e/o i processi vitali.

La tassonomia NANDA-I permette di classificare e standardizzare le aree di interesse infermieristico, è costituita da 244 diagnosi raggruppate in 13 domini e 47 classi. Per dominio si intende un ambito di conoscenze, gruppi che condividono caratteristiche comuni, come:

- Nutrizione;
- Eliminazione/Scambi;
- Attività/Riposo;
- *Coping*/Tolleranza allo stress.

Le diagnosi possono essere:

- **Focalizzate su un problema di salute attuale** (*problem-focused*), ovvero un giudizio clinico che descrive una risposta umana indesiderata rispetto alle condizioni di salute/processi vitali di una persona, *caregiver*, famiglia, gruppo o comunità.
- **Diagnosi di rischio**, un giudizio clinico che descrive la vulnerabilità di una persona, *caregiver*, famiglia, gruppo o comunità di sviluppare una risposta umana indesiderata rispetto alle condizioni di salute/processi vitali.
- **Diagnosi di promozione della salute**, un giudizio clinico che descrive la motivazione e il desiderio di accrescere il proprio benessere e di realizzare il proprio potenziale umano di salute. Queste risposte sono espresse dalla disponibilità a migliorare specifici comportamenti inerenti alla salute e di metterli in atto in ogni stato di salute. Risposte di promozione della salute possono esistere nella persona, *caregiver*, famiglia, gruppo o comunità.

Sono presenti nella tassonomia NANDA-I, anche se in numero limitato, **diagnosi a sindrome**, ovvero un giudizio clinico che descrive un gruppo di diagnosi infermieristiche individuate contemporaneamente e che trovano miglior risposta insieme e con interventi

simili, come la diagnosi **Sindrome del dolore cronico** (0025). Per dolore cronico si intende un dolore ricorrente o persistente da almeno tre mesi che influenza in modo significativo le attività giornaliere o il benessere. Questa diagnosi si differenzia dal dolore cronico in quanto in aggiunta al dolore ha un significativo impatto sulle altre risposte umane e quindi include altre diagnosi, quali: Modello di sonno disturbato (00198), Isolamento sociale (00053), *Fatigue* (00093) o Mobilità compromessa (00085).

L'infermiere decide la diagnosi infermieristica tramite il **processo di assistenza infermieristica** (o processo di *nursing*), che comprende in maniera circolare e consecutiva le fasi di:

- Valutazione iniziale/Accertamento;
- L'enunciazione della Diagnosi infermieristica;
- La pianificazione dei risultati e degli interventi (NOC e NIC);
- La gestione e attuazione degli interventi;
- La rivalutazione continua.

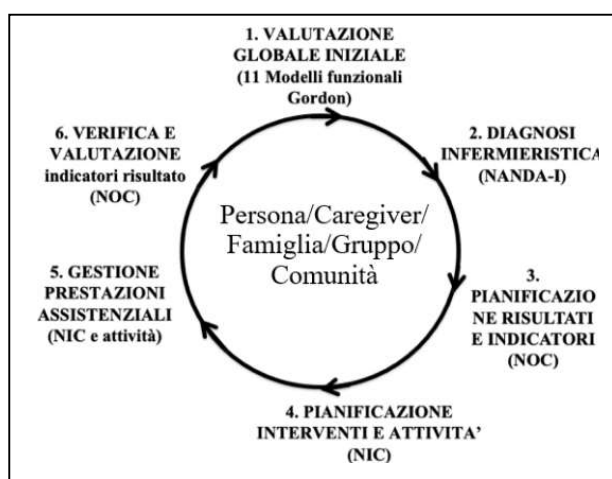


FIGURA 5 PROCESSO DI *NURSING* (DIAGNOSI INFERMIERISTICHE X ED. 2015-2017)

L'accertamento iniziale e il giudizio clinico sono fondamentali per la formulazione delle ipotesi o spiegazione riguardo a problemi attuali, potenziali, rischio e/o opportunità di promozione della salute. Tutte queste fasi richiedono la conoscenza dei concetti di scienza infermieristica per poter identificare un modello e i dati clinici o poter formulare una diagnosi accurata.

La valutazione iniziale comprende la raccolta delle informazioni soggettive e oggettive (come ad esempio i parametri vitali, l'intervista all'assistito/*caregiver*, l'esame fisico) e la revisione delle informazioni storiche presente nella documentazione clinica della persona. L'infermiere inoltre raccoglie le informazioni rispetto ai punti di forza, per avere l'opportunità di promozione della salute e ai rischi, ovvero le aree nelle quali l'infermiere può attuare interventi di prevenzione o ritardare l'insorgenza di problemi potenziali. La

valutazione si basa su una teoria infermieristica oppure su una standardizzata, come quella degli 11 modelli funzionali della salute di Marjory Gordon (Gordon, 2009). I modelli forniscono un modo per classificare un'ampia quantità di dati all'interno di un numero ragionevole di gruppi o categorie di dati.

Il ragionamento clinico è il principio fondante della diagnosi infermieristica ed è richiesto per distinguere i dati tra normali ed anormali, riconoscere i mancanti e i correlati, individuare incoerenza tra i dati e fare inferenze (Alfaro e Lefebvre, 2004). Il giudizio clinico è un'interpretazione o una conclusione rispetto ai bisogni o ai problemi di salute dell'assistito e/o alla decisione di agire (o non agire) (Tanner, 2006).

Attraverso la valutazione vengono evidenziati precocemente i problemi chiave, come ad esempio l'isolamento o l'alterazione dell'integrità cutanea e permettono all'infermiere di iniziare il processo diagnostico. Un infermiere con esperienza potrà indentificare gli indizi clinici rapidamente e passare immediatamente dalla valutazione dei dati alla diagnosi infermieristica.

La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante una risposta umana a condizioni di salute o processi vitali, o la vulnerabilità a tale risposta da parte di una persona, *caregiver*, famiglia, gruppo o comunità. La diagnosi infermieristica è composta da due parti: un descrittore o modificatore e il focus della diagnosi o concetto chiave della diagnosi. Esistono alcune eccezioni date da diagnosi nelle quali sono composte di una sola parola in quanto in queste il termine qualificativo e il focus sono integrati in un unico termine.

Gli infermieri diagnosticano i problemi di salute, le situazioni di rischio e la disponibilità di promuovere lo stato di salute. La priorità di una diagnosi dipende dal problema principale dell'assistito. In un assistito potrebbe essere più importante una diagnosi di rischio piuttosto che una di *focus* o di promozione. Questo è vero soprattutto quando i fattori di rischio correlati sono identificati durante la valutazione iniziale.

I titoli e le definizioni sulle diagnosi sono espressi chiaramente. Rimane tuttavia fondamentale che gli infermieri conoscano le definizioni delle diagnosi usate più comunemente. Inoltre, si devono conoscere gli indicatori diagnostici, ovvero i dati utilizzati per la diagnosi e per differenziare una diagnosi dalle altre. Gli indicatori diagnostici includono le caratteristiche definenti e i fattori correlati.

Le **caratteristiche definenti** sono i segni e sintomi, i segnali osservabili e inferenze che si raggruppano come manifestazioni di una diagnosi. La valutazione iniziale identifica la presenza di un numero di caratteristiche definenti e fornisce supporto all'accuratezza della diagnosi infermieristica. I **fattori correlati** sono una componente integrale di tutte le diagnosi focalizzate su un problema di salute attuale. Fattori correlati sono le eziologie, cause, circostanze, fatti o influenze che hanno qualche tipo di relazione con la diagnosi infermieristica. Spesso i fattori correlati sono identificati attraverso una revisione della storia dell'assistito. Quando possibile gli interventi infermieristici dovrebbero essere finalizzati a tali fattori eziologici al fine di rimuovere la causa della diagnosi infermieristica. I **fattori di rischio** sono influenze che aumentano la vulnerabilità di un individuo, *caregiver*, famiglia, gruppo o comunità rispetto ad un evento dannoso per la salute.

La diagnosi infermieristica non contiene necessariamente tutti i tipi di indicatori diagnostici. Le diagnosi focalizzate su un problema di salute attuale contengono fattori correlati e caratteristiche definenti. Le diagnosi di promozione della salute in genere contengono solo le caratteristiche definenti. Le diagnosi di rischio sono le uniche che contengono i fattori di rischio.

Pianificazione, gestione e attuazione. Una volta identificate le diagnosi viene stabilita la proprietà fra quelle selezionate, in modo che le cure possano essere dirette e risolvere i problemi o ridurre la severità o manifestazione del rischio. Le diagnosi infermieristiche vengono utilizzate per identificare i risultati attesi di salute e di conseguenza per pianificare gli interventi infermieristici specifici. Il risultato infermieristico deve comprendere un comportamento misurabile o una percezione dimostrata da un individuo, *caregiver*, famiglia, gruppo o comunità in risposta all'intervento infermieristico. Per i risultati viene utilizzata la *Nursing Outcome Classification* (NOC), un sistema correlato alle diagnosi infermieristiche. I risultati attesi sono un passo fondamentale prima di passare gli interventi. Il risultato deve essere chiaro per scegliere l'intervento.

L'intervento viene definito come: un qualunque trattamento basato su un giudizio clinico e un corpus di conoscenze, che un infermiere gestisce/attua per raggiungere i risultati per l'assistito (CNC, *Center for Nursing Classification*). Viene utilizzata la classificazione degli interventi infermieristici *Nursing Interventions Classification* (NIC), una

tassonomia globale degli interventi basata sulle evidenze scientifiche che gli infermieri attuano nei diversi ambiti assistenziali. Gli infermieri, utilizzando le conoscenze infermieristiche, gestiscono gli interventi sia in autonomia che in modalità interdisciplinari. Gli interventi si devono integrare con le cure di altri professionisti della salute.

Rivalutazione continua. La diagnosi infermieristica è la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere ha la responsabilità (Herdman, 2012). Anche se il processo di assistenza infermieristica è descritto a fasi, l'infermiere può procedere tra le fasi in maniera bidirezionale. L'infermiere potrà rivalutare una diagnosi e formularne una più accurata sulla base di nuovi dati emersi da un accertamento iniziale più approfondito, analogamente l'efficacia degli interventi e il raggiungimento dei risultati sono continuamente rivalutati in base allo stato di salute della persona assistita. La valutazione rimane quindi fondamentale per ciascuna tappa del processo infermieristico, così come a seguito dell'attuazione del piano assistenziale. La valutazione è necessaria in ciascun passaggio del processo infermieristico e nella conclusione dello stesso (Herdman, 2012).

Diagnosi di valori. Le diagnosi infermieristiche vengono quindi suddivise nei 13 domini che rappresentano olisticamente lo stato di salute e i bisogni di una persona. Nel corso delle varie edizioni, la tassonomia NANDA-I propone nei vari domini e classi, le diagnosi possibili per ogni tipo di problema potenziale o reale. Essendo quasi impossibile riuscire a comprendere tutti i problemi di salute possibile è inevitabile che alcune classi siano ancora attualmente sprovviste di diagnosi. Questa carenza risulta più comprensibile se si tiene conto della difficoltà di inquadramento di determinati temi. Formulare una diagnosi basata sul rischio di infezione (00004) o sulla Dentizione compromessa (00048) sarà relativamente semplice, grazie alla mole di informazioni e risultati *evidence based* disponibili in letteratura, rispetto a problemi recenti o di difficile individuazione. Attualmente è infatti priva di diagnosi la Classe 1 del Dominio 10: Valori. In questo capitolo tenteremo di formulare delle possibili diagnosi, con relativi NOC e NIC, tenendo conto di quelli che possono essere i problemi che insorgono in un conflitto di valori e di conseguente *moral distress*. A seguito della tesi, invieremo anche il lavoro per eventuale approvazione e conferma da parte del comitato NANDA-I. Le proposte di diagnosi

compilate in questa tesi, sono strutturate sulla base o comprendono parti di Diagnosi infermieristiche già presenti nella tassonomia NANDA-I, NOC e NIC.

Diagnosi reale

(-----) Aderenza al valore compromessa

Definizione: Crisi dovuta a conflitto morale che causa un blocco della consapevolezza in ambito deliberativo e precedente alle azioni.

Caratteristiche definenti

- ❖ Angoscia (per esempio senso di impotenza, ansia, paura) per la difficoltà di agire secondo i propri valori
- ❖ Difficoltà a aderire a valori prescritti
- ❖ Disagio emotivo per la separazione dai valori della propria comunità
- ❖ Mette in dubbio il proprio patrimonio valoriale
- ❖ Mette in dubbio i valori della propria comunità
- ❖ Mettere in dubbio le tradizioni e come il valore si adatterà al proprio stile di vita
- ❖ Incapacità di risolvere il conflitto di valori
- ❖ Ansia
- ❖ Insonnia
- ❖ Affaticamento
- ❖ Mettere in discussione l'identità
- ❖ Senso di colpa
- ❖ Accettazione inadeguata
- ❖ Strategie di *coping* inefficace

Fattori correlati

- ❖ Conflitto in relazione ad un evento e un valore
- ❖ Valori che sostengono una serie di azioni reciprocamente incoerenti
- ❖ Percepita minaccia al sistema di valori
- ❖ Processo decisionale etico orientato da informazioni contrastanti
- ❖ Incongruenze culturali
- ❖ Decisioni riguardanti la fine della vita
- ❖ Perdita dell'autonomia

- ❖ Decisioni relative ai trattamenti
- ❖ Convinzioni personali non chiare
- ❖ Valori personali non chiari
- ❖ Fonti di informazione divergenti
- ❖ Incapacità di esprimere in modo adeguato le percezioni sui propri valori
- ❖ Famiglia gerarchica tradizionale
- ❖ Nascita di un figlio
- ❖ Morte di una persona significativa
- ❖ Solitudine
- ❖ Perdita di una parte del corpo
- ❖ Perdita della funzione di una parte del corpo
- ❖ Evento della vita inattesa
- ❖ Alienazione sociale
- ❖ Autoalienazione
- ❖ Malattia
- ❖ Dolore
- ❖ Invecchiamento
- ❖ Crisi dell'ultima fase della vita
- ❖ Ansia
- ❖ Paura di morire
- ❖ Insicurezza
- ❖ Crisi personale
- ❖ Crisi spirituale
- ❖ Sofferenza

NOC

(----) *Moral distress* correlato a compromissione di valori

Definizione: Prolungata risposta non adattativa a un evento traumatico che causa conflitto di valori.

Risultati NOC per misurare la soluzione della diagnosi:

1309 Resilienza personale

2002 Benessere personale

1862 Gestione dello stress

(----) Aderenza ai propri riferimenti valoriali

1862 Gestione dello stress. Definizione: livello di comprensione manifestato sul processo di stress e le strategie per ridurre o adattarsi allo stress.

Misura del Risultato Attesa: Mantenere a _____ Aumentare a: _____

Misura globale del risultato	Nessuna conoscenza 1	Conoscenze limitate 2	Conoscenze moderate 3	Conoscenze sostanziali 4	Conoscenze esaustive 5	
186201 Fattori che causano lo stress	1	2	3	4	5	N/A
186202 Fattori che aumentano lo stress	1	2	3	4	5	N/A
186203 Reazione fisica allo stress	1	2	3	4	5	N/A
186204 Reazione mentale allo stress	1	2	3	4	5	N/A
186205 Reazione emotiva allo stress	1	2	3	4	5	N/A
186206 Comportamenti in risposta allo stress	1	2	3	4	5	N/A
186807 Reazione spirituale allo stress	1	2	3	4	5	N/A
186208 Ruolo dello stress alla malattia	1	2	3	4	5	N/A
186209 Benefici del controllo dello stress	1	2	3	4	5	N/A
186210 Terapia cognitiva	1	2	3	4	5	N/A
186211 Tecniche per proteggersi dallo stress	1	2	3	4	5	N/A
186212 Approcci con il <i>problem solving</i>	1	2	3	4	5	N/A
186213 Tecniche efficaci di meditazione	1	2	3	4	5	N/A
186214 Tecniche efficaci di rilassamento	1	2	3	4	5	N/A
186215 Tecniche efficaci di riduzione dello stress	1	2	3	4	5	N/A
186216 Tecniche efficaci di comunicazione	1	2	3	4	5	N/A
186217 Benefici di un periodo di sonno adeguato	1	2	3	4	5	N/A
186218 Benefici di una dieta sana	1	2	3	4	5	N/A
186219 Benefici di esercizio fisico regolare	1	2	3	4	5	N/A
186220 Benefici del massaggio	1	2	3	4	5	N/A
186221 Benefici della preghiera	1	2	3	4	5	N/A
186222 Benefici dell'ipnosi	1	2	3	4	5	N/A
186223 Benefici della musica	1	2	3	4	5	N/A
186224 Effetti/influenze sullo stile di vita	1	2	3	4	5	N/A

186225 Benefici di cambiamenti nello stile di vita	1	2	3	4	5	N/A
18226 Pensieri alternativi per sostituire i pensieri negativi e irrazionali	1	2	3	4	5	N/A
186227 Disponibilità di gruppi di sostegno	1	2	3	4	5	N/A
186228 Strategie per aumentare il supporto sociale	1	2	3	4	5	N/A

NIC

(----) Sovraccarico psicofisico da *moral distress*

Definizione: dilemmi morali e crisi valoriali che mettono in moto risposte fisiologiche e psicologiche.

Interventi NIC suggeriti per la soluzione della diagnosi infermieristica:

1460 Rilassamento muscolare progressivo

4500 Prevenzione dall'uso di sostanze

5230 Miglioramento del *coping*

5250 Sostegno al processo decisionale

5270 Sostegno emozionale

8340 Promozione della Resilienza

(----) Promozioni di spazi di consapevolezza

(----) Sostegno al discernimento etico

8340 Promozione della Resilienza. Definizione: aiuto a persone, famiglie e comunità per sviluppare, usare e rafforzare fattori di protezione di cui servirsi per far fronte ad agenti stressanti ambientali e sociali.

Attività:

- ❖ Facilitare la coesione familiare
- ❖ Aiutare i giovani ad acquisire abilità assertive
- ❖ Incoraggiare il sostegno della famiglia
- ❖ Aiutare i giovani nel gioco dei ruoli sulle capacità decisionali
- ❖ Aiutare i giovani a guardare alla famiglia come una risorsa per ottenere consigli e sostegno
- ❖ Aiutare i giovani a sviluppare la capacità di fare amicizia

- ❖ Fornire modelli di famiglia e comunità per un comportamento convenzionale
- ❖ Esortare la famiglia, la comunità a valorizzare i risultati
- ❖ Esortare la famiglia, la comunità a valorizzare la salute
- ❖ Aiutare i genitori a determinare le aspettative appropriate all'età in rapporto al proprio bambino
- ❖ Esortare i familiari e i giovani a presenziare a servizi e/o attività religiose se lo desiderano
- ❖ Incoraggiare il coinvolgimento dei giovani nelle attività di volontariato della comunità
- ❖ Aiutare i giovani, le famiglie, le comunità a guardare al futuro con ottimismo
- ❖ Incoraggiare la famiglia a fissare regole e relative conseguenze per il comportamento del bambino

Diagnosi di Rischio

(-----) **Rischio perdita o non aderenza ai propri valori.** Definizione: Suscettibilità alla compromissione delle capacità di esercitare la fiducia nelle proprie convinzioni che può compromettere la salute.

Caratteristiche definenti:

- ❖ Desiderio di ritornare ai precedenti modelli di convinzioni
- ❖ Desiderio di ritornare alle abitudini precedenti
- ❖ Difficoltà a aderire a convinzioni e valori prescritti
- ❖ Disagio emotivo per la separazione dalla propria comunità
- ❖ Mette in dubbio i modelli e valori tradizionali

Fattori correlati

- ❖ Invecchiamento
- ❖ Crisi dell'ultima fase della vita
- ❖ Malattia
- ❖ Dolore
- ❖ Ansia
- ❖ Paura di morire

- ❖ Strategie di *coping* inefficaci
- ❖ Insicurezza
- ❖ Crisi personale
- ❖ Barriere culturali
- ❖ Insufficiente integrazione sociale
- ❖ Insufficienti interazioni socioculturali
- ❖ Sofferenza

NOC

(----) **Rischio di sofferenza morale causata da conflitto, perdita o non aderenza ai propri valori**

Definizione: Rischio di compromissione di trovare o integrare le azioni ai propri valori nella vita.

Risultati NOC per misurare la soluzione della diagnosi:

2001 Salute spirituale. Definizione: relazione con sé stessi, con gli altri, con un essere superiore, con la vita intera, la nature e l'universo che trascende e rafforza il sé.

Misura del Risultato Attesa: Mantenere a _____ Aumentare a: _____

Misura globale del risultato	Estremamente compromessa 1	Sostanzialmente compromessa 2	Moderatamente compromessa 3	Leggermente compromessa 4	Non compromessa 5	
200101 Qualità della fede	1	2	3	4	5	N/A
200120 Qualità della speranza	1	2	3	4	5	N/A
200103 Significato e scopo della vita	1	2	3	4	5	N/A
200104 conseguimento di prospettive a livello spirituale	1	2	3	4	5	N/A
200105 Sentimenti di pace	1	2	3	4	5	N/A
200106 Capacità di amare	1	2	3	4	5	N/A
200107 Capacità di perdonare	1	2	3	4	5	N/A
200109 Capacità di pregare	1	2	3	4	5	N/A
200110 Capacità di venerare	1	2	3	4	5	N/A
200108 Esperienze spirituali	1	2	3	4	5	N/A

20122 Serenità spirituale	1	2	3	4	5	N/A
200111 Partecipazione a riti spirituali e riti di passaggio	1	2	3	4	5	N/A
20113 Partecipazione alla meditazione	1	2	3	4	5	N/A
20115 Partecipazione a letture spirituali	1	2	3	4	5	N/A
200112 Interazione con leader spirituali	1	2	3	4	5	N/A
200114 Stress	1	2	3	4	5	N/A
200119 Espressione attraverso l'arte	1	2	3	4	5	N/A
200120 Espressione attraverso la scrittura	1	2	3	4	5	N/A
200116 Connessione con il proprio se	1	2	3	4	5	N/A
200117 Connessione con gli altri	1	2	3	4	5	N/A
200121 Interazione consigli altri per condividere pensieri, sentimenti e convinzioni	1	2	3	4	5	N/A

NIC

(----) **Rischio di sofferenza morale causata da conflitto, perdita o non aderenza ai propri valori**

Definizione: Rischio di compromissione di trovare o integrare le azioni ai propri valori nella vita.

Interventi NIC suggeriti per la soluzione della diagnosi infermieristica:

1400 Gestione del dolore

4362 Sostegno nella modifica del comportamento: abilità sociali

4920 Ascolto attivo

5020 Mediazione in caso di conflitto

5210 Guida preventiva alle situazioni critiche

5230 Miglioramento del *coping*

5250 Sostegno nel processo decisionale

5260 Assistenza al morente

5270 Sostegno emozionale

5210 Guida preventiva alle situazioni critiche. Definizione: preparazione della persona assistita a una prevedibile crisi relativa allo sviluppo situazionale.

- ❖ Aiutare la persona ad indentificare una possibile imminente crisi relativa allo sviluppo e, o situazionale e gli effetti che questo può avere sulla vita e su quella familiare
- ❖ Insegnare qual è lo sviluppo normale e il relativo comportamento, se appropriato
- ❖ Aiutare la persona a decidere come il problema sarà risolto
- ❖ Servirsi di casi esemplari per migliorare le capacità di *problem solving*
- ❖ Aiutare la persona a adattarsi ai previsti cambiamenti di ruolo
- ❖ Suggestire alla persona libri e materiali in formato elettronico da leggere, se appropriato
- ❖ Programmare visite nei punti strategici dell'evoluzione dell'assistito/della situazioni
- ❖ Fissare ulteriori incontri per l'assistito che abbia difficoltà o preoccupazioni
- ❖ Determinare i metodi con cui la persona risolve abitualmente i problemi
- ❖ Fornire informazioni su aspettative realistiche attinenti al comportamento della persona
- ❖ Aiutare la persona a identificare le risorse e le opzioni disponibili per dar corso all'azione, se appropriato
- ❖ Rivedere insieme alla persona le tecniche che sono necessarie per far fronte all'imminente pietra miliare evolutiva o alla crisi situazionale se appropriato
- ❖ Assicurare alla persona pronti riferimenti (come materiale didattico) se appropriato
- ❖ Indirizzare la persona a servizi del territorio se appropriato
- ❖ Includere la famiglia e i compagni, quando possibile.
- ❖ Fornire all'assistito un numero telefonico da chiamare quando ha

bisogno di assistenza, se
necessario

Diagnosi di Promozione della salute

(-----) Disponibilità a migliorare l'aderenza ai propri valori.

Definizione: Modello di fiducia nelle proprie convinzioni e/o partecipazione a particolari valori che può essere rafforzato.

Caratteristiche definenti:

- ❖ Espresso desiderio di aumentare la partecipazione a esperienze sociali
- ❖ Espresso desiderio di rafforzare le convinzioni usate in passato
- ❖ Espresso desiderio di rafforzare le tradizioni usate in passato
- ❖ Espresso desiderio di accrescere la fiducia nei propri valori
- ❖ Espresso desiderio di accrescere la fiducia e discutere apertamente dei propri principi e valori
- ❖ Espresso desiderio di migliorare la capacità di gestire le proprie crisi di valori
- ❖ Espresso desiderio di migliorare la capacità di verbalizzare i propri valori senza sentirsi vincolato
- ❖ Espresso desiderio di migliorare la *privacy*

NOC

(----) Disponibilità a migliorare l'aderenza ai propri valori

Definizione: modello per sperimentare e integrare significato e scopo nella vita grazie a uno stretto rapporto con sé stessi, gli altri, la natura, un potere più grande di sé, la famiglia, la comunità, che è sufficiente per il benessere e che può essere rafforzato.

Risultati NOC per misurare le caratteristiche definenti:

1201 Speranza

1209 Motivazione

1302 *Coping*

1304 Elaborazione del lutto

1305 Adattamento psico sociale ai cambiamenti della vita

1307 Morire con dignità

1309 Resilienza personale

1310 Risoluzione del senso di colpa

1503 Coinvolgimento sociale

2000 Qualità della vita

2001 Benessere spirituale

2006 Benessere personale

2011 Stato di benessere psicospirituale

2012 Stato di benessere: socioculturale

2011 Stato di benessere psicospirituale. Definizione: benessere psicospirituale in relazione al concetto di sé, al benessere emotivo, alla fonte di ispirazione e al significato e allo scopo della propria vita.

Misura globale del risultato	Estremamente compromessa 1	Sostanzialmente compromessa 2	Moderatamente compromessa 3	Leggermente compromessa 4	Non compromessa 5	
INDICATORI						
201101 Benessere psicologico	1	2	3	4	5	N/A
201102 Fede	1	2	3	4	5	N/A
201103 Speranza	1	2	3	4	5	N/A
201104 Concetto di sé	1	2	3	4	5	N/A
201105 Immagine interiore di sé	1	2	3	4	5	N/A
201106 Calma e tranquillità	1	2	3	4	5	N/A
201107 Espressione di ottimismo	1	2	3	4	5	N/A
201108 Fissare gli obiettivi	1	2	3	4	5	N/A
201109 Significato e scopo della vita	1	2	3	4	5	N/A
201110 Soddisfazione spirituale	1	2	3	4	5	N/A
201111 Soddisfazione del sé interiore	1	2	3	4	5	N/A

Misura globale del risultato	Grave 1	Sostanziale 2	Moderato 3	Lieve 4	Non compromesso 5	
201112 Depressione	1	2	3	4	5	N/A
201113 Ansia	1	2	3	4	5	N/A
201114 Stress	1	2	3	4	5	N/A
201115 Paura	1	2	3	4	5	N/A
201116 Perdita della fede	1	2	3	4	5	N/A

201117 Senso di abbandono spirituale	1	2	3	4	5	N/A
201118 Pensieri suicidi						

NIC

(----) **Disponibilità a migliorare l'aderenza ai propri valori.**

Definizione: modello per sperimentare e integrare significato e scopo nella vita grazie a uno stretto rapporto con sé stessi, gli altri, la natura, un potere più grande di sé, la famiglia, la comunità, che è sufficiente per il benessere e che può essere rafforzato.

Interventi NIC suggeriti per la soluzione della diagnosi infermieristica:

4364 Elogio

4470 Assistenza nella modifica di sé

4480 Facilitazione dell'autoresponsabilità

4680 Biblioterapia

5280 Facilitazione del perdono

5370 Potenziamento del ruolo

5390 Potenziamento della consapevolezza di sé

5400 Miglioramento dell'autostima

5420 Sostegno spirituale

5424 Facilitazione della partecipazione ai riti religiosi

5426 Facilitazione della crescita spirituale

5960 Facilitazione della meditazione

8340 Promozione della resilienza

5426 Facilitazione della crescita spirituale. Definizione: facilitazione dello sviluppo delle capacità della persona di identificare e riferirsi a ciò che è fonte di significato, scopo, benessere, forza e speranza nella propria vita.

- ❖ Essere presenti e fornire conforto passando del tempo con l'assistito, con i suoi familiari e con le altre persone significa
- ❖ Incoraggiare una conversazione che aiuti l'assistito a risolvere le sue preoccupazioni spirituali

- ❖ Modellare capacità salutari nel sapersi rapportare con le altre persone e nel ragionare
- ❖ Offrire sostegno individuale o di un gruppo di preghiera, se appropriato
- ❖ Incoraggiare l'esame da parte dell'assistito del proprio impegno spirituale basato su principi e valori
- ❖ Aiutare l'assistito ad analizzare le sue convinzioni relative alla guarigione del corpo, della mente e dello spirito
- ❖ Indirizzare verso l'assistenza pastorale o a un assistente spirituale a seconda del problema
- ❖ Aiutare la persona nell'identificazione dei limiti e degli atteggiamenti che ostacolano la crescita o la conoscenza di sé
- ❖ Incoraggiare lo svolgimento di celebrazioni e riti di carattere spirituale
- ❖ Assicurare un ambiente che favorisca un atteggiamento meditativo/contemplativo necessario per la riflessione
- ❖ Indirizzare verso la partecipazione a gruppi di sostegno, a gruppi di auto-aiuto o ad altri programmi di natura spirituale, se appropriato
- ❖ Indirizzare verso una guida addizionale e sostegno nell'integrazione tra corpo, mente e spirito, se necessario

V Conclusioni

Sembra difficile da credere come i valori, che rappresentano una determinante fondamentale nella nostra vita e nelle nostre scelte, non siano ancora stati rappresentati all'interno delle diagnosi infermieristiche. Esistono già delle diagnosi, NOC e NIC che si potrebbero in parte o similmente applicare anche a problemi derivati dai valori, ma sono soluzioni che aggirano il problema. Riflettendoci, risulta comprensibile dove nasce la difficoltà. I valori rappresentano una sfera della vita difficile da inquadrare, compresa da una miriade di sfaccettature e caratteristiche. Possono comprendere dal più intimo dei desideri al più alto degli scopi, essere personali quanto condivisibili con la comunità o globalmente (il valore della vita umana), ma allo stesso tempo possono essere in conflitto sia interiormente che a livello sociale. Inquadrare questa varietà è stata una delle parti più complesse dell'elaborato.

Grazie alla collaborazione e a un lavoro interdisciplinare si è data una definizione piuttosto comprensiva che ha permesso di elaborare delle diagnosi, basandosi su modelli già presenti e convalidati nelle attuali NANDA-I, NOC e NIC.

L'ultimo passo, successivo a questa tesi, sarà di somministrare il lavoro a una valutazione da parte della commissione nazionale italiana delle diagnosi NANDA-I, per riuscire a colmare quel vuoto presente attualmente nel libero delle diagnosi infermieristiche e poter dare ai professionisti un ulteriore strumento per lavorare con efficacia ed efficienza.

VI Bibliografia

Alaro-Lefebvre R (2004). *Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking (4th ed.)*. St. Louis: Saunders Elsevier.

Bellantuono C, Nardi B, Mircoli G, Santone G (2009). *Manuale essenziale di psichiatria*. Il pensiero Scientifico, Roma.

Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC), University of Iowa College of Nursing.

Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (2008). Edizioni Erickson.

Clor T. (2001). *Development and evaluation of a moral distress scale*. *Journal of Advanced Nursing*.

Corley Mary (2002). *Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda*. *Nursing Ethics*.

Corley Mary, Ptlene Minick, RK Elswick and Mary Jacobs (2005). *Nurse moral distress and ethical work environment*, *Nursing Ethics*. Edward Arnold (Publishers) Ltd.

Corley Mary., Minick, P., Elswick, R. K., & Jacobs, M. (2005). *Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment*. *Nursing Ethics*.

Englewood Cliffs, Kelly, B. (1998). *Preserving moral integrity: a follow up study with new graduate nurses*. *Journal of Advanced Nursing*.

Elpern, E. H., Covert, B., Kleinpell, R. (2005). *Moral Distress Of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit*. *American Journal of Critical Care*.

Farrington, A. (1997). *Strategies for reducing stress and burnout in nursing*. *British Journal of Nursing*.

Gordon Marjory (2009). *Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni*. CEA-Casa Editrice Ambrosiana.

Greene Joshua D., Sommerville R. Brian, Nystrom Leigh E., Darley John M., Cohen Jonathan D. (2001). *An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment*.

Guerzoni G (2013). *I fondamenti della morale Cristiana*. Jaca Book. Milano

Hamric, A. B. (2000). *Moral Distress in Everyday Ethics*. *Nursing Outlook*.

Hamric, A. B., Blackhall, L. (2007). *Nurse-physician on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate*. *Critical Care Medicine*.

Hamric, A. B, Davis, W. S., Childress, M. D. (2006). *Moral distress in Health care professionals What is it and what can we do about it?* *The Pharos*.

Herdman, Ames, Wiley-Blackwell (2012-2014). *NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and classification*.

Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*.

Keller A. (2012). *Does the perception that stress affects health matter? The association with stress and morality*. *Health Psychology*.

Lazzari David (2016). *Bilancia il tuo stress*. Giunti editore.

Litz T. Brett, Nathan Stein, Eileen Delaney, Leslie Lebowitz, William P. Nash, Caroline Silva, Shira Maguen (2009). *Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clinical psychology review.*

Lutzen, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., Andersson, L. (2003). *Moral Stress: synthesis of a concept. Nursing Ethics.*

Maguen, Shira, Litz T. Brett (2012). *Moral injury in veterans of war. PTSD research quarterly.*

Molendijk Tine, Kramer Icon, Eric-Hans, Verweij Désirée (2008). *Moral Aspects of "Moral Injury": Analyzing Conceptualizations on the Role of Morality in Military Trauma. Journal of Military Ethics.*

Mortari L. (2006). *La pratica dell'aver cura.* Milano: Mondadori.

Nash, William P., Litz T. Brett (2013). *Moral injury: a mechanism for war related psychological trauma in military family members. Clinical child and family psychology review.*

Negrisola Adriana, Brugnaro Luca (2012). *Il moral distress nell'assistenza infermieristica.* Professioni Infermieristiche.

Orestano F (2015). *Prolegomeni alla scienza del bene e del male. Polyglotte Universelle.* Roma

Philippa R. Foot (1967). *The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect in Virtues and Vices, in Oxford Review, n. 5.*

Poliseno A (2006). *Valori e filosofia dei valori.* Armando. Roma

Rice, E. M., Rady, M. Y., Hamrick, A., Verheijde, J. L., Pendergast, D. K. (2008). *Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. Journal of Nursing Management.*

Russ T.C., Stamatakis E., Hamer M., Starr J.M., Kivimäki M., Batty G.D. (2012). *Association between psychological distress and morality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. British Medicine Journal.*

Santinello, M., Negrisolo A. (2009). *Quando ogni passione è spenta.* Milano Mc Graw-Hill.

Sartre Jean-Paul (1948). *Le mani sporche.* Paris, Éditions Gallimard.

Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., Henderson, A. (2008). *Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: a Literature Review. Nursing Ethics.*

Stokes Liz, J.D., M.A., R.N. (2017). *Healthy Nurse, Healthy Nation (HNHN).*

Sundin-Huard, D., Fahy K. (1999). *Moral Distress, advocacy and burnout: Theorising the relationship. International Journal of Nursing Practice.*

Tanner C.A. (2006). *Thinking like a Nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. Journal of Nursing Education.*

Thomson Judith Jarvis (1976). *Killing, Letting Die, and the Trolley Problem. The Monist.*

Warburton David, Vittorino Andreoli (1997). *Malattie: senso di colpa provoca ulcera e danni cerebrali.* Archivio AdnSalute.

Windelband W (1947). *Preludi, saggi e discorsi d'introduzione alla filosofia.* Bompiani. Milano.

Ringraziamenti

Ricordo ancora la giornata di sole in cui incontrai Maurizio a spasso con il suo fidato Rudy per le vie del centro. Sembrava uno dei nostri incontri come tanti. In quel giorno, parlando del più e del meno mi suggerì di cominciare il percorso di studi in Infermieristica per risolvere i miei problemi personali. La responsabilità quindi di questo scritto, di tutto il mio percorso e delle mie future azioni ricade in buona parte sulle sue spalle ed era giusto terminare il mio percorso, similmente a come è cominciato, sotto suo consiglio e attenzioni. Quindi questa tesi è in gran parte dedicata a Lui (e a Rudy), come ringraziamento, nella speranza che sia l'inizio di un percorso ricco e di valore.

Ringrazio sinceramente anche gli altri Tutor per avermi accompagnato, istruito e formato, con rigore, ma sempre con quella nota di irriverenza e affetto che traspare dai loro comportamenti. Il mio grazie va inoltre ai tutor che non hanno potuto partecipare a questa chiusura del triennio.

Un grande grazie va inoltre rivolto a tutti i miei compagni di corso, che sono stati fondamentale sostegno e gradita compagnia. Persone quasi tutte molto più giovani di me, ma di grande maturità, con cui ho condiviso momenti che mi accompagneranno per sempre nel mio futuro. Vorrei inserire i nomi di tutti, sono stati tutti importanti, ma voglio citare a Erika, Marina, Oksana, Alessandra e Annamaria, per motivi che loro già conoscono.

Un enorme grazie va a tutta la mia famiglia e mia figlia Gemma, colonne importanti della mia vita, terreno stabile che mi permette di stare in piedi e non crollare, e ai miei cari che in questo periodo se ne sono andati, senza poter vedere la conclusione del percorso.

Infine, la persona più importante che mi ha supportato, sopportato e seguito in tutto questo percorso, è la mia motivazione a continuare e a migliorarmi costantemente per essere la persona che vorrei essere per Lei, mia moglie Mary. Grazie.

Luca.