



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Le Medical Humanities: strumento per ampliare i propri orizzonti e le proprie conoscenze nella costruzione di una relazione di aiuto efficace

Relatore: Dott.ssa
Tiziana Benedetti

Tesi di Laurea di:
Sara Bacchiani

Correlatore: Inf.
Monica Bacchiani

A.A. 2019/2020

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
1.1. <i>Le Medical Humanities e la medicina partecipativa</i>	<i>5</i>
2. OBIETTIVI E QUESITI DI RICERCA.....	6
2.1. <i>Gli obiettivi.....</i>	<i>6</i>
2.2. <i>Quesiti di ricerca.....</i>	<i>6</i>
3. MATERIALI E METODI.....	7
3.1. <i>Disegno di ricerca</i>	<i>7</i>
3.2. <i>Popolazione</i>	<i>7</i>
3.3. <i>Campione e campionamento</i>	<i>7</i>
3.4. <i>Setting.....</i>	<i>8</i>
3.5. <i>Strumenti.....</i>	<i>8</i>
3.6. <i>Periodo di analisi e autorizzazione aziendale</i>	<i>9</i>
4. RISULTATI.....	11
4.1. <i>Risultati campione utenti.....</i>	<i>11</i>
4.1.1. <i>Descrizione del campione</i>	<i>11</i>
4.1.2. <i>Analisi del questionario</i>	<i>12</i>
4.2. <i>Risultati campione infermieri.....</i>	<i>36</i>
4.2.1. <i>Descrizione del campione</i>	<i>36</i>
4.2.2. <i>Analisi del questionario</i>	<i>39</i>
5. DISCUSSIONE.....	56
5.1. <i>Campione utenti.....</i>	<i>56</i>
5.2. <i>Campione infermieri.....</i>	<i>56</i>
5.3. <i>Analisi generalizzata basata sui quesiti di ricerca.....</i>	<i>57</i>
6. CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA.....	64

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	66
8. ALLEGATI.....	I
8.1. Allegato 1: questionario utenti.....	I
8.2. Allegato 2: questionario infermieri.....	V

1. INTRODUZIONE

“La medicina non è una scienza assimilabile ad altre scienze, perché il suo oggetto è un soggetto: l'uomo” Cosmacini G. 2008

“La medicina dei nostri giorni è caratterizzata da una “situazione di crisi” dovuta ad una serie di fattori che ne hanno ampliato enormemente le possibilità, ma allo stesso tempo aumentato di molto la complessità” (pag.16). È così che Bonadonna G. introduce il suo articolo *“La dimensione etica nella pratica di cura”* (2017), in cui presenta alcuni elementi causa di tale complessità: l'enorme sviluppo della tecnologia medica, il passaggio da una medicina dei bisogni ad una medicina dei desideri, la diffusione della comunicazione di massa, la burocratizzazione delle strutture sanitarie. Tali elementi sembrano essere in contraddizione con il concetto di etica in medicina.

Cosmacini G. e Rugarli C. nel loro libro *“Introduzione alla Medicina”* (2007) dicono: “la medicina si esercita in un mondo dove salute e malattia, nascita e morte, invecchiamento e sopravvivenza richiedono al medico risorse non soltanto scientifiche, tecniche, ma anche antropologiche, umane”

Noi studenti, terminata la scuola superiore, iniziamo un percorso universitario in Infermieristica e veniamo inseriti in un nuovo mondo, pieno di sfide, che nel corso dei tre anni diventa, però, sempre più familiare. Costantemente l'infermiere, così come il medico e il professionista sanitario in generale, si trova ad avere a che fare con le persone, con le loro emozioni, i loro sentimenti, in una condizione, il più delle volte, di fragilità.

L'assistenza si sta sempre più orientando verso il modello di *primary nursing*, con un aumento dell'importanza della relazione di un singolo infermiere con l'assistito così da creare e sviluppare un progetto basato sui bisogni della persona e quindi un'assistenza che sia sempre più personalizzata.

È in questo momento che è doveroso chiedersi, se e come, un professionista deve essere formato alla relazione con la persona assistita, quali strumenti devono essergli forniti e quali nozioni devono essere apprese al fine di costruire una relazione che possa costituire un vero aiuto per la persona.

Trabucco G. (2017) definisce la relazione d'aiuto "il rapporto, verbale e non verbale che, in un clima di fiducia, s'instaura tra operatore sanitario e utente in momenti particolarmente critici, il cui scopo è favorire nel malato lo sviluppo di risorse psicologiche strutturali, emozionali, cognitive e comportamentali che gli offrano una probabilità in più di fronteggiare il disagio che sta vivendo".

Possiamo allora esaminare tre strumenti di relazione: simpatia, empatia e compassione. Comparando i risultati di diversi studi (Soto-Rubio, Sinclair, 2018; Sinclair et al. 2017) la *simpatia* è definita come una risposta ad una situazione di stress, basata sulla pietà, caratterizzata dalla mancanza di comprensione nella relazione e di auto preservazione dell'osservatore. I soggetti in studio dichiarano che un comportamento simpatico da parte dell'infermiere li fa sentire demoralizzati, depressi e non desiderosi di questo tipo di atteggiamento. Emerge anche, che il comportamento simpatico è, tra le tre, la risposta più facile da dare alla persona assistita.

In contrapposizione *l'empatia* viene definita come "risposta affettiva che riconosce e tenta di comprendere la sofferenza di un individuo attraverso la risonanza emotiva" (Sinclair et al. 2017, pag. 443) e la *compassione* è presentata come "risposta virtuosa che cerca di indirizzare la sofferenza e il bisogno di una persona attraverso la comprensione e l'azione relazionale" (Sinclair et al. 2017, pag. 444). I pazienti descrivono la compassione come un amore non condizionato, indipendente dal comportamento della persona, disinteressato e che non è contingente alla risposta del proprio stato emozionale durante l'incontro clinico e la definiscono come il miglior approccio che può avere l'infermiere con la persona assistita.

Nella definizione di compassione entrano però diversi atteggiamenti e caratteristiche, non necessariamente innate nel professionista; pertanto allo scopo di garantire un comportamento adeguato egli deve crescere nel percorso di studi e nella formazione alla relazione.

Ecco quindi che entrano in gioco le *Medical Humanities* come un "terreno multidisciplinare in cui i concetti, contenuti e metodi dell'arte, della storia e della

letteratura vengono utilizzati per indagare sull'esperienza della malattia e per comprendere l'identità professionale di coloro che forniscono assistenza sanitaria" (Ong, Anantham, 2019, pag. 233)

Il medico e narratologa Rita Charon (come citato in Bernegger, Castiglioni, Garrino, 2014) spiega che non è da confondere l'interesse per le scienze umane o per l'empatia con l'imparare ad essere, o il cercare di essere, più gentili. Non è una questione di buone maniere, ma qualcosa di molto più complesso.

Ancora Rita Charon (come citato in Bernegger, Castiglioni, Garrino, 2014) ci propone le Medical Humanities come strumento utile non solo per instaurare relazioni di aiuto ma anche per imparare a lavorare bene in équipe, con i colleghi con cui condividiamo la maggior parte del nostro tempo. La lettura e la scrittura, ad esempio, portano ad un contatto più in profondità, al di sotto della soglia in cui gli individui si separano in medici ed infermieri, per raggiungere un piano di parità.

Nell'articolo "*Humanism, compassion and the call to caring*" (Gaufberg, Hodges, 2016) leggiamo "[...] la medicina come una ricerca umanistica è spesso in contrasto con la medicina come business [...]. c'è un urgente bisogno di salvaguardare nozioni riguardanti umanità, cura, compassione e giustizia" (pag.264)

"*Humanism*" va oltre la comprensione di come essere empatici e di come imparare ad apprezzare un'altra prospettiva, ma comporta anche il riconoscimento e la capacità di navigare le tensioni tra valori (empatia e obiettività, efficienza e qualità, assistenza sanitaria standardizzata e individualizzata, ad esempio) e di comprendere in che modo potere e privilegio influenzano l'assistenza sanitaria e le interazioni di apprendimento.

Sicuramente, tra le *Medical Humanities*, degna di nota è la medicina partecipativa. Come ci spiega Casati S. (2017), "[...] l'operatore sanitario non solo non è più solo, ma non può più tessere il processo decisionale da solo: anzi deve attrezzarsi per garantire e supportare uno spazio di scelta, che si rivelerà spazio di salute [...]. Proprio qui, l'operatore scopre l'altro necessario per compiere ed agire con eccellenza la propria professione e proprio in questo si intravede quel salto quantico che è la nostra sfida attuale, per tutti, cittadini, professionisti, istituzioni: il "con", non più solo interlocutori ma partner" (pag.19)

Il soggetto sofferente si rivela quindi insostituibile mediatore nel percorso di cura. È un soggetto partecipante e partecipativo, è parte attiva e motore per la buona riuscita del processo terapeutico.

Senza valori, umanità ed etica, la pratica della medicina rimarrà amorale, senza sentimenti e utilitaristica. Le *Medical Humanities* hanno il potenziale di migliorare la cura della persona, sviluppare l'identità professionale e riconnettere i professionisti con il vero significato di assistenza personalizzata.

Facendo riferimento all'attuale emergenza causata dal virus Sars-Cov2, sentendo pareri di infermieri e medici e leggendo articoli scritti da coloro che lavorano in prima linea, si può notare quanto tutta la dimensione relazionale non possa essere tralasciata e occupi, anzi, un aspetto centrale. I professionisti si trovano a dover affrontare uno stato di grande stress in cui sono coinvolti in prima persona, nella paura di ammalarsi loro stessi o contagiare i propri cari. Si trovano inoltre a dover essere un aiuto per tutte quelle persone che sono ricoverate e lottano quotidianamente senza poter avere alcun parente accanto. In una situazione così drammatica in cui le sconfitte sembrano essere maggiori delle vittorie, come possono i professionisti sanitari avere la forza di andare al lavoro tutti i giorni facendo del proprio meglio?

È fondamentale quindi che i professionisti siano formati a riconoscere e gestire le emotività, per se stessi e per le persone che a loro si affidano, soprattutto in specifici e particolari momenti. Per questo è necessaria una integrazione al core curriculum dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, con la finalità di preparare gli studenti/futuri infermieri ad operare in un ambiente assistenziale sempre più complesso.

1.1. Le *Medical Humanities* e la medicina partecipativa

Servendosi delle parole di Sandro Spinsanti “chi in italiano fa ricorso ad un termine straniero ha l’obbligo morale di addurre prove che lo stesso concetto non potrebbe essere espresso nella nostra lingua. L’espressione *Medical Humanities* non fa eccezione alla regola. La ragione determinante per preferirlo è presto detta: non esiste in italiano un’espressione che ricopra lo stesso ambito semantico.”

Anche il Consiglio Superiore di Sanità riporta: “con l’espressione *Medical Humanities* – intraducibile in modo sintetico in italiano – si intende l’intero panorama dei problemi antropologici inerenti la salute e la cura, problemi che non possono essere affrontati e risolti solo con gli strumenti e la metodologia propri della biomedicina, ma anche con il contributo delle discipline umanistiche”.

Le *Medical Humanities* hanno origine nelle facoltà mediche statunitensi alla metà del XX secolo e si propongono come un terreno multidisciplinare che comprende le arti umanistiche (letteratura, filosofia morale, storia, etica e religione), le scienze sociali (antropologia, psicologia e sociologia) e le arti (narrativa, teatro, cinema).

La medicina partecipativa è una disciplina appartenente alle *Medical Humanities* che si presenta come quanto di più attuale nell’era dell’*empowerment* del cittadino. Di questi tempi infatti, come ribadisce Spinsanti, “il buon paziente non è più quello che non fa domande: al contrario, non smette di far domande finché non si è creato quel quadro della situazione clinica che gli permette di decidere insieme al medico”. Osserviamo infatti un cambiamento nei rapporti tra le persone coinvolte in una relazione sanitaria, che ha luogo su diversi piani e ciò implica “un’articolazione inedita della “*humanitas*”, estranea alla cultura pre-moderna ma essenziale per il cittadino che vuole essere coinvolto nelle decisioni sul proprio corpo e, più in generale, sulla sua salute”¹.

¹ Spinsanti, S. (2016). “Humanities” per essere medici (e non ingegneri di organi malati...); *La professione medicina, scienza, etica e società*; FNOMCEO, 23-38

2. OBIETTIVI E QUESITI DI RICERCA

Lo scopo di questo studio è quello di indagare la formazione dell'infermiere sul tema della relazione di aiuto tra assistito e infermiere, con particolare riguardo alle *Medical Humanities*.

2.1. Gli obiettivi

Gli obiettivi specifici di questo studio sono:

- Conoscere la formazione dell'infermiere in merito alle *Medical Humanities*, medicina partecipativa e in generale alla relazione
- Conoscere l'opinione della popolazione sulla relazione infermiere-assistito
- Proporre l'implementazione delle *Medical Humanities* nella formazione infermieristica di base, come strumento per ampliare le proprie competenze relazionali

2.2. Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca formulati sono i seguenti:

- Qual è l'importanza attribuita dalla popolazione alla relazione con l'infermiere come mezzo di cura?
- Quali fattori influiscono sull'importanza attribuita all'infermiere?
- Quali sono le caratteristiche fondamentali di cui deve essere in possesso l'infermiere secondo gli utenti?
- Gli infermieri reputano la relazione tra infermiere e utente parte integrante del processo di cura?
- Quanto gli infermieri ritengono importante la partecipazione dell'utente al piano di cura?
- Gli infermieri si reputano sufficientemente formati alla relazione?
- Quali sono i mezzi utilizzati per formare gli infermieri?
- Gli infermieri conoscono le *Medical Humanities* e la medicina partecipativa?
- È necessario implementare la formazione dell'infermiere?
- Le *Medical Humanities* possono essere uno strumento per implementare la formazione dell'infermiere?

3. MATERIALI E METODI

3.1. Disegno di ricerca

Si tratta di uno studio osservazionale descrittivo trasversale attraverso il quale si vogliono ricavare informazioni riguardanti la relazione tra l'infermiere e la persona assistita. Lo studio è incentrato sulle *Medical Humanities*, con il fine di comprendere quanto esse siano conosciute dagli infermieri e quanto possano essere utili come strumento di formazione per ampliare le competenze dei professionisti sanitari.

3.2. Popolazione

Lo studio esamina due tipologie di campione: la popolazione a cui si riferisce il primo campione è quella di persone con diversa età, genere e titolo di studio che hanno già usufruito, o potrebbero in futuro farlo, dei servizi ospedalieri. Per questo motivo, il campione prenderà il nome di "campione utenti".

La popolazione a cui si riferisce il secondo campione è quella degli infermieri che lavorano nelle Unità Operative cliniche dell'ospedale San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano, dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord. Questo campione prenderà il nome di "campione infermieri".

3.3. Campione e campionamento

Sono stati utilizzati due campioni differenti.

Il primo campione di utenti è composto da persone di varie età, genere e titolo di studio, arruolato utilizzando la rete amicale/parentale del ricercatore e contattato tramite il social network Whatsapp, inviando il link relativo al questionario.

Al secondo campione, composto esclusivamente da infermieri dell'ospedale San Salvatore di Pesaro di differenti Unità Operative, è stato consegnato il questionario sul luogo di lavoro dei professionisti.

Dallo studio sono state escluse le unità operative appartenenti al DEA (Dipartimento di emergenza e accettazione), cioè: Pronto Soccorso, Rianimazione, UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica), POTES (Postazione Territoriale dell'Emergenza Sanitaria), Medicina d'Urgenza. Sono stati inoltre esclusi i coordinatori infermieristici e gli infermieri che, nel periodo di somministrazione del questionario non erano in servizio per ferie, malattia, infortunio, congedo.

Il campionamento scelto, in entrambi i casi è di convenienza.

3.4. Setting

Al campione di utenti è stato somministrato un questionario online utilizzando la piattaforma google moduli. Gli infermieri che hanno risposto al questionario appartengono alle seguenti Unità Operative: blocco operatorio, chirurgia, ematologia, gastroenterologia, malattie infettive, medicina, nefrologia e dialisi, neurologia, oncologia, ostetricia, polo endoscopico, urologia.

3.5. Strumenti

Ai fini dello studio è stato deciso di redigere due differenti questionari: il primo, online (allegato 1), creato sulla piattaforma google moduli, è reperibile al link <https://docs.google.com/forms/d/1P0Mhopk3N3hM2VchbWyRCK2mTs1b7NfAHXqoxPraCnk/edit>.

Il secondo, in forma cartacea (allegato 2), è stato consegnato agli infermieri attraverso i coordinatori delle Unità Operative Cliniche presenti nell'Ospedale San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano, dopo la riorganizzazione dovuta al COVID-19.

Il primo questionario, sottoposto al campione utenti, è stato somministrato utilizzando il formato online. La prima parte è costituita da 3 domande e raccoglie informazioni di tipo anagrafico, la seconda parte invece è costituita da 20 domande di cui 11 indirizzate a tutti i compilatori e le restanti 9 dedicate unicamente a chi ha avuto esperienza di ricovero in ospedale. Le domande si concentrano principalmente su 3 campi di interesse:

- sensibilità e comprensione
- rispetto e cordialità
- partecipazione al piano di cura

Il secondo questionario, sottoposto al campione di infermieri, è stato somministrato utilizzando il formato cartaceo. Anche in questo caso possiamo ritrovare una prima parte dedicata ai dati anagrafici, composta di 5 domande e una seconda parte, composta da 15 domande, che ricerca dati riguardanti:

- il percorso formativo degli infermieri
- l'importanza attribuita ad un piano di cura condiviso con l'utente

- il parere del professionista per quello che riguarda la formazione di base dell'infermiere.

Per entrambi i questionari è stata utilizzata la scala Likert, cioè una scala di valutazione costituita da una serie di opzioni di risposta, riguardanti una varietà di opinioni su un argomento. Ogni compilatore può rispondere alla domanda attribuendo un punteggio da 1 a 5 a seconda del grado di accordo con l'affermazione espressa nel testo. I valori numerici corrispondono ai seguenti giudizi:

- 1- Fortemente in disaccordo
- 2- In disaccordo
- 3- Né in accordo né in disaccordo
- 4- D'accordo
- 5- Fortemente d'accordo

3.6. Periodo di analisi e autorizzazione aziendale

Per poter svolgere l'indagine è stata chiesta l'autorizzazione alla somministrazione dei questionari alla direzione sanitaria AORMN e alla UOC delle Professioni Sanitarie IOTR dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".

Una volta ottenuta l'autorizzazione delle figure competenti si è proceduto all'incontro con i coordinatori infermieristici delle Unità Operative interessate per spiegare loro modalità e tempi di compilazione.

I questionari sono stati redatti con la collaborazione di relatore e correlatore della presente tesi.

In ogni questionario è stata riportata una breve introduzione con illustrati gli obiettivi dello studio, le modalità con cui si sarebbero raccolti i dati ed è stato comunicato il rispetto delle norme di Buona Pratica Clinica ed Etica della Ricerca (Decreto Ministero della Salute 14/07/1997), nonché quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti, secondo quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali (Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101).

La compilazione del questionario somministrato agli utenti è avvenuta nel periodo: 11 Maggio 2020 – 14 Luglio 2020. La compilazione di quello somministrato agli infermieri è avvenuta nel periodo 15 Luglio 2020 – 11 Settembre 2020.

3.7. Metodi di analisi statistica

Per la raccolta delle risposte e successiva analisi dei dati di entrambi i questionari è stato utilizzato il programma Microsoft Excel per Mac versione 16.40. Pur esistendo un codice che collega la scheda cartacea alla corrispondente riga del rispettivo foglio Excel, tutti i dati venivano raccolti nel massimo anonimato e nel pieno rispetto della legge italiana sulla privacy.

Per l'analisi statistica dei dati è stato utilizzato il test del chi quadrato al fine di verificare se le frequenze osservate si adattano alle frequenze teoriche di una distribuzione di probabilità prefissata. Anche in questo caso è stato utilizzato Excel per calcolare le frequenze attese e svolgere il test, calcolando il p value corrispettivo.

4. RISULTATI

4.1. Risultati campione utenti

4.1.1. Descrizione del campione

Hanno risposto al questionario 300 persone, di seguito verranno analizzati i dati anagrafici raccolti.

1. Genere

Dei 300 intervistati 101 sono uomini (33,67%) e 199 sono donne (66,33%).

2. Età

L'età degli intervistati va dai 14 agli 80 anni, con una media di 44,74. Per comodità, sono state create delle fasce di età, riportate nel grafico 1.

Fasce di età	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Da 10 a 19	13	4,33
Da 20 a 29	56	18,67
Da 30 a 39	21	7,00
Da 40 a 49	60	20,00
Da 50 a 59	115	38,33
Da 60 a 69	23	7,67
Da 70 a 79	11	3,67
Oltre 80	1	0,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 1

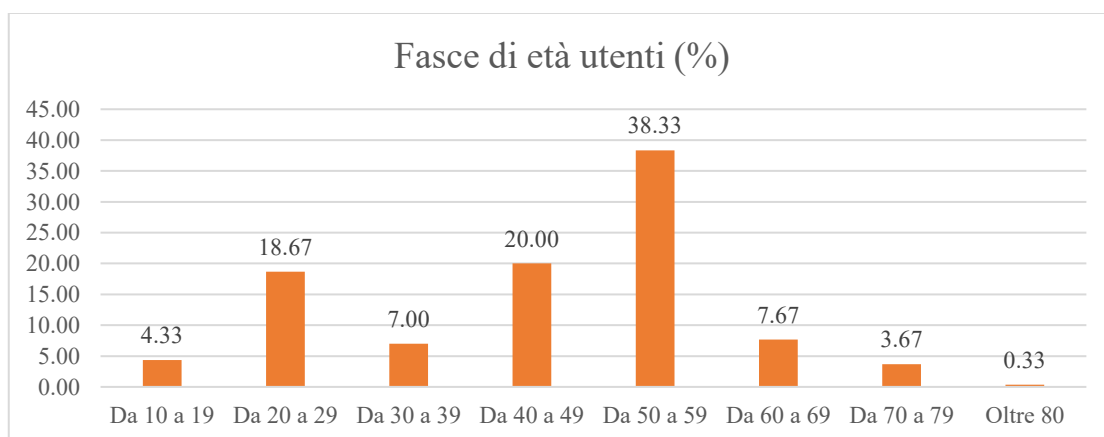


Grafico 1

3. Titolo di studio

Titolo di studio	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Scuola elementare	3	1,00
Diploma di scuola superiore di I grado	30	10,00
Diploma di scuola superiore di II grado	142	47,33
Laurea di I livello	41	13,67
Laurea di II livello	81	27,00
Dottorato	3	1,00
Totale complessivo	300	100

Tabella 2

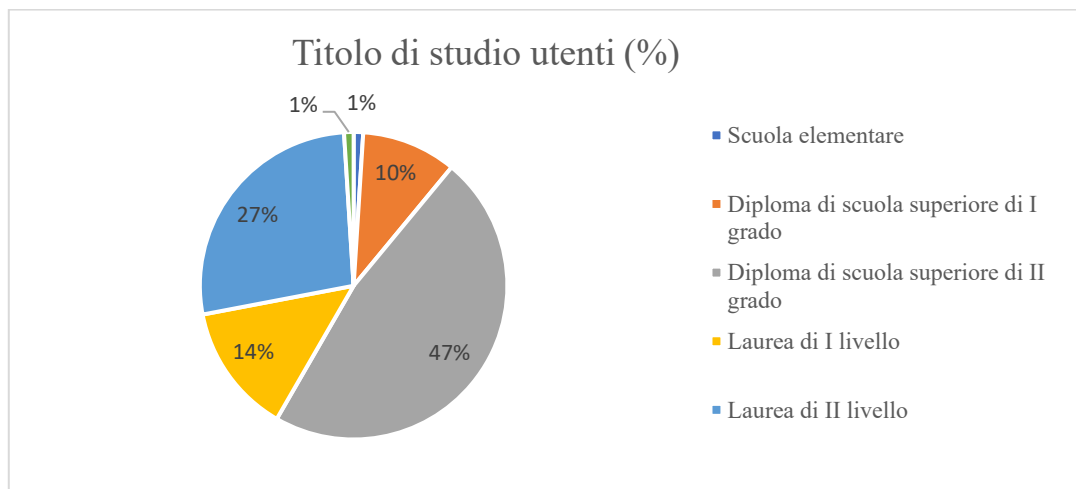


Grafico 2

Il titolo di studio del 47,33% degli intervistati è il diploma di scuola superiore di II grado, seguito da laurea di II livello, laurea di I livello, diploma di scuola superiore di I grado, dottorato e scuola elementare.

4.1.2. Analisi del questionario

Di seguito sono analizzati i risultati dello studio, suddivisi secondo le domande.

1. È importante avere un punto di riferimento a cui affidarsi durante la malattia

Risposte domanda 1	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Né in accordo né in disaccordo	4	1,33
D'accordo	38	12,67
Fortemente d'accordo	258	86,00
Totale complessivo	300	100

Tabella 3

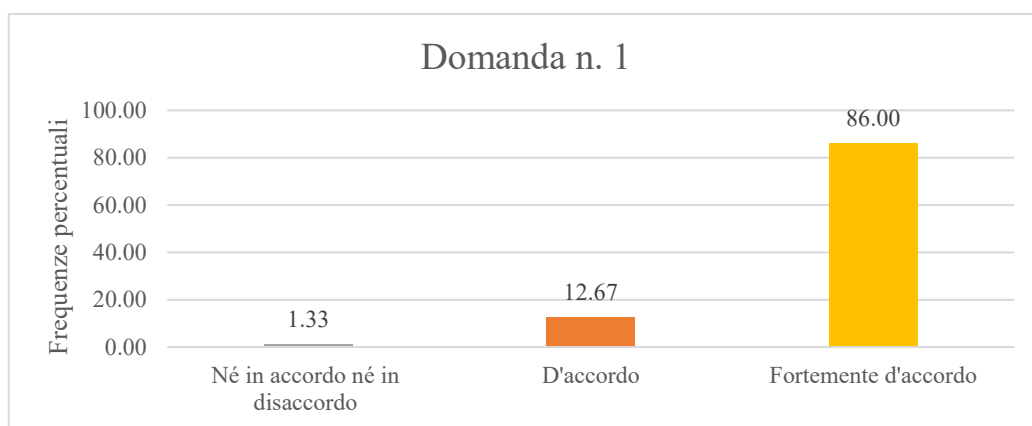


Grafico 3

Alla domanda n. 1, l'86% degli intervistati ha risposto "fortemente d'accordo", dichiarando che è importante avere un punto di riferimento a cui affidarsi durante la malattia. Nessuna persona ha risposto "fortemente in disaccordo" o "in disaccordo".

2. L'infermiere è una figura importante, una guida nella fase di accettazione e nel processo di guarigione dalla malattia

Risposte domanda 2	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
In disaccordo	2	0,67
Né in accordo né in disaccordo	28	9,33
D'accordo	78	26,00
Fortemente d'accordo	192	64,00
Totale complessivo	300	100

Tabella 4

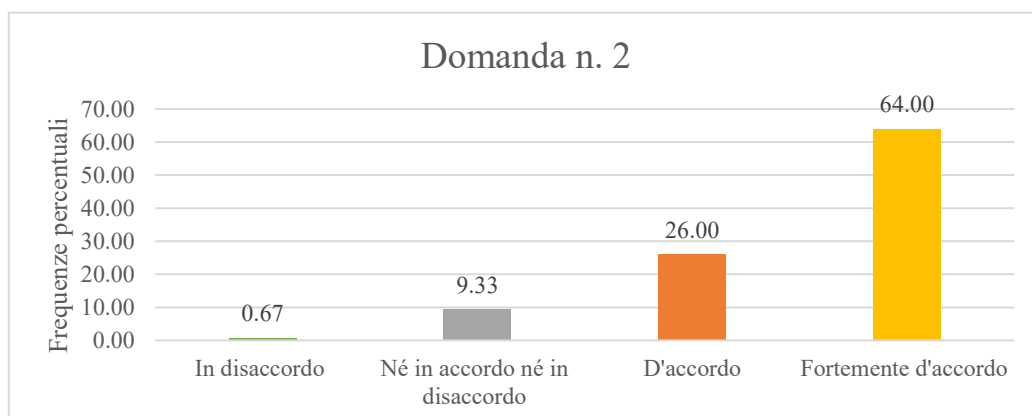


Grafico 4

Alla domanda n. 2, il 90% degli intervistati ha risposto “d’accordo” o “fortemente d’accordo”, dichiarando che l’infermiere è una figura importante, una guida nella fase di accettazione e nel processo di guarigione dalla malattia.

3. Non reputo importante che l’infermiere conosca il mio vissuto, la mia esperienza con la malattia, i miei desideri.

Risposte domanda 3	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	125	41,67
In disaccordo	89	29,67
Né in accordo né in disaccordo	67	22,33
D'accordo	11	3,67
Fortemente d'accordo	8	2,67
Totale complessivo	300	100

Tabella 5

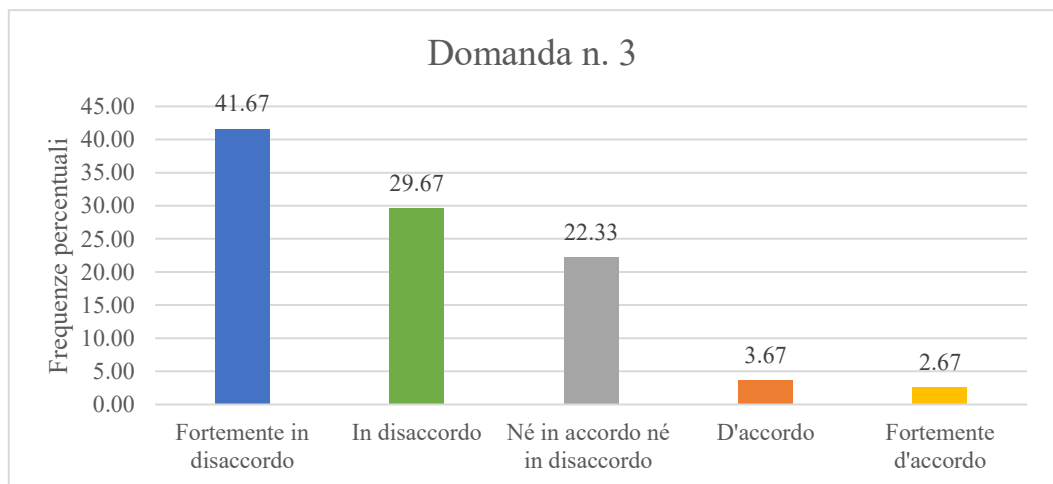


Grafico 5

Alla domanda n. 3 possiamo notare più eterogeneità tra le risposte, con il 22,33% di “né in accordo né in disaccordo”.

4. Non reputo importante che l’infermiere sia in grado di percepire e capire i miei sentimenti, le mie emozioni e paure.

Risposte domanda 4	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	189	63,00
In disaccordo	69	23,00
Né in accordo né in disaccordo	20	6,67
D'accordo	12	4,00
Fortemente d'accordo	10	3,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 6

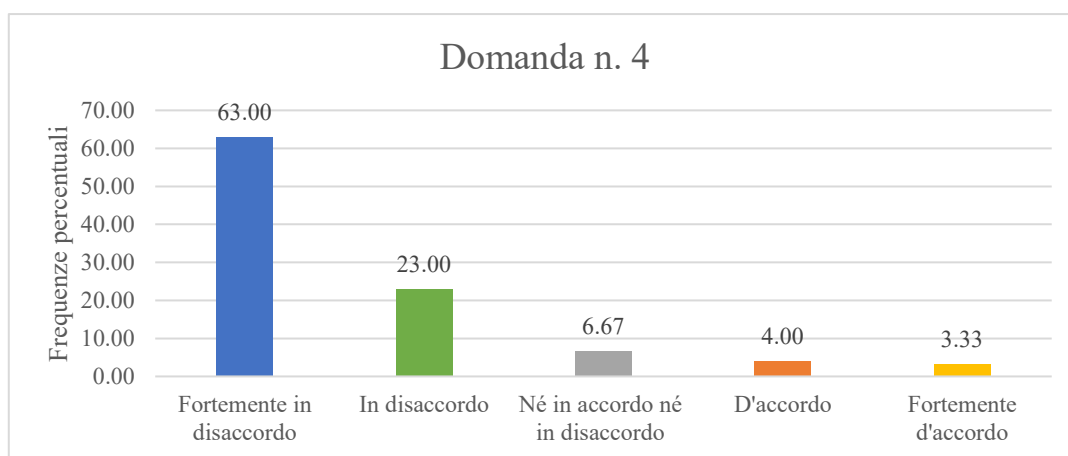


Grafico 6

Alla domanda n. 4, l'86% degli intervistati ha risposto "fortemente in disaccordo" o "in disaccordo", affermando che ritiene importante che l'infermiere sia in grado di percepire e capire i propri sentimenti, emozioni e paure.

5. Preferisco che l'infermiere conosca bene la mia patologia, la mia terapia e i trattamenti in programma, non mi interessa che sia cordiale e gentile.

Risposte domanda 5	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	85	28,33
In disaccordo	64	21,33
Né in accordo né in disaccordo	82	27,33
D'accordo	31	10,33
Fortemente d'accordo	37	12,33
Risposta non data	1	0,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 7

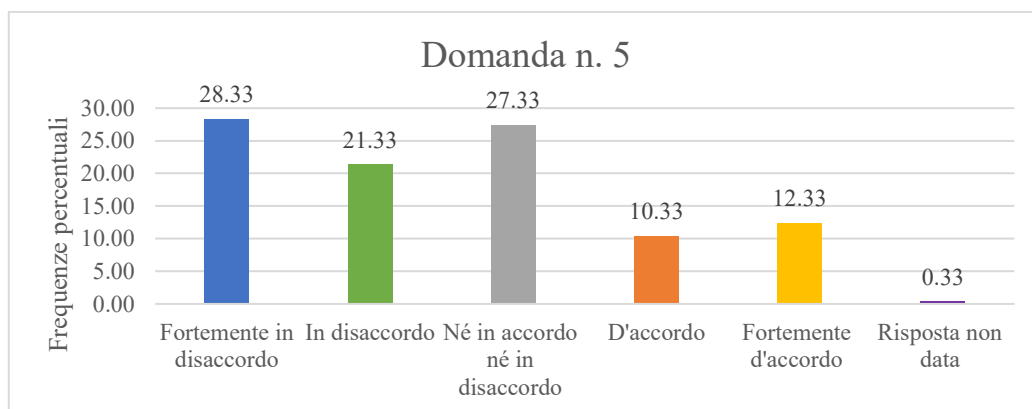


Grafico 7

Nella domanda n. 5 si evidenzia una grande varietà tra le risposte. La maggior parte degli intervistati si è distribuita tra le opzioni di risposta “fortemente in disaccordo” (28,33%) e “né in accordo né in disaccordo” (27,33%). Una persona (0,33%) non ha risposto alla domanda.

6. È fondamentale che l’infermiere conosca il mio nome.

Risposte domanda 6	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	6	2,00
In disaccordo	12	4,00
Né in accordo né in disaccordo	48	16,00
D'accordo	68	22,67
Fortemente d'accordo	166	55,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 8

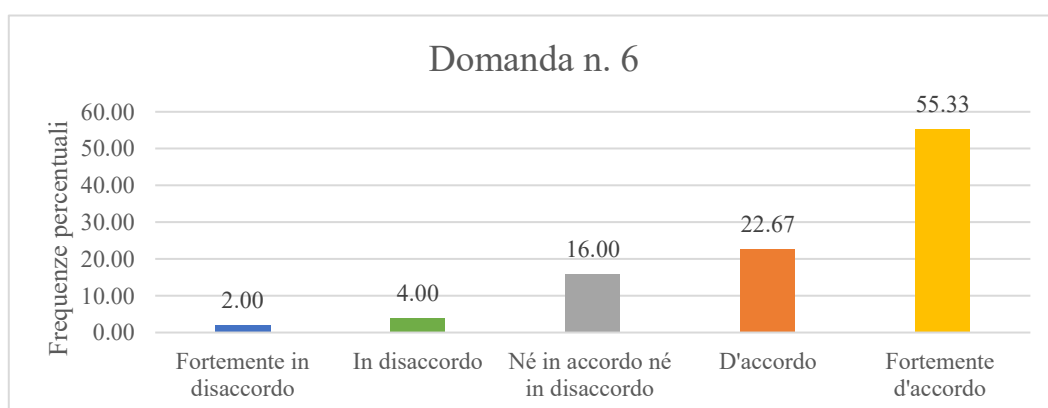


Grafico 8

Alla domanda n. 6, il 55,33% delle persone ha risposto “fortemente d’accordo”, affermando che ritiene fondamentale che l’infermiere conosca il suo nome.

7. Non è importante che l’infermiere si presenti al nostro primo incontro.

Risposte domanda 7	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	121	40,33
In disaccordo	84	28,00
Né in accordo né in disaccordo	59	19,67
D'accordo	29	9,67
Fortemente d'accordo	7	2,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 9

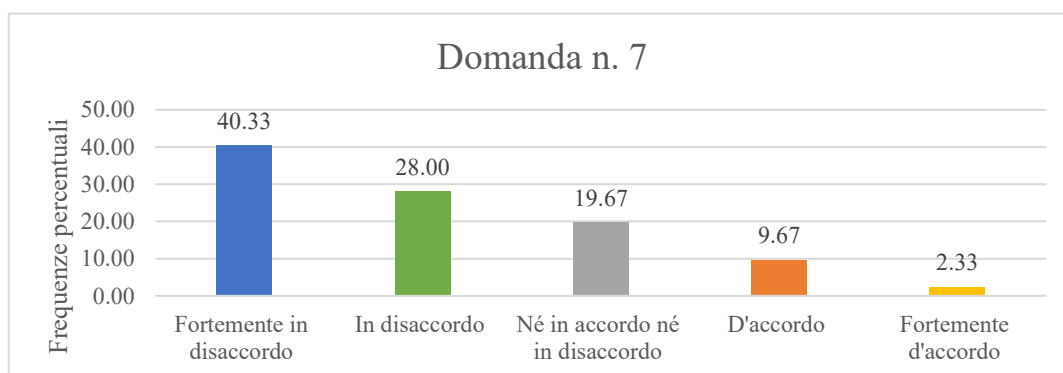


Grafico 9

Alla domanda n. 7, il 12% degli intervistati ha risposto “d’accordo” o “fortemente d’accordo”, affermando che non ritiene importante che l’infermiere si presenti al primo incontro.

8. È importante che l’infermiere mi ascolti.

Risposte domanda 8	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	1	0,33
In disaccordo	2	0,67
Né in accordo né in disaccordo	9	3,00
D'accordo	48	16,00
Fortemente d'accordo	240	80,00
Totale complessivo	300	100

Tabella 10

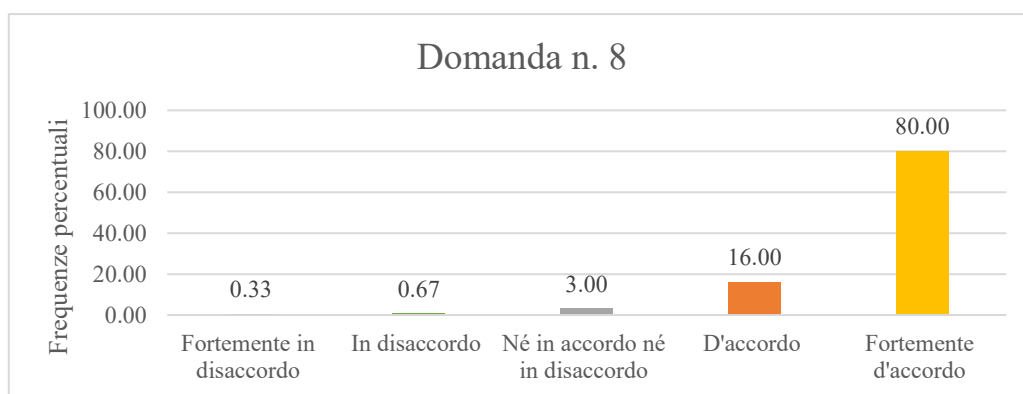


Grafico 10

Alla domanda n. 8 si evidenzia che l'80% degli intervistati ha risposto "fortemente d'accordo", dichiarando che ritiene importante essere ascoltato dall'infermiere.

9. È fondamentale che l'infermiere mi fornisca indicazioni utili a rendere più agevole il contatto con l'insieme dei servizi sanitari, che mi renda partecipe del percorso assistenziale e che si confronti con me riguardo ai miei bisogni e alle mie priorità.

Risposte domanda 9	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Né in accordo né in disaccordo	16	5,33
D'accordo	73	24,33
Fortemente d'accordo	211	70,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 11

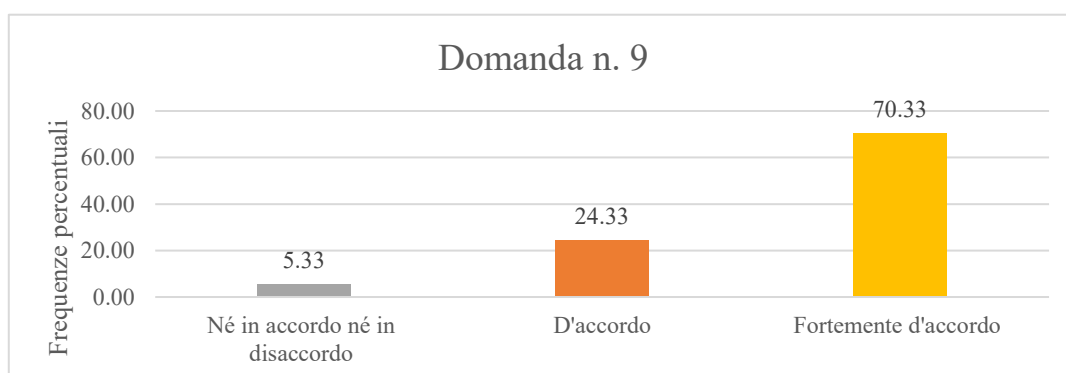


Grafico 11

Alla domanda n. 9 si nota che nessun intervistato ha risposto "fortemente in

disaccordo” o “in disaccordo”.

10. Non mi interessa conoscere la mia patologia con precisione o i trattamenti che sono in programma per me, preferisco rimanerne all’oscuro. Non voglio essere partecipe del mio progetto di cura.

Risposte domanda 10	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	248	82,67
In disaccordo	27	9,00
Né in accordo né in disaccordo	14	4,67
D'accordo	7	2,33
Fortemente d'accordo	4	1,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 12

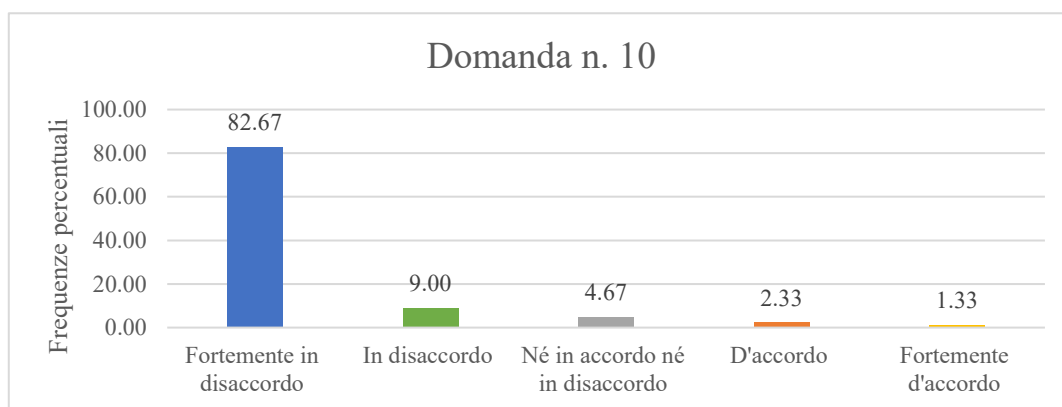


Grafico 12

Alla domanda n. 10 solamente il 3,66% degli intervistati ha risposto “fortemente d’accordo” o “d’accordo”, dichiarando di non voler essere partecipe del proprio progetto di cura.

11. È mai stato ricoverato in ospedale o ha fatto assistenza a persone care ricoverate?

Domanda ricovero	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
NO	44	14,67
SI	256	85,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 13

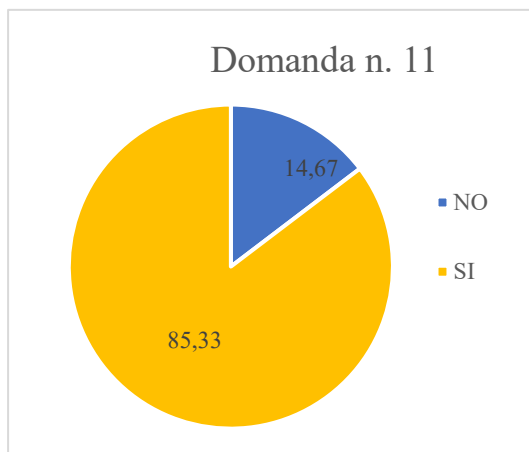


Grafico 13

Alla domanda n. 11 è stato chiesto agli intervistati se fossero stati ricoverati in ospedale o se avessero fatto assistenza a persone care ricoverate. 256 persone (85,33%) hanno risposto “SI”. È stato inoltre chiesto agli intervistati di rispondere alle domande successive (12-20) **solamente se**

avessero risposto “SI” alla domanda n.11.

12. Reputo positiva la mia esperienza del ricovero in generale.

Risposta domanda 12	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	17	5,67
In disaccordo	16	5,33
Né in accordo né in disaccordo	92	30,67
D'accordo	88	29,33
Fortemente d'accordo	43	14,33
Risposte non date	42	14,00
Errore di compilazione	2	0,67
Totale complessivo	300	100

Tabella 14

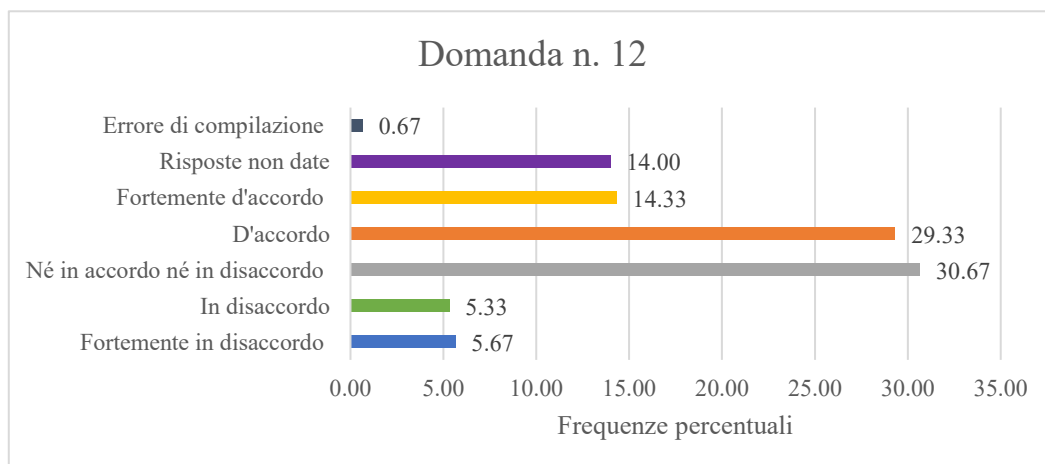


Grafico 14

42 intervistati (14%), correttamente, non hanno risposto a causa del “NO” alla domanda 11. Sono presenti 2 errori di compilazione, cioè quelli commessi dagli intervistati che hanno risposto ugualmente alla domanda nonostante il “NO” alla domanda 11.

Alla domanda 12, il 30,67% degli intervistati ha risposto “né in accordo né in disaccordo”, valutando né negativa né positiva l’esperienza del ricovero.

13. Il rapporto che si è creato con gli infermieri del reparto è stato di aiuto nell’esperienza del ricovero.

Risposte domanda 13	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	14	4,67
In disaccordo	19	6,33
Né in accordo né in disaccordo	71	23,67
D'accordo	97	32,33
Fortemente d'accordo	55	18,33
Risposte non date	42	14,00
Errore di compilazione	2	0,67
Totale complessivo	300	100

Tabella 15

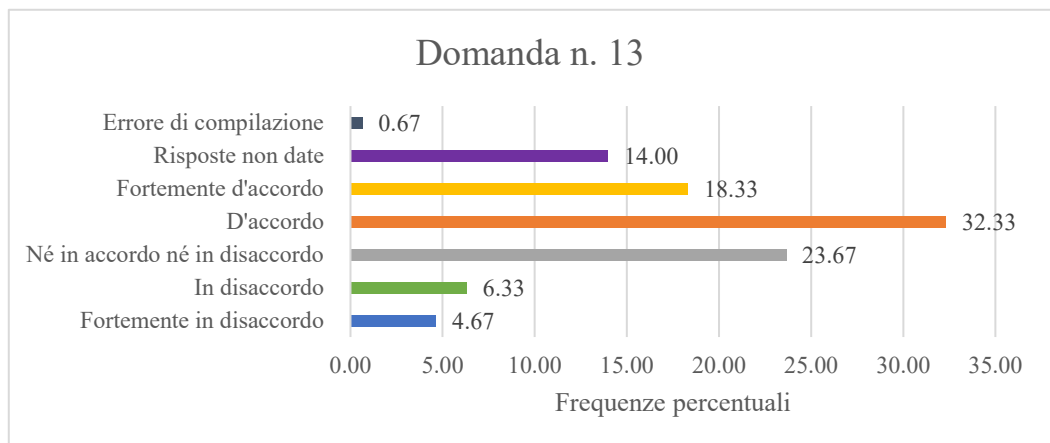


Grafico 15

Il 32,33% degli intervistati ha risposto “d’accordo” alla domanda 13 dichiarando che il rapporto che si è creato con gli infermieri del reparto è stato d’aiuto.

14. Mi sono sentito compreso dagli infermieri e questo mi è stato di grande aiuto.

Risposte domanda 14	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	15	5,00
In disaccordo	31	10,33
Né in accordo né in disaccordo	81	27,00
D'accordo	79	26,33
Fortemente d'accordo	50	16,67
Risposte non date	43	14,33
Errore di compilazione	1	0,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 16

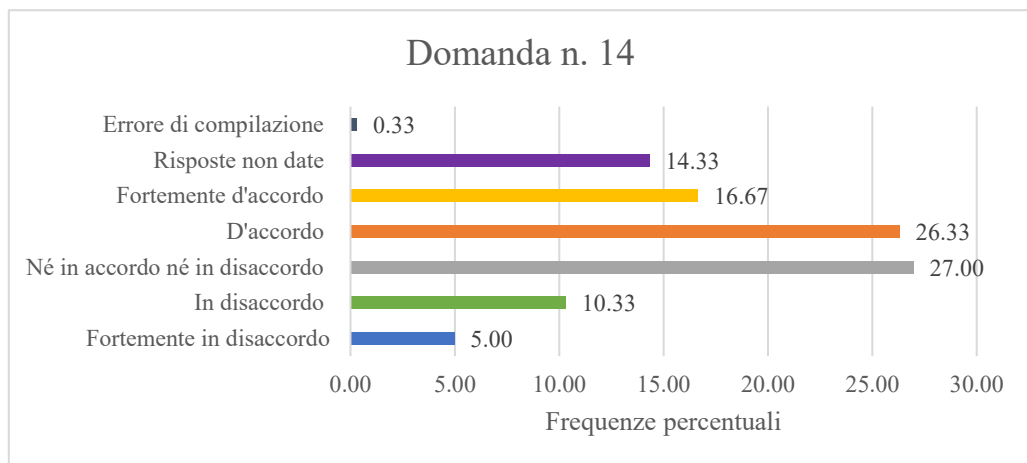


Grafico 16

Anche nella domanda 14 è presente un errore di compilazione (0,33%) dovuto alla compilazione del questionario nonostante la risposta alla domanda 11 fosse “NO”. Il 26,33% ha risposto “d’accordo” dichiarando di essersi sentito compreso dagli infermieri, mentre il 10,33% ha risposto “in disaccordo” affermando il contrario, cioè di non essersi sentito compreso dagli infermieri.

15. L’infermiere mi ha comunicato quale fosse il motivo delle azioni quotidiane, abbiamo concordato insieme un piano di assistenza basato sui miei bisogni e sulle mie priorità.

Risposte domanda 15	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	37	12,33
In disaccordo	46	15,33
Né in accordo né in disaccordo	89	29,67
D'accordo	56	18,67
Fortemente d'accordo	27	9,00
Risposte non date	44	14,67
Astensione	1	0,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 17

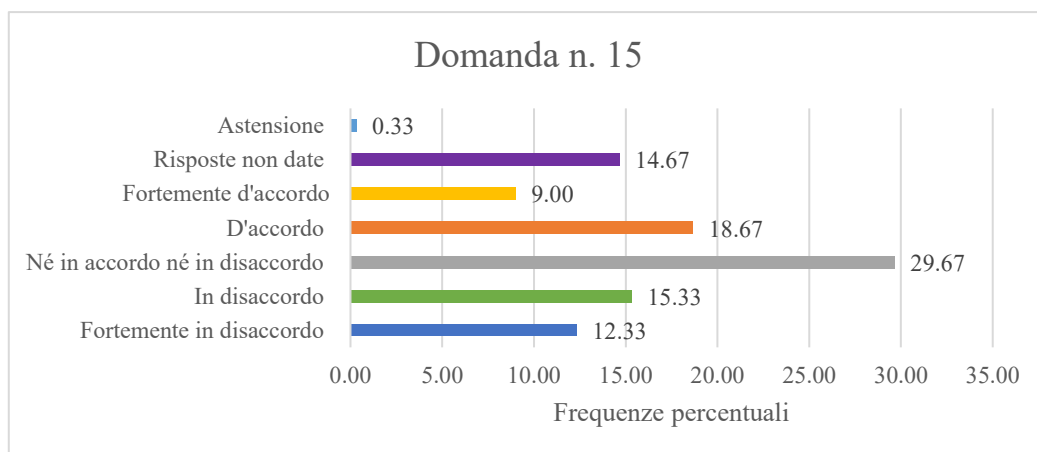


Grafico 17

Nella domanda 15 non sono presenti errori di compilazione. È invece presente una astensione (0,33%). Il 29,67% degli intervistati ha risposto “né in accordo né in disaccordo” esprimendo un parere neutrale riguardo l’affermazione “l’infermiere mi ha comunicato quale fosse il motivo delle azioni quotidiane, abbiamo concordato insieme un piano di assistenza basato sui miei bisogni e sulle mie priorità”

16. Non sempre sono stato compreso nelle mie necessità, nelle mie ansie e paure.

Risposte domanda 16	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	23	7,67
In disaccordo	50	16,67
Né in accordo né in disaccordo	96	32,00
D'accordo	51	17,00
Fortemente d'accordo	35	11,67
Risposte non date	44	14,67
Astensione	1	0,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 18

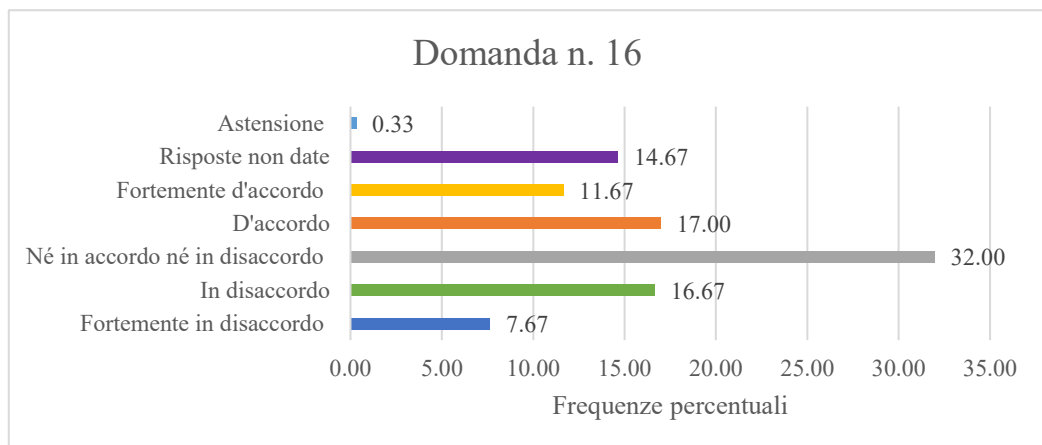


Grafico 18

Il 17% degli intervistati ha risposto “d’accordo” dichiarando di essersi sentito compreso nelle proprie necessità, ansie e paure. Il 16,67% invece ha risposto “in disaccordo” dichiarando invece il contrario.

17. Mi sono sentito partecipe nelle scelte riguardanti il mio percorso di cura

Risposte domanda 17	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	38	12,67
In disaccordo	47	15,67
Né in accordo né in disaccordo	83	27,67
D'accordo	55	18,33
Fortemente d'accordo	31	10,33
Risposte non date	44	14,67
Astensione	2	0,67
Totale complessivo	300	100

Tabella 19

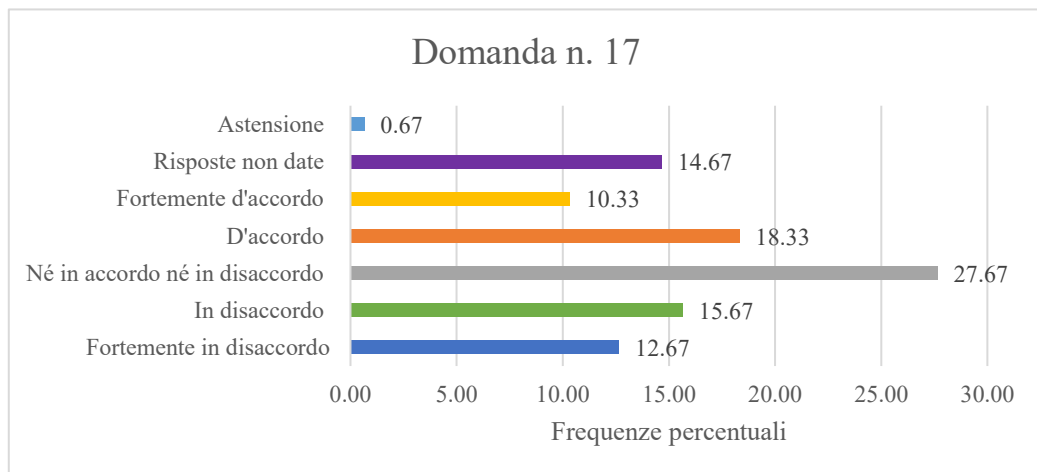


Grafico 19

Il 28,66% degli intervistati ha risposto “d’accordo” o “fortemente d’accordo” dichiarando di essersi sentito partecipe nelle scelte riguardanti il suo percorso di cura. Il 28,34% dei soggetti ha invece risposto “in disaccordo” o “fortemente in disaccordo” affermando il contrario. Si può quindi affermare che è presente un equilibrio quasi paritario tra accordo, disaccordo e neutralità.

18. Mi sono sentito trattato in modo uniforme da tutta l'equipe infermieristica.

Risposte domanda 18	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	29	9,67
In disaccordo	50	16,67
Né in accordo né in disaccordo	75	25,00
D'accordo	70	23,33
Fortemente d'accordo	31	10,33
Risposte non date	44	14,67
Astensione	1	0,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 20

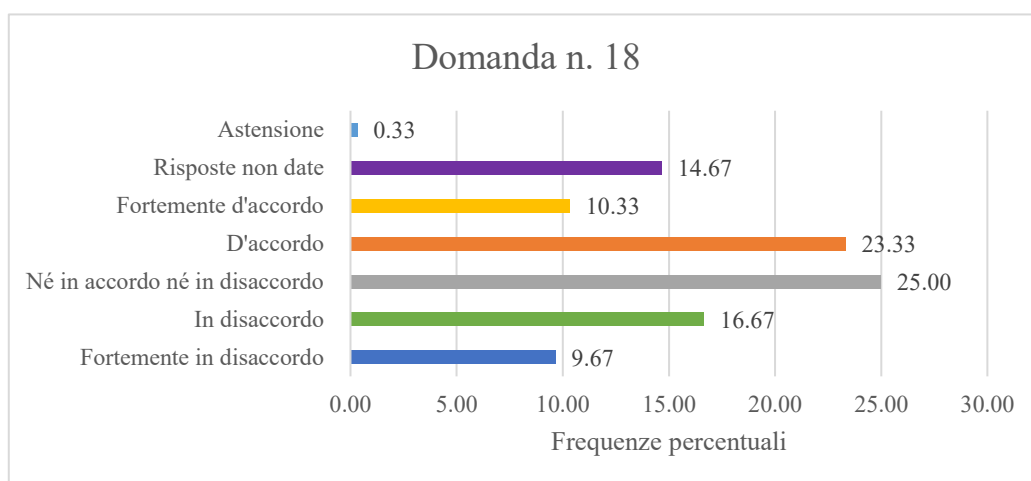


Grafico 20

Alla domanda 18 il 23,33% ha risposto “d’accordo” dichiarando di essere stato trattato in modo uniforme da tutta l’equipe infermieristica.

19. L’infermiere dovrebbe essere formato per quello che riguarda il giusto modo di relazionarsi alle persone assistite

Risposte domanda 19	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Né in accordo né in disaccordo	9	3,00
D'accordo	45	15,00
Fortemente d'accordo	200	66,67
Risposte non date	44	14,67
Astensione	2	0,67
Totale complessivo	300	100

Tabella 21

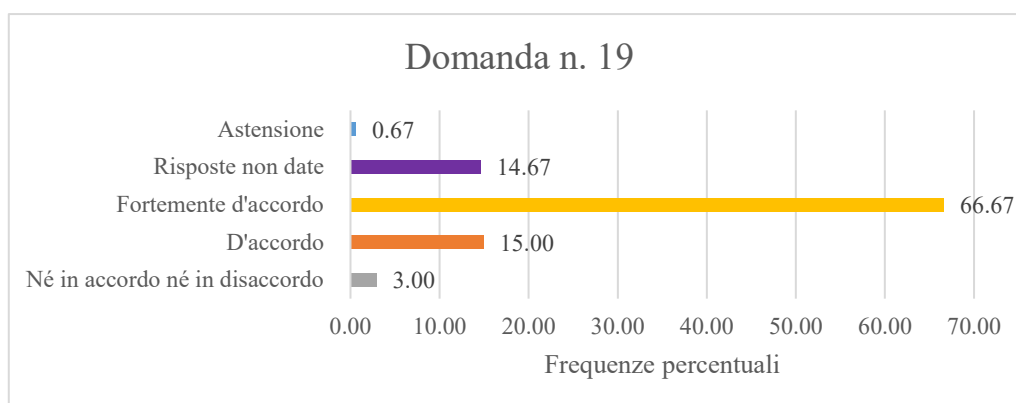


Grafico 21

Alla domanda 19 sono presenti 2 astensioni (0,67%). Nessun intervistato ha risposto “fortemente in disaccordo” o “in disaccordo” all’affermazione “l’infermiere dovrebbe essere formato per quello che riguarda il giusto modo di relazionarsi alle persone assistite” mentre il 66,67% dei soggetti ha risposto “fortemente d’accordo”.

20. Un infermiere non può essere “completo” nello svolgimento della sua professione se non è disposto ad instaurare una relazione di cura con la persona assistita.

Risposte domanda 20	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	4	1,33
In disaccordo	4	1,33
Né in accordo né in disaccordo	14	4,67
D'accordo	54	18,00
Fortemente d'accordo	179	59,67
Risposte non date	44	14,67
Astensione	1	0,33
Totale complessivo	300	100

Tabella 22

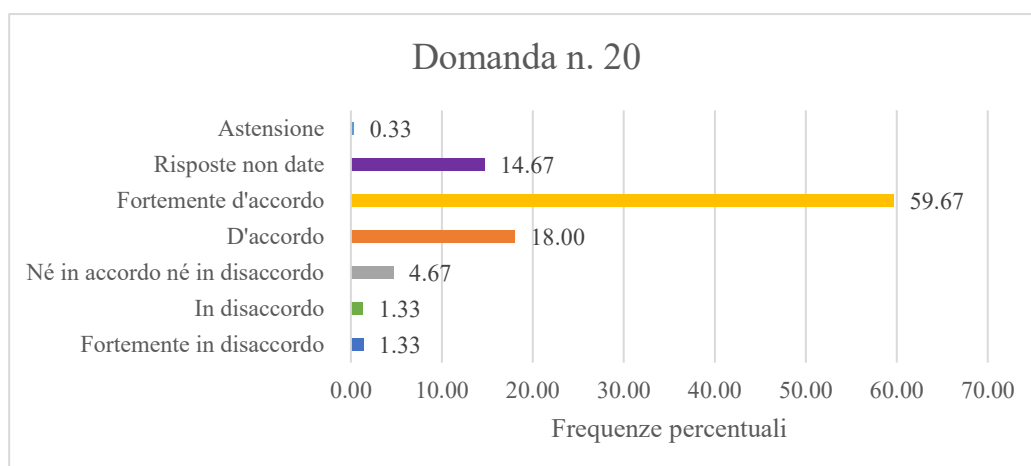


Grafico 22

Alla domanda 20 il 59,67% degli intervistati ha risposto “fortemente d’accordo” dichiarando che un infermiere non può essere “completo” nello svolgimento della sua professione se non è disposto ad instaurare una relazione di cura con la persona assistita.

Di seguito la tabella delle misure di variabilità che raffigura moda, media e deviazione

	MODA	MEDIA	DS (σ)
ETÀ	50,00	44,74	14,89
TITSTUDIO	2,00	2,59	1,05
D1	5,00	4,85	0,40
D2	5,00	4,53	0,69
D3	1,00	1,96	1,01
D4	1,00	1,62	1,01
D5	1,00	2,57	1,33
D6	5,00	4,25	1,00
D7	1,00	2,06	1,09
D8	5,00	4,75	0,57
D9	5,00	4,65	0,58
D10	1,00	1,31	0,78
D11	/	/	/
D12	3,00	3,48	1,06
D13	4,00	3,63	1,07
D14	3,00	3,46	1,11
D15	3,00	2,96	1,19
D16	3,00	3,10	1,14
D17	3,00	2,98	1,22
D18	3,00	3,09	1,19
D19	5,00	4,75	0,51
D20	5,00	4,57	0,80

Tabella 23

standard (σ) di tutte le domande (esclusa la domanda 11 che è dicotomica e non espressa tramite numeri).

La tabella 24 mostra il valore attribuito ai vari titoli di studio in fase di tabulazione dei dati per poter meglio comprendere la tabella a fianco.

La deviazione standard (σ), permette di stimare la variabilità di una popolazione di dati.

Come già supposto in precedenza, la domanda con deviazione standard minore è

TITOLO DI STUDIO	VALORE ATTRIBUITO
Scuola elementare	0
Diploma di scuola superiore di I grado	1
Diploma di scuola superiore di II grado	2
Laurea di I livello	3
Laurea di II livello	4
Dottorato	5

Tabella 24

la domanda 8. L'80% degli intervistati infatti ha risposto "fortemente d'accordo". La domanda con deviazione standard maggiore è invece la 5.

I risultati vengono ora presentati dividendo le domande della prima parte del questionario (domande 1-11) per i seguenti campi di interesse:

- Ricerca di comprensione e sensibilità
- Ricerca di gentilezza e rispetto
- Ricerca di partecipazione al piano di cura

In questa fase i dati concordi (fortemente in disaccordo – in disaccordo e fortemente d'accordo – d'accordo) verranno considerati insieme, sommandoli.

Per quanto riguarda il primo campo di interesse andiamo a valutare le domande 3, 4 e 8. Alla domanda 3 il 71,33% degli intervistati ha dichiarato che ritiene importante che l'infermiere conosca il suo vissuto, la sua esperienza con la malattia e i suoi desideri.

Alla domanda 4, l'86% degli intervistati ha dichiarato che reputa importante che l'infermiere sia in grado di percepire e capire i suoi sentimenti, le sue emozioni e paure.

Infine alla domanda 8, il 96% degli intervistati ha dichiarato che è importante essere ascoltato dall'infermiere.

Per quando riguarda il secondo campo di interesse possiamo valutare le domande 5, 6 e 7.

Alla domanda 5 il 49,67% degli intervistati ha dichiarato che preferisce che l'infermiere sia cordiale e gentile piuttosto che conosca bene la sua patologia, la sua terapia e i trattamenti in programma.

Alla domanda 6, il 78% degli intervistati ha affermato che è importante che l'infermiere conosca il suo nome.

Alla domanda 7, il 68,33% degli intervistati ha dichiarato che ritiene importante che l'infermiere si presenti al primo incontro.

Per quanto riguarda il terzo ed ultimo campo di interesse possiamo analizzare le domande 9 e 10.

Alla domanda 9 il 94,67% degli intervistati dichiara che è fondamentale che l'infermiere fornisca indicazioni utili a rendere più agevole il contatto con l'insieme dei servizi sanitari, che renda partecipi gli utenti del percorso assistenziale e che si confronti con questi ultimi riguardo ai bisogni e alle priorità. Nessuno si è dichiarato in disaccordo con l'affermazione sopra citata.

Alla domanda 10 il 91,67% degli intervistati dichiara che è interessato a conoscere la sua patologia con precisione e i trattamenti in programma e che vuole essere partecipe del suo progetto di cura.

Si analizzano ora le domande della seconda parte del questionario (domande 12-20). In questo caso si indagano quali sono gli aspetti che hanno o meno influito sulla positività del ricovero.

In primo luogo valutiamo come ha influito il clima di reparto con l'esperienza di ricovero, rapportando le risposte della domanda 12 ("reputo positiva la mia esperienza di ricovero in generale") con le risposte alla domanda 13 ("il rapporto che si è creato con gli infermieri del reparto è stato di aiuto nell'esperienza del ricovero").

	Risposte domanda 13				
Risposte domanda 12	Fortemente in disacc.(%)	In disaccordo (%)	Né in acc. né in disacc. (%)	D'accordo (%)	Fortemente d'acc. (%)
Fortemente in disaccordo	52,94	5,88	23,53	5,88	11,76
In disaccordo	12,50	37,50	43,75	6,25	0,00
Né in acc. né in disacc.	2,17	5,43	46,74	35,87	9,78
D'accordo	1,14	6,82	15,91	61,36	14,77
Fortemente d'accordo	0,00	2,33	6,98	18,60	72,09

Tabella 25

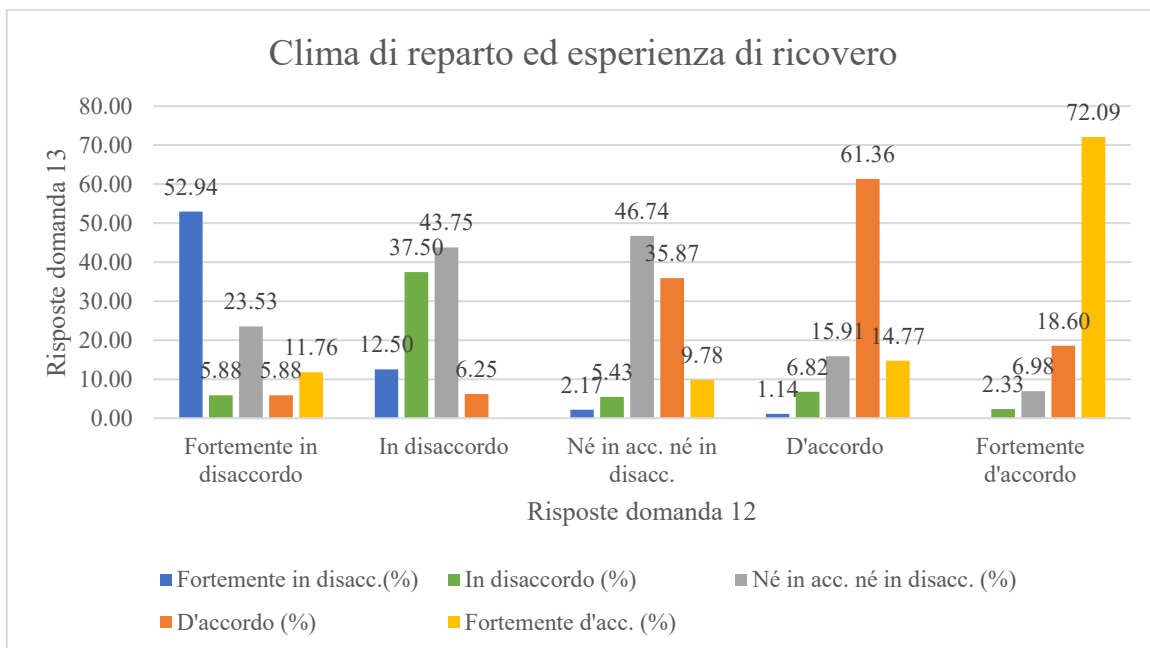


Grafico 23

L'86,86% di coloro che hanno valutato positivamente l'esperienza di ricovero ha dichiarato che il rapporto che si è creato con gli infermieri del reparto è stato di aiuto nella circostanza del ricovero. Il 65,44% di coloro che hanno valutato negativamente il ricovero ha affermato che il rapporto che si è creato con gli infermieri del reparto non è stato di aiuto nell'esperienza del ricovero.

Si analizza ora come ha influito la comprensione da parte degli infermieri di ansie, emozioni e paure, sull'esperienza di ricovero dell'utente.

Per fare questo vengono correlate la domanda 12 e la domanda 14 ("mi sono sentito compreso dagli infermieri e questo mi è stato di grande aiuto").

	Risposte domanda 14				
Risposte domanda 12	Fortemente in disacc. (%)	In disaccordo (%)	Né in acc. né in disacc. (%)	D'accordo (%)	Fortemente d'acc. (%)
Fortemente in disaccordo	52,94	23,53	17,65	0,00	5,88
In disaccordo	6,25	62,50	31,25	0,00	0,00
Ne in accordo ne in disacc.	3,26	16,30	47,83	28,26	4,35
D'accordo	1,14	1,14	31,82	46,59	19,32
Fortemente d'accordo	2,33	2,33	2,33	27,91	65,12

Tabella 26

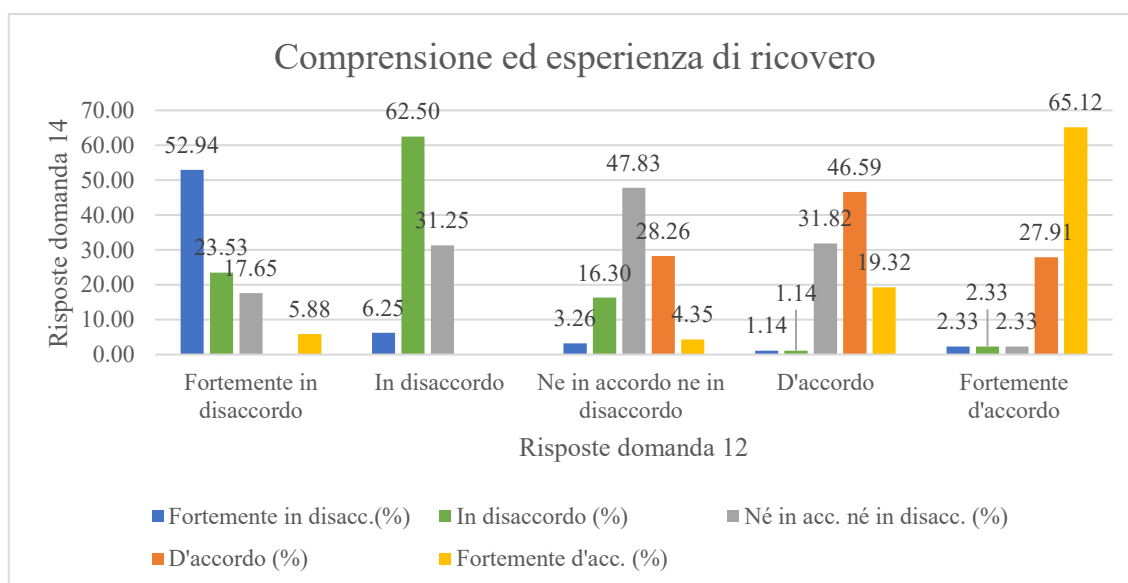


Grafico 24

In questo caso si nota che l'84,44% di coloro che hanno valutato positivamente il ricovero si è dichiarato fortemente d'accordo con la domanda, affermando di essersi sentito compreso dagli infermieri e che questo è stato di aiuto.

Contrariamente il 59,19% di coloro che hanno valutato negativamente il ricovero, ha affermato di non essersi sentito compreso dagli infermieri del reparto.

Si analizza infine come ha influito il grado di partecipazione dell'utente sul suo ricovero. Per questo scopo vengono correlate la domanda 12 e la domanda 17 ("mi sono sentito partecipe nelle scelte riguardanti il mio percorso di cura").

	Risposta domanda 17				
Risposta domanda 12	Fortemente in disacc. (%)	In disaccordo (%)	Né in acc. né in disacc. (%)	D'accordo (%)	Fortemente d'acc. (%)
Fortemente in disaccordo	47,06	23,53	23,53	5,88	0,00
In disaccordo	43,75	25,00	18,75	12,50	0,00
Ne in accordo ne in disacc	14,13	25,00	38,04	18,48	3,26
D'accordo	11,36	14,77	35,23	27,27	10,23
Fortemente d'accordo	0,00	6,98	23,26	25,58	44,19

Tabella 27

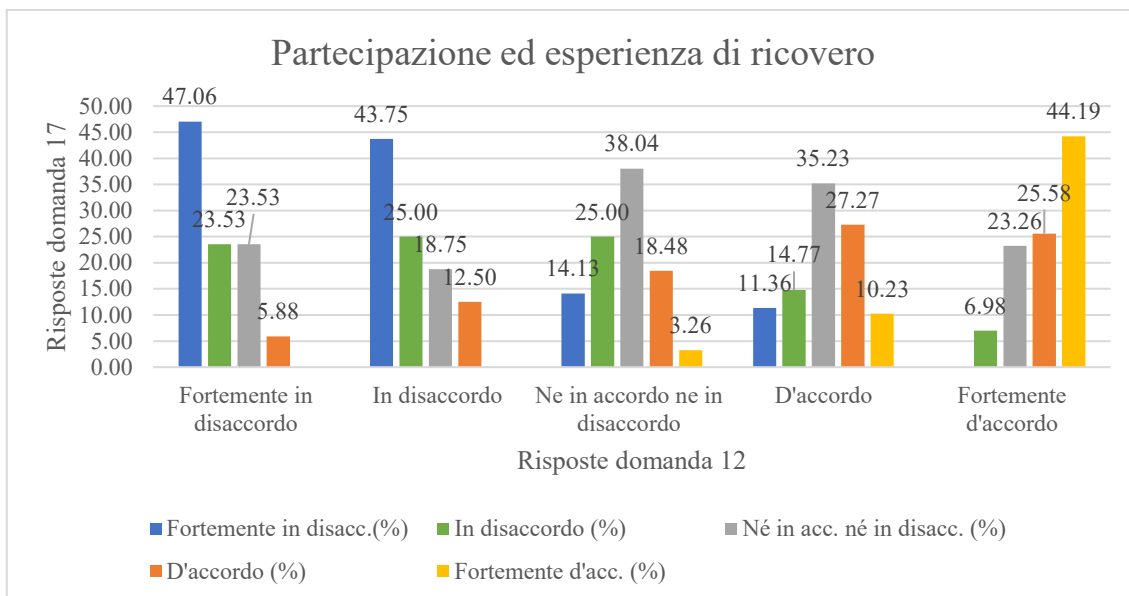


Grafico 25

Si constata che il 54,42% di coloro che hanno valutato positivamente il ricovero ha affermato che si è sentito partecipe nelle scelte riguardanti il proprio percorso di cura. Tra coloro che hanno valutato negativamente il ricovero, il 90,81% ha affermato che non si è sentito partecipe nelle scelte riguardanti il proprio percorso di cura.

Si conclude l'analisi del "campione utenti" osservando se sono presenti variabili che influenzano la considerazione che l'intervistato ha del ruolo dell'infermiere.

Le variabili che verranno valutate sono:

- L'età del soggetto
- L'esperienza o meno di ricovero

Si utilizzeranno le fasce di età create in fase di tabulazione dei dati e si rapportheranno con le risposte alla domanda 2 ("l'infermiere è una figura importante, una guida nella fase di accettazione e nel processo di guarigione dalla malattia")

Fasce di età	Risposte domanda 2			
	In disaccordo (%)	Ne in acc. ne in disacc.(%)	D'accordo (%)	Fortemente d'acc.(%)
Da 10 a 19	0,00	0,00	46,15	53,85
Da 20 a 29	1,79	19,64	23,21	55,36
Da 30 a 39	0,00	9,52	33,33	57,14
Da 40 a 49	0,00	6,67	25,00	68,33
Da 50 a 59	0,87	5,22	26,96	66,96
Da 60 a 69	0,00	21,74	26,09	52,17
Da 70 a 79	0,00	0,00	0,00	100,00
Oltre 80	0,00	0,00	0,00	100,00

Tabella 28

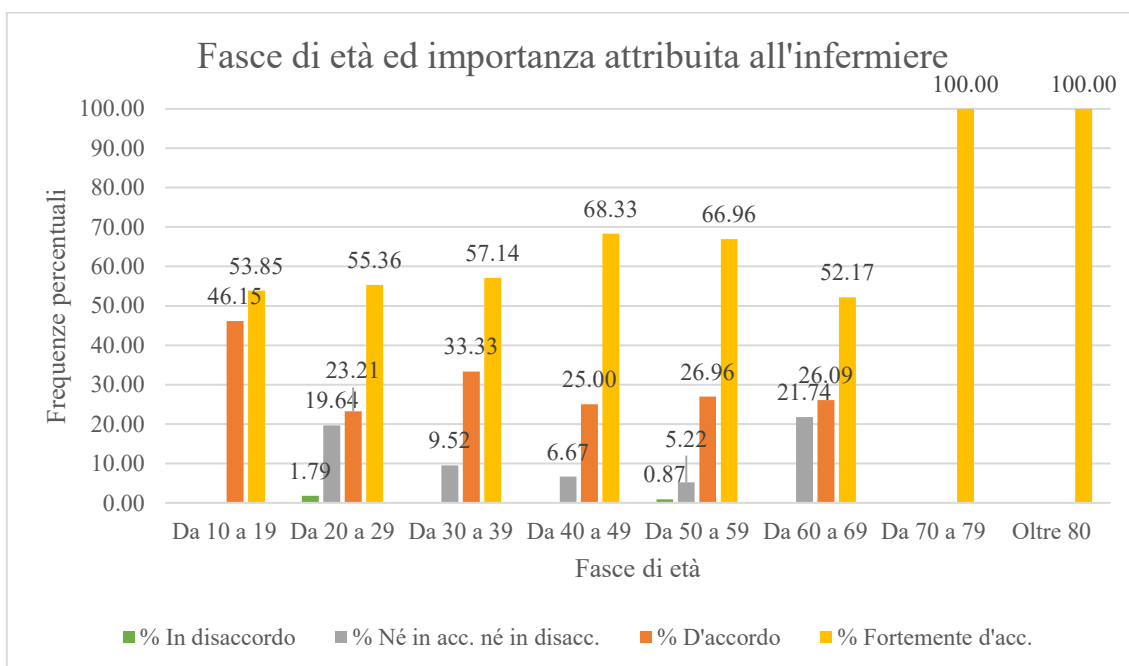


Grafico 26

Si nota che nelle fasce di età da 70 a 79 e oltre 80, tutti i soggetti hanno risposto “fortemente d’accordo” affermando che l’infermiere è una figura importante. Si evidenzia inoltre che nella fascia 20-29 sono presenti soggetti (1,79%) che si sono dichiarati in disaccordo rispetto all’affermazione e altri (19,64%) che hanno espresso parere neutrale (né in accordo né in disaccordo). Infine si nota che la fascia di età 60-69 è quella in cui sono presenti meno soggetti d’accordo, o fortemente d’accordo, con l’affermazione (26,09%) e quella in cui sono presenti più soggetti neutrali (21,74%).

Per poter invece vedere se ci sono delle differenze riguardo all'importanza attribuita all'infermiere tra i soggetti che sono stati ricoverati e coloro che non lo sono stati, verranno rapportate le risposte alla domanda 2 con le risposte alla domanda 11.

Risposte domanda 11	Risposte domanda 2			
	In disaccordo (%)	Né in acc. né in disacc. (%)	D'accordo (%)	Fortemente d'acc. (%)
NO	0,00	13,64	29,55	56,82
SI	0,78	8,59	25,39	65,23

Tabella 29

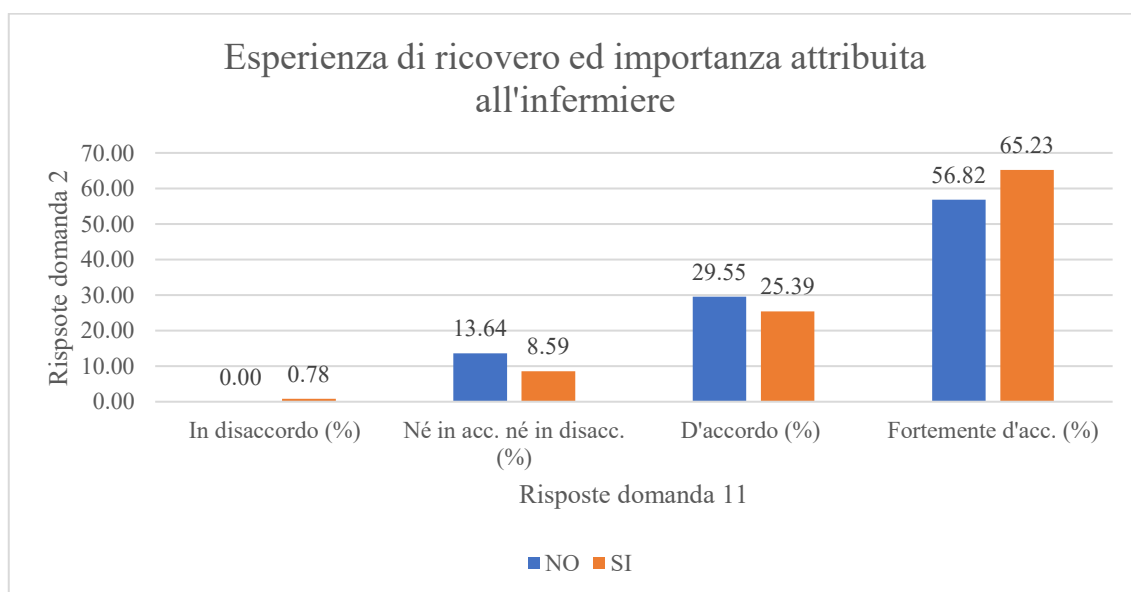


Grafico 27

Tra coloro che sono stati ricoverati e coloro che non lo sono stati emergono delle differenze nelle risposte alla domanda 2. Infatti il 90,62% di coloro che sono stati ricoverati ha risposto “fortemente d’accordo” o “d’accordo” all’affermazione “l’infermiere è una figura importante, una guida nella fase di accettazione e nel processo di guarigione dalla malattia”, contrariamente all’86,37% di coloro che non sono stati ricoverati. Si nota inoltre che coloro che sono stati ricoverati hanno risposto con punteggi più estremi (fortemente d’accordo) e coloro che non lo sono stati invece si sono mantenuti meno estremi limitandosi a rispondere maggiormente “d’accordo”.

4.2. Risultati campione infermieri

4.2.1. Descrizione del campione

Hanno risposto al questionario 135 infermieri, di seguito verranno analizzati i dati raccolti.

1. Genere

Dei 135 intervistati 20 sono uomini (14,81%), 114 sono donne (84,44%) e 1 soggetto (0,74%) non ha specificato il genere.

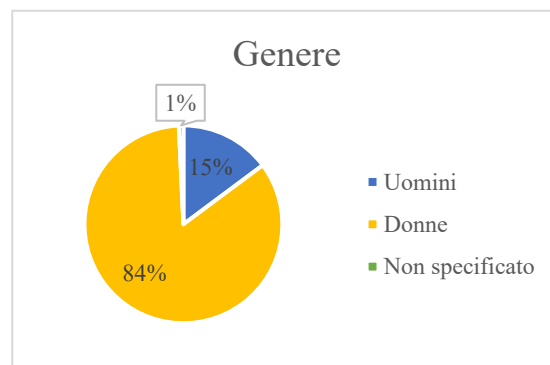


Grafico 28

2. Fasce di età

L'età dei soggetti è compresa tra le classi 18-30 e 51-60. La fascia più densamente popolata è quella che comprende i soggetti che hanno tra 41 e 50 anni, con il 42,22% degli infermieri. La classe meno popolata è invece quella che comprende gli infermieri che hanno tra i 18 e i 30 anni, con il 13,33% dei soggetti.

Fasce di età	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
18-30	18	13,33
31-40	26	19,26
41-50	57	42,22
51-60	34	25,19
Totale complessivo	135	100

Tabella 30

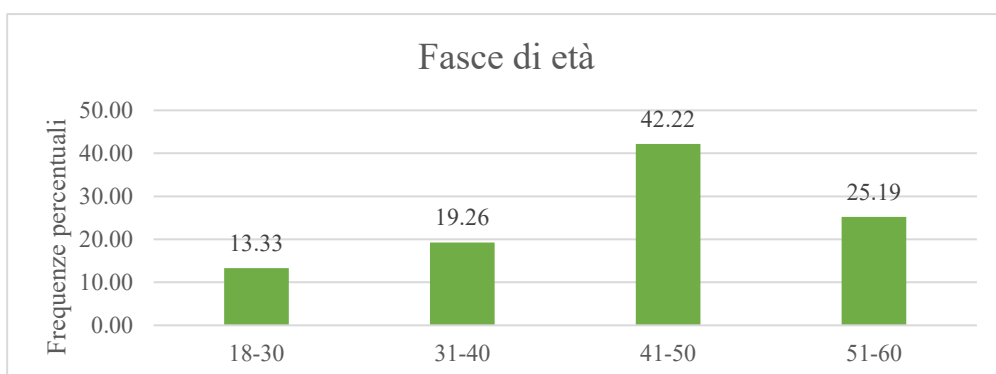


Grafico 29

3. Anno conseguimento titolo

Anno conseguimento titolo	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
1971-1980	2	1,48
1981-1990	24	17,78
1991-2000	48	35,56
2001-2010	33	24,44
2011-2020	28	20,74
Totale complessivo	135	100

Tabella 31

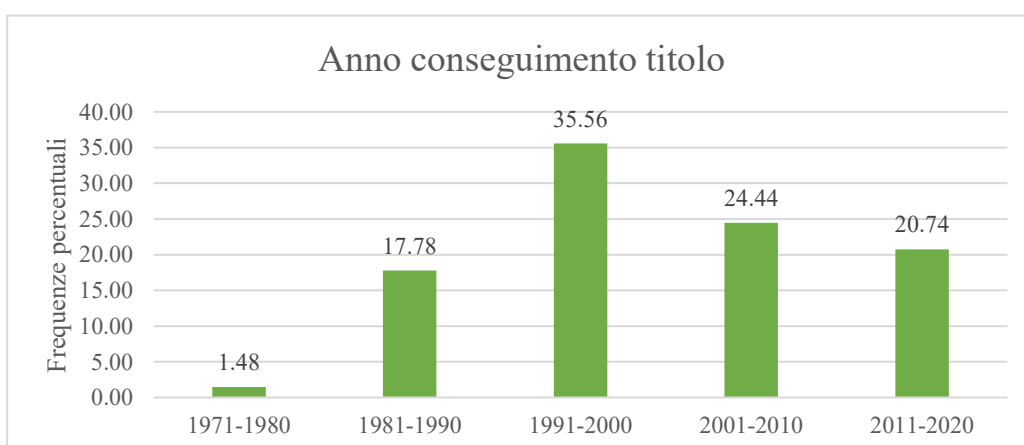


Grafico 30

Il 35,56% degli intervistati ha conseguito il titolo tra il 1991 e il 2000.

4. Unità operativa

Unità operativa	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Blocco operatorio	16	11,85
Chirurgia	7	5,19
Ematologia	15	11,11
Gastroenterologia	6	4,44
Malattie Infettive	11	8,15
Medicina	7	5,19
Nefrologia e dialisi	11	8,15
Neurologia	12	8,89
Oncologia	17	12,59
Ostetricia	3	2,22
Polo endoscopico	25	18,52
Urologia	1	0,74
Astensioni	4	2,96
Totale complessivo	135	100

Tabella 32

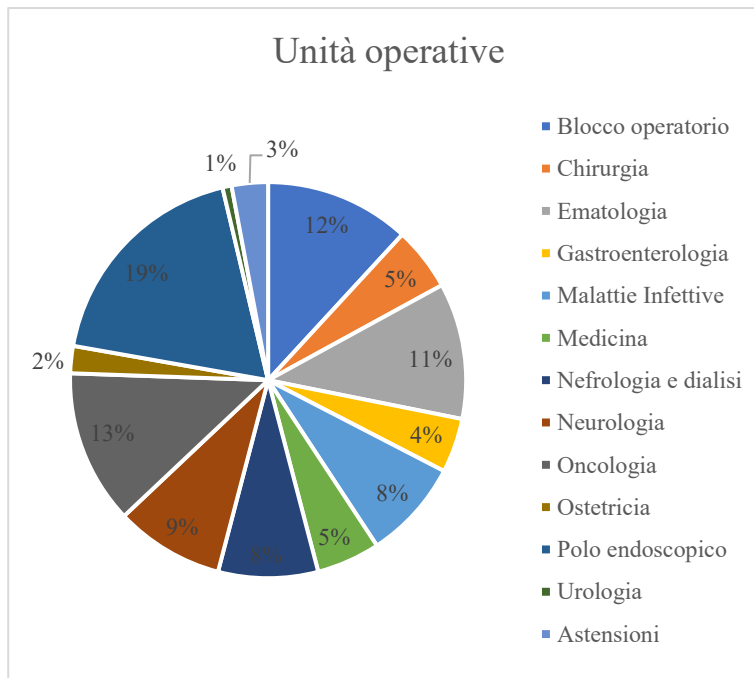


Grafico 31

L'unità operativa (U.O.) in cui hanno risposto più infermieri è il polo endoscopico, seguito dall'oncologia e dal blocco operatorio. L'U.O. in cui sono invece state raccolte meno risposte è l'urologia, seguita dall'ostetricia e dalla gastroenterologia.

5. Titoli formativi

Titoli formativi	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Laurea di I livello o tit. equipollenti	100	74,07
Laurea magistrale	3	2,22
Master di I livello	28	20,74
LM + Master I livello	4	2,96
Totale complessivo	135	100

Tabella 33

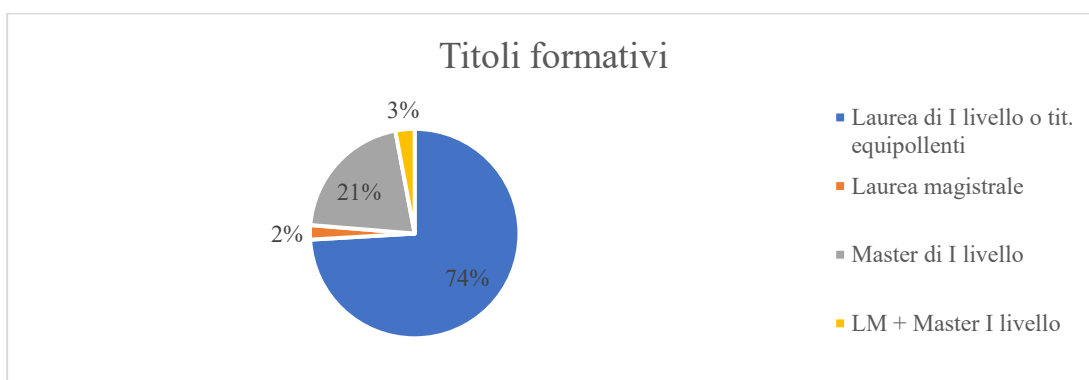


Grafico 32

La maggior parte degli infermieri (74,07%) ha unicamente la laurea di I livello o titoli equipollenti. Il 20,74% degli infermieri ha un master di I livello oltre alla laurea di I livello e il 2,22% degli infermieri ha la laurea magistrale. Infine il 2,96% degli intervistati ha sia la laurea magistrale che un master di I livello.

4.2.2. Analisi del questionario

Di seguito sono analizzati i risultati dello studio, suddivisi secondo le domande.

1. Ritengo che una parte importante nel lavoro dell'infermiere sia relazionarsi con le persone

Risposte domanda 1	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Né in accordo né in disaccordo	1	0,74
D'accordo	27	20,00
Fortemente d'accordo	107	79,26
Totale complessivo	135	100

Tabella 34

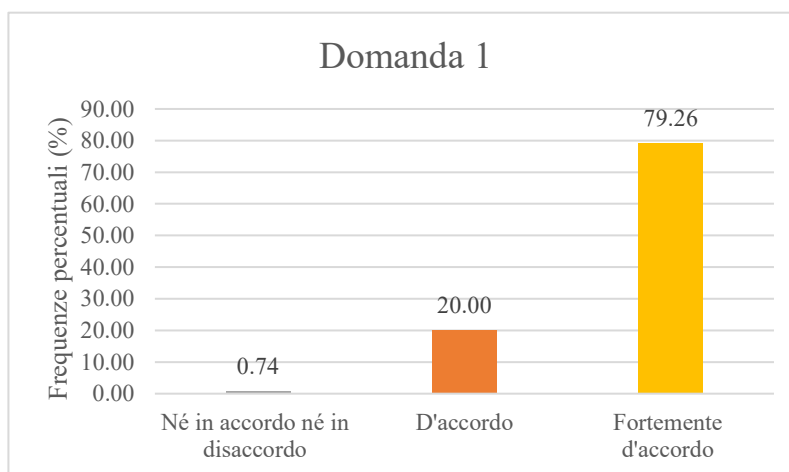


Grafico 33

Il 79,26% degli infermieri ha risposto “fortemente d’accordo” affermando che una parte importante del proprio lavoro è costituita dalla

relazione con le persone.

2. La relazione che si crea tra infermiere e persona assistita è anche essa parte integrante del processo di cura.

Risposte domanda 2	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
D'accordo	30	22,22
Fortemente d'accordo	105	77,78
Totale complessivo	135	100

Tabella 35

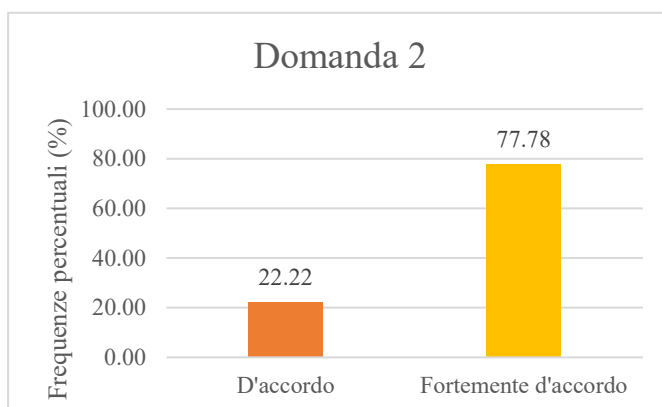


Grafico 34

Complessivamente tutti i soggetti si sono trovati d'accordo con l'affermazione proposta dalla domanda 2.

3. Sei in unità operativa e una persona inizia a parlare e ad aprirsi con te, ha bisogno di confidarsi: è giusto fermarsi a parlare con quest'ultima anche se ciò comporta un ritardo nella programmazione delle attività quotidiane.

Risposte domanda 3	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	1	0,74
In disaccordo	2	1,48
Né in accordo né in disaccordo	30	22,22
D'accordo	64	47,41
Fortemente d'accordo	37	27,41
Astensioni	1	0,74
Totale complessivo	135	100

Tabella 36

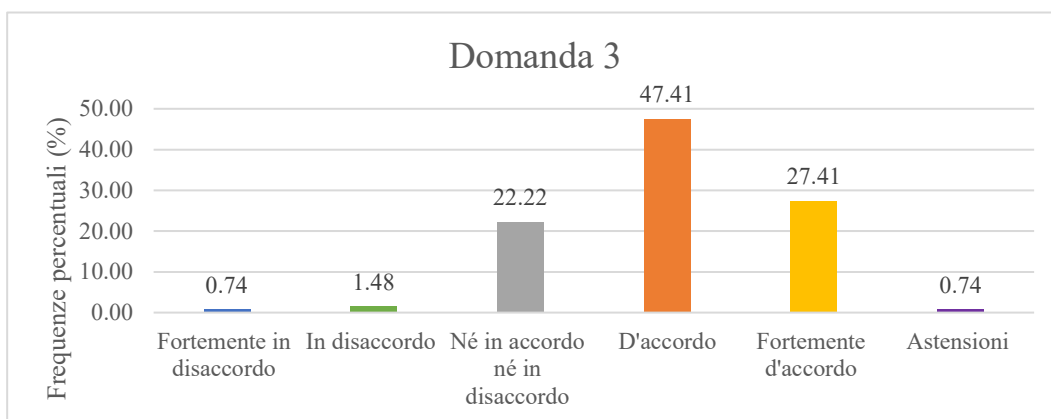


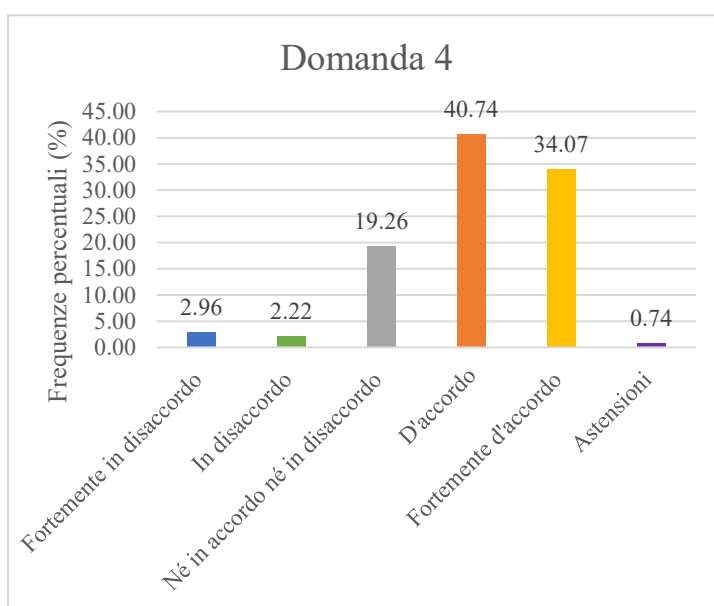
Grafico 35

Il 47,41% degli intervistati si è trovato d'accordo con l'affermazione proposta. 1 infermiere (0,74%) si è astenuto dal rispondere. Complessivamente il 2,22% dei soggetti ha risposto "fortemente in disaccordo" o "in disaccordo", affermando che non è giusto fermarsi a parlare con una persona che ha bisogno di confidarsi se ciò comporta un ritardo nella programmazione delle attività quotidiane.

4. Alcune volte i ritmi lavorativi mi impediscono di dedicare del tempo alla relazione con le persone assistite come vorrei.

Risposte domanda 4	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	4	2,96
In disaccordo	3	2,22
Né in accordo né in disaccordo	26	19,26
D'accordo	55	40,74
Fortemente d'accordo	46	34,07
Astensioni	1	0,74
Totale complessivo	135	100

Tabella 37



Il 74,81% dei soggetti si è dichiarato “d'accordo” o “fortemente d'accordo”, affermando che alcune volte, i ritmi lavorativi impediscono di dedicare del tempo alla relazione con gli assistiti.

Grafico 36

5. Nella mia formazione ho avuto modo di scoprire e approfondire le conoscenze sulle Medical Humanities

Risposte domanda 5	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	28	20,74
In disaccordo	35	25,93
Né in accordo né in disaccordo	38	28,15
D'accordo	19	14,07
Fortemente d'accordo	9	6,67
Astensioni	6	4,44
Totale complessivo	135	100

Tabella 38

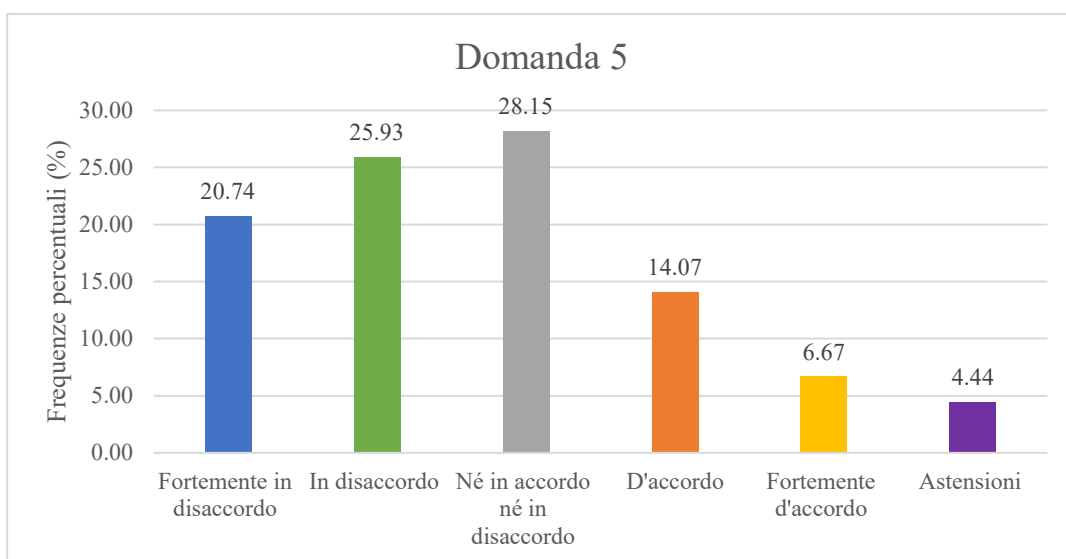


Grafico 37

- Possiamo vedere una maggior variabilità tra le risposte:
- Il 46,67% ha risposto “fortemente in disaccordo” o “in disaccordo” affermando che nella propria formazione non ha avuto modo di conoscere le Medical Humanities;
 - Il 28,15% si è dichiarato “né in accordo né in disaccordo”;
 - Il 20,74% ha risposto “fortemente d'accordo” o “d'accordo” dichiarando che ha avuto modo di conoscere le Medical Humanities durante il percorso formativo;
 - Il 4,44% dei soggetti si è astenuto dal rispondere.

6. Nel mio percorso formativo mi è stata data l'opportunità di imparare a stabilire una relazione efficace.

Risposte domanda 6	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	2	1,48
In disaccordo	16	11,85
Né in accordo né in disaccordo	48	35,56
D'accordo	42	31,11
Fortemente d'accordo	25	18,52
Astensioni	2	1,48
Totale complessivo	135	100

Tabella 39

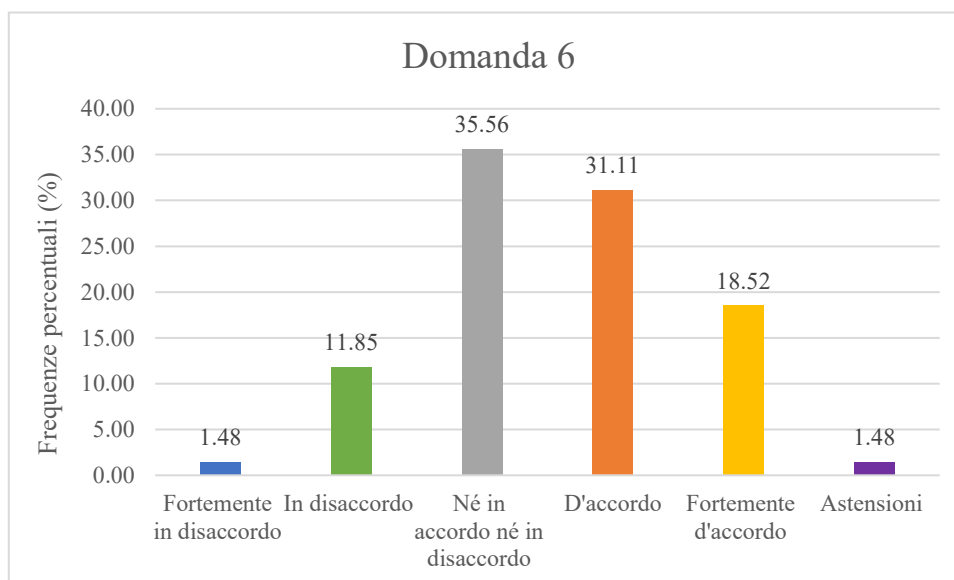


Grafico 38

Il 35,56% dei soggetti ha risposto “né in accordo né in disaccordo” all’affermazione “nel mio percorso mi è stata data l’opportunità di imparare a stabilire una relazione efficace”

7. Nel mio percorso formativo ho avuto nozioni per quel che riguarda il counseling, la psicologia, la sociologia.

Risposte domanda 7	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	2	1,48
In disaccordo	16	11,85
Né in accordo né in disaccordo	50	37,04
D'accordo	44	32,59
Fortemente d'accordo	22	16,30
Astensioni	1	0,74
Totale complessivo	135	100

Tabella 40

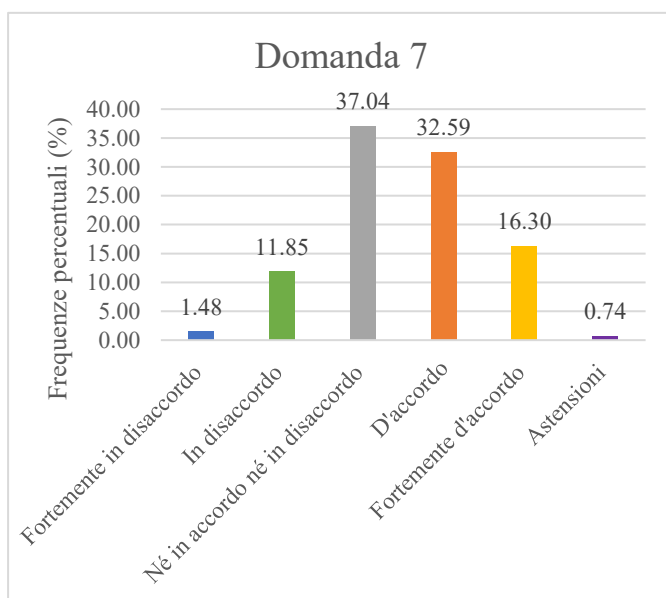


Grafico 39

Anche in questo caso, come nella domanda precedente, si nota che la risposta maggiormente scelta è “né in accordo né in disaccordo”. Il 32,59% degli infermieri ha inoltre risposto “d'accordo”, affermando che nel proprio percorso formativo ha avuto nozioni per quel che riguarda il counseling, la psicologia, la sociologia.

8. Ho avuto l'opportunità di partecipare a lezioni interattive, role playing e corsi di formazione per implementare le capacità di ascolto attivo nelle relazioni.

Risposte domanda 8	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	10	7,41
In disaccordo	36	26,67
Né in accordo né in disaccordo	36	26,67
D'accordo	36	26,67
Fortemente d'accordo	16	11,85
Astensioni	1	0,74
Totale complessivo	135	100

Tabella 41

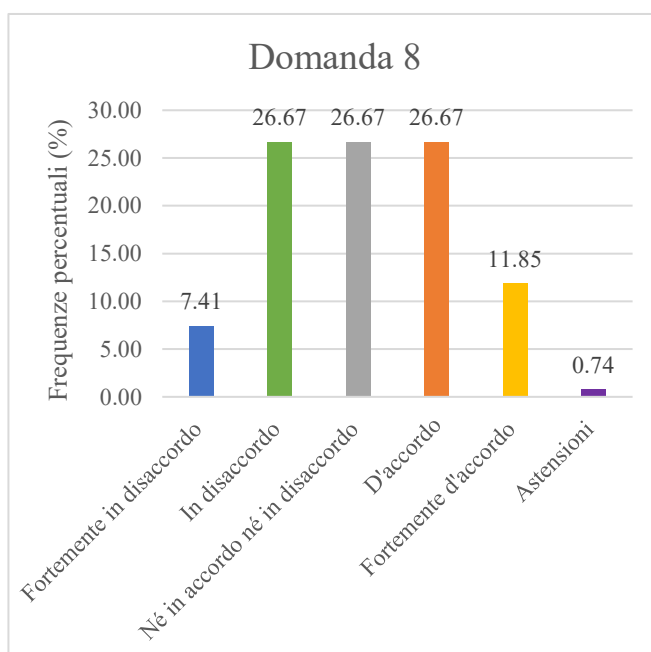


Grafico 40

In questo caso si nota che le risposte sono equamente distribuite tra le opzioni: “in disaccordo”, “né in accordo né in disaccordo” e “d'accordo”. Considerando invece in modo complessivo le opzioni di risposta “fortemente in disaccordo”, in “disaccordo” e “fortemente d'accordo”, “d'accordo” si evidenzia che è maggiore la percentuale degli infermieri che ha

risposto positivamente, nel 38,52% dei casi, contro al 34,08% di coloro che hanno risposto negativamente.

9. Nel mio percorso ho avuto modo di conoscere la Medicina Partecipativa.

Risposta domanda 9	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	36	26,67
In disaccordo	49	36,30
Né in accordo né in disaccordo	37	27,41
D'accordo	7	5,19
Fortemente d'accordo	3	2,22
Astensioni	3	2,22
Totale complessivo	135	100

Tabella 42

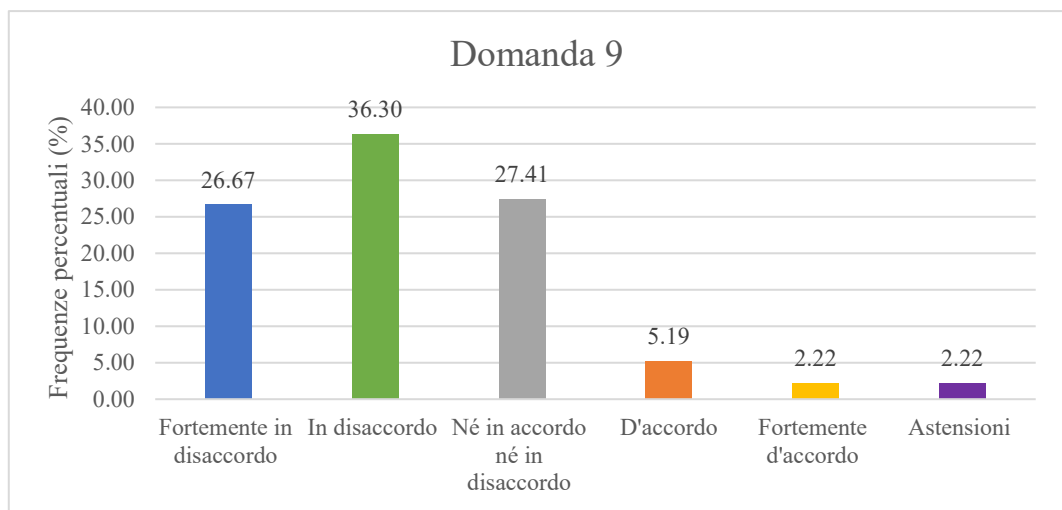


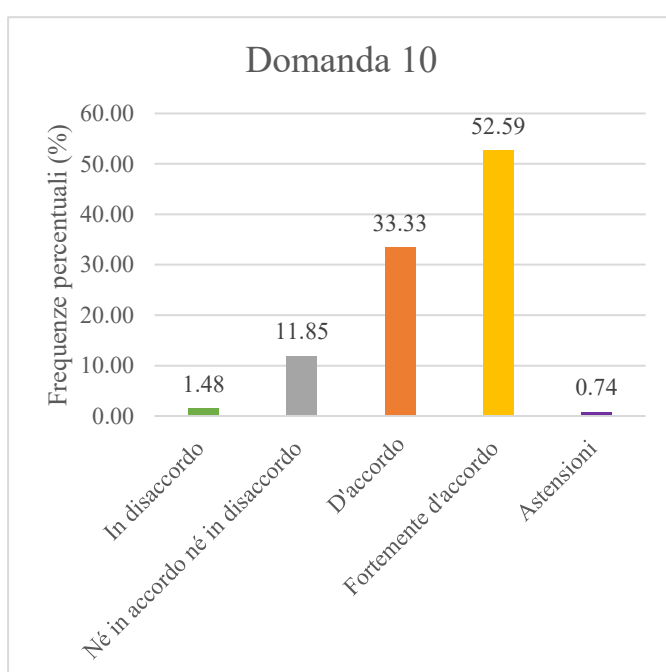
Grafico 41

Nella domanda 9 prevalgono decisamente le risposte negative. Si nota infatti che il 62,97% degli infermieri che hanno partecipato all'indagine, ha risposto "fortemente in disaccordo" o "in disaccordo", affermando di non conoscere la Medicina Partecipativa.

10. Ritengo che sia necessario concordare con la persona un piano di assistenza personalizzato, basato sui suoi bisogni e necessità.

Risposte domanda 10	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
In disaccordo	2	1,48
Né in accordo né in disaccordo	16	11,85
D'accordo	45	33,33
Fortemente d'accordo	71	52,59
Astensioni	1	0,74
Totale complessivo	135	100

Tabella 43



Le risposte alla domanda 10 sono più uniformi e vertono sul versante positivo. L'85,92% degli infermieri si trova "d'accordo" o "fortemente d'accordo" con quanto affermato nella domanda.

Grafico 42

11. Ritengo che la persona assistita debba essere partecipe del proprio percorso di cura.

Risposte domanda 11	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Né in accordo né in disaccordo	5	3,70
D'accordo	38	28,15
Fortemente d'accordo	91	67,41
Astensioni	1	0,74
Totale complessivo	135	100

Tabella 44

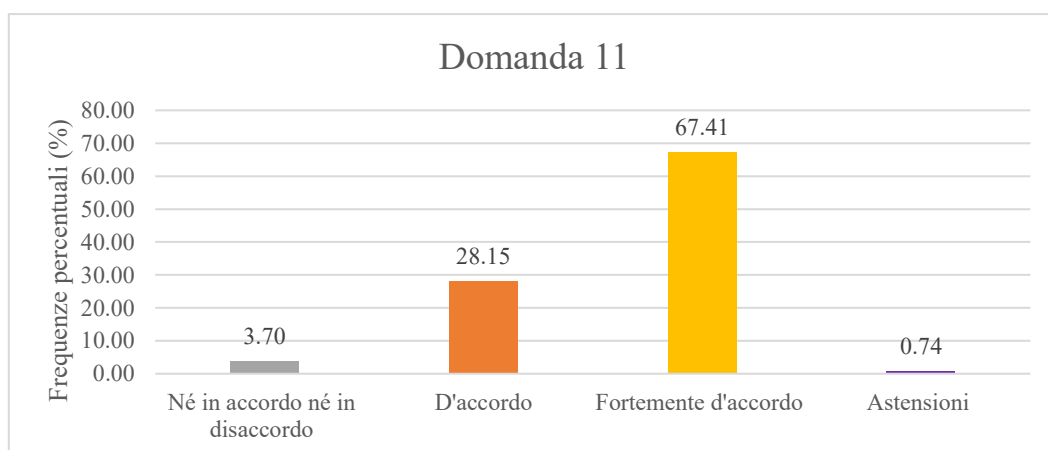


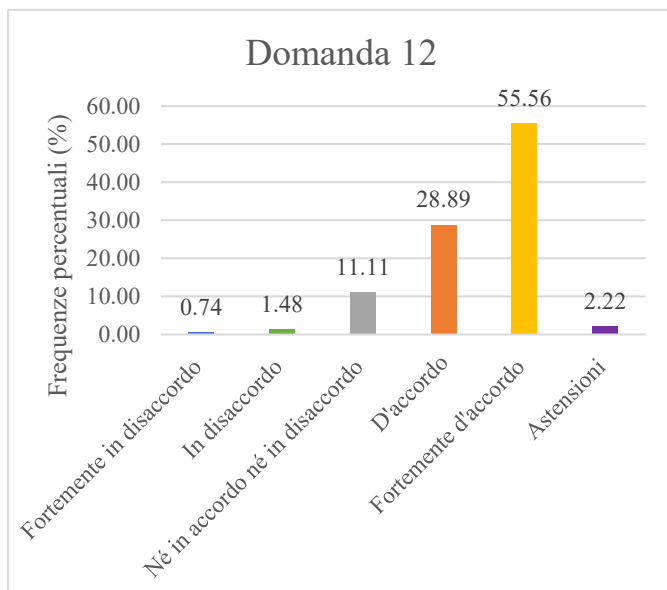
Grafico 43

Alla domanda 11, nessun intervistato ha risposto “fortemente in disaccordo” o “in disaccordo”. Il 95,56% degli infermieri ritiene che la persona assistita debba essere partecipe del proprio processo di cura

12. Ritengo importante che nella formazione di base per il conseguimento del titolo di Laurea abilitante alla professione siano inserite materie umanistiche, finalizzate ad avere maggiori competenze nel campo relazionale.

Risposte domanda 12	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	1	0,74
In disaccordo	2	1,48
Né in accordo né in disaccordo	15	11,11
D'accordo	39	28,89
Fortemente d'accordo	75	55,56
Astensioni	3	2,22
Totale complessivo	135	100

Tabella 45



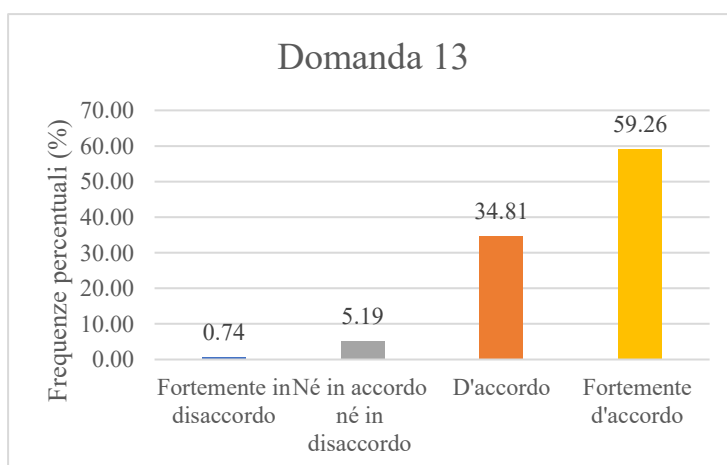
Il 55,56% degli infermieri ha risposto “fortemente d’accordo”, dichiarando che ritiene importante che nella formazione di base dell’infermiere siano inserite materie umanistiche finalizzate ad avere maggiori competenze nel campo relazionale.

Grafico 44

13. La relazione con l’assistito è certamente parte fondamentale del processo di cura ma deve essere integrata con competenze teoriche e pratiche per l’esercizio della professione.

Risposte domanda 13	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	1	0,74
Né in accordo né in disaccordo	7	5,19
D'accordo	47	34,81
Fortemente d'accordo	80	59,26
Totale complessivo	135	100

Tabella 46



Il 94,07% degli infermieri ha risposto “d’accordo” o “fortemente d’accordo” all’affermazione della domanda 13.

Grafico 45

14. Ritengo che la formazione dell'infermiere in questo momento sia completa e non necessiti di modifiche.

Risposte domanda 14	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	24	17,78
In disaccordo	44	32,59
Né in accordo né in disaccordo	52	38,52
D'accordo	12	8,89
Fortemente d'accordo	3	2,22
Totale complessivo	135	100

Tabella 47

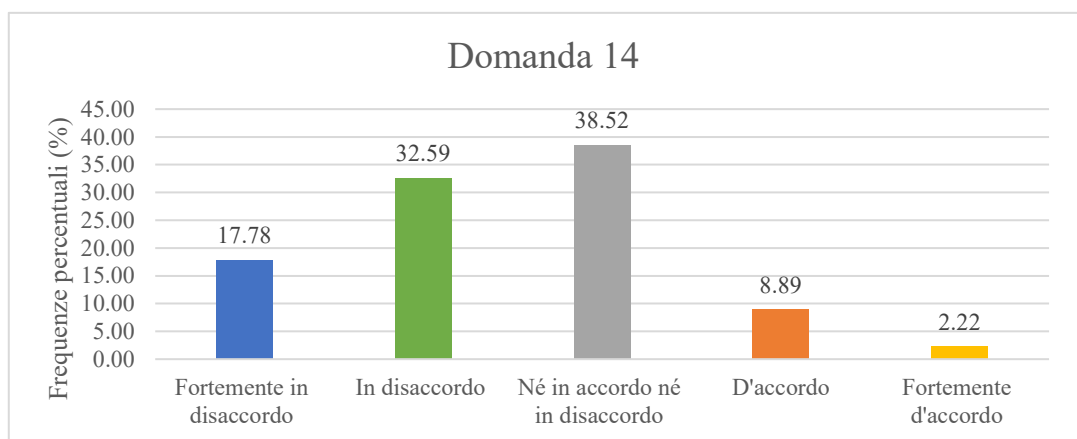


Grafico 46

Il 50,37% degli intervistati ritiene che la formazione dell'infermiere non sia completa e necessiti di modifiche. L'11,11% degli infermieri sostiene invece che la formazione sia completa. Il 38,52% dei soggetti ha espresso parere intermedio rispondendo "né in accordo né in disaccordo".

15. L'importante è che l'infermiere abbia le nozioni teoriche e pratiche per esercitare la professione, l'ambito relazionale dovrebbe competere a psicologi, sociologi ed esperti.

Risposte domanda 15	Frequenze assolute	Frequenze percentuali (%)
Fortemente in disaccordo	54	40,00
In disaccordo	31	22,96
Né in accordo né in disaccordo	36	26,67
D'accordo	6	4,44
Fortemente d'accordo	7	5,19
Astensioni	1	0,74
Totale complessivo	135	100

Tabella 48

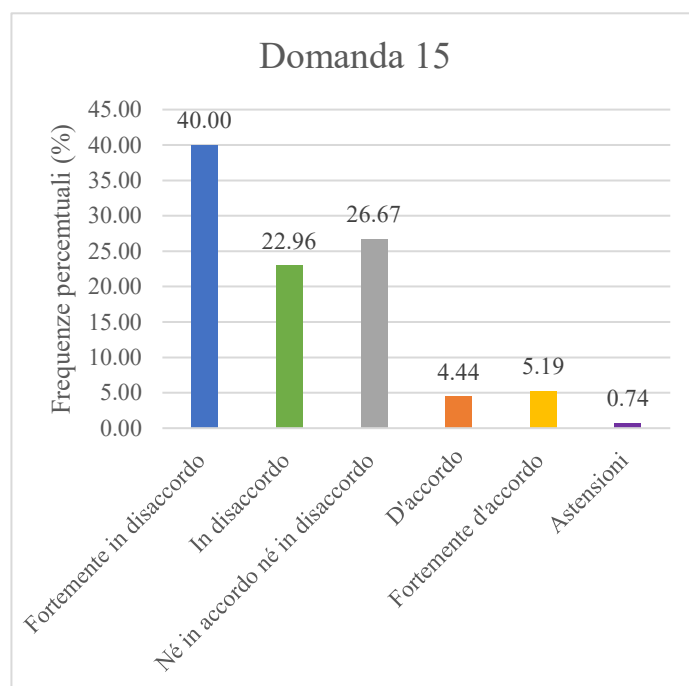


Grafico 47

Il 40% degli intervistati ha risposto “fortemente in disaccordo” all’affermazione proposta dalla domanda 15. Il 5,19% dei soggetti ha invece risposto “fortemente d’accordo” affermando che l’importante è che l’infermiere abbia le nozioni teoriche e pratiche per esercitare la professione e che l’ambito relazionale

dovrebbe competere a psicologi, sociologi ed esperti.

Viene ora riportata la tabella con le misure di variabilità, calcolate per le variabili qualitative ordinali.

Innanzitutto si ricordano le possibili risposte al questionario e i valori corrispondenti. Si è utilizzata la scala Likert con valori da 1 a 5, con i seguenti significati:

	MODA	MEDIA	DS (σ)
ETÀ	2,00	1,79	0,97
ANNO CONS. TITOLO	2,00	2,45	1,06
TITOLI FORMATIVI	1,00	1,45	0,82
D1	5,00	4,79	0,43
D2	5,00	4,78	0,42
D3	4,00	4,00	0,79
D4	4,00	4,01	0,95
D5	3,00	2,58	1,18
D6	3,00	3,54	0,98
D7	3,00	3,51	0,96
D8	4,00	3,09	1,15
D9	2,00	2,18	0,97
D10	5,00	4,38	0,75
D11	5,00	4,64	0,55
D12	5,00	4,40	0,81
D13	5,00	4,52	0,67
D14	3,00	2,45	0,96
D15	1,00	2,11	1,15

- 1= fortemente in disaccordo
- 2= in disaccordo
- 3= né in accordo né in disaccordo
- 4= d'accordo
- 5= fortemente d'accordo

I dati presenti nelle colonne “moda” e “media” sono perciò da leggere secondo quanto scritto sopra.

Tabella 49

Nel caso dell'età, della laurea e dei titoli formativi sono stati attribuiti dei valori in fase di tabulazione dei dati, riportati nelle tabelle 50, 51 e 52.

FASCE DI ETÀ	VALORE ATTRIBUITO
18-30	0
31-40	1
41-50	2
51-60	3
61-70	4

Tabella 51

ANNO CONSEG. TITOLO	VALORE ATTRIBUITO
1971-1980	0
1981-1990	1
1991-2000	2
2001-2010	3
2011-2020	4

Tabella 50

TITOLI FORMATIVI	VALORE ATTRIBUITO
Sudante al terzo anno di corso	0
Laurea di I livello o tit. equipollenti	1
Laurea magistrale	2
Master di I livello	3
Master di II livello	4
Dottorato di ricerca	5

Tabella 52

Si possono ora fare delle considerazioni:
 - La media delle età è pari a 1,79. Ciò significa che l'età media si aggira tra la

fine della fascia 31-40 e l'inizio della fascia 41-50

- La media dell'anno di conseguimento del titolo dei partecipanti è pari a 2,45. Ci troviamo tra la fascia 2, cioè 1991-2000 e la fascia 3, cioè 2001-2010
- La media dei titoli formativi posseduti dagli infermieri è invece pari a 1,45 perciò la maggior parte dei partecipanti ha unicamente la laurea di I livello ma, solamente con questo dato, non possiamo dire quale altro titolo è posseduto dagli intervistati
- La domanda 2 è quella con deviazione standard minore, pari a 0,42
- La domanda 5 è invece quella con maggiore variabilità tra le risposte, con una deviazione standard pari a 1,18

In ultima analisi verranno correlate alcune variabili fra loro.

Si valuterà se le risposte alla domanda 8 possono essere influenzate da variabili anagrafiche come l'età o i titoli formativi dei soggetti.

Fasce di età	Fortemente in disacc.(%)	In disaccordo (%)	Né in acc. né in disacc. (%)	D'accordo (%)	Fortemente d'acc.(%)
18-30	5,56	33,33	27,78	27,78	5,56
31-40	3,85	23,08	26,92	23,08	23,08
41-50	8,77	24,56	29,82	22,81	12,28
51-60	8,82	29,41	20,59	35,29	5,88

Tabella 53

Il 38,89% degli infermieri appartenenti alla fascia di età 18-30 ha risposto "fortemente in disaccordo" o "in disaccordo" alla domanda 8 affermando di non aver avuto l'opportunità di partecipare a lezioni interattive, role playing e corsi di formazione per implementare le capacità di ascolto attivo nelle relazioni. Il 46,15% degli infermieri appartenenti alla fascia 31-40 ha invece risposto "d'accordo" o "fortemente d'accordo" alla domanda 8.

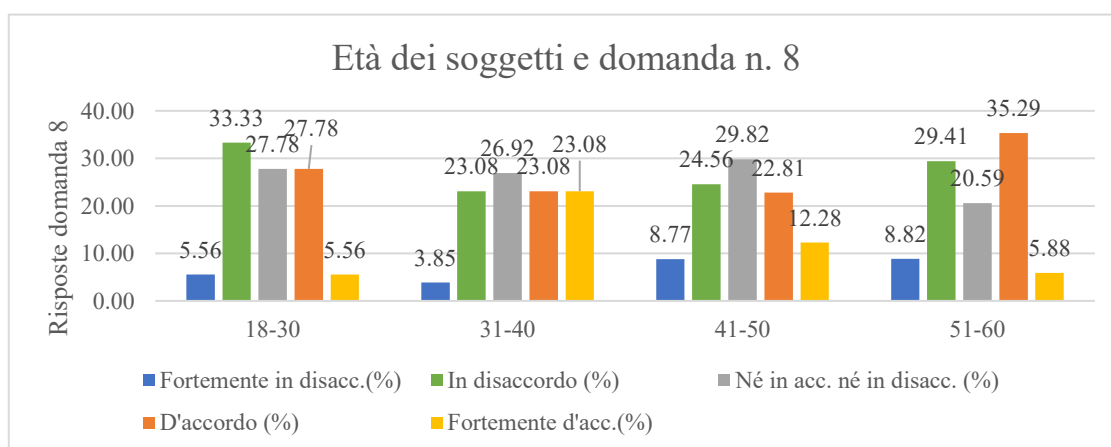


Grafico 48

Si andrà ora a vedere se può essere presente una correlazione tra i titoli di studio in possesso degli infermieri e le risposte alla domanda 8

Titoli di studio	Fortemente in disacc. (%)	In disaccordo (%)	Né in acc. né in disacc. (%)	D'accordo (%)	Fortemente d'acc. (%)
Laurea di I livello	8,00	29,00	23,00	29,00	10,00
Laurea magistrale	0,00	0,00	66,67	33,33	0,00
Master I livello	7,14	25,00	39,29	14,29	14,29
LM + master I livello	0,00	0,00	0,00	50,00	50,00

Tabella 54

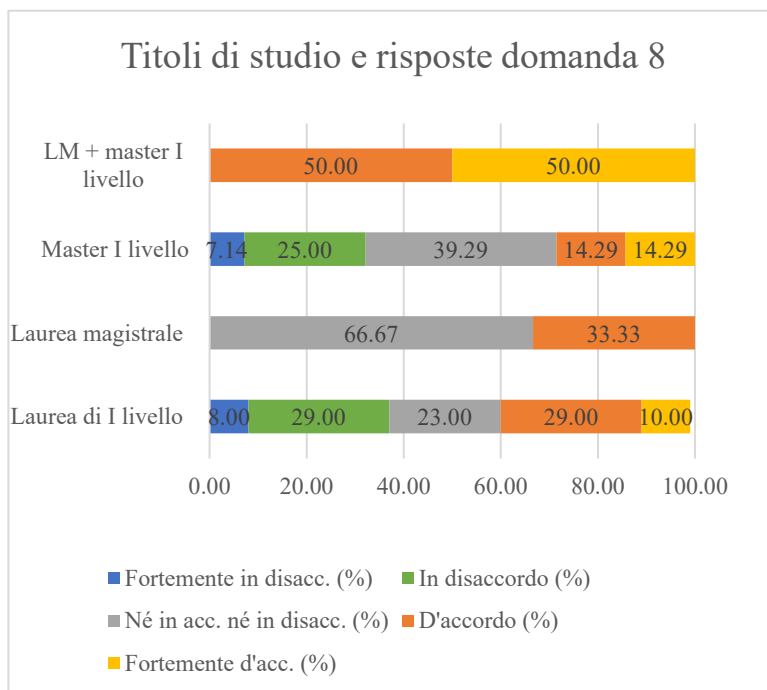


Grafico 49

Innanzitutto si nota che tutti coloro che hanno la laurea magistrale e tutti coloro che hanno sia la laurea magistrale che il master hanno risposto “d'accordo” o “fortemente d'accordo” alla domanda 8, affermando di aver avuto l'opportunità di partecipare a lezioni interattive, role playing e corsi di formazione per implementare la capacità di ascolto attivo nelle relazioni.

Per quanto riguarda coloro che hanno unicamente la laurea triennale o la laurea di I livello e un master di I livello vediamo che le risposte sono quasi equamente distribuite tra i versanti negativi e positivi.

5. DISCUSSIONE

5.1. Campione utenti

Il campione analizzato è formato da 300 persone, 101 uomini (33,67%) e 199 donne (66,33%). L'età degli intervistati va dai 14 agli 80 anni, con una media di 44,74 anni. L'età media registrata nel campione è leggermente più bassa rispetto a quella della popolazione generale che si attesta a 45,7 anni al 1° gennaio 2020 (Report Istat – indicatori demografici, anno 2019). Per quanto riguarda il titolo di studio, l'89% degli intervistati ha almeno il diploma di scuola superiore di II grado, dato decisamente superiore rispetto a quello registrato nella popolazione generale che si attesta a 62,2% (Report Istat – livelli di istruzione e ritorni occupazionali, anno 2019).

5.2. Campione infermieri

Il campione analizzato è formato da 135 infermieri, 20 uomini (14,81%), 114 donne (84,44%) e un soggetto (0,74%) che non ha specificato il genere. Questa distribuzione di genere si discosta da quella nazionale che nel 2016 conta il 75,2% di donne (Dati Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche - FNOPI). L'età dei soggetti è compresa tra le classi 18-30 e 51-60, tra cui la più densamente popolata è la fascia che comprende gli infermieri con età compresa tra i 41 e i 50 anni (42,22%). I dati nazionali mostrano la fascia di età 45-54 come classe più densamente popolata, seguita dalla fascia 35-44. Si nota quindi che i dati del campione sono abbastanza in linea con la popolazione generale anche se non pienamente confrontabili a causa della stratificazione in fasce di età differenti.

Le unità operative a cui appartengono gli intervistati sono (in ordine decrescente da quella in cui sono stati raccolti più questionari): polo endoscopico, oncologia, blocco operatorio, ematologia, neurologia, malattie infettive, nefrologia e dialisi, chirurgia, medicina, gastroenterologia, ostetricia, urologia.

Si analizzeranno ora i titoli formativi in possesso dagli infermieri. Il 74,04% degli intervistati possiede unicamente la laurea di I livello o titoli equipollenti a questa. Il 20,74% degli infermieri possiede, oltre alla laurea di I livello un master di I livello. Il 2,22% degli intervistati possiede la laurea magistrale e il 2,96% possiede sia la laurea magistrale che un master di I livello.

5.3. Analisi generalizzata basata sui quesiti di ricerca

Si passa ora all'analisi dei risultati sulla base dei quesiti di ricerca posti in fase di definizione degli obiettivi. I primi 3 si basano esclusivamente sul "campione utenti", per i restanti invece utilizzeremo il "campione infermieri".

- Qual è l'importanza attribuita dalla popolazione alla relazione con l'infermiere come mezzo di cura? Valutando le risposte degli utenti alla domanda 2 si afferma che solamente 2 persone (0,67%) si sono dichiarate in disaccordo rispetto all'affermazione: "l'infermiere è una figura importante, una guida nella fase di accettazione e nel processo di guarigione dalla malattia". Si osservano inoltre le risposte alla domanda 20: il 77,67% degli intervistati si è dichiarato "d'accordo" o "fortemente d'accordo" con l'affermazione "un infermiere non può essere "completo" nello svolgimento della sua professione se non è disposto ad instaurare una relazione di cura con la persona assistita"
- Quali fattori influiscono sull'importanza attribuita all'infermiere? I fattori che influiscono sull'importanza attribuita all'infermiere sono:
 - o Le fasce di età (influiscono in modo non statisticamente significativo: $p=0,34$). Si nota nel grafico 26 che fra i soggetti con più di 70 anni viene attribuita molta importanza all'infermiere, nelle fasce di età 60-69 e 20-29 sono presenti diversi soggetti che hanno espresso parere neutrale o, nella fascia 20-29, che non ritengono che l'infermiere sia una figura importante. In questo caso si suppone che, nei soggetti più giovani il ruolo dell'infermiere sia meno conosciuto forse anche perché il contatto con i servizi sanitari è minore in giovane età; ci si ricollega così alla seconda variabile analizzata.
 - o L'esperienza di ricovero (influisce in modo non statisticamente significativo; $p=0,49$). In questo caso si nota che, il 90,62% di coloro che sono stati ricoverati ha dichiarato che l'infermiere è una figura importante, una guida nella fase di accettazione della malattia, contro l'86,37% di coloro che non sono stati ricoverati. Si suppone quindi che l'esperienza di

ricovero influenzi l'importanza attribuita alla figura dell'infermiere.

- Quali sono le caratteristiche fondamentali di cui deve essere in possesso l'infermiere, secondo gli utenti?

Per rispondere a questo quesito è necessario analizzare il questionario nella sua interezza. Le varie domande proposte vanno ad indagare infatti diversi aspetti relativi alla pratica infermieristica. Si individuano principalmente 3 campi di interesse:

- Ricerca di comprensione e sensibilità
- Ricerca di gentilezza e rispetto
- Ricerca di partecipazione al piano di cura

Si nota certamente che, tra i tre, gli utenti sono meno interessati al campo “ricerca di gentilezza e rispetto”. Si evidenzia inoltre, osservando le risposte alle domande 9 e 10, che gli utenti ricercano principalmente la partecipazione al piano di cura. Inoltre si constata che il mancato coinvolgimento porta ad una valutazione negativa dell'esperienza di ricovero. Nel grafico 25 vediamo infatti che il 90,81% di coloro che hanno valutato negativamente il ricovero, ha affermato che non si è sentito partecipe nelle scelte riguardanti il proprio percorso di cura. Già nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 possiamo notare che tra i punti focali ne è presente uno che mira a favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio Sanitario nazionale (SSN). Leggiamo infatti “è necessario puntare [...] alla razionalizzazione delle risorse e alla rifinalizzazione più appropriata, coinvolgendo i cittadini e le reti di cittadinanza in operazioni di governance creativa nelle quali cittadino, associazioni di tutela e reti di cittadinanza divengano sponsor e attori del sistema sanitario nazionale garantendo la partecipazione consapevole” [2]. L'importanza del coinvolgimento del paziente al piano di cura è ribadita a più riprese in diversi articoli, che affermano come la partecipazione abbia effetti proprio sulla

² Ministero della salute, Piano Sanitario Nazionale 2006-2008; 23-24

soddisfazione del paziente, sull'aderenza ai trattamenti e sullo stato di salute della persona [3 4 5].

Infine si sottolinea l'interesse dell'utente anche nei confronti del campo "comprensione e sensibilità". In questo caso si nota quanto la comprensione da parte dell'infermiere possa influire positivamente sull'esperienza di ricovero.

Nel grafico "comprensione ed esperienza di ricovero" (grafico 24) si vede che l'84,44% di coloro che hanno valutato positivamente il ricovero ha dichiarato di essersi sentito compreso dagli infermieri e che questo è stato di aiuto. Questa correlazione tra l'esperienza di ricovero e la comprensione, la comunicazione e l'ascolto da parte dell'infermiere è stata notata anche nello studio "*Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction*" [6]

Per concludere l'analisi di questo quesito di ricerca analizziamo la domanda 8. Questa è la domanda con deviazione standard minore e quindi con minore variabilità tra le risposte. Il 96% degli intervistati ha infatti dichiarato che è importante essere ascoltato dall'infermiere. A questo proposito, nello studio di L. Kacperek leggiamo che "l'uso abile della comunicazione non verbale attraverso il silenzio, l'espressione facciale, il tatto e la vicinanza fisica, sembrava facilitare l'ascolto attivo e ha contribuito a sviluppare empatia, intuizione e presenza tra l'infermiera e il paziente [...] si suggerisce che una comunicazione efficace dipenda dalla capacità dell'infermiere di ascoltare e utilizzare le capacità di comunicazione non verbale" [7]

³Renzi, C., Goss, C., & Mosconi, P. (2008) *Efforts to link declarations to actions: Italian experiences of shared decision making in clinical settings*; 589-593

⁴Joosten, E.A., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G.H., Sensky, T., Van der Staak, C.P., & De Jong, C.A. (2008) *Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status*. S. Karger AG, Basel; 219-226

⁵Elwyn, G., Edwards, A., Hook, K., Robling, M., Atwell, C., Russel, I. et al. (2004) *Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice*; Family Practice Vol. 21, No. 4; 337-346

⁶Wanzer, M.B., Butterfield, M.B., & Gruber, K. (2004) *Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction*; Health Care Communication, 363-383.

⁷Kacperek, L. (1997) *Non-verbal communication: the importance of listening*; British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 275-279

- Gli infermieri reputano la relazione tra infermiere e utente parte integrante del processo di cura?

Per rispondere al quesito si utilizzano le domande 1, 2, 3 e 4. Innanzitutto dobbiamo fare accenno alla domanda 2. Tutti i soggetti infatti hanno affermato che la relazione che si crea tra infermiere e persona assistita è anche essa parte integrante del processo di cura. Un andamento pressochè uguale si trova nella domanda 1, in cui i partecipanti affermano che ritengono che una parte importante del lavoro dell'infermiere sia relazionarsi con le persone. Si trova maggiore variabilità nelle risposte alle domande 3 e 4. La domanda 3, per il modo in cui è formulata, lascia più spazio alle differenze interindividuali e chiede al compilatore che cosa farebbe di fronte ad una determinata situazione. Possiamo comunque notare che solamente il 2,22% dei soggetti ritiene che non sia giusto fermarsi a parlare con una persona che ha bisogno di confidarsi se ciò comportasse un ritardo nella programmazione delle attività quotidiane.

Infine nella domanda 4 si nota che il 74,81% dei soggetti ha dichiarato che i tempi lavorativi a volte impediscono di dedicare del tempo alla relazione con le persone assistite. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che la dotazione minima obbligatoria effettiva di infermieri in una determinata U.O. è definita da delibere regionali e regolamenti interni ai presidi ospedalieri e non è presente, ad oggi, una direttiva nazionale chiara ed univoca. Ciò comporterebbe, in mancanza di personale sufficiente, un aumento del carico di lavoro del singolo infermiere. Nel rispondere al quesito si conclude dicendo che gli infermieri reputano la relazione tra infermiere e utente parte integrante del processo di cura e che si è potuta riscontrare una difficoltà nel dedicare tempo opportuno alla cura della relazione con l'utente, a causa dei ritmi di lavoro.

È doveroso quindi citare l'articolo 4 del codice deontologico (2019) "Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di

relazione è tempo di cura” [8] che raccoglie al meglio sia i bisogni delle persone assistite sia la *mission* infermieristica.

- Quanto gli infermieri ritengono importante la partecipazione dell’utente al piano di cura?

Osservando come hanno risposto gli infermieri alla domanda 10 e 11 si afferma senza dubbio che essi ritengono importante concordare con la persona un piano di assistenza personalizzato, basato sui suoi bisogni e necessità. Questo risultato è sicuramente positivo, dato quanto discusso sopra. Infatti da un lato gli utenti sono interessati e cercano partecipazione al piano di cura e d’altra parte ci sono degli infermieri che sono disposti e reputano importante la costruzione di un piano di cura insieme alla persona assistita per poter così collaborare e ottenere anche i benefici presentati dagli articoli sopra citati [2, 3, 4].

- Gli infermieri si reputano sufficientemente formati alla relazione?

Per rispondere al quesito, si analizzano le risposte alla domanda 6. Il 35,56% degli intervistati ha risposto “né in accordo né in disaccordo” all’affermazione “nel mio percorso formativo mi è stata data l’opportunità di imparare a stabilire una relazione efficace”. Questo potrebbe essere legato alla volontà del compilatore di esprimere effettivamente un parere neutrale, come previsto dalla scala Likert, in merito alla formazione ricevuta, o agli strumenti utilizzati nel formare alla relazione. Nei quesiti seguenti, si potrà fare maggiore chiarezza su questo punto. Il 49,63% degli infermieri si è invece trovato “d’accordo” o “fortemente d’accordo” con l’affermazione.

- Quali sono i mezzi utilizzati per formare gli infermieri?

Nelle domande 7 e 8 vengono proposti dei possibili strumenti di formazione alla relazione. Il 48,89% degli infermieri ha affermato che nel percorso formativo ha avuto nozioni per quel che riguarda il counseling, la psicologia e la sociologia. La situazione è diversa invece per quando riguarda l’opportunità di partecipare a

⁸ Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019)

lezioni interattive, role playing e corsi di formazione per implementare le capacità di ascolto attivo nelle relazioni. Si nota infatti che la stessa percentuale di soggetti (26,67%) ha risposto “in disaccordo”, “né in accordo né in disaccordo” e “d’accordo”.

Questa differenza tra le due domande potrebbe essere dovuta al fatto che la psicologia e la sociologia sono inserite come insegnamenti nella formazione di base e quindi sono maggiormente conosciute, mentre metodi più alternativi come quelli proposti dal quesito 8, sono meno fruibili. Si afferma inoltre che non è presente una vera e propria relazione tra l’età dei soggetti e la domanda numero 8, infatti tra le varie fasce di età le modalità di risposta sono piuttosto distribuite e questo non ci fa pensare che sia l’età ad influire sulla partecipazione a lezioni interattive, role playing e altri strumenti ai fini di migliorare la relazione con l’utente. L’età non influisce infatti in modo statisticamente significativo, con un valore p pari a 0,91. Non si può dire la stessa cosa per l’altra variabile analizzata. Infatti si suppone esista una correlazione tra il titolo di studio e le risposte alla domanda 8 dato che tutti gli infermieri che sono in possesso della laurea magistrale hanno dichiarato di aver partecipato a lezioni interattive, role playing e corsi di formazione per implementare la capacità di ascolto attivo nelle relazioni. La supposizione è confermata e statisticamente significativa, con un valore p pari a 0,05.

- Gli infermieri conoscono le Medical Humanities e la Medicina Partecipativa?

Nel questionario sono presenti due domande (5 e 9) che richiedono proprio al compilatore se conosce le discipline sopra citate. La domanda 5 è quella con deviazione standard maggiore, pari a 1,15 e questo ci fa capire che c’è un’alta variabilità tra le risposte. Sommando le risposte concordi si nota che il 46,67% dei soggetti ha affermato che non ha avuto modo di scoprire le Medical Humanities nel proprio percorso formativo, contro il 20,74% che ha invece affermato il contrario. Il 28,15% dei soggetti si è dichiarato neutrale, forse per indicare una conoscenza sommaria dell’argomento, mentre il 4,44% dei soggetti si è astenuto dal rispondere probabilmente perché non conosce l’argomento e non ha voluto esprimere il proprio giudizio.

Per quanto riguarda la domanda 9 invece si nota che prevalgono decisamente le risposte negative. Infatti il 62,97% dei soggetti afferma di non conoscere la Medicina Partecipativa.

- È necessario implementare la formazione dell'infermiere?
Solamente l'11,11% degli intervistati ritiene che la formazione dell'infermiere sia completa e non necessiti di modifiche. La restante parte si è espressa in disaccordo o neutrale riguardo all'affermazione proposta nella domanda 14.

- Le *Medical Humanities* possono essere uno strumento per implementare la formazione dell'infermiere?

Ci si trova ora a rispondere al quesito che può essere definito centrale per questa tesi di laurea. Per il momento ci si limiterà ad osservare le risposte alle domande 12 e 15 e successivamente si approfondirà ulteriormente l'argomento in fase di conclusione.

Il 62,96% degli infermieri ritiene che l'ambito relazionale è anche di pertinenza infermieristica e non dovrebbe competere unicamente a psicologi, sociologi ed esperti.

Nella domanda 12 infine vediamo che l'84,45% degli infermieri ritiene importante che nella formazione di base per il conseguimento del titolo di Laurea abilitante alla professione siano inserite materie umanistiche, finalizzate ad avere maggiori competenze nel campo relazionale.

6. CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Dopo aver analizzato i dati e le informazioni ottenute con questo studio è possibile trarre alcune conclusioni:

- La popolazione in generale ritiene importante il ruolo dell'infermiere, come guida nelle varie fasi della malattia. Gli utenti ricercano prevalentemente la partecipazione al proprio piano di cura ma con un'attenzione anche alla sensibilità mostrata dall'infermiere e alla gentilezza e al rispetto con cui egli si rapporta loro.
- Gli infermieri ritengono che la relazione con l'assistito sia parte integrante del processo di cura anche se dichiarano che, alcune volte, i ritmi lavorativi impediscono di dedicarsi appieno al rapporto con l'utente. Le discipline per formare gli infermieri risultano essere principalmente il counseling, la psicologia e la sociologia mentre la maggior parte di essi dichiara di non conoscere le *Medical Humanities* e la Medicina partecipativa. Si può notare inoltre una correlazione, statisticamente significativa ($p= 0,05$), tra il titolo di studio in possesso degli infermieri e la partecipazione a lezioni interattive, role playing e corsi di formazione per implementare le capacità di ascolto attivo nei confronti degli utenti. Si può quindi affermare che nella formazione di base sono poco utilizzati strumenti alternativi alla didattica frontale e che, in generale, non tutti gli infermieri si sentono formati alla relazione.
- È necessario implementare la formazione dell'infermiere. Le *Medical Humanities* potrebbero essere inserite nel percorso formativo triennale con lo scopo di fornire strumenti comuni che possano essere utilizzati dall'infermiere nel costruire una relazione di aiuto efficace.

Lo studio si è rivelato molto interessante e raffigura solamente un punto di partenza per eventuali approfondimenti sull'argomento. Sarebbe interessante comparare le opinioni di utenti ed infermieri tra loro e, progetto ben più ambizioso, potrebbe essere quello di andare a sperimentare se e come la formazione con le *Medical Humanities* nei nuovi studenti o in infermieri già esperti, potrebbe impattare nella pratica clinica. I risultati dello studio fanno infatti supporre che il rapporto utente-infermiere potrebbe migliorare con una formazione specifica del professionista. Gli utenti, ricercano partecipazione al piano di cura e ricercano degli infermieri che possano fornire loro un'assistenza orientata al rispetto dell'autodeterminazione.

Nel mondo dell'EBN (Evidence Based Nursing), in cui si cerca di operare sempre più con strumenti che siano basati sulla ricerca, sulla letteratura scientifica e che abbiano alla base delle prove di efficacia, si deve far sì che ogni ambito, esplorato nel proprio lavoro, sia in qualche modo sostenuto da strumenti validati ed efficaci. Così, anche l'aspetto relazionale non andrebbe lasciato da parte ma, si dovrebbero cercare degli strumenti che possano fornire una guida all'infermiere che si relaziona con l'assistito, senza ovviamente togliere l'autonomia del professionista. Questo studio ha mostrato la presenza di tanti aspetti da esplorare per quello che concerne la relazione tra infermiere e utente, che riguardano ogni aspetto della pratica clinica e gestionale quotidiana. Si è reso chiaro che le *Medical Humanities* potrebbero costituire un punto di partenza per quello che è un'assistenza centrata sulla persona e sui suoi bisogni.

“Le Medical Humanities hanno così uno scopo chiaro e definito, un grande ruolo pedagogico per la relazione di cura: edificare l'uomo che accoglie. Insegnando che prima accoglienza è l'ascolto.” Delvecchio G.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Bernegger, G., Castiglioni, M. & Garrino L. (2014). *Un medico tra radure, tigri e jazz. A colloquio con Rita Charon*. Rivista per le Medical Humanities; Vol. 28, Maggio-Agosto 2014; 48-59.
- Bonadonna, G. (2017). *La dimensione etica nella pratica di cura*. Corso di formazione medical humanities, per una nuova educazione alle cure; 16-18.
- Casati, S. (2017). *Medicina partecipativa e paziente esperto*. Corso di formazione Medical Humanities, per una nuova educazione alle cure; 2017; 19-20.
- *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche* (2019). Federazione Nazionale Collegi Ipasvi.
- Cosmacini, G., & Rugarli C. (2007). *Introduzione alla medicina*. Laterza.
- Elwyn, G., Edwards, A., Hood, K., Robling, M., Atwell, C., Russel, I. et al. (2004). *Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice*; Family Practice Vol. 21, No. 4; 337-346.
- Gaufberg, E. & Hodges, B. (2016). *Humanism, compassion and the call to caring*. John Wiley & Sons Ltd. Medical Education; 50; 2016; 264-266.
- Joosten, E.A., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G.H., Sensky, T., Van der Staak, C.P., & De Jong, C.A. (2008). *Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status*. S. Karger AG, Basel; 219-226.
- Kacperek, L. (1997). *Non-verbal communication: the importance of listening*; British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 275-279.

- Manthe, M. (2009). *La pratica del primary nursing, l'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse. Il pensiero scientifico.*
- Ministero della salute, Consiglio Superiore di Sanità. (2018). *Medical Humanities nell'epoca della medicina tecnologica e informatica.*
- Ministero della salute, Piano Sanitario Nazionale 2006-2008; 23-24.
- Ong, E. K. & Anantham, D. (2019). *The Medical Humanities: Reconnecting with the Soul of Medicine.* Annals, Academy of Medicine, Singapore; Vol. 48 No. 7, July 2019.
- Renzi, C., Goss, C., & Mosconi, P. (2008). *Efforts to link declarations to actions: Italian experiences of shared decision making in clinical settings;* 589-593.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Bouchal, S. R., Chochinov, H. M., & Hagen, N. H. (2017). *Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences and preferences;* Palliative Medicine; Vol. 31(5); 437-447.
- Soto-Rubio, A. & Sinclair, S. (2018). *In defense of sympathy, in consideration of empathy, and in praise of compassion: A history of the present.* Journal of Pain and Symptom Management; Vol. 55 No. 5, May 2018; 1428-1434.
- Spinsanti, S. (2016). "Humanities" per essere medici (e non ingegneri di organi malati...); *La professione medicina, scienza, etica e società;* FNOMCEO, 23-38.
- Trabucco, G. (2017). *Strumenti efficaci per migliorare la relazione tra curanti e curati.* Corso di formazione Medical Humanities, per una nuova educazione alle cure; 14-15.

- Wanzer, M.B., Butterfield, M.B., & Gruber, K. (2004). *Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction*; Health Care Communication, 363-383.

8. ALLEGATI

8.1. Allegato 1: questionario utenti

Salve, sono Sara Bacchiani, una studentessa di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Pesaro. Le chiedo qualche minuto del suo tempo per rispondere ad alcune domande allo scopo di raccogliere dati per la mia tesi di laurea. Lo studio è finalizzato a comprendere cosa si pensa a proposito del rapporto tra infermiere e persona assistita, con una particolare attenzione all'argomento *Medical Humanities* e Medicina Partecipativa.

Lo studio, sarà realizzato attraverso un questionario anonimo on line rispettando le norme di Buona Pratica Clinica ed Etica della Ricerca (Decreto Ministero della Salute 14/07/1997), nonché quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti, secondo quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali (Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101).

I dati raccolti saranno successivamente soggetti ad elaborazione statistica e trasformati in forma totalmente anonima. In tale forma, verranno utilizzati a fini didattici, per la discussione della Tesi di Laurea ed eventualmente inseriti in pubblicazioni e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico.

Nella prima parte dovrà indicare la risposta scelta tra quelle in elenco mentre nella seconda parte dovrà indicare un valore da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo) per esprimere il suo parere riguardo l'affermazione data.

Parte prima

1. Il suo genere:
 - Uomo
 - Donna
2. La sua età: _____
3. Il suo titolo di studio:
 - Quinta elementare
 - Diploma scuola superiore di I grado

- Diploma scuola superiore di II grado
- Laurea di I livello
- Laurea di II livello
- Dottorato

Seconda parte

1. È importante avere un punto di riferimento a cui affidarsi durante la malattia

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

○ ○ ○ ○ ○

1 2 3 4 5

2. L'infermiere è una figura importante, una guida nella fase di accettazione e nel processo di guarigione dalla malattia

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

○ ○ ○ ○ ○

1 2 3 4 5

3. Non reputo importante che l'infermiere conosca il mio vissuto, la mia esperienza con la malattia e i miei desideri

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

○ ○ ○ ○ ○

1 2 3 4 5

4. Non reputo importante che l'infermiere sia in grado di percepire e capire i miei sentimenti, le mie emozioni e paure

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

○ ○ ○ ○ ○

1 2 3 4 5

5. Preferisco che l'infermiere conosca bene la mia patologia, la mia terapia e i trattamenti in programma, non mi interessa che sia cordiale e gentile

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

○ ○ ○ ○ ○

1 2 3 4 5

6. È fondamentale che l'infermiere conosca il mio nome

Fortemente in disaccordo

1

2

3

Fortemente d'accordo

4

5

7. Non è importante che l'infermiere si presenti al nostro primo incontro

Fortemente in disaccordo

1

2

3

Fortemente d'accordo

4

5

8. È importante che l'infermiere mi ascolti

Fortemente in disaccordo

1

2

3

Fortemente d'accordo

4

5

9. È fondamentale che l'infermiere mi fornisca indicazioni utili a rendere più agevole il contatto con l'insieme dei servizi sanitari, che mi renda partecipe del percorso assistenziale e che si confronti con me riguardo ai miei bisogni e alle mie priorità

Fortemente in disaccordo

1

2

3

Fortemente d'accordo

4

5

10. Non mi interessa di conoscere la mia patologia con precisione o i trattamenti che sono in programma per me, preferisco rimanerne all'oscuro. Non voglio essere partecipe del mio progetto di cura

Fortemente in disaccordo

1

2

3

Fortemente d'accordo

4

5

11. È mai stato ricoverato in ospedale o ha fatto assistenza a persone care ricoverate?

- Sì
- No

Risponda alle domande successive solo se ha risposto SI alla domanda 11

12. Reputo positiva la mia esperienza del ricovero in generale

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

13. Il rapporto che si è creato con gli infermieri del reparto è stato di aiuto nell'esperienza del ricovero

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

14. Mi sono sentito compreso dagli infermieri e questo mi è stato di grande aiuto

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

15. L'infermiere mi ha comunicato quale fosse il motivo delle azioni quotidiane, abbiamo concordato insieme un piano di assistenza basato sui miei bisogni e sulle mie priorità

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

16. Non sempre sono stato compreso nelle mie necessità, nelle mie ansie e paure

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

17. Mi sono sentito partecipe nelle scelte riguardanti il mio percorso di cura

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

18. Mi sono sentito trattato in modo uniforme da tutta l'equipe infermieristica

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

19. L'infermiere dovrebbe essere formato per quello che riguarda il giusto modo di relazionarsi alle persone assistite

Fortemente in disaccordo
 1 2 3 4 5
Fortemente d'accordo

20. Un infermiere non può essere "completo" nello svolgimento della sua professione se non è disposto ad instaurare una relazione di cura con la persona assistita

Fortemente in disaccordo
 1 2 3 4 5
Fortemente d'accordo

La ringrazio per la collaborazione. I risultati dello studio saranno esposti nella discussione della tesi di Laurea.

8.2. Allegato 2: questionario infermieri

Gentile infermiere/a, sono Sara Bacchiani, una studentessa di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Pesaro. Le chiedo qualche minuto del suo tempo per rispondere ad alcune domande al fine di raccogliere dati per la mia tesi di laurea. Lo studio è finalizzato a conoscere il pensiero degli infermieri sul tema della relazione, con un'attenzione particolare alle *Medical Humanities* e Medicina Partecipativa.

Lo studio, sarà realizzato attraverso un questionario anonimo rispettando le norme di Buona Pratica Clinica ed Etica della Ricerca (Decreto Ministero della Salute 14/07/1997), nonché quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti, secondo quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali (Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101). I dati raccolti saranno successivamente soggetti ad elaborazione statistica e trasformati in forma totalmente anonima. In tale forma, verranno utilizzati a fini didattici, per la discussione della Tesi di Laurea ed eventualmente inseriti in pubblicazioni e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico. Nella prima parte dovrà indicare con una X la risposta scelta tra quelle in elenco mentre nella seconda parte dovrà indicare con una X un valore da 1 (fortemente in disaccordo) a 6 (fortemente d'accordo) per esprimere il suo parere riguardo l'affermazione data.

Prima parte

1. Il suo genere:
 - Uomo
 - Donna
 2. La sua età:
 - 18 – 30
 - 31 – 40
 - 41 – 50
 - 51 – 60
 - 61 - 70
 3. In che anno ha conseguito la Laurea abilitante o titolo equipollente?
 - 1971 – 1980
 - 1981 – 1990
 - 1991 – 2000
 - 2001 – 2010
 - 2010 – 2020
 - Studente al terzo anno di corso
 4. In che unità operativa lavora attualmente?
-
5. Che tipo di formazione ha conseguito? (è possibile barrare più risposte)
 - Studente al terzo anno di corso
 - Formazione di base con Laurea di I livello o titolo equipollente
 - Laurea magistrale
 - Master di I livello
 - Master di II livello
 - Dottorato di ricerca

Seconda parte

1. Ritengo che una parte importante nel lavoro dell'infermiere sia relazionarsi con le persone

Fortemente in disaccordo 1 2 3 4 5 Fortemente d'accordo

2. La relazione che si crea tra infermiere e persona assistita è anche essa parte integrante del processo di cura

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

3. Sei in unità operativa e una persona inizia a parlare e ad aprirsi con te, ha bisogno di confidarsi: è giusto fermarsi a parlare con quest'ultima anche se ciò comporta un ritardo nella programmazione delle attività quotidiane

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

4. Alcune volte i ritmi lavorativi mi impediscono di dedicare del tempo alla relazione con le persone assistite come vorrei

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

5. Nella mia formazione ho avuto modo di scoprire e approfondire le conoscenze sulle *Medical Humanities*

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

6. Nel percorso formativo mi è stata data l'opportunità di imparare a stabilire una relazione efficace

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

7. Nel mio percorso formativo ho avuto nozioni per quel che riguarda il counselling, la psicologia, la sociologia

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

8. Ho avuto l'opportunità di partecipare a lezioni interattive, role playing e corsi di formazione per implementare le capacità di ascolto attivo nelle relazioni

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

9. Nel mio percorso formativo ho avuto modo di conoscere la Medicina Partecipativa

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

10. Ritengo che sia necessario concordare con la persona un piano di assistenza personalizzato basato sui suoi bisogni e necessità

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

11. Ritengo che la persona assistita debba essere partecipe del proprio processo di cura

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

12. Ritengo importante che nella formazione di base per il conseguimento del titolo di Laurea abilitante alla professione siano inserite materie umanistiche, finalizzate ad avere maggiori competenze nel campo relazionale

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

13. La relazione con l'assistito è certamente parte fondamentale del processo di cura ma deve essere integrata con competenze teoriche e pratiche per l'esercizio della professione

Fortemente in disaccordo Fortemente d'accordo

1 2 3 4 5

14. Ritengo che la formazione dell'infermiere in questo momento sia completa e non necessiti di modifiche

Fortemente in disaccordo			Fortemente d'accordo	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5

15. L'importante è che l'infermiere abbia le nozioni teoriche e pratiche per esercitare la professione, l'ambito relazionale dovrebbe competere a psicologi, sociologi ed esperti

Fortemente in disaccordo			Fortemente d'accordo	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5

La ringrazio per la collaborazione. I risultati dello studio saranno esposti nella discussione della tesi di Laurea.