



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Le competenze relazionali degli
studenti infermieri: elaborazione
di una metodologia didattica**

Relatore: Dott.ssa
FIorentini Rita

Tesi di Laurea di:
LUconi Giulia

Correlatore: Dott. Ric.
GIuliani Lucia

A.A. 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
OBIETTIVI.....	3
CAPITOLO 1. IL FOCUS GROUP	4
1.1 DEFINIZIONE ED ORIGINE DEL FOCUS GROUP	4
1.2 COME E QUANDO UTILIZZARE UN FOCUS GROUP	5
CAPITOLO 2. LA RELAZIONE TERAPEUTICA, IMPORTANZA E CONDIZIONI NECESSARIE PER POTERLA INSTAURARE	9
2.1 CONDIZIONI NECESSARIE PER INSTAURARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA: AUTENTICITÀ.....	10
2.2 CONDIZIONI NECESSARIE PER INSTAURARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA: ACCETTAZIONE POSITIVA E ASCOLTO	11
2.2.1 ACCETTAZIONE POSITIVA	11
2.2.2 ASCOLTO	12
2.3 CONDIZIONI NECESSARIE PER INSTAURARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA: EMPATIA.....	15
2.3.1 DIAGRAMMA DI FLUSSO PER PRATICARE L'EMPATIA	19
CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI	20
3.1 METODOLOGIA DI RICERCA.....	20
3.2 STRUTTURA DEL FOCUS GROUP E DELLE MICROSCRITTURE	21
3.3 IL CAMPIONE.....	23
CAPITOLO 4. RISULTATI	24
4.1 RISULTATI MICROSCRITTURE	28
CAPITOLO 5. DISCUSSIONE	31
CAPITOLO 6. CONCLUSIONE	34
BIBLIOGRAFIA	37
ALLEGATI	42

ABSTRACT

Introduzione

La relazione di cura è parte integrante del lavoro svolto dall'infermiere, tuttavia al giorno d'oggi, purtroppo, quest'aspetto viene messo in secondo piano per mancanza o inadeguato sviluppo delle abilità comunicative da parte dei professionisti, essenziali per instaurare una buona relazione.

Obiettivi

L'obiettivo di questo elaborato è quello di indagare circa la percezione della relazione di cura degli studenti del secondo anno di infermieristica.

Materiali e metodi

Sono stati eseguiti due incontri: nel primo è stato condotto un focus group, mentre nel secondo incontro gli studenti hanno dovuto esprimersi circa le loro esperienze, avute durante il tirocinio clinico, attraverso delle microscritture. La ricerca è stata condotta presso l'Università Politecnica delle Marche, Corso di Laurea in Infermieristica afferente alla classe di laurea (L/SNT1), sede di Macerata.

Risultati

I risultati dimostrano l'utilità dello strumento focus group per la variabile relazione. I dati di interesse a supporto di ciò sono stati ricavati dalle griglie compilate dai due osservatori, verbale e non verbale durante lo svolgimento dell'intervista semi-strutturata. Inoltre, il focus group ha consentito di far emergere idee ed esperienze dei ragazzi, createsi durante il tirocinio clinico, che hanno scaturito conversazioni tra i partecipanti. In seguito al focus group gli studenti si sono occupati della stesura di microscritture dalla quale abbiamo rilevato altri dati di interesse relativi la percezione della loro autenticità.

Discussione

L'indagine condotta mediante il focus group si è rivelata efficace: si è in primis rivelato efficace lo strumento stesso, mantenendo l'attenzione dei ragazzi sempre elevata e consentendoci di valutare la congruenza tra comunicazione verbale e non; ci ha permesso inoltre di riflettere e di indagare in modo più dettagliato circa le considerazioni fatte emergere dai ragazzi relative alla relazione di cura e alla formazione alle competenze relazionali.

INTRODUZIONE

La Relazione di Cura è un elemento di fondamentale importanza per l'infermiere nello svolgimento del proprio lavoro, la ritroviamo infatti all'art. 4 Capo I del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche che riporta "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"¹.

La Relazione di Cura è, come vedremo, un processo all'interno del quale due persone stabiliscono un legame forte, intenso, profondo, laddove una delle due si trova in una condizione di bisogno, ovvero nell'impossibilità di risolvere autonomamente un problema, mentre l'altra possiede gli strumenti per identificare una possibile soluzione. Così la definisce nel 1951 Carl Rogers, il fondatore del Counseling: "una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato"². Quest'ultima è parte integrante del Processo di Nursing, ossia un approccio Mentale e Operativo che l'infermiere utilizza durante il lavoro, è una "guida" di cui quest'ultimo si avvale predefinita ma flessibile che gli permette di fornire all'assistito un'assistenza appropriata ed efficace assumendo un ruolo attivo nelle decisioni sulla sua salute. Secondo l'ANA (American Nurses Association, 2003) il Processo di Nursing non identifica solo i problemi di salute ma la promuove, aiuta ad integrare i dati oggettivi con l'esperienza soggettiva del paziente e fa stabilire una relazione paziente-infermiere che migliora lo stato di salute e favorisce la guarigione. A tal proposito importante ricordare che il Profilo Professionale dell'infermiere all'articolo 2 riporta che infatti la natura dell'attività svolta per l'appunto dal professionista in questione è "tecnica, relazionale ed educativa"³.

¹ Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

² Carl Rogers, La terapia centrata sul cliente, Giunti editore, 2013.

³ D.M. 14 settembre 1994, n. 739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995; 6.

Il professionista quindi, non limitandosi ad eseguire interventi tecnici, svolge nel prendersi quotidianamente cura del malato una funzione supportiva e terapeutica attraverso il dialogo, allo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé⁴. Per poter stabilire quest'interazione efficace e personalizzata nonché per poter mettere in atto il Processo di Nursing deduco sia quindi imprescindibile che tra l'infermiere e il paziente si costruisca una relazione autentica, quest'ultima si fonda, come dice l'ex Direttore Scientifico di *Nursing Oggi* Motta Paolo Carlo, sulla "comunicazione e sulla pratica dell'ascolto"⁵. Tuttavia, come riporta la Dottoressa Cinzia Garofalo nel seguente articolo "Non è difficile costatare che oggi spesso assistiamo a relazioni tra infermiere e paziente caratterizzate da un dialogo freddo, sterile, che lascia spazio a dubbi ed incertezze [...] La perdita di identità del paziente, che spesso viene identificato e confuso con la sua malattia, e il fatto che si tenda a preoccuparsi non tanto della persona malata nel suo insieme, ma della malattia"⁶. A supporto di quanto detto infatti, diversi studi hanno dimostrato che gli infermieri mancano di abilità comunicative a causa di una formazione inadeguata o di un mancato apprezzamento dell'importanza della comunicazione centrata sul paziente. Per questo motivo, i professori di infermieristica devono trovare modi attivi ed efficaci per promuovere le abilità comunicative nella formazione degli studenti di infermieristica⁷, in quanto poi, quest'ultimi, da futuri professionisti dovranno essere utilizzatori di una Comunicazione Terapeutica efficace, pertanto, il concetto di Comunicazione Terapeutica dovrebbe essere enfatizzato nel curriculum infermieristico per soddisfare i bisogni educativi degli studenti, così come i bisogni dei pazienti⁸.

⁴ Motta, P. C., & Florian, J. (2000). La relazione e la comunicazione con la persona assistita. *Rivista Nursing Oggi*, 5, 14-30.

⁵ LA NATURA RELAZIONALE, E. DIALOGICA DELL. "la qualità dell'assistenza infermieristica."

⁶ Sanitarie, Dirigente Professioni, and Cà Granda-Ospedale Maggiore. "La relazione infermiere-paziente." *formazione ECM in modalità FAD per le professioni sanitarie*: 26.

⁷ Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández WV, Gutiérrez-Puertas V, Granados-Gámez G, Aguilera-Manrique G. Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: a systematic review. In *J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2241.

⁸ Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández WV, Gutiérrez-Puertas V, Granados-Gámez G, Aguilera-Manrique G. Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: a systematic review. In *J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2241.

OBIETTIVI

I due obiettivi principali di questo elaborato sono: indagare circa l'utilità del focus group per la variabile relazione e far emergere le opinioni degli studenti di infermieristica riguardo la relazione di cura e circa quelle che sono le loro esperienze, il loro vissuto nell'ambito del tirocinio clinico.

CAPITOLO 1. IL FOCUS GROUP

1.1 DEFINIZIONE ED ORIGINE DEL FOCUS GROUP

Corrao Sabrina definisce il Focus Group una tecnica di raccolta dati utilizzata nella ricerca qualitativa in cui la rilevazione dei dati è basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, invitate da uno o più moderatori a parlare tra loro di uno specifico argomento, che il ricercatore ha interesse ad indagare in profondità⁹. Il moderatore, seguendo una traccia (griglia) più o meno strutturata, propone degli "stimoli" ai partecipanti, questi stimoli possono essere di tipo verbale (domande dirette, frasi, definizioni, associazioni) oppure visivo (fotografie, disegni, vignette, filmati)¹⁰, a questi stimoli seguono poi delle discussioni da cui vengono estrapolati i dati di interesse.

Quindi non è una semplice intervista dove ogni soggetto studiato deve rispondere ad una serie di domande, per tale ragione è anche chiamata "Intervista Focalizzata di Gruppo" quindi una discussione che viene fatta in gruppo da cui poi possono emergere informazioni originali.

La paternità del Focus Group è solitamente attribuita a Robert King Merton, che nel 1941 fu invitato da Lazarsfeld ad assistere ad una seduta di lavoro in cui si chiedeva ai soggetti presenti di giudicare l'efficacia di alcuni programmi radio sponsorizzati dal governo. In quell'occasione erano riunite in uno studio della radio 20 persone per ascoltare un programma registrato, sul quale dovevano esprimere il proprio parere mediante due pulsanti (uno verde da usare se il programma risultava piacevole, uno rosso in caso contrario; non andava premuto alcun pulsante in caso di indifferenza). I due pulsanti attivavano un apparecchio (chiamato 'Lazarsfeld-Stanton Program Analyzer') che collegava le reazioni degli ascoltatori alle singole parti del programma. In tal modo si registravano i punti del programma di massimo e minimo gradimento e le zone di indifferenza. Alla fine del programma gli ascoltatori furono intervistati sui motivi delle loro risposte; era possibile, per sollecitare la memoria, anche riascoltare pezzi del programma. L'intervista, come affermò lo stesso Merton, consentiva "di raccogliere dati qualitativi che potevano essere più tardi analizzati per interpretare i dati quantitativi" relativi alle frequenze delle reazioni registrate.

⁹ Corrao Sabrina. *Il Focus Group*. Vol. 25. FrancoAngeli, 2005.

¹⁰ Stagi, Luisa. "Il focus group come tecnica di valutazione. Pregi, difetti, potenzialità." *Rassegna italiana di valutazione* 20 (2000): 61-82.

In quell'occasione, tuttavia, Merton sollevò una serie di critiche sul modo in cui l'assistente di Lazarsfeld aveva condotto l'intervista; egli infatti guidava inavvertitamente le risposte e non riusciva a sollecitare reazioni spontanee tra i partecipanti. Fu per questo motivo che Lazarsfeld chiese a Merton di guidare personalmente il gruppo successivo. È a questo avvenimento che si fa risalire la nascita della “intervista di gruppo focalizzata” o “intervista di gruppo”¹¹.

Inizialmente questo metodo di raccolta dati grazie a Lazarsfeld e Merton veniva ampiamente utilizzato nella ricerca di mercato e nel marketing, successivamente ci fu un periodo in cui questo metodo venne "accantonato" per poi tornare ad essere utilizzato intorno agli anni '80. Ritorna in uso grazie ad un rinnovato interesse per i metodi qualitativi a parte delle scienze sociali e psicologiche e a causa della diffusione dell'AIDS, con la conseguente necessità di impostare programmi di prevenzione¹².

1.2 COME E QUANDO UTILIZZARE UN FOCUS GROUP

Un focus group, come riporta Richard A. Krueger non è solo un gruppo di persone che si riuniscono per parlare, è un tipo speciale di gruppo in termini di scopo, dimensioni, composizione e procedure. Lo scopo della conduzione di un focus group è quello di capire meglio come le persone si sentono o pensano su un problema, un'idea, un prodotto o un servizio.

I partecipanti vengono selezionati perché hanno determinate caratteristiche in comune che riguardano l'argomento del focus group. Il ricercatore crea un ambiente permissivo che incoraggia i partecipanti a condividere percezioni e punti di vista, senza fare pressione sugli stessi affinché votino o raggiungano un consenso. Il ricercatore non fa un solo focus group. La discussione di gruppo viene condotta più volte con tipi di partecipanti simili, in modo che il ricercatore possa identificare tendenze e modelli di percezione. Poi, un'analisi attenta e sistematica delle discussioni fornisce indizi e spunti su come un'idea, un prodotto, un servizio o un'opportunità vengono percepiti dai membri del gruppo.

Uno studio di focus group è una serie di discussioni attentamente pianificate per ottenere percezioni su un'area di interesse definita in un ambiente permissivo e non minaccioso.

¹¹ Acocella Ivana. *Il focus group: teoria e tecnica*. FrancoAngeli, 2015.

¹² Albanesi Cinzia. *I Focus Group*. Editore Carocci. 2004.

Ogni gruppo è formato da 5 a 10 persone guidate da un intervistatore o moderatore esperto. Le discussioni sono rilassate e spesso i partecipanti si divertono a condividere le proprie idee e percezioni¹³.

Il focus group può essere utilizzato in diversi ambiti, tuttavia si è recentemente diffusa una vera moda di questa tecnica che ha portato numerosi studiosi ad utilizzare il focus group “senza chiedersi se essa sia effettivamente la più idonea a rispondere agli obiettivi cognitivi che si sono preposti”¹⁴, ad ogni modo quest’ultimo è uno strumento, e come tale, “perché possa dare risultati soddisfacenti, va utilizzato per scopi appropriati. Ci si deve perciò assicurare che gli obiettivi della ricerca siano coerenti con le caratteristiche della tecnica”¹⁵.

Importante dunque interrogarsi circa l’appropriatezza nell’utilizzo di questa tecnica in relazione allo scopo.

Nella tabella 1 sono stati sintetizzati da Oprandi i principali scopi per cui è appropriato l’utilizzo dei focus group e d’altra parte invece gli scopi o le situazioni che necessitano l’utilizzo di altre tecniche.

Tabella 1: *Appropriatezza e inappropriata dei focus group*¹⁶

È appropriato ricorrere ai focus group:	È inappropriato il ricorso ai focus group:
Quando si vogliono raccogliere delle informazioni di carattere generale su un fenomeno nuovo o raro. Per effettuare studi esplorativi preliminari che possono dare indicazioni su come procedere nella ricerca o nell’intervento.	Nel caso in cui l'ambiente sia carico di tensione e un aumento delle informazioni non farebbe che accrescerla. Bisogna ricordare che il focus group non è una tecnica per prendere decisioni, né per risolvere conflitti.

¹³ Krueger, Richard A. *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications, 2014

¹⁴ Acocella Ivana. *Il focus group: teoria e tecnica*. FrancoAngeli, 2015.

¹⁵ Oprandi N. (2001), Focus Group – breve compendio teorico-pratico, Emme&Erre libri, Padova.

¹⁶ Oprandi N. (2001), Focus Group – breve compendio teorico-pratico, Emme&Erre libri, Padova.

<p>Per conoscere il linguaggio con cui la gente parla di un certo argomento. Ciò può essere d'aiuto nel costruire questionari o altri strumenti da utilizzare in indagini di tipo quantitativo.</p>	<p>Quando si abbia bisogno di proiezioni o stime statistiche. Né il numero di partecipanti ai focus group, né le modalità di campionamento sono tali da consentire di effettuare operazioni di questo tipo.</p>
<p>Per formulare ipotesi di ricerca da sottoporre poi a verifica.</p>	<p>Quando oggetto di indagine sono le storie personali o non è possibile garantire la riservatezza di informazioni delicate.</p>
<p>Per stimolare la produzione di nuove idee.</p>	<p>Per verificare ipotesi. In questo caso il ricorso ad un approccio quantitativo è d'obbligo, anche se un primo riscontro può venire dai focus group.</p>
<p>Per conoscere la prospettiva della popolazione sull'oggetto di studio.</p>	<p>Quando altre tecniche possono fornire risultati di qualità migliore o della stessa qualità a costi più contenuti.</p>
<p>Per diagnosticare i potenziali problemi di un servizio, prodotto, programma o altro.</p>	
<p>Per studiare problemi sociali complessi.</p>	
<p>Nel caso in cui si sia creata una lontananza comunicativa fra categorie sociali. Quando sia necessario recuperare il contatto con il modo di pensare e il linguaggio dei soggetti cui un programma o un intervento si rivolge, come nel caso delle campagne di prevenzione.</p>	
<p>Per interpretare i risultati di indagini di tipo quantitativo.</p>	

<p>Quando si vogliono raccogliere informazioni da speciali popolazioni come bambini, anziani, o analfabeti.</p>	
---	--

CAPITOLO 2. LA RELAZIONE TERAPEUTICA, IMPORTANZA E CONDIZIONI NECESSARIE PER POTERLA INSTAURARE

L'importanza della relazione tra paziente e clinico è riconosciuta fin dall'antichità. Fu Ippocrate il primo a sottolineare la necessità del rispetto per il paziente e di un'attitudine positiva nei suoi riguardi, arrivando ad affermare, come recita l'ormai celebre adagio, che talvolta è più importante sapere quale paziente ha una malattia piuttosto che quale malattia ha un paziente¹⁷.

Nel 1951 Carl Rogers, il fondatore del Counseling, la definisce: “una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato”¹⁸. Nella relazione terapeutica che si viene a creare tra paziente e operatore, il malato o utente si trova in uno stato di incongruenza; vi è cioè una discrepanza tra ciò che vive e ciò che sente, è dunque necessario dall'altra parte che l'infermiere si trovi invece in uno stato di congruenza per poter offrire aiuto all'utente¹⁹. Il rapporto tra questi due protagonisti della relazione non è né paternalistico né autoritario, ma è un rapporto alla pari, che arricchisce sia chi riceve aiuto, sia chi aiuta²⁰, infatti è dimostrato da studi presenti in letteratura che creare una buona relazione tra utente e infermiere, aumenta il benessere e la compliance del primo e riduce il burnout del secondo²¹.

Carl Rogers individua tre condizioni necessarie e sufficienti affinché l'instaurazione di una relazione terapeutica con l'utente abbia successo, queste sono:

1. Autenticità;
2. Ascolto e accettazione positiva;
3. Empatia.

Queste tre condizioni, necessarie e sufficienti alla relazione, individuate da Rogers, costituiscono un patrimonio che ciascun individuo, in misura diversa, possiede, sono

¹⁷ Di Cicilia Giuseppe, Lingiardi Vittorio. *La relazione terapeutica: quando una relazione diventa veicolo di cambiamento?* (2019): 101-118.

¹⁸ Carl Rogers, *La terapia centrata sul cliente*, Giunti editore, 2013.

¹⁹ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

²⁰ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

²¹ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

quindi caratteristiche intrinseche. L'operatore ha la possibilità di implementarle e coltivarle per innalzare la propria competenza relazionale e acquisire un "modo di essere" e di lavorare centrato sulla persona: a contatto con sé stessi, consapevoli delle proprie emozioni, in grado di percepire quelle degli assistiti e accettare senza giudicare un modo di vedere diverso dal proprio²².

Quindi l'assistenza infermieristica basata sulla relazione è faticosa, perché non si tratta solo di fornire qualcosa, ma è uno scambio in cui per essere tale c'è poca difesa, quindi può anche ferire; come sostiene Rogers, infatti, se si permette a sé stessi di capire veramente un'altra persona ed entrare nel suo mondo si lascia anche entrare questa nel proprio²³.

2.1 CONDIZIONI NECESSARIE PER INSTAURARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA: AUTENTICITÀ

Il concetto di autenticità riguarda la capacità di presentarsi nella relazione con l'altro in totale spontaneità e trasparenza, senza maschere, esprimendo dunque ciò che corrisponde al proprio sentire, a quelli che sono i sentimenti che proviamo all'interno in quel preciso momento.

L'autenticità di una persona la si comprende analizzando il linguaggio verbale e non verbale di quest'ultima, sappiamo che il non verbale si recepisce attraverso la postura, il tono e volume della voce e la mimica facciale, mentre la comunicazione verbale "costituisce un modo per poter tradurre in parole la nostra rappresentazione interna"²⁴.

L'autenticità viene anche definita da Rogers "congruenza", proprio perché appunto ci dev'essere una congruenza tra il linguaggio verbale e quello non verbale affinché la comunicazione sia efficace. Una persona autentica è dunque una persona trasparente, in cui i sentimenti esternati sono i medesimi che in quel momento fluiscono all'interno, con una buona consapevolezza delle proprie emozioni. La congruenza o autenticità consente quindi a chi pratica la relazione d'aiuto, in questo caso all'infermiere, di entrare nel

²² Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

²³ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

²⁴ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

mondo dell'assistito senza perdersi, di gestire le proprie aree di vulnerabilità accettandosi e quindi accettando incondizionatamente l'altro²⁵.

Tuttavia, la principale problematica per l'operatore è celata nell'atteggiamento assunto da quest'ultimo, un atteggiamento convenzionale non intenzionale, che ci si aspetta venga assunto, questo non genera però dei risvolti positivi ma anzi reprime ciò che si sente realmente, innalzando una barriera comunicativa. Ciò suscita di conseguenza molta frustrazione e insoddisfazione in entrambi i protagonisti della relazione²⁶.

Apparire fragile nei confronti dell'utente non è un gesto di debolezza, ma è umano, e va incontro invece alla fragilità del malato che si sente accettato e accolto così com'è, anche da ciò riusciamo a dedurre che si tratta di una relazione alla pari e non paternalistica.

Nella relazione terapeutica quindi l'infermiere deve essere autentico o congruente e per farlo è necessario conoscersi, conoscere i propri punti di forza e i propri limiti, fondamentale prima di intessere una relazione d'aiuto; rammentare inoltre che l'operatore è umano e fragile quanto l'assistito e la divisa non lo rende invincibile²⁷.

2.2 CONDIZIONI NECESSARIE PER INSTAURARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA: ACCETTAZIONE POSITIVA E ASCOLTO

2.2.1 ACCETTAZIONE POSITIVA

Il concetto di accettazione positiva lo spieghiamo attraverso le parole di Carl Rogers "L'accettazione o considerazione positiva è accettare una persona così com'è nella sua specificità e prestargli sincera attenzione"²⁸.

L'accettazione positiva incondizionata è una condizione che chiama continuamente in causa la nostra capacità di auto accettazione, la nostra capacità di fare spazio all'altro e di rivolgergli sincera attenzione e interesse, implica una predisposizione all'ascolto scevra da aspettative sull'altro²⁹. Quindi è inevitabile che per poter accettare l'altro in maniera positiva e incondizionata, l'operatore deve conoscersi, riconoscere i propri limiti ed

²⁵ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

²⁶ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

²⁷ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

²⁸ Rogers C.R., *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: La Nuova Italia, 1997.

²⁹ Buiatti, G. *L'accettazione positiva*.

accertarsi lui per primo per poter essere poi predisposto ad accettare incondizionatamente l'altro.

L'accettazione positiva e incondizionata dell'altro ovviamente è un percorso difficoltoso, importante dunque coltivarla perché essa non cresce spontanea e inoltre coltivarla permette all'operatore di instaurare una relazione terapeutica e quindi di entrare nel mondo dell'assistito senza però giudicarlo.

Difficoltà non vuol dire impossibilità, come abbiamo detto il percorso che ci porta all'accettazione incondizionata non è semplice ma comunque percorribile, vediamo da cosa si caratterizza:

1. Contrastare la categorizzazione delle persone: questo ci consente di ridurre i pregiudizi che potremmo sviluppare nei confronti dell'assistito.
2. Limitare le aspettative verso l'altra persona.
3. Far emergere dalla coscienza ciò che ci suscita quella persona: aiuta l'operatore ad essere più consapevole circa quelli che sono i sentimenti che quella persona gli suscita e favorisce l'accettazione³⁰.

L'accettazione positiva comporta un atteggiamento spontaneo, positivo, senza riserve e caratterizzato dall'assenza di qualsiasi giudizio valutativo; implica quindi l'accettazione di tutti i sentimenti espressi dall'assistito, siano essi negativi o positivi. Significa accettare l'assistito nella sua globalità, questo predispone l'infermiere in misura ottimale all'ascolto e quindi alla relazione d'aiuto³¹.

2.2.2 ASCOLTO

La parola "ascolto" deriva dal verbo "ascoltare", che significa stare a sentire, dar retta, che deriva a sua volta dal latino *auscultare*, cioè sentire con l'orecchio³²; c'è tuttavia una differenza tra il semplice udire e l'ascolto, il primo termine riguarda l'atto fisico di sentire un rumore o un suono dal mondo esterno attraverso il sistema uditivo, mentre il secondo presuppone sempre l'utilizzo di questo sistema per catturare però consciamente e

³⁰ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

³¹ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

³² Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

consapevolmente un messaggio che arriva dal mondo esterno e più precisamente da un interlocutore³³.

Per ascolto non si intende un compito passivo, mettersi da parte e tacere, ma è un processo attivo³⁴ che si distingue per la capacità di porre attenzione in un determinato momento su un determinato soggetto, ossia la volontà dell'atto di ascoltare attraverso un impulso intenzionale e consapevole dell'ascoltatore, il quale fa ciò senza giudicare e ascoltando l'individuo nel suo complesso, prendendo nota delle comunicazioni verbali, para verbali e non verbali³⁵.

Parlare e ascoltare sono due eventi comunicativi in qualche modo simmetrici e complementari, tali cioè che uno presuppone l'altro³⁶, anche se molto spesso si tende a porre maggior attenzione al parlare. In realtà l'ascolto ha equivalente se non maggior importanza, infatti come riporta Marchi E. “non può esserci comunicazione dove non c'è ascolto dell'altro”³⁷.

Il metodo principale per una comunicazione efficace è quello di mettersi in secondo piano, lasciando così spazio all'interlocutore di esprimersi liberamente.

L'ascolto attivo è quindi un atteggiamento interiore che esprime un'apertura verso l'altra persona e ciò che sta comunicando, una disponibilità ad ascoltare e comprendere il messaggio comunicato.

È importante notare che quando l'ascoltatore si mette in secondo piano, l'interlocutore non si trova in una posizione di superiorità ma i due protagonisti si trovano nel medesimo piano, consapevoli di essere in relazione o meno con l'altro.

Quando due persone si mettono entrambe in secondo piano, mostrano la volontà di comunicare con l'altro e la comunicazione procede senza intoppi, al contrario se i due interlocutori si pongono ambedue in primo piano, la comunicazione non funziona perché non si è in grado di ascoltarsi³⁸.

Naturalmente anche nell'ascolto, come in tutte le attività umane, si possono facilmente generare degli errori, questi ultimi possono essere evitati con un opportuno allenamento

³³ Marchi, E. (2021). *Ascolto Attivo: Ascoltare e farsi ascoltare*. Youcanprint.

³⁴ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

³⁵ Marchi, E. (2021). *Ascolto Attivo: Ascoltare e farsi ascoltare*. Youcanprint.

³⁶ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

³⁷ Marchi, E. (2021). *Ascolto Attivo: Ascoltare e farsi ascoltare*. Youcanprint.

³⁸ Marchi, E. (2021). *Ascolto Attivo: Ascoltare e farsi ascoltare*. Youcanprint.

essendo l'ascolto un'abilità. L'errore sicuramente più comune è quello di giudicare e quindi esprimere il proprio consenso o disapprovazione circa ad esempio un comportamento tenuto dall'assistito; altro errore tipico dell' ascoltatore è quello di interpretare il messaggio comunicato dall'utente secondo le proprie credenze e opinioni, trasformandone così il significato rispetto a ciò che l'assistito intendeva esprimere ed infine errore diffuso tra gli operatori è quello di minimizzare il problema raccontato dell'utente, questo certamente non rassicura quest'ultimo, ma anzi genera frustrazione perché non viene riconosciuto il proprio stato d'animo, e alla fine si ha la chiusura della relazione³⁹.

Nell'ascolto attivo ruolo importante è rivestito dalla comunicazione non verbale, che ci permette di entrare in contatto empatico con il vissuto emotivo dell'altro riuscendo inoltre a trasmettergli sincero interesse riguardo ciò che ci sta dicendo. Le modalità per mostrare un vero interesse sono:

1. Mantenere il contatto visivo;
2. Dare spazio alla persona assistita, evitando interruzioni;
3. Consentire e incoraggiare la narrazione;
4. Lasciare spazio al silenzio;
5. Cercare di comprendere le domande non formulate dal paziente per paura e per sentimenti di ambivalenza, riguardo ad alcuni argomenti⁴⁰.

Per quanto concerne l'ascolto in ambito sanitario è esperienza comune che spesso, mentre l'utente ci parla non focalizziamo effettivamente l'attenzione su quello che quest'ultimo dice ma piuttosto riflettiamo sulla risposta da poter dare, in quanto, visto il ruolo rivestito, sentiamo il dovere di aver sempre una risposta, una soluzione da dargli. Preoccupandoci di cosa faremo o diremo andiamo a sottrarre attenzione all'ascolto dell'utente, quando in realtà, molte ricerche sostengono che se l'ascolto viene fatto con attenzione, la direzione da seguire emergerà spontaneamente dalla storia stessa della persona aiutata⁴¹.

³⁹ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

⁴⁰ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

⁴¹ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

2.3 CONDIZIONI NECESSARIE PER INSTAURARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA: EMPATIA

Il termine empatia deriva dal greco *empateia* e significa “sentirsi dentro l’altro”, nasce dunque nell’ambito di un’interazione tra due persone, si riferisce quindi all’essere concentrati e protesi verso l’altro nel tentativo di capire le sue comunicazioni e le sue azioni⁴².

Nel campo relazionale, la competenza empatica, ossia la capacità di comprendere la situazione emotiva della persona, identificare quali siano i suoi bisogni e le modalità più adeguate per poterli soddisfare, è una componente indispensabile⁴³. L’empatia è pertanto un costituente fondamentale della comunicazione e della conversazione quotidiana; in essa si verifica il processo di tentare di capire che cosa le persone vogliono realmente dire con le loro affermazioni⁴⁴. Fu proprio Carl Rogers, psicologo statunitense, a considerare l’empatia come una componente irrinunciabile nel rapporto terapeutico, in quanto questa consente di entrare nel mondo di un’altra persona senza giudicarla, avendo l’abilità nel percepire i valori personali dell’utente come se fossero propri⁴⁵.

L’empatia, come già detto, implica la comprensione degli stati emotivi delle altre persone, il modo in cui è caratterizzata deriva dal modo in cui sono caratterizzate le emozioni stesse. Se, ad esempio, si ritiene che le emozioni siano caratterizzate centralmente da sensazioni corporee, allora per l’empatia sarà centrale cogliere le sensazioni corporee dell’altro, mentre, d’altra parte, se le emozioni sono caratterizzate più centralmente da una combinazione di credenze e desideri, allora cogliere queste ultime sarà di primaria importanza per l’empatia⁴⁶.

Essere capaci di immaginarci nei panni di un’altra persona è possibile a seguito di un complesso processo di immaginazione. Tuttavia, la capacità di base di riconoscere le emozioni è probabilmente innata e può essere raggiunta inconsciamente. L’empatia può essere addestrata e ottenuta con vari gradi di intensità o precisione⁴⁷.

⁴²Giusti, E. (2000). *Empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*. Sovera Edizioni.

⁴³Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell’assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

⁴⁴ Giusti, E. (2000). *Empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*. Sovera Edizioni.

⁴⁵ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell’assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

⁴⁶ Trevisani, D. (2019). *Ascolto attivo ed empatia: I segreti di una comunicazione efficace*. FrancoAngeli.

⁴⁷ Trevisani, D. (2019). *Ascolto attivo ed empatia: I segreti di una comunicazione efficace*. FrancoAngeli.

Risulta necessario differenziare l'empatia dalla simpatia in quanto si possono comprendere i sentimenti, i pensieri dell'altra persona senza provare simpatia per lei, come del resto possiamo provare simpatia per una persona senza comprenderne la realtà soggettiva. La simpatia è "sentire con l'altro", l'empatia invece è "sentire dentro l'altro"⁴⁸.

Burnard distingue l'empatia dalla simpatia, definisce l'empatia come la capacità di vedere il mondo come lo vede l'altra persona, mettendo da parte la propria percezione delle cose per pensare come l'altra persona, per sentire come si sente e vivere le cose come farebbe quella persona; la simpatia invece implica il "dispiacere" per l'altra persona o l'immaginare come ci sentiremmo se stessimo vivendo ciò che sta accadendo a lei⁴⁹; infatti nel descrivere la simpatia molti, ma non tutti i teorici, hanno evidenziato come in essa siano presenti "elementi di pietà e preoccupazione nei confronti delle altre persone" elementi che non sono presenti nell'empatia⁵⁰.

La simpatia è una versione affettiva che può realizzarsi solo dopo che è avvenuta la conoscenza, l'empatia è invece un'azione intenzionale che si esercita per comprendere e conoscere ciò che è altro da noi stessi⁵¹.

Possiamo classificare l'empatia in base agli angoli di osservazione in quattro diverse dimensioni:

- Empatia comportamentale: capire i comportamenti e le loro cause, capire il perché del comportamento e le catene di comportamenti correlati.
- Empatia emozionale: riuscire a percepire le emozioni vissute dagli altri, capire che emozioni prova il soggetto, di quale intensità, quali mix emozionali vive, come le emozioni si associano a persone, oggetti, fatti, situazioni interne o esterne che l'altro vive.
- Empatia relazionale: capire la mappa delle relazioni del soggetto e le sue valenze affettive, capire con chi il soggetto si rapporta volontariamente o per obbligo, con

⁴⁸ Giusti, E. (2000). Empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione.

⁴⁹ Wiseman T. (1996). A concept analysis of empathy. *Journal of advanced nursing*, 23(6), 1162-1167. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.12213>.

⁵⁰ Giusti, E. (2000). Empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione.

⁵¹ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

chi deve rapportarsi per decidere, lavorare o vivere, con chi va d'accordo e chi no, chi incide sulla sua vita professionale.

- Empatia cognitiva: capire i prototipi cognitivi attivi in un dato momento del tempo, le credenze, i valori, le ideologie, le strutture mentali che il soggetto possiede e a cui si àncora⁵².

Queste quattro dimensioni sono l'una necessaria all'altra, affinché il vissuto empatico si manifesti in modo sano ed equilibrato, anche se classicamente le due componenti principali considerate sono quella cognitiva e quella emozionale, l'interazione tra queste due è indispensabile per riconoscere lo stato emotivo dell'altro⁵³.

L'empatia nelle cure infermieristiche ha un impatto che non si limita al semplice aumento di gradimento delle prestazioni sanitarie da parte dell'assistito, consente infatti di creare una serie di opportunità come ad esempio: l'apertura di un canale comunicativo con l'utente, aver facile accesso alle informazioni chiave sul suo problema, individuare l'approccio terapeutico più appropriato e aumentare la compliance della persona malata rispetto alle cure. Importante inoltre sapere che l'impatto benefico dell'empatia non riguarda solo l'utente ma anzi consente di agevolare e rendere più soddisfacente il lavoro anche allo stesso operatore sanitario⁵⁴.

Entrare nel mondo di un'altra persona senza volerla criticare o analizzare crea i presupposti per un'apertura alla condivisione e alla crescita personale. In questo senso l'empatia è una competenza necessaria alla relazione con gli assistiti.

Ciò è reso possibile da un requisito ritenuto essenziale dalla letteratura scientifica, ovvero la capacità di gestire le proprie e altrui emozioni in modo costruttivo, senza lasciarsi travolgere.

La propria individualità e la propria esperienza sono divise da quelle della persona assistita, solo così è possibile fornirle l'aiuto necessario affinché questa possa far leva sulle risorse interiori che possiede.

L'ascolto, che l'assistito percepisce, e l'accettazione della situazione reale gli permettono di poter intraprendere un cammino verso il riconoscimento di sé stesso e della sua condizione attuale di bisognoso.

⁵² Trevisani, D. (2019). *Ascolto attivo ed empatia: I segreti di una comunicazione efficace*. FrancoAngeli.

⁵³ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

⁵⁴ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

Condividere la sofferenza è un'esperienza che dà forza a chi la riceve, perché sente che non sta affrontando questo viaggio da solo⁵⁵.

La professione infermieristica implica molto spesso il contatto con il dolore e la sofferenza degli utenti, ed è per questo che l'empatia diventa un elemento di fondamentale importanza per l'aiuto di tali persone. Si rende indispensabile quindi, trasformare le emozioni degli altri in proprie emozioni senza però lasciarsi sopraffare, altrimenti potrebbe essere compromesso l'aiuto prestato.

L'infermiere deve cercare di non immedesimarsi totalmente nella persona assistita condividendo senza controllo i suoi stati emotivi, adottando quindi sempre un atteggiamento empatico calibrato per non rischiare il cosiddetto contagio emotivo. Un forte coinvolgimento emotivo potrebbe causare stress all'infermiere stesso, che non riuscirebbe più, con le proprie risorse, a far fronte ai bisogni della persona assistita.

Questa situazione di stress potrebbe portare l'infermiere a sviluppare la sindrome del burnout, caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale⁵⁶.

Per mettere in pratica l'empatia in modo corretto, evitando quindi situazioni di distacco dalla professione, inteso come allontanamento emotivo sia dall'utente sia dall'attività stessa, è necessario coltivare questa capacità poiché tutti sono in grado di essere empatici. Diversi studi hanno infatti dimostrato che l'empatia è una competenza che può essere insegnata e sviluppata tanto quanto le competenze tecniche e strumentali; esistono difatti strategie per poterla accrescere e potenziare, queste sono:

1. Formazione di gruppi di discussione:

Piccoli gruppi con attività centrate sull'ascolto attivo e sull'empatia, con l'obiettivo di sviluppare competenze empatiche, tecniche di comunicazione verbale e non e rielaborare l'esperienza vissuta con l'utente in reparto.

2. Esercizi di scrittura riflessiva:

Questi stimolano l'infermiere a rielaborare ed apprendere.

3. La visione di video:

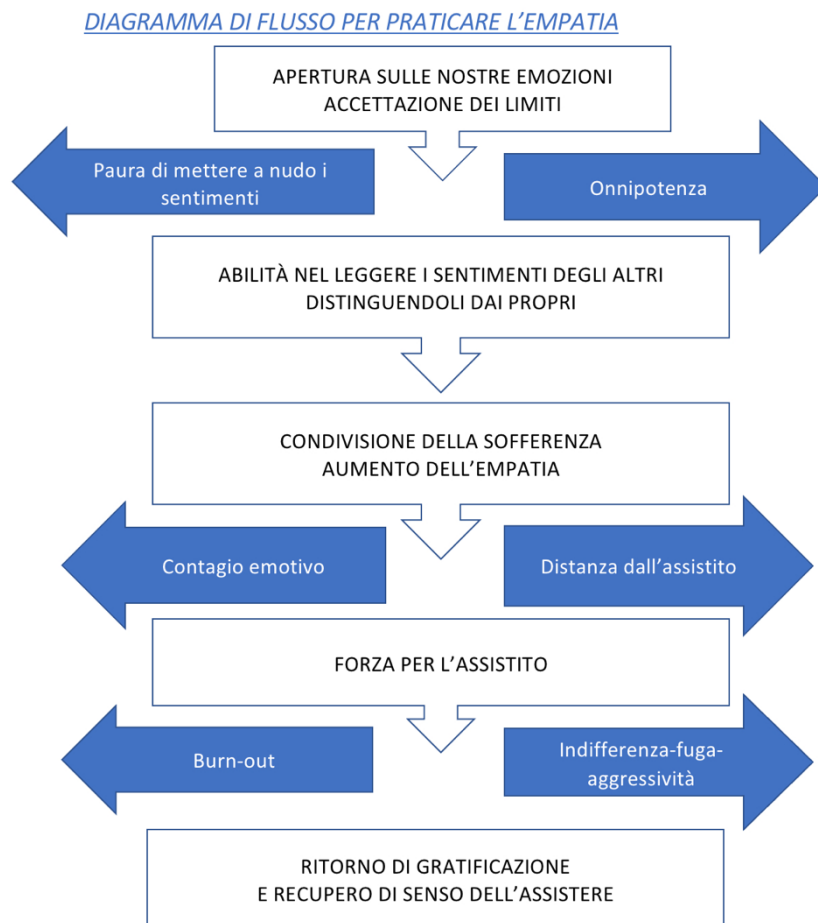
⁵⁵ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

⁵⁶ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

Attinente alla narrazione di stati emotivi rispetto a particolari condizioni di salute, finalizzati a trasmettere empatia, seguiti da una discussione guidata⁵⁷.

2.3.1 DIAGRAMMA DI FLUSSO PER PRATICARE L'EMPATIA

Immagine 1: Diagramma di flusso per praticare l'empatia⁵⁸



⁵⁷ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

⁵⁸ Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI

Lo scopo del seguente elaborato è quello di far emergere le opinioni degli studenti di infermieristica riguardo la relazione di cura e circa quelle che sono le loro esperienze quindi il loro vissuto, nell'ambito del tirocinio clinico.

La ricerca è stata condotta presso l'Università Politecnica delle Marche, Corso di Laurea in Infermieristica afferente alla classe di laurea (L/SNT1), sede di Macerata.

Sono stati eseguiti due incontri: nel primo è stato condotto uno studio con un disegno qualitativo attraverso un focus group della durata complessiva di 1 ora, durante il quale è stata eseguita un'intervista semi-strutturata circa le esperienze e le considerazioni in merito alla relazione di cura; nel secondo incontro invece gli studenti hanno dovuto descrivere alcune loro esperienze, avute durante il tirocinio clinico, attraverso delle microscritture.

I due incontri sono stati integrati alle ore dedicate al laboratorio relazionale, svolto appunto nel secondo anno di corso.

Il focus group è stato condotto dalla Dott.ssa Lucia Giuliani, mentre la Dott.ssa Rita Fiorentini e la sottoscritta si sono occupate della compilazione delle griglie di raccolta dei dati di interesse verbale e non, rivestendo dunque il ruolo di osservatrici.

Il focus group è stato audio-registrato previa compilazione del modulo informativo e di consenso da parte degli studenti.

Il focus group proposto è volto a cogliere quale sia, a seguito del termine del tirocinio di primo anno, il punto di vista degli studenti circa l'importanza della relazione con il paziente, allo scopo di far emergere stati d'animo e riflessioni circa l'esperienza vissuta.

3.1 METODOLOGIA DI RICERCA

Il metodo utilizzato è il metodo qualitativo, un "approccio allo studio del mondo sociale che tenta di descrivere ed analizzare la cultura ed i comportamenti degli esseri umani ed i loro gruppi dal loro punto di vista".⁵⁹

Il metodo qualitativo studia gli individui e il loro personale punto di vista, esplora dunque comportamenti, prospettive ed esperienze, a differenza del quantitativo che ci aiuta a

⁵⁹ Bryman, A. (1988). *Quality and quantity in social research*, London: Unwin Hyman.

misurare eventi e fenomeni di interesse socio-sanitario come ad esempio l'efficacia e la sicurezza di un intervento assistenziale. Non usa dunque metodi statistici, poiché i dati raccolti non sono dati numerici, ma dati espressi in termine di significato attribuito ad azioni, di qualità e caratteristiche di un fenomeno, di valore di un'esperienza.

Quindi la ricerca come già detto è stata condotta con metodo qualitativo utilizzando la tecnica del focus group e le microscritture per la raccolta di dati.

Il focus group si è tenuto in data 20/12/2021 ed è stato rivolto ad un gruppo di N=13 studenti universitari presso l'Università Politecnica delle Marche, sede di Macerata. Lo studio riguardava per l'appunto il tema della relazione con l'utente.

La durata del focus group è stata di 60 minuti circa ed ha coinvolto ragazzi di ambo i generi con età compresa tra i 20-23 anni che si sono avvicendati nell'argomentazione e sostegno delle proprie opinioni riguardo la definizione di relazione e la tipologia di relazione che si instaura tra infermiere e paziente.

Per quanto concerne la metodologia di ricerca, i dati di interesse sono stati inoltre raccolti sottoponendo agli studenti delle domande-guida per sviluppare delle microscritture relative al concetto di autenticità.

3.2 STRUTTURA DEL FOCUS GROUP E DELLE MICROSCRITTURE

Il primo incontro, ossia quello in cui si è svolto il focus group, è iniziato con la presentazione di quest'ultimo ai partecipanti da parte della Dott.ssa Giuliani, che rivestendo il ruolo di conduttore si è avvalsa dell'utilizzo di una griglia per la conduzione del focus group, spiegando dunque agli studenti le ragioni e lo scopo del focus group, l'argomento, il compito del conduttore e degli osservatori, le ragioni dell'utilizzo del registratore.

Sono in seguito stati rassicurati gli studenti circa la garanzia dell'anonimato e che quindi il loro nome non sarebbe stato riportato nelle griglie compilate dai due osservatori, così da evitare il bias di desiderabilità sociale, cioè la distorsione delle risposte per il desiderio di essere in sintonia con gli altri.

Al termine della presentazione del focus group, per rendere proficua la conversazione sono state definite delle regole da rispettare:

- Parlare uno alla volta;
- Aspettare il proprio turno d'intervento;

- Non interrompere chi sta parlando;
- Non criticare;
- Non giudicare il pensiero degli altri, ma rispettarlo anche se non lo si condivide;
- Attenersi a quanto richiesto dalla domanda;
- Tenere spenti i cellulari.

Per quanto concerne le domande utilizzate nell'intervista semi-strutturata durante il focus group, innanzitutto è stato chiesto di esplicitare quale fosse per loro il significato di relazione, con le domande:

- Cosa si intende con il termine relazione?
- C'è una definizione univoca di relazione? (sottodomanda)
- Può avere un'accezione specifica per la professione infermieristica? (sottodomanda)

In secondo luogo, è stata posta l'attenzione sul tipo di relazione che si viene ad instaurare tra operatore e paziente, in base all'idea che si sono fatti durante il tirocinio, con la seguente domanda:

- Come valutare il tipo di relazione degli infermieri?
- Esempio o episodio esplicito (sottodomanda)

Dopo di ciò è stato chiesto agli studenti se secondo loro esistono degli elementi necessari per costruire una relazione con l'utente, attraverso il seguente interrogativo:

- Quali sono le skills necessarie per stabilire una buona relazione?
- Queste caratteristiche possono essere acquisite o apprese durante il percorso di formazione? (sottodomanda)

Infine, nonostante gli studenti non abbiano vissuto personalmente, toccato con mano la differenza tra il tirocinio prima e durante il periodo del COVID-19, è stato posto loro questo quesito:

- Com'è cambiata la relazione infermieristica nel tempo?
- Quali miglioramenti o prospettive future credete sia utile per una buona relazione? (sottodomanda)

Parlando invece dell'altra modalità di raccolta dei dati di interesse, come già accennato, sono state procurate delle domande-guida utili agli studenti per lo sviluppo delle microscritture riguardanti l'autenticità, che sono:

1. In che situazione della vita ti sei sentito/a non autentico?

2. Con che frequenza riesci ad accettare positivamente gli altri nella vita?
3. Che atteggiamenti/sentimenti dell'altro ti ostacolano/disturbano nell'accettarlo positivamente?
4. Che sentimenti provi quando senti una difficoltà nell'accettare positivamente l'altro?

3.3 IL CAMPIONE

Lo studio presso il corso di laurea in infermieristica sede di Macerata è avvenuto nell'anno accademico 2021/2022 ed ha coinvolto gli studenti che frequentavano il secondo anno di corso.

Gli studenti iscritti all'anno di corso indicato precedentemente erano 50, tra questi sono stati coinvolti nel focus group 13 studenti selezionati casualmente⁶⁰, di cui 10 femmine e 3 maschi di età compresa tra i 20-23 anni, dati rilevati dalla dichiarazione di consenso fornita dai ragazzi a seguito dell'introduzione del focus group. Altro dato rilevato da quest'ultima è l'assenza di un ulteriore percorso formativo in ambito umanistico per tutti i 13 ragazzi coinvolti.

Il campione, per quanto riguarda il focus group è composto quindi da 13 studenti, al fine di non avere un gruppo eccessivamente numeroso in quanto nell'approccio qualitativo i soggetti vengono studiati intensivamente, per poter dare voce e spazio a tutti; mentre per le microscritture sono stati coinvolti tutti e 50 gli studenti appartenenti al secondo anno di corso.

⁶⁰ La randomizzazione del campione è avvenuta seguendo l'ordine di convocazione al laboratorio relazionale stilato dai Tutor universitari.

CAPITOLO 4. RISULTATI

In questa sezione vengono presentati i principali risultati emersi durante l'esecuzione del focus group.

Più precisamente con il seguente studio si vuole porre in risalto l'utilità e l'effettiva riuscita del focus group; è quindi una valutazione intermedia che mette alla prova lo strumento stesso, per questo non è stato utilizzato un metodo per l'analisi qualitativa del contenuto. Abbiamo ritenuto utile indagare lo strumento per la variabile relazione.

In primis il clima del gruppo all'inizio del focus group, tra la maggior parte dei partecipanti è prevalsa, secondo le griglie compilate, spontaneità, seguita da un forte coinvolgimento ed entusiasmo, lasciando così in penombra noia e distacco.

Il tutto è stato confermato attraverso la griglia dell'osservatore non verbale, che dimostra una congruenza tra comunicazione verbale e non, congruenza rilevata attraverso il tono di voce dei ragazzi, un tono di voce chiaro e deciso, e la loro gestualità molto espressiva. Abbiamo quindi dedotto un buon livello di interesse e di curiosità in questa prima fase del focus group, ciò è stato inoltre rafforzato da quanto riportato dai ragazzi in una delle quattro domande in forma anonima, inserite nella dichiarazione di consenso somministrata loro dopo aver introdotto il focus group. La domanda in questione chiedeva una loro considerazione personale riguardo l'argomento che avremmo trattato in seguito, e in linea generale è stato definito interessante, stimolante, costruttivo, importante per la maturazione personale e per la loro futura professione.

Nella seconda fase del focus group, in cui è stata avviata la registrazione audio, si è potuto osservare che il metodo in oggetto è stato discretamente animato e le opinioni di ciascuno sono state espresse in maniera molto sentita.

Anche in questa seconda fase c'è stata congruenza tra la comunicazione verbale e la non verbale, infatti gli studenti sono apparsi prevalentemente coinvolti e spontanei come nella prima fase, sempre in base a quanto riportato nelle griglie dei due osservatori, e oltre a ciò, in questa fase è stata importante la presenza di "convinzione" nelle risposte degli studenti, che hanno affermato le loro idee in maniera semplice e allo stesso tempo persuasiva, questo dettaglio ci ha evidenziato il loro grado di coinvolgimento che è sembrato essere stato buono e permanente nonostante la lunghezza della durata del focus group. Per quanto concerne la congruenza della comunicazione non verbale, anche qui è

stata rilevata attraverso il tono della voce, un tono di voce chiaro e rilassato, la postura aperta e la gestualità che attraverso l'uso di gesti espressivi ha denotato un'attiva partecipazione.

Possiamo quindi dedurre che il livello di attenzione durante tutta la durata dell'intervista semi-strutturata è rimasto elevato, ciò denota un reale interesse dei ragazzi nei confronti dell'argomento relazione.

Importante inoltre sottolineare che durante il focus group nessuno studente ha richiesto pause, è stata rispettata da tutti la regola di tenere i telefoni spenti, non è stato notato dall'osservatore non verbale il desiderio da parte dei ragazzi che lo svolgimento del focus group giungesse al termine (non hanno guardato l'orologio) e infine tutti gli studenti hanno partecipato all'intervista semi-strutturata fino alla sua conclusione; quindi, non c'è stato abbandono nel corso di quest'ultima.

Come ho anticipato i risultati del focus group non sono stati analizzati con un metodo di analisi qualitativa standardizzato poiché in questo studio l'attenzione è stata posta sull'effettiva utilità del focus group e non sui risultati ottenuti da esso. Tuttavia, possiamo riportarne alcuni, rilevati dalle griglie degli osservatori, per una iniziale conoscenza dell'argomento "relazione" da parte degli studenti del secondo anno del CdL in Scienze Infermieristiche.

Nella prima domanda del focus group, veniva chiesto cosa si intendesse con il termine "relazione", a questa domanda la maggior parte degli studenti hanno risposto che per "relazione" si intende:

- ascolto tra le due parti;
- essere empatici;
- essere di supporto all'altra persona;
- confrontarsi;
- conoscere sé stessi e l'altro.

Per quanto riguarda invece l'accezione specifica per la professione infermieristica, il pensiero comune dei partecipanti è stato che la relazione è di supporto all'assistito ed è proprio lui il punto focale.

Nella seconda domanda che il conduttore ha posto durante il focus group, si richiedeva di valutare il tipo di relazione degli infermieri conosciuti durante i tirocini fatti, parere accordante è stato quello di ritenere che ad oggi viene posta poca attenzione a relazionarsi

con il paziente, ci si sofferma maggiormente sulle attività⁶¹ svolte su di lui. Inoltre, i ragazzi hanno sostenuto che gli infermieri, principalmente quelli con più anni di esperienza, tendono a mettere una barriera per distaccarsi e salvaguardarsi dalla persona che soffre.

Il penultimo interrogativo riguardava l'individuazione di skills necessarie per stabilire una buona relazione. Gli studenti hanno ritenuto opportuno inserire tra le skills:

- l'ascolto non giudicante;
- l'empatia;
- il saper comunicare;
- la conoscenza del linguaggio non verbale;
- il rispetto del silenzio.

La sottodomanda relativa, invece, chiedeva se queste skills potessero essere acquisite o apprese durante il percorso di formazione. In questo caso le opinioni dei partecipanti sono state discordanti: c'è chi ha sostenuto che sono acquisibili con la formazione teorica e pratica e in parte siano innate e chi invece ha sostenuto possano essere acquisite solo con l'esperienza. È stato inoltre sollevato il problema della mancanza di una formazione riguardo la distanza terapeutica.

Nella quarta ed ultima domanda, ossia com'è cambiata la relazione infermieristica nel tempo, gli studenti si sono soffermati principalmente nel cambiamento avvenuto da tre anni a questa parte a seguito della pandemia, durante la quale i pazienti non potevano ricevere alcuna visita dai propri familiari, ciò ha reso necessario la sostituzione di questi ultimi da parte del personale infermieristico e di conseguenza è aumentata la considerazione e l'importanza data alla relazione con l'utente.

⁶¹ Con il termine attività ci si riferisce a tutte quelle azioni pratiche, di immediato riscontro e "proceduralizzabili" cioè inquadrabili all'interno dell'assistenza infermieristica di base.

Tabella 2: Risultati di efficacia del Focus Group

	È presente come risultato?		Verbale	Non verbale	Elementi rilevati esterni alle griglie
	SI	NO			
Spontaneità	X		X	X	
Noia		X			
Distacco		X			
Coinvolgimento	X		X	X	
Energia		X			
Entusiasmo	X			X	
Convinzione	X		X	X	
Congruenza					X
Partecipazione/attenzione					X

Tabella 3: Risultati del Focus Group

Domande	Sottodomande	Affermazioni dei partecipanti
1) Cosa si intende con il termine relazione?	C'è una definizione univoca?	“Essere empatici, pensare al benessere del soggetto, supportarlo e stargli vicino”
		“Un rapporto tra individui in cui ci si confronta e si apprende”
		“Presenza di un dialogo, scambio di informazioni arricchito da stati d'animo”
		“La presenza di empatia, coinvolgimento e conoscenza di sé”
	Può avere un'accezione specifica per la professione infermieristica?	“Nella professione infermieristica la relazione è interconnessa e dipende dalla capacità empatica dell'infermiere”
		“Il paziente è centrale alla relazione”
“la relazione per la professione infermieristica deve essere di supporto alla persona, soprattutto essendo quest'ultima sola”		
		“Viene posta poca attenzione alla relazione con il paziente, al contrario viene data invece più importanza

2) Come valutare il tipo di relazione degli infermieri?	Esempio o episodio esplicativo.	alla pratica (es. terapia farmacologica), c'è poco dialogo”
		“Si sofferma poco sullo stato d’animo del paziente e più sulle attività svolte sul paziente”
		“Se non ci si relaziona a sufficienza con il paziente non si capisce bene come sta e il lavoro è incompleto”
		“Poca relazione e dialogo con il paziente porta quest’ultimo ad avere poca fiducia e ad aprirsi poco con l’infermiere”
		“Gli infermieri con più esperienza mettono una barriera di protezione mentre gli infermieri con meno esperienza sono più aperti al dialogo con il paziente, con il tempo si diventa più schematici e ci si sofferma poco sul paziente”
3) Quali sono le skills necessarie per stabilire una buona relazione?	Queste caratteristiche possono essere acquisite o apprese durante il percorso di formazione?	“Empatia, ascolto non giudicante, estroversione”, “Acquisibili sia nella formazione teorica che pratica”
		“Ascolto, empatia, saper individuare i punti di forza e di debolezza del paziente”, “In parte acquisito con l’esperienza e la formazione e in parte innato”
		“Rispettare il silenzio, comunicare”, “Si acquisisce solo con l’esperienza”
		“Linguaggio non verbale e ascolto attivo”, “Acquisite nel percorso formativo”
		“Mancanza di formazione, in particolar modo relativo alla distanza terapeutica”
4) Com’è cambiata la relazione nel tempo?	Quali miglioramenti o prospettive future credete sia utile per una buona relazione?	“Con il covid è migliorata la relazione tra pazienti e infermieri dato che questi ultimi si sono dovuti sostituire ai familiari dei pazienti stessi”

4.1 RISULTATI MICROSCRITTURE

Come già accennato i dati di interesse non sono stati raccolti esclusivamente attraverso il focus group, ma anche attraverso la raccolta di microscritture fatte dagli studenti del secondo anno del CdL di infermieristica sede di Macerata.

La stesura delle microscritture, il cui argomento trattato è stato l’autenticità, è avvenuta a seguito dell’intervista semi-strutturata, ciò ci fa dedurre che i risultati che riporteremo qui in seguito ci daranno modo di comprendere se il focus group è stato utile per i ragazzi e

se li ha fatti riflettere circa comportamenti o atteggiamenti assunti da loro in determinate situazioni durante il tirocinio clinico.

Di seguito saranno riportati solo alcuni estratti, ritenuti particolarmente significativi per la comprensione dell'utilità dello strumento di cui ci siamo avvalsi, ossia il focus group.

“La crescita personale attraverso nuove conoscenze ed esperienze mi hanno portato a scoprire qualcosa a cui prima non porgevo neanche troppa importanza: l'autenticità. [...] Il mestiere dell'infermiere non si limita a una semplice professione bensì a qualcosa di molto più profondo, e le persone che svolgono questa missione è giusto che abbiano chiara la propria autenticità. [...] La crescita personale mi ha permesso di capire che tutti vanno accettati a prescindere dalle loro idee, dai loro gesti e dal loro aspetto, nessuno di noi è superiore o inferiore a qualcun altro, siamo tutti diversi. [...] Tutti devono essere trattati da esseri umani e accettati positivamente sempre per ciò che sono. [...] Il nostro obiettivo è quello di prenderci cura di tutti coloro che ne hanno bisogno, anche delle persone che non sono gentili con noi, l'importante è essere consapevoli che la poca gentilezza non ha l'obiettivo di ferire noi, ma è dettata da un malessere interiore di quel soggetto.”

“Nella mia vita, l'essere autentico è alla base di tutte le relazioni e rapporti che instaurò con gli altri, ma capita a volte di avere la necessità di mitigare l'essere autentico in base ai contesti in cui mi trovo e, in particolare, agli interlocutori con cui mi interfaccio. Questa mancanza è dettata da insicurezza e paura di fronteggiare determinate situazioni. [...] L'accettazione dell'altro positivamente è la costante della mia vita. Ogni persona conosciuta è un tassello che si aggiunge al mio arricchimento personale incrementando il mio bagaglio esperienziale e conoscitivo. [...] L'ostacolo nell'accettazione positiva dell'altro, nella mia vita, è dettato dall'eventuale atteggiamento di diffidenza dell'altra persona. Dinanzi ad una chiusura comportamentale, l'accettazione nella mia vita diventa più difficile in quanto non sempre riesco a comprendere ed accogliere l'altra persona. Altro ostacolo nell'accettazione positiva è l'atteggiamento aggressivo. [...] In caso di difficoltà nell'accettazione positiva dell'altro provo un senso di tristezza ed inadeguatezza. Al contempo inizio a pormi delle domande cercando di individuare in me eventuali chiusure che mi portano a non comprendere ed accettare l'altra persona.”

“Se dovessi descrivere me stessa, non riuscirei a reputarmi una persona non autentica. [...] in un periodo storico dove siamo obbligati ad indossare una mascherina, credo che rimanere autentici sia quello che ci resta da fare [...] questo atteggiamento credo sia fondamentale anche per instaurare un buon rapporto di fiducia soprattutto in un ambito delicato come quello ospedaliero [...] come operatori sanitari siamo chiamati a creare un rapporto con il paziente che implica necessariamente il concetto di accettare l’altro. [...] Non è facile accettare positivamente e farlo entrare nella nostra vita, anche se per breve tempo e i motivi sono diversi: idee diverse, modi di vedere il mondo diversi e quanto altro. [...] Per quanto sia frustrante trovarsi di fronte a qualcuno che, per sua volontà o suo carattere è restio e non collaborante, è nostro dovere garantirgli comunque un'assistenza. [...] Capiterà sicuramente almeno una volta di incontrare un paziente che sembra disposto a fare tutto purché essere rispettoso nei nostri confronti, conoscendomi non lo accetterò volentieri e sarei facilmente disposta ad esprimere il mio dissenso, ma so anche che in quel momento dovrò sforzarmi di rimanere autentica al mio ruolo per non mancare di rispetto a quella persona e anche al mio ruolo.”

CAPITOLO 5. DISCUSSIONE

Ditadi e Bonso nel loro saggio spiegano che per la formazione alle competenze relazionali le lezioni frontali, proiezione di presentazioni e l'utilizzo di video hanno scarsa efficacia, l'apprendimento relazionale dovrebbe essere frutto di esperienze vissute, opportunamente condivise e rielaborate in un'atmosfera di autenticità e di reciproco ascolto e benevolenza⁶², quindi il presente studio si è dimostrato molto proficuo nel far emergere la reale utilità del focus group per sottolineare la fondamentale importanza della relazione di cura nella professione infermieristica.

Grazie ai dati riportati nel precedente capitolo abbiamo potuto osservare che lo strumento utilizzato, ossia la tecnica di raccolta dati applicata per la ricerca qualitativa, ha avuto successo riguardo l'argomento trattato, mantenendo a tal proposito l'attenzione e il coinvolgimento degli studenti del CdL in Infermieristica, appartenenti al secondo anno, stabile per tutta la durata dell'intervista semi-strutturata. Altro elemento importante da porre in evidenza è la precisione con cui il focus group ci ha fornito informazioni, grazie alla rilevazione della congruenza tra la comunicazione verbale e non verbale dei soggetti facenti parte dello studio, attraverso le griglie dei due osservatori.

Inoltre, affermando che nessuno dei partecipanti ha mostrato disinteresse durante l'incontro, vogliamo sottolineare non solo la validità dello strumento utilizzato ma anche la realizzazione da parte di questi ultimi che l'intervista focalizzata di gruppo e quindi l'interazione di gruppo favorisca la riflessione e l'emergere di informazioni originali⁶³; il focus group ha infatti dato loro modo di rispondere a domande che forse non si erano mai posti, esporre le proprie idee ed esperienze e riflettere circa invece quelle che erano le idee altrui riguardo l'argomento.

I dati ottenuti risultano in linea con la letteratura che si dimostra conforme nel sostenere che per gli studenti di infermieristica condividere le proprie opinioni ed esperienze è essenziale per l'apprendimento di tale argomento.

Questa ricerca qualitativa ha permesso di mettere in risalto i contenuti interessanti al fine di delineare il pensiero degli studenti rispetto l'argomento relazione di cura.

⁶² Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

⁶³ Oprandi N. (2001), Focus Group – breve compendio teorico-pratico, Emme&Erre libri, Padova.

Nella prima domanda le risposte date dai singoli ragazzi non hanno scaturito dialogo e interazione con gli altri partecipanti, potremmo pensare essere causato da un senso di disagio e timore provato dagli studenti all'inizio della seduta, secondario alla tensione nell'eseguire un'intervista semi-strutturata o forse secondario alla presenza di due docenti o addirittura dei due osservatori che "scrivevano" ciò che veniva detto o rilevato. Questo ha portato in ogni caso ad inibire l'interazione dei partecipanti allo studio nel primo interrogativo. Sicuramente un limite dello studio è rappresentato dall'esecuzione di un solo focus group, ciò ci ha permesso parzialmente di rilevare dati interessanti, come quello riportato sopra, che con altri focus group avremmo potuto forse confermare o smentire.

Riguardo la sottodomanda del primo interrogativo la risposta data dagli studenti, non è stata quella giusta in quanto avrebbero dovuto rispondere che l'accezione specifica della relazione per gli infermieri è la relazione d'aiuto, ciò ha dimostrato la poca conoscenza dell'argomento; sarebbe stato forse più appropriato porre la domanda più avanti, ovvero quando il gruppo degli studenti sarebbero dovuti entrare appieno all'interno dell'argomento.

Nelle domande successive invece il pensiero dei ragazzi è emerso in modo molto più fluido scaturendo anche conversazioni tra di loro.

Le conversazioni riguardavano soprattutto racconti e riflessioni circa episodi vissuti in prima persona dai ragazzi a tirocinio, da qui è stato riscontrato che gran parte di loro ha notato uno sbilanciamento dell'importanza data dal professionista infermiere alle attività pratiche togliendo così tempo da dedicare alla relazione con l'assistito. Il fatto che molti di loro avessero rilevato, nei vari reparti dove questi ultimi avevano eseguito il tirocinio clinico, questa mancanza di tempo da dedicare al relazionarsi con l'utente è stato motivo dell'insorgere di discussioni⁶⁴. I partecipanti si sono interrogati circa la motivazione della seguente mancanza e dopo una lunga conversazione a riguardo idea che ha accumulato il pensiero di tutti è stata la presenza di una barriera che gli infermieri parrebbero mettere per proteggersi e distaccarsi dal paziente che soffre.

Altra considerazione importante, venuta fuori da una discussione a seguito della terza domanda posta ai ragazzi, è stata la carenza di una formazione riguardo la distanza

⁶⁴ Rispetto all'accezione temporale della Cura la Dott.ssa Lucia Giuliani, al termine del Focus group, ha dedicato uno spazio del Laboratorio Relazionale per rilasciare i risultati della letteratura in merito al quesito: La percezione del tempo nei pazienti in Cure Palliative.

terapeutica, questa è stata sottolineata anche da uno studente in una microscrittura in cui riporta di aver dovuto mascherare le proprie emozioni per nascondere al paziente di essersi affezionato a lui.

Ponendo l'attenzione alle microscritture dei ragazzi, elaborate a seguito del focus group, sono state un risultato inatteso, contribuendo alla formazione del pensiero degli studenti riguardo l'argomento autenticità, quindi relazione; infatti, in linea generale la maggior parte di loro ha riportato di essere autentico nel relazionarsi con l'altro; tuttavia, la loro autenticità viene messa in difficoltà da atteggiamenti scontrosi, di chiusura, di menefreghismo, arroganza ed ipocrisia. Interessante è stato comunque il fatto che gli studenti in alcune microscritture hanno riportato che, a seguito di questi atteggiamenti che spingono loro ad essere non autentici, si pongono degli interrogativi circa le motivazioni per la quale la persona che hanno di fronte si comporti in quel modo e se il problema alla base sia un loro atteggiamento errato in primis.

La mancanza nel percorso di studi di una formazione alle competenze relazionali sembrerebbe il problema alla base che causa non solo disagio nello studente infermiere che non riesce ad essere autentico ma è anche motivo di un'assistenza incompleta al paziente in quanto non instaurando una relazione di cura con lui, i bisogni di quest'ultimo non vengono rilevati e di conseguenza non vengono soddisfatti.

Una formazione adeguata potrebbe potenziare gli infermieri neolaureati perché competenti anche dal punto di vista relazionale e quindi capaci di comprendere nel profondo i bisogni dell'utente, solo così si potrà sperare in una Cura vicina alla persona.

CAPITOLO 6. CONCLUSIONE

È stato dimostrato, attraverso il presente studio, come il focus group rappresenti, per la variabile relazione, un metodo efficace per stimolare la riflessione degli studenti e raccogliere le loro opinioni circa le esperienze vissute durante il tirocinio clinico.

Il focus group si è rivelato uno strumento incisivo, cioè determinante rispetto la natura dialogica che lo costituisce e proprio grazie anche alla sua caratteristica di intervista semi-strutturata, i pensieri e i racconti degli studenti non hanno avuto timore ad emergere. Grazie all'andamento tipico del Focus group, i partecipanti hanno avuto completa libertà di esporre le proprie idee ed esperienze e di interagire tra di loro facendo così emergere informazioni originali; ciò non sarebbe sicuramente stato possibile attraverso un questionario o un'intervista fatta singolarmente.

Emerge da questo elaborato il proposito di incrementare, non solo per il CdL di Infermieristica ma anche per altri corsi di laurea che lavorano a stretto contatto con la persona malata, le materie umanistiche, in quanto, come già detto, la relazione di cura è essa stessa terapia preziosa per il paziente andandosi a sommare poi alla terapia farmacologica e ad altre terapie.

Sarebbe inoltre auspicabile integrare questo argomento negli ECM (Educazione Continua in Medicina), perché consentirebbe anche agli infermieri e ad altri professionisti laureati da tempo, di non accantonare l'importanza della relazione di cura, ma anzi informarsi ulteriormente a riguardo, sviluppare nuove conoscenze e perché no anche andare ad "allenare" abilità come l'ascolto, l'accettazione positiva e l'empatia.

Doveroso è parlare anche dell'importanza del Metodo Qualitativo per la professione infermieristica, questo metodo consente non solo di creare nuove informazioni utilizzabili da altri professionisti, ma esso stesso è formativo per il ricercatore che ne fa uso. Uno studio qualitativo può contribuire a garantire una profonda conoscenza del contesto e un'esplorazione senza pregiudizio, può essere utilizzato per descrivere e interpretare fenomeni complessi che non si prestano alla verifica di ipotesi e inoltre nell'ambito delle professioni sanitarie per acquisire conoscenze su questioni organizzative e culturali e per migliorare la comprensione dell'interazione sociale, dei processi di assistenza sanitaria e di comunicazione. L'obiettivo della ricerca qualitativa è quello di sviluppare concetti che

ci aiutino a comprendere i fenomeni sociali in ambienti naturali, con particolare attenzione ai significati, alle esperienze e ai punti di vista dei partecipanti⁶⁵.

Vorrei infine concludere riportando alcuni articoli del Codice Deontologico dell'infermiere che racchiudono l'importanza della relazione con il paziente, argomento centrale di questo elaborato.

Ad ogni articolo seguirà il relativo commento inserito nel commentario redatto sempre dalla FNOPI, ossia un'interpretazione dell'opera per renderla accessibile, quest'ultimo spiega come e perché tutto questo accade, deve e può eticamente accadere.

Il primo di questi è l'art. 4 che riporta “nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. [...] Il tempo di relazione è tempo di cura”⁶⁶, nel commentario viene spiegato che la relazione implica ripartizione e proporzione attraverso l'ascolto e il dialogo. Questi guidano la relazione sia nell'apprendimento che nella cura, perché non può esserci cura senza apprendimento e, nella reciprocità della relazione: l'aiuto viene immediatamente ripagato con il rispetto, la gratitudine, la crescita professionale e personale. Il tempo che verrà impiegato nella relazione di cura sarà la costante che guiderà il professionista infermiere.⁶⁷

Il secondo articolo di nostro interesse è l'art. 17 che recita “Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili”⁶⁸. La relativa spiegazione a questo articolo nel commentario dice che chi soffre chiede innanzitutto di essere creduto, ciò costituisce la porta per essere compreso e attraverso la comprensione si può dispiegare la possibilità di instaurare un rapporto di fiducia che consenta di essere aiutato. È fondamentale per l'Infermiere diventare esperto e capace nell'aiutare l'altro attraverso gesti concreti quotidiani di vicinanza che consentano di rielaborare la sofferenza attraverso la premura, l'ascolto, l'attenzione⁶⁹.

⁶⁵ Bagnasco, A., Ghirotto, L., & Sasso, L. (2015). *La ricerca qualitativa: Una risorsa per i professionisti della salute*. Edra Masson.

⁶⁶ Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

⁶⁷ FNOPI, Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2020.

⁶⁸ Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

⁶⁹ FNOPI, Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2020.

Per finire l'ultimo articolo di nostro interesse è l'art. 21 "L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci"⁷⁰, il commentario qui ci riporta che l'empatia costituisce la via privilegiata di conoscenza e comprensione al mondo dell'altro. L'empatia facilita la percezione e la comprensione della personalità dell'interlocutore, il quale sente che le caratteristiche uniche e irripetibili del suo modo di essere vengono recepite e quindi valorizzate. Acquisire consapevolezza delle proprie emozioni, sentimenti e convinzioni senza pregiudizi costituisce il primo momento per sviluppare atteggiamenti empatici⁷¹.

⁷⁰ Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

⁷¹ FNOPI, Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2020.

BIBLIOGRAFIA

1. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.
2. Carl Rogers, La terapia centrata sul cliente, Giunti editore, 2013.
3. D.M. 14 settembre 1994, n. 739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995; 6.
4. Motta, P. C., & Florian, J. (2000). La relazione e la comunicazione con la persona assistita. *Rivista Nursing Oggi*, 5, 14-30.
5. LA NATURA RELAZIONALE, E. DIALOGICA DELL. "la qualità dell'assistenza infermieristica."
6. Sanitarie, Dirigente Professioni, and Cà Granda-Ospedale Maggiore. "La relazione infermiere-paziente." formazione ECM in modalità FAD per le professioni sanitarie: 26.
7. Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández WV, Gutiérrez-Puertas V, Granados-Gómez G, Aguilera-Manrique G. Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: a systematic review. *In J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2241.
8. Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández WV, Gutiérrez-Puertas V, Granados-Gómez G, Aguilera-Manrique G. Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: a systematic review. *In J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2241.
9. Corrao Sabrina. *Il Focus Group*. Vol. 25. FrancoAngeli, 2005.
10. Stagi, Luisa. "Il focus group come tecnica di valutazione. Pregi, difetti, potenzialità." *Rassegna italiana di valutazione* 20 (2000): 61-82.
11. Acocella Ivana. *Il focus group: teoria e tecnica*. FrancoAngeli, 2015.
12. Albanesi Cinzia. *I Focus Group*. Editore Carocci. 2004.
13. Krueger, Richard A. *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications, 2014
14. Acocella Ivana. *Il focus group: teoria e tecnica*. FrancoAngeli, 2015.
15. Oprandi N. (2001), *Focus Group – breve compendio teorico-pratico*, Emme&Erre libri, Padova.
16. Oprandi N. (2001), *Focus Group – breve compendio teorico-pratico*, Emme&Erre libri, Padova.

17. Di Cicilia Giuseppe, Lingiardi Vittorio. La relazione terapeutica: quando una relazione diventa veicolo di cambiamento? (2019): 101-118.
18. Carl Rogers, La terapia centrata sul cliente, Giunti editore, 2013.
19. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
20. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
21. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
22. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
23. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
24. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
25. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
26. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
27. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
28. Rogers C.R., La terapia centrata sul cliente. Firenze: La Nuova Italia, 1997.
29. Buiatti, G. L'accettazione positiva.
30. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
31. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
32. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
33. Marchi, E. (2021). Ascolto Attivo: Ascoltare e farsi ascoltare. Youcanprint.
34. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

35. Marchi, E. (2021). *Ascolto Attivo: Ascoltare e farsi ascoltare*. Youcanprint.
36. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
37. Marchi, E. (2021). *Ascolto Attivo: Ascoltare e farsi ascoltare*. Youcanprint.
38. Marchi, E. (2021). *Ascolto Attivo: Ascoltare e farsi ascoltare*. Youcanprint.
39. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
40. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
41. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
42. Giusti, E. (2000). *Empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*. Sovera Edizioni.
43. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
44. Giusti, E. (2000). *Empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*. Sovera Edizioni.
45. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
46. Trevisani, D. (2019). *Ascolto attivo ed empatia: I segreti di una comunicazione efficace*. FrancoAngeli.
47. Trevisani, D. (2019). *Ascolto attivo ed empatia: I segreti di una comunicazione efficace*. FrancoAngeli.
48. Giusti, E. (2000). *Empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*.
49. Wiseman T. (1996). A concept analysis of empathy. *Journal of advanced nursing*, 23(6), 1162-1167. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.12213>.
50. Giusti, E. (2000). *Empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*.
51. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

52. Trevisani, D. (2019). *Ascolto attivo ed empatia: I segreti di una comunicazione efficace*. FrancoAngeli.
53. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
54. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
55. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
56. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
57. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
58. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
59. Bryman, A. (1988). *Quality and quantity in social research*, London: Unwin Hyman.
62. Ditadi Alessandro, e Ornella Bonso. *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
63. Oprandi N. (2001), *Focus Group – breve compendio teorico-pratico*, Emme&Erre libri, Padova.
65. Bagnasco, A., Ghirotto, L., & Sasso, L. (2015). *La ricerca qualitativa: Una risorsa per i professionisti della salute*. Edra Masson.
66. *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019*, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.
67. FNOPI, *Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*, 2020.
68. *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019*, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.
69. FNOPI, *Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*, 2020.
70. *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019*, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

71. FNOPI, Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2020.

ALLEGATI

Allegato 1: Modulo informativo e di consenso



MODULO INFORMATIVO E DI CONSENSO

“La percezione della Relazione per gli studenti del II anno di Infermieristica: analisi qualitativa di focus group”

Gentile studente,

chiedo la sua disponibilità a partecipare ad un'intervista per la realizzazione di un progetto di ricerca infermieristica dal titolo **“La percezione della Relazione per gli studenti del II anno di Infermieristica: analisi qualitativa di focus group”**.

I dati ottenuti verranno poi confrontati con il materiale presente in letteratura nazionale ed internazionale ed i risultati verranno utilizzati a scopi didattici, per la stesura dell'elaborato di una tesi di Laurea triennale ed eventualmente inseriti in pubblicazioni, presentati a congressi, convegni e seminari.

OBIETTIVO: Il focus group, cui le propongo di partecipare mira ad analizzare la percezione della Relazione infermieristica negli studenti del II anno iscritti al corso di Laurea di Infermieristica.

METODI E STRUMENTI: Lo studio prevede la partecipazione ad un focus group, della durata di 1 ora, durante la quale potrà raccontare la propria esperienza e fornire le sue considerazioni in merito all'argomento trattato, ovvero indagando la percezione della Relazione in ambito infermieristico.

Previo suo consenso, l'attività potrà essere audio-registrata e successivamente trascritta e soggetta ad elaborazione attraverso il metodo dell'analisi dei contenuti, nel rispetto dell'anonimato **in ogni sua considerazione**.

RISCHI: La sua adesione a tale attività non la espone ad alcun rischio.

COSTI: La sua partecipazione a questo studio non comporterà alcun costo.

RISERVATEZZA E INFORMAZIONI PERSONALI: Ai sensi del D.lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del “Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali (2016/679)” La informiamo che i suoi dati personali verranno utilizzati in forma anonima e solamente per scopi di ricerca. L'accesso ai suoi dati personali sarà acconsentito solo al personale di ricerca. I risultati della ricerca verranno utilizzati a fini didattici, saranno successivamente inseriti in eventuali pubblicazioni, presentati a congressi, convegni e seminari.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/la sottoscritta _____

Nato/a a _____ il _____

Dichiara:

- Di essere stato esaustivamente informato in merito al progetto di ricerca;
- Di permettere l'utilizzo dei risultati di ricerca a fini didattici, per l'elaborazione del progetto di tesi, eventualmente inseriti in pubblicazioni, presentati a congressi, convegni e seminari;
- Di partecipare liberamente al progetto;
 - Acconsento alla registrazione audio
 - Non acconsento alla registrazione audio

Firma del partecipante: _____

Luogo e data: _____

Qualora lei avesse delle domande inerenti qualsiasi aspetto dello studio, prima del suo inizio o nel corso dello stesso, può contattare:

s1095308@studenti.univpm.it

Le chiedo di rispondere, in forma anonima, alle 5 domande che seguono:

1. Et : _____

2. Genere:

- Maschio
- Femmina

3. Eventuale percorso formativo ulteriore in ambito umanistico:

- S 
- No
- Se s , quale _____

4. Considerazioni personali

DOMANDE									(a registratore acceso)
<input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 interazione conduttore e gruppo			Clima del gruppo all'in fine			Clima del gruppo durante			
DOMANDA E	DOMANDA D	DOMANDA C	DOMANDA B	DOMANDA A	DOMANDA □	DOMANDA □	DOMANDA □	DOMANDA □	DOMANDA ⊕
									Sintesi delle risposte e parole più frequenti:
									Sintesi delle risposte e parole più frequenti:
									Sintesi delle risposte e parole più frequenti:
									Sintesi delle risposte e parole più frequenti:
									Sintesi delle risposte e parole più frequenti:
									Sintesi delle risposte e parole più frequenti:
									Sintesi delle risposte e parole più frequenti:

Ringraziamenti

Ringrazio in primis la mia relatrice la Dottoressa Fiorentini Rita per aver collaborato alla realizzazione di questa tesi e la mia correlatrice Dottoressa e Ricercatrice Giuliani Lucia per avermi accompagnata e guidata con professionalità nella sperimentazione alla base di questo elaborato.

In secondo luogo, vorrei ringraziare gli studenti del secondo anno del CdL in Infermieristica, senza di loro non avrei potuto realizzare tutto ciò.

Ringrazio mia mamma Claudia, mio papà Emanuele e mia sorella Chiara per avermi sempre sostenuta in questo percorso difficoltoso e grazie per aver creduto in me quando io non riuscivo a farlo.

Un ringraziamento speciale va al mio cane Rolly che non mi ha mai lasciata sola in questi tre anni di studio matto e disperatissimo, mi è sempre stato accanto, ascoltandomi ripetere e asciugando le mie lacrime con il suo peletto bianco nei momenti più bui.

Vorrei ringraziare ogni singolo componente della mia grande famiglia per aver contribuito al raggiungimento di questo obiettivo, ognuno di voi a modo suo è stato un tassello essenziale.

Ringrazio le mie tre colonne portanti, Angela, Ersilda e Alessandra, senza di loro non sarei la persona che sono, grazie per far parte della mia vita e per condividere con me gioie, dolori e per sopportare i miei pianti isterici. A voi devo moltissimo, un banale ringraziamento a fine tesi non basta per esprimere la mia riconoscenza e per dimostrarvi il bene che vi voglio.

Ringrazio per ultimi ma non per importanza tutti i miei amici, grazie per volermi bene per quella che sono e per essere sempre al mio fianco.