



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA RELAZIONE
ALL'INTERNO DEL
BLOCCO OPERATORIO**

Relatore: Dott.ssa
**FRANCESCA
BARBARINI**

Tesi di Laurea di:
**CAMILLA
AMICUCCI**

A.A. 2020/2021

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
1.1 Il percorso dell'assistito all'interno del blocco operatorio e l'interazione con i diversi professionisti.....	1
1.2 I bisogni della persona nell'imminenza di sottoporsi all'intervento chirurgico.....	3
1.3 Le dinamiche relazionali e le modalità comunicative assistito-infermiere all'interno del Blocco Operatorio.....	4
2. OBIETTIVO.....	7
3. MATERIALI E METODI.....	9
4. RISULTATI.....	11
4.1 Il rapporto supportivo: l'unico rapporto d'aiuto.....	11
4.2 L'occhio dell'infermiere e la comunicazione con il paziente.....	11
4.3 Infermiere di Sala, attore fondamentale nell'équipe chirurgica.....	12
4.4 Relationship Between the Problem-Solving Skills and Empathy Skills of Operating Room Nurses.....	12
4.5 L'empatia è in grado di generare burnout.....	13
4.6 Risultati questionario.....	14
5. DISCUSSIONE.....	23
6. CONCLUSIONI.....	32

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

RINGRAZIAMENTI

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE

“Chi esercita una professione sanitaria ha scelto di prendersi cura delle persone che si trovano in situazioni di grande vulnerabilità. Persone assistite e familiari con i quali entrano in contatto stanno per subire interventi chirurgici, affrontando serie malattie o patologie che mettono a rischio la loro vita e/o stanno vivendo enormi cambiamenti nelle loro vite legate alla gioia e all’emozione per la nascita di un figlio oppure alla devastazione causata da una perdita, dal dolore e dalla morte”.

Mary Koloroutis – “Cure Basate sulla Relazione”

L’idea di stesura di questa tesi nasce dalla mia esperienza di tirocinio svolta presso il Blocco Operatorio presente nell’Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro.

Durante la mia esperienza di tirocinio ho avuto modo di osservare il lavoro degli infermieri di sala operatoria e di condividere con loro esperienze di relazione tra le figure professionali e i pazienti.

1.1 Il percorso dell’assistito all’interno del Blocco Operatorio e l’interazione con i diversi professionisti

Il percorso chirurgico di un assistito comincia dal momento in cui un operatore si occupa di accompagnarlo dal reparto di degenza all’ingresso del Blocco Operatorio.

Il primo momento di interazione con i professionisti di sala operatoria si verifica nel “transfer”, cioè il punto nel quale il paziente viene tradotto dal letto di reparto, che è transitato nel percorso “sporco”, al lettino operatorio che si trova nel percorso “pulito”, dove lo accoglie l’infermiere di sala.

Da questo momento inizia la relazione di cura in cui tutti i professionisti del Blocco Operatorio svolgeranno, ciascuno per la propria competenza, il loro ruolo.

Come dice Mary Koloroutis nell’introduzione al suo libro: *“Perché la collaborazione e il lavoro di team diventino fruttuosi, ognuno deve capire quale apporto può offrire, essere sicuro di avere le competenze necessarie per svolgere il lavoro richiesto, confidare nelle proprie capacità e rispettare il contributo degli altri”*¹.

La consapevolezza dell'ingresso all'interno di un luogo "sterile" può provocare nell'assistito, non avvezzo a quei luoghi come i professionisti che ci lavorano, un senso di ansia, poiché l'ambiente asettico, con luci fredde e superfici lisce e spoglie non è ciò che si definirebbe accogliente.

È compito dell'infermiere di sala metterlo subito a proprio agio instaurando un primo contatto: durante questo primo momento di attesa il paziente viene sottoposto ai primi protocolli di preparazione all'intervento, che comprendono un'ultima valutazione preoperatoria.

Il primo accorgimento è quello di garantire la privacy dell'assistito coprendolo con un telo, utile anche per mantenere un'adeguata temperatura corporea poiché all'interno dei locali del Blocco Operatorio l'ambiente è climatizzato e potrebbe risultare poco confortevole; al paziente viene anche fatta indossare una cuffia per capelli, così da garantire la massima riduzione della contaminazione.

L'infermiere si presenta chiarendo il proprio ruolo e chiede conferma dell'identità e data di nascita all'assistito, facendo un controllo incrociato tra bracciale identificativo, cartella clinica e conferma verbale della persona.

Si accerta della nudità del paziente sotto il camice operatorio, della rimozione di eventuali monili, che oltre ad essere potenziali fonti di microbi durante l'intervento potrebbero anche andare persi e comincia l'intervista di routine con la quale si sincera, comunicando con il paziente, che non abbia allergie o che vengano confermate quelle riportate in cartella clinica; va anche appurato che il paziente abbia piena coscienza dell'intervento che si andrà a svolgere.

Dopo i primi controlli effettuati nella prima area di accoglimento del paziente, l'infermiere di sala lo conduce verso la pre-sala, lasciandolo alle cure dell'infermiere addetto all'assistenza anestesiológica.

La sala di induzione dell'anestesia è quella in cui il paziente passerà la maggior parte del tempo da vigile.

Come già fatto dal collega precedente anche l'infermiere di anestesia si presenta e conferma l'identità del paziente e le eventuali allergie.

In questa fase l'assistito viene informato riguardo le prime procedure messe in atto, ovvero il posizionamento di due aghi cannula per l'infusione di farmaci ed in alcuni casi anche il posizionamento di un catetere per il monitoraggio dell'arteria radiale.

Durante la conversazione il professionista spiega tutte le procedure, come la somministrazione dell'antibiotico e di una flebo di soluzione fisiologica.

Nello svolgere i propri compiti pratici l'infermiere instaura una relazione con l'assistito, si rende disponibile a risolvere eventuali dubbi che egli presenta e lo mette al centro della propria attenzione.

Questo è altresì il momento nel quale la figura professionale si spende in un colloquio che evade dalla condizione medica ed entra nella sfera personale dell'assistito, cercando in tal maniera di "distrarlo" dalla sua eventuale irrequietezza, per la fase imminente dell'intervento.

L'infermiere addetto all'assistenza anestesiologicala, in accordo con il medico anestesista, somministra anche farmaci sedativi, ansiolitici ed ipnotici per rasserenare lo stato d'animo del paziente.

All'interno del Blocco Operatorio lavora una terza categoria di infermiere: lo strumentista.

Tale ruolo, tuttavia, preclude lo sviluppo di una relazione con l'assistito, poiché mentre quest'ultimo viene in contatto con le altre due categorie, lo strumentista sta già allestendo i tavoli operatori ed è vestito sterilmente per l'imminente intervento.

1.2 I bisogni della persona nell'imminenza di sottoporsi all'intervento chirurgico

L'idea di subire un intervento chirurgico provoca in chiunque tensione e ansia, si vuole quindi dimostrare come l'interfacciarsi del paziente con il professionista possa dissipare tali sentimenti negativi e soddisfare i bisogni fondamentali della persona che si trova ad affrontare quella che per lei è un'incognita, ovvero un'operazione il cui esito è incerto.

Secondo Colleen Person *“le Cure Basate sulla Relazione hanno scopo di stabilire una relazione terapeutica tra infermieri ed assistiti durante l'episodio di cura. Nelle Cure Basate sulla Relazione tutto è guidato dall'aspetto umano delle cure. Cure Basate sulla Relazione significa che persone e relazioni prevalgono su tutto il resto. È quindi necessario credere nel principio che i sistemi assistenziali più efficaci sono quelli impostati in modo che la persona assistita abbia sempre la massima considerazione”*.²

L'evoluzione della figura infermieristica da Florence Nightingale ad oggi, ha mostrato continui miglioramenti che hanno portato al centro dell'attività, non più il professionista con le sue esigenze, ma l'assistito e le sue necessità.

2. M. Koloroutis, "Cure basate sulla relazione: Un modello per trasformare la pratica clinica", casa editrice Ambrosiana, 2015.

L'articolo 4 del Codice Deontologico approvato nel 2019 dice che *“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”*³.

Questa nuova definizione non considera più l'infermiere come colui dedito solo ad atti pratici, ma lo riconosce attore della relazione che coinvolge nelle sue azioni le persone di cui deve prendersi cura.

*“L'assistenza infermieristica è una risposta a un bisogno umano. Nasce da una situazione particolare: un essere umano necessita di aiuto che un altro presta. Il significato del “prendersi cura” come atto umano risiede nell'atto stesso”*⁴.

La relazione terapeutica è quella relazione instaurata con il paziente al fine di tornare a ripristinare l'equilibrio, perso per un determinato motivo, chiamato salute.

Il ripristino avviene con l'intervento, ma esistono anche una serie di ambiti di azione dove l'infermiere interviene per consolidare l'operato medico.

1.3 Le dinamiche relazionali e le modalità comunicative assistito-infermiere all'interno del blocco operatorio

*“Nella relazione assistenziale occorre sviluppare una modalità di conoscenza del vissuto altrui, per meglio definire un percorso di assistenza che sia dotato di significato per entrambi i protagonisti della relazione assistenziale”*⁵.

Il nursing del paziente chirurgico prevede che si intrattenga una relazione di fiducia con l'assistito; è necessario trovare la giusta percorribilità di modus operandi in base alle peculiarità della persona, a cominciare dall'età, dal sesso, dallo stato sociale, dal grado di cognitività della persona che si ha di fronte.

Occorre quindi analizzare mentalmente nel modo più accurato e repentino possibile, chi ci si trova davanti e decidere quale comportamento sia più consono adottare, in base ad un'attenta consultazione della cartella clinica e alla condizione emotiva visiva.

3. Codice deontologico approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 aprile 2019.

4. J. Paterson e L. Zderad, “Humanistic Nursing”, Natl League for Nursing Pr, 1988.

5. Artioli G, Marcadell S, “Nursing narrativo. Un approccio innovativo per l'assistenza” Maggioli Editore, 2010.

È chiaro che quando ad accedere alla sala operatoria è un adulto consapevole, un confronto risulta meno complesso da realizzare poiché, nonostante quest'ultimo possa non essere esperto dell'ambito sanitario, la conversazione risulterà più immediata per via della congruenza di alcuni fattori individuali fra gli interlocutori.

Al contrario, quando si entra nell'ambito della chirurgia pediatrica bisogna considerare, nell'accoglierlo, che ogni bambino ha un modo differente di percepire una situazione e di reagire ad essa.

L'età anagrafica è di certo un fattore influente, poiché tra neonati e adolescenti esistono milioni di sfaccettature che determinano reazioni avverse.

Tecniche di comunicazione ancora differenti sono necessarie quando ad accedere alla sala operatoria è un anziano: si potrebbe trattare occasionalmente di individui non scolarizzati e che necessitano di spiegazioni semplici e comprensibili; talvolta possono anche essere portatori di carenze dell'udito, in questi casi sarà l'infermiere a dover applicare le proprie risorse per poter informare l'assistito riguardo le procedure da svolgere.

Altre volte, poi, può trattarsi di individui che presentano deficit cognitivi più o meno importanti: entrando in un ambiente poco accogliente e sconosciuto si può verificare uno scompensamento emotivo che li rende visibilmente turbati e disorientati.

Un caso più complesso può verificarsi con l'avvento di uno straniero in sala operatoria: la comunicazione, in eventi come questi, è fondamentale poiché trovandosi a confronto con una persona con la quale è maggiormente arduo comprendersi per via della lingua, è ancora più complesso condurla agevolmente ad uno stato di quiete e fornire tutte le informazioni inerenti all'evento.

Fortunatamente, grazie allo sviluppo della tecnologia, nel caso in cui la gestualità e la poca comprensione linguistica non consentano un buon intendimento, è possibile ricorrere ad ausili per una comunicazione alternativa come traduttori virtuali simultanei.

Una volta superato il primo ostacolo e stabilito l'atteggiamento da mantenere, il professionista può anche proporsi in maniera più confidenziale nei confronti dell'assistito.

La comunicazione non verbale è altrettanto utile all'operatore che tenta di instaurare una relazione terapeutica.

Il volto di una persona esprime tutto il “non detto” relativamente alla situazione ed al contesto che sta vivendo.

All'interno del Blocco Operatorio, che in quanto ambiente “sterile” impone l'utilizzo della mascherina chirurgica, hanno massimo significato gli occhi: cogliendo l'espressione angosciata della persona l'operatore può, solamente con il proprio sguardo, trasmettere un senso di sicurezza e di comprensione che invoglierà la persona a fidarsi ed affidarsi rivelando le proprie insicurezze.

Anche il silenzio è una forma di comunicazione da non sottovalutare, tuttavia l'analisi di questo comportamento richiede spesso interventi più approfonditi, più facilmente attuabili quotidianamente nel reparto di degenza, piuttosto che nel breve tempo passato nella pre-sala.

È importante dare una corretta interpretazione al linguaggio del corpo del paziente, ma essendo tipica in sala di pre-anestesia la posizione supina, è necessario cogliere anche altri dettagli del comportamento del paziente stesso, come ad esempio l'eventuale poca propensione a voler intrattenere un colloquio con il professionista; una volta rilevato un atteggiamento di chiusura ed indisposizione allo sviluppo di una relazione, l'infermiere agirà di conseguenza, nel rispetto della persona, garantendone la privacy ed il massimo comfort possibile, tentando comunque di indurre nell'assistito fiducia e serenità.

Il contesto della conversazione può risultare più chiaro anche grazie all'utilizzo di una terza modalità di comunicazione che è quella para-verbale: modificando il proprio tono di voce e il timbro vocale, l'operatore permette all'interlocutore di recepire agevolmente il messaggio e di trovarsi maggiormente a suo agio.

Da questa analisi delle tre differenti dinamiche relazionali, traspare che l'accoglienza della persona e lo sviluppo di un ottimale rapporto supportivo, entrando in empatia con l'assistito, permettono all'infermiere di acquisire una migliore capacità e professionalità per gestire al meglio future interazioni.

CAPITOLO 2: OBIETTIVO

L'argomento trattato nell'elaborato è la comunicazione all'interno del Blocco Operatorio, l'obbiettivo è definire l'importanza della relazione che si instaura tra la persona ed il personale infermieristico.

Si analizzano le capacità che l'infermiere deve possedere per poter cogliere le necessità dell'assistito, così da salvaguardarne la salute come una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale (A. Seppilli, 1996).

Ogni paziente che fa il proprio ingresso nel Blocco Operatorio deve poter identificare l'infermiere come un'entità rassicurante, che lo accompagnerà nel percorso dalla malattia ai primi attimi di guarigione.

La professionalità dell'infermiere è al centro del percorso ed in continua evoluzione: l'operato degli assistenti nel Blocco Operatorio necessita ovviamente di una consona preparazione di tipo scientifico, qualità imprescindibile, ma a questa va aggiunto un buon grado di capacità di socializzazione che induca i pazienti, che l'infermiere si trova di fronte, ad un'apertura emotiva.

Perché l'assistito si affidi, è necessario lo sviluppo di una relazione.

L'attenzione rivolta alla persona, la vicinanza durante il dialogo ed un gesto di conforto sono parte integrante di quella che viene definita umanizzazione delle cure, che consente al paziente di abbassare il proprio livello di ansia e di sentirsi libero di esprimere le proprie sensazioni di fragilità.

La vicinanza di persone, come gli infermieri di sala ed anestesia, consente di gestire in maniera più opportuna la situazione, poiché anche se l'operazione è stata programmata; dunque, non c'è la paura improvvisa tipica dell'urgenza, con un intervento di elezione sono presenti le ansie dovute a tutte le riflessioni fatte dall'operando nei giorni precedenti.

È il momento nel quale entra in gioco l'empatia che il professionista mostra all'assistito, così che a tutti gli effetti si instauri un rapporto che va oltre la semplice presentazione reciproca; intervengono in questo preciso istante uno sguardo benevolo e comprensivo, una gestualità attenta e mai invadente della sfera intima del paziente da parte dell'infermiere che comunica la sua intenzione di prendersi cura di lui nel miglior modo possibile.

Il vissuto di impotenza, comune nelle persone ammalate, è uno spiacevole stato emotivo attraverso il quale il soggetto realizza di non aver alcun tipo di controllo su ciò che gli sta accadendo.

Mediante la relazione instaurata, il compito del professionista sanitario è quello di accompagnarlo nell'adeguamento al percorso terapeutico, non unicamente con un'azione pratica, ma ascoltandolo e facendolo sentire considerato.

Si è appurato che attraverso la relazione è possibile un lieve miglioramento dei sintomi della persona: bisogna consentirle di mentalizzare ciò che le viene spiegato.

Nella conversazione va considerato anche il valore delle pause, così che ogni informazione comunicata possa essere correttamente memorizzata, compresa e interiorizzata, quindi contestualizzata.

La presa in carico del paziente deve essere di tipo olistico, la persona affida al professionista la propria salute e quest'ultimo ha la responsabilità di comprendere e colmare le mancanze dell'essere umano che ha di fronte e di permettergli di sviluppare il massimo livello di benessere possibile.

La sfera emotiva di ogni persona vive un'esperienza unica dal momento di ingresso nel mondo della sala operatoria e in alcuni casi, qualora il supporto psicologico attuato dalle figure di aiuto già presenti non fosse sufficiente, si rende necessario un sostegno personalizzato dal servizio di psicologia ospedaliera.

Sempre più spesso si sviluppano alleanze tra i reparti chirurgici e quello di psicologia: nel post-operatorio in particolare sono effettuati, su richiesta di consulenza, interventi specifici su individui che ne hanno esigenza.

La tendenza del personale sanitario ad orientarsi sempre di più alla relazione è l'obiettivo che tali alleanze hanno, così che si rendano sempre meno necessari, ma non superflui, interventi di questo genere.

Possono essere utili anche degli audit clinici interprofessionali, così che ogni infermiere possa essere insegnato l'approccio più adeguato a mettere a proprio agio un assistito dalla gestione complessa.

Ad oggi non sono stati indagati approfonditamente tali rapporti e attraverso l'analisi della percezione dell'infermiere il proposito è di proporre un percorso interattivo migliorativo.

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

La personale esperienza di tirocinio svolta presso il Blocco Operatorio presente nell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro mi ha portato a riflettere e decidere di scrivere la mia tesi universitaria basandomi sulla rilevazione dell'importanza del rapporto interpersonale tra colleghi infermieri e assistiti.

A supporto della teoria esposta nella relazione è stato svolto uno studio osservazionale attraverso la somministrazione di un questionario sottoposto agli infermieri in servizio presso il Blocco Operatorio di AORMN: i quesiti posti vertono principalmente sulle modalità soggettive di relazione tra gli infermieri ed i pazienti, posti davanti ad analoghe situazioni lavorative. (vedi allegato 1)

Lo studio è stato condotto nel mese di Maggio 2021 nei due presidi ospedalieri di AORMN, convenzionati all'università Politecnica delle Marche come sede di formazione per il corso di laurea in infermieristica.

Il campione in esame è costituito dagli infermieri che stanno attualmente lavorando nelle sale operatorie dei suddetti ospedali: a partecipare allo studio, compilando il questionario, sono stati in trentanove, volontari, tra infermieri addetti all'anestesia, strumentisti e di sala.

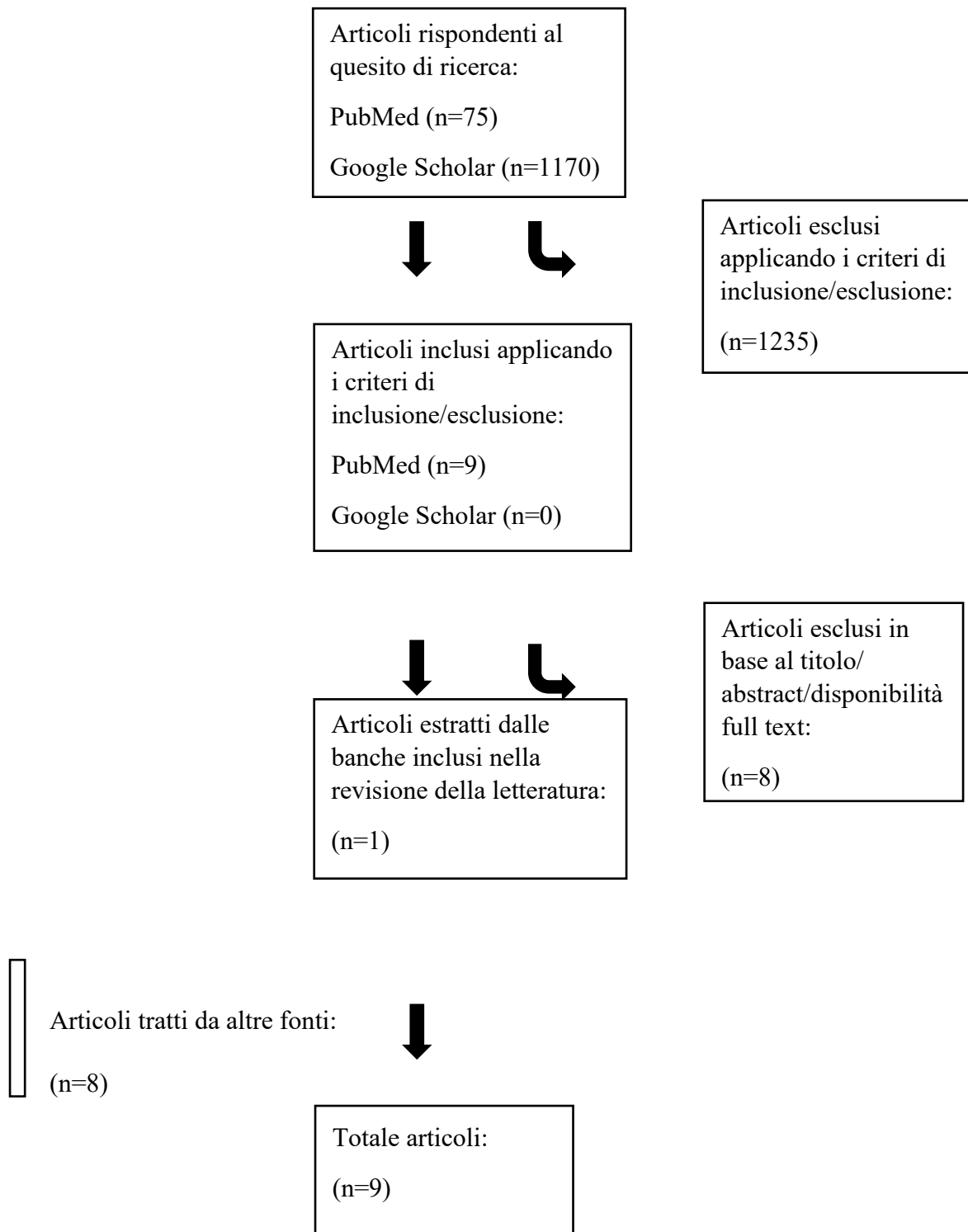
La finalità delle prime domande di carattere generale è stata quella di poter contraddistinguere gli individui che avrebbero risposto al questionario e cioè stabilire se fossero operatori del presidio di Pesaro o di quello di Fano e per avere informazioni sulla loro preparazione scientifica, anche basandosi sul titolo di studio conseguito e sugli anni di esercizio della professione e quindi sull'esperienza lavorativa.

Il focus del questionario somministrato è costituito dalle diciassette domande di cui si compone le quali esigono responsi tutti relativi al tempo di cura dedicato al paziente all'interno del suo percorso nel Blocco Operatorio.

Alcuni dei quesiti necessitano risposte chiuse e predefinite, così che il feedback finale del questionario consenta un'analisi più precisa dei contenuti; in determinate domande è stato possibile effettuare una scelta tra affermazione e negazione, relativamente al contesto in analisi; altre, invece, sono servite per collocare il proprio atteggiamento in una scala di accordo di quattro livelli rispettivamente al concetto espresso.

I presupposti teorici sono stati acquisiti tramite revisione narrativa della letteratura attraverso ricerca bibliografica svolta su banche dati, come PubMed e Google Scholar, nonché da articoli ottenuti da altre fonti.

La ricerca bibliografica viene descritta dal seguente diagramma:



CAPITOLO 4: RISULTATI

Verranno ora riportati i risultati ottenuti dall'analisi di alcuni degli articoli selezionati che sono stati inclusi nello studio nel corso della ricerca bibliografica svolta sulle banche dati o rilevati da altre fonti.

4.1 Il rapporto supportivo: l'unico rapporto d'aiuto⁶

Lo scopo dell'articolo è quello di indicare il miglior metodo per instaurare una relazione supportiva e di pari dignità tra professionista e persona che necessita di aiuto per una sua condizione esistenziale.

Gli elementi che si evincono dall'analisi dell'articolo sulla realizzazione del rapporto supportivo sono: fiducia, empatia, interessamento all'altro, autonomia e reciprocità.

Chiaramente per la costruzione di un sano rapporto è necessaria la presenza di ognuno di questi elementi, per poter rendere il paziente il più possibile autonomo nel raggiungimento del suo benessere.

Il percorso per il compimento di un adeguato rapporto si concretizza in più fasi nelle quali il professionista, con le preventive conoscenze delle caratteristiche anamnestiche dell'assistito, interagisce con la persona chiarendo il proprio ruolo e invitandola ad esprimere i suoi sentimenti per poter congiuntamente stabilire il raggiungimento dell'obiettivo di salute finale.

Ogni occasione nella quale si instaura una relazione tra infermieri e assistito è utile per definire la relazione durante la degenza.

4.2 L'occhio dell'infermiere e la comunicazione con il paziente⁷

L'analisi svolta in questo articolo mira all'instaurazione di una buona relazione terapeutica grazie alla miglior conoscenza delle metodiche di comunicazione esistenti.

Tra gli elementi di base che servono ad un infermiere per una idonea comunicazione con il proprio assistito, si evidenzia come aspetto fondamentale che questo coltivi la sua propensione allo svolgimento puro e semplice del lavoro, introducendo nella metodologia dell'attività anche una buona dose di empatia, mettendo i suoi pazienti al centro, dedicandogli un'assistenza di tipo olistico.

6. Redazione di operatoresociosanitario.net, "Il rapporto supportivo: l'unico rapporto d'aiuto"

7. Carla Gatto, "L'occhio dell'infermiere e la comunicazione col paziente", Nurse24, 2016

Attingendo dalla deontologia infermieristica (Art.20 e 24), si evince che rendendo partecipe l'assistito nelle decisioni per la sua sanità fisica e mentale e ponendosi in maniera differente davanti ad ogni tipologia di malato, secondo le caratteristiche che distinguono ognuno di loro, si ottiene un miglior risultato sia sul piano terapeutico che su quello psicofisico.

Risulta che l'interazione che porta ad una migliore comprensione della situazione da parte del paziente, è condizionata dall'importanza della gestualità, dell'espressività e dello sguardo, cioè del linguaggio non verbale.

L'autrice dell'articolo si focalizza sul linguaggio del corpo, sul non detto e anche sul silenzio; sono tutti aspetti che inducono nei pazienti il miglior risultato: la loro fiducia.

4.3 Infermiere di Sala, attore fondamentale nell'équipe chirurgica⁸

L'intento di questo articolo è stabilire la responsabilità che ha l'infermiere di sala con i suoi comportamenti, nei confronti di tutto il personale e del paziente, dal suo ingresso fino al termine della permanenza nel Blocco Operatorio.

I dati si riferiscono alle fasi del percorso al quale viene sottoposto l'operando, alcune delle quali poco piacevoli per quest'ultimo.

Occorre preoccuparsi nel contempo di fare in modo che tutta la sala operatoria sia in ordine e che tutto il lavoro degli altri professionisti di sala si svolga al meglio per il benessere finale del paziente.

Ciò che ne risulta è l'importanza del ruolo di questa figura per l'accoglienza dell'assistito e per il periodo postoperatorio al quale si dedica, ma altresì per fare in modo che tutta l'équipe esegua in maniera ottimale il proprio lavoro; vista la sua autonomia in campo, è un elemento che necessita di un'attitudine molto spiccata all'organizzazione, all'imprevisto e alle sue risoluzioni e, non ultima, ad un'adeguata comunicazione con i degenti.

4.4 Relationship Between the Problem-Solving Skills and Empathy Skills of Operating Room Nurses⁹

Lo scopo dell'indagine è quello di vagliare il rapporto tra problem solving ed empatia tra gli infermieri della sala operatoria e come questi aspetti si riflettano sui pazienti.

8. Ivan Loddo, "Infermiere di Sala, attore fondamentale nell'équipe chirurgica", Nurse24, 2016

9. Fatma Ay, Şehrinaz Polat, Tennur Kashimi, "Relationship Between the Problem-Solving Skills and Empathy Skills of Operating Room Nurses", Journal of Nursing Research, Aprile 2020

È uno studio trasversale e descrittivo che esamina il background educativo di un campione composto da 80 infermieri che hanno aderito all'indagine condotta tra maggio e giugno 2015 in tre ospedali affiliati all'Università di Istanbul.

I dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione di un questionario, al quale i professionisti si sono sottoposti volontariamente, che ha consentito di ricavare un metodo per la risoluzione dei problemi interpersonali favorendo l'aspetto empatico delle relazioni tra professionisti e assistiti.

Per un'adeguata valutazione dei dati sono stati utilizzati test statistici, così da poter analizzare le informazioni e le relazioni tra i parametri nel modo più corretto possibile.

Dalle risposte dei partecipanti si è riscontrato che le caratteristiche demografiche come l'età, il background educativo e la durata della carriera non hanno alcuna influenza sulle capacità di risoluzione dei problemi, ma hanno consentito di rilevare che le capacità costruttive di superamento degli ostacoli sono influenzate dalle competenze e riguardano appunto i professionisti dotati di maggior preparazione tecnica.

4.5 L'empatia è in grado di generare burnout¹⁰

L'obiettivo dell'autrice è distinguere le diverse componenti dell'empatia, come essa agisce nei rapporti tra professionisti e pazienti, così da non esserne sopraffatti ed incorrere nella sindrome di burnout.

I dati raccolti, correlati ad uno studio neuroscientifico, hanno consentito la ripartizione in empatia emozionale, cognitiva e preoccupazione o compassione.

L'instaurarsi di un legame troppo profondo può generare burnout, cioè l'esito di un processo stressogeno che il professionista deve prevenire entrando in comunicazione con il paziente nei limiti consentiti dalla propria componente emotiva.

Possiamo concludere che l'empatia è elemento fondamentale per lo sviluppo di una buona relazione e non deve essere vissuto come possibile esposizione alla sofferenza, ma come una possibilità da cogliere per instaurare tra i due attori un rapporto di fiducia e condurre ad un outcome ottimale del paziente.

10. Arianna Caputo, "L'empatia è in grado di generare burnout", Nurse24, 2018

4.6 Risultati questionario

Il riscontro ottenuto dal questionario ha mostrato che nell'ambiente ospedaliero possono generarsi opinioni anche piuttosto discordanti, pur essendo in tutti i casi un punto fermo il maggior beneficio per il paziente.

L'analisi del questionario ha consentito di creare degli aerogrammi che mostrano in percentuale quale sia l'orientamento degli infermieri che hanno partecipato all'indagine.

Ciò che risulta dall'espressione dei grafici semplifica la sintetizzazione dell'analisi, rendendola di più facile comprensione per chiunque.

Verranno di seguito riportate le domande sottoposte al personale infermieristico ed indicate come responsi le percentuali di accordo e disaccordo, fruibili attraverso una scala di gradimento per alcune questioni affrontate.

Il 59% del personale dipendente appartiene al presidio San Salvatore di Pesaro ed il 41% al presidio Santa Croce di Fano.

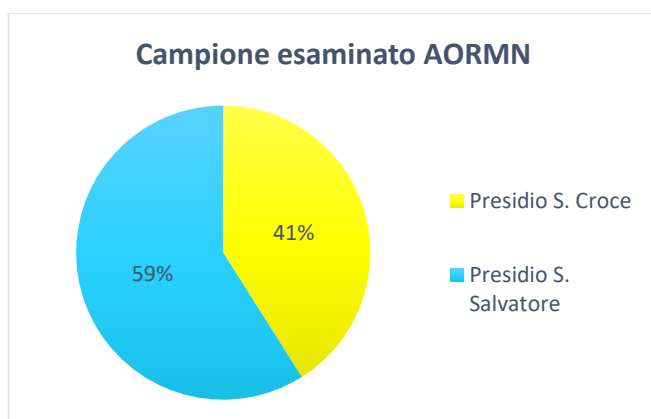


Fig. 1

Hanno partecipato alla compilazione 26 donne, 12 uomini ed una persona che ha preferito non specificare il proprio genere.

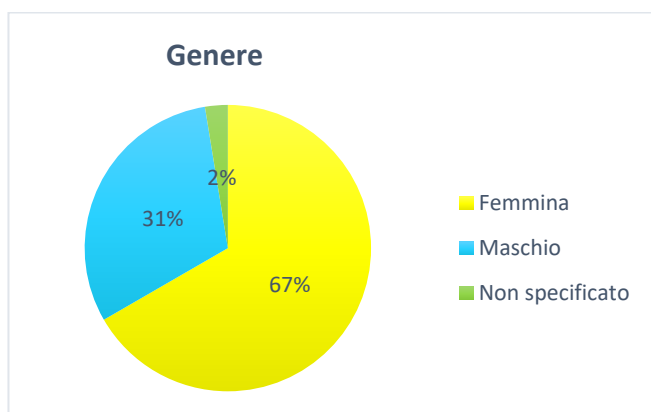


Fig. 2

L'età dei partecipanti è equamente distribuita, come viene illustrato nel grafico.

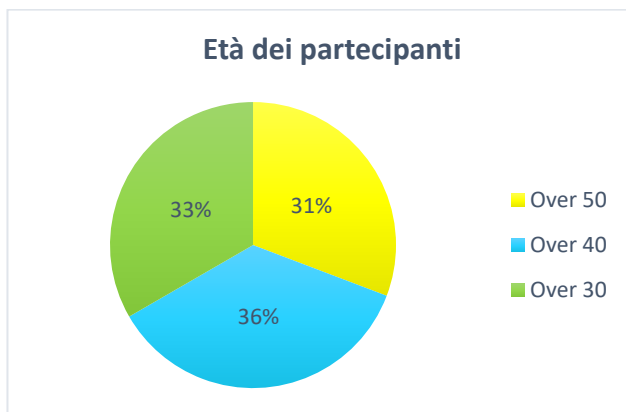


Fig. 3

Il 51% degli infermieri ha conseguito il diploma professionale infermieristico, il 46% una laurea triennale e il 3%, rappresentato da un solo individuo, ha conseguito una laurea magistrale.

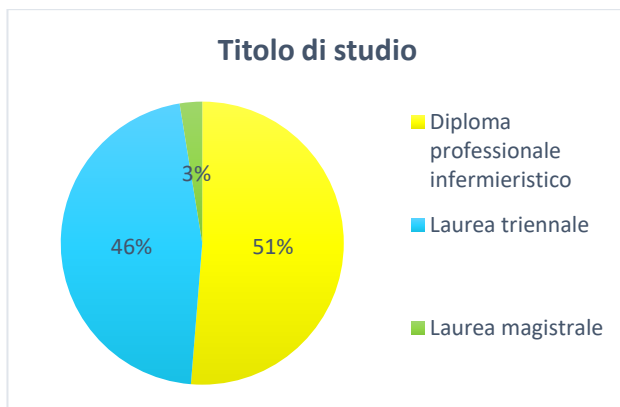


Fig. 4

L'esperienza nello svolgimento della professione infermieristica è molto variegata, poiché il Blocco Operatorio conta anche un cospicuo numero di laureati nel breve periodo: sono entrati a far parte della professione da 0 a 10 anni il 13% dei partecipanti, il 36% esercitano la professione da 11 a 20 anni, il 33% lavora da 21 a 30 anni, il 15% lavora da più di 30 anni ed un individuo ha preferito non specificare il proprio periodo lavorativo.

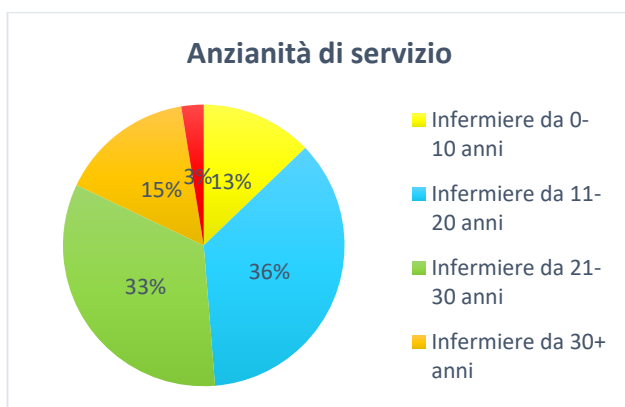


Fig. 5

I precedenti risultati avevano lo scopo di distinguere a quale range appartenesse il partecipante all'indagine, mentre successivamente sono state poste le domande specifiche per l'indagine relativa alla relazione tra infermiere e paziente all'interno del Blocco Operatorio.

Alla prima domanda: "Ritieni importante la comunicazione di tutti i professionisti che lavorano all'interno del Blocco Operatorio con i pazienti?" la maggior parte del campione in esame, precisamente il 92% degli intervistati, si è ritenuta d'accordo con il massimo grado di coinvolgimento, il restante 8% ha indicato invece che è abbastanza importante.

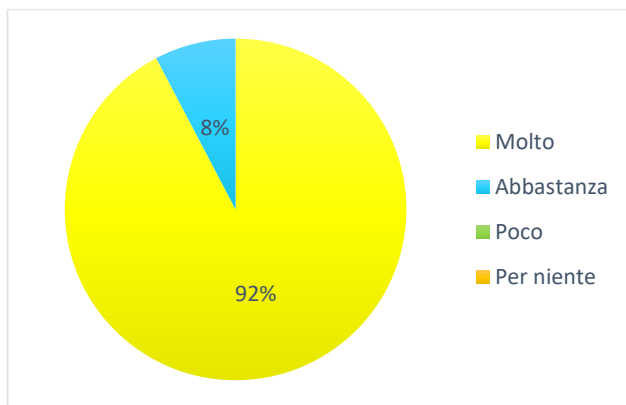


Fig. 6

Alla seconda: "Considerando i tempi in cui è vigile, quanto tempo dedichi alla relazione con il paziente?" non tutti gli operatori hanno concordato nelle tempistiche, probabilmente anche in base allo specifico ruolo all'interno della sala operatoria, ma dal grafico viene mostrato che comunque gli ospedalieri dedicano abbastanza spazio al rapporto diretto con gli assistiti nel 67% dei casi, mentre il 18% ritiene di dedicare molto tempo ed il 15% poco.

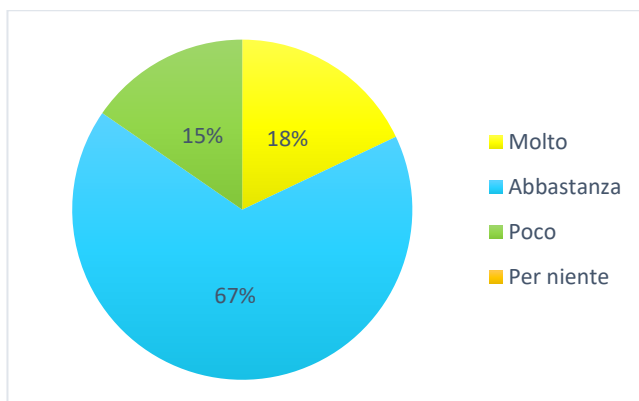


Fig. 7

Le risposte alla domanda seguente: "Sei disponibile a rispondere alle domande poste dal paziente?" risultano molto chiaramente nel grafico che segue, il 67% si ritiene molto disponibile a rispondere alle questioni ed il 33% lo è abbastanza.

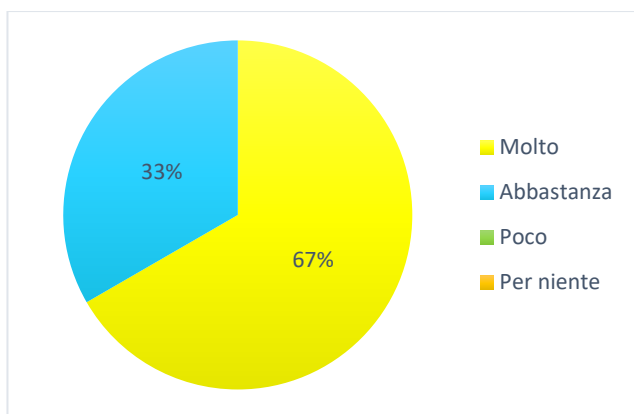


Fig. 8

Al quesito: “Tendi a mettere il paziente in secondo piano rispetto alla preparazione del materiale di tuo interesse?” gli infermieri si sono espressi in maniera variegata, il 5% crede di mettere il paziente molto in secondo piano, il 26% ritiene di farlo abbastanza, il 28% pensa di farlo poco ed il 38% crede di non farlo per niente, un infermiere non ha specificato alcuna risposta.

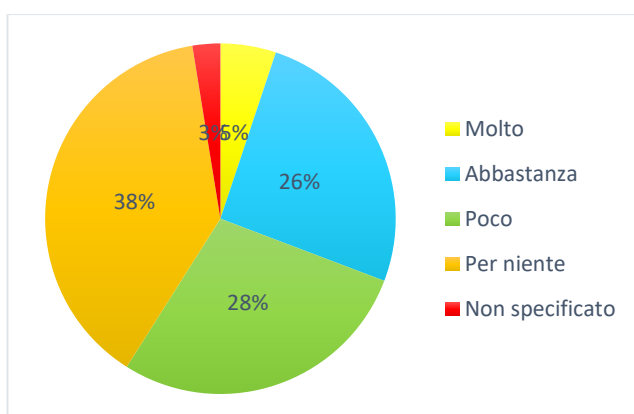


Fig. 9

Interpellati su: “Il tuo atteggiamento verso il paziente cambia in condizioni di emergenza?” hanno risposto in questa maniera, il 25% cambia molto il proprio atteggiamento, il 49% lo cambia abbastanza, il 13% subisce una variazione di poco ed il restante 13% non cambia per niente.

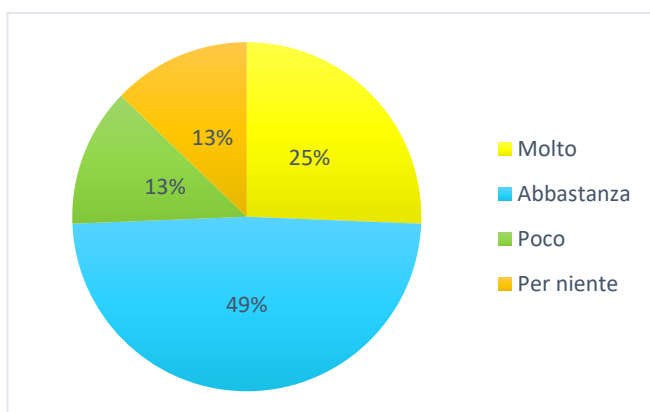


Fig. 10

Alla domanda: “Credi che il rapporto con la persona venga influenzato dal momento dell’ingresso nel transfer?” si sono verificate molte visioni discordanti; il 15% crede che venga molto influenzato, il 44% ritiene che venga abbastanza influenzato, il 20% pensa che venga poco influenzato ed il 18% ritiene che non subisca modifiche, una persona non si è espressa al riguardo.

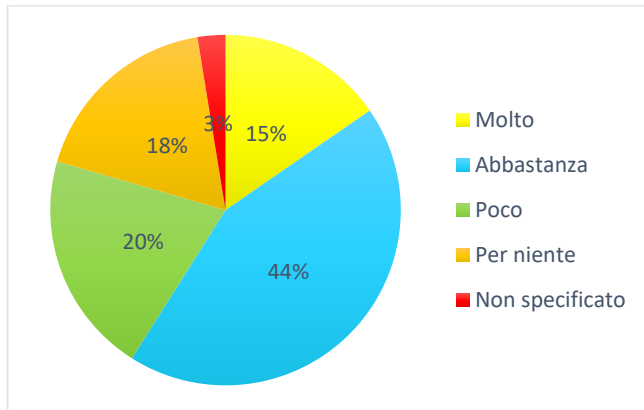


Fig. 11

All’interrogativo sul comportamento in base all’età dei pazienti: “Ti comporti allo stesso modo con tutti i pazienti (bambino/giovane/anziano)?” si è verificata la seguente distribuzione dei risultati, il 59% degli infermieri ha affermato di cambiare atteggiamento ed il 41% di mantenere lo stesso con tutte le possibili categorie di pazienti.

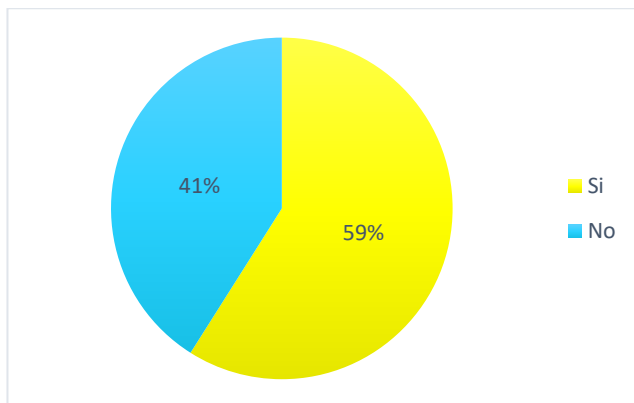


Fig. 12

Al quesito: “L’atteggiamento del paziente nei tuoi confronti influenza il tuo?”, riguardo all’ipotetica situazione in atto, gli infermieri hanno risposto che il 10% di loro viene molto influenzato, il 23% ne viene abbastanza condizionato, il 41% è poco colpito dalla situazione ed il 26% non è per niente condizionato.

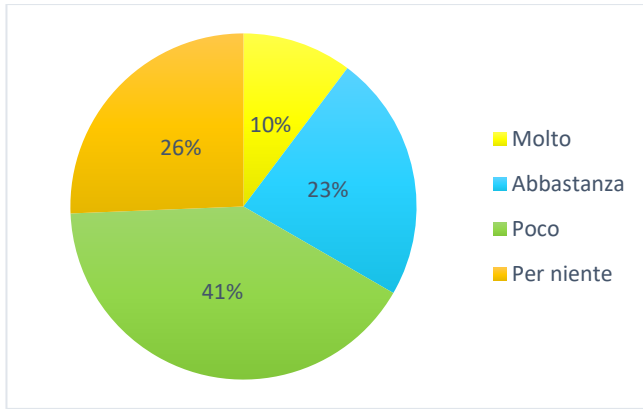


Fig. 13

La risposta alla domanda: “Il tuo stato d’animo legato a situazioni extralavorative influenza le modalità di relazione con l’assistito?” viene riassunto dal seguente grafico dove possiamo osservare che nessun infermiere ha ritenuto di essere molto influenzato, mentre il 10% crede che possa influire abbastanza, il 49% poco, il 36% per niente e 2 persone, rappresentanti il 5%, non si sono espresse al riguardo.

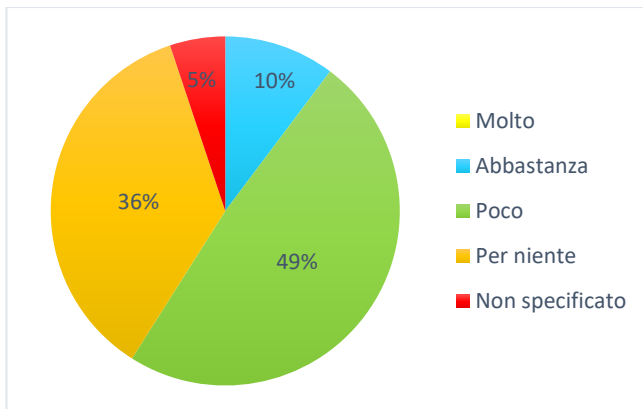


Fig. 14

Le repliche alla questione: “Il tuo atteggiamento cambia in base alla tipologia e complessità dell’intervento che si va a svolgere?” possono essere sintetizzate dall’aerogramma sottostante nel quale si evince che il 10% ritiene che il proprio atteggiamento possa variare molto, il 20% abbastanza, il 26% poco ed il 44 crede che la propria condotta non cambi per niente.

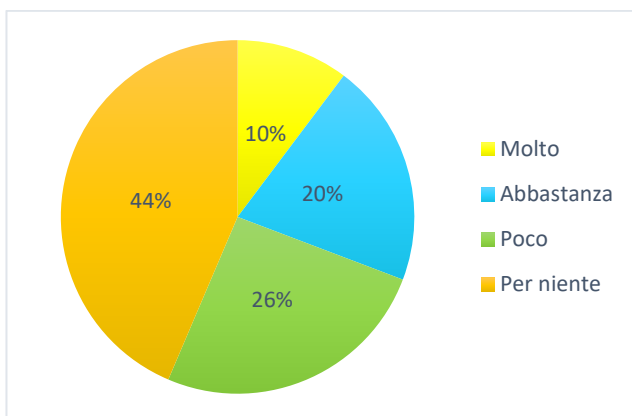


Fig. 15

Alla richiesta: “Cambia il tuo stato d’animo per l’intervento in base all’equipe presente in sala?” gli infermieri hanno fornito il loro responso secondo il seguente grafico, per una persona, rappresentante il 3% degli intervistati, cambia molto, per il 31% dei candidati cambia abbastanza il proprio atteggiamento, per il 46% poco e infine per il 20% non cambia per niente il proprio stato d’animo.

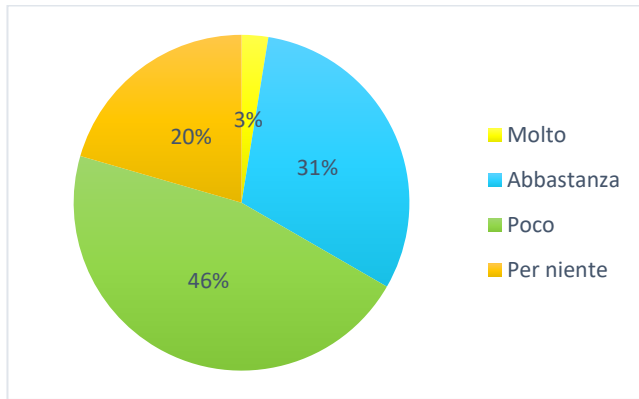


Fig. 16

Il quesito che verte sulla chirurgia pediatrica: “Hai un comportamento particolare quando l’assistito è un bambino?” ha trovato in accordo la quasi totalità dei partecipanti all’indagine, poiché il 92% dei partecipanti ha affermato di comportarsi in maniera peculiare, mentre l’8% non modifica la propria condotta.

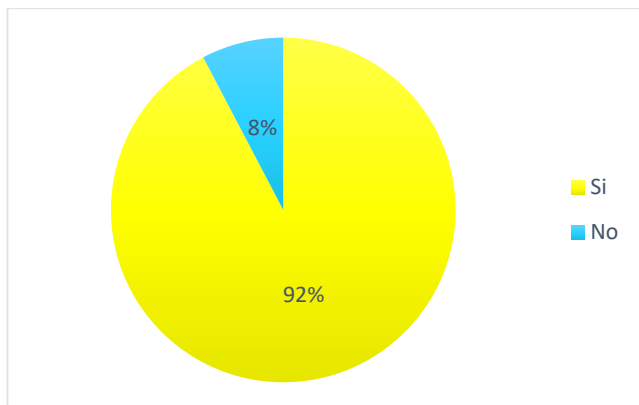


Fig. 17

La tredicesima domanda: “Entri in rapporto empatico con i pazienti?” ha dato i seguenti risultati, il 23% entra molto in rapporto empatico con i pazienti, il 64% ritiene di farlo abbastanza, il 10% entra poco in rapporto empatico ed una persona, il 3%, crede di non farlo per niente.

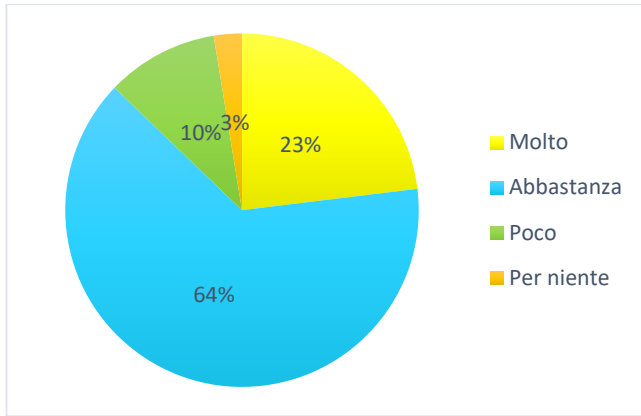


Fig. 18

L'interrogativo: "Ti è mai capitato di avere difficoltà a livello psicologico a seguito di una situazione difficile?" ha mostrato che gli operatori, in percentuali molto simili, si schierano in due opposte opzioni, il 56% ha riscontrato difficoltà ed il 44% non ne ha rilevate.

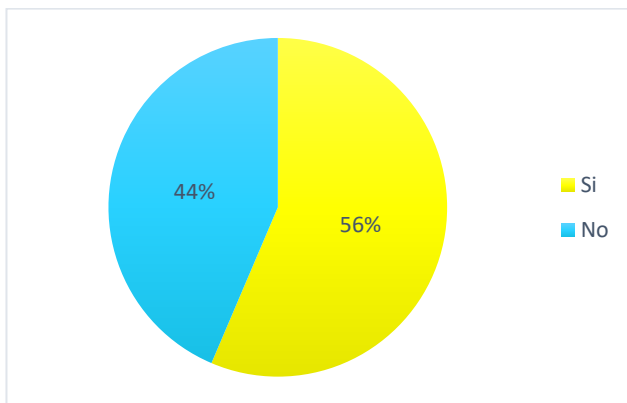


Fig. 19

Al quesito: "Quanto ritieni importante il lavoro svolto in recovery room?" il 69% risponde di ritenere molto importante, il 28% crede che sia abbastanza importante; una sola persona, il 3%, ha indicato di ritenere poco importante il lavoro svolto.

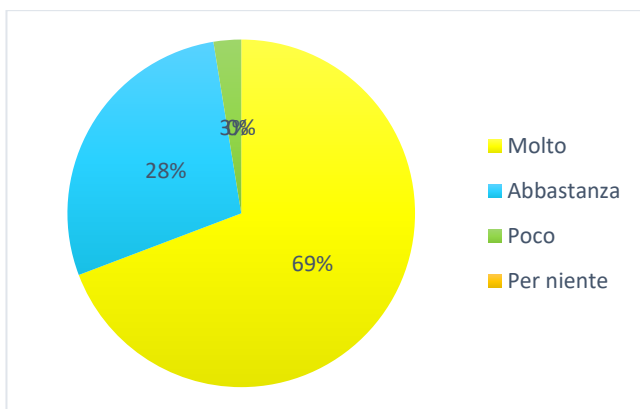


Fig. 20

Il grafico della penultima domanda: "Sei mai stato vittima o hai mai assistito a mobbing verticale (gerarchico) in sala operatoria?" ha mostrato che il 62% ha potuto constatarlo ed il 38% ritiene di non averlo osservato né di esserne stato vittima.

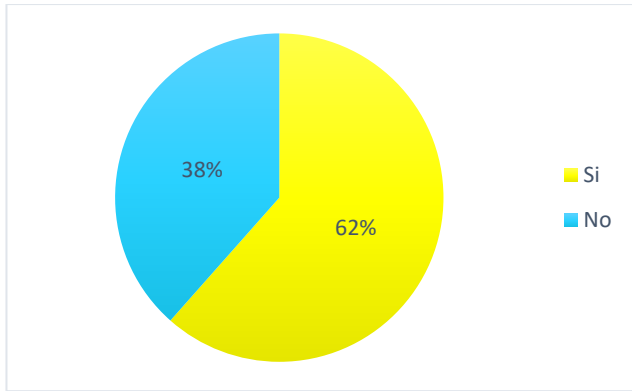


Fig. 21

L'ultima domanda del questionario: "Sei mai stato vittima o hai mai assistito a mobbing orizzontale (da parte di colleghi) in sala operatoria?" ha rivelato percentuali opposte alla domanda precedente, il 38% ha subito o assistito a mobbing orizzontale ed il 62% non lo ha constatato né si è riconosciuto nel ruolo di vittima.

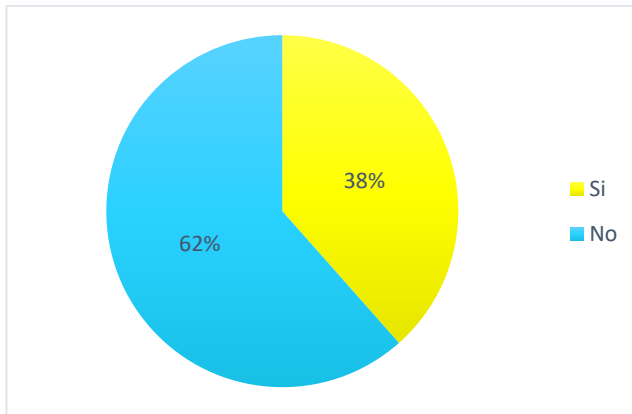


Fig. 22

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE

L'analisi incrociata tra le nozioni già presenti in letteratura ed il questionario somministrato agli infermieri del Blocco Operatorio di AORMN ha consentito di sviluppare alcune considerazioni in merito a tutti gli argomenti trattati.

Le risposte fornite dal personale sanitario ai quesiti posti sono variegatae per differenti aspetti che vanno dal genere, all'età, all'esperienza lavorativa, al titolo di studio e alla qualifica professionale.

La prima domanda "Quanto ritieni importante la comunicazione di tutti i professionisti che lavorano all'interno del Blocco Operatorio con i pazienti?" ha dato risultati congrui con la letteratura, confermando che la comunicazione tra i ruoli professionali è rilevante per la buona riuscita di un intervento chirurgico e per la migliore esperienza possibile per l'assistito all'interno della sala operatoria.

Possiamo quindi dedurre quanto sia fondamentale rapportarsi tra colleghi in maniera reciprocamente utile, perché solo confrontandosi si ottengono buoni risultati per i pazienti, ma anche perché il confronto favorisce la crescita personale e professionale.

La check list di sala operatoria è uno degli strumenti utilizzati per garantire un maggior livello di sicurezza al suo interno ed è un efficace strumento con la finalità di distinguere il periodo peri-operatorio in tre fasi.

La prima fase di "Sign in" consiste nei controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia, la seconda fase di "Time out" include le verifiche necessarie prima dell'incisione della cute e del conseguente intervento e l'ultima fase di "Sign out" indica tutti i controlli da compiere prima che il paziente lasci la sala operatoria.

La domanda successiva "Considerando i tempi in cui è vigile, quanto tempo dedichi alla relazione con il paziente?" ha mostrato risultati più diversificati.

La maggior parte delle persone ha ritenuto di dedicargli abbastanza tempo, ma vi sono altre che hanno ritenuto di dedicargliene sia molto, che poco.

È presumibile che questa variabilità delle percentuali sia dovuta allo specifico ruolo dell'infermiere all'interno della sala operatoria.

Ad esempio, mentre l'infermiere addetto all'anestesia passa del tempo con il paziente nel periodo di preanestesia, lo strumentista non interagisce con la persona nei suoi tempi di

coscienza, poiché in quel lasso di tempo si sta dedicando all'allestimento dei tavoli operatori e alla preparazione di materiale suppletivo.

La figura dell'infermiere di sala, invece, trascorre parte del tempo con il paziente nel suo stato di veglia, accompagnandolo dal transfer alla sala di pre-anestesia e successivamente da quest'ultima alla sala operatoria.

Nel caso di AORMN, questa specifica figura può alternarsi con lo strumentista grazie ad una duplice preparazione al rivestimento di entrambi i ruoli.

Nella terza domanda si interrogano gli infermieri sulla loro disponibilità a rispondere ad eventuali domande poste dal paziente e l'intero campione ha dichiarato disponibilità al riguardo.

In letteratura è stato studiato che quando il paziente viene accolto in un ambiente che ritiene sicuro e nel quale viene informato sulle procedure, egli sarà in grado di ridurre il proprio livello di ansia e grazie a questo a migliorare il suo processo di degenza post operatoria.

L'associazione della sala operatoria con il "non sicuro" deve essere sottratta dalla convinzione comune, pur essendo un luogo in cui il dominio di sé non è consentito, a causa della sedazione e della necessaria contenzione fisica della persona nel periodo operatorio.

Va compreso che, coloro i quali vi si recano per una terapia salvavita, saranno trattati con la massima accuratezza e che, seppur temendo il possibile esito infausto di una procedura, si dovrà aver fiducia nel personale che si occuperà della propria persona o di una persona cara.

È evidente che nella situazione nella quale si viene a trovare il paziente di sala operatoria, i professionisti devono in qualche modo rapportarsi con quest'ultimo come se fosse un componente della propria famiglia, dando il meglio di sé per raggiungere il fine ultimo del suo massimo benessere.

La quarta domanda "Tendi a mettere il paziente in secondo piano rispetto alla preparazione del materiale di tuo interesse?" ha visto espressi tutti i quattro livelli della scala di accordo, da molto a per niente, inclusa una risposta non specificata.

Anche questa domanda permette alcune riflessioni: come detto in precedenza, sappiamo che alcuni ruoli dedicano, per necessità pratica, meno tempo alla persona piuttosto che altri, ma il focus è comunque sempre tenuto sul paziente.

È essenziale che ognuno capisca che il proprio ruolo è di grande rilevanza per la concezione ed il ricordo che l'assistito avrà del proprio trascorso all'interno dei locali del Blocco Operatorio e che il materiale, seppur fondamentale per lo svolgimento dell'operazione chirurgica, è di importanza secondaria se la persona non riesce ad affidarsi completamente ai propri custodi.

Alla questione riguardante i cambiamenti di atteggiamento nel caso di interventi di emergenza per i quali l'infermiere può essere chiamato in reperibilità o perché può avvenire un accesso durante la giornata lavorativa che rende necessario bloccare la lista operatoria per dare precedenza a chi ne ha più bisogno, i professionisti hanno dato risposte variegate.

Sebbene alcuni ritengano di cambiare molto la propria condotta, ci sono professionisti che ritengono di mantenere lo stesso stato mentale in tutte le situazioni.

La capacità di non farsi influenzare dalle circostanze è un'ottima qualità per un infermiere di sala operatoria: il suo operato deve sempre essere preciso e puntuale, specialmente in condizioni di emergenza, dove un'azione piuttosto che un'altra può fare la differenza per il mantenimento dello stato di salute della persona che ci si trova davanti.

La domanda "Credi che il rapporto con la persona venga influenzato dal momento dell'ingresso nel transfer?" ha rivelato, come era possibile immaginare, due visioni opposte.

È probabile che chi ha risposto negativamente alla domanda del questionario non sia l'infermiere che si dedica alla prima accoglienza della persona all'interno del Blocco Operatorio, ma una delle figure che non interagisce con il paziente fino a quando si trova in uno stato vigile.

Come ho potuto constatare durante il mio tirocinio formativo in AORMN il compito dell'accoglienza appartiene all'infermiere di sala; il professionista che ricopre questo ruolo è bene che sia dotato di uno spiccato spirito di comunicazione, poiché è il primo "viso amico" che l'assistito incontra quando entra negli ambienti del Blocco Operatorio.

Credo che la prima interazione sia fondamentale: persone agitate, insicure, impaurite e frustrate dalla propria condizione risulteranno probabilmente ostili ad un primo contatto, ma se ad accoglierli trovano un infermiere disponibile e rassicurante, si rilasseranno consentendo un migliore svolgimento dell'intera procedura per tutti, inclusi sé stessi.

Alla richiesta riguardo il comportamento tenuto con le varie categorie di paziente, che siano di età pediatrica, adulta o avanzata, una parte del campione ha rivelato di mantenere lo stesso comportamento con tutti i pazienti, mentre c'è chi varia la propria attitudine in relazione alla persona con cui sta interagendo.

Ogni persona è diversa ed ogni persona merita di ricevere un trattamento accurato e speciale per le proprie condizioni.

È indubbio che un bambino reagirà alla sala operatoria e a tutto ciò che essa concerne in maniera dissimile all'atteggiamento di un adulto.

Vi sono presidi che per rendere il più possibile serena tale situazione danno vita ad una storia: nel corso del racconto ideato, il bambino viene paragonato ad un astronauta diretto verso la propria astronave e per questo, oltre al coraggio che dovrà mostrare, sarà molto più rilassato e meno in ansia per l'assenza, in questo breve periodo, dei propri genitori accanto.

Nel caso dell'adulto è generalmente più semplice, poiché, dopo un'attenta consultazione con tutto lo staff dedicato al suo caso, accoglierà la situazione con maggiore tranquillità e consapevolezza.

Allo stesso modo l'accesso di una persona anziana risulta, nella maggior parte dei casi, più facile da affrontare, almeno per quel che riguarda la parte emotiva.

Questi pazienti richiedono una maggiore attenzione in relazione ad altre circostanze: sono spesso persone con necessità di supporti uditivi che vengono rimossi in reparto per evitare che vengano smarriti, o individui che necessitano di spiegazioni più accessibili a causa di un minore livello di scolarizzazione, o infine con patologie comuni dell'età avanzata che non consentono di mantenere un atteggiamento quieto.

In ognuno di questi casi è l'infermiere, agendo nella modalità più appropriata, che rende questa fase più affrontabile, sia emotivamente che fisicamente.

Interrogati su "L'atteggiamento del paziente nei tuoi confronti influenza il tuo?" sono stati espressi tutti e quattro i gradi di assenso.

È positivo che vi siano infermieri che riescono a non reagire in maniera scomposta anche con pazienti che potremmo definire "non facili", poiché spesso possono verificarsi reazioni eccessive in persone che in realtà stanno affrontando una situazione interiore di terrore e che,

non volendo ammetterlo, attaccano verbalmente o psicologicamente proprio chi è al loro fianco per aiutarli.

È universalmente riconosciuto che la serena accettazione di una condizione conferisca una buona percentuale di risvolti positivi rispetto ad una situazione che riteniamo in precedenza estremamente complicata e negativa: affrontare con positività la propria condizione può essere foriero di un miglior outcome a tutti i livelli, non ultimo, il risvolto psicologico.

Non verificandosi sempre questa situazione ideale, l'attitudine dell'infermiere all'atteggiamento da tenere con ogni varietà di persona, soprattutto con soggetti irrequieti, è estremamente importante e delicato, andando a toccare corde emotive piuttosto fragili.

Quando si è chiesto se qualcuno sentisse di essere influenzato sul lavoro e nella sua relazione con il paziente da circostanze ascrivibili alla propria vita privata, nessuno ha riferito di essere molto influenzato, il 10% ha rivelato di esserlo abbastanza, il 49% ha detto di esserne poco influenzato ed il 36% per niente, oltre a due infermieri che non hanno espresso il proprio parere.

Saper separare lavoro e vita privata, per una professione come quella infermieristica, è di grande importanza non solo per garantire sempre il massimo livello di attenzione agli assistiti, ma anche per la propria situazione emotiva.

Tutto questo riconduce alla necessità per il personale ospedaliero di evitare il prodursi di "burn out", che potrebbe innescare vicende controproducenti anche per gli assistiti, ma soprattutto per sé stessi.

Alla domanda "Il tuo atteggiamento cambia in base alla tipologia e complessità dell'intervento che si va a svolgere?" poco meno della metà del campione preso in esame ha risposto che non viene per niente influenzato, mentre in percentuali minori sono state espresse tutte le altre possibili opzioni.

È probabile che in questo particolare ambito della professione infermieristica, saranno i nuovi assunti a sentirsi maggiormente in una situazione poco conveniente, qualora l'intervento fosse ad alta complessità.

Lavorando all'interno del Blocco Operatorio, che si svolga il ruolo di infermiere addetto all'anestesia, di sala o strumentista vi sono molte nozioni da apprendere che potrebbero mettere in difficoltà gli "ultimi arrivati" che sono privi di esperienza in questo ambiente.

Bisogna saper coniugare al meglio i tempi per la preparazione di tutto il materiale necessario all'intervento in programma; potrebbero non essere del tutto chiari alcuni metodi chirurgici ad infermieri in addestramento o non essere note nella loro totalità le sedi in cui vengono custoditi i materiali che possono rivelarsi essenziali in alcuni casi molto specifici.

La questione che interrogava sulla variazione dello stato d'animo in relazione all'equipe presente in sala fornisce particolari spunti di ragionamento.

È importante per la buona riuscita di un intervento che il personale di sala sia in armonia e collabori alla perfezione.

Spesso, come vedremo nelle domande analizzate successivamente, si manifestano situazioni che rendono l'agire di un infermiere meno scrupoloso, non per una sua disattenzione professionale, ma perché non si sente a proprio agio con i colleghi infermieri, con i medici e con gli altri ruoli presenti in quel momento in sala e ciò non gli consente di mantenere il focus delle proprie attenzioni unicamente sul paziente.

Quando è un bambino che gli infermieri devono assistere solo 3 persone su un campione totale di 39 hanno detto di non adottare un atteggiamento particolare con l'assistito.

Questa domanda può essere confrontata con una delle precedenti (numero 7) che chiedeva agli infermieri se si comportassero allo stesso modo con bambino, adulto e anziano.

Mentre nella attuale domanda sono 36 su 39 gli individui che hanno rivelato di adottare una condotta speciale, nella settima domanda hanno risposto di agire allo stesso modo con tutte le categorie di pazienti in 23 candidati su 39 e solo in 16 su 39 hanno ritenuto di variare il proprio comportamento.

È possibile che le due domande siano state interpretate in maniera diversa da alcuni di coloro che hanno risposto al questionario e che per questo le percentuali di risposta non corrispondano.

La tredicesima domanda "Entri in rapporto empatico con i pazienti?" ha ottenuto una risposta positiva da più della metà del campione in esame.

*"Il vantaggio non è solo per i malati, visto che l'empatia in clinica è associata ad un esito migliore della malattia e ad una maggior soddisfazione degli operatori."*¹¹

Nella relazione di cura che si instaura tra infermiere e paziente emerge come protagonista l'empatia: grazie ad essa il professionista è in grado di immedesimarsi nella visione che la

11. Simona Facco, Luigi Cirio, Jenny Galante, Valerio Dimonte, "La capacità empatica degli infermieri di area chirurgica", Rivista L'infermiere n° 2 – 2013

persona ha della propria condizione clinica ed emotiva e così facendo, riesce a coinvolgerlo e a produrre un maggior benessere psicosomatico.

È lo scopo dell'umanizzazione delle cure far sentire a proprio agio il paziente, così che possa conversare, sentendo che qualcuno che si trova dall'altra parte della barricata comprenda esattamente lo stato di preoccupazione ed insicurezza nel quale versa.

Alla richiesta "Ti è mai capitato di avere difficoltà a livello psicologico a seguito di una situazione difficile?" si sono palesati 22 operatori su 39 che hanno ammesso di essersi trovati in una situazione analoga a quella supposta.

La manifestazione del caso può riguardare una persona molto giovane, anche un bambino, un conoscente o la perdita di un assistito che non ha ricevuto le cure necessarie in tempi ottimali, a causa di un afflusso talmente elevato di persone che ha provocato problematiche in termini di tempi e possibilità di intervento.

Ogni infermiere nel corso della propria carriera ricorderà vividamente "quel paziente" per cui sente di non essere riuscito a fare la differenza o comunque pensa in qualche modo di non aver fatto abbastanza per prendersi cura di lui.

Nel contempo è necessario ricordare sempre a sé stessi che, pur essendo professionisti della salute, occorre anche che ci sia qualcuno che si prenda cura di noi al quale essere disposti ad affidarsi per farsi aiutare.

A tal scopo possono essere organizzati incontri e colloqui di gruppo di defusing e debriefing con psicologi, che sono volti a ridurre l'impatto emotivo causato da uno o più eventi traumatici.

Lo stress è una reazione normale di una persona normale ad un evento normale e in quanto esseri umani, come tutti, possiamo avere bisogno di aiuto da qualcuno che sia competente in materia.

L'interrogativo successivo riguarda l'importanza, secondo la personale opinione degli infermieri, del lavoro svolto in recovery room.

Questa è la zona all'interno della quale sostano temporaneamente i pazienti a seguito degli interventi, prima di tornare al proprio reparto di degenza.

Si fermano in questa zona solo alcuni tra i pazienti chirurgici: sono coloro che hanno subito gli interventi ritenuti più pesanti, perché invasivi o di lunga durata, e sono coloro che necessitano di un'assistenza prolungata e maggiormente impegnativa.

Nella recovery room i pazienti arrivano accompagnati dall'infermiere di sala e saranno poi consegnati alle cure dell'infermiere addetto al controllo della recovery room, che provvederà al posizionamento del monitoraggio elettrocardiografico, alla misurazione ad intervalli della pressione arteriosa, della saturazione dell'ossigeno e all'assistenza generale della quale la persona potrebbe necessitare.

Alcuni di questi pazienti possono essere ancora intubati e quindi in stato di incoscienza e dunque accompagnati in recovery room anche da anestesista ed infermiere addetto all'anestesia.

Avendo necessità di un supporto ventilatorio, si tratta di pazienti che prima di tornare al proprio reparto di degenza devono essere accompagnati nel reparto di rianimazione, dove infermieri dalle elevate competenze si occupano olisticamente della persona, fornendogli sia le cure di base, che un'assistenza più complessa, come la ventilazione o un monitoraggio invasivo, in attesa che i suddetti assistiti vengano riportati ad uno stato vigile interrompendo la somministrazione di farmaci sedativi.

Quello della recovery room è dunque un lavoro di massima importanza, poiché si entra in contatto con il paziente nei primi momenti dopo la sua ripresa di coscienza a seguito dell'anestesia: è ancora fragile, sia dal punto di vista fisiologico che emotivo e c'è quindi la necessità di mantenerlo il più possibile tranquillo e sereno.

Le ultime due domande trattano la questione del mobbing, un fenomeno altamente complesso che si può verificare in molti ambienti lavorativi, incluso quello sanitario.

“Il 27% degli infermieri è vittima di mobbing. Sottoposti a sovraccarico di lavoro, minacce allo status professionale, isolamento e destabilizzazione, gli infermieri di sala operatoria subiscono forte l'impatto di questo fenomeno vessatorio sulla propria condizione psicofisica e sulle proprie prestazioni professionali, che rischiano un aumento degli errori procedurali a discapito della salute dei pazienti.”¹²

Il primo di questi due quesiti riguarda il mobbing verticale e gli infermieri sono stati invitati ad indicare se avessero mai assistito a questo fenomeno in prima persona, cioè essendone vittima, o se vi avessero assistito mentre veniva attuato su altri colleghi.

Il 62% degli infermieri ha risposto affermativamente: questa elevata percentuale mostra, che nonostante la professione si sia evoluta dalla creazione del Profilo Professionale ad oggi,

esistono ancora molti casi che mostrano come questa figura sia sottovalutata e come alcune categorie si ritengano appartenenti ad un livello superiore.

Occorre tener presente, tuttavia, che questa indagine è stata svolta unicamente all'interno di AORMN, dove i presidi di Pesaro e Fano, pur avendo molto personale, non sono ospedali di dimensioni considerevoli.

L'ultimo quesito del questionario tratta invece il fenomeno del mobbing orizzontale, cioè quello che si verifica tra colleghi e non tra ruoli professionali differenti.

A dichiarare di essere stati vittima di mobbing orizzontale o di avere assistito ad almeno un episodio del fenomeno sono stati il 38% degli infermieri che hanno partecipato all'indagine.

Questa è a mio avviso la versione peggiore del mobbing poiché, seppur non giustificata, la forma verticale è un retaggio del passato che non si è ancora malauguratamente riusciti a superare, mentre la forma orizzontale che viene subita dai propri colleghi è ingiustificata ed inaccettabile sotto ogni punto di vista.

Quando si comincia a lavorare in un luogo così peculiare e denso di procedure come il Blocco Operatorio, ci si aspetta che i propri colleghi siano accoglienti e volenterosi di spiegare il funzionamento del reparto per favorire una transizione più semplice possibile.

Per favorire l'introduzione di nuovi assunti in questo ambiente, sono generalmente adottate alcune procedure: il percorso di inserimento utilizza strumenti come check list e protocolli ben definiti che supportano e facilitano l'inserimento del personale.

È previsto un affiancamento professionale, con tempistiche differenti ed adeguate al ruolo previsto, che invita coloro che sono più esperti in questo contesto a coinvolgere i nuovi arrivati cosicché si possa garantire la massima sicurezza per gli assistiti.

CAPITOLO 6: CONCLUSIONI

L'intento della tesi è di evidenziare l'importanza della relazione tra paziente ed infermiere del Blocco Operatorio, un legame che, nel momento nel quale si crea, permette al primo di affrontare meglio una situazione importante, difficile e spesso spiacevole ed al secondo di migliorarsi professionalmente ed umanamente.

Il rapporto che si instaura tra i due è l'incipit da cui prende forma e ha sviluppo una degenza ospedaliera efficace ed efficiente che consente una completa cura dei bisogni della persona, non prescindendo dall'aspetto emotivo che riguarda sia l'operatore sanitario che l'assistito.

I processi interni all'ambiente di sala operatoria sono sempre stati visti solo dal lato pratico e volti al risultato ed al miglioramento della tecnica, mentre con lo studio svolto si cerca di portare, ove possibile, un cambiamento che permetterà all'assistito di sentirsi in un ambiente più confortevole e quindi favorire in lui uno stato di serenità ed equilibrio.

La coscienza, da parte del personale infermieristico, di quanto l'affinità tra un assistito ed il suo curante faccia la differenza, è simbolo di quanto questo processo abbia già dato ampi risultati e sviluppi nell'assistenza sanitaria.

L'elaborato ha consentito di individuare il comportamento tenuto dal professionista infermiere nelle differenti situazioni, passando per l'intervento programmato e quello di emergenza, per le condizioni in sala operatoria e come queste possano essere influenzate da variegati fattori interni ed esterni.

Si è visto come al professionista dell'aiuto non possano mancare qualità come empatia, abilità comunicative, spirito di osservazione, attitudine al problem solving e alla dinamica relazionale, oltre alle necessarie capacità di efficienza e rapidità che riguardano strettamente i suoi compiti lavorativi.

L'umanizzazione delle cure si trova alla base del nursing e le cure basate sulla relazione tra pazienti e infermieri permettono davvero di modificare, ma soprattutto di migliorare, la pratica clinica.

L'attualità osservata all'interno di AORMN ha permesso di evidenziare i punti di forza, quelli di criticità e gli ambiti di perfezionamento raggiungibili.

Il lavoro svolto è peculiare ed innovativo, sebbene nella medio/piccola realtà dei locali presidi ospedalieri, dunque può essere necessario che si svolga un'analisi su più vasta scala e anche

più approfondita, non soltanto mirata sui due presidi oggetto della valutazione, così che l'argomento possa essere meglio studiato da esperti che possano eseguire una selezione più particolareggiata delle necessità della persona in sala operatoria per aiutare il progresso della pratica infermieristica e non soltanto.

La conclusione va vista in prospettiva come una valutazione della percezione degli utenti che conduca ad integrare la mera organizzazione pratica del lavoro con l'impegno a tutti livelli degli operatori sanitari, cosicché si possa raggiungere l'ottimizzazione del confronto tra i due attori della relazione, condividendo le diverse emozioni nella consapevolezza del proprio ruolo professionale.

BIBLIOGRAFIA

Artioli G, Marcadell S, “Nursing narrativo. Un approccio innovativo per l'assistenza” Maggioli Editore, 2010.

Carla Gatto, “L’occhio dell’infermiere e la comunicazione col paziente”, Nurse24, 2016

Codice deontologico approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 aprile 2019.

Fatma Ay, Şehrinaz Polat, Tennur Kashimi, “Relationship Between the Problem-Solving Skills and Empathy Skills of Operating Room Nurses”, Journal of Nursing Research, Aprile 2020

Ivan Loddo, “Infermiere di Sala, attore fondamentale nell'équipe chirurgica”, Nurse24, 2016

J. Paterson e L. Zderad, “Humanistic Nursing”, Natl League for Nursing Pr, 1988.

M. Koloroutis, “Cure basate sulla relazione: Un modello per trasformare la pratica clinica”, casa editrice Ambrosiana, 2015.

Redazione di operatoresociosanitario.net, “Il rapporto supportivo: l'unico rapporto d'aiuto”

Roberta Guerra, “Mobbing in sala operatoria: Un rischio reale per gli infermieri”, Nurse24, 2017

Simona Facco, Luigi Cirio, Jenny Galante, Valerio Dimonte, “La capacità empatica degli infermieri di area chirurgica”, Rivista L'infermiere n° 2 – 2013

SITOGRAFIA

Google Scholar: <https://scholar.google.com>

Infermiere online: <https://www.infermiereonline.org>

Nurse24: <https://www.nurse24.it>

Operatoresociosanitario.net: <https://www.operatoresociosanitario.net>

PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

ALLEGATI

Allegato 1: Questionario

QUESTIONARIO SULLA RELAZIONE TRA INFERMIERI E PAZIENTI ALL'INTERNO DEL BLOCCO OPERATORIO

Gentile Infermiera/e,

Il mio nome è Camilla Amicucci, studentessa di infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, del Polo di Pesaro. Con il presente questionario chiedo la Sua collaborazione per partecipare ad un'indagine volta a verificare il tipo di relazione che si instaura tra il paziente prossimo ad un intervento chirurgico ed il personale infermieristico di sala operatoria.

I dati raccolti dalla compilazione del questionario, secondo quanto previsto dalla normativa di buona Pratica ed Etica della Ricerca (Decreto Ministero della Salute 14/07/1997) e dalla normativa sulla protezione dei dati personali (Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101), saranno successivamente elaborati in forma statistica e trasformati in forma anonima. In tale forma, verranno utilizzati a fini didattici, per la discussione della Tesi di Laurea ed eventualmente inseriti in pubblicazione e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico.

Grazie per la partecipazione, Camilla Amicucci

Per ulteriori informazioni sul lavoro può contattare: amicucci.camilla@gmail.com

a) Genere:

Femmina Maschio

b) Età: _____

c) Titolo di studio (è possibile indicare più di una risposta):

Diploma professionale infermieristico

Laurea triennale

Laurea magistrale

d) Da quanti anni eserciti la professione infermieristica:

da 0 a 10 anni

da 11 a 20 anni

da 21 a 30 anni

da più di 30 anni

Questionario

1) Quanto ritieni importante la comunicazione di tutti i professionisti che lavorano all'interno del Blocco Operatorio con i pazienti?

Molto Abbastanza Poco Per niente

2) Considerando i tempi in cui è vigile, quanto tempo dedichi alla relazione con il paziente?

Molto Abbastanza Poco Per niente

3) Sei disponibile a rispondere alle domande poste dal paziente?

Molto Abbastanza Poco Per niente

4) Tendi a mettere il paziente in secondo piano rispetto alla preparazione del materiale di tuo interesse?

Molto Abbastanza Poco Per niente

5) Il tuo atteggiamento verso il paziente cambia in condizioni di emergenza?

Molto Abbastanza Poco Per niente

6) Credi che il rapporto con la persona venga influenzato dal momento dell'ingresso nel transfer?

Molto Abbastanza Poco Per niente

7) Ti comporti allo stesso modo con tutti i pazienti (bambino/giovane/anziano)?

Sì No

8) L'atteggiamento del paziente nei tuoi confronti influenza il tuo?

Molto Abbastanza Poco Per niente

9) Il tuo stato d'animo legato a situazioni extralavorative influenza le modalità di relazione con l'assistito?

Molto Abbastanza Poco Per niente

10) Il tuo atteggiamento cambia in base alla tipologia e complessità dell'intervento che si va a svolgere?

Molto Abbastanza Poco Per niente

11) Il tuo stato d'animo per l'intervento cambia in base all'equipe presente in sala?

Molto Abbastanza Poco Per niente

12) Hai un comportamento particolare quando l'assistito è un bambino?

Sì No

13) Entri in rapporto empatico con i pazienti?

Molto Abbastanza Poco Per niente

14) Ti è mai capitato di avere difficoltà a livello psicologico a seguito di una situazione difficile?

Sì No

15) Quanto ritieni importante il lavoro svolto in recovery room?

Molto Abbastanza Poco Per niente

16) Sei mai stato vittima o hai mai assistito a mobbing verticale (gerarchico) in sala operatoria?

Sì No

17) Sei mai stato vittima o hai mai assistito a mobbing orizzontale (da parte di colleghi) in sala operatoria?

Sì No

RINGRAZIAMENTI

Giunta al termine di questo percorso vorrei ringraziare tutti coloro che mi hanno sostenuto ed incoraggiato.

Ringrazio i miei tutor, le mie guide di tirocinio, tutti gli infermieri che hanno contribuito alla mia tesi tramite la compilazione del questionario elaborato e tutti i miei colleghi di corso.

Infine, vorrei ringraziare i miei genitori e il mio fidanzato per avermi aiutato, supportato e sostenuto dandomi la possibilità di intraprendere questa carriera.