



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA PREVENZIONE DELLA COMPASSION  
FATIGUE NELLA GESTIONE DEL LUTTO**

Relatore: Chiar.ma  
**Dott.ssa Tiziana Traini**

Tesi di Laurea di:  
**Sara Prendi**

A.A. 2018/19

*“La morte non è niente.*

*Sono solamente passato dall'altra parte: è come fossi nascosto nella stanza accanto.*

*Io sono sempre io e tu sei sempre tu.*

*Quello che eravamo prima l'uno per l'altro lo siamo ancora.*

*Chiamami con il nome che mi hai sempre dato, che ti è familiare; parlami nello stesso modo affettuoso che hai sempre usato.*

*Non cambiare tono di voce, non assumere un'aria solenne o triste. Continua a ridere di quello che ci faceva ridere, di quelle piccole cose che tanto ci piacevano quando eravamo insieme.”*

*(Sant'Agostino. La morte non è niente. IV Secolo)*

# INDICE

<b>Premessa.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduzione.....</b>	<b>3</b>
<b>Capitolo 1: IL LUTTO.....</b>	<b>4</b>
1.1. <i>L'Infermiere e il lutto.....</i>	4
1.2. <i>Il Cordoglio.....</i>	5
1.3. <i>L'elaborazione del lutto.....</i>	6
1.4. <i>La gestione infermieristica.....</i>	9
1.5. <i>Comportamenti da assumere verso i familiari.....</i>	10
1.6. <i>Preparazione per la comunicazione.....</i>	13
<b>Capitolo 2: GLI EFFETTI DELLA SOFFERENZA DEL PAZIENTE SUL BENESSERE DEGLI INFERMIERI.....</b>	<b>15</b>
2.1 <i>L'impatto del lutto sui curanti.....</i>	15
2.2 <i>Il burnout.....</i>	16
2.3 <i>Compassion fatigue.....</i>	17
2.4 <i>Differenze tra compassion fatigue e burnout.....</i>	19
2.5 <i>Strategie di coping.....</i>	20
<b>Capitolo 3: ESPERIENZE DI VITA PROFESSIONALE.....</b>	<b>25</b>
3.1 <i>Racconti di esperienze professionali.....</i>	25
<b>Capitolo 4: RICERCA METODOLOGICA.....</b>	<b>30</b>
<i>Premessa di ricerca.....</i>	30
4.1 <i>Background.....</i>	30
4.1.1 <i>Obiettivi.....</i>	31
4.1.2 <i>Quesito di ricerca relativa al problema identificato.....</i>	31
4.1.3 <i>Criteri di inclusione ed esclusione.....</i>	31

<i>4.1.4 Ricerca e selezione degli articoli</i> .....	32
<i>4.1.5 Limiti degli studi</i> .....	33
<i>4.1.6 Sintesi dei risultati</i> .....	33
<i>4.1.7 Discussione</i> .....	41
<i>4.1.8 Interpretazione dei risultati</i> .....	42
<b>CONCLUSIONI</b> .....	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>47</b>
<b>SITOGRAFIA</b> .....	<b>48</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b> .....	<b>50</b>

## PREMESSA

Già dal primo anno di corso, avevo deciso di scrivere una tesi che avesse per oggetto il lavoro emozionale dell'operatore sanitario. Questa idea è nata perché, da una parte sentivo una certa carenza nel mio percorso di studi, a proposito delle ripercussioni psicologiche sul lavoro sull'infermiere, e dall'altra perché mi sono trovata più volte a vivere particolari situazioni di lavoro che mi hanno creato momenti di sconforto e difficoltà, tanto da mettere in discussione la mia adeguatezza alla scelta professionale fatta.

Quando ho scelto di iscrivermi al corso di Laurea in Infermieristica, non avevo ben chiaro il percorso di studio che avrei dovuto affrontare né quale sarebbe stato il tempo da dedicare e le rinunce ad esso collegate. Le esperienze di questi tre anni di lavoro, mi hanno portato a considerare l'infermiere, come una figura essenziale dell'organizzazione sanitaria e mi hanno convinto che la professione infermieristica possa svilupparsi in tanti e diversi modi. Mi sono accorta, però, che l'infermiere non è consapevole di queste molteplici modalità e che spesso si rinchiude in un ruolo marginale, il che comporta, come conseguenza, l'esercizio non ottimale della professione.

Lo studente infermiere, nella mia rilevazione, denota una spiccata sensibilità di captazione e di osservazione, che sviluppa durante il tirocinio nelle Unità Operative. Egli ha nuovi strumenti per capire, da un punto di osservazione privilegiato, gli "errori" e le "omissioni" che si compiono sul campo, l'interazione tra i diversi ruoli, i vari comportamenti dei professionisti.

È stato proprio attraverso questo tipo di osservazione che ho capito quanto sia importante la comunicazione e quanto l'infermiere non sappia sfruttare pienamente questo strumento, fondamentale per l'esercizio della professione. Ho imparato con l'esperienza che il "saper comunicare" è un'arte complessa, e che non è il semplice frutto di spontaneità personale, ma richiede una preparazione specifica. È auspicabile che in futuro le tecniche di comunicazione vengano trattate in modo più approfondito, sia nell'ambito della preparazione universitaria, sia durante l'esercizio dell'attività con aggiornamenti ed approfondimenti. Ho anche imparato che l'infermiere, per poter curare gli altri, deve avere un buon concetto di sé e una

preparazione in ambito relazionale. Questi aspetti possono condizionare anche la sua vita privata al di fuori del lavoro.

Tra queste variegate problematiche, ho scelto di affrontare il tema della morte perché nel lavoro infermieristico si entra frequentemente in contatto con questa temuta realtà che ci impaurisce e che spesso, ci trova impreparati sia nell'affrontarla che nel superarne l'impatto emozionale. Molto spesso mi sono trovata in situazioni imbarazzanti, perché "non si sa cosa dire né come comportarsi".

La prima volta che ho visto morire un paziente mi trovavo in tirocinio nel reparto di medicina generale, uno di quelli in cui al primo anno inizi *"a farti le ossa"*, mentre chi ci lavora da una vita ci si spezza la schiena. L'impatto era stato tosto, la fatica che prima, insieme alle mie compagne di corso, immaginavamo soltanto, lì iniziava a percepirsi molto bene. Iniziai il mio turno scoprendo che avrei dovuto "preparare" la signora Maria che poche ore prima ci aveva lasciati, ricordo ancora perfettamente la cura con cui ho staccato ogni singolo elettrodo da quel corpo. Per assurdo, avevo più paura di fare del male ad un corpo morto, che ad una persona viva.

Non sono riuscita a dire una parola, mentre la mia infermiera tutor, mi mostrava in maniera automatica le cose da fare. Non ho capito se quello fosse il suo modo di "difendersi", ma quello che aveva assunto non mi sembrava un atteggiamento adatto alla situazione.

Potrai vederne anche migliaia in una carriera, di salme, ma alla morte non ci si può abituare, mi son detta. Io non mi ci voglio abituare, non voglio diventare glaciale come lo è stata lei.

## INTRODUZIONE

Nell'elaborato tesi sono stati trattati aspetti relativi alla morte: l'impatto che questa ha sull'operatore, la relazione che si crea con i parenti di un paziente deceduto e gli eventi stressanti che si vengono a creare.

La prima parte della tesi è prettamente teorica, parte da considerazioni generali sul lutto e sulle problematiche vissute dagli infermieri.

La seconda parte è l'esplicitazione di un'indagine di ricerca, diretta a verificare l'esistenza o meno di uno stato di stress acuto rivolta agli operatori, ma soprattutto mettere in pratica strategie di coping come supporto per le difficoltà sia per gli operatori sanitari che frequentemente si trovano a convivere con un lutto e non si sentono preparati, sia per chi si trova a vivere con forte disagio la situazione luttuosa e sente il bisogno di avere comunque un supporto.

Esiste un'indubbia convinzione, che molti operatori sentano il bisogno di essere formati su questo argomento, credo anche che molti parenti che hanno subito un lutto, avrebbero preferito avere accanto, come supporto al loro immediato ed imprevisto dolore, un infermiere preparato ed attento e in grado di fornire loro un aiuto concreto.

## ***Capitolo Primo***

### **IL LUTTO**

#### ***1.1 : L'INFERMIERE E IL LUTTO***

Il lutto è inteso come quell'insieme di ritualità che esprime la sofferenza, il dolore profondo, cioè il cordoglio per la perdita della persona amata; sono il segno di come si è evoluto nel tempo l'atteggiamento dell'uomo nei confronti della morte. Le istituzioni, i riti, le forme del lutto, hanno la funzione di contenere, guidare ed ottundere il cordoglio permettendo l'elaborazione della separazione ridefinendo nel contempo i rapporti con la persona scomparsa. Apparentemente oggi l'uomo moderno ha perso sempre più questi simbolismi, che appaiono agli occhi di molti come eccessivi se non completamente fuori luogo.

L'esperienza dell'uomo contemporaneo, infatti, sembra sia contraddistinta da un lato dalla riduzione dell'esperienza di morte e di lutto, dall'altro da un numero incredibile di separazioni da oggetti, luoghi e persone. Nell'ottica di una società consumistica, dove un oggetto perduto viene facilmente sostituito con un altro, viene alterata l'idea di una perdita irrimediabile ed insostituibile; ciò può portare ad un ottundimento della sofferenza di fronte ad una perdita. Ma ciò non toglie che la sofferenza per la perdita di una persona cara, rimane comunque un trauma psichico che può essere vissuto come esperienza, soprattutto interiore o venir socializzata attraverso forme di espressione esteriori, codificate nelle varie culture.

E proprio perché segno di grande dolore, le persone in lutto devono essere aiutate, ruolo e attività che l'Infermiere svolge nei confronti dei familiari del morente, nei vari momenti dell'evolversi della malattia e successivamente all'evento luttuoso. Ma affinché l'aiuto possa essere efficace, è fondamentale conoscere i meccanismi del cordoglio, i significati del lutto e le conseguenze, nel caso questi non vengano vissuti ed elaborati in senso positivo. 110 Studi antropologici hanno evidenziato le diverse modalità mediante le quali ciascuna società ha sviluppato un sistema di credenze, che offrono una spiegazione alla morte, ed un insieme di rituali che danno supporto sociale all'espressione di alcune delle emozioni che insorgono in seguito al lutto. Durante il periodo di compianto, i costumi sociali determinano i ruoli che i membri della famiglia dell'estinto devono svolgere, impongono restrizioni alle attività di



quelli più strettamente legati al morto e sanzionano l'espressione dell'emozione, solitamente l'angoscia. I riti funebri ed il lutto servono per separare definitivamente i morti dai vivi, facilitandone il distacco e nello stesso tempo offrono i canali per una continua comunicazione, ed aiutano a ridurre lo stato di confusione ed il dolore psicologico (cordoglio), in cui si trova chi è in lutto recente.

## **1.2: IL CORDOGLIO**

Il cordoglio è una reazione naturale e fisiologica, un insieme di stadi di sofferenza psichica che tendono ad estinguersi nel tempo. Quando, però, ciò non accade e tale sofferenza permane, il cordoglio diventa un trauma permanente e possibile causa di malattia psichiatrica.

Per meglio comprendere le tappe psicologiche del cordoglio si possono così schematizzare, senza comunque dimenticare che queste si sovrappongono e si alternano in maniera non prevedibile:

### **• prima dell'evento luttuoso**

shock

negazione

cordoglio anticipatorio

isolamento

ansia

paura del futuro

### **• al momento della morte**

shock

angoscia

rabbia - sensi di colpa

disperazione – sconfitta.

Subito dopo la morte del proprio caro, inizia uno stadio di totale stordimento: si entra come in una dimensione onirica, si è incapaci di pensare, ci si sente svuotati indeboliti e provati sino ad avere reazioni somatiche quali svenimenti, palpitazioni, ecc. In breve tempo subentra uno stadio di angoscia, struggimento e ricerca della persona perduta si pensa alla persona amata, soffrendo, piangendo, si cerca il proprio caro con lo sguardo, con l'immaginazione, ci si muove senza posa, si è irrequieti. La ricerca viene accompagnata in maniera più o meno intensa da un periodo di rabbia contro tutti e tutto; collera rivolta sia contro se stessi per i sensi di colpa vissuti precedentemente alla morte. Sia come rifiuto della morte, che come

espressione dell'umana impotenza, di fronte alla realtà della vita. Dopo settimane di angoscia, di ricerca, di negazione della realtà e di collera, subentra uno stato di apatia, di senso di sconfitta, si scivola in una marcata depressione, sembra mancare ogni scopo alla vita, non resta che richiudersi in se stessi.

### **1.3: L'ELABORAZIONE DEL LUTTO**

Se a questo periodo di profonda sofferenza non segue l'evoluzione e l'elaborazione positiva della perdita le conseguenze possono essere diverse, come ad es. l'alterazione dello stato di salute, aumentato tasso di mortalità e l'evoluzione di una malattia psichiatrica molto frequentemente: la depressione. I fattori che influenzano il superamento di questo periodo possono essere riassunti in tre gruppi:

- fattori legati alle cause e alle modalità del decesso, come la durata della malattia mortale e dell'agonia, età del morente, carattere del decesso (con o senza dolore, deliri, ecc.), aspetto della salma;

- fattori preesistenti la malattia mortale, come il tipo di rapporto con il defunto, grado di parentela, grado di dipendenza psicologica nei confronti del defunto, grado di dipendenza economico-sociale del defunto, sensi di colpa, sesso del superstite, classe sociale, presenza o no di altre esperienze di cordoglio, presenza o no di fattori culturali che permettono l'espressione del cordoglio;

- fattori determinatisi nel corso di una lunga malattia mortale e dello stadio terminale di questa, come tipo di comunicazione tra morente e parenti, grado di coscienza nel parente dell'irreversibilità della malattia e dell'imminenza della morte, tipo di comunicazione tra parenti e medici, infermieri e volontari, carattere dell'assistenza portata dal parente al morente. Diversi studiosi individuano almeno tre modalità psicologiche di superamento del lutto:

- teoria biologica secondo la quale la morte (come qualsiasi grave perdita) recide un legame di attaccamento mettendo in questione la sopravvivenza del soggetto; il lutto in questa ottica è quel processo tendente a risolvere il problema della sopravvivenza non più assicurata. Secondo questa teoria la persona in lutto, come l'animale, metterebbe in atto prima un comportamento di ricerca dello scomparso, come per accertarsi che la morte sia proprio avvenuta a assicurarsi ogni possibile recupero alla perdita. Si passerebbe quindi a sentimenti inevitabili di chi

si sente minacciato e frustrato nella sua sopravvivenza, una presa di distanza da chi non è più disponibile per gli scopi della sopravvivenza e un adattamento alla nuova situazione che comporta un mutamento di atteggiamenti, che cambia l'identità e rende disponibili a nuovi legami di sopravvivenza. Molto in sintesi l'uomo evocato dalla teoria biologica è un uomo che non può dimenticare poiché il lutto costituisce un attaccamento puramente biologico ad un altro attaccamento puramente biologico, come se non si accorgesse che il tempo passa, come se supponesse un futuro illimitato;

- teoria psicoanalitica, secondo la quale la ricerca spasmodica della persona scomparsa avrebbe un carattere difensivo, avrebbe cioè un significato di negazione alla perdita subita: quindi non si cerca il caro scomparso in un estremo tentativo di ritrovarlo, bensì si sa che non si può più ritrovare e ci si vuole difendere da questa consapevolezza. L'allentamento del legame con l'oggetto d'amore perduto è possibile mediante la «riparazione» della perdita subita, riparazione che consisterebbe nel far rivivere dentro di sé l'oggetto d'amore perduto nella realtà esterna, attraverso un'identificazione con lo scomparso, che ne rende possibile l'introiezione. L'uomo evocato dalla teoria psicoanalitica, infatti, non può ricordare, perché non può far passare il suo passato, ma può tentare solo di farlo rivivere dentro di sé.

- Teoria esistenziale, secondo la quale lo scopo del lutto è di dimenticare i nostri morti piuttosto che adattarsi a nuovi attaccamenti o ripristinare nell'interiorità ciò che è passato nella realtà esterna; poiché, secondo questa teoria, ciò che entra in crisi con la morte del caro, è proprio il senso della vita: è, con la morte che la natura mette in crisi la storia, il lutto è una crisi della «presenza», cioè una crisi della vita umana, considerata non come vita meramente biologica o soggettiva, ma come vita fornita di un senso che noi stessi abbiamo edificato e continuiamo ad edificare culturalmente, nella nostra storia. Si tratta quindi nel lutto di recuperare questo senso perduto, di far passare nel valore » la morte del proprio caro, di dargli un senso, in definitiva non di far vivere in noi i nostri morti, ma di farli morire in noi culturalmente.

L'uomo dovrebbe semplicemente essere messo in grado di poter dimenticare i propri morti, perché così non siano più presenti e si possano ricordare, cioè collocare nel passato. E ciò perché l'uomo che può dimenticare può decidere in che

misura dimenticare, dimenticare il giusto a seconda delle circostanze, mentre l'uomo che è obbligato a dimenticare non può deciderlo e può andare incontro ad una forma di alienazione per la quale l'uomo mitizza le sue acquisizioni culturali e dimentica che per la vulnerabile creatura biologica, la morte sarà sempre inconcepibile, così come sarà insensata per l'io.

Per chi assiste una persona in lutto, acquista molta importanza conoscere, sia i fattori che influiscono sull'evoluzione del cordoglio, sia le modalità psicologiche, con le quali affronta questo periodo. Non esistono però formule né comportamenti standardizzati, ma si può elaborare un atteggiamento di base utile per affrontare tale tematica.

È necessario, innanzitutto, ricercare un nuovo atteggiamento da parte degli operatori sanitari e più in generale di tutta la società, nei confronti del morente e del suo nucleo familiare, soprattutto nei casi di cancro terminale, dove la famiglia viene troppo spesso lasciata a se stessa ed il paziente non ha più aspettative di guarire, ma solo di ricevere comfort e rispetto, e quindi modificare l'atteggiamento assistenziale dal «curare per guarire» al «curare per aver cura di». Il professionista sanitario nel quale meglio si concretizzano le caratteristiche di colui che deve fungere da supporto alle persone in lutto, è sicuramente l'infermiere, perché come recita l'art. 24 del Codice Deontologico FNOPI «*L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto*». Come si può rilevare nell'articolo citato, l'infermiere ha un ruolo determinante nell'aiuto che può dare al paziente morente e ai familiari. Come afferma B. Pascal «La morte è ciò che la vita ha sinora inventato di più solido e sicuro».

Diversamente dai medici e dagli altri operatori, l'infermiere riceve solide basi durante il suo percorso formativo riguardo la morte, il lutto la perdita e la sofferenza, e d'altro canto il suo contatto continuo con i pazienti e le loro famiglie, gli permette di sviluppare una relazione d'aiuto e di profonda fiducia, rimanendo molto più coinvolto di altri professionisti della salute. In molti casi, l'infermiere gioca un ruolo cruciale, intervenendo durante le crisi acute di cordoglio.

Alcuni studi condotti da Lindemann e Marris autori di testi come "Sintomatologia e gestione del dolore acuto" ("Symptomatology and management of acute grief"), hanno sottolineato come l'infermiere può prevenire repressioni e negazioni dei

sentimenti, durante la reazione al lutto, prevedendo così delle reazioni tardive anomale al cordoglio.

In alcuni ospedali anglosassoni esiste la figura dell'infermiere counselor, la cui funzione è quella di alleviare l'ansia e le incertezze tra i familiari dei pazienti operati di cancro. Chi è in continuo contatto con la morte ed il morente, come è l'infermiere, spesso si trova a dover affrontare un duplice aspetto di questo evento: da una parte deve apportare il proprio sostegno e fornire l'aiuto professionale che gli viene richiesto; dall'altro si trova egli stesso ad elaborare come individuo l'esperienza della morte e della perdita.

Per aiutare il malato ad affrontare l'idea della morte, è importante aver interiorizzato in sé stessi, la prospettiva della propria morte, come parte integrante della vita; prendere coscienza di questo evento non vuol dire ridurre o annullare le esperienze della vita, ma vuol dire stimolo ed impegno per le scelte che la vita ci propone. E' necessario quindi sviluppare una preparazione che approfondisca una personale ricerca culturale e psicologica nei confronti del tema della morte e del morire, una ricerca di un nuovo rapporto con il morente e i suoi familiari che miri all'empatia e a una rivalutazione e sviluppo dell'assistenza, fondata sulla cura dei rapporti interpersonali, più che sull'aspetto tecnico.

Gli interventi a sostegno possono essere manifestati in 3 momenti: prima, durante e dopo il decesso.

#### ***1.4: LA GESTIONE INFERMIERISTICA***

Il ruolo dell'infermiere nella gestione del lutto dovrebbe fondamentalmente riguardare le aree di educazione, informazione, supporto emozionale, gestione della crisi acuta di cordoglio, identificazione dei familiari ad alto rischio, loro assistenza a breve e a lungo termine. L'infermiere dovrebbe essere presente fin da quando il medico comunica alla famiglia la diagnosi infausta, ed espone le procedure e le cure del caso; è importante che l'infermiere conosca bene la situazione, in modo da chiarire o far da tramite alla famiglia qualora ci fossero delle domande e delle incomprensioni future.

L'infermiere è in una posizione unica nel facilitare il processo del cordoglio, permettendo alla famiglia di esprimere le loro profonde sofferenze. Se la sofferenza

si manifesta precocemente nel corso del lutto anticipatorio, l'infermiere deve offrire supporto incoraggiando la famiglia a parlare dei loro sentimenti prima della perdita, accettando qualunque sia la loro modalità di espressione, deve far comprendere che non teme i sentimenti di tristezza, il pianto delle persone in cordoglio. Un'altra area di intervento infermieristico è quella dell'identificazione delle famiglie ad alto rischio, cioè quelle famiglie che sviluppano comportamenti che non mirano ad elaborare positivamente il lutto, come già descritto precedentemente, a questo riguardo si pensa che uno dei fattori più importanti nello sviluppo di un cordoglio anomalo sia quando la famiglia crede che la morte sia evitabile, quando esprime cioè una negazione della realtà. Infine è altrettanto importante che attraverso una comunicazione attiva con il paziente e la famiglia venga mantenuto il sentimento di speranza durante la fase di lutto anticipatorio, coinvolgendo gli amici ed i familiari che possono essere di supporto alla famiglia.

Si può concludere con la constatazione, che chi assiste un morente ed il suo nucleo familiare, non possa nascondersi la difficoltà dell'impegno, ma nel contempo venga stimolato alla coscienza di come il suo aiuto possa essere fondamentale, affinché la morte avvenga con dignità, con limitate sofferenze fisiche e psicologiche e come tutto ciò influisca positivamente sull'evoluzione del cordoglio per i familiari sopravvissuti.

### ***1.5: COMPORTAMENTI DA ASSUMERE VERSO I FAMILIARI***

Le difficoltà maggiori che riscontra l'infermiere nei confronti della morte, oltre alla visione di scene particolarmente "impressionanti", sono rappresentate dall'accettare la morte e nell'instaurare relazioni con i parenti. La domanda da porsi è: "come si può essere d'aiuto a sé stessi per poter essere d'appoggio a chi ha subito un lutto?". Non ci sono comportamenti standard da seguire alla lettera ed applicabili in generale a tutto, ma se venissero insegnate delle abilità, questo momento potrebbe essere vissuto in modo più professionale e meno traumatizzante.

Il primo importante passo è accettare la morte. Nel corso della storia dell'uomo la paura della morte ha assunto diversi significati, fino a divenire un argomento tabù: occorre far di tutto, per non arrivare alla fase finale della vita. Di fatto, meno si

conosce più si ha paura, e il cercare di non affrontare e tenere lontano questo “problema”, non fa altro che aumentarne il timore.

Si accetta meglio la malattia della morte, anche se quest’ultima è parte integrante della vita dell’uomo. Se l’infermiere è così terrorizzato dal pensiero della morte da non riuscirne a parlare, o se la sua angoscia è evidente e difficilmente controllabile, di certo non si relazionerà bene né con i parenti né con la vittima stessa. La prima persona su cui si può fare qualcosa, è proprio sé stessi, capire cos’è che terrorizzi così tanto della morte, serve per affrontare e vincere le proprie angosce. Chiaramente, più si riesce a “gestire” la morte e non associare nel paziente deceduto la morte di un proprio caro, o addirittura la propria, più si riuscirà a vivere in modo meno traumatico la morte di un paziente.

Ci sono caratteristiche fisse che possono creare dei “disagi” indipendentemente da come si percepisce la morte; prima fra tutte l’età del paziente: più è giovane più è difficile accettarlo e rimanerne indifferenti.

L’infermiere si trova a vivere un’ambivalenza rilevante: da una parte è il professionista, colui che soccorre e che aiuta; tutto ciò gli impone di mantenere un determinato comportamento e l’autocontrollo; non può quindi correre il rischio di diventare colui che deve essere aiutato, dall’altra c’è tutto ciò che prova interiormente. Il problema maggiore pertanto è riuscire a “cancellare” gli stati d’animo, nel momento in cui si presta assistenza. Infatti in quel momento non c’è tempo di occuparsi di se stessi, perché c’è qualcosa di “più importante”; così, poi, ci si trova a vivere tutto in una volta quelle emozioni che diversamente si sarebbero diluite nel tempo. L’infermiere deve pertanto essere preparato per la gestione della morte e del lutto.

Il professionista è direttamente coinvolto non tanto per la comunicazione di morte in sé ma per il supporto immediatamente successivo ai parenti. Questo è un dato di esperienza, per cui sia la scuola che successivamente il luogo in cui ci si svolge l’attività di lavoro, devono intervenire per preparare l’infermiere ad affrontare questo argomento. È fondamentale ricordare che alla comunicazione di morte bisogna dedicare il tempo necessario. Non si può comunicare a un parente il decesso del proprio caro in ambienti poco idonei, alla presenza di altri soggetti; in quel momento si lavora per chi rimane, antepoendo i loro bisogni ai propri.

Nell' articolo "Dolore e perdita infermieristica" di Julianne R. Oates e Patricia Maani-Fogelman viene riportato un concetto molto importante, ovvero, *che l'infermiere inizi questo processo costruendo un rapporto con i parenti presenti. Incoraggiarli a parlare, apertamente e onestamente, dei loro sentimenti emotivi e fisici. Utilizzare le capacità di ascolto attivo e fornire un ambiente non giudicante.*

Nello stesso articolo viene citata L'American Association of Critical Care Nurses, la quale supporta un metodo di comunicazione terapeutica durante gli argomenti di conversazione emotiva, chiamata tecnica "NURSING GRIEF AND LOSS"

L'uso di questa tecnica quando si comunica con le persone che soffrono di dolore aiuterà a dimostrare empatia e costruire un rapporto.

Quando un membro della famiglia menziona: " *Questo è travolgente*".

L'infermiera, secondo questa tecnica, può rispondere:

- **Nome:** "*Ti senti sopraffatto.*" Nomina quello che hanno appena detto.
- **Comprendi:** "Come posso aiutarti?"
- **Rispetto:** Esprimi il tuo rispetto per loro in questa situazione.
- **Supporto:** "*Sarò qui per voi*"- Mostra loro che sei lì per loro.
- **Esplora:** *Cerca di far parlare le persone .*

È importante assistere i familiari nell'affrontare il loro dolore ed Educarli su ciò che che andranno incontro per aiutare ad adattarsi a questa perdita che stanno vivendo. Valuta come stanno gestendo questa esperienza ed affronta le paure legate al dolore e alla perdita.

Il dolore può influenzare gli individui in modo diverso, ma può essere esibito attraverso segni e sintomi come risposte immunitarie alterate, angoscia, rabbia, disturbi del sonno, astinenza, dolore, panico e sofferenza.

È importante essere in grado di fornire ai pazienti e ai loro cari risorse per adattarsi alla loro perdita e aiutarli nel loro processo di lutto. Ciò può significare servizi di supporto spirituale, riferimenti psicologici, terapia individuale, terapia di gruppo e gruppi di sostegno tra pari della comunità, nonché riferimenti di lavoro sociale.

Il dolore anticipatorio può essere sperimentato prima di una perdita effettiva, questo significa iniziare prima il processo di lutto.

Il dolore complicato, invece è quando i sentimenti di perdita sono debilitanti e non migliorano dopo un lungo periodo di tempo. Un periodo di tempo generalmente accettato è di un anno. Nel dolore complicato, le emozioni si consumano così tanto



che l'individuo ha difficoltà a riprendersi dalla perdita per riprendere la propria vita. Nei primi mesi dopo una perdita, il dolore normale e il dolore complicato appaiono molto simili; tuttavia, il dolore complicato probabilmente peggiorerà invece di svanire gradualmente. Le persone che soffrono di un lutto complicato generalmente hanno bisogno di supporto e risorse per aiutarle a rivendicare un senso di accettazione e pace.

### ***Segni e sintomi del dolore complicato***

- Intenso dolore, dolore e ruminazioni per la perdita
- Incapacità di concentrarsi su qualcosa di diverso dalla perdita stessa
- Desiderio intenso e persistente o dolente per il defunto
- Difficoltà ad accettare la morte
- Intorpidimento o distacco
- Amarezza per la perdita
- Sentimenti che la vita non ha alcun significato o scopo
- Mancanza di fiducia negli altri
- Incapacità di godersi la vita o persino ricordare qualsiasi esperienza positiva di una persona cara.

A volte è difficile sapere cosa dire a qualcuno che sperimenta dolore e perdita. La cosa più importante è essere lì e ascoltare. Consentire a una persona cara di condividere un ricordo o un sentimento sulla persona che sta soffrendo può essere prezioso.

### ***1.6: PREPARAZIONE PER LA COMUNICAZIONE***

Il contatto con la morte di una persona è un'esperienza forte sia a livello personale che professionale. Ritorna quindi l'importanza di selezionare personale adatto a questo tipo di comunicazione; questo sia per il bene dell'infermiere che potrebbe non sopportare questo tipo di stress, sia per i familiari che stanno già affrontando un periodo particolarmente difficile. Chi decide di esporsi a questo tipo di esperienza, anche se in modo volontario, deve considerare alcuni possibili sentimenti come sentirsi inesperto o impreparato al compito, aver paura di essere a contatto con la morte, temere di essere aggredito dai familiari, (anche fisicamente),

sentirsi responsabile della morte del soggetto, tanto più se ha partecipato alle manovre di emergenza, legarsi troppo alla famiglia della persona deceduta.

Non esiste un profilo ideale che possa permettere l'identificazione della persona più adatta, e per l'intenso carico emotivo che questa comporta non è opportuno lasciare questo compito sempre alla stessa persona (A. Zuliani, L. De Antoni "Il problema della comunicazione ai familiari del decesso improvviso di un congiunto". Tratto da "Emergency Oggi". Anno 2002).

Per orientarsi è però opportuno che:

- Il personale abbia seguito un corso di formazione sugli aspetti della comunicazione del decesso;
- La persona scelta sia sensibile, affidabile e matura e, se possibile, disponibile ad essere coinvolta;
- La persona abbia conoscenza concreta di quello che è accaduto prima, durante e dopo la morte;
- La persona abbia il tempo per comunicare il decesso, e rimanere con gli interessati il tempo necessario per aiutarli a superare le prime difficoltà emotive. La formazione permanente per gli operatori che si trovano a lavorare in situazioni in cui è frequente dover comunicare decessi improvvisi, è tenuta ad istituire procedure attraverso cui l'operatore può ricevere informazioni per comunicare in modo corretto ai familiari il decesso del loro congiunto.

## ***Capitolo Secondo***

### **GLI EFFETTI DELLA SOFFERENZA DEL PAZIENTE SUL BENESSERE DEGLI INFERMIERI**

#### ***2.1: L'IMPATTO DEL LUTTO SUI CURANTI***

Non si può dare agli altri, se prima non si è presi cura di sè stessi.

La professione infermieristica rientra nelle cosiddette professioni d'aiuto, ovvero quelle professioni che si occupano di assistere e fornire cure a persone che manifestano un certo grado di sofferenza sia essa fisica che emotiva.

L'infermiere è prima di tutto una persona e così il suo vissuto, le sue aspettative verso gli altri e le esperienze di vita che lo hanno plasmato, si intrecciano con quelle del paziente; è la persona con la quale i pazienti si relazionano più di frequente durante la loro permanenza in strutture ospedaliere e questo significa per l'infermiere, un maggior contatto con la sofferenza rispetto ad altre figure professionali.

Nell'articolo "Compassion Fatigue: A Nurse's Primer" dell'ANA (American Nurses Association), viene riportato che circa il 30% degli infermieri manifesta sintomi di estrema fatica ed il sentirsi mentalmente logori dal lavoro.

Nel 2012 la National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), ha indicato quella dell'infermiere come una delle professioni più stressanti in assoluto. Molti infermieri abbracciano questa professione, proprio spinti da motivazioni altruistiche, con la voglia di essere d'aiuto, di empatizzare ed alleviare le sofferenze delle persone. Nonostante le premesse, con il passare del tempo, il carico di richieste può eccedere le proprie risorse, diventando eccessivo ed opprimente e portando ad una situazione di stress cronico.

Lavorare a stretto contatto con la sofferenza, ha delle ripercussioni sulla sfera emotiva ed in particolare, le reazioni più frequenti sono un senso di tristezza, impotenza, fallimento e sensazione di sovraccarico emotivo. Secondo alcuni studi, molti infermieri hanno manifestato la loro difficoltà a gestire queste emozioni negative e l'esigenza di avere uno spazio dedicato di confronto per alleviarne le conseguenze. In alcuni casi può assistere a dei veri e propri casi di burnout.

## **2.2: IL BURNOUT**

Il burnout è un termine di derivazione anglosassone che sta a indicare una forma di esaurimento fisico e mentale, di logoramento, fatica o apatia risultante da un carico eccessivo e prolungato di stress lavorativo. Le professioni d'aiuto hanno una maggiore probabilità di sviluppare questa condizione e pertanto l'infermiere è da considerarsi una categoria a rischio.

Christina Maslach, professoressa di Psicologia dell'Università di Berkley (California) è considerata una dei pionieri degli studi sul burnout. Il suo modello prevede tre dimensioni che caratterizzano il fenomeno:

- **Esaurimento emotivo:** si riferisce al sovraccarico emotivo e alla sensazione di essere svuotati del proprio mondo emotivo ed affettivo;
- **Depersonalizzazione:** si riferisce ad una modalità eccessiva di distacco dagli altri e di cinismo. In genere avviene come conseguenza dell'esaurimento emotivo e, almeno nei primi momenti, può rappresentare una forma di difesa. Tuttavia, con il passare del tempo può portare ad una forma di "deumanizzazione";
- **Ridotta realizzazione personale:** si riferisce ad una riduzione del senso di autoefficacia personale e senso di competenza. È associata ad un abbassamento del tono dell'umore e favorita da scarso supporto sociale.

Alcuni segni tangibili del burnout sono:

Stanchezza cronica, continuo rimuginò sui temi del lavoro, dolori fisici di natura psicosomatica come emicranie o disturbi gastrici, sintomi dell'area ansiosa e/o abbassamento del tono dell'umore, difficoltà nel sonno, riduzione di interesse nelle attività quotidiane, aumento dell'irritabilità, eccessivo cinismo, perdita della motivazione e della passione sul lavoro.

La scrittrice francese Christine Stoiber nel suo libro "*Lotta contro il Burnout*", racconta di come la morte di un paziente rimane uno shock emotivo per l'infermiere, addirittura shock plurimo (morte di più pazienti), e spesso la sofferenza del curante rimane interiore in quanto cerca di occuparsi da subito di ciò che circonda il paziente: della famiglia o degli altri pazienti. L'infermiere in questo caso può reagire alla morte del paziente, provando solitudine emotiva, un rinvio a quella dei propri cari, senso di colpa, malessere o tensione, dolore per la separazione successiva

all'attaccamento con il paziente, sentimento di inutilità, empatia verso la famiglia, voglia di esprimersi o di piangere o dimenticarsi dell'accaduto e quindi rimuovere. Queste reazioni sono strettamente soggettive e rimangono dunque relative alla persona, alla sua storia e alla sua capacità di ammortizzare il colpo ed alla plasticità di ammortizzare il colpo, che dagli anglosassoni è chiamata resilienza.

Le reazioni ed i sentimenti vissute dai curanti, devono essere considerate e metabolizzate, in caso di una resilienza inefficace, per non permettere di accumulare stress senza potersi sfogare. La banalizzazione si nutre del non detto e quindi dopo una morte, si passa a un altro paziente, non si parla del paziente deceduto o della morte, si va oltre senza porsi delle domande (Stoiber & Bouillercce, 1999).

### ***2.3: COMPASSION FATIGUE***

Il termine "compassion fatigue" è emerso per la prima volta circa venti anni fa, in uno studio inerente al burnout, che colpiva la professione infermieristica. L'infermiera Carla Joinson (1992), lo usò per definire la "perdita della capacità di prendersi cura", che era stata rilevata in alcune infermiere di pronto soccorso.

Il termine indica uno stato di profondo consumo fisico, psichico e spirituale, accompagnato da un significativo dolore emotivo (Joinson, 1992). L'intensa cura da parte dell'infermiere e l'identificazione con la sofferenza del paziente, contraddistinguono la compassion fatigue, che spesso porta all'esaurimento emotivo. Molteplici fattori di stress ambientale come il carico di lavoro e la complessità dei bisogni (dolore, lesioni traumatiche e disagio emotivo), o la perdita di un paziente, possono portare gli infermieri a provare stanchezza, depressione, rabbia, apatia e distacco (Boyle, 2011). Inoltre, dallo studio di Joinson (1992), emerse che in situazioni di stress l'infermiere può provare anche disturbi somatici come mal di testa, insonnia e problemi gastrointestinali (Joinson, 1992).

Negli anni a seguire, il maggior esponente che trattò il tema della compassion fatigue, fu il professore di psicologia e salute mentale Charles Figley. Egli (1995). Inizialmente coniò il termine "stress traumatico secondario" (STS) e lo definì come una condizione comprendente sintomatologie di tipo post-traumatico, ovvero l'insieme di reazioni comportamentali ed emotive dovute all'esposizione ad eventi

traumatici, sperimentati da terzi o in seguito all'aiuto fornito a persone sofferenti (Charles R. Figley, 1995).

In seguito, lo stesso autore citò la condizione di compassion fatigue e la definì come un insieme di sentimenti di profonda solidarietà e comprensione per qualcuno colpito da dolore, caratterizzata da un forte desiderio di alleviarne la sofferenza o eliminarne la causa. Dunque descrive una condizione di stress cumulativo che tende ad aumentare con il tempo, soprattutto se l'infermiere colpito ignora i propri sintomi e non soddisfa i propri bisogni emotivi.

La compassion fatigue è caratterizzata da uno stato progressivo di disagio emotivo, evolve dal disagio compassionevole (compassion discomfort), allo stress della compassione (compassion stress), fino alla fatica della compassione (compassion fatigue); uno stato in cui l'energia compassionevole impiegata dall'infermiere supera la capacità dello stesso di recuperare da questo dispendio energetico, con conseguenze fisiologiche e psichiche negative.

L'infermiere prova quasi inevitabilmente dolore dopo la morte di un paziente, ma questo viene spesso ignorato.

L'esposizione costante alla sofferenza altrui e l'intento di sopprimere i sentimenti associati alla morte, possono comportare pesanti rischi per l'infermiere tra cui la condizione di compassion fatigue. Questa influisce negativamente sul benessere psicofisico dell'infermiere e sull'efficienza dell'assistenza infermieristica.

La professione infermieristica include l'assistenza a persone sofferenti, affette da malattie croniche e con esito spesso mortale. Talvolta questa circostanza può generare nell'infermiere una sensazione di incapacità. Nel frangente in cui un paziente muore, gli infermieri devono essere pronti a trattare la morte come parte integrante del loro lavoro. Ci si aspetta che essi rimangano calmi e composti e che si occupino delle formalità legate al caso. Pertanto, benché la morte di un paziente susciti sensazioni di perdita e dolore nell'infermiere, queste risposte emozionali vengono spesso repressi.

Lo psicologo Kenneth J. Doka (2002), definisce questo fenomeno "dolore senza diritti", qualcosa che è nascosto o proibito, poiché esprimere reazioni al dolore è percepito come inopportuno o non professionale dal sistema sanitario vigente.

Gli infermieri non si permettono di mostrare le proprie emozioni ai loro pazienti e col passare del tempo questa privazione porta all'instaurarsi della compassion

fatigue. Il tentativo di creare una relazione basata sull'empatia e la fiducia con il paziente, in concomitanza allo sforzo di non farsi coinvolgere in maniera eccessiva da quest'ultimo e dal contesto che lo circonda, è un motivo importante di stress per il professionista. Cercare di trovare il giusto livello di coinvolgimento con il paziente morente è uno dei ruoli più difficili da svolgere per gli infermieri (Wakefield, 2000).

#### **2.4: DIFFERENZE TRA COMPASSION FATIGUE E BURNOUT**

Negli anni successivi al 1992, in seguito alla prima citazione dell'autrice Joinson, il fenomeno della compassion fatigue non venne definito totalmente come una condizione a sé stante, nonostante fosse stato osservato negli operatori sanitari e riportato in letteratura. Pertanto, il termine compassion fatigue veniva usato in modo intercambiabile con il fenomeno del burnout. Difatti la compassion fatigue veniva considerata come una forma di burnout specifica per gli operatori sanitari (Todaro-Franceschi, 2013). In seguito le due sindromi vennero definite come entità separate, nonostante condividano svariate somiglianze.

Le strategie di sopravvivenza fallite ed il mancato raggiungimento degli obiettivi, possono generare entrambe le condizioni.

Il burnout nasce quando il raggiungimento dell'obiettivo non viene soddisfatto, mentre la compassion fatigue si instaura quando gli interventi di cura non hanno successo e dunque insorgono nell'infermiere sentimenti di angoscia e senso di colpa. Con entrambe le condizioni si provano sentimenti di frustrazione, impotenza e diminuzione del morale.

La compassion fatigue si distingue dal burnout principalmente per tre motivi: fattori scatenanti (eziologia), cronologia e risultati (Boyle, 2011). Il burnout è generato dai conflitti che si instaurano all'interno dell'ambiente di lavoro. Questi conflitti possono includere disaccordi con dirigenti o colleghi di lavoro, insoddisfazione per il salario, sovraccarico lavorativo o condizioni di lavoro inadeguate.

La compassion fatigue, invece, deriva dalle relazioni che gli infermieri instaurano con i loro pazienti e i rispettivi familiari e nasce dall'impegno e dall'investimento emotivo nella relazione con questi ultimi. Inoltre il burnout ha un'insorgenza graduale e progressiva, che tende via via a consumare l'operatore a tal punto che questo si sente sopraffatto dal proprio lavoro (Boyle, 2011).

Ha un esordio improvviso e acuto e può insorgere anche in seguito ad una singola esposizione ad una condizione acuta di dolore e sofferenza (Charles R. Figley, 1995). Mentre l'infermiere colpito da burnout si ritira gradualmente, l'infermiere con compassion fatigue cerca di dare sempre di più ai pazienti bisognosi, fino ad avere conseguenze psicofisiche decisamente negative.

Entrambi i risultati, tuttavia, hanno in comune un senso di esaurimento fisico ed emotivo interiore (Boyle, 2011).

## **2.5: STRATEGIE DI COPING**

I progressi tecnici, insieme a quelli scientifici, hanno contribuito alla longevità umana, ma, allo stesso tempo, hanno messo alla prova i curanti per l'assistenza delle persone in fin di vita. Pertanto, è opportuno che i professionisti della salute attuino delle strategie per far fronte allo stress e alle loro emozioni, in modo tale da non correre il rischio di sviluppare stati di esaurimento fisico, psicologico ed emotivo. Esaurimento che può manifestarsi con stanchezza, depersonalizzazione e riduzione della realizzazione professionale. Queste strategie, definite "strategie di coping", sono dei "mezzi" che gli individui utilizzano per superare situazioni stressanti e difficili, attraverso l'adozione di comportamenti specifici alla problematica (Martins, Chaves, e Campos 2014).

È essenziale che i team sanitari abbiano le giuste conoscenze, la versatilità e il supporto emotivo necessari, al fine di prendersi carico del paziente in questa fase di vita difficile, in quanto sono momenti che non richiedono solo assistenza fisica ma anche supporto psicologico, sociale e spirituale.

Davanti alla morte del paziente, l'infermiere deve tenersi a sua disposizione, relazionando con esso e trasmettendo interesse ai problemi ed alle sue difficoltà, dandogli tutto il necessario sostegno. Azioni che permettono di dare un altro significato alla vita di quella persona.

Gli infermieri devono garantire un accompagnamento dignitoso, il cui obiettivo non sia unicamente quello di alleviare il dolore. Di fatti è importante permettere all'utente di vivere il tempo rimasto in tranquillità, rispettando la sua dignità e mantenendo la sua identità, favorendo la vicinanza delle persone a lui care e delle "cose" che hanno segnato la sua vita (Martins, Chaves, e Campos 2014). Gli infermieri



spesso lavorano con un carico lavorativo elevato e, sono costantemente sotto tensione emotiva, fisica e mentale.

La “Compassion fatigue” ed il burnout possono rendere il lavoro infermieristico meno produttivo; in tale situazione i dipendenti si assentano per malattia, associato anche ad un aumento del cambio di personale. Diversi autori come Deklava, Circenis, e Millere ritengono che l’alto livello di stress e burnout sono considerati motivi per cui gli infermieri a volte vogliono cambiare lavoro, in cui il livello di stress è ridotto. La gestione della compassion fatigue deve essere molteplice e comprendere la prevenzione, la valutazione e la minimizzazione delle conseguenze (Charles R. Figley, 1995). In letteratura, vengono considerate diverse strategie di prevenzione e intervento, volte a mantenere o ristabilire il benessere psicofisico dell’infermiere. L’autrice Todaro (2013) riconosce tre fasi principali di intervento:

- essere consapevoli delle proprie sensazioni;
- riconoscere le scelte e le azioni che possono essere intraprese per affrontare la condizione;
- occuparsi di sé stessi e degli altri.

Nella prima fase, spiega la scrittrice, è importante che l’infermiere si renda conto di cosa lo irriti o lo intristisca, durante la giornata lavorativa. Nel secondo stadio, in base alle cause che hanno scaturito la compassion fatigue, bisogna riconoscere le azioni che vanno intraprese, al fine di affrontare questa condizione. Infine, l’ultima fase comprende l’auto-cura, cioè occuparsi di se stessi e di come si interagisce con gli altri. Ciò include qualsiasi attività che permette di soddisfare i propri bisogni; come partecipare a meditazione, yoga, ritiri, programmi di educazione e programmi di assistenza, volti agli operatori sanitari (Todaro-Franceschi, 2013).

Anche secondo l’autrice Boyle (2011), ci sono tre categorie principali di intervento in caso di compassion fatigue. Queste sono l’equilibrio tra lavoro e vita privata, l’istruzione e programmi di lavoro. L’equilibrio tra lavoro e vita privata permette agli infermieri di investire tempo ed energie per prendersi cura di se stessi al fine di curare gli altri. Si tratta di stabilire un piano di auto-cura che ha lo scopo di migliorare e mantenere uno stato di calma (Boyle, 2011). Questa pratica viene anche definita “egoismo responsabile” o “cura compassionevole per se stessi”.

Dunque, affinché i curanti possano offrire cure di qualità ai loro pazienti, devono praticare la riflessione e la consapevolezza interiore per soddisfare i propri bisogni emotivi.

Uno stile di vita sano e regolare caratterizzato da esercizio fisico, rilassamento, mantenimento di un adeguato sonno e alimentazione e supporto da parte degli altri, sono fondamentali per l'equilibrio della propria vita e del lavoro, poiché la concentrazione è focalizzata su attività piacevoli e soddisfacenti e non unicamente sul lavoro, per esempio la meditazione è un'altra strategia di auto-cura.

Diventare consapevoli delle proprie risposte agli stimoli stressanti, permette di non cadere in comportamenti inefficaci e dannosi per l'infermiere stesso (es. alcool o sostanze stupefacenti) o per gli altri (es. incolpare i colleghi, lamentarsi, inveire contro gli altri).

L'equilibrio tra vita personale e lavoro, richiede l'introspezione da parte dell'infermiere, in concomitanza con l'azione, elementi che permettono di garantire la longevità professionale (Boyle, 2011).

Per quanto riguarda l'istruzione, è fondamentale che la sensibilizzazione al tema della compassion fatigue, sia integrata in tutti i programmi di studio per infermieri universitari, affinché vi sia una maggiore consapevolezza dei bisogni emotivi che possono affliggere l'energia del professionista in cure infermieristiche. Dunque, dei programmi di formazione che aumentino le competenze di supporto emotivo nella pratica infermieristica e degli incontri interdisciplinari di gruppo che integrino la prospettiva umanistica nell'assistenza sanitaria, risultano essere eccellenti modalità per sviluppare strategie di coping personali (Boyle, 2011).

Un'altra strategia riguarda l'intervento fornito sul posto di lavoro. Si tratta di incontri che affrontano il disagio emotivo degli infermieri e possono essere molto efficaci nel ridurre la compassion fatigue. Gli obiettivi di questi programmi sono: la riduzione dei conflitti interpersonali lavorativi, la diminuzione del turnover infermieristico e l'aumentata collaborazione e soddisfazione interprofessionale. Tuttavia, attualmente, vi sono poche strutture o sistemi sanitari che offrono queste opportunità per gestire i bisogni emotivi, che induce talvolta la pratica infermieristica (Boyle, 2011).

Uno dei programmi che viene spesso citato in letteratura è "Accelerated Recovery Program" (ARP) (Gentry, J. E, Baranowsky, A. B, & Dunning, K, 2002). Si tratta di un

protocollo di trattamento che prevede cinque aree di intervento, che hanno lo scopo di incrementare le abilità dei curanti e ridurre al minimo la compassion fatigue. Queste aree sono: capacità di resilienza; autogestione e cura di sé; relazioni con gli altri; acquisizione di competenze; risoluzione dei conflitti. Gli obiettivi di questo programma di trattamento sono principalmente otto:

- identificare e capire ciò che scatena i sintomi della compassion fatigue e sviluppare uno schema;
- valutare i metodi presenti per affrontare le difficoltà nella pratica e cominciare a sviluppare e mantenere strategie di auto-cura;
- identificare le risorse interne ed esterne disponibili per sviluppare e mantenere la capacità di resilienza;
- conoscere e padroneggiare le tecniche di riduzione del disagio;
- imparare i fondamenti dell'auto-controllo;
- migliorare la cura di se stessi e definire dei limiti al coinvolgimento personale;
- apprendere e utilizzare il video-dialogo (tecnica per la risoluzione dei conflitti interni);
- sviluppare un piano di autocura (Gentry, J.E et al., 2002).

Numerosi adattamenti di questo programma sono stati pubblicati dallo stesso autore e dai suoi collaboratori negli anni successivi. In particolare Flarity (2013) e Potter (2015), insieme a Gentry, hanno applicato nei loro studi una rielaborazione dei cinque punti chiave del programma (Flarity, Gentry, & Mesnikoff, 2013; Potter, Pion, & Gentry, 2015):

- ⇒ **Self-regulation** (autoregolazione): quando si percepisce una situazione di minaccia (stress), consiste nell'abilità di percepire coscientemente l'attivazione del sistema simpatico e deviarlo verso l'attivazione del parasimpatico, diminuendo volontariamente la tensione e rilassando i muscoli.
- ⇒ **Intentionality** (intenzionalità): sviluppo della consapevolezza della propria missione professionale, al fine di apprezzare maggiormente il proprio lavoro e mantenersi in uno stato di rilassamento, invece di reagire impulsivamente agli stimoli esterni.

- ⇒ **Self-care** (cura di sé): qualsiasi attività che permette di ricaricare l'energia usata nell'assistenza dei malati. Queste includono attività sociali, fisiche, spirituali, intellettuali e creative.
- ⇒ **Connection** (connessione): instaurare una rete di supporto con i colleghi professionisti per potersi confrontare rispetto alle situazioni di disagio.
- ⇒ **Perceptual maturation** (maturazione percettiva): mantenere la coerenza tra il proprio pensiero e il proprio operato, piuttosto che cercare la convalida delle proprie azioni dagli altri. Non focalizzarsi unicamente sul risultato, bensì cercare di dare il meglio di sé in ogni situazione.

Un ulteriore supporto è la famiglia, funge spesso da distrazione rispetto ai momenti difficili vissuti in reparto. Questi supporti esterni sono presenti in letteratura come strategie favorevoli all'elaborazione di vissuti stressanti com'è la morte (Mcdonald et al., 2016). Per quanto riguarda le caratteristiche personali è anche presente l'auto motivazione, è importante e deve essere utilizzata nell'agire e nel pensare. Questa tecnica è chiamata self talk (parlare a se stessi), ovvero, trasformare un atteggiamento o un pensiero negativo in un pensiero positivo e motivante, per avere più consapevolezza ed autocontrollo.(Mcdonald et al., 2016).

## ***Capitolo Terzo***

### **ESPERIENZE DI VITA PROFESSIONALE**

#### **3.1: RACCONTI DI ESPERIENZE PROFESSIONALI**

Dal 2019 ho iniziato a far parte della grande famiglia del volontariato dell'ASSOCIAZIONE CROCE VERDE di San Benedetto del Tronto. Essere una soccorritrice insieme a tanti altri volontari mi sta facendo crescere e coltivare la mia passione al meglio.

Ho imparato una delle cose più importanti che una persona possa acquisire nel suo percorso di vita, è il valore della vita stessa. Abbiamo imparato a confrontarci con la sofferenza e a combatterla assieme, prendendoci cura di persone che lottano ogni giorno per avere un sorriso. Oltre ai volontari soccorritori, ho conosciuto anche infermieri che il loro tempo libero lo dedicano al volontariato, così durante i turni di servizio, è risultato fisiologico parlare con loro del progetto di tesi, per cercare di ottenere un racconto delle loro prime esperienze nel gestire le emozioni davanti alla morte di un paziente.

Con un tema delicato com'è lo stress per il curante può essere interessante ascoltare i professionisti di persona in quanto che un contatto diretto possa apportare ricchezza al lavoro approfondendo le strategie e ampliando le tecniche di coping. Infatti l'intento della ricerca è comprendere l'esperienza vissuta e le percezioni scaturite dai soggetti. In questo tipo di indagine i dati provengono principalmente da esperienze di vita lavorativa, questo affinché il ricercatore riesca a entrare nel mondo di chi lo racconta e avere così accesso alle loro esperienze, con la partecipazione, l'osservazione e la riflessione.

La raccolta dei dati si è sviluppata effettuando tre interviste a tre infermieri che sono stati partecipi della morte di persone che hanno soccorso, non stabilendo un limite al tempo trascorso da quel tipo di esperienza. L'interesse è stato centrato sull'obiettivo principale, ossia ricercare le strategie, i vissuti, le emozioni e i pensieri di professionisti soggetti al fattore di rischio di sviluppare la compassion fatigue, in un contesto di cura particolare, come lo è quello del fine vita.

- *Alessia Infermiera di 35 anni con 9 anni di esperienza*

Inizia il racconto con il suo primo contatto con la morte, del quale ricorda principalmente l'aspetto della persona deceduta, emozioni come agitazione nella

gestione della situazione, ossia contattare il medico per constatare la morte, prendersi cura dei parenti, assistenza alla persona deceduta, quindi tutto ciò che avviene dopo la morte. In un altro racconto viene riferita una difficoltà di gestione delle emozioni in una situazione in cui è avvenuto un eccessivo coinvolgimento con dei familiari della stessa età dell'infermiera, che vivevano una situazione già vissuta personalmente, è stata la prima volta che si è sentita trasportare da forti sentimenti e non riuscire ad accettare la morte. Dopodiché, attualmente, viene riportato un distacco rispetto al tema della morte che comunque viene riconosciuto come parte del percorso di vita. L'infermiera riferisce che vi è una differenza rispetto alla morte di un paziente giovane (più coinvolgente), da quella di un paziente anziano (parte della sua fase di vita). Per quanto riguarda le relazioni rispetto al vissuto l'infermiera riferisce che spesso reagisce alle forti emozioni con un velo di freddezza, un distacco. Ciò che è d'aiuto per far fronte a questi vissuti secondo lei è sicuramente l'età del paziente, in cui nel caso sia anziano è più accettabile come fase della vita, effettuare dei debriefing con l'équipe per liberarsi di emozioni in un contesto in cui è compreso ed è più facile parlarne, effettuare delle lunghe passeggiate nella natura per liberare i pensieri prima di rientrare a casa e la lettura di libri per comprendere le proprie emozioni, il proprio modo di pensare e le motivazioni di certe azioni. Un ulteriore aspetto che aiuta, questo prima del decesso del paziente è la collaborazione con i medici, questo in quanto un paziente che soffre prima del decesso crea un aumento di frustrazione e sofferenza anche nel curante, quindi una buona collaborazione aiuta a procurare una morte serena al paziente e quindi meno frustrazione al curante. Ciò che non aiuta i professionisti secondo l'infermiera è confrontarsi con persone esterne (familiari, amici) in quanto la morte è spesso un tabù e quindi vi è poca apertura. Oltre a ciò, un ostacolo è quello di oltrepassare l'empatia e quindi entrare in simbiosi con il paziente, essere nelle sue sofferenze. L'ultimo punto che non aiuta, secondo Alessia alla gestione delle emozioni sono i vissuti personali disfunzionali, non gestiti in modo costruttivo, che quindi lasciano una scia nella presa in carico, in quanto oltre che professionisti, siamo comunque anche umani. Questa tematica emerge spesso durante la conversazione, che l'ha segnata molto e per il quale ha cercato un supporto da un professionista esterno. Per quanto riguarda l'organizzazione del

reparto, successivamente al decesso, riferisce che si effettuano debriefing con colleghi e caporeparto. Per migliorare un'eventuale presa in carico futura, non vengono menzionate figure di supporto. Infine, secondo l'infermiera è molto importante trattare il tema della morte già durante la formazione, per uscire da un concetto di tabù ed entrare in un concetto professionale di fase della vita.

- *Claudio Infermiere di 50 anni con un'esperienza di 30 anni lavorativi*

Claudio mi racconta che la prima volta ricorda soprattutto l'aspetto della persona deceduta e non ricorda emozioni sconvolgenti, in quanto mi spiega che in famiglia è stato un tema molto trattato per via di decessi di persone vicine e quindi i genitori gli hanno spiegato fin da piccolo che è parte della vita. Oltre a ciò, espone da subito la sua forte religiosità, presente anche nel modo in cui lui affronta la morte dei pazienti successivi. Emerge comunque un aumento di coinvolgimento, laddove la persona deceduta è giovane, mi racconta di casi di persone con età vicina alla sua, che l'hanno colpita maggiormente. Aspetti che aiutano all'accompagnamento alla morte del paziente sono: inizialmente il fatto che già in famiglia c'è stata una libertà nel parlare rispetto al tema della morte. Inoltre, emerge l'importanza di mantenere una "bolla di protezione", ossia una lontananza dall'eccessivo coinvolgimento emotivo rispetto alla sofferenza del paziente e quindi anche dividere vita professionale dalla vita personale. È molto importante comunque riconoscere le proprie emozioni e gestirle da subito (come la rabbia), in quanto l'infermiere afferma che è facile arrivare fino al burnout in caso di accumulo. Fondamentale rimane la condivisione con i colleghi di reparto, attraverso le occasioni di debriefing.

La spiritualità per Claudio è molto importante e l'aiuta a trovare un senso a ciò che accade. A questo sono collegati dei riti che svolge in reparto, che aiutano comunque all'accompagnamento della persona. Il fatto di aprire la finestra dopo il decesso, permettendo così la fuoriuscita dell'anima e quindi la sua liberazione affinché giunga in Paradiso, è un rito collegato alla religiosità dell'infermiere.

Ciò che funge da ostacolo, invece, è l'assenza di figure specifiche di supporto se non uno psichiatra di reparto, che è disponibile ma che non è mai stato contattato per i curanti. L'infermiere afferma che questo è un aspetto che lo interessa da sempre e che per lo scopo, ha partecipato a corsi e giornate

formative esterne al lavoro. Altro percorso che riferisce di averlo molto aiutato, è stata la partecipazione ad uno stage sulle cure palliative, attraverso il quale, ha potuto riflettere molto sulla morte.

- *Pamela infermiera di 45 anni con esperienza lavorativa di 22 anni*

La conversazione inizia con il racconto dell'infermiera riguardo alla sua prima esperienza rispetto al contatto con la morte, che ha vissuto da neodiplomata.

Il ricordo espresso è molto dettagliato e le emozioni che emergono sono quelle di tristezza, per quanto riguarda i famigliari della persona deceduta e la difficoltà da parte degli altri professionisti nel gestire la situazione. L'intervistata ricorda un senso di disagio legato al rapporto diretto con la salma, in quanto, gli infermieri, in quegli anni si occupavano di vestire il morto, e per ciò, racconta di avere provato paura. Riferisce che anche al giorno d'oggi tende a mantenere le distanze dalla persona vicina al suo ultimo giorno, stando comunque attenta ai segnali che le trasmette l'individuo stesso e le persone che la circondano, comunque offrendo la propria disponibilità in caso di bisogno. Emerge la difficoltà nella gestione dei parenti nei casi in cui sono in una fase del lutto di negazione e questo reca frustrazione nel professionista, in quanto viene aggredito verbalmente e giudicato per il suo non agire verso la persona morente, intesa da parte dei famigliari come una mancata cura.

Per l'infermiera la morte è un momento unico nella vita, privilegiato, che va rispettato, questo anche ad esempio nella creazione di un ambiente confortevole o tipico di una determinata religione, affinché rispecchi il volere della persona. Emerge inoltre, un caso di morte passata, molto significativa per lei, che l'ha portata a vivere a lungo in ambiente ospedaliero, poiché, dopo questo decesso, ha preso la decisione di lasciare la sua formazione al liceo ed intraprendere quella di infermiera.

Per quanto riguarda comunque la morte, in generale cerca di tenere queste informazioni lontane, ne riconosce comunque la presenza come fase della vita. Il suo distacco dalla morte è anche emotivo in quanto cerca di non esprimere le sue emozioni, perché se dovesse farlo, teme di non riuscire a controllarle, come precisa nei casi di decessi di pazienti giovani.



Avvenuto il decesso, non ci sono momenti di condivisione ufficiali, l'équipe però si gestisce in modo che chi ne ha bisogno, si confronti con un altro collega. Oltre a ciò è, comunque disponibile uno psichiatra in caso di necessità. La strategia utile è di non portare al lavoro ciò che vive a casa e viceversa, questo per permettere di mantenere un equilibrio mentale ed emotivo. Sfrutta dei momenti individuali come il rientro a casa dal lavoro in auto, per riflettere e rielaborare quanto accaduto durante la giornata. Oltre a questo, l'infermiera riferisce che la famiglia è un diversivo per staccare dal lavoro, in quanto le richieste dei figli e le faccende di casa, la aiutano a non pensare più a quanto succede al lavoro. Questo, a suo avviso, è comunque un effetto passeggero, in quanto, di sera i pensieri le ritornano in mente, ma essendo stanca, poi si addormenta ed inizia una nuova giornata.

Ciò che non facilita invece la rielaborazione della morte, è l'accanimento terapeutico, dovuto ad una mancata collaborazione con le figure mediche, soprattutto il fatto di eseguire interventi invasivi (ad esempio prelievi), oppure rilevare i parametri vitali più volte al giorno.

L'infermiera, infine, esprime la sua soddisfazione riguardo all'attenzione che pian piano sente che si sta sviluppando verso il tema della morte, verso la qualità, fino alla fine della vita, verso la consapevolezza, evidenziando però che comunque è un argomento sensibile da trattare.

## ***Capitolo Quarto***

### **RICERCA METODOLOGICA**

#### ***Premessa di ricerca***

La motivazione nel rendere noti i tre racconti è stata quella di scoprire la realtà che si cela dietro alle emozioni degli infermieri esposti al fenomeno della morte e di comprendere le loro rappresentazioni, le influenze, le reazioni e quindi le tecniche sfruttate per gestire il proprio stress in prevenzione a quello che può essere il rischio di accumulo e quindi di compromissione della propria salute.

Si è deciso pertanto di eseguire una revisione della letteratura, su studi che testimoniano come gli infermieri riescano a prevenire le situazioni di stress provocate dalla compassion fatigue.

#### **4.1: BACKGROUND**

I decessi dei pazienti in ambito ospedaliero sono eventi ricorrenti con cui inevitabilmente l'infermiere professionista si confronta. La morte di un paziente può generare nell'infermiere profonde ripercussioni sul piano fisico, cognitivo, emotivo, comportamentale e spirituale. Pertanto l'esposizione a continui decessi e dolore possono portare a compassion fatigue, condizione caratterizzata da esaurimento emotivo, che implica notevoli conseguenze sulla salute dell'infermiere e sulla qualità dell'assistenza fornita ai pazienti. Sorge quindi il bisogno di incrementare lo sviluppo di strategie di coping in grado di prevenire condizioni di disagio emotivo con conseguente accrescimento del benessere psicofisico.

La compassione e l'empatia sono elementi imprescindibili di carattere naturale, che dovrebbero distinguere l'infermiere professionista. La compassione è un istinto innato che non va creato, bensì coltivato al fine di perfezionare le nostre capacità (Lief, 2007). È stato dimostrato che gli individui che mostrano alti livelli di risposta empatica al dolore, alla sofferenza o all'esperienza traumatica di un paziente, sono maggiormente vulnerabili all'esperienza della compassion fatigue (Charles R. Figley, 1995).

#### **4.1.1: OBIETTIVI**

Gli obiettivi del progetto, sono quelli di identificare in che modo il decesso del paziente possa costituire un evento stressante per l'infermiere, comprendere in quale maniera possa instaurarsi una condizione di disagio psicologico, come la compassion fatigue e analizzare le strategie di coping per farvi fronte.

Lo scopo della ricerca è identificare quali siano le strategie di coping che l'infermiere può attuare di fronte all'insorgenza della condizione di compassion fatigue, venutasi a creare in seguito alla ripetuta esposizione a dolore e morte di pazienti in ambito ospedaliero.

#### **4.1.2: QUESITO DI RICERCA RELATIVA AL PROBLEMA IDENTIFICATO**

Il quesito di ricerca è stato stilato secondo il metodo PICO per formulare quesiti focalizzati e strutturati. Un acronimo inglese che indica quattro elementi rappresentati da: il paziente, la popolazione o il problema da risolvere (patient/population/problem, P); l'intervento (intervention, I); il confronto (comparison, C); l'esito (outcome, O) (Chiari, Mosci, & Naldi, 2011).

P: Infermieri attivi in un contesto di assistenza generale

I: Assistenza ai pazienti accompagnati al fine vita

C: strategie di coping utilizzate nell'assistenza ai pazienti nel fine vita

O: prevenzione della compassion fatigue

#### **4.1.3: CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE**

Per far sì che la ricerca sia maggiormente mirata al quesito di fondo, sono stati applicati i seguenti criteri d'inclusione e d'esclusione:

<b>CRITERI DI INCLUSIONE</b>	<b>CRITERI DI ESCLUSIONE</b>
Articoli di fonti primarie	Articoli di fonti secondarie
Anno di pubblicazione degli articoli: 2010 - 2019	Articoli pubblicati prima del 2010
Infermieri in cure generali	Medici, operatori sanitari
Ambito ospedaliero	Case per anziani
Lingua italiana, inglese, francese, spagnola	Articoli di qualsiasi altra lingua che non sia tra quelle dei criteri di inclusione

Articoli che trattano la condizione di compassion fatigue	Articoli che non citano la compassion fatigue
Articoli che includono il tema morte come possibile evento scatenante la compassion fatigue	Articoli che non includono il tema morte
Articoli che includono strategie di coping per affrontare la compassion fatigue	Articoli che non menzionano le strategie di coping
Full-text	

#### **4.1.4: RICERCA E SELEZIONE DEGLI ARTICOLI**

Banche dati consultate: MEDLINE-PubMed.

Parole chiave: nurses, compassion fatigue, coping, death, palliative care, grief, self-care,

Operatori booleani: AND, OR, NOT.

Stringhe di ricerca: compassion fatigue AND self-care NOT palliative care; compassion fatigue AND nurses AND coping NOT palliative care; nurses AND dying AND coping NOT palliative care; nurses AND death AND grief NOT palliative care; compassion fatigue AND death AND coping NOT palliative care.

Ho iniziato la mia ricerca nella banca dati PubMed usando le keywords: "compassion fatigue"; "nurses"; "coping". In questa banca dati ho trovato 50 articoli.

Per tutte le ricerche sono stati impostati i medesimi criteri di limitazione della ricerca, quali l'anno di pubblicazione ultimi 10 anni, Review, Abstract, Free full text, Humans.

In seguito ad un'attenta lettura degli articoli scelti, ne sono stati selezionati solo 5, poiché rispondenti a tutti i criteri di ricerca prefissati.

#### **→ *Timing della ricerca***

La ricerca, la selezione e la traduzione degli articoli scientifici è stata svolta nel periodo 15 Gennaio - 15 Marzo (2020).

#### **4.1.5: LIMITI DEGLI STUDI**

Il limite maggiore riscontrato riguarda la scarsa reperibilità degli articoli scientifici inerenti al tema scelto, che ha portato ad ottenere un numero limitato di testi (n=5), anche se un numero maggiore di studi reperiti, avrebbe potuto sicuramente conferire alla ricerca una maggiore valenza scientifica e attendibilità.

Gli articoli scientifici, inoltre, risultano limitati anche in termini di qualità, poiché non si tratta di studi di livello superiore come i *Randomized Control Trials (RCT)*. I 5 studi che saranno esaminati (Mason et al., 2014; Cook et al., 2012; Ko & Kiser-Larson, 2016; Wilson, 2014; Yoder, 2010), prevedono unicamente la somministrazione di un questionario o l'esecuzione di interviste strutturate, che rilevano la funzionalità o l'inadeguatezza dei meccanismi di coping.

Un altro limite riguarda la popolazione d'interesse selezionata, poiché è stato necessario includere studi i cui partecipanti erano solo infermieri e non altri operatori sanitari come medici e studenti di medicina.

#### **4.1.6: SINTESI DEI RISULTATI**

In totale sono stati selezionati 5 studi, tutti derivanti da fonti primarie. Due studi sono qualitativi, poiché costituiti da interviste o questionari con domande aperte (Cook et al., 2012; Wilson, 2014); tre studi sono sia qualitativi che quantitativi, perché oltre ad essere costituiti da questionari con domande aperte, contengono anche scale di misurazione che permettono di organizzare i dati ed elaborare statisticamente i risultati (Mason et al., 2014; Ko & Kiser-Larson, 2016; Yoder, 2010).

Gli articoli selezionati sono stati riordinati in una tabella riassuntiva, con lo scopo di organizzare i dati in modo chiaro e ordinato e rendere più schematico l'elenco dei risultati. La tabella è costituita dai seguenti punti: fonte (titolo, autore/i, rivista e anno di pubblicazione); disegno dello studio e scopo; popolazione e modalità di raccolta delle informazioni; strumenti; risultati e conclusioni.

**Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses.**

**Fonti**

(Titolo, Autore, Rivista e Anno)

Virginia M. Mason, Gail Leslie, Kathleen Clark, Pat Lyons, Erica Walke, Christina Butler, Martha Griffin.

*Dimension of Critical Care Nursing, Vol. 33(4): 215-225, July/August 2015.*

<p><b>Disegno dello studio e scopo</b></p>	<p><b>Studio qualitativo e quantitativo.</b></p> <p>Determinare gli effetti della compassion satisfaction, compassion fatigue, moral distress e il livello di formazione sull'impegno lavorativo.</p>
<p><b>Popolazione</b></p>	<p>26 infermieri chirurgici di terapia intensiva traumatologi ca in USA.</p>
<p><b>Metodologia</b></p>	<p>È stato somministrato un questionario composto da 55 domande, suddivise in 4 parti. Queste comprendeva no diverse scale di valutazione. In seguito sono state poste delle domande aperte, che trattavano 4 temi principali.</p>
<p><b>Strumenti</b></p>	<p>1<sup>a</sup> parte: valutazione del livello di istruzione dei partecipanti.                  2<sup>a</sup> parte: "ProQOL" per misurare CF, CS e burnout.                  3<sup>a</sup> parte: "Utrecht Work Engagement Scale" (UWES) per valutare il livello di impegno e coinvolgimento nel lavoro. 4<sup>o</sup> parte: "Moral Distress Scale" che misura lo stress lavorativo.                  Domande: Quali correlazioni tra CS, CF, moral distress ed educazione infermieristica? Queste condizioni hanno una relazione diretta con l'impegno lavorativo? Gli infermieri identificano problemi rispetto la loro esperienza lavorativa?</p>
<p><b>Risultati e conclusioni</b></p>	<p>Lo studio ha evidenziato 7 positive correlazioni tra impegno lavorativo e CS. Inoltre è risultato che i partecipanti hanno un livello medio/alto di CS, un livello medio/basso di burnout e un punteggio basso di CF. Il 23% dei partecipanti riferisce che il tema della morte è un fattore rilevante nello scaturire stress e sofferenza. Rispetto alle strategie di coping, i partecipanti hanno riferito che l'introspezione e la condivisione delle proprie esperienze con colleghi, familiari e amici possono aiutare ad affrontare le situazioni di sofferenza. Inoltre risulta importante implementare le strategie di auto-cura.</p>

**Coping while caring for the dying child: nurses' experiences in an acute care setting.**

**Fonti**

(Titolo, Autore, Rivista e Anno)

Katherine a. Cook, sandra Mott, Patricia Lawrence, Julie Jablonski, Mary R. Grady, Denise Norton, Kimberly P. Liner, Jennifer Cioffi, Patricia Hickey, Suzanne Reidy, Jean A. Connor.

*Journal of pediatric nursing, vol. 27(4): 11-21, august 2012.*

<p><b>Disegno dello studio e scopo</b></p>	<p><b>Studio qualitativo.</b> Esplorare, descrivere e comprendere le strategie di coping e i comportamenti utilizzati dagli infermieri quando si prendono cura di bambini morenti. Capire le risorse e il supporto che gli infermieri ritengono necessarie per mantenere un ambiente di lavoro favorevole e coeso.</p>
<p><b>Popolazione</b></p>	<p>22 infermieri di un'unità di cardiologia stazionaria per cure acute in USA. Per la scelta dei partecipanti, i criteri di inclusione prevedevano infermieri che hanno avuto esperienze con pazienti pediatrici (dalla nascita fino a 18 anni).</p>
<p><b>Metodologia</b></p>	<p>E' stato posto un'intervista caratterizzata da 4 domande semi- strutturate, inerenti l'esperienza di assistere un bambino morente.</p>
<p><b>Strumenti</b></p>	<p>Le 4 domande si sono concentrate su: relazioni, strategie di coping, impatto della morte di un bambino e risorse disponibili/utili. Domande: Raccontami la tua esperienza con un bambino morente e quali strategie di coping hai usato. Descrivi come l'ambiente lavorativo ti aiuta ad affrontare situazioni di cura con i pazienti cronici. Descrivi come l'ambiente lavorativo ti aiuta ad affrontare la morte dei bambini. Eventuali altre cose importanti da aggiungere.</p>
<p><b>Risultati e conclusioni</b></p>	<p>Questo studio ha evidenziato diverse strategie di coping utilizzate dagli infermieri di fronte alla morte di un paziente. Quelle principali sono: limitare il coinvolgimento con il paziente e la famiglia, ricorrere a ricordi positivi di situazioni simili per far fronte alla morte di un paziente, distacco da determinate emozioni e uso di parole o frasi per per descrivere l'esperienza di dolore e proteggere chi ti circonda (es. "oggi ho avuto una brutta giornata" per non specificare che un paziente è morto).</p>

## Stress levels of nurses in oncology outpatient units.

### Fonti

(Titolo, Autore,  
Rivista e Anno)

Woonhwa Ko, Norma Kiser- Larson.

*Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol. 20(2): 158-164, April 2016.*

<b>Disegno dello studio e scopo</b>	<p><i>Studio qualitativo e quantitativo.</i></p> <p>Identificare i livelli di stress e i fattori stressanti degli infermieri. Valutare le strategie di coping attuate dagli infermieri oncologici.</p>
<b>Popolazione</b>	<p>40 infermiere di un'unità oncologica in USA.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>È stato consegnato un questionario con una scala di valutazione (NSS) e delle domande aperte.</p>
<b>Strumenti</b>	<p>Il questionario comprendeva "Nursing Stress Scale" (NSS) utilizzata per misurare il livello di stress e i fattori stressanti. Questa scala è suddivisa in 7 categorie di cui una tematizza la morte e il decesso dei pazienti. Inoltre il questionario comprendeva tre domande aperte: Come descriveresti il tuo comportamento di coping per gestire lo stress correlato al lavoro? Quali risorse mette a disposizione il tuo posto di lavoro per aiutarti a gestire lo stress? Cosa ti aiuterebbe a migliorare la gestione dello stress?</p>
<b>Risultati e conclusioni</b>	<p>Lo studio ha evidenziato che la metà dei partecipanti risulta essere moderatamente stressata. I fattori stressanti comprendono: morte del paziente, situazioni di emergenza, rapporti con i colleghi. Lo studio evidenzia tre strategie di coping maggiormente usate: verbalizzare il proprio disagio, attuare pratiche di rilassamento e prendersi del tempo per se stessi.</p>



## Ward staff experiences of patient death in an acute medical setting.

### Fonti

(Titolo, Autore,  
Rivista e Anno)

Janet Wilson.

*Nursing Standard, Vol. 28(37): 37-45,  
January 2014.*

<b>Disegno dello studio e scopo</b>	<p><b>Studio qualitativo.</b></p> <p>Esplorare il modo in cui gli infermieri affrontano la morte di un paziente. Quali fattori influenzano la risposta dello staff alla morte del paziente. Quali strategie di coping attua il personale per far fronte a questa esperienza e quali risorse offre l'ospedale.</p>
<b>Popolazione</b>	13 infermieri di due reparti acuti in UK, che si occupano di patologie respiratorie.
<b>Metodologia</b>	Sono state eseguite delle interviste individuali della durata di 30-60 minuti.
<b>Strumenti</b>	È stata lasciata ai partecipanti la scelta di poter parlare di un decesso particolare o della morte in generale. Se il partecipante non rispondeva ai quesiti di ricerca, venivano poste altre domande per indirizzarlo. Le interviste sono state registrate e trascritte, rimanendo anonime.
<b>Risultati e conclusioni</b>	<p>Lo studio evidenzia che tutti i partecipanti selezionati hanno riferito svariate reazioni emotive in seguito alla morte di un paziente (pianto, prendersi una pausa, riflessione su quanto fatto). I fattori che influenzano la risposta alla morte sono legati alle pressioni organizzative, alle esperienze personali e alle aspettative comportamentali che la struttura esige dagli infermieri.</p> <p>I partecipanti hanno riferito di avere utilizzato diverse strategie di coping che li ha aiutati a gestire la loro risposta alla morte (parlare con i colleghi, umorismo per alleviare la tensione e servizio di supporto dell'ospedale).</p>

## Compassion fatigue in nurses.

### Fonti

(Titolo, Autore,  
Rivista e Anno)

Elizabeth A. Yoder.

*Applied Nursing Research, Vol. 23(4): 191-197,  
November 2010.*

<b>Disegno dello studio e scopo</b>	<p><b>Studio qualitativo e quantitativo.</b></p> <p>Descrivere la presenza della compassion fatigue tra gli infermieri. Indagare le situazioni scatenanti e le strategie di coping. I quesiti dello studio sono: In che misura gli infermieri ospedalieri e domiciliari sperimentano la CF? Quali sono le relazioni tra CS, CF e burnout? Quali sono i fattori scatenanti della CF? Quali strategie di coping trovano utili gli infermieri per affrontare e/o trattare la CF?</p>
<b>Popolazione</b>	<p>178 infermieri in USA impiegati nell'assistenza domiciliare, nel pronto soccorso e nelle unità di: terapia intensiva, terapia progressiva, oncologia e medico-chirurgica.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>È stato consegnato un questionario ad ogni partecipante, ne sono ritornati 106, di cui 71 completi di risposte narrative.</p>
<b>Strumenti</b>	<p>La prima parte del questionario prevedeva informazioni demografiche (età, istruzione, esperienze lavorative). La seconda parte prevedeva la scala "Professional Quality of life" (ProQOL) che misura CF, burnout e CS. Infine la terza parte del questionario includeva due domande aperte: Descrivi una situazione in cui hai provato CF o burnout. Quali strategie hai usato per affrontare la situazione, come l'hai superata?</p>
<b>Risultati e conclusioni</b>	<p>Lo studio ha evidenziato che il 15.8% dei partecipanti è a rischio di CF. Gli infermieri riferiscono diversi fattori relativi al paziente che possono causare la CF: grave stato di salute e morte. Gli infermieri hanno identificato e riportato diverse strategie di coping personali e professionali che li aiutano a gestire i fattori di stress quotidiani. La strategia più comune risulta essere il cambio di coinvolgimento con il paziente e la situazione. Altre strategie evidenziate sono: debriefing tra colleghi, relazioni sociali al di fuori del contesto lavorativo, preghiera.</p>

*Qui di seguito sono riportati singolarmente i risultati degli articoli analizzati e le rispettive strategie di coping rilevate.*

⇒ Lo studio di Mason et al. (2014), evidenzia per quanto riguarda le strategie di coping attuate dagli infermieri, la condivisione delle proprie esperienze con i colleghi di lavoro e il supporto da parte di questi sembra essere una rilevante risorsa di coping. Un'altra strategia di coping emersa è l'auto-cura, intesa come intraprendere attività di svago al di fuori dell'ambiente lavorativo, fare vacanze e trascorrere del tempo con i propri familiari, amici e animali. Inoltre anche in questo studio, i partecipanti sottolineano l'importanza di separare i problemi personali dal contesto lavorativo, questo per evitare di influenzare negativamente il paziente, familiari e amici e se stessi (Mason et al., 2014).

⇒ Lo studio di Cook et al. (2012) ha rilevato attraverso interviste semi-strutturate l'impatto che ha la morte di un bambino sugli infermieri e le strategie di coping attuate da questi ultimi. I risultati emersi hanno evidenziato che il supporto dei colleghi di lavoro, è un'evidente risorsa di coping che permette di affrontare momenti di disagio emotivo. Un'altra strategia di coping è l'attitudine da parte degli infermieri a porre dei confini tra sé e i pazienti, al fine di creare una separazione emotiva che permette di prevenire la compassion fatigue.

Questo studio evidenzia risorse di coping, quali religione e spiritualità. Inoltre l'esperienza lavorativa viene definita come chiara risorsa di coping nell'affrontare situazioni di disagio emotivo. I risultati rilevano che un supporto da parte di colleghi professionisti messo a disposizione dalla struttura ospedaliera, in questo caso un team specializzato nelle cure palliative, è una considerevole risorsa che permette agli infermieri di confrontarsi e affrontare il dolore suscitato dalla condizione dei propri pazienti (Cook et al., 2012).

⇒ Lo studio effettuato da Ko et al. (2016), ha evidenziato svariati meccanismi di coping attuati dagli infermieri, di fronte a situazioni stressanti quali la morte di un paziente. Lo studio rileva tre strategie di coping maggiormente usate dal campione, queste sono: verbalizzare il proprio disagio con i colleghi e ricevere supporto da

questi, attuare pratiche di rilassamento e prendere del tempo per se stessi. Il supporto dei colleghi risulta essere la risorsa di coping maggiormente utilizzata, difatti i partecipanti la ritengono utile poiché permette di dar sfogo al proprio disagio e condividerlo con qualcuno che può percepirlo, poiché vive la medesima circostanza.

Altre strategie di coping comprendono l'auto-cura, come fare attività divertenti e di svago dopo il lavoro, dormire maggiormente e mangiare sano.. Inoltre anche questo studio riporta come risorse interne di coping l'umorismo e l'ottimismo, che permettono di affrontare i momenti dove si percepisce un elevato stress. Altre risorse di coping emerse sono la religione e la spiritualità, accompagnate dalla possibilità che mette a disposizione l'ospedale di potersi confrontare con un cappellano. Ulteriori supporti di cui dispone l'unità di cura sono meeting riguardanti i temi della morte e del dolore e la possibilità di eseguire momenti di debriefing tra infermieri, in seguito al decesso di un paziente (Ko & Kiser-Larson, 2016).

⇒ Lo studio di Wilson (2014), ha rilevato tramite interviste individuali la modalità con cui gli operatori sanitari affrontano il decesso dei pazienti e quali strategie di coping attuano per fronteggiare questo evento. I risultati emersi evidenziano che tutti i partecipanti hanno avuto svariate reazioni emotive in seguito all'esposizione alla morte, come pianto, bisogno di prendersi una pausa e riflettere su ciò che è stato fatto. I partecipanti riferiscono che le risposte alla morte vengono influenzate dall'esperienza personale e dalle aspettative sociali verso la figura infermieristica. Per quanto riguarda le strategie di coping, anche questo studio ha rilevato che il supporto dei colleghi è un elemento fondamentale che permette di fronteggiare i momenti di disagio.

Un'altra strategia di coping, in questo caso considerata adattiva, è l'attitudine da parte dei curanti di porre un confine tra sé e il paziente morente, al fine di prevenire condizioni di esaurimento emotivo come la compassion fatigue. Inoltre anche l'umorismo risulta essere una delle risorse maggiormente utilizzate dai partecipanti. Un ulteriore risorsa di coping risulta essere l'elevata esperienza lavorativa, poiché con il trascorrere degli anni si ha maggiore consapevolezza delle situazioni ritenute stressanti e delle proprie risposte emotive, perciò si presuppone

si possa avere maggiori risorse per affrontare momenti di sofferenza come la morte di un paziente (Wilson, 2014).

⇒ Nello studio di Yoder (2010), sono emersi diversi meccanismi di coping rilevanti, tra cui le relazioni sociali con i colleghi all'interno del posto di lavoro, in concomitanza a debriefing compiuti nel momento del bisogno, come in seguito al decesso di un paziente. Un'altra strategia di coping risulta essere il cambio di coinvolgimento emotivo da parte del professionista, definito come il distacco tra sé e il paziente al fine di preservarsi di fronte a situazioni di disagio. Questo può essere anche compiuto attraverso richieste di assegnazione di altri pazienti o di cambio turno.

Altre risorse di coping attuate dai partecipanti di questo studio sono l'umorismo, l'ottimismo e la pratica religiosa o spirituale. Alcuni partecipanti riportano la necessità di eseguire dei rituali personali in seguito alla morte dei pazienti, al fine di riflettere e poter affrontare il lutto. Inoltre l'auto-cura risulta essere una rilevante strategia di coping, che implica prendere del tempo per se stessi per rilassarsi e praticare attività sociali che permettono di svagare la mente (Yoder, 2010).

#### **4.1.7: DISCUSSIONE**

Come si è potuto rilevare dai risultati analizzati in precedenza e dai tre racconti (capitolo terzo 3.1), in ambito ospedaliero la morte rappresenta un evento al quale l'infermiere è esposto, quasi inevitabilmente nell'intero corso della sua vita professionale.

Il paziente, nella maggior parte dei casi, risulta essere un estraneo per il professionista, la sua morte suscita dolore che a lungo andare può portare disagio a livello emotivo.

È emerso inoltre, che gli infermieri ospedalieri, esposti di frequente a morte, hanno ripercussioni significative sui livelli di stress e possono mostrare sintomi dolorosi, che a lungo andare possono portare ad uno stato di esaurimento fisico, emotivo e spirituale, che caratterizza la condizione di compassion fatigue.

Dai dati di compassion fatigue riportati nei diversi studi presi in analisi (Mason et al., 2014; Yoder, 2010), si può stimare che gran parte degli infermieri viene colpito da questa condizione e che una delle cause scatenanti risulta essere proprio

l'esposizione frequente alla morte. Pertanto è di fondamentale importanza ricercare degli interventi che possano essere applicati, al fine di prevenire questa condizione invalidante.

Si suppone che trattare la compassion fatigue sia nell'interesse dell'infermiere, si devono attuare Interventi volti ad affrontare questa condizione, pertanto l'obiettivo di questa revisione bibliografia era di ricercare le strategie di coping che l'infermiere può attuare per fronteggiare la compassion fatigue.

La letteratura trovata ed analizzata ha permesso di rilevare svariati meccanismi di coping che vengono attuati dagli infermieri ospedalieri, per fronteggiare situazioni che implicano un elevato coinvolgimento emotivo e che sono considerate fonte di stress.

#### **4.1.8: INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI**

L'analisi di due studi hanno evidenziato che il supporto da parte di uno psicologo non è stato sfruttato dal personale infermieristico (Mason et al., 2014; Wilson, 2014). I partecipanti hanno la sensazione che la società contemporanea si aspetta che l'infermiere non provi disagio emotivo davanti alla sofferenza e al lutto e che consideri il ricorso ad un servizio di consulenza un segno di scarsa idoneità alla professione. Questo aspetto sembra confermato da tre studi che riportano che i partecipanti non si sentono autorizzati a piangere e che nei momenti di dolore si sentono costretti a trattenere le lacrime (Cook et al., 2012; Ko & Kiser-Larson, 2016; Wilson, 2014). Questi sentimenti di disagio percepiti dagli infermieri, sono tipici della compassion fatigue e rappresentano il fenomeno descritto da Doka (2002).

Un'altra strategia di coping rappresenta l'attitudine da parte del professionista di porre un confine tra sé e la situazione di sofferenza che circonda il paziente. In quattro studi questa strategia viene ritenuta adattiva (Cook et al., 2012; Meadors & Lamson, 2008; Wilson, 2014; Yoder, 2010), poiché permette all'infermiere di allontanarsi empaticamente dalla fonte di disagio e stress, continuando unicamente a fornire cure neutrali. È interessante sottolineare che uno studio considera questo atteggiamento come strategia di coping, che permette di prevenire l'insorgenza della compassion fatigue (Cook et al., 2012). Infatti tre studi (Cook et al., 2012; Ko & Kiser-Larson, 2016; Yoder, 2010), sottolineano che porre dei confini tra sé e il

paziente è un'attitudine negativa, che non permette di fornire attenzione empatica e cure compassionevoli al paziente.

La strategia di coping basata sull'auto-cura che viene descritta nella letteratura scientifica e riportata nel capitolo "*2.5 Strategie di coping*", è indicata in ogni studio analizzato e risulta essere essenziale per la sopravvivenza personale e professionale, poiché implica l'investimento di tempo in attività o abitudini regolari che permettono di mantenere o accrescere uno stato di benessere psicofisico, al fine di prevenire o affrontare condizioni di disagio o esaurimento emotivo come la compassion fatigue (Boyle, 2011).

Altre strategie di coping riguardano l'ottimismo, l'umorismo, la dimensione spirituale e la consapevolezza. Ognuna di queste risorse rappresenta un fattore di resilienza; capacità definita come il processo che permette di fronteggiare, resistere, integrare, costruire e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita malgrado si siano vissute situazioni difficili che facevano supporre un esito negativo (Malaguti, 2005).

L'evento luttuoso può essere descritto come un fattore di rischio a cui l'infermiere è esposto sovente e che a lungo andare, in concomitanza con altri fattori di rischio come gli stimoli stressanti, possono stabilire nel soggetto una condizione di vulnerabilità.

Quindi per evitare di cadere in una condizione di estrema vulnerabilità, che può racchiudere la compassion fatigue, è fondamentale agire attraverso lo sviluppo e l'applicazione di risorse interne personali, che permettono di valorizzare la resistenza individuale e di conseguenza la capacità di resilienza (Malaguti, 2005). Pertanto la resilienza è l'equilibrio tra resistenza personale (fattori protettivi) e vulnerabilità (fattori di rischio) a seguito di un evento traumatico (Eshel & Kimhi, 2016).

I fattori protettivi comprendono tutte le risorse che permettono di opporsi ad uno stimolo stressante o ad una situazione dannosa. In tale frangente si collocano i meccanismi di coping rilevati dall'analisi degli studi presi in considerazione.

Negli studi scientifici analizzati nel capitolo "*5. Risultati*", i fattori protettivi rilevati sono ottimismo, umorismo, dimensione spirituale, capacità cognitive e intelligenza emotiva.

Diversi studi presi in analisi descrivono l'introspezione tra le risorse di coping, come la capacità di analizzare se stessi e valutare se ciò che è stato compiuto è risultato funzionale o meno (Ko & Kiser-Larson, 2016; Mason et al., 2014; Wilson, 2014; Yoder, 2010). Difatti, essere consapevoli delle proprie risposte agli eventi che si verificano, permette di intraprendere comportamenti efficaci e benefici per l'infermiere stesso (Boyle, 2011).

È necessario che il professionista della cura sia consapevole che nel corso della propria carriera verrà esposto sovente ad eventi che gli causeranno sofferenza, perciò è fondamentale che sappia riconoscere le proprie emozioni e che sia conscio delle proprie vulnerabilità, al fine di agire concretamente e attivare le risorse di coping (Malaguti, 2005), per affrontare e gestire condizioni di disagio emotivo, come la compassion fatigue.

Pertanto la formazione professionale esterna ed i meccanismi di coping hanno mostrato esiti positivi per quanto riguarda la consapevolezza, da parte dell'infermiere, dell'esistenza di condizioni di disagio e della possibilità di sviluppare e ricorrere a strategie che permettono di prevenire o limitare compromissioni del proprio benessere psicofisico.



## CONCLUSIONI

Nel rispondere al quesito di ricerca *“Quali sono le strategie di coping che l’infermiere può attuare di fronte all’insorgenza della condizione di compassion fatigue, venutasi a creare in seguito alla ripetuta esposizione a dolore e morte di pazienti in ambito ospedaliero”*, che ha orientato il progetto dell’elaborato-tesi, si può concludere determinandone la fattibilità, in aderenza ai risultati positivi ottenuti dall’analisi degli studi scientifici selezionati.

Tuttavia non si può escludere l’opportunità di condurre nuovi studi, che possano permettere ulteriori sviluppi della ricerca.

Gli obiettivi di ricerca prefissati inizialmente *“comprendere in che modo il decesso del paziente possa costituire un evento stressante per l’infermiere e capire in che modo si possa instaurare una condizione di disagio psicologico come la compassion fatigue”*, *“approfondire il tema della compassion fatigue e analizzare le strategie di coping per farvi fronte”*, *“crescere dal punto di vista personale per poter alimentare il mio benessere psicofisico, la motivazione professionale e la qualità delle cure prestate nel mio futuro lavorativo come infermiera”*, sono stati soddisfatti.

Attraverso i dati acquisiti dalla ricerca, è stato possibile verificare che l’esposizione ricorrente all’evento morte, determina nell’infermiere sensazioni di sofferenza. Tuttavia il professionista tende a reprimere il proprio dolore, poiché il decesso di un paziente viene considerato componente naturale del lavoro infermieristico. La sofferenza soggettiva in concomitanza con l’attitudine dell’infermiere a non voler riconoscere le proprie emozioni, può far scaturire una condizione di disagio psicofisico che porta il professionista verso un’incapacità empatica e di carenza di cure compassionevoli verso i propri pazienti. Pertanto l’infermiere si ritrova inabile a sopportare la sofferenza altrui, determinando così la condizione di compassion fatigue (Boyle, 2011).

Dai dati ottenuti dalla revisione, è emersa l’importanza di riconoscere e sviluppare risorse interne, che permettono di incrementare la resistenza personale, al fine di poter fronteggiare eventi che generano sofferenza emotiva. La semplice applicazione di determinate strategie di coping, ha permesso ai professionisti di affrontare condizioni di estremo disagio. Inoltre trattare il tema della compassion fatigue, ha consentito ai professionisti della cura, di acquisire consapevolezza,

rispetto all'eventualità di provare disagio emotivo all'interno del proprio ambiente di lavoro.

Altresì ha permesso agli infermieri di apprendere l'importanza di essere consapevoli delle proprie emozioni e di prendere contatto con il proprio stato emotivo, al fine di riconoscere quando è il momento di usufruire delle proprie risorse di coping, per mantenere e accrescere il proprio benessere psicofisico e di conseguenza anche quello di chi gli sta accanto.

## BIBLIOGRAFIA

- Boyle, D. (2011). **Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing Agenda.** *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). <<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02>>
- Chan, W. C. H., & Tin, A. F. (2012), **Beyond knowledge and skills: self-competence in working with death, dying, and bereavement.** *Death Studies*, 36(10), 899-913.
- Cook, K. A., Mott, S., Lawrence, P., Jablonski, J., Grady, M. R., Norton, D., Connor, J. A. (2012). **Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting.** *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), e11-e21. <<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.05.010>>
- Eshel, Y., & Kimhi, S. (2016). **Determinants of individual resilience following missile attacks: A new perspective.** *Personality and Individual Differences*, 95, 190-195. <<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.052>>
- Kübler-Ross, E. (2009). *La morte e il morire.* Assisi: Cittadella.
- Ko, W., & Kiser-Larson, N. (2016). **Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units.** *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(2), 158-164. <<https://doi.org/10.1188/16.CJON.158-164>>
- Malaguti, E. (2005). **Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi.** Trento: Erickson.
- Mason, V. M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2014), **Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses: A Pilot Study.** *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215-225. <<https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000056>>
- Soveria Mannelli: Rubbettino. Mcdonald, G., Jackson, D., Vickers, M. H., & Wilkes, L. (2016), **Surviving workplace adversity: a qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience.** *Journal of Nursing Management*, 24(1), 123-131. <<https://doi.org/10.1111/jonm.12293>>
- Stoiber, C., & Bouillerc, B. (1999). **Le stress de l'aide-soignant: spécificités et conséquences : comment lutter contre le stress.** Paris: Masson
- Wilson, J. (2014). **Ward staff experiences of patient death in an acute medical setting.** *Nursing Standard*, 28(37), 37-45. <<https://doi.org/10.7748/ns.28.37.37.e7949>>

- Yoder, E. A. (2010). *Compassion fatigue in nurses. Applied Nursing Research*, 23(4), 191–197. <<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003>>

## SITOGRAFIA

- **“Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis”** Shobhana Nagraj, Stephen Barclay, raggiungibile al sito <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3020071/>>, visitato in data 13/01/20
- **“Compassion Fatigue: A Nurse’s Primer”** Barbara Lombardo, Caryl Eyre, raggiungibile al sito <<https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Compassion-Fatigue-A-NursesPrimer.html#Lombardo>>, visitato in data 16/03/20
- **“Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.”** Figley, Charles R. (Ed). raggiungibile al sito <<https://psycnet.apa.org/record/1995-97891-000>>, visitato in data 26/03/20
- **“Coping strategies of nurses in terminal III”** Maria Conceição Martins, Cláudia Chaves, Sofia Campos, raggiungibile al sito <<https://core.ac.uk/download/pdf/82801963.pdf>> visitato in data 18/01/20
- **“Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency”** Madeline Schmidt, Kristin Haglund, raggiungibile al sito <<https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00043860-201709000-00009.pdf>>, visitato in data 16/02/20
- **“Dolore e perdita infermieristica”** Julianne R. Oates ; Patricia A. Maani-Fogelman raggiungibile al sito <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518989/#>>, visitato in data 5/01/20

- **“Gli infermieri e l'elaborazione del lutto”** *Domenica Servidio*, raggiungibile al sito <<https://www.nurse24.it/infermiere/gli-infermieri-e-l-elaborazione-del-lutto.html>>, visitato in data 13/01/20
- **“Il lavoro emozionale in ambito infermieristico”** *Andrea Castello* raggiungibile al sito <<https://www.psicologiadellavoro.org/il-lavoro-emozionale-in-ambito-infermieristico>>, visitato in data 25/02/20
- **“Il lutto e la sua elaborazione”** *Dott. Simone Pesci* raggiungibile al sito <<https://www.researchgate.net/publication/296702540>>, visitato in data 17/02/20
- **“L’Infermiere e la morte: come affrontare un decesso?”** *Dott. Antonio Caracallo*, raggiungibile al sito <<https://www.assocarenews.it/primo-piano/l-infermiere-e-la-morte-come-affrontare-un-decesso>>, visitato in data 3/03/20
- **“Morte e morire: le emozioni vissute dagli infermieri in Pronto Soccorso”** *Dott.ssa Elsa Labelli, Laura Bertossi, Cristiano Cortello*, raggiungibile al sito <[http://www.timeoutintensiva.it/tecne\\_data/67 Bioetica infermieristica morte PS le emozem.pdf](http://www.timeoutintensiva.it/tecne_data/67_Bioetica_infermieristica_morte_PS_le_emozem.pdf)>, visitato in data 25/02/20
- **“Psicologia del lutto: dai modelli descrittivi alla pratica clinica”** *Dott. Simone Pesci* raggiungibile al sito <<https://www.isfar-firenze.it/formazione/psicologia-del-lutto-modelli-descrittivi-pratica-clinica/>>, visitato in data 4/03/20
- **“Quando le esperienze traumatiche non colpiscono solo il paziente: il trauma vicario nel terapeuta”** *Michela Grandori*, raggiungibile al sito <<https://www.stateofmind.it/2015/07/trauma-vicario-terapeuta>>, visitato in data 17/02/20
- **“The process of death and dying: challenges in nursing care for patients and family members”** *Maria Eduarda Grams Salum, Carolina Kahl, Kamylla Santos da Cunha*, raggiungibile al sito <[https://www.researchgate.net/publication/319387559 The process of death and dying challenges in nursing care for patients and family members](https://www.researchgate.net/publication/319387559_The_process_of_death_and_dying_challenges_in_nursing_care_for_patients_and_family_members)>, visitato in data 3/03/20

## RINGRAZIAMENTI

*Vorrei dedicare queste pagine a tutte le persone che hanno creduto in me e che mi hanno sempre sostenuta sia nei momenti di difficoltà sia in quelli felici.*

*Vorrei che questi ringraziamenti fossero un punto d'arrivo, ma anche un punto di inizio perché nella vita non si finisce mai di crescere ed imparare.*

*Spero in futuro di raggiungere nuovi importanti tragurdi nella mia vita, con tutte le persone che amo al mio fianco.*

*Ringrazio sentitamente i miei genitori per avermi permesso di intraprendere questo percorso sostenendomi fino alla fine, e al loro sguardo e alla loro gioia quando hanno appreso che sarei arrivata fin qui.*

*A mio nonno che non c'è più, a cui è dedicata questa tesi, e che continuo a pregare in tutti i momenti difficili ed importanti della mia vita .*

*Ringrazio mia sorella Evi, il mio punto di riferimento, la persona senza la quale non sarei come sono. Sei la persona più importante della mia vita .*

*Al mio ragazzo Stefano dico grazie perché è stato la spalla su cui poggiarsi durante le piccole sconfitte di questi anni, ma anche la persona che mi ha più spronata a proseguire. Per esserci sempre stato e per tutto l'amore che mi da ogni giorno.*

*Ai miei migliori amici Rebecca e Mauro, che seppur lontani, ci sono sempre stati e mi hanno aiutata e sostenuta .*

*Alla mia relatrice e guida di questo percorso universitario la Dott.ssa Tiziana Traini per aver accettato da subito il progetto di tesi, per la grande disponibilità, per avermi seguito e supportato nella realizzazione, ma soprattutto e per avermi dimostrato che dai nostri errori possiamo trovare la motivazione per ripartire.*

*Ringrazio enormemente le mie compagne di viaggio, Angelica e Maria Grazia con le quali ho trascorso questi tre anni indimenticabili pieni di emozioni, gioie e momenti che porterò per sempre nel mio cuore.*

**Sara**