downloaded from:
infermieri.com

TESI DI DIPLOMA UNIVERSITARIO PER INFERMIERE

ANALISI COMPARATIVA DI ALCUNE FILOSOFIE DEL NURSING E PROSPETTIVE DI CAMBIAMENTO NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA ITALIANA. INDAGINE CONOSCITIVA TRA GLI INFERMIERI..

Studente:
Abramo Marchesani

Anno Accademico 1999-2000

Il mio battito d ali va:

All angelo custode di mia madre,
perch la rassicuri che il figlio che ha fatto rinascere tre volte
non la dimenticher mai, ovunque sar !

All angelo custode di mio padre,
perch gli doni la gioia dell essere nonno,
senza di lui non sarei qui ora!

All angelo custode della mia luna,
perch la guidi nel difficile cammino della vita
sicura del mio eterno amore per lei!

All angelo custode della mia dolcissima Marge,
perch la renda quella stupenda donna che si accinge
a diventare!

e

All angelo custode di Abramo perch a volte lo fa sentire buffo e a volte bello,
a volte lo fa sentire un vero mito e alle volte gli sbatte le porte in faccia,
a volte lo fa piangere di felicit a volte ridere di disperazione,
ma lo fa sentire in ogni attimo vivo!

Preghiera di un allievo

Signore,

avrei voluto trovare parole speciali, espressioni corrette per chiederti di aiutarmi in questa difficile mission che mi si aperta innanzi, ma mentre riflettevo sei stato Tu a parlarmi!

All inizio non ho compreso: ti ho cercato nei silenzi, ti ho cercato nel frastuono, ti ho cercato nella gioia e nel dolore ma non ho guardato la cosa pi semplice che Tu stesso mi avevi posto innanzi: un bisognoso !

Era un anziano, un bambino, una donna o un ragazzo, questo non lo ricordo, ma il calore dei suoi occhi , quello, non lo dimenticher mai, perch l eri Tu.

E mi sono sorpreso a contemplarti all interno di una stanza dove il mio sguardo si era soffermato mille volte ma senza mai guardare realmente quello che vi era al suo interno.

Quante volte Signore avrei voluto mollare perch non ce la facevo , perch soffrivo , perch non capivo e mi sentivo inutile, la classica ultima ruota del carro, ma poi eccoti in quel Grazie , appena sussurrato , che m inondava il cuore di una gioia vera quanto inaspettata.

Non so Signore perch hai scelto proprio me per questa scommessa d amore , io che non sono mai riuscito a farne una giusta o a portare a termine un qualcosa senza prima cadere mille volte, ma quello che so che Tu hai un disegno del quale siamo tutti angeli e questo forse mi basta !

In questi tre anni mi hai insegnato ad amare ed a soffrire , a morire e subito rinascere; ora che sono a questo traguardo, donami Signore la capacit di guardare, sempre, dentro il cuore di ognuno senza che il tempo o i problemi sostituiscano l amore con l abitudine.

Forse Signore ho fatto un po di confusione, forse ti ho annoiato, ma come diceva Sant Agostino : Chi di Te ha sete in Te gi Vive per la Vita Eterna!

AMEN

INDICE GENERALE

Dedica .p 1

Preghiera di un allievo . ...p 2

Indice ..p 3

SEZIONE COMPILATIVA

CAPITOLO I

Nascita di una teoria .p 8

1.1 Definizione di Teoria ... .p 9

1.2 Assunti ....p 10

1.3 Caratteristiche di una Teoria ...p 11

1.4 Elementi costitutivi di una Teoria ..p 13

1.5 Sviluppo di una Teoria . ..p 18

CAPITOLO II

Perch una Teoria infermieristica ....p 21

2.1 Motivazioni della necessit di una Teoria infermieristica ..p 22

2.2 E possibile l esistenza di una Teoria infermieristica ? ...p 26

2.3 Assunti per una giusta visione della Teoria infermieristica p 29

CAPITOLO III

Quanti e quali tipi di teorie dalla nascita del nursing fino ai nostri giorni ...p 31

3.1 Perch classificare e criteri di classificazione p 32

3.2 Classificazione p 34

3.3 Precisazione p 38

CAPITOLO IV

Il Nursing umanistico o il primo vero approccio .p 39

4.1 Florence Nightingale e la nascita del Nursing moderno . p 40

4.1.1 Centro della Teoria ...p 42

4.1.2 Ambiente ..p 45

4.1.3 Assunti di riferimento ...p 47
4.1.4 Considerazioni sulla Teoria ambientale della Nightingale ...p 48

4.2 Virginia Henderson, Madre del Nursing .p 50
4.2.1 Assunti della teoria ...p 51
4.2.2 Problem Solving e soluzione dei problemi bisogni ..p 53
4.2.3 Diagnosi infermieristica e ruolo dell infermiere nel processo assistenziale p 57
4.2.4 Considerazioni sulla Teoria di Virginia Henderson .p 62

4.3 Dorothea Orem e la Nuova visone del Nursing .. p 64
4.3.1 La Teoria della Cura di S ....p 65
4.3.2 La Teoria del Deficit della Cura di S ..p 70
4.3.3 La Teoria dei Sistemi di Assistenza .p 73
4.3.4 Considerazioni sulla Teoria dell Autoassistenza della Orem ...p 76

CAPITOLO V
Nursing e relazione interpersonale ...p 77
5.1 Hildegard Peplau ed il Nursing psicodinamico ..p 78
5.1.1 Le fasi del Processo di Relazione .p 79
5.1.2 La competenza professionale infermieristica ...p 85
5.1.3 Considerazioni sulla teoria relazionale di Hildegard Peplau p 86

5.2 Ida Jean Orlando e la Teoria della Risposta disciplinata p 88
5.2.1 Assunti della teoria ...p 89
5.2.2 Il processo infermieristico p 91
5.2.3 Considerazioni sulla Teoria della Risposta disciplinata ...p 95

CAPITOLO VI
I Sistemi nel concetto di Nursing ...p 97
6.1 Suor Callista Roy ed il Sistema di Adattamento ....p 98
6.1.1 Processo infermieristico .p 105
6.1.2 Considerazioni sulla teoria dell adattamento ... ..p 108

6.2 Betty Neuman e la Teoria dei Sistemi di Prevenzione .p 109
6.2.1 Presupposti base del modello concettuale ..p 110
6.2.2 Modello concettuale ...p 111
6.2.3 Considerazioni sul modello concettuale di Betty Neuman .p 115

CAPITOLO VII
I Campi di Energia ...p 117
7.1 Martha Rogers e la Teoria dei Campi di Energia .p 118
7.1.1 Il processo infermieristico e la Teoria dei Campi di Energia .p 123
7.1.2 Considerazioni sulla Teoria dei Campi di Energia ... ..p 125

7.2 Joyce J. Fiztpatrick ed il Modello della Prospettiva di Vita .p 127
7.2.1 Presupposti della teoria ... p 128
7.2.2 Il modello concettuale .. ..p 129
7.2.3 Il Modello della Fiztpatrick come continuum-evoluzione dei Campi di Energia. Considerazioni ..p 130

CAPITOLO VIII
Il Nursing oggi con riferimento al panorama infermieristico italiano ....p 134
8.1 Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche di Marisa Cantarelli ..p 135
8.1.1 Prestazione infermieristica .p 137
8.1.2 Prestazioni infermieristiche, azioni ed atti nel modello concettuale ..p 145

8.2 Renzo Zanotti ed il Nursing come Stimolo di armonia-salute .p 147
8.2.1 Assunto e concetti chiave ...p 148
8.2.2 Struttura e funzionamento dei processi ..p 151
8.2.3 Il bisogno quale stato di alterazione del processo .. p 154
8.2.4 Tipologie e tecniche d intervento ... p 156
8.2.5 Considerazioni sulla teoria .p 157

CAPITOLO IX
Comparazione tra le teorie .. p 159
9.1 E possibile comparare? e perch farlo? ...p 160
9.2 Comparazione tra i quattro sistemi di teorie con riferimento ai nuovi modelli

concettuali italiani p 162

SEZIONE SPERIMENTALE

CAPITOLO X

Indagine conoscitiva sulle basi teoriche

e conseguenze derivabili tra gli infermieri .p 167

10.1 Motivazioni della ricerca ....p 168

10.2 La ricerca p 170

10.3 La metodologia ...p 172

10.4 La statistica delle risposte e rappresentazione grafica p 173

10.5 Considerazioni iniziali p 194

10.6 Analisi dei dati p 196

10.7 Conclusioni .p 202

Appendice ...p 205

Ringraziamenti p 211

Bibliografia .p 212

SEZIONE COMPILATIVA

CAPITOLO I

NASCITA DI UNA TEORIA

1-1 DEFINIZIONE DI TEORIA

La teoria un insieme di concetti, definizioni e proposizioni che forniscono un idea sistematica dei fenomeni predisponendo interellazioni specifiche tra concetti con lo scopo di descrivere, spiegare, prevedere e/o controllare i fenomeni stessi

Da questa definizione si pu facilmente notare come la natura stessa della teoria sia alla base della sua ragion d essere. Chi elabora una teoria, infatti, non si pone come fine il raggiungimento di uno scopo imprecisato ma al contrario, attua una pianificazione, una messa in atto e conseguentemente una verifica di un processo mentale sul quale porre il proprio operare.

In ogni professione dunque d obbligo quest approccio multidimensionale alla realt oggettiva e per quanto possibile, alla realt soggettiva.

La teoria tuttavia per definirsi completa ed operante necessita di determinate caratteristiche e precisi fini che non possono prescindere dalle motivazioni che, oggettivamente, fanno delle teorie un valido aiuto e un imprescindibile punto di riferimento.

Queste motivazioni sono state nel corso degli anni denominate in vario modo ma quella che a noi sembra essere la definizione pi adatta quella d assunti.

1-2 ASSUNTI

Gli assunti, dunque, sono le motivazioni che spingono a capire e volere la nascita, la crescita e l evoluzione di un qualcosa ponendosi quell ovvia ma sempre attuale domanda che la base del nostro sapere: perch ?

Una teoria perch ?

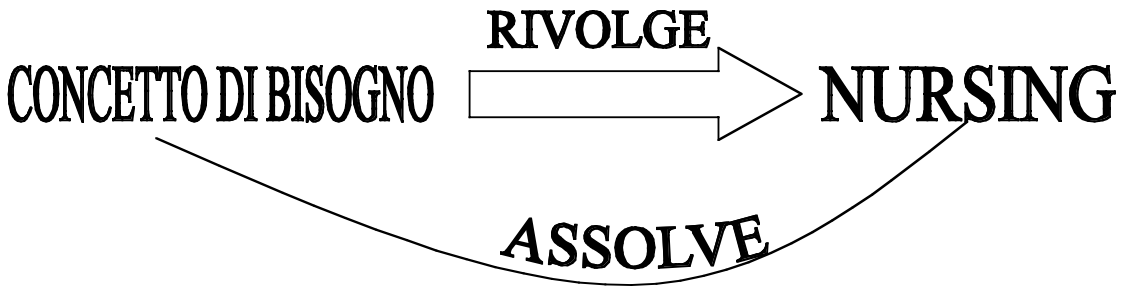
- La teoria contribuisce allo sviluppo delle conoscenze di colui che la applica poich migliora la pratica stessa descrivendo, spiegando, prevenendo e controllando i fenomeni.
- La teoria aiuta a sviluppare e potenziare le abilita analitiche poich sfida il pensiero, chiarisce i valori e con certezza determina gli scopi sia teorici sia pratici.
- La teoria mette in discussione continuamente chi la applica per il continuo confronto dell applicazione dell operatore non solo con l esterno ma indubbiamente anche con se stesso.
- La teoria come tutti i modelli sistematici ha maggiori possibilit di riuscita e ovviamente minor spreco di tempo e risorse in genere.
- La teoria permette a chi la adopera di guardare la realt sotto un diverso punto di vista e proprio per questo aiuta ad identificare risorse nascoste fino allora sconosciute.

1-3 CARATTERISTICHE DI UNA TEORIA

- *La teoria mette in interazione concetti fornendo cosi un diverso punto di vista sui fenomeni particolari.*

Partendo dal termine concetto" quale idea astratta o immagine mentale s pu notare come ogni teoria sia fondata su quest elemento, ma in quale modo?

All interno di una teoria i cosiddetti concetti trovano un punto di unione o meglio correlazione che li fa non solo avvicinare ma li lega in maniera causale. Un esempio a riprova di ci possono essere i concetti di bisogno e nursing che, trovandosi all interno di un sistema teorico, sono correlati nel seguente modo:



Dallo schema chiaro come il nursing sollecitato dal bisogno possa esplicare la sua azione mirata che altrimenti sarebbe vana. Ad ogni bisogno, infatti, corrisponde un atto infermieristico che ha come scopo unico quello del soddisfacimento dello stesso.

- La teoria deve essere logica.

I concetti alla base di ogni teoria sono i punti dalla quale la stessa non pu prescindere e dai quali non pu non dipendere. E chiaro dunque, come dei caratteri di logicit , chiarezza, consequenzialit e non contraddizione debbano essere fondamento del sistemo teorico. L incongruenza se pur minima non solo minerebbe la veridicit della teoria ma soprattutto al lavoro che tramite di essa si svolto.

- La teoria deve essere semplice e generalizzabile.

La teoria come ogni modello deve porsi come primo scopo la generalizzabilita del proprio campo d azione e questo possibile quando essa si leghi a concetti definiti semplici . Si parla di semplicit allor quando ci troviamo a contatto con concetti, situazioni et prive di specificit e dunque facilmente riscontrabili. Le teorie che sono allo stesso tempo semplici e generalizzabili sono dette parsimoniose .

- La teoria deve poter essere sperimentata ed applicata.

E facilmente comprensibile notare come il carattere di sperimentazione e conseguentemente di verifica non possano prescindere dal concetto di teoria .

Applicando una teoria ad un caso clinico, ad esempio, di sofferenza fetale, vediamo come un monitoraggio cardiotocografico inteso quale verifica alla sperimentazione (diagnosi) sia di fondamentale importanza per il poter agire.

Una teoria, infatti, che risulta non sperimentabile e quindi non verificabile difficilmente risulter apprezzabile ed attendibile.

v La teoria deve poggiare sulle basi del passato ma deve protendere verso il futuro.

Ogni teoria nasce da altre gia esistenti o comunque non prescinde da concetti o assunti definiti buoni e universali. Essa pero deve saper andare avanti nella propria ricerca facendo si che non solo siano rispettate le conoscenze preesistenti ma che siano lasciate aperte domande che sono la spinta ideale per ogni ricerca.

La dove non ci sono domande la morte ci ha sconfitto J. Adam

1-4 ELEMENTI COSTITUTIVI DI UNA TEORIA

CONCETTI

Sono rappresentazioni teoriche delle cose o degli eventi che compongono i fenomeni.

I concetti rappresentano in qualche modo aspetti della realt che possano essere quantificati. Esistono cinque diversi tipi di concetti:

- Enumerativi: sono quelli che restano immutati ed onnipresenti nelle proprie caratteristiche e per ogni teoria; un esempio sono l et ed il sesso.

- Associativi: sono quei concetti che sussistono unicamente in particolari situazioni all interno di un fenomeno e possono avere valore raro. Queste particolari concetti associativi possono sussistere in relazione unicamente a quelli enumerativi o comunque certi.

- Relazionali: sono i concetti che, per propria natura, non possono non prescindere dai primi due concetti elencati poich sono una risultante relazione tra due o pi .

- Statistici: si parla di concetti statistici quando ci s intende riferire a quelli legati al riscontro di frequenza nella popolazione.

- Sommativi: questa tipologia senza ombra di dubbio il gruppo pi complesso poich nel termine stesso s identifica un fenomeno. Esempi di questi concetti sono uomo, salute, societ e nursing. Proprio per la definizione i concetti sommativi inglobano al proprio interno ogni tipo di concetto e racchiudono al contempo realt talmente ampie che risultano inspiegabili ulteriormente. Per questa motivazione tali concetti saranno di scarsa utilit nello sviluppo di una teoria poich essi non possono essere definiti in modo adeguato e le interazioni tra loro non sono accertabili direttamente.

AFFEMAZIONI DI RELAZIONE

I concetti da soli non sono certo una teoria definita; per far si, infatti, che i concetti assumano importanza e significato tali da esprimere parte di una teoria c e bisogno che siano legati da quelle che sono definite affermazioni di relazione .

LEGGI: sono le affermazioni di relazione piu semplici proprio perch maggiormente facili da misurare ed ovviamente da verificare. Esse mettono in relazione i concetti in maniera chiara e consequenziale ponendo l accento sui fenomeni marginali che possono influenzare ed in modo significativo le interelazioni tra concetti.

GENERALIZZAZIONI EMPIRICHE: queste sono molto differenti dalle leggi se non per una minor verificabilit concreta e quindi spesso sono di scarsa utilit nella concettualizzazione della realt . Il sottile limite tra leggi e generalizzazioni empiriche definito dall ambito del sapere detta Filosofia.

IPOTESI: le ipotesi si possono definire come il primo tentativo di creare un affermazione di relazione mettendo in correlazione due o pi concetti in modo logico e non contraddittorio. Se confermate le ipotesi divengono prima affermazioni empiriche e infine leggi. Proprio per tali motivazioni le ipotesi sono il primo vero tentativo una base per la teoria.

ASSIOMI O TEOREMI: quando si parla di assiomi o teoremi ci s intende riferire a quelle relazioni tra concetti che non hanno un riscontro nella realt oggettiva o che

non sono verificabili tangibilmente. Gli assiomi ed i teoremi si distinguono tra loro per il grado di generalit nella relazione; infatti, i primi affermano una relazione piu generale tra i concetti mentre i secondi si basano su almeno un riscontro detto reale . Le affermazioni diventano teoremi e/o assiomi mediante il meccanismo del supporto empirico ma solo allorquando siano state verificate se pur nella loro astrazione. Questa classificazione, per quanto grossolana, sicuramente doverosa per capire e meglio intendere la struttura stessa di una teoria perch , secondo le affermazioni di relazione, si distinguono teorie differenti.

Per tale motivazione queste affermazioni di relazione si orientano su due direttive:

- *ASSOCIATIVE*: sono le affermazioni che sono concatenate in modo logico e indipendente
- *CAUSALE*: sono le affermazioni che sostengono la relazione di casualit e dunque di interdipendenza tra concetti.

DEFINIZIONI

All interno di una teoria indubbio il valore che un appropriata definizione ricopre nell inquadrare attentamente un concetto; al contrario, spesso, non si tiene in giusta considerazione che la definizione stessa risulta un elemento costitutivo della teoria. Definire significa, infatti, determinare segnando limiti, attribuzioni e criteri e proprio da quest ultimo termine si comprende come nelle parola stessa si svolge un opera di inquadramento necessaria ad una corretto sviluppo della teoria.

COLLEGAMENTI

Spesso teorici e fruitori delle teorie hanno confuso i collegamenti con le affermazioni di relazione ma al contrario sono momenti nettamente differenti ed oltretutto dipendenti tra loro. Per collegamenti, infatti, s intendono quelle giustificazioni logiche a basi razionali che danno plausibilit alla teoria; ma in quale modo? I collegamenti indicano in che modo e con quale criterio si debbano utilizzare le affermazioni di relazione e allo stesso tempo ne indicano la natura vera.

ORDINAMENTO

Ultimo ma non meno importante l ordinamento la componente costitutiva di una teoria che paradossalmente la mantiene in vita.

Ordinare significa creare un ordine non solo causale ma anche consequenziale tra due o piu concetti e, nel caso specifico, tra vari elementi costitutivi della teoria. Bisogna tener di conto, inoltre, che all interno di un sistema teorico si genereranno concetti e definizioni per seconda istanza e quindi se non vi e un ordinamento preesistente s potr creare confusione e quindi incongruenza.

1-5 SVILUPPO DI UNA TEORIA

Fin qui ci si e preoccupati di comprendere la natura della teoria e le sue caratteristiche portanti ma e di fondamentale importanza a questo punto osservare il processo attraverso il quale la teoria nasce e si sviluppa. Questo particolare processo si costituisce di tre momenti che creano tra loro una fitta maglia di correlazioni tanto complesse quanto affascinanti

- *Induzione:* letteralmente induzione significa modo di ragionare che parte dallo specifico per arrivare all assunto generale . In tale logica l insieme dei particolari che potrebbero essere ad esempio i sintomi, combinato in un insieme qual e la sintomatologia. Quest ultimo funge cosi da punto di partenza dal quale ricavare affermazioni teoriche generali spesso definite come teoria di base .

- *Deduzione:* similmente all induzione ma in maniera nettamente opposta la deduzione e definita come il modo di ragionare che parte dal generale per arrivare allo specifico . A questo punto potrebbe sembrare che i due momenti siano opposti e respingenti tra loro ma, con una pi attenta osservazione, si noter come siano invece consequenziali: il momento della deduzione si avvale, infatti, degli assunti generali derivati dal primo momento (induttivo) per formulare ipotesi empiriche, scientifiche e verificabili tramite, ovviamente, l utilizzo di almeno due o piu assiomi. In questo momento del processo di sviluppo si parte dalla

generabilita dei concetti per realizzare la ricerca ed in tal modo convalidare la teoria stessa.

- *Retroduzione:* questo momento e il pi complesso ma proprio per questo il pi fruttifero del processo di sviluppo. La retroduzione combina l induzione e la deduzione utilizzando conseguentemente l analogia per formulare la teoria. Il teorico, infatti, estrapola da altre branchie del sapere teorie e conoscenze per formare una propria teoria nel campo contribuendo cosi all avverarsi teorico. Da tale quadro potrebbe erroneamente apparire come un semplice prendere a prestito teorie da altri campi ricollocandoli nel proprio senza alcuna modifica .ERRORE!

Quello che si prende ad esempio non e tanto il sapere o la conoscenza ma quanto pi la forma mentis che e ovviamente alla base dei ragionamenti e sottintende ogni ideal situazione. Il teorico, infatti, dopo aver ricavato assunti generali (induzione), averli calati nella realt permettendo una verifica ipotetica (deduzione) si confronta con altri campi del sapere estrapolandone intelligentemente aspetti utili al proprio lavoro/ricerca. A seconda di come tale processo avviene si originano tre diverse gamme di teorie che allontanandosi dai concetti di leggi, forme assiomatiche e forme causali si dividono in:

- *Teorie Grandi:* sono definite cosi tutte quelle teorie che si prefiggono ampi scopi e per tale motivazione saranno molto complesse. Proprio per questo carattere di complessit richiedono un ovvia frantumazione di affermazioni teoriche

moltiplicando il lavoro di verifica e allontanando conseguentemente il teorico dalla realt a cui vuole riferirsi.

- *Teorie Medie:* sono senza dubbio le teorie a cui si fa sempre riferimento e sono le pi facili da utilizzare. Il loro campo di azione non e cosi grande da essere inutilizzabile per i concetti sommativi e non e ristretto da non poter essere usato per spiegare situazioni di vita pi complesse.

- *Micro Teorie:* sono dette anche teorie piccole o essenziali per la loro struttura semplice ed allo stesso tempo diretta. Queste teorie, infatti, si occupano di fenomeni descritti in modo specifico senza dilungazioni e con un tempo tra sperimentazione e verifica minimo o comunque molto breve.

CAPITOLO II

PERCHE UNA TEORIA

INFERMIERISTICA

2-1 MOTIVAZIONI DELLA NECESSITA DI UNA TEORIA INFERMIERISTICA

Fin qui si e affrontato il problema o meglio la conoscenza di cosa fosse una teoria, da quanti e quali elementi essa fosse composta, quali criteri fossero alla base della sua ragion d essere e infine del suo sviluppo. Si e potuto osservare come ogni tipo di teoria altro non fosse, innanzitutto, che una necessita dell uomo di porre ordine in quel caos che la vita attorno a lui genera (lavoro, famiglia, gratificazione personale). Questo tentativo, per , compagno di vita dell essere umano fin dalla sua nascita; chi di noi nei propri giochi da bambino non ha elaborato una teoria che, se pur fantasiosa ed irreale, rispecchiava quel mondo fantastico che era la nostra mente?

Allo stesso modo lo sviluppo di una teoria infermieristica non e di certo un attivit misteriosa e magica ma anzi la prima attivati che una buona infermiera tende a svolgere. Molte infermiere hanno sviluppato delle loro idee personali sul nursing fin dal primo giorno di lavoro ed hanno continuato a sviluppare delle teorie personali basate sulle loro letture ed esperienze. Queste nozioni personali possono comprendere generalizzazioni del tipo Un letto pulito e ben sistemato facilita il riposo del paziente e riduce il bisogno di cure del dolore o altre ancora pi specifiche adattate ovviamente alla situazione assistenziale. Gli infermieri generalmente non parlano esplicitamente delle loro teorie personali sebbene queste siano alla base del loro agire quotidiano e influenzano ogni atto assistenziale che

l infermiere compie. A questo punto sorge legittima la domanda del prece si debba prendere ad esempio o comunque come quadro di riferimento una teoria infermieristica unica, data la complessit delle varie situazioni assistenziali e la continua innovazione tecnologica di oggi giorno. Il motivo principale e che le concezioni personali degli infermieri sul nursing e quindi sul suo campo di azione possono essere incomplete, contraddittorie o addirittura confuse .

Ci causa notevoli problemi quando si usa la teoria personale come valida base per la pratica giornaliera, inoltre una teoria incompleta, contraddittoria o confusa pu essere difficile da usare nello studio dell assistenza al fine di far progredire la nostra conoscenza sul nursing. Se si e concordi nell affermare che la disponibilit di teoria pi sistematiche porterebbe ad una migliore comprensione e ci permetterebbe di verificare se questa comprensione corrisponde all attivit dell ambiente infermieristico, allora non si pu non essere del parere che uno sviluppo rigoroso della teoria infermieristica diventa una priorit . Lo sviluppo sistematico della teoria infermieristica ha pi possibilit di far avanzare il nursing e pu contribuire a creare le basi della scienza infermieristica. L infermiere, dunque, che sviluppa una teoria infermieristica e la presenta perch sia criticata pubblicamente dalla comunit infermieristica e parte di quel processo essenziale della nascita, dello sviluppo e del continuo aggiornamento della teoria infermieristica!

Nello schema che segue si pu notare come il diagramma di flusso esplicativo di quanto sopra detto sia consequenziale e necessariamente pluridirezzionale.

Questo carattere di pluridirezzionalita e importantissimo per comprendere la necessita di una teoria infermieristica, poich , come per il discorso retroduttivo dal particolare (infermiere) si pu risalire all assunto generale (teoria) e viceversa. Ogni infermiere deve far capo, dunque, ad un assunto teorico che di contro, deve essere una base per il suo lavoro quotidiano. Come ogni teoria, quella infermieristica deve rispondere a tutti i criteri di validit e cosa ancor pi importante deve essere in continua evoluzione.

Dove il dubbio muore e la certezza prevale, li e la vostra morte e di coloro che assistete V. Henderson

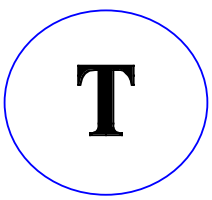
INFERMIERE
TEORIA
TEORIA INFERMIERISTICA
INFERMIERE

2-2 E POSSIBILE L ESISTENZA DI UNA TEORIA INFERMIERISTICA ?

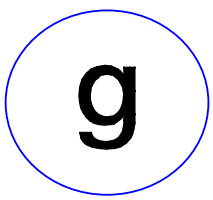
Data l assoluta necessita della sua esistenza nel campo del sapere infermieristico, la teoria ora deve essere oggetto di ulteriore critica poich , per molti, ad essa risulta inattribuibile il termine infermieristica .

Questa sfiducia nel nursing e riscontrabile difatti, nel uso indiscriminato che gli infermieri stessi fanno del termine teoria. Essi, infatti, identificano le formulazioni nel nursing come semplici modelli o strutture concettuali ma non si astengono dal chiamare teorie strutture prese a prestito da altri campi del sapere. L applicazione di criteri rigorosi per una teoria scientifica dara come conseguenza delle teorie infermieristiche che saranno difettose, poich la costruzione della teoria nel nursing e attualmente ancora in pieno sviluppo. La discussione a tal proposito sulla validit delle teorie infermieristiche come teorie vere e proprie fonda le sue radici su una visone pragmatica e quantomeno spartana della visone concettuale delle teorie.

Secondo tale punto di vista si identificano due tipologie: la teorie e la non teorie.



Teorie



Non Teorie

Se si fa dunque, riferimento a queste due classificazioni per collocare il sapere infermieristico s vedr come la quasi totalit di questo rientri nella prima classe. Ma la restante parte, se pur minima, che fine far ?

A tal proposito si pu compiere un ulteriore divisione del sapere infermieristico in due sotto classi denominate a e b nelle quali, collocare nozioni importanti ma di scarsa utilit (a) e nozioni minori ma di maggior riscontro pratico (b).

A questo punto ci dovremmo porre la domanda su quale campo di nozioni e meglio volgere i nostri sforzi, data la situazione per cui il primo sottogruppo a appartiene al T e il secondo al g; senza ombra di dubbio ci si orienter per il secondo sotto gruppo data la particolare importanza e quindi, anzich scartarlo per mancanza di giusti elementi, si penser a far progredire le nozioni fino ad ottimizzarle.

Negli sforzi per preparare una nuova generazione di studiosi che facciano progredire la costruzione della teoria infermieristica e pi utile analizzare la quantit di teoria contenuta in una formulazione infermieristica, piuttosto che cercare di stabilire se questa formulazione e o no una teoria. A questo punto si e ampiamente verificato che anche nella classificazione del nursing secondo i rigidi canoni della teoria, non vi e un parere unico, dato che si e verificata la nascita di un ulteriore gruppo di teorie: le teorie incomplete. Questa terza, o meglio, mediana forma di teoria e quella che maggiormente ingloba la scienza del nursing poich al suo interno risiedono una gamma ampia e diffusa di teorie che non essendo inglobate in rigidi schemi hanno la facolt di evolversi e migliorarsi continuamente. Il nursing, come lo defin Ida J.

Orlando rappresenta quel grigio tra il bianco ed il nero che proprio per la sua indefinitezza abbraccia ogni campo del sapere umano. Sono, dunque, da tener bene a mente le raccomandazioni che una teorica americana, Sue Marquis Bishop, diede a tal proposito:

1. Il diffuso interesse nello sviluppo della teoria infermieristica e solo un fenomeno recente nella storia della disciplina.

2. Lo sviluppo sistematico di teorie infermieristiche e attualmente agli inizi.

3. L applicazione di criteri rigorosi per una teoria scientifica alle formulazioni infermieristiche avr molto probabilmente come conseguenza delle teorie infermieristiche che saranno lontane dalla teoria scientifica reale.

4. Nel nursing e senza ombra di dubbio prioritario lo sviluppo della scienza infermieristica

5. Se si accetta che esiste un certo consenso nella comunit di studiosi del nursing rispetto alle precedenti affermazioni, forse si potr dirigere l attenzione all analisi critica delle teorie esistenti incomplete per un loro ulteriore sviluppo.

A conclusione di questa disquisizione sulla possibilit di una reale esistenza della teoria infermieristica ci si augura di aver dato un quadro chiaro di ci che la realt mondiale riferisce. Si e ancora agli inizi ed il cammino non e certo dei pi semplici per il giusto riconoscimento di una scienza che, fin dai suoi albori, si e trovata a far i

conti con una inadeguatezza sociale e culturale, ma la consapevolezza della propria reale professionalit e la base da cui partire.

2-3 ASSUNTI PER UNA GIUSTA VISIONE DELLA TEORIA INFERMIERISTICA

Prima di accingermi ad illustrare le varie teorie nate e sviluppatesi nel corso degli anni dal 1600 fino ai nostri giorni, e doveroso porre degli assunti che aiuteranno a prendere in giusta considerazione, non solo la teoria infermieristica intesa come quadro concettuale di riferimento, ma anche tutti coloro che si sono adoperati per un suo giusto utilizzo. Come si e visto quando ci si riferiva alle motivazioni della necessita di una teoria infermieristica, essa nasce da una effettivo bisogno di un inquadramento concettuale unico che muova il sapere infermieristico, per evitare il caos o comunque il libero arbitrio inconsiderato; ma di contro, una teoria infermieristica, a quali svantaggi potrebbe portare?

Quando si parla di svantaggi bisogna, innanzitutto, fare una precisazione: l esistenza della teoria infermieristica non ne implica al contrario, invece, un suo uso sbagliato e distorto si! Questa premessa, gi di per se esplicativa, pone le basi per la comprensione di quello che e il comune problema che ogni teorico si ha nell elaborazione del proprio modello concettuale: l universalista .

L errore che si e riscontrato negli infermieri che adottano la base teorica per il proprio lavoro e stato quello di credere ad una unica e vera teoria infermieristica. La teoria, per quanto perfetta, invece, nasconde una percentuale di approssimazione o comunque imperfezione con cui il teorico si trova a fare i conti ogni giorno. L infermiere di contro adotta il modello teorico al fine di eliminare dal proprio operato proprio quella parte di incertezza che come si sa pu essere alle volte fatale.

Da qui nasce il divario nel quale molti miei futuri colleghi hanno basato la loro ostentata fiera ignoranza nei confronti della teoria infermieristica: se non c ne una di riferimento o comunque la teoria stessa e fallace non e meglio affidarsi al proprio istinto?

A risposta di questa grandissima parte di professionisti o meglio non-professionisti e della domanda che e alla base di questa discussione si pu solo affermare come la teoria infermieristica non e un rigido campo d azione entro quale tutelarsi e deresponsabbilizzarsi ma al contrario e quella seconda intelligenza dal quale muoversi per evolversi nel nursing!

La questione, infatti, non risiede nel comprendere dove la teoria non arriva ma quanto pi nel capire come l intelligenza teorica dia le braccia ad ogni infermiere per affrontare ogni situazione nel migliore dei modi e nel rispetto della propria ed altrui professionalit .

CAPITOLO III

QUANTI E QUALI TIPI DI TEORIE, DAL NASCITA DEL NURSING FINO AI NOSTRI GIORNI

3-1 PERCH CLASSIFICARE

E CRITERI DI CLASSIFICAZIONE

I primi studiosi di nursing si occuparono della filosofia, della definizione e dell arte del nursing. Durante gli anni 60 gli studi si indirizzarono sempre pi verso le comunicazioni interpersonali e allo scadere del decennio questa tendenza cambi e si prese in considerazione la vera scienza del nursing come punto da cui partire.

Nel secolo oramai passato invece e sorto l interesse attorno al nursing come un arte ed una scienza. Nel dare un quadro storico di cosa e stata la teoria infermieristica nel corso dei secoli e la sua consequenziale applicazione pratica, l assistenza, si potrebbe inizialmente, semplicisticamente, avere la sovraesposta visione dei fatti ma la questione ben pi complessa. Tutti i lavori pubblicati hanno in comune alcuni temi generali e si inoltre notato come gli studiosi usino gli stessi o simil termini indifferentemente ed hanno opinioni divergenti sui quattro concetti base del nursing: uomo, societ , salute e nursing.

La ricerca infermieristica mutata nel corso degli anni parallelamente a diversi fattori di non lieve rilevanza quali la societ , il quadro storico, l evoluzione epidemiologica delle malattie, et

Inquadrare, dunque, quello che stato un lungo e non facile percorso, quale la storia del nursing, significa ripartire non solo dalle idee di quelle donne (ahi me la quasi totalit !) eccezionali ma significa muovere dal mondo che le circondava.

Il nursing, infatti, come la storia umana ha attraversato diversi momenti che ne hanno condizionato profondamente le finalit e l attenzione; basti pensare alla madre di tutti noi infermieri Florence Nightingale che nella sua guerra di Crimea trovo l idea geniale dal quale la sua teoria si evolvete: l ambiente!

Acquisito il dato fondamentale dal quale muovere per una accurata visione della storia dell assistenza bisogna porre un altro tassello molto importante. Le teorie infermieristiche sono il frutto di un lavoro interiore di ricerca e di evoluzione che le infermiere hanno svolto nel corso di anni; questa puntualizzazione apre le porte su quello che un punto chiave per comprendere la classificazione che di seguito proporremo: l anima delle teorie.

Ogni teoria oltre a rispecchiare il quadro storico, i bisogni pressanti di quel tempo in rapporto alla salute e tanti altri mille fattori innanzitutto l animo di chi l ha generata. La visione che ogni teorico adotta nell elaborazione del proprio modello concettuale nasce da quel processo emozionale, empatico di cui ognuno di noi fa parte allorquando si trova in contatto con una persona malata. Non vi , infatti, teoria senza che vi sia primordialmente un sentimento dal quale stata fatta nascere; il teorico, e questa senza dubbio la sua genialit , fa proprio il feeling e lo adotta come spinta-guida nel suo lavoro di ricerca. Ecco che, dato questo ulteriore

tassello, si delinea il quadro di una teoria non pi frutto arido di lavoro scientifico ma come specchio dell animo umano e quindi come strumento di lavoro proprio e non pi imposto.

Questa lunga nota introduttiva alla classificazione delle teorie, stata doverosa poich se il lavoro di ricerca infermieristica svilupper teorie generalizzabili soprattutto sull aspetto umano dell individuo (ambiente e sentimenti) non solo si progredir ampiamente ma anche altre discipline del sapere potrebbero servirsi della teoria infermieristica come noi ci siamo serviti di teorie appartenenti ad altre discipline.

3-2 CLASSIFICAZIONE

Nel corso degli ultimi anni molti punti di vista divergenti si sono avvicendati sulla delicata questione della classificazione delle teorie del nursing; molti ritenevano che cercare di inglobare due o pi teorie dentro un'unica definizione fosse non solo riduttivo ma stravolgesse completamente il nuclei tematici delle stesse. Un altra gamma di teorici, invece, sostenne che una classificazione non solo fosse necessaria ma che fosse un mezzo attraverso cui orientarsi per una reale applicazione pratica.

Si concordi, nello svolgimento di questa tesi, con la seconda linea di pensiero poich come si gi detto classificare non vuol dire annientare il carattere di unicit

della teoria ma al contrario esaltare quel unico pensiero che il filo conduttore attraverso i secoli tra gli animi dei teorici.

La prima ma tutt oggi attuale classificazione svolta, fu quella della St. Sebastian School of Nursing U.S.A. nella quale si identificano quattro gruppi di teorie:

- Arte e Scienza del Nursing Umanistico;
- Relazioni interpersonali;
- Sistemi di teorie;
- Campi di Energia.

Secondo questa classificazione il criterio dal quale si part fu quello di capire cosa potesse accomunare teorie differenti, almeno apparentemente, per et , luogo, epoca ecc.. e quale fosse il punto di partenza comune. Si vide come l unico modo per fare ci era quello di riferirsi ad elementi comuni a tutte le teorie (nursing, uomo, ambiente e salute) e cos identificare visioni simili o quantomeno vicine concettualmente!

Nacquero cosi i quattro gruppi di teorie, che ebbero come esponenti di spicco, coloro che per prime diedero le definizioni di nursing secondo il sentimento comune a tutte le teoriche di ogni singolo gruppo.

- Arte e Scienza del Nursing Umanistico: Prima donna del nursing ed a maggior titolo di questo gruppo di teorie Florence Nightingale. Partendo dalla definizione

che la stessa teorica diede del nursing si risale facilmente al concetto che il filo conduttore di questo gruppo di teorie: Al concetto di assistenza (nursing) la societ risponde con una totale mancanza di termini poich ancora non si ben compreso come il lavoro di assistere un arte ed allo stesso tempo una scienza in continua evoluzione. Dalla base teorica della Nightingale nacquero e si evolvettero differentemente varie tipologie di teorie che, pero , conservarono questo comune nucleo tematico di partenza. Prima fra tutte fu Virginia Henderson con la sua teoria dei 14 bisogni fondamentali dell individuo e quella che fu la prima vera definizione di nursing. Da queste due teoriche, paradossalmente, si possono far discendere pensieri che guidarono l opera di molte altre teoriche umaniste come Faye Gleen Abdelard, Lydya Hall, Rosmarie Parse. Un posto di rilievo tra queste ricercatrici, o meglio, studiose del nursing quello ricoperto dall opera di Dorotea Orem la quale con la sua teoria del Self-Care affronto per prima il problema del ruolo del paziente nel recupero delle proprie attivit di vita .

- Relazioni interpersonali: come facilmente intuibile dalla definizione del gruppo, questa gamma di teorie basa i propri assunti sul rapporto interpersonale che alla base del processo di nursing e che in ogni modo lo condiziona. A capo di questa linea di pensiero chi meglio di E. Peplau potrebbe rappresentare quel pensiero che guido l opera di queste ricercatrici? E. Peplau, infatti, diede dei contributi al nursing in generale ed in particolare al nursing psichiatrico enormi. L idea che mosse la Peplau ed a seguito grandi infermiere come la Ida J. Orlando, la

Wiedenbach e la I. King era quella secondo cui alla base del processo di nursing non c il saper fare o il saper essere ma il saper ascoltare; l ascolto, per queste teoriche, si poneva alla base dell esercizio professionale perch a seconda di ci che si ascolta cos ci si orienta nel rapporto uomo - infermiere (J. King). L opera di queste ricercatrici trovo nel corso degli anni specifica applicazione in reparti quali la pediatria, la psichiatria e tutti quei servizi in cui il primo obbiettivo quello della salvaguardia della salute psichica del paziente per poter vivere ed affrontare la malattia (ad esemp. servizio di oncologia, servizio di dialisi ecc..).

- Sistemi: dare una definizione di questo insieme di teorie una impresa difficile poich senza aver ben chiaro cosa si intende per sistema il quadro introduttivo sarebbe frammentario. In tale sede ci si limiter a dire come le tre teoriche dei sistemi, Suor Callista Roy, Dorothy Johnson e Betty Neuman, originarono il proprio modello concettuale dalla comune necessita di dare uno strumento valido nell approccio al paziente per tutti gli infermieri. Secondo tali modelli, infatti, la visione dell uomo era una visione olistica dalla quale non si poteva prescindere e si pose un accento importante riprendendo l importanza ambientale come fonte di stimoli. Il mondo, o meglio, l ambiente era, infatti, visto, come quell entit che l infermiere doveva manipolare per svolgere il proprio ruolo assistenziale e far cosi che quel processo di adattamento continuo dell uomo potesse avvenire.

- Campi di Energia: similmente al precedente gruppo di teorie parlare di campi di energia non un impresa semplice data la vasta e complessa struttura che ogni

singola teoria ha in s . Esponete di spicco di questo ultima ma non meno complessa gamma di teorie, Marta Rogers. Questa donna, che svolse la sua opera sin dagli inizi degli anni 60, affronto il processo di nursing facendo riferimento ai quattro campi di energia della vita dell uomo, ampliando cosi il discorso che gi prima di lei inizi Myria Estrin Levine. A seguito del pensiero di queste due prime teoriche si originarono altre due modelli concettuali rispettivamente di J.J. Fizparck e Margaret Newman che tutt oggi si possono definire in via di sperimentazione pratica.

3-3 PRECISAZIONE

Al termine di questa classificazione molto semplicistica delle teorie del nursing bisogna porre una precisazione doverosa. Il riferirsi a quattro gruppi di teorie non esclude in nessun modo, comunque, la possibilit che nel corso degli anni siano nate o nasceranno teorie che diano luogo ad una quinta classe o addirittura ad una sesta. In tale ottica, infatti, ci si rivolger quando si parler delle pi recenti teorie nel panorama infermieristico italiano non inglobando nessuna delle teorie nei quattro gruppi. Si ritiene, infatti, che ogni classificazione, come gi precisato, non possa essere un punto fermo in eterno, dato il carattere di scientificit e quindi di continua evoluzione che la ricerca infermieristica adduce. Tuttavia ci sembra importante non prescindere dal passato per poter andare nel futuro con una giusta coscienza non solo teorica ma soprattutto pratica.

CAPITOLO IV

IL NURSING UMANISTICO O

IL PRIMO VERO APPROCCIO

4-1 FLORENCE NIGHTINGALE E LA NASCITA DEL NURSING MODERNO

Per poter meglio comprendere l opera di Florence Nightingale bisogna tracciare un breve profilo bibliografico dal quale doverosamente la sua teoria trae le basi.

Nacque il 12 maggio 1820 a Firenze durante un viaggio dei suoi genitori inglesi nella nostra penisola; di famiglia benestante la piccola Florence sent fin da adolescente quella spinta ideale ad adoperarsi per gli altri che ben presto si tradusse nella volont di diventare infermiera. Nel 1851 si rec in Germania per apprendere l arte dell infermieristica ma questo fu solo un punto di partenza : ben presto prosegui nei suoi studi e la svolta arrivo con la guerra di Crimea nella quale capi verso dove i suoi sforzi dovevano protendere: l ambiente. Si rese conto, infatti, delle pessime condizioni di vita in cui i soldati versavano negli stessi ospedali da campo, dove prestava servizio, e la sua azione miro a migliorare tali condizioni facendo si che ogni singolo uomo potesse avere l opportunit di guarire secondo natura .

Furono molti i fattori che influenzarono la teoria infermieristica della Nightingale ; essa considerava la professione come una vocazione religiosa per la quale bisognava lottare per cambiare le cose ritenute inaccettabili.

Cerc di operare riforme che conferissero alla professione infermieristica la propria reale importanza e dignit dato che nell epoca in cui essa opero il sistema sanitario era nelle mani di persone quanto meno incompetenti .

La Nightingale per formulare la propria teoria si avvalse del rapporto con numerosi medici ed altri membri influenti della societ di allora per poter dare alla sua teoria quel carattere di importanza sociale tale da venire presa nella giusta considerazione.

Aspetto interessante del suo operato, infatti, fu quello di addurre prove empiriche come giustificazione dei propri interventi e, ovviamente, come riscontro di risultati evidenti. Si occupo , dunque, di statistica, utilizzando informazioni raccolte attentamente durante il suo operato nella guerra di Crimea. La descrizione dei suoi dati fu fonte di una accesa disputa con la Commissione della Sanit Pubblica Britannica poich essa mise in evidenza come per ogni uomo ucciso in guerra sette morivano di malattia; persino in tempo di pace il tasso di mortalit in caserma era il doppio che tra la popolazione civile! (Notes on Matter Affecting the Health , Efficinty and Hospital Administration of the British Army).

4-1-1 CENTRO DELLA TEORIA

L abilit della Nightingale fu quella di saper prendere nota , saper comunicare , analizzare, ordinare, classificare, concettualizzare, generalizzare e sintetizzare nell ambito della propria attivit di ricerca.

La grande teoria della Nightingale aveva al suo centro l ambiente il quale in grado di prevenire , eliminare, o contribuire allo sviluppo della malattia , degli accidenti o della morte. Sebbene questa teorica diede delle definizioni chiare ed esplicative non fraintendibili , non specific mai a quale delle tre dimensionalit dell ambiente (fisico, psicologico e sociale) si riferi poich riteneva che erano parte di un unico concetto inscindibile.

La prima definizione che diede di ambiente fu la seguente:

L ambiente l insieme di tutte quelle condizioni ed influenze esterne che agiscono sulla vita e sullo sviluppo di un organismo, capaci di prevenire, guarire oppure contribuire alla malattia ed alla morte. .

Nei suoi scritti infatti, traspare la necessit di un ambiente sano e pulito per una adeguata cura infermieristica la quale, era considerata in modo del tutto innovativo. La pratica medica non veniva considerata come un processo curativo ma come una funzione che aiuta la natura ; cos anche la pratica infermieristica assolve il proprio

compito nelle condizioni migliori affinch la natura possa agire (un ambiente sano atto a promuovere l opera della natura e favorire il miglioramento).

Nel suo libro Notes of nursing la Nightingale identifica cinque regole di riferimento per orientare ogni pratica assistenziale:

1 Aria pulita;

2 Acqua pulita;

3 Un efficiente sistema fognario;

4 Pulizia;

5 Luce.

ARIA PULITA

L aspetto che preoccupava maggiormente la Nightingale era fornire al paziente un adeguata ventilazione poich riteneva che un continuo ricambio d aria, ponendo attenzione a non far raffreddare il paziente , fosse la base del nursing.

Un atto infermieristico , infatti, non poteva prescindere dalla scala dei bisogni (Maslow) alla quale ogni fisicit faceva capo.

LUCE

Il valore ambientale della luce era secondo solamente al bisogno di aria pulita poich essa credeva fermamente nel effetto benefico che la luce del sole apportava nel

processo di guarigione che la natura svolgeva. La Nightingale arriv persino a suggerire di studiare la disposizione dell ambiente sanitario in base alle patologie e di ci che un determinato ambiente poteva dare alla persona malata.

PULIZIA

All interno di questo concetto rientrarono anche quelli di pulizia delle acque e conseguente adeguato sistema fognario. Il bisogno di pulizia andava, difatti, esternato non solo all ambiente ma anche all infermiera ed al paziente: una stanza polverosa , una cute sporca , un bicchiere di acqua torbida erano ad unisono un arma contro il processo di riparazione che la natura svolgeva nel corso di malattia.

Lavare un pavimento come detergere la cute di un paziente erano processi integrati che favorivano non solo il processo di guarigione ma tanto pi l allontanamento di possibili complicanze.

Unitamente a queste regole per un giusto controllo ambientale, la teorica pose l accento su tre fattori altrettanto importanti per un ambiente tranquillo e favorente:

1) **CALORE**: E importantissimo non far disperdere il calore vitale di ogni individuo ed in caso sia gia accaduto favorire un suo rapido ritorno con l utilizzo di applicazioni calde e la somministrazione di cibo caldo.
2) **ODORE**: facendo capo al concetto di aria pulita la Nightingale afferma che debbono essere eliminati odori sgradevoli e malsani che sarebbero nocivi per il recupero dell integrit dell individuo. A tal proposito suggerisce di tenere lontani

i presidi per i bisogni fisiologici del paziente riponendoli dopo un accurata pulizia in appositi scomparti lontani.

3) **RUMORI**: Il valore di un ambiente tranquillo e privo di stimolazioni uditive forti di fondamentale importanza per favorire il riposo del paziente. Un adeguato sonno-riposo corrisponde ad un adeguata risposta fisiologica al processo di guarigione naturale.

Da questo quadro si evince come l opera della Nightingale stata un attenta analisi del fattore ambiente come punto cardine del processo di malattia e quindi di guarigione.

4-1-2 AMBIENTE

Oltre alla connotazione puramente fisica di cui si gi parlato, la Nightingale diede all ambiente altre due dimensioni, quella psicologica e quella sociale.

AMBIENTE PSICOLOGICO

Un ambiente negativo, secondo la Nightingale, poteva provocare uno stress fisico e di conseguenza influenzare la sfera emozionale del paziente; poter mantenere la propria mente attiva, infatti, avrebbe oltre che attirato la persona verso qualcosa di positivo avrebbe evitato il sentimento pi pericoloso nello stato di malattia: la noia.

Questo stato emotivo era considerato non meno negativo del dolore e per tale motivo altrettanto importante. Per poter fronteggiare questo problema la Nightingale

suggerisce una comunicazione franca tra infermiera e paziente che deve vertere non solo ad identificare i problemi ma a non farne nascere altri. Non si deve, infatti, incoraggiare il malato con false speranze e notizie sulla sua malattia ma piuttosto farlo rendere partecipe di quel processo di aggiustamento che la natura svolge su di esso . Ma come poter fare tutto cio ?

Bisogna sedersi di fronte la persona , sullo stesso piano in modo da non creare scale o distanze che incosciamente possono creare uno stato di barriera tra le persone; bisogna avere un tono calmo e pacato ma non troppo basso per evitare rischi di fraintendimenti.

AMBIENTE SOCIALE

L analisi dell ambiente sociale del paziente, essenziale per la prevenzione delle malattie poich come sosteneva la teorica l ambiente sociale la principale fonte di infezioni ed esercita la propria azione sugli ambienti specifici !

I principi , o meglio, regole di prevenzione restano comunque le stesse per cui si deve anche in tal senso provvedere ad un adeguato ricambio d aria, d acqua ecc..

4-1-3 ASSUNTI DI RIFERIMENTO

- ***PERSONA***: intesa come ogni singolo membro della societ il quale, pu andare incontro ad un processo di malattia per cui subir passivamente l effetto che in tale processo hanno l infermiere e l ambiente.

- ***MALATTIA***: un processo riparativo che la natura istituisce perch nello stato di salute c bisogno di qualche ulteriore attenzione.

- ***SALUTE***: lo star bene di ogni singolo individuo in relazione alle proprie potenzialit . Un pieno stato di salute permette ad ogni singolo uomo di poter sfruttare tutte le forze al massimo grado.

- ***NURSING*** : quel pratica umanitaria atta a porre la persona nel migliore dei modi affinche la natura possa agire su di essa con il processo di malattia

- ***NURSING SANITARIO***: processo di prevenzione della malattia attraverso controllo di fattori ambientali.

4-1-4 CONSIDERAZIONI SULLA TEROIA AMBIENTALE DELLA NIGHTINGALE

La Nightingale si servi per la formulazione della sua teoria di un ragionamento di tipo induttivo per estrapolare dalle proprie esperienze, leggi ed assunti per la pratica infermieristica. Questa forma induttiva diede al suo pensiero caratteri di semplicit ed universalit che fornirono alla teoria facile campo di applicazione nella pratica.

Ancora oggi , infatti, le cinque regole di riferimento pi i tre assunti consequenziali possono dirsi fondamento della pratica infermieristica e sarebbe oggi pi che mai utile riesaminare il pensiero di questa donna alla luce delle nuove acquisizioni nella scienza del nursing. Il suo spirito innovativo diede , per l epoca in cui oper , una spinta al miglioramento non solo della ricerca infermieristica ma soprattutto delle condizioni di vita. Si deve a lei, infatti, l introduzione in ambito sanitario di concetti quali educazione sanitaria e prevenzione; fu oltretutto lei la fautrice di un approccio scientifico alla ricerca infermieristica con l utilizzo di dati statistici. Questo prendere visione di concetti cosi importanti signific dare alla professione infermieristica quei giusti riconoscimenti allora impensabili.

Da questo primo tentativo di modello concettuale, inoltre, si dipartirono teorie le pi svariate che parallelamente contribuirono allo sviluppo del nursing stesso.

Unica critica che paradossalmente si potrebbe muovere alla teoria di Florence Nightingale risiede forse nel suo carattere di semplicit che ben osservata scompare.

La semplicit di tale teoria, che per i nostri giorni potrebbe essere scandalosa va , infatti, ricollocata nell ambito storico in cui la teoria nacque e si sviluppo.Ecco dunque, che la situazione vede capovolgersi e si apprezza la genialit della idea che mosse il pensiero della teorica. La Nightingale salvo moltissime vite destinate altrimenti a morte certa e lo fece con una professionalit che ancor oggi fa della professione infermieristica una mission . A conferma di tutto ci si narra un aneddoto curioso che vede la giovane Florence, instancabile, vigilare sulla vita dei suoi soldati girando anche di notte con una piccola lanternina tra i letti degli ospedali da campo: da qui il nome di Signora della lampada .

4-2 VIRGINIA HENDERSON: MADRE DEL NURSING MODERNO

La teoria concettuale sull assistenza infermieristica della Henderson molto complessa e si basa su prove empiriche incorporanti principi fisiologici e psicologici .

Per tali principi sub l influsso di Stackpole e Thorndike durante i suoi studi al Teacher s College. Tramite la teoria della Stackpole la Henderson part dalla supposizione che la definizione di nursing implica un riconoscimento del principio di equilibrio fisiologico ed affermo inoltre, che qualsiasi teoria coinvolge i bisogni fondamentali dell uomo . Da ci si pu intravedere una correlazione con la gerarchia dei bisogni di Abraham Maslow, incorporati nelle componenti delle cure infermieristiche della Henderson, che parte dai bisogni fisici fino ad arrivare alle componenti psicosociali.

La Henderson definisce il nursing in termini funzionali:

La principale assistenza infermieristica si opera nei confronti dell individuo malato, nell esecuzione di tutte le attivit che contribuiscono alla salute ed al suo ristabilimento, attivit che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza e la volont , in maniera tale da aiutarlo a raggiungere la sua indipendenza nel pi berve tempo possibile .

4-2-1 ASSUNTI DELLA TEORIA

I punti su cui la Henderson basa la propria teoria sono i seguenti:

- ***SALUTE*:** non da una definizione propria ma la equipara all indipendenza . Essa considerata in base alla capacit del paziente di eseguire i quattordici componenti della cura infermieristica (bisogni) senza aiuto.

- ***AMBIENTE*:** insieme delle condizioni e degli influssi esterni che influenzano la vita e lo sviluppo di un organismo .

- ***PERSONA /PAZIENTE*:** ogni singolo individuo bisognoso di assistenza per poter raggiungere un pieno stato di salute e quindi la completa indipendenza.

- ***BISOGNI:*** .una necessit piuttosto che una mancanza: dunque , un senso positivo . Partendo dal presupposto che l uomo ha pi dimensioni (biologica, fisiologica e sociale) possiamo giungere alla conclusione che tali dimensioni si manifestano nel modo in cui si soddisfano i bisogni fondamentali.

Ogni bisogno ha quindi una sua dimensione:

- **La dimensione *biologica*** che riguarda il patrimonio genetico : il sesso e l et .

- **La dimensione *fisiologica*** che riguarda il funzionamento degli organi.

- **La dimensione *psicologica*** che riguarda il carattere, i sentimenti e l umore.

- **La dimensione *sociale*** che riguarda le interazioni con gli altri ed i fenomeni sociali.

- **La dimensione *culturale*** che riguarda l etnia, credenze, nazionalit ecc..

I bisogni dell individuo non potranno essere soddisfatti se una di queste dimensioni alterata. Importante comprendere l influenza che tali dimensioni possono avere sull indipendenza individuale.

I bisogni cha Virgina Henderson individu furono quattordici:

- ***respirare;***
- ***mangiare;***
- ***eliminare i rifiuti;***
- ***muoversi;***
- ***dormire;***
- ***scegliere il vestiario adeguato;***
- ***mantenere la temperatura corporea;***
- ***tenere il corpo pulito;***
- ***evitare pericoli;***
- ***comunicare con gli altri;***

- ***seguire la propria fede;***
- ***lavorare per conseguire un risultato;***
- ***partecipare alle varie forme ricreative;***
- ***scoprire, imparare o soddisfare le curiosit .***

4-2-2 PROBLEM SOLVING E SOLUZIONE DEI PROBLEMI-BISOGNI

Per la risoluzione dei problemi del paziente, la Henderson utilizza un processo scientifico definito *Problem solving* basato sullo studio di un fatto, una situazione o un problema, allo scopo di trovare una soluzione.

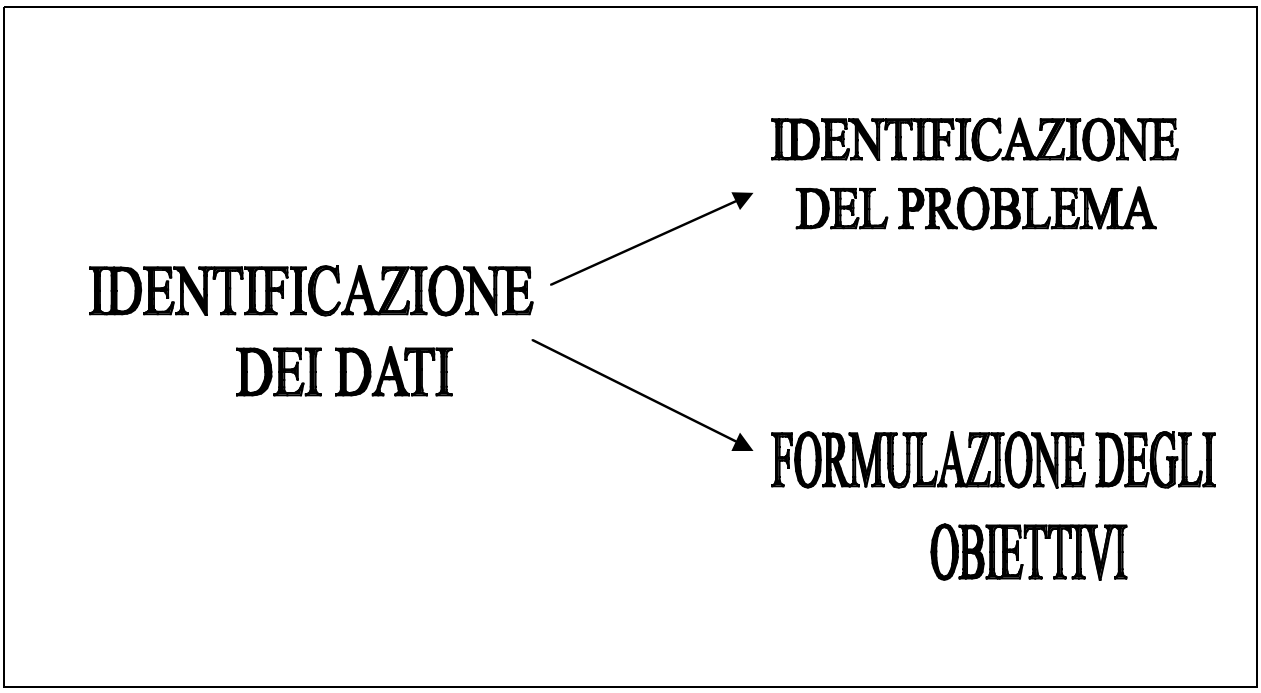
Il Problem Solving comporta cinque fasi:

RACCOLTA DEI DATI

Si basa sulle singole informazioni relative ad una situazione che genera uno o pi problemi. Ovviamente pi informazioni si raccolgono e migliore sar la comprensione della situazione. La raccolta dei dati dovr essere la pi precisa e completa possibile.

INTERPRETAZIONE O ANALISI DEI DATI

Questo momento caratterizzato da un analisi attenta ma non poco complessa dei dati raccolti anticipatamente (anamnesi) .



PIANIFICAZIONE

Questo momento senza dubbio uno dei pi importanti perch ora si decide la modalit d intervento da adottare per risolvere il problema e dunque, l opera infermieristica.

La Henderson sosteneva , infatti, che una giusta pianificazione non solo rendeva il lavoro pi semplice ed adattabile ma risparmiava tempo utilizzabile per scopi ben pi importanti.

INTERVENTO

L intervento altro non che l esecuzione del piano di azione stabilito e che si traduce in termini infermieristici con l intervento che l infermiere compie nei confronti del paziente.

VALUTAZIONE

Ultima fase ma non certo di minore importanza, la valutazione, nella quale si procede a controllare se gli obbiettivi prefissati nella pianificazione sono stati raggiunti. Un attenta valutazione fa s che il processo del Problem Solving, come ogni altro processo, sia completo e finalizzato ad uno scopo ben preciso.

I mezzi a disposizione dell infermiere per la raccolta dei dati sono secondo la Henderson i seguenti:

***OSSERVAZIONE*:** osservare significa essere attenti a tutto ci che accade . L osservazione un processo che implica tutti i nostri sensi e riguarda una vasta quantit di reazioni dell uomo: Fisiche, Psicologiche, Socio-Culturali. Il senso di osservazione una capacit che si acquista con l esperienza e che permette di superare le prime impressioni superficiali; questo quello che definito comportamento non verbale .

Con tale espressione si usa delineare quell insieme di segni che il corpo assume, conscientemente e non, che evidenziano lo spirito e lo stato emotivo dell individuo.

Il comportamento non verbale visto come una forma di comunicazione vera e propria di cui l infermiera deve servirsi per collocarsi nel processo di accomodamento che la natura svolge sull uomo-paziente.

COLLOQUIO: rappresenta un momento importantissimo nel momento del rapporto interpersonale con la famiglia e la persona stessa. Il rapporto tra infermiere ed il paziente fondamentale per riuscire ad effettuare un esatta anamnesi su le ansie e gli stress che coscientemente o meno agiscono sulla persona malata. Un rapporto confidenziale importante per riuscire ad affrontare in modo nuovo e diverso uno stato di paura.

CARTELLA INFERMIERISTICA: anche se per i tempi in cui oper la Henderson risulta quantomeno prematuro parlare di cartella infermieristica bisogna ricordare che lei stessa ne fa un preciso mezzo di pratica infermieristica affermando che fornisce indicazioni generali raccolte anche al momento dell accettazione .

TESTI DI RIFERIMENTO: rappresentano un mezzo a disposizione dell infermiere che potranno essere consultati nel momento in cui si trova di fronte una malattia a lui sconosciuta, tramite l elenco dei segni e sintomi.

4-2-3 DIAGNOSI INFERMIERISTICA E RUOLO DELL INFERMIERE NEL PROCESSO ASSISTENZIALE

Formulare una diagnosi infermieristica significa identificare un problema potenziale o reale, per cui se la diagnosi sar troppo vasta o globale sar difficile formulare il bisogno specifico. Secondo il modello di Virginia Henderson possibile definire la diagnosi come l identificazione di un problema di dipendenza, di un problema potenziale di dipendenza o di un possibile problema di dipendenza, derivati dall impossibilit di soddisfare uno o pi bisogni fondamentali .

Si parla, quindi, di:

1) ***DIAGNOSI INFERMIERISTICA REALE*** nella quale si descrive un problema effettivamente vissuto dall individuo;

2) ***DIAGNOSI INFERMIERISTICA POTENZIALE*** dove l individuo non vive il problema, tuttavia i dati raccolti indicano un accumulo di fattori scatenanti, vi il rischio di problemi e quindi di dipendenza;

3) ***DIAGNOSI INFERMIERISTICA POSSIBILE*** in cui il problema non vissuto dall individuo ma vi sono dati di casi simili che lasciano presagire che vi possa essere dipendenza;

Precisate le varie tipologie di diagnosi che l infermiere si trova innanzi nel momento dell individuazione del problema—bisogno, la Henderson qualifica il rapporto infermiere-paziente come il punto cardine e di certo non ultimo del processo di nursing. A tale proposito identifica tre livelli di rapporto:

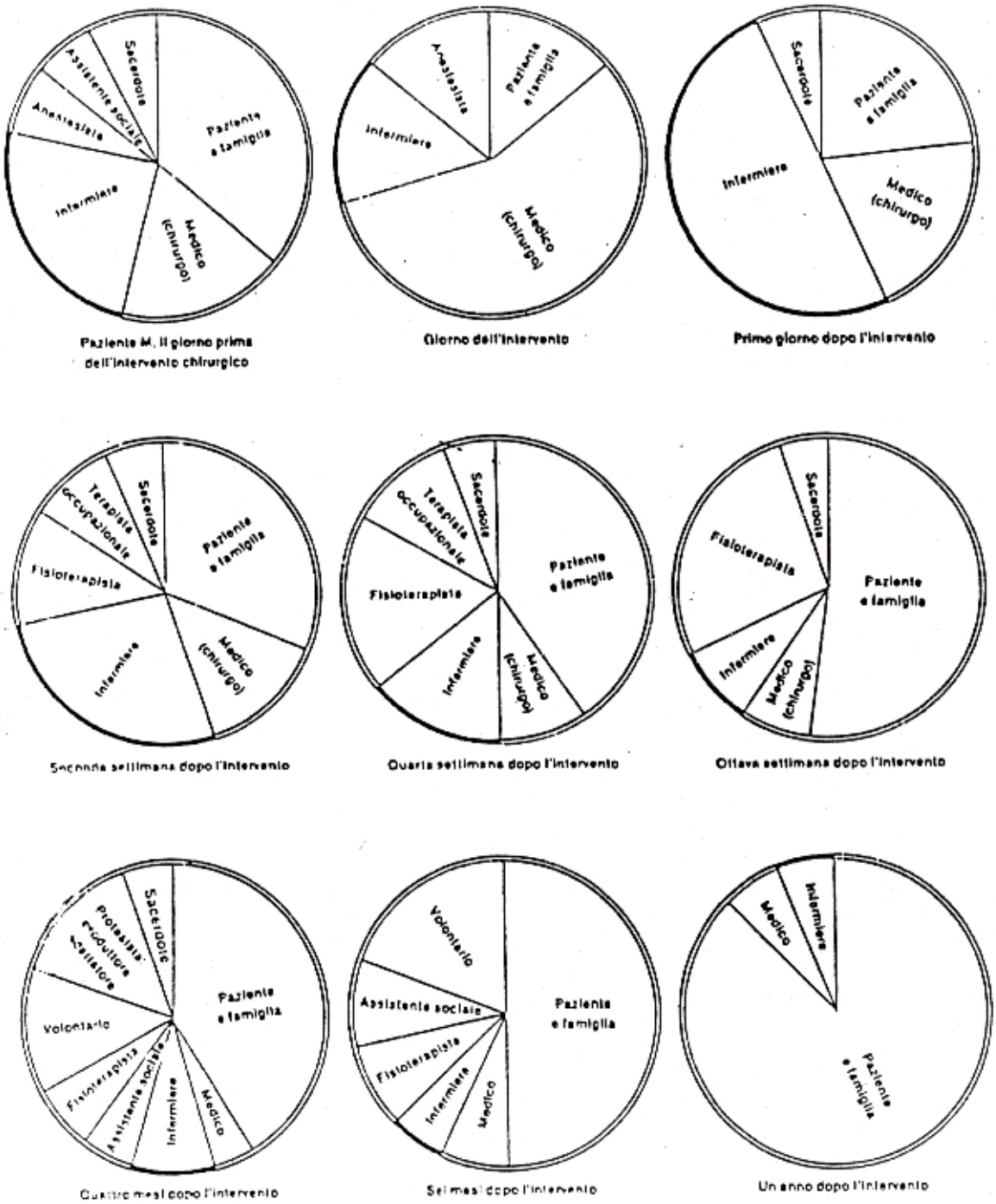
A) L INFERMIRE E SOSTITUTO DEL PAZIENTE;

B) L INFERMIERE AIUTA IL PAZIENTE;

C) L INFERMIERE E IL PARTNER DEL PAZIENTE.

Durante la malattia l infermiere prende il posto del paziente che manca di forza, volont o coscienza, per renderlo sano e indipendente .

Durante la convalescenza l infermiere aiuta la persona ad acquisire o ad riottenere la propria indipendenza. La Henderson sostiene che l indipendenza un termine relativo; nessuno indipendente dall altro, ma si lotta per una interdipendenza sana e non per una dipendenza malata . In riferimento a questi concetti la Henderson afferma che nell ambito dell quip sanitaria non vi una figura che prevale sugli altri ma l importanza varia a seconda della situazione. L autrice dimostra tale tesi con il seguente schema dove si pone il caso di un giovane a cui viene amputata una gamba e i relativi ruoli degli operatori attorno a lui in relazione al tempo ed alle fasi del processo di riabilitazione.



Aerogramma che evidenzia il coinvolgimento del paziente nell'arco di tempo in cui si instaura la relazione d'aiuto con la quale il paziente viene aiutato a riacquistare un grado di indipendenza tale da renderlo autonomo ed autosufficiente.

L infermiere deve essere in grado di saper valutare i bisogni della persona malata e le condizioni e gli stati d animo che li alterano. L obiettivo quello di mantenere la giornata il pi possibile normale. La relazione infermiere-paziente comincia sin dal primo momento del processo di assistenza infermieristica, cio a partire dalla raccolta dei dati; fondamentali sono i momenti iniziali su cui si fonder il rapporto futuro.

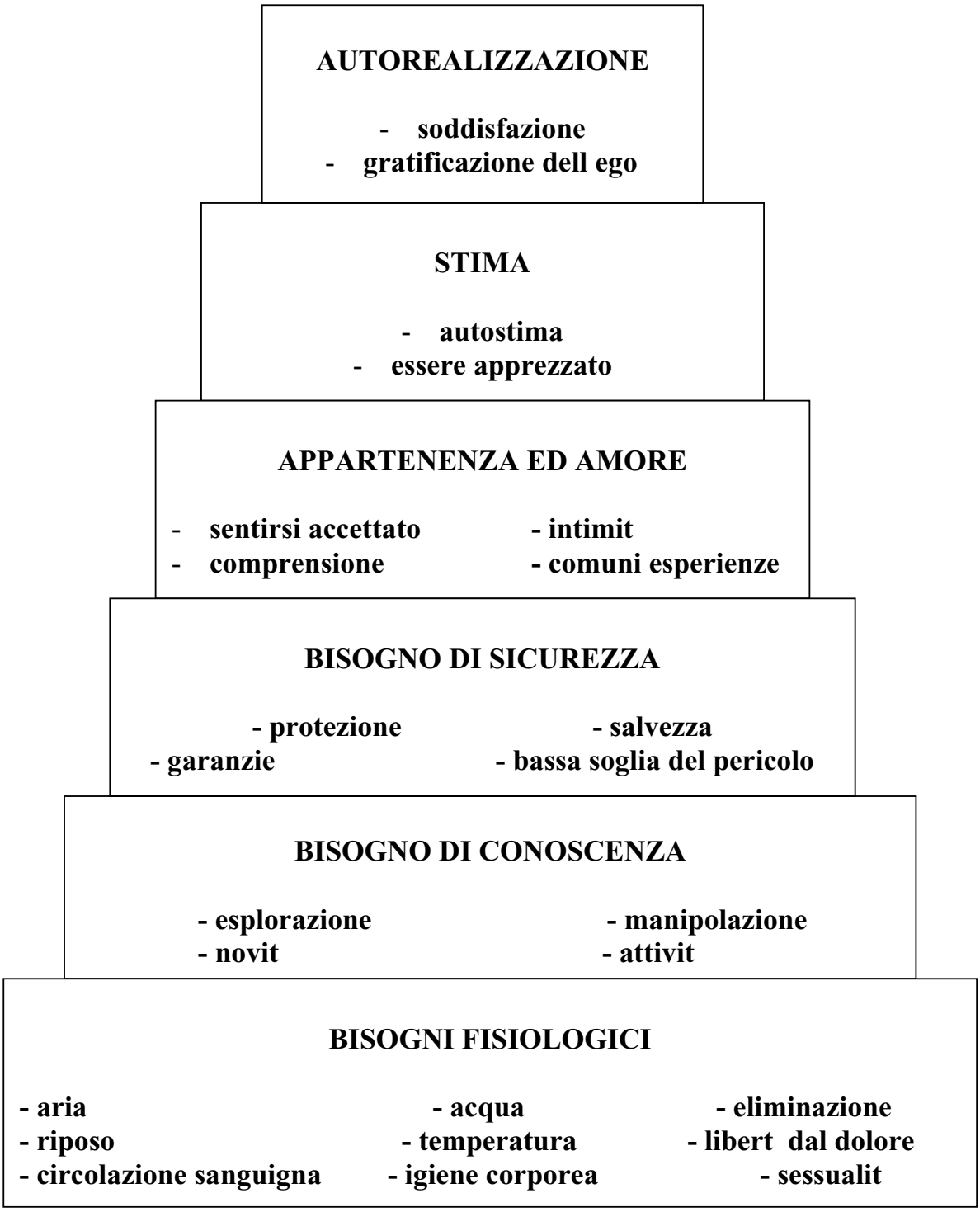
Per contribuire al soddisfacimento del bisogno specifico, e quindi raggiungere l obiettivo stabilito, Virginia Henderson prese in considerazione un processo di pianificazione che passa attraverso varie fasi. Queste comprendono l identificazione dei diversi problemi, considerando quale sia il PROBLEMA PRIORITARIO che richiede un intervento immediato. I dati dichiarati dal paziente sono fondamentali, ma allo steso tempo utile far ricorso alla gerarchia elaborata da Abraham Maslow che identoifica sei livelli di bisogni disposti in una piramide ideale. Una volta soddisfatti i bisogni del primo livello, l individuo accede al secondo, al terzo e cos via.

Tale piramide stata definita PIRAMIDE DEI BISOGNI .

I bisogni fondamentali definiti in tale piramide possono essere iscritti secondo il modello della Henderson parallelamente a quelli di Maslow senza che via sia alterazione dell utilit della stessa piramide.

A tal proposito interessante vedere lo schema seguente in cui tutto ci esemplificato in maniera chiara.

PIRAMIDE DEI BISOGNI SECONDO IL MODELLO CONCETTUALE DI VIRGINIA HENDERSON APPLICATA ALLA SCALA DEI BISOGNI DI ABRAHAM MASLOW



4-2-4 CONDIDERAZIONI SULLA TEORIA DI VIRGINIA HENDERSON

La Henderson al contrario della Nightingale uso un tipo di ragionamento deduttivo per sviluppare la propria teoria e quindi la sua definizione di Nursing. Tenta cos di includervi la funzione che l infermiere deve assolvere ed anche di tutti i pazienti nelle loro interelazioni ed interdipendenze.

La Henderson prima di ogni altra teorica cerco di dare una definizione del campo di azione del nursing, aggirando cos l ostacolo, di cosa fosse il nursing. Il suo concetto descrittivo e facile da leggere e viene dato in un linguaggio fatto di termini comuni. Le sue definizioni del campo di azione del nursing e dei quattordici bisogni fondamentali rappresentano una prospettiva che mira a spiegare la totalit del comportamento infermieristico. Dato che la Henderson non aveva intenzione di sviluppare una teoria essa non sviluppa le affermazioni teoriche in relazione tra loro o le definizioni operative necessarie a dare la verificabilit .

La sua teoria pur essendo quindi, generalizzabile e semplice, necessit di un attenta osservazione nell applicazione pratica. Le prospettive che si proponeva la Henderson sono state utili per aver incoraggiato nuove idee e per aver promosso lo sviluppo concettuale dei teorici emergenti.

Tra le varie opere appare evidente l importanza dell indipendenza del nursing dalle altre branche della cura sanitaria e, allo stesso tempo, dell interdipendenza con le stesse. Si pu affermare , dunque, che la definizione che questa teorica diede della funzione precisa del nursing servita da principale punto di partenza per la nascita del nursing come disciplina scientifica e professionale.

4-3 DOROTEA OREM E LA NUOVA VISIONE DEL NURSING

Il nucleo concettuale costituito da tre teorie:

- teoria della cura di s (theory of self-care);
- teoria del deficit nella cura di s (theory of self-care deficit);
- teoria dei sistemi di assistenza infermieristica (theory of Nursing system).

Queste tre teorie costituiscono, assieme, quella che la Orem chiama teoria generale di assistenza infermieristica o teoria infermieristica del deficit nella cura di s . La teoria dei sistemi di assistenza infermieristica comprende quella del deficit nella cura del s , che a sua volta comprende quella della cura di s .

Per giungere all elaborazione della propria teoria la Orem pone degli assunti che sono idealmente la base del suo pensiero:

- gli uomini necessitano di input continui sia per se stessi che per il loro ambiente al fine di rimanere vivi e funzionare secondo le potenzialit umane;
- la capacit umana di agire deliberatamente viene esercitata nella forma di cura del s e degli altri nel momento in cui si identificano i bisogni e si forniscono gli input necessari;

- gli esseri umani maturi vivono delle esperienze di privazioni, in forma di limitazioni per la cura del s e degli altri, che coinvolgono gli input relativi al sostentamento vitale ed alla regolazione delle funzioni;

- il potere umano viene esercitato quando si scoprono, si sviluppano e si trasmettono agli altri i modi e i mezzi per individuare i bisognie fornire gli input a s o ad altri.

4-3-1 LA TEORIA DELLA CURA DI S

Il *self-care* la cura personale quotidiana necessaria a tutti gli esseri umani al fine di promuovere e mantenere il benessere personale durante la propria vita, che pu essere modificata da uno stato di salute, da condizioni ambientali, dagli effetti di cure mediche e da altri fattori. La cura di s un attivit degli individui che viene appresa ed orientata verso il raggiungimento di determinati obbiettivi.

In un contesto sociale, le persone mature eseguono delle azioni rivolte a se stessi ed all ambiente, al fine di soddisfare dei requisiti (bisogni) che sono stati individuati per poter controllare i fattori che migliorano, peggiorano, o comunque, modificano la regolazione del proprio funzionamento o sviluppo.

Tutto ci contribuisce alla continuazione della vita, al sostentamento di s , alla salute ed al benessere personale. Lo scopo del *self-care* di contribuire all integrit

strutturale, al funzionamento ed allo sviluppo dell uomo. Le azioni di cura di s possono essere eseguite per familiari dipendenti o per altre persone .

Normalmente, gli individui si occupano volontariamente di se stessi, per i neonati, i bambini, gli anziani, gli ammalati ed i disabili necessitano di cure complete. Nel termine cura di s (*self-care*) la parola s (*self*), viene usato nel senso di essere umano nella sua globalit . La cura di s ha la connotazione duale di cura per se steso e fornita da se stesso .

Il fornitore della cura di s viene definito agente della cura di s (self-care agent), in cui il termine agente viene usato nel senso di persona che intraprende un azione. I requisiti di cura di s sono azioni ritenute necessarie nella regolazione del funzionamento e dello sviluppo umano. Esse, grazie alla loro importanza nell aiutare individui a gestire la propria salute ed il proprio benessere, diventano elementi della cultura generale oppure rimangono nell ambito delle professioni sanitarie.

Gli infermieri, infatti, sviluppano le capacit di individuare i requisiti di cura di s dei loro pazienti, di selezionare e confermare i metodi generali attraverso i quali ogni requisito individuato pu essere soddisfatto, di individuare le azioni da intraprendere per soddisfare ogni requisito specifico della cura di s (Nursing Agency).

Vengono identificati tre tipologie di requisiti per la cura di s :

REQUISITI UNIVERSALI

Sono quei requisiti che pi semplicisticamente potrebbero essere definiti come attivit di vita quotidiana e sono comuni a tutti gli esseri umani durante ogni tappa del ciclo di evoluzione vitale.

1. Mantenimento di una sufficiente assunzione di aria;
2. Mantenimento di una sufficiente assunzione di acqua;
3. Mantenimento di una sufficiente assunzione di cibo;
4. Provvedimento di cura associata ai processi di eliminazione e di evacuazione;
5. Mantenimento di equilibrio tra sonno e riposo;
6. Mantenimento di equilibrio tra solitudine e benessere sociale;
7. Prevenzione di rischi per la vita, funzionamento e benessere umano;
8. Promozione del funzionamento e dello sviluppo umano nell ambito di gruppi sociali, secondo il potenziale umnano, sempre che i limiti ed il deesiderio umano rientrino nella norma.

REQUISITI DI SVILUPPO

Sono fattori associati ai processi di sviluppo umano ed alle condizioni ed eventi che si verificano durante i vari stadi del ciclo vitale oppure che possono influire negativamente sullo sviluppo.

1) Creare e mantenere le condizioni che favoriscono i processi vitali e promuovono quelli di sviluppo verso la maturazione durante:

   a) gli stadi di vita intrauterina e la nascita;

   b) lo stadio di vita neonatale;

   c) l infanzia;

   d) gli stadi di sviluppo della fanciullezza compresa l adolescenza e l inizio della maturit ;

   e) la maturit ;

   f) gravidanza in et precoce o matura.

2. Fornire cure associate agli effetti di condizioni che possono influenzare negativamente lo sviluppo umano e quindi prevenire effetti consequenziali o lenire stadio patologici. Le condizioni sono:

a) mancanza di istruzione;

b) problemi di adattamento sociale;

c) incapacit di condurre una vita normale;

d) perdita di parenti o persone care;

e) perdita di beni e sicurezza lavorativa;

f) improvviso cambio di residenza;

g) problemi legati alla condizione sociale;

h) cattiva salute o disabilit ;

i) malattia terminale e morte imminente;

j) condizioni di vita opprimenti.

REQUISITI DI DEVIAZIONE DA UNA CONDIZIONE DI SALUTE

Sono quell insieme di fattori associati a difetti costituzionali e genetici o a deviazioni umane di tipo strutturale e funzionale non ch ai loro effetti ed alle misure diagnostiche e terapeutiche.

1. cercare e garantire un assistenza medica appropriata nel caso di esposizione a specifici agenti fisici o biologici associati a condizioni ambientali e non patologiche;

2. essere consapevoli ed occuparsi degli effetti e dei risultati di condizioni patologiche, compresi gli effetti sullo sviluppo;

3. eseguire efficacemente le misure prescritte dal medico volte a prevenire patologie;

4. essere consapevoli, seguire con attenzione gli effetti del disagio delle cure eseguite o prescritte dal medico, compresi gli effetti sullo sviluppo;

5. modificare il concetto del s accettando se stessi come individui in un particolare stato di salute e bisognosi di cure specifiche;

6. imparare a convivere con gli effetti delle condizioni patologiche e delle misure diagnostiche e terapeutiche, secondo uno stile di vita che promuove lo sviluppo personale continuo.

4-3-2 LA TEORIA DEL DEFICIT DELLA CURA DI S

Il concetto di deficit di autoassistenza senza dubbio il cuore della teoria poich qui che si stabilisce quando il nursing deve agire.

La Orem, infatti, identifica tre situazioni cardine in cui si sviluppa il rapporto infermiere paziente:

1) Un adulto totalmente o parzialmente incapace di prendersi cura di s stesso in maniera continua ed efficace;

2) Un adulto o comunque un qualsiasi essere umano non in grado di svolgere le proprie attivit di vita per la cura di s in modo totalitario per cui le capacit individuali sono minori di quelle richieste per soddisfare determinate esigenze di auotassistenza. In questa classificazione rientrano, comunque, anche le tante situazioni che possono essere individuate da quella che la Henderson defin diagnosi infermieristica potenziale . Secondo tale diagnosi, infatti, non

c una reale situazione di bisogno ma considerando dati preesistenti si pu presupporre che presto si verificher .

3) Quando esiste l effettiva necessit di interventi che specificatamente mirino alla risoluzione del problema che mina il campo dell autoassistenza.

Ma come agire su queste situazioni?

La Orem identifica cinque metodologie di aiuto:

1. operare al posto di altri o agire per loro;
2. guidare gli altri;
3. sostenere sia psicologicamente che fisicamente chi necessita di aiuto per il ripristino del proprio potenziale di autoassistenza;
4. promuovere un ambiente ottimale per il ripristino delle attivit di vita fondamentali e per evitare l insorgenza di ulteriori complicanze che da un ambiente non idoneo potrebbero nascere. Qui facilmente riscontrabile l influsso che la teoria ambientale di Florence Nightingale ebbe sul pensiero della Orem;
5. insegnare agli altri.

Da questo quadro chiaro come questa teorica avesse precorso i tempi parlando in termini di educazione sanitaria come modalit di azione per un evoluzione del concetto di assistenza.

Ma l opera di indagamento sul concetto di deficit di autoassistenza non si ferm qui ma prosegui dando quelle che la stessa Orem definisce come le cinque aree di attivit per la pratica del nursing :

1. stabilire un adeguato rapporto infermiere-paziente , infermiere-famiglia ed infermiere-societ (intesa come nucleo sociale del paziente) fino a quando la persona non sia dispensata completamente da cure infermieristiche;

2. osservare e comprendere come i pazienti possano essere aiutati dall opera del nursing;

3. saper rispondere alle domande verbali e non verbali dei pazienti per un ottimizzazione della qualit dell assistenza;

4. definire, quantificare ed elargire una giusta assistenza infermieristica al paziente ed ai suoi famigliari;

5. Svolgere un lavoro di equip con le altre strutture sanitarie in un programma di riabilitazione del paziente personalizzandolo.

4-3-3 LA TEORIA DEI SISTEMI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La Orem con il termine Sistema intende riferirsi a perosne, azioni o cose in rapporti reciproci che si comportano come un insieme unico.

Un sistema di assistenza infermieristica visto come un particolare sistema che si auto-organizza e viene costruito sul rapporto infermiere-paziente che diventa vantaggioso quando il momento dell erogazione del servizio combacia con quello della richiesta di assistenza infermieristica.

Gli elementi essenziali che compongono i sistemi di assistenza infermieristica sono gli infermieri, i pazienti e i rapporti che tra essi si stabiliscono.

I pazienti leggittimizzati come concetti sono coloro che non possono provvedere autonomamente alla cura di s e quindi necessitano di aiuto da parte di infermieri (leggittimizati concettualmente) che fungono da tramite per il ripristino di una condizione di una condizione di salute ottimale (e quindi di sufficiente capacit per la cura di s).

Vengono cos identificati tre sistemi di assistenza infermieristica.

SISTEMI TOTALEMNTE COMPENSATORI

Il paziente completamente incapace di impegnarsi in quelle azioni di cura di s che richiedono una deambulazione controllata ed autodiretta.

Sono stati identificati tre sottosistemi di assistenza infermieristica totalmente compensatori:

- sistemi per persone totalmente incapaci di impegnarsi in qualsiasi azione per la cura di s come ad esempio persone in coma;
- sistemi per persone che hanno le potenzialit per poter prendere decisioni sulla cura di s ma che non possono eseguire movimenti che richiedono la deambulazione o attivit manipolari;
- sistemi per persone che pur avendo le potenzialit fisiche, per provvedere alla propria cura di s , per questioni psicologiche non vi provvedono.

In questa classe di sistemi appare ovvia la centralit della figura dell infermiere sul quale l attivit di assistenza si sviluppa. I metodi di assistenza, inoltre, non prescindono dal fornire e mantenere un ambiente che favorisca lo sviluppo.

SISTEMI PARZIALMENTE COMPENSATORI

Questa gamma di sistemi si riferiscono a situazioni in cui sia l infermiere che il paziente svolgono azioni che comprendono azioni manipolari o la deambulazione.

L attribuzione del ruolo dell infermiere e del paziente, ovviamente, varia a seconda delle patologie, della componente psicologica del paziente ecc .

Nei sistemi parzialmente compensatori poich sia il paziente che l infermiere possono prendere il ruolo principale nell esecuzione delle misure di cura sono attuabili i cinque metodi di assistenza generale (agire al posto del paziente, guidare il paziente, dare supporto fisico e psichico del paziente, favorire un giusto ambiente e in fine insegnare al paziente).

SISTEMI EDUCATIVI E DI SUPPORTO

In questa tipologia di sistemi, infine, la persona in grado di eseguire, oppure pu e dovrebbe imparare ad eseguire, le misure richieste di cura di s orientate verso l esterno o verso l interno, ma non pu farlo senza assistenza.

In queste situazioni, le tecniche valide di assistenza comprendono le combinazioni di supporto, guida, di insegnamento e le condizioni ambientali che favoriscono lo sviluppo. Questo l unico sistema in cui le richieste di assistenza del paziente si limitano alle decisioni, al controllo del comportamento ed alla acquisizione di abilit e di conoscenze. A conclusione di questa panoramica sui sistemi di assistenza infermieristica bisogna precisare che non c un rigido sistema dal quale non si pu uscire. Un paziente, infatti, pu passare da un sistema all altro facilmente tenendo nella giusta considerazione il processo di malattia a cui esso sottoposto.

4-3-4 CONSIDERAZIONI SULLA TEORIA

DELL AUOTOASSISTENZA DI DOROTEA OREM

Dorotea Orem nella sua opera teorica individu sei concetti o meglio sei postulati che fecero della sua ricerca una delle pi fruttifere del suo tempo.

I concetti elaborati erano: l autoassistenza, il deficit dell autoassistenza, l azione di autoassistenza, la mancanza di autoassistenza, l azione infermieristica ed i sistemi infermieristici. La genialit di questo modello concettuale, dunque, risiedette nel fatto di avere una struttura abbastanza semplice (e non semplicistica!) e nel fatto che ad essa si pu attribuire un alta generalit . Questo carattere di generalit diede alla teoria il carattere di teoria del nursing e proprio per questo scorporata dal tempo e dallo spazio. La teoria, infatti, fu usata fin dai suoi albori non solo come pratica infermieristica con adulti sani e malati, ma fu una buona base per la ricerca infermieristica. I presupposti usati, infatti, sono validi dal punto di vista logico e sono accettati dalla comunit scientifica perch riescono a spiegare il rapporto infermiere-paziente in chiave non solo relazionare.La teoria della Orem guida tutt oggi la pratica infermieristica ed i suoi sistemi offrono una struttura alla pratica infermieristica che si basa sulla quantit e sul tipo di azione infermieristica necessaria. Questo fu, senza ombra di dubbio, il primo vero tentativo di dare agli infermieri non solo un modello concettuale di riferimento ma anche scopi ben precisi verso quale indirizzare la propria formazione.

CAPITOLO V

NURSING E RELAZIONE INTERPERSONALE

5-1 HILDEGARDE PEPLAU ED IL NURSING PSICODINAMICO

Hildegard Peplau, infermiera americana esperta in nursing psichiatrico e docente universitario di fama internazionale, svilupp una teoria molto interessante per il tempo in cui oper . Distaccandosi dal fulcro della teoria imperante del suo tempo, l ambiente, essa sostenne che il punto cardine dell assistenza infermieristica fosse il il rapporto interpersonale e nella fatti specie il rapporto infermiere-paziente. Secondo la Peplau il rapporto interpersonale ha caratteri di terapeuticit e di formazione per entrambi i membri che vi entrano a far parte; secondo tale punto di vista il rapporto funge da mezzo per un crescita personale del paziente attraverso il momento della malattia e, allo stesso tempo, pu essere un modo per nuove acquisizioni professionali per l infermiere. Nel rapporto interpersonale, infatti, l infermiere trova non solo nuovi spunti di ricerca per il proprio operato ma subisce l azione di spinte ideali che lo portano a svolgere azione di educazione nei confronti del paziente crescendo lui stesso in questo operare. Meglio l infermiere conosce se stesso e maggiormente sar in grado di capire i vari tipi di relazione che si creano tra lui e chi assiste. Su questo punto la Peplau insiste moltissimo affermando che il punto di partenza per una migliore qualit dell assistenza la formazione professionale che non intesa solo come pratica di tirocinio ma come studio compilativo.

5-1-1 LE FASI DEL PROCESSO DI RELAZIONE DELLA PEPLAU

Nella relazione infermiere-paziente che il cardine della propria teoria la Peplau identifica quattro momenti consequenziali che, se presi nella giusta collocazione, risultano essere la base per un pratica infermieristica ottimale. Per poter capire per le varie fasi del processo di cui parleremo l autrice precisa che in esso l infermiere potr assumere precisi ruoli interscambiabili a seconda del momento. Essi sono:

***PERSONA ESTRANEA*:** in questo ruolo l infermiere entra in contatto con la persona per la prima volta e si relaziona nel modo pi corretto possibile accettandolo cosi com , aldil dei propri pensieri e preconcetti, ed entrando in un rapporto professionale in cui sia chiaro che la persona-paziente emozionalmente sana;

***PERSONA RISORSA*:** il momento in cui l infermiere agisce da tecnico ed avendo le capacit dispensa risorse e cure;

***EDUCATORE*:** in questo ruolo l infermiere aiuta il paziente ad affrontare la malattia ed a trarre vantaggio dall esperienza vissuta, tale ruolo molto importante nella teoria della Peplau;

***CAPO*:** in modo democratico l infermiere porta avanti l azione intrapresa per raggiungere insieme al paziente gli obbiettivi prefissati;

***SOSTITUTO*:** questo un ruolo che per la maggior parte delle volte, viene attribuito all infermiere dal paziente in sostituzione di un famigliare e quasi sempre

inconsciamente. Il ruolo dell infermiere ora diviene delicato perch deve permette al paziente di provare determinati sentimenti ma deve tener di conto il proprio ruolo professionale;

CONSIGLIERE: il ruolo che maggiormente rispecchia la mission che l infermiere incarna e quindi la sua volont di favorire esperienze capaci di dare un benessere sia fisico che psichico.

FASE DELL ORIENTAMENTO

Questa fase del rapporto infermiere-paziente nasce da un bisogno avvertito dalla persona malata o dalla sua famiglia alla quale si tenta di dare risposta cercando un aiuto professionale. In questo momento i due componenti del rapporto si incontrano come due estranei e definiscono in modo chiaro e diretto il rapporto di aiuto che si deve venire a creare. L infermiere come prima cosa deve occuparsi di focalizzare il reale problema-bisogno della persona malata ed indirizzare gli sforzi nella direzione esatta di risoluzione. Nel dialogo tra infermiere e paziente, infatti, va stabilito quale tipo di assistenza professionale pi opportuna e quindi agire di conseguenza; ma tutto cos semplice?

Su questa fase del rapporto giocano posizioni importanti diversi elementi condizionanti come l atteggiamento del paziente, l atteggiamento dell infermiere sul ricevere e sul prestare assistenza.

Su questo influiscono, senza dubbio, a loro volta, la cultura, la religione, la famiglia intesa come ceto sociale di appartenenza, passate esperienze relazionali e quindi concetti, o meglio, preconcetti scaturenti. Questo discorso indubbiamente vale per entrambi i protagonisti del rapporto! Accade alle volte, ad esempio, che un attegiamento errato del paziente nei confronti di una reale professionalit dell infermiere renda impossibile l opera di quest ultimo che deve cosi far ricorso ad altri operatori professionali; l assistenza infermieristica un processo interpersonale per cui entrambi i protagonisti svolgono un ruolo di centralit nell interazione terapeutica. Un attento lavoro da parte dell infermiere in questa fase permette di diminuire al paziente l ansia , la tensione, la paura e quindi la diffidenza verso tutti e tutto. E imperativo in questa fase che il paziente lavori e collabori con la famiglia e l infermiere nell individuazione del problema bisogno al fine di modificare le sensazioni ed i comportamenti connessi con gli eventi che conducono alla malattia.

Entrati in contatto in un ruolo di perfetti estranei e identificato il problema bisogno che ha portato il paziente a cercare un aiuto professionale i due sono pronti per passare alla fase seguente del loro rapporto.

FASE DELL IDENTIFICAZIONE

Questa fase vede la risposta del paziente verso coloro che possono aiutarlo nella risoluzione del problema-bisogno. Ogni paziente, ovviamente, risponde in modo diverso e con tempi totalmente differenti, ma questo non ha impedito di identificare tre tipologie di risposte a cui si fa capo:

1) *RISPOSTA INTERDIPENDENTE (O PARTECIPATIVA)*

Secondo questa modalit di risposta il paziente non solo si rende conto del suo reale problema ma accetta coscientemente di collaborare, o meglio, partecipare alla sua risoluzione. Non ci sono momenti di sfiducia poich si riconosce all operatore sanitario una effettiva abilit tecnica e professionale ma si vuole essere membri attivi di tale processo e quindi interdipendere con esso.

2) *INDIPENDENTE*

Il paziente non accetta di buon grado l aiuto nella relazione di assistenza per diverse motivazioni quali la sfiducia nelle capacit dell infermiere, il mancato riconoscimento del suo effettivo problema, la paura di perdere il controllo della propria vita ecc

In questa risposta si pu notare una spiccata ostilit nel collaborare e un rifiuto di se stessi nel ruolo di malato.

3) *DIPENDENTE E/O PASSIVO*

In questo tipo di relazione il paziente accetta il suo stato di malattia e l effettiva capacit professionale dell infermiere ma con un sentimento di sfiducia che permane nel suo essere . Non vi , infatti, un attegiamento collaborativo ma piuttosto un atteggiamento di passivit quasi a non voler far parte di quello che . . . mi sta accadendo! .

Mediante la fase dell identificazione entrambi i componenti del rapporto interpersonale devono chiarire le proprie aspettative e le proprie percezioni in relazione al problema-bisogno ma su questo agiscono le esperienze passate e i propri preconcetti. In questo momento dunque il rapporto diviene pi intenso ed il paziente inizia a comprendere che conta nella risoluzione del suo problema-bisogno e si sente maggiormente rassicurato e quindi meno solo.

FASE DELL UTILIZZAZIONE

Questa fase senza dubbio la pi importante poich solo ora il paziente utilizza completamente tutti i servizi messigli a disposizione; egli si sente parte integrante di un ambiente favorevole alla sua cura e avverte di poter riacquisire un certo grado di autonomia relativamente alla malattia.

Questo momento importantissimo perch la persona non solo sente che man mano il suo problema-bisogno si avvia ad una risoluzione ma che il suo ruolo in questo processo stato fondamentale e non subente.

Questa rinata curiosit o fiducia sia nel infermiere che in se stesso, scatener una serie di domande alle volte legittime, alle volte no, ma che sono solo indice di un miglioramento della persona; per tale motivazione l atteggiamento dell infermiere deve essere di comprensione, fiducia ed interesse. La maggior parte dei pazienti, infatti, si impegna attivamente nella propria cura e nel interazione con la medicina e l assistenza, anche se spesso, oscillano tra una indipendenza ed un semi-dipendenza.

Per risolvere questo ultimo punto si pu suggerire all infermiere di creare attorno al paziente un ambiente ottimale nel quale possa riconoscere le proprie debolezze, usare correttamente le proprie potenzialit ed accettare l aiuto degli altri.

FASE DELLA RISOLUZIONE

Ultima ma non certo per importanza, o difficolt , la risoluzione rappresenta il momento conclusivo della relazione terapeutica infermiere-paziente.

Soddisfatti infatti i probelmi-bisogni della persona la relazione deve cessare altrimenti si potrebbe incorrere in una specie di dipendenza psicologica del paziente nei confronti dell infermiere o viceversa. Risulta difficile, alle volte, tale risoluzione per varie motivazioni come la nascita di un sentimento legatro all umanit dei due componenti, ma indispensabile che ci non accada altrimenti si rischia di vanificare tutti gli sforzi compiuti fino a quel momento. Se tutte le fasi sono state vissute in maniera corretta, alla fine del processo il paziente e l infermiere sono divenuti persone pi mature ed il paziente si potr indirizzare verso nuovi obbiettivi.

5-1-2 LA COMPETENZA PROFESSIONALE INFERMIERISTICA

La Peplau not come il rapporto infermiere-paziente fosse la base della competenza professionale dell infermiere stesso; essa sostenne, infatti, che ad esso non solo riposto il compito di assistente ma di psicologo ed educatore vitae .

- ***INFERMIERE-PSICOLOGO***: l infermiere ha il dovere e di certo le capacit di individuare stati emotivi o situazioni di vita che spingono la persona ad attegiamenti sbagliati. Il negare la malattia, l essere ansioso, sono solo alcune delle situazioni che l infermiere si trova a fronteggiare, munito solo della professionalit e della propria preparazione. Eliminare uno stato ansioso , ad esempio, un problema di priorit per il nursing ma non pu essere slegato da quelle fasi del processo di relazione infermiere-paziente.

- ***INFERMIERE-EDUCATORE***: La Peplau sostiene che l infermiere pu aiutare il paziente a completare alcuni aspetti del proprio sviluppo psicologico avvenuto nell infanzia. Vengono identificati tre obbiettivi prioritari di acquisizione:

  1) Saper contare sugli altri:

  2) Saper aspettare il momento giusto per soddisfare i propri bisogni;

  3) Acquisire un identit ed accettarsi.

5-1-3 CONSIDERAZIONI SULLA TEORIA RELAZIONALE DI HILDEGARD PEPLAU

E senza dubbio importante il fatto che la teoria delle relazioni interpersonali della Peplau prevedeva un assistenza infermieristica non routinaria o comunque schematizzata ma al contrario incentrata sulle esigenze di ciascun individuo malato.

Questa teoria, infatti, ebbe vasto campo di applicazione nell ambito del nursing psichiatrico, poich , sottolineava l importanza della centralit del rapporto infermiere-paziente nella risoluzione del problema; il rapporto non veniva visto pi come un semplice relazionarsi ma, anzi, era considerato come la risultante di una grande professionalit da parte di moltissimi operatori. Ci nonostante non si possono tacere evidenti lacune per quanto riguarda l applicazione pratica generale .

La teoria, infatti, pur possedendo una vasta generalit , poich la relazione entra in qualunque rapporto umano, non prende nella minima considerazione l ambiente sociale in cui il rapporto avviene. La teoria, inoltre, presuppone una relazione che duri nel tempo o che , per lo meno, abbia un tempo minimo necessario per poter agire; ma non sempre cos !

Basti pensare, ad esempio, al caso di persone che arrivano in servizi di emergenza o in altri di day-hospital. Risulta inapplicabile, inoltre, in casi di degenze ospedaliere di breve durata o di durata frammentata (pazienti trasferiti in diversi reparti per

complicanze sopraggiunte). Vista comunque, la prospettiva storica in cui oper , la Peplau viene considerata una delle prime teoriche dal tempo della Nightingale che presenti una teoria per il nursing. La sua opera , dunque, si pu considerare all avanguardia nel campo infermieristico ed i suoi scritti sono stati e sono tutt oggi la base dalla quale infermieri e teorici si muovono. L opera della Peplau ha dato un notevole contributo alla base conoscitiva del nursing.

5-2 IDA JEAN ORLANDO E LA RISPOSTA DISCIPLINATA

La teorica Ida J. Orlando una delle maggiori esponenti di quella corrente di pensiero, all interno delle teorie del nursing, che considerano il rapporto interpersonale la base dell esercizio professionale.

Essa, infatti, descrive il processo infermieristico basato sull interazione reciproca tra infermiere e paziente in un determinato momento.

Nell elaborazione della sua teoria essa fa capo alla teoria del nursing psicodinamico della Peplau ma questo per lei solo un punto di partenza.

La Orlando non si limita , infatti, a definire il rapporto interpersonale in termini di paziente-infermiere ma ne analizza ogni sua parte collocandovi la propria visione della realt e dando ai concetti definiti base una nuova dimensionalit .

Al fine di poter meglio comprendere le basi di tale teoria, definita Teoria della risposta disciplinata , giusto puntualizzare i concetti da cui la stessa Orlando parte.

Questi ultimi, come di consuetudine verranno definiti assunti.

5-2-1 ASSUNTI DELLA TEORIA

- ***NURSING:*** un processo specifico ed indipendente perch in diretta connessione con il bisogno di aiuto espresso da un individuo in una determinata situazione;

- ***PROCESSO INFERMIERISTICO:*** il normale rapporto interpersonale creato tra infermiere e paziente; all interno di questa teoria, per , assume delle caratteristiche specifiche che sono :

  -*IMMEDIATEZZA***:** con questo termine ci si intende riferire al carattere di prontezza che l infermiere deve avere nella determinazione di problemi e nella pronta risposta a questi;

  -*INTERATTIVITA* **:** questo carattere pi di ogni altro identifica il processo infermieristico poich su tale carattere che lo stesso si sviluppa. L interazione che si viene a creare tra infermiere e paziente alimenta non solo l opera del primo ma anche la risposta del secondo: si crea, infatti, una interelazione che permette al nursing di agire;

  - *DINAMICITA* **:** il processo infermieristico proprio per la sua connotazione assume un necessario carattere di dinamicit che si riflette nell azione dell infermiere che deve agire con una pianificazione a breve termine;

- ***BISOGNO:*** una richiesta del paziente che, se soddisfatta, annulla o diminuisce il suo disaggio immediato, oppure migliora il suo senso di adeguatezza o di benessere L autrice sostiene che le persone possono soddisfare in molti modi i propri bisogni ma quando questo non possibile subentra il bisogno di aiuto dell infermiere.

- ***INFERMIERE ED IL SUO RUOLO:*** l infermiera ha la responsabilit diretta di sorvegliare, accioch i bisogni di aiuto del paziente siano soddisfatti o mediante la sua propria azione o con l aiuto di altri . Secondo la Orlando l infermiere deve dirigere lo scopo del proprio agire solo ed esclusivamente verso il paziente aiutandolo se necessario anche a trasgredire le indicazioni del medico se non reputate opportune per il sopraggiungersi di altri fattori . Ultimo fattore, ma non meno importante per un ottimo infermiere, la sua formazione che gli da i mezzi per affrontare la relazione con il paziente in termini di una risposta professionale controllata sostenuta da una disciplina.

- ***INDIVIDUO:*** definito paziente ogni individuo inteso nella sua globalit e differenza. Vi da parte di questa teorica una visone quasi olistica dell uomo che per non perde il suo carattere di individualit e che, proprio per questo, provoca una risposta infermieristica differenziata.

5-2-2 IL PROCESSO INFERMIERISTICO

Il processo infermieristico sul quale si basa la teoria elaborata dalla teorica Ida J. Orlando un processo secondo cui ogni individuo agisce .

Data questa premessa appare quanto mai ovvio definire che il processo ha come finalit il soddisfacimento di un bisogno dettato da un agire stesso del paziente. La cessazione dell atteggiamento che ha avviato, da parte del paziente, il processo infermieristico, simboleggia l assoluzione del bisogno e dunque della richiesta di aiuto. Il processo pu essere utilizzato anche in abito professionale e lo scopo quello di comprendere le rispettive competenze e di come esse si condizionano creando un clima di distensione all interno dell equipe sanitaria.

Il processo infermieristico, secondo l autrice, si esplica in tre momenti:

COMPORTAMENTO DEL PAZIENTE

Il comportamento manifesto del paziente, indipendentemente dalla forma sotto quale viene presentato, pu significare una richiesta d aiuto! .

E evidente il carattere di essenzialit che l attegiamento del paziente ricopre nel rapporto con l operatore sanitario.

Il processo infermieristico viene avviato, infatti, dal comportamento del paziente ma questo pu passare attraverso canali verbali o non verbali, o ancor pi stranamente

dall incongruenza tra i due. Questa incongruenza pu costituire il fattore che comunica all infermiera che il paziente ha bisogno di aiuto.

Questa richiesta di aiuto, alle volte gridata ed alle volte quasi taciuta , il punto dal quale l azione infermieristica parte; ma perch c bisogno di aiuto?

Spesso l individuo — paziente prova un bisogno-problema che non pu soddisfare e cosi si determina un senso di impotenza che sfocia nel disagio.

Le ragioni possono essere le pi disparate ma solitamente si fanno risalire a due tipologie di privazioni:

1) Limitazioni di ordine fisico, genetiche o derivanti da uno sviluppo incompleto o parziale , o derivanti da invalidit temporanea o permanente.

2) Incapacit che il paziente ha a stabilire una comunicazione efficace.

REAZIONE DELL INFERMIERA

La reazione dell infermiera la prima tappa del processo infermieristico sollecitata dal comportamento del paziente.

La reazione suddivisa secondo la teorica in tre momenti ben distinti ma strettamente consequenziali:

1) *PERCEZIONE*: L infermiera percepisce attraverso i propri sensi il comportamento del paziente;

2) *RIFLESSIONE*: in questo momento , dopo che avvenuta la percezione del comportamento, l infermiere compie una prima propria riflessione in merito;

3) *INTUIZIONE*: l infermiere intuisce primordialmente un il significato del comportamento ed una risposta a merito di questo.

Una volta che queste fasi avvengono si ha la cos detta reazione dell infermiere che deve condividere con il paziente la sua reazione, al fine di aver ben compreso il bisogno di aiuto e di aver intrapreso un azione infermieristica atta a soddisfarlo.

A questo punto, per , nasce un dubbio pi che legittimo: ma realmente giusto condividere la reazione con il paziente dato che non c la certezza che essa sia completamente corretta?

La Orlando, per chiarire questo dubbio, afferma che l infermiere deve innanzitutto imparare ad identificare ed analizzare ognuno dei tre momenti della propria reazione anche se apparentemente consequenziali e quindi indivisibili.

In questo modo l infermiera in grado di aiutare il paziente poich il processo diventa logico anzich intuitivo.

La teorica da agli infermieri tre criteri base ai quali riferirsi per assicurare una corretta analisi della reazione con il paziente:

1) Quello che l infermiere dice deve trovare riscontro nella reazione immediata e quello che il linguaggio non verbale dell infermiere assurge deve essere espresso verbalmente dallo stesso per non dare alido a fraintendimenti ;

2) L infermiere deve dire chiaramente al paziente che il dato espresso opera della sua mente ;

3) L infermiere deve porre delle domande al paziente in merito a quello detto in modo da sollecitare verifiche o correzioni .

Il corretto utilizzo della triplice reazione dell infermiere assume una notevole importanza quando ci si riferisce ai problemi che possono nascere da sentimenti estranei al rapporto terapeutico da parte dell infermiere.

Un analisi attenta della propria reazione, da parte dell infermiere, suscita una altrettanto benevola risposta da parte del paziente che si sentir pi libero di comunicare i propri sentimenti.

AZIONE DELL INFERMIERA

Per azione infermieristica la Orlando intendeva solo quello che l infermiera dice o fa a beneficio del paziente . L infermiera , infatti, prima di agire, deve essere sicura che la sua azione sia mirata solo ed esclusivamente al soddisfacimento del bisogno di aiuto del paziente. Ma quali caratteristiche deve avere un azione infermieristica?

Si pu riassumere la risposta a tale domanda con un solo termine : deliberata!

L azione dell infermiere deve essere, infatti, un azione deliberata che non solo soddisfa la funzione professionale ma soddisfa anche il problema-bisogno del

paziente. Un azione deliberata un azione razionale che non segue determinati campi di azione ma che sa adattarsi alle varie esigenze e situazioni.

La Orlando suggerisce dei criteri per far si che un azione infermieristica possa dirsi deliberata:

1) Le azioni deliberate sono il risultato di una corretta identificazione dei bisogni del paziente , attraverso la reazione dell infermiera convalidata dal comportamento dello stesso paziente;

2) L infermiera riflette sul significato dell azione e sulla sua rilevanza in rapporto al soddisfacimento del bisogno;

3) L infermiera convalida l efficacia dell azione immediatamente dopo averla compiuta.

5-2-3 CONSIDERAZIONI SULLA TEORIA DELLA RISPOSTA DISCIPLINATA

La teoria che questa teorica elabor di certo una delle pi vaste e attendibili per quello che riguarda la ricerca infermieristica nelle relazioni interpersonali; tuttavia, per , presenta molte caratteristiche lacunari che paradossalmente n fanno una teoria vastamente apprezzata.

La teoria , infatti, pecca di chiarezza dato che la stessa autrice da spesso definizioni minimali ma poi, nell elaborazione dei dati, si perde in concetti molto complessi. Altra lacuna l evidente semplicismo che la connota come una teoria essenziale pur essendo frutto di un lungo lavoro di ricerca. Ci nonostante il carattere di generalit permette un suo ampio utilizzo in tutti i campi del sapere infermieristico poich , anche se non ci si riferiti a persone incoscienti o gruppi, la teoria pone le basi per poter affrontare ampliamente ogni situazione assistenziale.

La Orlando, inoltre, fu la prima teorica a parlare di funzione professionale riconoscendo all infermieristica una propria coscienza professionistica.

Essa affermava, infatti, che le infermiere devono essere ben consapevoli che la loro attivit professionale, cio esercitata da professionisti, solo quando raggiunge lo scopo di aiutare il paziente non perdendosi in mansioni non proprie!

La teorica americana parla dunque , di riconoscimento della propria professionalit e di come questo sia la base per uno sviluppo non solo professionale ma terapeutico.

Ci si lasci affermare che se vogliamo stata proprio questa teorica a precorrere i tempi affermando il principio che da lei noi tutti dovremmo acquisire. Ai medici la medicina agli infermieri l assistenza!

CAPITOLO VI

I SISTEMI NEL CONCETTO DI NURSING

6-1 SUOR CALLISTA ROY ED IL SISTEMA DI ADATTAMENTO

Il modello concettuale elaborato da Suor Callista Roy, a met degli anni 60, indubbiamente la prima teoria tra quelle che consideriamo definite dei sistemi poich da essa che nascono concetti come sistema ed adattamento.

Questo modello concettuale suscit fin da subito, una vasta risposta da parte non solo degli operatori sanitari ma anche da parte di specialisti dell educazione i quali analizzarono, verificarono ed applicarono questo modello del nursing presso i loro rispettivi campi del sapere. La teoria elaborata si compone di cinque elementi che la Roy definisce essenziali :

1. ***LA PERSONA FRUITRICE DELL ASSISTENZA;***
2. ***LO SCOPO DEL NURSING;***
3. ***IL CONCETTO DI SALUTE;***
4. ***IL CONCETTO DI AMBIENTE;***
5. ***L ITER DELLE ATTIVIT¸ INFERMIERISTICHE.***

Attraverso una reale considerazione delle cinque componenti del modello di adattamento, l autrice sostiene che l operatore professionale possieder una consona

visione della realt e sar in grado di poter compiere il processo infermieristico vero .

LA PERSONA

Per persona, la Roy intende riferirsi al ricevente dell assistenza infermieristica, per cui accanto al concetto di persona colloca anche quello di famiglia, gruppo, comunit o societ .

Secondo la teorica, ognuna di queste entit ***un sistema olistico capace di adattasi .***

Ma questo cosa significa?

SISTEMA OLISTICO

Si concettualizza l uomo in una prospettiva olistica in cui i singoli aspetti agiscono ad unisono per formare la totalit della persona. Questo sistema, inoltre, proprio per la sua caratteristica di olisticit , in continuo interscambio con l ambiente che lo circonda acquisendo cos informazioni, materia ed energia.

Questo interscambio viene definito pi tecnicamente apertura del sistema.

ADATTAMENTO

Componente fondamentale della persona il suo sistema di adattamento, che poi la base di tutta la teoria elaborata dalla teorica americana.

La costante interazione con il mondo esterno porta a cambiamenti sia interni che esterni ma questo pu essere deleterio se non si tiene nella giusta considerazione, il rispetto della propria integrit intesa, dunque, come adattamento.

Il sistema di adattamento agisce secondo due stimoli che la Roy definisce input: uno esterno ed uno interno; per stimolo essa intende, infatti, un unit di informazione, di materia o di energia che proviene dall ambiente o dall interno stesso della persona che provoca una risposta. Vi a tal proposito, una vasta gamma di risposte adattive che cambiano a seconda sia dell individuo che delle situazioni e degli stress scatenanti. Ma gli stimoli sono tutti positivi?

La Roy ha distinto gli stimoli in due classi a seconda di quelle che sono le risposte che generano nell individuo:

1. Stimoli positivi che generano risposte capaci di promuovere l adattamento;
2. Stimoli negativi che generano risposte negative, che non promuovono l adattamento.

Nel sistema di adattamento la Roy descrive due concetti specifici dell assistenza infermieristica quali meccanismi di controllo definiti regolatore e cognitivo (tali sistemi sono sottosistemi della persona intesa come sistema adattivo).

SOTTOSISTEMA REGOLATORE:

Formato da input, processi interni e risultati, questa tipologia di processo specifica per il corpo umano nel quale, sotto l azione di stimoli (input) c una risposta ed una conseguente elaborazione del risultato.

Molti processi fisiologici infatti possono essere considerati sottoinsiemi di processi regolatori di comportamento; esempi di questo si collocano a livello del sistema respiratorio, endocrino ecc

SOTTOINSIEME COGNITIVO

Questo sottoinsieme fa riferimento alle funzioni pi alte della sfera cognitiva con riferimento a funzioni specifiche del cervello quali la percezione, l elaborazione dell informazione ed il giudizio. Anche in questo sottosistema vi sono due input sia esterni che interni. Spesso i due sottosistemi , cognitivo e regolatore, agiscono simultaneamente poich sono parte di quelli che la Roy definisce Meccanismi di far fronte e quindi riescono a dare un valido aiuto alla risposta adattiva della persona.

Delineando meglio i processi interni alla persona, la Roy parla di effettori di questo sistema adattivo e indica i sottosistemi regolatori come meccanismi agenti nell ambito di tali modalit .

Le quattro modalit di adattamento sono:

1. **Modalit Fisiologiche** : ossigenazione, nutrizione, eliminazione, attivit e riposo, integrit della pelle, sensi, fluidi ed elettroliti, funzione neurologica, funzione endocrina;

2. **Modalit del concetto di s** : sono i valori e le credenze relative all idea di se stessi (io fisico, io morale, io personale ed etico);

3. **Modalit dell esercizio di ruolo** : identifica i ruoli in ambito sociale in riferimento ai cosidetti ruoli primari secondari o terziari;

4. **Le modalit di interdipendenza** : rispecchiano i valori pi umani riferendosi all affettivit , all affermazione del s ecc.. .

Le quattro modalit , dunque, non sono altro che i canali attraverso cui le persone si adattano ai cambiamenti e spesso, queste modalit , sono intervallari e/o consequenziali.

LO SCOPO DEL NURSING

Per scopo del nursing la Roy intende l assistenza alla persona nel potenziare le risposte di adattamento in relazione alle quattro modalit .

Le risposte di adattamento sono quelle che influenzano positivamente la salute.

A spiegazione di ci che si intende per risposte di adattamento , la teorica afferma che vi sono cambiamenti, che entrando in stretta correlazione con la capacit adattiva, dell individuo, ne qualificano l attitudine.

La condizione della persona, o meglio, la sua capacit di far fronte costituisce il suo livello di adattamento che a sua volta, determiner la positivit o la negativit della risposta stessa agli stimoli-input.

L autrice qualifica tre tipologie di stimoli:

1. ***FOCALI*:** sono quelli diretti unicamente sulla persona e caratterizzano la maggior parte delle stimolazioni esterne;
2. ***CONTESTUALI*:** sono tutti gli altri stimoli interni o esterni alla persona stessa, capaci di influenzare la situazione e che sono verificabili sia soggettivamente che oggettivamente;
3. ***RESIDUALI*:** sono quelli che caratterizzano maggiormente il soggetto e sono scarsamente verificabili.

Questi stimoli interagiscono spesso nella pi stretta collaborazione ma la risposta adattiva cambia da persona a persona; altro fattore , inoltre, di differenziazione la collocazione del soggetto nel tempo e nello spazio.

Il nursing, dunque, deve prendere nella giusta considerazione questi aspetti del processo di adattamento cercando di assolvere al meglio il proprio compito per il benessere dell individuo.

ATTIVITA INFERMIERISTICHE

Le attivit infermieristiche sono quelle attivit capaci di dare luogo a risposte di adattamento sia in condizioni di malattia che di salute. Queste attivit generalmente sono azioni intraprese dagli infermieri per agire sugli stimoli focali in primis.

Una volta che l opera del infermiere si indirizza su tali stimoli si osserva se la risposta adattiva ha luogo e se essa produce risposte positive.

Se non vi sono, dunque, quest ultime si proceder ad indirizzare la propria azione su gli stimoli contestuali e poi su quelli residuali; questa scala di azioni, in merito alla risposta adattiva, pone l infermiera, come professionista, che a suo vantaggio, dispone di meccanismi come quello regolatore e quello cognitivo.

SALUTE

La salute uno stato ed un processo di essere e di divenire una persona integrata in tutto . Secondo la Roy quando una quantit sproporzionata di energia viene usata nel fronteggiare gli eventi della vita si ha una minore risorsa vitale da destinare agli scopi della sopravvivenza, della crescita, della riproduzione e della padronanza. Il nursing entra cos in campo proponendo un incentivo alla salute della persona, dando spinte ideali di sostituzione a questa carenza di forze.

AMBIENTE

Per ambiente definisco tutte quelle condizioni , circostanze e influssi che circondano ed influenzano lo sviluppo ed il comportamento delle persone e dei

gruppi . Da questa definizione che l autrice fa di ambiente, appare evidente come gli stimoli, special modo quelli interni, creino le basi per un ambiente definito di risposta .

Lo studio della condizione ambientale aiuta l infermiere a promuovere l adattamento del paziente ed a desistituzionalizzare la societ civile a favore del nursing.

5.2.2 PROCESSO INFERMIERISTICO

Il modello adattivo della Roy stato ed tutt oggi una base teorica dal quale moltissimi professionisti hanno attinto per l applicazione pratica del processo di nursing. La teorica, infatti, fu la prima a parlare di processo infermieristico in termini di valutazione , diagnosi, pianificazione e valutazione.

VALUTAZIONE di primo livello

In questo momento si effettua la prima raccolta dei dati o anamnesi prossima ponendo particolare attenzione alla valutazione comportamentale del paziente.

Anche in questo momento ci si riferisce alle quattro modalit adattive dell individuo che viene comunque considerato un sistema olistico di adattamento.

Una valutazione attenta di primo livello, con riferimento alle quattro modalit dell individuo da ad ogni operatore dell quipe sanitaria un quadro completo del paziente.

VALUTAZIONE di secondo livello

In questo momento della valutazione l infermiere si preoccupa di effettuare un attenta anamnesi per ci che riguarda le risposte adattive dell individuo e correlate risposte negative. Si pone l accento sull identificazione degli stimoli focali e sulla loro effettiva incidenza sulla risposta dell individuo, l infermiere, infatti, sa che la propria azione di correzione o potenziamento si dovr indirizzare in tal senso e quindi un attenta anamnesi far risparmiare tempo ed energie.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

La Roy afferma che l infermiere ha a sua disposizione tre modi per fare una adeguta diagnosi infermieristica:

1. Si fa riferimento ad un modello di diagnosi basato sui quattro modelli di adattamento elaborati dalla teorica stessa, per cui la diagnosi si incentrer non sul problema a monte ma sull effetto che tale problema genera;

2. Si compie una diagnosi basata sull osservazione dei comportamenti e su gli stimoli che hanno creato tali comportamenti;

3. Si pu compiere una diagnosi riassumendo i comportamenti nell ambito di uno o pi meccanismi di adattamento in relazione agli stimoli.

Qualsiasi sia il metodo utilizzato per compiere una diagnosi infermieristica l infermiere pu limitarsi ad elencare quei comportamenti adattivi da potenziare.

DETERMINAZIONI DEGLI SCOPI

Per scopi si intendono quei comportamenti adattivi che la persona deve acquisire o potenziare con l aiuto dell assistenza infermieristica. Appaiono quindi, improbabili, gli scopi a lungo termine perch non qualificano una risposta immediata al problema adattivo dell individuo. Quando possibile gli scopi vanno stabiliti assieme alla persona poich la determinazione reciproca degli scopi rispetta i principi ed i diritti della persona stessa.

PIANI PER LA MESSA IN ATTO

La messa in atto l attuazione delle modificazioni o dell ampliamento di determinati stimoli per lo pi focali in modo tale che la totalit degli stimoli cada nell ambito di capacit che tale persona ha ad adattarsi.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Questa l ultima fase del processo infermieristico e in tale momento si procede a verificare se gli scopi sono stati raggiunti. Si osserva, infatti, se il comportamento del paziente corrisponde o quanto si allontana da quello previsto nella fase della determinazione degli scopi. Se l incongruenza sar notevole si proceder a ridefinire nuovi scopi e nuove strategie di intervento per far si che il processo infermieristico dia i risultati sperati. Pu , tuttavia accadere, che non siano errati gli scopi ma il

problema sia a monte nella diagnosi infermieristica che, se necessario dovr essere rieffettuata con maggior attenzione e meticolosit .

6-1-2 CONSIDERAZIONI SULLA TEORIA DELL ADATTAMENTO DI SUOR CALLISTA ROY

Il modello di adattamento della Roy un approccio che ha reso e pu continuare a rendere un importante contributo al corpo di conoscenze del nursing; restano tuttavia ancora alcuni punti da chiarire nello sviluppo della teoria. Dovrebbero essere convalidati alcuni presupposti sul modello , sono necessarie sia una tipologia della diagnosi infermieristica definita in modo pi accurato che un organizzazione delle categorie degli interventi. Sarebbe utile, inoltre, una pi chiara definizione in merito a vari concetti come quello del s , quello di salute ecc.. Pare che vi sia una reale difficolt di applicazione in reparti di cure intensive dove le condizioni del paziente cambiano rapidamente. Questo difetto di applicazione, per , pu essere ovviato se si tiene in diversa considerazione il sistema come definitore di priorit assieme al modello concettuale. l supporto e l incoraggiamento all adattamento, nel processo di morte, una componente integrante del nursing e la Roy per prima n parl dando alle infermiere un nuovo punto di vista a tal proposito. Il modello della Roy, dunque, per questa e per mille altre motivazioni utile e contribuisce alla scienza ed alla pratica infermieristica.

6-2 BETTY NEUMAN E LA TEORIA DEI SITEMI DI PREVENZIONE

Nata inizialmente come risposta alla necessit che gli studenti del corso universitario manifestarono presso il corso da lei tenuto di Nursing, la teoria della Neuman ebbe una grande influenza sull elaborazione di tantissime altre teorie . Il lavoro di questa ricercatrice del nursing ricopre un ruolo importantissimo, inoltre, non solo nel gruppo dei sistemi ma soprattutto in quello delle teorie intese come strumento del nursing.

L opera di questa teorica fu, fin dal principio, un mezzo attraverso il quale gli operatori sanitari (e non solo gli infermieri) potevano agire in termini di prevenzione.

La stessa Neuman definisce il suo modello un non-modello pregnante e dinamico con una visione multidimensionale degli individui, dei gruppi e delle comunit che sono in continua interazione con i fattori stressanti dell ambiente .

Il modello concettuale elaborato, infatti, riguarda la reazione dell individuo a fattori stressanti e l incidenza che questi ultimi hanno sulla vita della persona.

Si pu pertanto notare, come questo modello di nursing, sia quantomeno elargibile ai vari campi del sapere; la sua base teorica, infatti, pone questo approccio alla realt oggettiva in chiave di risposte risolutive a fattori stressanti.

6-2-1 PRESUPPOSTI BASE AL MODELLLO CONCETTUALE

Come base teorica del proprio modello concettuale la Neuman pone dieci presupposti o assunti dal quale la teoria stessa nasce e non si allontana:

1. Ogni individuo , se pur unico ed irripetibile, un sistema ed in quanto tale un insieme di fattori noti e con caratteristiche genetiche esistenti nella struttura base;

2. Esistono molti fattori stressanti nell ambiente e possono essere interni o esterni alla persona stessa;

3. Le difese che la persona adduce contro questi fattori stressanti definita *Linea flessibile di difesa* ; o *stato abituale di benessere/stabilit* ;

4. L interelazione delle varie variabili umane (fisiologiche , psichiche e sociali) sono i fattori regolatori della linea flessibile di difesa ed un loro squilibrio significherebbe uno squilibrio globale della linea stessa a favore dei fattori stressanti;

5. Lo stato ottimale della persona/sistema risiede nel fatto che vi sia una reale interelazione tra le variabili dell uomo;

6. Vi sono dei fattori di resistenza interna definiti con il termine di *linea di resistenza* che hanno il compito di riportare l individuo alla normale linea flessibile di difesa dopo l attacco di effetti stressanti;

7. La prevenzione primaria riguarda tutto quel gruppo di conoscenze che l infermiere possiede per mitigare, controllare e ridurre i fattori di rischio che potrebbero altrimenti portare a determinate patologie;

8. La prevenzione secondaria riguarda sia la sintomatologia da fattori stressanti e sia tutta quella gamma di interventi atti a ridurre eventuali fattori nocivi consequenziali ad una patologia oramai presente;

9. La prevenzione terziaria riguarda il processo di riabilitazione e giusta reintegrazione successiva all attacco di fattori stressanti;

10. La persona/sistema un continuo scambio di energia con l ambiente.

6-2-2 MODELLO CONCETTUALE

Il modello della Neuman potrebbe gi essere chiaro data la panoramica dei presupposti cardine della teoria ma occorre un osservazione pi attenta per ben comprendere le sue precise finalit . La teorica elabor un modello basato sui sistemi che identificarono tre componenti principali: la persona, i fattori stressanti e le reazioni che la persona adottava in risposta a tali fattori. e opportunamente seguito questo modello di riferimento mette in grado il professionista di poter promuovere la salute (prevenzione primaria) , correggere difetti sempre in questo campo (prevenzione secondaria) ed in fine intervenire con programmi riabilitativi nel caso in cui la salute sia stata compromessa (prevenzione terziaria). La teoria della Neuman,

per essere meglio compresa stata esemplificata in un schema in cui vi un centro denominato risorsa di base , che identifica la persona, attorno al quale girano anelli che indicano le linee di resistenza , i fattori interni che difendono la persona dagli agenti stressanti. Accanto a quest ultima si trova la linea di difesa normale, che rappresenta ci che la persona diviene nell arco della propria esistenza in merito a capacit fisiologiche, psichiche , socioevolutive, e spirituali. E quello che comunemente viene detto uno stato di benessere/staticit .

Ma quando questa linea di difesa subisce l attacco di fattori stressanti maggiori, cosa accade? qui che entra in gioco l'ultima linea o cerchio che denominata linea flessibile di difesa . Questa linea rappresenta quella gamma di risposte che l individuo attua contro la destrutturalizzazione ad opera dello stress. Ovviamente, anche questa linea come tutte le altre risulta essere flessibile ed adattabile a seconda delle esperienze che la persona compie nel suo vivere quotidiano. Ma quanti e quali sono i fattori di stress contro cui l individuo/sistema combatte ogni giorno?

La Neuman considera fattori di stress le seguenti forze:

1. ***FORZE EXTRAPERSONALI***: sono forze che hanno luogo al di fuori del individuo nei vari ambiti della pluridimensionalit della vita;

2. ***FORZE INTERPERSONALI***: sono quelle forze che si originano nella relazione tra due o pi individui per l interscambio di ruoli ed aspettative;

3 . ***FORZE INTRAPERSONALI***: sono quelle che originano da sentimenti dell individuo/sistema a seconda della propria dimensione.

La reazione a questi fattori di stress pu essere diversificata a seconda che si parli di una persona emotiva o di una persona estremamente razionale; questa per non la sola distribuzione per cui si pu affermare che vi una grande differenza nella reazionalit e su questa giocano un ruolo importante diversi fattori (durata, intensit ecc..).

Quando , infatti, si parla di reazione a fattori di stress , per la Neuman, si parla di prevenzione primaria , secondaria e terziaria.

PREVENZIONE PRIMARIA

Lo scopo di questa azione quella di rafforzare la linea flessibile di difesa per far fronte a possibili fattori di stress e cosi facendo si cerca di eliminare la presenza di questi con un azione preventiva;

PREVENZIONE SECONDARIA

Nel ambito della prevenzione secondaria c difatti la comparza di sintomi e lo scopo del nursing quello di rafforzare le linee di resistenza per promuovere una risposta mirata e forte allo stesso tempo;

PREVENZIONE TERZIARIA

Si parla di prevenzione terziaria quando oramai il fattore di stress ha dato i suoi effetti e a questo si segue il piano curativo di intervento che finalizzer le proprie azioni al rafforzamento delle linee di difesa per evitare un attacco futuro.

Concludendo l elaborazione del suo modello concettuale la Neuman identifica concetti come quello di individuo, ambiente , nursing e salute in termini innovativi affermando che tutti questi nascono dalla interrelazione che si verifica tra i tre punti cardine della teoria: uomo, fattori di stress e risposte adattive.

INDIVIDUO: Sistema aperto e multidimensionale composto da variabili fisiologiche, psicologiche, socioculturali, evolutive e spirituali.

AMBIENTE*:* Insieme di forze interne o esterne che circondano gli uomini in ogni momento, che influenzano il sistema e da esso vengono influenzate

SALUTE*:* La salute deve essere equiparata alla stabilit ottimale del sistema; , infatti, un altalena che durante l arco della vita va s e gi raggiungendo vari livelli di stabilit dalla linea di difesa normale .

NURSING: Il nursing una professione specifica che si occupa di tutte le variabili che influenzano la risposta dell essere umano ai fattori di stress, con un obiettivo primario rappresentato dalla persona nella sua totalit ; . . . il nursing aiuta l individuo, la societ , le famiglie ed i gruppi a mantenere il massimo livello di benessere possibile mediante azioni mirate a ridurre al minimo i fattori di stress .

6-2-3 CONSIDERAZIONI SUL MODELLO CONCETTUALE DI BETTY NEUMAN

La Neuman attribuisce al proprio modello concettuale una natura multidimensionale, affermando che esso prende in considerazione tutte le dimensioni in cui avviene la reazione del sistema/persona al fattore di stress avviene.

L autrice sviluppo, infatti, questa teoria come struttura di riferimento per il nursing e data la sua astrattezza e generalit venne classificata come grande teoria .

Vanno tuttavia sottolineati tratti della struttura che ombreggiano tale eccellente lavoro:

*CHIAREZZA***:** vi sono dei tratti di questo modello concettuale che mancano di una netta semplicit perdendosi in discorsi alle volte complessi e proprio per questo difficilmente applicabili; la Neuman , inoltre, si servita spesso di termini presi a prestito da altre discipline che per essere compresi hanno bisogno di premesse non sempre attinenti alla natura del nursing a cui essa fa riferimento.

*SEMPLICIT¸***:** anche sul versante di questa caratteristica basilare per una teoria, nel modello vedono aprirsi alcune lacune; vi sono concetti che per essere compresi devono essere concatenati ad altri rendendo la struttura della teoria complessa.

Chiariti tali aspetti potenziabbili, per , bisogna riconoscere che per raggiungere esiti infermieristici concreti, questa teoria offre una valutazione completa della persona e

dei fattori stressanti che su di essa agiscono; offre all infermiere, una struttura per una relazione dinamica con il paziente considerato in continuo cambiamento e determina pertanto importanti conseguenze per il nursing. Questa teoria costituisce una guida utile alla ricerca dato che l infermiere pu valutare l assistenza basandosi su fattori di stress influenzati dall intervento. Se l infermieristica si basasse maggiormente su questa struttura si avrebbe una miglio re comunicazione infermiere/paziente e non solo; l utilizzo di questa teoria , infatti, offrirebbe una buona base concettuale dal quale partire per elaborare nuove teorie anche se il suo spiccato carattere di generalit n danno una base utile per tutti i campi del sapere.

CAPITOLO VII

I CAMPI DI ENERGIA

7-1 MARTA ROGERS E LA TEORIA DEI CAMPI DI ENERGIA

Il modello concettuale elaborato da Martha Rogers evidenzia in primo luogo la sua ampia preparazione di base e l interesse fruttifero per le materie umanistiche e le scienze. La teorica, infatti, si richiama a conoscenze di molteplici discipline quali l antropologia, la sociologia, la psicologia, l anatomia, la religione, la storia, la biologia, la fisica, la filosofia, la letteratura e moltissime altre fonti del sapere umano per creare il suo modello il cui centro l essere umano, inteso come entit globale; accanto a questo concetto colloca anche quello di ambiente quale campo di energia integrato necessario al processo vitale .

La Rogers, infatti, richiamandosi agli studi classici qualifica l uomo in una visione olistica in cui ogni componente singola perde di significato se non messa in un quadro pi ampio e quindi significativo . A tal proposito citiamo una frase della stessa autrice in cui afferma Non si pu capire il tutto studiando le parti e il tutto il pi della somma delle sue parti e differente della somma delle sue parti .

Nella strutturazione del modello concettuale, inoltre, la Rogers non utilizz quadri introduttivi agli elementi costitutivi della stessa poich riteneva che gi da soli fossero esplicativi della loro ragion d essere .

DEFINIZIONE DI NURSING

Il nursing definita come una scienza umanistica ed umanitaria che si propone di spiegare e descrivere l essere umano nella sua globalit sinergica e di sviluppare ipotetiche generalizzazioni ed i principi predittivi indispensabili per una pratica conforata da conoscenze sempre aggiornate. Da questa definizione , alquanto complessa, esce un quadro del nursing quale scienza a favore dell umanit e del suo sviluppo.

PRESUPPOSTI BASILARI DELLA TEORIA

Nel 1970 la Rogers identific cinque presupposti per la propria teoria che sono affermazioni avvaloranti il proprio modello basato a sua volta sulla letteratura , la matematica, la fisica e infine sulla scienza comportamentale.

I presupposti sono:

1. L uomo un tutto unificato che possiede la propria integrit e che manifesta caratteristiche che sono pi della somma delle sue parti e differenti dalla somma delle sue parti (campi di energia);

2. L uomo e l ambiente sono in continua interazione scambiandosi cosi materia ed energia (apertura);

3. Il processo vitale di cui l uomo fa parte evolve unidirezzionalemnte ed irreversibilmente lungo il continuum spazio-tempo;

4. Il modello e l organizzazione identificano l uomo e riflettono la sua integrit innovativa;

5. L uomo caratterizzato dalla sua capacit di astrazzione ed immaginazione, dal pensiero e dal linguaggio, dalla sensibilit e dall emozione.

In base all elaborazione di questi cinque presupposti, la Rogers svilupp la propria teoria elaborando quattro blocchi base come fondamento del suo modello concettuale.

CAMPO DI ENERGIA

Il campo di energia costituisce l unit fondamentale sia di ci che vive che di quello che non vive, poich il concetto di campo un concetto unificante assolutistico.

Per energia , invece, si intende il carattere di dinamicit che il campo ha ; i campi di energia sono infiniti ma se ne identificano due e sono irriducibili: quello umano e quello ambientale.

UNIVERSO DEI SITEMI APERTI

I campi di energia proprio per la loro natura sono aperti , per cui sono in interscambio con altri campi/sistemi infiniti continuamente.

MODELLO

Con il termine modello si intende riferirsi alla identificazione stessa del campo di energia; ci che distingue un campo da un altro e viene percepito come una singola

onda. Questa caratteristica dei campi di energia cambia continuamente innovandosi assieme al primo; ciascun modello di campo umano unico e si integra solo con il suo campo ambientale.

QUATTRO DIMENSIONALITA

Il concetto di quadridimensionalit non ha un accezione unica ne tantomeno specifica poich manca di attributi spazio temporali. La teorica , tuttavia, si limita ad affermare che tutto avviene in un contesto di quattro dimensioni unite .

Costruita su questi elementi cardine, l unitariet umana vista come una unit irriducibile, quadridimensionale, campo di enrgia gonatrotopica e ovviamente aperta verso l altro campo di energia, che quello ambientale.

Anche quest ultimo campo di energia, assume le medesime caratteristiche di apertura, quadridimensionalit , irriducibilit e utilizzo di un proprio modello qualificante. La Rogers, attraverso l affermazione di tali blocchi assieme ai presupposti, da una visione del tempo unidirezionale in cui tutto avviene nelle quattro dimensioni in diretta connessione con il campo di energia ambientale.

A questo punto dell elaborazione della teoria, l autrice afferma che dato che l infermieristica incentrata sull uomo, e costui il primo campo di energia , lo sforzo della stessa deve indirizzarsi verso l individuazione e la prevenzione del processo di vita dell uomo nella sua natura e nel suo sviluppo.

PRINCIPI DI OMEODINAMICA

La Rogers partendo dai cinque presupposti di base e dai quattro blocchi conseguenti d parla di principi di omeodinamica quale base concettuale del nursing inteso come l impiego di tali principi a favore del servizio per l umanit .

I principi che l autrice identifica sono tre :

INTEGRALITA

E un processo continuo , simultaneo e reciproco tra i due capi di energia, quello umano e quello ambientale, in cui i cambiamenti che si susseguono avvengono nel continuo rispetto delle proprie sfere.

RISONANZA

E l identificazione del campo umano e di quello ambientale per mezzo di modelli di onde che manifestano i continui cambiamenti , passando da onde lunghe a bassa frequenza a onde corte ad alta frequenza. Il cambiamento continuo tra uomo e ambiente, infatti, avviene mediante modelli di onde.

ELICITA

Con il termine di elicit si intende riferirsi a quella cosa che postula la natura e la direzione del cambiamento che si verifica tra il campo umano e quello ambientale .

La natura e la direzione del cambiamento tra i due campi, infatti, sono in continuo cambiamento di innovazione, accomodamento e direzionalit .

Dati questi principi di omeodinamica appare pi che mai semplice comprendere, come il processo vitale avviene tra i due campi di energia , quello umano e quello ambientale, lungo un asse longitudinale definito spazio tempo, con un processo di continuo rimodellamento che avviene con modificazioni definite in onde lunghe a bassa frequenza e onde corte ad alta frequenza.

7-1-1 IL PROCESSO INFERMIERISTICO E LA TEORIA DEI CAMPI DI ENERGIA

I principi di omeodinamicit forniscono al campo dell infermieristica validi strumenti di ricerca per la determinazioni di quelle che la teorica chiama conseguenze derivabbil i. Il nursing infatti, cercher di promuover, attraverso queste linee guida, un integrazione degli individui e dei loro ambienti al fine di rafforzare la coerenza e l integrit nel campo umano e in quello ambientale. La Rogers parla di un assistenza infermieristica personalizzata, necessaria se si vuole che il paziente raggiunga il potenziamento delle proprie capacit in modo pieno; il nursing non lavora per il paziente ma con il paziente. Riferendosi al processo infermieristico inteso in termini di valutazione, identificazione , pianificazione, messa in atto e valutazione, i principi di omeodinamicit si integrano ampiamente e offrono mezzi concreti.

VALUTAZIONE:

in questa fase del processo infermieristico si proceder ad un attenta anamnesi ponendo delle domande che riguardino cronologicamente i principi di integralit , i principi di risonanza e infine i principi di elicit . Si deve, inoltre, considerare che un campo importante di indagamento il modellamento che pone , a sua volta, una lunga serie di domande. La valutazione dell infermiere, dunque, una visione non riduttiva dell individuo nella sola accezione fisica ma anzi nella sua totalit !

DIAGNOSI:

Per diagnosi infermieristica si intende riferirsi alle conclusioni derivanti da un attenta valutazione anamnestica; si cercher dunque di individuare la presenza dei modelli nell iter vitae. A seconda che la diagnosi ponga l accento su uno o pi principi di omeodinamicit si avranno diagnosi differenti ma ugualmente attendibili. La pianificazione degli obbiettivi , sar un processo parallelo , o meglio, unico con la diagnosi, data la sua natura totalitaria.

MESSA IN ATTO:

Questo momento , alle volte sottovalutato, essenziale affinch la diagnosi e la pianificazione raggiungano gli obbiettivi prefissati, tenendo conto che il principio cardine in questa fase quello di elicit e che vede il rimodellamento dell individuo nei confronti dell ambiente in termini di totalit .

VERIFICA:

Considerando che il piano infermieristico ha come scopo il raggiungimento di uno stato di salute ottimale da parte dell individuo, la verifica svolge la sua azione in tale senso; il nursing deve, infatti, non raggiungere l optimun ma protendervi.

Una valutazione troppo pretenziosa rischierebbe, infatti, di allontanare l attenzione su obbiettivi raggiunti importantissimi.

7-1-2 CONSIDERAZIONI SUL MODELLO DEI CAMPI DI ENRGIA DI MARTHA ROGERS

Il modello concettuale elaborato da Martha Rogers il primo modello concettuale che attingendo da altre dottrine del sapere fa propri i concetti di queste creando un corpo di teoria vasto e generale. Questa teoria , infatti, astratta e per questo generalizzabile e potente. Questo carattere l ha reso una macroteoria con un largo campo d azione capace di spiegare ogni cosa. Ci nonostante, tale modello concettuale non affatto semplice ma complesso poich usa concetti astrusi ed alle volte incomprensibili da chi non possiede un bagaglio culturale illuminante.

Questa teoria , infatti, manca di precisione empirica proprio perch alle volte risulta impossibile compiere una sua verifica. La difficolt nel materializzare i concetti, o meglio, portarli ad un livello empirico per essere sperimentati, hanno afflitto molti

infermieri che hanno tentato di applicare questo modello concettuale. In mancanza di termini chiari sui quali poter creare un modello di verifica attendibile e chiaro, gli studi per quanto articolati, hanno sempre dato dati discutibili.

A questo punto dello studio della scienza infermieristica appare evidente come una teoria con tali difficolt non permette un valido cammino di miglioramento in tal senso; questo pu , per , risultare utile nel campo della ricerca

Il modello dei campi di energia, infatti, ancora in evoluzione e il suo utilizzo per l elaborazione di teorie meglio strutturalizzate permetterebbe un notevole passo avanti nel nursing.

La Rogers percui fu una brillante teorica di nursing che con il proprio lavoro ha anticipato di molti decenni la scienza del nursing in capo ricercatoriale.

7-2 JOYCE J. FIZPATRICK E IL MODELLO DELLA PROSPETTIVA DI VITA

La Fizpatrick fu una studiosa del nursing che , successiva a Martha Rogers , amplio il modello dei sistemi all interno della ricerca teorica. Costei, infatti, elabor il proprio modello concettuale partendo da quelle che furono le basi del modello dei sistemi della Rogers , i modelli di ritmo ma a queste incorpor , inoltre, i concetti di vetta e di struttura di onda e quello di crisi prese da altre teorie. Potrebbe a questo punto sembrare che la teoria della prospettiva di vita sia uno sterile insieme di concetti slegati, ma non certo questa la sua vera natura. Per comprendere infatti, quello che la teorica intendeva con la denominazione prospettive di vita bisogna muoversi dalle definizioni dei quattro concetti base del nursing.

*PERSONA***:** sistema aperto, unificato nel tutto dal ritmo umano di base;

SALUTE: questo concetto identificato come la vera consapevolezza del significato della vita, in un ritmo in continua interelazione;

*AMBIENTE***:** un campo di energia aperto, in continuo scambio con quello umano rispettando i tre principi di omeodinamica;

*NURSING***:** questo concetto definito come le interazioni ontogenetiche e filogenetiche tra persona e salute .

7-2-1 PRESUPPOSTI DI BASE DELLA TEORIA

Anche la Fizpatrick pone dei presupposti alla propria teoria ma lo fa in modo implicito non creando, cio nessuno schema a cui fare riferimento; ci nonostante si tentato di compiere una concettualizzazione di questi creandone dieci:

1. L uomo un tutto unificato che possiede la propria integrit e che manifesta caratteristiche che sono pi della somma delle sue parti e differenti dalla somma delle sue parti (campi di energia);

2. L uomo e l ambiente sono in continua interazione scambiandosi cosi materia ed energia (apertura);

3. Il processo vitale di cui l uomo fa parte evolve unidirezionalmente ed irreversibilmente lungo il continuum spazio-tempo;

4. Il modello e l organizzazione identificano l uomo e riflettono la sua integrit innovativa;

5. L uomo caratterizzato dalla sua capacit di astrazione ed immaginazione, dal pensiero e dal linguaggio, dalla sensibilit e dall emozione.

6. Differenze nelle manifestazioni comportamentali sono identificate pi facilmente durante i picchi dei modelli d onda;

7. La salute nelle manifestazioni di interazione armonica tra le persone e gli ambienti; risulta per identificata dalla congruenza, dalla costanza, dalla coerenza e dall integrit dei modelli ritmici,

8. Il significato della vita una tema centrale del nursing;

9. Il nursing una scienza, un arte ed una filosofia.

7-2-2 IL MODELLO CONCETTUALE

Il Life Perspective Model della Fizpartrick un modello evolutivo che sostiene che il processo di sviluppo dell uomo basato su modelli caratterizzati da ritmi. L essere umano, infatti, che il protagonista principe, visto come un sistema ritmico, unitario, olistico, aperto che pu essere descritto nel modo migliore da modelli temporali di movimento, di coscienza e percettivi.

Nel processo evolutivo dell uomo possibile identificare alti e bassi dei particolari ritmi umani ma questo deve essere visto in un ottica di modelli di vita globali. Il modello della vita continua verso l eternit , diventando pi importante man mano che avviene lo sviluppo della persona e questo appare ancora pi evidente, quando si parla di modelli di vita globale in cui, oltre alle quattro dimensioni, appaiono le dimensioni sperimentali del sistema.

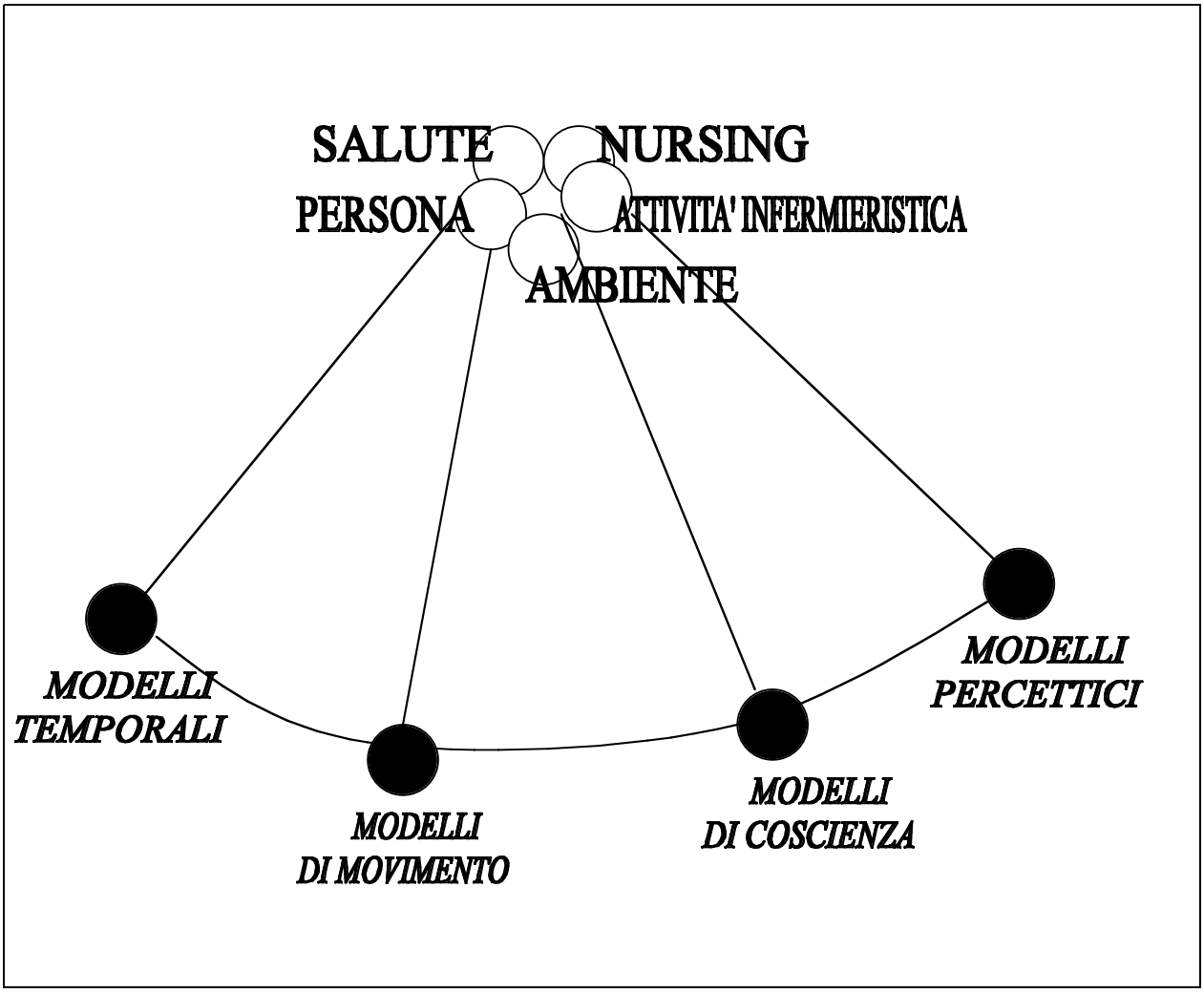
All interno di questa visone della vita e dello sviluppo dell individuo come fine ultimo verso la perfezione, la salute assurge all attenzione in una funzione essenziale per il nursing. Essa viene vista come quella caratteristica degli esseri viventi che pu potenziare o meno il processo di sviluppo che volge inevitabilmente verso la morte, rivalutata da una nuova visone della vita. La salute rappresenta , dunque, quell interazione del individuo con il suo ambiente per cui un ottimale stato di salute rappresenta un ottima relazione con l ambiente. In riguardo a tale visone del concetto di salute, appare quantomeno interessante quello che l autrice qualifica come preoccupazione del nursing: la persona in relazione alla salute affinch l individuo possa sviluppare le proprie potenzialit in quanto uomo!

Quando per gli individui hanno difficolt ad affrontare questa visione della vita cosa accade? Ecco che compare il concetto di crisi come difficolt dell individuo ad inserire all interno del proprio vissuto il concetto di prospettive di vita. La Fizpatrick esemplific il proprio modello paragonandolo ad un ciondolo (Slinky) alle cui estremit sono collocate da una parte i quattro concetti di base del nursing (ambiente, individuo, salute e nursing) e dall altra i modelli di vita che cambiano a seconda della posizione, identificandosi come:

- ***MODELLI PERCETTIVI;***
- ***MODELLI DI COSCIENZA;***
- ***MODELLI DI MOVIMENTO e MODELLI TEMPORALI.***

RELAZIONI ALL INTERNO DEL MODELLO DI PROSPETTIVA

VITALE DEFINITO SLINKY



7-2-3 IL MODELLO DELLA FIZPATRICK COME CONTINUUM —EVOLUZIONE DEI CAMPI DI ENERGIA. CONSIDERAZIONI

La Fizpatrick svilupp la propria teoria sulla prospettiva di vita con un approccio logico deduttivo per cui molte delle idee utilizzate, all interno della stessa, furono convalidate da prove empiriche di vario genere.

All interno di questa teoria si parte dal concetto di sviluppo umano come susseguirsi di ritmi temporali , percettivi , legati al movimento ed alla coscienza e mettendoli in successiva relazione attraverso il concetto di ambiente.

Questo sviluppo, afferma la teorica, evolve su una linea unidirezionale con onde di ampiezza varie che ne aumentano o ne diminuiscono la rapidit ; accanto a questo si colloca il concetto di salute quale caratteristica essenziale di questo sistema di sviluppo che protende , come si gi detto, verso l ideale vita.

Ecco nata, dunque quella stretta connessione tra vita e salute che solo nel caso di una crisi pu essere messa a repentaglio; qui che infine, il nursing, agisce come entit rafforzzatrice della stabilit nelle prospettive di vita.

Questo modello del nursing , pur avendo una notevole complessit , un importante traguardo-partenza per tutta la comunit scientifica infermieristica, poich mira ad ampliare e rendere empiricamente possibili le teorie dei campi di energia.

Sono stati compiuti degli studi, tuttora in fase di verifica, che comunque, hanno fornito dati interessanti per quanto riguarda l attendibilit del modello e della sua apllicazione pratica; da tali dati risulta, infatti, che la teoria stata facilmente adattata a situazioni assistenziali complesse fornendo un valido aiuto.

La teoria della Fizpatrick supera , se pur in parte, il problema della teoria della Rogers della precisione empirica fornendo cos una strada all idea fornita dal modello concettuale primordiale. Si pu supporre, dunque, che alcuni concetti del modello potranno aiutare ad ampliare le prospettive del nursing inteso come arte e scienza ed a portare ad una visone unica dell uomo come essere olistico.

CAPITOLO VIII

IL NURSING OGGI CON RIFERIMENTO AL PANORAMA INFERMIERISTICO ITALIANO

8-1 IL MODELLO DELLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE DI MARISA CANTARELLI

La professoressa Marisa Canterelli, nel 1986, diede inizio ad un lavoro di ricerca che nel giro di 10 anni diede corpo ad una delle pi interessanti, nonch emipiricamente significative, teorie che il panorama italiano abbia partorito. La prima motivazione che spinse questa teorica a cercare di dare una forma concettuale alle proprie idee in merito al nursing, fu l esigenza di organizzare in una struttura disciplinare le conoscenze infermieristiche. Essa, infatti, asser che se si vuole compiere un notevole passo avanti nella scienza del nursing, si deve considerarlo innanzitutto una scienza vera e propria e come tale con le su teorie postulanti. Altro aspetto interessante, che fa della teoria delle prestazioni infermieristiche un utile mezzo di lavoro, l assoluta chiarezza che in essa si riscontra: All interno di una teoria i concetti devono essere precisati in modo chairo, per vietare che un medesimo concetto sia interpretato in maniera differente da individui diversi; il linguaggio chiaro e monosemico permette di chiarire differenze tra vari modelli teorici .

A tal proposito, la Cantarelli non si discosta dai criteri usati nel corso dei decenni, da parte di tantissime teoriche, per la comparazione di teorie; identifica, infatti nell ambito della propria teoria, i quattro concetti chiave del nursing: uomo, ambiente, salute e nursing ma accanto a questi , per , colloca altri due importanti

concetti che idealmente sono la base da cui la propria teoria si evolve: bisogno e assistenza infermieristica.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Comportamento osservabile che si attua mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate, per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato . Ma se l assistenza infermieristica si attua nei confronti di un bisogno attraverso le azioni infermieristiche queste ultime come dovranno essere?

AZIONI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La Cantarelli non parla di azioni di assistenza infermieristica ma di prestazioni quali risultati conseguiti mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate, per risolvere un bisogno specifico di un cittadino / malato.

Date queste due premesse, e considerando l assistenza infermieristica come un concetto dinamico, si pu considerare il concetto di prestazione infermieristica come elemento determinante nella definizione dei concetti della disciplina infermieristica. Questa concettualizzazione di cosa sono le prestazioni, definisce il primo livello nell elaborazione della teoria, poich definire concetti come questo significa identificare parti del sapere a cui gli infermieri possono fare capo (modello concettuale). Ma cosa in realt una prestazione infermieristica e dunque cosa si intende per modello delle prestazioni infermieristiche?

8-1-1 PRESTAZIONE INFERMIERISTICA

Per poter comprendere pienamente il concetto di prestazione infermieristica bisogna richiamarsi ai tre elementi principali che risiedono nella definizione data:

1. ***risolve un bisogno specifico ;***
2. ***un complesso di azioni coordinate ;***
3. ***un risultato .***

RISOLVE UN BISOGNO SPECIFICO

Generalmente quando si parla di bisogni ci si riferisce ad una necessit dell individuo di qualsiasi natura essa sia e se essi siano o meno riconosciuti consciamente o inconsciamente. E , infatti, l azione di questi bisogni che sollecita l uomo ad agire durante la sua esistenza. . . . ma allora cosa si intende per bisogno specifico di assistenza infermieristica?

L autrice da una risposta esaustiva a tale domanda affermando che Esso la necessit , l esigenza da parte dell uomo di ricevere assistenza infermieristica qualora si verifichino particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedano. Il bisogno pu essere manifesto o meno e da queste due situazioni si genereranno rispettivamente una domanda di assistenza infermieristica o una domanda generica di

salute. I bisogni non conosciuti sono insiti nelle persone e sono quantitativamente maggiori di quelli conosciuti; ad essi, riprendendo il modello della Orlando, si indirizza la cos detta prevenzione primaria. Compito dell infermiere , data la natura di queste due tipologie di bisogni, il portare quelli sconosciuti in posizione manifesta per poter agire con una prestazione infermieristica, anche se generalmente un bisogno trasformato un bisogno generale . L individuazione del problema/bisogno permette a l infermiere, inoltre, di indirizzare l assistenza infermieristica mostrando cos il suo alto grado di professionalit acquisito con le varie conoscenze non solo tecniche.

L individuazione di assistenza infermieristica non una casualit ma il risultato dell osservazione del fare infermieristico dato dalle diverse attivit svolte dall infermiere; questo raggruppamento di bisogni, ha permesso di delineare delle azioni infermieristiche corrispondenti atte ad assolvere i bisogni stessi.

Lo schema seguente mostra tale classificazione paragonando ai bisogni le azioni correlate e che hanno lo scopo di assicurare il proprio assolvimento, fatta eccezione per gli ultimi due che vengono definiti indotti .

I bisogni di assistenza infermieristica	Per ogni bisogno una prestazione infermieristica
1. bisogno di respirare	1. assicurare la respirazione
2. bisogno di alimentarsi ed idratarsi	2. assicurare l alimentazione e l dratazione
3. bisogno di eliminazione urinaria ed intestinale	3. assicurare l eliminazione urinaria ed intestinale
4. bisogno di igiene	4. assicurare l igiene
5. bisogno di movimento	5. assicurare il movimento
6. bisogno di riposo e sonno	6. assicurare il riposo ed il sonno
7. bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria	7. assicurare la funzione cardiocircolatoria
8. bisogno di un ambiente sicuro	8. assicurare un ambiente sicuro
9. bisogno di interazione nella comunicazione	9. assicurare l interazione nella comunicazione
10. bisogno di procedure terapeutiche	10. applicare le procedure diagnostiche
11. bisogno di procedure diagnostiche	11. eseguire le procedure diagnostiche

E UN COMPLESSO DI AZIONI COORDINATE

Le azioni che l infermiere compie per raggiungere un determinato scopo sono un insieme di atti fisici e/o verbali e/o mentali condotti logicamente .

Data tale definizione, ovvio che un azione costituita da pi atti ed finalizzata all assolvimento di un problema/bisogno in un processo decisionale in cui si susseguono pi azioni contemporaneamente. Le prestazioni, perci , sono finalizzate ad un unico risultato ed il processo decisionale per la loro scelta ne da due tipologie :

SEMPLICI*:* sono quelle in cui la correlazione tra azioni e risultato evidente e non c quasimai bisogno di azioni accessorie;

*COMPLESSE***:** sono quelle che presentano una serie di variabili possibili con una empiricit maggiore ma con una consequenziale incertezza nei risultati.

Le prestazioni infermieristiche, inoltre, possono essere:

LIMITATE: se il loro campo di azione in stretta connessione con altri campi del sapere per cui all infermiere dato scarso spazio di autonomia.

AUTONOME: se sono riferite a specifici campi del sapere infermieristico e quindi possono avere una autonomia quasi totale.

Data la natura delle prestazioni la Cantarelli compie una differenziazione delle azioni all interno di una stessa prestazione infermieristica in base al livello di dipendenza delle persone verso cui la prestazione orientata. Questo concetto viene

rappresentato su una linea ideale ai cui due poli viene messa l autonomia e la dipendenza e tra queste vari livelli in cui si pu trovare il paziente.

La linea definita continuum, individua la posizione della persona in base al soddisfacimento del bisogno e traccia livelli definiti con azioni infermieristiche, le quali, idealmente, dovrebbero spingere l individuo verso il polo dell autonomia.

Le azioni sono:

- **Indirizzare:** si intende con tale termine la capacit di orientare l individuo grazie ad un criterio di scelta ottimale; l individuo apprese determinate conoscenze capace di procedere autonomamente;

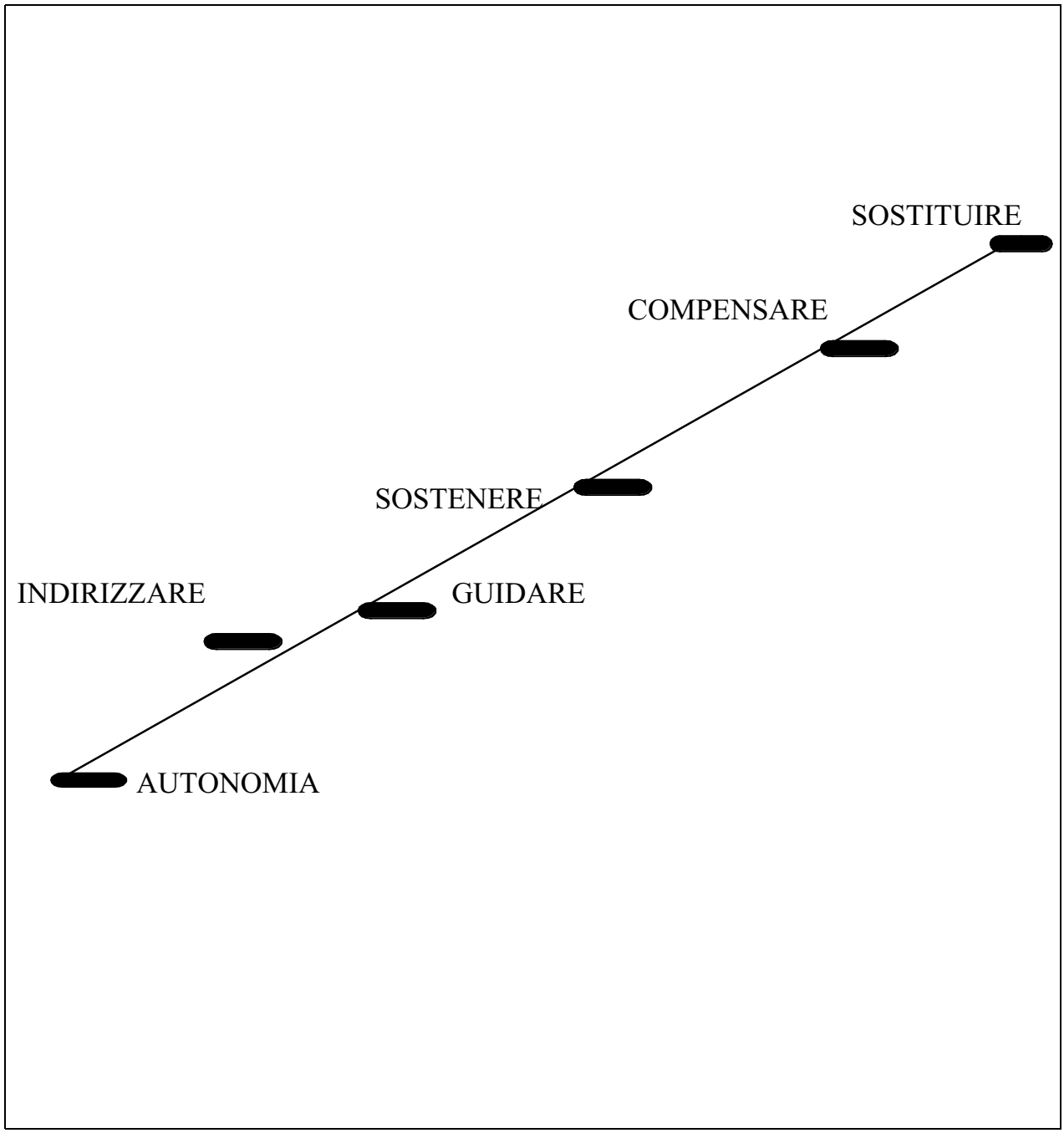
- **Guidare:** l infermiere deve sorreggere la persona nelle proprie scelte poich essa in grado date determinate conoscenze e compiute alcune scelte di assolvere ai propri bisogni;

- **Sostenere:** si sostiene allor quando si contribuisce a mantenere una condizione di stabilit ; la persona messa nelle condizioni di farlo in grado di mantenere una propria stabilit ;

- **Compensare:** con questa parola si intende un intervento riparatore, parziale, a favore di una condizione in parte compromessa;

- **Sostituire:** anche se abbastanza evidente il termine sostituire implica l espletare in funzioni di altri determinate mansioni con ausili di ogni genere.

CONTINUUM AUTONOMIA/DIPENDENZA



E UN RISULTATO

La prestazione a contrario della mansione responsabilizza l infermiere sul risultato conseguito poich all infermiere stesso, vengono dati ampi spazi di autonomia nella conduzione del processo assistenziale.

L infermiere l unico responsabile dell erogazione della prestazione decidendo:

- Tipologia di intervento;
- Modalit di azione;
- Tempi di erogazione e valutazione .

Questa visione delle prestazioni infermieristiche dona all infermiere la sua qualifica di professionista il quale, avendo un bagaglio di conoscenze, un codice deontologico per applicarle ed un autonomia per farlo diviene il primo responsabile dell assistenza infermieristica e quindi dei risultati che essa ottiene.

Ma come si pu ottenere tutto ci dato che possono crearsi situazioni in cui si potrebbe mettere in discussione l autonomia di ognuno in relazione al benessere dell utenza?

A questo scopo sono nati i comitati etici e le varie associazioni collegivatizanti, ma questo non basta di certo!

E qui, infatti, che si colloca il discorso della necessit di modelli concettuali di riferimento per guidare una assistenza infermieristica UNICA (ed anche, e soprattutto, nelle prestazioni!).

L infermiere essendo dotato di una competenza tecnica esclusiva, ha la completa autonomia professionale rispetto ai risultati della propria attivit , intendendo per risultati il soddisfacimento dei bisogni. Ma per definire la competenza tecnica di cui si parlato necessario delimitare i margini entro cui la professione si rende operativa e collocandovi al proprio interno le prestazioni infermieristiche.

Si pu affermare, infine, che dato poich le prestazioni infermieristiche responsabilizzano l infermiere sul risultato e donano autonomia professionale, avendo individuato le prestazioni infermieristiche si sono individuati i margini di operativit dell autonomia stessa.

Proponendo il concetto di prestazione infermieristica si osservato come si sono ottenuti i seguenti risultati ottengano risultati come:

- erogare un assistenza alla persona, cio personalizzare l assistenza ;
- contribuire alla sistemazione ed organizzazione del corpo delle conoscenze del sapere infermieristico ;
- definire le competenze nelle quali si assume piena autonomia .

8-1-2 PRESTAZIONI INFERMIERISTCIHE, AZIONI ED ATTI NEL MODELLO CONCETTUALE

L autrice propone per ognuna delle undici prestazioni infermieristiche delle azioni che permettono all infermiere di raggiungere le finalit che quella prestazione si prefigge; nessuna azione cos , come nessun atto, si ripete in pi di una delle prestazioni e nelle tabelle le azioni del livello precedente non si ripetono in quello successivo. Tuttavia, azioni o anche atti, che fanno parte di una determinata prestazione, possono avere bisogno di altri apporti provenienti da altre tipologie di prestazione. Ogni azione prestazione, infatti, si destina verso un unico essere: la persona bisognosa di aiuto nella linea del continuum verso il capo dell autonomia.

L utilizzo delle prestazioni infermieristiche pi che mai improponibile secondo un rigido schema data la forte interscambiabilit delle sue componenti, ma bisogna precisare che per fare s che una prestazione possa avere luogo bisogna che vi sia, comunque , uno schema da quale partire per procedere nella propria autonomia.

La teoria di Marisa Cantarelli appare attualmente uno dei modelli concettuali maggiormente verificabili ed , inoltre, pone bene in evidenza la natura del nursing concettualizzando con tangibilit i propri elementi.

La teoria appare indubbiamente chiara nelle sue componenti , generabile proprio per il suo vasto campo di applicazione e senza dubbio professionalizzante!

L utilizzo delle prestazioni infermieristiche, come strumento per una riqualificazione personale alla luce di un autonomia professionale legata al conseguimento dei risultati, pone l infermiere come unico protagonista dell assistenza.

La Cantarelli , infatti, sembra precorrere i tempi affermando che il proprio modello concettuale slegato dal mansionario allora ancora in vigore, poich l autonomia infermieristica non una questione di fiducia ma di competenze!

8-2 RENZO ZANOTTI ED IL NURSING INTESO COME STIMOLO DI ARMONIA-SALUTE

La teoria elaborata dal Prof. Zarnotti parte dalla convinzione che l infermiere oggi giorno deve continuare la propria mission attualizzando non solo le metodologie di intervento ma anche il campo verso cui esse sono dirette.

Il quadro introdutivo del modello , infatti, parte da un paragone che l autore compie tra l ambiente, centro dell operato di Florence Nightingale, e la qualit dell assistenza, centro indiscusso dell opera del infermiere d oggi. In questo confronto, l autore, sottolinea la necessit di un quadro teorico che metta in grado l infermiere, di esplicitare e generalizzare gli asserti teorici stessi per renderli generali tramite la comprovazione empirica.

Questa premessa che il prof. Zarnotti compie, sottolinea la necessit di azioni non pi imitative ma ragionate : il saper essere per il saper fare!

Il modello concettuale muove da l assunto che identifica la salute come uno stato temporaneo che esprime solamente in parte le vera potenzialit dell individuo.

Queste potenzialit di salute possono subire, a loro volta , l influenza di fattori esterni o interni alla persone che determinano cos la messa in atto degli stessi e non sempre sotto il controllo della persona.

Possono , infatti, rendersi necessari, alcuni interventi che comunque rimarranno esterni all individuo e che saranno direttamente proporzionali nell efficacia alla capacit di stimolare la messa in atto. Il nursing in questo quadro concettuale, viene identificato come l individuazione e la determinazione di azioni che pi di altre rappresentano un beneficio alla salute, promuovendo la stessa messa in atto delle potenzialit di salute.

Il modello di Nursing come stimolo di armonia e salute da un ampia prospettiva nell interpretazione dell individuo e della salute in rapporto alle possibili scelte assistenziali.

8-2-1 ASSUNTO E CONCETTI CHIAVE

Il fenomeno di interesse del nursing la persona; questa possiede un potenziale di salute uguale o superiore a quella in atto. Scopo dell assistenza infermieristica l attivazione di tale processo di salute .

Questo l assunto dal quale la teoria origina ed in esso si possono ritrovare tutti gli elementi della teoria con esplicazione chiara e semplice del loro ruolo; tuttavia, per poter meglio comprendere la totale natura della teoria, necessario capire ed approfondire i tre elementi costitutivi (persona, salute ed assistenza) della stessa in maniera analitica e logica.

PERSONA: Si definisce con questo termine un sistema psicobiologico in grado di interpretare il s , l ambiente entro cui collocato, assegnare simboli e significati, esprimere emozioni e produrre comportamenti. La persona definita costruttore della realt soggettiva come interpretazione del mondo percepito e questo lo fa con processi cognitivi di interpretazione e valutazione influenzati o meno dal soma.

L attivit cognitiva dell individuo non solo influenza la sua risposta ma anche il suo potenziale di salute; questo processo , per , come saggiamente sottolinea l autore , pu avvenire anche in senso opposto, dalla componente biologica quindi.

SALUTE: il termine salute identifica lo stato di una persona quale risultante dei suoi processi biologici e cognitivi ed determinata dall insieme dei prodotti dei suoi processi . Secondo il teorico questi processi hanno la capacit di modificare il loro prodotto in base all esigenza di vita ed in relazione al sistema.

Il sistema possiede un potenziale di salute che viene a determinarsi sulla base dei seguenti fattori:

1. limite massimo di fluttabilit adattiva dei processi per mantenere il loro prodotto adeguato alle esigenze del sistema;
2. disponibilit di comportamenti utili, in condizioni limiti, per rispondere alle sollecitazioni che provengono dall ambiente.

Ogni individuo, infatti, possiede un potenziale di salute proprio che corrisponde alla sua capacit di modificare i propri processi per mantenere uno stato di coerenza tra

gli stessi e le esigenze del sistema; questo , per , solo quando il sistema venga sottoposto a sollecitazioni o modifiche conseguenti a traumi o altro.

Per la determinazione del potenziale di salute si necessita di un approccio sistemico poich esso una risultante di sistema e non di un singolo apparato o processo.

ASSISTENZA: in campo infermieristico, con il termine assistere , si intende la messa in atto di azioni volte ad attivare le potenzialit e in loro mancanza sostituirle per permettere uno sviluppo della persona.

L assistenza professionale alla salute viene svolta attraverso azioni volte a stimolare:

- lo sviluppo di un maggiore autocontrollo del sistema sulle variazioni dei processi;
- una maggiore consapevolezza di s e dell ambiente;
- una maggiore interazione con l ambiente tramite attivazione di comportamenti idonei;
- il recupero di efficienza di uno o pi processi tramite supporto diretto.

In tale prospettiva le finalit del nursing appaiono pi che mai chiare:

1. identificare il potenziale di salute in confronto all attuale stato della salute stessa;
2. proporre sempre la massima attivazione di tale potenziale.

8-2-2 STRUTTURA E FUNZIONAMENTO DEI PROCESSI

Per poter parlare di come strutturato un processo e di come esso agisca, bisogna , innanzitutto, definire cosa si intende con tale termine; il prof. Zarnotti in risposta alla domanda di definizione afferma che : il processo una sequenza di comportamenti biologici o cognitivi, gerarchicamente collegati e finalizzati a determinare un prodotto che risulta essere il prodotto complessivo dello stesso . La capacit adattiva dell organismo, infatti, si riferisce alla capacit di modificare l intensit dei processi e quindi del loro prodotto. La vita in quanto sistema adattivo dinamica e, proprio per questo, dispendiosa di energie che sono della stessa natura del sistema.

FLUTTAZIONE DEI PROCESSI

L intensit che regola i processi variabile e strettamente connessa all esigenze del sistema che li genera, ma cosa accade se si raggiungono situazioni limite su questo fronte? L autore identifica due situazioni:

1. ***MANCANZA DI STIMOLI ATTIVATORI;***

Senza alcuno stimolo il sistema risulterebbe fermo in una condizione di stasi incompatibile con la vita stessa; fortunatamente l organismo fornito di meccanismi di feed-back fisici e biochimici che allertati da valori del sistema sotto la norma, agiscono come stimoli attivatori fino a quando non si raggiunge un livello basale dal quale anche gli stimoli scomparsi sono riattivati.

Questo carattere di auto-stimolazione dimostra come il, sistema si autorigeneri ogni volta che vi una condizione di difficolt asserendo, cos , che la ragion d essere del sistema slegato dall ambiente esterno.

2. ECCESSO DI SIMOLI ATTIVATORI

Vi possono essere delle situazioni come condizioni ambientali particolari, alterazione dei meccanismi di controllo, alterazione di altri processi creanti un sinergismo di stimolazione, che possono generare una situazione di sovrastimolazione di un processo.Ogni processo, per , costituito da un range di variabilit entro cui lo stesso pu evolversi ed accettare le stimolazioni, ma cosa succede se si sconfina da questo invadendo, oltretutto, il campo d azione di altri processi? Si avrebbe un eccessiva attivit e quindi un rapido esaurimento delle strutture ed un alterazione dei processi correlati e quindi del sistema.Per prevenire o combattere tutto ci esistono comportamenti che intervengono sull ambiente , sulla ricezione degli stimoli o compensando con soluzioni adattive. Da questo ulteriore quadro, viene fuori che la salute di un organismo in funzione della sua capacit di:

1. mantenere i suoi processi ad un livello medio anche in condizioni di quiete;
2. mantenere il controllo dell intensit dei processi, soprattutto, in condizione di sovrastimolazione. Si elaborato uno schema, riportato di seguito, in cui, date due premesse, si esplica chiaramente la logicit delle stesse scorporandole in frasi minori, ma poste in maniera consequenziale.

Proposizioni riferibili al concetto di salute e bisogno esemplificative della logica deduttiva della teoria

Premessa 1: Ogni essere umano un sistema psiche-soma costituito da processi ed elementi; gli elementi compongono la struttura, i processi permettono il funzionamento integrato e finalizzato del sistema lavoro. S : I processi permettono il funzionamento integrato e finalizzato. Allora: I processi devono poter variare di intensit in rapporto allo stato del sistema, all ambiente in cui il sistema si colloca e alla finalit che persegue. Quindi: Il sistema deve possedere meccanismi di controllo sulla variabilit dei suoi processi al fine di mantenere la sua armonia interna e con l esterno. Di conseguenza: il sistema (ogni persona) ha la capacit regolativa dei suoi processi di funzionamento; tale capacit regolativa esprime la salute del sistema stesso.	**Premessa 2:** La persona (sistema) sottoposta all azione di stimoli che richiedono l adattamento con l attivazione continua di meccanismi di controllo dei processi. Se: L azione di fattori alteranti superiore alla capacit di controllo dei meccanismi regolativi (o i meccanismi sono indeboliti). E se: Un processo pu variare in modo non controllabile del sistema determinando lo squilibrio dello stesso con la perdita del suo stato armonico. Allora: Un sistema disarmonico produrr comportamenti conseguenti all alterazione, volti a compensare l effetto squilibrante, con l attivazione di maggiori risorse del sistema stesso. Se: I comportamenti compensativi ulteriori prodotti da un sistema disarmonico sono attivati dallo stesso allo scopo di recuperare la condizione di armonia. Allora: il sistema possiede potenzialit di salute nella misura in cui dispone ed in grado di utilizzare risorse per comportamenti finalizzati e di maggiore complessit . Quindi: Un sistema che si squilibra ma risponde efficace attivando le proprie potenzialit mantiene la propria armonia e quindi salute. Di conseguenza: La persona che, in condizioni di squilibrio, non produca i comportamenti utili per riprendere il controllo dei propri processi (mancanza o non attivazione delle potenzialit) rappresenta una condizione di disarmonia .

8-2-3 IL BISOGNO QUALE STATO DI ALTERAZIONE DEL PROCESSO

In condizioni di impossibilit a mantenere l intensit del sistema, un processo metter in funzione meccanismi compensatori che agiranno secondo due direttive:

- riportare il sistema ad un livello necessario di intensit ;
- modificarsi in funzione adattiva.

Pu accadere per , che nessuna di queste due eventualit sia realizzabile ponendo cos il processo in uno stato di scompenso ai danni del sistema stesso. Questo stato, caratterizzato dall alterazione di un processo in mancanza di capacit di controllo , costituisce lo stato di *bisogno* del sistema. Poich il bisogno la risultante di un alterazione, si manifesta con comportamenti comuni e/o specifici. Il bisogno anch esso caratterizzato da un intensit , che l autore identifica con la discrepanza tra la disponibilit del prodotto e la necessit del sistema, e da indicatori costituiti dal grado di variazione dell intensit del processo e dei comportamenti compensatori correlati. Il bisogno quindi:

- Una discrepanza tra disponibilit del prodotto del processo e necessit del sistema;
- Una non compensazione della discrepanza con meccanismi automatici.

Tabella dei processi.
Aree del sistema-persona

	Processi umani	Componenti di processo	Bisogni potenziali di interesse per l assistenza
Funzionamento	Metabolismo	Nutrizione	Ingestione di alimenti non coerente rispetto alle necessit di energia dell organismo con conseguenze osservabili nel rapporto peso/altezza e nella biochimica del sangue
		Eliminazione filtrato renale	Alterato svuotamento vescicale con conseguente ristagno o perdita indesiderata di urine
		Eliminazione prodotto intestinale	Alterato svuotamento intestinale con conseguente permanenza o perdita indesiderata di feci.
	Sonno/veglia	Ciclo sonno/veglia	Alterazione del ciclo sonno/veglia con conseguenze sul livello di performance e di vigilanza cognitiva.
	Motricit	Movimento	Movimento insufficiente rispetto alle esigenze di mantenimento della funzionalit della struttura/organismo, con conseguenze sulla funzionalit dei processi correlati.
Scambio	Respirazione	Ventilazione	Meccanica dell attivit respiratoria insufficiente alle richieste dell organismo con conseguente ridotta tolleranza all attivit .
	Circolazione del sangue	Perfusione tessutale	Apporto di sostanze nutritive e di ossigeno insufficiente rispetto alla richiesta delle cellule con conseguenze immediate sullo stato dei tessuti perfusi e successivamente del sistema
S	Percezione di s	Percezione del corpo	Rappresentazione mentale alterata della struttura, di parti o della posizione spaziale di parti o tutto il proprio corpo.
		Stima di s	Immagine di s alterata riguardo alle potenzialit , capacit o aspetto sociale.
		Integrit del s	Valutazione alterata di pericolo in rapporto a eventi del presente o del futuro con conseguente reazione difensiva.
		Affettivit	Incapacit a creare, mantenere o modificare relazioni significative con gli altri.
		Sessualit	Percezione di identit e/o capacit sessuale incoerente con quella desiderata.
	Conoscenza	Consonanza di credenze e valori	Discrepanza tra le strutture culturali che il soggetto possiede e gli eventi che accadono. La discrepanza si esprime nei comportamenti emotivi e di interazione.

8-2-4 TIPOLOGIE E TECNICHE D INTERVENTO

Secondo il modello concettuale l azione, e quindi la modalit d intervento, uno stimolo attivatore dei meccanismi autonomi o volontari del soggetto di liberarne le potenzialit . Le attivit di intervento, infatti, che fungono da stimoli attivatori, sono incluse negli interventi professionali infermieristici.

A questi interventi, che si basano per la maggior parte sul controllo del dolore, vanno inclusi quelli di stimolazione cognitiva e comportamentale. Gli interventi sono per propria natura personalizzati e quindi adattati alla condizione fisiopatologica del paziente che il protagonista del atto assistenziale; senza una sua effettiva collaborazione, dettata da una volont , non vi efficacia.

L atto deve essere quindi compiuto nel momento in cui il paziente si sente maggiormente rilassato ed a suo agio e successivamente va effettuata un analisi verificativa sulla corrispondenza tra aspettative e risultati.

Associato all intervento compiuto dall infermiere, inoltre, si devono progettare con il paziente apprendimento ed esercitazioni al fine di fargli comprendere pienamente le caratteristiche della sua malattia e del trattamento consequenziale.

8-2-5 CONSIDERAZIONI SULLA TEORIA

La teoria elaborata dal prof. Zarnotti frutto, indubbiamente, di una delle nuove correnti di pensiero all interno della ricerca infermieristica non solo italiana ma addirittura mondiale. Nella stesura di questa opera, infatti, furono molti gli scopi che si tentarono di perseguire non allontanandosi, comunque, dal suo fine ultimo; i risultati per , diedero una teoria nuova ed autodefinente come i principi che la fondano. Analizzando il modello concettuale, attraverso i quattro criteri di qualit , evidente la strana altilenanza di pregi e difetti al suo interno.

La teoria non chiara poich vengono utilizzati concetti non sempre comprensibili da tutti e la loro interconnessione non manca di difficolt , ma di contro eccelle nelle prove empiriche con preponderanza. Compiendo un paragone, alquanto grossolano, con la teoria di H. Peplau si pu notare come anche in questa vi sia un grande utilizzo di prove empiriche ma queste, a differenza di quelle del modello del prof. Zarnotti, non hanno lo stesso carattere di evidenza. Nello stesso modo , per , appare evidente la dissonanza che esiste tra le applicazioni pratiche di questa teoria e altre giudicate importantissime come nella teoria di Marisa Cantarellli.

La difficolt di comprensione del modello concettuale ha portato, infatti, a darne una visione utilitaria solo in situazioni specifiche come nell assolvimento di bisogni quali il dolore; largo uso stato fatto della teoria in reparti di aria critica allontanandosi, cos , da una generale utilizzazione assistenziale.

Questo modello di riferimento per il nursing, tuttavia, ha in s moltissime potenzialit sia per l assistenza che per i suoi professionisti. La teoria Nursing come stimolo di armonia-salute , vede il superamento del infermiere inteso come esecutore di una specifica attivit professionale, per spostarsi su una visone che vede l interesse dell infermiere su quelle che l autore chiama manifestazioni della persona .

La persona che soffre, infatti, un fenomeno di interesse per l assistenza a causa delle sue manifestazioni; l infermiere ha il compito di mettere in atto interventi efficaci per il miglioramento della condizione che genera la manifestazione.

Nursing inteso come stimolo di armonia-salute quindi una prospettiva o linea guida per un assistenza che si fa attivatrice di potenzialit al fine di divenire capaci nel crearsi nuovi livelli di armonia per una migliore qualit di vita percepita.

CAPITOLO IX

COMPARAZIONE TRA LE TEORIE

9-1 E POSSIBILE COMPARARE? E PERCHE FARLO?

Con il termine comparare s intende un analisi minuziosa di due o pi fenomeni evidenziando similitudini , differenze, affinit e divergenze. Si compie, infatti, una comparazione, quando dati due sistemi A e B si intende estrapolare elementi affini e/o divergenti al fine di compiere una qualificazione degli insiemi stessi.

Questo concetto pone bene in evidenza , il carattere di selettivit che identifica la comparazione definendola in termini di selezione naturale .

Si applica una comparazione, infatti, in vari campi del sapere, per operare quella azione definita di scrematura , necessaria all individuazione di elementi elettivi e/o basilari. Se si fa riferimento al nursing, parlando di comparazione, si sottointender un analisi qualificativa delle teorie che muovono il sapere di tale scienza.

Ma perch compiere una comparazione nel nursing?

Da un punto di vista superficiale, appare riduttivo ed al quanto offensivo verso le teorie stesse, sottoporle ad una scrematura qualitativa poich gli elementi costitutivi non possono essere separarti dal discorso teorico di appartenenza che li rende logici.

Ad un analisi pi scrupolosa , per , si vedr come la comparazione identificher non persone o singoli elementi ma concetti quali fondamenta per la teoria stessa.

I concetti, infatti, per propria natura sono auto definenti e non necessitano di giustificazione data da un costrutto teorico.

L individuazione di questi, dunque, permetter di compiere la comparazione e quindi di usarli in maniera logica e consequenziale per un miglioramento del nursing stesso.

La pratica assistenziale , fondata su dei modelli teorici, risulter arricchita da questa visione globale ed allo stesso tempo selettiva del sapere infermieristico, individuando cos , nuove cos strategie d azione.

Ben venga , dunque, una comparazione intesa non pi come selezione naturale degli elementi costitutivi ma al contrario definita come individuazione di concetti comuni, base di riferimento per una pratica infermieristica disciplinata e deliberata.

9-1-1 COMPARAZIONE TRA I QUATTRO SISTEMI DI TEORIE CON RIFERIMENTO AI MODELLI CONCETTUALI ITALIANI

Nel compiere un confronto/analisi tra i quattro sistemi di teorie analizzate singolarmente, attraverso le teorie pi significative, si cercato da prima di identificare pregi e difetti delle singole.

Nello stilare le considerazioni, alla fine di ciascuna teoria, si cercato di rispettare una critica chiara secondo i quattro criteri di qualit (chiarezza, generalit , prove, utilizzo di prove empiriche e conseguenze derivabili) della teoria stessa e , dunque, individuare similitudini e differenze. Sono stati osservati principalmente i tratti accumunanti delle varie teorie poich si constatato che, riferendosi al settore delle differenze, il lavoro sarebbe divenuto dispendioso, prolisso ed impreciso.

Primo elemento ad essere considerato, in quanto fulcro di similitudini ideologiche, stato l *ambiente* inteso come *fattore essenziale nella pratica infermieristica* .

La prima teorica che parl di questa realt fu Florence Nightingale alla quale, successivamente, si richiamarono la Neuman, la Orem, la Rogers e la Roy; ma ci furono anche altre teoriche che dal pensiero di costei si allontanarono. Questo secondo gruppo di teoriche , Orlando, Peplau e Levine, capitanate da Virginia Henderson, partirono nell elaborazione teorica dal concetto di dipendenza ed il

relativo ruolo del nursing. Il concetto cardine, infatti, quello secondo cui l uomo circoscritto tra una situazione di dipendenza ed una d indipendenza ed il ruolo del nursing quello di guidarlo verso il secondo polo.

Ma in che modo?

Secondo il pensiero di una parte di teoriche, quali la stessa Rogers, raggiungere l indipendenza un processo sociale dal quale non si pu slegare non solo il concetto di ambiente, ma soprattutto quello di persona; ed su questo che si compie una ulteriore differenziazione.

Teorie come quella dei sistemi appaiono di grande utilit nell assistenza alla persona, intesa come malato, mentre altre , come quelle interpersonali, si indirizzeranno verso la persona intesa come individuo sia sano che malato. Il fine ultimo dell assistenza, infatti, l individuo ed il nursing, deve essere inteso come strategie d azione per la sua sicurezza nelle migliori condizioni possibili.

Questo pensiero, permeante i quattro sistemi teorici, da quello di nursing umanistico fino a quello dei campi di energia, ha permesso l evoluzione del nursing con la formazione di un pensiero unico ed unificante all interno della comunit scientifica.

Questo presupposto, aspetto interessante della ricerca scientifica , guida l elaborazione di nuovi modelli concettuali nello stesso panorama infermieristico italiano . La teoria delle Prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli, ad esempio, non solo riqualifica la figura dell infermiere come professionista ma

identifica un assistenza infermieristica improntata sulla persona. In tal senso, si pu affermare che si compiuto un notevole progresso nell evoluzione dei modelli concettuali, intesi come quadro di riferimento teorico ma soprattutto come linee guida per la pratica assistenziale.

Lo stesso Zarnotti, nell ambito della propria teoria, propone un assistenza intesa come stimolo tendente all armonia salute e per fare ci da precise indicazioni che si traducono in linee guida (Trattamento del dolore).

Richiamandoci alla teoria delle Prestazioni in infermieristiche, unitariamente a quella di teoriche come la Neuman e la Rogers, si potr difatti notare come accanto al concetto di persona vi sia quello di azione-atto infermieristico.

Una qualificazione di quest ultimo pu essere riscontrato nell affermazione di Ida Jean Orlando che lo definisce come deliberato e non di certo automatico .

Un analisi comparativa pi attenta, di tutte le teorie intese come sistemi di teorie o come singoli concetti, ha evidenziato un medesimo filo conduttore (persona, atto infermieristico) sul quale agiscono stimoli (stress, ambiente, interelazioni) che opportunamente indirizzati, paradossalmente, possono fungere da aiuto-guida. Appare riduttivo parlare di comparazione tra filosofie del nursing inteso come arido tentativo di ricerca di un modello concettuale di riferimento. L obbiettivo comune a tutte le teorie, che guida infatti la pratica del nursing, non sottointende l utilizzo di un metodo elettivo poich si constatato che qualsiasi esso possa essere non potr mai fronteggiare ogni situazione assistenziale.

Chi pratica la professione infermieristica deve poter usare i modelli che meglio rispondono ad una determinata situazione, e per fare ci , ci si deve riferire ad un insieme di varie teorie o modelli che opportunamente correlati, donano una visione di riferimento esaustiva. L uso ragionato nella pratica clinica di modelli concettuali correlati offre un metodo per verificare empiricamente le idee che sono alla base degli stessi e la indirizzano lungo una linea guida di pensiero.

La trasmissione, inoltre, di ulteriori esperienze e conoscenze ad opera di infermieri, infermieri-ricercatori e di pratica assistenziale continuata arricchisce lo specifico campo di conoscenze, pavimento di ogni professione.

L uso sistematico di teorie del nursing intese come filosofie dell assistenza , struttura e disciplina l assistenza, o meglio, la pratica infermieristica; funge, inoltre, da valido quadro di riferimento per l insegnamento agli studenti, futuri infermieri professionisti del nuovo millennio.

SEZIONE SPERIMENTALE

CAPITOLO X

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE BASI TEORICHE E CONSEGUENZE DERIVABILI TRA GLI INFERMIERI

10.1 MOTIVAZIONI DELLA RICERCA

A conclusione del mio lavoro di tesi, dopo aver effettuato un analisi comparativa tra le pi significative filosofie del Nursing, ho voluto compiere un indagine conoscitiva sulle stesse tra gli infermieri, quali professionisti unici dell assistenza e delle teorie che la muovono.

le motivazioni che mi hanno spinto a tale ricerca sono state molteplici ma per comprenderle necessario partire da un assunto chiave che venuto fuori dall analisi della parte compilativa: l infermieristica, per definizione, rappresenta l assistenza nella sua pi vasta accezione e, quindi, da essa si generano. Non vi , infatti, concetto di assistenza nella pratica medica, poich essa non assolve ai bisogni/problema dell uomo/paziente, campo d azione dell infermieristica.

Questo pensiero, se pur semplice, ignorato da molti operatori sanitari generando, conseguentemente, caos, scambio di ruoli e problemi professionali. L eterna disputa tra medici ed infermieri, infatti, affonda le proprie radici in questa non comprensione dei ruoli divenendo non solo dimostrazione della mancata conoscenza delle rispettive professionalit ma, soprattutto, un campanello d allarme per il Nursing. L infermiere, infatti, che non ha ben chiaro il proprio campo d azione

e quindi il proprio essere risulta sia destrutturalizzante per la professione ma cosa ancor pi grave, un pericolo per i destinatari dell assistenza stessa.

Come possibile che questo possa accadere?

E questa la domanda dalla quale nata l idea dell indagine conoscitiva intesa come ricerca speculare delle nozioni teoriche per una reale e cosciente pratica assistenziale. Si cercato di comprendere, dunque, se vi sia una relazione tra conoscenza teorica e conoscenza professionale e quali fattori giocano un ruolo determinante su tale rapporto.

Vi la necessit , infatti, di basi (teoriche) da cui partire per crescere (professionalmente) nel migliore dei modi!

Emanuel Kant diceva : Siamo fogli del passato e padroni del domani!

10.2 LA RICERCA

La ricerca stata condotta su un campione di infermieri tramite la somministrazione di un questionario a risposta multipla (appendice 1).

Nello stabilire un criterio per la scelta di quali ambiti assistenziali prediligere ho ritenuto di non individuarne alcuno poich lo scopo e le motivazioni della ricerca sottointendono in modo egualitario tutti i professionisti dell assistenza. Il questionario stato strutturato su quattro nuclei tematici:

1. L infermiere e la sua professione;

2. L infermiere e l uso delle teorie;

3. L infermiere e la conoscenza delle teorie;

4. L infermiere ed il cambiamento della professione.

Nella prima parte del questionario, dalla domanda 1 alla domanda 6, si sono indagate sia le motivazioni della scelta professionale e sia se queste si possano definire ancora attuali per la realt odierna dell operatore. Ho ritenuto importante dare un quadro d assieme sul professionista chiamato a rispondere poich se la persona intervistata mossa da abitudine, da volont propria o, addirittura, i dati che da essa provengono vanno collocati in un ottica differente.

Nella seconda parte del questionario, le domande che vanno dalla 7 alla 13, lo scopo dei quesiti stato quello di capire se l intervistato si fosse mai trovato ad vere a che fare con teorie infermieristiche e quale fosse stata la sua reazione. Si cercato di acquisire conoscenze non solo di carattere personale ma anche generale, o meglio, sociale sulla realt infermieristica italiana.

Terzo nucleo tematico, domande 14, 15, 16 e 17, stato forse il pi significativo perch qui si indagata la conoscenza delle teorie, la loro utilit e da quale fonte la conoscenza avesse avuto luogo. Attenzione particolare merita la domanda 16 nella quale sono state elencate le undici teorie trattate nel lavoro compilativo per osservare, non solo in modo puro dato statistico, ma anche se vi fossero correlazioni tra la conoscenza di alcune filosofie ed altre.

Nell ultima parte del questionario, domande dalla 18 alla 21, si indagato l atteggiamento dell intervistato di fronte non solo alla teoria infermieristica ed alla sua effettiva volont di cambiamento ma anche alla volont dell infermiere di crescere in tale campo del sapere. Il questionario, inoltre, nella sua introduzione, ha indagato le variabili quali et , sesso, qualifica professionale ed ambito assistenziale. nella presentazione delllo stesso, infine, ho indicato il carattere di assoluto anonimato e la volont di compiere un passo verso il miglioramento professionale; questa premessa voluto essere un invito tra le righe a porsi a proprio agio nelle domande poich esse non sono strumenti inquisitori ma, al contrario, mezzi utili per una crescita collettiva.

10.3 LA METODOLOGIA

E stato somministrato un questionario a risposta multipla, composto da 21 domande, precedute da un quadro introduttivo (presentazione e variabili quali sesso, et , qualifica e reparto) ad un campione di infermieri pari a 300 unit divisi in 13 reparti.

La ricerca stata condotta nella A.S.L. di Lanciano-Vasto in particolare nella struttura ospedaliera di Vasto.

Il tempo necessario affinch vi fosse un turn-over infermieristico e quindi ciascun infermiere potesse compilare il questionario stato fissato in una settimana.

A termine di questa si proceduto al ritiro presso i reparti del questionario per l elaborazione statistica.

I dati acquisiti sono stati riportati di seguito nella statistica delle risposte attraverso una quantificazione percentuale che, anche in casi di impossibilit percentuale totalitaria, ha permesso di avere un effettivo quadro d assieme.

10.4 STATISTICA DELLE RISPOSTE E RAPPRESENTAZIONE GRAFICA

Questionari consegnati	**300**
Questionari compilati	**40 o 13 %**
Tempo di visualizzazione	**1 settimana**
Maschi	**12 o 30 %**
Femmine	**28 o 70 %**
Et media	**32**
Qualifica: *Infermiere* .	**31 o 77.5 %**
Infermiere specializzato	**6 o 15 %**
Caposala ...	**3 o 7.5 %**
Strumentista .	**0**
Altro ..**0**	
Reparto *Anestesia e Rianimazione*	**1 o 2.5 %**
Centro Trasfusionale	**1 o 2.5 %**
Chirurgia generale	**2 o 5 %**
Dialisi (servizio)	**2 o 5 %**
Gastroenterologia	**5 o 12.5 %**
Malattie infettive	**1 o 2.5 %**
Neurologia	**4 o 10 %**
Otorinolaringoiatria	**3 o 7.5 %**
Pediatria	**4 o 10 %**
Pronto Soccorso	**8 o 20 %**
Urologia	**3 o 7.5 %**
UTIC	**3 o 7.5 %**
Scuola Infermieri	**3 o 7.5 %**

DOMANDA 1

Il suo lavoro stata una scelta di vita al servizio degli altri?

Si	***75 %***
No	***25 %***

DOMANDA 2

Ha scelto di diventare infermiere/a

22,5 %	9	Perch credo profondamente nella professione infermieristica come Mission a servizio dei sofferenti
35 %	9	Perch mi affascinava
20 %	9	Perch ho avuto esempi che mi hanno spinto in tale lavoro
12.5 %	9	Perch un lavoro come un altro
10 %	9	Altro

DOMANDA 3

Se potesse tornare indietro sceglierebbe nuovamnete questa professione?

Si	***62.5 %***
No	***37.5 %***

DOMANDA 4

Da quanti anni lavora nella sua attuale qualifica?

32.5 %	9	1 — 5 anni
32.5 %	9	6 — 10 anni
17.5 %	9	11 — 15 anni
17.5 %	9	oltre i 15 anni

DOMANDA 5

Ha sempre lavorato nel suo attuale ambito assistenziale?

Si	***40 %***
No	***60 %***

DOMANDA 6

E soddisfatto del suo lavoro inteso come gratifica personale?

Si	***52.5 %***
No	***47.5 %***

DOMANDA 7

Si mai trovato ad avere a che fare con Modelli concettuali o Teorie infermieristiche?

Si	***55 %***
No	***45 %***

DOMANDA 8

Saprebbe dare una definizione di Teoria infermieristica o Modello concettuale?

Si	***40 %***
No	***22.5 %***
Non so	***37.5 %***

DOMANDA 9

Secondo lei la Teoria infermieristica, la Teoria del Nursing e il Modello concettuale possono definirsi sinonimi?

Si	***22.5 %***
No	***17.5 %***
Non so	***37.5 %***
Alle volte	***22.5 %***

DOMANDA 10

Nella pratica clinica, invece, ne ha adottato?

Si	***42.5 %***
No	***57.5 %***

DOMANDA 11

Se si l uso di una teoria infermieristica o Modello concettuale:

20 %	9 E stata una mia libera scelta
12.5 %	9 E stata una decisione dettata da un protocollo di reparto
5 %	9 E stato un suggerimento che ha solleticato la mia curiosit
17.5 %	9 Altro
45 %	9 Non risponde

DOMANDA 12

Se stata una libera scelta , o potrebbe esserlo, quali sono le motivazioni?

22.5 %	9 Penso che l utilizzo di una teoria infermieristica di riferimento sia basilare per un adeguata assistenza
15 %	9 L utilizzo di una Teoria infermieristica semplifichi ed orienti l assistenza
15 %	9 Utilizzando una teoria infermieristica mi sento tutelato e quindi lontano da rischi sia per me che per il paziente
2.5 %	9 Utilizzando la Teoria infermieristica riesco a risolvere il problema dell approccio al paziente indipendentemente dalla patologia esistente
2.5 %	9 Altro
42.5 %	9 Non risponde

DOMANDA 13

Se invece le stato imposto l utilizzo di una Teoria infermieristica o Modello concettuale quale stata la sua reazione?

0 %	9 Rifiuto

10 % 9 Indifferenza
27.5 % 9 Accettazione
0 % 9 Non Curanza
10 % 9 Curiosit
2.5 % 9 Altro
50 % 9 Non risponde

DOMANDA 14

Cosa pensa dell utilizzo di una teoria infermieristica o modello concettuale nella pratica assistenziale?

17.5 % 9 Essenziale
25 % 9 Utile
25 % 9 Un valido aiuto
2.5 % 9 Indifferente
5 % 9 Una difficolt in pi
17.5 % 9 Decisamente inutile
17.5 % 9 Non risponde

DOMANDA 15

All interno di una teoria infermieristica ha trovato delle incongruenze, discrepanze o addirittura contraddizioni?

7.5 % 9 Si sempre
52.5 % 9 Si alle volte
7.5 % 9 No
20 % 9 Non so
12.5 % 9 Non risponde

DOMANDA 16

Indichi quali delle seguenti teorie conosce

57.5 % 9 Teoria ambientale di Florence Nightingale
52.5 % 9 Teoria dei bisogni di Virginia Henderson
20 % 9 Teoria dell autoassistenza di Dorothea Orem
7.5 % 9 Teoria psicodinamica di Hildegard E. Peplau

0 %	9 Teoria della risposta disciplinata di Ida J. Orlando
5 %	9 Teoria dei sistemi di adattamento di Suor Callista Roy
5 %	9 Teoria dei sistemi di prevenzione di Betty Neuman
10 %	9 Teoria dei campi di energia di Martha Rogers
0 %	9 Teoria della prospettiva di vita di Joyce J. Fiztpatrick
10 %	9 Teoria delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli
2.5 %	9 Teoria dell assistenza inteso come stimolo di armoni-salute
10 %	9 Altra teoria
17.5 %	9 Non risponde

DOMANDA 17

Da quale fonte ha acquisito la conoscenza di tali teorie?

60 %	9 Scuola infermieri
7.5 %	9 Diploma universitario in Infermiere
20 %	9 Studio personale
10 %	9 Corsi di aggiornamento professionale
2.5 %	9 Scuole di specializzazione
7.5 %	9 Riviste, testi ecc..
5 %	9 Colleghi
2.5 %	9 Altro
17.5 %	9 Non risponde

DOMANDA 18

Vorrebbe incrementare le sue conoscenze in tale campo?

Si	***65 %***
No	***12.5 %***
Non so	***22.5 %***

DOMANDA 19

Se ha risposto si per quale motivo?

46.1 %	9 Cultura personale
80.7 %	9 Crescita professionale
3.8 %	9 Acquisizione di capacit critica
15.3 %	9 Ricerca in campo infermieristico

0 % 9 Altro
3.8 % 9 Non risponde

DOMANDA 20

Se ha risposto no per quale motivo?

40 % 9 Non trovo sia utile spendere tempo in tale inutile modo
0 % 9 Impedimenti di carattere remunerativo
40 % 9 Impedimenti di carattere personale
20 % 9 Altro

DOMANDA 21

Pensa che un cambiamento in una maggior e miglior conoscenza delle teorie:

40 % 9 Porterebbe ad un cambiamento della professione
15 % 9 Sarebbe un ottimo modo per fronteggiare solo i problemi dell assistenza pratica
22.5 % 9 Non cambierebbe nulla o comunque molto poco
7.5 % 9 Non sar mai possibile
7.5 % 9 Non sa
7.5 % 9 Non risponde

10.6 CONSIDERAZIONI INIZIALI

Nello stilare un quadro puramente statistico dei risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario, da subito mi sono trovato di fronte il dato, non propriamente incoraggiante, di una risposta pari al 13 % da parte del personale infermieristico. Questa risposta stata successivamente inquadrata da un identikit dell intervistato nel quale l et media risulta essere di 32 anni, gli anni di servizio sono compresi in una variabile tra 1n e 10 ed il sesso prevalentemente quello femminile.

Si osservato, inoltre, come ci sia stata una consistente rispondenza nei reparti di area critica quali il pronto soccorso, con otto questionari compilati, a differenza dei cosidetti reparti base nei quali la risposta stata lieve (gastroenterologia) o addirittura assente (medicina).

Altro dato significativo quello inerente la qualifica professionale nel quale la quasi totalit risulta essere composta da infermieri, seguito da infermieri specializzati ed infine, in modestissima parte, dalla figura del caposala.

E importante notare quest ultimo dato se si considera che la figura di Operatore professionale coordinatore, inquadrato dal D.P.R. 20/12/79 n.761, vede il caposala referente non solo dell organizzazione di reparto ma anche dei modelli concettuali che per esso sono stati adottati. Per tale motivazione, la lieve risposta delle caposala pu anche considerarsi un indice di dubbia professionalit lesiva per il management infermieristico del reparto stesso.

Ultimo dato che ricopre una forte valenza esplicativa per la comprensione del questionario la forte percentuale delle non risposte riscontrata nella quasi totalit delle domande. Questo, infatti, lascia presaggire due possibili realt : l intervistato non ha cognizione di ci di cui si parla e quindi non risponde; l intervistato preferisce non prendere parte all indagine conoscitiva per motivazioni non precisate.

In entrambi i casi comunque appare quanto meno ineducato un tale atteggiamento poich cosi facendo, non solo si sfalsano i dati ma, rendono la comprensione degli stessi difficile e frammentaria.

10.7 ANALISI DEI DATI

Nello stilare un analisi dettagliata dei dati raccolti tramite la somministrazione del questionario, mi sono trovato di fronte il problema di come focalizzare l interesse e, soprattutto, su quali dati.

Ho ritenuto cos di svolgere l analisi, seguendo gli obbiettivi prefissati nei quattro nuclei tematici dal quale i quesiti sono stati creati.

L infermiere e la sua professione

Aspetto fondamentale di questa prima parte l interese verso i principi che hanno mosso e muovono tuttora l operatore nel campo dell assistenza. Ben il 75 % ritiene, infatti, che il divenire infermiere stata una scelta di vita al servizio degli altri e questa convinzione supportata dal 25 % di costoro che affermano di credere profondamente nell assistenza come Mission .

Questo dato, incoraggiante senz altro, per , entra in una leggera contraddizione quando, alle domande 3 e 6 rispettivamente sulla possibilit di ricompiere la scelta professionale e sulla gratifica che da essa deriva, il campione d intervistati non risulta cosi nettamente diviso su un versante a discapito di un altro.

Se pur, infatti, ben il 65 % tornando indietro sceglierebbe di nuovo questa professione solo il 52 % si ritiene soddisfatto del proprio lavoro. Si intravede, quindi, un velo di disillusione verso la realt professionale data dall esperienza.

Questa intuizione avvallata da alcuni dati quali la motivazione della scelta professionale (domanda 2) nella quale un buon 12.5 % afferma che infondo il nursing un lavoro come un altro e da dati come il 25 % della domanda 1 nella quale si afferma che non stata una scelta a servizio degli altri! .

Dato interessante, inoltre quello che mette in relazione il 37,5 % degliin tervistati i quali affermano che non rifarebbero la propria scelta professionale, con gli anni di servizio.

Risulta, infatti, che la maggior parte di costoro svolgono servizio da pi di 5 anni e in vari ambiti assistenziali. Si osservato, quindi, come , nonostante le motivazioni della scelta professionale siano state delle migliori e la maggioranza degli operatori non solo si dice soddisfatta del proprio lavoro ma lo sceglierebbe di nuovo, vi sia una sottointesa sfiducia verso la professione infermieristica affiancata, inoltre da infermiere che vedono l assistenza unicamente come lavoro manuale .

Questo dato deve far riflettere se si considera che il questionario, non solo indaga le conoscenze dell infermiere in ambito tecnico, ma soprattutto, indaga le motivazioni che lo spingono al sapere e quindi alla professione.

Il sentimento di sfiducia non solo risulta deleterio per il professionista ma soprattutto semplifica e svilisce il lavoro di coloro i quali credono nel valore etico e deontologico dell assistenza.

L infermiere e l uso delle teorie

Nel rispondere alle domande di questa seconda parte mi si potrebbe muovere la critica di come sia stato apparentemente errato indagare prima l uso delle teorie e poi le loro conoscenze ma questo non preciso.

Questa scelta di posizioni, infatti, stata fatta sulla convinzione che necessario capire anticipatamente come si entrati in contatto con le teorie infermieristiche e quali frutti tale incontro ha dato prima di comprendere l effettiva conoscenza teorica delle stesse. Un incontro errato nella pratica clinica potrebbe, difatti, aver condizionato l infermiere in una differente e meno utile conoscenza delle teorie dell assistenza.

Attraverso i quesiti si potuto rilevare che la maggioranza, il 55 %, ha avuto a che fare con teorie infermieristiche ma che solo un 42.5 % nella pratica clinica.

Aspetto interessante di questa analisi la forte confusione che la maggioranza ha fatto nel rispondere alla domanda 9 dove veniva chiesto se teoria infermieristica, teoria del Nursing e modello concettuale fossero sinonimi. Nonostante, infatti, alla domanda 8 ben il 40 % degli infermieri ha risposto di saper dare una definizione di teoria infermieristica, non sono stati in grado di distinguere le tre variabili della nona domanda; dato emblematico, a tal proposito, il 37.5 % dei Non so !

Ecco dunque una seconda discrepanza: come mai possibile che si riconosce l importanza di un qualcosa, nel tal caso la teoria infermieristica, se non si ha ancora ben chiaro cosa sia non sapendo distinguerla dai sinonimi e contrari?

Legate a questa riflessione sono da considerare le domande 11, 12 e 13 nelle quali sono state chieste rispettivamente le motivazioni che hanno spinto all uso della teoria e, a seconda se siano state libere scelte o meno, l atteggiamento nelle rispettive situazioni. Viene fuori che l uso della teoria una libera scelta per la maggior parte data dalla ferma convinzione che essa non solo sia essenziale ma sia basilare per un adeguata assistenza. Affianco a questo dato, naturalmente, nasce un altra parte di persone che pur riconoscendo l importanza che l uso delle teorie ricopre non vede l utilit pratica affermando, addirittura, che pu essere una difficolt in pi .

L infermiere e la conoscenza delle teorie

I dati raccolti in questa terza parte del questionario, importantissimi al fine della sua reale veridicit , sono esemplificativi della contraddizione in termini che in tutte le risposte degli infermieri si pu ravvedere. Alla domanda 16 nella quale, ipotizzando 12 teorie, si chiedeva quali di queste si conoscessero, pi della met degli intervistati, 54,5 % e 52,5 %, afferma di conoscere la teoria ambientale della Nightingale e quella dei bisogni della Henderson ma pochissimi di questi ammette di conoscerne altre; esigue, infatti, sono state le risposte multiple a tale domanda dalla quale, al contrario, ci si aspettava una grande variet di risposte.

Ma la terza discrepanza qual ?

Presto detto: pur evidenziata dalla sedicesima domanda una scarsa conoscenza delle teorie, acquisite per la maggior parte presso le scuole infermieristiche, alla

quindicesima domanda, vertente sulla possibilit che in una teoria ci possano essere varie contraddizioni, il 52,5 % ammette questa eventualit affermando alle volte .
Ci si chiede, ora, come possa essere possibile che data una evidente basilare conoscenza teorica si possono riscontrare incongruenze o, addirittura, contraddizioni all interno di una teoria definita scientifica avendo, per giunta come metro di giudizio, una parziale visione del mondo concettuale data dalla Scuola infermieri o, per lo pi , da corsi di aggiornamento, di specializzazione o studio personale.

L infermiere ed il cambiamento della professione

Dopo aver analizzato le risultanti delle prime tre parti in quest ultima si cercato di fare il punto della situazione ponendo all infermiere sulla sua effettiva volont di ampliamento delle conoscenze teoriche e sul suo pensiero in merito alle stesse.
Dato importante, della diciottesima domanda, un 65 % che afferma di voler incrementare le proprie conoscenze alcuni per crescita professionale (80,7 %), altri per cultura personale (46,1 %) ed altri per ricerca in campo infermieristico (15,3 %).
D altro canto, ovviamente, vi il restante 12,5 % che affermando la propria volont di non voler progredire nel campo delle conoscenze teoriche si giustifica con variabili una di carattere personale ed una di carattere utilitaristico. Questo pessimismo, inoltre, si pu ritrovare nell ultima domanda in cui, al quesito se le conoscenze porterebbero ad un cambiamento, il 22,5 % afferma che quest ultimo sarebbe minimo o assente (7,5 %).

Aldil di questo pessimismo, per , si colloca la forte convinzione del 40 % che una maggior e miglio conoscenza delle teorie porterebbe ad un cambiamento della professione.

10.8 CONCLUSIONI

A conclusione di questo mio lavoro di tesi, piccolo tentativo di crescita professionale, mi trovo a dover verificare, come in un buon piano assistenziale, se gli obbiettivi che mi ero proposto inizialmente sono stati accuratamente indagati.

Dai dati che sono emersi, nell indagine conoscitiva, purtroppo, il quadro non propriamente dei pi entusiasmanti poich si sono potute rilevare contraddizioni e, alle volte, antitesi nel comportamento degli infermieri stessi.

Si , difatti, osservata una approssimativa conoscenza non solo delle teorie che muovono il fare infermieristico ma, cosa ancor pi grave, della loro ragion d essere quale base da cui ogni operatore assistenziale deve muovere l agire.

La quasi totalit degli infermieri intervistati pare non abbia ancora ben chiaro cosa si intenda per teoria infermieristica e, soprattutto, a cosa essa possa servire.

Concetti come bisogni/problema del uomo/paziente sono alle volte ignorati e alle volte compresi parzialmente generando cosi problemi di ogni ordine sia sul piano assistenziale che su quello professionale.

Un infermiere, infatti, che non ha ben chiaro cosa significhi assistere, cade spesso nell errore di confondere tale termine con quello di curare: assistere significa agire affinch si possa assolvere ad un bisogno del paziente all interno di un quadro patologico che lo ha alterato; curare significa, al contrario, agire sullo stato patologico eliminandone le cause e ristabilendo lo stato di piena salute.

Questa elementare distinzione la stessa che diversifica l ambito medico da quello infermieristico attribuendo ad ognuno un proprio spazio ed un proprio ruolo professionale aldil dei quadri clinici del paziente.

Nel corso dell analisi comparativa, infatti, ho cercato di evidenziare gli aspetti pi emblematici di tale stato di cose all interno delle teorie infermieristiche al fine di ricavarne modelli concettuali di facile applicazione nella pratica clinica.

Nonostante vi siano anche all interno di tali teorie limiti e, raramente, incongruenze per l applicazione pratica, emerso come l uso di un modello concettuale derivato dalla teoria madre non solo semplifichi l assistenza ma la completa dandogli i caratteri di scientificit che ogni professione deve avere.

La professione infermieristica, dunque, risulta essere non povera di basi concettuali ma piuttosto di coscienza culturale dei propri professionisti; riacquistare dignit nel proprio lavoro significa pertanto non cercare una parificazione delle competenze con l ambito medico ma, piuttosto, un riconoscimento della propria autonomia.

Per tale motivazione ho deciso di trattare, nel mio lavoro di tesi, un argomentazione teorica e non medica poich ritengo, alla luce anche dei dati acquisiti nell indagine conoscitiva, che sia ora che gli infermieri lottino per la propria autonomia sapendo, anticipatamente, cosa essa significhi.

Sapere per: saper essere e per saper fare!

Abramo Marchesani

APPENDICE

Gentile futuro collega,

innanzitutto mi presento: mi chiamo Marchesani Abramo e frequento il terzo anno del Diploma Universitario in Infermiere nella sede formativa di Vasto. Ho svolto, nel corso dei tre anni, attivit di tirocinio pratico presso codesta A.S.L. in diversi reparti. A conclusione dei miei studi, nello svolgimento del mio lavoro di tesi, ho elaborato il seguente questionario che le sottopongo per compiere un indagine conoscitiva tra infermieri.

L argomento trattato riguarda le conoscenze, inerenti le Teorie del Nursing, tra gli operatori assistenziali nella qualifica di infermiere. Le garantisco fin d ora che i dati da me raccolti, in forma assolutamente anonima, sono oggetto di analisi ad opera del solo sottoscritto senza divulgazione alcuna. Con tale questionario si intende svolgere un opera di conoscenza e quindi un miglioramento nella professione infermieristica senza alcuna pretesa. La informo, inoltre, che il presente questionario ha ottenuto l approvazione del Direttore Sanitario ai fini della somministrazioni all interno della ASL.

Ringraziandola fin d ora per la gentile collaborazione e la pazienza dimostratami nella lettura della presente le auguro un buon lavoro.

Distinti Saluti

QUESTIONARIO CONOSCITIVO, ANONIMO, DESTINATO AD INFERMIERI ED OPERATORI PROFESSIONISTI DELL ASSISTENZA

Sesso 9 M 9 F

ETA _____

QUALIFICA 9 Infermiere
9 Infermiere specializzato
9 Caposala
9 Strumentista
9 Altro

REPARTO _____

1) Il suo lavoro stata una scelta di vita al servizio degli altri?

9 Si 9 No

2) Ha scelto di diventare infermiere/a

9 Perch credo profondamente nella professione infermieristica come Mission a servizio dei sofferenti
9 Perch mi affascinava
9 Perch ho avuto esempi che mi hanno spinto in tale lavoro
9 Perch un lavoro come un altro
9 Altro

3) Se potesse tornare indietro sceglierebbe nuovamnete questa professione?

9 Si 9 No

4) Da quanti anni lavora nella sua attuale qualifica?

9 1 — 5 anni
9 6 — 10 anni
9 11 — 15 anni
9 oltre i 15 anni

5) Ha sempre lavorato nel suo attuale ambito assistenziale?

9 Si 9 No

6) E soddisfatto del suo lavoro inteso come gratifica personale?

9 Si 9 No

7) Si mai trovato ad avere a che fare con Modelli concettuali o Teorie infermieristiche?

9 Si 9 No

8) Saprebbe dare una definizione di Teoria infermieristica o Modello concettuale?

9 Si 9 No 9 Non so

9) Secondo lei la Teoria infermieristica, la Teoria del Nursing e il Modello concettuale possono definirsi sinonimi?

9 Si 9 No 9 Non so 9 Alle volte

10) Nella pratica clinica, invece, ne ha adottato?

9 Si 9 No

11) Se si l uso di una teoria infermieristica o Modello concettuale:

9 E stata una mia libera scelta
9 E stata una decisione dettata da un protocollo di reparto
9 E stato un suggerimento che ha solleticato la mia curiosit
9 Altro

12) Se stata una libera scelta , o potrebbe esserlo, quali sono le motivazioni?

9 Penso che l utilizzo di una teoria infermieristica di riferimento sia basilare per un adeguata assistenza
9 L utilizzo di una Teoria infermieristica semplifichi ed orienti l assistenza
9 Utilizzando una teoria infermieristica mi sento tutelato e quindi lontano da rischi sia per me che per il paziente
9 Utilizzando la Teoria infermieristica riesco a risolvere il problema dell approccio al paziente indipendentemente dalla patologia esistente
9 Altro

13) Se invece le stato imposto l utilizzo di una Teoria infermieristica o Modello concettuale quale stata la sua reazione?

9 Rifiuto
9 Indifferenza
9 Accettazione

9 Non Curanza
9 Curiosit
9 Altro

14) Cosa pensa dell utilizzo di una teoria infermieristica o modello concettuale nella pratica assistenziale?

9 Essenziale
9 Utile
9 Un valido aiuto
9 Indifferente
9 Una difficolt in pi
9 Decisamente inutile

15) All interno di una teoria infermieristica ha trovato delle incongruenze, discrepanze o addirittura contraddizioni?

9 Si sempre
9 Si alle volte
9 No
9 Non so

16) Indichi quali delle seguenti teorie conosce

9 Teoria ambientale di Florence Nightingale
9 Teoria dei bisogni di Virginia Henderson
9 Teoria dell autoassistenza di Dorothea Orem
9 Teoria psicodinamica di Hildegard E. Peplau
9 Teoria della risposta disciplinata di Ida J. Orlando
9 Teoria dei sistemi di adattamento di Suor Callista Roy
9 Teoria dei sistemi di prevenzione di Betty Neuman
9 Teoria dei campi di energia di Martha Rogers
9 Teoria della prospettiva di vita di Joyce J. Fiztpatrick
9 Teoria delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli
9 Teoria dell assistenza inteso come stimolo di armoni-salute
9 Altra teoria

17) Da quale fonte ha acquisito la conoscenza di tali teorie?

9 Scuola infermieri
9 Diploma universitario in Infermiere
9 Studio personale
9 Corsi di aggiornamento professionale

9 Scuole di specializzazione
9 Riviste, testi ecc..
9 Colleghi
9 Altro

18) Vorrebbe incrementare le sue conoscenze in tale campo?

9 Si 9 No 9 Non so

19) Se ha risposto si per quale motivo?

9 Cultura personale
9 Crescita professionale
9 Acquisizione di capacit critica
9 Ricerca in campo infermieristico
9 Altro

20) Se ha risposto no per quale motivo?

9 Non trovo sia utile spendere tempo in tale inutile modo
9 Impedimenti di carattere remunerativo
9 Impedimenti di carattere personale
9 Altro

21) Pensa che un cambiamento in una maggior e miglior conoscenza delle teorie:

9 Porterebbe ad un cambiamento della professione
9 Sarebbe un ottimo modo per fronteggiare solo i problemi dell assistenza pratica
9 Non cambierebbe nulla o comunque molto poco
9 Non sar mai possibile
9 Non sa

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo mio lavoro di tesi, punta di un icerberg formativo, durato tre anni, desidero ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile che questo sogno si realizzasse:

- Prof. Rosina Di Lisa che ha accettato di seguirmi nel mio lavoro di tesi con pazienza ed attenzione; la ringrazio ,inoltre, di avermi fatto comprendere che un buon infermiere prima del saper fare deve saper Essere!
- D.A.I. Antonietta Chiavetta per la disponibilit , la coerenza e la franchezza con cui ha contribuito alla mia formazione, non solo professionale;
- Caposala Maria Assunta Carlino, della Divisione di Ostetricia e Ginecologia P.O. Vasto, per la squisita disponibilit mostratami nel corso del tirocinio pratico e per avermi fatto comprendere che aldil del atto vi la persona;
- Infermiere prof. Luigi Priori per avermi aiutato, non lesinado pazienza e consigli, nell ambito delle emergenze durante il tirocinio pratico presso la divisione di Pronto Soccorso del P.O. di Vasto;
- Allieve infermiere Virginia Lacanale e Antonella Di Iorio, per il sostegno e l amicizia mostratami, in momenti bui, nel corso di questi tre anni;
- La mia famiglia per avermi dato la possibilit di divenire quello che da piccoli si dice essere il sogno : Infermiere!
- Infine, ma non certo per importanza, desidero ringraziare tutti i pazienti conosciuti nel corso di questi tre anni, a loro va il mio pi sentito ringraziamento.

BIBLIOGRAFIA

- P. FRANZINI, L esame del malato, nozioni di semeiotica medica per infermieri, Ed. Sorbona 1992

- N. Bizer, Dal pensiero al gesto, Ed. Sorbona, 1993

- S. SMITH — D. DUELL, L assistenza infermieristica: principi e tecniche, Ed. Sorbona, 1991

- L.S. BRUNNER, D.S. SUDDARTH, Il manuale dell infermiere — vol. I e II, Piccin,1987

- E. MANZONi, Storia e filosofia dell assistenza infermieristica, Masson, 1996

- Le Teorie del nursing, le basi dell esercizio professionale, UTET;

- M. CANTARELLI, Il Modello delle Prestazioni infermieristiche, Masson 1996;

- C. CALAMANDREI, L assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi ed. Nis, 1992

- A. MARRINER, I teorici dell infermieristica e le loro teorie, Casa Ed. Ambrosiana

- G. K. McFARLAND, E. A. MCFARLANE, Procedure diagnostiche per infermieri e protocolli, McGraw — Hill Italia, 1995

- Siti internet:

  www.ipasvi.it;

  www.ualberta.ca/jrnorris/nt/theory.html

  www.mwsearch.com

  healthsci.clayton.edu/

  members.aol.com/annmrn/nursing_portfolio_l_index.html

  ublib.bufalo.edu/libraries/unita/hls/internet/nurse_theor.html