



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL CORPO VIOLATO. IL RUOLO DELL'INFERMIERE
NELL'ASSISTENZA DEL PAZIENTE USTIONATO.
UNA REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatore: Prof. Bon Giuseppe

Laureando: Topan Maddalena

(matricola n: 1237373)

Anno Accademico: 2021/2022

Abstract

Background: In Italia ogni anno 120 000 persone si recano al Pronto soccorso per un trauma da ustione, 10000 necessitano di un ricovero ospedaliero e 2000 sono ricoverati nei Centri Grandi Ustionati presenti nel territorio nazionale.

Scopo: Individuare il ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente ustionato, approfondire il significato di corporeità, integrità di sé, il ruolo chiave del corpo, indagare l'importanza dell'immagine corporea, analizzare il trauma vissuto dai pazienti ed il percorso che questi devono affrontare.

Materiali e metodi: È stata effettuata una revisione di letteratura sia tramite la ricerca di articoli che tramite l'utilizzo di libri di antropologia. Una criticità riscontrata è data dal fatto che reperire articoli riguardo l'argomento è stato molto complesso a causa della scarsità di letteratura scientifica in merito.

Risultati: Analizzando le pubblicazioni reperite è emerso che il trauma che vive un paziente ustionato è causa di insoddisfazione nei confronti della propria immagine corporea, ansia sociale e la comparsa di sintomatologia depressiva, in particolare se non viene fornito dall'inizio un supporto psico-sociale, che può prolungare i tempi di ripresa del paziente. Inoltre, risulta che, l'assistenza che l'infermiere deve fornire al paziente anche su un piano di supporto emotivo deve iniziare già dalla fase acuta. La resilienza risulta essere una qualità importante per il superamento di un trauma, ed è anche compito dell'infermiere quello di incrementarla nei pazienti. Fornire un'assistenza integrata a questa tipologia di pazienti è associato con una migliore qualità di vita.

Indice

Introduzione	2
Capitolo 1: Problema	6
1.1 Epidemiologia delle ustioni	6
1.2 Fisiopatologia dell'ustione	7
1.3 Immagine di sé e corporeità	12
1.4 Resilienza e malattia	15
Capitolo 2: Obiettivi	18
Capitolo 3: Materiali e metodi	20
3.1 Quesiti di ricerca	20
3.2 Metodo di ricerca	20
3.3 Criteri di inclusione ed esclusione	21
3.4 Ricerca Narrativa	21
Capitolo 4: Risultati della ricerca	22
4.1 Risultati della revisione di letteratura	22
4.2 Primo quesito	22
4.3 Secondo quesito	24
4.4 Limiti.....	26
4.5 Terzo quesito.....	26
4.6 Limiti.....	29
Capitolo 5: Discussione e conclusione	30
5.1 Limiti riscontrati	31
BIBLIOGRAFIA	1
ALLEGATI.....	3

Introduzione

L'obiettivo che si pone questo elaborato è duplice: in primo luogo identificare in che modo il ruolo infermieristico, in quanto professione di cura, possa influire concretamente ed anche in maniera positiva sul trauma che vivono i pazienti adulti ustionati, indagando il significato di corporeità, di integrità di sé e di relazione di cura. In secondo luogo, approfondire il concetto di resilienza e valutare se questo possa avere un ruolo nel superamento del trauma.

La scelta è ricaduta su questa tematica in conseguenza di un'esperienza vissuta nell'ambito di tirocinio, come allieva infermiera, quando durante un turno di notte il team del Pronto Soccorso, sede dove appunto stavo svolgendo il mio tirocinio, viene avvisato dell'imminente arrivo di una donna vittima di un incidente domestico che le aveva causato un trauma da ustione. Al suo arrivo la giovane donna presentava delle ustioni sul volto, sul petto e sulle braccia. Dopo l'immediata presa in carico della paziente e la somministrazione delle cure, constatato dal medico che le ustioni erano per lo più di primo e secondo grado mi sono recata dalla paziente per parlare con lei e raccogliere le informazioni necessarie per svolgere un accertamento infermieristico accurato. Il colloquio non è stato facile, in quanto era molto agitata sia a causa del fatto che provava molto dolore, ma, oltre a ciò, si presentava particolarmente angosciata per gli effetti che il trauma poteva causare al suo aspetto esteriore e come questo rischiasse di cambiare. Nel tentativo di calmarla le ho proposto, previa autorizzazione del medico presente e del mio infermiere guida, di fare entrare il suo compagno per qualche minuto in modo tale che questo la tranquillizzasse, ma ciò ha sortito un effetto assolutamente opposto in quanto la paziente si è totalmente rifiutata di farlo entrare perché non voleva che la vedesse in quello stato. La paura di essere stata sfigurata era preponderante rispetto a tutto il resto, questa situazione mi ha scosso e toccato molto, come del resto tutti i presenti. Proprio da questo episodio è nata una sensazione di disagio personale per non essere stata in grado di accogliere e agire nel concreto per fornire un'assistenza globale alla paziente supportandola, non solo nella ovvie problematiche legate ad una dimensione biologica e clinica, ma anche nella dimensione più umana e psicologica a cui avrebbe dovuto fare fronte legata alla difficoltà di accettare il peso di un tale trauma, che porta con sé un enorme difficoltà

nell'accettare i cambiamenti che il corpo ha subito, ed anche nel provare un forte senso di colpa in quanto incidente domestico.

La scelta di questa tematica nasce quindi dalla volontà e dalla curiosità di indagare in modo approfondito tale argomento, sia per quanto riguarda la dimensione fisiopatologica che clinica, ma anche la dimensione più umana della relazione infermieristica con questa tipologia di pazienti, in quanto ritengo che come futura professionista sanitaria, questa sia fondamentale.

Ed anche proprio da questa vicenda è nato il mio desiderio di trattare la tematica di pazienti che hanno vissuto un trauma indagando il rapporto che sussiste tra l'immagine di sé e la persona, il significato della definizione di schema corporeo e come la percezione del nostro corpo possa avere un tale impatto sullo stato emotivo e sulla considerazione personale che le persone hanno su loro stesse e quindi il ruolo che possiamo e dobbiamo avere noi professionisti nell'aiutare queste persone.

Prima di iniziare a trattare concretamente questa tematica nello specifico si è voluto analizzare una teorica che si ritiene essere la più affine con l'argomento affrontato: quella sviluppata da Sister Callista Roy, una religiosa, nata il 14 ottobre del 1939 negli Stati Uniti, che è stata un'infermiera, ricercatrice e teorica di nursing al Boston College Massachusetts.

Callista Roy, dal 1976 inizia a sviluppare, in collaborazione con Dorothy Johnson, un modello teorico basato sul concetto di adattamento definito come "*The Roy's Adaptation Model*", in cui elabora l'idea che il concetto di salute sia strettamente correlato al concetto di adattamento. Secondo l'autrice, come spiega nella sua opera "*Introduction to Nursing: an Adaptation Mode*" - *Introduzione all'infermieristica: modello di adattamento* (1984) l'adattamento libera energia dal *coping* inefficace e permette alla persona di rispondere ad altre situazioni. Tale liberazione di energia può promuovere la guarigione ed aumentare la salute. Ogni persona affronta in modo diverso i cambiamenti nella salute ed è responsabilità dell'infermiere aiutare l'assistito nell'adattarsi ai cambiamenti di una nuova condizione. Per fare questo l'infermiere deve individuare il livello di adattamento della persona, nonché le sue capacità di gestione e le difficoltà percepite al fine di intervenire per facilitarlo. L'infermiere, inoltre, deve eseguire un'osservazione attenta del comportamento dell'assistito,

giudicando se è adattivo oppure inefficace. Il giudizio sull'efficacia o meno di un comportamento viene formulato in collaborazione con la persona assistita. La Roy concepisce la persona in una prospettiva olistica, nel suo modello definì l'uomo come un sistema adattativo in continua interazione con l'ambiente mutevole. L'ambiente comprende il mondo interno ed esterno alla persona, è l'insieme delle condizioni e delle circostanze che influenzano il comportamento, lo sviluppo, la crescita e il significato della vita stessa. (Luisa Saiani, & Anna Brugnolli, 2013)

Un sistema, secondo la Roy, è costituito da una pluralità di elementi fra loro interdipendenti; ciò fa sì che esso funzioni come entità unica, volta al raggiungimento di un determinato scopo. Esso è caratterizzato da processi di input e output. Gli input sono tradotti dalla Roy come stimoli e a seconda che essi originino dall'interno o dall'esterno possono essere divisi in stimoli interni, provenienti dall'individuo, e stimoli esterni, provenienti dall'ambiente esterno. Gli stimoli costituiscono l'input del sistema così come i comportamenti che ne conseguono rappresentano l'output. Essendo la persona un sistema, esiste un continuo feedback fra le parti che lo costituiscono e che interagiscono fra loro. Gli stimoli si suddividono in stimoli focali, contestuali e residui. L'organismo elabora e reagisce agli stimoli tramite due sottosistemi, regolatore (*regulator*) e cognitivo (*cognator*). Il sottosistema regolatore pertiene ai processi fisiologici di natura chimica, nervosa o endocrina. Il sottosistema cognitivo riguarda le funzioni cerebrali più elevate: percezione, elaborazione dell'informazione, giudizio, emozione. Il comportamento rappresenta l'adattamento al cambiamento ambientale. I comportamenti possono essere osservati, misurati o descritti.

L'obiettivo generale dell'assistenza infermieristica è, secondo la Roy, quello di promuovere la salute degli individui e della società. In particolare, l'assistenza infermieristica serve a migliorare l'interazione della persona con l'ambiente, favorendone l'adattamento.

Risposte adattive sono quelle che promuovono l'integrità della persona in rapporto agli obiettivi dell'adattamento: sopravvivenza, crescita, riproduzione e padronanza.

Capitolo 1: Problema

1.1 Epidemiologia delle ustioni

“L’ustione è una malattia rara (per epidemiologia) e cronica a tutti gli effetti che necessita di una presa in carico multidisciplinare ad alta complessità. Ma ancora di più necessita di una presa in carico olistica, perché gli esiti da ustione, cicatrici, dolore neuropatico, limitazioni funzionali, amputazioni, sono segni indelebili nel corpo ma anche nell’animo. La cronicità della patologia esitante dall’ustione è irrimediabile.” (Vacca Ilaria, 2022)

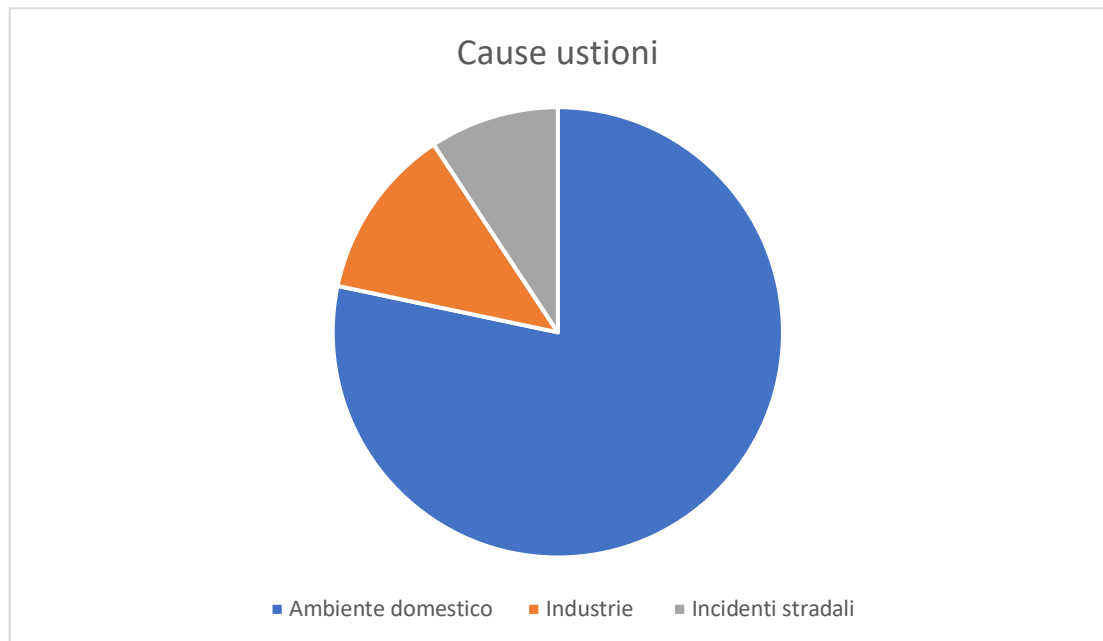
L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le ustioni non fatali come una delle principali cause di morbidità, che comporta ospedalizzazione prolungata, deturpazione e disabilità, spesso con conseguente stigma e rigetto. L’Organizzazione Mondiale della Sanità fornisce dati epidemiologici stimati al 2018 in cui afferma che in India, per esempio, ogni anno oltre 1 000 000 di persone subiscono ustioni moderate o gravi. Invece, quasi 173 000 bambini del Bangladesh vengono moderatamente o gravemente ustionati ogni anno. Le ustioni sono la seconda ferita più comune nelle zone rurali del Nepal, rappresentando il 5% delle disabilità.

In Germania ogni anno circa 10 000 persone sono ricoverate in ospedale in seguito a lesioni da ustioni. In Nuova Zelanda, ad esempio, le ustioni e le scottature sono la principale causa di danno nei bambini con età inferiore o uguale a cinque anni. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

In Italia, la mortalità associata alle ustioni nel 2019 è stata stimata al 5,3%. Il numero dei pazienti ricoverati in ospedale nello stesso anno con esiti cicatriziali più o meno importanti è di 2.959. I pazienti che sono stati effettivamente ricoverati nel 2019 presso i Centri Grandi Ustioni sono stati 1.600 (0,0026% della popolazione nazionale), di cui circa il 25% sono pazienti pediatrici. (Vacca Ilaria, 2022)

Dati relativi, invece, all’anno 2020 evidenziano che in Italia ogni anno 120 000 persone si recano al Pronto soccorso per un trauma da ustione, 10 000 necessitano di un ricovero ospedaliero e 2.000 sono ricoverati nei Centri Grandi Ustionati presenti nel territorio nazionale. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

L'ambiente domestico rappresenta il luogo dove avviene la maggior parte dei casi (65,7%), seguito dalle industrie (10,4%), e dagli incidenti stradali (7,8%). Le fasce d'età maggiormente colpite sono tra 5-15,9 anni (10,4%), 20-29,9 anni (15%), 40-44,9 anni (14,4%). (Annamaria Bagnasco et al., 2020)



Molte ustioni potrebbero essere evitate. Gli infermieri possono avere un ruolo attivo nella prevenzione degli incendi e delle ustioni divulgando informazioni riguardo alla prevenzione. (Brunner Suddart, 2001)

1.2 Fisiopatologia dell'ustione

“L’infermiere che assiste un paziente ustionato deve possedere una grande quantità di informazioni riguardo le alterazioni fisiologiche che si hanno dopo un’ustione, come pure una capacità di valutazione tesa a identificare le più piccole modificazioni delle condizioni del paziente. Inoltre, egli deve essere in grado di dimostrarsi compassionevole con quei pazienti che sono seriamente compromessi. L’infermiere deve inoltre saper colloquiare in modo efficace con il paziente ustionato, con i familiari sconvolti e con l’intero gruppo di assistenza. Questo garantirà un’assistenza adeguata ed un’ottimale qualità di vita.” (Brunner Suddart, 2001)

Le ustioni sono lesioni tissutali e delle strutture interne sottostanti provocate dal contatto diretto con agenti chimici o fisici. In relazione all’agente causale sono distinte in:

- Ustioni da calore: esposizione a sostanze liquide, solide o gassose ad alte temperature;
- Ustioni chimiche: esposizione a sostanze acide (acido cloridrico, acido solforico, fenolo) o basiche (soda caustica, idrossido di calcio, sodio metallico);
- Ustioni elettriche: esposizione a corrente elettrica che attraversa il corpo;
- Ustioni da radiazione: esposizione a raggi ultravioletti. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

Il danno tissutale provocato dall'agente esponente è generato dalla concomitanza dei seguenti fattori:

- agente causale;
- temperatura dell'agente causale;
- tempo di esposizione all'agente causale;
- superficie corporea colpita. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

Le ustioni sono classificate in tre gradi:

- I° grado: eritema, ustione superficiale con coinvolgimento dell'epidermide;
- II° grado: flittene, ustione media con coinvolgimento del derma papillare;
- III° grado: escara, ustione profonda del derma fino ai tessuti sottostanti. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

Le ustioni sono classificate in base alla profondità della lesione e alle dimensioni della superficie cutanea danneggiata (Figura 1):

- Ustione superficiale (simile al primo grado): coinvolge solo l'epidermide. La cute è iperemica, dolente alla palpazione, umida e non sono presenti vesciche. La guarigione è prevista in 7 giorni.
- Ustione superficiale a spessore parziale (simile al secondo grado superficiale): interessa l'epidermide la sezione superficiale del derma. La cute si presenta con aree iperemiche e, pochi minuti dopo il contatto con l'agente ustionante, si sviluppano vesciche cutanee. La risposta agli stimoli algici e tattili è preservata, pertanto il loro trattamento provoca dolore intenso. La guarigione è prevista entro tre settimane, con esiti possibili di depigmentazione;

- Ustione profonda a spessore parziale (simile al secondo grado profondo): causa la distruzione dell'epidermide e del derma. La cute appare asciutta, pallida fino al bianco, edematosa. I follicoli piliferi sono conservati. Questo tipo di ustione è meno dolorosa perché le terminazioni nervose hanno subito una massiccia distruzione, ma le aree perilesionali presentano iperalgesia poiché la funzione di barriera è compromessa. La guarigione è prevista in tre-sei settimane lasciando cicatrici e, in taluni casi, retrazione cicatriziale;
- Ustione a tutto spessore (simile al terzo grado): si estende attraverso l'epidermide, il derma e il tessuto sottocutaneo; nei casi più gravi arriva a coinvolgere il tessuto osseo. L'interessamento di tutto lo spessore cutaneo provoca la distruzione delle terminazioni nervose, di conseguenza lo stimolo doloroso è assente. Le lesioni hanno un aspetto pallido fino al bianco, coriaceo o carbonizzato in base all'agente ustionante. La guarigione non avviene per prima intenzione, è indicato il trapianto e si genera una retrazione cicatriziale. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

Gli eventi fisiopatologici locali comportano la necrosi coagulativa situata al centro dell'area ustionata, in cui si verificano morte cellulare irreversibile e abolizione della vascolarizzazione. Intorno alla necrosi si crea una zona di stasi, in cui vi è un rallentamento della circolazione, anche tale zona può andare incontro a necrosi se danneggiata meccanicamente o se si sovrappone un'infezione. Esternamente all'ustione si trova la zona di iperemia in cui il danno cellulare è minimo e si osserva una vasodilatazione del microcircolo, sostenuta in parte dall'ustione stessa e in parte dalla liberazione locale di sostanze vasoattive con aumento della permeabilità capillare e dell'edema. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

L'instabilità emodinamica è una delle prime conseguenze del trauma da ustione. La maggiore perdita di liquidi avviene nelle prime 24-36 ore, raggiungendo l'apice nelle prime 6-8 ore. Le alterazioni idro-elettrolitiche nella fase di emergenza determinano disidratazione generalizzata poiché il plasma filtra dai capillari danneggiati. Si genera una riduzione del volume ematico secondario alla perdita idrica, diminuzione della circolazione renale, ritenzione di acqua e sodio per la maggiore attività adrenocorticale. Il grave trauma cellulare provoca il rilascio di potassio nello spazio extracellulare, il sodio si sposta nello spazio intracellulare a causa del rilascio di

potassio, con conseguente iperpotassiemia e iponatremia. L'acidosi metabolica si verifica in seguito alla perdita di ioni bicarbonato. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

Le difese immunitarie sono seriamente compromesse dall'ustione, per cui la sepsi resta una delle principali cause di mortalità nei pazienti ustionati. Inoltre, nel trauma da ustione si verifica una alterazione della termoregolazione; infatti, nelle prime ore dopo l'incidente si sviluppa ipotermia. Successivamente, quando si ristabilisce la temperatura basale, il paziente può essere ipertermico, anche in assenza di infezioni. Particolare attenzione va posta alle alterazioni polmonari, poiché le lesioni da inalazione hanno un impatto significativo sulla sopravvivenza della persona. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

La profondità della cute ustionata evolve nel tempo, gli studi istologici evidenziano, infatti, che il trauma da ustione è un processo dinamico che raggiunge il culmine in circa tre giorni, non essendo raro che lesioni di secondo grado superficiale o profondo evolvano in lesioni di terzo grado nell'arco di due-quattro giorni. Per tale ragione è necessario valutare la profondità delle ustioni periodicamente. (Annamaria Bagnasco, 2020)

Per valutare l'estensione delle ustioni si utilizzano la "regola del 9" e il metodo di Lund e Browder. La regola del 9 è un metodo facile da utilizzare e rapido, che consente di stabilire con sufficiente accuratezza la percentuale di superficie corporea ustionata ed è preferibile il suo utilizzo nell'adulto. Con questo metodo le aree del corpo sono suddivise in multipli di 9. La sezione anteriore e posteriore della testa rappresenta il 9% della superficie cutanea, mentre l'area dei genitali- perineo costituisce l'1% (Figura 2). Il metodo di Lund e Browder stima l'estensione dell'ustione considerando che la proporzione della superficie corporea si modifica con la crescita, soprattutto per quanto riguarda la testa e gli arti inferiori. Infatti, il corpo è rappresentato in aree molto piccole (metà testa, metà coscia, metà gamba) alle quali si attribuisce un valore percentuale in relazione all'età. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

La malattia da ustione è caratterizzata da un quadro evolutivo molto importante in cui l'equilibrio omeostatico dell'organismo si trova in grave pericolo.

La prima fase di emergenza/urgenza si sviluppa dall'evento critico fino alla reintegrazione di liquidi, in questa fase le priorità sono la prevenzione dello shock e dell'insufficienza respiratoria acuta, l'accertamento e il trattamento delle lesioni concomitanti, la valutazione delle lesioni e il trattamento iniziale. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

La fase acuta (48/72 ore dall'incidente) è determinata dall'inizio della diuresi e si protrae fino alla quasi completa rimarginazione della lesione. In questa fase le priorità sono finalizzate a mantenere l'equilibrio idro-elettrolitico, prevenire e trattare le complicanze (infezioni, insufficienza cardiaca congestizia, edema polmonare, insufficienza renale acuta, sindrome settoriale acuta), curare le lesioni e fornire un supporto nutrizionale. La prevenzione delle infezioni, il trattamento delle lesioni (pulizia delle lesioni, terapia antibiotica locale, medicazione delle lesioni, cambio delle medicazioni, detersione delle lesioni), la terapia antidolorifica, e il supporto nutrizionale rappresentano la priorità di questa fase. L'infezione che evolve fino allo shock settico è la principale causa di morte nei pazienti sopravvissuti ai primi giorni dopo una grave ustione. L'immunosoppressione che si ha in seguito a ustioni estese pone il paziente in una situazione ad alto rischio di sepsi. L'infezione che origina dal sito di lesione può diffondersi al torrente ematico. (Brunner Suddart, 2001)

La gestione del dolore è un aspetto fondamentale, le ustioni a spessore parziale determinano l'esposizione delle terminazioni nervose, di conseguenza lo stimolo doloroso è molto intenso. Nelle ustioni a tutto spessore, anche se le terminazioni nervose sono state distrutte, i margini perilesionali risultano altamente sensibili, i pazienti presentano agitazione, tachicardia, tachipnea, sudorazione, ansia. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

Le caratteristiche più evidenti del dolore da ustione sono la sua intensità e la sua lunga durata, per di più il necessario trattamento della lesione è responsabile di anticipare il dolore e l'ansia. L'evoluzione del dolore da ustione prevede molti alti e bassi, il dolore primario dell'ustione stessa è molto intenso nella fase iniziale acuta. Questo dolore primario tuttavia si affievolisce gradualmente, la problematica nelle settimane successive è data dal fatto che anche le sole procedure di detersione, cambio delle medicazioni provocano un dolore intenso al paziente. (Brunner Suddart, 2001)

Un'ulteriore problematica legata al dolore è il rischio di insorgenza di compromissione della mobilità del paziente, ed è anche in questo caso che l'infermiere deve intervenire tramite un attento posizionamento del paziente, facendogli effettuare esercizi più volte al giorno, tramite l'utilizzo di presidi per la deambulazione ed incoraggiando la cura di sé favorendone l'indipendenza e l'aumento delle attività. (Brunner Suddart, 2001)

La terapia del dolore, per quanto riguarda i pazienti ustionati è una delle più grandi sfide che il team che si occupa del paziente si trova ad affrontare. Molti fattori contribuiscono a caratterizzare l'esperienza del dolore da ustione, questi includono ma non si limitano, la gravità del dolore del paziente, la valutazione del dolore da parte di chi si prende cura dell'assistito, le molteplici procedure che fanno parte del trattamento del paziente, e l'appropriata valutazione dell'efficacia delle misure antidolorifiche. (Brunner Suddart, 2001)

Per quanto riguarda il trattamento del dolore risultano utili anche interventi infermieristici come insegnare tecniche di rilassamento, rassicurare spesso il paziente, ricorrere a tecniche di immaginazione guidata, che possono essere utili nel modificare la percezione del dolore e le reazioni al dolore. (Brunner Suddart, 2001)

1.3 Immagine di sé e corporeità

Le ustioni sono spesso un evento devastante con effetti fisici e psicosociali a lungo termine. Le cicatrici da ustione dopo una profonda lesione dermica sono esteticamente deturpanti e costringono la persona sfregiata ad affrontare un'alterazione dell'aspetto corporeo. (Van Loey & Van Son, 2012)

La tradizione letteraria molto ha detto sulla natura del corpo, ritenuta sostanzialmente dicotomica, in cui sussiste una scissione tra corporeo e non corporeo. Una visione profondamente radicata nella nostra cultura, che nasce dalla tradizione filosofica di Socrate e Platone, per poi realizzarsi nel pensiero moderno di Cartesio e nella sua distinzione tra *res extensa*, il corpo, e *res cogitans*, ovvero l'anima. Questa scissione tra la dimensione del corporeo e del non corporeo ha determinato un modo diverso di attribuire le diverse funzioni che provengono da queste due dimensioni, che la nostra cultura ci ha portato a pensare separate. Da un lato il corpo, considerato come la sede delle emozioni e delle impressioni sensoriali, da cui deriva una conoscenza sensoriale della realtà e per questo soggettiva, perché legata ai sensi del singolo individuo. Le

informazioni sono qui filtrate dal nostro modo di sentirle e viverle e dunque non passibili di rientrare nei canoni scientifici della conoscenza razionale. Dall'altro lato la mente, la razionalità, che procede organizzando le informazioni secondo schemi generali. A partire da ciò, ci risulta più facile evidenziare il fatto che quando parliamo del corpo siamo molto condizionati dalle sue proprietà concrete. Il corpo è l'insieme dei nostri organi, è il confine tra noi e la realtà, esso pensa. Tuttavia, nonostante la forte interconnessione tra corpo e i suoi attributi e attività spesso è come se il pensiero fosse qualcosa di staccato, che improvvisamente fornisce ordine e senso a ciò che accade dentro il corpo. Risulta quindi più complesso, se non impossibile considerarlo come soggetto, e legittimare un "io corporeo". (Zannini Lucia, 2019)

La relazione che il paziente intrattiene con il suo corpo malato è una relazione tra corpi, espressione di un dialogo spesso drammatico tra corpo sano e malato, un prima e un dopo, tra corpo sociale, costruito a partire da modelli culturali, e il corpo che vive e sente il dolore, la malattia. Un corpo malato non è solo un organismo che non funziona sulla base di precisi processi fisiopatologici, ma rappresenta anche uno stato, un "modo" attraverso il quale l'esistenza dell'individuo si manifesta. (Zannini Lucia, 2019)

Con l'espressione "immagine del corpo umano" intendiamo il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo, vale a dire il modo in cui il nostro corpo appare a noi stessi. (Paul Schilder, 2019)

Lo schema corporeo è l'immagine tridimensionale che ciascuno ha di sé stesso, possiamo anche definirlo immagine corporea. Non si tratta solo di una sensazione o di un'immagine mentale in cui il corpo assume un certo aspetto anche rispetto a sé stesso, esso implica che l'immagine non è semplicemente percezione sebbene ci giunga attraverso i sensi, ma comporta schemi e rappresentazioni mentali, pur non essendo semplicemente una rappresentazione. (Paul Schilder, 2019)

L'immagine corporea è un concetto multidimensionale che dipende dalla percezione individuale del proprio aspetto esteriore e la soddisfazione che ne consegue. La presenza di cicatrici nei pazienti ustionati è la principale causa di insoddisfazione con il proprio aspetto esteriore. Dopo l'avvenimento dell'ustione, l'incompatibilità tra l'ideale del proprio aspetto e il reale aspetto esteriore è causa di insoddisfazione. Molti

studi hanno rivelato che l'insoddisfazione con il proprio aspetto esteriore può tradursi nell'inabilità individuale di fare fronte alla propria vita dopo la lesione da ustione e l'insoddisfazione è accompagnata dall'incremento di problemi emotivi, una riduzione della qualità della vita, e l'incremento di sintomi di depressivi. Fattori quali la gravità dell'ustione, il sesso femminile e l'importanza dell'aspetto esteriore sono fattori predittori della severità dell'insoddisfazione rispetto alla propria immagine corporea. In letteratura è presente un chiaro e diretto legame tra la soddisfazione per il proprio aspetto esteriore e la partecipazione sociale. (Ajoudani et al., 2018)

Il corpo ci appartiene più che ogni altra cosa. Esso si agglutina talmente col nostro "io", che entra nella sua sfera di identità e incomunicabilità. I fenomenologi (in particolare Merleau-Ponty) hanno messo in evidenza che noi abbiamo la percezione non solo di "avere" un corpo, ma di "essere" il nostro corpo. Questo rapporto individuale con il proprio corpo deve essere integrato con una prospettiva sociale.

La società in cui viviamo, infatti, struttura il nostro corpo con le sue norme e valori, influisce sulla sua conservazione (pratiche igieniche e culinarie), sulla sua presentazione (cure estetiche, abbigliamento), sulle espressioni affettive (segni emozionali). (Spinsanti Sandro, 1999)

1.4 Resilienza e malattia

La trattazione di questa tematica proviene proprio da uno dei quesiti che sono stati posti per la stesura dell'elaborato, cioè se la resilienza possa avere un ruolo nel percorso di accettazione e riabilitazione di questi pazienti, e se quindi l'infermiere possa avere un ruolo nell'incentivarla.

Etimologicamente il termine resilienza deriva dal latino che significa *rimbalzare*. Il significato, pertanto, conduce principalmente a due accezioni: proprietà dei materiali di resistere agli urti senza spezzarsi; capacità di resistere e di reagire di fronte a difficoltà, ad avversità e a eventi negativi. (Andreina Zavaglio, Irene Corniati, 2017)

È importante sottolineare che c'è una sostanziale differenza tra l'essere forti nelle avversità e dimostrare di essere resilienti. Essere forti significa semplicemente che si può sopportare e superare una situazione difficile, mentre essere resilienti significa capitalizzare quella forza con il vantaggio di imparare lezioni di vita durante le avversità. Questo consente a una persona di sperimentare le sfide future con nuove intuizioni. (Andreina Zavaglio, Irene Corniati, 2017)

Nell'ambito degli studi inerenti la resilienza, è da tempo in atto un acceso dibattito che considera la resilienza da due punti di vista: come un tratto di personalità, fisso, stabile nel tempo e, quindi, misurabile, o come un processo dinamico che varia in differenti contesti. (Andreina Zavaglio, Irene Corniati, 2017)

La resilienza come *tratto* è stata definita da Wagnild e Young (1993) come una caratteristica personale che modera gli effetti negativi dello stress e promuove l'adattamento.

La resilienza come *processo*, invece, è stata definita non solo come un insieme di caratteristiche possedute da un individuo, ma come un processo dinamico usato dagli individui per utilizzare le risorse utili a far fronte alle difficoltà e quindi in grado di essere insegnate e acquisite. (Andreina Zavaglio, Irene Corniati, 2017)

La resilienza viene vista come un processo dinamico che varia in differenti contesti. Richardson cerca di superare questa contrapposizione rileggendo le due diverse posizioni come due fasi all'interno dell'evoluzione degli studi sulla resilienza. Egli sostiene che le qualità resilienti sono presenti in misura diversa in ognuno di noi fin

dalla nascita, ma allo stesso tempo possono essere potenziate in modo diverso durante l'arco della vita. (Andreina Zavaglio, Irene Corniati, 2017)

In questo quadro uno dei fenomeni che riscuote oggi un notevole interesse multidisciplinare è quello della resilienza vale a dire dell'“*idoneità di una persona ad affrontare le avversità e a superarle*”. L'attenzione crescente nel nursing per la resilienza trova riscontro nell'inclusione nell'agosto 2009 da parte della *North American nursing diagnosis association* della resilienza tra le diagnosi infermieristiche del gruppo “Integrità dell'Io” (*Ego-integrity*) vale a dire tra le “capacità di sviluppare e utilizzare le competenze e comportamenti per integrare e gestire esperienze di vita”. («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico», 2013)

Il costrutto della resilienza ha un duplice valore nel nursing: clinico e culturale. Il valore clinico deriva dalla possibilità di controllare uno degli aspetti psicologici e comportamentali più importanti della risposta al problema di salute. Infatti, l'osservazione del fenomeno della resilienza può indicare quali siano le condizioni personali, di setting e, più in generale, assistenziali che ne favoriscono lo sviluppo.

La gestione dell'evento malattia, orientata da queste indicazioni, può associare all'inevitabile danno un possibile beneficio. Il valore culturale è insito nella trasformazione del significato della partecipazione alle cure della stessa persona assistita, del caregiver o degli operatori. Difatti, perseguire la reintegrazione resiliente trasforma l'esperienza assistenziale in una possibilità di crescita personale e professionale. («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico», 2013)

Capitolo 2: Obiettivi

L'obiettivo che si pone questo elaborato è quello innanzitutto di trattare la tematica del paziente ustionato analizzando la fisiopatologia legata al trauma da ustione indagando criticamente il trauma vissuto dalla persona e di conseguenza sul ruolo dell'infermiere. L'analisi si concentra non tanto per quanto riguarda l'assistenza tecnica legata alle medicazioni ed alle cure, ma quanto l'assistenza legata alla relazione di cura, al ruolo dell'infermiere nell'adattamento della persona al trauma ed al cambiamento dell'immagine corporea e all'integrità di sé, sia nei confronti dell'assistito che nei confronti dei familiari e quanto risulti importante un supporto dell'infermiere in questo contesto. Segue quindi un excursus su cosa sia e come venga definita l'immagine corporea, come questa ai giorni nostri sembri avere un ruolo oramai fondamentale e come questo, quindi, abbia un ulteriore impatto su questa categoria particolare di pazienti. Viene infine analizzato il significato di resilienza, e quindi in particolare come questa possa avere un ruolo da protagonista nel percorso duro che affrontano i pazienti ustionati, e come proprio la figura dell'infermiere possa essere d'aiuto e lavorare da tramite per incentivarla.

Capitolo 3: Materiali e metodi

3.1 Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca da cui si è partiti per la stesura dell'elaborato tramite una revisione di letteratura sono i seguenti:

- Quale ruolo svolge l'infermiere nell'assistenza di un paziente ustionato?
- Il trauma vissuto dai pazienti ustionati comporta la presenza di determinate emozioni e come possono influire queste nella percezione del corpo del paziente e sulla sua qualità di vita?
- La resilienza nei pazienti ustionati può avere un ruolo nel superamento del trauma, e l'assistenza infermieristica può avere un ruolo all'interno di essa dello sviluppo della stessa?

Per rispondere a tali quesiti sono stati consultati articoli scientifici reperiti da banche dati quali: PubMed, Google Scholar, Science Direct, la rivista l'Infermiere; inoltre sono stati utilizzati siti ufficiali (<https://www.who.int/>), a cui è aggiunta una ricerca narrativa.

3.2 Metodo di ricerca

Per rispondere ai quesiti posti è stata effettuata una revisione di letteratura attraverso le banche dati PubMed, Google Scholar, Science Direct e la rivista l'Infermiere con l'utilizzo di parole chiave quali: burn patients, body image dissatisfaction, nursing, social support, burn survivors, resilience. Le parole chiave sono state combinate in stringhe di ricerca, elencate nella Tabella 1.

Stringa di ricerca	Banca dati
“Burned adults patients, nursing, emotional rehabilitation, body image dissatisfaction”	Google Scholar
(((((burns) AND (guilty)) AND (social support)))	PubMed
(((((burns) AND (guilty)) AND (social support)))	PubMed
“Burn patients, nursing”	Science Direct

“Resilienza e assistenza infermieristica”	L’infermiere
---	--------------

3.3 Criteri di inclusione ed esclusione

Al fine di impostare la ricerca in modo efficace sono stati utilizzati dei criteri di inclusione ed esclusione per la relativa scelta degli articoli:

Criteri di inclusione:

- Articoli in lingua inglese
- Articoli che trattassero ogni tipologia di realtà geografica, non limitati quindi al solo contesto europeo
- Articoli in cui il soggetto dello studio fossero sia uomini che donne, ma con età superiore ai 18 anni
- Articoli con limite di 10 anni, in quanto inizialmente il limite riguardante all’anno di pubblicazione degli articoli era di 5 anni, ma a causa della criticità riscontrata nel reperire articoli data la carenza di materiale il limite è stato modificato a 10 anni.

Criteri di esclusione:

- Articoli relativi ad una popolazione con età inferiore ai 18 anni
- Articoli la cui pubblicazione è precedente al 2012

3.4 Ricerca Narrativa

Oltre alla revisione di letteratura scientifica descritta in precedenza, è stata condotta una ricerca narrativa attraverso la consultazione di alcuni testi quali “Il Corpo-Paziente” a cura Lucia Zannini, pedagogista e ricercatrice e docente dell’Università di Milano. Un altro volume consultato è “Immagine di sé e schema corporeo” a cura di Paul Schilder psichiatra e psicoanalista. È stato, inoltre consultato “Bioetica ed etica della responsabilità. Dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche” a cura Fabrizio Turolfo docente di Bioetica presso l’Università di Ca’ Foscari. Un altro volume consultato è stato “La pratica dell’aver cura” a cura di Luigina Mortari.

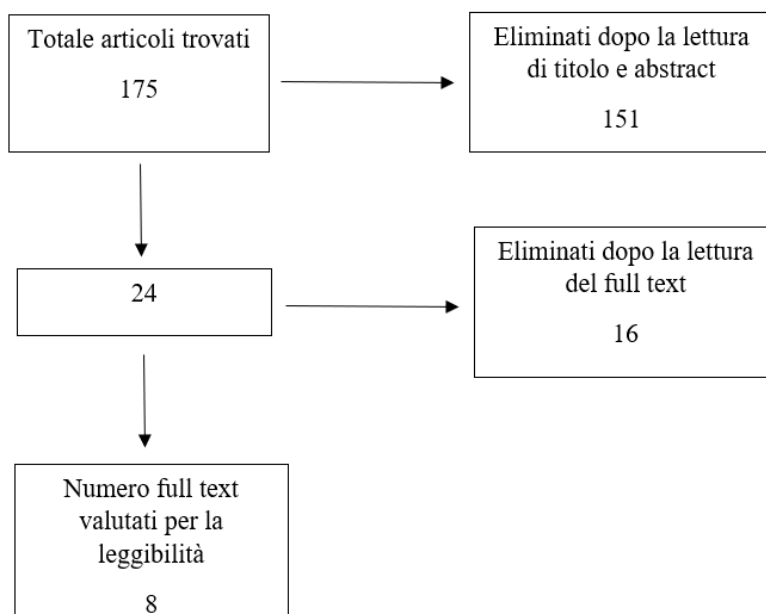
Capitolo 4: Risultati della ricerca

4.1 Risultati della revisione di letteratura

La consultazione delle banche dati, sopra citate, attraverso l'utilizzo delle stringhe di ricerca e l'applicazione del filtro "ultimi 10 anni" ha prodotto i risultati di seguito riportati. Da questa ricerca sono stati reperiti in totale 175 articoli. Successivamente alla lettura dell'abstract sono stati scartati 151 articoli, in quanto, questi non erano congruenti al quesito di ricerca, dunque ne sono rimasti 24. In seguito alla lettura del full text in totale sono rimasti 16 articoli di cui 8 sono stati scartati o perché non del tutto congruenti con il quesito di ricerca o perché la tematica veniva trattata in modo generico e non specifico. In totale sono stati utilizzati 8 articoli.

Il tutto è riassunto nella Figura 1, che rappresenta la flow chart per la selezione degli articoli.

Figura 1. *Flow chart* degli articoli selezionati.



4.2 Primo quesito

In merito al quesito numero uno (Quale ruolo svolge l'infermiere nell'assistenza di un paziente ustionato?) i risultati ottenuti ci dimostrano che l'obiettivo principale del trattamento durante la fase di emergenza è la stabilizzazione delle condizioni fisiche del paziente, ma l'infermiere deve anche prendersi cura delle necessità psicologiche

dei familiari. L'ustione è un incidente che causa reazioni emozionali diverse. Bisogna valutare la capacità dei familiari di fare fronte alla situazione e fornire aiuto. Deve essere fornito al paziente ed ai suoi familiari supporto psicologico ed individuale. Dato che il paziente ustionato è solitamente ansioso ed in panico il personale che se ne occupa dovrebbe provvedere a rassicurarlo e incoraggiarlo, a spiegare le procedure e l'adeguata terapia antidolorifica. (Brunner Suddart, 2001)

I risultati ottenuti dimostrano inoltre che la fase di riabilitazione inizia dalla rimarginazione delle lesioni principali fino al recupero del livello ottimale di salute e adattamento psico-sociale. In questa fase le priorità sono la ricostruzione funzionale ed estetica, la prevenzione delle cicatrici e delle retrazioni cicatriziali, la riabilitazione fisica e il counseling psico-sociale. (Annamaria Bagnasco et al., 2020)

Nella fase di riabilitazione la guarigione delle lesioni, il supporto psicologico e il recupero delle più importanti funzioni rimangono le priorità, in quanto i danni da ustione possono avere un impatto molto importante sulla qualità della vita quali modificazioni dell'attività fisica e sociale e delle condizioni psicologiche e lavorative. (Brunner Suddart, 2001)

La letteratura riporta anche che una delle responsabilità degli infermieri è aiutare il paziente e i suoi familiari nell'affrontare le proprie preoccupazioni. I pazienti ustionati dipendono molto dal personale ospedaliero nel lungo periodo della fase acuta, perché gli infermieri possono aiutare il paziente a sviluppare strategie adatte ad affrontare la situazione spiegandogli come dovrebbe comportarsi, favorendo un dialogo sincero per costruire un rapporto di fiducia, aiutandolo a mettere in pratica appropriate strategie e fornendo un supporto positivo. Non meno importante è il ruolo dell'infermiere nei confronti dei familiari, che necessitano di essere istruiti sui modi in cui possono aiutare il paziente una volta presa coscienza del trauma dell'ustione, tenendo anche in considerazione il fatto che qualsiasi persona che viene a contatto per la prima volta con una vittima di ustione si può sentire sopraffatta, in quanto l'aspetto di una persona ustionata può sembrare a prima vista, spaventoso. (Brunner Suddart, 2001)

I pazienti ustionati subiscono gravi perdite, queste includono non solo la compromissione della loro immagine corporea, ma anche la perdita di proprietà personali, che li porta alla mancanza della consapevolezza della futura situazione

provocando in loro un senso di angoscia. Per questo quando il paziente esprime i propri dubbi l'infermiere deve prendersi il tempo per ascoltarlo e per fornire un aiuto realistico. La più importante responsabilità dell'infermiere è valutare costantemente le reazioni psicologiche del paziente, e preoccuparsi delle sue ansie e angosce, tenendo presente che esistono dei pregiudizi nei confronti di persone che hanno subito ustioni, al punto tale di essere considerati dei diversi. L'infermiere può aiutare il paziente a costruire un'immagine di sé attraverso il riconoscimento della propria unicità. (Brunner Suddart, 2001)

4.3 Secondo quesito

In risposta a tale quesito (Il trauma vissuto dai pazienti ustionati comporta la presenza di determinate emozioni e come possono influire queste nella percezione del corpo del paziente e sulla sua qualità di vita?) gli articoli selezionati si trovano quasi tutti unanimi nel rispondere che l'impatto dell'ustioni comporta nei pazienti sopravvissuti la comparsa di emozioni negative che possono diminuire la qualità di vita e anche prolungare i tempi del processo di riabilitazione.

Secondo una revisione effettuata è presente una lacuna nell'assistenza psicologica mirata per i sopravvissuti all'ustione e per i loro caregiver. Questo aspetto risulta rilevante in quanto può determinare la comparsa di emozioni quali senso di colpa e vergogna nei pazienti ustionati, queste anche in relazione all'immagine corporea, ma anche per i familiari che assistono il paziente. L'identificazione dei problemi psicosociali precoce potrebbe influenzare positivamente gli esiti dei sopravvissuti alle ustioni. (Kornhaber et al., 2018)

Il senso di colpa e la vergogna per l'immagine corporea sono stati identificati come fattori chiave nella durata della vita dei sopravvissuti alle ustioni. I resoconti presentati suggeriscono che l'impatto delle ustioni sulla vita del sopravvissuto e della famiglia coinvolge diverse sfere: personale, culturale e sociale. Non risulta così poco comune la comparsa di sentimenti negativi quali senso di colpa e vergogna anche per il fatto che le ustioni possono essere da incidenti involontari. Queste emozioni sono considerate importanti per le funzioni sociali e per lo sviluppo di relazioni interpersonali, per cui la disregolazione di questi sentimenti quali

l'autocolpevolizzazione, colpevolezza e vergogna possono andare ad intaccare l'umore e a provocare disturbi d'ansia. (Kornhaber et al., 2018)

Un ulteriore studio longitudinale a tre onde ha dimostrato una correlazione tra partecipazione sociale, supporto sociale e l'immagine corporea definendoli come fattori psicosociali importanti nel primo anno di riabilitazione dei sopravvissuti alle ustioni. Si esamina inoltre il ruolo che possiede l'immagine corporea in questo contesto. Come viene percepita dal paziente la propria immagine corporea comporta significative implicazioni cliniche, in quanto, se non adeguatamente gestito questo aspetto, il paziente proverà disagio nei confronti del proprio corpo, riducendo di conseguenza la propria partecipazione sociale ed il supporto sociale. (Ajoudani et al., 2018)

Emerge inoltre, da un ulteriore studio, quanto l'immagine corporea e l'autostima del paziente sopravvissuto all'ustione possano essere influenzate dalla mancanza di un supporto psicosociale nel percorso che si trova ad affrontare. Si evidenzia, poi, l'associazione tra insoddisfazione nei confronti della propria immagine corporea e una diminuzione dell'autostima, causata anche da una percezione, da parte del sopravvissuto di una sorta di stigmatizzazione. In questo contesto sono state inserite due variabili, il sesso femminile, in cui è stata riscontrata la presenza di insoddisfazione nei confronti della propria immagine corporea, e l'età che era indirettamente associata alla percezione di stigmatizzazione. (Willemse et al., 2021)

Un ulteriore studio effettuato tramite la realizzazione di uno studio longitudinale a due onde, che ha preso in esame l'associazione tra gravità dell'ustione e l'adattamento psicosociale dopo le ustioni, approfondisce la problematica riguardante la comparsa di sentimenti negativi quali senso di colpa, vergogna, nei pazienti sopravvissuti alle ustioni. Emerge che la gravità dell'ustione è significativamente associata alla comparsa di sintomatologia depressiva, che può esitare anche nella comparsa di disturbo post – traumatico da stress, inoltre si associa anche la comparsa di problemi psicologici causati dall'insoddisfazione dell'immagine corporea. (Huang & Su, 2021)

È stata anche esaminata anche la psicopatologia delle ustioni in relazione a come questa si modifichi a causa delle ustioni, si è analizzato come le cicatrici possano andare ad alterare l'immagine corporea della persona. Ciò che risulta è che le persone

che hanno subito una lesione da ustione sono a rischio di sviluppare una certa psicopatologia, in particolare depressione e disturbi d'ansia. L'impatto psicologico di una lesione da ustione è influenzato dall'esperienza di un incidente traumatico, dal trattamento doloroso prolungato durante il ricovero in ospedale e dall'integrazione nella società con un corpo alterato. (Van Loey & Van Son, 2012)

4.4 Limiti

I limiti sono rappresentati dal fatto che ad ora esistono prove limitate e talvolta contraddittorie su fattori specifici che contribuiscono alla psicopatologia nei pazienti ustionati. I limiti sono rappresentati dal numero di studi originali identificati per l'inclusione all'interno della revisione. Ulteriore limite è posto dal fatto che alcuni studi qualitativi hanno utilizzato come campione lo stesso gruppo di partecipanti limitando ulteriormente il pool di dati all'interno della revisione.

4.5 Terzo quesito

In risposta al quesito numero tre (La resilienza nei pazienti ustionati può avere un ruolo nel superamento del trauma, e l'assistenza infermieristica può avere un ruolo all'interno di essa dello sviluppo della stessa?) in merito alla resilienza ciò che emerge dallo studio effettuato per rispondere al quesito è che in primo luogo la resilienza è un termine che ancora non possiede una definizione univoca, è stato utilizzato per la prima volta nel 1626 e da allora le definizioni che ne vengono fornite sono molteplici.

Il termine resilienza nell'ambito del nursing assume un duplice valore: clinico e culturale. Il valore clinico deriva dalla possibilità di controllare gli aspetti psicologici e comportamentali in risposta al problema di salute. Il valore culturale è insito nella trasformazione del significato della partecipazione alle cure della stessa persona assistita. Si riscontra poi in tutti gli articoli consultati che la resilienza, secondo gli autori, per manifestarsi necessita di un'avversità, di un evento che abbia un impatto traumatico sul piano psicologico o fisico, in modo tale da presupporre una risposta.

È solo in presenza delle avversità che si rivelano le scelte incoscienti di reintegrazione resiliente poiché i disagi permettono all'individuo di apprendere e verificare le capacità di resilienza. («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico», 2013)

Viene sollevato un interrogativo in merito alla resilienza, cioè se questa sia un tratto di personalità quindi fisso, stabile nel tempo e, perciò, misurabile oppure un processo dinamico, che varia in differenti contesti. Le qualità resilienti sono presenti in misura diversa in ognuno di noi fin dalla nascita, ma allo stesso tempo possono essere potenziate in modo diverso durante l'arco della vita. Si evince, pertanto, che la resilienza avrebbe una doppia natura: di tratto e di processo. Le persone non nascono resilienti, ma in presenza di avversità lo possono diventare come risultato della contrapposizione tra fattori di rischio e fattori di protezione. («La resilienza nella professione infermieristica», 2017)

Si analizzano, poi, gli attributi critici della resilienza, definiti come le sue proprietà fondamentali. Questi si possono collocare in due ambiti, correlati ed interagenti: gli attributi relativi alla percezione del sé e gli attributi sociali.

Per quanto riguarda gli attributi relativi alla percezione del sé è segnalata l'autoefficacia, questa viene associata con l'autostima e viene sottolineata, anche, l'importanza dell'alta aspettativa che è generata dallo scopo esistenziale e dall'attribuzione di senso alla propria vita. L'importanza del senso di sé e quella della percezione del sé è data dal fatto che si compongono in fiducia nelle proprie capacità e nella possibilità di controllo sulla situazione. («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico», 2013)

All'interno del costrutto di resilienza, tra gli attributi critici si inserisce anche la speranza definita come l'orientamento ad un obiettivo, fede di poterlo raggiungere e convinzioni, cognitive e motivazionali, che il relativo percorso può essere creato e seguito. La speranza è associata con strategie di coping adattive, oppure orientate a prevenire ed affrontare lo stress ma anche con il senso di controllo e di empowerment. («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico», 2013)

Anche il coping rientra all'interno degli attributi critici della resilienza, per il suo valore di mediatore della risposta emotiva, dunque, come predittore.

Relativamente agli attributi sociali si propone il superamento delle avversità e il reinserimento/reintegrazione sociale, anche se con definizioni e contenuti diversi. Il concetto di reinserimento viene definito come la ripresa delle attività abituali e a cui si

associa l'esistenza di un vantaggio conseguente al superamento. La ripresa dalle avversità di Cooper (2008) richiama modelli concettuali della resilienza, dove il ripristino dell'omeostasi psico-fisica ha un ruolo centrale. Anche le relazioni sociali sono riconosciute come un attributo della resilienza che vengono definite atteggiamento pro-sociale, relazioni positive/assistenza sociale, relazione positiva con gli altri. («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico», 2013)

Vengono analizzate, poi, per poter rispondere in modo completo al quesito posto le metodiche di supporto e incremento della resilienza, e di conseguenza anche il ruolo dell'infermiere all'interno di questo processo.

Secondo Stewart e Yuen (2011) i singoli pazienti dovrebbero essere incoraggiati a rievocare e riflettere sulle situazioni problematiche da loro affrontate con successo nel passato, rielaborazione che potrebbe aumentarne il senso di autostima e di autoefficacia. Il condizionale è richiesto dalla consapevolezza che l'accettazione e la rivalutazione degli eventi traumatici non è facile né scontata, la riflessione per la costruzione di senso è un processo faticoso che richiede un duro lavoro su sé stessi e un forte sistema di sostegno sociale. («Aspetti assistenziali della resilienza», 2015)

Le metodiche proposte in merito sono due: il sostegno sociale ed il sostegno emozionale.

Per quello che riguarda il sostegno sociale della persona malata le indicazioni della letteratura riguardano l'incoraggiamento di un senso di ottimismo realistico e di speranza, nonché di padronanza, sia nei confronti della malattia che delle capacità di farvi fronte. Per quest'ultimo aspetto risulta particolarmente utile coinvolgere i pazienti nella cura di sé, nella gestione del dolore e della terapia, nelle scelte di trattamento riabilitativo e nella ricerca di informazioni. Il sostegno sociale è un fattore ambientale fondamentale per riuscire a mantenere e aumentare la forza d'animo di fronte alle avversità. («Aspetti assistenziali della resilienza», 2015)

In ogni caso, nel rispondere ai quesiti posti, pare plausibile affermare che esiste la possibilità di sostenere gli ammalati nel corso del loro personale percorso di crescita, favorendo la rielaborazione delle precedenti positive esperienze, incoraggiando

l'autonomia personale e la manifestazione di sentimenti di speranza e ottimismo. («Aspetti assistenziali della resilienza», 2015)

La resilienza individuale è malleabile e particolarmente sensibile al contesto sociale. Le evidenze suggeriscono che le caratteristiche individuali e quelle ambientali si combinano nel contribuire a sostenere la resilienza. In particolare, risulta fondamentale l'attitudine dell'ambiente sociale nell'indurre emozioni positive. La relazione tra affettività positiva e resilienza nei momenti critici è chiarita dal modello classico di amplificazione e costruzione di risorse (*broaden-and-build theory*) formulato da Fredrickson (2001). Il modello si fonda sulla nozione di modulazione fisiologica delle emozioni positive e su tre effetti correlati. La revisione tratta l'effetto definito di *reversibilizzazione*, ovvero la capacità delle emozioni positive di modulare le conseguenze delle emozioni negative. Oltre a indurre un effetto psicologico di sollievo, le emozioni positive creano benessere dal punto di vista fisico, con una più bassa produzione di cortisolo, migliori livelli di pressione arteriosa e frequenza cardiaca ed anche una migliore configurazione negli indicatori di infiammazione. Al contrario le emozioni negative tendono ad attivare il sistema nervoso autonomo determinando, fra le altre modificazioni, aumento della frequenza cardiaca, della vasocostrizione e della pressione arteriosa. Sfruttando, quindi, l'effetto immediato previsto dal principio della modulazione fisiologica delle emozioni positive pare possibile sostenere la forza d'animo delle persone malate. («Aspetti assistenziali della resilienza», 2015)

4.6 Limiti

I limiti sono rappresentati dal fatto che gli ambiti di lavoro degli infermieri sono molteplici e variano per complessità e tipologia di utenza e non sembrano esistere categorizzazioni efficaci nel descriverne la variabilità.

Capitolo 5: Discussione e conclusione

I risultati che otteniamo, riferendoci agli articoli citati, sono che nella maggior parte dei pazienti che subiscono un'ustione emergono dei sentimenti complessi di inadeguatezza, senso di colpa, rifiuto per sé stessi e per il proprio aspetto esteriore. A questi conseguono sentimenti depressivi che possono prolungare e complicare il percorso terapeutico e riabilitativo, e diminuire la qualità di vita. Da qui si evince quindi anche il ruolo dell'infermiere, che risulta essere anche quello di figura di supporto per questi pazienti già a partire dalla fase acuta aiutando la persona a trovare la propria unicità in sé stessa. L'ustione comporta degli importanti danni sul piano fisiologico, ma questo non deve essere l'unico aspetto considerato, l'aspetto del dolore, l'aspetto emotivo e il supporto psico-sociale devono essere considerati importanti in egual modo, l'infermiere deve mostrare empatia non immedesimarsi per poter essere d'aiuto.

Una riflessione a cui sono giunta, è che la tematica presa in esame, cioè il trauma vissuto da questi pazienti e l'aspetto della corporeità è sottovalutata e poco analizzata. A questo consegue un'ulteriore problematicità, cioè il fatto che il ruolo dell'infermiere in questo contesto risulta ulteriormente sottovalutato e poco studiato, considerando che è proprio la figura dell'infermiere a trascorre la maggior parte del tempo del paziente assieme a lui. Affrontare nella letteratura tale aspetto risulterebbe utile anche per aiutare gli infermieri ad avere un approccio e a fornire un'assistenza integrata al paziente che risulti funzionale.

Il ruolo dell'infermiere, quindi in questo contesto risulta centrale proprio perché può agire nell'immediato sui sentimenti negativi che il paziente prova, quali senso di colpa ed inadeguatezza, evitando che questi si sviluppino ulteriormente.

In questo contesto un'ulteriore considerazione di cui dobbiamo tenere conto sono le tempistiche che si trova ad affrontare il paziente che vive questo trauma. Pensiamo ad un paziente a cui viene diagnosticata una patologia e che deve sottoporsi ad un intervento. Le tempistiche per l'accettazione del cambiamento, per avere una preparazione anche su un piano psicologico e anche per fare un percorso di elaborazione prevedono un iter composto di vari passaggi. L'esperienza che vive il paziente ustionato, invece, accade con tempistiche estremamente brevi, non c'è il

tempo perché alla persona venga fornita una base di supporto, perché possa lavorare su sé stesso nell'accettazione del cambiamento; non esiste il tempo per l'elaborazione sulla psiche.

In questi contesti analizziamo anche ad esempio la tecnica chirurgica, che implica di per sé dolore per il paziente che la subisce, ma oltre al dolore si agisce togliendo la pelle morta, questo ha un significato ulteriore. Per pazienti più forti e resilienti questo può simboleggiare una sorta di rinascita, ma per soggetti meno resilienti questo può essere vissuto e rappresentare un senso di perdita in quanto perdo chi ero prima di tutto ciò. In questo caso il soggetto deve reimparare a vivere con un aspetto diverso rispetto a quello che aveva ieri ed avviene quindi una frattura della vita e dell'io.

Un'ulteriore riflessione va posta sul corpo e sul suo significato. Ciò che emerge è che il corpo è uno strumento per essere nel mondo, ed è anche ciò che imprime la nostra presenza nel mondo. Il suo ruolo, nel contesto attuale, assume un significato ancora più importante nella cultura del nostro tempo, in cui la nostra immagine corporea sembra essere il mediatore principale della nostra personalità e della nostra identità. Consideriamo anche il contesto storico e sociale in cui viviamo, in cui ognuno di noi viene sottoposto e pervaso su ogni tipo di piattaforma di immagini in cui vengono promossi ideali e stereotipi di bellezza a cui è necessario conformarsi, e cosa succede a una persona che vive questo tipo di trauma, che rimane sfigurato e non rientra più nei canoni richiesti. Perde la propria identità, in cosa si può riconoscere ora che non rientra all'interno di nessuno standard, ora che non si può omologare, chi è veramente.

Il cambiamento che vivono i pazienti ustionati porta con sé una sequela catastrofica di emozioni sia per il paziente che per i familiari, ed è anche su questo che l'assistenza infermieristica deve agire, sull'attivazione di strategie di coping e di resilienza per riuscire ad instaurare un meccanismo di adattamento dopo il trauma.

5.1 Limiti riscontrati

Nella stesura di questo elaborato sono stati riscontrate alcune criticità, date dal fatto che reperire articoli inerenti all'assistenza psico-sociale, la resilienza ed il supporto emotivo nei confronti dei pazienti ustionati è risultato complesso, poiché poco studiata nella letteratura.

BIBLIOGRAFIA

Ajoudani, F., Jasemi, M., & Lotfi, M. (2018). Social participation, social support, and body image in the first year of rehabilitation in burn survivors: A longitudinal, three-wave cross-lagged panel analysis using structural equation modeling. *Burns*, 44(5), 1141–1150. <https://doi.org/conn>

Andreina Zavaglio, Irene Corniati. (2017, novembre 9). *La resilienza nella professione infermieristica: Strategie per potenziarla*. Fnopi L'infermiere. <https://www.infermiereonline.org/2017/11/09/la-resilienza-nella-professione-infermieristica-strategie-per-potenziarla/>

Annamaria Bagnasco, Silvia Scelsi, Annalisa Silvestro, Gennaro Rocco, & Loredana Sasso. (2020). *Infermieristica in area critica* (Terza edizione). Milano: McGraw-Hill Education.

Brunner Suddart. (2001). *Nursing Medico-Chirurgico* (Seconda edizione, Vol. 2). Milano: Casa editrice Ambrosiana.

Duchin, E. R., Moore, M., Carrougher, G. J., Min, E. K., Gordon, D. B., Stewart, B. T., Sabel, J., Jo-Nes, A., & Pham, T. N. (2021). *Burn patients' pain experiences and perceptions*. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 47(7), 1627–1634. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.01.010>

Huang, Y.-K., & Su, Y.-J. (2021). Burn severity and long-term psychosocial adjustment after burn injury: The mediating role of body image dissatisfaction. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 47(6), 1373–1380. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.12.015>

Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico. (2013, ottobre 10). Fnopi L'infermiere. <https://www.infermiereonline.org/2013/10/10/il-concetto-di-resilienza-nel-contesto-infermieristico/>

Kornhaber, R., Childs, C., & Cleary, M. (2018). *Experiences of guilt, shame and blame in those affected by burns: A qualitative systematic review*. *Burns*, 44(5), 1026–1039. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.11.012>

Luisa Saiani, Anna Brugnolli. (2013). *Trattato di Cure Infermieristiche*: Vol. Primo (Seconda edizione). Napoli: Edizioni Idelson-Gnocchi.

Maurilio Pallassini, Elisa Arezzini. (2014, gennaio 21). *Aspetti assistenziali della resilienza: Il sostegno emozionale*. Fnopi L'infermiere.

<https://www.infermiereonline.org/2015/01/21/aspetti-assistenziali-della-resilienza-il-sostegno-emozionale/>

Mortari Luigina. (2022). *La pratica di aver cura*. Milano-Torino: Pearson.

Schilder Paul. (2019). *Immagine di sé e schema corporeo*. Milano: PGRECO EDIZIONI.

Spinsanti Sandro. (1999). *Nuovo dizionario di spiritualità* (Settima edizione). Roma: San Paolo Edizioni.

Turoldo Fabrizio. (2011). *Bioetica ed etica della responsabilità: Dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche*. Assisi: Cittadella editrice.

Vacca Ilaria. (2022). *La Malattia da Ustione*. Rarelab Srl.

Van Loey, N. E. E., & Van Son, M. J. M. (2012). *Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: Epidemiology and management*. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(4), 245–272.

<https://doi.org/10.2165/00128071-200304040-00004>

Willemse, H., Geenen, R., Egberts, M. R., Engelhard, I. M., & Van Loey, N. E. (2021). *Perceived stigmatization and fear of negative evaluation: Two distinct pathways to body image dissatisfaction and self-esteem in burn survivors*.

Psychology & Health, 1–14. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1970160>

Zannini Lucia. (2019). *Il corpo-paziente: Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Milano: FrancoAngeli.

ALLEGATI

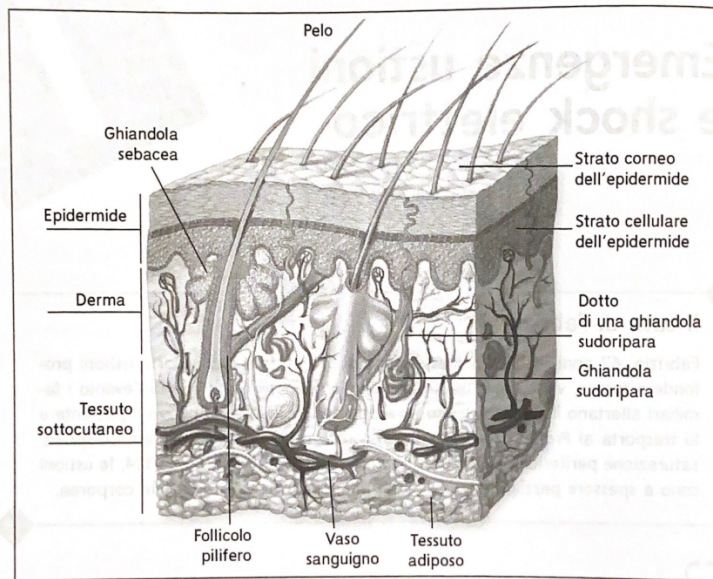


Figura 1

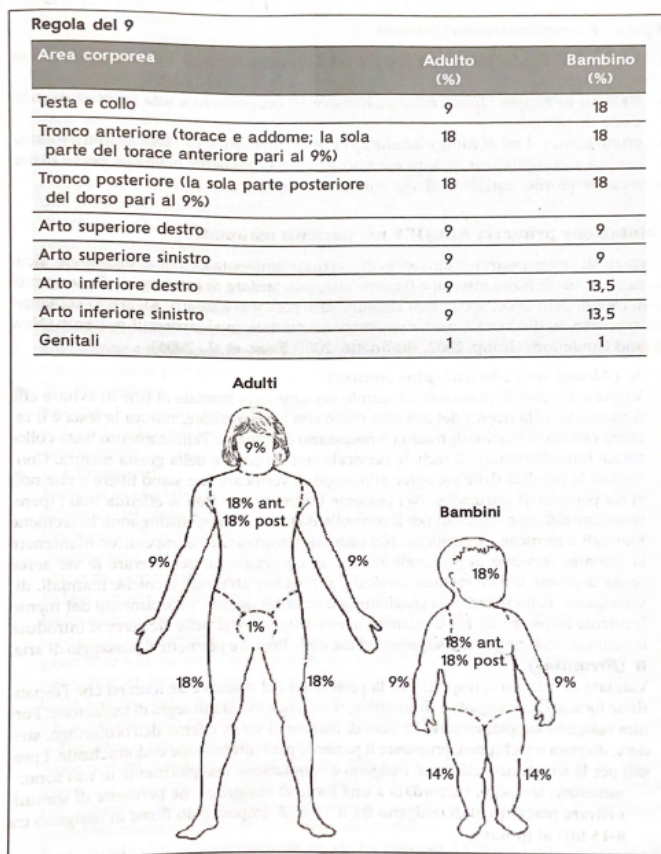


Figura 2

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Social participation, social support, and body image in the first year of rehabilitation in burn survivors: A longitudinal, three-wave cross-lagged panel analysis using structural equation modeling</p> <p>AUTORE: FardinAjoudani, MadinehJasemi, <u>Mojgan-Lotfi</u></p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 19 Agosto 2018</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: analisi del pannello longitudinale a tre onde incrociate utilizzando la modellazione di equazioni strutturali</p> <p>RIVISTA: ScienceDirect (Burns volume 44, numero 5)</p> <p>DOI: 10.1016/j.burns.2018.03.018</p>	<p>OBIETTIVO: Questo studio mirava a identificare la traiettoria di sviluppo delle principali variabili di studio e a scoprire i percorsi causali tra supporto sociale, immagine corporea e partecipazione sociale dei sopravvissuti all'ustione nel primo anno di riabilitazione.</p> <p>MATERIALI E METODI: Nello studio sono state arruolate cento persone. L'analisi si è basata su tre ondate di dati raccolti al momento della dimissione, 6 mesi dopo la dimissione e 12 mesi dopo la</p>	<p>RISULTATI: Tutte e tre le variabili principali peggiorano durante i primi sei mesi dopo l'ustione e poi non tornano al livello precedente. L'M4 (modello finale) scelto per rappresentare i dati ha mostrato i migliori indici di bontà di adattamento ($\chi^2(9) = 51.76$, $p < .01$, RMSEA = 0.060, IFI = 0.97 e CFI = 0.98) tra tutti ipotizzati Modelli. L'effetto della partecipazione sociale sull'immagine corporea, e viceversa, sembra essere relativamente costante e costante. Il supporto sociale al momento della dimissione prevedeva la partecipazione sociale a 12 mesi dopo l'ustione, con la relazione mediata dall'immagine corporea a 6</p>	<p>CONCLUSIONI: I risultati offrono informazioni sulla relazione tra partecipazione sociale, immagine corporea e supporto sociale tra i sopravvissuti alle ustioni durante il primo anno della loro fase di riabilitazione. Inoltre, i risultati del presente studio hanno importanti implicazioni cliniche. Oltre a ciò, è essenziale che i medici adottino misure per migliorare la soddisfazione dell'aspetto nei pazienti con ustioni per aumentare la loro partecipazione sociale. I risultati indicano l'importanza</p>

	<p>dimissione. Abbiamo utilizzato MSPSS, SWAP e la scala p per misurare rispettivamente le variabili supporto sociale, immagine corporea e partecipazione sociale. È stata eseguita un'analisi della varianza a misure ripetute (ANOVA) per identificare le principali differenze nei livelli medi delle principali variabili di studio nei tre tempi di valutazione. Un approccio di modellazione di equazioni strutturali (SEM) è stato implementato in quattro modelli ipotizzati di cross-lag (M1, M2, M3 e M4) per va-</p>	<p>mesi dopo l'ustione.</p>	<p>delle principali variabili della ricerca sui sopravvissuti all'ustione e la necessità di prestare maggiore attenzione alle problematiche psicosociali dei sopravvissuti all'ustione.</p> <p>LIMITI: La dimensione del campione di questo studio è piccola e si raccomanda che gli studi futuri selezionino una dimensione del campione più ampia per consentire l'inferenza dei risultati a più persone della popolazione target. Questa limitazione ci ha anche impedito di stratificare il campione su gruppi demografici come età, sesso o TBSA. Il questionario utilizzato per misurare la partecipazione</p>
--	---	-----------------------------	---

	<p>lutare le relazioni bidirezionali tra le variabili principali. Tutti i modelli ipotizzati sono stati testati e i loro indici di bontà di adattamento sono stati confrontati per identificare il modello più adatto.</p>		<p>sociale alla ricerca non è specifico per i sopravvissuti all'ustione. Questo studio ha misurato solo le principali variabili della ricerca solo in tre volte consecutive entro il primo anno di riabilitazione.</p>
--	--	--	--

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars</p> <p>AUTORE: Nancy E. E. Van Loey & Maarten J. M. Van Son</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 21 agosto 2012</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Revisione sistematica</p> <p>RIVISTA: American Journal of Clinical Dermatology</p> <p>DOI: 10.2165/00128071-200304040-00004</p>	<p>OBIETTIVO: l'obiettivo è indagare la psicopatologia delle ustioni in relazione a come questa si modifichi a causa delle ustioni, indagando come le cicatrici possano alterare l'immagine corporea della persona</p> <p>MATERIALI E METODI: è stata effettuata una revisione sistematica di letteratura utilizzando database quali Pubmed, google scholar</p>	<p>RISULTATI: Le persone che hanno subito una lesione da ustione sono a rischio di sviluppare una certa psicopatologia, in particolare depressione e disturbi d'ansia. L'impatto psicologico di una lesione da ustione è influenzato dall'esperienza di un incidente traumatico, dal trattamento doloroso prolungato durante il ricovero in ospedale e dall'integrazione nella società con un corpo alterato. Tuttavia, fattori diversi da queste caratteristiche oggettive contribuiscono allo sviluppo di problemi psicologici, in quanto non esiste una</p>	<p>CONCLUSIONI: Data la constatazione che i problemi psicologici si verificano in una minoranza significativa di pazienti ustionati e causano una grave interruzione della vita quotidiana, vale la pena identificare i pazienti a rischio e rendere disponibile un trattamento psicologico. La rapida identificazione del problema potrebbe essere ottenuta mediante lo screening di routine in tutti gli individui con disturbi psicopatologici durante il ricovero in ospedale e al follow-up.</p> <p>LIMITI: I limiti sono rappresentati dal fatto che ad ora esistono prove limitate e talvolta contraddittorie su fattori</p>

		relazione lineare tra gravità della lesione e sviluppo della psicopatologia.	specifici che contribuiscono alla psicopatologia nei pazienti ustionati.
--	--	--	--

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Experiences of guilt, shame and blame in those affected by burns: A qualitative systematic review</p> <p>AUTORE: Rachel Kornhaber, Charmaine Childs, Michelle Cleary</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 01 agosto 2018</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Revisione sistematica qualitativa</p> <p>RIVISTA: Burns</p> <p>DOI: 10.1016/j.burns.2017.11.012</p>	<p>OBIETTIVO: Determinare il significato dell'impatto dell'ustione, e come questa possa determinare, in chi la subisce sentimenti di colpa e vergogna.</p> <p>MATERIALI E METODI: è stata effettuata una revisione sistematica di studi qualitativi riguardanti l'esperienza di colpa e vergogna nei soggetti colpiti da ustione nell'arco della vita. La ricerca ha utilizzato database quali: Pubmed, EMBASE, CINAHAL, PsychINFO. Gli autori hanno riportato e valutato indipendente i dati riportati da studi qualitativi; è stata utilizzata</p>	<p>RISULTATI: Il senso di colpa e di vergogna, riferito anche all'immagine corporea, sono stati identificati come fattori sia preponderanti nei sopravvissuti alle ustioni, sia fondamentali in quanto in grado di determinare il decorso della vita dei sopravvissuti. Dai dati risulta che questa tipologia di emozioni era provata anche dai familiari stessi dei sopravvissuti.</p> <p>I resoconti presentati</p>	<p>CONCLUSIONI: Dai risultati della ricerca ottenuti in letteratura e dalle esperienze descritte post-ustione in questa revisione è presente una lacuna nell'assistenza psicologica mirata per i sopravvissuti all'ustione e per i loro caregiver.</p> <p>Ciò è particolarmente rilevante per le questioni relative alla colpa, alla vergogna e all'immagine corporea. Questi risultati potrebbero non essere nuovi per i professionisti delle ustioni, ma il messaggio chiave è che la gestione di questi problemi non è in grado di fornire un'assistenza post-trauma completa. Identificare ed evidenziare dei problemi psicosociali residui influenzerà in ultima</p>

	<p>una sintesi tematica per analizzare i dati.</p>	<p>suggeriscono che l'impatto delle ustioni sulla vita dei sopravvissuti e dei familiari possa influenzare a livello personale, sociale e culturale.</p>	<p>analisi gli esiti positivi per i sopravvissuti alle ustioni.</p> <p>LIMITI: I limiti sono rappresentati dal numero di studi originali identificati per l'inclusione all'interno della revisione. Due degli studi inclusi hanno utilizzato lo stesso gruppo di partecipanti limitando ulteriormente il pool di dati all'interno della revisione.</p>
--	--	--	---

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Perceived stigmatization and fear of negative evaluation: Two distinct pathways to body image dissatisfaction and self-esteem in burn survivors</p> <p>AUTORE: Heidi Willemse, Rinie Geenen, Marthe R Egberts, Iris M Engelhard, Nancy E Van Loey.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 26 Agosto 2021</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo (?)</p> <p>RIVISTA: PubMed</p> <p>DOI: 10.1080/08870446.2021.1970160</p>	<p>OBIETTIVO: Le cicatrici derivanti da ustioni possono porre problemi sociali e psicologici che possono influenzare l'immagine corporea e l'autostima. Questo studio mirava a indagare se la gravità dell'ustione, l'età e il sesso femminile sono associati all'insoddisfazione dell'immagine corporea e all'autostima, attraverso un'associazione con la stigmatizzazione percepita e la paura o una valutazione negativa.</p> <p>MATERIALI E METODI: è stato preso in studio un campione di sopravvissuti all'ustione (N = 224) a cui è stato sottoposto la scala di valutazione negativa</p>	<p>RISULTATI: Emerge che l'insoddisfazione per l'immagine corporea e l'autostima erano moderatamente associate. La gravità dell'ustione era direttamente e indirettamente associata all'insoddisfazione dell'immagine corporea attraverso la stigmatizzazione percepita. Il sesso e l'età femminile erano indirettamente associati all'insoddisfazione dell'immagine corporea nonostante la paura di una valutazione</p>	<p>CONCLUSIONI: I risultati evidenziano che sia i fattori specifici dell'ustione che la vulnerabilità psicologica dovrebbero essere presi in considerazione per affrontare le sfide sociali che possono influenzare l'immagine corporea e l'autostima dopo le ustioni.</p>

	<p>(FNE), un questionario riguardante la stigmatizzazione percepita (PSQ) a 3 mesi dopo l'ustione, ed una scala di autostima di Rosenberg (RSE), ed una scala riguardante la soddisfazione del proprio aspetto (SWAP) a 6 mesi dopo l'ustione. L'analisi del percorso è stata utilizzata per testare le reazioni.</p>	<p>negativa. L'età era indirettamente associata sia alla stigmatizzazione percepita che alla paura di una valutazione negativa. La stigmatizzazione percepita e la paura di una valutazione negativa erano associate all'autostima attraverso l'insoddisfazione dell'immagine corporea, la prima indirettamente e la seconda sia direttamente che indirettamente.</p>	
--	---	---	--

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Burn severity and long-term psychosocial adjustment after burn injury: The mediating role of body image dissatisfaction</p> <p>AUTORE: Yu-KaiHuang, Yi-JenSu.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: settembre 2021</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo // Studio longitudinale a due onde</p> <p>RIVISTA: PubMed</p> <p>DOI: 10.1016/j.burns.2020.12.015</p>	<p>OBIETTIVO: Le persone con ustioni gravi spesso sviluppano difficoltà psicosociali a lungo termine come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e la depressione. Cambiamenti di aspetto significativi a seguito di ustione (p. es., cicatrici e deturpazione) possono portare a insoddisfazione dell'immagine corporea (BID) che causa problemi psicologici. Utilizzando un disegno longitudinale a due onde, questo studio ha esaminato l'associazione tra la gravità dell'ustione e l'adattamento psicosociale dopo le ustioni (sintomi di PTSD e depressione), in particolare attraverso il ruolo di</p>	<p>RISULTATI: Sono emersi tre risultati principali: (1) la gravità dell'ustione (TBSA, LOS e CBSS) era significativamente associata ai sintomi depressivi T1 BID e T2, ma non ai sintomi T2 PTSD; (2) T1 BID ha mediato in modo significativo la relazione tra la gravità dell'ustione (TBSA e CBSS) e i sintomi del disturbo da stress post-traumatico T2, dopo aver controllato i sintomi del disturbo da stress post-traumatico T1; e (3) T1 BID ha mediato significativamente la relazione tra la gravità dell'ustione (TBSA, LOS e CBSS)</p>	<p>CONCLUSIONI: La gravità dell'ustione è stata positivamente associata all'insoddisfazione dell'immagine corporea (BID) e ai successivi sintomi depressivi. Il BID ha mediato l'impatto della gravità dell'ustione (TBSA e gravità dell'ustione composita) sui successivi sintomi di PTSD. Il BID ha mediato l'impatto della gravità dell'ustione (TBSA, durata della degenza e gravità dell'ustione composita) sui sintomi depressivi successivi.</p>

	<p>mediazione del BID.</p> <p>MATERIALI E METODI: I partecipanti erano 111 sopravvissuti all'ustione dell'esplosione del Formosa Fun Coast Water Park del 2015. L'età media era di 24,23 anni e il 62,2% erano donne. La TBSA media bruciata è stata del 50,3% e la durata media della degenza (LOS) in ospedale è stata di 85,44 giorni. I dati sono stati raccolti due (Time 1, T1) e tre anni (Time 2, T2) dopo l'esplosione del 2015. È stato inoltre creato un punteggio composito di gravità dell'ustione (CBSS) basato su TBSA e LOS.</p>	<p>e i sintomi depressivi T2, dopo aver controllato i sintomi depressivi T1.</p>	
--	---	--	--

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Aspetti assistenziali della resilienza: il sostegno emozionale</p> <p>AUTORE: Maurizio Pallassini, Elisa Arezzini</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2014</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Revisione sistematica</p> <p>RIVISTA: L'Infermiere</p>	<p>OBIETTIVO: L'obiettivo è analizzare il fenomeno della resilienza, per capire se esista la possibilità per gli operatori sanitari, per gli infermieri in particolare, di intervenire nel sostegno della forza d'animo nel corso del fronteggiamento della malattia. Si analizzano, inoltre, le metodiche di supporto della resilienza quali il sostegno sociale e il sostegno emozionale</p> <p>MATERIALI E METODI: È stata effettuata una revisione di letteratura tramite una ricerca narrativa</p>	<p>RISULTATI: I risultati ottenuti dimostrano che i singoli pazienti dovrebbero essere incoraggiati a rievocare e riflettere sulle situazioni problematiche da loro affrontate nel passato con successo, rielaborazione che potrebbe aumentarne il senso di autostima e di autoefficacia. Le metodiche analizzate per il supporto della resilienza sono il supporto emozionale in cui l'incoraggiamento di un senso di ottimismo realistico e di speranza, nonché di padronanza, sia nei confronti della malattia che delle capacità di farvi fronte risulti utile a coinvolgere i pazienti nella cura di sé, nella gestione del dolore e della terapia, nelle scelte del trattamento riabilitativo e nella ricerca di</p>	<p>CONCLUSIONI: Le indicazioni riportate dimostrano che è possibile supportare i processi di resilienza sostenendo l'affettività positiva e il benessere dell'utenza, a prescindere dalle sue diverse peculiarità e caratteristiche.</p> <p>LIMITI: I limiti sono rappresentati dal fatto che gli ambiti di lavoro degli infermieri sono molteplici e variano per complessità e tipologia di utenza e non sembrano esistere categorizzazioni efficaci nel descriverne la variabilità.</p>

		informazioni. Il supporto emozionale invece, inteso come la modulazione di emozioni positive, può procurare un effetto di sollievo aumentando la capacità di controllare le emozioni negative.	
--	--	--	--

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: La resilienza nella professione infermieristica: strategie per potenziarla AUTORE: Andreina Zavaglio, Irene Corniati ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2017 TIPOLOGIA DI STUDIO: Revisione sistematica RIVISTA: L'Infermiere</p>	<p>OBIETTIVO: È esaminare il concetto di resilienza e come questo si sia sviluppato nella letteratura. Si analizza, inoltre, il concetto di resilienza nell'ambito della professione infermieristica. Segue poi un'analisi del significato di resilienza inteso come tratto di personalità o come un processo dinamico. Vengono infine valutate eventuali strategie per incrementare la resilienza. MATERIALI E METODI: È stata effettuata una revisione di letteratura tramite una ricerca narrativa</p>	<p>RISULTATI: I risultati dimostrano che il termine resilienza, pur essendo stato utilizzato a partire dall'anno 1626, non possiede ancora una chiara ed univoca definizione. Analizzata, poi, la resilienza, come tratto di personalità e come processo dinamico, si evince che questa abbia un duplice natura: di tratto e di processo. Per cui le persone non nascono resilienti, ma in presenza di avversità lo possono diventare come risultato della contrapposizione tra fattori di rischio e fattori di protezione. Le strategie esaminate per l'incremento della resilienza riguardano la riflessione sull'esperienza vissuta, la pratica di mindfulness, forma di allenamento mentale che permette di sviluppare un</p>	<p>CONCLUSIONI: Le indicazioni riportate dimostrano che gli individui non nascono resilienti, ma dotati di qualità che, se adeguatamente sviluppate e potenziate, rendono la persona un individuo resiliente.</p>

		senso di equilibrio emotivo; e tramite l'utilizzo di interventi mirati quali sessioni di scrittura riflessiva guidata da esperti.	
--	--	---	--

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico</p> <p>AUTORE: Stefano Limardi, Rosaria Alvaro, Genaro Rocco, Alessandro Stievano, Ercole Vellone, Maria Grazia De Marinis</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2013</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Revisione sistematica</p> <p>RIVISTA: L'Infermiere</p>	<p>OBIETTIVO: È effettuare un concept analysis del costrutto della resilienza nel nursing, e come questa abbia un ruolo nella gestione dell'evento malattia. Segue, poi, l'esame degli antecedenti, degli attributi e delle conseguenze della resilienza.</p> <p>MATERIALI E METODI: È stata effettuata una revisione di letteratura tramite una ricerca narrativa</p>	<p>RISULTATI: I risultati dimostrano che il costrutto della resilienza nell'ambito del nursing ha un duplice valore: clinico e culturale. Il valore clinico deriva dalla possibilità di controllare aspetti psicologici e comportamenti in risposta a problemi di salute. Il valore culturale è insito nella trasformazione del significato della partecipazione alle cure della stessa persona assistita. Risulta, poi, che perché la resilienza possa manifestarsi è necessaria un'avversità che costituisca un trauma fisico o psicologico, in modo tale da presupporre una possibile risposta. In relazione agli attributi critici della resilienza questi vengono identificati come l'autoefficacia associata all'autostima, il</p>	<p>CONCLUSIONI: Le indicazioni riportate suggeriscono un orientamento all'approfondimento della teorizzazione del costrutto di resilienza, e che ruolo questa rivesta nel processo assistenziale e quali qualità debbano possedere coloro che la promuovono. La resilienza viene quindi identificata come una risposta ad un trauma sia esso fisico o psicologico che un individuo vive. La resilienza è caratterizzata da speranza, senso del sé autodeterminazione, flessibilità, autostima, autoefficacia relazioni positive, presenza di una rete sociale. Questa determina uno sviluppo della personalità, che comprende l'incremento delle capacità di adatta-</p>

		senso di sé, la speranza ed il coping per il suo valore di mediatore della risposta emotiva. Si identificano come conseguenze della resilienza la capacità, in precedenza assente, di fare fronte alle difficoltà.	mento, di superamento delle difficoltà.
--	--	--	---