

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di laurea

**LA RELAZIONE TERAPEUTICA TRA INFERMIERE E
PAZIENTE ONCOLOGICO COME STRUMENTO PER LA
GESTIONE DEL DISTRESS PSICOLOGICO**

Relatore: Dott.ssa Katia Magnani

Laureando: Nicola Ravagnan

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

INDICE

RIASSUNTO	1
INTRODUZIONE	3
Capitolo 1 – QUADRO TEORICO	5
1.1 La patologia neoplastica e l’impatto sulla vita del paziente.....	5
1.2 Modalità di reazione psicologiche alla patologia neoplastica	5
1.3 Il distress psicologico.....	6
1.4 Epidemiologia	8
1.5 Il ruolo dell’educazione terapeutica e della relazione nel paziente oncologico	9
1.6 Metodi di relazione terapeutica attraverso la comunicazione con il paziente	9
1.7 Gestione assistenziale standard infermieristica in day hospital oncologico.....	11
1.8 Il ruolo dell’infermiere nell’informazione e la relazione d’aiuto.....	12
1.9 Diagnosi infermieristiche.....	13
1.10 Contesto in cui si sviluppa il problema.....	14
Capitolo 2 – MATERIALE E METODI	15
2.1 Scopo e disegno dello studio.....	15
2.2 Campionamento	15
2.3 Criteri di esclusione.....	15
2.4 Setting	16
2.5 Attività di raccolta.....	16
2.6 Strumenti di misura	16
2.7 Controllo della qualità dei dati	17
Capitolo 3 – RISULTATI.....	19
3.1 Descrizione del campione	19
3.2 Risultati rispetto ai quesiti.....	19
Capitolo 4 – DISCUSSIONI E CONCLUSIONE	25
3.1 Considerazioni sui risultati.....	25
3.2 Limiti dello studio.....	27
3.3 Raccomandazioni e implicazioni per la pratica.....	27

RIASSUNTO

La relazione terapeutica tra infermiere e paziente oncologico come strumento per la gestione del distress psicologico è il focus di questo studio osservazionale. E' stato consegnato ai pazienti ricoverati nel reparto di oncoematologia dell'ospedale di Chioggia un questionario PDI (Psychological Distress Inventory) per la valutazione del distress psicologico e un questionario auto somministrato, costruito appositamente per lo studio, costituito da 15 quesiti volti ad indagare la percezione da parte del paziente del ruolo infermieristico e dell'aspetto della relazione.

Si è visto come il distress è presente solo nel 16% dei pazienti maschi e nel 19% nei pazienti femmina, come confermato da letteratura. Questo è possibile anche grazie alla presenza di una adeguata relazione dell'infermiere con il paziente oncologico durante il suo percorso di cura. I risultati ottenuti da questo studio sono prevalentemente positivi, in particolare i pazienti confermano che la figura dell'infermiere è di sostegno attraverso l'educazione terapeutica e nella gestione della sintomatologia fisica e psichica conseguente alla malattia e al trattamento chemioterapico.

In particolare emerge la capacità relazionale dell'infermiere nella gestione anche nella sfera emotiva che il paziente oncologico sperimenta durante il suo percorso di cura.

INTRODUZIONE

Il processo di guarigione di un individuo è influenzato dalla relazione infermiere-paziente. L'infermiere, nella pratica, non si limita solamente allo svolgimento delle funzioni tecniche ma anche di compiti di natura terapeutica attraverso il dialogo e l'educazione al paziente, con lo scopo di gestire la sintomatologia ansiosa e il recupero dell'autonomia. Come cita McArdle e Piredda, l'infermiere è considerato dai pazienti una figura chiave nel loro percorso terapeutico, dove gli aspetti educativi e il supporto di un infermiere specializzato può ridurre il distress psicologico. Una comunicazione non efficace tra infermiere e assistito è alla base del fallimento del processo assistenziale, con conseguenze negative per la salute del paziente e per la qualità dell'assistenza fornita. Una relazione soddisfacente va considerata in termini di successo terapeutico nella sua accezione più ampia, la quale coinvolge sia l'ambito del "to care" (prendersi cura) che quello del trattamento della patologia. Nell'approccio assistenziale, l'infermiere deve fare della relazione una componente essenziale per la gestione dell'ansia e delle emozioni del paziente.

Il codice deontologico dell'infermiere del 2009 ha come mission primaria il prendersi cura della persona attraverso il sostegno fisico, psicologico e relazionale in un'assistenza basata sull'olismo considerando anche il contesto sociale e ambientale. La relazione infermiere – assistito viene svolta attraverso interventi di ascolto ed educazione pianificando incontri e valutando i bisogni assistenziali della persona.

Duranti i vari tirocini clinici effettuati, l'attenzione si è focalizzata sulle persone affette da patologia neoplastica, la quale comporta un disagio psicologico dovuto anche al fatto che i pazienti non ricevono informazioni sufficienti circa i diversi aspetti della propria malattia.

Si è così deciso di compiere un'indagine tramite la somministrazione del questionario validato PDI (Psychological Distress Inventory)(1), compilato tramite auto somministrazione, volto a rilevare disturbi emotivi, problemi di comunicazione e relazionali del paziente affetto da malattia neoplastica. Successivamente è stata somministrata una serie di 15 quesiti volti ad indagare il ruolo dell'infermiere e la relazione con il paziente. Il questionario è stato consegnato a tutti i pazienti in terapia antitumorale da luglio ad agosto 2015 presso l'unità operativa di Oncoematologia dell'ospedale di Chioggia.

Lo scopo di questa tesi è di analizzare il ruolo dell'infermiere in questo contesto, in particolare evidenziare se le competenze tecniche e relazionali sono adeguate per saper gestire problematiche emotive, sociali e nell'iter diagnostico terapeutico attraverso l'educazione e l'informazione precoce al paziente.

Capitolo 1 – QUADRO TEORICO

1.1 La patologia neoplastica e l'impatto sulla vita del paziente

Il cancro ha un notevole impatto sulla vita dei pazienti e delle loro famiglie, estendendosi al dominio psicosociale. Circa il 16-25% dei pazienti con diagnosi di patologia neoplastica esprimono sintomi di depressione o disturbi dell'adattamento con umore depresso, che possono incidere sulla loro qualità di vita e la salute generale (2). Questi aspetti sono così rilevanti che Bultz e Carlson suggeriscono di prendere in considerazione il cancro come una "malattia biopsicosociale" (3).

Oltre ai sintomi tipici della chemioterapia quali: dispnea, astenia, nausea e vomito e dolore si stima che i pazienti riferiscano angoscia e stati psicologici alterati. (4)

L'esperienza di malattia nella sua globalità è notevolmente influenzata da dinamiche ed esperienze psicologiche diverse per ciascuna persona. La sofferenza è profonda e variegata, in quanto deriva dalla minaccia all'integrità della persona nella sua unicità biologica, psicologica e sociale.

1.2 Modalità di reazione psicologiche alla patologia neoplastica

La diagnosi di tumore rappresenta una situazione di forte stress emozionale. La malattia è sentita come un attacco alla propria integrità, alla propria immagine, alla padronanza, fin lì sperimentata, del proprio corpo. Quello che si genera è un vissuto difficile da gestire. Il dolore psichico che ogni malattia organica reca con sé, tanto più essa è dirompente, tanto più mette in moto nell'individuo una serie di risposte psicologiche che si riflettono nel modo con cui affronta la propria malattia. La malattia non colpisce solo il corpo, ma anche la psiche e tutto il sistema di relazioni sociali e familiari che ruota attorno al malato. (5)

Il distress psicologico rappresenta uno stato di disagio, in cui la persona non è in grado di raggiungere un adeguato equilibrio allo stato di stress, mostrando comportamenti disadattivi di emozioni spiacevoli, vulnerabili e sentimenti di ansia e depressione. (6)

Secondo Greer (1992) vengono individuati 5 stati di coping in cui le modalità di risposta agli eventi stressanti che maggiormente vengono attuati dalle persone che devono affrontare un percorso di malattia oncologico sono: il fatalismo lo spirito combattivo, la disperazione/depressione, la preoccupazione ansiosa, l'evitamento / minimizzazione.

- Il fatalismo è una modalità di reagire agli avvenimenti in cui la persona vive alla giornata. Non esistono colpevoli o situazioni concatenanti, né possibilità proprie di cambiare gli eventi anche seppur di poco. L'idea del soggetto è che successi e insuccessi siano indipendenti dalla propria diretta volontà e attività, ma che vi sia un disegno di vita già impostato al quale non si possa sfuggire.

- Lo spirito combattivo è il meccanismo di coping in cui l'individuo crede nelle proprie capacità di migliorare la situazione di disagio che sta vivendo e quindi di poterla ottimizzare attraverso l'impegno e il giusto atteggiamento. L'idea principale è legata a collaborare con lo staff sanitario per aumentare il proprio benessere e diminuire il malessere, dando a se stesso, alla propria reattività, una parte importante nella possibilità di guarigione. La malattia viene vista come una sfida e come qualcosa da combattere partendo proprio dal chiedere aiuto anche a se stessi.

- La disperazione/depressione è una modalità di reazione psicologica alla malattia che comporta nella persona la mancanza di fiducia nel miglioramento di salute. Il soggetto si rifiuta di valutare alternative positive e ha una impostazione verso gli eventi di tipo depressivo. Questo tipo di prospettiva influenza negativamente la speranza di guarire o di stare meglio.

- La preoccupazione ansiosa: la persona che ha questo tipo di reazione vive emozioni come rabbia, paura, ansia che tendono ad agitarla e a farle vivere il percorso di cura con maggior preoccupazione.

- L'evitamento /minimizzazione la persona si sottrae dal pensare alla malattia e alle cure, cercando il più possibile di distrarsi dalla situazione che si sta vivendo. Con questa modalità, si diminuisce l'importanza che la malattia ha sulla propria progettualità esistenziale e sulla quotidianità evitando di porci l'attenzione.

1.3 Il distress psicologico

Il disagio psicologico nei pazienti con cancro è associato ad amplificazione del dolore, aumento delle paure legate alla morte e alla percezione di scarsa qualità di vita. (7)(8). Un'esperienza emotiva sgradevole altresì può interferire con la capacità di affrontare in modo efficace la malattia, i suoi sintomi fisici e il suo trattamento. Il Distress si estende

lungo un continuum, che va da sentimenti normali a sentimenti di vulnerabilità quali tristezza e paura per problemi che possono diventare invalidanti, come la depressione, l'ansia, il panico, l'isolamento sociale e crisi spirituale. Tutto ciò, può influire sui sintomi comuni della patologia neoplastica (come dolore, nausea e vomito, e stanchezza) portando il paziente a provare tali sintomi accentuati(5).

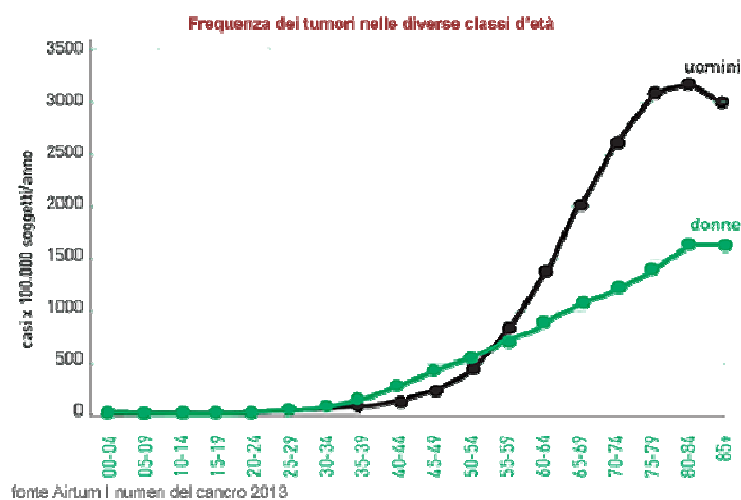
Una delle principali conseguenze del distress psicologico e dell'alto livello di ansia nei pazienti oncologici è la scarsa aderenza al trattamento chemioterapico(9) (8)(7), ridotta qualità di vita e del tempo di sopravvivenza e aumento dei costi di assistenza sanitaria (10). Riguardo alla chemioterapia i pazienti che hanno difficoltà psicologiche possono essere meno aderenti alla terapia, a causa dell'esacerbazioni degli effetti collaterali del trattamento . I ricercatori hanno osservato che i sintomi di ansia sono legati al vomito e alla risposta meno efficace ai farmaci antinausea dopo l'uso di chemioterapia a base di platino. (9) L'evidenza suggerisce che il rapporto tra ansia e sintomi fisici durante la chemioterapia può essere mediato dalla convinzione dei pazienti circa l'efficacia del trattamento.(9)

TABELLA I. SEGNI E SINTOMI DI STRESS, secondo Hans Seyle 1976.			
SINTOMI FISICI	SINTOMI COMPORTAMENTALI	SINTOMI EMOZIONALI	SINTOMI COGNITIVI
Dolore, mal di testa, mal di collo, dolore allo stomaco.	Digrignare i denti.	Piangere, rabbia, nervosismo.	Problematiche nel pensare in maniera chiara.
Stanchezza, problemi di sonno.	Aumento dell'uso di alcolici e mangiare compulsivo.	Solitudine ed infelicità.	Mancanza di creatività e di memoria.
Tachicardia, extrasistole.	Criticare gli altri e impossibilità di portare a termine i compiti.	Essere facilmente sconvolti e agitati.	Perdita del senso dell'umorismo e impossibilità di prendere decisioni.

1.4 Epidemiologia

Secondo una statistica ufficiale svedese del 2011, in Svezia ci sono stati 55.000 nuovi casi di tumore. La ricerca ha dimostrato che una grande percentuale di pazienti con patologia tumorale ha la capacità di gestire lo sforzo mentale che la malattia può causare. Tuttavia, il 20-30% sviluppa sintomi di ansia e depressione. Vi è quindi la necessità di un sostegno psicosociale maggiore per questo gruppo al fine di evitare un persistente distress psicologico. I pazienti con malattia incurabile riportano elevati livelli di ansia e depressione rispetto ai pazienti che possono essere curati. Diversi studi hanno anche dimostrato una correlazione tra i malati di cancro e dei livelli della propria famiglia di stress psicologico. (11). Nel 2014 in Italia vengono diagnosticati circa 366.000 nuovi casi di tumore maligno, in media 6 nuovi casi ogni 1.000 persone. Solo in Veneto nel 2012 ne sono stati diagnosticati 31.568.

GRAFICO 1:



Altri studi in letteratura dimostrano che il 16-25% in Italia delle persone affette da cancro esprimono sintomi di distress, con vari ostacoli alla fornitura di assistenza psicosociale e scarsità di risorse, strutture dedicate, insufficiente comunicazione clinica assistenziale tra operatori e pazienti e mancanza dell'applicazioni delle raccomandazioni (12). Come si può notare dal grafico 1, la frequenza dei tumori in Italia nel 2013, nelle diverse classi di età è maggiore soprattutto dai 60 anni, tenendo conto che tale classe di età è maggiormente

esposta a comorbilità nel 55-98% dei casi (fonte Marengoni et al. Aging Research Review 2011), aumentando la possibilità di far fronte a problemi di tipo psicosociale.

1.5 Il ruolo dell'educazione terapeutica e della relazione nel paziente oncologico

Secondo la rivista RNAO (registered Nurses's Association of Ontario) la relazione terapeutica è una proposta utile, un rapporto centrato sull'obiettivo che è diretto al miglior interesse e risultato per il cliente(13). Tutto questo viene attuato attraverso la comunicazione delle informazioni ed implica uno scambio interpersonale reciproco. La relazione deve essere stabile e porta alla collaborazione tra persona e operatore sanitario, basandosi sul riconoscimento dei bisogni dell'assistito. L'educazione come terapia contro il distress è definita come l'informazione sul trattamento del cancro e sulla gestione degli effetti collaterali. I pazienti affetti da cancro beneficiano di informazioni, soprattutto quando si prendono decisioni rispetto al trattamento. La relazione terapeutica, rispetto ai sintomi e a tutti gli ambiti che creano ansia, aiuta i pazienti a gestire gli effetti collaterali e aumenta l'aderenza terapeutica. L'educazione sanitaria aiuta anche a migliorare il controllo del dolore(14). Secondo Thomas, Thornton, e Mackay, le informazioni vengono acquisite in qualsiasi modo e i pazienti con patologia neoplastica, desiderano la massima quantità di informazioni sulla loro malattia . Diversi fattori influiscono sulle esigenze di informazione dei pazienti oncologici, quali sesso, età, stile di coping, background culturale, status socio-economico, il livello di istruzione, il tipo di tumore e lo stadio della malattia. Dati i risultati importanti associati alla comunicazione efficace diventa essenziale informare il paziente in maniera adeguata. I vantaggi dati dalla relazione con il paziente hanno evidenziato in letteratura il miglioramento del coping, riduzione dell'ansia, la creazione di aspettative realistiche, maggior partecipazione alla cura di se e maggiore sensazione di sicurezza e protezione (15). Si è dimostrato che gli interventi psicosociali come la relazione terapeutica, nel paziente oncologico, somministrata da personale infermieristico adeguatamente formato, in un periodo di tempo limitato e adattata alle singole persone aumenta la qualità di vita e diminuisce la depressione(16).

1.6 Metodi di relazione terapeutica attraverso la comunicazione con il paziente

Stabilire una relazione terapeutica richiede di riflettere sulla pratica. Questo concetto implica la capacità di: auto-consapevolezza, autocoscienza, empatia, consapevolezza dei

confini e limiti del proprio ruolo professionale. La comunicazione tra assistito e paziente, è un aspetto fondamentale nella cura del cancro. Gli aspetti di comunicazione più apprezzate dai pazienti sono quelli che aiutano loro e le loro famiglie a sentirsi guidate, costruendo un rapporto di fiducia sostenendo il sentimento di speranza. Un rapporto ottimale instaurato con il paziente deve essere basato sull'ascolto e la negoziazione. L'utilizzo di linguaggio breve e semplice, basato sul livello d'istruzione del paziente permette all'assistito di capire e comprendere il problema. Rilevare le risposte non verbali come ad esempio l'espressione del viso, il tatto, il cambiamento di postura. Il riconoscimento e il rispetto delle emozioni è un passo molto importante nel mostrare empatia. (17).

In uno studio sono state proposte strategie di educazione terapeutica al paziente attraverso la comunicazione riguardanti diverse fasi nell'ambito clinico assistenziale:

- Pianificazione di sedute di apprendimento svolte da infermieri qualificati;
- descrizione del ruolo infermieristico al paziente;
- applicazione di modelli standard di gestione del paziente oncologico attraverso la multidisciplinarietà delle figure sanitarie presenti in reparto;
- educazione del paziente circa l'effetto della chemioterapia e della bioterapia;
- coinvolgimento fisico e affettivo di un familiare;
- follow-up per la discussione di eventuali problemi e sintomi dopo le prime sedute di terapia.

Lo studio , attraverso l'utilizzo di nuovi interventi basati sulle evidenze scientifiche, ha portato miglioramenti nella sfera biopsicosociale con incremento del tasso di gradimento del paziente (18).

Il progetto italiano HuCare per l'umanizzazione del percorso del paziente oncologico, promuove l'assistenza offerta ai pazienti oncologici italiani attraverso il miglioramento dello stato psicosociale dei pazienti attuando interventi di dimostrata efficacia, selezionati da una task- force dell'AIOM (associazione italiana oncologia medica).Tale studio intende focalizzarsi su tre grandi aree:

- il miglioramento della comunicazione e della relazione tra paziente e assistente sanitario;

- la soddisfazione del bisogno informativo del paziente;
- il rilevamento tempestivo del distress psicologico e dei bisogni sociali.

In questo studio viene identificata la figura dell'infermiere come garante in grado di guidare il paziente nel percorso di cura. Viene attuato anche il PIS (punto di informazione e riferimento) per pazienti e familiari gestito da personale infermieristico adeguatamente formato. Come cita Passalacqua nel 2009, il PIS, è in grado di ridurre il distress psicologico e migliorare la soddisfazione dei pazienti.

Le due prerogative dello studio in questione sono:

- l'utilizzo di una lista di domande che favoriscano la comunicazione medico-infermieri-paziente attraverso una Question Prompt List, ovvero un elenco possibile di domande che il paziente può porre al medico aiutando il paziente ad assumere un ruolo attivo del dialogo;
- la rilevazione psicosociale, attraverso la scala Psychological distress inventory (PDI)(1) per valutare il disagio psicosociale. Il progetto HuCare intende garantire la compilazione del questionario PDI a tutti i nuovi pazienti che saranno sottoposti a trattamento chemioterapico.

Altri studi hanno rilevato che la relazione terapeutica si esplica attraverso la ricerca delle difficoltà di comunicazione, la rilevazione della documentazione del paziente, l'individuazione delle pratiche associate ai risultati migliori, la verifica dell'efficacia degli interventi(19).

1.7 Gestione assistenziale standard infermieristica in day hospital oncologico

La gestione assistenziale da parte dell'infermiere riguarda essenzialmente 3 aree: l'assistenza diretta al paziente al fine di soddisfare i suoi bisogni primari e specifici, l'assistenza Routinaria per la pratica delle mansioni alberghiere, l'assistenza indiretta per l'esecuzione di compiti svolti dallo staff infermieristico diretti all'organizzazione e alla pianificazione del lavoro di area (es. tenuta dei registri, giri di corsia ecc.). I compiti tecnici dell'infermiere riguardano: la preparazione e somministrazione dei farmaci antitumorali e la somministrazione dei presidi farmacologici atti alla prevenzione degli effetti collaterali, l'osservazione assidua del visus e controllo dei parametri del paziente riferendo al medico

ogni loro variazione, l'effettuazione dei prelievi per i controlli ematochimici. L'infermiere deve essere in grado di rilevare e gestire il dolore, che nei pazienti oncologici è il sintomo più frequente ed è proprio a causa di esso che il paziente si rivolge al medico.

Il compito dell'Infermiere in questa fase dell'assistenza prevede la raccolta dei dati riguardanti le caratteristiche del dolore e lo stato psico-sociale del paziente; la somministrazione scrupolosa della terapia medica onde prevenire o limitare, dove possibile, gli effetti collaterali (stipsi, secchezza delle fauci ecc.), l'informazione delle persone vicine al paziente riguardo al proseguimento della terapia e all'assistenza domiciliare. È necessario far conoscere al paziente ed ai familiari gli accorgimenti meccanici o di postura che possono alleviare il dolore; riferire ogni variazione del sintomo al medico e far capire al paziente che il sintomo non è mai sottovalutato ma anzi tenuto sotto controllo(20).

1.8 Il ruolo dell'infermiere nell'informazione e la relazione d'aiuto.

La relazione terapeutica è centrale a tutta la pratica della professione infermieristica. L'attività sanitaria implica specificamente una relazione d'aiuto, nella quale la persona in difficoltà chiede il parere degli esperti (medici, infermieri, psicologic, oncologi). Tutto questo deve avvenire tenendo conto delle difficoltà che molti pazienti incontrano nell'affrontare esplicitamente la diagnosi di malattia, il trattamento chemioterapico, l'ansia e la depressione che ne possono derivare.

L'Infermiere ha un ruolo particolarmente importante nel percorso di cura del paziente, in quanto rimane a stretto contatto con lui nei diversi momenti dell'iter diagnostico-terapeutico. Per molti malati può risultare più semplice relazionarsi con l'infermiere piuttosto che con gli altri sanitari. Per questo motivo nell'assistenza, viene posto l'infermiere al centro del percorso di umanizzazione, affidando a lui molti degli interventi previsti. In particolare, l'infermiere è incaricato di:

- accogliere il paziente in reparto, favorendo l'orientamento nel contesto. In particolare l'infermiere dovrà presentare la realtà ospedaliera in cui si trova (luogo, struttura e funzionamento del reparto), descrivere dettagliatamente il percorso di umanizzazione (le persone a cui si può rivolgere per avere informazioni e con quali modalità, l'esistenza e gli obiettivi del Punto di Informazione);

- l'infermiere ha esperienza sul sintomo (dispnea, astenia, nausea-vomito, dolore, disturbi sonno- veglia) riconoscendolo e attuando misure cliniche basate sull'evidenza che mirino al recupero e alla diminuzione dei danni fisici e psicologici, nella prevenzione della sicurezza e degli eventi avversi(4)(21)(20);
- l'infermiere attua piani di assistenza basati su obiettivi specifici che portino a risultati tangibili e misurabili;
- l'operatore professionale deve essere di supporto, parlando con il malato cercando di rispondere alle domande in modo semplice e senza fretta mettendolo al corrente dei possibili effetti collaterali e dei rimedi che si possono adottare, quindi deve: illustrare in modo comprensivo il programma terapeutico sia al malato che ai familiari, aiutarlo psicologicamente a superare gli effetti collaterali (es.vomito alopecia anoressia astenia). Istruirlo sui regimi alimentari e sui comportamenti da adottare per diminuire gli effetti sopra descritti, aiutarlo nel mantenimento dell'igiene personale(20).

Solitamente l'infermiere si ritrova a gestire l'ansia e distress psicologico per preoccupazioni riguardanti la malattia oncologica. Tali argomenti oggi, sono diventati oggetto di specifici insegnamenti ai Corsi di Laurea, pertanto le capacità apprese durante gli studi permettono di gestire in autonomia o in multidisciplinarietà queste problematiche. Le capacità del personale infermieristico sono in continuo perfezionamento, grazie soprattutto anche ai nuovi titoli accademici rilasciati dalle università (master) che attestano le competenze e l'alta formazione negli argomenti discussi. Oltre a questo gli infermieri devono essere in grado di fornire assistenza per i pazienti che si basa sulle migliori evidenze scientifiche in modo tale da raggiungere l'obiettivo con il miglior risultato per il paziente.

1.9 Diagnosi infermieristiche.

Le diagnosi infermieristiche(22), sulla base dei dati raccolti durante lo studio possono comprendere:

- Ansia correlata all'ambiente ospedaliero, incertezza dell'esito, malattia, che si manifesta con agitazione, apprensione, collera.

- Coping inefficace correlato ad alterazioni dell'integrità corporea che si manifesta con ansia e preoccupazioni.
- Rischio di senso di impotenza.
- Interruzione dei processi familiari correlata alla paura, che si manifesta con: difficoltà relazionali del sistema familiare che non è in grado di comunicare al proprio interno in modo aperto e costruttivo
- Disturbo del concetto di sé.
- Rischio di inefficace gestione del regime terapeutico.
- Dolore acuto/cronico.
- Intolleranza alle attività correlata a cancro che si manifesta con alterata risposta fisiologica all'attività fisica

1.10 Contesto in cui si sviluppa il problema.

La presa in carico del paziente oncologico appartiene ad un'area di confine in cui collaborano diversi professionisti della salute per una presa in carico globale della persona. Proprio in questi anni il ruolo dell'infermiere sta crescendo e sta ponendo molta attenzione all'aspetto psicosociale del paziente. Si è passati dal modello "disease centred" al modello "patient centred" ampliando le capacità di occuparsi del vissuto di malattia del paziente (23). Secondo le competenze e gli studi che vengono eseguiti già nel corso di laurea, ci si è posti il quesito, in quale modo l'infermiere riesce a gestire il distress del paziente in trattamento chemioterapico attraverso la relazione terapeutica, la comunicazione e l'informazione. L'indagine è stata eseguita presso l'unità operativa di Oncoematologia dell'ospedale di Chioggia.

Capitolo 2 – MATERIALE E METODI

2.1 Scopo e disegno dello studio

Lo scopo dello studio è di analizzare il ruolo dell'infermiere rispetto alle competenze psicosociali, ovvero valorizzare la relazione terapeutica per la gestione del distress psicologico. E' stato indagato se i pazienti in trattamento chemioterapico sono stati informati adeguatamente dagli infermieri rispetto ai comuni quesiti che i pazienti oncologici riferiscono e se per loro è stato anche utile la relazione terapeutica come metodo di gestione dell'ansia. È stato anche valutato il livello di distress psicologico attraverso il questionario PDI (Psychological Distress Inventory)(1) per confrontarlo con la letteratura ad oggi disponibile.

La tipologia di studio è osservazionale di tipo prospettico. I dati sono stati raccolti dal 1 luglio al 15 agosto 2015.

2.2 Campionamento

Lo studio è rivolto a tutte le persone che effettuano terapia nel reparto day hospital di oncoematologia di Chioggia nel periodo stabilito. Per l'analisi dei dati le persone sono state suddivise in due gruppi:

- Pazienti suddivisi per genere;
- Pazienti suddivisi per gravità di malattia.

Questa tipologia di suddivisione è stata fatta per evidenziare eventuali differenze nella relazione infermiere - paziente e la capacità di comprendere l'informazioni fornite dall'infermiere.

2.3 Criteri di esclusione

Sono state escluse tutte le persone con deficit cognitivi o con patologia psichiatriche, in quanto tali disfunzioni potevano interferire con la compilazione del questionario autosomministrato.

2.4 Setting

Lo studio è stato eseguito presso l'unità operativa di Oncoematologia dell'ospedale Madonna della Navicella di Chioggia. Il reparto si trova al sesto piano nell'ala Est.

2.5 Attività di raccolta

L'attività di raccolta dati prevedeva la presenza dello studente presso l'unità operativa tutte le mattine dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.30. Prima della somministrazione dei questionari e l'inizio dello studio, sono stati compilati e firmati i consensi richiesti e con il primario dell'unità operativa e il coordinatore infermieristico sono state definite le modalità di consegna dello strumento di indagine. La modalità di indagine avveniva in questo modo: lo studente consegnava il questionario ai pazienti sottoposti a chemioterapia, in una stanza libera in modo tale da favorire la privacy dopo una breve presentazione e spiegazione delle finalità dello studio. Lo studente ritirava i questionari compilati il giorno stesso o il giorno dopo. Nel caso in cui i pazienti avessero preferito portare a casa i questionari per compilarli in un secondo momento, potevano farlo e riconsegnarli in accettazione all'ingresso del reparto. I questionari venivano riposti in una busta chiusa, grazie alla collaborazione delle infermiere dell'unità operativa.

2.6 Strumenti di misura

Lo strumento di misura consiste in un questionario autosomministrato, dopo la consegna dello stesso da parte dello studente. Il questionario si divide in due parti: la prima è rappresentata dal questionario PDI (Psychological Distress Inventory)(1), mentre la seconda parte presenta domande ideate basandosi sullo studio Progetto HuCare. Nella prima parte è stato inserito il questionario PDI, il quale permette di valutare il disagio psicologico dei pazienti con cancro durante il percorso diagnostico- terapeutico, rappresentando una opportunità precoce di rilevazione del sintomo. Viene utilizzato spesso nei reparti oncologici in quanto è uno strumento di facile somministrazione e molto breve e affidabile. Il questionario, auto compilato, è costituito da 13 domande, le cui risposte utilizzano una scala tipo Likert di cinque punti per la valutazione dell'entità del distress (1= per nulla, 2 = poco, 3 = abbastanza, 4 = molto, 5 = moltissimo), e il tempo medio di compilazione è di 3 minuti, comprensivo di una breve spiegazione preliminare. La seconda parte creata appositamente per lo studio indaga la qualità e quantità di informazioni che

vengono fornite dall'infermiere al paziente in merito alle diverse aree in cui il ruolo dell'infermiere risulta fondamentale. In particolare sono stati strutturati 15 quesiti volti ad indagare il ruolo dell'infermiere nella relazione con il paziente. Viene chiesto al paziente se conosce le figure sanitarie all'interno del reparto, se è stato informato di come si svolge la terapia e gli effetti collaterali, se conosce cosa può fare prima e dopo per rendere più efficace il trattamento chemioterapico. Infine è stato chiesto se durante il trattamento o durante le visite il paziente ha avuto momenti di ansia e demoralizzazione e come il personale infermieristico ha agito nei suoi confronti.

2.7 Controllo della qualità dei dati

I questionari sono completamente anonimi. Si presta attenzione che il paziente abbia compreso i fini dello studio e che compili il questionario soltanto dopo l'intervento dell'infermiere. Viene utilizzata la statistica descrittiva per sintetizzare le informazioni tramite il programma Microsoft Office Excel.

Capitolo 3 – RISULTATI

3.1 Descrizione del campione

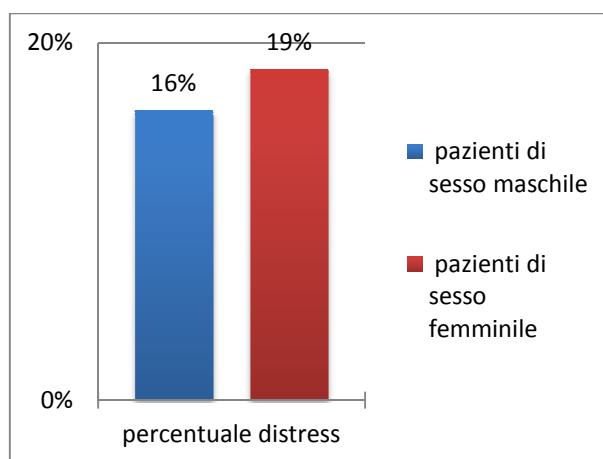
Il questionario è stato consegnato secondo i criteri stabili a 70 persone, 5 delle quali non hanno dato il proprio consenso alla partecipazione allo studio. Sono stati raccolti in totale 65 questionari.

Alla categoria “pazienti di sesso maschile con tumore non metastatizzato” appartenevano 27 pazienti, alla categoria “pazienti di sesso maschile con tumore metastatizzato” appartenevano 10 pazienti, alla categoria “pazienti di sesso femminile con tumore non metastatizzato” appartenevano 21 pazienti, alla categoria “pazienti di sesso femminile con tumore metastatizzato” appartenevano 7 pazienti.

I risultati rispetto al quesito vengono di seguito rappresentati mediante istogrammi (allegati) e una breve descrizione. Per ogni domanda, le risposte sono distinte per genere (“paziente di sesso maschile” e “paziente di sesso femminile”) e per gravità (“pazienti con tumore in fase non metastatica” e “pazienti con tumore in fase metastatica”).

3.2 Risultati rispetto ai quesiti

I risultati del questionario PDI (Psychological Distress Inventory):



Presenta distress psicologico il 16% dei pazienti di sesso maschile e il 19% dei pazienti di sesso femminile. Per quanto riguarda la gravità della malattia presentano distress psicologico il 10% degli uomini e il 14% delle donne in fase metastatica, mentre per i

pazienti non in fase metastatica hanno riportato distress il 19% degli uomini e il 20% delle donne. (Allegato 33)

Per quanto riguarda i risultati emersi dalla somministrazione del questionario che indaga le aree della relazione tra infermiere e paziente:

La prima domanda (allegati 3-4) indaga l'informazione del paziente sulle diverse figure esistenti nel reparto. In base alla distinzione per genere, il 95% dei pazienti maschi e il 93% dei pazienti femmina ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità il 92% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. Il 93% i pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. Esaminando il quesito, si evince che quasi la totalità dei pazienti è a conoscenza delle figure professionali del reparto;

La seconda domanda (allegati 5-6) indaga la conoscenza del paziente di chi lo avrebbe seguito nel percorso di cura. In base alla distinzione per genere, il 97% dei pazienti maschi e il 96% dei pazienti femmina ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità il 98% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. Il 96% dei pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. La quasi totalità dei pazienti ha risposto che conosce il professionista che segue il paziente durante l'iter clinico assistenziale perciò sia l'infermiere e sia il medico;

La terza domanda (allegati 7-8) indaga quanto il personale infermieristico sia a disposizione del paziente. In base alla distinzione per genere, il 100% dei pazienti maschi e il 96% dei pazienti femmina ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità il 98% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. Il 96% dei pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. La quasi totalità dei pazienti ritiene che il personale infermieristico è sempre a disposizione dei pazienti.

La quarta domanda (allegati 9-10) chiede se il paziente è a conoscenza di quando lui e i loro famigliari possono incontrare il personale infermieristico. In base alla distinzione per genere, l'89% dei pazienti maschi e l'82% dei pazienti femmina ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità l'83% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. L'82% dei pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. Anche in questo caso le risposte dei pazienti sono nella maggior parte

positive, riconoscendo di essere informati dei periodi durante la giornata in cui loro e i propri parenti possono incontrare il personale infermieristico.

Il quinto quesito (allegati 11-12) indaga se il paziente è stato informato di come si svolgerà la terapia. In base alla distinzione per genere, il 97% dei pazienti maschi e il 79% dei pazienti femmina ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità l'88% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. Il 79% dei pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. In questo caso risulta che le pazienti femmine e i pazienti con metastasi siano meno informati di come si svolge la terapia;

Il sesto quesito (allegati 13-14) indaga l'area di conoscenza dei possibili effetti collaterali della terapia. In base alla distinzione per genere, il 78% dei pazienti maschi e il 93% dei pazienti femmina ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità l'83% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. Il 93% dei pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. Anche in questo caso è presente un esiguo numero di persone, ovvero, solo il 22% dei pazienti di sesso maschile e il 17% dei pazienti senza metastasi non conoscono gli effetti collaterali della terapia;

La settima domanda (allegati 15-16) chiede se i pazienti sanno a chi rivolgersi se a domicilio dovessero presentarsi problemi. In base alla distinzione per genere, l'86% dei uomini e delle donne ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità l'83% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. L'86% dei pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. Dai risultati si evince che la maggioranza delle persone conosce chi contattare in caso di problemi a domicilio;

Il quesito numero otto (allegati 17-18) indaga se i pazienti sono in grado di gestire autonomamente i farmaci prescritti. In base alla distinzione per genere, il 62% dei pazienti maschi e il 71% dei pazienti femmina ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità il 65% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. Il 71% dei pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. In questo caso si evince dai risultati che le pazienti femmine riescono meglio a gestire la terapia dei pazienti maschi;

Il nono quesito (allegati 19-20) indaga se i pazienti sono a conoscenza di ciò che possono fare prima e dopo la terapia per renderla più efficace. In base alla distinzione per genere, il 41% dei pazienti maschi e il 61% dei pazienti femmina ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità il 44% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. Il 61% pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. I risultati indicano che gli uomini e i pazienti con tumore non metastatico hanno minori conoscenze di ciò che possono fare prima e dopo la terapia;

Il quesito numero dieci (allegati 21-22) chiede ai pazienti se ci sono attività di vita quotidiana che attualmente non riescono più ad effettuare e se gradirebbero parlarne con il personale infermieristico. In base alla distinzione per genere, il 51% dei pazienti maschi e il 50% dei pazienti femmina ha dato risposta positiva. Secondo la distinzione di gravità il 48% dei pazienti con tumore in fase non metastatica ha risposto positivamente. Il 50% dei pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto positivamente. In questo caso emerge che circa la metà dei pazienti del campione non gradiscono parlare con il personale infermieristico.

Per quanto riguarda i risultati sulla valutazione della relazione terapeutica dell'infermiere:

Il quesito numero undici (allegati 23-24) indaga se il personale infermieristico, secondo il paziente, è stato attento al suo stato d'animo dell'assistito. In base alla distinzione per genere, gli uomini hanno risposto così: il 3% "assolutamente no", il 5% "poco", il 27% "abbastanza", il 65% "assolutamente sì" e lo 0% "nessuna risposta"; mentre le donne hanno risposto: lo 0% "assolutamente no", lo 0% "poco", il 25% "abbastanza", il 75% "assolutamente sì" e lo 0% "nessuna risposta". In base alla distinzione per gravità i pazienti con tumore in fase non metastatica hanno risposto così: il 2% "assolutamente no", il 2% "poco", il 27% "abbastanza", il 69% "assolutamente sì" e lo 0% "nessuna risposta"; i pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto: lo 0% "assolutamente no", il 6% "poco", il 24% "abbastanza", il 71% "assolutamente sì" e lo 0% "nessuna risposta". In questo caso i dati sono molto positivi, molto più della metà dei pazienti ritiene l'infermiere attento al loro stato d'animo.

Il quesito numero dodici (allegati 25-26) chiede al paziente, se ha provato un momento di demoralizzazione e se l'infermiere si è comportato in maniera adeguata. In base alla

distinzione per genere, i pazienti maschi hanno risposto così: lo 0% “assolutamente no”, l’8% “poco”, il 22% “abbastanza”, il 49% “assolutamente sì” e il 22% “nessuna risposta”; I pazienti femmina hanno risposto: lo 0% “assolutamente no”, lo 0% “poco”, il 29% “abbastanza”, il 64% “assolutamente sì” e il 7% “nessuna risposta”. In base alla distinzione per gravità, i pazienti con tumore in fase non metastatica hanno risposto così: lo 0% “assolutamente no”, il 4% “poco”, il 17% “abbastanza”, il 47% “assolutamente sì” e il 21% “nessuna risposta”; i pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto: lo 0% “assolutamente no”, il 6% “poco”, il 47% “abbastanza”, il 47% “assolutamente sì” e lo 0% “nessuna risposta”. Dai dati si evince che il personale infermieristico si è comportato in maniera meno adeguata con i pazienti maschi e con pazienti con tumore in fase metastatica, nei momenti di demoralizzazione;

Il quesito numero tredici (allegati 27-28) chiede al paziente, se ha provato un momento di ansia e se l’infermiere si è comportato in maniera adeguata. In base alla distinzione per genere, i pazienti maschi hanno risposto così: il 5% “assolutamente no”, il 5% “poco”, il 16% “abbastanza”, il 57% “assolutamente sì” e il 16% “nessuna risposta”; I pazienti femmina hanno risposto: il 4% “assolutamente no”, lo 0% “poco”, il 14% “abbastanza”, il 75% “assolutamente sì” e il 16% “nessuna risposta”. In base alla distinzione per gravità, i pazienti con tumore in fase non metastatica hanno risposto così: il 2% “assolutamente no”, il 4% “poco”, il 15% “abbastanza”, il 63% “assolutamente sì” e il 17% “nessuna risposta”; i pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto: il 12% “assolutamente no”, lo 0% “poco”, il 18% “abbastanza”, il 71% “assolutamente sì” e il 17% “nessuna risposta”. Dai dati si evince che il personale infermieristico si è comportato in maniera meno adeguata con i pazienti maschi, in momenti di ansia;

Il quesito numero quattordici (allegati 29-30) chiede al paziente, se si è sentito compreso dal personale infermieristico. In base alla distinzione per genere, i pazienti maschi hanno risposto così: il 3% “assolutamente no”, il 3% “poco”, il 27% “abbastanza”, il 68% “assolutamente sì” e lo 0% “nessuna risposta”; I pazienti femmina hanno risposto: il 6% “assolutamente no”, il 6% “poco”, il 18% “abbastanza”, il 71% “assolutamente sì” e lo 0% “nessuna risposta”. In base alla distinzione per gravità, i pazienti con tumore in fase non metastatica hanno risposto così: lo 0% “assolutamente no”, lo 0% “poco”, il 27% “abbastanza”, il 73% “assolutamente sì” e lo 0% “nessuna risposta”; i pazienti con tumore

in fase metastatica hanno risposto: il 6% “assolutamente no”, il 6% “poco”, il 18% “abbastanza”, il 71% “assolutamente si” e lo 0% “nessuna risposta”. Dai risultati emersi si vede un’alta percentuale di pazienti che si sono sentiti compresi, in particolare le donne e i pazienti in fase metastatica.

Il quesito numero quindici (allegati 31-32) chiede al paziente, se si è sentito più sicuro sapendo che se ha un problema può parlarne con il personale infermieristico. In base alla distinzione per genere, i pazienti maschi hanno risposto così: lo 0% “assolutamente no”, il 5% “poco”, il 24% “abbastanza”, il 70% “assolutamente si” e lo 0% “nessuna risposta”; I pazienti femmina hanno risposto: lo 0% “assolutamente no”, il 4% “poco”, il 14% “abbastanza”, il 70% “assolutamente si” e lo 0% “nessuna risposta”. In base alla distinzione per gravità, i pazienti con tumore in fase non metastatica hanno risposto così: lo 0% “assolutamente no”, il 4% “poco”, il 25% “abbastanza”, il 71% “assolutamente si” e lo 0% “nessuna risposta”; i pazienti con tumore in fase metastatica hanno risposto: lo 0% “assolutamente no”, il 6% “poco”, il 6% “abbastanza”, il 88% “assolutamente si” e lo 0% “nessuna risposta”. I dati ricavati sono molto positivi, in quanto, quasi la totalità dei pazienti sa che in momento di necessità può confrontarsi con il personale infermieristico.

Rispetto alla domanda aperta: “se ha provato un momento di demoralizzazione-ansia, il personale infermieristico si è comportato in maniera adeguata con lei? in che modo?”

Le risposte pervenute sono:

- *Nessuna risposta*
- *“non è mai successo di avere momenti di demoralizzazione”;*
- *“mi sento più tranquillo in ospedale rispetto a casa”;*
- *“parlando con l’infermiere mi rassicura”*
- *“parlando”*
- *“quando l’infermiere mi rassicura”*

È da evidenziare che a queste domande ha risposto una percentuale minima del 10%.

Capitolo 4 – DISCUSSIONI E CONCLUSIONE

3.1 Considerazioni sui risultati

I livelli di distress psicologico nei pazienti sottoposti a cure oncologiche nel reparto di Oncoematologia dell'ospedale di Chioggia, rispecchiano quelli della letteratura attuale. I risultati dimostrano che, le pazienti di sesso femminile, sia con tumore in fase metastatico che con tumore non metastatizzato, presentano livelli di distress maggiore rispetto ai pazienti di sesso maschile. Attraverso la somministrazione del questionario PDI (Psychological Distress Inventory)(1), si ricava un livello di distress psicologico solo nel 16% dei pazienti maschi e nel 19% delle pazienti femmine. I sintomi di distress in ogni caso presenti sono lievi e sono comparabili al quadro generale riferito dall'analisi di letteratura. Indagando le risposte date e analizzando l'aspetto della gravità della situazione clinica dei pazienti, si denota che all'aggravarsi del quadro clinico, diminuisce il distress psicologico. Infatti presentano distress psicologico il 10% degli uomini e il 14% delle donne in fase metastatica, mentre per i pazienti non in fase metastatica hanno riportato distress il 19% degli uomini e il 20% delle donne. (Allegato 33). I risultati ottenuti dal questionario sulla base del confronto con i dati ottenuti da HuCare project, sono molto positivi nella valorizzazione del ruolo dell'infermiere, e di come l'infermiere esso sia uno strumento importante nella relazione con il paziente oncologico, in grado di accoglierlo e guidarlo nel suo percorso clinico e assistenziale. Esaminando nel dettaglio, i quesiti che hanno ricevuto un punteggio significativo minore rispetto agli altri, ovvero nelle domande in cui i pazienti hanno risposto più negativamente si nota che:

Alla domanda numero cinque (allegati 11-12), si evidenzia come un esiguo numero di pazienti, in particolare le donne (21%) e il 21% dei pazienti con tumore in fase metastatica riferiscono di non avere molta informazione sullo svolgimento della terapia. Al quesito numero sei (allegati 13-14), dove si chiede se il paziente conosce gli effetti collaterali che potrebbero verificarsi, in questo caso i pazienti di sesso maschile, ovvero il 22%, e i pazienti in fase metastatica cioè il 7%, non sono totalmente informati. Dalla letteratura, si ricava che, il paziente adeguatamente informato sugli effetti collaterali, permette di aumentare la compliance alla terapia e di ridurre i disagi psicologici in caso di effetti collaterali. Confrontando i dati del quesito 5 e del quesito 6, si evince come le pazienti siano meno attente a come si svolge la terapia(21%) ma più accorte agli effetti collaterali

(7%). Secondo il quesito numero otto (allegati 17-18), una buona percentuale dei pazienti non gestisce in autonomia i farmaci al proprio domicilio: il 38% degli uomini e il 29% delle donne e il 35% dei pazienti con tumore in fase non metastatica e il 29% dei pazienti con tumore in fase metastatica; in questo caso, come da profilo professionale, è compito dell'infermiere attraverso l'intervento di educazione terapeutica, spiegare al paziente la gestione della terapia farmacologica, coinvolgendo se possibile il caregiver. Nel quesito nove (allegati 19-20) e nel quesito dieci (21-22), i dati evidenziano come ci siano discrepanze tra i vari pazienti in merito alle informazioni su cosa possono fare prima e dopo la terapia e sulle attività che non sono più in grado di effettuare. In questo ambito, l'infermiere può instaurare un dialogo efficace con il paziente, riconoscendo il suo disagio, attuando un progetto di educazione/relazione terapeutica che permetta al paziente di superare gli ostacoli creati dalla malattia.

Nella seconda parte del questionario che indaga la relazione terapeutica dell'infermiere, i dati sono molto positivi rispetto la gestione dello stato emotivo del paziente in particolare gli aspetti dell'ansia e della demoralizzazione. Al quesito numero undici (allegati 23-24), la quasi totalità del campione ha risposto positivamente alla domanda riguardante l'attenzione dell'infermiere allo stato d'animo; solo una esigua percentuale (6%) non è stata molto soddisfatta. Al quesito numero dodici (allegati 25-26) e al quesito numero tredici (allegati 27-28), indagando l'area della demoralizzazione e dell'ansia si nota una disparità nelle risposte. La maggior parte dei pazienti ha trovato che l'infermiere si è comportato adeguatamente nei casi specifici di ansia e demoralizzazione, ma una parte esigua di pazienti non è rimasta molto soddisfatta ovvero l'8% dei pazienti di sesso maschile; il 6% dei pazienti con tumore in fase metastatica e il 4% dei pazienti con tumore in fase non metastatica. Ciò potrebbe essere imputabile ad una comunicazione inefficace o ad una scarsa informazione sulle motivazioni che portano i pazienti a sviluppare una sintomatologia ansiosa o di demoralizzazione. Infine al quesito numero quattordici (allegati 29-30) e il quesito numero quindici (allegati 31-32) che indagano quanto il paziente si è sentito compreso dal personale infermieristico e l'apertura al dialogo parlare con gli infermiere, sono quasi totalmente positivi; indice che l'infermiere è stato in grado di adottare una buona pratica clinica tenendo in considerazione le reazioni psicologiche del paziente.

3.2 Limiti dello studio

I limiti dello studio riguardano: campione abbastanza esiguo in relazione alle categorie di pazienti (genere e gravità), in quanto sono risultate quantitativamente poco comparabili. Inoltre attraverso la somministrazione del questionario sono emersi dei limiti nella formulazione di alcune domande che hanno portato a delle difficoltà di interpretazione.

3.3 Raccomandazioni e implicazioni per la pratica

Nella pratica quotidiana è nota l'importanza della figura infermieristica, del suo ruolo nei termini tecnici e nei compiti che riguardano la relazione terapeutica. Il principale risultato è la diminuzione del distress psicologico nei pazienti oncologici. I punti fondamentali da attuare nella pratica, come dimostrato dalle evidenze, sono accogliere il paziente in un luogo privato per permettere la raccolta dati e relazionarsi per ottenere informazioni sul suo vissuto influenzato dalla malattia e per dare informazioni importanti su tutto l'iter diagnostico e terapeutico. Il team di cura dovrebbe comunicare e personalizzare le informazioni per i loro pazienti, sviluppando un piano di assistenza che tenga conto dei bisogni, dei valori e delle preferenze dell'assistito. La comunicazione all'interno dei reparti di oncologia è una competenza clinica di base, ma purtroppo la formazione da questo punto di vista è ancora non adeguata. Un'evidenza per la pratica è la formazione continua dell'infermiere tramite corsi specifici, che implementino il sapere e le conoscenze, in quanto un'efficace comunicazione, nel corso di una consultazione con il paziente, è la principale determinante della presa in carico del paziente. La relazione terapeutica influenza, come riportato dalla letteratura, la reazione psicologica e permette una valutazione dell'aderenza alla terapia, modulando l'impatto emotivo e il benessere fisico. Nella pratica è importante monitorare lo stato psicologico del paziente anche tramite test validati. In questo studio viene usato il questionario PDI (Psychological Distress Inventory)(1) e proprio per la velocità della somministrazione e l'adeguatezza dei risultati ottenuti, potrebbe essere un valido strumento di rilevazione del distress e del disagio psicologico da utilizzare nella quotidianità. Infatti come si evince dai dati emersi da questo studio sono comparabili alle percentuali dei risultati che emergono dall'analisi della letteratura. È importante tenere conto che la scala di misura del distress psicologico è lo strumento primario che permette di riconoscere il disagio psicopatologico nei pazienti oncologici, e quindi uno strumento che permetta di agire in modo adeguato nella presa in

carico del paziente. Le raccomandazioni implicano di utilizzare le diagnosi infermieristiche come standard e base su cui creare un piano assistenziale specifico per ogni persona e per la sua problematica, e inserire il PDI nella pratica clinica potrebbe favorire la presa in carico globale del paziente oncologico.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Morasso G, Costantini M, Baracco G, Borreani C, Capelli M. Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology* 1996 Jul-Aug;53(4):295-302.
- (2) Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 2006;36(1):13-34.
- (3) Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: The sixth vital sign - Future directions in cancer care. *Psycho-Oncology* 2006;15(2):93-95.
- (4) Gobel BH, Beck SL, O'Leary C. Nursing-sensitive patient outcomes: the development of the Putting Evidence into Practice resources for nursing practice. *Clin J Oncol Nurs* 2006;10(5):621-624.
- (5) Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 2003 Nov;55(5):403-409.
- (6) Harding MM. Incidence of Distress and Associated Factors in Women Undergoing Breast Diagnostic Evaluation. *West J Nurs Res* 2014;36(4):475-494.
- (7) Smeltzer S, Bare G, Hinkle J, Cheever K. Brunner - Suddarth. *Infermieristica medico chirurgica*. : cea; 2010.
- (8) Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer* 2005 Dec 15;104(12):2872-2881.
- (9) Greer JA, Pirl WF, Park ER, Lynch TJ, Temel JS. Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with advanced non-small cell lung cancer. *J Psychosom Res* 2008;65(6):549-552.
- (10) Stafford L, Judd F, Gibson P, Komiti A, Mann GB, Quinn M. Anxiety and depression symptoms in the 2 years following diagnosis of breast or gynaecologic cancer: prevalence, course and determinants of outcome. *Supportive Care Cancer* 2015;23(8):2215-2224.
- (11) Mattsson S, Alfonsson S, Carlsson M, Nygren P, Olsson E, Johansson B. Internet-based stepped care with interactive support and cognitive behavioral therapy for reduction of anxiety and depressive symptoms in cancer - A clinical trial protocol. *BMC Cancer* 2013;13.
- (12) Costantini M, Morasso G, Montella M, Borgia P, Cecioni R, Beccaro M, et al. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. *Ann Oncol* 2006;17(5):853-859.

- (13) RNAO. Establishing therapeutic relationship. Nursing Best Practice Guideline luglio 2002.
- (14) Chelf JH, Agre P, Axelrod A, Cheney L, Cole DD, Conrad K, et al. Cancer-related patient education: an overview of the last decade of evaluation and research. *Oncol Nurs Forum* 2001;28(7):1139-1147.
- (15) Piredda M, Rocci L, Gualandi R, Petitti T, Vincenzi B, De Marinis MG. Survey on learning needs and preferred sources of information to meet these needs in Italian oncology patients receiving chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs* 2008;12(2):120-126.
- (16) Arving C, Sjöden P-, Bergh J, Hellbom M, Johansson B, Glimelius B, et al. Individual psychosocial support for breast cancer patients: A randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care. *Cancer Nurs* 2007;30(3):E10-E19.
- (17) Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005;55(3):164-177.
- (18) Portz D, Johnston MP. Implementation of an evidence-based education practice change for patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2015;18(5):36-40.
- (19) Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: Past, present, and future. *Curr Opin Oncol* 2005;17(4):331-335.
- (20) IPASVI. Problematiche e prospettive infermieristiche in oncologia. roma; 2013.
- (21) *Clinical journal of oncology nursing* 2006 ottobre;10(5):622.
- (22) Carpenito L. Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche. 5th ed. Milano: C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana; 2011.
- (23) Garofalo C. La relazione infermiere - paziente: dal modello disease centred al modello patient centred. *Io infermiere* 2007(4):38-48.

ALLEGATI

Allegato 1: questionario PDI (Psychological Distress Inventory):

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Rovigo

Psychological Distress Inventory – PDI

Sono qui di seguito riportate alcune domande. Le sue risposte ci aiuteranno a capire meglio come si è sentito/a in questo ultimo periodo. La preghiamo di leggere attentamente una domanda alla volta e di scegliere la risposta che meglio le sembra descrivere la sua situazione dell'ultima settimana.

1. Pensa che la sua voglia di parlare con gli altri sia diminuita?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

2. Si è sentito tranquillo/a?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

3. Ha avuto momenti di ansia, di tensione interna?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

4. Si è sentito stanco/a, senza energia?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

5. Si è sentito/a più solo/a ?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

6. Si è sentito/a meglio?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

7. Ha avuto momenti di sconforto o depressione?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

8. Pensa che la sua malattia possa averle creato problemi di immagine fisica che prima non c'erano?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

9. Si è sentito/a senza valore?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

10. Si è sentito/a senza volontà?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

11. L'interesse per il mondo che le circonda è diminuito?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

12. Le è sembrato che il suo desiderio sessuale sia diminuito?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

13. La sua malattia ha influenzato negativamente le sue relazioni con gli altri?

Per nulla.

Poco

Abbastanza

Molto

Moltissimo

Allegato 2: questionario auto costruito

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Rovigo

Presentazione: Gentile signore/a sono Nicola Ravagnan uno studente iscritto al terzo anno del corso di laurea in infermieristica all'università di Padova. Con la presente, Le chiedo una collaborazione attraverso la compilazione del questionario che le verrà proposto. I dati, raccolti in forma anonima rispettando l'attuale legislazione in merito alla Privacy, verranno inseriti all'interno di una tesi di laurea. Si ringrazia anticipatamente per la Cortese Collaborazione.

ETA'		
SESSO	M	F
PRIMO ACCESSO AL SERVIZIO	SI	NO

ITEM		SI	NO
1	È a conoscenza delle figure a cui si può rivolgere entrando in reparto?		
2	Conosce chi la seguirà nel suo percorso di cura?		
3	Il personale infermieristico è sempre a sua disposizione?		
4	Sa quando lei e i suoi famigliari potete incontrare il personale infermieristico?		
5	È stato/a informato/a di come si svolgerà esattamente la terapia?		
6	Conosce gli effetti collaterali che potrebbero verificarsi con la sua terapia?		
7	Se a casa dovessero presentarsi problemi, sa a chi si può rivolgere?		
8	È in grado di gestire autonomamente i farmaci che Le hanno prescritto?		
9	È a conoscenza di ciò che può fare prima o dopo per rendere più efficace la terapia (alimentazione, lavoro, esercizio fisico, ecc.)?		
10	Se ci sono attività di vita quotidiana che attualmente non riesce ad effettuare, gradirebbe parlarne con il personale infermieristico su come gestirle?		

FONTE: Passalacqua R, Annunziata MA, Borreani C, Diodati F, Isa L, Saleri J, et al. Feasibility of a quality improvement strategy integrating psychosocial care into 28 medical cancer centers (HuCare project).. Support Care Cancer 2015 May 10.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Rovigo

1. Secondo Lei il personale infermieristico è attento al Suo stato d'animo?

assolutamente no

poco

abbastanza

assolutamente si

2. Se ha provato un momento di demoralizzazione, il personale infermieristico si è comportato in maniera adeguata con Lei?

assolutamente no

poco

abbastanza

assolutamente si

In che modo? _____

3. Se ha provato un momento di ansia, il personale infermieristico si è comportato in maniera adeguata con Lei?

assolutamente no

poco

abbastanza

assolutamente si

In che modo? _____

4. Si è sentito compreso dal personale infermieristico?

assolutamente no

poco

abbastanza

assolutamente si

5. Si sente più sicuro sapendo che se ha un problema ne può parlare con il personale infermieristico ?

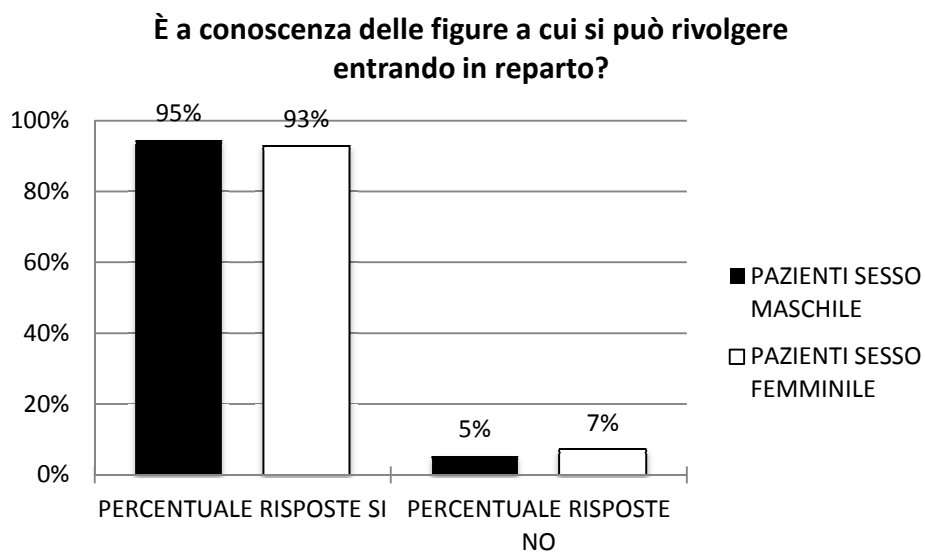
assolutamente no

poco

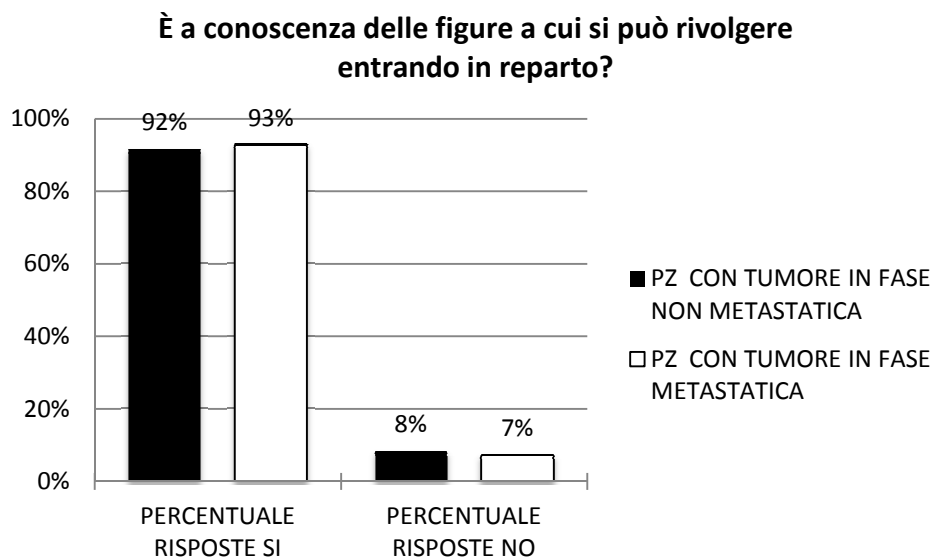
abbastanza

assolutamente si

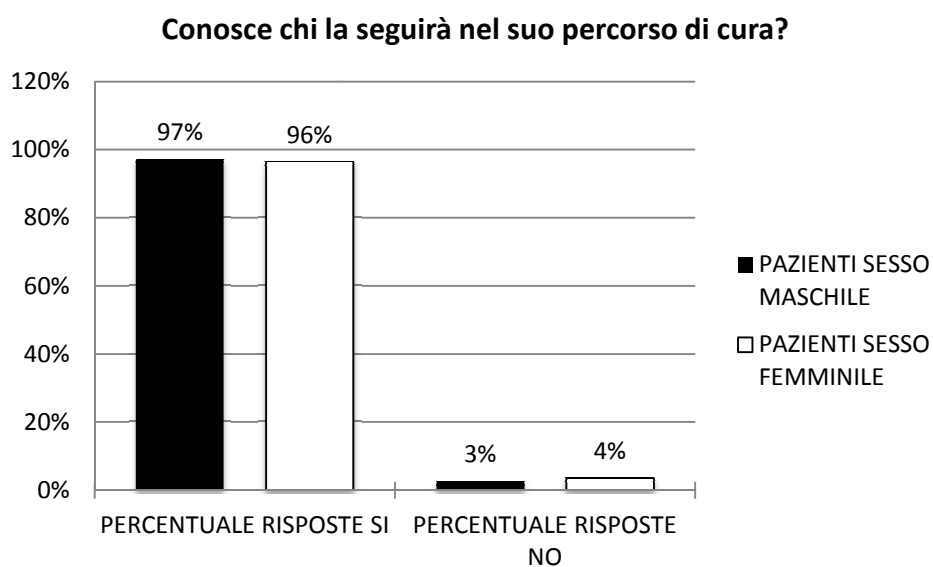
Allegato 3: GRAFICO QUESITO 1, DISTINZIONE PER GENERE



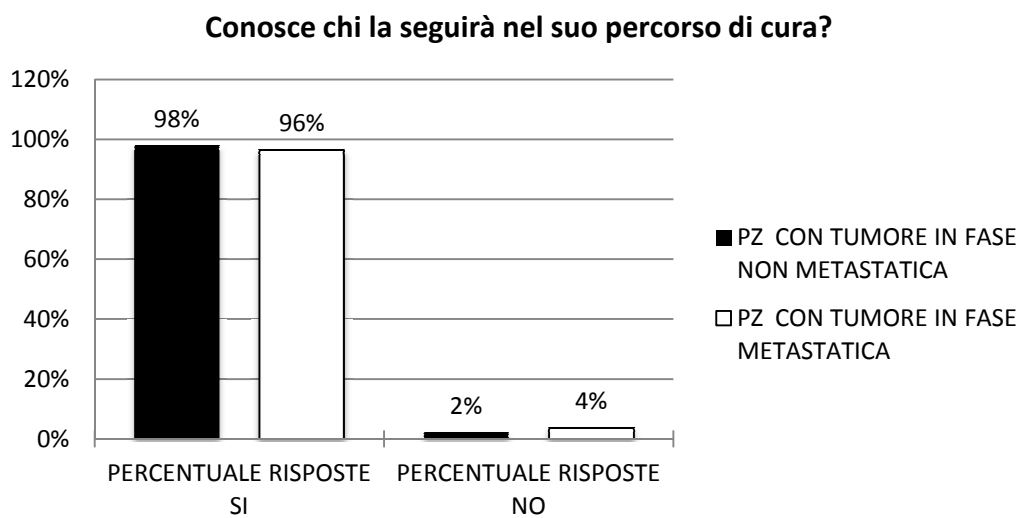
Allegato 4: GRAFICO QUESITO 1, DISTINZIONE PER GRAVITA'



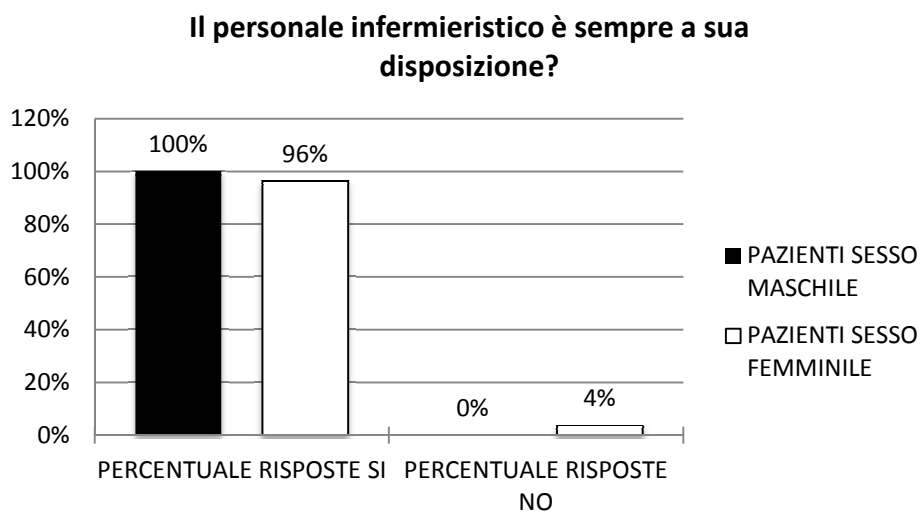
Allegato 5: GRAFICO QUESITO 2, DISTINZIONE PER GENERE



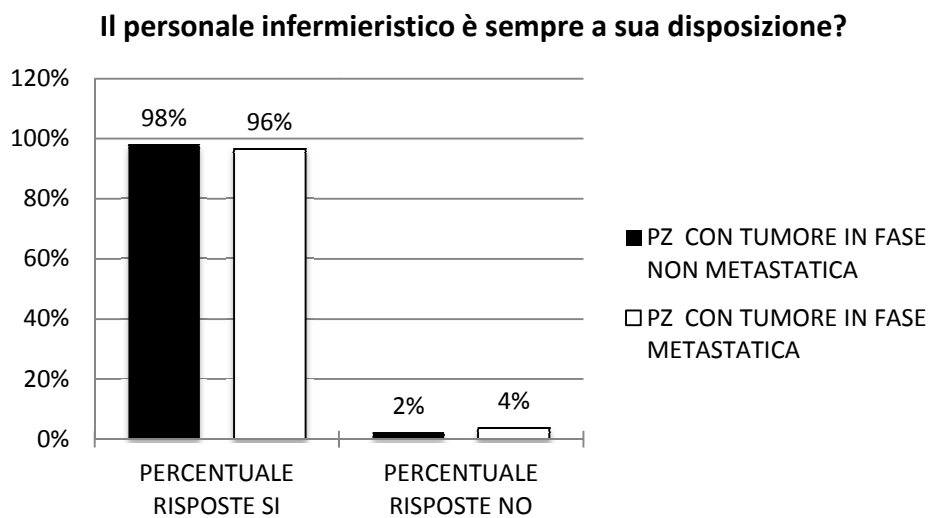
Allegato 6: GRAFICO QUESITO 2, DISTINZIONE PER GRAVITA'



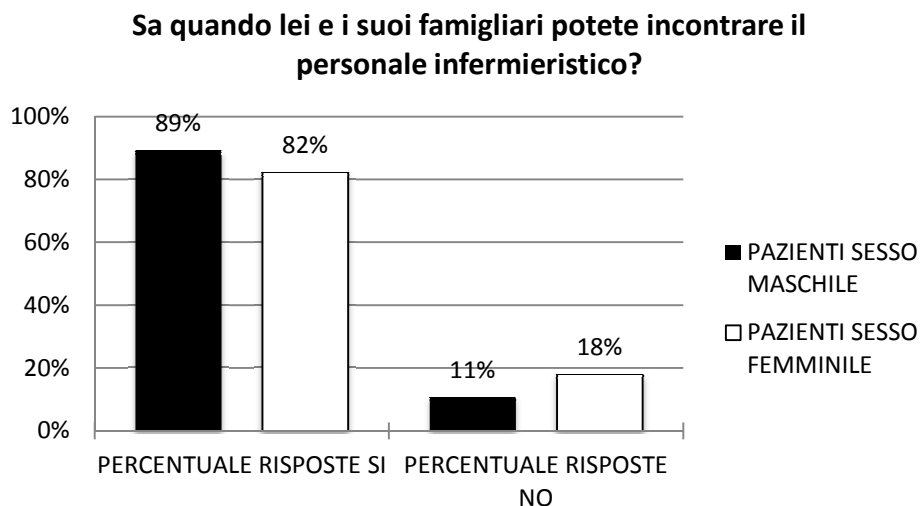
Allegato 7: GRAFICO QUESITO 3, DISTINZIONE PER GENERE



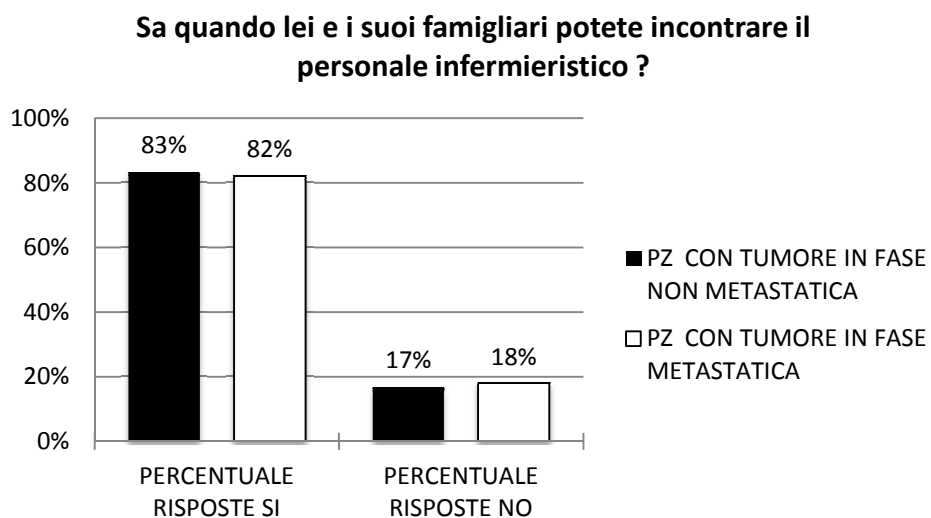
Allegato 8: GRAFICO QUESITO 3, DISTINZIONE PER GRAVITA'



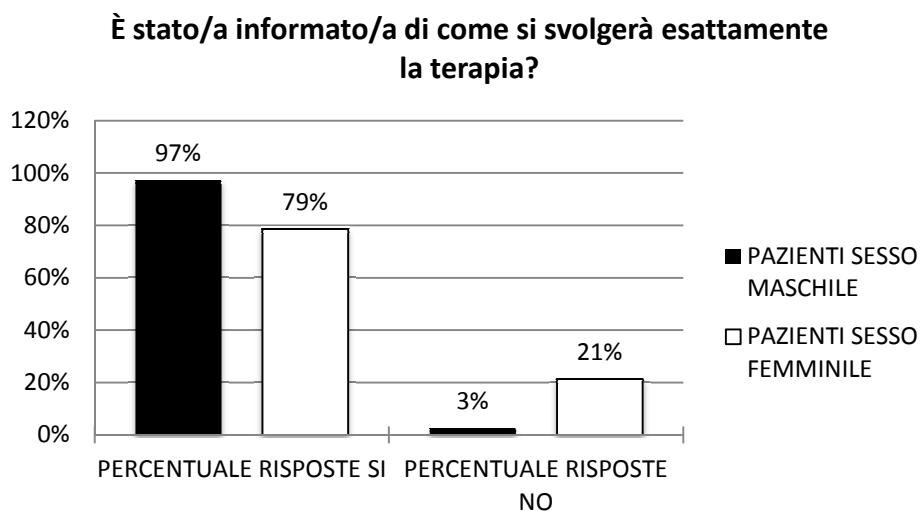
Allegato 9: GRAFICO QUESITO 4, DISTINZIONE PER GENERE



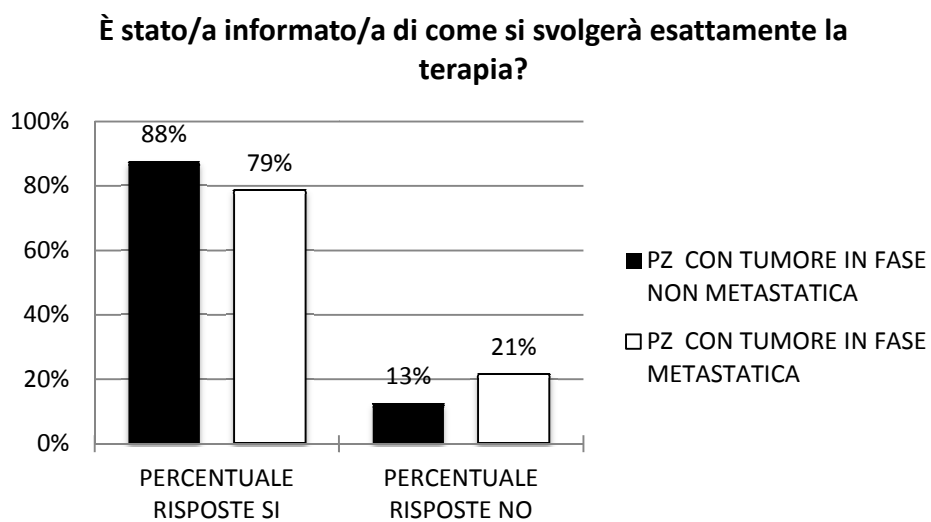
Allegato 10: GRAFICO QUESITO 4, DISTINZIONE PER GRAVITA'



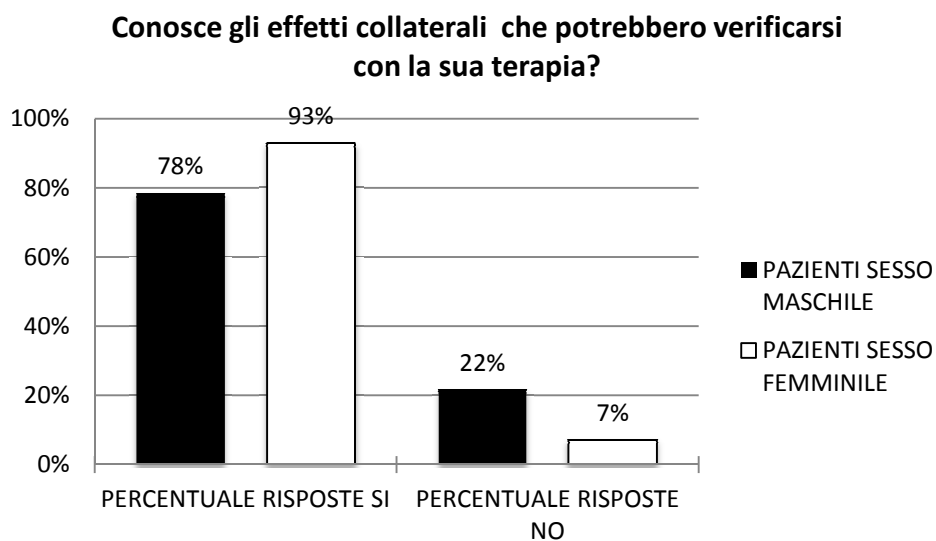
Allegato 11: GRAFICO QUESITO 5, DISTINZIONE PER GENERE



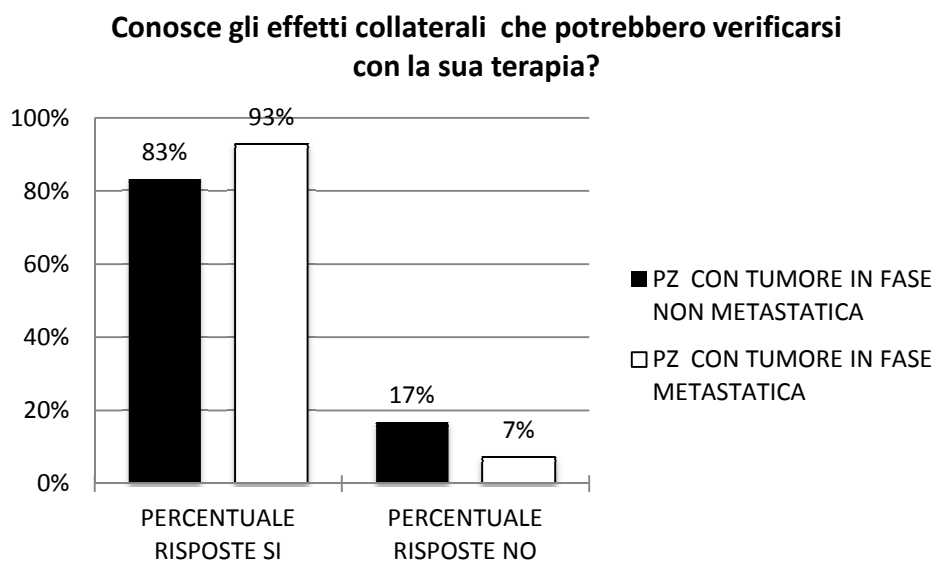
Allegato 12: GRAFICO QUESITO 5, DISTINZIONE PER GRAVITA'



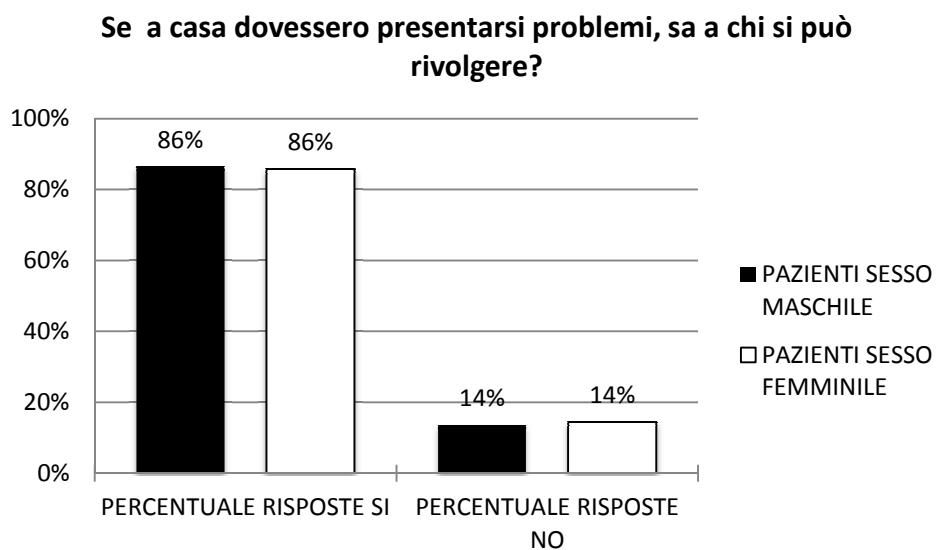
Allegato 13: GRAFICO QUESITO 6, DISTINZIONE PER GENERE



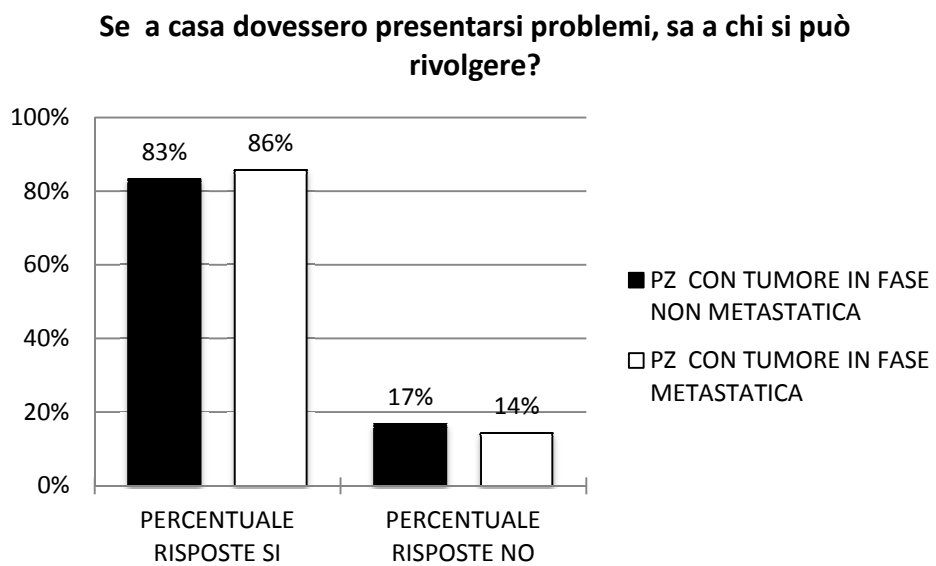
Allegato 14: GRAFICO QUESITO 6, DISTINZIONE PER GRAVITA'



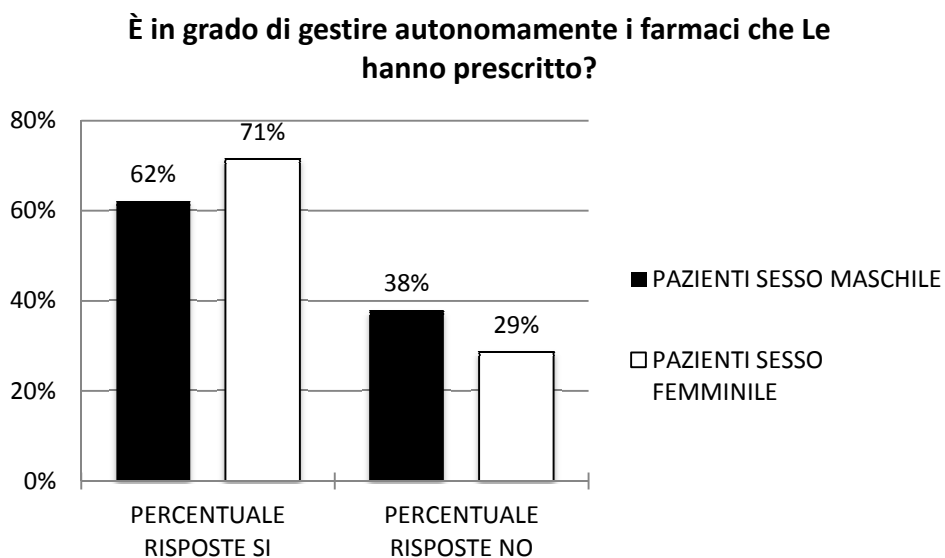
Allegato 15: GRAFICO QUESITO 7, DISTINZIONE PER GENERE



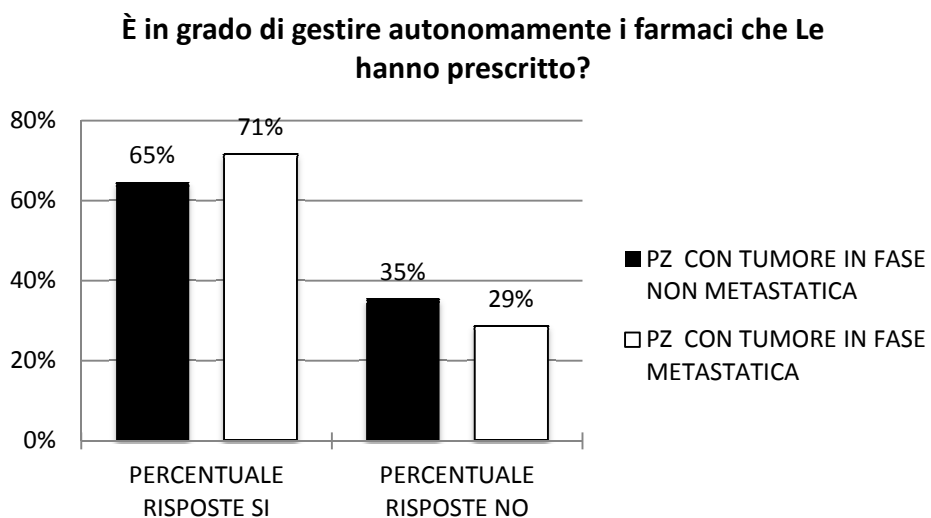
Allegato 16: GRAFICO QUESITO 7, DISTINZIONE PER GRAVITA'



Allegato 17: GRAFICO QUESITO 8, DISTINZIONE PER GENERE

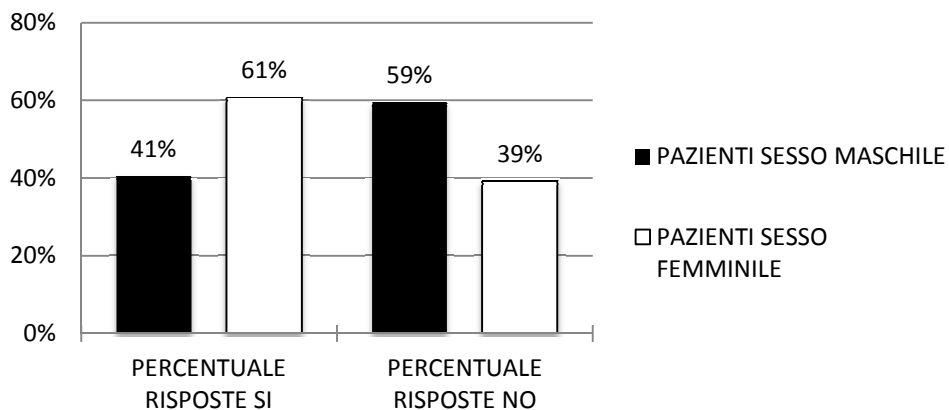


Allegato 18: GRAFICO QUESITO 8, DISTINZIONE PER GRAVITA'



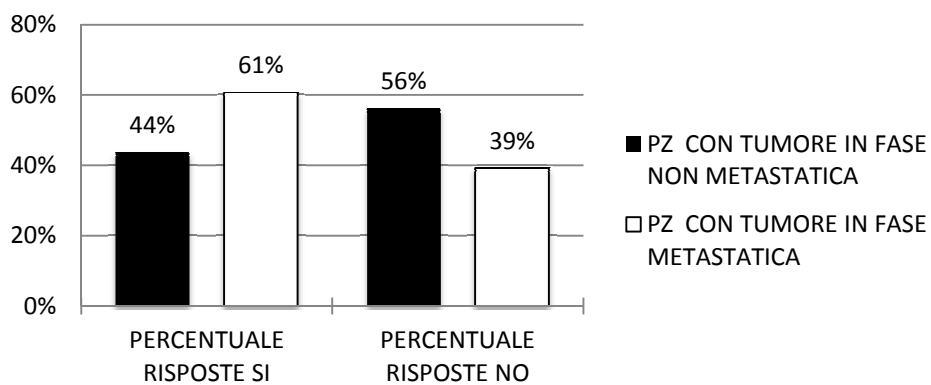
Allegato 19: GRAFICO QUESITO 9, DISTINZIONE PER GENERE

È a conoscenza di ciò che può fare prima o dopo per rendere più efficace la terapia (alimentazione, lavoro, esercizio fisico, ecc.)?



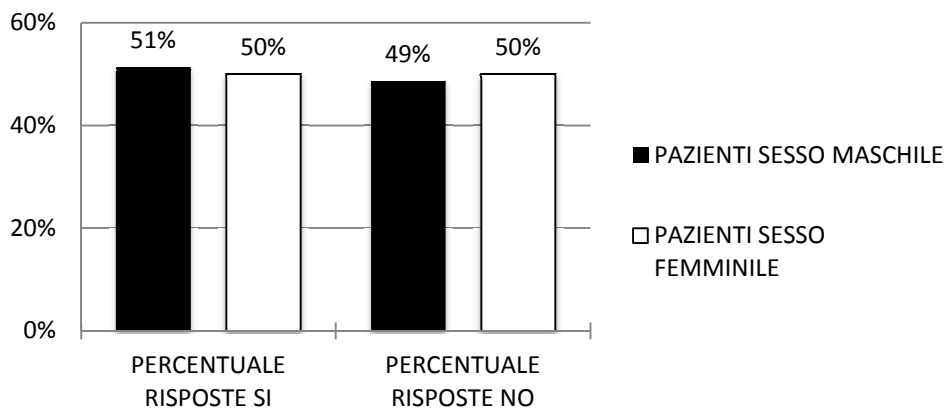
Allegato 20: GRAFICO QUESITO 9, DISTINZIONE PER GRAVITA'

È a conoscenza di ciò che può fare prima o dopo per rendere più efficace la terapia (alimentazione, lavoro, esercizio fisico, ecc.)?



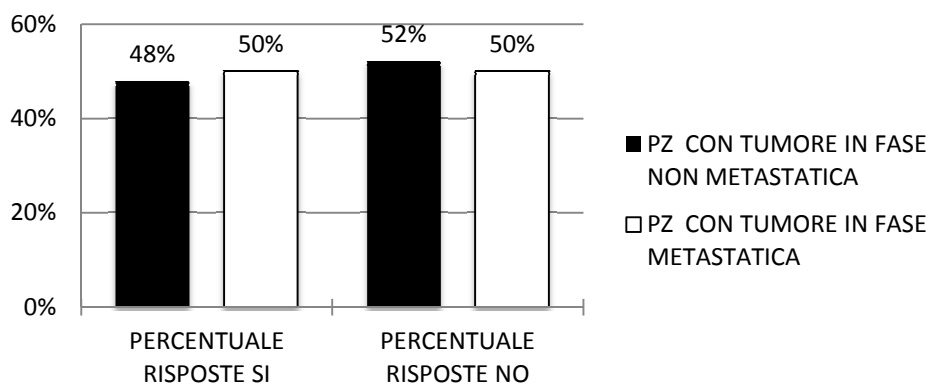
Allegato 21: GRAFICO QUESITO 10, DISTINZIONE PER GENERE

Se ci sono attività di vita quotidiana che attualmente non riesce ad effettuare, gradirebbe parlarne con il personale infermieristico su come gestirle?

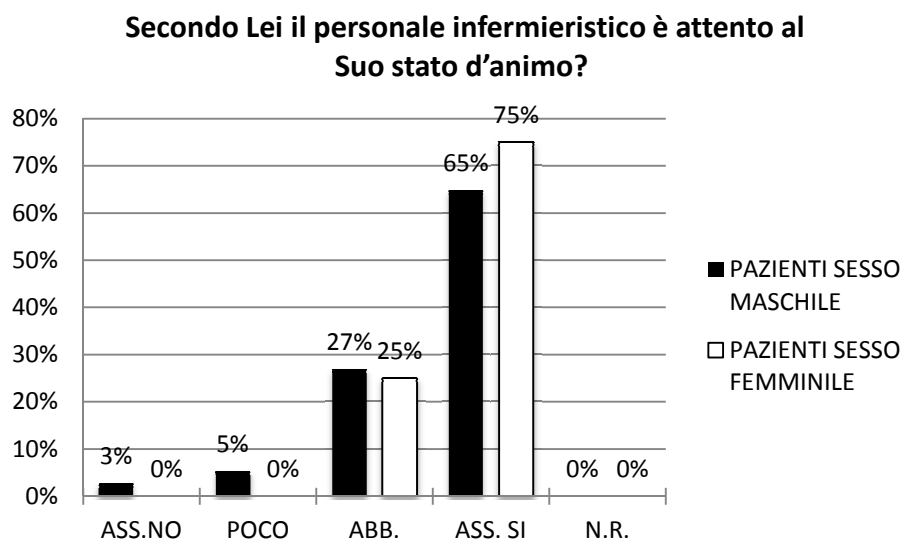


Allegato 22: GRAFICO QUESITO 10, DISTINZIONE PER GRAVITA'

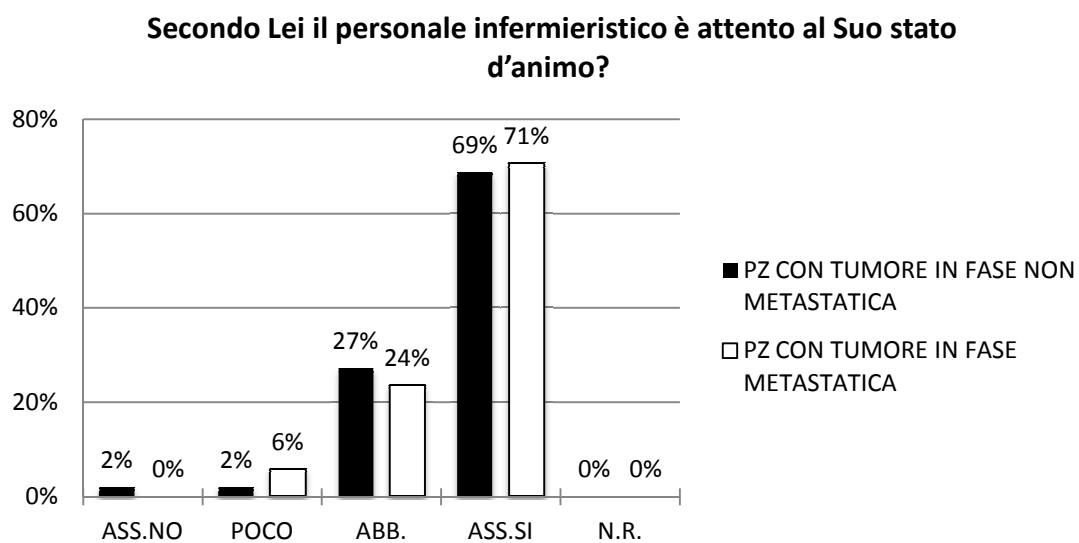
Se ci sono attività di vita quotidiana che attualmente non riesce ad effettuare, gradirebbe parlarne con il personale infermieristico su come gestirle?



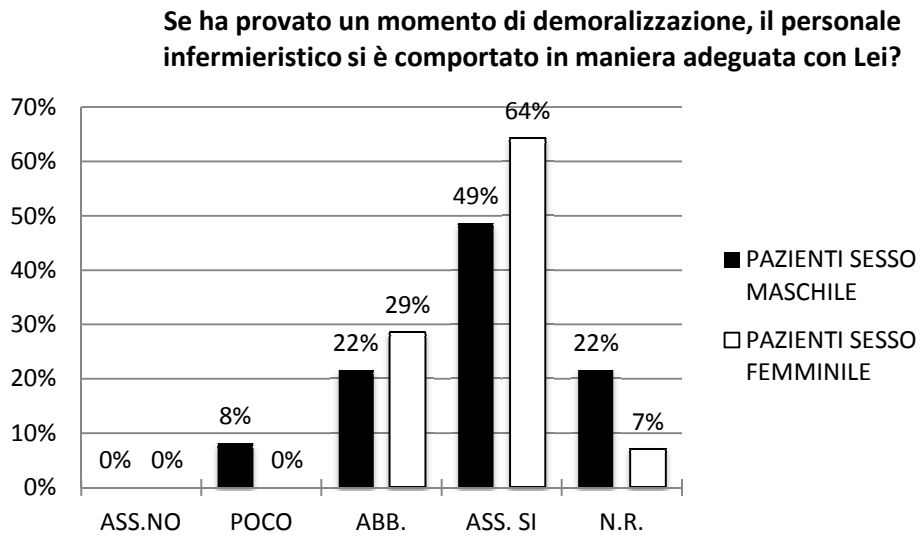
Allegato 23: GRAFICO QUESITO 11, DISTINZIONE PER GENERE



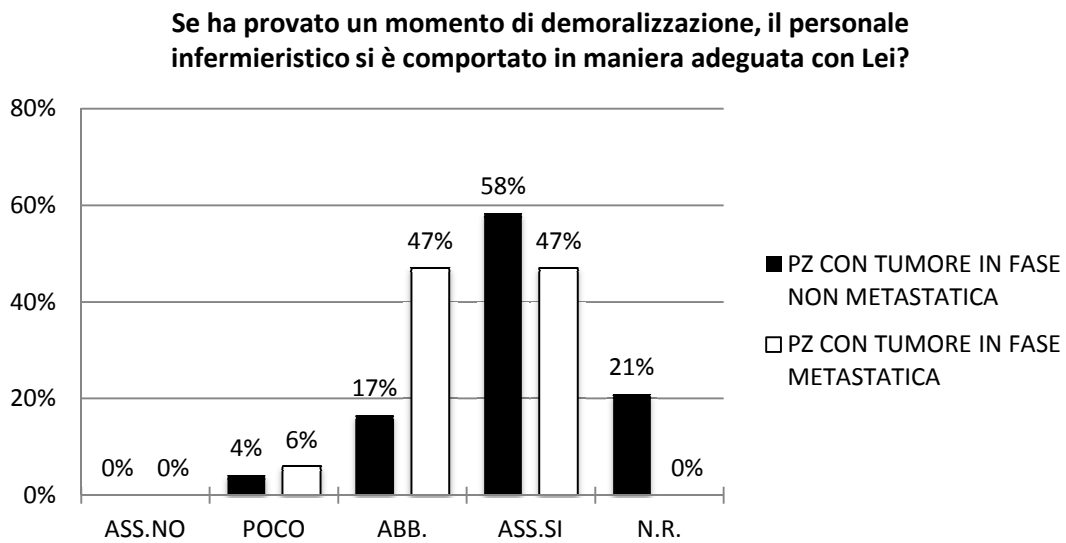
Allegato 24: GRAFICO QUESITO 11, DISTINZIONE PER GRAVITA'



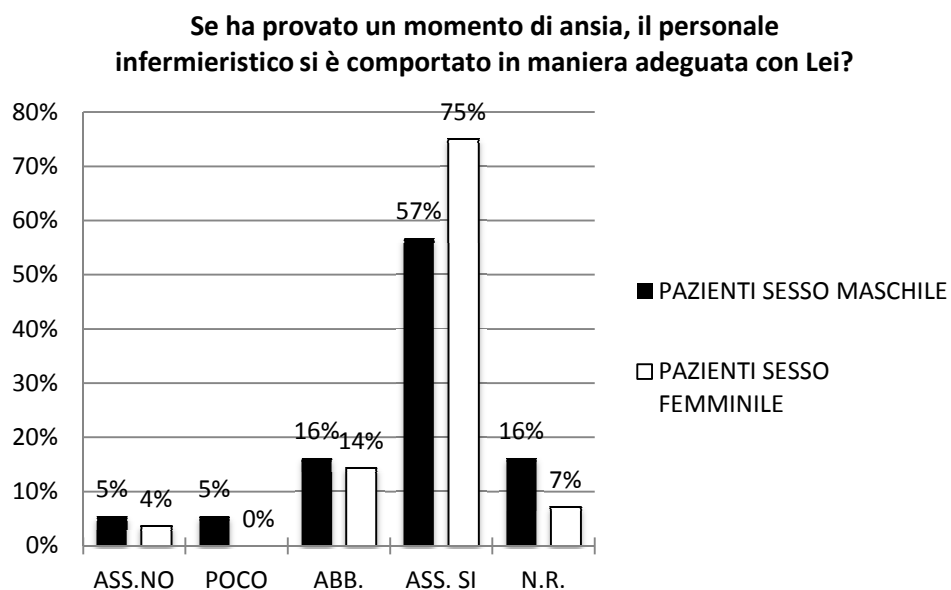
Allegato 25: GRAFICO QUESITO 12, DISTINZIONE PER GENERE



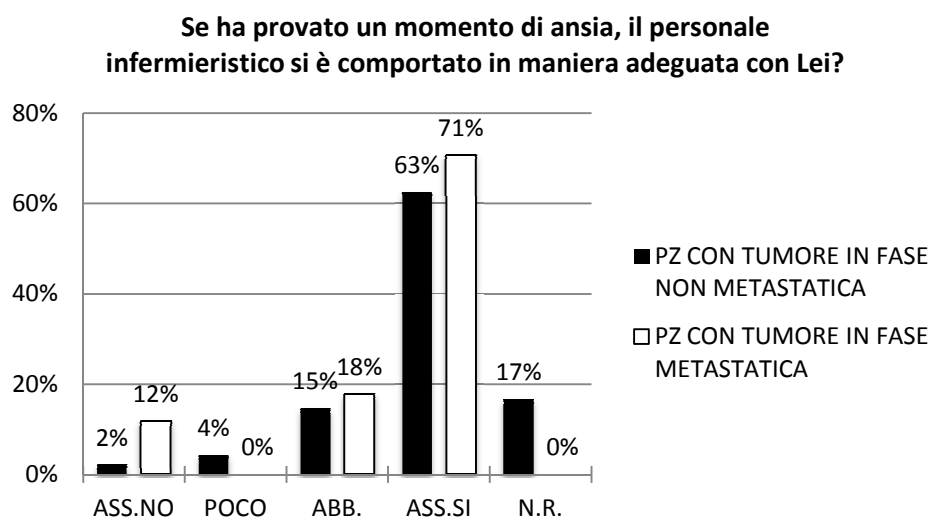
Allegato 26: GRAFICO QUESITO 12, DISTINZIONE PER GRAVITA'



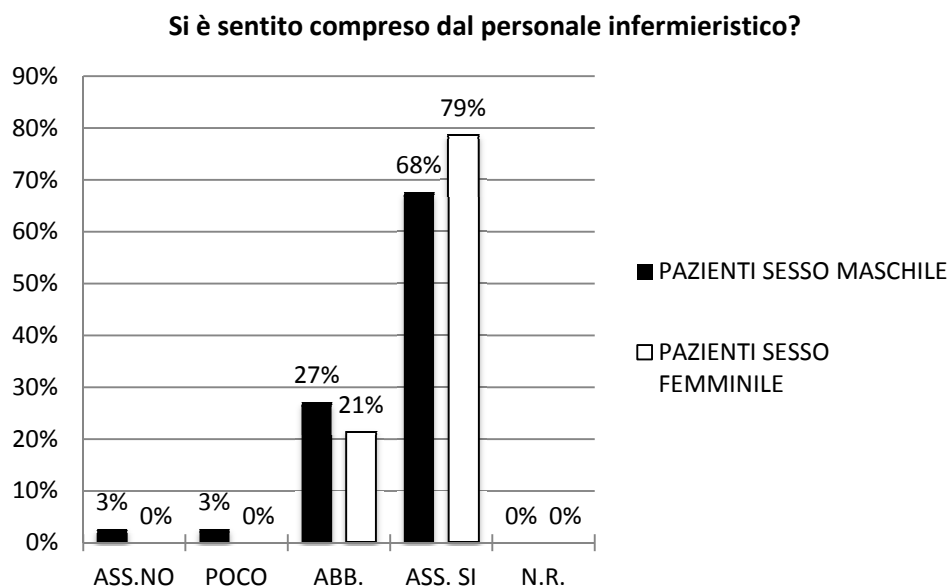
Allegato 27: GRAFICO QUESITO 13, DISTINZIONE PER GENERE



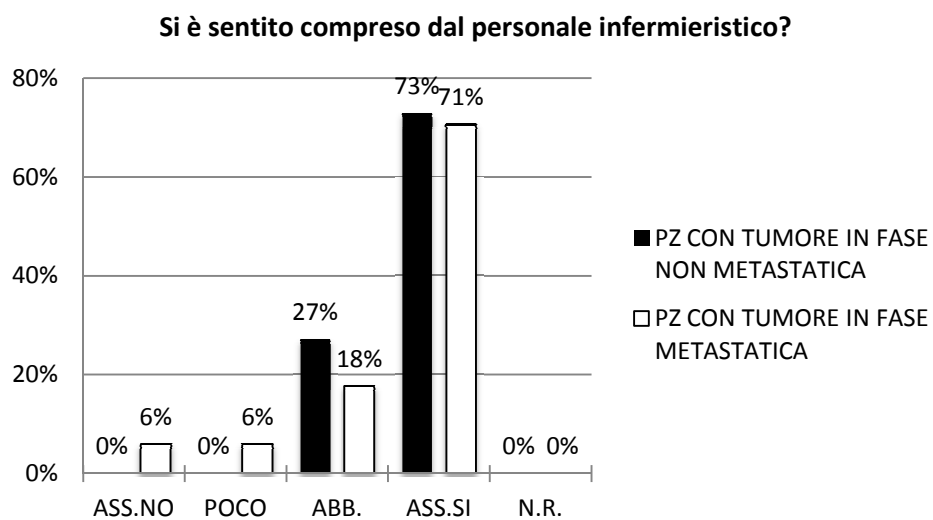
Allegato 28: GRAFICO QUESITO 13, DISTINZIONE PER GRAVITA'



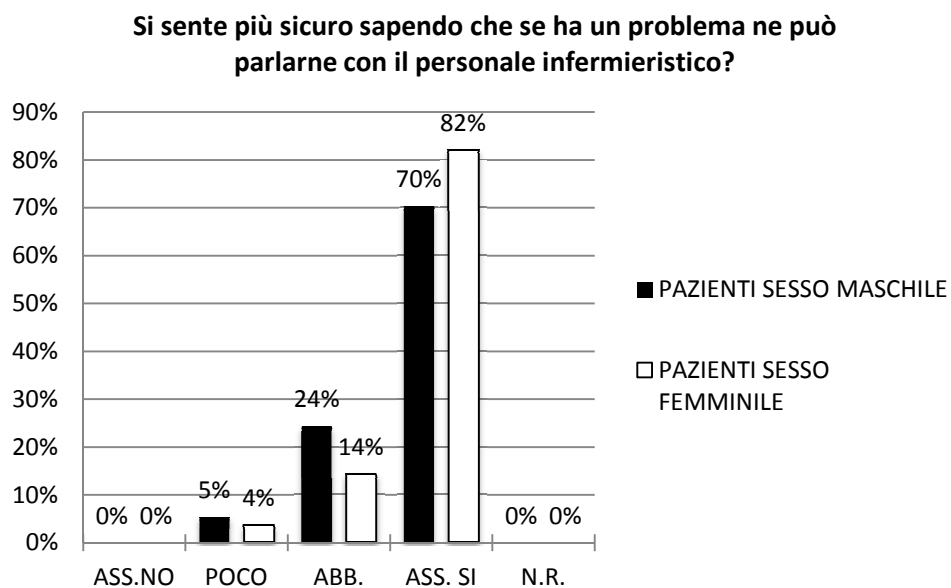
Allegato 29: GRAFICO QUESITO 14, DISTINZIONE PER GENERE



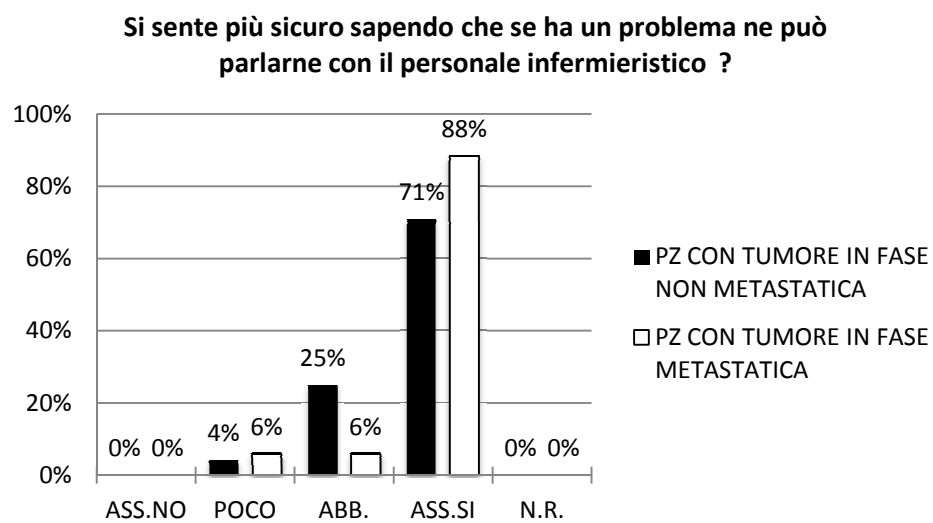
Allegato 30: GRAFICO QUESITO 14, DISTINZIONE PER GRAVITA'



Allegato 31: GRAFICO QUESITO 15, DISTINZIONE PER GENERE



Allegato 32: GRAFICO QUESITO 15, DISTINZIONE PER GRAVITA'



Allegato 33: GRAFICO DISTRESS

