



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“Il paziente oncologico in trattamento chemioterapico:
La Relazione d’Aiuto facilita un Coping efficace allo Stress?”**

Relatore:
Dott.ssa Katiusha Andreon

Laureando:
Buscaglia Stefano

matricola n.
1028592

ABSTRACT

PROBLEMA: Ruolo fondamentale durante il percorso di cura del paziente oncologico, in trattamento chemioterapico, è assunto dall'infermiere, poiché è compito di quest'ultimo fornire un processo di assistenza "completo" sia *tecnico/professionale* che *umano/relazionale*. In letteratura emerge che una buona relazione d'aiuto, fornita al paziente oncologico, in chemioterapia, dall'infermiere, favorisce la diminuzione dello stato d'ansia, aumentando in tal modo il benessere psico-fisico (Vicini, 1998).

SCOPO: Determinare quanto sia valente rilevare, nella creazione di un coping efficace allo stress del paziente oncologico in trattamento, l'utilizzo di specifiche tecniche di relazione d'aiuto, con quali modalità vengono attuate dall'infermiere e che tipo di impatto hanno sulle strategie di coping del paziente.

DISEGNO DELLO STUDIO: Studio *Osservazionale / Descrittivo*.

CAMPIONE: Il campione di complessivi 8 infermieri che hanno proposto una "relazione d'aiuto" agli assistiti (campione complessivo n.16 pazienti), durante il primo ciclo di chemioterapia, rispettivamente nell'U.O. Day Hospital Oncologico presso il P.O. di Portogruaro, dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" (n. 8 pazienti, n.4 infermieri), e nell'U.O. Day Hospital Oncologico presso il P.O. di San Donà di Piave, dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" (n. 8 pazienti, n.4 infermieri). Sono stati esclusi infermieri con contratto "part-time" e pazienti dal secondo ciclo di trattamento a seguire.

METODI E STRUMENTI: E' stata effettuata una raccolta dati basata sull'osservazione dei pazienti e degli infermieri, coerentemente ai criteri di inclusione/esclusione, in due specifici momenti; durante la *prima osservazione* si è voluto rilevare, mediante le due schede osservative costruite *ad hoc* seguendo le indicazioni presenti in letteratura: le *strategie di coping allo stress* messe in atto dal paziente al suo primo ingresso in U.O.; la *relazione d'aiuto* proposta dal personale infermieristico (nello specifico dall'infermiere che ha accolto il paziente dal primo momento d'ingresso in Unità Operativa). Nella *seconda osservazione* si è voluto rilevare, sempre per mezzo delle due schede osservative utilizzate precedentemente: le *strategie di coping allo stress* messe in atto dal paziente al suo secondo ciclo di trattamento chemioterapico, la risposta alla relazione d'aiuto precedentemente ricevuta dall'infermiere e se tale relazione può considerarsi una vera e propria strategia di coping allo stress.

RISULTATI: L'analisi dei dati osservati ha dimostrato che la "relazione d'aiuto", proposta dall'infermiere al paziente oncologico in trattamento chemioterapico, può definirsi, a tutti gli effetti, una strategia di "coping allo stress". Su un campione di n.16 pazienti, ben n.14 (87,5%) hanno evidenziato, dalla prima osservazione (primo ciclo di chemioterapia) alla seconda osservazione (secondo ciclo di chemioterapia) un miglioramento nella gestione dello stress e una conseguente necessità di confrontarsi maggiormente con l'infermiere. Mentre, la relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico, dalla prima osservazione alla seconda, risulta essere "*Coerente*" in quanto il 100% (n.8 infermieri su un totale di 8) del campione esaminato ha evidenziato di saper mettere in atto le tecniche di una buona relazione d'aiuto, indipendentemente dal paziente.

CONCLUSIONI: In base ai risultati dello studio emerge che, oltre a poter considerare la *relazione d'aiuto* una vera e propria *strategia di coping allo stress*, di notevole importanza, in un contesto operativo di tipo oncologico, è insita nella capacità dell'infermiere attuare una *comunicazione* "verbale" e "non verbale" efficace, poiché questo tipo di linguaggio viene percepito dal paziente in modo immediato ed è rilevatore dell'autenticità della relazione con l'operatore. Tanto è importante il "saper comunicare", quanto lo è il "saper ascoltare" le reali necessità del malato, ma fra il "saper" e il "saper fare" vi è uno stacco, un vero e proprio salto logico, che va colmato con apprendimenti *ad hoc*, come corsi di formazione, offerti agli infermieri operanti nelle UU.OO. di Oncologia (day hospital compresi), o una serie di esercizi pratici in cui l'operatore impara ad osservarsi e ad osservare ciò che viene messo effettivamente in gioco nella relazione.

Parole chiave/ Key words: infermieri (*nurses*), relazione d'aiuto (*helping relationship*), counseling (*counseling*), stress (*stress*), strategie di coping (*coping strategies*), paziente oncologico (*cancer patient*), chemioterapia (*chemotherapy*).

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE pag.1

CAPITOLO 1 - LA RELAZIONE D'AIUTO COME STRATEGIA DI

COPING NELLA GESTIONE DELLO STRESS pag.3

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e analisi del problema pag.3

1.2 Scopo e obiettivi dello studio pag.4

1.3 Ipotesi di ricerca pag.4

CAPITOLO 2 - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO pag.5

2.1 Teoria e concetto di COPING e gestione dello STRESS pag.5

2.1.1 Strategie di Coping del paziente oncologico pag.5

2.2 Teoria e concetto di RELAZIONE D'AIUTO pag.7

2.2.1 Il COUNSELING centrato sul paziente oncologico pag.8

CAPITOLO 3 - METODI E STRUMENTI pag.10

3.1 Disegno di ricerca pag.10

3.2 Campionamento e setting pag.10

3.2.1 Campione pag.10

3.2.2 Setting pag.10

3.3 Strumento di rilevazione pag.11

3.4 Raccolta dati – Modalità ed aspetti etici pag.11

3.5 Affidabilità dei dati pag.12

3.6 Analisi dei dati pag.12

CAPITOLO 4 - RISULTATI pag.13

4.1 Descrizione del campione dell'Ospedale di Portogruaro pag.13

4.2 Descrizione del campione dell'Ospedale di San Donà di Piave pag.13

4.3 Risultati in rapporto ai quesiti – Prima Osservazione pag.14

4.3.1 Analisi dei dati osservati – P.O. di Portogruaro pag.14

4.3.2 Analisi dei dati osservati – P.O. di San Donà di Piave pag.15

4.4 Risultati in rapporto ai quesiti – Seconda Osservazione pag.17

4.4.1 Analisi dei dati osservati – P.O. di Portogruaro pag.17

4.4.2 Analisi dei dati osservati – P.O. di San Donà di Piave pag.19

CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE pag.22

5.1 Discussione pag.22

5.2 Limiti dello studio pag.24

5.3 Implicazioni per la pratica pag.25

CAPITOLO 6 - CONCLUSIONI pag.27

6.1 Conclusioni pag.27

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

“Il malato soffre più dei suoi pensieri che della malattia stessa”, questo è quanto affermato da Nietzsche (1879-1881).

Proprio da tale affermazione è sorto l’interesse di affrontare il presente studio. In particolare, si è rilevata l’intenzione di comprendere ed analizzare quali sono i vissuti emotivi e le strategie di coping allo stress messe in atto dal *paziente oncologico*, in trattamento chemioterapico, e anche se può definirsi tale la relazione d’aiuto fornita dall’infermiere, durante la somministrazione della terapia in un contesto di *day hospital oncologico*.

Caratteristica della patologia neoplastica è l’“indicibilità” (Morelli, 1999) che porta con la cosiddetta “congiura del silenzio” a isolare ulteriormente il paziente dalla verità e dalle decisioni sulla propria vita; il retaggio culturale, purtroppo, impedisce ancora una comunicazione chiara e diretta, difficile da gestire da parte di operatori non adeguatamente formati.

Tolstoj (1886/1996) nel racconto *“La morte di Ivan Il’ic”* dice: «Dunque si sa quel che conta non è che il malato sappia o no, quanto che nasconda di sapere a sé stesso e agli altri».

Il “pensiero” sopracitato si ripercuote inevitabilmente nelle dinamiche sociali e familiari del malato, interrompendo l’omeostasi e il normale ciclo di vita quotidiana, mettendolo in contatto con sentimenti di impotenza e fantasie di separazione.

Una delle caratteristiche dell’*assistenza* fornita dal professionista sanitario, in un contesto oncologico, è quella di essere uno strumento *interdisciplinare e sistemico*, che si fa carico della totalità dei bisogni dell’individuo e della sua famiglia.

Focus dell’assistenza infermieristica sono l’*ascolto* e la *comunicazione* con il malato che talvolta viene isolato dal contesto familiare per senso di protezione.

La persona che soffre si ritrova così ad essere sola con sé stessa e bersaglio degli operatori che, impegnati nella “lotta contro il cancro”, fanno del suo corpo un oggetto di attacco e il cui linguaggio è pieno di “metafore militari” (Sontag, 1979).

Tale priorità degli operatori rischia di non consentire un approccio *non direttivo, centrato sulla persona* (Rogers, 1971), che permetterebbe di accogliere in un clima *empatico* la realtà esistenziale del malato, (di *essere con lui* piuttosto che *fare*) con un passaggio “dal curare al prendersi cura”.

L'ascolto attivo consente di fare un'analisi della domanda e dei bisogni: esso favorisce nel paziente la presa di coscienza della sua condizione e una migliore *adherence* alle cure, con un conseguente ripristino dell'autonomia, dell'autostima e della progettualità (*locus of control* interno). L'atteggiamento relazionale è *simmetrico* e di *negoiazione*.

Infine, la possibilità di esplorare vissuti ed emozioni in un contesto di *accettazione incondizionata*, permette di dar voce al dolore, di ricostruire esperienza e di dare un senso ad essa.

L'infermiere deve dunque fungere da mediatore tra medico e paziente, migliorando la loro comunicazione, spesso evitata, e permettendo all'assistito di esplicitare le domande e i dubbi solitamente alimentati da un linguaggio medico, estremamente tecnico e incomprensibile, non congruente con i principi del consenso informato e consapevole (Santosuosso, 1996), portando il malato a vivere una condizione di stress e di discomfort (Giusti & Masiello, 2003).

CAPITOLO 1

LA RELAZIONE D'AIUTO COME STRATEGIA DI COPING NELLA GESTIONE DELLO STRESS

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e analisi del problema

In Italia sono circa 2.250.000 le persone che vivono con una diagnosi di tumore; il 57% dei pazienti (1.285.680 persone, ovvero, il 2,2% della popolazione) sopravvive, con una diagnosi di tumore ad oltre 5 anni, grazie ai trattamenti chemioterapici (61% donne e 52% uomini) (ISTAT, 2014).

Un ruolo fondamentale durante il percorso di cura di questi pazienti lo assume l'infermiere, poiché è compito di quest'ultimo fornire un processo di assistenza "completo" sia tecnico/professionale che umano/relazionale.

Tale supporto, in parte, viene fornito dal *Counseling*, ovvero il processo interattivo tra un *counselor* (in tal caso l'infermiere) e una o più persone (pazienti/assistiti).

Il Counseling tratta, con ottica olistica, temi sociali, economici, culturali e/o emotivi (Feltham, Dryden, 1995) allo scopo di abilitare il "cliente" a prendere una decisione riguardo a scelte di carattere personale, o a problemi, o difficoltà speciali che lo riguardano direttamente (Giusti, Masiello, 2003).

Altro elemento fondamentale nella relazione d'aiuto, offerta dall'infermiere all'assistito, è il porre il paziente al centro assoluto dell'assistenza, promuovendo in quest'ultimo la percezione di sentirsi importante e amato, agli occhi degli altri, e la consapevolezza di non essere soli nel proprio percorso di malattia (Morasso et al, 1997).

Ulteriore compito dell'infermiere è stimolare, durante la progressione delle varie fasi della malattia, la *speranza*; tutti i malati ne conservano un po' e generalmente la alimentano nei momenti difficili (Kübler Ross, 1976).

In letteratura emerge che una buona relazione d'aiuto, fornita al paziente in trattamento chemioterapico dall'infermiere, favorisce la diminuzione dello stato d'ansia, aumentando in tal modo il benessere psico-fisico (Vicini, 1998).

Il problema a questo punto è determinare quanto sia valente, nella creazione di un coping efficace allo stress del paziente oncologico in trattamento, l'utilizzo di specifiche tecniche di relazione d'aiuto, in che modo vengano messe in pratica dall'infermiere e quali siano i riscontri reali ed oggettivabili ottenuti dal paziente.

1.2 Scopo e obiettivi dello studio

Lo scopo dello studio è quello di indagare quanto:

- La relazione d'aiuto proposta dall'infermiere, facilita, nel paziente oncologico in trattamento chemioterapico, la creazione di un coping efficace alla gestione dello stress;
- Il paziente è in grado di attuare strategie di coping allo stress, indipendentemente dalla relazione d'aiuto proposta dall'infermiere;
- L'infermiere, che si occupa del paziente in trattamento chemioterapico, mette in atto tecniche ritenute funzionali alla creazione di una buona relazione d'aiuto;

1.3 Ipotesi di ricerca

L'elaborato di tesi, rispetto all'obiettivo posto, intende rispondere ai seguenti quesiti:

- L'infermiere con l'attuale competenza relazionale (acquisita teoricamente nel percorso di formazione e abilitazione alla professione) è in grado di garantire al paziente oncologico un'assistenza di tipo sia tecnico/professionale che umano/relazionale;
- L'infermiere attua ed è in grado di mettere in pratica le tecniche della relazione d'aiuto (così come definita da Carl Rogers, 1951);
- Il paziente risponde positivamente alla relazione fornitagli dall'infermiere, attivando un coping efficace allo stress.

CAPITOLO 2

TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Teoria e concetto di COPING e gestione dello STRESS

Il concetto di coping fa riferimento alle modalità con cui le persone affrontano le situazioni percepite come stressanti, sia quotidiane che straordinarie, con lo scopo di stimolare una reazione nell'individuo, affinché riesca a gestire l'evento o l'emozione che ne deriva (Loscalzo, 2012).

Per *stress* si intende una tensione (fisica, psichica e nervosa) che si manifesta nell'organismo, in forme più o meno gravi, come risposta patologica agli stimoli dell'ambiente (Lazarus & Folkman, 1984).

Ci sono due processi principali che determinano l'entità delle esperienze di *stress* in una data situazione:

- La valutazione cognitiva primaria: il soggetto valuta il significato dello *stressor* e decide se è rilevante, positivo o se costituisce un danno, una minaccia o una sfida per il suo benessere;
- La valutazione cognitiva secondaria: il soggetto valuta le proprie abilità e risorse di *coping* per farvi fronte.

Lazarus e Folkman (1984) hanno identificato due processi di *coping*:

- Coping centrato sul problema: che prevede azioni tese al cambiamento esterno della situazione stessa per ridurre il suo impatto negativo;
- Coping centrato sulle emozioni: che prevede la modificazione delle emozioni negative che accompagnano l'esperienza spiacevole.

2.1.1 Strategie di Coping sul paziente oncologico

Così come affermato ne "La mente e il cancro" di Biondi, Costantini, e Grassi (1995) diversi sono i fattori da cui dipende lo stile di *coping* con cui la persona affronta la malattia:

- fattori psicologici: aspetti relativi alla storia individuale e caratteristiche della personalità;
- fattori spirituali: significati che le persone danno alla vita oltre alla propria fede religiosa;
- fattori sociali: relazioni interpersonali influenzate da diverse variabili, quali l'età, le caratteristiche individuali, il sesso.
- fattori medici: patologia tumorale, i sintomi, il decorso, il trattamento con le sue conseguenze.

Sono cinque i possibili stili con i quali le persone malate di cancro gestiscono la propria condizione:

- Stile combattivo: caratterizzato da livelli di ansia e demoralizzazione congrue, risposte di confronto, convinzione di controllo sugli eventi, aderenza alle terapie, comportamenti rivolti alla salute;
- Stile fatalista: caratterizzato da bassi livelli di ansia e depressione, convinzione di scarso controllo sugli eventi, rassegnazione e accettazione di quanto il destino ha stabilito;
- Stile preoccupato: caratterizzato da un'elevata quota d'ansia, ricerca continua di rassicurazione, richiesta di visite o fuga dal contesto di cura perché troppo angosciante;
- Stile disperato: caratterizzato da elevati livelli d'ansia e depressione, scarse strategie cognitive, convinzione di scarso controllo sugli eventi, scarsa aderenza terapeutica;
- Stile evitante: caratterizzato da bassi livelli d'ansia e depressione, distrazione rispetto a temi legati alla malattia, scarso confronto, possibile riduzione della *compliance* (Grassi, Biondi, & Costantini, 2003).

Lo stile di *coping* del paziente oncologico è un fattore fondamentale da cui dipende l'adattamento psicosociale alla malattia, la modalità di reazione psicologica, le eventuali complicanze psicopatologiche e la qualità di vita.

2.2 Teoria e concetto di RELAZIONE D'AIUTO

Carl Rogers (1951), il fondatore del Counseling, definisce in tal modo il concetto di relazione d'aiuto:

“una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato.

L'altro può essere un individuo o un gruppo.

In altre parole, una relazione di aiuto potrebbe essere definita come una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggior possibilità di espressione”.

Con Carl Rogers e la nascita del Counseling si forma una visione antropologica “nuova” dell'uomo e della relazione di aiuto in cui spicca il concetto di *vita-in-relazione*: noi viviamo solo se siamo “esseri nel mondo”, “esseri in relazione”.

La relazione d'aiuto funziona nel momento in cui, tra chi offre l'aiuto e chi lo riceve, si instaura un legame di fiducia, perché è proprio questo legame che permette alla persona di aprirsi e di condividere con l'operatore i propri vissuti personali.

Il legame di fiducia si svilupperà se il counselor sarà in grado di porsi in una condizione di *ascolto empatico*, di *assenza di giudizio* e di *accettazione incondizionata*.

L'empatia è un fenomeno non solo mentale, ma che riguarda l'intera esperienza corporea, richiede un profondo contatto con sé stessi a livello sensoriale ed emotivo e la sua espressione interessa prevalentemente l'emisfero destro del cervello che è focolaio della creatività.

Il Counselor ha un compito primario che consiste proprio nel ricreare le condizioni che facilitano lo sviluppo e la crescita della persona, attraverso la realizzazione di un contesto favorevole, di un “atmosfera empatica” e di un'alleanza che il cliente percepisce e sfrutta per costruire il miglior ambiente possibile per il “*setting*”, costituendo una delle funzioni fondamentali del counseling psicocorporeo, ovvero la realizzazione delle condizioni stesse che danno al cliente la fiducia nelle proprie capacità risolutive e nella sua forza motivazionale (Napoletano, 2014).

2.2.1 *Il COUNSELING centrato sul paziente oncologico*

Gli interventi di aiuto per pazienti neoplastici, previsti dai sistemi sanitari più avanzati, seguono due grandi filoni (Morasso, 1997):

- programmi di formazione individuali o di gruppo, per pazienti che hanno ricevuto una diagnosi recente di cancro o di recidiva;
- programmi psicoterapeutici individuali o di gruppo e counseling per pazienti con vari tipi di cancro e in diverse fasi di malattia.

E' ormai noto quanto il supporto psicologico in questa area critica consenta di migliorare la qualità di vita (Tamburini, 1990) dei pazienti attraverso il superamento della crisi e un migliore adattamento alla malattia.

Recentemente è stato dimostrato come interventi di *counseling educativo* abbiano effetti positivi sull'impatto emozionale della diagnosi, sui livelli di ansia e depressione, sui rapporti con le figure sanitarie e sulla *compliance* del paziente ai trattamenti.

Nell'assistenza al malato oncologico e alla sua famiglia il counseling si rivela uno strumento efficace e tempestivo soprattutto nei casi in cui diventa necessario fornire informazioni o comunicare "cattive notizie", supportare i momenti di crisi, gestire lo stress e favorire il processo decisionale in un tempo breve.

Esso consente, al malato, di ricostruire un senso d'identità, purtroppo minato da trattamenti invasivi destrutturanti; esso si prende cura della complessità e della multidimensionalità dei bisogni propri del paziente.

L'informazione restituisce il senso di controllo e il counseling restituisce dignità, rispetto e autodeterminazione all'individuo che ha già subito, in vari ambiti della vita, la deprivazione del suo ruolo (lavorativo, sociale, familiare ecc.) e il conseguente crollo dell'immagine di sé.

Il cancro rappresenta senz'altro una situazione di crisi, che esige uno sforzo continuo di adattamento teso a preservare l'integrità psico-fisica; si tratta di una situazione "estrema" che colpisce l'emotività del malato (e non solo), in maniera fluttuante nelle diverse fasi, caratterizzandosi diversamente a seconda del tipo e della fase di malattia, del grado di consapevolezza, delle caratteristiche di personalità e del sostegno sociale percepito.

La patologia oncologica può sfociare in una profonda disorganizzazione, con l'uso di vari meccanismi di difesa (*negazione, regressione, razionalizzazione, isolamento e proiezione*) con il rischio di scatenare vere e proprie psicopatologie in persone predisposte.

L'angoscia di morte, che accompagna l'*iter* della malattia, (Crocetti, 1992) è caratterizzata da sentimenti di:

- *Derealizzazione*: mancanza di progettualità e controllo sulla propria vita;
- *Depersonalizzazione*: attacco all'equilibrio di personalità e bisogno di proteggere gli altri dalla propria distruzione;
- *Destutturazione*: esperienza di diversità, stigma corporeo e vissuti di persecutorietà.

In una situazione caratterizzata dal sentimento di angoscia, risulta notevolmente utile l'applicazione dello *staff counseling* (Jesson, 2001), che consente agli operatori di cooperare per un approccio olistico, prevenendo il rischio di *burnout* attraverso la tolleranza e la gestione dell'alta intensità emotiva.

CAPITOLO 3

METODI E STRUMENTI

3.1 Disegno di ricerca

E' stato effettuato uno *Studio Osservazionale / Descrittivo* per un periodo di rilevazione di 7 settimane (dal 15/06/2015 al 31/07/2015) che ha coinvolto:

- i pazienti oncologici afferenti al *Day Hospital oncologico* per la somministrazione del primo ciclo di trattamento chemioterapico;
- il personale infermieristico strutturato c/o l'U.O. che propone, al paziente in trattamento, una relazione d'aiuto.

3.2 Campionamento e setting

3.2.1 Campione

Criteria di inclusione:

- Tutti gli infermieri in turno nell'intera giornata lavorativa;
- Tutti i pazienti al primo ciclo di trattamento chemioterapico.

Criteria di esclusione:

- Tutti gli infermieri con contratto lavorativo part-time;
- Tutti i pazienti dal secondo ciclo di trattamento chemioterapico a seguire.

3.2.2 Setting

UU.OO. Day Hospital Oncologico dell'AULSS n°10 "Veneto Orientale" del P.O. di Portogruaro "*San Tommaso dei battuti*" e del P.O. di San Donà di Piave "*Ospedale Civile*".

3.3 Strumento di rilevazione

Per la realizzazione di questo studio sono state elaborate “*ad hoc*” due *Schede d’osservazione*:

- “Relazione d’Aiuto proposta dall’infermiere”;
- “Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico”.

Per la realizzazione di tali strumenti si è fatto riferimento a:

- la *teoria della Relazione d’Aiuto* (Carl Rogers, 1951) ponendo particolare attenzione a 3 specifiche macro-aree (*Allegato n°2.a.*):
 - Facilitatori della Relazione d’Aiuto;
 - Ascolto Attivo;
 - Aspetti della CNV “Comunicazione Non Verbale”.
- il concetto di *Coping allo Stress* e le *Strategie* maggiormente adottate per la sua gestione (Porter e Stone, 1996) ponendo, anche in questo caso, particolare attenzione a 8 specifiche macro-aree (*Allegato n°2.b.*):
 - Distrazione;
 - Ridefinizione della situazione;
 - Azione diretta;
 - Catarsi;
 - Accettazione;
 - Ricerca di supporto sociale;
 - Rilassamento;
 - Fede.

3.4 Raccolta dati – Modalità ed aspetti etici

Prima di attuare il disegno dello studio si è provveduto ad:

- acquisire l’autorizzazione necessaria per realizzare la raccolta dati da parte del Direttore Generale dell’Azienda ULSS 10 “Veneto Orientale” (*Allegato n°1*);
- stabilire contatti con il Coordinatore Infermieristico delle rispettive Unità Operative al fine di esporre l’obiettivo dell’indagine e ottenere la collaborazione dei professionisti delle realtà cliniche.

La modalità con cui è stata effettuata tale raccolta dati si basa sull'osservazione dei pazienti e degli infermieri, coerentemente ai criteri di inclusione/esclusione posti precedentemente, nella fase progettuale dello studio, in due specifici momenti:

- nella prima osservazione (ottenuta mediante le schede costruite *ad hoc*) sono state rilevate e segnate:
 - le strategie di coping allo stress messe in atto dal paziente al suo primo ingresso in U.O. per effettuare il primo ciclo di trattamento chemioterapico;
 - la relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico strutturato c/o l'U.O.;
 - la relazione d'aiuto proposta dall'infermiere che, in prima battuta, accoglie il paziente, con il compito di prepararlo al nuovo percorso terapeutico.
- nella seconda osservazione si è voluto rilevare, sempre per mezzo delle due schede osservazionali utilizzate precedentemente:
 - le strategie di coping allo stress messe in atto dal paziente al suo secondo ciclo di chemioterapia, e dunque la risposta alla relazione d'aiuto ricevuta dall'infermiere durante il primo trattamento chemioterapico;
 - la relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico strutturato c/o l'U.O.;
 - la relazione d'aiuto proposta dall'infermiere che, (nell'osservazione precedente) in prima battuta, ha accolto il paziente, con il compito di prepararlo al nuovo percorso terapeutico.

3.5 Affidabilità dei dati

La raccolta dati è stata effettuata dallo stesso laureando dopo aver ottenuto il consenso e concordato con gli infermieri l'appuntamento. La scelta del campione è stata svolta nel rispetto dei criteri di inclusione/esclusione del campione predefinito, dei tempi di lavoro e nel rispetto della privacy del personale infermieristico. L'osservazione si è svolta nel rispetto di quanto progettato nello studio, garantendo l'omogeneità dei dati raccolti.

3.6 Analisi dei dati

I dati sono stati inseriti in fogli di calcolo elettronico garantendo così un conteggio più sicuro ed immediato mediante metodi grafici, per consentirne una visione didascalica e definita.

L'analisi dei dati è stata condotta secondo indici statistici di centralità (*media aritmetica*) con relative percentuali.

CAPITOLO 4

RISULTATI

4.1 Descrizione del campione dell'Ospedale di Portogruaro

N. 4 (80%) infermieri hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti prima dell'inizio studio, dei 5 infermieri in organico alla data del 15 giugno 2015 nel U.O. Day Hospital Oncologico, dell'AULSS n°10 "Veneto Orientale" della Regione Veneto del P.O. di Portogruaro.

- Il campione osservato è dunque costituito da n. 4 infermieri (80%).

N. 8 (100%) pazienti hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti prima dell'inizio studio, degli 8 pazienti oncologici al primo ciclo di trattamento chemioterapico.

- Il campione osservato è dunque costituito da n. 8 pazienti, di cui 5 uomini (62,5%) e 3 donne (37,5%).

4.2 Descrizione del campione dell'Ospedale di San Donà di Piave

N. 4 (66,66%) infermieri hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti prima dell'inizio studio, dei 6 infermieri in organico alla data del 15 giugno 2015 nel U.O. Day Hospital Oncologico, dell'AULSS n°10 "Veneto Orientale" della Regione Veneto del P.O. di San Donà di Piave.

- Il campione osservato è dunque costituito da n. 4 infermieri (66,66%).

N. 8 (100%) pazienti hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti prima dell'inizio studio, degli 8 pazienti oncologici al primo ciclo di trattamento chemioterapico.

- Il campione osservato è dunque costituito da n. 8 pazienti, di cui 3 uomini (37,5%) e 5 donne (62,5%).

4.3 Risultati in rapporto ai quesiti – Prima Osservazione

Nella prima osservazione si è voluto rilevare:

- le strategie di coping allo stress messe in atto dal paziente al suo primo ingresso in U.O. per effettuare il primo ciclo di trattamento chemioterapico;
- la relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico strutturato c/o l'U.O.;
- la relazione d'aiuto proposta dall'infermiere che, in prima battuta, accoglie il paziente, con il compito di prepararlo al nuovo percorso terapeutico.

4.3.1 Analisi dei dati osservati – P.O. di Portogruaro

Dalla prima osservazione, effettuata attraverso la scheda "Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico", risulta che (Allegato n°3, Tabella I.a.):

- le strategie messe *maggiormente in atto* dai pazienti osservati sono:
 - la Distrazione: infatti l'87,5% dei pazienti osservati "Dichiara all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema pensando ad altre cose";
 - l'Azione diretta (intesa come ricerca di informazioni): il 100% dei pazienti esaminati "Raccoglie informazioni riguardo al problema ponendo domande all'infermiere";
 - la Ricerca di un supporto sociale: anche in questo caso il 100% dei pazienti "Cerca o accetta supporto emozionale da familiari".
- le strategie messe *in atto con più difficoltà* dai pazienti osservati sono:
 - la Ridefinizione della situazione: infatti il 62,5% dei pazienti osservati non "Tenta di ridefinire il problema sotto una luce diversa che lo fa apparire più sopportabile";
 - l'Azione diretta (intesa come risposta immediata al problema): il 100% dei pazienti esaminati non "Fa effettivamente qualcosa per cercare di risolvere il problema (come, ad esempio, chiedere di parlare con uno psicologo)";
 - la Fede: è l'87,5% dei pazienti a non "Cercare o accettare conforto o supporto spirituale".

Dalla prima osservazione, effettuata seguendo la scheda **“Relazione d’Aiuto proposta dall’infermiere”**, risulta che (*Allegato n°3, Tabella n°II.a.*):

- le strategie proposte con *maggior frequenza* dagli infermieri osservati sono:
 - gli Aspetti della comunicazione non verbale sono stati impiegati in media 6,3 volte su 8 rilevazioni; nello specifico, ciò che si è presentato maggiormente, durante la relazione proposta (al paziente) dall’infermiere, (esattamente nel 100% dei casi) è il buon “Contatto visivo” con l’assistito, l’“Espressività del volto” (vi è coerenza tra quanto detto e quanto mostrato dalle espressioni del volto) e il “Tono di voce” (gentile e calmo);
 - l’Ascolto attivo (inteso come atteggiamento di umiltà): il 100% degli infermieri esaminati dimostra di essere umile e disposto anche a scusarsi col paziente, qualora si presentasse l’occasione di doverlo fare.
- le strategie proposte con *minor frequenza* dagli infermieri osservati sono:
 - i Facilitatori della relazione d’aiuto: infatti sono stati utilizzati in media 2,3 volte su 8 rilevazioni; nello specifico, ciò che non è stato tenuto in considerazione è la completa adeguatezza dello “Spazio” dedicato al paziente (non del tutto neutrale) e del “Tempo” a lui riservato.

4.3.2 Analisi dei dati osservati – P.O. di San Donà di Piave

Dalla prima osservazione, effettuata seguendo la scheda **“Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico”**, risulta che (*Allegato n°3, Tabella n°I.b.*):

- le strategie messe *maggiormente in atto* dai pazienti osservati sono:
 - la Catarsi: infatti il 75% dei pazienti osservati “Esprime le emozioni in risposta al problema, nello specifico, si isola o sfoga le emozioni represses col pianto”;
 - l’Azione diretta (intesa come ricerca di informazioni): l’87,5% dei pazienti esaminati “Raccoglie informazioni riguardo al problema ponendo domande all’infermiere”;
 - la Ricerca di un supporto sociale: anche in questo caso l’87,5% dei pazienti “Cerca o accetta supporto emozionale esclusivamente da familiari e parenti”.

- le strategie messe *in atto con più difficoltà* dai pazienti osservati sono:
 - l'Accettazione: infatti il 75% dei pazienti “Dichiara all’infermiere di non aver accettato che il problema si sia presentato”;
 - la Ridefinizione della situazione: l’87,5% dei pazienti osservati non “Tenta di ridefinire il problema sotto una luce diversa che lo fa apparire più sopportabile”;
 - l'Azione diretta (intesa come risposta immediata al problema): il 100% dei pazienti esaminati non “Fa effettivamente qualcosa per cercare di risolvere il problema (come, ad esempio, confrontarsi con altri pazienti sul problema che li accomuna)”.

Dalla prima osservazione, effettuata seguendo la scheda **“Relazione d’Aiuto proposta dall’infermiere”**, risulta che (*Allegato n°3, Tabella n°II.b.*):

- le strategie proposte con *maggior frequenza* dagli infermieri osservati sono:
 - gli Aspetti della comunicazione non verbale: infatti sono stati adottati in media 6,2 volte su 8 rilevazioni; nello specifico, il comportamento presentato con maggior frequenza (esattamente nel 100% dei casi), durante la relazione col paziente, è una buona “Postura” (infatti si è rilevata, da parte dell’infermiere, una elevata attenzione nel mantenere la postura corporea simmetrica nei confronti del corpo del paziente e dei suoi movimenti), un “Contatto fisico” e un “Tono di voce” (compatibile con una espressione di calma e pacatezza);
 - l'Ascolto attivo (inteso come atteggiamento di umiltà): il 100% degli infermieri esaminati dimostra “Umiltà” (è stato chiesto scusa ogniqualvolta non si è compreso qualcosa).
- le strategie proposte con *minor frequenza* dagli infermieri osservati sono:
 - i Facilitatori della relazione d’aiuto di cui ci si è avvalso in media 1,7 volte su 8 rilevazioni; nello specifico, non si è tenuta considerazione del “Rinforzo delle potenzialità del paziente” (come, ad esempio, complimentarsi con quest’ultimo per come sta affrontando il problema), ma anche della completa adeguatezza dello “Spazio” dedicato al paziente e del “Tempo” a lui riservato (soprattutto ad inizio trattamento).

4.4 Risultati in rapporto ai quesiti – Seconda Osservazione

Nella seconda osservazione si è voluto rilevare, sempre per mezzo delle due schede osservazionali utilizzate precedentemente:

- le strategie di coping allo stress messe in atto dal paziente al suo secondo ciclo di chemioterapia, e dunque la risposta alla relazione d'aiuto ricevuta dall'infermiere durante il primo trattamento chemioterapico;
- la relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico strutturato c/o l'U.O.;
- la relazione d'aiuto proposta dall'infermiere che, (nell'osservazione precedente) in prima battuta, ha accolto il paziente, con il compito di prepararlo al nuovo percorso terapeutico.

Data l'importanza emersa, in fase osservativa e si è deciso di rilevare:

- la “coerenza” della relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico, tra la prima e la seconda osservazione, ovvero durante l'accoglienza in fase preparatoria e durante il trattamento chemioterapico.

4.4.1 Analisi dei dati osservati – P.O. di Portogruaro

Dalla seconda osservazione, effettuata facendo riferimento nuovamente alla scheda “Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico”, risulta che (Allegato n°4, Tabella III.a):

- le strategie messe *maggiormente in atto* dai pazienti esaminati, al loro secondo trattamento chemioterapico, sono:
 - la Ridefinizione della situazione: si è avuto un miglioramento dal 1° al 2° ciclo di trattamento chemioterapico, passando infatti da un 37,5% a un 87,5% dei pazienti osservati;
 - la Catarsi: da un 62,5% dei pazienti che esprimono le proprie emozioni senza alcuna inibizione, si passa ad un 87,5% al loro 2° ciclo di trattamento;
 - la Ricerca di un supporto sociale: il 100% dei pazienti “Cerca o accetta supporto emozionale da *familiari*”, ma si è presentato un incremento della percentuale di pazienti che oltre al supporto da parte dei familiari, cercano e accettano un sostegno morale ed emotivo anche da *amici* (87,5%) e dai *professionisti sanitari* (75%);

- la Distrazione: per l'87,5% dei pazienti;
- l'Azione diretta (intesa come ricerca di informazioni): per il 100% dei casi.
- la strategia messa *in atto con più difficoltà* dai pazienti osservati, alla seconda seduta chemioterapica, è:
 - la Fede: è sempre l'87,5% dei pazienti a non “Cercare o accettare conforto o supporto spirituale”;

La risposta del paziente alla relazione d'aiuto ricevuta dall'infermiere, dall'osservazione, risulta essere (*Allegato n°5, Tabella V.a.*):

- **Positiva** in quanto l'87,5% (*n.7 pazienti su un totale di 8*) del campione esaminato ha evidenziato un miglioramento nella gestione dello stress, mentre solo il 12,5% (*n.1 paziente su un totale di 8*) non ha mostrato alcun giovamento dalla relazione d'aiuto proposta dall'infermiere.

Dalla seconda osservazione, avvenuta seguendo la scheda utilizzata precedentemente “Relazione d'Aiuto proposta dall'infermiere”, risulta che (*Allegato n°4, Tabella n°IV.a.*):

- le strategie proposte con *maggior frequenza* dagli infermieri osservati sono:
 - gli Aspetti della comunicazione non verbale: sono stati adottati in media 6,6 volte su 8 rilevazioni (anziché le 6,3 volte della prima relazione), ottenendo un lieve miglioramento dal primo al secondo incontro col paziente;
 - l'Ascolto attivo: anche in questo caso si è avuto un lieve miglioramento dal primo al secondo incontro col paziente, infatti, tale strategia è stata messa in pratica una media di 5 volte, su 8 rilevazioni (anziché le 4 volte della 1° relazione);
 - i Facilitatori della relazione d'aiuto: in questo caso, invece, si è avuto un notevole miglioramento dal primo al secondo incontro col paziente, infatti, tali “facilitatori” sono stati impiegati una media di 5,1 volte, su 8 rilevazioni (anziché le 2,3 volte della prima relazione); nello specifico si è tenuto maggiormente in considerazione: il “Tempo” riservato all'assistito (aumentato rispetto al primo incontro), il “Rinforzo delle potenzialità del paziente” e il “Riconoscimento delle risorse personali”.

La relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico, dalla prima osservazione alla seconda, risulta essere (*Allegato n°5, Tabella VI.a*):

- **Coerente** in quanto il 100% (*n.4 infermieri su un totale di 4*) del campione esaminato ha evidenziato di saper mettere in atto le tecniche di una buona relazione d'aiuto indipendentemente, dal paziente.

4.4.2 Analisi dei dati osservati – P.O. di San Donà di Piave

Dalla seconda osservazione, effettuata facendo riferimento nuovamente alla scheda "Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico", risulta che (*Allegato n°4, Tabella III.b*):

- le strategie messe *maggiormente in atto* dai pazienti esaminati, al loro secondo trattamento chemioterapico, sono:
 - la Distrazione: si è assistito ad un miglioramento dal primo al secondo ciclo di chemioterapia, passando infatti da un 62,5% a un 87,5% dei pazienti, che dichiarano all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema, pensando ad altro o intraprendendo qualche attività;
 - l'Azione diretta: anche in tale strategia vi è stato un notevole miglioramento, infatti il 100% dei pazienti osservati "Raccoglie informazioni riguardo al problema, ponendo domande all'infermiere", mentre l'87,5% "Fa effettivamente qualcosa per cercare di risolvere il problema, come ad esempio, confrontarsi con altri pazienti";
 - la Ridefinizione della situazione: anche in questo caso, dal primo al secondo ciclo di trattamento chemioterapico, si è passato da un 12,5% a un 87,5% dei pazienti che "Tentano di ridefinire il problema sotto una luce diversa che lo fa apparire più sopportabile";
 - la Ricerca di un supporto sociale: l'87,5% dei pazienti "Cerca o accetta supporto emozionale da *familiari*" e inoltre si è presentato un incremento della percentuale dei pazienti che accettano un sostegno morale anche da *amici* (75%) e da *professionisti sanitari* (62,5%);
 - la Catarsi: da un 75% dei pazienti che esprimono le proprie emozioni senza reprimerle, si passa ad un 100% al secondo ciclo di trattamento.

- la strategia messa *in atto con più difficoltà* dai pazienti osservati, alla seconda seduta chemioterapica, è:
 - la Fede: è sempre il 75% dei pazienti a non “Cercare o accettare conforto o supporto spirituale”;

La risposta del paziente alla relazione d’aiuto proposta dall’infermiere, dalla prima osservazione alla seconda, risulta essere (*Allegato n°5, Tabella V.b.*):

- **Positiva** in quanto l’87,5% (*n.7 pazienti su un totale di 8*) del campione esaminato ha evidenziato un miglioramento nella gestione dello stress, mentre solo il 12,5% (*n.1 paziente su un totale di 8*) non ha ricevuto alcun beneficio dalla relazione d’aiuto avuta dall’infermiere.

Dalla seconda osservazione, avvenuta seguendo la scheda utilizzata precedentemente “Relazione d’Aiuto proposta dall’infermiere”, risulta che (*Allegato n°4, Tabella n°IV.b.*):

- le strategie proposte con *maggior frequenza* dagli infermieri osservati sono:
 - i Facilitatori della relazione d’aiuto: si è avuto un considerevole miglioramento dal primo al secondo incontro col paziente, infatti, tali “facilitatori” sono stati impiegati una media di 4 volte, su 8 rilevazioni (anziché le 1,7 volte della prima relazione); nello specifico si è tenuto maggiormente in considerazione: il “Tempo” riservato all’assistito (aumentato rispetto al primo incontro), il “Riconoscimento degli aspetti del singolo individuo” (nello specifico quelli positivi e creativi) e il “Rinforzo delle potenzialità del paziente”;
 - l’Ascolto attivo: in questo caso si è avuto un discreto miglioramento dal primo al secondo incontro col paziente, infatti, tale strategia è stata attuata una media di 5 volte, su 8 rilevazioni (anziché le 4 volte della prima relazione);
 - gli Aspetti della comunicazione non verbale: sono stati adottati in media 6,4 volte su 8 rilevazioni (anziché le 6,2 volte della prima relazione), ottenendo un lieve miglioramento dal primo al secondo incontro col paziente;

La relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico, dalla prima osservazione alla seconda, risulta essere (*Allegato n°5, Tabella VI.b.*):

- **Coerente** in quanto il 100% (*n.4 infermieri su un totale di 4*) del campione esaminato ha evidenziato di saper mettere in atto le tecniche di una buona relazione d'aiuto indipendentemente, dal paziente.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE

5.1 Discussione

Nei precedenti capitoli di questo elaborato di tesi si è trattato una serie di argomenti cardine dello studio, ovvero il concetto di:

- “Relazione d’aiuto” (proposta dall’infermiere);
- “Coping allo Stress” (strategie messe in atto dal paziente oncologico in trattamento);
- “Counseling” (in ambito sanitario).

Inoltre si è ritenuto di inserire in questa sede il concetto di:

- “Coerenza”, in quanto considerato valente ai fini della strutturazione di una buona relazione d’aiuto; l’importanza di tale dato è emersa in fase osservativa.

Quattro diversi argomenti, ma strettamente correlati tra di loro, come possiamo ben notare in seguito.

Dai dati raccolti e analizzati, nel seguente studio, risulta che la “relazione d’aiuto”, proposta dall’infermiere al paziente oncologico in trattamento chemioterapico, può considerarsi una vera e propria strategia di “coping allo stress”.

Su un campione di n.16 pazienti, ben n.14 (87,5%) hanno evidenziato, dalla prima osservazione (primo ciclo di chemioterapia) alla seconda osservazione (secondo ciclo di chemioterapia) un miglioramento nella gestione dello stress e una conseguente necessità di confrontarsi maggiormente con l’infermiere.

Inoltre, dallo studio effettuato, emerge che il *paziente oncologico*, tra le diverse strategie volte alla creazione di un coping efficace allo stress, considera fondamentale (durante il trattamento in U.O.) il supporto emozionale ricevuto da *familiari*, *amici*, ma ancor di più dall’infermiere che, con il suo “Ascolto attivo”, la sua “Empatia”, il suo “Sorriso”, ed altro ancora, ha garantito all’assistito una *Relazione d’Aiuto* nella sua totalità.

I n.2 pazienti (12,5%) che non hanno tratto beneficio dalla relazione offerta dal professionista sanitario provengono dalle UU.OO. Day Hospital Oncologico rispettivamente dei P.O. di Portogruaro e di San Donà di Piave; tuttavia, i due infermieri che hanno proposto la loro relazione d'aiuto ai due pazienti sopracitati, hanno seguito a loro volta altri due pazienti, proponendo loro, con la massima "coerenza" (come infatti evidenziano i dati analizzati, il 100% dei n.8 infermieri osservati), una buona relazione d'aiuto, ricevendo una risposta positiva da entrambi gli assistiti.

Da questo dato emerge, con molta chiarezza, il fatto che la risposta all'eventuale relazione d'aiuto fornita dall'infermiere è prettamente correlata alla soggettività dell'individuo preso in questione; nasce così la necessità di trovare un rimedio "alternativo", o meglio "complementare": il Counseling sanitario.

Il counseling è diretto ad aiutare il paziente in un momento di crisi, ad incoraggiare cambiamenti nel suo stile di vita, se necessario, proponendo azioni e comportamenti realistici, ed è volto a metterlo in grado di accettare le informazioni ansiogene favorendo l'adattamento alle relative implicazioni" (World Health Administration, 1992).

Si può affermare, dunque, che la relazione d'aiuto si concretizza, prende forma, nel counseling.

Il *Counseling in ambito sanitario* ha l'obiettivo principale di fornire il supporto necessario a fronteggiare la vasta gamma di aspetti psicosociali connessi alla malattia.

Non è necessariamente specialistico, cioè non è di esclusiva pertinenza degli operatori di area psicologica, ma può essere attuato anche dagli operatori sanitari di area oncologica (*day hospital oncologico*) e non solo.

Gli autori che sostengono l'importanza del counseling in ambito sanitario sono invece piuttosto inclini a ritenere che le variabili psicologiche siano reazioni alla malattia.

Tuttavia una corretta applicazione del counseling può aiutare i soggetti interessati a vivere la propria esperienza di disagio e di malattia in modo unitario e, se opportunamente guidati, possono giungere a coglierne pienamente il senso, facendo riferimento alla propria personale esistenza.

L'*infermiere professionale* può utilmente utilizzare il counseling solo se accetta questo modo più nascosto e discreto, ma non meno significativo e importante, che porta il soggetto a una progressiva presa di coscienza e prepara il terreno a interventi più mirati, talvolta effettuati da altri operatori. Infatti è un ruolo che richiede anche una sinergia con quello degli altri operatori, del medico in primo luogo.

Il counseling è uno strumento utile anche nel corso del processo terapeutico, a cui l'infermiere collabora, nelle situazioni in cui si precisa nel soggetto in cura un interrogativo, si presenta un problema, o si rende necessario prendere una decisione. Focus del counseling è dunque aiutare ad elaborare, sistematizzare, ristrutturare tutto ciò, rendendolo più comprensibile e accettabile.

Questo "strumento" obbliga, però, alla constatazione che tutta la formazione infermieristica, oltre che essere per gran parte teorica, è improntata al "fare".

L'infermiere è ben lontano dal "pensarsi" come un operatore che usa il colloquio come strumento di lavoro; ma, anche se lo fosse, non è allenato alla conduzione del colloquio e alla gestione delle espressioni emotive della sofferenza, dei vissuti di ansia e di depressione che possono emergere e tende a fuggire da tale compito.

La "parola che cura", come forma di accompagnamento della cura del corpo, è il punto di arrivo di una ricerca che porta a superare "l'uomo dimezzato" ma anche "l'infermiere dimezzato", capace, solo in parte, di instaurare con i propri pazienti relazioni umane significative e di trarne da esse beneficio (Vicini, 1998).

5.2 Limiti dello studio

Lo studio permette di identificare le Strategie di Coping messe in atto dal paziente, in trattamento chemioterapico, e la qualità della Relazione d' Aiuto proposta dagli infermieri, inclusi nella ricerca e in organico, presso l'UU.OO. Day Hospital Oncologico dell' AULSS n°10 "Veneto Orientale" della Regione Veneto (P.O. di Portogruaro e San Donà di Piave), per tanto, non risulta essere generalizzabile all'intera Azienda sanitaria e all'esperienza di molti altri infermieri, operanti nelle realtà italiane.

È consigliabile la replicazione dello stesso studio con un campione più ampio, coinvolgendo altre realtà operative, per permettere un consistente confronto di elementi capaci di leggere il fenomeno scelto per l'analisi.

Sarebbe interessante riproporre questo studio anche in altri contesti, come gli Hospice, dove il tempo da poter dedicare all'assistenza dei pazienti è superiore ad una U.O. Day Hospital, o nell'assistenza domiciliare, dove la posizione degli infermieri e il loro rapporto con gli assistiti differisce per via del contesto (più familiare intimo al paziente).

Altro elemento limite risulta essere la realizzazione dello strumento. Le due schede osservazionali sono state realizzate dallo scrivente ad hoc e non sono state costruite verificandone l'accuratezza con un campione di soggetti in uno studio pilota.

5.3 Implicazioni per la pratica

Dallo studio affrontato e dalle analisi dei dati osservati è emerso che, di notevole importanza, in un contesto operativo di tipo oncologico, è insita nella capacità dell'infermiere attuare una comunicazione efficace.

Non è così scontato che tutti abbiano tale capacità, poiché è risaputo che in un contesto sanitario e ancor di più in un'area clinica così delicata, l'importanza assunta dalle parole, dette al paziente, cresce esponenzialmente.

Una soluzione a ciò potrebbero essere dei corsi di formazione, offerti agli infermieri operanti nelle UU.OO. di Oncologia (day hospital compresi), inerenti alla "Comunicazione", affinché possano essere implementati concetti pratiche e teorici.

Si darà così maggior valenza, non solo all'importanza di una "*comunicazione verbale*" efficace e coerente, ma anche alla "*comunicazione non verbale*" definita dall'atteggiamento del corpo (la postura, i movimenti, la distanza interpersonale, la respirazione, la mimica facciale) , in quanto questo tipo di linguaggio viene percepito dal paziente in modo immediato ed è rilevatore dell'autenticità della relazione con l'operatore.

Tanto è importante il "saper comunicare", quanto lo è il "saper ascoltare" le reali necessità del malato, ma fra il "sapere" e il "saper fare" vi è uno stacco, un vero e proprio salto logico, che va colmato con apprendimenti *ad hoc*.

Alcune soluzioni potrebbero essere:

- eseguire una serie di esercizi pratici in cui l'operatore impara ad osservarsi e ad osservare ciò che viene messo effettivamente in gioco nella relazione;
- usufruire di metodologie di apprendimento che si sono dimostrate notevolmente efficaci, quali il “role playing”, cioè quelle metodologie, di gruppo, che danno la possibilità di coinvolgersi personalmente, consentendo esperienze di interazione e prevedendo momenti di osservazione e analisi dei comportamenti.

Insomma, si ripropone inevitabilmente la necessità di imparare ad *ascoltarsi* e ad *ascoltare*, attitudine estranea alla professione sanitaria se fosse improntata esclusivamente sul "fare" (Vicini, 1998).

CAPITOLO 6

CONCLUSIONI

6.1 Conclusioni

Nei primi capitoli di questo elaborato si è approfondito il concetto di “Relazione d'aiuto”, un concetto all'apparenza semplice, ma che invece nasconde diverse insidie.

Proviamo allora a riconsiderare, semplicemente e insieme, entrambi i termini, affinché ci sia una chiarezza maggiore su cos'è una “relazione” e cos'è un “aiuto”:

- *La relazione presume un qualche contatto, che già si aveva, o un nuovo entrare in contatto;*
- *L'aiuto presume che qualcuno abbia bisogno, e altri possa fornire una risposta a quel bisogno.*

Questa semplicità è per fortuna reale, ed è in molte delle nostre azioni quotidiane.

Chiunque può essere “*protagonista*” di una relazione volta ad aiutare qualcuno, tanto più un infermiere che ha deciso, scegliendo di esercitare tale professione, di mettersi a servizio di chi ha un reale bisogno d'aiuto.

In un contesto oncologico (*day hospital* nel nostro caso) è facile intuire che le relazioni di aiuto si orientino a prendere in considerazione soprattutto la persona con la malattia, scollegandola dalla sua storia di persona sana.

C'è bisogno che gli “attori” dell'aiuto tengano conto delle differenze esistenti ed evitino di trattare neutralmente le situazioni di sofferenza, senza rendersi conto del contesto in cui queste “situazioni” si presentano.

Questi sono alcuni degli elementi su cui, lo studio affrontato invita a riflettere, in rapporto a qualità metodologiche professionali, e non più alla sola buona volontà.

Occorre andare oltre la “*buona volontà*”, mantenendo il suo aspetto positivo e considerando maggiormente gli aspetti della “*clinica*”.

Purtroppo ad oggi però, il rischio è quello di far prevalere l'organizzazione del luogo rispetto ai bisogni dell'individuo, rendendo la *clinica* un luogo organizzato, e mettendo in secondo piano la “centralità” dell'assistito.

I professionisti sanitari corrono così il rischio di non saper più ascoltare, permettendosi anzi una disinvoltura che proprio la professione rende possibile (Monformoso, 2007).

Si avrebbe così, solo un'imposizione d'aiuto, e non una relazione d'aiuto reale ed efficace.

Dalle analisi dei dati, osservati ed esaminati nel presente elaborato di tesi, emerge che il *paziente oncologico*, tra le diverse strategie volte alla creazione di un coping efficace allo stress, considera fondamentale (durante il trattamento in U.O.) il supporto emozionale ricevuto da *familiari, amici*, ma ancor di più dall'infermiere che, con il suo "Ascolto attivo", la sua "Empatia", il suo "Sorriso", ed altro ancora, ha garantito all'assistito una *Relazione d'Aiuto* nella sua totalità.

Com'è insito nel *Codice Deontologico* (2009), che fissando le norme dell'agire professionale delinea la vera essenza del profilo dell'infermiere, il professionista sanitario dev'essere garante di in una spontanea "*Relazione di Aiuto*", quando aiuta, togliendo l'aspetto pubblico e spettacolare dell'intervento e facendo sempre come se fosse nello spazio *privato* e proprio della persona che si sta aiutando;

quindi lo spazio *clinico*, per prendersi cura con professionalità, non dovrà mai perdere l'entusiasmo di chi, invece, lo fa per il semplice e disinteressato amore e benessere dell'altro.

BIBLIOGRAFIA

- Biondi, M., Costantini, A., Grassi, L. (1995). *La mente e il cancro*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Crocetti, G. (A cura di). (1992). *Ascolto terapeutico e comunicazione in oncologia*. Roma: Borla.
- Feltham, C., Dryden, W. (A cura di Giusti, E.). (1995). *Dizionario di Counseling*. Roma: Sovera Multimedia.
- Giusti, E., Masiello, L. (2003). *Il counseling sanitario. Manuale introduttivo per gli operatori della salute*. Roma: Carocci Fiaber.
- Grassi, L., Biondi, M., Costantini, A. (2003). *Manuale pratico di psico-oncologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Jesson, J. (2001). *Cross-sectional studies in prescribing research*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics.
- Kübler-Ross, (1976). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: J Pers Soc Psychol.
- Monformoso, P. (2007). *Professioni d'aiuto e relazione d'aiuto. Parole semplici per qualche cosa che forse non lo è*. Vertici Network.
- Morasso, G. (1997). *Cancro: curare I bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia*. Roma: Il pensiero Scientifico.

- Morasso, G., Alberisio, A., Capelli, M., (1997). *Illness awareness in cancer patients: a conceptual framework and a preliminary classification hypothesis*. PsychoOncology.
- Morelli, G. (1999). “*Il dilemma di della comunicazione di diagnosi e prognosi al paziente oncologico: malattia e morte si possono “dire”?*”. IN-formazione Psicologia.
- Nietzsche, F. (1879-1881). *Aurora e Frammenti postumi*. (trad. it. Montinari, M., Masini, F., Adelphi, Milano, 1962).
- Porter, L. S., Stone, A. A. (1996). *An approach to assessing daily coping*. New York: John Wiley & Sons.
- Rogers, C. (1951). *La terapia incentrata sul cliente*. (Ed.), Martinelli, G. (1989). Firenze.
- Rogers, C. (1971). *Psicoterapia di consultazione*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Santosuosso, A. (1996). *Il consenso informato. Tra giustificazione per il medico e diritto per il paziente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sontag, S. (1979). *Illness as Metaphor*. Vintage Books.
- Tamburini, M. (1990). *La valutazione della qualità di vita in oncologia*. Milano: Elsevier-Masson.
- Tolstoj, L. (1886). *La morte di Ivan Il'ic*. (trad. it. Landolfi, Adelphi, Milano, 1996).
- Vicini, M. A. (1998). *Il Counseling, strumento di lavoro dell'infermiere?*. Nursing Oggi.

SITOGRAFIA

I numeri del cancro in Italia "2014". ISTAT (2014).

Reperito il 12 Aprile 2015 all'indirizzo web: <http://www.istat.it/2014/>

Stress e Strategie di Coping. Studio Loscalzo (7 Febbraio 2012).

Reperito il 10 Agosto 2015 all'indirizzo web: <http://www.loscalzo.it/counseling-aziendale/stress-e-strategie-di-coping/>

La Relazione d'Aiuto. Associazione Olos. Napoletano, A. (2014).

Reperito il 16 Agosto 2015 all'indirizzo web: <http://www.associazioneolos.com/articoli/>

Codice Deontologico dell'Infermiere. Federazione IPASVI.

Reperito il 27 Settembre 2015 all'indirizzo web: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/commentario/>

ALLEGATI

Allegato n°1



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10
"VENETO ORIENTALE"

Sede Direzionale:
Piazza De Gasperi, n.5 - 30027 San Donà di Piave (VE) Codice Fiscale e Partita I.V.A.: 02799490277

Data, 12.06.2015

Prot. 37718

All.: 1

OGGETTO: Richiesta autorizzazione indagine tesi studenti.

Alla dr.ssa Elsa Labelli
direttore didattico
Corso di Laurea in Infermieristica
Via Seminario, n.35
30026 PORTOGRUARO

Con riferimento alle richieste da parte degli studenti del CLI, di cui all'allegato elenco, finalizzate alla somministrazione dei questionari per la compilazione della tesi di Laurea in Infermieristica, rilevato che per le predette richieste vi sono già i pareri favorevoli dei direttori delle UU.OO. e strutture interessate, si autorizza alla raccolta dati e si chiede alla S.V. di darne comunicazione agli interessati.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti.

DIRETTORE GENERALE
Dott. Carlo Bramezza

Allegato n°2.a.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

corso di Laurea in Infermieristica

Sede di Portogruaro

Laureando: **Buscaglia Stefano**

Matricola: **1028592**

Infermiere n°: _____

Ciclo Chemioterapia n°: _____

STRATEGIA	SCHEDA D'OSSERVAZIONE			
	RELAZIONE D'AIUTO PROPOSTA DALL'INFERMIERE	SI	NO	N.I. "Non Identificabile"
• FACILITATORI DELLA RELAZIONE D'AIUTO:	1. <u>Spazio:</u>			
	a. Il luogo dove si effettua il trattamento è impersonale			
	b. Tra infermiere e paziente non vi è alcun ostacolo (scrivania, ...)			
	2. <u>Tempo</u> dedicato:			
	a. Inizio del trattamento (non meno di 15 minuti)			
	b. Conclusione del trattamento (non meno di 10 minuti)			
	3. Rinforzo delle potenzialità e riconoscimento delle risorse personali: (es.: - l'infermiere si complimenta col paziente per come sta affrontando il problema ...)			
	4. Riconoscimento degli aspetti creativi e positivi del singolo individuo			
• ASCOLTO ATTIVO:	5. Veridicità dell'informazione data al paziente			
	6. Ascolto dedicato senza interruzioni esterne: (es.: - telefonate, - colleghi ...)			
	7. Il paziente viene lasciato libero di parlare (o raccontare) per almeno 2 minuti senza interruzioni			
	8. Riformulazione e riassunto di quanto detto dal paziente per assicurarsi d'aver compreso			
	9. Atteggiamento d'umiltà: (es.: - chiede scusa se non comprende qualcosa...)			

• **ASPETTI DELLA CNV “Comunicazione Non Verbale”:**

• ASPETTI DELLA CNV “Comunicazione Non Verbale”:	10. “Sguardo e contatto visivo”:			
	a. E' presente il contatto visivo attraverso lo sguardo			
	b. Il contatto è mantenuto per almeno (40-50 secondi)			
	c. I contatti oculari sono ripetuti nel corso della relazione d'aiuto e consecutivi			
	11. “Espressività del volto”:			
	a. E' presente il “Sorriso Sociale”			
	b. Vi è coerenza tra ciò che viene detto e ciò che viene mostrato attraverso le espressioni facciali			
	12. “Postura”:			
	a. Il corpo è mantenuto in direzione del paziente			
	b. I movimenti effettuati delle braccia sono simmetrici			
	c. Braccia e gambe non vengono incrociate			
	13. “Contatto fisico”:			
	a. Il contatto utilizzato è gentile e calmo			
	b. Sono evitati movimenti repentini e frettolosi			
	14. “Prosemica”:			
	a. Lo sguardo è alla stessa altezza			
	b. La distanza interpersonale è prossimamente vicina a ciò che viene definita: “Distanza sociale” (1,2-3,5 metri)			
	15. “Tono della Voce”:			
	a. Volume moderato			
	b. Volume elevato solo se giustificato da una ipoacusia o da rumori esterni ...)			
c. Tono calmo				
d. Tono gentile				

Allegato n°2.b.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

corso di Laurea in Infermieristica

Sede di Portogruaro

Laureando: **Buscaglia Stefano**

Matricola: **1028592**

Paziente n°: _____

Ciclo Chemioterapia n°: _____

STRATEGIA	SCHEDA D'OSSERVAZIONE			
	STRATEGIE DI COPING MESSE IN ATTO DAL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO	SI	NO	N.I. "Non Identificabile"
• DISTRAZIONE:	1. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema pensando ad altre cose			
	2. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema intraprendendo qualche attività			
• RIDEFINIZIONE DELLA SITUAZIONE:	3. Tenta di ridefinire il problema sotto una luce diversa che lo fa apparire più sopportabile: <i>(es.: - avvia conversazioni o commenti ironici sul problema...)</i>			
• AZIONE DIRETTA:	4. Raccoglie informazioni riguardo al problema ponendo domande all'infermiere			
	5. Fa effettivamente qualcosa per cercare di risolvere il problema: <i>(es.: - chiede di parlare con uno psicologo, - chiede di confrontarsi con altri pazienti ...)</i>			
• CATARSI:	6. Esprime le emozioni in risposta al problema: <i>(es.: - piangendo, - rifiutando stizzosamente qualsiasi contatto, - isolandosi ...)</i>			
• ACCETTAZIONE:	7. Dichiaro all'infermiere di aver accettato che il problema si sia presentato: <i>(es.: - dichiara di esser certo che non possa essere fatto nulla in merito, - dichiara di esser certo che è tutto un segno del destino ...)</i>			
• CERCARE SUPPORTO SOCIALE:	8. Cerca o accetta supporto emozionale da familiari			
	9. Cerca o accetta supporto emozionale da amici			
	10. Cerca o accetta supporto emozionale dall'infermiere			
• RILASSAMENTO:	11. Fa qualcosa con l'esplicita intenzione di rilassarsi: <i>(es.: - Partecipa a gruppi di training autogeno proposti dall'ospedale ...)</i>			
• FEDE:	12. Cerca o accetta conforto o supporto spirituale			

Allegato n°3

(Allegato n°3, Tabella I.a. – Analisi dei dati raccolti alla prima osservazione, campione: Pazienti del P.O. di Portogruaro).

“Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico”											
PRIMA osservazione	STRATEGIA	Sì	%	NO	%	N.I.	%	TOT.	MEDIA		
DISTRUZIONE:	1. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema pensando ad altre cose	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8	6,7	1,3	0
	2. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema intraprendendo qualche attività	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
RIDEFINIZIONE DELLA SITUAZIONE:	3. Tenta di ridefinire il problema sotto una luce diversa che lo fa apparire più sopportabile: (es.: avvia conversazioni o commenti ironici sul problema ...)	3	37,50	5	62,50	0	0,00	8			
AZIONE DIRETTA:	4. Racoglie informazioni riguardo al problema ponendo domande all'infermiere	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	5,3	2,7	0
	5. Fa effettivamente qualcosa per cercare di risolvere il problema: (es.: - chiede di parlare con uno psicologo, - chiede di confrontarsi con altri pazienti ...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8			
CATARSE:	6. Esprime le emozioni in risposta al problema: (es.: - piangendo, - rifiutando stizzosamente qualsiasi contatto, - isolandosi ...)	5	62,50	3	37,50	0	0,00	8			
ACCETTAZIONE:	7. Dichiaro all'infermiere di aver accettato che il problema si sia presentato: (es.: - dichiara di esser certo che non possa essere fatto nulla in merito, - dichiara di esser certo che è tutto un segno del destino ...)	5	62,50	3	37,50	0	0,00	8			
CERCARE SUPPORTO SOCIALE:	8. Cerca o accetta supporto emozionale da familiari	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	5,8	1,3	1
	9. Cerca o accetta supporto emozionale da amici	3	37,50	1	12,50	4	50,00	8			
	10. Cerca o accetta supporto emozionale dall'infermiere	4	50,00	4	50,00	0	0,00	8			
RILASSAMENTO:	11. Fa qualcosa con l'esplicita intenzione di rilassarsi: (es.: - Partecipa a gruppi di training autogeno proposti dall'ospedale ...)	0	0,00	0	0,00	8	100,00	8			
FEDE:	12. Cerca o accetta conforto o supporto spirituale	1	12,50	7	87,50	0	0,00	8			

P.O. di Portogruaro

U.O. Day Hospital Oncologico

(Allegato n°3, Tabella I.b. – Analisi dei dati raccolti alla prima osservazione, campione: Pazienti del P.O. di San Donà di Piave).

“Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico”											
PRIMA osservazione	STRATEGIA	Sì	%	NO	%	N.I.	%	TOT.	MEDIA		
DISTRUZIONE:	1. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema pensando ad altre cose	5	62,50	3	37,50	0	0,00	8	5	3	0
	2. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema intraprendendo qualche attività	5	62,50	3	37,50	0	0,00	8			
RIDEFINIZIONE DELLA SITUAZIONE:	3. Tenta di ridefinire il problema sotto una luce diversa che lo fa apparire più sopportabile: (es.: avvia conversazioni o commenti ironici sul problema ...)	1	12,50	7	87,50	0	0,00	8			
AZIONE DIRETTA:	4. Racoglie informazioni riguardo al problema ponendo domande all'infermiere	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8	4,7	3,3	0
	5. Fa effettivamente qualcosa per cercare di risolvere il problema: (es.: - chiede di parlare con uno psicologo, - chiede di confrontarsi con altri pazienti ...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8			
CATARSE:	6. Esprime le emozioni in risposta al problema: (es.: - piangendo, - rifiutando stizzosamente qualsiasi contatto, - isolandosi ...)	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
ACCETTAZIONE:	7. Dichiaro all'infermiere di aver accettato che il problema si sia presentato: (es.: - dichiara di esser certo che non possa essere fatto nulla in merito, - dichiara di esser certo che è tutto un segno del destino ...)	2	25,00	6	75,00	0	0,00	8			
CERCARE SUPPORTO SOCIALE:	8. Cerca o accetta supporto emozionale da familiari	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8	5	2,3	1
	9. Cerca o accetta supporto emozionale da amici	3	37,50	2	25,00	3	37,50	8			
	10. Cerca o accetta supporto emozionale dall'infermiere	3	37,50	5	62,50	0	0,00	8			
RILASSAMENTO:	11. Fa qualcosa con l'esplicita intenzione di rilassarsi: (es.: - Partecipa a gruppi di training autogeno proposti dall'ospedale ...)	0	0,00	0	0,00	8	100,00	8			
FEDE:	12. Cerca o accetta conforto o supporto spirituale	2	25,00	6	75,00	0	0,00	8			

P.O. di San Donà di Piave

U.O. Day Hospital Oncologico

(Allegato n°3, Tabella II.a. – Analisi dei dati raccolti alla prima osservazione, campione: Infermieri del P.O. di Portogruaro).

"Relazione d' Aiuto proposta dall'Infermiere"											
PRIMA osservazione	STRATEGIA	SI	%	NO	%	N.I.	%	TOT.	MEDIA		
FACILITATORI DELLA RELAZIONE D'AIUTO	1. <u>Spazio</u> :										
	a. Il luogo dove si effettua il trattamento è impersonale	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8	2,3	5,7	
	b. Tra infermiere e paziente non vi è alcun ostacolo (scrivania, ...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8			
	2. <u>Tempo dedicato</u> :										
	a. Inizio del trattamento (non meno di 15 minuti)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8			
	b. Conclusione del trattamento (non meno di 10 minuti)	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
3. Rinforzo delle potenzialità e riconoscimento delle risorse personali:(es.: - l'infermiere si complimenta col paziente per come sta affrontando il problema...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8				
4. Riconoscimento degli aspetti creativi e positivi del singolo individuo	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8				
5. Veridicità dell'informazione data al paziente	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8				
ASCOLTO ATTIVO	6. Ascolto dedicato senza interruzioni esterne: (es.: - telefonate, - colleghi...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8	4	4	
	7. Il paziente viene lasciato libero di parlare (o raccontare) per almeno 2 minuti senza interruzioni	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
	8. Riformulazione e riassunto di quanto detto dal paziente per assicurarsi d'aver compreso	2	25,00	6	75,00	0	0,00	8			
	9. Atteggiamento d'umiltà: (es.: - chiede scusa se non comprende qualcosa...)	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
ASPETTI DELLA CNV "Comunicazione Non Verbale"	10. <u>"Sguardo e contatto visivo"</u> :								6,3	1,2	
	a. E' presente il contatto visivo attraverso lo sguardo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	b. Il contatto è mantenuto per almeno (40-50 secondi)	4	50,00	4	50,00	0	0,00	8			
	c. I contatti oculari sono ripetuti nel corso della relazione d'aiuto e consecutivi	4	50,00	4	50,00	0	0,00	8			
	11. <u>"Espressività del volto"</u> :										
	a. E' presente il "Sorriso Sociale"	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
	b. Vi è coerenza tra ciò che viene detto e ciò che viene mostrato attraverso le espressioni facciali	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	12. <u>"Postura"</u> :										
	a. Il corpo è mantenuto in direzione del paziente	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	b. I movimenti effettuati delle braccia sono simmetrici	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	c. Braccia e gambe non vengono incrociate	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
	13. <u>"Contatto fisico"</u> :										
	a. Il contatto utilizzato è gentile e calmo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	b. Sono evitati movimenti repentini e frettolosi	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
	14. <u>"Prossemica"</u> :										
a. Lo sguardo è alla stessa altezza	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8				
b. La distanza interpersonale è prossimamente vicina a ciò che viene definita :	3	37,50	5	62,50	0	0,00	8				
15. <u>"Tono della Voce"</u> :											
a. Volume moderato	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8				
b. Volume elevato solo se giustificato da una ipoacusia o da rumori	0	0,00	0	0,00	8	100,00	8				
c. Tono calmo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8				
d. Tono gentile	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8				
									0	0	

P.O. di Portogruaro

U.O. Day Hospital Oncologico

(Allegato n°3, Tabella II.b. – Analisi dei dati raccolti alla prima osservazione, campione: Infermieri del P.O. di San Donà di Piave).

"Relazione d' Aiuto proposta dall'Infermiere"											
PRIMA osservazione	STRATEGIA	SI	%	NO	%	N.I.	%	TOT.	MEDIA		
FACILITATORI DELLA RELAZIONE D'AIUTO	1. <u>Spazio</u> :										
	a. Il luogo dove si effettua il trattamento è impersonale	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8	1,7	6,3	
	b. Tra infermiere e paziente non vi è alcun ostacolo (scrivania, ...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8			
	2. <u>Tempo dedicato</u> :										
	a. Inizio del trattamento (non meno di 15 minuti)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8			
b. Conclusione del trattamento (non meno di 10 minuti)	4	50,00	4	50,00	0	0,00	8				
ASCOLTO ATTIVO	3. Rinforzo delle potenzialità e riconoscimento delle risorse personali: (es.: - l'infermiere si complimenta col paziente per come sta affrontando il problema...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8	4	4	
	4. Riconoscimento degli aspetti creativi e positivi del singolo individuo	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8			
	5. Veridicità dell'informazione data al paziente	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	6. Ascolto dedicato senza interruzioni esterne: (es.: - telefonate, - colleghi...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8			
	7. Il paziente viene lasciato libero di parlare (o raccontare) per almeno 2 minuti senza interruzioni	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
ASPETTI DELLA CNV "Comunicazione Non Verbale"	8. Riformulazione e riassunto di quanto detto dal paziente per assicurarsi d'aver compreso	2	25,00	6	75,00	0	0,00	8	6,2	1,3	
	9. Atteggiamento d'umiltà: (es.: - chiede scusa se non comprende qualcosa...)	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	10. <u>"Sguardo e contatto visivo"</u> :										
	a. E' presente il contatto visivo attraverso lo sguardo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	b. Il contatto è mantenuto per almeno (40-50 secondi)	4	50,00	4	50,00	0	0,00	8			
	c. I contatti oculari sono ripetuti nel corso della relazione d'aiuto e consecutivi	4	50,00	4	50,00	0	0,00	8			
	11. <u>"Espressività del volto"</u> :										
	a. E' presente il "Sorriso Sociale"	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
	b. Vi è coerenza tra ciò che viene detto e ciò che viene mostrato attraverso le espressioni facciali	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	12. <u>"Postura"</u> :										
	a. Il corpo è mantenuto in direzione del paziente	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	b. I movimenti effettuati delle braccia sono simmetrici	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
	c. Braccia e gambe non vengono incrociate	4	50,00	4	50,00	0	0,00	8			
	13. <u>"Contatto fisico"</u> :										
	a. Il contatto utilizzato è gentile e calmo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
b. Sono evitati movimenti repentini e frettolosi	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8				
14. <u>"Prossemica"</u> :											
a. Lo sguardo è alla stessa altezza	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8				
b. La distanza interpersonale è prossimamente vicina a ciò che viene definita :	3	37,50	5	62,50	0	0,00	8				
15. <u>"Tono della Voce"</u> :											
a. Volume moderato	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8				
b. Volume elevato solo se giustificato da una ipoacusia o da rumori	0	0,00	0	0,00	8	100,00	8				
c. Tono calmo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8				
d. Tono gentile	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8				
									0	0	1

P.O. di San Donà di Piave

U.O. Day Hospital Oncologico

Allegato n°4

(Allegato n°4, Tabella III.a. – Analisi dei dati raccolti alla seconda osservazione, campione: Pazienti del P.O. di Portogruaro).

“Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico”											
SECONDA osservazione	STRATEGIA	Sì	%	NO	%	N.I.	%	TOT.	MEDIA		
DISTRAZIONE:	1. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema pensando ad altre cose	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8	6,7	1,3	0
	2. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema intraprendendo qualche attività	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
RIDEFINIZIONE DELLA SITUAZIONE:	3. Tenta di ridefinire il problema sotto una luce diversa che lo fa apparire più sopportabile: (es.: - avvia conversazioni o commenti ironici sul problema ...)	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8			
AZIONE DIRETTA:	4. Raccoglie informazioni riguardo al problema ponendo domande all'infermiere	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	7,7	0,3	0
	5. Fa effettivamente qualcosa per cercare di risolvere il problema: (es.: - chiede di parlare con uno psicologo, - chiede di confrontarsi con altri pazienti ...)	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8			
CATARSI:	6. Esprime le emozioni in risposta al problema: (es.: - piangendo, - rifiutando stizzosamente qualsiasi contatto, - isolandosi ...)	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8			
ACCETTAZIONE:	7. Dichiaro all'infermiere di aver accettato che il problema si sia presentato: (es.: - dichiara di esser certo che non possa essere fatto nulla in merito, - dichiara di esser certo che è tutto un segno del destino ...)	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8			
CERCARE SUPPORTO SOCIALE:	8. Cerca o accetta supporto emozionale da familiari	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	7,3	0,5	0
	9. Cerca o accetta supporto emozionale da amici	7	87,50	0	0,00	1	12,50	8			
	10. Cerca o accetta supporto emozionale dall'infermiere	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
RILASSAMENTO:	11. Fa qualcosa con l'esplicita intenzione di rilassarsi: (es.: - Partecipa a gruppi di training autogeno proposti dall'ospedale ...)	0	0,00	0	0,00	8	100,00	8			
FEDE:	12. Cerca o accetta conforto o supporto spirituale	1	12,50	7	87,50	0	0,00	8			

P.O. di Portogruaro

U.O. Day Hospital Oncologico

(Allegato n°4, Tabella III.b. – Analisi dei dati raccolti alla prima osservazione, campione: Pazienti del P.O. di San Donà di Piave).

“Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico”											
SECONDA osservazione	STRATEGIA	Sì	%	NO	%	N.I.	%	TOT.	MEDIA		
DISTRAZIONE:	1. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema pensando ad altre cose	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8	7	1	0
	2. Dichiaro all'infermiere di distogliere l'attenzione dal problema intraprendendo qualche attività	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8			
RIDEFINIZIONE DELLA SITUAZIONE:	3. Tenta di ridefinire il problema sotto una luce diversa che lo fa apparire più sopportabile: (es.: - avvia conversazioni o commenti ironici sul problema ...)	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8			
AZIONE DIRETTA:	4. Raccoglie informazioni riguardo al problema ponendo domande all'infermiere	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	7,7	0,3	0
	5. Fa effettivamente qualcosa per cercare di risolvere il problema: (es.: - chiede di parlare con uno psicologo, - chiede di confrontarsi con altri pazienti ...)	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8			
CATARSI:	6. Esprime le emozioni in risposta al problema: (es.: - piangendo, - rifiutando stizzosamente qualsiasi contatto, - isolandosi ...)	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
ACCETTAZIONE:	7. Dichiaro all'infermiere di aver accettato che il problema si sia presentato: (es.: - dichiara di esser certo che non possa essere fatto nulla in merito, - dichiara di esser certo che è tutto un segno del destino ...)	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8			
CERCARE SUPPORTO SOCIALE:	8. Cerca o accetta supporto emozionale da familiari	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8	6,3	1,5	0
	9. Cerca o accetta supporto emozionale da amici	6	75,00	1	12,50	1	12,50	8			
	10. Cerca o accetta supporto emozionale dall'infermiere	5	62,50	3	37,50	0	0,00	8			
RILASSAMENTO:	11. Fa qualcosa con l'esplicita intenzione di rilassarsi: (es.: - Partecipa a gruppi di training autogeno proposti dall'ospedale ...)	0	0,00	0	0,00	8	100,00	8			
FEDE:	12. Cerca o accetta conforto o supporto spirituale	2	25,00	6	75,00	0	0,00	8			

P.O. di San Donà di Piave

U.O. Day Hospital Oncologico

(Allegato n°4, Tabella IV.a. – Analisi dei dati raccolti alla seconda osservazione, campione: Infermieri del P.O. di Portogruaro).

"Relazione d' Aiuto proposta dall'Infermiere"									
SECONDA osservazione	STRATEGIA	SI	%	NO	%	N.I.	%	TOT.	MEDIA
FACILITATORI DELLA RELAZIONE D'AIUTO	1. Spazio:								
	a. Il luogo dove si effettua il trattamento è impersonale	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8	
	b. Tra infermiere e paziente non vi è alcun ostacolo (scrivania, ...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8	
	2. Tempo dedicato:								
	a. Inizio del trattamento (non meno di 15 minuti)	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	5,1
	b. Conclusione del trattamento (non meno di 10 minuti)	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	2,9
3. Rinforzo delle potenzialità e riconoscimento delle risorse personali:(es.: - l'infermiere si complimenta col paziente per come sta affrontando il problema...)	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8	0	
4. Riconoscimento degli aspetti creativi e positivi del singolo individuo	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8		
5. Veridicità dell'informazione data al paziente	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8		
ASCOLTO ATTIVO	6. Ascolto dedicato senza interruzioni esterne: (es.: - telefonate, - colleghi...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8	5
	7. Il paziente viene lasciato libero di parlare (o raccontare) per almeno 2 minuti senza interruzioni	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8	3
	8. Riformulazione e riassunto di quanto detto dal paziente per assicurarsi d'aver compreso	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8	0
	9. Atteggiamento d'umiltà: (es.: - chiede scusa se non comprende qualcosa...)	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	
ASPETTI DELLA CNV "Comunicazione Non Verbale"	10. "Sguardo e contatto visivo":								
	a. E' presente il contatto visivo attraverso lo sguardo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	
	b. Il contatto è mantenuto per almeno (40-50 secondi)	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8	
	c. I contatti oculari sono ripetuti nel corso della relazione d'aiuto e consecutivi	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8	
	11. "Espressività del volto":								
	a. E' presente il "Sorriso Sociale"	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8	
	b. Vi è coerenza tra ciò che viene detto e ciò che viene mostrato attraverso le espressioni facciali	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	
	12. "Postura":								
	a. Il corpo è mantenuto in direzione del paziente	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	6,6
	b. I movimenti effettuati delle braccia sono simmetrici	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	0,9
	c. Braccia e gambe non vengono incrociate	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8	1
	13. "Contatto fisico":								
	a. Il contatto utilizzato è gentile e calmo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	
	b. Sono evitati movimenti repentini e frettolosi	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8	
	14. "Prosemica":								
a. Lo sguardo è alla stessa altezza	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8		
b. La distanza interpersonale è prossimamente vicina a ciò che viene definita :	3	37,50	5	62,50	0	0,00	8		
15. "Tono della Voce":									
a. Volume moderato	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8		
b. Volume elevato solo se giustificato da una ipoacusia o da rumori	0	0,00	0	0,00	8	100,00	8		
c. Tono calmo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8		
d. Tono gentile	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8		

P.O. di Portogruaro

U.O. Day Hospital Oncologico

(Allegato n°4, Tabella IV.b. – Analisi dei dati raccolti alla seconda osservazione, campione: Infermieri del P.O. di San Donà di Piave).

"Relazione d' Aiuto proposta dall'Infermiere"										
SECONDA osservazione	STRATEGIA	SI	%	NO	%	N.I.	%	TOT.	MEDIA	
FACILITATORI DELLA RELAZIONE D'AIUTO	1. Spazio:									
	a. Il luogo dove si effettua il trattamento è impersonale	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8	4	4
	b. Tra infermiere e paziente non vi è alcun ostacolo (scrivania, ...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8		
	2. Tempo dedicato:									
	a. Inizio del trattamento (non meno di 15 minuti)	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8		
	b. Conclusione del trattamento (non meno di 10 minuti)	4	50,00	4	50,00	0	0,00	8		
3. Rinforzo delle potenzialità e riconoscimento delle risorse personali:(es.: - l'infermiere si complimenta col paziente per come sta affrontando il problema...)	2	25,00	6	75,00	0	0,00	8			
ASCOLTO ATTIVO	4. Riconoscimento degli aspetti creativi e positivi del singolo individuo	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8	5	3
	5. Veridicità dell'informazione data al paziente	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8		
	6. Ascolto dedicato senza interruzioni esterne: (es.: - telefonate, - colleghi...)	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8		
	7. Il paziente viene lasciato libero di parlare (o raccontare) per almeno 2 minuti senza interruzioni	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8		
	8. Riformulazione e riassunto di quanto detto dal paziente per assicurarsi d'aver compreso	6	75,00	2	25,00	0	0,00	8		
9. Atteggiamento d'umiltà: (es.: - chiede scusa se non comprende qualcosa...)	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	6,4	1,1	
ASPETTI DELLA CNV "Comunicazione Non Verbale"	10. "Sguardo e contatto visivo":									
	a. E' presente il contatto visivo attraverso lo sguardo	8	100,00	0	0,00	0	0,00			8
	b. Il contatto è mantenuto per almeno (40-50 secondi)	6	75,00	2	25,00	0	0,00			8
	c. I contatti oculari sono ripetuti nel corso della relazione d'aiuto e consecutivi	4	50,00	4	50,00	0	0,00			8
	11. "Espressività del volto":									
	a. E' presente il "Sorriso Sociale"	6	75,00	2	25,00	0	0,00			8
	b. Vi è coerenza tra ciò che viene detto e ciò che viene mostrato attraverso le espressioni facciali	8	100,00	0	0,00	0	0,00			8
	12. "Postura":									
	a. Il corpo è mantenuto in direzione del paziente	8	100,00	0	0,00	0	0,00			8
	b. I movimenti effettuati delle braccia sono simmetrici	8	100,00	0	0,00	0	0,00			8
	c. Braccia e gambe non vengono incrociate	6	75,00	2	25,00	0	0,00			8
	13. "Contatto fisico":									
	a. Il contatto utilizzato è gentile e calmo	8	100,00	0	0,00	0	0,00			8
	b. Sono evitati movimenti repentini e frettolosi	6	75,00	2	25,00	0	0,00			8
	14. "Prosemica":									
a. Lo sguardo è alla stessa altezza	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
b. La distanza interpersonale è prossimamente vicina a ciò che viene definita :	3	37,50	5	62,50	0	0,00	8			
15. "Tono della Voce":										
a. Volume moderato	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
b. Volume elevato solo se giustificato da una ipoacusia o da rumori	0	0,00	0	0,00	8	100,00	8			
c. Tono calmo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
d. Tono gentile	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8			
									0	0

P.O. di San Donà di Piave

U.O. Day Hospital Oncologico

Allegato n°5

(Allegato n°5, Tabella V.a. – Rappresentazione grafica della risposta del paziente alla relazione d’aiuto ricevuta, dalla prima osservazione alla seconda, campione: Pazienti del P.O. di Portogruaro).

“Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico”																									
PRIMA osservazione	SECONDA osservazione	STRATEGIA																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
PAZIENTE		SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.
n°1 "infermiere n°1"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°2 "infermiere n°1"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°3 "infermiere n°2"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°4 "infermiere n°2"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°5 "infermiere n°3"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°6 "infermiere n°3"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°7 "infermiere n°4"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°8 "infermiere n°4"		x			x			x			x			x			x			x			x		

P.O. di Portogruaro

U.O. Day Hospital Oncologico

(Allegato n°5, Tabella V.b. – Rappresentazione grafica della risposta del paziente alla relazione d’aiuto ricevuta, dalla prima osservazione alla seconda, campione: Pazienti del P.O. di San Donà di Piave).

“Strategie di Coping messe in atto dal paziente in trattamento chemioterapico”																									
PRIMA osservazione	SECONDA osservazione	STRATEGIA																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
PAZIENTE		SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.	SI	NO	N.L.
n°1 "infermiere n°1"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°2 "infermiere n°1"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°3 "infermiere n°2"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°4 "infermiere n°2"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°5 "infermiere n°3"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°6 "infermiere n°3"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°7 "infermiere n°4"		x			x			x			x			x			x			x			x		
n°8 "infermiere n°4"		x			x			x			x			x			x			x			x		

P.O. di San Donà di Piave

U.O. Day Hospital Oncologico

(Allegato n°5, Tabella VI.a. – Rappresentazione grafica della coerenza della relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico, dalla prima osservazione alla seconda, campione: Infermieri del P.O. di Portogruaro).

"Relazione d' Aiuto proposta dall'infermiere" 1/2															
PRIMA osservazione	SECONDA osservazione	STRATEGIA													
		1.a.	1.b.	2.a.	2.b.	3	4	5	6	7	8	9	10.a.	10.b.	
INFERMIERE		SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I
n°1 "paziente n°1"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°1 "paziente n°2"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°2 "paziente n°3"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°2 "paziente n°4"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°3 "paziente n°5"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°3 "paziente n°6"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°4 "paziente n°7"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°4 "paziente n°8"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
"Relazione d' Aiuto proposta dall'infermiere" 2/2															
PRIMA osservazione	SECONDA osservazione	STRATEGIA													
		10.c.	11.a.	11.b.	12.a.	12.b.	12.c.	13.a.	13.b.	14.a.	14.b.	15.a.	15.b.	15.c.	15.d.
INFERMIERE		SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I
n°1 "paziente n°1"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°1 "paziente n°2"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°2 "paziente n°3"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°2 "paziente n°4"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°3 "paziente n°5"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°3 "paziente n°6"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°4 "paziente n°7"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
n°4 "paziente n°8"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

P.O. di Portogruaro
U.O. Day Hospital Oncologico

(Allegato n°3, Tabella VI.b. – Rappresentazione grafica della coerenza della relazione d'aiuto proposta dal personale infermieristico, dalla prima osservazione alla seconda, campione: Infermieri del P.O. di San Donà di Piave).

"Relazione d'Aiuto proposta dall'infermiere" 1/2															
PRIMA osservazione	SECONDA osservazione	STRATEGIA													
		1.a.	1.b.	2.a.	2.b.	3	4	5	6	7	8	9	10.a.	10.b.	
INFERMIERE		SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I
n°1 "paziente n°1"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°1 "paziente n°2"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°2 "paziente n°3"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°2 "paziente n°4"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°3 "paziente n°5"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°3 "paziente n°6"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°4 "paziente n°7"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°4 "paziente n°8"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	

"Relazione d'Aiuto proposta dall'infermiere" 2/2															
PRIMA osservazione	SECONDA osservazione	STRATEGIA													
		10.c.	11.a.	11.b.	12.a.	12.b.	12.c.	13.a.	13.b.	14.a.	14.b.	15.a.	15.b.	15.c.	15.d.
INFERMIERE		SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I	SI	NON.I
n°1 "paziente n°1"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°1 "paziente n°2"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°2 "paziente n°3"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°2 "paziente n°4"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°3 "paziente n°5"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°3 "paziente n°6"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°4 "paziente n°7"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	
n°4 "paziente n°8"		x		x		x		x		x		x		x	
		x		x		x		x		x		x		x	

P.O. di San Donà di Piave
U.O. Day Hospital Oncologico