



Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

INDAGINE SUL LOGORAMENTO PROFESSIONALE  
NEGLI INFERMIERI DI EMODIALISI IN UNA ULSS  
DEL VENETO

Relatore: Prof. Vincenti Ezio

Laureando: Paganin Andrea

Anno accademico 2014 - 2015



INDICE

**INTRODUZIONE**

**CAPITOLO I**

**IL PROBLEMA**

1.1 Il paziente con insufficienza renale cronica.....	pag. 1
1.2 Rapporti interpersonali tra il dializzato e l'infermiere.....	pag. 3
1.3 Logoramento nella professione.....	pag. 4
1.4 Burnout.....	pag. 5
1.5 Cause del burnout.....	pag. 6
1.6 Implicazioni nell'ambiente di lavoro.....	pag. 8
1.7 Limitazioni nella professione.....	pag. 11
1.8 Gestione emotiva e motivazione dell'infermiere.....	pag. 13
1.9 Realizzazione professionale.....	pag. 14

**CAPITOLO II**

**L'ANALISI DELL'INDAGINE**

2.1 Contesto d'indagine.....	pag. 17
2.2 Descrizione dell'indagine.....	pag. 19
2.3 Strumento utilizzato.....	pag. 19

**CAPITOLO III**

**L'ANALISI DEI DATI**

3.1 Risultati dell'indagine.....	pag. 23
3.2 Discussione.....	pag. 24
3.3 Limiti.....	pag. 26

**CONCLUSIONI**

**BIBLIOGRAFA / SITOGRAFIA**

**ALLEGATI**



## INTRODUZIONE

“L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica”<sup>1</sup>.

“L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa”<sup>2</sup>.

In un reparto altamente specialistico come quello ambulatoriale di emodialisi, dove l'infermiere ha la responsabilità di specifiche operazioni come “l'attacco” e lo “stacco” del paziente alla macchina, è indispensabile il corretto funzionamento dell'apparecchiatura pre-intra-post-paziente, nonché il controllo, l'inserimento nel terminale dei parametri vitali durante le seduta emodialitica, la responsabilità del ripristino dei componenti della macchina e dell'unità di base, una volta terminata la seduta del paziente. L'insieme di queste ed altre attività espone l'infermiere al rischio di una malìa tecnicistica che potrebbe lasciare in secondo piano l'aspetto relazionale con la persona in cura, affidata ad un professionista che dovrebbe supportarla come un individuo unico ed indivisibile.

Al progredire del solo tecnicismo, potrebbe affiancarsi l'impercettibile ma progressiva chiusura empatica nei confronti dell'assistito; l'empatia è la caratteristica essenziale per saper cogliere il mondo che circonda il paziente, le sue azioni, le sue giustificazioni, i suoi timori, le sue paure, le sue speranze, le sue aspettative... “L'empatia si basa sulla consapevolezza; quanto più aperti siamo verso le nostre emozioni, tanto più abili saremo anche nel leggere i sentimenti altrui”<sup>3</sup>.

Dinnanzi a queste ipotesi, ci si pone il quesito:

*Questa indebolita forma di lettura emozionale dell'infermiere, può portare ad un logoramento progressivo della sua professione, tanto da incidere sulla sua qualità assistenziale, generando stress e disagio nell'affrontare i bisogni dell'assistito, lungo il cammino della sua patologia cronica?*

---

<sup>1</sup> Art. 1 Comma I Codice Deontologico dell'Infermiere n.1/09 del 10 gennaio 2009.

<sup>2</sup> Art. 2 Comma I codice deontologico dell'infermiere n.1/09 del 10 gennaio 2009.

<sup>3</sup> Goleman D. Intelligenza Emotiva, Bur 2013. pp 164

## **STRATEGIA D'INDAGINE:**

Per verificare la presenza del problema ipotizzato, è stata presa in visione la bibliografia riguardo l'argomento; successivamente è stato somministrato al personale infermieristico dell'unità di emodialisi di Dolo e Noale, appartenente all'ULSS 13, un questionario proposto dalla Prof.ssa Christina Maslach, ampiamente riconosciuto nel mondo scientifico per la misurazione e rilevazione del burnout. Il Maslach Burnout Inventory (MBI) di C. Maslach e S. Jackson (1986) è un test finalizzato alla valutazione del burnout nel personale che opera nei servizi sociosanitari e nelle istituzioni educative (medici, infermieri, educatori, assistenti sociali, insegnanti): risulta quindi essenziale per la pianificazione di programmi di intervento specifici.

## **Obbiettivi:**

La tesi si pone l'obbiettivo di:

- Confermare o meno la presenza del problema
- Migliorare il clima di lavoro
- Migliorare di riflesso la qualità dell'assistenza infermieristica

## **Interventi:**

Dall'analisi dell'indagine e dalla revisione di bibliografia si propone la creazione di un gruppo relazionale composto dallo stesso personale infermieristico preso in esame, guidato dalla figura non autoritaria di un counselor, il cui compito sia quello di guidare in maniera oggettiva e produttiva le argomentazioni discusse in modo da rendere meno gravose situazioni lavorative che possono determinare, nel tempo, logoramento del personale infermieristico.

## **Fattibilità del progetto:**

L'intervento proposto si ritiene fattibile e non chiede sostanziali investimenti per la realizzazione, se non per la professionalità del counselor nel guidare il gruppo.

## **Indicatori di risultato:**

Sarà compito del counselor rilevare l'efficacia del gruppo attraverso appositi test.

# CAPITOLO I

## 1.1 Paziente con insufficienza renale cronica

Nel trattamento emodialitico ai pazienti affetti da insufficienza renale cronica (IRC) viene purificato il sangue da scorie normalmente prodotte/accumulate nell'organismo e drenati i liquidi in eccesso per mezzo di un'apposita macchina in grado di vicariare la funzione di un rene sano. A seconda dello stadio di insufficienza renale (5 stadi), le sedute di emodialisi possono variare solitamente da una ad un massimo di 3 a settimana.

A garantire supporto, educazione ed adeguata assistenza, verso la persona affetta da questa patologia cronica ed ingravescente, vi è l'infermiere.

Per capire come analizzare meglio i determinanti del logoramento professionale dell'infermiere in emodialisi, bisogna volgere un breve sguardo al paziente con cui si confronta, ovvero il paziente con insufficienza renale cronica (IRC).

L'attività principale che svolge il rene è la filtrazione di tutte le sostanze di scarto, che l'organismo produce, attraverso le urine, oltre al mantenimento di osmolarità, pH e volemia. La componente responsabile della filtrazione è il nefrone; la mancata funzionalità o la perdita progressiva di queste unità, impediscono la purificazione dalle sostanze di scarto introdotte e prodotte dallo stesso organismo.

Lo stadio V° viene definito come IRC terminale, in cui i reni hanno quasi totalmente perso la loro funzione. Una tale evenienza comporta ritenzione di acqua e di sostanze il cui accumulo provoca la sindrome uremica.

Alcune delle conseguenze sono manifestazioni di tipo: Ematologiche, cardiocircolatorie, nervose ed endocrine.

Il V° stadio, ed il conseguente quadro clinico, prevede da parte del nefrologo la decisione di un'adeguata terapia farmacologica, coadiuvata da un'alternativa sostituzione della funzione renale, quali la dialisi o il trapianto di rene.

L'insufficienza renale cronica è una condizione patologica progressiva, ingravescente, irreversibile e mortale che porta il paziente alla necessità di terapie continue, con effetti collaterali e cambiamento delle abitudini di vita, come lavoro, relazioni personali e società. A causa dell'eziologia subdola, spesso confusa con altri quadri clinici o per la non "sentita" reale gravità che comporta sul piano della salute, la persona affetta si trova da "sano" a "malato", senza rendersi conto dell'impatto che questa patologia può avere nell'influenzare la vita quotidiana. Proprio queste difficoltà fanno sì che il paziente, di fronte alla richiesta di cambiamento, reagisca in modi diversi, generalmente negativi<sup>4</sup>. Si possono, d'altro canto, identificare alcuni passaggi in successione nelle relazioni dei pazienti<sup>5</sup>, tra di essi:

- **Negazione:** Il paziente mostra sorpresa e presta scarsa attenzione quando gli viene comunicata una diagnosi e parla della malattia in modo distaccato.
- **Resistenza:** Il paziente è ostile, ma desidera sapere di più sulla malattia, segue, più o meno scrupolosamente il trattamento, richiedendo quello meno sconveniente. E' triste ma parla del futuro, anche se non è ancora consapevole di come adattarsi.
- **Razionalizzazione:** Il paziente esprime la volontà di cooperare e chiede aiuto per poter sviluppare strategie di *coping* opportune. Fa richieste specifiche e pertinenti al personale sanitario o alla famiglia e se si prende qualche libertà riguardo al trattamento, lo fa senza preoccuparsene troppo, ma generalmente non si mostra negligente.
- **Impegno:** Il paziente riconosce il proprio stato di salute e che la malattia potrebbe avere conseguenze molto serie: quindi segue con fiducia il trattamento. Esprime la convinzione che i benefici derivanti dal seguire il trattamento superano di gran lunga i sacrifici e cambia stile di vita in accordo alla sua malattia.
- **Equilibrio:** Il paziente parla apertamente e senza imbarazzo della malattia, segue il trattamento come una routine quotidiana e adegua il trattamento in caso di crisi.

---

<sup>4</sup> Natascia Bobbo – Fondamenti pedagogici di educazione al paziente, pp. 206-211, Celup 2010.

<sup>5</sup> OMS, 1998.



## 1.2 Rapporti interpersonali tra il dializzato e l'infermiere

Il paziente dializzato oltre alla suo corpo malato, porta ad ogni seduta anche i suoi problemi come le restrizioni alimentari nella vita quotidiana, lo status sociale, i cambiamenti nella vita familiare, il minor tempo nella vita privata data dalla stessa terapia emodialitica e la frustrazione di essere legato ad una macchina per sopravvivere. L'infermiere in tutto questo deve capire come interagire ed attuare strategie che gli consentano di avere un'ottimale collaborazione terapeutica, con minor stress nell'educazione e dare maggior conforto all'assistito, aumentando contemporaneamente la relazione, i metodi di coping ed il sostegno sociale.

Già nel 1995, una ricerca di supporto alla statunitense Gov't P.H.S, riguardante la descrizione della percezione dei pazienti in emodialisi, ha evidenziato i fattori di stress, i metodi di coping ed il sostegno sociale. L'indagine descrittiva ha preso in esame 129 pazienti affetti da IRC, in una fascia d'età 20-87 anni, di due centri ospedalieri e due ambulatori gratuiti di emodialisi nel Midwest.

Nel corso del trattamento emodialitico, i soggetti sono stati intervistati singolarmente e registrati con uno strumento audio. Sono state poste sette domande aperte riguardanti fattori di stress, strategie di coping e sostegno sociale. Le registrazioni, infine, sono state trascritte parola per parola e analizzate nei contenuti.

Il risultato è stato che i vari pazienti utilizzano diversi sistemi di coping come accettazione, ottimismo, self-control ed altri, per gestire 62 fattori di stress.

Nel complesso, gli assistiti sono rimasti soddisfatti del sostegno avuto dal personale infermieristico, accentuandone ulteriormente il ruolo svolto.

Questo studio ha messo in evidenza l'importanza di effettuare verso i pazienti valutazioni in corso di seduta, in modo da poterli assistere, attuando interventi infermieristici per alleviare fattori stressogeni e risolvere, o mantenere, efficaci azioni di coping/supporto assistenziale<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Anna J. 1995 Aug; 22(4):381-8; discussion 389-90 Gurklis JA, Menke EM; Research Support, U.S. Gov't; P.H.S.

### 1.3 Logoramento nella professione

Il termine logoramento è definito come l'azione e il risultato del logorare o del logorarsi, (*fig.*) logoramento della salute, deterioramento fisico<sup>7</sup>.

In ambito lavorativo questo termine viene più notoriamente indicato come stress; le sfide quotidiane nel nostro lavoro ci possono stimolare psicologicamente, fisicamente e incoraggiare a imparare nuove abilità. Molte persone sono motivate dalle sfide incontrate nel loro ambiente di lavoro, tuttavia, quando la pressione dovuta al lavoro richiesto diventa eccessiva e prolungata rispetto alla capacità di affrontarlo, può portare all'esperienza di stress<sup>8</sup>.

Molte teorie contemporanee sono state utili per definire meglio lo stress lavoro-correlato. Vi è un crescente consenso intorno alla definizione di stress come stato psicologico negativo, con componenti cognitive ed emotive, con effetti sulla salute sia nell'individuo che nell'organizzazione; ovvero è definito come un'interazione dinamica tra l'individuo e l'ambiente, spesso dedotta dalla presenza di una problematica di adattamento persona-ambiente e reazioni emotive che sottendono queste interazioni<sup>9</sup>.

Tra le forme di stress che possono derivare dal lavoro, una peculiare tipologia è quella che può essere riscontrata nella cosiddetta "sindrome del burnout" che rappresenta una vera e propria forma di esaurimento o logorio derivante dalla natura di alcune mansioni professionali. Più precisamente, si tratta di un'esperienza soggettiva di cattivo rapporto con il lavoro, che viene vissuta generalmente in una fase successiva ad uno stato di tradizionale stress lavorativo e con una forma grave, che ha delle sue caratteristiche specifiche e delle conseguenze negative in termini di salute, di produttività e di soddisfazione lavorativa.

---

<sup>7</sup> Gabrielli A. Il Grande Dizionario Hoepli Italiano. Ed. Hoepli 2015.

<sup>8</sup> Hassard J. and Cox T, Birkbeck College, University of London.

<sup>9</sup> Oshwiki.eu/wiki/Work-related stress: Nature and management.

## 1.4 Burnout

Le definizioni di burnout sono varie; quella più letterale esprime il termine di “fallire”, “logorarsi” o “essere esaurito” a causa di una maggior richiesta di energie, resistenza o risorse, così da portare a credere che la sindrome si sviluppi da un eccessivo impegno, anche se in realtà vi sono altri determinanti che concorrono all’instaurarsi della patologia.

HJ. Freudenberger nel 1974 definisce il burnout come uno stato di frustrazione nato dalla devozione ad una causa, da uno stile di vita, da una relazione che ha mancato di produrre la ricompensa attesa.

Il termine introdotto da Freudenberger, configura una condizione di stress lavorativo riscontrabile con maggiore frequenza tra i soggetti impegnati in attività assistenziali; si tratta quindi di una patologia professionale particolarmente rilevante per l’area socio-sanitaria<sup>10 11</sup>.

Nel 1977, in ambito psicologico e sociologico la Prof.ssa Maslach, docente di psicologia all’università di California, Berkeley, esperta mondiale di burnout, ha definito il burnout come una condizione in cui gli operatori socio-sanitari dopo mesi di attività entrano in una fase di demotivazione e stanchezza, manifestando apatia, nervosismo e indifferenza per il lavoro.

Il Prof. Cherniss nel 1980 definì il burnout come una ritirata psicologica dal lavoro in risposta all’eccesso di stress ed insoddisfazione, individuano tre fasi nel processo di sviluppo: squilibrio tra risorse disponibili e richiesta; risposta emotiva ed immediata a questo squilibrio; cambiamenti nel comportamento a scopo difensivo. L’insieme di queste tre fasi possono essere riassunte in tre punti chiave:

- Stress lavorativo
- Esaurimento dell’operatore
- Accomodamento psicologico

---

<sup>10</sup> Freudenberger HJ. Staf burn-out. J Soc Issues 1974; 30:59-65.

<sup>11</sup> Freudenberger HJ. Richelson G. burnout: the high cost of high achievement. New York: Anchor Press, 1980.

Lo stress in ambito lavorativo porta quindi il soggetto nel tempo ad un esaurimento delle proprie risorse per far fronte al problema, generando di conseguenza un adattamento psicologico negativo che lo porta ad un distacco emotivo come apatia, cinismo e perdita del senso dell'attività svolta<sup>12</sup>.

Il burnout ha dunque delle caratteristiche ben definite anche se studiate da più punti di vista e l'instaurarsi di questa sindrome genera in maniera subdola un circolo vizioso che, se non compreso tempestivamente, è generatore di una compromissione dell'identità del professionista, che può portare a cascata un malessere nel team di lavoro con ripercussioni anche nell'assistito.

### **1.5 Cause del burnout**

Riguardo alle cause che innescano questa sindrome, i ricercatori sono concordi nell'affermare che lo stress, in particolare nella fase di esaurimento, sia alla base dell'instaurarsi del burnout. Lo stress insorge nel momento in cui non si trova un equilibrio tra le richieste volte ad un soggetto e le risorse di cui il soggetto stesso dispone; se non riescono ad essere soddisfatte, diventano un peso per l'individuo. La stessa situazione è vera anche al contrario, quando invece le risorse sono maggiori delle richieste, generando nell'individuo frustrazione e disagio in quanto non riesce ad utilizzare al massimo il suo potenziale<sup>13</sup>.

Secondo il modello di Maslach, che tutt'oggi è quello maggiormente condiviso, la sindrome è caratterizzata da:

- Particolari stati d'animo: ansia, irritabilità, esaurimento fisico, panico, agitazione, senso di colpa, negativismo, ridotte autostima, empatia, e capacità di ascolto.
- Somatizzazioni: emicrania, sudorazioni, insonnia, disturbi gastrointestinali, parestesie ecc.

---

<sup>12</sup> Cherniss C. : La sindrome del burnout. Ed. Centro Scientifico Torinese, Torino, 1983.

<sup>13</sup> McGrath J.E.: Social and psychological factors in stress, New York, Holt, Rinehart e Winston, 1970.

- Reazioni comportamentali: assenze o ritardi frequenti sul posto di lavoro, chiusura difensiva al dialogo, distacco emotivo dall'interlocutore, ridotta creatività, ricorso a comportamenti stereotipati.

Quest'ultima componente viene generata attraverso vissuti di vita quali:

**Esaurimento Emotivo (EE)**: Sensazione di essere in continua tensione ed emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri. E' caratterizzato dalla mancanza di energia necessaria per affrontare la realtà quotidiana e per la prevalenza di sentimenti di apatia e distacco emotivo nei confronti del lavoro. La sintomatologia legata a questa dimensione include:

- Insonnia/Disturbi del sonno
- Emicrania
- Disturbi gastrointestinali
- Astenia
- Vuoto mentale
- **Sensazione di fallimento**
- Ansia
- Depressione
- Rabbia
- Tendenza all'isolamento/Ritiro

**Depersonalizzazione (DP)**: Risposta negativa nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale; atteggiamento caratterizzato da distacco e ostilità che coinvolgono primariamente la relazione professionale, vissuta con fastidio, freddezza e cinismo. Le conseguenze a livello lavorativo possono essere:

- Bassa produttività lavorativa
- **Incapacità di ascolto e relazione d'aiuto**
- Assenteismo
- Rigidità e resistenza al cambiamento
- Ripetitività passiva e acritica del proprio lavoro
- Cinismo
- Aggressività

**Ridotta Realizzazione Professionale (PA)**: Sensazione che nel lavoro a contatto con gli altri la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno; il soggetto si sente perennemente fallito da un punto di vista professionale e inadeguato per il tipo di lavoro svolto<sup>14</sup>.

## **1.6 Implicazioni nell'ambiente di lavoro**

L'infermiere dell'unità operativa di emodialisi, può andare incontro ad uno squilibrio tra richieste professionali e capacità individuale di affrontarle.

Esiste una patogenesi di tipo multifattoriale in cui interagiscono fattori ambientali, sociali e determinanti individuali<sup>15 16</sup>:

Tra i determinanti ambientali e sociali, giocano un ruolo molto importante le condizioni dell'ambiente lavorativo, come l'eccessivo carico di lavoro, la burocratizzazione, l'imprecisa definizione di ruoli, una notevole motivazione al successo e alla competitività<sup>17</sup>.

Tra i determinanti individuali sono da considerare il significato attribuito al proprio lavoro, le aspettative eccessive o irrealistiche, le scelte guidate dai bisogni conflittuali, i sentimenti di onnipotenza o il narcisismo vero e proprio<sup>18 19</sup>.

Come in qualsiasi lavoro, l'ambiente gioca un ruolo cardine anche per l'infermiere, il cui benessere psicofisico, non può non trovare beneficio dall'armonia tra corpo e mente in un buon clima di lavoro, inteso come rapporto di collaborazione, supporto tra colleghi, medici e operatori socio-sanitari.

Soltanto questo può garantire a cascata, un'ottimale erogazione di assistenza nei riguardi del paziente.

---

<sup>14</sup> Maslach C. Jackson S., Maslach Burnout Inventory, Ed. Organizzazioni Speciali.

<sup>15</sup> Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1996.

<sup>16</sup> Ledemberg M. Psychological issues for staff. In: Holland JC, eds. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press, 1998, 89.

<sup>17</sup> Biondi M, Costantini A, Grassi L. La mente e il cancro. Roma: Il pensiero Scientifico Ed., 1995.

<sup>18</sup> Maslow AH. Motivazione e personalità. Roma: Armando Ed., 1992.

<sup>19</sup> Farber BA. Introduction: understading and treating burnout in a changing culture. J Clin Psychol 2000; 56: 589-94.

Nel caso della persona affetta da insufficienza renale cronica, costretta a vivere una quasi quotidianità con il personale infermieristico, il clima di lavoro e le prestazioni di assistenza, devono dare il maggior profitto terapeutico durante la seduta di emodialisi.

Nel 2011, uno studio trasversale, riguardante il clima di lavoro di 84 unità di emodialisi messicane (private e pubbliche) in 27 stati, è stato svolto nella seguente modalità:

372 Infermieri sono stati intervistati con un questionario che comprendeva domande sul clima di lavoro, la qualità delle cure, la struttura e l'organizzazione dell'unità di emodialisi. Le variabili sono state confrontate in base al tipo di istituzione e professione. I risultati mostrano significative correlazioni tra clima di lavoro e qualità di assistenza; inoltre è emersa una migliore percezione di clima lavorativo nelle unità private.

In conclusione, questa indagine suggerisce che una buona percezione dell'ambiente di lavoro si basa su una altrettanto buona organizzazione e pianificazione delle istituzioni, nonché delle infrastrutture per erogare la miglior assistenza infermieristica<sup>20</sup>.

Comprendere i predittori del burnout negli infermieri in emodialisi è fondamentale per un ottimale management includente personale operativo e pazienti. Molte ricerche dimostrano che l'esistenza specifica di elevati livelli di stress emotivo nel personale infermieristico è scarsamente conosciuta, anche se, in realtà, i rapporti tra infermieri, ambiente di lavoro e soddisfazione nel lavoro sono implicati notoriamente nella produzione di uno stato patologico di stress generico.

Tra Ottobre 2011 e Aprile 2012 nel Queensland, Australia, in un sondaggio online trasversale sono stati intervistati 417 Infermieri di emodialisi, attraverso misure validate nelle dimensioni qui di seguito elencate:

- Ambiente di lavoro
- Soddisfazione sul lavoro
- Stress lavoro-correlato
- Esaurimento emotivo

---

<sup>20</sup> Nefrologia 2011; Faculty of Medicine, UNAM, México, DF, México.

E' risultato che l'ambiente di lavoro ha avuto un effetto positivo diretto nella soddisfazione sul lavoro all'88%. Questa soddisfazione è stata indice di un più basso livello di stress (82%).

La soddisfazione sul lavoro non ha avuto un effetto diretto sull'esaurimento emotivo.

In conclusione, quest'altra ricerca sostiene che l'ambiente di lavoro è fondamentale per lo sviluppo e la soddisfazione; suggerisce quindi di creare ambienti più favorevoli per promuovere la soddisfazione nell'ambiente di lavoro in emodialisi<sup>21</sup>.

Uno studio simile, eseguito ad Ankara (Turchia) nel 2009, ha preso in esame 95 infermieri di 17 unità di emodialisi, presenti nella provincia. I dati sono stati raccolti attraverso un questionario, definendo le caratteristiche socio-economiche degli infermieri e utilizzando come strumento di indagine il Maslach Burnout Inventory (MBI), consolidato con il test di Mann-Whitney (test per il confronto delle medie dei gruppi di campioni indipendenti, in cui non si può supporre una media Gaussiana).

Punteggi sfavorevoli che indicavano alti livelli di esaurimento emotivo e realizzazione personale, sono stati riscontrati negli infermieri che pensavano di cambiare lavoro, non si trovavano bene nel reparto e dove non sono state prese in considerazione precauzione contro le malattie infettive.

L'articolo suggerisce che prendere precauzioni nelle varie unità, ovvero offrendo migliori condizioni di lavoro, definendo i doveri e concedendo formazione specifica, gli infermieri possono diminuire i tassi di burnout<sup>22</sup>.

Anche a Nashville, Tennessee (Stati Uniti), nel 2007, è stato avviato uno studio per via di una scarsità di dati, riguardante la percezione dell'infermiere nell'ambiente di lavoro in nefrologia, visto il numero sempre più crescente di persone affette da insufficienza renale cronica in fase terminale, contrapposta alla carenza di personale infermieristico nello specifico settore.

Nell'indagine, sono stati coinvolti 199 infermieri di 56 strutture appartenenti ad una società nazionale di dialisi. E stato somministrato loro il Practice Environment Scale-Nursing

---

<sup>21</sup> J Adv Nurs. 2014 Dec. School of Nursing, Queensland University of Technology, Brisbane, Queensland, Australia.

<sup>22</sup> J Ren Care. 2009 Sep; Nursing Department, Faculty of Health Sciences, Hacettepe University, Ankara, Turkey.



Work Index (PES-NWI), un questionario utilizzato per misurare la percezione dell'ambiente di lavoro.

Nel complesso, gli infermieri hanno valutato l'ambiente in qualche modo favorevole; gli infermieri che hanno espresso l'intenzione di lasciare il lavoro sono state quelle che hanno valutato l'ambiente in maniera negativa.

Anche questa indagine suggerisce che la percezione dell'ambiente di lavoro degli infermieri in dialisi sono importanti per loro e per i pazienti in cura. Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare questa dimensione ancora povera di approfondimenti<sup>23</sup>.

### **1.7 Limitazioni nella professione**

Ulteriori determinanti, quali indici di possibile frustrazione e logoramento professionale, durante l'assistenza infermieristica in emodialisi, possono essere la scarsa formazione specifica dell'infermiere e la non chiara attribuzione di doveri nel reparto.

L'idea dettata dal Codice Deontologico in cui l'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica<sup>24</sup>, pone lo stesso professionista di fronte ad una lama a doppio taglio. Da un lato, per la sua professione, egli offre ad un'ampia tipologia di pazienti conoscenze generali e responsabilità per gestire in autonomia tutte le attività di natura infermieristica, dall'altro, invece, è carente di quella preparazione specifica per una stessa tipologia di assistiti, verso i quali, oltre alla messa in atto di linee guida, protocolli e procedure, deve anche esprimere l'aspetto relazionale ed emotivo.

Infatti, un'inadeguata preparazione verso un reparto specifico come l'emodialisi, potrebbe generare nell'infermiere una carente assistenza nei confronti del paziente, e di conseguenza, portarlo a rischio di burnout.

Un recente studio effettuato nel 2013 tra Yorkshire e Humber (Nord Inghilterra), ha avuto l'obiettivo di realizzare un programma chiamato Shared Hemodialysis Care (SHC).

---

<sup>23</sup> Nephrol Nurs J. 2007 May-Jun; 34(3):271-81; quiz 282; Renal Care Group, Nashville, TN, USA.

<sup>24</sup> Art. 1 Comma I Codice Deontologico dell'Infermiere, n.1/09 del 10 gennaio 2009.

L'indagine è partita da prove sostenenti che le persone affette da condizioni patologiche a lungo termine, se incoraggiate a prendere maggior interesse nel loro trattamento di cura, possono avvertire una serie di benefici per la salute.

Destinatari di questa ricerca sono stati gli infermieri e non i pazienti, perché il risultato ricercato si sarebbe osservato indirettamente in quest'ultimi. E' stato quindi effettuato un corso di quattro giorni finalizzato alla formazione del 25% degli infermieri, tra cui infermieri, infermieri juniores e personale sanitario di 3° livello (infermieri non qualificati).

E' stato somministrato un questionario pre e post-corso sulle conoscenze personali dei soggetti aderenti al programma. Uno studio di coorte ha dimostrato importanti cambiamenti positivi in tutti gli obiettivi del corso di formazione. Un terzo di tutti i pazienti di Yorkshire e Humber si sono significativamente impegnati nella loro terapia di emodialisi.

In conclusione, questo studio dimostra come un programma di formazione mirato sia in grado di fornire al personale infermieristico gli strumenti necessari per incoraggiare e sostenere emotivamente i pazienti, coinvolgendoli maggiormente nella loro terapia emodialitica<sup>25</sup>.

Un'altra ricerca, effettuata nel 2006 al centro ospedaliero di Haguenau, Alsazia (Francia), ha evidenziato anch'esso l'importanza di una formazione specifica per gli infermieri nel reparto di emodialisi, in quanto potrebbe favorire una migliore relazione tra professionista sanitario e paziente affetto da IRC. Questa ricerca, effettuata attraverso un colloquio degli interessati, ha tenuto in considerazione la preparazione dell'infermiere, il grado di apprendimento del paziente e quanto effettivamente riesce ad apprendere dalla relazione con l'infermiere.

Il risultato dell'indagine dimostra che la competenza relazionale sviluppata arricchisce, in entrambi i casi, professionista e paziente. L'insieme di queste informazioni ha permesso di

---

<sup>25</sup> J Ren Care. 2013 Sep; Barnes T, Hancock K, Dainton M.

dare alcune raccomandazioni per quanto riguarda un programma di formazione specifico dell'infermiere di emodialisi e per definire il ruolo del quadro di salute del paziente<sup>26</sup>.

### **1.8 Gestione emotiva e motivazione dell'infermiere**

Le emozioni che si generano nel paziente con IRC sono molteplici ed ambivalenti; la professionalità ed il codice deontologico dell'infermiere nell'unità di emodialisi, devono guidarlo in funzione del benessere psicofisico della persona a cui sta prestando assistenza.

Un recente studio effettuato nel 2013 in Australia, ha voluto indagare sul coinvolgimento ed impegno emotivo degli infermieri in emodialisi sui pazienti. E' emerso che gli infermieri sono coinvolti notevolmente nella sfera emotiva per la tipologia di reparto, ma l'analisi comparativa effettuata ha dimostrato che non viene riconosciuto il dispendio emozionale. Inoltre tra colleghi è stata riscontrata una carente collaborazione nel reciproco sostegno emotivo. Ne risulta che il coinvolgimento nella sfera emotiva è enorme, ma gli infermieri sono meno preparati a gestire le situazioni emotive difficili. Si dovrebbe quindi incentivare la formazione di professionisti con maggior vigore nel supporto e nella collaborazione reciproca<sup>27</sup>.

E' altrettanto vero che la motivazione stessa per la professione gioca un ruolo chiave per fronteggiare fattori di stress, i quali, sommati ad un fattore tempo, possono generare destabilizzazione verso il proprio lavoro. Le caratteristiche specifiche dell'unità di emodialisi portano l'infermiere ad un'importante e distinta competenza, la quale, se non sentita propria, è generatrice di un mal vivere lavorativo.

Un'indagine negli ospedali in Grecia, nel 2001, ha preso in esame 682 membri del personale infermieristico che lavoravano nell'U.O. Dialisi e Dialisi peritoneale. Lo scopo della ricerca era di trovare, attraverso un questionario, specifici fattori legati al lavoro che contribuissero ad un aumento dei valori di stress. I quesiti riguardavano la motivazione a lavorare nell'unità, il ruolo dell'infermiere nel gruppo, le condizioni di lavoro ed i fattori di stress relativi ai pazienti nella loro cura.

---

<sup>26</sup> Rech Soins Infirm. 2006 Sep; Cadre de santé, Centre Hospitalier de Haguenau, Alsace, France.

<sup>27</sup> J Ren Care 2013 Dec; School of Psychology, Murdoch University, Murdoch, Western Australia, Australia.

Il 71% del U.O. Dialisi e l'8.3% del U.O. Dialisi peritoneale hanno scelto di propria volontà i reparti in questione, mentre il restante è stato imposto dall'amministrazione; il 77% della prima unità è risultato soddisfatto del proprio lavoro, nel 44% dei casi, si era assegnato un alto livello di soddisfazione; mentre nella seconda unità, le percentuali sono risultate rispettivamente del 65% e 37%. Per quanto riguarda i fattori di stress nel reparto di Dialisi, nell'ordine di frequenza vi sono stati il rischio di contaminazione dai pazienti, la morte dei pazienti, la carenza di personale infermieristico, il materiale limitato, la routine e l'ambiente chiuso, che, nel loro insieme, hanno inciso per un valore > del 73%.

Lo studio ha rilevato come questo tipo di ramo professionale sia particolarmente sottoposto a continui indici di stress<sup>28</sup>.

### **1.9 Realizzazione professionale**

La realizzazione nel proprio lavoro è una condizione importante per riuscire a trovare un'adeguata armonia nello svolgere le molteplici attività per cui si è stati formati. Le responsabilità ed i doveri attribuiti al proprio incarico devono essere una guida per il professionista, offrendogli l'opportunità di accrescere, responsabilizzare la sua funzione e allo stesso tempo realizzarlo come persona. La mancanza di queste prospettive potrebbe, al contrario, generare stress, con conseguente rischio di un'incalzante demotivazione che potrebbe, nel tempo, spegnere la fiamma di affermazione verso la propria attività.

La mancata realizzazione nel lavoro e lo stress psicologico che l'incarico stesso può generare, sono indici potenziali al rischio di burnout.

Stress psicologico e soddisfazione nel lavoro di professionisti sanitari in generale, sono ben documentati in letteratura, tuttavia vi è una scarsità di ricerca che si concentra sulle esperienze del personale in emodialisi.

A Londra, nel 2009 è stato effettuato uno studio su 50 infermieri appartenenti a due unità di emodialisi in un servizio sanitario nazionale. Come test è stato somministrato il Maslach

---

<sup>28</sup> Edtna Erca J. 2001 Oct-Dec; 27(4):181-6; National and Kapodistrian University of Athens, Greece.

Burnout Inventory. Nella maggior parte del personale non è stato rilevato rischio di burnout; tuttavia, alcuni partecipanti sono risultati avere una bassa realizzazione personale ed insoddisfazione in alcuni ambiti del proprio lavoro.

E' stata fatta una relazione tra il test somministrato, l'età e durata di esperienza degli infermieri soggetti allo studio. Il risultato è stato che il personale più anziano e personale con una maggiore anzianità di servizio nel reparto, hanno livelli più elevati di esaurimento, disagio psicologico e insoddisfazione per il lavoro<sup>29</sup>.

Nel 2004 a Dublino è stato avviato uno studio qualitativo per esplorare la percezione dello stress negli infermieri in unità di emodialisi. Questo studio ha raccolto informazioni provenienti da dieci professionisti del personale attraverso brevi interviste.

I risultati hanno indicato che lo stress del personale è derivato dalle seguenti categorie: contenuti del lavoro, problemi di risorse, preoccupazioni professionali, relazioni di lavoro professionali, fattori estrinseci nonché meccanismi di coping. Le ulteriori opinioni personali degli infermieri sono state incluse per fornire profondità e sostanza alle categorie. Si è tenuto quindi un dibattito sul rapporto tra pratica e teoria.

Questi risultati hanno avuto delle implicazioni per la pratica infermieristica, l'amministrazione e l'istruzione. Sulla base di questa ricerca, sono state suggerite infine delle raccomandazioni per gli studi futuri sul tema<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> J Ren Care. 2009 Sep; Department of Mental Health and Learning Disability, City University, London, UK.

<sup>30</sup> Edtna Erca J. 2004 Oct-Dec;30(4); School of Nursing & Midwifery Studies, Trinity College, Dublin, Ireland.



## CAPITOLO II

### 2.1 Contesto d'indagine

In emodialisi, le indicazioni dell'unità operativa prevede che ogni posto tecnico disponga dello spazio adeguato a garantire il confort del paziente e i movimenti del personale d'assistenza. Le postazioni dove i pazienti effettuano la seduta dialitica sono costituite da: a) un letto con bilancia incorporata per registrare il calo ponderale del peso corporeo durante tutta la seduta; b) la macchina dialitica che oltre a svolgere la sostituzione del rene è compresa di monitor per la registrazione dei parametri vitali (PAO, FC), c) un tavolino mobile portaoggetti destinato agli eventuali effetti personali.

L'unità di emodialisi di Dolo dispone di una segreteria, due sale d'attesa, un'osservazione, due spogliatoi con bagno, due saloni Dialisi da 10 postazioni tecniche ciascuna, una stanza contumaciale e una stanza per acuti. Il servizio dispone di tutti i tipi di terapia dialitica extracorporea e di aferesi, in base alle necessità cliniche dei pazienti. Vi afferiscono pazienti sia in terapia sostitutiva cronica, che pazienti in insufficienza renale acuta o con altre patologie sistemiche ricoverati nei due presidi di Dolo e Mirano che necessitano di trattamenti dialisi e/o di aferesi. Previ accordi e secondo disponibilità si accolgono pazienti provenienti da altre sedi che soggiornano nei dintorni per ragioni turistiche o sanitarie.

L'unità di emodialisi di Noale dispone di una sala d'attesa, due spogliatoi con bagno e quattro stanze dialisi, per complessive 13 postazioni tecniche più una contumaciale. Le stanze dialisi e le apparecchiature sono distinte in base ai marcatori epatite. Il servizio dispone di tutti i tipi di terapia dialitica extracorporea, in base alle necessità cliniche dei pazienti. Il centro è aperto dal lunedì al sabato dalle ore 6.30 alle ore 20.00, domenica e notturna copertura in pronta disponibilità, medico-infermieristica.

Previ accordi e secondo disponibilità, si accolgono pazienti provenienti da altre sedi che soggiornano nei dintorni per ragioni turistiche o sanitarie<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> [www.ulss13mirano.ven.it](http://www.ulss13mirano.ven.it)

Per il personale infermieristico in entrambe le unità sono previsti due turni lavorativi:

Il primo turno copre la fascia oraria 06.30 – 13.00,

Il secondo turno copre la fascia oraria 13.00 – 20.00.

Le sedute dei pazienti avvengono di norma nella fascia oraria 07.00 – 11.30 nel primo turno e 13.00 – 17.30 nel secondo. Prima della fine di ogni turno vi sono il ripristino del posto letto per il paziente successivo con il rifacimento letto (lenzuola, federa, coperta) disinfezione esterna della macchina dialisi ed infine lo scambio delle consegne infermieristiche.

L'infermiere in questo contesto è responsabile dell'aspetto:

- Tecnico: Attacco e stacco del paziente alla macchina, valutazione della fistola o dell'accesso venoso centrale per emodialisi (presenza di infezioni, tumefazioni, pervietà, ecc.), valutazione e registrazione del calo ponderale orario del paziente, valutazione e registrazione dei parametri vitali in funzione al calo ponderale (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, stato cognitivo del paziente, osservazione di eventuali segni/sintomi di ipotensione come colorito della cute, presenza di sudorazione, malessere riferito ecc.), somministrazione di terapia farmacologica in funzione della seduta emodialitica e di eventuale terapia farmacologica domiciliare dell'assistito, controllo del funzionamento e relative impostazioni della macchina dialisi durante tutta la seduta con successivo ripristino di tutte le sue componenti per il paziente successivo.
- Relazionale: Comunicazione con il paziente, ascolto dei suoi vissuti di vita, supporto nel dialogo di eventuali malesseri famigliari o sociali.
- Educativo: Educazione del paziente nell'importanza di mantenere un adeguato regime alimentare con ristretta assunzione di liquidi per evitare di aumentare eccessivamente il peso corporeo con successiva difficoltà di eliminazione attraverso la seduta dialitica, insegnare a riconoscere eventuali segni e sintomi di infezione della fistola e come affrontare le attività di vita quotidiana in modo da non danneggiarla (es. tenere orologio e bracciali nel polso opposto per evitare di occluderla, non esercitare sforzi eccessivi o non portare borse della spesa con l'arto portatore di fistola), se l'assistito è stato inserito il CVC per emodialisi, educarlo nel mantenere il più pulito possibile il presidio ed evitare di bagnarlo.



Tenendo presente questi aspetti, ogni infermiere è responsabile della gestione macchina e dell'assistenza di tre pazienti per turno, con eventuale supporto dei colleghi nel momento in cui dovessero verificarsi complicazioni durante la seduta.

## **2.2 Descrizione dell'indagine**

L'indagine è stata svolta nel reparto ambulatoriale di emodialisi nei presidi ospedalieri di Dolo e Noale (ULSS 13), per verificare possibili indici di rischio o meno di burnout negli infermieri attraverso il Maslach Burnout Inventory (MBI). Il periodo di campionamento è avvenuto nel mese di Settembre 2015 su 30 infermieri (16 dell'unità di Dolo e 14 dell'unità di Noale), il cui ruolo è la gestione della macchina dialitica e assistenza dei pazienti sottoposti a emodialisi.

La raccolta dati è avvenuta nell'arco di una settimana per entrambi gli ospedali; il questionario è stato distribuito agli infermieri, oggetti dell'indagine, dalle coordinatrici dell'unità durante il turno di lavoro previo accordo con il laureando. Ottenuti i risultati di entrambe le unità, sono stati successivamente elaborati con programma Microsoft Excel® attraverso la creazione di tabelle (allegato 2).

## **2.3 Strumento utilizzato**

Il questionario somministrato è il Maslach Burnout Inventory (MBI) (allegato 1); il fine di questo test è analizzare come gli operatori impegnati in professioni d'aiuto vedano il proprio lavoro in relazione alle persone con le quali interagiscono maggiormente. Per rendere l'indagine più accurata sono stati introdotti nel questionario i determinanti sesso, fascia d'età e periodo d'impiego nell'unità.

La scala è composta da 22 item e valuta il burnout come un insieme multifattoriale costituito da tre dimensioni:

- Esaurimento emotivo (EE): Esamina come un soggetto abbia la sensazione di essere inaridito emotivamente dal proprio lavoro.

- Depersonalizzazione (DP): Valuta il comportamento del soggetto intervistato nei confronti dell'utente del proprio servizio.
- Ridotta realizzazione personale (PA): Misura la sensazione di competenza che avverte il soggetto e il desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

La tecnica utilizzata per la misurazione delle tre dimensioni è la scala Likert; questa tipologia si distingue principalmente per la possibilità di applicazione di metodi di analisi degli item basati sulle proprietà statistiche delle scale di misura a intervalli o rapporti. Questo metodo è semplice e tuttora usato in numerosissimi settori di ricerca applicata.

La modalità di creazione consiste nello stilare un certo numero di affermazioni (definiti item) che esprimono un atteggiamento positivo o negativo rispetto ad uno specifico oggetto o argomento. Per ogni item si presenta una scala di accordo/disaccordo di norma a 5 o 7 modalità; una regola empirica sulla progettazione di una scala, suggerisce di non utilizzare meno di 20 – 25 affermazioni per dimensione, suddivise in positive e negative nei confronti dell'oggetto d'indagine. Si devono scegliere affermazioni chiaramente favorevoli o sfavorevoli per esplicitare il consenso/dissenso della persona che legge l'item<sup>2</sup>.

Ogni item della Maslach Burnout Inventory è costituita da una scala di accordo che va da 0 a 6 punti; la frequenza con cui l'intervistato prova sensazioni relative a ciascuna delle tre dimensioni è valutata utilizzando una modalità di risposta a sette punti dove:

**0** = Significa che non si è mai verificata quella situazione

**1** = Significa che si è verificata qualche volta all'anno

**2** = Significa che si è verificata una volta al mese o meno

**3** = Significa che si è verificata qualche volta al mese

**4** = Significa che si è verificata una volta alla settimana

**5** = Significa che si è verificata qualche volta alla settimana

**6** = Significa che si è verificata ogni giorno

---

<sup>2</sup> It.wikipedia.org/wiki/Scala\_Linkert

I quesiti riguardanti la dimensione Esaurimento emotivo (EE) sono: **1)** Mi sento emotivamente finito dal mio lavoro; **6)** Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi; **8)** Mi sento esaurito dal mio lavoro; **13)** Sono frustrato dal mio lavoro; **14)** Credo di lavorare troppo duramente; **16)** Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione; **20)** Sento di non farcela più.

I quesiti riguardanti la dimensione Depersonalizzazione (DP) sono: **2)** Mi sento sfinito alla fine della giornata; **3)** Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro; **5)** Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti; **10)** Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente; **11)** Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente; **15)** Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti; **22)** Ho l'impressione che i pazienti diano la colpa a me per i loro problemi.

I quesiti riguardanti la ridotta Realizzazione personale (PA) sono: **4)** Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti; **7)** Affronto efficacemente i problemi dei pazienti; **9)** Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro; **12)** Mi sento pieno di energie; **17)** Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio; **18)** Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti; **19)** Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro; **21)** Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma.

Il burnout deve essere considerato come una variabile continua che va dal basso, medio e alto grado di sentimenti provati.

Un alto grado di burnout si avrà se i punteggi nelle dimensioni EE e DP sono alti ed è basso il punteggio di PA; un medio grado di burnout si avrà se i punteggi delle dimensioni EE e DP sono bassi ed è alto il punteggio della dimensione PA.



## CAPITOLO III

### 3.1 Risultati dell'indagine

Il campione totale di entrambi i presidi ospedalieri a cui è stato sottoposto il questionario ha reso i seguenti esiti: 30 infermieri di cui 4 maschi (13%) e 26 Femmine (87%). Nella sezione allegati, i risultati ottenuti (Tab.2) mostrano come il 70% del campione d'indagine abbia un basso valore di esaurimento emotivo in relazione all'età; solamente due infermieri (7%) con età > 45 anni mostrano un alto valore. Medesimi risultati si osservano anche in Tab.3 dove l'esaurimento emotivo è messo in relazione con la durata d'impiego; da notare però come gli infermieri (nr.13) della fascia >8 anni d'impiego prevalgano sulle altre due fasce d'età.

Diversa è la situazione per quanto riguarda la depersonalizzazione: Le Tab.4 e 5 mostrano come il 37% del campione risulti avere un alto livello di depersonalizzazione, contro il 43% di livello medio.

La realizzazione professionale risulta avere valori più importanti rispetto le altre due dimensioni: 12 infermieri su 30 (40%) hanno un valore alto di scarsa realizzazione professionale. La Tab.6 mostra un livello alto in 7 infermieri tra i 31-45 anni, 4 >45 anni ed uno tra 18-30. In Tab.7 (relazione con la durata d'impiego), è mostrato come siano otto gli infermieri che lavorano più di 8 anni a sentirsi realizzati professionalmente, mentre ve n'è uno solo tra 3-8 anni e tre con meno di 2 anni.

## 3.2 Discussione

Si notano come i determinanti depersonalizzazione e ridotta realizzazione professionale incidano maggiormente tra gli infermieri di queste U.O. di Emodialisi dell'ULSS 13. Il distacco emotivo dal paziente e la sensazione di non essere all'altezza del ruolo sono presenti come visionato dalla letteratura citata. Inoltre dei 30 casi analizzati, un infermiere risulterebbe essere in possibile burnout, avendo totalizzato valori alti in tutte e tre le dimensioni, mentre 9 risulterebbero a possibile rischio burnout, avendo totalizzato almeno due valori medi ed uno alto, due valori alti ed uno medio o due valori alti ed uno basso.

Un'alternativa, per poter arginare o limitare il fenomeno rilevato, potrebbe essere il lavoro attraverso il gruppo relazionale, costituito da un raggruppamento di più persone in un ambiente fisico stabilito dai partecipanti, dove vengono discussi argomenti riguardanti le esperienze personali vissute sul posto di lavoro. Tutti i partecipanti sono sullo stesso piano di considerazione e vengono guidati nella discussione da un counsellour<sup>1</sup>.

Il Counseling è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a gestire e risolvere i problemi ed a prendere decisioni; esso coinvolge un "cliente" e un "counselor". Il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida<sup>2</sup>.

Il Counseling è un uso della relazione basato su abilità e principi che sviluppa l'accettazione, l'autoconsapevolezza e la crescita: può essere mirato alla definizione di problemi specifici, alla presa di decisioni, ad affrontare i momenti di crisi, a confrontarsi con i propri sentimenti e i propri conflitti interiori o a migliorare le relazioni con gli altri rispettando i valori, le risorse personali e le capacità di autodeterminazione<sup>3</sup>.

E' ancora in fase di sperimentazione l'idea di usare il gruppo relazionale per trovare possibili suggerimenti o punti di vista, in modo da rendere meno gravose situazioni lavorative che possono determinare, nel tempo, logoramento del personale infermieristico.

---

<sup>1</sup> Profilo professionale del Counselour, Federazione Nazionale AICo.

<sup>2</sup> Definizione OMS 1989.

<sup>3</sup> British Association for Counseling, 1992.

“Lo studio più recente sul tema, condotto in Turchia (Settembre 2015), si è proposto di valutare la sensibilità interpersonale, le modalità di coping ed i pensieri automatici di 43 studenti infermieri del secondo e terzo anno di una facoltà della Turchia, prima e dopo un programma cognitivo-comportamentale e consulenza di gruppo. Come questionari, al fine di ottenere dei risultati di valore misurabile, sono stati somministrati il Brief Symptom Inventory (strumento di autovalutazione dello stress psicologico) ed l’Automatic Thoughts Questionnaire (questionario del pensiero automatico che valuta i pensieri negativi che sono associati a depressione tra gli adulti).

I risultati sono stati molto positivi in quanto questo programma ha aiutato gli studenti ad avere risultati migliori di sensibilità interpersonale, modalità di coping e pensieri automatici fino a 4 mesi e mezzo dopo la fine del programma.

Lo studio suggerisce che tali programmi di consulenza devono essere regolari e integrati nei servizi per gli studenti.”<sup>4</sup>.

Anche il Corso di Laurea in Infermieristica dell’Università di Padova, nella sede di Mirano, ha avviato un programma di gruppo relazionale per verificare se il racconto e lo scambio di esperienze tra gli studenti durante il tirocinio possa in qualche modo averli aiutati nel trovare una giusta prospettiva, per affrontare nella migliore assertività le vicissitudini tra colleghi e pazienti.

Le esperienze raccontate in circa 90 minuti di seduta in una/due settimane, sono state guidate da un tutor del corso, che, reso alla pari degli studenti, direzionava le conversazioni emerse in maniera oggettiva, cercando di ricavare, dai vari racconti, degli spunti costruttivi che potessero essere di stimolo agli stessi studenti per superare eventuali conflitti, ansie, paure o perplessità al momento invalicabili, nel futuro “posto di lavoro”. All’inizio e alla fine del laboratorio sono state somministrate delle scale per valutare i livelli di empatia, assertività e alessitimia dei futuri infermieri prima e dopo il laboratorio.

---

<sup>4</sup> Nurse Educ Today. 2015 Sep 25; Hiçdurmaz D, Öz F: Hacettepe University Faculty of Nursing, Health, Ankara, Turkey.

### **3.3 Limiti**

Il campione d'indagine è limitato, ragion per cui non è possibile ottenere valori significativi rispetto ai risultati trovati in letteratura. Inoltre, dato il periodo di raccolta dati (fine estate) coincidente con le ferie di 4 infermieri dell'unità di Dolo e uno di Noale, non si sono potuti ottenere valori più simili alla condizione reale di logoramento degli infermieri.





## **CONCLUSIONI**

Sulla base delle informazioni riscontrate in letteratura e le rilevanze determinate in queste U.O. dell'ULSS 13, si potrebbe prendere come suggerimento il modello di gruppo relazionale ed adottarlo al personale infermieristico delle unità di emodialisi. A veicolare la seduta di gruppo potrebbe esserci la figura di un counselor (figura professionale associata anche a un infermiere specializzato in counseling), la quale, in modo imparziale e sullo stesso piano degli altri infermieri, aiuti a gestire conflitti o situazioni avverse, per consigliare diverse possibili strategie e punti di vista, limitando i livelli stress che, a lungo andare, potrebbero essere dei determinanti per lo sviluppo di un eventuale burnout.



## **BIBLIOGRAFIA:**

- Biondi M, Costantini A, Grassi L. La mente e il cancro. Roma: Il pensiero Scientifico Ed., 1995.
- British Association for Counseling, 1992.
- Codice Deontologico dell'Infermiere n.1/09 del 10 gennaio 2009.
- Cherniss C. : La sindrome del burnout. Ed. Centro Scenfico Torinese, Torino, 1983.
- Farber BA. Introduction: understading and treating burnout in a changing culture. J Clin Psychol 2000; 56: 589-94.
- Freudenberger HJ. Richelson G. burnout: the high cost of high achievement. New York: Anchor Press, 1980.
- Freudenberger HJ. Staf burn-out. J Soc Issues 1974; 30:59-65.
- Gabrielli A. Il Grande Dizionario Hoepli Italiano. Ed. Hoepli 2015.
- Goleman D. Intelligenza Emotiva, Bur 2013. pp 164
- Hassard J. and Cox T, Birkbeck College, University of London.
- Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1996.

- Ledemberg M. Psychological issues for staff. In: Holland JC, eds. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press, 1998, 89.
- Maslach C. Jackson S., Maslach Burnout Inventory, Ed. Organizzazioni Speciali.
- Maslow AH. Motivazione e personalità. Roma: Armando Ed., 1992.
- McGrath J.E.: Social and psychological factors in stress, New York, Holt, Rinehart e Winston, 1970.
- Natascia Bobbo – Fondamenti pedagogici di educazione al paziente, pp. 206-211, Celup 2010.
- OMS 1989.
- OMS, 1998.
- Profilo professionale del Counselor, Federazione Nazionale AICo.

## **SITOGRAFIA:**

- [It.wikipedia.org/wiki/Scala\\_Linkert](http://it.wikipedia.org/wiki/Scala_Linkert)
- [Oshwiki.eu/wiki/Work-related stress: Nature and management.](http://Oshwiki.eu/wiki/Work-related_stress:_Nature_and_management)
- PubMed: Anna J. 1995 Aug; 22(4):381-8; discussion 389-90 Gurklis JA, Menke EM; Research Support, U.S. Gov't; P.H.S.
- PubMed: Edtna Erca J. 2001 Oct-Dec; 27(4):181-6; National and Kapodistrian University of Athens, Greece.
- PubMed: Edtna Erca J. 2004 Oct-Dec;30(4); School of Nursing & Midwifery Studies, Trinity College, Dublin, Ireland.
- PubMed: J Adv Nurs. 2014 Dec. School of Nursing, Queensland University of Technology, Brisbane, Queensland, Australia.
- PubMed: J Ren Care 2013 Dec; School of Psychology, Murdoch University, Murdoch, Western Australia, Australia.
- PubMed: J Ren Care. 2013 Sep; Barnes T, Hancock K, Dainton M.
- PubMed: J Ren Care. 2009 Sep; Department of Mental Health and Learning Disability, City University, London, UK.
- PubMed: J Ren Care. 2009 Sep; Nursing Department, Faculty of Health Sciences, Hacettepe University, Ankara, Turkey.

- PubMed: Nefrologia 2011; Faculty of Medicine, UNAM, México, DF, México.
- PubMed: Nephrol Nurs J. 2007 May-Jun; 34(3):271-81; quiz 282; Renal Care Group, Nashville, TN, USA.
- PubMed: Nurse Educ Today. 2015 Sep 25; Hiçdurmaz D, Öz F: Hacettepe University Faculty of Nursing, Health, Ankara, Turkey.
- PubMed : Rech Soins Infirm. 2006 Sep; Cadre de santé, Centre Hospitalier de Haguenau, Alsace, France.
- [www.ulss13mirano.ven.it](http://www.ulss13mirano.ven.it). Home page

# ALLEGATI







8. Mi sento esaurito dal mio lavoro. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
9. Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
10. Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
11. Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
12. Mi sento pieno di energie. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
13. Sono frustrato dal mio lavoro. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
14. Credo di lavorare troppo duramente. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
15. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
16. Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
17. Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
18. Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
19. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
20. Sento di non farcela più. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6
22. Ho l'impressione che i pazienti diano la colpa a me per i loro problemi. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6

**RISULTATI (non forniti ai destinatari della scala):**

La MBI divisa in 22 domande analizza tre aspetti: Esaurimento Emotivo (**EE**)  
Depersonalizzazione (**DP**)  
Ridotta realizzazione personale (**PA**)

**EE:** 1.6.8.13.14.16.20.

**DP:** 2.3.5.10.11.15.22.

**PA:** 4.7.9.12.17.18.19.21.

	Punteggio Basso	Punteggio Medio	Punteggio Alto
Esaurimento Emotivo( <b>EE</b> )	0 - 17	18 - 29	> 30
Depersonalizzazione ( <b>DP</b> )	0 - 5	6 - 11	> 11
Ridotta Realizzazione Personale ( <b>PA</b> )	< 40	34 - 39	0 - 33

Un punteggio alto nelle prime due sezioni e un punteggio basso nell'ultima sezione possono indicare burnout.

## ALLEGATO 2

Tab.1: N° casi in relazione tra età e durata impiego.

ETA' (anni)	DURATA IMPIEGO (anni)		
	<2	3-8	>8
18-30	3	2	0
31-45	2	3	9
>45	1	2	8

Tab.2: N° casi in relazione tra età ed esaurimento emotivo.

ETA' (anni)	ESAURIMENTO EMOTIVO (n° casi)		
	B	M	A
18-30	3	2	0
31-45	10	4	0
>45	8	1	2
<b>Totale</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
<b>%</b>	<b>70</b>	<b>23</b>	<b>7</b>

Tab.3: N° casi in relazione tra durata impiego ed esaurimento emotivo.

DURATA IMPIEGO (anni)	ESAURIMENTO EMOTIVO (n° casi)		
	B	M	A
<2	2	4	0
3-8	6	0	1
>8	13	3	1
<b>Totale</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
<b>%</b>	<b>70</b>	<b>23</b>	<b>7</b>

Tab.4: N° casi in relazione tra età e depersonalizzazione.

ETA' (anni)	DEPERSONALIZZAZIONE (n° casi)		
	B	M	A
18-30	1	2	2
31-45	2	6	6
>45	3	5	3
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>11</b>
<b>%</b>	<b>20</b>	<b>43</b>	<b>37</b>

Tab.5: N° casi in relazione tra durata impiego e depersonalizzazione.

DURATA IMPIEGO (anni)	DEPERSONALIZZAZIONE (n° casi)		
	B	M	A
<2	0	3	3
3-8	2	3	2
>8	4	7	6
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>11</b>
<b>%</b>	<b>20</b>	<b>43</b>	<b>37</b>

Tab.6: N° casi in relazione tra età e realizzazione professionale.

ETA' (anni)	REALIZZAZIONE PROFESSIONALE (n° casi)		
	B	M	A
18-30	0	0	1
31-45	5	2	7
>45	5	2	4
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>12</b>
<b>%</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>40</b>

Tab.7: N° casi tra durata impiego e realizzazione professionale.

DURATA IMPIEGO (anni)	REALIZZAZIONE PROFESSIONALE (n° casi)		
	B	M	A
<2	0	3	3
3-8	4	2	1
>8	6	3	8
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>12</b>
<b>%</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>40</b>