

Indagine Qualitativa sulla percezione degli Infermieri in relazione alla presenza dei parenti degli assistiti durante le attività assistenziali in una UO di Terapia Intensiva

M. Ispani, M. Malagoli, R. Miccoli, M. Bigliardi

BACKGROUND

Vantaggi TI modello «aperto»	Svantaggi TI modello «chiuso»
Migliore relazione tra assistito e famiglia supporto/risorsa (1,2,3)	Riposo insufficiente assistiti (1,3)
Migliore erogazione delle cure (2,3), con maggiori informazioni preziose (4)	Famigliari esausti, si sentono obbligati a rimanere (1,3)
Visione positiva degli operatori e riduzione di ansia e depressione per i famigliari (5)	Necessità delle famiglie di informazioni continue (1,3)
Maggior soddisfazione assistito, famiglia e operatore (feedback positivo) (1,3)	Gli infermieri hanno meno tempo per gli assistiti (1,3)
Effetti positivi psicologici e sugli indici cardiovascolari per l'assistito (1,3)	Maggior coinvolgimento emotivo che produce stress emotivo e maggior sforzo psicologico per gli operatori (6) che influisce negativamente nell'erogazione delle cure (1,3)
Minor rischio di burnout per gli operatori (2) e minor stress per famigliari e assistito (1,3,5)	Fattori di disagio e distrazione per gli operatori (1,3)
Minor probabilità di delirium per l'assistito (6)	Interrompe o rinvia l'erogazione dell'assistenza infermieristica (7,5)
Diminuzione dello stress lavoro correlato per l'equipe sanitaria (1,3)	Influenza negativa sul funzionamento dell'unità (1,3)

MATERIALI E METODI

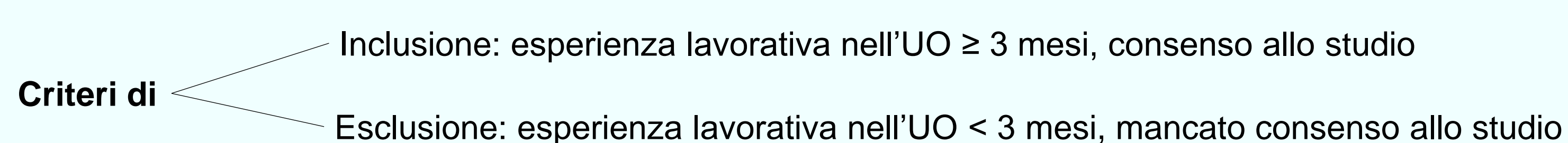
Lo studio è stato condotto presso un'Unità Operativa di Terapia Intensiva di un Ospedale dell'AUSL Modena prendendo in esame l'equipe infermieristica.

Scopo: esplorare il vissuto degli infermieri al fine di indagare le loro percezioni quando sono presenti i parenti durante le visite agli assistiti a cui erogano assistenza

Tipologia di studio: studio qualitativo con approccio fenomenologico

Campione: Il campione è di convenienza, ovvero sulla base dell'opportunità di contattare e reclutare i soggetti che rientrano nei criteri di inclusione fino al raggiungimento della saturazione degli argomenti. La coordinatrice dell'UO ha stabilito i giorni in cui eseguire le interviste valutando la possibilità di raggiungere il maggior numero di operatori. Le interviste sono state eseguite tra i mesi di Luglio e Settembre 2019.

Sono stati utilizzati 2 criteri affinché venissero intervistati gli infermieri:



RISULTATI

Percezione

I parenti sono «**d'intralcio**», in particolar modo durante la somministrazione della terapia con il timore di sbagliare (1,3) e stimolano l'assistito al dialogo nonostante la presenza di sistemi di supporto alla ventilazione invasivi e non, generando **ansia** “(...) vogliono far parlare il loro parente anche se gli spieghiamo tante volte che non devono farlo agitare e non devono farlo parlare perché con un tubo endotracheale è impossibile”

La presenza dei parenti comporta un aumento del **carico di lavoro** “(...) sono proprio da gestire quindi ti danno del lavoro in più”.

La percezione di alcuni infermieri è quella di un forte senso di **disagio** perché osservati e giudicati dai parenti “Ovviamente ci si sente osservati. Alle volte dipende dalla persona, inteso come parente, che ti osserva e ti puoi sentire giudicato o meno.”

I parenti sono più **agitati** e più **ansiosi** quando le condizioni dell'assistito sono particolarmente **critiche** “(...)magari entrano in ansia per qualsiasi cosa quando in realtà non è niente.”

Relazione/comunicazione

I parenti richiedono molte **informazioni** agli infermieri, in particolare dopo il colloquio medico, manifestando e generando **stress** (1,3) “Hanno appena fatto il colloquio con il medico e ci vengono a chiedere le stesse cose, esempio come sta. [...] davanti al medico non si osano a chiedere più di tanto.”

Gli infermieri danno **informazioni** al parente solo sulle manovre assistenziali e burocratiche dell'UO. Il timore espresso è relativo alla **discordanza** con le informazioni mediche, e di ricevere richieste o **pretese** da parte del parente “(...) deve essere il medico a fornire determinate spiegazioni. Non posso essere io per prima.”

Gli infermieri non vogliono compromettere l'**intimità** tra l'assistito e il parente durante le ore di visita “Di solito io parlo poco con i familiari perché mi piace lasciare solo il paziente dentro con la propria famiglia. [...] Mi piace vedere la famiglia intera, per questo solo se c'è bisogno di qualcosa mi intrometto altrimenti no.”

Pregiudizi

Gli infermieri esprimono **timori** relativi alla **contaminazione batterica** correlata all'accesso dei parenti durante le visite agli assistiti “(...) senza fare cambi tra loro per cercare di evitare di portare dentro al reparto troppi microbi.”

Fornire **troppe informazioni** al parente può creare una sorta di legame troppo forte e/o una condizione da cui ne possa trarre vantaggio “Si prova empatia, si cerca di pensare quello che provano loro. Non si entra in confidenza ma in empatia.”

Parenti risorse

I parenti aiutano gli operatori a **sorvegliare** gli assistiti quando vengono **mobilizzati** (seduti a bordo letto) e quando devono **alimentarsi** “Noi ultimamente mettiamo seduti i pazienti [...] per i famigliari perché dopo loro stanno lì con lui e lo sorvegliano. Alcuni li facciamo anche mangiare da seduti insieme alla propria famiglia in modo da farli stare in compagnia. Queste secondo me sono le cose positive (...)”

Attività

Gli infermieri attuano la maggior parte delle manovre assistenziali più **invasive** al mattino “Alcune manovre invasive, che può esser la semplice aspirazione bronchiale, alcuni parenti magari si impressionano e quindi noi li facciamo uscire (...)”

I parenti sono coinvolti nelle manovre assistenziali solo se c'è un **percorso educativo** che preveda una dimissione dall'UO “Questi famigliari cerchiamo di educarli all'aspirazione, all'igiene del cavo orale e quando ti ritrovi a doverle fare le fai con loro perché vuoi cercare di insegnargli nei migliori dei modi.”

Quasi tutti gli operatori preferiscono far uscire il parente dal box perché hanno difficoltà a eseguire il loro lavoro mentre una persona li **osserva**, manifestando il timore di eventuali **ripercussioni legali** “Io sicuramente preferisco chiedere «un attimo si accomodi fuori», io faccio quello che devo fare e poi li faccio rientrare. (...) io preferisco fare le manovre sul paziente da sola [...]”

Organizzazione

Il divieto di accesso **non viene rispettato** per:

- Persone in fine-vita
- Assistiti minorenni
- Post-operati

“Noi la mattina abbiamo bisogno di lavorare da soli attorno ai malati altrimenti se dobbiamo andare da un parente all'altro, noi i malati non li guardiamo più.”

DISCUSSIONE

Gli infermieri dichiarano che i parenti “sono d'intralcio” (1,3) e riconoscono al proprio ruolo un importante aspetto tecnico rispetto a quello informativo/relazionale, nonostante la letteratura preveda importanti abilità comunicative come fondamentali competenze professionali di ciascun operatore (8,9). Gli intervistati denunciano inoltre un atteggiamento ansioso e agitato da parte dei familiari, che si traduce con domande inappropriate e ripetitive, talvolta ansiogene. Riteniamo che questo possa essere correlato a una visione troppo tecnicistica della propria professione in quanto l'aspetto formativo/informativo viene relegato solo a casi particolari come quello della preparazione del familiare all'assistenza prima della dimissione del proprio caro. Nonostante questa visione, il personale evita di entrare nel box e/o di parlare con i parenti e gli assistiti durante le visite per preservare il momento di intimità. Tutti gli intervistati concordano sulla necessità di non permettere l'ingresso ai parenti per ridurre il rischio di infezioni, nonostante la letteratura internazionale riporti un'assenza di evidenze scientifiche a supporto di questa tesi (7,10). Gli infermieri affermano che lavorano meglio e con più serenità se non sono presenti i parenti, poiché si sentono osservati e giudicati. Infatti, alcuni intervistati hanno espresso la volontà di tornare ad una politica di visita molto più restrittiva (15 minuti di visita) in quanto non si trovano a loro agio con la presenza dei familiari durante le manovre assistenziali, denunciando inoltre un carico di lavoro importante quando è presente il personale di supporto. A nostro parere il perdurare di tali condizioni potrebbe creare uno stress lavoro-correlato nell'equipe sanitaria e nei familiari (1,3,6)



Figura 1: La forza della cura condivisa

CONCLUSIONI

- I risultati del presente studio concordano con quanto già descritto nella letteratura scientifica
- Interventi educativi e formativi sui familiari potrebbero ridurre l'ansia nei parenti, negli assistiti e di conseguenza nel team di cura
- La condivisione delle informazioni date o da dare ai familiari tra il personale medico e infermieristico potrebbe creare un clima più rilassato e collaborativo durante le visite, nonché alimentare un atteggiamento di fiducia da parte dei parenti
- La programmazione di incontri formativi periodici su argomenti di interesse clinico-assistenziale, come la trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza, potrebbero portare ad abbattere preconcetti e rendere più disteso il clima lavorativo
- È evidente come la componente comunicativa influenzi in maniera preponderante la gestione clinica e la relazione non solo con l'assistito, ma anche con i parenti e l'intera équipe
- Le abilità comunicative, in particolare in ambienti altamente specialistici o con criticità e fragilità cliniche importanti, sono una parte fondamentale di cura assistenziale della persona malata

Bibliografia: [1] Berti, D., Ferdinande, P., & Moons, P. (2007). Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Medicine*, 33(6), 1060–1065. [2] Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., Azoulay, É. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 698–704. [3] South, T., & Adair, B. (2014). Open Access in the Critical Care Environment. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 26(4), 525–532. [4] Ramsey, P., Cathelyn, J., Gugliotta, B., & Lee Glenn, L. (2000). Restricted Versus Open ICUs. *Nursing Management*, 31(1), 42–44. [5] Whitton, S., & Pittiglio, L. I. (2011). Critical Care Open Visiting Hours. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(4), 361–366. [6] Schwanda, M., & Gruber, R. (2018). Extended visitation policy may lower risk for delirium in the intensive care unit. *Evidence Based Nursing*, 21(3), 80. [7] Biancofiore, G., Bindi, L. M., Barsotti, E., Menichini, S., & Baldini, S. (2010). Open intensive care units: A regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva Anestesiologia*, 76(2), 93–99. [8] Giannini, A. (2010). The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiologia*, 76(2), 89–90. [9] Giannini, A., Marchesi, T., & Miccinesi, G. (2011). Andante moderato: signs of change in visiting policies for Italian ICUs. *Intensive Care Medicine*, 37(11), 1890. [10] Burchardi, H. (2002). Let's open the door!. *Intensive Care Medicine*, 28(10), 1371–1372.