



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-
CHIRURGICHE, SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ
PUBBLICA

Corso di Laurea in Infermieristica

Elaborato Finale
IL CONTATTO CON IL CORPO DELLA PERSONA
ASSISTITA:
INDAGINE TRA GLI STUDENTI
DEL 1° ANNO DEL CdS IN INFERMIERISTICA

Relatore:
Dott. POLONIOLI GIAN ANDREA

Studente:
LINA PLONA
Matricola n. 724800

Anno Accademico 2020/2021

"Non perdere mai l'opportunità di iniziare qualcosa, non importa quanto sia piccolo. Perché è meraviglioso vedere che spesso il seme di senape germina e mette radici. "

- Florence Nightingale

INDICE

Introduzione	7
1. Il CdS in Infermieristica e l'utilizzo del metodo di ricerca	11
1.1. Il corso di studi in Infermieristica	11
1.1.1. Le lezioni teoriche	12
1.1.2. Le esercitazioni pratiche	14
1.1.3. L'approccio al tirocinio clinico	16
1.2. La ricerca infermieristica	17
1.2.1. Definizione e caratteristiche	18
1.2.2. Le tipologie degli studi presenti in letteratura	18
1.2.3. Il quesito di ricerca	23
1.2.4. Il protocollo di ricerca	24
2. Materiali e Metodi	27
2.1. Revisione della letteratura	27
2.1.1. Il tocco: strumento di cura e comunicazione	29
2.1.2. Il tocco armonico	33
2.1.3. Il tocco terapeutico	37
2.1.4. Il tocco nelle cure intime	42
2.2. Il processo di ricerca	45
2.2.1. Scelta del metodo di ricerca e raccolta dei dati	46
2.2.2. Analisi dei dati e utilizzazione dei risultati	48
3. Analisi e utilizzo dei risultati	49
4. Conclusioni	73
Ringraziamenti	81
Bibliografia e Sitografia	83
Allegati	85

INTRODUZIONE

Circa 3 anni fa, quando ha avuto inizio la mia “carriera” universitaria al Corso di Studi di Infermieristica dell’Università degli Studi di Brescia presso la sede di Esine, avevo tante domande e tante paure, soprattutto per quanto riguarda la prima esperienza di tirocinio clinico.

Mi sono più volte chiesta se il mio carattere e le nozioni che avrei gradualmente appreso durante le lezioni e le esercitazioni, mi avrebbero dato le capacità di affrontare e/o attenuare il dolore fisico ed emotivo delle persone con cui mi sarei rapportata, e allo stesso modo quali sensazioni mi avrebbe trasmesso il fatto di entrare in contatto con il corpo di un'altra persona, che non conoscevo e che si trovava costretto a dipendere in maniera totale o parziale da me, una persona in formazione, “alle prime armi” con le lacune che sicuramente possiede uno studente al primo anno ed alla sua prima esperienza in tirocinio. Inizialmente mi sono sentita a disagio, imbarazzata da questo contatto fisico a volte anche molto intimo, e molto spesso chiaramente poco gradito; metaforicamente parlando è stato come se stessi entrando in casa di qualcuno senza aver chiesto il permesso, senza essere stato invitato.

Essendo ogni assistito “un’entità” a sé stante, con proprie idee, esperienze ed emozioni, e con una concezione di “stato di salute - condizione di malattia” molto personale, il fatto di dover dipendere da qualcun altro anche nelle attività quotidiane più semplici, mette in luce aspetti fino a quel momento sottesi, non contemplati con le implicazioni ad esso legate.

La consapevolezza di tutto ciò da parte dell’infermiere (e in questo caso di noi studenti) permette di comprendere quali sono i limiti emotivi/psicologici che il paziente ha posto nel percorso di cura condiviso tra lui stesso e l’operatore, in modo da mantenersi riparato all’interno della sua “*comfort zone*”.

Ma dal punto di vista fisico? Come si possono porre delle barriere al contatto fisico, in un contesto in cui diviene indispensabile? Come si può rimanere distaccati e mantenere inalterata la propria comfort zone quando si è costretti ad aver bisogno dell’aiuto di qualcuno per eseguire le cure igieniche, oppure per recarsi in bagno?

Alcune di queste domande hanno trovato risposta procedendo con i miei studi, quando è aumentato il tempo che trascorrevi nelle varie sedi di tirocinio affiancata a bravissimi infermieri (tutor clinici), e soprattutto è aumentato il tempo che trascorrevi a contatto con i pazienti.

Ho avuto quindi la possibilità di imparare cosa significa “toccare” una persona non solo in senso fisico, ma anche in senso emotivo, di come riuscire a gestire in maniera autonoma situazioni intime come l’assistenza nelle cure igieniche, in cui il paziente viste le sue condizioni di salute necessitava del mio aiuto, ho imparato a riconoscere i pazienti che vista la mia giovane età mi ritenevano poco esperta e mi hanno giudicata come tale ancor prima di verificare se la loro tesi fosse vera; ho imparato che per poter svolgere il proprio lavoro al meglio, non bisogna mai finire di imparare.

Arrivata ormai alla conclusione del mio percorso di Studi, facendo una summa di tutte le esperienze fatte in questi anni ho ripensato alla mia prima esperienza di tirocinio e in particolare al mio primo contatto con il corpo di un paziente e mi sono chiesta “All’epoca mi sono sentita abbastanza preparata sia dal punto di vista fisico che emotivo a svolgere un’attività così intima?”, “Ci sono stati dei momenti in cui avrei voluto confidare a qualcuno queste mie perplessità?” ma soprattutto “Quale sarà il pensiero dei miei colleghi in merito a questo argomento?”

È da qui che nasce l’idea per la mia tesi di Laurea, ovvero quella di eseguire una piccola revisione della letteratura sul contatto fisico, sul “tocco” e tutti i molteplici significati che questa parola può assumere, e successivamente svolgere un’indagine qualitativa, tramite l’utilizzo di un questionario somministrato agli studenti del Primo anno del CdS di Infermieristica dell’Università degli Studi di Brescia al fine di indagare le loro esperienze ed i loro pensieri in merito al primo contatto con il corpo del paziente.

Nel 1° capitolo verrà descritto il Piano di Studi del corso di Studi in Infermieristica, prendendo in considerazione la parte teorica e la componente pratica, che vanno a costituire le basi teorico-pratiche pattuite prima dell’effettiva esperienza di stage nelle UU.OO. individuate all’interno dell’ASST. Verrà inoltre descritto il metodo di ricerca e il suo utilizzo in ambito infermieristico.

Nel 2° capitolo verrà dichiarata la metodologia utilizzata, che, come dicevo, viene suddivisa in due distinte parti: la prima che verte sulla revisione della letteratura ottenuta eseguendo una ricerca sulle maggiori banche dati messe a disposizione per noi studenti al fine di raccogliere materiale evidence based riguardo il contatto, inteso come tocco terapeutico, tocco armonico e contatto intimo durante l'esecuzione di procedure intime come le cure igieniche e la seconda sull'indagine mediante la somministrazione di un questionario anonimo agli studenti del corso di Studi in Infermieristica.

Nel 3° capitolo verranno analizzati e presentati i risultati ottenuti dalla ricerca condotta sugli studenti mediante grafici. A cui farà seguito all'interno delle conclusioni, una riflessione in merito ai dati emersi (4° capitolo).

Per rispondere al quesito di ricerca e raccogliere i dati necessari ho utilizzato un questionario somministrato agli studenti del primo anno del polo universitario bresciano frequentante il corso di studi in infermieristica.

CAPITOLO 1

IL CdS DI INFERMIERISTICA E L'UTILIZZO DEL METODO DI RICERCA

L'Università degli Studi di Brescia nasce ufficialmente nel 1982 articolata nelle tre Facoltà di Medicina e Chirurgia, Ingegneria ed Economia e Commercio a cui successivamente si aggiungerà Giurisprudenza. La sua organizzazione negli anni ha subito trasformazioni e oggi è organizzata in 8 dipartimenti nelle aree Economia, Giurisprudenza, Ingegneria e Medicina. I numerosi corsi di studio attivati coinvolgono oltre 15.000 studenti e circa 600 professori e ricercatori.

1.1 IL CORSO DI STUDI IN INFERMIERISTICA

I Corsi di Laurea afferenti all'ambito delle Professioni Sanitarie (facenti parte della facoltà di Medicina e Chirurgia) sono suddivisi in 4 classi:

- L/SNT1 – **Professioni Sanitarie Infermieristiche e Professione Sanitaria Ostetrica**
- L/SNT2 – **Professioni Sanitarie della Riabilitazione**
- L/SNT3 – **Professioni Sanitarie Tecniche**
- L/SNT4 – **Professioni Sanitarie della Prevenzione**

Fra i diversi corsi di Studio (11) proposti dall'Università di Brescia, per quanto concerne le Professioni Sanitarie, si annovera anche il Corso di Studi in Infermieristica afferente al Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica.

Il Corso di Studi di Infermieristica è un corso triennale come accennato in precedenza appartenente alla Classe delle Professioni Sanitarie Infermieristiche e Professione Sanitaria Ostetrica (L/SNT1), ed è articolato in modo da consentire agli studenti di acquisire sia conoscenze teoriche, che una buona capacità dal punto di vista pratico.

Secondo quanto stabilito dal profilo professionale, i laureati di questa facoltà sono responsabili dell'assistenza generale infermieristica di natura tecnica, relazione e educativa.

Gli ambiti fondamentali in cui operano gli infermieri sono quattro: assistenza, cura, prevenzione e riabilitazione; le loro funzioni principali sono:

- ~ La Prevenzione delle malattie,
- ~ L'Assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età,
- ~ L'Educazione sanitaria.

L'infermiere può operare in strutture ospedaliere e/o case di cura (pubbliche o private), ma anche a domicilio di privati; ha il compito di pianificare gli interventi necessari a garantire l'assistenza in modo autonomo o su indicazione medica e garantire la corretta applicazione delle terapie prescritte.

Essendo il CdS di Infermieristica un corso a numero chiuso, per potersi immatricolare, lo studente in possesso del Titolo di Scuola Superiore (TSS) deve aver effettuato l'iscrizione al Bando di ammissione ai Corsi di laurea delle *Professioni sanitarie e aver sostenuto il test di ammissione, ottenendo un punteggio sufficientemente alto da potersi collocare all'interno delle graduatorie della sede di iscrizione.*

Il piano triennale generale prevede la partecipazione degli studenti, con un obbligo di frequenza pari all'80% del monte ore per ogni attività didattica ed è strutturato in modo che le conoscenze fornite diventino sempre più specifiche anno per anno e che anche le ore di Tirocinio clinico aumentino.

Per verificare il buon apprendimento delle conoscenze, successivamente all'esecuzione delle lezioni teoriche, lo studente applica quanto appreso sostenendo degli esami (in forma orale e/o scritta), che gli permettono di acquisire i CFU necessari per raggiungere il totale dei 180 CFU previsti al fine di poter sostenere l'esame di stato e la discussione della Tesi di Laurea.¹

1.1.1 LE LEZIONI TEORICHE

La parte teorica del Corso di Studio è strutturata seguendo una logica per gradi, in modo da consentire agli studenti di acquisire tutte le nozioni necessarie al

1 <https://corsi.unibs.it/it/laurea/medicina/infermieristica/il-corso>

fine di comprendere la struttura ed il funzionamento dell'organismo sia dal punto di vista fisico che dal punto di vista emotivo, passando da argomenti più generici e basilari, fino a concetti più complessi e specifici.

Parte fondamentale del percorso teorico è il modulo di *Fondamenti di Infermieristica generale*, in cui viene delineata la figura dell'infermiere dalle sue origini, passando per le varie epoche storiche, grazie al quale lo studente apprende tutti i passaggi step by step, che sono serviti a portare la professione infermieristica ad essere ciò che è oggi.

Grande attenzione viene posta alla componente più specifica, quella legata all'anatomia e fisiologia dell'organismo e ai moduli di *Infermieristica clinica* che viene trattata sia in ambito generale che applicata nei vari ambiti trattamento (ambito *chirurgico, medico, della cronicità e delle cure di fine vita, pediatrico, della salute mentale e della criticità vitale*). È grazie a questa meticolosa suddivisione delle discipline che possiamo capire come la professione infermieristica sia uno dei punti cardine necessari al raggiungimento dell'obiettivo stabilito dalla WHO nel 1948, ovvero "*il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di Salute*", che viene definita come "*uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale*" e non semplicemente "*assenza di malattie o infermità*".

Il modulo di *Relazione di aiuto e adattamento* è quello in cui viene approfondita la componente psicologica ed emotiva, sia dal punto di vista dell'operatore che del paziente; ci consente non solo di apprendere le diversità tra le varie culture, etnie e religioni, ma anche di comprendere lo stato d'animo e il carattere del paziente, al fine di poter instaurare con esso, quel rapporto di reciproca fiducia che sta alla base del percorso di cura che infermiere e paziente condividono.

Dopo che si è certi di conoscere bene il paziente che si ha di fronte, è molto importante sapere quali sono le migliori strategie educative disponibili e saperle utilizzare, concetto che trova ampia spiegazione nel modulo di *Metodologie di educazione del paziente*.

La parte del *Laboratorio di metodologia e Relazione assistenziale* è la parte che si collega in maniera diretta al tirocinio clinico, in quanto è grazie ad essa che

lo studente apprende il concetto di “Diagnosi infermieristica” e di conseguenza quello di obiettivi ed interventi.

Essendo il terzo l'ultimo anno del Corso, la cosiddetta “Laurea breve”, durante l'anno accademico scende in campo anche la formazione legata all'ambito organizzativo e legislativo; infatti, nel modulo di *Organizzazione e continuità dell'assistenza* vengono fornite nozioni generali relative alla deontologia della professione infermieristica, all'organizzazione e valutazione della qualità dell'assistenza e discipline di carattere legislativo quali bioetica, medicina legale e diritto del lavoro.²

1.1.2 LE ESERCITAZIONI PRATICHE

La componente pratica del Corso di Studio non è altro che quella costituita da tutte quelle attività laboratoriali che servono allo studente ad apprendere le attività puramente tecniche legate all'assistenza infermieristica e che vanno a costituire la materia degli esami di tirocinio di tutti e tre gli anni accademici.

L'articolazione del “nostro piano di studi” prevede una serie di attività da apprendere e sperimentare che vengono spalmate prioritariamente sui primi due anni:

ATTIVITÀ DEL 1° ANNO	ATTIVITÀ DEL 2° ANNO
Esecuzione delle cure igieniche del paziente (viso, mani, piedi, capelli, perineale, totale)	Esecuzione del prelievo di sangue capillare
Esecuzione del clistere a piccolo e grande volume	Esecuzione del prelievo di sangue venoso
Rilevazione non invasiva dei parametri vitali (TC°, Pressione arteriosa, Frequenza cardiaca, Frequenza	Esecuzione dell'emocoltura da accesso periferico e centrale

2 <https://unibs.coursecatalogue.cineca.it/corsi/2018/138/insegnamenti/1292>

respiratoria, Saturazione d'ossigeno, Dolore)	
Rifacimento del letto	Posizionamento e gestione del catetere venoso periferico
Mobilizzazione sicura del paziente	Rilevazione del tracciato elettrocardiografico
Cura ed igiene della stomia intestinale	Gestione della tracheostomia e tracheoaspirazione
Allestimento del campo sterile	Gestione/somministrazione di terapia orale, inalatoria e ossigenoterapia, topica, sottocutanea, endovenosa, intramuscolare
Posizionamento, gestione e rimozione del catetere vescicale estemporaneo/ a permanenza	Medicazione e gestione degli accessi venosi centrali
Prelievo di campioni biologici (espettorato, feci, urina)	Esecuzione di medicazioni complesse con tecnica touch e no-touch
Esecuzione di medicazioni semplici con tecnica touch e no-touch	Posizionamento, gestione e rimozione della sonda naso-gastrica
Esecuzione di medicazioni delle lesioni da pressione	Gestione delle pompe per la somministrazione della nutrizione enterale
	Gestione delle pompe per la somministrazione di terapia endovenosa

Per il loro insegnamento e la loro sperimentazione, ogni sede del CdS svolge delle esercitazioni di infermieristica clinica, nelle quali personale infermieristico adeguatamente formato, basandosi sull'utilizzo di check list prestabilite e redatte sulla base del razionale scientifico, spiega e fa sperimentare praticamente agli studenti, tutte quelle attività che verranno svolte durante il tirocinio. Queste attività vengono eseguite nell'arco di tutti i tirocini clinici, inizialmente sotto la supervisione

degli assistenti di tirocinio fino al loro consolidamento e all'acquisizione della totale autonomia.

Tutte le check list, nonostante trattino di procedure diverse, hanno alcuni punti in comune, tra i quali ricordiamo:

- ~ La gestione corretta degli spazi
- ~ La corretta gestione del microclima
- ~ La garanzia della privacy per il paziente
- ~ La corretta identificazione del paziente (attiva, tramite braccialetto identificativo e cartella clinica)
- ~ La spiegazione della procedura (scopi, fasi, segni e sintomi che potrebbero sopraggiungere, possibili effetti collaterali) e l'acquisizione del consenso
- ~ La registrazione dell'avvenuta esecuzione della procedura

1.1.3 L'APPROCCIO AL TIROCINIO CLINICO

Il Tirocinio professionale rappresenta sicuramente la parte più importante della preparazione professionale degli studenti di questo corso di studio, ed è la modalità formativa fondamentale per consentire loro di sviluppare competenze professionali al fine di garantire un'assistenza ottimale.

Il Tirocinio prevede l'affiancamento dello studente ad un professionista esperto, che operi in strutture sanitarie e di degenza differenziate al fine di apprendere le competenze previste dal ruolo professionale. L'apprendimento in tirocinio avviene attraverso la sperimentazione pratica, l'integrazione dei saperi teorico-disciplinari con la prassi operativa professionale ed organizzativa ed il contatto con ambiti lavorativi di interesse.

Una caratteristica molto importante del Tirocinio professionale è sicuramente la relazione che si crea tra gli studenti e gli operatori sanitari (medici, infermieri, personale ausiliario) con i quali essi si trovano a collaborare; questo clima favorisce l'apprendimento non solo di tecniche gestuali e tecniche atte ad aumentare la capacità dello studente di relazionarsi con figure professionali diverse, ma permette di consolidare anche la parte teorica trovandovi un'applicazione pratica.

Il Tirocinio prevede che gli studenti, seguendo la turnazione e i consigli degli assistenti di tirocinio, abbiano la possibilità di mettere in pratica quanto appreso durante le lezioni teoriche e le attività di laboratorio, al fine di consolidare tutte quelle skills necessarie al raggiungimento dell'autonomia nell'esecuzione delle procedure infermieristiche tecniche e che possano aumentare le loro capacità di relazionarsi con i pazienti.³

1.2 LA RICERCA INFERMIERISTICA

L'espressione **Evidence Based Medicine**⁴ (**EBM**) viene abitualmente tradotta per assonanza con "medicina basata sull'evidenza". In realtà, il termine inglese "Evidence" di corrente uso vuol dire prova, dimostrazione mentre in italiano "evidenza" nel linguaggio comune, si applica a situazioni talmente ovvio che non hanno bisogno di una dimostrazione per essere accettate e che non possono essere messe in dubbio. Paradossalmente, "medicina basata sull'evidenza" vuol dire esattamente l'opposto di quello che intendono gli anglosassoni; analizzando infatti i lavori teorici sull'EBM è facile constatare come, per caratterizzare l'evidenza, si faccia costantemente riferimento ai trial randomizzati e alle metanalisi basate su questi. Inoltre, gli stessi ideatori dell'EBM affermano che per "evidenza clinica" si intendono i risultati della ricerca clinicamente rilevante.⁵

3 <https://corsi.unibs.it/laurea/medicina/infermieristica/tirocini>

4 Il piano di studi prevede contenuti di EBM/N all'interno dell'Insegnamento di "Fondamenti di infermieristica generale" del primo anno; mentre al terzo anno viene attivato il modulo di "Evidenze scientifiche per infermieristica"

5 Chiari et Al, (2011), Evidence-Based Clinical Practice: la pratica clinico-assistenziale basata su prove di efficacia pag. 3



1.2.1 DEFINIZIONE CARATTERISTICHE

La **ricerca infermieristica** ha come obiettivo quello di sviluppare le conoscenze nell'assistenza alla persona sana o ammalata; è volta alla comprensione dei meccanismi genetici, fisiologici, sociali, comportamentali ed ambientali che influiscono sulle capacità della persona o della famiglia a mantenere o migliorare una funzionalità ottimale e ridurre gli effetti negativi della malattia. Consiste in un processo scientifico e sistematico allo scopo di generare nuove conoscenze, rispondere a domande o risolvere problemi ⁶.

1.2.2 LE TIPOLOGIE DEGLI STUDI PRESENTI IN LETTERATURA

Sono molte le tipologie di studi presenti in letteratura , ed ognuno di essi è il più adatto al fine di ottenere una determinata tipologia di dati; in maniera più generica è possibile dividere la ricerca in 2 grandi gruppi⁷, la ricerca qualitativa e la ricerca quantitativa.

6 International Council of nurses (I.C.N.) 2001

7 C. Sironi, Introduzione alla ricerca infermieristica, Ed. CEA, Milano 2014, pag. 15

CLASSIFICAZIONE DELLA RICERCA ⁸	
<p style="text-align: center;">QUANTITATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Processo formale, obiettivo e sistemico nei quali i dati numerici vengono utilizzati per rappresentare la realtà ~ Descrivere variabili ~ Esaminare le relazioni tra variabili ~ Determinare relazioni causa-effetto tra variabili 	<p style="text-align: center;">QUALITATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Processo sistematico, interattivo e soggettivo utilizzato per descrivere le esperienze di vita e dar loro un significato

La **Ricerca quantitativa**, quindi enfatizza la misurazione e l'analisi statistica dei dati, utilizza numeri per rappresentare la realtà seguendo un disegno molto strutturato; i risultati sono incentrati su spiegazione e verifica di fatti, validazione di concetti teorici e predizione di eventi. Si avvale di interviste strutturate, questionari, scale di misurazione, strumenti che generano dati generici.

La **Ricerca qualitativa**⁹ invece, enfatizza l'esperienza soggettiva degli individui, il paziente viene considerato come partecipante attivo entro un contesto sociale e segue un disegno molto flessibile; i risultati sono incentrati sulla comprensione dal punto di vista del paziente, dei processi sociali e sulla descrizione. Si avvale dell'utilizzo di interviste in profondità, osservazione intenzionale e partecipante, focus group e analisi di racconti.

Nell'ambito EBN, le fonti dalle quali si possono ricavare le informazioni relative alle evidenze scientifiche possono essere suddivise in 3 categorie:

8 Chiari et Al, (2011), Evidence-Based Clinical Practice: la pratica clinico-assistenziale basata su prove di efficacia pag. 165-167

9 J.A. Fain, La ricerca infermieristica leggerla comprenderla e applicarla, Ed. Mc Graw Hill, Milano 2004, pag. 138

<u>STUDI PRIMARI</u>	<u>STUDI SECONDARI</u>	<u>FONTI TERZIARIE</u>
Singole ricerche-soggetto: individuo studiato. Comprendono gli studi sperimentali e gli studi osservazionali	Riassumono e traggono le conclusioni dagli studi primari. Comprendono le revisioni (sistematiche e le metanalisi) e le linee guida	Non viene realizzata con una metodologia di ricerca.

Gli **Studi primari** si occupano dei fenomeni clinico-assistenziali e i protagonisti dello studio sono i soggetti esaminati. Le ricerche di questo tipo vengono pubblicate sulle riviste biomediche a cura di autori che negli articoli definiscono la metodologia adottata e illustrano i risultati.

Gli **Studi secondari** hanno come oggetto gli studi primari che vengono sottoposti ad analisi critica. Vengono pubblicati sulle riviste "secondarie" (EBN) e sono caratterizzati dall'uso di un metodo esplicito e sistematico per esaminare gli studi primari. Comprendono studi quali le revisioni tradizionali e sistematiche della letteratura, le linee guida e le metanalisi.

Le **fonti terziarie** sono costituite dalle revisioni tradizionali, i libri di testo, i pareri degli esperti i consigli forniti dai colleghi e qualunque fonte di informazione che non esplicita il metodo utilizzato per la sua formulazione

In base alla posizione dell'osservatore rispetto alla sequenza di eventi analizzati, gli studi osservazionali si possono classificare in:

- ~ **PROSPETTICI o longitudinali**: dall'esposizione a una fattore verso la manifestazione di un outcome; si raccolgono dati da uno stesso gruppo in momenti diversi (da T_0 a T_1 con raccolta dati a T_x)
- ~ **RETROSPETTIVI**: l'outcome è già presente e si ricercano nel passato i fattori che lo hanno determinato

- ~ **TRASVERSALI o di PREVALENZA:** esaminano i dati in un determinato punto del continuum temporale e i dati sono raccolti in un'unica occasione¹⁰

In base all'obiettivo gli studio osservazionali possono essere divisi in:

- ~ **Studi descrittivi:** descrivono quello che accade rispetto al fenomeno
- ~ **Studi analitici o comparativi:** confrontano ciò che accade fra più gruppi valutando cosa è accaduto al singolo

In base alla dimensione campionaria possiamo avere poi:

- ~ **Report di caso (Case report):** un fenomeno in un solo soggetto
- ~ **Serie di casi:** riguarda un fenomeno che si verifica in più soggetti

Durante la scelta del metodo di studio, è bene considerare qual è l'obiettivo a cui si vuole arrivare; solo così si potrà avere la certezza di eseguire una scelta corretta.

Un particolare disegno osservazionale analitico è lo STUDIO DI COORTE, cioè lo studio epidemiologico per eccellenza, il migliore da utilizzare nel caso si volesse conoscere il rischio di contrarre una patologia a seguito di un'esposizione a una determinata sostanza o ad un agente patogeno.

Tra gli studi di coorte distinguiamo:

- ~ Studio di coorte¹¹ con coorte concorrente: è presente sia un gruppo di soggetti esposti all'agente eziologico (coorte) sia un gruppo di soggetti non esposti (coorte concorrente)
- ~ Studio di coorte senza coorte concorrente: viene svolto solamente sui soggetti esposti

Lo STUDIO TRASVERSALE O CROSS SECTIONAL permette di raccogliere i dati di prevalenza e vengono raccolti contemporaneamente dati sia sui fattori di esposizione che sugli outcome.

Lo STUDIO CASO/CONTROLLO: viene utilizzato per rispondere a quesiti che riguardano le cause delle malattie (o gli esiti, o gli outcome). Vengono individuati

10 J.A. Fain, La ricerca infermieristica leggerla comprenderla e applicarla, Ed. Mc Graw Hill, Milano 2004, pag. 21-22

11 C. Sironi, Introduzione alla ricerca infermieristica, Ed. CEA, Milano 2014, pag. 15

dal ricercatore i pazienti con l'esito di interesse (**casi**) e quelli senza tale esito (**controlli**) e si determina se sono stati precedentemente esposti all'agente causale.

Lo STUDIO IN CIECO è una tipologia di studio che implica la cecità, intesa come non conoscenza di alcuni fattori da parte degli attori del trial. Può essere eseguito su più livelli:

- ~ **Studio in cieco**: al momento della distinzione in gruppo di trattamento e gruppo di controllo, i pazienti non sono a conoscenza del gruppo in cui si trovano
- ~ **Studio in doppio cieco**: prevede che i pazienti non sappiano se fanno parte del gruppo di controllo o del gruppo di trattamento, ma che nemmeno i medici che gestiscono il trial ne siano a conoscenza
- ~ **Studio in triplo cieco**: presuppone che oltre alla cecità di pazienti e medici, sia considerata anche la cecità di coloro che analizzano i risultati.

Un'altra tipologia di studio è lo STUDIO RANDOMIZZATO CONTROLLATO (RCT) nel quale lo sperimentatore, una volta reclutato il campione e stabiliti gli endpoint di significato prognostico noti, verifica l'effetto di un trattamento (ad esempio, la somministrazione di un farmaco) confrontandolo con l'effetto di un altro diverso trattamento (ad esempio, un altro farmaco, nessun farmaco o un placebo).

I soggetti coinvolti nello studio sono suddivisi in due gruppi: il *gruppo o braccio sperimentale* che riceve il trattamento, e il *gruppo o braccio di controllo* che riceve un diverso o nessun trattamento. L'assegnazione del trattamento ai soggetti deve avvenire con un metodo casuale (*random*). La randomizzazione aumenta la probabilità che altre variabili, non considerate nel disegno dello studio, si distribuiscano in maniera uniforme nel gruppo sperimentale e in quello di controllo. In questo modo, le differenze eventualmente osservate tra i due gruppi possono essere attribuite al trattamento.¹²

12 Chiari et Al, (2011), Evidence-Based Clinical Practice: la pratica clinico-assistenziale basata su prove di efficacia pagg. 54-57

1.2.3 IL QUESITO DI RICERCA

Gli studi di ricerca sono guidati da domande di ricerca. Una domanda di ricerca è una domanda concisa, scritta al presente che include una o più variabili (o concetti). Le domande di ricerca vertono sulla descrizione delle variabili, sull'esame delle loro relazioni e sulla determinazione delle differenze tra due o più gruppi riguardo a variabili selezionate.¹³

La formulazione di buone domande è alla base della pratica dell'EBP¹⁴, perché solamente partendo da una domanda il più precisa possibile si possono ottenere dei risultati maggiormente inerenti al nostro oggetto di studio.

Probabilmente la formulazione della domanda è la parte più complicata dell'intero processo di ricerca, per il fatto che molto spesso è difficile individuare il punto di partenza al fine di ottenere le risposte più appropriate.

La formulazione di un quesito chiaro, a cui sia possibile dare una risposta, è uno dei problemi più importanti del ricercatore. Il primo passaggio per la formulazione del quesito di ricerca è mettere a fuoco la domanda, che, se centrata e focalizzata sull'obiettivo della ricerca consente di ottenere.¹⁵

In campo pratico la formulazione del quesito di ricerca può avvenire in svariati modi, ai quali uno dei più conosciuti e sicuramente il metodo PICO¹⁶; l'acronimo PICO¹⁷ può essere spiegato come segue:

- ~ P = il Paziente, la Popolazione o il Problema
- ~ I = l'Intervento
- ~ C = il Confronto
- ~ O = l'esito o Outcome o risultato
- ~

13 <https://marinapinelli.files.wordpress.com/2012/10/protocollo-e-disegno-di-ricercatrice>

14 Evidence Based Practice o Pratica basata sulle evidenze

15 <https://www.infermiereonline.org/2016/01/26/la-strutturazione-del-quesito-clinico-per-reperire-le-prove-di-efficacia-una-revisione-della-letteratura/>

16 P. Chiari, D. Mosci, E. Naldi, L'infermieristica basata sulle prove di efficacia: guida operativa per l'Evidence Based Nursing, Ed. MC Graw Hill, Milano 2006, pag. 14

17 In letteratura possono trovarsi altre modalità, tra cui PICO che aggiunge a quanto riportato la lettera "M" riferita al "Metodo"

1.2.4 IL PROTOCOLLO DI RICERCA

Il protocollo di ricerca è un documento che descrive obiettivi e modalità di conduzione dello studio; è indispensabile prima di iniziare qualunque tipo di studio.

Il protocollo di ricerca è lo strumento che trasforma un'idea di ricerca infermieristica in un progetto reale, quindi un'idea che troverà un'applicazione pratica in ambito ospedaliero.

Un buon protocollo di ricerca per essere definito come tale deve possedere la caratteristica della riproducibilità; un protocollo è definito riproducibile quando viene considerato di facile utilizzo e applicazione da tutta l'equipe infermieristica.

Il processo di ricerca è costituito da 5 fasi standard:

1. Identificazione e definizione del problema
2. Scelta del metodo di ricerca
3. Raccolta dati
4. Analisi dei dati
5. Utilizzazione dei risultati

Le fasi possono essere ancora divise in 3 "momenti", a seconda della loro specifica utilità:

- ~ La fase 1 costituisce il **MOMENTO TEORICO**, in cui si pongono le basi concettuali che costituiscono il processo di ricerca, è la fase in cui si stabilisce il quesito di ricerca
- ~ La fase 2 costituisce il **MOMENTO METODOLOGICO**, in cui identifica il miglior metodo di conduzione della ricerca, tenendo conto delle variabili che possono condizionare l'esito del processo, e delle procedure da rispettare, al fine che il progetto abbia validità scientifica
- ~ Le fasi 3, 4 e 5 costituiscono il **MOMENTO PRATICO**, di esecuzione delle operazioni sul campo

Il processo di ricerca è un processo circolare: ovvero, nel condurre lo studio il ricercatore può avere la necessità di passare a uno stadio più avanzato del

processo o di ritornare su stadi già superati, di pensare e riconcettualizzare il problema di ricerca anche più volte. ¹⁸

I metodi di raccolta ed organizzazione dei dati possono essere suddivisi in:

- ~ QUANTITATIVI: prevedono l'acquisizione di dati numerici o categorie per effettuare confronti, calcoli, tabelle, tecniche statistiche.
 - Questionario: strutturato o a risposte libere
 - Scale: indicano i valori numerici assegnati alle risposte. Rappresentano il grado, l'intensità della caratteristica in questione per misurarla
 - Strumenti psicosociali: per misurare variabili psicologiche, quindi molto usate in infermieristica
 - Strumenti biofisici: per misurare variabili fisiologiche, molto usate in infermieristica
- ~ QUALITATIVI: costituiti da dati registrati, osservati o filmati attraverso osservazioni dirette, interviste non strutturate, analisi dei casi, diari, documenti storici. Servono per investigare preliminarmente nuove aree, approfondire dati.
 - Interviste: dialoghi basate su un elenco di domande (a risposta aperta o chiusa) utili anche nella ricerca quantitativa
 - Osservazione partecipante: incentrata sulla prolungata permanenza e partecipazione alle attività del gruppo sociale studiato da parte del ricercatore
 - Focus group: interviste in contemporanea di più soggetti. Il vantaggio dell'utilizzare questo metodo è che, rispetto alle interviste singole, garantisce la possibilità di ottenere una maggiore quantità di dati ¹⁹

Il questionario è sicuramente uno degli strumenti più utili nella raccolta dei dati durante un processo di ricerca, vista la sua velocità e facilità di comprensione e compilazione. Ne esistono varie tipologie (a domande aperte, a domande chiuse,

18 <https://marinapinelli.files.wordpress.com/2012/10/protocollo-e-disegno-di-mricerca.pdf>

19 <https://sites.google.com/site/infermierinpillole/home/infermieristica/la-ricerca-infermieristica>

misti), ed ognuno di essi risulta essere il più adatto per la raccolta di determinate tipologie di dati.

Per lo sviluppo di un questionario è molto importante seguire alcune caratteristiche fondamentali:

- ~ Fare domande specifiche anziché generali
- ~ Utilizzare un linguaggio semplice ed appropriato
- ~ Ogni domanda deve corrispondere ad un concetto solo
- ~ Delimitare ogni riferimento al tempo
- ~ Comporre le domande in modo neutrale
- ~ Iniziare con l'argomento considerato il più importante
- ~ Raggruppare le domande che vertono sullo steso argomento
- ~ Posizionare le domande riguardante i sentimenti e la sensibilità verso metà questionario
- ~ Il numero di risposte per ogni domanda dovrebbe essere pari

Particolare attenzione va posta, oltre che nella formulazione del questionario anche nell'analisi dei risultati.

Le metodiche più moderne, quali l'utilizzo delle piattaforme informatiche, consente oltre che di poter permettere la compilazione del questionario a un notevole numero di persone, anche di ottenere in maniera autonoma i grafici con le percentuali delle risposte ottenute, rendendo l'analisi dei risultati il più veloce ed intuitiva possibile.

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

Nei paragrafi precedenti abbiamo avuto modo di evidenziare l'importanza del tocco e della "necessità" da parte del professionista infermiere di entrare nella sfera intima del soggetto fruitore nelle nostre prestazioni.

Il lavoro quindi si propone, previa revisione della letteratura di eseguire un'indagine presso le sedi di corso di studio in Infermieristica afferenti al polo universitario bresciano.

2.1 REVISIONE DELLA LETTERATURA

Lo scopo del mio studio è stato quello di indagare le esperienze e le emozioni che gli studenti frequentanti il Primo anno del CdS di Infermieristica dell'Università degli studi di Brescia dell'A.A. 2020/2021 hanno provato entrando in contatto con il corpo del paziente durante il primo tirocinio, ponendo attenzione alle eventuali problematiche riscontrate e alle metodologie di risoluzione adottate. Potremmo quindi definire la domanda di ricerca che ha generato questo elaborato in:

“Quali emozioni, sentimenti, paure ha provato uno studente alla sua prima esperienza di tirocinio quando è venuto a contatto con il corpo della persona assistita?”

Per rispondere a questa domanda dapprima ho eseguito un ricerca sulle banche dati Embase, Emcare, PubMed di Medline, acquisibili attraverso il servizio SBBL messo a disposizione dall' ASST di Vallecamonica a tutti gli studenti afferenti alla sede di Esine; successivamente utilizzando il motore di ricerca Google Scholar ho ricercato se in letteratura fosse già stato trattato questo argomento. Le stringhe di ricerca adoperate sono state formulate utilizzando le parole chiave: “Touch*”, “Contact”, “Nursing Student”, “Care”, “Anxiety”, “Nurs*”, “Therapeutic Touch”.

La revisione è stata eseguita dal 20 febbraio 2021 al 15 luglio 2021 e sono stati inseriti limiti quali:

- presenza di abstract;
- periodo temporale dal 1998 al 2021.

Da questa ricerca ho reperito 25 articoli; di questi, 17 articoli non rispecchiavano a pieno il mio quesito di ricerca, per cui al fine di eseguire il mio lavoro ho provveduto ad utilizzarne 8, nei quali gli argomenti principali sono quello del contatto con il paziente e delle varie tecniche di tocco utilizzate in ambito infermieristico. In sintesi:

Banche Dati	N° articoli
PubMed	<ul style="list-style-type: none"> ~ 'How Should I Touch You?': A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care ~ Large Clinical Study Shows Value of Therapeutic Touch Program
Emcare	<ul style="list-style-type: none"> ~ A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research ~ L'esperienza con il Tocco Armonico® nell'Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata ~ Il Tocco Armonico per promuovere la resilienza e il benessere negli operatori sanitari
Embase	<ul style="list-style-type: none"> ~ Nursing students' emotions evoked by the first contact with patient's body: A qualitative study
Google Scholar	<ul style="list-style-type: none"> ~ The nurse and patient's nudity ~ Physical Touch in nursing studies: a literature review
TOTALE	8

La letteratura riguardante nello specifico il contatto tra studente/tirocinante e paziente non è molto ampia, ma un'idea che ho ritenuto molto interessante è stata quella di analizzare il concetto di tocco e dei vari metodi con il quale esso può essere applicato, in cui anche la quantità di letteratura disponibile a riguardo è certamente più ampia.

2.1.1 IL TOCCO: STRUMENTO DI CURA E COMUNICAZIONE

Il contatto fisico è parte integrante dell'interazione infermiere-paziente praticamente in tutte le situazioni infermieristiche. Più il paziente ha bisogno di aiuto nelle attività quotidiane, più l'infermiera cercherà di aiutare attraverso il tocco. Il tatto gioca anche un ruolo importante nell'integrare la comunicazione verbale, nel volgere l'attenzione del paziente alla comunicazione verbale, nel calmare un paziente e nel mostrare cura a un paziente (El-Kafass 1983, Kramer & Gibson 1991, Routasalo 1997).²⁰

Essendo quindi il contatto fisico uno dei principali strumenti dell'assistenza infermieristica è molto importante che lo studente abbia la possibilità di apprendere come il tocco può essere utilizzato sia al fine di realizzare una procedura pratica sia per comunicare con il paziente, associandolo con le molteplici tecniche di comunicazione verbale e NON verbale adoperate nella professione infermieristica.

Nell'articolo "*Physical touch in nursing studies: a literature review*", *Journal of Advanced Nursing* di Routasalo P., viene delineato il significato del contatto fisico nell'ambito dell'assistenza infermieristica.

Al fine di eseguire gli studi tattili necessari e in base alla popolazione in esame (pazienti e/o infermieri) e alle sue caratteristiche, sono stati presi in considerazione varie forme di processo di ricerca; il metodo più popolare è stato sicuramente quello dell'osservazione non partecipante, anche se successivamente alcuni studi hanno scelto di combinare due metodi, come l'osservazione e le interviste, andando così ad individuare le varie tipologie di tocco presenti in ambito assistenziale.²¹

Gli effetti del tatto sono stati esaminati mediante misurazioni biofisiche, osservazione, questionari e vari metodi combinati; in uno studio di Eaton et al. 1986, Lange-Albert & Shott 1994 viene dimostrato come l'utilizzo di un tocco delicato durante il pasto, influenzi positivamente l'apporto nutrizionale dei pazienti.

²⁰ Routasalo P. (1999) "*Physical touch in nursing studies: a literature review*", *Journal of Advanced Nursing* 30(4), 843-850 pag.1

²¹ Routasalo P. (1999) "*Physical touch in nursing studies: a literature review*", *Journal of Advanced Nursing* 30(4), 843-850 pag.2

Ogni infermiere ha uno stile tattile di base che è influenzato dal tipo di persona che è lei stessa e dal background culturale, dall'esperienza di vita e dalla propria personalità. Le variabili del paziente consistono in facilitatori del tatto, inibitori del tatto e variabili a effetto misto. Vengono individuate quattro variabili contestuali quotidiane: l'infermiere come persona, l'ambiente dell'infermiere, l'atmosfera di lavoro e le condizioni di un dato turno. Estabrooks e Morse (1992) sottolineano che lo stile toccante di ogni infermiere è il risultato di un processo di apprendimento lungo tutto l'arco della vita.²²

La conclusione a cui giungono la maggior parte degli studi infermieristici definiscono che il tocco fisico possa essere inteso come una forma di comunicazione non verbale, una integrante del comportamento umano che, in ambito infermieristico può essere utilizzato per eseguire un intervento infermieristico tecnico, come lavare un paziente o eseguire una medicazione, oppure può essere visto come un intervento stesso, ad esempio nelle situazioni in cui può essere necessario confortare un paziente senza utilizzare le parole.²³

Nell'articolo "*Nursing students' emotions evoked by the first contact with patient's body: A qualitative study*" di Dal Santo L. et Al, viene eseguito uno studio descrittivo qualitativo sugli studenti infermieri del primo anno dell'Università degli studi di Verona al fine di indagare le emozioni che vengono evocate al momento del primo contatto con in corpo del paziente, utilizzando, come oggetto di studio, i momenti di assistenza al paziente e tenendo in considerazione la correlazione stato d'animo (positivo o negativo) comparso-situazione che lo ha innescato.

Fornire assistenza alla persona è una delle attività più significative dell'assistenza infermieristica, poiché dà agli studenti la possibilità di utilizzare e migliorare le proprie capacità pratiche, di osservazione e comunicazione. Non sempre però l'assistenza infermieristica viene considerata con la giusta importanza: alcuni studi (Crossnan e Mathew, 2013; Allan et al., 2016) eseguiti nei paesi occidentali riportavano che occuparsi del corpo del paziente era considerato "lavoro sporco" e, quindi, spesso trascurato. Inoltre, gli studenti infermieri possono

²² ²² Routasalo P. (1999) "*Physical touch in nursing studies: a literature review*", *Journal of Advanced Nursing* 30(4), 843-850 pag.5

²³ ²³ Routasalo P. (1999) "*Physical touch in nursing studies: a literature review*", *Journal of Advanced Nursing* 30(4), 843-850 pag.6

sperimentare un doppio atteggiamento nei confronti del corpo del paziente (Picco et al., 2009; Crossnan e Mathew, 2013; Allan et al., 2016).²⁴ Per gli studenti, il primo contatto è una situazione delicata e critica, a cui, in alcuni casi, potrebbero non essere preparati, sia inteso come gestione del carico di lavoro fisico che, come carico di lavoro emotivo; questo perché non sono ancora ben sviluppate le strategie di coping atte a ridurre le emozioni negative quali insicurezza e impotenza.

La teoria emotiva di Damasio è stata utilizzata come quadro teorico per descrivere le emozioni vissute dallo studente di infermieristica durante le attività di cura personale del paziente. Antonio Damasio ha definito le emozioni “marcatori somatici”. Cioè, una risposta corporea che “forza l'attenzione sull'esito negativo a cui può condurre una determinata azione e funziona come un segnale di allarme automatico che dice: Attenzione al pericolo se non scegli l'opzione che porta a questo risultato (...) il segnale automatico ti protegge da perdite future. Le emozioni, quindi, possono contribuire al processo decisionale lavorando con, non contro, la ragione” (Damasio, 1994, 194).²⁵

Infine, contrariamente ad alcuni pensieri popolari, Damasio (2003) ha sottolineato che le emozioni non "ostacolano" il pensiero razionale, ma sono essenziali alla razionalità. Questa sinergia tra emozione e cognizione sembra risolvere l'antico dilemma tra sentimenti e pensieri.²⁶ La natura complessa dell'attivazione emotiva ha portato Damasio a classificare le emozioni in tre livelli: emozioni primarie, emozioni sociali e stati d'animo (1994):

- Le emozioni primarie, come rabbia, disgusto, felicità, paura, sono universali in termini di espressione facciale e riconoscibilità. Damasio ha sottolineato che questo tipo di emozioni non dipendono dalla coscienza (1994).

- Le emozioni sociali, come l'imbarazzo, la vergogna, l'ammirazione, l'indignazione, l'invidia, l'amore, la gratitudine sono responsabili della serie di atti civili e premurosi che arricchiscono la vita quotidiana umana. L'adesione alle norme sociali è garantita

²⁴ Dal Santo L. et Al. (2019) “*Nursing students' emotions evoked by the first contact with patient's body: A qualitative study*” Nurse Education Today 85 (2020) 104299 pag.1

²⁵ Dal Santo L. et Al. (2019) “*Nursing students' emotions evoked by the first contact with patient's body: A qualitative study*” Nurse Education Today 85 (2020) 104299 pag.2

²⁶ Dal Santo L. et Al. (2019) “*Nursing students' emotions evoked by the first contact with patient's body: A qualitative study*” Nurse Education Today 85 (2020) 104299 pag.2

non solo da decisioni mediate cognitivamente, ma anche dalle emozioni, che rendono le transazioni umane più prevedibili (Damasio, 1994).

- Infine, le emozioni di fondo comportano benessere, malessere, calma o tensione, energia o fatica e possono essere definite come stati affettivi poco appariscenti che costituiscono lo sfondo tacito dell'esperienza e organizzano sottilmente pensiero e comportamento.

Lo studio ha utilizzato un approccio qualitativo basato sulle narrazioni degli studenti, al fine di esplorare le loro emozioni positive provate durante il tirocinio clinico, analizzando anche i singoli episodi che le hanno scatenate. Tra i partecipanti sono stati presi in considerazione gli studenti iscritti al primo anno del CdS di Infermieristica dell'Università degli studi di Verona dell'anno 2016, includendo solamente coloro che erano intenzionati a partecipare allo studio e che avevano espletato l'attività di tirocinio in ambito ospedaliero.

Agli studenti che avevano espresso il consenso alla partecipazione è stato poi chiesto di compilare una scheda anagrafica e raccontare due episodi di cura del corpo, uno con emozioni positive e uno con emozioni negative.

Il processo analitico si è poi svolto in due fasi: una prima fase sono state analizzate le emozioni evocate dividendole tra positive e negative e successivamente allocandole nelle tre categorie riportate dalla Teoria di Damasio, e una seconda fase costituita dall'analisi del contenuto guidata da Sandelwsky e Barroso (2002) in cui l'attenzione è stata spostata sulla situazione che ha evocato queste emozioni dividendo il processo in tre fasi:

- ~ Familiarizzazione: volta alla comprensione delle storie riportate dagli studenti
- ~ Compilazione: analisi aperta delle parole e frasi più significative
- ~ Condensazione: assegnazione di un codice alle unità significative ottenute in fase di compilazione

I dati sono stati poi inseriti all'interno di un software al fine di poterne ricavare i risultati. Degli studenti idonei invitati, 145 (64,16%) hanno partecipato allo studio. Il campione ha coinvolto 120 femmine (83%) e 25 maschi (17%).

Le emozioni positive maggiormente rilevate sono state soddisfazione, realizzazione, appagamento e gratificazione e dallo studio è emerso come la loro comparsa fosse direttamente associabile al grado di

considerazione/apprezzamento che il paziente e i suoi caregiver dimostravano nei confronti dello studente, all'abilità dello studente nell'eseguire in modo corretto una procedura e al grado di autonomia dato dal supervisore del tirocinio.

In maniera analoga a quanto detto in precedenza le emozioni negative quali rabbia, imbarazzo, dolore ed impotenza (riferite dalla maggior parte degli studenti), comparivano nel momento in cui lo studente si sentiva giudicato dall'assistito e pensava quindi di essere inadatto al compito cui erano stati assegnati, oppure non riuscivano ad eseguire una tecnica correttamente.

I risultati ottenuti dallo studio indicano che la comparsa di emozioni positive/negative negli studenti è strettamente correlata alla percezione di essere valutati/apprezzati o meno dal paziente e che, fornire un'adeguata educazione emotiva, improntata all'approccio empatico con l'utente porta lo studente a migliorare la consapevolezza dei propri sentimenti e dei bisogni assistenziali dei pazienti.

2.1.2 IL TOCCO ARMONICO

La tecnica del *Tocco Armonico* è stata ideata da un infermiere di nome Enzo D'Antoni nel 1997 e consiste in un massaggio lento in grado di favorire i meccanismi naturali del corpo, riuscendo a far emergere traumi fisici e psicoemotivi, distress ed emozioni represses a livello tissutale. La sua esecuzione in maniera dolce e lenta permette di andare a lavorare in profondità su organi e visceri innescando benefici anche a lungo termine. I benefici che maggiormente si riscontrano sono un profondo rilassamento psichico e fisico con tendenza alla "calma interiore"; una riduzione o talvolta anche l'annullamento di quello che è il sintomo dolore, sia esso nocicettivo, neuropatico o oncologico; un miglioramento della resistenza alle condizioni stressogene favorendo il self-empowerment, la resilienza e le strategie di coping.²⁷

Nell'articolo "*L'esperienza con il Tocco Armonico® nell'Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata*" di Saracino F. si ha una notevole descrizione sulla genesi a livello embrionale delle strutture deputate alla

²⁷ Accornero Chiara A. (2019) "Il tocco Armonico® in ambito oncologico", HiMed Homeopathy and Integrated MEDicine Vol.9 N.1 pag. 36

formazione del tessuto cutaneo, in cui viene spiegato come la pelle origini dall'ectoderma e dalle creste naturali dell'embrione, così come le strutture del SNC; questo concetto ci permette di capire come vi sia una stretta correlazione tra la pelle, organo deputato al contatto e le strutture nervose, atte alla raccolta di informazioni e alla produzione di ormoni e neurotrasmettitori.²⁸

Con il progresso delle conoscenze in materia epigenetica, si è studiato come il fatto di essere accuditi o meno dalla madre, porti a una modificazione del numero di geni per i recettori del cortisone, legati all'asse dello stress: se il bambino viene accudito dalla madre presenterà un maggior numero di questi geni, aumentando la capacità del neonato di gestire lo stress²⁹.

Un ragionamento analogo viene fatto sulla tipologia di parto: è dimostrato come i bambini nati da parto cesareo, presentino una difficoltà maggiore nello sviluppare la reazione di attaccamento che caratterizza il rapporto madre-figlio. Questo mancato avvicinamento si pensa possa essere collegato al fatto che il parto cesareo, andando a sostituire il parto naturale/eutocico, possa limitare la percezione che il neonato ha della propria madre in quanto una circostanza che in natura ha una durata variabile calcolata in ore, viene sostituita con una procedura caratterizzata da rapidità e tecnicismo.

Così come osservato nei bambini, il contatto fra persone può favorire la compliance in numerosi aspetti, come l'essere disposti a compiere un favore o anche il seguire un indicazione terapeutica, indipendentemente dalla consapevolezza della persona di essere stati toccati.

In ambito sanitario, l'essere toccati prima da un'operazione sembra diminuire lo stress operatorio, oggettivo e soggettivo. I pazienti sentono l'operatore sanitario più vicino, comprensivo e umano se vengono toccati sulle braccia, sulle mani o sulle spalle. Non stupisce, pertanto, che il tocco di un terapeuta trasmetta al paziente qualcosa di più della mera sensazione tattile, qualcosa che può contribuire a creare una forte relazione fra i due.³⁰

²⁸ Saracino F. (2019) "L'esperienza con il tocco Armonico® nell'Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata", Italian Journal of Nursing n.22/2019 pag.1

²⁹ Saracino F. (2019) "L'esperienza con il tocco Armonico® nell'Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata", Italian Journal of Nursing n.22/2019 pag.1

³⁰ Saracino F. (2019) "L'esperienza con il tocco Armonico® nell'Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata", Italian Journal of Nursing n.22/2019 pag.2

Il contatto e il tocco portano a benefici fisiologici come, la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca diminuiscono, i livelli di cortisone diminuiscono mentre aumentano quelli di ossitocina, che è l'ormone dell'amore, della fiducia e del comportamento sociale pro-sociale.

Il Tocco Armonico®, una tecnica di massaggio lento e sensibile, tendente ad armonizzare la persona in modo olistico, producendo un profondo rilassamento con immediati benefici a livello psicofisico ed emozionale. Nonostante questa tecnica sia prevalentemente manuale, possiede una intrinseca versatilità, che la rende applicabile anche nell'ambito del caring su pazienti di età diverse e con diverse necessità di cura. Operare attraverso questa forma di massaggio lento significa lavorare sul to care (prendersi cura) rispetto all'originario approccio riduzionista del to cure (curare).

L'operatore deve aprirsi verso una forma di ascolto profondo, lasciandosi indirizzare dal ricevente in quanto soggetto che percepisce e descrive la propria verità interna meglio di chiunque altro.

Il ruolo del terapeuta è quello di risvegliare tali capacità nella persona sofferente costruendo una relazione terapeutica intesa come esperienza di crescita in un clima positivo in cui aprirsi per comprendere meglio se stesso, accettarsi, cambiare e migliorarsi.³¹

L'indagine osservazionale trattata dall'articolo è stata svolta nel periodo 20/12/2017-01/02/2018, prendendo in esame 7 operatrici abilitate all'utilizzo del tocco armonico®, che eseguivano questa tecnica in ambito pediatrico; i criteri di inclusione presi in considerazione per questo studio sono stati:

- Lavorare in ambito pediatrico
- Essere operatori sanitari
- Essere operatori del tocco armonico®

³¹ Saracino F. (2019) "L'esperienza con il tocco Armonico® nell'Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata", Italian Journal of Nursing n.22/2019 pag.5

La raccolta dati è stata effettuata somministrando un questionario. Tutti i dati raccolti sono stati elaborati in un database ed analizzati in Numbers e sono stati creati dei grafici descrittivi.³²

Le sedute avevano una durata media di 30 minuti circa, svolte maggiormente da 4 operatori, il restante degli operatori svolgeva sedute di durata più breve (6-15 minuti/persona); venivano prese in considerazione anche le sedure spot svolte in emergenza/urgenza.

Il campione preso in considerazione era composto da 167 bambini con età ≤ 18 anni, trattati in regime di ricovero per patologie di varia natura.

Dopo l'esecuzione delle sedute di Tocco Armonico® si è notato che il suo utilizzo riduceva le sensazioni negative quali stress, ansia e paura, a favore di quelle positive come rilassamento, tranquillità e riduzione del dolore sia nel paziente che nel suo caregiver.³³

Seguendo un percorso parallelo a questo, nell'articolo "*Il Tocco Armonico per promuovere la resilienza e il benessere negli operatori sanitari: un'esperienza torinese*" di Longo R. et Al viene stabilito non solo come il tocco possa influenzare positivamente il percorso di cura del ricevente, ma prende in considerazione anche il punto di vista dell'effetto benefico che questa tecnica ha anche sull'operatore sanitario.

L'operatore è consapevole che le dinamiche relazionali non verbali stabilite con la persona assistita, diventano, in un modo del tutto naturale, relazione d'aiuto e come tale volta ad ottenere una maggiore *valorizzazione delle risorse personali e una migliore possibilità di espressione dell'altro*. Partendo da questo presupposto possiamo comprendere la rilevanza che il Tocco Armonico® può avere nell'*empowerment del paziente e nello sviluppo del cosiddetto coping* favorendo, attraverso lo strumento della percezione tattile (ma non solo), *supporto emotivo*,

³² Saracino F. (2019) "L'esperienza con il tocco Armonico® nell'Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata", Italian Journal of Nursing n.22/2019 pag.5-6

³³ Saracino F. (2019) "L'esperienza con il tocco Armonico® nell'Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata", Italian Journal of Nursing n.22/2019 pag.7

*rassicurazione, accettazione, incoraggiamento (in caso di distress), incremento della speranza e del sentimento di fiducia.*³⁴

La ricerca è stata condotta nel periodo compreso tra maggio e dicembre 2013 su 18 operatori dell'ambulatorio di Pneumologia dell'A.O. "Città della Salute e della Scienza di Torino", con l'obiettivo di indagare come questo particolare tipo di tocco potesse migliorare non solo le condizioni di salute del paziente, ma anche ridurre i livelli di stress e aumentare la resilienza del personale sanitario.

L'indagine ha previsto l'utilizzo di un questionario volto ad indagare il miglioramento della sintomatologia del paziente e la Scala della Resilienza o Resilience Scale (RS) usata per misurare la resilienza dei soggetti in modalità pre / post (all'inizio e al termine del ciclo di trattamenti o sedute).

A seguito della ricerca effettuata all'interno de presidio Molinette di Torino, il Tocco Armonico® si è dimostrato uno strumento efficace nel favorire:

- ~ Scomparsa di algie e sintomi fisici e/o riduzione della loro intensità
- ~ Riduzione del livello di stress percepito
- ~ Aumento dei livelli di benessere e rilassamento percepiti
- ~ Aumento del punteggio di resilienza

Per quanto riguarda la sintomatologia, il tocco ha portato molti benefici in campo lavorativo e professionale: gli operatori che riportavano spesso sintomatologie correlate all'attività lavorativa hanno infatti riferito maggiori energie e migliori capacità nell'affrontare la quotidianità e le avversità della vita.³⁵

2.1.3 IL TOCCO TERAPEUTICO

Il *Tocco Terapeutico* è un tipo di [medicina energetica applicata dagli infermieri fin dagli anni '70](#). La filosofia alla base di questa modalità è quella di utilizzare l'energia del terapeuta (biocampo) per influenzare il biocampo del paziente. Solitamente, i praticanti non toccano fisicamente il paziente; invece, muovono le loro mani a distanza rispetto al paziente. Il tocco terapeutico è stato

³⁴ Longo R. et Al (2015) "Il Tocco Armonico per promuovere la resilienza e il benessere negli operatori sanitari: un'esperienza torinese", Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS pag.2

³⁵ Longo R. et Al (2015) "Il Tocco Armonico per promuovere la resilienza e il benessere negli operatori sanitari: un'esperienza torinese", Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS pag.2

usato per ridurre l'ansia e migliorare il senso di benessere in pazienti con il cancro.³⁶

L'articolo "*Large Clinical Study Shows Value of Therapeutic Touch Program*" Newshan G. e Schuller-Civitella D., riporta i dati ottenuti da uno studio volto a verificare come il Tocco Terapeutico (TT) aumenta il confort, la calma e il benessere dei degenti ospedalieri.

La ricerca ha dimostrato (dopo un trattamento della durata di 10-15 minuti) che il TT riduce l'ansia, riduce lo stress, evoca la risposta di rilassamento, diminuisce il dolore, e promuove la guarigione delle ferite in ferite acute, indotte sperimentalmente. Alcuni cambiamenti fisiologici sono stati attribuiti anche al TT, inclusi livelli ridotti di ossido nitrico e cambiamenti in IGA, IgM e apoptosi.³⁷

Nel 1997 presso lo Yonkers General Hospital, dopo un aumento dell'interesse del personale infermieristico nei confronti della medicina olistica furono introdotti per l'appunto corsi formativi in merito alle terapie alternative e complementari e nel 1999 è stato creato il "Department of Holistic Care Services" con tre compiti principali:

- ~ Cura diretta del paziente
- ~ Educazione del personale
- ~ Sensibilizzazione della comunità

Il personale del dipartimento olistico è formato nel Metodo Krieger-Kunz di Tocco Terapeutico, delineato dagli Associati Professionisti Infermieri-Guaritori. La pratica del metodo Krieger-Kunz del TT senza contatto comporta centratura, valutazione, compensazione, modulazione e valutazione, con ciascuno di questi passaggi che si verifica in modo ciclico e non lineare. Vengono forniti trattamenti TT in tempo reale. Ciò significa che, a differenza di un ambiente di ricerca in cui

³⁶ <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/argomenti-speciali/medicina-integrativa-complementare-e-alternativa/tocco-terapeutico>

³⁷ Newshan G. Schuller-Civitella D. (2003), "*Large Clinical Study Shows Value of Therapeutic Touch Program*", Holistic Nursing Practice pag.1

la tempistica di un trattamento TT è predeterminata, la durata del trattamento TT è variabile, a seconda delle esigenze dell'individuo paziente.³⁸

Per l'indagine è stata elaborata una scheda composta da 6 domande con risposte a scelta multipla e un'area di testo libera; sono stati invitati a partecipare all'indagine tutti i soggetti che avevano usufruito della terapia con Tocco Terapeutico per almeno 2 volte, mantenendo l'anonimato dei rispondenti.

In associazione alla scheda fornita dal paziente viene utilizzato anche il TT Performance Improvement Tool è un modulo di raccolta dati del paziente in cui oltre ad essere raccolti i suoi dati anagrafici vengono riportate anche la durata e il numero dei trattamenti e l'esito (con l'utilizzo di scale numeriche da 1 a 10). Per la valutazione è stato utilizzato l'Outcome Response scale validato da 3 professionisti del tocco terapeutico con un minimo di esperienza pratica quinquennale.

Da maggio 1998 ad agosto 2000, 605 pazienti hanno ricevuto trattamenti TT. 373 pazienti (62%) hanno ricevuto 1 trattamento, 145 (24%) hanno ricevuto 2 trattamenti, 66 (11%) hanno ricevuto 3 o 4 trattamenti e 21 (3%) hanno ricevuto 5 o più trattamenti; i pazienti che hanno avuto dolore (n = 259) hanno riportato una riduzione del dolore subito dopo il trattamento.

La maggior parte dei pazienti indica un esito positivo, come riduzione del dolore o dell'ansia, con il 12% che indica che non vi è stato alcun cambiamento e il 20% dei pazienti che si addormenta durante il trattamento.³⁹

Questo rapporto dimostra che il TT è sicuro ed efficace se usato con pazienti ospedalizzati. In particolare, il rapporto mostra che in ambito clinico la maggior parte dei pazienti ricoverati che ricevono TT ha un esito positivo. I risultati descritti in questo rapporto sono simili a quanto descritto nella letteratura di ricerca: diminuzione dell'ansia, diminuzione del dolore e aumento del rilassamento.⁴⁰

³⁸ Newshan G. Schuller-Civitella D. (2003), *"Large Clinical Study Shows Value of Therapeutic Touch Program"*, Holistic Nursing Practice pag.2

³⁹ Newshan G. Schuller-Civitella D. (2003), *"Large Clinical Study Shows Value of Therapeutic Touch Program"*, Holistic Nursing Practice pag.3

⁴⁰ Newshan G. Schuller-Civitella D. (2003), *"Large Clinical Study Shows Value of Therapeutic Touch Program"*, Holistic Nursing Practice pag.3

Un altro dato che emerge riguarda il fatto che nonostante al fine di ottenere dei buoni risultati siano necessari due o più sedute, è stato dimostrato come anche solamente una seduta possa ridurre la sintomatologia dolorosa.

Come viene descritto nell'articolo "*A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research*", viene data la definizione di Tocco Terapeutico.

Il tocco terapeutico (TT) è stato inventato dalla professoressa di infermieristica Dolores Krieger e dalla chiaroveggente Dora Kunz nel 1972 come interpretazione contemporanea dello spiritualismo utilizzando la manipolazione teorica di un ipotetico campo bioenergetico umano come metodo di guarigione complementare (Krieger, 1979); da allora è stato ampiamente utilizzato dagli infermieri.⁴¹

L'analisi degli studi precedenti ha preso in considerazione sia studi pubblicati sulle riviste di medicina alternativa che studi pubblicati al di fuori di esse; già da questa distinzione possiamo cogliere delle incongruenze in quanto gli articoli pubblicati nei media alternativi riportavano dati estremamente positivi mentre quelli esterni erano molto critici.

Per lo studio è stata utilizzata una particolare tipologia di revisione della letteratura, il REA, utile per verificare se un intervento è fattibile, se è appropriato (eticamente o culturalmente) e può fornire un rapido riassunto della potenziale efficacia e cosa si sa già di un intervento. Il vantaggio del REA è che questa tipologia di studio può essere intrapreso rapidamente in una gamma più ampia di contesti rispetto a una revisione sistematica o una metanalisi o dove i dati sono limitati. Questo è utile in questa situazione, poiché la ricerca sul Tocco Terapeutico è stata applicata a un'ampia gamma di popolazioni cliniche.⁴²

Il metodo di studio ha previsto una ricerca sulle principali banche dati (CINAHL, PubMed, MEDLINE, database Cochrane Library, Google Scholar), prendendo in considerazione articoli in lingua inglese, pubblicati tra il 2009 e il 2020; dopo aver eliminato gli articoli duplicati e non pertinenti sono rimasti a disposizione degli autori un totale di 21 titoli (studi randomizzati controllati, studi quasi sperimentali, studi retrospettivi).

⁴¹ Garrett B, Riou M. (2021) "A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research" *Nurs Open*. 2021;00:1–13 pag.1

⁴² Garrett B, Riou M. (2021) "A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research" *Nurs Open*. 2021;00:1–13 pag.3

Ciascuno degli studi inclusi è stato valutato e valutato in modo indipendente da due membri del team di ricercatori, mentre un terzo membro del team ha moderato i risultati. Secondo la metodologia REA, gli studi sono stati raggruppati in tre categorie (alta, media o bassa qualità dell'evidenza) in base al peso complessivo dell'evidenza.⁴³

Il lavoro che esplora l'uso del Tocco Terapeutico è stato segnalato come positivo il 17 articoli su 21, ovvero il tocco terapeutico risulta essere efficace in ogni condizione. Negli studi randomizzati controllati la maggior parte affermava l'efficacia d'utilizzo del Tocco Terapeutico, nonostante l'allocazione dei gruppi fosse generalmente mal descritta e fossero presenti interventi descritti in modo non adeguato.

Gli studi quasi sperimentali considerati soffrivano tutti dello stesso problema di campioni intenzionali e non randomizzati che davano luogo a un rischio significativo di bias; nonostante ciò, anche in questi studi veniva affermata l'utilità dell'utilizzo de Tocco Terapeutico.

L'unico studio retrospettivo considerato riguarda l'utilizzo del Tocco Terapeutico su un campione abbastanza significativo di anziani degenti di un reparto di Cure Palliative (Senderovich et Al., 2016) che, nonostante le significative dimensioni del campione presentava alcuni intoppi dal punto di vista metodologico e un rischio di bias elevato.

Negli studi misti, in cui venivano presi vari campioni come popolazione di studio, quali ad esempio pazienti con ansia oppure pazienti che utilizzavano farmaci antidolorifici, gli infermieri hanno espresso la loro opinione favorevole in merito all'utilizzo del Tocco Terapeutico riconoscendogli un buon grado di efficacia, ma definendolo di "difficile attuazione" nella pratica assistenziale quotidiana.⁴⁴

La maggior parte degli studi esaminati sono stati intrapresi in paesi con un'ampia maggioranza religiosa, ciò sosterebbe l'idea che nel complesso la TT rimanga un intervento basato sulla credenza, proprio come la preghiera, e attualmente c'è poco per differenziare la TT da altre forme di guarigione per fede.

⁴³ Garrett B, Riou M. (2021) "A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research" Nurs Open. 2021;00:1–13 pag.4

⁴⁴ Garrett B, Riou M. (2021) "A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research" Nurs Open. 2021;00:1–13 pag.10

In conclusione, quanto emerge dall'analisi di questo articolo è che il Tocco Terapeutico assume il ruolo di un intervento complementare nella gestione di qualsiasi condizione. Nonostante sia appurato che in alcuni ambiti il contatto terapeutico possa avere delle caratteristiche benefiche sulla salute dei pazienti, la presenza di bias negli studi e la scarsa disponibilità degli studi ha fatto in modo che questa tecnica non possa ancora essere considerata un intervento clinico basato sull'evidenza.

2.1.4 IL TOCCO NELLE CURE INTIME

Il contatto fisico durante le cure intime quali l'esecuzione dell'igiene purtroppo non sempre viene considerato come atto "terapeutico" da parte dei pazienti, che molto spesso lo vive come un momento di estremo imbarazzo, in cui un estraneo entra nella propria sfera intima.

In letteratura sono presenti alcuni articoli in merito al contatto fisico e al contatto nelle cure intime.

L'articolo *"How Should I Touch You?": A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care* di O'Lynn C. e Krautscheid L. tratta di uno studio volto a indagare quali sono le impressioni degli infermieri sul contatto intimo, essendo questo un particolare momento assistenziale, caratterizzato spesso da sensazioni spiacevoli quali ansia, racchiuso all'interno di una cornice più ampia, all'interno del quale il contatto è il punto cardine dell'assistenza infermieristica.

Il Tocco Intimo viene definito come tocco mirato alle aree del corpo dei pazienti - genitali, glutei, perineo, interno coscia, basso addome e seno (così come altre aree, a seconda del paziente, dell'infermiere e del contesto di cura) - che può produrre, in pazienti o operatori sanitari, sentimenti di disagio, ansia o paura.⁴⁵

Le ricerche periodiche sono state svolte dal 2002 al 2010 avvalendosi dell'utilizzo delle maggiori banche dati, ma ciò che è emerso è che purtroppo il tema del tocco utilizzato dagli infermieri è stato poco studiato in passato, periodo nel quale venivano svolti studi volti più che altro a indagare con che frequenza gli

⁴⁵ O'Lynn C., Krautscheid L. (2011) "How Should I Touch You?": A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care", American Journal of Nursing Vol.111, No.3 pag. 1

infermieri adottavano una determinata tipologia di tocco (considerando che un singolo incontro può racchiudere al suo interno l'utilizzo di varie tipologie di tocco).

Alcuni assunti che emergono da questa ricerca sono:

- ~ Gli infermieri di sesso maschile temono che il loro tocco possa essere interpretato erroneamente dai pazienti, e che questi possano provare sentimenti contrastanti nel momento in cui il contatto fisico viene esercitato da un infermiere di sesso maschile
- ~ Un sondaggio svolto nel 1991 di Mulaik et Al, ha rilevato che circa il 90% dei pazienti pensava che il tocco fosse una pratica da insegnare agli studenti durante il loro percorso di studi, eppure l'indagine ha dimostrato che la maggior parte degli infermieri afferma di aver apprese le tecniche di contatto grazie all'esperienza e agli errori commessi più che dai libri di testo

L'indagine è stata svolta negli Stati Uniti occidentali, avvalendosi di un'intervista semi-strutturata con domande più generiche e libere all'inizio e successivamente più specifiche, anche in merito al sesso dell'infermiere erogatore di assistenza. Le interviste della durata di 60-90 minuti sono state registrate in modo da poter essere riviste in qualsiasi momento.

Il campione prevedeva la presenza di soggetti (divisi in 4 focus group) capaci di intendere/volere, di erogare un consenso scritto e conversare in inglese; alcuni partecipanti sono poi stati reclutati da una chiesa cattolica (più socialmente conservatrice) e da una chiesa protestante (più socialmente liberale), adottando per ogni gruppo il criterio di esclusione legato all'essere stati in passato studenti infermieri o aver comunque svolto impieghi di natura infermieristica. Ciò che emerso da questo studio è che la maggioranza dei partecipanti definisce la comunicazione verbale e il dialogo come basi molto importanti al fine di poter procedere poi al tocco intimo in maniera più sicura e meno imbarazzante.⁴⁶

Le risposte in merito al genere dell'infermiere sono state varie ma la maggioranza dei rispondenti ha dichiarato che nell'esecuzione delle procedure intime, preferirebbe comunque essere assistito da un'infermiera donna; un altro dato che emerge da questa ricerca è che una buona percentuale di partecipanti

⁴⁶ O'Lynn C., Krautscheid L. (2011) "How Should I Touch You?": A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care", American Journal of Nursing Vol.111, No.3 pag.3

afferma che molto spesso il ruolo dell'infermiere di "supervisore" viene interpretato come una figura passiva e silenziosa, quando invece un atteggiamento attivo e coinvolgente sarebbe preferito dai pazienti.

In conclusione, possiamo asserire che gli infermieri devono esercitare il giudizio clinico nel decidere quando, dove e come toccare i pazienti ⁴⁷, tenendo conto del fatto che ogni paziente ha delle caratteristiche psicologiche ed emotive ben precise, per cui la stessa tecnica di approccio al paziente potrebbe non essere ritenuta opportuna per un altro assistito. Dall'interazione con gli infermieri, gli assistiti si aspettano dunque considerazione e coinvolgimento durante le pratiche assistenziali, professionalità da parte dell'infermiere sia nel dialogo che nelle componenti più pratiche del processo di cura, ascolto empatico delle proprie preoccupazioni e perplessità e rispetto della propria privacy.

L'articolo "*The nurse and patient's nudity*" di Santos et Al., riporta uno studio qualitativo sul rapporto che si crea tra pazienti ed infermieri nel momento in cui questi devono spogliare i pazienti per prendersene cura.

I risultati hanno mostrato che le relazioni infermieri/pazienti, dove la nudità sarebbe necessaria per l'assistenza infermieristica, sono cariche di potere, mentre i professionisti sono preparati a valutare il grado di potere esercitato sui pazienti.⁴⁸

Prima delle pratiche stesse, vengono sempre affrontati i contenuti di Etica e Bioetica, nonché gli aspetti storici e sociali su come gli infermieri si relazionano con i loro pazienti e come dovrebbero avvicinarli, fornire cure e terminare l'attività, soprattutto quando la situazione richiede la denudazione dell'utente. Oltre al contenuto etico, gli studenti si confrontano anche con i principi scientifici che stanno alla base delle procedure tecniche e sono portati a comprendere come il loro approccio e l'implementazione passo per passo della tecnica abbia il potere di promuovere il benessere, prevenire le contaminazioni o infezione e preparare il corpo in modo che la natura possa agire su di esso.⁴⁹

È stato il gruppo di studio della Dr.ssa Isabel Macintyre ad eseguire questo studio qualitativo in cui sono stati presi in considerazione sette infermieri su un totale

⁴⁷ O'Lynn C., Krautscheid L. (2011) "How Should I Touch You?": A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care", American Journal of Nursing Vol.111, No.3 pag. 6

⁴⁸ Santos RM et Al (2010), "The nurse and patient's nudity", Revista Brasileira de Enfermagem pag.1

⁴⁹ Santos RM et Al (2010), "The nurse and patient's nudity", Revista Brasileira de Enfermagem pag.2

di 12, tutti assunti all'interno di reparti in cui il grado di dipendenza dei pazienti era molto elevato. I soggetti reclutati erano principalmente donne, quasi tutte con esperienza decennale e ultradecennale.

Nonostante gli infermieri non lavorassero nello stesso reparto, i risultati che derivano da questa indagine sono pressoché comuni, in quanto quasi tutti riportano la necessità da parte del paziente di sentirsi considerato dall'infermiere sia come uomo che come essere sociale e quindi di essere preso in considerazione nel momento in cui vanno soddisfatti i suoi bisogni assistenziali.

In merito alla denudazione e alle procedure che prevedono il tocco intimo gli infermieri riportano un aumento della sicurezza e della padronanza delle proprie capacità con il passare del tempo, facendo un vero e proprio distinto su come si sentivano eseguendo una procedura le prime volte e dopo molti anni di lavoro.

Guardando la situazione dal punto di vista del paziente, se a questo viene chiesto il permesso di poter toccarle il suo corpo e se gli viene spiegata in modo accurato la procedura di cui sarà oggetto, verificandone la comprensione, la relazione che si instaurerà tra infermiere e paziente sarà più libera da vincoli e dalla comparsa di emozioni negative.

Quello che possiamo evincere da questo studio quindi è che la prima esperienza di contatto dell'infermiere con il corpo del paziente avvenga ancora nel periodo formativo e sia caratterizzato da sentimenti quali imbarazzo⁵⁰, insicurezza e vergogna e che quindi sarebbe importante svolgere laboratori propedeutici alla gestione del corpo nudo, estesi a studenti e docenti, al fine di garantire ai futuri infermieri non solo un buon livello di conoscenze pratiche, ma anche di ambientazione nel proprio ruolo di portatore di cura.

2.2 IL PROCESSO DI RICERCA

Per eseguire quest'indagine qualitativa ho scelto di elaborare un questionario che utilizzasse un approccio fenomenologico. Questa tipologia di approccio che trae

⁵⁰ Santos RM et Al (2010), "The nurse and patient's nudity", Revista Brasileira de Enfermagem pag.10

le sue origini dalle scienze filosofiche, risulta essere tra le più adatte per la ricerca nell'ambito delle scienze infermieristiche, poiché studia i fenomeni umani per il modo in cui si presentano, eseguendo un'attenta raccolta delle esperienze dei soggetti partecipanti allo studio, e il ricercatore, come descritto da Garrino, Bissati et al, 2020:

“... quindi, rivolge l'attenzione alla realtà umana, impegnandosi a presentare i punti di vista dei soggetti della ricerca: egli è un co-partecipante nella scoperta e nella compressione dei fenomeni studiati e deve essere il più possibile privo di preconcetti rispetto tali argomenti, in modo da influenzare al minimo i risultati”.

2.2.1 SCELTA DEL METODO DI RICERCA E RACCOLTA DEI DATI

Il questionario utilizzato per l'indagine (Allegato 1) è uno strumento d'indagine semi strutturato che è stato elaborato prendendo spunto dall'articolo *“L'esperienza degli studenti in Infermieristica al primo contatto con il corpo dei malati: una ricerca qualitativa”* (Garrino, Bissati, Brandino, Conti), nel quale, tramite l'esecuzione di brevi interviste venivano indagate le esperienze e i vissuti degli studenti del Primo anno dell'Università degli studi di Torino. Utilizzando quindi la medesima suddivisione in paragrafi/argomenti che veniva utilizzata nell'articolo è stato possibile formulare 39 domande di varia tipologia (domande a scelta multipla, domande aperte, domande a scala di valutazione), che andassero a sondare le varie sfaccettature del contatto tra studente-curante e paziente.

Seguendo, come si diceva la traccia fornita dall'articolo, e al fine di rendere il questionario scorrevole e di facile interpretazione, lo stesso è stato suddiviso nei seguenti paragrafi:

- ~ INFORMAZIONI GENERALI/PERSONALI (Domande da 1 a 6): legate al genere e all'età, al percorso formativo antecedente l'iscrizione al CdS, la motivazione per la quale è stato scelto di iscriversi al Cds di Infermieristica.
- ~ INFORMAZIONI RELATIVE ALLA ESPERIENZA DI TIROCINIO (Domande da 7 a 13): legate all'ambito del primo tirocinio e quindi alla tipologia di reparto a cui si è stati assegnati, al grado di preparazione pratico ed emotivo fornito dalle attività formative quali lezioni ed esercitazioni, al grado di soddisfazione percepito nella prima esperienza di tirocinio.

- ~ IL CONTATTO CON IL CORPO DEL PAZIENTE – PAURA E IMBARAZZO (Domande da 14 a 18): in questa parte sono racchiuse le domande che fanno riferimento alle informazioni generiche del paziente (età, genere...), alla differenza/uguaglianza di sesso tra studente e assistito, alla circostanza in cui è avvenuto il primo contatto (cure igieniche, rilevazione dei parametri vitali, manovre assistenziali...)
- ~ DEFORMAZIONE PATOLOGICA DEL CORPO (Domande 19 e 20): domande che indagano la presenza di quei fattori che possono comportare un'alterazione dell'integrità fisica di una persona (drenaggi, stomie, cateteri vescicali, accessi venosi...) e di come lo studente si è sentito nell'approcciarsi ad un paziente con le sopracitate caratteristiche.
- ~ DISAGIO DI INVADERE (Domande da 21 a 29): viene indagata la sfera emotiva degli studenti, le sensazioni che hanno provato nell'entrare in contatto con il corpo dell'altro, le eventuali difficoltà riscontrate e, ove presenti, le persone di riferimento alle quali gli studenti le hanno comunicate; un altro punto molto importante toccato in questo filone di domande è la correlazione tra stato d'animo provato – modalità di esecuzione della procedura sia nel primo momento, che nelle procedure successive.
- ~ I DIVERSI SIGNIFICATI DEL TOCCARE (Domande 30 e 31): indaga come il tocco può andare ad agire sull'assistito secondo il parere degli studenti.
- ~ LA COMUNICAZIONE OLTRE LA PAROLA (Domande da 32 a 35): domande mirate a conoscere l'opinione degli studenti sull'influenza che la comunicazione verbale e non verbale esercita sul contatto fisico con il paziente.
- ~ IL CORPO COME ANIMA CHE INCANTA (Domande da 36 a 39): si ha un ribaltamento della situazione; viene chiesto quindi agli studenti di diventare pazienti, e di descrivere cosa il contatto da parte dei sanitari provocherebbe in loro.

Per verificare l'attendibilità dei risultati, la validazione del questionario è stata effettuata somministrando lo stesso ad alcune mie colleghe del Terzo anno della sede di Esine, e successivamente all'approvazione del progetto da parte del Dott.

Motta Paolo Carlo, Presidente del Corso, è stato possibile procedere alla raccolta dei dati.

2.2.2 ANALISI DEI DATI E UTILIZZAZIONE DEI RISULTATI

La ricerca è stata condotta pubblicando il questionario sulla piattaforma online Google Forms, e diffondendolo poi tra gli studenti del Primo anno dell'Università degli Studi di Brescia delle sedi di Brescia, Chiari, Cremona, Desenzano, Esine e Mantova inviando ai rispettivi Direttori Didattici di ciascuna sede una e-mail di presentazione del progetto con allegato il link per potervi accedere e per poter procedere alla compilazione del questionario.

È stata assicurata la possibilità di poter compilare il questionario dal giorno 31/07/2021 al giorno 30/09/2021, garantendo ai partecipanti l'anonimato, sia nella fase di raccolta dei dati, che nell'analisi e discussione dei risultati.

La scelta di utilizzare un questionario in formato digitale per l'indagine, non solo mi ha dato il permesso di ottenere un buon numero di dati sia dal punto di vista qualitativo che da quello quantitativo in tempi rapidi, ma anche di poter avere la possibilità di visualizzare la progressione dei risultati corredati di percentuali e grafici di facile interpretazione.

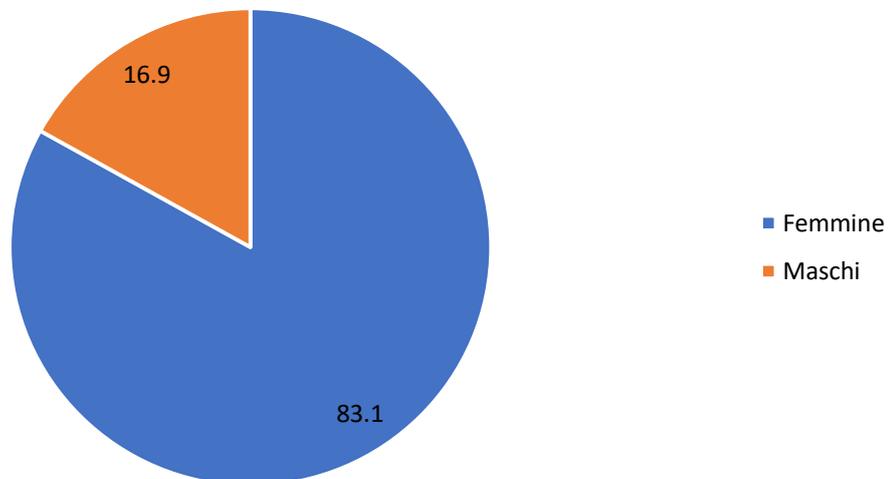
Il questionario è stato pubblicato in modo che i dati ottenuti dalle domande a risposta chiusa venissero già raccolti all'interno di grafici a torta, mentre per le domande a risposta aperta ho estratto le unità di significato di ogni singola risposta, andando poi a creare delle macroaree e a raccogliere i dati all'interno di una tabella.

CAPITOLO 3

ANALISI E UTILIZZO DEI RISULTATI

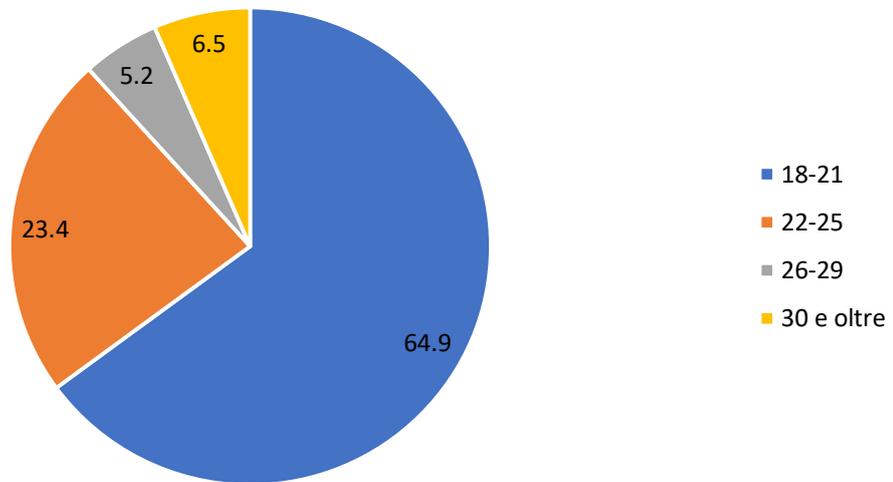
L'obiettivo che ha generato questa ricerca, utilizzando quale strumento di raccolta dati il questionario, è stato quello di prendere coscienza di quanto gli studenti afferenti al Corso di Studio in Infermieristica, si trovano ad affrontare alla loro prima esperienza di tirocinio, al fine di individuare le loro perplessità, paure e vissuti. Come accennato nei capitoli precedenti, il questionario è stato “caricato” sulla piattaforma online *Google Form* in data 31/07/2021 ed era rivolto agli studenti del primo anno di corso di tutte le sedi afferenti al polo universitario Bresciano. Gli studenti che hanno iniziato il primo anno nelle diverse sedi erano 325 ad oggi il numero si è ridotto e gli studenti che hanno sostenuto l'esame di tirocinio del primo anno sono 225. Il questionario è composto da 39 domande, di cui 38 domande a risposta chiusa con possibilità di risposta multipla e una domanda a risposta aperta.

1. Genere:



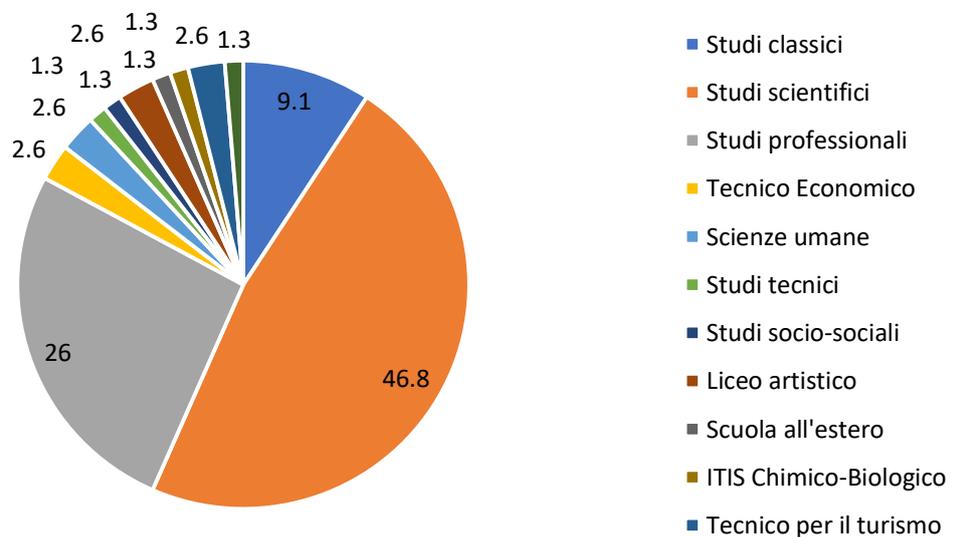
I rispondenti (anche a fronte di solleciti) sono stati 154 pari al 47,4% degli studenti che hanno iniziato l'anno. Emerge visivamente come gli studenti di sesso femminile siano maggioritari: 83.1%.

2. In quale fascia d'età lei si colloca?



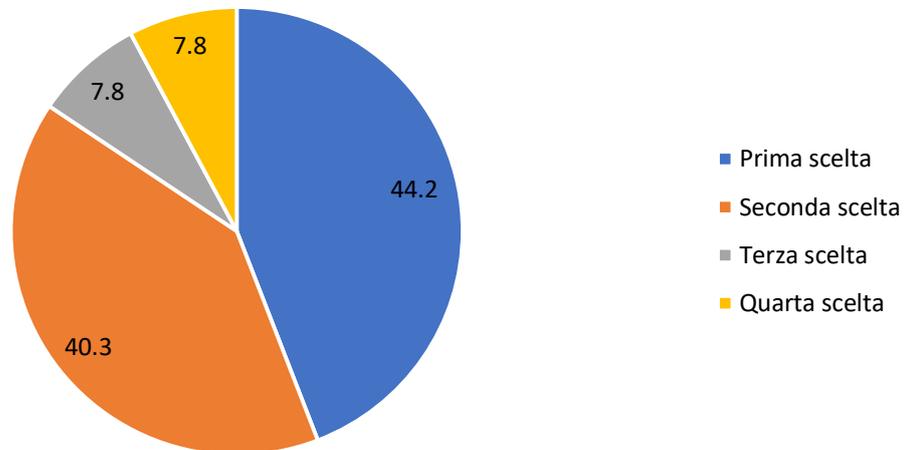
I dati raccolti mostrano che gli studenti indagati si collocano nella fascia d'età che va dai 18 ai 21 anni (64.9%).

3. Quale percorso di studi ha frequentato prima di accedere al CdL di Infermieristica?



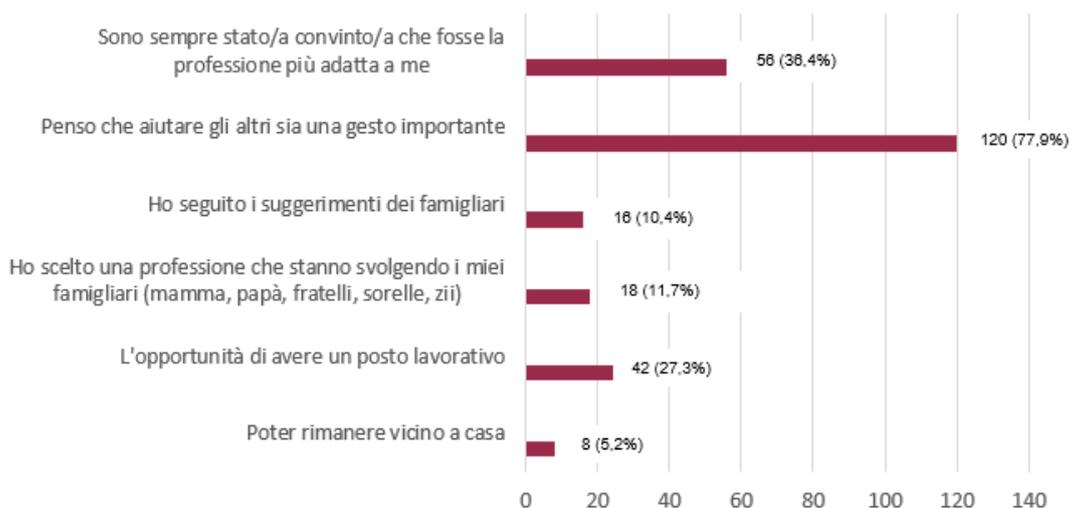
Da questo grafico possiamo osservare come la formazione acquisita prima dell'ingresso in ambito universitario sia molto variegata: il 46,8% ha frequentato studi scientifici, studi professionali per il 26%, mentre il 9,1% studi classici.

4. Mi sono iscritto al corso di studio in infermieristica ed era la mia:



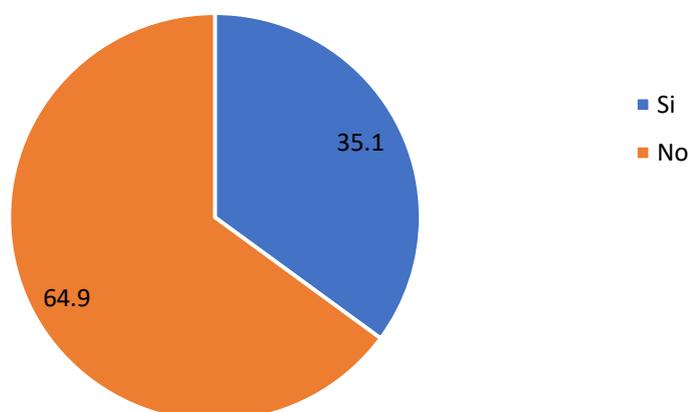
Circa l'85% degli studenti afferma che l'iscrizione al Corso di Studio in infermieristica è stata la loro prima e seconda scelta che si discostano di circa 2 punti in percentuale fra loro. Il restante 15,5% si colloca nelle altre due, sovrapponibili numericamente.

5. Mi sono iscritto al corso di studio in Infermieristica perché (anche più di una risposta):



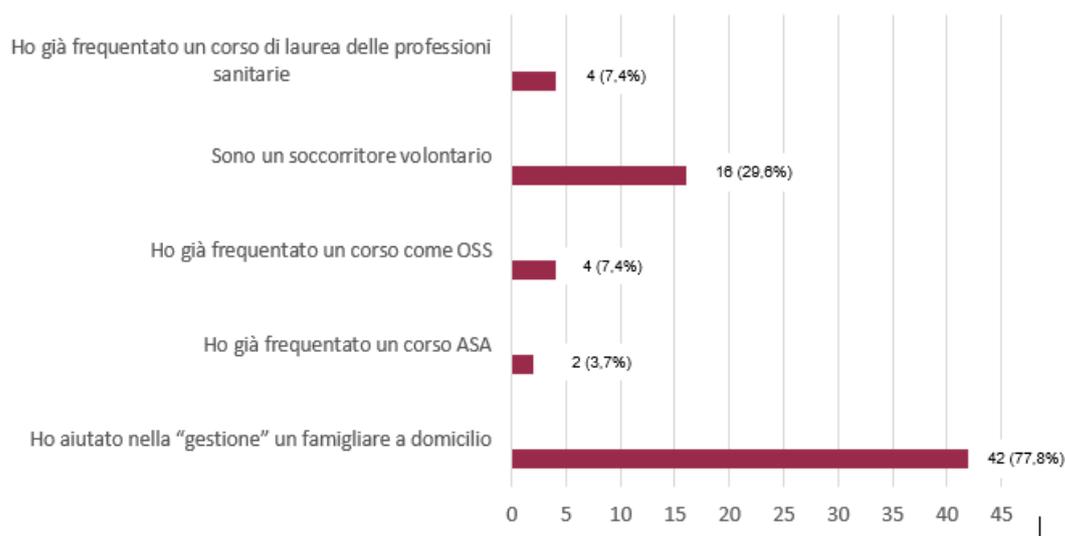
Le motivazioni della scelta del corso di studi si distribuiscono in modo non omogeneo sebbene appaia visivamente che il 77,9% dei rispondenti connota la propria scelta con: "penso che aiutare gli altri sia un gesto importante".

6. Ha avuto esperienze precedenti nella gestione di persone che necessitavano di assistenza di tipo sanitario?



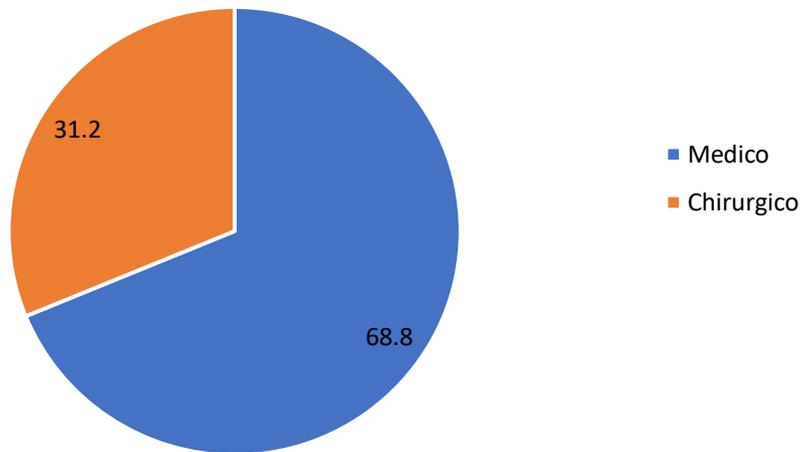
Il 64.9% degli studenti rispondenti sostiene di essersi approcciato alla professione infermieristica come soggetto alle prime armi, senza avere esperienze in ambito di assistenza di tipo sanitario.

Se SI (anche più di una risposta)



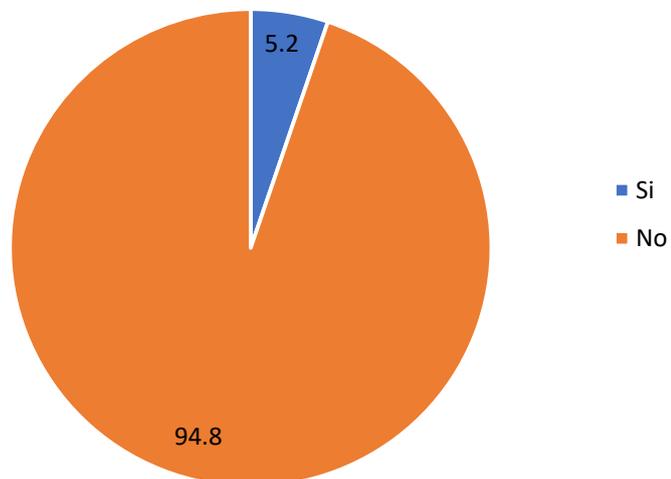
Il 35,1% degli studenti (54) afferma che ha avuto esperienze di contatto con persone che necessitavano di attività assistenziale e questo è avvenuto prima del loro l'ingresso in tirocinio; 42 di essi dichiara che questo è accaduto con un proprio familiare. Altri, sebbene in numero più esiguo hanno avuto modo di confrontarsi con la realtà assistenziale durante le loro esperienze formative o di volontariato.

7. La sua prima esperienza di tirocinio si è svolta in un reparto di ambito:



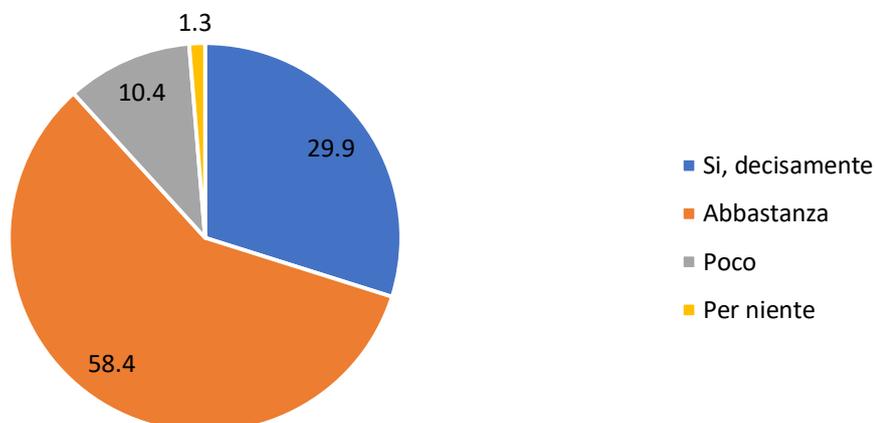
Per il 68.8% degli studenti rispondenti il primo reparto di tirocinio è stato un reparto di area medica.

8. è stata una sua scelta?



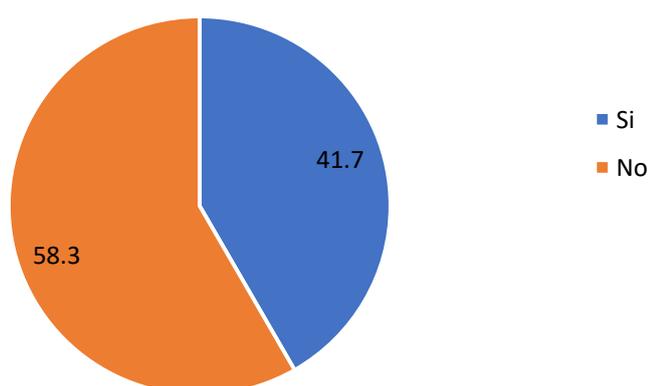
Circa il 95% dei rispondenti afferma che l'U.O. in cui ha svolto la propria esperienza di stage sia stata una sua scelta dettata dal personale del corso di studi, solamente il 5% è frutto di una scelta personale.

9. Secondo la sua opinione, le attività formative svolte in classe (lezioni, esercitazioni), l'hanno preparato per affrontare l'esperienza del tirocinio in reparto dal punto delle "competenze pratiche"?



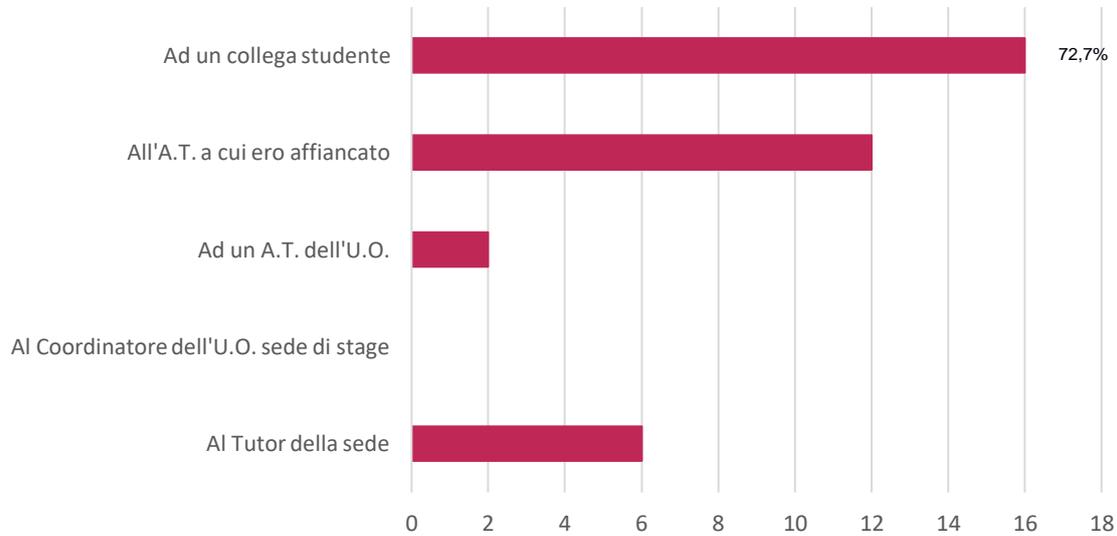
Complessivamente l'88.3% degli studenti si ritiene soddisfatto/abbastanza soddisfatto del grado di preparazione pratico conferitogli dalle attività formative svolte in classe; solo l'11.7% ritiene che queste attività siano state poco o per niente adatte.

10. (Se alla domanda precedente ha risposto: Poco/Per niente), ha comunicato a qualcuno questa sua sensazione di essere "non adeguatamente preparato"?



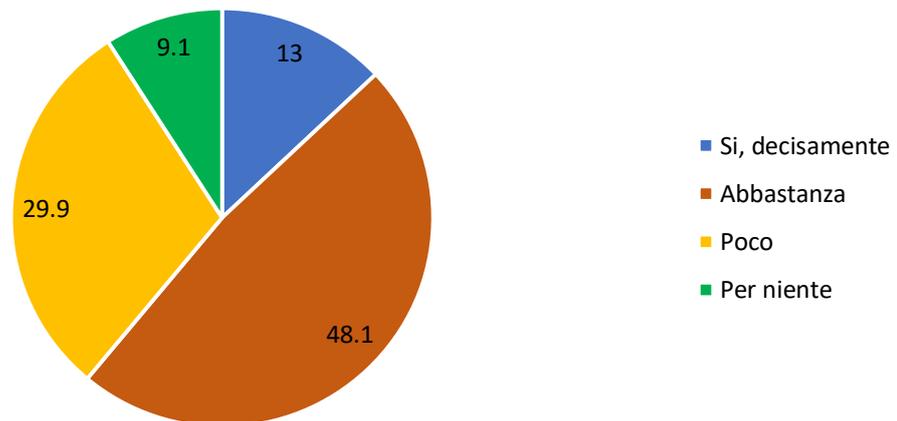
Più della metà degli studenti (58.3%) che hanno ritenuto le attività formative professionalizzanti svolte in classe non del tutto appropriate ha comunque deciso di NON comunicare questa "inadeguatezza".

10a. Se Sì (anche più di una risposta)



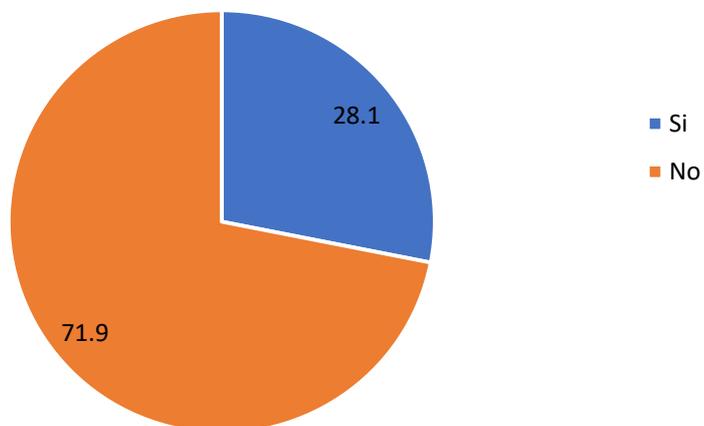
Gli studenti che invece hanno scelto di comunicare questa loro insoddisfazione hanno ritenuto maggiormente utile parlarne con alcuni colleghi studenti e con l'assistente di tirocinio a cui erano affiancati.

11. Secondo la sua opinione, le attività formative svolte in classe (lezioni, esercitazioni), l'hanno preparato per affrontare l'esperienza del tirocinio in reparto dal punto di vista emotivo?



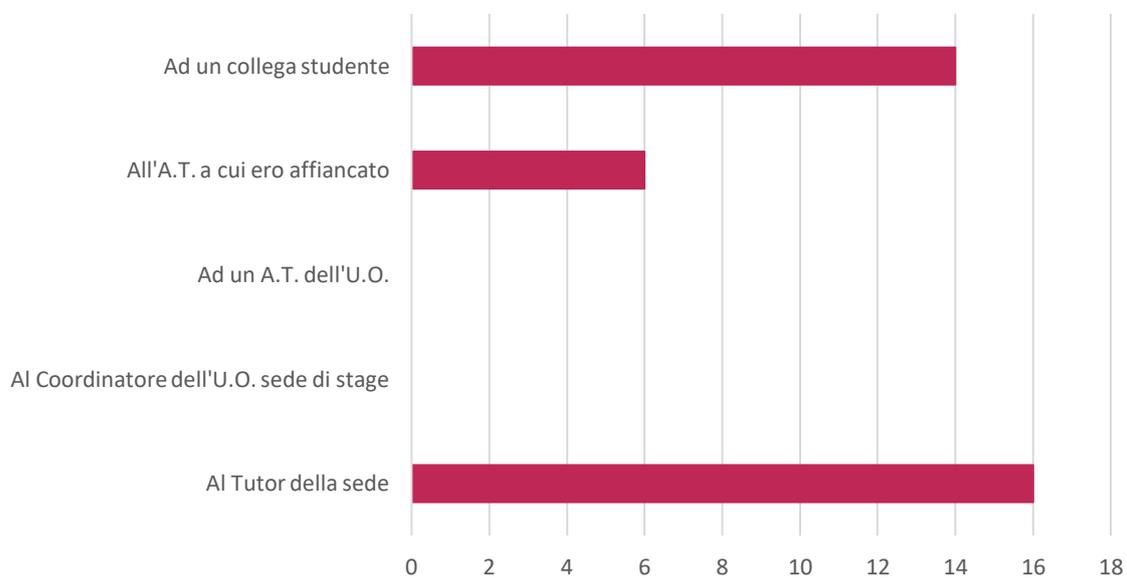
Come possiamo osservare rispetto al diagramma precedente, notiamo che il grado di preparazione a “reggere emotivamente” il primo impatto con la realtà ospedaliera, riferito dagli studenti in merito alle attività svolte in classe viene ritenuto utile/abbastanza utile dal 61.1% dei rispondenti.

12. (Se alla domanda precedente ha risposto: Poco / Per niente), ha comunicato a qualcuno questa sua sensazione di essere “non adeguatamente preparato”?



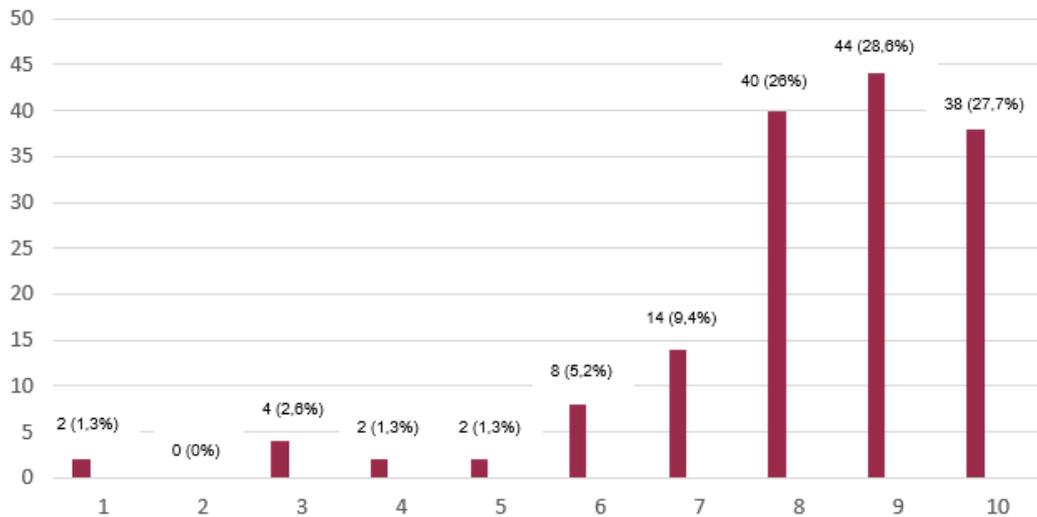
Anche in questo caso la maggioranza degli studenti (46) ha scelto di non comunicare questa sua impressione.

12a. Se Sì (anche più di una risposta)



Gli studenti (insoddisfatti) che hanno comunicato le loro impressioni lo hanno fatto principalmente ai propri compagni di corso e al proprio Tutor di sede.

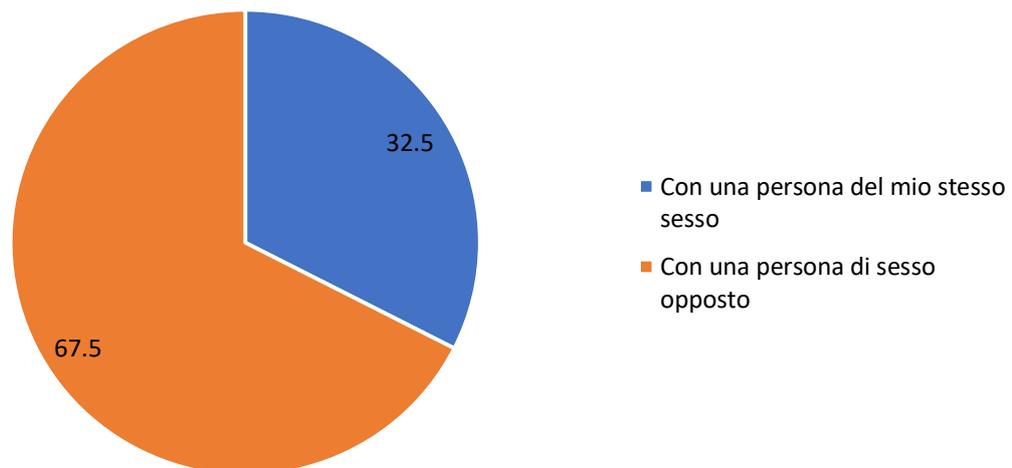
13. Esprimendo una valutazione che va da 1 a 10 (in cui 1 è il minimo) quanto si ritiene soddisfatto della sua esperienza di tirocinio?



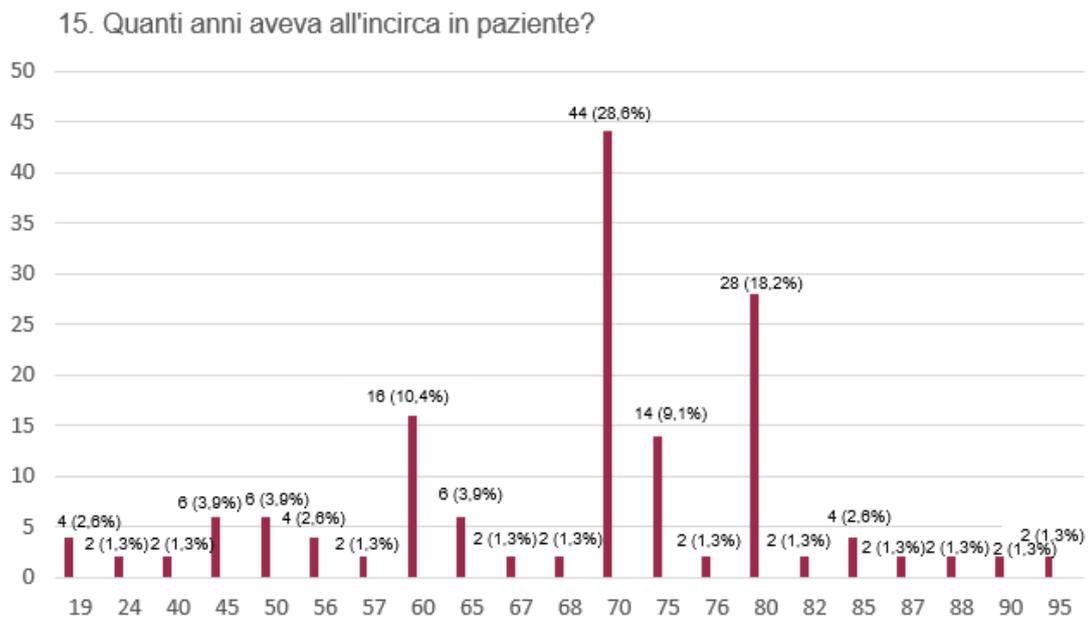
È possibile notare come il 94,9% degli studenti abbia valutato la propria esperienza di tirocinio con un voto pari o superiore a 5 su 10; le valutazioni al di sotto del 5 ricoprono circa il 5% del totale degli studenti.

Il grafico in oggetto evidenzia come il numero degli studenti che ha espresso una valutazione medio alta sia pari al 61%.

14. Il primo contatto con un paziente durante lo stage è avvenuto:

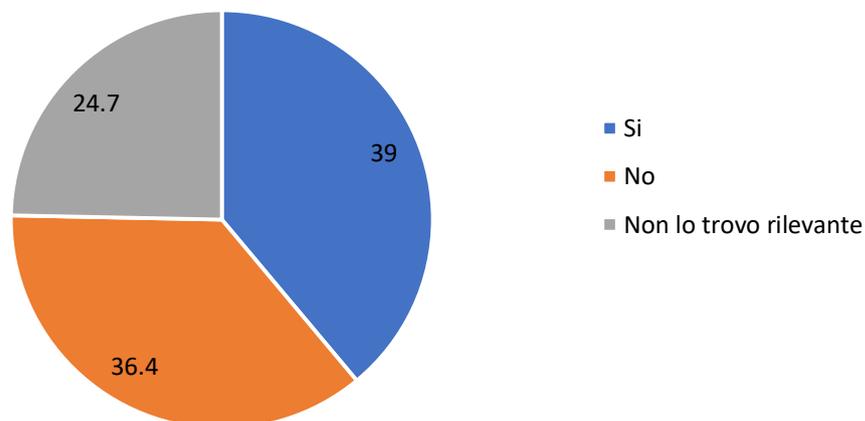


Il 67,5% dei rispondenti riferisce che il primo contatto è avvenuto con una persona di sesso opposto al proprio.



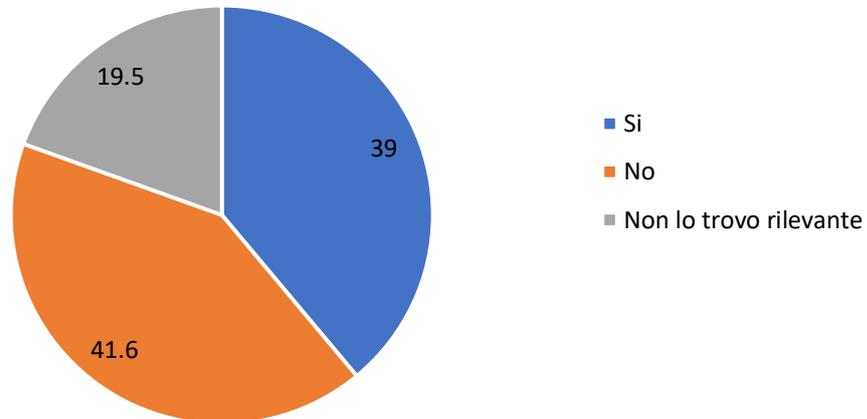
Le risposte date evidenziano come la prima esperienza di “primo contatto” sia avvenuta maggiormente con soggetti di un'età compresa fra i 70 e gli 80 anni.

16. Lei crede che la differenza di sesso presente tra studente e assistito possa influenzare la prima esperienza di contatto con il corpo del paziente?



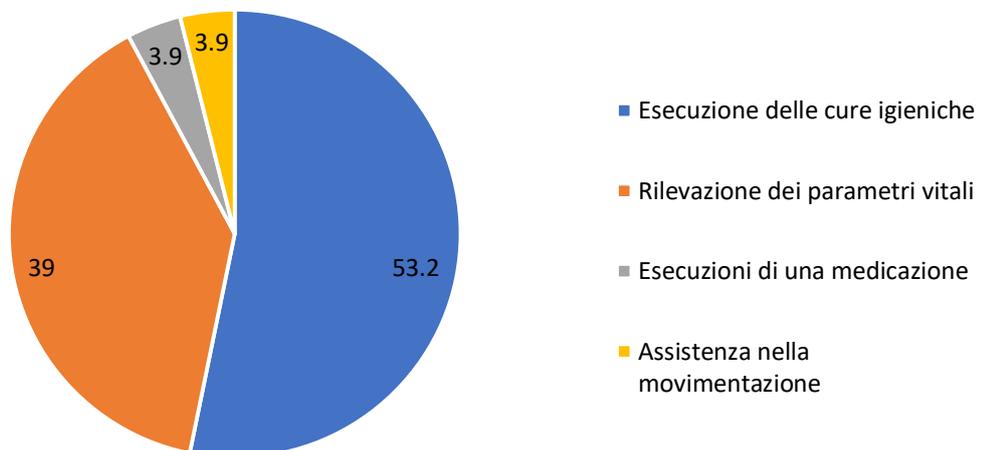
Il 39% degli studenti (maggioranza relativa) riferisce che la differenza di sesso possa influenzare la prima esperienza di contatto con il corpo del paziente.

17. Lei crede che la differenza di età presente tra studente e assistito possa influenzare la prima esperienza di contatto con il corpo del paziente?



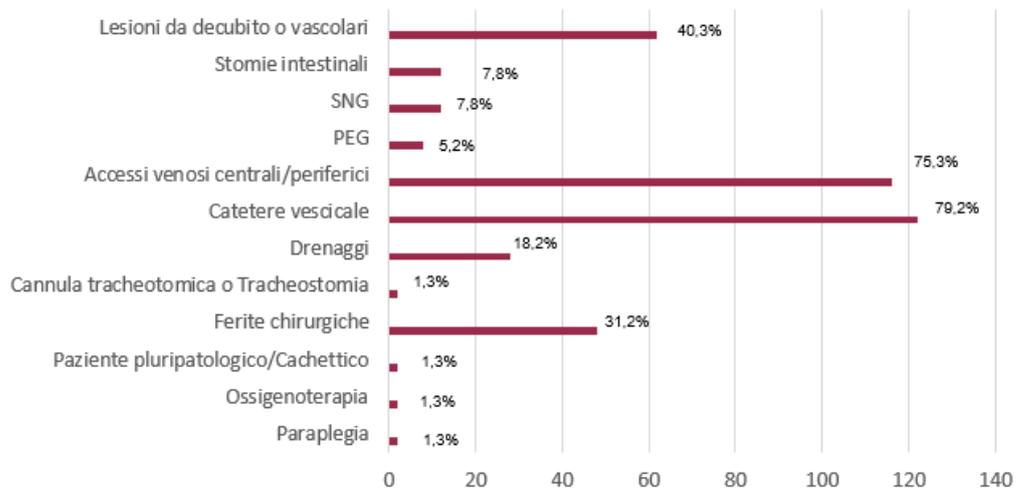
Allo stesso modo sempre il 39% degli studenti riferisce che la differenza d'età tra studente e paziente possa influenzare la prima esperienza di contatto.

18. In quale circostanza è avvenuto il suo primo contatto con il corpo del paziente?



Nella maggior parte dei casi (53.2%) il primo contatto è avvenuto durante l'esecuzione delle cure igieniche, nel 39% durante la rilevazione dei parametri vitali.

19. La prima volta che è entrato in contatto con un degente questi presentava (più risposte possibili):



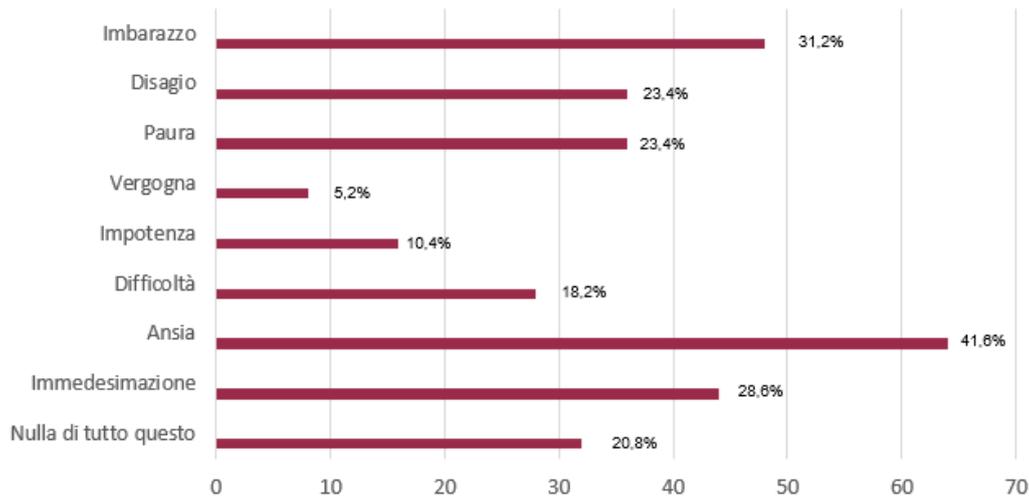
La situazione risulta essere molto variabile, anche se il grafico evidenzia come “gli accessi venosi centrali...” e il posizionamento/gestione del catetere vescicale siano le preponderanti.

20. La presenza di uno o più di uno di queste caratteristiche ha influenzato il suo contatto con il paziente?



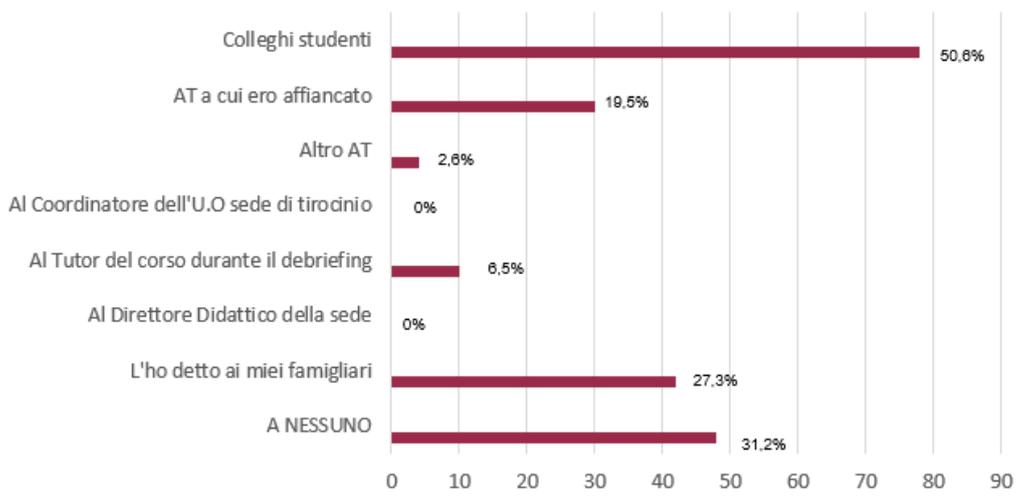
Osserviamo come la maggioranza di studenti sembra affermi di non aver trovato difficoltà nel gestire un paziente con le sopracitate caratteristiche (57.1%).

21. La prima volta che è entrato in contatto con il corpo "dell'altro" cos'ha provato? (anche più risposte)



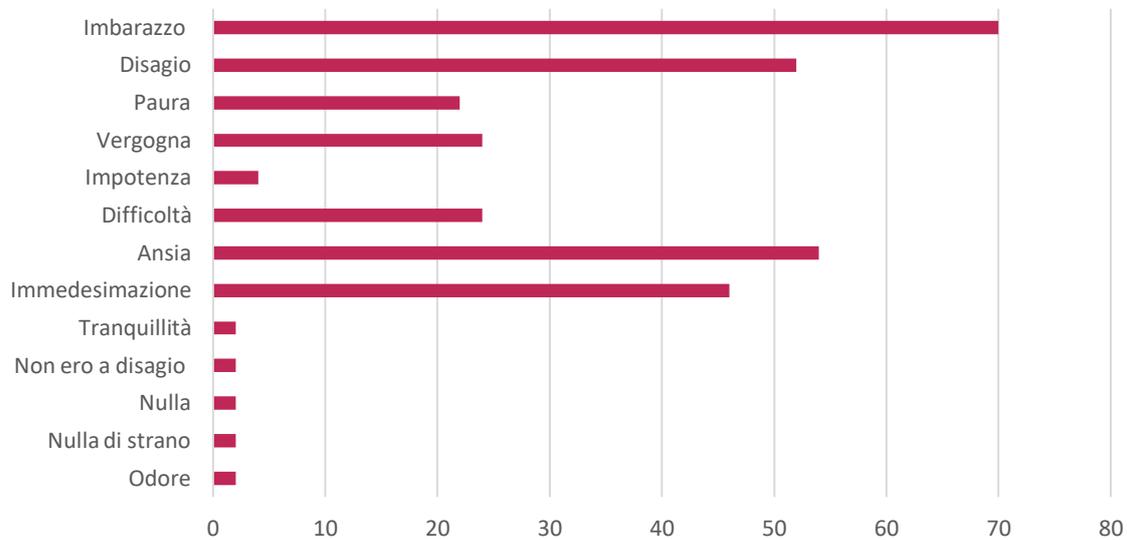
Solo il 20.8% degli studenti riferisce di non aver provato sentimenti rapportabili a quelli citati nella domanda la prima volta che è entrato in contatto con il corpo dell'altro.

22. Eventualmente, ha comunicato a qualcuno questo suo stato emotivo? (anche più risposte)



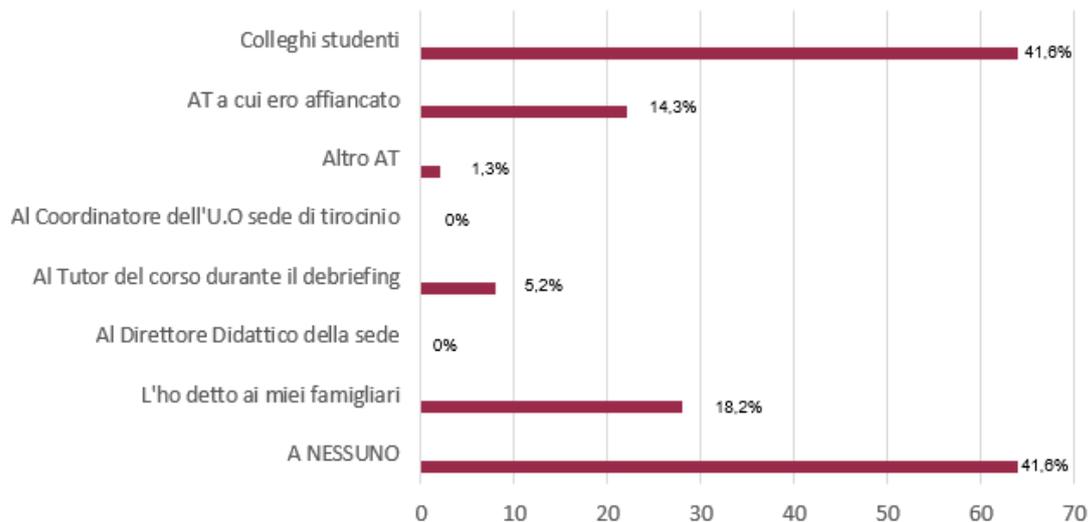
Come osservato precedentemente, gli studenti qualora presentino problematiche preferiscono far riferimento ai propri compagni di corso (50.6%) oppure al contrario, tendono a non comunicare le proprie situazioni di disagio.

23. Cosa ha provato la prima volta che ha eseguito una procedura intima (come l'igiene) su un paziente? (più risposte possibili)



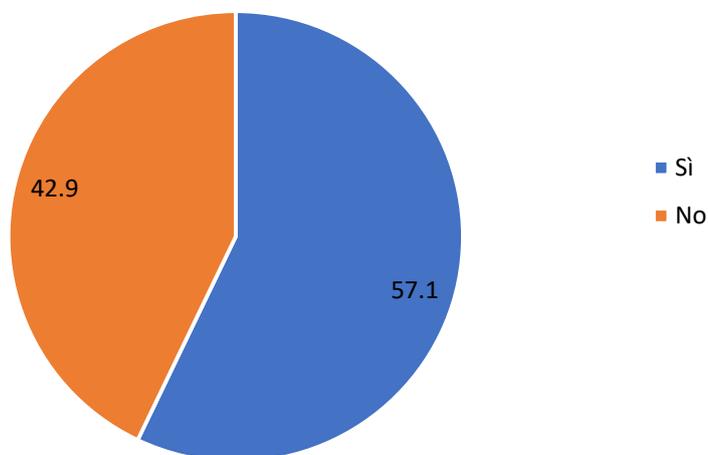
Le sensazioni maggiormente riferite dagli studenti alle prese con la prima esperienza di igiene del paziente sono imbarazzo (45.5%), ansia (35.1%) e disagio (33.8%).

24. Eventualmente, ha comunicato a qualcuno questo suo stato emotivo? (anche più risposte)



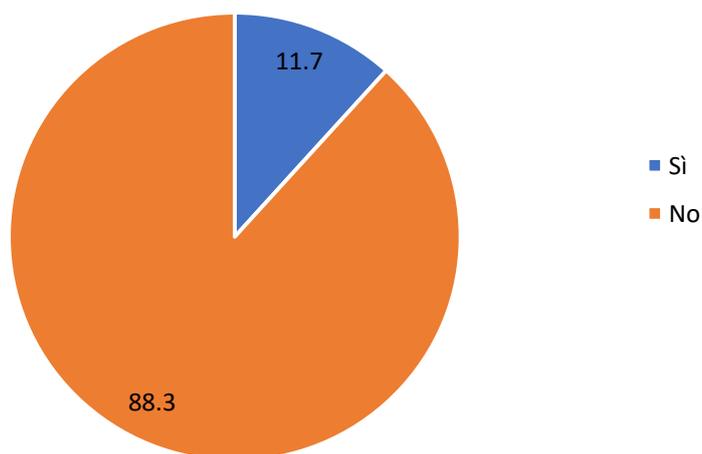
I dati raccolti evidenziano come gli indagati si attestino maggiormente su due “risposte” una riguarda il non riferire a nessuno, e l'altra il riferire al proprio “pari” con una percentuale identica pari al 41%.

25. Lei crede che le "sensazioni provate" abbiano influenzato le modalità con cui ha svolto la procedura?



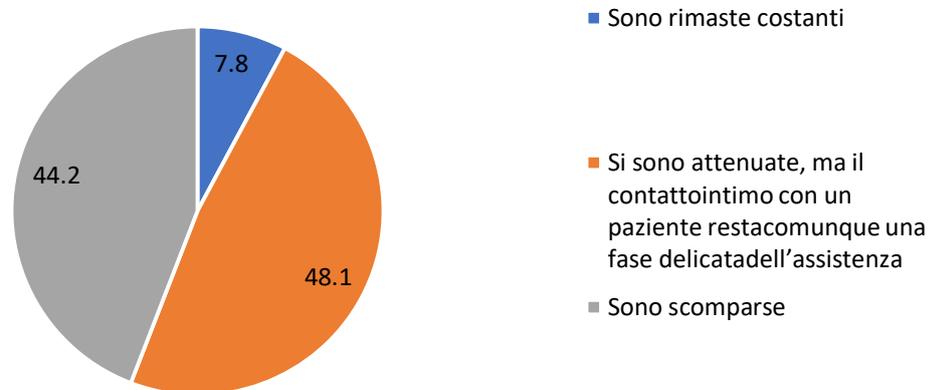
Il 57.1% degli studenti riporta che le sensazioni provate al momento dell'esecuzione dell'igiene abbiano in qualche modo influenzato le modalità di svolgimento della procedura.

26. Questo stato emotivo le ha fatto pensare anche solo per un attimo di "ritirarsi" e/o cambiare Corso di Studi?



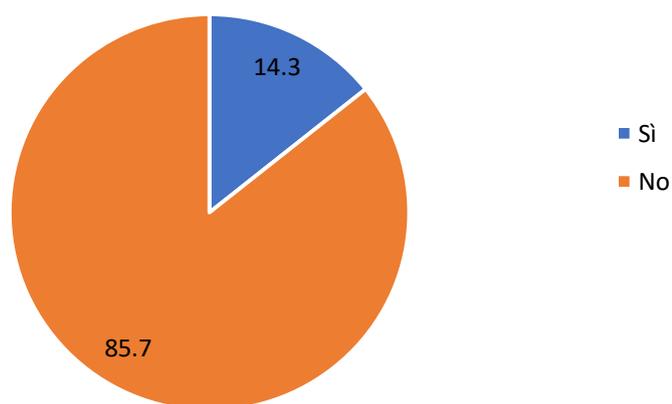
Soltanto l'11.7% degli studenti riferisce che lo stato d'animo provato in quelle circostanze gli abbia fatto pensare di non proseguire, ritirarsi e/o cambiare Corso di Studi.

27. Queste sensazioni (domande 21 e 23) sono rimaste costanti o si sono attenuate man mano che la sua esperienza nell'esecuzione della procedura migliorava?



Il 48.1% degli studenti, riporta che con il passare del tempo, le sensazioni citate nelle domande 21 e 23 (quali imbarazzo, vergogna, disagio...) si siano affievolite con l'acquisizione di maggiori competenze, ma definiscono comunque il momento del contatto con il paziente, una fase delicata dell'assistenza. Una piccola percentuale di studenti (7.8%) invece riferisce che le sensazioni di disagio sono rimaste costanti.

28. Eseguendo procedure di pratica assistenziale si è sentito osservato/giudicato dal paziente?



La maggior parte degli studenti (85.7%) riferisce che durante l'esecuzione della procedura non ha avvertito una sensazione di giudizio da parte del paziente.

28a. se SI perché...

Molto spesso alcuni pazienti, vedendomi come studentessa alle prime armi, si sono permessi di giudicare il mio operato

Perché percepivo l'imbarazzo del paziente davanti ad una ragazza con pochi anni in meno di lui

Perché notavano che ci mettevo tanto tempo rispetto ai colleghi infermieri

Perché il paziente osserva ogni cosa che si fa sul suo corpo

Perché sapevano che ero una tirocinante

Per le mie incertezze durante le pratiche

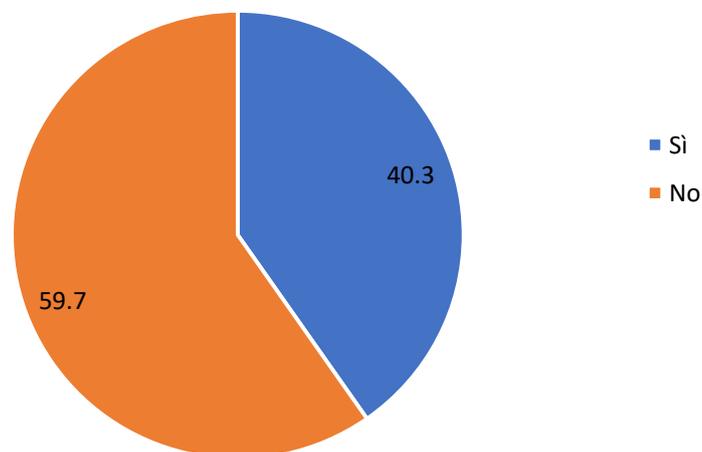
Perché la fiducia del paziente è direttamente proporzionata al ruolo che ricopriamo

per la mia giovane età

Perché la mia giovane età viene equiparata alla poca esperienza e alla poca bravura

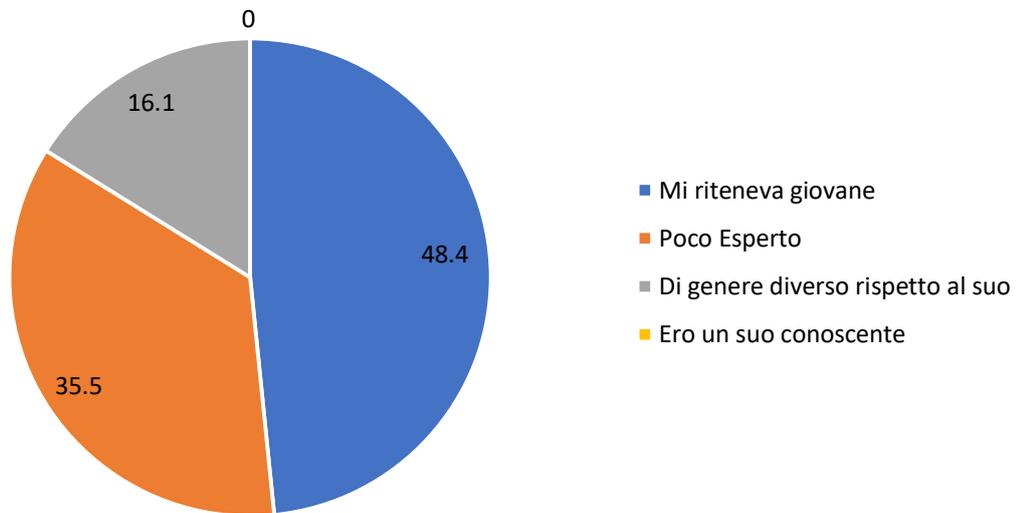
Sono state riportate fedelmente le risposte ottenute dai discenti.

29. Lei crede che l'assistito vedendola avvicinare (per la prima volta) per eseguire un'igiene intima si sia sentito a disagio?



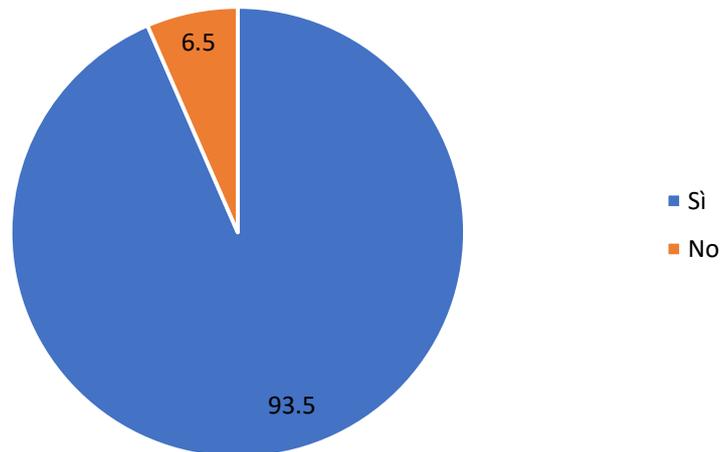
Il 59.7% degli studenti riferisce che in base alla loro opinione l'assistito non si sia sentito a disagio nel momento in cui questi si sono avvicinati per la prima volta per eseguire l'igiene intima.

29a. Se SI perché:



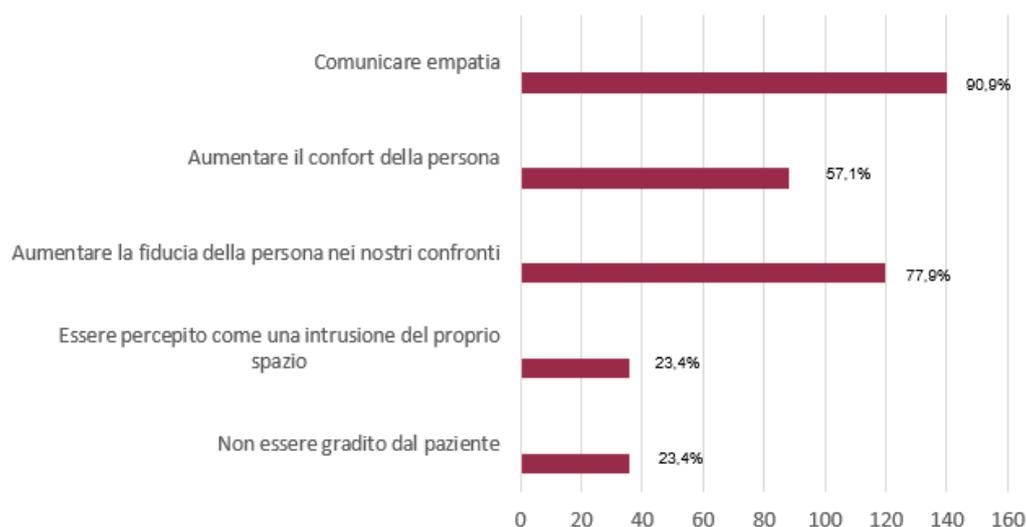
La percentuale degli studenti che alla domanda 29 ha risposto "SI", ovvero il 40.3%, motiva la propria risposta affermando che nella maggior parte dei casi il paziente li ha giudicati giovani (48.4%) e inesperti (35.5%).

30. Nella sua esperienza, le è capitato di osservare come il contatto fisico possa avere un effetto positivo sull'assistito?



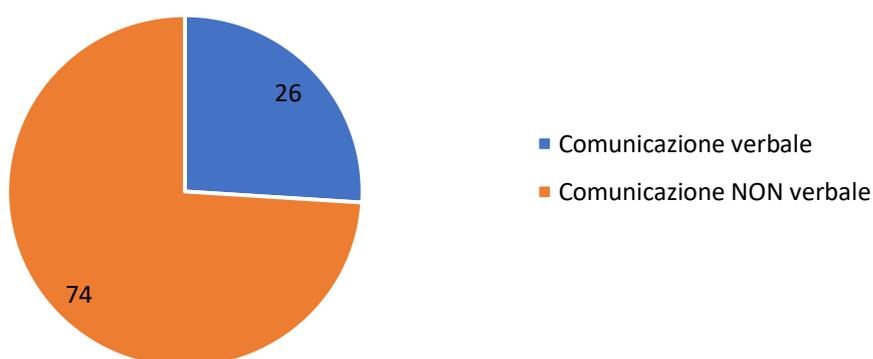
La maggioranza degli studenti (93.5%) ritiene, in base alla propria esperienza che il contatto fisico abbia un effetto positivo sul paziente.

31. Nella sua opinione il tocco potrebbe: (più risposte possibili)



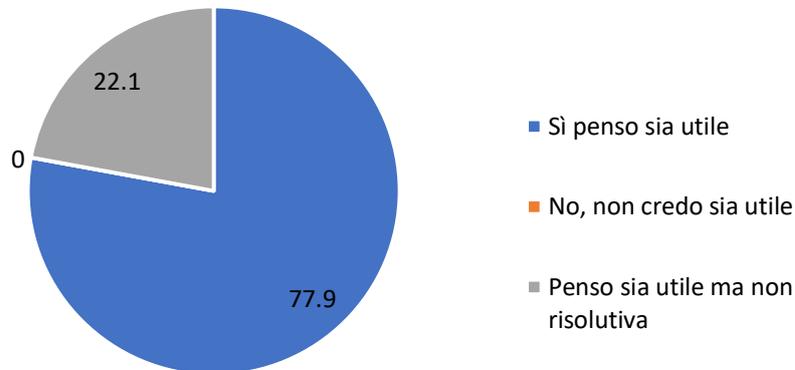
Secondo gli studenti il contatto ha la capacità di comunicare empatia (90%), aumentare la fiducia della persona nei nostri confronti (77.9%), aumentare il comfort della persona (57.1%), ma allo stesso tempo essere visto come una intrusione del proprio spazio (23.4%) e non essere gradito dal paziente (23.4%).

32. Crede che su un assistito abbia più effetto la comunicazione verbale o quella non verbale?



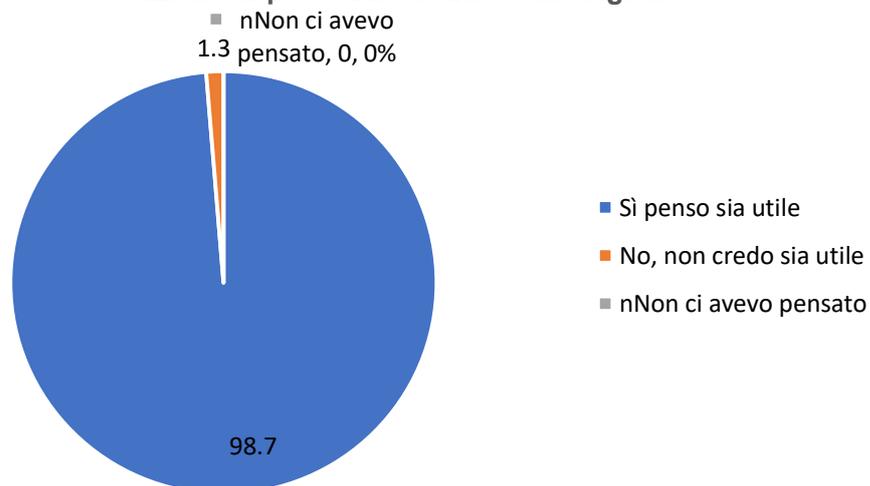
Il 74% degli studenti crede che la comunicazione NON verbale, qualunque sfaccettatura essa possa assumere abbia maggior effetto sull'assistito.

33. Secondo lei informare il paziente rispetto alla procedura che si sta implementando può essere utile a ridurre l'ansia e l'imbarazzo che si vengono a creare?



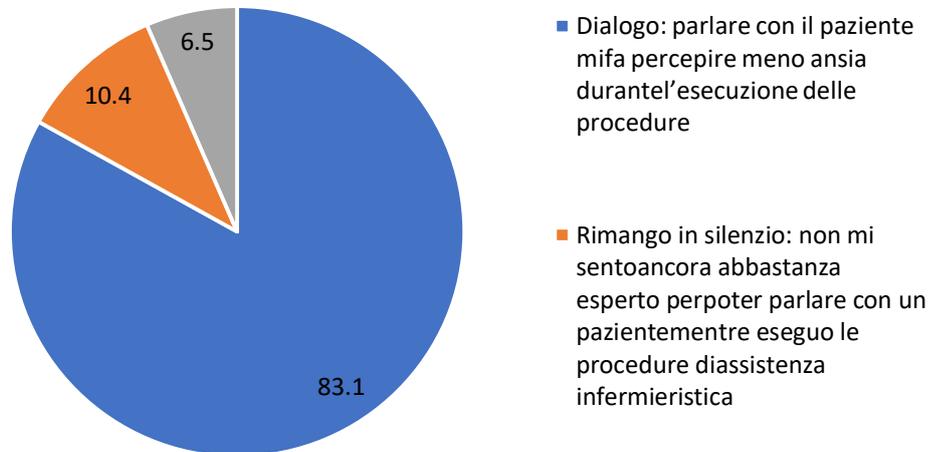
Il 77.9% degli studenti pensa che garantire un'accurata informazione al paziente, possa essere un fattore riduttivo di sensazioni quali ansia e imbarazzo che si vengono a creare durante l'esecuzione di una procedura; il restante 22.1% degli studenti attribuisce la sua utilità all'informazione, definendola comunque "non risolutiva".

34. Secondo lei il dialogo con il paziente può essere utile a ridurre l'ansia e l'imbarazzo che si vengono a creare ad esempio durante l'esecuzione di procedure intime come l'igiene?



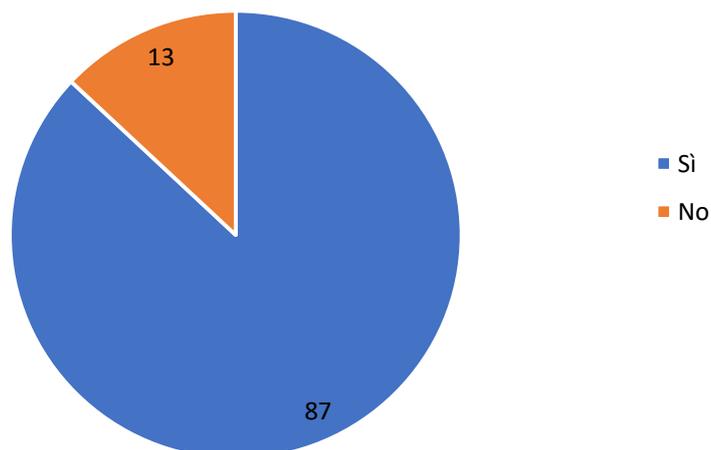
Dal grafico della domanda 34 possiamo osservare come la quasi totalità degli studenti (il 98.7%), identifichi nel dialogo un buon metodo per ridurre ansia ed imbarazzo durante l'esecuzione di procedure intime quali l'igiene.

35. Personalmente mi sento più a mio agio, mentre eseguo una procedura con il paziente se:



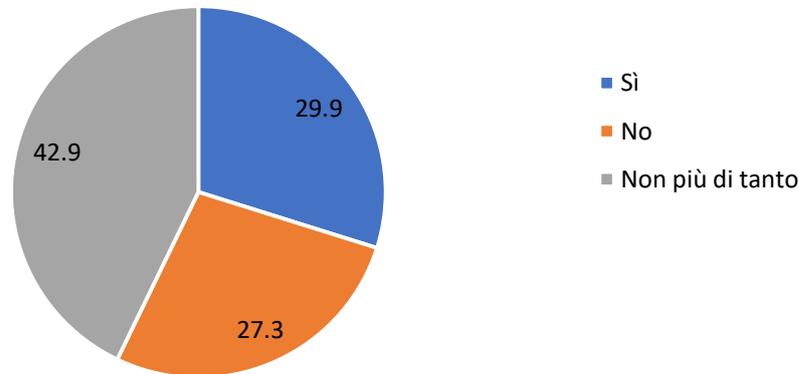
Collegandoci direttamente alla domanda precedente, l'83.1% degli studenti afferma di dialogare con il paziente durante l'esecuzione di una procedura per sentirsi a proprio agio; il 10.4% degli studenti invece afferma di rimanere in silenzio per mancanza di esperienza.

36. Secondo lei, il tocco del corpo fisico, può avere effetto anche sull'anima?



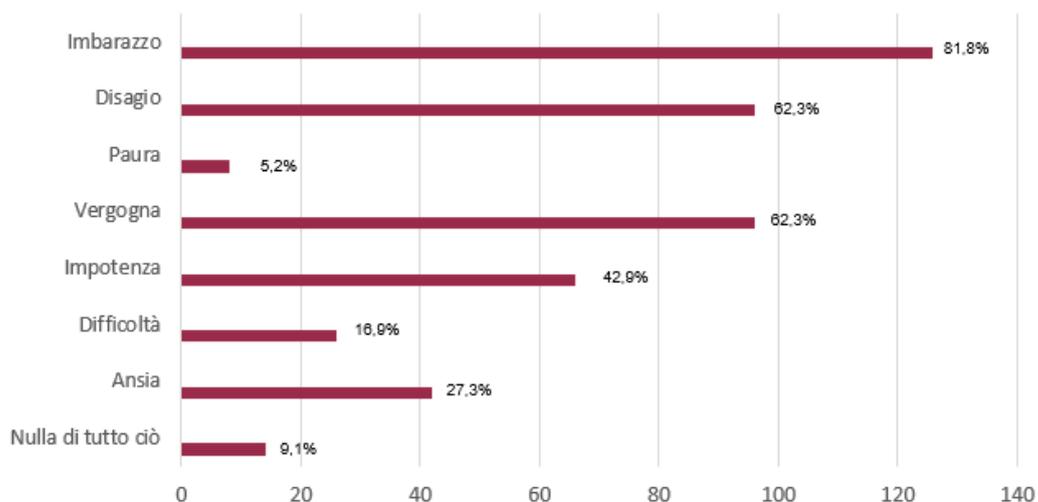
L'87% dei rispondenti pensa che il tocco possa avere effetto anche sull'anima.

37. Se lei fosse un paziente, la disturberebbe il fatto che una persona estranea (come l'infermiere) entri nella sua sfera fisica e psicologica/emotiva?



Rovesciando la situazione, e ponendo gli studenti nella situazione di essere loro stessi dei pazienti, il 42.9% degli studenti riferisce che in quella circostanza non si sentirebbe disturbato in maniera eccessiva dall'ingresso dell'infermiere nella sua sfera fisica ed emotiva. Viceversa, rispettivamente il 27.3% afferma che l'attività dell'infermiere non li infastidirebbe e il 29.9% invece sarebbe notevolmente disturbato dall'infermiere.

38. Se lei fosse un paziente, cosa proverebbe nel dover ricevere aiuto durante l'esecuzione di una procedura intima (come l'igiene)?



Le sensazioni maggiormente riportate dagli studenti, rispetto al "mettersi nei panni del paziente" sono: imbarazzo (81.8%), disagio e vergogna (62.3%), impotenza (42.9%) e ansia (27.3%).

39. Se lei fosse un paziente quale accorgimento gradirebbe che l'infermiere adottasse per lenire "l'imbarazzo" nel mostrare il proprio corpo ed essere "toccato"?

TIPOLOGIA DI RISPOSTA	N. DELLE RISPOSTE
DIALOGO/SPIEGAZIONE DELLE PROCEDURE/ COINVOLGIMENTO	100
NON SO/NULLA	10
RISPETTO, PRIVACY E MICROCLIMA	14
EMPATIA/IMMEDESIMAZIONE/ NON GIUDICANTE APPROCCIO	22
UGUAGLIANZA DI GENERE	4
LIMITARE IL CONTATTO, RIDURRE LE TEMPISTICHE	4
TOTALE RISPOSTE	154

CAPITOLO 4

CONCLUSIONI

Come si evince anche dai capitoli precedenti, la domanda di ricerca che ha guidato questa mia indagine era:

“Quali emozioni, sentimenti, paure ha provato uno studente alla sua prima esperienza di tirocinio quando è venuto a contatto con il corpo della persona assistita?”

A tal fine, dopo aver interrogato le diverse Banche dati, a disposizione di noi studenti, sulle varie tipologie di tocco e sulla loro utilità in ambito assistenziale, è stata condotta un'indagine di tipo quantitativo tramite la somministrazione di un questionario agli studenti iscritti e frequentanti il primo anno del CdS in Infermieristica dell'Università degli Studi di Brescia.

Il questionario, sviluppato sulla base dell'articolo *“L'esperienza degli studenti in Infermieristica al primo contatto con il corpo dei malati: una ricerca qualitativa”* (Garrino, Bissati, Brandino, Conti), è stato testato (vedi CAPITOLO 2 Materiali e Metodi) e distribuito agli studenti tramite la piattaforma digitale *Google Forms*®, grazie alla collaborazione dei Direttori didattici delle Sedi del corso di studio in Infermieristica (Brescia, Chiari, Cremona, Desenzano d/G, Esine e Mantova).

È stata garantita la possibilità di compilare il questionario nel periodo 31/07/2021 – 30/09/2021, mantenendo l'anonimato di tutti gli studenti. Al termine del periodo citato i rispondenti sono stati 154.

Molteplici sono le riflessioni che possono essere poste all'attenzione riguardo al tocco: possiamo osservare come esistano molte tipologie di tocco utilizzate in ambito infermieristico e più in generale in ambito assistenziale, ognuna delle quali presenta delle caratteristiche proprie, che conferiscono a quella tecnica un'esclusività e una appropriatezza uniche per il suo utilizzo.

Possiamo quindi apprezzare come, grazie all'incedere degli studi, il tocco stia acquisendo un significato sempre più profondo, che non limita l'infermiere

all'esecuzione di procedure tecniche, ma lo inserisce nel più ampio contesto del percorso di cura che l'assistito e l'infermiere condividono.

Per quanto riguarda l'indagine sugli studenti del primo anno possiamo evidenziare che: I risultati ottenuti dai questionari compilati hanno mostrato una forte prevalenza di studentesse (circa l'83% sul totale degli studenti, per un totale di 128 studenti femmine e 26 maschi) e un'importante variabilità sia dal punto di vista dell'età degli studenti, che della formazione scolastica acquisita precedentemente all'iscrizione al corso universitario. Non dobbiamo dimenticare che questo rapporto maschi/femmine è anche quello che vige negli iscritti al primo anno nelle diverse sedi.

Un altro dato che fornisce ottimi spunti di riflessione riguarda le motivazioni che hanno spinto gli studenti a iscriversi al CdS in Infermieristica: il 77,9% dei rispondenti asserisce di aver scelto di frequentare il suddetto corso poiché ritengono che "aiutare gli altri sia un gesto importante". Degli stessi indagati il 64,9% riferisce di aver avuto esperienze precedenti nella gestione di persone che necessitavano di assistenza di tipo sanitario; di questi ben il 77,8% riferisce che l'aiuto svolto è avvenuto nella "gestione domiciliare di un familiare". La domanda che sorge spontanea e che spesso accompagna l'opinione pubblica è quanto ha influito la pandemia COVID_19 sulla scelta di questa professione? Infatti, più volte i media hanno pubblicizzato il ruolo attivo e performante dei professionisti medici e infermieri nella gestione delle persone affette da questa infezione anche a rischio della loro incolumità.

Per ciò che concerne il percorso formativo universitario e lo svolgimento del tirocinio clinico (prevalentemente in area medica), gli studenti riferiscono che il grado di preparazione acquisito dalle lezioni teoriche, dalle esercitazioni e dai corsi volti all'acquisizione delle competenze pratiche, garantisca il conseguimento ottimale di queste, con una percentuale di soddisfazione che si attesta intorno all'80%. Lo stesso discorso non vale per le competenze emotive; queste, infatti, vedono una percentuale di soddisfazione negli indagati di circa il 60%; una differenza di circa 20 punti in percentuale rispetto al quesito precedente. Paragonando i dati ottenuti rispetto alla soddisfazione percepita dagli studenti e

confrontandoli con il sesso dei rispondenti si nota che complessivamente gli studenti di sesso maschile risultano più soddisfatti di quanto proposto e realizzato dal personale del Corso di studio prima del loro ingresso nelle UU.OO. Deputate allo stage.

Un altro dato che emerge, se si confrontano le risposte ottenute riguardo la “preparazione emotiva” con il sesso degli studenti ed il loro percorso di studio precedente a quello universitario è molto significativo; infatti è possibile affermare che le studentesse che hanno riferito di sentirsi non “adeguatamente preparate a livello emotivo”, avevano frequentato studi scientifici e professionali in precedenza, mentre le studentesse con formazione in ambito “socio-sociale” si sono sentite maggiormente pronte ad affrontare il contatto con l’assistito.

Un altro fattore molto interessante è la presenza di una buona parte di studenti che avevano già avuto esperienze nella gestione di persone che necessitavano di assistenza di tipo sanitario (35,1%); in generale gli studenti (sia maschi che femmine) che avevano avuto esperienza come soccorritore volontario, come OSS/ASA e che avevano già frequentato un corso di laurea delle professioni sanitarie riferiscono di essersi sentiti pronti/abbastanza pronti dal punto di vista della gestione dell’assistenza sanitaria, per contro, alcune problematiche sono state riscontrate tra gli studenti (soprattutto femmine) che come esperienza pregressa avevano aiutato nella gestione domiciliare di un familiare.

Questa differenza abbastanza consistente potrebbe essere causata dal fatto che ogni soggetto è un’entità a sé stante, che presenta proprie caratteristiche soggettive e distintive, grazie alle quali uno studente potrebbe essere per natura predisposto all’interazione con gli utenti, mentre un altro potrebbe avere la necessità di sforzarsi maggiormente per farsi coinvolgere a pieno all’interno del percorso di cura ed assistenza condiviso con il paziente.

In ogni caso, il grado di soddisfazione espresso dagli studenti in merito al proprio tirocinio è molto positivo (più del 90% dei tirocinanti ha espresso un giudizio pari o superiore a 5 su 10 per la propria esperienza di tirocinio).

Osservando i risultati è possibile notare come un grado di soddisfazione elevato (con voti da 5 a 10) dalla prima esperienza di tirocinio venga espresso da

maschi e femmine in maniera pressoché uguale; per quanto riguarda le valutazioni negative invece, nonostante il rapporto di insoddisfazione sia di 2 maschi su 6 donne, sono gli uomini ad assegnare alla propria esperienza di tirocinio i voti più bassi.

Per quanto riguarda il concetto di “primo contatto” in sé, il 67,5% degli studenti riferisce di essersi rapportato con un assistito di sesso opposto al proprio e, nella maggior parte dei casi con assistiti di età compresa tra i 70 e gli 80 anni, in una cornice all’interno della quale la differenza di sesso e di età vengono considerati fattori influenzanti la propria esperienza di contatto con il copro dell’altro.

Il primo contatto tra pazienti e studenti avviene nella maggior parte dei casi al momento delle cure igieniche (53,2%) e della rilevazione dei parametri vitali (39%); per quanto riguarda i degenti la situazione analizzata è molto variabile, anche se la presenza di accessi venosi centrali/periferici e il posizionamento/gestione del catetere vescicale risulta essere preponderante. La presenza di altre situazioni come, ad esempio, ferite chirurgiche (31,2%), lesioni da decubito/vascolari (40,3%) oppure stomie intestinali (7,8%), oltre a verificarsi in maniera ridotta potrebbe dipendere dall’U.O. sede del tirocinio.

In ogni caso la presenza di una o più di una di queste caratteristiche non sembrano aver influenzato il contatto studente-paziente (57,1%).

Nel momento in cui è stato chiesto agli studenti di descrivere quali sentimenti avessero provato entrando in contatto per la prima volta con il corpo “dell’altro” (Domanda n. 21), la maggioranza degli studenti ha riferito di aver provato Ansia (41,6%), Imbarazzo (31,2%) e Immedesimazione (28,6%).

In merito alla situazione di primo contatto con il corpo “dell’altro”, facendo una distinzione sulla base del sesso degli studenti possiamo evincere che:

- ~ Le sensazioni riportate dalle studentesse sono: Ansia (42,19%), Imbarazzo (29,69%), Immedesimazione (26,56%), Disagio (23,43%), Paura (21,87%), Difficoltà (18,75%), Impotenza (7,8%) e Vergogna (4,68%)
- ~ Le sensazioni riportate dagli studenti maschi sono: Imbarazzo, Ansia ed Immedesimazione (38,46%), Paura (30,8%), Disagio e Impotenza (23%), Difficoltà (15,4%) e Vergogna (7,7%)

- ~ La percentuale di studentesse che non ha provato sensazioni spiacevoli (18,75%) è inferiore rispetto agli studenti maschi che hanno espresso lo stesso concetto (30,8%)
- ~ Del 20,8% degli studenti che non ha provato sensazioni spiacevoli durante il primo contatto con il paziente, il 19,2% aveva già avuto esperienze di assistenza aiutando la propria famiglia nella gestione di un caro al domicilio

Nonostante queste sensazioni spiacevoli fossero presenti al momento del primo approccio con il paziente e durante l'esecuzione di procedure intime (come l'igiene), successivamente gli studenti riferiscono una riduzione o addirittura una scomparsa di queste sensazioni; è interessante notare come del 7,8% dei rispondenti che riferisce che le sensazioni quali disagio, paura e imbarazzo siano rimaste costanti, la quasi totalità sia costituita da studenti femmine (2 maschi su 10 donne). Riferendoci sempre a questa percentuale possiamo inoltre affermare che nessuno degli studenti avesse avuto esperienze pregresse di gestione domiciliare di un familiare.

Un altro aspetto importante che emerge dai dati raccolti è sicuramente quello legato allo scambio di opinioni e la condivisione di esperienze tra studenti e tra studenti e assistenti di tirocinio, di fondamentale importanza per la formazione del futuro professionista. A conferma di questa tesi, osservando i dati ottenuti possiamo evidenziare come solamente una percentuale molto bassa di studenti decida di confrontarsi con i propri Tutor di sede in caso di difficoltà o in caso di presenza di "sentimenti spiacevoli" durante l'esecuzione delle pratiche assistenziali; nonostante il personale delle diverse sedi da molti anni svolga attività di briefing e de-briefing; questo (forse) perché il confronto diretto con una persona che ricopre il nostro stesso ruolo, oppure con un assistente di tirocinio con cui il rapporto che si viene a creare è meno formale che in ambito accademico, viene vissuta in maniera meno ufficiale e non giudicante dallo studente.

Altro dato strettamente connesso con le sensazioni negative riguarda la consapevolezza dello studente che queste possano aver influito in maniera negativa sulla buona riuscita dell'intervento infermieristico messo in atto; questo perché nel momento dell'esecuzione di una procedura caratterizzata da un certo grado di

invasività, se lo studente non si sente completamente a suo agio può avere l'impressione di aver eseguito la procedura in modo errato o poco preciso.

Questo stato emotivo, secondo l'opinione di alcuni studenti (11,7% del totale) è stato così impattante da avergli fatto pensare anche solo per un attimo di "ritirarsi" e/o cambiare corso di studi.

Gli studenti riferiscono come il contatto abbia la capacità di comunicare empatia (90%), aumentare la fiducia della persona nei nostri confronti (77.9%), aumentare il comfort della persona (57.1%), ma allo stesso tempo essere visto come una intrusione del proprio spazio (23.4%) e non essere gradito dal paziente (23.4%); un altro dato che emerge, e ritenuto interessante a parere di chi scrive, è la comunicazione NON verbale, ritenuta dalla maggioranza assoluta (e trasversale agli studenti di sesso maschile e femminile), molto importante tanto da ritenere che possa avere un effetto maggiore sull'assistito rispetto a quella verbale.

I rispondenti al questionario hanno inoltre riferito come il dialogo con il paziente, oltre ad essere importante per acquisire la fiducia del paziente e ancora di più per renderlo partecipe attivo nel processo assistenziale pianificato (domanda N. 35 83,1%), sia anche un ottimo metodo per alleviare l'ansia e l'imbarazzo che si vengono a creare in situazioni quali l'igiene intima (98,7%).

Nell'87% degli intervistati, il contatto viene considerato anche come fattore benefico sull'anima, in grado di alleviare non solo le sofferenze fisiche, ma anche di lenire le sofferenze dello spirito.

Quando viene chiesto allo studente di immedesimarsi nei panni di un paziente, al quale un infermiere si deve avvicinare per la prima volta per l'esecuzione di una procedura intima, molta importanza viene data al dialogo che secondo la maggioranza deve essere volto alla spiegazione della procedura che si è intenzionati a svolgere. Alla stessa stregua gli indagati evidenziano come la comunicazione infermiere-utente permetta di coinvolgere il paziente ed instaurare con lui un rapporto di fiducia e allo stesso tempo a rivolgere l'attenzione ad altre tematiche (distrarlo). Questo a parer mio dimostra come gli studenti del CdS di Infermieristica, nonostante siano alle prime esperienze dal punto di vista del tirocinio clinico, abbiano ben chiaro il concetto di percorso di cura come percorso condiviso

tra paziente e studente/infermiere, in cui avviene un reciproco scambio tra gli attori dell'interazione.

In conclusione, alla luce di quanto ho potuto apprendere in questi 3 anni di percorso universitario, e dai feedback che ho ricevuto dai miei colleghi del primo anno, sono convinta che il grado di preparazione fornito dai corsi sulle competenze pratiche, prepari adeguatamente noi studenti ad affrontare le situazioni con le quali entreremo in contatto durante il tirocinio clinico. Dal punto di vista emotivo, nonostante le conoscenze messe a disposizione dai docenti durante le ore di lezione teorica abbiano un buon livello, penso che la componente emotiva soggettiva dello studente giochi un ruolo fondamentale nell'interazione con l'assistito e nell'approcciarsi al contatto con la persona "malata". Allo stesso tempo credo che in alcune circostanze particolari, quali ad esempio l'esecuzione di procedure intime come l'igiene, una persona, e nello specifico uno studente alle "prime armi", seppure affiancato dall'assistente di tirocinio, nella maggior parte dei casi non si senta mai adeguatamente preparato a gestire ed eseguire procedure con un tale grado di "intrusione dell'intimità", soprattutto quando anche la dimestichezza nella gestione della situazione è ancora acerba.

Nel mio caso quelle sensazioni di disagio ed intrusione nell'entrare in contatto con il corpo di una persona, che erano presenti all'inizio del mio percorso di studi, si sono affievolite con il passare del tempo, permettendomi di apprezzare ogni singolo istante passato a contatto con i pazienti.

Questo spazio lo dedico alle persone che, con il loro supporto, mi hanno aiutato in questo meraviglioso percorso, che termina oggi con la mia Laurea, e comincia domani con la mia carriera da Infermiera.

Ringrazio il mio relatore nonché Coordinatore didattico ASST di Valcamonica sede di Esine, il Dr. Polonioli Gianandrea per la sua pazienza, per i suoi consigli, per le conoscenze trasmesse non solo durante la stesura dell'elaborato, ma anche e soprattutto durante tutto il mio percorso di studi universitario.

Grazie per avermi spronato a dare sempre il massimo e a non accontentarmi mai.

Ringrazio la mia Tutor pedagogica Dr.ssa Baiguini Isabella per la disponibilità che ha sempre dimostrato nei miei confronti, e che in ogni momento ha cercato di assecondare qualsiasi necessità si presentasse.

Ringrazio tutti gli assistenti di tirocinio ai quali ho avuto la fortuna di essere affiancata in questi anni, infermiere e infermieri fantastici, che oltre al loro "saper fare" l'infermiere, mi hanno insegnato soprattutto il loro "saper essere" un buon infermiere.

Vi porterò tutti nel cuore e vi ricorderò sempre con grande affetto e stima.

Grazie a mia mamma Annamaria e mio papà Gian Mario, grazie per avermi dato la possibilità di portare avanti il mio percorso di studi; grazie per avermi sostenuto in ogni mia scelta, grazie per avermi supportato sempre, anche nei momenti più difficili.

Spero che oggi guardandomi, possiate essere orgogliosi di me.

Un ringraziamento va anche a mio fratello Mattia, che con la sua ironia ha alleggerito le mie giornate di studio e che con il suo affetto mi ha fatta sempre sentire all'altezza delle mie aspettative.

Grazie, perché con la tua allegria hai portato il sole anche nei giorni più bui.

Ringrazio la mia famiglia, le mie nonne e i miei zii per aver gioito dei miei successi e per avermi fatta rialzare quando mi sono inciampata.

Ringrazio Gloria, Fabiana, Deborah, Alessia e Simone, grazie per aver ascoltato ogni mio racconto, ogni mia lamentela, grazie per essermi sempre stati accanto, per le risate che conservo nel cuore, per i consigli che porterò sempre con me.

Un grazie particolare va a Lucrezia, per avermi aiutata nella formulazione del questionario che ho utilizzato nel mio elaborato e a Sara, compagna inseparabile di una vita, per essermi stata accanto in ogni momento.

Siete una delle parti più belle della mia vita.

Grazie ai miei "colleghi", in particolare a Sara, Paola, Fabio, Alice e Alessia, con cui ho condiviso lezioni, tirocini, pranzi in università e serate indimenticabili; senza di voi questo percorso non sarebbe stato lo stesso.

Un grazie in particolare va sicuramente a te Camilla, che hai incrociato il mio percorso durante il tirocinio del primo anno e da allora non ti sei più allontanata. Grazie per tutti i momenti che abbiamo condiviso, per i viaggi in macchina, per gli esami che abbiamo passato assieme, per il sostegno che ci siamo date a vicenda, per le pause durante le ore di studio, perché con te, questo percorso ha assunto tutto un altro significato.

Sei stata una delle sorprese più belle e inaspettate che abbia mai ricevuto.

Auguri Dottoressa ti voglio un mondo di bene!

A handwritten signature in blue ink that reads "Anna Paola". The signature is written in a cursive, flowing style.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

LIBRI

- ~ Cantarelli M., Gli infermieri nella ricerca: metodologia della ricerca sociale applicata all'infermieristica, Ed. Mc Graw Hill, Milano 2006
- ~ Chiari P. – Mosci D. – Naldi E. - Based Clinical Practice: la pratica clinico-assistenziale basata su prove di efficacia, Ed. 2^ Mc Graw Hill, Milano 2011
- ~ Fain J.A., La ricerca infermieristica leggerla comprenderla e applicarla, Ed. Mc Graw Hill, Milano 2004
- ~ Sironi C., Introduzione alla ricerca infermieristica, Ed. CEA, Milano 2014,

ARTICOLI

- ~ Dal Santo L., Ambrosi E., Maragna M., Marognolli O., Canzan F.(2019) *“Nursing students' emotions evoked by the first contact with patient's body: A qualitative study”*, Nurse Education Today 85 (2020) 104299
- ~ Garrett B, Riou M. (2021) *“A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research”* Nurs Open. 2021;00:1–13
- ~ Garrino L., Bissati N., Brandino I., Conti A. (2020) *“L'esperienza degli studenti in infermieristica al primo contatto con il corpo dei malati: una ricerca qualitativa”* Tutor, Volume 20 No. 2
- ~ Longo R. et Al (2015) *“Il Tocco Armonico per promuovere la resilienza e il benessere negli operatori sanitari: un'esperienza torinese”*, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS
- ~ Newshan G. Schuller-Civitella D. (2003), *“Large Clinical Study Shows Value of Therapeutic Touch Program”*, Holistic Nursing Practice
- ~ O'Lynn C., Krautscheid L. (2011) *“How Should I Touch You?': A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care”*, American Journal of Nursing Vol.111, No.3
- ~ Routasalo P. (1999) *“Physical touch in nursing studies: a literature review”*, Journal of Advanced Nursing 30(4), 843-850

- ~ Santos RM et Al (2010), *“The nurse and patient’s nudity”*, Revista Brasileira de Enfermagem
- ~ Saracino F. (2019) *“L’esperienza con il Tocco Armonico® nell’Ospedale Regina Margherita di Torino: una possibilità di Terapia Integrata”*, Italian Journal of Nursing Anno 22 n.29/2019

SITOGRAFIA

- ~ <https://corsi.unibs.it/it/laurea/medicina/infermieristica/il-corso>
- ~ <https://corsi.unibs.it/it/laurea/medicina/infermieristica/tirocini>
- ~ <https://infermieriattivi.it/tecniche-e-tecnologie/ricerca-infermieristica/56-Il-protocollo-per-la-ricerca-clinica-infermieristica.html>
- ~ <https://marinapinelli.files.wordpress.com/2012/10/protocollo-e-disegno-di-ricerca.pdf>
- ~ <https://sites.google.com/site/infermierinpillole/home/infermieristica/la-ricerca-infermieristica>
- ~ <https://unibs.coursecatalogue.cineca.it/corsi/2018/138/insegnamenti/1292>
- ~ <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/argomenti-speciali/medicina-integrativa-complementare-e-alternativa/tocco-terapeutico>

ALLEGATO 1:

QUESTIONARIO

INFORMAZIONI GENERALI - personali

1. Genere:

- Donna
- Uomo

2. In quale fascia d'età lei si colloca?

- 18 – 21
- 22 – 25
- 26 – 29
- 30 e oltre

3. Quale percorso di studi ha frequentato prima di accedere al CdL di infermieristica?

- Studi classici
- Studi scientifici
- Studi professionali
- Altro _____

4. Mi sono iscritto al corso di studio in infermieristica ed era la mia:

- Prima scelta
- Seconda scelta
- Terza scelta
- Quarta scelta

5. Mi sono iscritto al corso di studio in Infermieristica perché (anche più di una risposta):

- Sono sempre stato/a convinto/a che fosse la professione più adatta a me
- Penso che aiutare gli altri sia una gesto importante
- Ho seguito i suggerimenti dei famigliari
- Ho scelto una professione che stanno svolgendo i miei famigliari (mamma, papà, fratelli, sorelle, zii)
- L'opportunità di avere un posto lavorativo
- Poter rimanere vicino a casa

6. Ha avuto esperienze precedenti nella gestione di persone che necessitavano di assistenza di tipo sanitario?

- SI
- NO

se **SÌ** (anche più di una risposta)

- Ho già frequentato un corso di laurea delle professioni sanitarie
- Sono un soccorritore volontario
- Ho già frequentato un corso come OSS,
- Ho già frequentato un corso ASA
- Ho aiutato nella “gestione” un familiare a domicilio

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA ESPERIENZA DI TIROCINIO

7. La sua prima esperienza di tirocinio si è svolta in un reparto di ambito:

- Medico
- Chirurgico

8. È stata una sua scelta?

- SI
- NO

9. Secondo la sua opinione, le attività formative svolte in classe (lezioni, esercitazioni), l'hanno preparato per affrontare l'esperienza del tirocinio in reparto dal punto delle “competenze pratiche”?

- Sì, decisamente
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

10. (Se alla domanda precedente ha risposto: Poco / Per niente), ha comunicato a qualcuno questa sua sensazione di essere “non adeguatamente preparato”?

- **SI**
- **NO**

se **SÌ** (anche più di una risposta)

- Ad un collega studente
- All'A.T cui ero affiancato
- Ad un A.T. dell'U.O.
- Al Coordinatore dell'U.O. sede di stage
- Al Tutor della sede
- Altro_____

11. Secondo la sua opinione, le attività formative svolte in classe (lezioni, esercitazioni), l'hanno preparato per affrontare l'esperienza del tirocinio in reparto dal punto di vista emotivo?

- Sì, decisamente
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

12. (Se alla domanda precedente ha risposto: Poco / Per niente), ha comunicato a qualcuno questa sua sensazione di essere "non adeguatamente preparato"?

- **SI**
- **NO**

se **SÌ** (anche più di una risposta)

- Ad un collega studente
- All'A.T cui ero affiancato
- Ad un A.T. dell'U.O.
- Al Coordinatore dell'U.O. sede di stage
- Al Tutor della sede
- Altro _____

13. Esprimendo una valutazione che va da 1 a 10 (in cui 1 è il minimo) quanto si ritiene soddisfatto della sua esperienza di tirocinio?

Min											Max
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

IL CONTATTO CON IL CORPO DEL PAZIENTE – PAURA E IMBARAZZO

14. Il primo contatto con un paziente durante lo stage è avvenuto:

- Con una persona del mio stesso sesso
- Con una persona di sesso opposto

15. Quanti anni aveva all'incirca il paziente?

- _____

16. Lei crede che la differenza di sesso presente tra studente e assistito possa influenzare la prima esperienza di contatto con il corpo del paziente?

- SI
- NO
- Non lo trovo rilevante

17. Lei crede che la differenza di età presente tra studente e assistito possa influenzare la prima esperienza di contatto con il corpo del paziente?

- SÌ
- NO
- Non lo trovo rilevante

18. In quale circostanza è avvenuto il suo primo contatto con il corpo del paziente?

- Esecuzione delle cure igieniche
- Rilevazione dei parametri vitali
- Esecuzione di una medicazione
- Assistenza nella movimentazione

DEFORMAZIONE PATOLOGICA DEL CORPO

19 La prima volta che è entrato in contatto con un degente questi presentava (più risposte possibili):

- Lesioni da decubito o vascolari
- Stomie intestinali
- SNG
- PEG
- Accessi venosi centrali/periferici
- Catetere vescicale
- Drenaggi
- Cannula tracheotomica o Tracheostomia
- Ferite chirurgiche
- Altro _____

20 La presenza di uno o più di uno di queste caratteristiche ha influenzato il suo contatto con il paziente?

- Sì, perché non mi sentivo preparato
- Sì, perché non avevo mai visto una persona con queste "problematiche"
- NO

DISAGIO DI INVADERE

21. La prima volta che è entrato in contatto con il corpo “dell'altro” cos'ha provato? (anche più risposte)

- Imbarazzo
- Disagio
- Paura
- Vergogna
- Impotenza
- Difficoltà
- Ansia
- Immedesimazione
- Nulla di tutto questo

22. Eventualmente, ha comunicato a qualcuno questo suo stato emotivo? (anche più risposte)

- Collegli studenti
- AT a cui eri affiancato
- Altro AT
- Al Coordinatore dell'U.O sede di tirocinio
- Al Tutor del corso durante il debriefing
- Al Direttore Didattico della sede
- L'ho detto ai miei famigliari
- A NESSUNO

23. Cosa ha provato la prima volta che ha eseguito una procedura intima (come l'igiene) su un paziente? (più risposte possibili)

- Imbarazzo
- Disagio
- Paura
- Vergogna
- Impotenza
- Difficoltà
- Ansia
- Immedesimazione
- Altro _____

24. Eventualmente, ha comunicato a qualcuno questo suo stato emotivo? (anche più risposte)

- Collegli studenti
- AT a cui eri affiancato
- Altro AT
- Al Coordinatore dell'U.O sede di tirocinio
- Al Tutor del corso durante il debriefing
- Al Direttore Didattico della sede
- L'ho detto ai miei famigliari
- A NESSUNO

25. Lei crede che le “sensazioni provate” abbiano influenzato le modalità con cui ha svolto la procedura?

- SI
- NO

26. Questo stato emotivo le ha fatto pensare anche solo per un attimo di “ritirarsi” e/o cambiare corso di studi?

- SI
- NO

27. Queste sensazioni (domande 21 e 23) sono rimaste costanti o si sono attenuate man mano che la sua esperienza nell’esecuzione della procedura migliorava?

- Sono rimaste costanti
- Si sono attenuate, ma il contatto intimo con un paziente resta comunque una fase delicata dell’assistenza
- Sono scomparse

28. Eseguendo procedure di pratica assistenziale si è sentito osservato/giudicato dal paziente?

- Si
 - No
- Se sì, perché

29. Lei crede che l'assistito vedendola avvicinare (per la prima volta) per eseguire un'igiene intima si sia sentito a disagio?

- Sì
- No

Se sì, perché (più di una risposta)

- Mi riteneva giovane
- Poco esperto
- Di genere diverso rispetto al suo
- Ero un suo conoscente
- Altro _____

I DIVERSI SIGNIFICATI DEL TOCCARE

30. Nella sua esperienza, le è capitato di osservare come il contatto fisico possa avere un effetto positivo sull'assistito?

- Sì
- No

31. Nella sua opinione il tocco potrebbe: (più risposte possibili)

- Comunicare empatia
- Aumentare il confort della persona
- Aumentare la fiducia della persona nei nostri confronti
- Essere percepito come una intrusione del proprio spazio
- Non essere gradito dal paziente

LA COMUNICAZIONE OLTRE LA PAROLA

32. Crede che su un assistito abbia più effetto la comunicazione verbale o quella non verbale?

- Comunicazione verbale
- Comunicazione non verbale

33. Secondo lei informare il paziente rispetto alla procedura che si sta implementando può essere utile a ridurre l'ansia e l'imbarazzo che si vengono a creare?

- Sì penso sia utile
- No, non credo sia utile
- Penso sia utile ma non risolutiva

34. Secondo lei il dialogo con il paziente può essere utile a ridurre l'ansia e l'imbarazzo che si vengono a creare ad esempio durante l'esecuzione di procedure intime come l'igiene?

- Si penso sia utile
- No, non credo sia utile
- Non ci avevo pensato

35. Personalmente mi sento più a mio agio, mentre eseguo una procedura con il paziente se:

- Dialogo: parlare con il paziente mi fa percepire meno ansia durante l'esecuzione delle procedure
- Rimango in silenzio: non mi sento ancora abbastanza esperto per poter parlare con un paziente mentre eseguo le procedure di assistenza infermieristica
- Parlo con l'assistente di tirocinio con cui sono affiancato

IL CORPO COME ANIMA CHE INCANTA

36. Secondo lei, il tocco del corpo fisico, può avere effetto anche sull'anima?

- Si
- No

37. Se lei fosse un paziente, la disturberebbe il fatto che una persona estranea (come l'infermiere) entri nella sua sfera fisica e psicologica/emotiva?

- Si
- No
- Non più di tanto

38. Se lei fosse un paziente, cosa provereste nel dover ricevere aiuto durante l'esecuzione di una procedura intima (come l'igiene)?

- Imbarazzo
- Disagio
- Paura
- Vergogna
- Impotenza
- Difficoltà
- Ansia
- Nulla di tutto ciò

39. Se lei fosse un paziente quale accorgimento gradirebbe che l'infermiere adottasse per lenire "l'imbarazzo" nel mostrare il proprio corpo ed essere "toccato"?
