

FILOSOFIA DI CURA

CENNI SUL CONTESTO DI CURA

La Fondazione casa per anziani Giubiasco gestisce una struttura medicalizzata che con il suo personale qualificato, motivato e in continua crescita qualitativa offre all'anziano residente un'accoglienza, una qualità di vita, un benessere quotidiano, un ambiente protetto, un'assistenza sanitaria e un accompagnamento alla morte, nel rispetto delle sue singole esigenze individuali.

Detta azienda sanitaria ha una disponibilità totale di 117 letti di cui 83 nella sua parte medicalizzata e 34 nello stabile degli appartamenti protetti riservati alle persone che già in età AVS e indipendenti cercano sicurezza.

All'interno della struttura vi è la possibilità di essere accolti in camere singole o doppie per soggiorni temporanei o definitivi. Nella parte medicalizzata il 70% dei posti letto è occupata da ospiti completamente dipendenti.

Il 58% dei dipendenti della casa operano nel settore sanitario (infermieri, assistenti geriatrici, assistenti di cura, ausiliarie di cura, allievi e stagiaires).

OBIETTIVI PRINCIPALI DEL NOSTRO SERVIZIO INFERMIERISTICO

- **individualizzare, analizzare, diagnosticare e trattare i disturbi multidimensionali** che presentano i nostri ospiti residenti, adottando metodi di lavoro specifici della geriatria: valutazione geriatrica multidimensionale, riabilitazione geriatrica, terapia di riattivazione, cure palliative, ecc.
- **proporre** un programma di cure olistiche e individualizzate con la cooperazione dell'ospite stesso, dei suoi famigliari e dell'équipe interdisciplinare interna ed esterna all'istituzione, per:
 - sostenerlo e accompagnarlo nella gestione delle **reazioni al ricovero** (accettazione, rivolta, abdicazione)
 - sostenerlo e accompagnarlo nella gestione dell'**autonomia** dei sentimenti, spirituale, fisica e sociale
 - sostenerlo e accompagnarlo nella gestione dei **principali problemi di salute** in ambito geriatrico: immobilità, incontinenza, instabilità e involuzione intellettuale
 - sostenerlo nell'**accettare la morte** con l'accompagnamento relazionale, le cure di confort, il controllo del dolore o di altri sintomi penosi.

RAGIONI PRINCIPALI PER L'ESISTENZA DI UNA TEORIA INFERMIERISTICA

E' ormai accertato che una teoria infermieristica stimola il curante ad una maggiore **autonomia professionale** favorendo lo sviluppo di abilità analitiche che gli permettono di definire gli scopi della pratica infermieristica, della ricerca, dell'orientamento e finalità dell'assistenza.

Il curante inoltre, trovandosi più stimolato e sensibilizzato a mettersi in dubbio risulterà maggiormente **consapevole** del suo ruolo.

La consapevolezza di una **maggiore conoscenza teorica** aumenterà il **potere** del curante il quale utilizzando, per ogni ospite, una metodologia sviluppata sistematicamente - che descrive, spiega, prevede e controlla i fenomeni - favorirà una maggiore probabilità di ottenere un **realistico successo individualizzato nelle cure**.

RAGIONI PER LA SCELTA DI TRE TEORIE INFERMIERISTICHE DI RIFERIMENTO

La scelta di un'unica teoria infermieristica è subito parsa limitativa in un approccio che si prefiggeva di privilegiare l'accompagnamento sistemico e multidisciplinare, pertanto si sono prese in considerazione le opere della Johnson, della Orem e della Henderson ritenendo **fondamentale**

- introdurre, all'interno di una struttura aventi le nostre caratteristiche, il concetto di **nursing psicogeriatrico**, paradossalmente ancora misconosciuto soprattutto a livello di curanti (Dorothy E. Johnson dal 1988 adottata all'interno della OSC)
- introdurre il concetto del **mantenimento delle risorse residue inteso** nella salvaguardia dell'autonomia dei sentimenti, spirituale, fisica e sociale (Dorothea E. Orem) ma non solo: a livello pratico l'applicazione di questa teoria infermieristica permette la stesura di **succinti piani di cura** di immediata lettura
- disporre di una **"buona radiografia"** nell'ambito della raccolta dati (Virginia Henderson) anche perché è quella più "familiare" nel nostro contesto di formazione e anche perché attualmente si dispone di una **ricca bibliografia di applicazione in merito**

CENNI SULLO SVILUPPO DELLE TEORIE INFERMIERISTICHE SCELTE

Il modello della Henderson (1897) è una filosofia del **nursing umanistico, inteso come un'arte e una scienza.**

Virginia Henderson ha contribuito enormemente allo sviluppo del nursing in più di 60 anni di attività in qualità di infermiera, insegnante, scrittrice e ricercatrice. Ha pubblicato moltissimo. La sua definizione di nursing è apparsa per la prima volta nella quinta edizione del suo "Textbook of the Principles and Practice of Nursing" del 1955.

Ella precisa che "la funzione peculiare dell'infermiera è quella di assistere l'individuo, malato o sano, nello svolgimento di quelle attività che contribuiscono alla guarigione (o che conducono a una morte serena) e che tale individuo svolgerebbe da solo se possedesse la forza, la volontà e la conoscenza necessarie; l'infermiera deve inoltre aiutare l'individuo a rendersi indipendente il più rapidamente possibile".

In "The Nature of Nursing" ella ha identificato **14 bisogni di base** dei pazienti che comprendono i componenti della cura infermieristica:

1. respirazione
2. mangiare e bere
3. eliminare
4. movimento
5. riposo e sonno
6. vestire adeguato
7. temperatura corporea
8. corpo pulito e tessuti protetti
9. ambiente sicuro
10. comunicazioni
11. culto
12. lavoro
13. gioco
14. apprendimento

Ha identificato **tre tipi di relazione** infermiere-paziente

1. l'infermiere è un sostituto del paziente
2. l'infermiere aiuta il paziente
3. l'infermiere è un partner del paziente.

La Henderson è a favore della comprensione empatica del paziente e afferma che l'infermiere deve "entrare nella pelle di ciascun paziente per poter capire ciò di cui ha bisogno".

La Henderson ritiene inoltre che molte funzioni dell'infermiere coincidono con quelle del medico e afferma che l'infermiere opera in interdipendenza con altri operatori sanitari paragonando il team sanitario a delle fette di un aerogramma. Le dimensioni del cerchio variano a seconda dei bisogni del paziente. L'obiettivo è che la parte relativa al paziente occupi la maggior parte dell'area man mano che questi diventa indipendente.

Il modello della Orem è anch'esso una filosofia del **nursing umanistico, inteso come un'arte e una scienza.**

Dorothea Orem ebbe un'intuizione sul concetto di nursing nel 1958. Sin dagli anni Cinquanta si era occupata in pubblicazioni di pratica infermieristica e di insegnamento.

Ella considera la propria teoria infermieristica del "self-care deficit" (**insufficiente autogestione**) una teoria generale composta di **tre teorie in relazione** tra loro

1. la teoria dell'**autogestione**
2. la teoria dell'**inadeguata gestione**
3. e la teoria dei sistemi infermieristici

Orem identifica **tre tipi di sistemi infermieristici**

1. sostitutivo-totale del paziente
2. parzialmente sostitutivo del paziente
3. di supporto ed educazione all'autonomia.

Queste teorie sono ampiamente trattate nel libro "Nursing: Concepts of Practice".

La Orem ritiene che *l'infermiere abbia in comune alcune funzioni con altri operatori sanitari.*

Il modello **Johnson** è orientato verso la teoria del **sistema**.

Ella ha pubblicato dalla metà degli anni '40 all'inizio degli anni '70 e la maggior parte della sua opera è stata pubblicata durante gli anni '60.

La Johnson ha presentato il suo modello di Sistema Comportamentale che ha chiamato modello per la pratica, l'istruzione e la ricerca infermieristica, nel volume della Riehl e della Roy "Conceptual Models for Nursing Practice", dove ha identificato

7 sottosistemi del sistema comportamentale:

1. attaccamento e affiliazione
2. dipendenza
3. eliminazione
4. sessualità
5. ingestione
6. aggressione
7. realizzazione

La Johnson ritiene che **l'affetto o il subsistema di affiliazione, siano la pietra miliare di tutte le organizzazioni sociali.**

Si può analizzare ciascun sottosistema in termini di struttura e esigenze funzione.

I quattro elementi strutturali sono

1. pulsione o obiettivo
2. direzione, una predisposizione ad agire
3. scelta, alternative d'azione
4. comportamento

I requisiti funzionali sono

1. la protezione
2. l'educazione
3. la stimolazione

"I problemi infermieristici derivano da disturbi nella struttura o nella funzione dei subsistemi o del sistema o perché il livello di funzionamento comportamentale si trova al di sotto del livello ottimale desiderabile".

Esiste il bisogno di intervento infermieristico ed è motivato se c'è uno stato di instabilità nel sistema comportamentale. L'infermiere deve scoprirne la causa e prendere i provvedimenti infermieristici adeguati per mantenere o ristabilire l'equilibrio del sistema comportamentale stesso.

LA TEORIA DI GIUBIASCO

Dal pensiero di Virginia Henderson inseriamo nella nostra teoria il suo pensiero rispetto alla **funzione dell'infermiera** che “è quella di assistere l'individuo, malato o sano, nello svolgimento di quelle attività che contribuiscono alla guarigione (o che conducono a una morte serena) e che tale individuo svolgerebbe da solo se possedesse la forza, la volontà e la conoscenza necessarie. L'infermiera deve inoltre aiutare l'individuo a rendersi indipendente il più rapidamente possibile, entrando nella pelle di ciascun paziente per poter capire ciò di cui ha bisogno”.

Dal pensiero di Dorothea Oream riprendiamo i **tre sistemi infermieristici** da lei identificati in quanto la realtà nelle strutture medicalizzate per le persone anziane è quello di una insufficiente autogestione della persona anziana, che sono:

1. sostitutivo totale dell'ospite
2. parzialmente sostitutivo dell'ospite
3. di supporto ed educazione all'autonomia.

Inoltre dal suo pensiero adottiamo la sua visione che “l'infermiere abbia in comune alcune **funzioni** con altri operatori sanitari” considerando i problemi psico-geriatrici nelle strutture medicalizzate per le persone anziane.

Dal pensiero della Johnson inseriamo il concetto che “esiste il bisogno di intervento infermieristico ed è motivato se c'è uno stato di instabilità nel **sistema comportamentale**. L'infermiere deve scoprirne la causa e prendere i provvedimenti infermieristici adeguati per mantenere o ristabilire l'equilibrio del sistema comportamentale stesso”.

Infine, forti della nostra lunga pratica professionale giungiamo unanimemente alla seguente identificazione dei **bisogni di base** nell'intento di snellire e rendere maggiormente pertinente e utilizzabile la “raccolta dei dati”.

1. respirazione
2. ingestione
3. eliminazione
4. movimento e mobilità
5. riposo e sonno
6. vestire adeguato e temperatura corporea (riuniti)
7. pulizia e protezione del corpo
8. ambiente sicuro (evitare i pericoli)
9. stato psichico e sessualità (comunicazione e apprendimento riuniti)
10. credenze socioculturali (culto, lavoro e gioco riuniti)

CONCETTI CHIAVE

L'autonomia non esiste senza dipendenza (E. Morin)

autonomia dei sentimenti	la libertà, la capacità e la volontà di scegliere il senso da attribuire agli avvenimenti e alla propria vita
autonomia spirituale	la libertà, la capacità e la volontà di scegliere il senso da attribuire agli avvenimenti e alla propria vita
autonomia fisica	la libertà, la capacità e la volontà di decidere del proprio corpo nelle attività quotidiane
autonomia sociale	la libertà, la capacità e la volontà di scegliere le proprie relazioni sociali

Il maternalismo

l'assenza di interesse reale per quello che la persona è stata, l'assenza di interesse per ciò che vuole l'ospite, l'assenza di spazio di vita privata, l'assenza di rispetto, l'assenza di attenzione.

L'atteggiamento terapeutico

desiderio di promuovere la qualità di vita dei malati.

5. L'accompagnamento alla morte

Ancora all'inizio di questo secolo, si moriva in generale a casa propria, circondati dai familiari. L'evoluzione delle condizioni sociali e delle possibilità terapeutiche ha modificato profondamente la situazione: oggi si muore più spesso in ospedale o altra istituzione, spesso separati dai propri cari da un dispositivo di cure altamente tecniche. La medicina spesso è capace di guarire. Ora, è anche un suo compito aiutare a morire (il che non è certo una novità, ma sta conoscendo oggi un recupero di attenzione).

Le paure impediscono spesso di confrontarsi serenamente a questo evento.








Le persone in fin di vita hanno bisogno di un dialogo (bisogno di comunicare) con gli inservienti e sentirsi a proprio agio, esprimendosi liberamente e di essere capiti. Ciò vale soprattutto per coloro che si trovano in un ambiente che non è familiare.

L'interazione personale nei confronti del morente si associa con esso per attraversare quest'ultima tappa.

Il ruolo della formazione resta di vitale importanza nella preparazione degli accompagnatori in quanto dovranno interrogarsi sulla sofferenze che vive la persona morente. Il tutto si riassume nell'implicazione fisica, psicologica, morale, spirituale di questo processo (o cammino) verso la morte.

L'amore verso la persona che soffre resta di vitale importanza. Ricerche in merito, effettuate dal dr. Lanöe, si concentrano sulla necessità di conoscere bene il malato ponendosi le seguenti domande: chi era, la sua posizione socio-culturale, la sua famiglia, le sue relazioni e il suo ambiente. Riveste inoltre molta importanza la comunicazione non verbale, nella misura dell'80%.

Esempi di comunicazione non verbale:

-  lo sguardo
-  l'espressione del viso
-  i gesti
-  la postura
-  il toccare
-  i movimenti del proprio corpo
-  l'ambiente

Presupposti all'accompagnamento

- ✍ conoscere sé stessi
- ✍ chiara relazione tra il proprio essere e le esigenze del morente
- ✍ essere capaci di riflettere sul proprio passato (vissuto)
- ✍ sviluppo della capacità di ascoltare, identificare dei bisogni delle persone e capacità di rispondergli adeguatamente

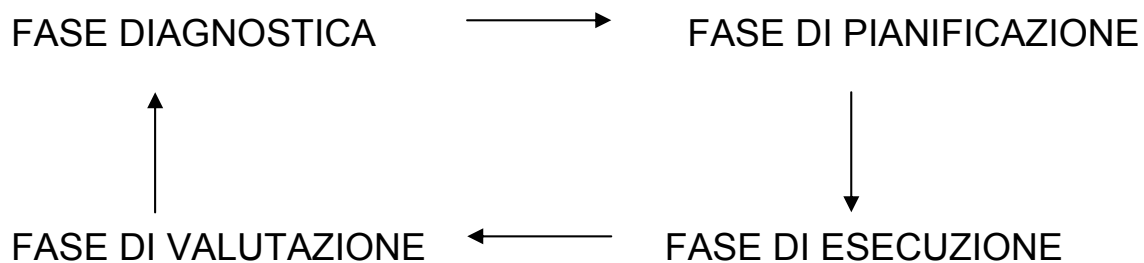
Per quanto riguarda il nostro istituto l'appoggio del personale sanitario e non sanitario è continuo, grazie alle cure al morente e al sostegno morale offerto ai parenti. Al funerale, è sempre assicurata la presenza di un rappresentante della direzione casa anziani.

7. Piano di cura

Il piano di cura è uno strumento di lavoro che l'infermiere ha a disposizione per poter strutturare i propri interventi con l'utenza, coerentemente con i principi dell'approccio globale alla persona e alla situazione di cura. L'utilizzo del piano di cura presenta diversi vantaggi e facilita il lavoro terapeutico in quanto:

- ✍ Favorisce la comunicazione
- ✍ Stabilisce le responsabilità
- ✍ Finalizza la raccolta dati
- ✍ Facilita l'individualizzazione delle cure
- ✍ Assicura la continuità degli interventi terapeutici
- ✍ Consente una precisa e puntuale verifica del lavoro
- ✍ Favorisce la collaborazione interdisciplinare
- ✍ Accresce l'efficacia delle cure
- ✍ Consente il perfezionamento professionale

Il piano di cura si costituisce di 4 fasi di lavoro conseguenti l'una all'altra così rappresentabili:



Fase diagnostica: raccolta, analisi dei dati e identificazione delle risorse
diagnosi infermieristica
identificazione dei problemi connessi

Fase di pianificazione: definizione degli obiettivi
pianificazione degli interventi
definizione degli interventi

Fase di esecuzione: applicazione della pianificazione

Fase di valutazione: raggiungimento degli obiettivi
eliminazione dei problemi
insieme del risultato e del piano

8. Diagnosi infermieristica

La diagnosi infermieristica è individuazione di un problema reale o potenziale di una persona correlato alle possibili cause che lo hanno determinato, espresso secondo un metodo e un linguaggio appropriato è sottoposto quindi a regole ben definite:

- ✍ è una componente del processo di cura e ha lo scopo di pianificare l'assistenza individualizzata;
- ✍ segue il processo di analisi e sintesi
- ✍ è di responsabilità infermieristica
- ✍ è una dichiarazione di giudizio infermieristico

Quindi la diagnosi infermieristica:

- ✍ è una dichiarazione di un problema reale o potenziale
- ✍ è espressa in forma scritta con linguaggio conciso e chiaro
- ✍ comprende la descrizione del problema e la causa
- ✍ è centrata specificamente sulle persone
- ✍ fornisce l'indirizzo per lo sviluppo del piano di cura
- ✍ è la base per gli interventi infermieristici in quanto rientra nell'oggetto di studio della disciplina infermieristica
- ✍ è basata su un processo di raccolta dati

Importante è segnalare che:

- ✍ non è una diagnosi medica (non individua una condizione patologica)
- ✍ non deve essere espressa con termini riferiti a trattamenti diagnostici o terapeutici
- ✍ non deve essere espressa con termini che riferiscono a presidio o apparecchiature
- ✍ non è la definizione di problemi infermieristici riferiti al paziente
- ✍ non è un obiettivo infermieristico
- ✍ non è un sintomo