



PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO

Laura Pomicino

IL “BRAVO” INFERMIERE SECONDO I BAMBINI

Randall D, Brook G, Stammers P, (2008). How to make good children's nurses: children's view. *Paediatric Nursing*, 20(5): 22-25

Studio qualitativo inglese con intervista semi-strutturata (10 bambini):

1. caratteristiche professionali del “buon” infermiere
2. caratteristiche che possono essere apprese e qualità innate
3. acquisizione di esperienza
4. apprendimento

IL “BRAVO” INFERMIERE SECONDO I BAMBINI (I)

Deve essere *simpatico* e *intelligente*, capace di *scherzare* e *divertire* ma anche di *parlare* con loro trattandoli con *rispetto*.

"Si può insegnare ad essere infermiere o c'è bisogno di essere una persona speciale?"

Deve desiderare di ascoltare quello che i bambini hanno da dire, non deve guardare in basso quando parla con loro, deve essere capace di entrare in relazione con loro e non giudicarli. Deve essere premuroso, paziente, calmo.

"Come possiamo fare a creare infermieri che siano bravi nel loro compito di assisterti?"

Si dovrebbe insegnare loro a non andare di fretta, a parlare dolcemente ai bambini e a spiegare loro cosa si sta per fare e perché. Dovrebbero essere socievoli e non utilizzare con loro un linguaggio medico.

Devono anche essere preparati, conoscendo come valutare lo stato di salute dei bambini, dimostrando un'approfondita conoscenza della malattia, delle condizioni di vita del bambino e dimostrare padronanza delle tecniche.

"Se dovessi insegnare tu ad un infermiere, quali sono le tre cose che vorresti che sapesse?"

Dovrebbe sapere se il bambino è malato o no, conoscere i bambini e specialmente saper giocare.

E' importante che l'infermiere sia in grado di dare sollievo dal dolore e sia in grado di utilizzare le medicine in generale.

"Pensi che ci sia qualche sistema che possa aiutare un infermiere a diventare più bravo a curare i bambini?"

Il modo migliore è vedere i pazienti tutti i giorni.

Alcuni bambini hanno detto che gli infermieri hanno bisogno di un buon modello. Un bambino ha suggerito che cambiare reparto e sperimentare nuovi modi di curare può rendere infermieri migliori.

Un bambino intervistato ha suggerito di sottoporre agli infermiere a dei giochi di ruolo, in cui sia dato spazio al giudizio del bambino circa l'attività dell'infermiere.

OSPEDALIZZAZIONE: IL PUNTO DI VISTA DEI BAMBINI

Pelander T, Leino-Kilpi H. Children's best and worst experiences during hospitalisation. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010

Metodo: completamento di frasi (“Secondo me, la cosa migliore dell’ospedale è stata....” e “Secondo me, la cosa peggiore dell’ospedale è stata....”)

Campione: 338 bambini/e (7-11 aa) che avessero trascorso almeno una notte in ospedale (23 reparti di pediatria)

Risultati:

Cosa migliore: 5 categorie, persone, caratteristiche delle persone, attività, ambiente e risultati. I bambini hanno apprezzato il loro "ruolo di pazienti" come parte attiva nelle cure e nelle attività ludiche, sia perché hanno potuto riposarsi, stare meglio, non frequentare la scuola ed essere curati nel rispetto della propria privacy.

Qualità maggiormente apprezzate negli infermieri: gentilezza, amabilità e avvicinabilità.

Attività preferite che coinvolgevano l’infermiere: gioco, ricevere cibo appetitoso, ricevere farmaci contro il dolore ed essere aiutati nel bagno.

Cosa peggiore: 4 categorie, persone, sentimenti, attività ed ambiente.

Essere malati e soffrire per i sintomi della malattia, essere in un ambiente estraneo, ricevere trattamenti fisici ed essere sottoposti a procedure dolorose.

Molto negative le restrizioni alimentari e l'attesa prima dell'esecuzione delle procedure terapeutiche. Forte disagio per aghi, visite mediche, farmaci e digiuno.

Senso di separazione dai genitori, dagli amici o dai compagni di scuola e la brusca interruzione delle abitudini quotidiane.

Il divieto di alzarsi dal letto, il divieto di correre e l'isolamento (specialmente nei reparti di malattie infettive).

Il condividere la stanza con bambini che piangono o con altri bambini è stato messo in relazione con stress e difficoltà nel riposarsi.

UNA PREMESSA IMPORTANTE

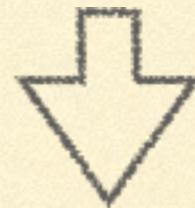
Un bambino malato è PRIMA DI TUTTO un bambino: l'importanza di un approccio globale, di un'attenzione al prendersi cura, e non solo a curare, è prioritaria in pediatria

[Guarino, 2007]

QUALCOSA DA RICORDARE, UN OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE

Persone *sane* che “incontrano” la malattia

Malattia che permette di vedere problematiche già presenti



OBIETTIVO COMUNE:

“...è favorire l'integrazione di questa esperienza, per quanto penosa, nella storia e nell'identità individuale e familiare in modo da non rappresentare davvero la causa di perdite relazionali ed emotive; ciò allo scopo di salvaguardare la qualità di vita presente e futura, prevenendo per quanto possibile gli effetti collaterali psicologici a distanza.” [Bertolotti & Massaglia, 2011]

MALATTIA E PERCORSO EVOLUTIVO

- 0-3 anni
 - 3-5 anni
 - 6-11 anni
 - 12-15 anni
 - 15-18 anni
 -
- L'esperienza di malattia cambia in funzione della tappa del percorso evolutivo affrontata dal minore e dalle specifiche sfide che questa richiede. Cambierà quindi il modo in cui la malattia può essere 'costruita', come può essere affrontata, che spiegazioni ne possono venire date. Questo è centrale da tenere in considerazione nella valutazione dell'intervento più adeguato da attuare e nelle risposte stesse che il o la minore può dare a ciò che viene proposto.

'STARE CON' NEL PERCORSO DI CURA: NON UNA IMPOSIZIONE MA UNA PORTA APERTA

“...L'aspetto di rottura irreparabile può essere limitato favorendo al massimo gli elementi di continuità, non soltanto sul piano reale (attività, interessi, rapporti), ma anche sul piano mentale, mantenendo la capacità di pensare rispetto alla propria esperienza, l'apertura alla consapevolezza dei problemi e alle possibilità di aiuto.

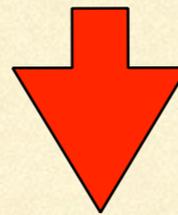
Non vi è dubbio che alcuni nuclei familiari dispongono di risorse sufficienti a conservare una qualità di vita adeguata, ma [è] in generale vantaggioso garantire una disponibilità all'incontro, attraverso una modalità di lavoro che offra una “porta aperta” varcabile in rapporto alle esigenze individuali, e testimoni la possibilità di essere accompagnati nel proprio percorso, nella misura in cui ognuno la desidera e la scelga, perché la sente realizzabile.”

[Bertolotti & Massaglia, 2011]

QUALCHE QUESITO...

- Cosa vuol dire per un bambino essere malato?
- E cosa significa per un bambino o per un adolescente avere un tumore?
- Che spiegazione si danno i bambini del dolore, dell'ospedalizzazione?
- Quali sono le emozioni che vivono?
- Quali sono i limiti legati allo sviluppo cognitivo che influenzano le possibilità di comprensione della loro malattia e dei trattamenti cui vengono sottoposti?

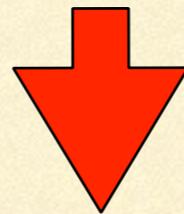
[Guarino, 2007]



Le risposte a ciascun quesito devono originare dalla RELAZIONE con quello specifico paziente: per quanto esistano dei fili che possono legare diverse esperienze, è indispensabile da ciò che quel bambino porta in quel determinato momento del suo percorso

ASPETTI COGNITIVI

- Concetto di malattia
- Concetto di morte
- Concetto di dolore (e suo “trattamento”??)



E' necessario NON sovrapporre le costruzioni personali, come individui adulti e come professionisti, rispetto a quelle del bambino o dell'adolescente.

Prima di compiere qualsiasi passo, prima di fare qualsiasi intervento comunicativo, prima di trarre qualsiasi conclusione, è necessario porsi in ascolto e da lì partire per dare vita a delle interazioni che possano essere efficaci ed utili per il paziente e il suo nucleo familiare

EMOZIONI CHE CAMBIANO: L'ESEMPIO DELLE POSSIBILI TAPPE IN UN REPARTO ONCOEMATOLOGICO

- Il trauma della diagnosi: il prima, il dopo
- La terapia e il corpo che cambia
- La remissione
- La recidiva
- Il trapianto di midollo osseo
- La fase terminale

PAROLE CHE CURANO: L'IMPORTANZA DI COMUNICARE

- La comunicazione della diagnosi: un passaggio difficile, articolato in più tappe, che deve essere costruito a partire dalla fase evolutiva attraversata dal minore
- L'informazione sulla malattia durante la sua evoluzione: calibrare gli interventi in funzione di ciò che proviene dal bambino, rispondendo ai suoi eventuali quesiti nel modo più autentico possibile
- ...e poi? La difficoltà di dare voce al non detto....: possono esserci temi difficili da affrontare, domande faticose da porre, emozioni indicibili che sembra di non poter condividere a pieno. E' importante entrare sempre 'in punta di piedi', non forzando mai ma trasmettendo lo spazio di parola, quando possibile, e assumendosi le responsabilità del nostro essere adulti, capaci quindi di sostenere ciò che può emergere dal piccolo paziente. E' fondamentale, per fare ciò, avere piena consapevolezza dei propri limiti e delle proprie risorse, per poter arginare i primi e usare al meglio le seconde

SURVIVORS

- E dopo? Ricominciare...o iniziare per la prima volta: l'esperienza di malattia, soprattutto se particolarmente lunga o invasiva, impatta in modo significativo sul percorso evolutivo del minore. Una volta terminato l'iter terapeutico, può essere necessaria, spesso lo è, una fase di accompagnamento alla transizione da un prima ad un dopo.
- Uguali...ma diversi: *Sono lo stesso ma non mi riconosco più. Ciò che prima era fondamentale ora mi sembra superfluo. Mi sento lontanissimo dai miei coetanei.* E' necessario aiutare il minore ad integrare la propria esperienza di malattia all'interno del proprio percorso di vita
- Senso di colpa: per chi non ce l'ha fatta, per il dolore involontariamente arrecato ai familiari, per quello che può essere successo nel frattempo come perdita del lavoro di uno o entrambi i genitori, separazioni e divorzi, ecc.
- Rapporto con gli altri (fratelli,compagni)