



IL FENOMENO DEL BURNOUT NEGLI INFERMIERI DI TERAPIA INTENSIVA

Infermieri Chiarelli Giuseppe, Calanchi Silvia e Capodiferro Pietro

SCOPO DELLA RICERCA

Acquisire dati aggiornati sul rischio di burnout per gli infermieri che lavorano in terapia intensiva, ricercare uno o più strumenti utili alla individuazione di burnout ed eventuali indicazioni che ne prevengano o riducano la incidenza

FONTI

MEDLINE: parole chiave mesh browser "BURNOUT PROFESSIONAL and NURSING and INTENSIVE CARE" limiti = testo inglese e/o italiano, non anteriore il 1980 = risultato, 18 articoli di cui disponibili e pertinenti tot 5

NUM. RIF.	TITOLO	AUTORI	DATA	METODOLOGIA	CASISTICA
1	the experience of registered nurses nursing in the general adult intensive care unit. A phenomenological qualitative research study.	Pope E, Nel E, Poggenpoel M	Curationis 1998 Jun; 21(2): 32-8	intervista fenomenologica strutturata, analisi dei dati e confronto con letteratura	5 infermieri
2	research in intensive care nursing	Leino-Kilpi H, Suominen T	J. Clin. Nurs. Jan.1997; 6(1):69-76	revisione della letteratura sul nursing in T.I.	37 reparti di T.I: finlandesi
3	burnout in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples	Van Servellen G., Leake b	J. Prof. Nurs. 1993 May-Jun;9(3):169-77	MBI (Maslach Burnout Inventory)	237 Infermieri, 18 reparti, 7 ospedali

4	occupational stress in neurosurgical nursing	Snape J, Canavanagh SJ	Intensive Crit. Care Nurs. 1993 sep;9(3):162-70	questionario sulla base di intervista	105 Infermieri
5	Stress e lavoro infermieristico. Confronto dei livelli di burnout tra reparti chirurgici e di terapia intensiva	F. Gattolin, M. Marangon, F. Martini, M.Santinello, R.Zannato	Rivista dell'infermiere 1992, 11, 1, p.10-15	MBSE (Mattews Burnout Scale for Employers)	53 Infermieri ,3 reparti

COCHRANE LIBRARY: parole chiave " BURNOUT, NURSING, INTENSIVE CARE =
Nessuno studio controllato

Banche Dati LINEE GUIDA : Nessuna linea guida

TESTI:

- (6) Zani B, Cicognani E. "Psicologia della salute" Ed. Il Mulino Bo 2000
- (7) Cherniss C. Staff Burnout: job stress in the Human service. Beverly Hills: Sage, 1980, trad it La sindrome del burnout. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari. Torino: Centro Scientifico Torinese,
- (8) Rossati A, Magro G "Stress e burnout" Carrocci Ed. 2000,
- (9) E.Bonamini: Il burnout nelle professioni d'aiuto: inquadramento teorico e prospettive d'intervento. Assistenza Infermieristica e Ricerca 1999 vol.18 n.4 pag.228
- (10) Regazzoni P, G Tinelli, A.M. Zotti: valutazione dello stress e del potenziale umano per l'organizzazione del lavoro infermieristico. G.Ital. Med. Lav. Erg. 1999; 21-2. p.140-145
- (11) Schmitz N, Neumann W, Oppermann R "Stress burnout and locus of control in German nurses" Int. Jnr Std 2000 Apr;37(2):95-9

DEFINIZIONE DI BURNOUT

La parola burnout comincia a diffondersi negli Stati uniti intorno alla metà degli anni Settanta con riferimento ad una situazione che veniva osservata sempre maggiore negli operatori dei servizi sociali e più in generale nelle cosiddette *professioni di aiuto (helping professions)*.

Cherniss 1980 (7) " il burnout è un processo transazionale. Esso rappresenta psicologicamente un particolare tipo di risposta ad una situazione di lavoro sentita come intollerabile" il processo inizia quando l'operatore prova una sensazione di stress e di esaurimento che non può essere alleviata attraverso una soluzione attiva del problema che ha di fronte. i cambiamenti interiori ed esteriori che il burnout genera (distacco emotivo, ritiro, cinismo, rigidità, ecc.) si possono senz'altro considerare come una "fuga psicologica" che ha lo scopo di raggiungere la rassicurazione che non aggiungerà un ulteriore stress alla tensione nervosa che è già stata provata.

Gli effetti negativi del burnout paralizzano il processo di aiuto in almeno due modi: Primo, lo stress lavorativo e la tensione nervosa che insorgono nei primi stadi della sindrome contribuiscono a creare uno stato di tensione, irritabilità ed eccitabilità emotiva che

interferiscono con il comportamento di aiuto; Secondo, il calo della motivazione e la perdita di sentimenti positivi nei confronti degli utenti, che insorgono più tardi nel processo, riducono ulteriormente l'efficienza dell'operatore.

Del Rio (1990) "...uno dei caratteri salienti del burnout è il non farcela più, il malumore e l'irritazione quotidiana, la prostrazione e lo svuotamento, il senso di delusione e di impotenza di molti lavoratori..."

Ronco, Fazzotti, Crea (1993) "... la sindrome tipica di chi si esaurisce [...] senza darlo a vedere, con comportamenti che si trasformano facilmente nel senso di insoddisfazione, nella facile e continua irritabilità, nella tensione verso i destinatari del proprio aiuto, i quali, il più delle volte, vengono definiti (o anche solo pensati) come incapaci, scansafatiche, rompiscatole. Oppure si manifesta con comportamenti alternativi di "fuga" quali il ricorso all'alcool, le amicizie ambigue ecc. E' [in soldoni] la sindrome di chi si esaurisce "a tutto campo", senza precisa sintomatologia psicosomatica ma in maniera più sottile, quasi impercettibile, e soprattutto con tempi molto lunghi

DEFINIZIONE DI STRESS

".....una situazione in cui le richieste ambientali costituiscono un peso o eccedono le risorse dell'individuo" Cherniss 1980 (7)

"...lo stress, in altri termini, è una risposta dell'organismo verso le continue e quotidiane stimolazioni provenienti dall'ambiente le quali ne minano l'abituale equilibrio interno.

Qualsiasi tipo di stimolazione (*stressors*) determina nell'individuo una reazione di stress atta a ripristinare l'adattamento con l'ambiente. Rossati A, Magro G (8)

".. la reazione dell'individuo dipende sostanzialmente dalla valutazione cognitiva del significato dello stimolo." (Lazarus, 1977)

"...In effetti la condizione umana è di per sé stressante e lo stress non può essere evitato.

Ma allora come fa chiunque di noi a mantenersi in buona salute?" (A.Pines)

"non sono le cose che turbano l'uomo bensì l'opinione che egli ne ha" (Epitteto)

"I beni e i mali che ci capitano non ci colpiscono in funzione della loro grandezza, ma della nostra sensibilità" (La Rochefoucauld)

SEGNI E SINTOMI DELLO STRESS LAVORATIVO

(7) Cherniss C. Staff Burnout: job stress in the Human service. Beverly Hills: Sage, 1980, trad it La sindrome del burnout. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari. Torino: Centro Scientifico Torinese)

1. Alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno
2. sensazione di fallimento
3. rabbia e risentimento
4. senso di colpa e disistima
5. scoraggiamento ed indifferenza
6. negativismo
7. isolamento e ritiro(disinvestimento)
8. senso di stanchezza ed esaurimento tutto il giorno
9. guardare frequentemente l'orologio
10. notevole affaticamento dopo il lavoro
11. perdita di sentimenti positivi verso gli utenti

12. rimandare i contatti con gli utenti, respingere le telefonate dei clienti e le visite in ufficio
13. avere un modello stereotipato degli utenti
14. incapacità di concentrarsi o di ascoltare ciò che l'utente sta dicendo
15. sensazione di immobilismo
16. cinismo verso gli utenti; atteggiamento colpevolizzante nei loro confronti
17. seguire in modo crescente procedure rigidamente standardizzate
18. problemi d'insonnia
19. evitare discussioni di lavoro con i colleghi
20. preoccupazione per sé
21. maggiore approvazione di misure di controllo del comportamento come i tranquillanti
22. frequenti raffreddori ed influenze
23. frequenti mal di testa e disturbi gastrointestinali
24. rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento
25. sospetto e paranoia
26. eccessivo uso di farmaci
27. conflitti coniugali e familiari
28. alto assenteismo

LE CAUSE DEL BURN-OUT NEGLI OPERATORI DEI SERVIZI SOCIO -SANITARI

l'individuo

- EFFICIENZA = Ogni elemento che contrasta gli sforzi dell'operatore di assolvere ai propri compiti in modo efficace o di sentirsi efficiente.
- IL SUCCESSO PSICOLOGICO: IL BISOGNO DI PREVISIONE E CONTROLLO = i lavori che implicano un alto livello di autonomia, sfida e feedback contribuiranno al successo psicologico e l'incidenza del burnout sarà più bassa . Il successo psicologico richiede la capacità di prevedere e controllare il proprio ambiente
- L'IMPOTENZA ACQUISITA Quando un operatore ha sperimentato l'impotenza in una situazione non capirà e rifiuterà l'informazione che gli indica che il controllo ora è possibile.

la situazione di lavoro

- LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA = conflitti di ruolo ed ambiguità, l'importanza della stimolazione e del significato, la struttura di potere e la struttura normativa
- LA LEADERSHIP E LA SUPERVISIONE = la supervisione ha la funzione di favorire uno sviluppo professionale così come esercitare controllo amministrativo. L'intero staff, soprattutto gli operatori più giovani, si rivolge ai propri supervisori per ricevere consigli, insegnamenti e per la crescita professionale.
- INTERAZIONE SOCIALE E SOSTEGNO ALL'INTERNO DELLO STAFF

l'ambiente esterno culturale e sociale

- INTERAZIONE TRA CULTURA, POLITICA ED ENTI ESTERNI AL SERVIZIO = le caratteristiche concrete che la relazione operatore utente assume in un dato momento storico (paziente, utente, cliente), nuovi gruppi sociali organizzati, scelte politiche, nuove forme di patologie ed assenza di cure.

CONCLUSIONI

Dagli studi analizzati emerge il fatto che lavorare in T.I. per gli IP è stressante e li espone potenzialmente al rischio di burnout, ma indagini comparative con altri reparti smentiscono in parte l'ipotesi che il reparto di T.I. sia comunque ad alto rischio (3,5), esistono inoltre differenze significative tra diverse T.I.(5). Tutti gli studi sono concordi nel sottolineare il fatto che il burnout negli infermieri sia un problema con ricadute sull'assistenza oltre che sul personale in quanto interferisce nel processo di aiuto, ha ricadute organizzative sul lavoro, perché aumenta il turn over del personale ed incide in generale sull'efficacia ed efficienza assistenziale.

EVIDENZA: I risultati degli studi scelti, per il tipo di argomento e la conseguente metodologia utilizzata, sono riferibili ad una evidenza di grado IV (vedi tabella "forza delle raccomandazioni"). E' comunque da rilevare che l'ampia casistica di alcuni studi (2, 3, 5) e l'estrema cura metodologica di altri (1), legittimano le conclusioni e le successive strategie preventive e di supporto.

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

LIVELLO I	Evidenza ottenuta da revisione sistematica di tutti gli studi pertinenti randomizzati e controllati
LIVELLO II	Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato opportunamente segnalato
LIVELLO III.1	- Evidenza ottenuta dal miglior studio segnalato, controllato senza randomizzazione.
LIVELLO III.2	- Evidenza ottenuta dal miglior studio di coorte nominato o studio analitico caso-controllo, preferibilmente di più di un centro o gruppo di ricerca
LIVELLO III.3	- Evidenza ottenuta da ripetute serie di eventi con o senza interventi. Risultati critici in esperimenti non controllati
LIVELLO IV	- Opinioni di autorità rispettate, basate su esperienza clinica, studi descrittivi o resoconti di comitato di esperti

Uno studio condotto su tutte le T.I. finlandesi (2) ne mette in luce le caratteristiche positive e negative:

Fattori positivi del lavoro in terapia intensiva

- la natura del lavoro, attiva ed intensiva
- l'assistenza personalizzata, possibilità di approccio olistico
- l'approccio con i parenti come punto di forza
- alto grado di feedback, perché sono visibili i risultati del proprio lavoro
- lavoro altamente remunerativo (in Finlandia!)
- lavoro interessante
- lavoro richiesto, staff considerato come risorsa
- riconoscimento di competenza ed abilità
- alto livello di impegno ed entusiasmo
- motivazione allo sviluppo dell'assistenza
- alto livello di interazione dello staff
- approccio multi - professionale

Fattori negativi del lavoro in terapia intensiva

- Avere a che fare con alte responsabilità
- Organizzazione pratica del lavoro (spazio, risorse, comunicazione, capacità di reazione/coping dello staff, cura dei pazienti con patologie terminali, terapia medica e scarsità di feedback da parte del lavoro)
- La natura dello impegno lavorativo (contatti con pazienti e parenti, fatica fisica e psicologica, alti livelli di responsabilità e presa di decisione)
- Difficoltà a distribuire i carichi di lavoro
- Imprevedibilità sul lavoro (numero di pazienti, complessità assistenziale, disponibilità risorse)
- Rapido turnover dei pazienti (difficoltà per l'assistenza personalizzata)
- Spazio insufficiente
- Spazio non appropriato (rumoroso, non protetto, non attento alle esigenze di privacy di infermieri e pazienti)
- Risorse umane inadeguate
- Problemi di comunicazione e formazione (maggiori se maggiore è l'unità)
- Alti livelli di stress
- Inadeguatezza assistenziale nei confronti di pazienti terminali ed accanimento terapeutico
- Organizzazione del lavoro medica (insicurezza dei giovani medici)
- Scarsità di feedback
- Scarsità di gratificazioni economiche

Negli studi che hanno rilevato il burn-out negli infermieri di T.I. sono emersi come significativi i seguenti fattori:

1. problemi di comunicazione tra infermieri, medici e dirigenti (conflitti) (1, 2, 5,)
 2. mancanza di riconoscimento professionale (1, 3, 5)
 3. ambiente fisico non confortevole (privacy) (1)
 4. mancanza di risorse umane in rapporto alle richieste (4)
 5. tipologia del paziente (contatto con grandi sofferenze, morte, parenti,...) (2, 3, 4)
 6. problemi di "coping" (2)
- Scarsamente significativi sono risultati l'orario antisociale (4), mentre per l'età risulta più a rischio il personale più giovane con meno anzianità di servizio.

Dall'elenco sopraccitato dei fattori positivi e negativi emerge chiaramente come spesso le stesse variabili indicate come inibenti il burnout, sono citate come favorevoli (tipologia di paziente, feedback, gratificazioni economiche...) , sembra quindi importante avere a disposizione uno strumento che analizzi la situazione ed il vissuto dello staff in modo da cogliere con precisione il grado di burnout.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

- a) intervista fenomenologica semi strutturata (1)
- b) MBI (Maslach Burnout Inventory) (3,4,5)
- c) Questionario (2)

Tutti gli studi reputano attendibili gli strumenti utilizzati per l'indagine, con qualche riserva per gli studi che prevedevano una partecipazione volontaria. Esiste poi uno studio recente e molto utile dal punto di vista pratico (10), che analizza i vari strumenti di ricerca e ne consiglia l'uso preventivo per la pianificazione delle risorse umane, e a scopo d'indagine come "punto di partenza" nel caso si tratti di risolvere il burnout in un'équipe.

STRATEGIE DI PREVENZIONE E SUPPORTO

- ❖ strumenti di supporto per gli operatori con incontri di formazione/sensibilizzazione alle relazioni interpersonali ed alla gestione dei conflitti (5)
- ❖ una linea guida molto articolata (1) dove sono previste indicazioni per IP e dirigenti partendo dalle responsabilità reciproche che entrambi hanno a seconda del problema che origina il burnout. (vedi allegato)
- ❖ dall'analisi della letteratura e di articoli correlati (11) emerge anche il "fattore personale" come variabile su cui agire a livello di formazione pre - lavorativa migliorando il "luogo di controllo". Come "luogo di controllo" viene inteso l'ambiente dove l'individuo ricerca le risorse per rispondere ad un problema. Si distingue un ambiente/luogo di controllo interno ed esterno all'individuo. Gli studi psicologici hanno evidenziato che coloro che utilizzano l'ambiente esterno per rispondere ai problemi sono più esposti al rischio di burnout, pertanto potenziare le risorse interne dell'individuo nei programmi di formazione di base, ridurrà il rischio.

Le linee guida si sono basate sui criteri elaborati da Copi nel 1962 che sono: rilevanza, testabilità, semplicità, e potere esplicativo. Nello studio l'analisi dei dati rivelava i seguenti temi che causavano stress.

1. comunicazione danneggiata tra infermieri e dirigenti
2. mancanza di riconoscimento professionale mediante mancanza di equità, remunerazione non competitiva ed insensibilità verso i loro bisogni professionali
3. ambiente fisico depersonalizzato ed ambiente lavorativo emotivamente e spiritualmente stressante

Le strategie emerse dall'analisi dei dati furono supportate da controlli con la letteratura e discusse con gli infermieri per confermare la loro applicabilità. Pertanto, se l'analisi dei dati rivelava che c'era una mancanza di comunicazione tra infermieri e dirigenti, fu logico inserire le strategie atte a migliorare la comunicazione come una rilevante linea guida. Si è voluto tenere presente anche lo studio sulle responsabilità ed i diritti elaborato da Nel nel 1993. Nell'ambiente di lavoro di terapia intensiva c'è una reciproca interdipendenza tra dirigenti ed infermieri, essi sono co-responsabili per il clima corporativo dell'organizzazione. Ad esempio l'infermiere ha facoltà di negoziare con il suo dirigente programmi di formazione nel suo campo di specialità, così come è responsabilità del dirigente provvedere allo sviluppo di programmi per lo staff. C'è il diritto del dirigente di aspettarsi che gli infermieri impiegati siano professionalmente competenti ed autorizzati, ma c'è la responsabilità degli infermieri di assicurare che essi aderiscano ai requisiti standard e comunicare i propri bisogni di formazione ed educazione.

LINEE GUIDA1 PER IL SUPPORTO DELLO STAFF IN TERAPIA INTENSIVA



