

Risvegliarsi in terapia intensiva. La comunicazione, benessere per il paziente e competenza per l'infermiere

Waking up in an ICU. Communication, well-being for the patient and nurse's competence

Cristina Arrigoni, Ricercatore MED/45 Scienze Infermieristiche, Dipartimento di salute Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Legale, Sezione di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Pavia

Daniela Miazza, Laureanda magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Psicologa e dottore di ricerca, professore a contratto Università degli Studi di Pavia.

Luisa Gallotti, Infermiera, laurea in filosofia, professore a contratto Università degli Studi di Pavia

Ercle Vellone, Assegnista di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Rosaria Alvaro, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Gabriele Pelissero, Professore Ordinario di Igiene, Dipartimento di salute Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e legale, Sezione di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Pavia

Riassunto

Introduzione: per assistere il paziente in terapia intensiva, soprattutto se è intubato e cosciente, è importante stabilire un'efficace relazione comunicativa. L'infermiere deve quindi conoscere molto bene quali possono essere le esperienze soggettive del paziente, poiché sono questi contenuti che diventano motivo di interazione comunicativa e garanzia di un'assistenza efficace.

Problema: comunicare in modo efficace significa contenere lo stress che un' inadeguata comunicazione reca sempre con sé, sia per il paziente sia per l'operatore. L'infermiere deve pertanto costruire competenze relazionali complesse e affinarle sempre di più nei diversi livelli formativi. Sulla base di questi presupposti è orientato questo lavoro che descrive un'esperienza formativa rivolta a 30 studenti iscritti alla laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche. Partendo da un'esperienza di diario di una paziente di terapia intensiva, sono state realizzate mirate attività riflessive proprie dell'apprendimento esperienziale.

Discussione: la pratica dell'analisi del contenuto qualitativo di testi narrativi centrati su storie di malattia, congiunta alla riflessione scritta orientata alla ricerca di implicazioni per la pratica professionale può supportare la crescita di una sensibilità nuova nei confronti della relazione.

Conclusioni: una formazione professionale di alto profilo in area critica dovrebbe orientare i curricula infermieristici verso lo sviluppo di competenze finalizzate al trattamento ed acquisizione di elevate abilità tecniche fortemente connesse alla crescita delle capacità relazionali e di comprensione dell'esperienza soggettiva dei pazienti, poiché l'infermiere non può prescindere dalla risposta dei bisogni, anche se inespressi o mal espressi.

Parole chiave: Terapia Intensiva, Vissuti, Comunicazione, Infermiere, Relazione.

Abstract

Introduction: it's important to establish an effective communicative relationship to assist a patient in intensive care unit, especially if he is intubated and conscious. Nurses must therefore know very well what the patient's subjective experiences may be, since these experiences become one of the main sources of the communicative interaction as expression of an effective assistance.

Problem: a proper communication helps minimize stress both for the patient and for the nurse. Nurses must therefore build complex relational skills and enhance them in different educational levels. This paper describes an educational experience aimed at 30 master's degree in nursing and midwifery's students. Starting from the experience of an ICU patient's diary, targeted activities were carried out about reflexive and experiential learning.

Discussion: The analysis of qualitative and narrative contents of illness stories can help the enhancement of a new sensitivity in the relationship with the patients. During the training sessions students were invited to write their personal thoughts and their analysis of the implication for the professional practice.

Conclusion: a high-profile education in critical care nursing must therefore be focused on the acquisition of highly technical skills along with the relational ones besides the deep understanding of the subjective experience of patients, because nurses cannot ignore patient's needs, even if unexpressed or poorly expressed.

Key words: ICU, Experiences, Communication, Nurse, Relationship.

Introduzione

In questi ultimi vent'anni, gli articoli di ricerca e di rassegna che riguardano l'assistenza al paziente in terapia intensiva hanno focalizzato sempre più l'attenzione sull'importanza di stabilire una relazione ed una comunicazione

efficace tra infermiere e paziente, quale prerequisito necessario ed essenziale per un'adeguata assistenza in situazione critica.^{1,2,3,4,5,6} In particolare, poiché l'intervento d'urgenza sul paziente spesso include anche la ventilazione meccanica, l'infermiere si trova sempre più spesso di fronte a pazienti coscienti e consapevoli, ma incapaci di comunicare in

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 19/12/2013

ACCETTATO IL 08/04/2013

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSE.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:

CRISTINA ARRIGONI, cristina.arrigoni@unipv.it

modo normale e verbale, poiché intubati.^{6,7,8} Inoltre, il miglioramento del trattamento farmacologico e una serie di indicazioni medico-scientifiche, ha fatto sì che sia sempre più frequente assistere un paziente non sedato durante la ventilazione.^{9,5,10} Il ventilatore impedisce la condivisione di pensieri, emozioni e bisogni nel modo consueto. Lo staff deve quindi affrontare numerose difficoltà non solo nella comprensione dell'intenzione comunicativa, ma anche nell'interpretazione corretta dei *feedback* del paziente rispetto all'efficacia della comunicazione stessa. Data la complessità e la particolarità dell'interazione comunicativa, molti studi si sono occupati della delicata comunicazione con il paziente in area intensiva^{7,12,13}, ma pochi hanno focalizzato questo tema valutando congiuntamente l'esperienza del paziente e dell'infermiere durante la relazione in area critica.^{7, 13, 14}

L'infermiere deve conoscere molto bene quali possono essere le esperienze soggettive del paziente, poiché sono questi contenuti che diventano motivo di interazione comunicativa e garanzia di un'assistenza efficace. In particolare, una formazione professionale di alto profilo in area critica dovrebbe orientare i curricula infermieristici verso lo sviluppo di competenze finalizzate al trattamento ed acquisizione di abilità tecniche fortemente connesse alla crescita delle capacità relazionali e di comprensione dell'esperienza soggettiva dei pazienti, poiché l'infermiere non può prescindere dalla risposta dei bisogni, anche se inespressi o mal espressi.

Problema

Con riferimento a quanto sopra ricordato, abbiamo ritenuto di particolare interesse valutare la conoscenza dell'esperienza soggettiva dei pazienti in area critica da parte degli infermieri, come punto di partenza di una riflessione per lo sviluppo delle cure infermieristiche avanzate.

La natura della relazione con i pazienti in area critica comporta, insieme allo sviluppo di conoscenze ed abilità finalizzate al trattamento, l'accrescimento di competenze relazionali complesse basate sulla comprensione dell'esperienza soggettiva e dei problemi percepiti dai pazienti, ambiti ancora poco esplorati dalla ricerca infermieristica ita-

liana. Tali elementi costituiscono il punto generatore per lo sviluppo delle cure infermieristiche, dell'organizzazione e della formazione in area critica. Questa necessità diventa oggi ancor più centrale nel confronto con i colleghi europei: è urgente pertanto allineare le competenze infermieristiche italiane con adeguate politiche formative, capaci di rispondere agli orientamenti europei¹⁴ che hanno come baricentro l'asse clinico. Al contrario, nel nostro Paese la formazione infermieristica universitaria magistrale è orientata allo sviluppo di competenze manageriali ed organizzative che restano però svincolate, del tutto o in parte, dalla centralità dei processi clinico-assistenziali. In una recente ricerca, volta alla validazione linguistico-culturale della versione italiana del questionario sulle competenze infermieristiche del progetto *Tuning Educational Structures in Europe*¹⁵, emergono evidenti discordanze rispetto ai punteggi attribuiti alle competenze per il secondo ciclo di studi della formazione infermieristica universitaria in Italia. A questo livello formativo, il gruppo europeo attribuisce un valore "alto" a tutte le 40 competenze descritte: questo fa pensare che i corsi post base siano finalizzati, nella visione europea, ad un approfondimento di tutte le *core competence* acquisite nel primo ciclo. Il gruppo italiano, invece, assegna al secondo ciclo formativo punteggi "alti" alle competenze relative all'organizzazione, *leadership* e *management*, riconfermando solo al primo ciclo l'attenzione all'area clinico assistenziale.

Consci della complessità del problema, i risultati della ricerca ci ricordano che, ancor più in questo contesto particolare, comunicare resta un "tentativo"¹⁶ per il quale non vi è garanzia di risultato a priori, ma il cui risultato è oggetto di una molteplicità di variabili: lo scostamento fra la conoscenza del vissuto del paziente⁷ e la capacità di risposta da parte dell'operatore,^{14,17} l'interpretazione dei *feedback*, l'utilizzo di più canali comunicativi espressivi e, non da ultimo, la generale e difficile comprensione dei bisogni comunicativi del paziente in situazione critica.^{18, 2}

Quando la comunicazione fallisce, in parte o completamente, la frustrazione nel paziente genera sentimenti negativi con il rischio che l'identità non sia confermata.^{10,19,20,22,23} Comunicare in modo efficace significa contenere lo stress che

un'inadeguata comunicazione arreca sia per il paziente sia per l'operatore.²⁴ Al contrario, quando la comunicazione è efficace nonostante l'intubazione, l'azione educativa attiva le risorse del paziente e permette un ruolo attivo nel processo di cura,⁶ cioè di *empowerment*.¹³ Strettamente correlata a questa prospettiva, è quella più recente ermeneutica-fenomenologica proposta da Karlsson e Fosberg²⁵ che valuta l'efficacia della cura attraverso la prospettiva del paziente identificando, conseguentemente, la "salute come desiderio". Questi sono solo alcuni dei motivi che hanno spinto e che tuttora stanno motivando un cambiamento nella comunicazione e nella relazione in Terapia Intensiva.

Obiettivo del nostro lavoro è di attuare momenti formativi specificatamente orientati all'apprendimento di tecniche di tipo qualitativo. In particolare si intende migliorare, anche a livello di formazione magistrale, la conoscenza e la comprensione dei vissuti dei pazienti in situazione critica.

Metodo

Nel corso degli anni accademici 2009-2012 è stata realizzata un'esperienza formativa presso il corso di laurea magistrale (LM) dell'Università degli Studi di Pavia su 30 studenti, realizzata creando continuità e sinergia tra gli obiettivi formativi degli insegnamenti di *Ricerca Infermieristica Qualitativa e Fondamenti Educativo-relazionali Applicati all'Infermieristica*. Tali moduli (distribuiti rispettivamente nel primo e secondo semestre del primo anno della LM), non sembravano incrementare gli apprendimenti e concorrere allo sviluppo di competenze significative rispetto alle tematiche infermieristiche proprie del secondo livello di studi. In particolare, l'apprendimento di tecniche di analisi del contenuto qualitativo a partire da storie di malattia tratte dalla narrativa,^{26,27} proprio all'insegnamento di Metodologia della ricerca qualitativa, ha fornito materiali rielaborativi per il corso di *Fondamenti Educativo-relazionali Applicati all'Infermieristica*.

La scelta metodologica dei due corsi di formazione ha previsto un primo momento di lettura ed analisi del contenuto diariatico scelto, allo scopo di permettere agli studenti di rendere espliciti

i contenuti dell'esperienza di una paziente che lascia la terapia intensiva e che racconta ciò che ha vissuto e provato nel dettaglio. Successivamente gli studenti hanno effettuato in un primo momento una segmentazione analitica del testo per identificare parole, frasi, affermazioni o paragrafi dai quali evincere i nuclei di significato.^{28,29} Da questo lavoro si è proceduto, nella seconda fase con attività riflessive proprie dell'apprendimento esperienziale,^{30,31,32,33,34} volte a strutturare, attraverso un elaborato scritto, proposte di tipo formativo e/o organizzativo partendo dall'analisi dei bisogni espressi nel diario. La successione delle attività formative proposte è stata finalizzata a favorire negli studenti un innalzamento delle conoscenze relative agli approcci relazionali di tipo comprensivo secondo un orientamento di tipo ermeneutico,^{35,36} ma anche una maggiore sensibilità nella comprensione dei problemi esperiti dai pazienti in area critica.

Discussione

La valutazione degli elaborati prodotti dagli studenti, attraverso processi inferenziali propri dell'analisi del contenuto, ha permesso di scomporre il testo ed identificare attraverso le parole dell'autrice, Antonia Arslan,²⁶ come più significativi i seguenti temi: esperienze connesse alla paura, alla solitudine, al bisogno di comunicare, alla sete, il bisogno di conservare la propria identità. Riportiamo di seguito alcuni codici aperti, parole vive della paziente²⁹ da cui sono generati i temi, indicati dalla totalità degli studenti del gruppo in formazione.

Paura generata dai propri incubi incommunicabili, dal buio e dall'attesa

"... ma quando comincia la notte, quella finestra diventa un lago di viscidie presenze, di immondi sussurri che ti chiamano, e vorrebbero la tua disperazione" (pag.16).

"Il senso della paura ti viene di notte, e risale dalle tenebre dense, colme di un male primordiale, che si sprigionano dal rettangolo di finestra buio e senza vetro" (pag.16).

"Lei sa che l'ansia mi tormenta, perché io vorrei che restasse, nel mio angoscioso egoismo. E così mi dice : "Tornerò

dopodomani, ho di nuovo il turno di notte"; e sa che conterà le ore che mancano al suo ritorno, al ritorno del suo sorriso,delle sue dolci mani". (pag. 12)

Solitudine

"Francesca non c'è, con la sua lampada serena; non c'è Raffaella, né Susanna, né le altre. Sono sola di fronte al richiamo furioso e potente del male, del nulla, e so che nessuno verrà, che non posso chiamare nessuno in soccorso". (pag. 16)

"Ma nessuno veniva, nessuno veniva, e le voci incalzavano sempre più forti"; (...).volevo le voci dei vivi". (pag. 36)

Bisogno di comunicare attraverso la ricerca continua del contatto visivo, del tatto e del linguaggio paraverbale

"Lei girava per la stanza, apparentemente ignara, occupandosi, mi pareva, di questo e di quello, senza badarmi (...). Voltati, ti prego, guardami..." (pag. 58)

"Ma poi finalmente sono le sette, Francesca arriva, misura, controlla. E poi mi lascia, con una carezza in fronte, ... e sa che conterà le ore che mancano al suo ritorno, al ritorno del suo sorriso, delle sue dolci mani". (pag. 12)

"(...) Ma, come se avesse sentito l'intensità disperata del mio sguardo, il ragazzo si voltò lentamente, mi guardò con attenzione e sorrise. Poi disse con semplicità: «Cosa stai pensando, cara, forse hai bisogno di un'acquata?». E come fra sé si rispose: «Certo che ne ha bisogno!»" (pag. 25)

Bisogno di bere

"Io avevo sete, tanta sete. Ogni tanto provavo a farmi capire con gli occhi, perché non riuscivo a muovere le mani (...). «Ho sete,voglio acqua» cercavo di dire, e mi raschiavo la gola per parlare, ma non ce la facevo a metter fuori la voce". (pag. 24)

"Cominciò a bagnare i teli, me li appoggiava sul corpo, dappertutto, con meticolosa attenzione ... Sentivo le gambe inerti e pesanti, come se fossero ricoperte di stoffa, e più tardi seppi che davvero lo erano, infilate in certe calze elastiche bianche ... il buio mi sembrava meno denso. Per mezzora ci parlammo con gli occhi ... E quando lo vennero a chiamare, rispose: «Non la posso ancora lasciare» e continuò a darmi acqua sul corpo". (pag. 26)

Bisogno di conservare la propria identità

"Sei nudo laggiù, e ti sembra del tutto naturale. Ma il lenzuolino che mi copriva era sottile e mi pareva di aver freddo (...). Non puoi portare le tue cose a Ishtar 2 (...) e allora piangi e preghi e aspetti". (pag. 103)

"Poi riaffiorano vivissime, schegge nell'orecchio, anche le voci dell'infermiera gentile che mi voleva sfilare la maglietta di lana, e di me che resistevo accanitamente, come aggrappandomi a un ultimo brandello di casa e di normalità". (pag.20)

Riportiamo inoltre alcuni codici aperti che, contrariamente alla sezione precedente, sono stati identificati solo da due studenti. Tali temi (assenti nella letteratura che ha operato confronti tra i diari di pazienti ricoverati in terapia intensiva), pur evidenziando scarsa convergenza all'interno del gruppo, possono rappresentare un'area di approfondimento irrinunciabile nell'ottica di un nursing comprensivo.^{26,27}

Bisogno di spiritualità

"Poi un giorno vidi apparire un vecchio signore che mi chiese: «Mi hanno detto che sai recitare la Salve Regina in latino». «Sì» pensai di rispondere io, tutta felice, ma in realtà non dissi niente, solo la mia mente sussurrò nel tubo, «sì è proprio vero, la so anche cantare». E lui cominciò a dirla, la dolce preghiera, ma io non riuscivo a ricordarmi le parole, ripetevo sempre da capo l'inizio(...). Ma il vecchio signore disse, calmo: «Non importa se non ti ricordi ogni parola, basta che pensi a lei», e io capii improvvisamente che si riferiva all'Alta Regina (...). Lei c'era, da qualche parte, la Signora che scacciava le tenebre. Lontano sul mare scintillavano una vela e una stella. E allora sentii la sua mano sui miei capelli". (pag. 54-55)

Capacità di fronteggiamento^{37,38} dell'impotenza e della disperazione

"E venne perfino, sorridente e maestoso, il leone Aslan delle Cronache di Narnia: ma io non potevo parlare, né rivolgere suppliche a nessuno di loro, solo sentirmi racconsolata e protetta dalla loro presenza. All'improvviso mi ricordai che il mio cognome, Arslan, vuol dire proprio leone [...] Misteriosamente però mi sen-

tivo davvero rassicurata." (pag. 39-40)
 "Questa volta però mi avevano coperto anche gli occhi. Mi sforzai di abbandonarmi al buio senza pensare a niente, tranne che a dormire. Di solito io mi addormento facilmente; il sonno è la mia grande medicina. Provai a cantarmi la ninnananna che avevo imparato tanti anni prima (...) e mi ci ero cullata da sola così tante volte quando mi prendeva la malinconia, che mi ci immerse voluttuosamente anche stavolta." (pag. 69)

Conclusioni

La pratica dell'analisi del contenuto qualitativo di testi narrativi centrati su storie di malattia, congiunta alla riflessione scritta orientata alla ricerca di implicazioni per la pratica professionale può supportare la crescita di una sensibilità nuova nei confronti della relazione. I temi evidenziati come prioritari dagli studenti, attraverso la lettura della narrazione, si accordano con i temi ed i bisogni propri del paziente vigile ricoverato in terapia intensiva e documentati dall'ampia bibliografia diaristica^{36,39,40} dell'esperienza di malati in Terapia Intensiva. La sintonia tematica emersa è esplicativa della natura relazionale dell'assistenza infermieristica (DM 739 del 1994) e che l'efficacia della relazione e della comunicazione paziente - infermiere non può prescindere dalla risposta dei bisogni inespressi o mal espressi.^{40,41} Una formazione professionale di alto profilo in area critica deve interrogarsi sulla necessità di orientare i curricula infermieristici verso lo sviluppo di competenze clinico-assistenziali finalizzate al trattamento ed acquisizione di elevate competenze tecniche, fortemente connesse alla crescita delle capacità relazionali e di comprensione dell'esperienza soggettiva dei pazienti, in orientamento ai trend formativi sia europei che americani.^{15,42}

Ne consegue che l'infermiere deve acquisire competenze sempre più complesse ed articolate per essere efficace nell'assistenza. Per far questo è necessario intervenire con opportuni percorsi didattico-formativi sia in occasione della formazione di base universitaria triennale e magistrale, sia attraverso la formazione permanente.⁴³ Nel primo caso, è possibile implementare modalità comunicative alternative al linguaggio verbale (linguaggio non verbale, il

"tocco", focus visivo attento, uso della scrittura, ecc.) finalizzate a fornire strategie e tecniche comunicative orientate a migliorare le competenze dell'infermiere. Nel secondo caso, riteniamo possa consentire buoni risultati l'utilizzo della formazione sul campo finalizzata a migliorare, attraverso l'analisi di casi clinici, conoscenze, tecniche e metodologie per innalzare la qualità dell'assistenza dei pazienti nei contesti critici.

Bibliografia

1. BAKER C, MELBY V. *An investigation into the attitudes and practices of intensive care nurse towards verbal communication with unconscious patients*. Journal of Clinical Nursing. 1996; 5: 185-192.
2. ALBARRAN JW. *A review of communication with intubated patients and those with tracheostomies within an intensive care environment*. Intensive Care Nursing. 1999; 17: 179-186.
3. SASSO L, SILVESTRO A, ROCCO G, TIBALDI L, MOGGIA F. *Infermieristica in area critica (secondo la metodologia didattica problem based learning)*. Mc Graw- Hill 2005: 3-14.
4. MAZZON D, MAURI A, RUPOLO GP. *Aspetti critici della comunicazione in terapia intensiva*. Minerva anestesologica. 2001; 67, 11: 818-826.
5. STEIN-PARBURY J, MCKINLEY S. *Patients' experiences of being in an intensive care unit: A select literatG. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports anure review*. American Journal of Critical Care. 2000; 9, 1: 20.
6. ROBSON W. *An evaluation of patient diaries in intensive care*. The World of Critical Care nursing 8-2- 34-37. 2008; 6, 34-37
7. WOJNICKI-JOHANSSON G. *Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports anure review*. American Journal of Critical Care. 2000; 9, 1: 20. d RN evaluations. Id RN evaluations. Intensive and Critical Care Nursing. 2001; 17: 29-39.
8. ARMSTRONG RF, BULLEN C, COHEN SL, SINGER M, WEBB AR. *Critical care algorithm: sedation, analgesia and paralysis*. Clinical Intensive Care. 1992; 3: 284-6.
9. ROTONDI AJ, CHELLURI L, SIRIO C, MENDELSON A, SHULZ R, BELLE S, KELLY DM, PINSKY M. *Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit*. Critical Care Med. 2002; 30, 4: 746-752
10. VAN DE LEUR JP, VAN DER SCHANS CP, LOEF BG, DEELMAN BG, GEERTZEN JHB, ZWAVELING JH. *Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients*. Critical Care. 2004; 8:467-473.
11. MARGAREY JM. *Sedation of adult critically ill ventilated patients in intensive care units: A national survey*. Australian Critical Care. 1997; 10: 90-3
12. HUPCEY JE, ZIMMERMAN HE. *The need to know. Experiences of critically ill patients*. American Journal of Critical Care, 2000, 9, 3: 192-198.
13. CRISTENSEN M, HAWITT-TAYLOR J. *Patient empowerment: Does it still occur in the ICU? Intensive and Critical Care Nursing*, 2007; 23: 156-161
14. GJENGEDAL E. *Understanding a world of critical illness. Phenomenological study of the experiences of respirator patients and their caregivers*. 1994; Department of Public Health Care Division of Nursing Science, University of Bergen, Norway (Dissertation)
15. VENTURINI G, PULIMENO A, COLASANTI D, BARBERI S, SFERRAZZA S, DE MARINIS MG. *Validazione linguistico-culturale della versione italiana del questionario sulle competenze infermieristiche del Progetto Tuning Educational Structures in Europe*. L'infermiere. Notiziario Aggiornamenti Professionali, 2012, 49: 3:e39-e48.
16. ANOLLI A. *Fondamenti di psicologia della comunicazione*. Bologna: Il Mulino, 2012.
17. LEATHART AJ. *Communication and socialization (1) An exploratory study and explanation for nurse-patient communication in an ITU*. Intensive and Critical Care Nursing. 1994; 10: 93-104.
18. JANSSON L. *Etiska Problem i relation till kommunikations problem hos svårstjuka patienter*. Tidskriften Omvårdaren. 1995; 4:4-7.
19. BERGLUND K, BONA G. *1000 ventilator timmar, 100 intensivvårdsdygnet kommunikations problem*. Läkartidningen. 1978; 4: 220-2.
20. NILSSON B, WALDERMARSSON AK. *Kommunikation, samspelmellanmänniskor*. Student litteratur, Lund, 1994;2:suppl.
21. HAFSTEINDÓTTIR T. *Patient's experiences of communication during the ventilator treatment period*. Intensive Care Nursing. 1996;12: 261-271.
22. ASHWORTH P. *Care to communicate – an investigation into problems of communication between patients and nurses in intensive therapy units*. Royal College of Nursing of London, Research Series, London, 1980.
23. ASHWORTH P. *Interpersonal skill issues arising from intensive care contexts*. In: Kagan C. Interpersonal Skills in Nursing

- Research and Applications. London: Croom Helm: 1985; 10: 145-164.
24. CORNOCK MA. *Stress and IC patient: perception of patients and nurses*. Journal of Advanced Nursing, 1998; 27, 3:518-527.
22. KARLSSON V, FORSBERG A. *Health is yearning. Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit*. Intensive and Critical Care Nursing, 2008; 24: 417-50.
26. ARSLAN A, ISHTAR 2. *Cronache dal mio risveglio*. Milano: Rizzoli, 2010.
27. SUKANTARAT KT, WILLIAMSON RC, BRETT SJ. *Psychological assessment of ICU survivors: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression scale and the Depression, Anxiety and Stress scale*. Anaesthesia. 2007; 62: 239-43.
29. BARDIN L. *L'analyse de contenu*. France: PUF, 1977.
29. MUCCHIELLI A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin, 1996.
30. KOLB DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall, 1984.
31. BENNER P. *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*. Milano: McGraw-Hill, 2003.
32. BENNER P. *From novice to expert*. American Journal of Nursing. 1982; 82,3: 402-7.
33. BENNER P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1984.
34. SCHÖN D. *Il professionista riflessivo*. Bari: Edizioni Dedalo, 1993.
35. GADAMER HG. *Verità e metodo*. Milano: Bompiani, 1983.
36. HENDERSON V. *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. A cura del Comitato per i servizi infermieristici del Consiglio Internazionale delle Infermiere. 1955; Ginevra.
37. LAZARUS R. *Psychological Stress and the coping processes*. 1966; New York: Mc Grow-Hill
38. BANDURA A. *Self efficacy. The exercise of control*. 1997; New York: Freeman
33. BACKMAN CG, WALTHER SM. *Kritisktids på intensivt dokumenterasidagbok*. Läkartidningen. 1999; 96: 468-470.
34. WATSON J. *La théorie du caring de Watson: une approche existentielle, phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers*. L'infermiere Canadienne. 1990, 12: 32-33.
35. ANDERSON UK. *After the ICU: how do patients feel?* In Noble M.A. (ed). *The ICU environment: direction for nursing*, Reston, Va: Reston Publishing 1982: 185; 1: 12-13.
36. AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING (AACN). *The essential of Master's education for advanced practice*. Nursing. 1996 (consultabile al sito www.aacn.nche.edu/education-resources/essential/series ultima consultazione del 12 marzo 2013).
37. ARRIGONI C, MIAZZA D, GERRA MT, PELISSERO G. *Prevention in the workplace and training of personnel: new methodological approaches*. Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 2012; 53: 14-19.

www.aniarti.it