

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Bachelor Thesis
di
Coassin Laura

**Interventi infermieristici attuati per aumentare la resilienza nella riabilitazione di
pazienti adulti gravemente ustionati al fine di limitare l'insorgenza della PTSD**

Manno, 26.02.2016

Anno accademico 2015 – 2016

Direttore di tesi

Giorgio Tarabra

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Bachelor Thesis
di
Coassin Laura

**Interventi infermieristici attuati per aumentare la resilienza nella riabilitazione di
pazienti adulti gravemente ustionati al fine di limitare l'insorgenza della PTSD**

Manno, 26.02.2016

Anno accademico 2015 – 2016

Direttore di tesi

Giorgio Tarabra

“L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi”

Dedicata a mia nonna Rosy

Sommario

ABSTRACT	5
1. INTRODUZIONE	6
2. SCOPO	7
3. OBIETTIVI	8
4. BACKGROUND	8
5. QUADRO TEORICO	8
6. METODOLOGIA	18
7. REVISIONE DELLA LETTERATURA	25
8. CONCLUSIONI	35
9. FONTI	38
10. ALLEGATO 1	40

ABSTRACT

Background: in seguito ai progressi nella terapia intensiva e negli interventi chirurgici sempre più persone ustionate sopravvivono ad ustioni gravi (Keller e Schub 2015). Il presente lavoro prende in esame le persone adulte gravemente ustionate, che oltre allo shock subito, potrebbero incorrere in varie problematiche psicologiche e nello specifico potrebbero sviluppare la PTSD, il disturbo post traumatico da stress (Choi et al. 2008). Più del 25 % dei sopravvissuti ad un ustione, infatti, sviluppa la PTSD, entro 3-6 mesi dopo l'infortunio (Keller e Schub 2015).

Metodologia: La domanda di ricerca (foreground) è: “quali sono gli interventi che un infermiere può mettere in atto per stimolare la resilienza in pazienti adulti gravemente ustionati, in modo che questa agisca da protezione verso la PTSD, o per lo meno che ne diminuisca gli effetti a lungo termine?”. Per rispondere al quesito di foreground ho utilizzato il metodo revisione della letteratura. Ho ricercato articoli scientifici, senza porre limiti alla ricerca, attraverso l'elaborazione del modello PIO dal quale ho ricavato svariate parole chiave. Ho combinato queste parole chiave tra loro, avvalendomi degli operatori booleani, sulle banche dati Pub Med e Science Direct. Dopo aver visionato 127 abstract ho considerato 4 articoli, in lingua inglese, pubblicati dopo il 2009 che riportano studi condotti in diversi paesi del mondo.

Risultati: i 4 articoli presi in esame evidenziano che la riabilitazione dei pazienti adulti ustionati comincia dal momento dell'incidente, si potrebbe prolungare per diversi anni e richiede un approccio multidisciplinare (Procter 2010). L'umorismo è efficace nell'accettazione di sé dopo un'ustione, infatti, coloro che mostrano un alto livello di resilienza, e attingono ad emozioni positive riescono a riprendersi da esperienze traumatiche (Abu-Qamare et al. 2014). I pazienti che accettano la propria disabilità possono essere più propensi a utilizzare comportamenti positivi che proteggono dalla PTSD (Cheng et al. 2014). Il monitoraggio e il recupero psicologico, dopo gravi ustioni, sono una parte fondamentale della riabilitazione generale e questo obiettivo è condiviso all'interno della comunità clinica e scientifica (Browne et al. 2009).

Conclusioni: da questo lavoro si evince che l'infermiere deve dare importanza ad una riabilitazione precoce al paziente ustionato che tenga conto anche dell'aspetto psicologico. L'infermiere usando l'ascolto attivo, l'empatia, la comprensione del vissuto del paziente, in questa circostanza, e fornendogli il tempo necessario per riappropriarsi della sua vita, lo aiuta a ricercare in sé le risorse per far fronte ai disagi causati dall'evento traumatico e quindi a potenziare la sua resilienza. Il paziente ustionato che si avvale di un atteggiamento resiliente potrebbe risultare meno soggetto, quindi, allo sviluppo della PTSD, o per lo meno a limitarne l'insorgenza nel lungo termine.

Keywords

Adult burn patients; adult burn survivors; post burn; rehabilitation; core outcomes; lived experience-acceptance; psychological resilience; nursing interventions.

1. INTRODUZIONE

1.1 Motivazioni personali

La tesi nasce da una esperienza familiare che è successa, quando ero una bambina. Mia nonna si era ustionata per il 75 % del corpo in seguito ad un'errata accensione di una stufa a legna con l'alcool.

Anche se in tenera età, ho vissuto appieno la situazione che stava succedendo un po' perché identificavo la figura di mia nonna con quella di mia mamma, in quanto fino a quel periodo è stata lei ad occuparsi di me e un po' perché mi è sempre stato spiegato che la situazione era difficile. Perciò mi ero resa conto che mia nonna era davvero grave e quindi ho deciso di andare a trovarla al Centro Ustioni di Genova dove era appunto degente.

Ricordo ancora quel momento come fosse adesso: al di là di un vetro vedevo mia nonna sul letto, coperta di fasce bianche e con un tubo che usciva dalla gola. Si parlava attraverso un telefono e le mie parole furono: "ciao nonna", perché non sapevo cosa dire e non potevo rendermi conto se lei veramente mi sentiva. Pochi giorni dopo ci comunicarono la sua morte.

Da lì si fermò tutto era morta una parte di me, non so neanche dire davvero come mi sentivo, ma avvertivo un forte dolore misto a disperazione. Ovunque guardavo vedevo il terrore negli occhi dei miei zii cosa che non ho più visto e forse mai più rivedrò. Il giorno del mio undicesimo compleanno, non so davvero dire se sia il destino o meno, si è celebrato il funerale di mia nonna. Quando ci fu comunicata la morte di mia nonna avrei voluto che il medico non si limitasse a pronunciare la "fatidica frase" con aria di circostanza e rimanendo in lontananza rispetto a noi, ma che si portasse al nostro "livello" quindi che ci venisse incontro in tutti i possibili significati che questa espressione racchiude. O meglio, questo è quello che avrei fatto io se fossi stata dall'altra parte, se avessi indossato la divisa e fossi entrata da quella porta, che ricordo grande. Infatti, mi aspettavo di sentire un aggancio dall'altra parte, una mano protratta sulla spalla alla quale mi sarei subito aggrappata come un koala perché, in quel momento, sembrava di essere staccati dalla realtà, come di essere sospesi in aria, senza sentire i piedi a terra.

Ovviamente è una considerazione che faccio adesso, a distanza di tempo, ormai di una Laura cresciuta anche grazie alla preparazione universitaria, diversamente da quella bambina indifesa che stava in un angolo e, impaurita, a stento staccava gli occhi da quel pavimento bianco, quasi nauseante da quanto appariva candido. Probabilmente, quasi inconsciamente, credo, sono così ostinata a incentrare il lavoro di tesi sulle ustioni perché è un modo per ricordare mia nonna. A questo proposito, mi viene in mente un mito, affrontato nel primo anno di corso, dove Chirone, ferito gravemente, trasforma l'esperienza della sua sofferenza, applicandola nell'assistenza dell'altro. Infatti la mia esperienza familiare spero mi possa guidare nella cura dell'altro e mi possa, anche, insegnare il confronto con i propri limiti e le proprie vulnerabilità, senza le quali un curante non può approcciarsi al dolore dell'altro (Piasentin 2012).

Sono passati ormai 14 anni dalla morte di mia nonna e nonostante stia diventando adulta non sono certa di aver elaborato in toto la sua scomparsa, forse anche perché è stata improvvisa e senza aver avuto l'opportunità di un ultimo saluto, un ultimo abbraccio, un ultimo bacio. Forse perché ero troppo piccola mi è sempre stato detto che la morte di mia nonna è stata la soluzione migliore per lei, in quanto non avrebbe accettato di ritrovarsi menomata e non più in grado di prendersi cura della sua famiglia e soprattutto di suo marito che era semi-paralizzato.

Invece, credo che una persona ustionata se adeguatamente supportata da specialisti, con un po' di personale amore per la vita, come lo era per esempio mia nonna, e con un sostegno anche familiare, potrebbe riscoprirsi forte e resiliente e combattere il dolore, sia fisico che psichico, a cui un'ustione può condurre. Magari è stato proprio questo episodio a spingermi a intraprendere la professione di infermiera. Forse volevo trovare delle risposte a questa ferita che mi porto dentro, ma di sicuro sapevo che, se avessi scelto, come ho fatto, di prendere la laurea in infermieristica, la mia tesi avrebbe trattato questo argomento, per prendere meglio in considerazione il lato psicologico di un paziente ustionato.

1.2 Motivazioni professionali

Ho scelto di svolgere il mio lavoro di tesi proprio sulle ustioni perché vorrei trattare un argomento che viene affrontato in maniera superficiale nei tre anni di laurea, in quanto rappresenta un ulteriore ramo della specialistica. Credo che si tratti di un lavoro che possa suscitare interesse perché non rappresenta un tema ricorrente. Se penso alla cura di un paziente ustionato, sotto l'aspetto psicologico, trovo che la figura dell'infermiere possa essere accostata a una mano che lo accompagna per questo lungo, doloroso, estenuante e difficoltoso viaggio.

L'infermiere è quel curante che più di tutti è a stretto contatto con il paziente. Egli attraverso la condivisione di scelte difficili, all'interno di equipe formate da varie figure sanitarie, favorisce la migliore assistenza infermieristica alle persone che si trovano in una situazione di bisogno (Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. 2011).

Accosto all'infermiere il verbo accogliere perché penso che più di tutte gli si addica, in quanto, appunto, accompagna il paziente in ogni fase di cura, dall'ingresso nel centro ustione, durante la degenza in unità, al congedo in fase di dimissione e nelle successive fasi di riabilitazione. Avere a che fare con una così grande sofferenza implica che l'infermiere abbia fatto prima di tutto un lavoro su se stesso o che, in qualsiasi modo, l'approccio a questo tipo di paziente, rappresenti uno stimolo per farlo. Inoltre trovo che relazionarsi con un paziente ustionato, specie se rimane ospedalizzato per lungo tempo, sia una buona "palestra" poiché permette di sviluppare vari tipi di comunicazione non solo verbali ma anche tattili, visive e di saper anche arricchire questa comunicazione con il silenzio, per tener meglio conto del rispetto dell'altro.

Durante la formazione viene richiesta la consultazione delle banche dati per avvalersi di aggiornamenti in ambito scientifico che hanno rilevanza nella pratica professionale, perché basata sulle prove di efficacia. Questa ricerca permette di essere innovativi nell'esercizio della propria professione e di contribuire così al suo sviluppo. Per integrare, quindi, le conoscenze scientifiche e rimanere continuamente aggiornati.

2. SCOPO

Lo scopo del presente lavoro è quello di indagare le conseguenze psicologiche, a cui una persona adulta gravemente ustionata potrebbe incorrere nel lungo termine. L'intento è quello di descrivere una possibile problematica quale è la PTSD che può intaccare la qualità di vita del paziente adulto ustionato.

3. OBIETTIVI

- Ricercare in letteratura interventi infermieristici che possano aiutare il paziente adulto gravemente ustionato a far fronte all'evento traumatico quale è l'ustione.
- Dimostrare se il ruolo ricoperto dall'infermiere sia importante per contrastare le conseguenze psicologiche che potrebbero scaturire in una persona adulta gravemente ustionata per limitare l'insorgenza della PTSD.

4. BACKGROUND

Prima di iniziare la stesura della tesi ho consultato dei libri di infermieristica che trattassero le ustioni sia da un punto di vista anatomo-fisiologico che dal lato dell'assistenza infermieristica per addentrarmi meglio in questo argomento. Sono partita, quindi, da una domanda clinica generale: un paziente adulto gravemente ustionato, oltre allo shock subito, potrebbe essere soggetto a problematiche psicologiche?

In principio mi sono avvalsa dell'aiuto del libro di anatomia e fisiologia, usato nel triennio, e in seguito della ricerca sulle banche dati per chiarire meglio le ustioni. Dopo aver passato in esame vari articoli sulle banche dati, riguardo i problemi psicologici che possono insorgere in un paziente adulto gravemente ustionato, la mia attenzione è ricaduta su una problematica che mi ha incuriosito in particolare: la PTSD. Più del 25 % dei sopravvissuti ad un ustione, infatti, sviluppa la PTSD, il disturbo post traumatico da stress, entro 3-6 mesi dopo l'infortunio (Keller e Schub 2015). Con il materiale trovato ho potuto, quindi, delineare il quadro teorico.

5. QUADRO TEORICO

5.1 Le ustioni nella storia

Nel corso dei secoli i medici hanno cercato e formulato una miriade di trattamenti per le ustioni, ma questi si sono rivelati per lo più di scarso beneficio per le vittime soprattutto perché la comprensione fondamentale della pato-fisiologia delle ustioni non era ancora nota (Joory, Kwang, e Naiem 2014).

C'è stato un aumento esponenziale nella ricerca bio-medica e nella conoscenza dal XVIII al XX secolo sulla cura delle ustioni, come ad esempio il riconoscimento dell'importanza della superficie dell'ustione e gli innesti cutanei ad opera di Reverdin (1869). Tuttavia, questo non ha mostrato miglioramenti nella sopravvivenza e molti pazienti morivano ancora di shock ed infezioni. È solo negli ultimi 50 anni che la mortalità dei pazienti ustionati è stata notevolmente migliorata, grazie all'incremento della comprensione della fisiopatologia delle ustioni (Joory, Kwang, e Naiem 2014).

La maggior parte delle cure antiche delle ustioni consisteva nell'uso di terapie topiche e può essere fatta risalire a secoli fa. Uno dei primi trattamenti delle ustioni è stato descritto nel Papiro egiziano di Smith, scritto nel 1600 a.C., che ha sostenuto l'utilizzo di resina e di miele come pomata da applicare sulle ustioni. Nel 600 a.C., i cinesi descrissero l'uso di estratti di tè e tinture da applicare sulle ustioni

(Joory, Kwang, e Naiem 2014).

Molti filosofi e medici famosi hanno contribuito alla gestione delle ustioni, come per esempio Ippocrate, che nel 400 a.C., ha descritto l'uso di medicazioni con garze intrise di grasso di maiale alternate a garze impregnate di resina e aceto caldo. Nel primo secolo d.C., Celso ha descritto l'uso del vino e della mirra, che avevano proprietà batteriostatiche, come lozione da applicare sull'ustione (Joory, Kwang, e Naiem 2014).

La prima descrizione di primo soccorso per le ustioni, risalente al 854-925 d.C. circa, è stata fatta da Muhammad ibn Zakariya al-Razi, un medico arabo che ha consigliato l'uso di acqua fredda per il sollievo del dolore arrecato dall'ustione. Un esempio più recente si trova nel XIX secolo, dove una miscela di olio di lino e acqua di calce veniva utilizzata per il trattamento delle ustioni degli operai infortunati negli impianti siderurgici in Scozia (Joory, Kwang, e Naiem 2014).

Nelle ustioni, i disastri causati dal fuoco come l'incendio di Rialto nel 1921 e l'incendio della discoteca di Coconut Grove nel 1942 hanno portato all'inizio delle prime ricerche sulla moderna comprensione della fisiopatologia delle ustioni. L'obiettivo delle terapie topiche nel XX secolo è stato quello di impedire la fuoriuscita e la conseguente messa in circolo di tossine dalla ferita, e tenere la ferita asciutta per permettere la formazione di un coagulo duro che permetta di ridurre al minimo la perdita di liquidi. La pietra miliare nella terapia topica dell'ustione è stata l'applicazione di soluzioni di composti d'argento o di sali, che ha svolto un ruolo importante nel ridurre il tasso di sepsi sulla ferita e la conseguente mortalità. Sulfadiazina d'argento è stata sviluppata da Charles Fox nel 1960 ed è diventata il cardine della terapia antimicrobica topica grazie al suo successo nel controllo dell'infezione e alla minima insorgenza di effetti collaterali. I principali cambiamenti nel trattamento delle ustioni sono correlati alle conseguenze belliche (Joory, Kwang, e Naiem 2014).

La necessità di un rigoroso isolamento del paziente ustionato è diventato un problema importante dopo la Seconda Guerra Mondiale. Infatti nel dopoguerra sono stati istituiti i centri specializzati nel trattamento delle ustioni, dapprima negli Stati Uniti e poi nel resto del mondo. Il centro militare Brooks è un esempio di impianto che è stato progettato per l'isolamento del paziente per poter quindi controllarne le infezioni (Joory, Kwang, e Naiem 2014).

Tuttavia alcuni dei metodi antichi trovano ancora qualche applicazione moderna in quanto sono in grado di prevenire l'infezione batterica che è una delle cause principali di morte delle persone ustionate come per esempio l'uso dell'aceto, descritto per la prima volta da Ippocrate, e che ora viene riscoperto per le sue proprietà antibatteriche specialmente nel trattamento delle infezioni da pseudomonas (Joory, Kwang, e Naiem 2014).

Le ustioni sono ancora una delle principali cause di morte e disabilità nel mondo. Il trattamento delle ustioni è una grande impresa e coinvolge molti componenti come per esempio la valutazione delle dimensioni dell'ustione e della sua profondità. I progressi in questo ambito hanno contribuito, in modo significativo, ad una maggiore sopravvivenza, a livello mondiale, delle persone ustionate (Joory, Kwang, e Naiem 2014).

Con le evoluzioni nella cura delle gravi ustioni, molte persone conseguono una guarigione e un aumento della qualità di vita (Keller e Schub 2015).

5.2 Epidemiologia

Le ustioni appartengono a quel gruppo di traumi che si caratterizzano per essere violenti, scioccanti e dolorosi e che quindi potrebbero condurre a morte. Esse rappresentano anche uno dei danni più onerosi per quanto riguarda i vari trattamenti a cui queste persone devono sottoporsi nella prolungata degenza nelle unità specialistiche (Blot et al. 2010). Nel mondo in un anno si evidenzia che più di 5 milioni di persone si rivolgono ad un medico per curare questo tipo di lesioni. La maggior parte di questi pazienti verranno indirizzati a studi medici in grado di gestirli, mentre altri dovranno essere trattati in reparti specialistici intensivi, qualora l'ustione sia molto estesa e la persona versata in condizioni critiche. In Europa nella classificazione degli infortuni le ustioni ricoprono il 34,1 % di incidenza annua. Ma tuttavia non vi è una stima precisa sull'incidenza delle ustioni poiché i membri dell'Europa sono sprovvisti di un fascicolo attendibile in questo campo. Negli USA, invece, le lesioni prodotte, per esempio, dagli incendi ricoprono il 2,4 % di eventi traumatizzanti (Blot et al. 2010).

Problematiche psichiche vengono riportate da meno del 50% dei superstiti di un'ustione. Infatti, il 30% delle persone ustionate quando viene congedata dal reparto specialistico, manifesta tensione psichica. Oltre il 20% dei superstiti ad un'ustione esprime la PTSD, il disturbo post-traumatico da stress nei primi sei mesi post incidente (Keller e Schub 2015).

5.3 Il mantello cutaneo

La pelle o tegumento è la nostra copertura e costituisce il complesso più imponente fra i nostri vari organi ed ha una superficie di 200 decimetri quadrati nell'adulto. Lo strato più esterno è l'epidermide, rappresentato dall'epitelio, dove vi sono quattro varietà di corpuscoli: i cheratinociti che svolgono la funzione di difendere la pelle e i vari strati dai batteri, dalle diverse temperature e dai prodotti sintetici; i melanociti che conferiscono le varie sfumature della pelle e la salvaguardano da raggi nocivi; le cellule di Langerhans interagiscono con i mediatori chimici della flogosi per identificare e combattere gli agenti patogeni provenienti dall'esterno; le cellule di Merkel ove risiedono i recettori della sensibilità tattile (Derrickson e Tortora 2011).

In base alla maturazione che avviene nei cheratinociti l'epidermide si suddivide in livelli quali il basale, lo spinoso, il granuloso, il corneo e nelle estremità superiori e inferiori si aggiunge anche un livello lucido. Il livello basale, collocato nella parte più interna della cute, si compone di vari tipi di cellule tra cui le cellule staminali che hanno il compito di contribuire alla rigenerazione dei cheratinociti; il livello spinoso che dona alla pelle robustezza ed elasticità; il livello granuloso nel cui interno sono presenti la cheratoialina, che favorisce il cambiamento dei tonofilamenti in cheratina, e i corpi lamellari che secernono una sostanza grassa ed impermeabile ai liquidi; il livello lucido che si caratterizza per essere una zona ispessita, si trova ad esempio nella parte centrale della mano ed è ricco di cheratina; il livello corneo serve a tutelare la zona più esterna della pelle da aggressioni da parte di batteri, che potrebbero intaccare questo particolare livello, e la presenza di grassi funge da scudo contro l'ingresso di liquidi (Derrickson e Tortora 2011).

In un tessuto epiteliale, non intaccato da lesioni, la rigenerazione impiega quasi un mese ad attuare la sua funzione. L'apporto di principi energetici e di ossigeno giungono

al tessuto epiteliale grazie ai capillari che ci sono nel derma e che senza di questi l'epitelio non potrebbe sopravvivere. Le cellule del livello basale, essendo adiacenti ai capillari, assorbono quasi tutti i principi energetici e l'ossigeno e, risultando così più laboriosi, si rigenerano ininterrottamente creando sempre più cheratinociti. Questa rigenerazione continua viene ulteriormente incrementata quando la cute più esterna è intaccata da escoriazioni o da ustioni (Derrickson e Tortora 2011).

Lo strato più interno dell'epidermide è il derma. Esso, formato da tessuto connettivo, è in grado di sostenere le varie sollecitazioni a cui potrebbe essere sottoposto, risultando così molto flessibile. Il derma ospita i flussi ematici, le fibre che fanno capo al sistema nervoso, le strutture con funzione secretiva, e i peli. Il derma si divide in due porzioni: il livello papillare che designa il 20% dell'intera struttura dove vi sono le papille dermiche e le terminazioni nervose libere che forniscono il senso di temperature elevate, temperature basse, sofferenza, prurigine; il livello reticolare per i suoi componenti, tra i quali il collagene, dona la proprietà di allungarsi, per esempio nel ginocchio, e di ritornare allo stato di partenza (Derrickson e Tortora 2011).

Una proprietà espletata dalla pelle è la termoregolazione che ha il compito di controllare la condizione termica del corpo espellendo esternamente il sudore e regolando l'apporto di sangue alla parte sottostante. Un'altra peculiarità del sistema tegumentario è la riserva ematica in quanto accoglie un buon numero di capillari. Altre caratteristiche importanti sono la protezione ad opera della cheratina, per la difesa da batteri e da temperature elevate; dei lipidi che evitano il rilascio di acqua verso l'esterno impedendo la disidratazione; le ghiandole sebacee che favoriscono l'idratazione della pelle e della varia peluria del nostro corpo; la melanina che difende la pelle dall'aggressione da parte di onde nocive solari (Derrickson e Tortora 2011). Vi è inoltre la sensibilità cutanea, indispensabile all'individuo, che funge da campanello d'allarme inviando le sensazioni al sistema nervoso, come per esempio cosa percepisce col tocco di una superficie calda oppure segnala un danneggiamento che sta avvenendo nel suo interno. Infine, anche con una breve esposizione al sole, la pelle è in grado di sintetizzare la vitamina D tramite l'entrata in gioco di un precursore della cute. Questo precursore dopo esser stato rielaborato nella ghiandola epatica e nei reni, partecipa all'assorbimento del calcio, dagli alimenti in digestione, e al suo conseguente rilascio nella circolazione sanguigna (Derrickson e Tortora 2011).

5.4 Generalità sulle ustioni

Le ustioni sono lesioni traumatiche causate dalla distruzione coagulativa della pelle. Le lesioni sono di solito causate da danni termici, caldo e freddo, ma anche i prodotti chimici, l'elettricità e le radiazioni possono danneggiare i tessuti in modo simile. Qualunque sia la causa dell'ustione, tuttavia, vi è spesso una vulnerabilità sottostante che mette il paziente a rischio, come per esempio una patologia preesistente all'incidente (Dunne e Rawlins 2014).

Conseguenze locali

Dopo un'ustione, la distruzione tissutale è proporzionale alla temperatura dell'agente che ha provocato la lesione e alla durata di esposizione del corpo all'agente. Per esempio, l'acqua ad una temperatura di 48°C in 5 minuti può provocare un'ustione parziale, ma quando la temperatura dell'acqua raggiunge i 70°C impiega solo un secondo per provocare una lesione a tutto spessore. Jackson (1947) descrisse le zone di ustioni legate al grado di danno tissutale, come illustrate nell'immagine riportata nella pagina seguente (Dunne e Rawlins 2014).

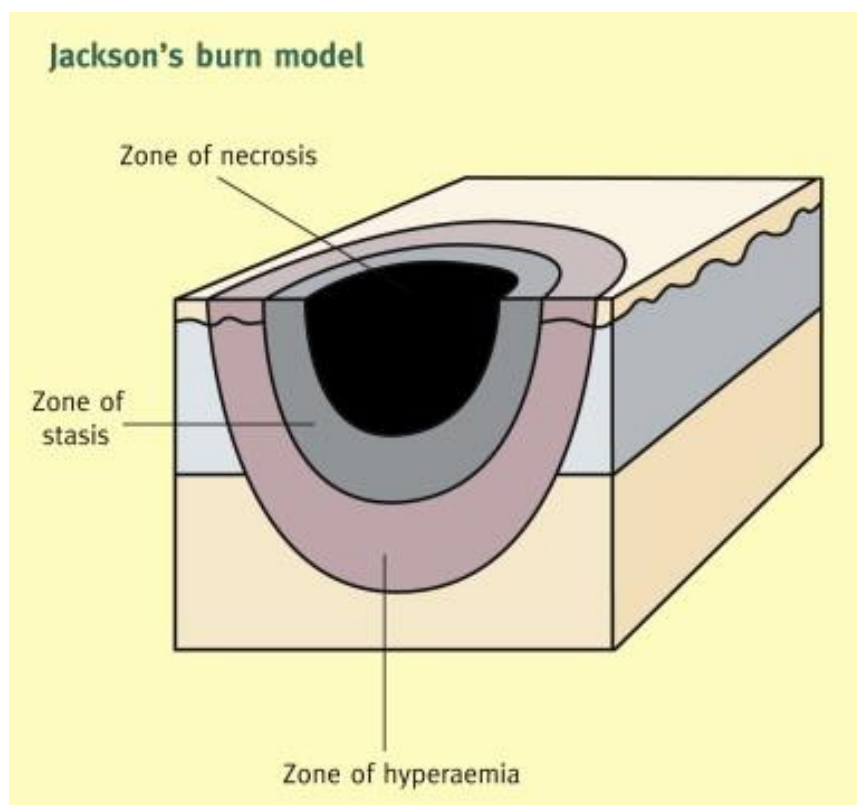


Figura 1: zone del danno tissutale di un'ustione (Dunne e Rawlins 2014)

La zona interna della necrosi coagulativa rappresenta il tessuto ustionato irrecuperabile dove vi sono vasi sanguigni trombotici e la pelle è morta. La zona intermedia di stasi rappresenta tessuti colpiti dall'ustione con una circolazione sanguigna statica. Questa zona è adatta ad un primo soccorso, è soggetta a misure di rianimazione e con una appropriata cura delle ferite è quindi recuperabile. La zona esterna di iperemia si presenta rossa, con tessuto iperemico che circonda il processo infiammatorio acuto (Dunne e Rawlins 2014).

Il danno tissutale che si traduce in seguito ai risultati delle lesioni termiche in un marcato aumento della permeabilità capillare, è massima nel giro di poche ore conseguenti alla lesione e si risolve nel giro di due, tre giorni (Dunne e Rawlins 2014). Durante questo periodo le piccole molecole proteiche fuoriescono dalla circolazione sanguigna causando l'edema e la significativa perdita di liquidi. La perdita di fluidi è proporzionale alla dimensione dell'ustione (Dunne e Rawlins 2014).

Tuttavia, quando la dimensione dell'ustione supera il 30% della superficie corporea, i capillari che rilasciano liquidi coinvolgono tutti i tessuti del corpo e non solo la pelle. L'edema scaturito dall'ustione, è il risultato dell'entrata in circolo di mediatori infiammatori tra cui l'istamina, le prostaglandine, i leucotrieni e le chinine che si traducono in un aumento della permeabilità capillare. Inoltre l'edema, che è aggravato dall'aumento della pressione idrostatica capillare, porta alla diminuzione della pressione idrostatica tissutale, e alla conseguente diminuzione della pressione oncologica plasmatica, a causa della perdita di albumina dalla circolazione (Dunne e Rawlins 2014).

Conseguenze generali

I mediatori chimici dell'infiammazione, locali e sistemici, rilasciati dopo un'ustione, in particolare nelle lesioni superiori al 30% della superficie corporea coinvolta, comportano profondi effetti sull'intero organismo. A causa delle perdite di liquidi in corso la gittata cardiaca diminuisce a causa della riduzione del ritorno venoso, del pre-carico inadeguato, del post-carico, e quindi della diminuita attività del miocardio. A causa degli effetti di attacco e fuga, il paziente sperimenta la liberazione delle catecolamine da parte del sistema simpatico che contribuiscono ad aumentare la resistenza vascolare sistemica (Dunne e Rawlins 2014).

L'edema polmonare si sviluppa come conseguenza dell'aumento della permeabilità capillare sistemica oltre che all'aumento della resistenza vascolare polmonare, all'insufficienza cardiaca sinistra, all'ipoproteinemica, alla lesione vascolare diretta, e all'insulto aggiunto di un'ustione inalatoria (Dunne e Rawlins 2014).

Altri effetti sistemici conseguenti alle gravi ustioni includono un aumento del metabolismo, la perdita di azoto e lo scarso controllo della temperatura a causa della perdita di acqua e calore attraverso il tessuto lesionato. La tempestività con la quale viene secreto il cortisolo, in seguito ad un'ustione, comporta un aumento del metabolismo proteico e della glicogenesi. Nelle ustioni gravi possono essere compromessi, inoltre, il rilascio di insulina e alterata la tolleranza al glucosio. Lo stato catabolico può durare molte settimane o diversi mesi, dopo una grave ustione, e questo può provocare la perdita di peso in corso negli adulti. Gli effetti immunosoppressivi di un'ustione non sono da sottovalutare data la elevata probabilità di infezione a seguito dell' infortunio (Dunne e Rawlins 2014).

L'ustione rappresenta un punto di facile ingresso per i batteri e i lieviti. La situazione è aggravata anche dalle risposte umorali e cellulari che risultano essere indebolite a causa dei danni nella circolazione locale e nel normale processo infiammatorio. Infine, i pazienti ustionati possono perdere la funzione protettiva dell'intestino, dopo un trauma importante, con conseguente migrazione di organismi intestinali nella circolazione sanguigna, aumentando così la morbilità e la mortalità (Dunne e Rawlins 2014).

5.5 Classificazione delle ustioni

La storia dell'ustione e le circostanze con le quali il paziente ha sostenuto l'incidente sono estremamente importanti e possono essere cruciali nel prevedere la profondità dell'ustione e se vi sono probabilità di guarigione, con o senza intervento chirurgico. Il tempo di esposizione all'ustione è molto importante come anche l'aspetto delle lesioni nelle successive ore e nei giorni a seguire (Dunne e Rawlins 2014).

È anche di vitale importanza sapere la causa esatta che ha provocato l'ustione poiché le ustioni prodotte per esempio da liquidi, dal fuoco piuttosto che da un'esplosione possono tutte produrre lievi differenze che dovranno essere riscontrate durante l'esame obiettivo. Il dettaglio è importante perché l'acqua bollente può produrre lesioni molto più profonde rispetto ad una tazza di tè raffreddato. Un altro particolare riguarda il luogo dell'incidente: se ci fosse un'esplosione in un luogo chiuso, come in un edificio o in auto, o il paziente è stato rimosso da una casa in fiamme, ci sarà oltre alla lesione sul corpo anche quella da inalazione dei gas di combustione. Importante per la storia dell'ustione è come è

avvenuto il primo soccorso (Dunne e Rawlins 2014).

Le ustioni che hanno avuto un primo soccorso adeguato hanno maggiori probabilità di guarire senza intervento chirurgico. Invece le ustioni che non sono state trattate sono più propense ad aver bisogno di innesto cutaneo. Su tutte le ustioni dovrebbe essere applicata acqua corrente fredda per 20 minuti. Questo trattamento è efficace subito dopo l'infortunio, ma è ancora attendibile fino a 3 ore dopo l'incidente (Dunne e Rawlins 2014).

La superficie totale corporea, definita con l'acronimo TBSA, l'area della superficie totale corporea, è una misura di valutazione delle ustioni cutanee. Negli adulti, per determinare la percentuale totale della superficie ustionata, è utilizzata la regola del nove, raffigurata nell'immagine sotto riportata, che si basa sulla divisione del corpo in varie sezioni (Alharbi et al. 2012).

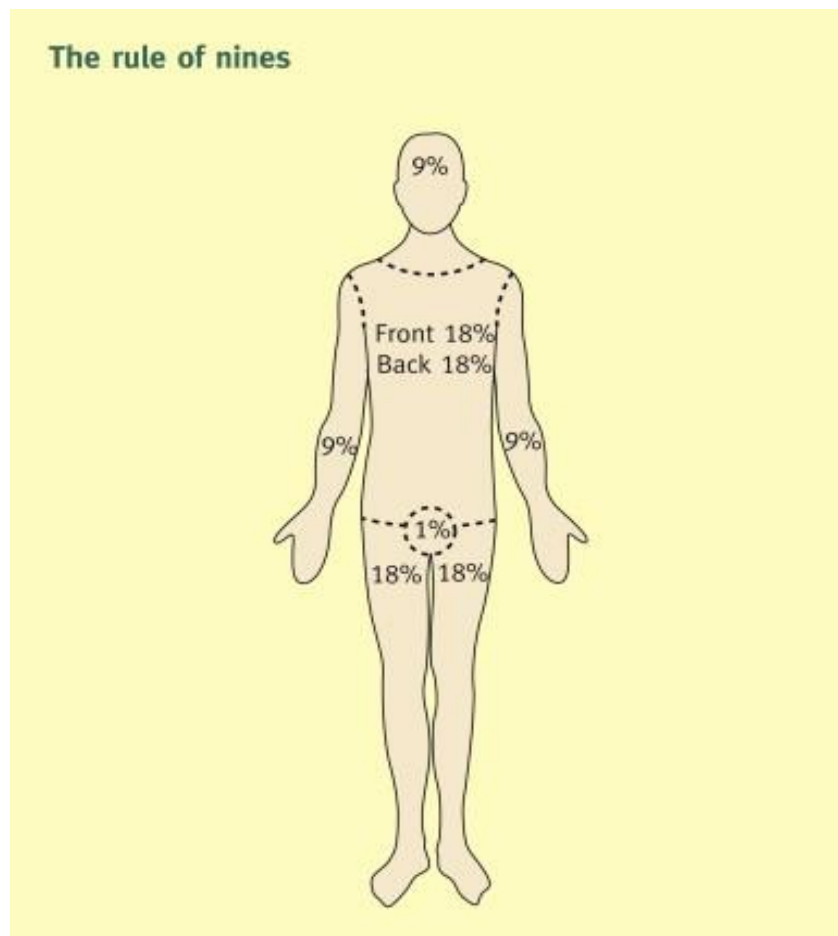


Figura 2: regola del nove (Dunne e Rawlins 2014)

Una valutazione accurata deve essere eseguita per permettere di quantificare la necessità di fluidi endovenosi, le linee guida per il centro ustioni, e l'indicazione di interventi con la stima della prognosi. Il grado delle ustioni è calcolato per stimare la prognosi, il trattamento più idoneo e gli interventi chirurgici che dovranno essere svolti (Alharbi et al. 2012). Le ustioni sono suddivise in gradi:

- Ustioni di primo grado: arrossamento e dolore tipico della pelle colpita. Si verifica un danno epiteliale lieve senza la formazione di flittene che, in genere, sono prodotte in seguito ad una scottatura (Alharbi et al. 2012).

- Ustioni superficiali di secondo grado: si verifica un danno epiteliale completo e che coinvolge il tessuto papillare. Questo grado non lascia danni neurovascolari, però provoca dolore, sanguina e si presenta con flittene. La riparazione epiteliale si verifica entro 14 giorni, lasciando cicatrici dopo la guarigione (Alharbi et al. 2012).
- Ustioni profonde di secondo grado: sono presenti danni epiteliali completi e danni al derma reticolare. Questo si traduce in un deterioramento neurovascolare. Infatti si presenta generalmente senza sanguinamento e sensibilità della parte lesa e appare di colore bianco. Le flittene possono anche essere presenti, ma sono più grandi rispetto alle ustioni superficiali di secondo grado. La guarigione può avvenire ma richiede più di 14 giorni e comporta l'insorgenza di cicatrici (Alharbi et al. 2012).
- Ustioni di terzo grado: coinvolgono l'epidermide, il derma e il tessuto sottocutaneo. La pelle appare coriacea, composta da vasi sanguigni trombotici (Alharbi et al. 2012).
- Ustioni di quarto grado: questo grado è discutibile in quanto si tratterebbe di un'ustione di terzo grado con coinvolgimento della fascia sottostante, dei muscoli e persino delle ossa (Alharbi et al. 2012).

5.6 Conseguenze psicologiche delle ustioni

Dati i notevoli progressi nella terapia intensiva e negli interventi chirurgici, più pazienti sopravvivono ad ustioni gravi (Keller e Schub 2015). I sopravvissuti ad un'ustione devono affrontare però trattamenti dolorosi e disagi causati dalle cicatrici. Inoltre, essi, potrebbero sviluppare problematiche psicologiche durante la riabilitazione (Choi et al. 2008).

Choi et al. (2008) hanno dimostrato che i pazienti ustionati accusano personalità fragili, stili di coping poveri, disturbo da stress post-traumatico. I fattori potenzialmente nocivi, secondo questi studi, erano in realtà nascosti in ogni aspetto della vita dei pazienti, dal loro sé interiore alle relazioni sociali.

Le ustioni rappresentano una situazione stressante continua, a partire dal momento dell'incidente, durante la degenza nel centro ustioni e anche dopo il ritorno alla vita normale. Dopo l'infortunio, in molti pazienti si riscontravano cambiamenti di aspetto a causa delle cicatrici così come una limitazione delle funzioni. Il processo di integrazione sociale sembrava essere difficile (Choi et al. 2008). Molti pazienti ustionati sviluppano problemi psicosociali come la depressione, il disturbo del sonno, la PTSD, i conflitti familiari, e il ritiro sociale. È stato riscontrato che la perdita di funzionamento psicologico ha impedito loro di raggiungere una qualità di vita soddisfacente. Molti fattori che influenzano la qualità di vita dei pazienti ustionati possono essere valutati fra i sintomi fisici come lo stato funzionale, che racchiude la cura di sé, la mobilità, l'attività fisica; le attività relative al lavoro e alla gestione della casa; il funzionamento sociale come le interazioni personali, l'intimità, le relazioni con la comunità; lo stato emotivo come ad esempio ansia, stress, depressione, benessere spirituale; la cognizione; il sonno e il riposo; l'energia e la vitalità con la percezione della salute e infine la soddisfazione generale di vita (Choi et al. 2008). "La qualità di vita consiste nella percezione che ogni individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto del sistema culturale e di valori esistente nel luogo in cui egli vive e in relazione agli obiettivi, alle aspettative, agli standard e agli interessi che gli sono propri. Si tratta di un concetto molto vasto che

implica, in modo complesso, la salute fisica di una persona, la condizione psicologica, il livello di indipendenza, i rapporti sociali, i valori personali e il modo di rapportarsi con le caratteristiche salienti dell'ambiente” (Piasentin 2012, 43).

I sopravvissuti ustionati devono affrontare sfide non solo con le conseguenze fisiche della perdita di valore, ma anche con i cambiamenti correlati alle ustioni negli ambiti psicologici e sociali della vita. Una grave ustione è una delle esperienze più traumatizzanti che un individuo possa sperimentare nel corso della vita (Keller e Schub 2015). Anche un'ustione minore può causare notevoli traumi psicologici, con conseguente disturbo post-traumatico da stress, depressione, disturbi del sonno, ritiro sociale, e / o cambiamenti comportamentali. La deturpazione estetica può causare problemi psicologici, tra cui bassa autostima e un'immagine distorta del corpo. I pazienti che soffrono di ustioni invalidanti o ustioni facciali sono a maggior rischio di sviluppare problemi psicologici. Il rischio di incorrere nei problemi psicologici è incrementato anche nei sopravvissuti ustionati che hanno una storia di un disturbo affettivo precedente l'infortunio oppure di delirio durante il trattamento acuto delle lesioni con dolore non controllato durante e dopo le procedure mediche (Keller e Schub 2015). L'ansia, i pensieri ricorrenti riguardo l'incidente, gli incubi, i comportamenti fobici, i disturbi della funzione sociale, disturbi nella vigilanza, e i disturbi dell'umore possono, infatti, svilupparsi nei pazienti dopo un'ustione (Keller e Schub 2015).

Lo shock devasta e sviscera il corpo in modo casuale e repentino generando esperienze sconvolgenti a tal punto da intralciare l'aderenza terapeutica dell'individuo nel corso del regime di cura. Una persona, che è stata soggetta ad un trauma così importante come lo è l'ustione, ha bisogno di adeguare nuovamente la percezione di sé stessa nella sua totalità (Camozzi, Tanzi, e Montali 2015). Due fattori di rischio ulteriori che concorrono all'insorgenza di problematiche psicologiche sono l'assenza del supporto dei parenti e le onerose spese finanziarie che questi pazienti devono sostenere, che si ripercuotono anche nella riabilitazione (Choi et al. 2008).

Nonostante gli interventi chirurgici a cui una persona ustionata si deve sottoporre, per modificare gli esiti dei danni subiti, il corpo sperimenta ogni giorno il ricordo dell'incidente che, tramite i segni lasciati dalla guarigione delle lesioni, riecheggia nel profondo incrementando la sua sofferenza psicologica, rendendo difficoltosi i miglioramenti e quindi posticipando sempre più il rientro nella società (Camozzi, Tanzi, e Montali 2015).

Le ustioni rappresentano un'aggressione alla cute ovvero all'involucro che, oltre a proteggere un individuo dal mondo esterno, funge da confine fra la persona e l'ambiente circostante, e quindi permette al corpo di essere coeso. Quando una porzione della cute, più o meno estesa, viene erosa da un'ustione provoca nella persona l'angoscia e la percezione di sgretolamento del proprio essere. È importante ricordare che la cute rappresenta il nostro rivestimento e il danno procurato da un'ustione comporta problematiche di cura ma anche esperienze di afflizione, derivanti dall'ospedalizzazione in unità specializzate, che vanno ad intaccare l'aspetto psichico della persona. Il desiderio del recupero della salute, comune alle persone che sperimentano una malattia, non è uguale per un individuo che è stato intaccato da un'ustione, in quanto, qui, vi è la percezione di non riuscire nell'intento e questo scatena esperienze di inquietudine, terrore ed emarginazione (Camozzi, Tanzi, e Montali 2015).

5.7 La PTSD

Nel 1980 l' American Psychiatric Association avanzò la PTSD, conosciuta meglio come "disturbo post-traumatico da stress", durante la redazione del DSM-III, dove si accomunavano tutti i profili che venivano in contatto con "traumi, shock", avvenimenti e circostanze non comuni, accompagnati da una afflizione mentale prolungata (Colombo e Mantua 2001, 55).

I pazienti, colpiti dalla patologia della PTSD, esprimevano sintomi caratteristici quali "aumentata vigilanza, che può manifestarsi con insonnia, irritabilità e difficoltà di concentrazione, angoscia e paura persistenti, evitamento degli stimoli associati al trauma, tendenza a rivivere l'evento in ricordi, sogni, illusioni e flashback e compromissione della funzionalità psicosociale e lavorativa" (55). La PTSD è stata istituita per raggruppare meglio i disturbi mentali affini, scaturiti posteriormente ad accadimenti estenuanti con il tentativo di indagare le peculiarità di una situazione particolare che sembrava rappresentare una realtà a sé stante, ma anche una nuova realtà pubblica rappresentata dal rientro dei veterani del Vietnam a cui spettava una riconoscenza onerosa per i disagi psichici subiti al fronte (Colombo e Mantua 2001). Infatti, in principio, i primi elaborati vertevano su importanti shock post guerra e questa fu l'impronta che caratterizzò le successive pubblicazioni. I vari articoli inclusero poi le catastrofi naturali come, per esempio, il sisma o anche aggressioni terroristiche (Colombo e Mantua 2001).

I ricercatori, nel corso degli anni, iniziarono a guardare la PTSD sotto un altro aspetto vagliando l'eventualità di ricondurre il disturbo anche a shock di minor rilevanza. Da qui iniziarono ad essere indagati, in letteratura, avvenimenti quotidiani appartenenti alla vita di tutti i giorni come, ad esempio, "incidenti automobilistici, violenza fisica e sessuale, e rapine" (56). Di continuo, in letteratura, vengono incluse molte vicende ordinarie come, per esempio, la morte o la nascita nell'insorgenza della PTSD che rischiano, però, di sfociare in visioni sproporzionate rispetto ai criteri stabiliti e di far nascere confusione al momento dell'accertamento del disturbo (Colombo e Mantua 2001). È fondamentale, quindi, essere a conoscenza dei parametri diagnostici suggeriti dal DSM-IV, enunciati nel 1994: "la persona, che rivive costantemente l'esperienza subita, deve manifestare segni di evitamento, sintomi di aumentato eccitamento e disagio e malfunzionamento significativi, tutto per più di un mese" (56).

L'episodio debilitante viene così definito un "evento che ha implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri, dettando una risposta che comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore" (56). Nel 2013, l'Associazione Psichiatrica Americana ha rivisto i criteri diagnostici della PTSD nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, chiamato DSM-5. I criteri diagnostici per la PTSD includono una storia di esposizione ad un evento traumatico che comprenda sintomi specifici di ciascuno dei quattro gruppi di sintomi: intrusione, evitamento, alterazioni negative nell'ambito cognitivo e nell'umore, e alterazioni nell'eccitazione e nella reattività (USDVA 2015).

Il processo di integrazione sociale sembra essere difficile. Pertanto, è importante affrontare i problemi psicologici dei pazienti ustionati e sviluppare strategie di intervento per migliorare l'adattamento nel lungo termine (Choi et al. 2008).

6. METODOLOGIA

Inizialmente la domanda di ricerca era finalizzata alla reperibilità di articoli che trattassero l'assistenza infermieristica della PTSD, sviluppata in pazienti adulti gravemente ustionati

FOREGROUND: quali sono gli interventi che un infermiere può mettere in atto verso il paziente adulto gravemente ustionato colpito dalla PTSD?

Il quesito di foreground è stato formulato con il modello PIO che è l'acronimo di:

- P** paziente o popolazione
- I** interventi
- O** outcome o risultati (Polit e Tatano Beck 2014).

P	pazienti adulti ustionati che hanno sviluppato la PTSD
I	interventi infermieristici
O	miglioramenti nella gestione della ptsd in ambito riabilitativo

Da questo PIO ho sviluppato delle parole chiave che mi hanno permesso di svolgere la ricerca sulle banche dati (Polit e Tatano Beck 2014).

Ho deciso di consultare le banche dati Cochrane Library e Pub Med.

PIO parole chiave	PIO parole chiave	PIO parole chiave
adult burn patients	adult burn patients	adult burn patients
nursing interventions	ptsd interventions	ptsd management
ptsd rehabilitation	rehabilitation	rehabilitation

CRITERI DI ESCLUSIONE: NOT children, NOT teenagers, NOT psychotherapy che sono stati combinati fra loro insieme alle parole chiave.

Di seguito viene presentata la tabella dove è schematizzato il metodo che mi ha permesso di svolgere la ricerca in letteratura.

TABELLA METODO DI RICERCA			
Banca Dati	Metodo di Ricerca	Articoli visionati	Articoli presi/scartati
COCHRANE LIBRARY	“adult burn patients AND nursing interventions AND ptsd rehabilitation NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy“	0 articoli trovati	0 articoli
	“adult burn patients AND ptsd interventions AND rehabilitation NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy”	0 articoli trovati	0 articoli
	“adult burn patients AND ptsd management AND rehabilitation NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy”	0 articoli trovati	0 articoli
PUB MED	“adult burn patients AND nursing interventions AND ptsd rehabilitation NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy ”	0 articoli trovati	0 articoli

	“adult burn patients AND ptsd interventions AND rehabilitation NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy”	7 articoli trovati	0 articoli
	“adult burn patients AND ptsd management AND rehabilitation NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy ”	5 articoli trovati	0 articoli

Dopo aver svolto, però, una ricerca su varie banche dati per evidenziare il lavoro infermieristico verso i pazienti adulti gravemente ustionati colpiti dalla PTSD, non sono riuscita a reperire nessun articolo coerente con la mia indagine in quanto i pochissimi articoli trovati erano imputabili a specifici trattamenti di psicoterapia. Non riuscendo a trovare articoli che affrontassero la PTSD da un punto di vista strettamente infermieristico ho deciso di cambiare strategia di ricerca. Rimanendo centrata nell'ambito della riabilitazione delle persone adulte gravemente ustionate ho deciso di indagare gli atteggiamenti resilienti messi in atto da questi pazienti, per ritardare o per lo meno limitare lo sviluppo della PTSD.

FOREGROUND: quali sono gli interventi che un infermiere può mettere in atto per stimolare la resilienza in pazienti adulti gravemente ustionati, in modo che questa agisca da protezione verso la PTSD, o per lo meno che ne diminuisca gli effetti a lungo termine?

P	pazienti adulti ustionati / sopravvissuti che potrebbero sviluppare la PTSD
I	interventi infermieristici relazionali attuati per evitare, o per lo meno limitare, l'insorgenza della PTSD
O	significativi miglioramenti nella riabilitazione grazie ad atteggiamenti resilienti

Dopo aver formulato il PIO, a partire dal quesito di foreground, ho elaborato delle parole chiave per l'approccio nella ricerca di evidenze (Polit e Tatano Beck 2014). Mi sono rivolta alle banche dati Pub Med e Science Direct.

Per analizzare i dati, inizialmente, ho visionato gli abstract che esplicitano e approfondiscono il contesto indagato e successivamente, in base ai criteri di esclusione, prenderò in esame solo gli articoli che soddisferanno a pieno i requisiti di ricerca. Nella ricerca non sono stati posti limiti: sono stati inclusi anche gli articoli a pagamento

PIO PAROLE CHIAVE	PIO PAROLE CHIAVE
burn patients	adult burn patients
Post burn	core outcomes
rehabilitation	rehabilitation

PIO PAROLE CHIAVE	PIO PAROLE CHIAVE
adult burn survivors	adult burn survivors
lived experience- acceptance	psychological resilience
rehabilitation	rehabilitation

CRITERI DI ESCLUSIONE: NOT children, NOT teenagers, NOT psychotherapy che sono stati combinati fra loro insieme alle parole chiave.

Ho inserito un allegato (vedi allegato 1) dove spiego nel dettaglio il procedimento che mi ha portato alla scelta di 4 articoli.

TABELLA METODO DI RICERCA			
Banca Dati	Metodo di Ricerca	Articoli visionati	Articoli presi/scartati
PUB MED	“rehabilitation AND burn patients AND post burn NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy”	111 articoli trovati	1 articolo preso
	“adult burn patients AND core outcomes AND rehabilitation NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy”	1 articolo trovato	1 articolo preso

PUB MED	“adult burn survivors AND lived experience AND rehabilitation AND acceptance NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy”	1 articolo trovato	1 articolo preso
SCIENCE DIRECT	” adult burn survivors AND psychological resilience AND rehabilitation” FILTRI: “Publication Title”: “Burns”	14 articoli trovati	1 articolo preso

Dopo un’attenta traduzione e lettura dei 4 articoli scelti ho illustrato i dati e i risultati emersi in letteratura.

TABELLA ESTRAZIONE DATI			
Autore	Materiale	Metodo di raccolta dati	Risultati
Data Tipo di studio			
Procter 2010 Articolo	<u>Soggetti:</u> popolazione eterogenea ustionata <u>Contesto:</u> riabilitazione di un paziente ustionato in India <u>Scopo:</u> far conoscere i cardini del recupero funzionale di una	<u>Metodo:</u> non specificato	1) è importante attuare sin da subito la riabilitazione di una persona ustionata, che può durare diversi anni e necessita di un impegno multidisciplinare 2) è fondamentale fornire informazioni adeguate ai pazienti adulti ustionati per

	<p>persona ustionata all'equipe di un centro specializzato affinché possano assistere nel miglior modo possibile questo tipo di utenti</p>		<p>renderli partecipi del processo di cura</p> <p>3) E' fondamentale coinvolgere i pazienti nelle attività quotidiane, non appena sia possibile</p>
<p>Abu-Qamare et al. 2014</p> <p>studio fenomenologico descrittivo</p>	<p><u>Soggetti</u>: 20 uomini e una donna (> 18 anni) ad 8 anni di distanza dall'ustione</p> <p><u>Contesto</u>: follow-up, Australia</p> <p><u>Scopo</u>: riportare il percorso di riabilitazione a partire dall'esperienza di una persona sopravvissuta ad un'ustione</p>	<p><u>Metodo</u>: interviste condotte nel 2011 e analisi dei dati attraverso il metodo Colaizzi</p>	<p>1) l'umorismo, adottato dal personale del centro ustioni, è un mezzo per accettare e affrontare le conseguenze di un tragico incidente</p> <p>2) i pazienti che mostrano un alto livello di resilienza e attingono ad emozioni positive, riescono a riprendersi da un trauma</p>

<p>Cheng et al. 2014</p> <p>Studio controllato e randomizzato</p>	<p><u>Soggetti</u>: 127 pazienti ustionati adulti</p> <p><u>Contesto</u>: Hospital of People's Liberation Army in Xiamen (Cina) da Giugno 2013 a Febbraio 2014</p> <p><u>Scopo</u>: valutare l'accettazione della disabilità, la resilienza psicologica e l'incidenza della PTSD nei pazienti ustionati per verificare se questi indicatori potrebbero influire nell'insorgenza della ptsd</p>	<p><u>Metodo</u>: analisi di 127 questionari con i modelli PTSD checklist-civilian version (PCL-C); Acceptance of Disability Scale; Connor–Davidson Resilience Scale</p>	<p>1) il livello di accettazione della disabilità è strettamente correlato all'incidenza della PTSD</p> <p>2) La mobilitazione di risorse interne ed esterne di fronte alle avversità, consente alle persone ustionate di adattarsi e far fronte con successo ad un incidente</p> <p>3) la resilienza è effettivamente una qualità importante per affrontare lo stress causato da un incidente</p>
<p>Browne et al. 2009</p> <p>Osservazione clinica</p>	<p><u>Soggetti</u>: persone adulte ustionate</p> <p><u>Contesto</u>: National Burns Centre in Nuova Zelanda</p> <p><u>Scopo</u>: fornire un documento quadro che illustri gli strumenti per la valutazione degli outcome nelle persone adulte ustionate e che serva all'interno dell'equipe che si prende a carico questo tipo di pazienti</p>	<p><u>Metodo</u>: gli autori dello studio hanno consultato un'equipe specializzata nell'assistenza di persone ustionate e hanno svolto una ricerca bibliografica sulle banche dati MEDLINE e PsycINFO.</p>	<p>1) il recupero psicologico deve essere una parte integrante della riabilitazione di un paziente ustionato</p> <p>2) su un totale di 59,273 articoli pubblicati in letteratura sul tema delle ustioni solo l'1,6% hanno affrontato le conseguenze delle ustioni e solo lo 0,2% hanno dimostrato una pratica basata sulle evidenze per la cura delle ustioni</p>

7. REVISIONE DELLA LETTERATURA

7.1 Analisi

Nell'articolo di Procter (2010) si enuncia che la riabilitazione per i pazienti ustionati inizia dal giorno dell'incidente, può protrarsi anche per diversi anni e richiede un impegno multidisciplinare. Un programma di riabilitazione globale è fondamentale per diminuire gli effetti post-traumatici del paziente e migliorare l'indipendenza funzionale. Tuttavia, mentre la promozione del trattamento ottimale prevede un approccio multidisciplinare, quando ciò non è possibile o quando c'è limitazione di personale sanitario, tutti i membri dell'equipe possono assumersi la responsabilità per la loro parte nella riabilitazione per migliorare il beneficio per il paziente.

Infatti vi sono dei metodi semplici ed efficaci che possono essere utilizzati per aiutare il paziente come la dedizione delle varie figure professionali e l'impegno alla sua cura e l'incoraggiamento alla partecipazione attiva nella riabilitazione, che può fare la differenza per la qualità a lungo termine nella vita di queste persone (Procter 2010). La riabilitazione di pazienti ustionati è un continuum di terapia attiva a partire dal ricovero. Non ci dovrebbe essere differenza fra una fase acuta e una fase di riabilitazione dato che potrebbe scaturirne una disuguaglianza nella gestione fra la cura delle lesioni e la riabilitazione funzionale (Procter 2010).

L'inizio precoce della riabilitazione è la chiave per la conformità del trattamento e il potenziamento dei risultati a lungo termine. Quando i vari aspetti della riabilitazione sono parte integrante della cura sin dal primo giorno, risultano di più facile accettazione per i pazienti, degenti o dimessi, piuttosto che come elemento aggiuntivo per la loro cura in un secondo momento, quando le contratture si sono già sviluppate. I pazienti potrebbero voler ritardare la loro riabilitazione finché non si sentono meglio tuttavia, se ogni giorno non ci fosse una fase di riabilitazione, il processo risulterebbe più difficile e doloroso e potrebbe provocare un esito peggiore. Se mancasse questa fase si creerebbe una maggior rigidità articolare che risulterebbe devastante con il passare del tempo. Il paziente potrebbe rifiutare le cure perché si trova nel dolore e non può comprendere appieno l'importanza della partecipazione alla propria riabilitazione; ha quindi bisogno del sostegno e dell'incoraggiamento dell'equipe del centro ustioni per essere aiutato a comprendere che la sua qualità di vita potrebbe migliorare (Procter 2010).

L'esperienza del singolo paziente è personale e può avere un impatto sul suo benessere mentale e sulla disponibilità a partecipare al proprio trattamento. È importante che al paziente sia dato conforto e rassicurazione per farlo sentire sicuro. Prendendosi il tempo di ascoltare le preoccupazioni del paziente, dimostrandogli genuina empatia e compassione, fornendogli informazioni adeguate e rispondendo alle sue domande, spesso si è in grado di alleviare molto le sue paure, facilitando così il processo di trattamento (Procter 2010).

I pazienti ustionati spesso avvertono un senso di perdita del ruolo e della capacità di partecipare alle normali attività della vita quotidiana quindi coinvolgerli nella responsabilità di esercizi fisici o attività semplici può facilitare il raggiungimento di migliori nella riabilitazione. E' fondamentale coinvolgere i pazienti nelle attività quotidiane, come mangiare e lavarsi non appena possibile. I livelli più elevati di indipendenza dovrebbero essere incoraggiati in tutte le attività della vita quotidiana quindi il più presto possibile. La partecipazione alle proprie cure dà rapidamente al paziente un maggior senso di benessere e di controllo sul proprio ambiente. Maggiore capacità di svolgere le attività della vita quotidiana porta ad aumentare l'autostima, il

senso di indipendenza e porta ad un aumento dei livelli di motivazione e voglia di migliorare (Procter 2010).

E' essenziale che i pazienti ustionati vengano istruiti in ogni fase della loro riabilitazione perché la loro partecipazione è necessaria per garantire il miglior risultato possibile. L'istruzione è di fondamentale importanza assieme ad un approccio coerente da parte di tutti i membri del team multidisciplinare. Alcuni individui richiedono informazioni da ripetere più volte, ed è importante per assicurarsi che essi capiscano ciò che devono fare e il perché. L'informazione continua aiuterà il paziente ad assumersi la responsabilità per il proprio recupero e, a sua volta, contribuirà a migliorarne i risultati. L'iniziale riluttanza a causa della frustrazione, del dolore e della fatica è da combattere con l'incoraggiamento e l'istruzione (Procter 2010).

Questo articolo prende in considerazione gli interventi attuati in India su persone adulte ustionate. Questi dati non possono essere generalizzati in quanto la realtà dell'Europa e nello specifico della Svizzera non sono paragonabili a quella indiana.

Nella cultura indiana, purtroppo, questo tema è molto presente in quanto risultano frequenti gli episodi di violenza domestica o anche di autolesionismo che producono gravi ustioni.

Lo studio di Abu-Qamare et al. (2014) sostiene che nonostante l'enormità di progressi visti nel campo della cura delle ustioni, queste rimangono un tragico evento con profondi effetti sia fisici che psicologici sugli individui e le loro famiglie, dando luogo a lunghi periodi di ricovero e riabilitazione. Venire a patti con la devastazione di una grave ustione e le sue risultanze è una sfida per i pazienti con difficoltà emotive in materia di coping, adattamento ed accettazione di una immagine corporea alterata. Nello studio è stato rilevato che le strategie di coping dei pazienti ustionati sulla base di alti livelli di emozione e di scarsa accettazione di sé è stata correlata alla sindrome da stress post traumatico.

Considerando i sopravvissuti ad un'ustione, che hanno adottato l'evitamento del ricordo traumatico, è stato riscontrato in essi uno stato di salute bassa con comportamenti nevrotici e aggressivi, mentre coloro che si sono adattati dimostrano ottimismo e la soluzione dei problemi con esiti favorevoli. È stato suggerito, inoltre, che l'uso di evasione e il minimo supporto emotivo sono legati a risultati scarsi. Adottare l'umorismo come strategia di coping è efficace nell'accettazione di sé dopo un'ustione. La diminuzione dei livelli di ansia e dell'incidenza della PTSD sono associati con alti livelli di approvazione di sé dopo due settimane dall'incidente, anche se l'accettazione è spesso un concetto difficile da affrontare per i sopravvissuti ustionati. Nella letteratura sulle ustioni vi è una carenza di ricerca che esplori l'esperienza vissuta dai sopravvissuti ad un'ustione (Abu-Qamare et al., 2014).

Lo studio preso in esame di Abu-Qamare et al. (2014) sottopone delle interviste a 21 adulti ustionati, a distanza di 8 anni dall'incidente, e interpreta il testo trascritto attraverso l'approccio di Colaizzi che indaga il vissuto del paziente. Dall'analisi di queste interviste sono emersi quattro temi: il ragionamento, l'umorismo, la sfida di accettazione e la consapevolezza di sé. L'umorismo ha svolto un ruolo importante nei partecipanti di questo studio ed è stato utilizzato come mezzo per accettare e affrontare le conseguenze del tragico incidente. In particolare, i partecipanti hanno trovato che il senso dell'umorismo del personale e il loro atteggiamento in generale ha permesso di accettare la ferita più facilmente (Abu-Qamare et al. 2014).

Tutto il personale del centro grandi ustioni, dove erano ricoverati gran parte dei partecipanti all'intervista, ha avuto grande senso dell'umorismo. Questo ha reso molto più facile il rapporto anche con il medico del reparto che, come un amico piuttosto che

come un chirurgo, si è approcciato con ironia al paziente rendendo tutto molto più facile da accettare (Abu-Qamare et al., 2014).

Individuata come strategia di coping adattiva, e un maturo meccanismo di difesa per la gestione dell'ansia opprimente e di altri sentimenti, l'umorismo è una parte naturale della vita quotidiana che è influenzato dalle esperienze della vita ed è considerato parte integrante della percezione di un individuo, della sua salute e si pensa che sia una risorsa non sfruttata. Nonostante questo, l'umorismo nel contesto sanitario è stato respinto in quanto irrilevante e non meritevole di indagine accademica senza alcun accordo circa i probabili meccanismi e gli effetti che l'umorismo detiene. Tuttavia, i risultati di questo studio suggeriscono che l'umorismo svolge un ruolo importante nel recupero da una lesione traumatica. Vi sono evidenze che suggeriscono come l'umorismo faciliti il coping, la comunicazione, la promozione delle relazioni, la riduzione dello stress. Inoltre, un buon senso dell'umorismo svolge un ruolo fondamentale nella comunicazione interpersonale che è evidente nei risultati dello studio. L'umorismo aiuta a riformulare situazioni traumatiche attraverso lo sviluppo di un senso di prospettiva che contribuisce alla crescita personale di un individuo. Si evidenzia, inoltre, che l'umorismo indiretto può facilitare nel moderare gli effetti contraddittori attraverso la percezione cognitiva in modo da migliorare la capacità di far fronte ad un evento traumatico (Abu-Qamare et al. 2014).

I risultati dello studio rivelano che il senso dell'umorismo del personale dell'equipe ha reso il viaggio della riabilitazione più facile da abbracciare e accettare, e, inoltre, che l'uso di questo atteggiamento ha reso più facile la discussione di questioni difficili. Come meccanismo di coping, l'umorismo è usato per distogliere l'attenzione dalle disabilità visibili e assistere i pazienti per affrontare e accettare le circostanze difficili fornendo le strategie necessarie per la sopravvivenza. In particolare, l'umorismo permette la motivazione necessaria per la riabilitazione che rafforza la fiducia dei pazienti. I risultati suggeriscono che il personale che si avvale dell'uso dell'umorismo, per instaurare e mantenere relazioni terapeutiche, con i pazienti facilita l'aderenza terapeutica e il coping positivo. Inoltre, coloro che mostrano un alto livello di resilienza, e attingono ad emozioni positive, riescono a riprendersi da esperienze traumatiche (Abu-Qamare et al. 2014).

Questo studio è stato condotto in Australia dove molto spesso nella stagione estiva si verificano grandi incendi e quindi il paese può essere annoverato fra quelli all'avanguardia nella ricerca delle cure prestate a pazienti adulti gravemente ustionati.

Lo studio di Cheng et al. (2014) riporta che l'accettazione di un individuo per la sua disabilità e la resilienza psicologica che mette in atto sono buoni indicatori della sua capacità di far fronte alla situazione. Questo studio indaga se i livelli di questi indicatori potrebbero influenzare lo sviluppo della PTSD sui pazienti ustionati attraverso l'analisi di 127 questionari con il modello PTSD checklist-civilian version (PCL-C). La cura e la riabilitazione per un'ustione è spesso più lunga rispetto ad altri tipi di lesioni. Inoltre, in alcuni pazienti in cui si riscontra una grave disfunzione degli arti e l'invalidità permanente, causate dalle ustioni, sono spesso soggetti a problemi psicologici. I pazienti che versano in situazioni di grave trauma hanno maggior probabilità di rimanere in uno stato doloroso e limitante. I risultati di questo studio dimostrano che una grande proporzione di pazienti ha sviluppato la PTSD, mentre una percentuale altrettanto grande ha ottenuto un punteggio minore nell'indicare lo sviluppo della PTSD. Dopo un evento traumatico la persona che ha sviluppato la PTSD ha un incontrollata e intensa reazione al ricordo e alle immagini dell'evento, che non possono essere ignorate. Per ridurre l'incidenza della PTSD nei pazienti ustionati, gli infermieri

dovrebbero indagare eventuali problematiche psicologiche nei pazienti il prima possibile, in particolare quelli di sesso femminile, di mezza età o le persone divorziate (Cheng et al. 2014).

Questi pazienti potrebbero trarre grandi vantaggi dal miglioramento dell'autostima, della speranza, dell'ottimismo e della gratitudine. Inoltre, le terapie farmacologiche e fisiche potrebbero potenzialmente ridurre o addirittura impedire l'incidenza della PTSD in questi pazienti. L'analisi di questo studio ha dimostrato che il grado di accettazione della disabilità è strettamente legato all'incidenza di PTSD. Pertanto i pazienti che accettano la disabilità possono essere più propensi a utilizzare i comportamenti positivi che proteggono contro la PTSD, mentre coloro che fanno fatica ad accettare la loro disabilità, rimangono immersi nell'infinita sofferenza, paura e disperazione, evitando così le relazioni esterne, diventando suscettibili allo sviluppo della PTSD. I pazienti che possono ridurre la loro attenzione sul loro aspetto e possono ampliare i loro valori individuali, possono essere in grado di ridurre la loro reazione allo stress, aumentando così l'influenza positiva nella riabilitazione. Per ridurre al minimo la disfunzione fisica, gli infermieri dovrebbero avviare la riabilitazione e valutare l'accettabilità della disabilità il più presto possibile (Cheng et al. 2014).

La mobilitazione di risorse interne ed esterne di fronte alle avversità, consente alle persone di adattarsi e far fronte con successo al recupero dopo un incidente (Cheng et al. 2014).

I risultati di questo studio suggeriscono che la resilienza psicologica è effettivamente una qualità importante per affrontare lo stress, ed è correlata alla incidenza di PTSD. La resilienza psicologica è una capacità individuale che può essere migliorata attraverso lo studio, la formazione e un ambiente familiare di sostegno. Gli infermieri hanno l'opportunità di ampliare la formazione all'interno di varie dimensioni e far crescere il potenziale di resilienza psicologica nei pazienti attraverso la stimolazione di emozioni positive. In questo modo, il periodo di PTSD potrebbe essere ridotto, consentendo ai pazienti di superare in modo più efficace la situazione dolorosa (Cheng et al. 2014).

Questo studio sostenuto in Cina paese culturalmente distante dalla realtà occidentale ma sempre interessato alla cura delle ustioni sin dall'antichità.

Lo studio di Browne et al. (2009) evidenzia che su un totale di 59,273 articoli pubblicati in letteratura sul tema delle ustioni, solo 996 (1,6%) hanno affrontato le conseguenze delle ustioni e solo 116 (0,2%) hanno dimostrato una pratica basata sulle evidenze in relazione alla cura delle ustioni.

La singolarità che caratterizza i pazienti ustionati è il motivo per cui le conseguenze del trauma rappresentano una sfida nel campo delle ustioni. Le ustioni partono da una lesione minore ad una devastante, e questo può avere un impatto su tutti gli aspetti della vita di una persona, compreso l'aspetto estetico, i rapporti con gli altri, le relazioni sociali e l'aspetto psicologico. Data la complessità di tali questioni che influenzano la regolazione a lungo termine dei pazienti ustionati, è essenziale che la valutazione delle conseguenze dell'evento avvenga all'interno di un contesto multidisciplinare. Il team multidisciplinare del centro ustioni in genere comprende chirurghi, infermieri, terapisti occupazionali, fisioterapisti, dietologi, psicologi clinici, e altre figure specialistiche del settore sanitario (Browne et al. 2009).

I pazienti ustionati rappresentano una popolazione eterogenea dove entrano in gioco l'età, il meccanismo della lesione, la profondità, il sito dell'ustione e la comorbilità. Una serie di fattori al di fuori del controllo del servizio di cura può anche influenzare il risultato, tra cui la motivazione del paziente, le problematiche psicologiche prima dell'incidente, il sostegno della famiglia e il background socio-economico (Browne et al.

2009).

Dal momento che i tassi di mortalità si sono stabilizzati, con l'aumento dei sopravvissuti ad un'ustione, è di fondamentale importanza la rilevazione dei risultati funzionali che comprendano gli aspetti fisici, psicologici e sociali. Molti centri specializzati per persone ustionate hanno avviato dei progetti per la misurazione di questi risultati, ma, nonostante il dibattito internazionale, la definizione di orientamenti sulle migliori pratiche di valutazione di strumenti appropriati deve ancora essere completata e diffusa. Questo rispecchia la mancanza di consenso all'interno dei centri di specializzazione delle ustioni su come valutare i risultati e di quali fasi del processo di recupero tenere conto (Browne et al., 2009).

Lo studio in questione si propone di fornire un documento quadro che affronta gli strumenti di misurazione e di valutazione dei risultati nei pazienti adulti ustionati attraverso la Classificazione Internazionale del Funzionamento, ICF prevista dall'OMS. Questo strumento definisce un quadro generale per la valutazione della funzionalità e comprende i livelli di attività, i livelli complessivi di partecipazione e i ruoli sociali. Inoltre permette una valutazione completa ed è stato precedentemente proposto come un modello per la misura degli esiti di un'ustione. Qui vengono contemplati i seguenti aspetti: la pelle, la funzione neuromuscolare, la funzione psicologica, la funzione di ruolo fisica, la partecipazione della comunità sensoriale e il dolore e la qualità della vita percepita (Browne et al. 2009).

Studi di follow-up su pazienti ustionati nel lungo termine hanno costantemente dimostrato alti tassi di depressione e disturbo da stress post-traumatico, con tassi di prevalenza che vanno da 7 a 46% e da 9 a 45%, rispettivamente. Ne emerge che il monitoraggio e il recupero psicologico, dopo gravi ustioni, sono una parte fondamentale del processo di riabilitazione generale ed è condivisa all'interno della comunità clinica e scientifica (Browne et al. 2009).

Inoltre è assolutamente indispensabile che gli strumenti di misura degli esiti significativi siano adottati dal centro ustioni. Un approccio più ampio rispetto a quanto è stato tradizionalmente fatto deve essere seguito. Per esempio quello, cioè, che incorpora le valutazioni di risultati funzionali a lungo termine come ad esempio il reinserimento sociale. Esso è fondamentale per garantire che i trattamenti intensivi forniti ai pazienti ustionati siano riconosciuti come miglioramento fisico ed emotivo nella qualità della vita, e anche quello della valutazione di più ampi risultati economici come per esempio il ritorno nel mondo del lavoro. Ciò è stato riconosciuto negli Stati Uniti e altri centri dovrebbero considerare dei test per comprendere i risultati nei loro pazienti. Senza dubbio, ci saranno nuove sfide nel tempo (Browne et al. 2009).

Ottenere una valutazione affidabile e valida del disturbo post-traumatico nei pazienti ustionati è difficile a causa della presenza di fattori fisici associati con il recupero e la riabilitazione che si sovrappone con la sintomatologia post-traumatica. Ad esempio, i sopravvissuti ustionati, possono evitare certe attività a causa di limitazioni fisiche, disturbi del sonno riconducibili al dolore e / o al rumore all'interno del reparto di degenza, e potrebbero insorgere effetti collaterali imputati agli analgesici che possono includere disorientamento, sonnolenza, confusione, sudorazione, e irrequietezza. Ogni volta che le valutazioni psicologiche sono condotte con i sopravvissuti ad un'ustione, l'eziologia di fondo dei sintomi riportati deve essere determinata per evitare l'incidenza di psicopatologie (Browne et al. 2009).

Anche questo studio condotto in Nuova Zelanda, come lo studio condotto in Australia, rappresenta una realtà più vicina a quella Europea e quindi i dati emersi hanno una maggior spendibilità nell'area occidentale.

7.2 Discussione

Sin dal primo momento che una persona ustionata giunge in una unità specializzata l'equipe, che la prende in carico, deve attualizzare un percorso di recupero funzionale, affinché siano minimizzate le conseguenze legate allo shock subito (Procter 2010). Da subito va evitata la distinzione tra la situazione critica iniziale e il periodo di recupero delle sue funzionalità, sia fisiche che psicologiche perché devono essere associate in quanto non si può pensare ad una senza prendere in considerazione l'altra. Attuare da subito il recupero funzionale, nelle sue varie sfaccettature, rappresenta un buon risultato per la persona in cura, perché il compito le risulta stimolante, e le evita l'insorgenza di rigidità alle articolazioni. Per esempio lo stimolo ad attuare le cure personali tutti i giorni il più indipendentemente possibile, rappresenta una valida riabilitazione attiva (Procter 2010).

Ho voluto presentare questo intervento che si attua nella fase acuta anche se il focus è il contesto riabilitativo.

Nonostante ci siano figure predisposte appositamente ad un determinato compito, all'interno del reparto specializzato nella gestione delle ustioni, è bene che ogni componente dell'equipe sia in grado di espletare mansioni riabilitative per incrementare il benessere del paziente adulto gravemente ustionato (Procter 2010).

Inizialmente la persona lesionata potrebbe rimandare il momento del recupero funzionale ma il mancato svolgimento determinerà più sofferenza e problemi con risultati finali maggiormente deludenti. Questa tipologia di pazienti necessita di supporto e stimolo nel processo di cura. E' molto importante che l'intera equipe dia delucidazioni e indicazioni inerenti i vari step che si attuano sull'individuo ustionato, per coinvolgerlo in modo attivo nel processo di cura, in quanto deve sentirsi protagonista a tutti gli effetti. È meglio ripetere spesso, anche su richiesta del paziente, ciò che si mette in atto in quel preciso momento e il beneficio che egli ne trarrà, per agevolare la sua comprensione e la sua accettazione (Procter 2010).

Questo intervento è supportato anche dalla filosofa Mortari (2006) che nel suo libro "La pratica dell'aver cura" sostiene che:

... Esiste ... una cura, precisamente quella educativa, il cui fine è quello di mettere l'altro nelle condizioni di provvedere da sé ai propri bisogni, rendendolo capace sia di azioni cognitive, come individuare e stabilire criteri di priorità, sia di azioni concrete per soddisfare bisogni e realizzare obiettivi. La cura educativa può dirsi dunque orientata a promuovere la capacità di aver cura di sé, per essere in grado a propria volta di costituirsi come persone capaci di pratiche di cura per altri. Nel suo significato più generale la cura può essere definita una pratica che mira a procurare il ben-essere dell'altro e a metterlo nelle condizioni di decidere e di provvedere da sé al proprio ben- essere (31).

Come testimoniato già in letteratura, le persone ustionate devono compiere molta fatica per affrontare il recupero funzionale nei suoi vari aspetti in base alle limitazioni comportate dal trauma subito, e quindi sono maggiormente esposte all'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress. L'Organizzazione Mondiale della Sanità propone la Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF) che, attraverso un documento quadro, prende in esame alcuni ambiti della persona ustionata come per esempio le relazioni interpersonali, la psiche, la mobilità conservata e la qualità di vita percepita al fine di indagare i risultati dopo il grave trauma subito (Browne et al. 2009).

Confrontarsi con i risultati che si presentano sul proprio corpo dopo un importante lesione è un passaggio difficile per la persona ustionata e quindi scaturiscono problematiche di approvazione sulla propria figura e anche questioni emozionali (Abu-Qamare et al. 2014).

Nell'articolo di Abu-Qamare et al. (2014) si evidenzia un risultato significativo che è stato registrato nell'intervista, dopo 8 anni dall'incidente. È emerso che, sebbene, alcune persone ustionate abbiano ancora difficoltà nel momento attuale di accettazione del proprio corpo, altri, hanno sviluppato, malgrado la situazione stressante, un atteggiamento umoristico che li ha aiutati fin dai primi giorni del trauma. Infatti, per esempio, un soggetto dell'intervista ripensando a quando era paziente, ricorda un atteggiamento ironico degli infermieri del centro ustioni che gli ha permesso di affrontare meglio il trauma vissuto. Ricorda anche volentieri i colloqui decisionali per gli interventi a cui doveva essere sottoposto, discussi con il dottore in un rapporto da pari a pari. L'umorismo messo in atto dall'infermiere e dall'equipe aiuta il paziente a svolgere una riflessione sulla sua situazione aiutandolo a trovare delle strategie idonee per affrontare e superare la condizione in cui versa (Abu-Qamare et al. 2014).

L'umorismo rappresenta un aspetto innato che viene avvertito come una qualità del benessere personale ma che viene poco impiegato nell'ambiente ospedaliero come una chance in più. La persona ustionata che usa l'umorismo, nelle relazioni di tutti i giorni, si aiuta già da sola per il superamento della circostanza in cui grava, donandosi speranza e aprendo una finestra sul suo futuro e, inoltre, l'attuazione di questo comportamento la fa evolvere (Abu-Qamare et al. 2014).

L'infermiere che, in un centro specializzato, si avvale dell'umorismo rappresenta un valido strumento per infondere sicurezza alle persone ustionate. A loro volta anch'esse, usando l'umorismo, si sentono partecipi del processo di cura e vi aderiscono più positivamente (Abu-Qamare et al. 2014).

Queste strategie praticate dall'infermiere e condivise dai pazienti ustionati permette loro di trovare risorse interne per far fronte alla situazione in cui versano, rafforzandone la resilienza (Abu-Qamare et al. 2014).

Questo articolo inizialmente mi ha sorpreso in quanto non mi aspettavo di trovare in letteratura un atteggiamento così particolare verso questa tipologia di pazienti. È da ritenersi una strategia da utilizzare nella fase riabilitativa dove la persona ustionata ha un'altra visione della sua situazione. Ho trovato interessante questo approccio poiché mi avvalgo abitualmente di questo atteggiamento nella vita.

In letteratura lo studio di Cheng et al. (2014) approfondisce e illustra meglio il ruolo ricoperto dalla resilienza psicologica su persone che devono prendere atto della forte inabilità a causa del trauma, fisico e psichico subito, riuscendo a superare la condizione critica in cui versano. Gli infermieri, infatti, hanno il compito di esaminare con riflessione e tempestivamente le persone lesionate apportando loro benefici confutati da risultati di aspettativa, atteggiamento positivo e riconoscenza, diminuendo così l'apporto di

farmaci. Questi compiti sarebbero in grado di bloccare o comunque diminuire l'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress.

Si è osservato che, se la persona manifesta un atteggiamento positivo abbastanza elevato verso la sua condizione, avrà meno possibilità di sviluppare il disturbo post-traumatico da stress (Cheng et al. 2014).

Invece coloro che non adotteranno questo tipo di atteggiamento, verso la propria immagine, saranno più propensi a rinchiudersi in se stessi privandosi delle relazioni sociali e di conseguenza verrebbero esposti a tale disturbo. Infatti diminuendo la focalizzazione sulla propria immagine e aumentando la stima di sé le persone ustionate si proteggono da fattori stressogeni e ciò rafforza il miglioramento del loro recupero funzionale (Cheng et al. 2014).

Anche questo studio sostiene la necessità di iniziare precocemente il recupero funzionale della persona lesionata da parte delle varie figure dell'equipe in modo tale da limitare, nel periodo che segue la dimissione dal centro specializzato, le alterazioni nei movimenti. Il rimettersi in gioco dopo un evento traumatico attraverso la ricerca di strategie dentro e fuori di sé permette ai pazienti ustionati di proteggersi dalle negatività che si presentano e di acquisire miglioramenti nelle varie funzionalità. Affinché l'infermiere possa esercitare nel migliore dei modi la sua professione necessita di continua riflessione per stimolare a fondo le risorse in una persona che ha subito un trauma, (Cheng et al. 2014) infatti anche Mortari (2006) sostiene che:

La competenza infermieristica, molta parte della quale non trova una formalizzazione, si configura come un sapere che non si apprende tecnicamente, ma si costruisce attraverso l'esperienza sulla base di una costante riflessione sui casi affrontati ... ha la qualità di un sapere dell'esperienza che si costruisce nel tempo attraverso ore di attenta e lucida osservazione delle varie situazioni cliniche, nutrita da una profonda riflessione critica. Dal punto di vista cognitivo si può affermare che la disposizione alla riflessione costituisce un tratto fondamentale di una buona pratica infermieristica. È la riflessione che trasforma la tendenza a svolgere le attività previste come routine, che obbediscono irriflessivamente a consegne prestabilite, nella disposizione a pensare sempre a ciò che si fa, in modo da raffinare la propria competenza esperienziale (83). ... È solo a partire dalla comprensione dell'esperienza vissuta del paziente che l'infermiera può aiutarlo a non soccombere al senso di dipendenza e vulnerabilità e a recuperare il senso della propria integrità e la disponibilità a una presenza attiva ... Comprendere il suo vissuto è essenziale per approntare un'adeguata cura sia medica sia infermieristica (85). ... si può definire ... la cura come una pratica che ha luogo in una relazione in cui qualcuno si prende a cuore un'altra persona, dedicandosi, attraverso azioni cognitive, affettive, materiali, sociali e politiche, alla promozione di una buona qualità della sua esistenza (55). ... l'agire umano è mosso dalla ricerca ... di una buona qualità di vita. L'etica della cura interpreta la ricerca del ben-essere alla luce dell'ontologia della relazionalità: se ciascuno di noi mira a ben-essere, nel senso di ben-essere, e se la vita di ciascuno si nutre delle relazioni con altri, allora non esiste un ben-essere concepibile in termini individualistici, ... perché il ben essere è sempre un ben-essere-con-altri. Affinché la ricerca [della qualità di vita] si muova in un orizzonte di sensatezza è necessario che le relazioni che viviamo si strutturino nella forma di relazioni di cura, poiché è in una rete di relazioni di cura che il singolo trova le condizioni per una crescita sana e le premesse per il pieno fiorire delle sue possibilità (97).

Affinché l'infermiere riesca ad aiutare il paziente a ricercare in sé le risorse interne per far fronte all'evento traumatico, innanzitutto deve sviluppare la propria intelligenza emotiva. Saper gestire le proprie emozioni, infatti, consente all'infermiere di poter aiutare il paziente a gestire con intelligenza emotiva la situazione traumatica in cui

versa (Bagheri, Heidari, e Kiamanesh 2015).

L'intelligenza emotiva si configura come la possibilità di utilizzare in modo intelligente le emozioni e quindi temperare il loro impatto sulla salute mentale. Può anche essere collegata direttamente alla resilienza, poiché il comportamento emotivamente intelligente, in circostanze stressanti, risulta essere adattativo. Le persone che presentano un alto livello di intelligenza emotiva affrontano meglio le difficoltà emotive che si presentano in situazioni di stress, perché sono in grado di percepire e valutare le loro emozioni, sapendo come e quando esprimere i loro sentimenti, e può regolare efficacemente i loro stati d'animo. L'intelligenza emotiva è quindi postulata per tamponare gli effetti di eventi avversi, attraverso l'auto-consapevolezza emotiva (Armstrong, Galligan, e Critchley 2011).

I risultati affiorati dalla ricerca in letteratura mi hanno dato la possibilità di valutare più attentamente il ruolo dell'infermiere. Rifacendomi alle nozioni apprese dai moduli frequentati durante il triennio e alla bibliografia di riferimento che mi ha aiutata nell'approccio a questo tema ho sentito la necessità di definire meglio le competenze professionali infermieristiche. Infatti ho correlato i risultati emersi dall'indagine condotta sul ruolo dell'infermiere SUP per rispondere alla domanda di ricerca "Quali sono gli interventi che un infermiere può mettere in atto per stimolare la resilienza in pazienti adulti gravemente ustionati, in modo che questa agisca da protezione verso la PTSD, o che ne diminuisca gli effetti a lungo termine?".

Nelle situazioni di cura di pazienti gravemente ustionati:

l'infermiere che si avvale del **ruolo di esperto** è colui che attiva molto precocemente un programma riabilitativo attraverso un approccio interprofessionale che tiene conto di criteri standardizzati per l'assistenza a pazienti ustionati e condivisi all'interno della pratica clinica come per esempio l'uso di scale validate dalla comunità scientifica. Garantisce un'efficace gestione del dolore promuovendo una cura autentica che abbia come obiettivo la gestione adeguata del dolore e la costante valutazione degli esiti degli interventi che vengono effettuati sul paziente. L'infermiere incoraggia e sostiene il paziente, si avvale di empatia e si mette a disposizione dei suoi famigliari durante il processo di cura ed è responsabile delle cure infermieristiche fornite (Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. 2011).

L'infermiere che ricorre al **ruolo di comunicatore** coinvolge il paziente nella riabilitazione facendolo sentire parte attiva del processo di cura fin dall'inizio delicato della presa in carico. Egli favorisce una relazione di fiducia, accoglie i disagi, sostiene il paziente nei momenti di demoralizzazione aiutandolo a capire i vari step del processo di cura, accompagnandolo e sostenendolo nel confrontarsi con la perdita dell'integrità fisica e nella conseguente ricostruzione dell'immagine corporea di sé al fine di raggiungere gli obiettivi concordati insieme a lui (Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. 2011). Per una migliore aderenza al processo di cura l'infermiere si può avvalere di un atteggiamento umoristico da privilegiare nella fase riabilitativa per aiutarlo così a ricercare le risorse in sé per superare la situazione in cui versa (Abu-Qamare et al. 2014).

L'infermiere che ricopre il **ruolo di membro di un gruppo di lavoro** collabora attivamente con tutte le figure multidisciplinari all'interno dell'equipe mettendo le proprie

competenze professionali all'interno della pratica clinica quotidiana. Egli coordina e accompagna l'equipe e prende parte a decisioni difficili tenendo sempre in considerazione l'etica professionale (Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. 2011). L'infermiere che coopera con i membri del gruppo di lavoro garantisce un miglior controllo del paziente e gli apporta benefici per esempio nella gestione del dolore, delle complicanze, nel processo riabilitativo, sia sul piano fisico, evitando la rigidità articolare e sia sul piano psicologico, aiutandolo a incrementare l'autostima, a sostenerlo durante la fase riabilitativa, così da evitare o per lo meno limitare l'insorgenza della PTSD (Abu-Qamare et al. 2014).

L'infermiere che impiega il **ruolo di manager** attua piani di cura che tengano conto di interventi fondati su prove di efficacia ricercando il potenziale su cui lavorare come per esempio le risorse del paziente. Egli riconosce la necessità di innovazione per una migliore presa in carico del paziente non perdendo di vista l'aspetto legale della pratica infermieristica. L'infermiere che quotidianamente valuta la sua pratica clinica e riflette sul proprio ruolo professionale pianifica la propria carriera (Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. 2011).

L'infermiere che promuove il **ruolo di promotore della salute** è attento alla qualità di vita del paziente infatti lo aiuta a mettere in atto strategie di coping efficaci attraverso il sostegno e incrementando la loro accettazione al fine di proteggerli dallo sviluppo della PTSD. L'infermiere prima di mettere in atto questo ruolo deve aver soddisfatto le competenze enunciate nel ruolo di esperto (Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. 2011).

L'infermiere che riveste il **ruolo di apprendente e insegnante** necessita di continua formazione personale in modo da rispondere al meglio ai bisogni educativi del paziente e della sua famiglia. Egli istruisce il paziente, spiega con parole chiare e precise l'importanza del trattamento che si deve attuare e illustra i benefici sul lungo termine affinché il paziente si senta parte attiva del processo di cura. È fondamentale istruire il paziente in ogni fase del processo di cura affinché riesca a capire l'importanza degli interventi che l'infermiere dovrà attuare (Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. 2011).

L'infermiere che si serve **del ruolo legato all'appartenenza professionale** si impegna a riflettere costantemente sulla pratica clinica che attua sia con il paziente che con la famiglia per verificare che il proprio operato rispetti l'etica professionale (Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. 2011).

8. CONCLUSIONI

Alla fine di questo lavoro si evince che è importante improntare fin da subito un programma riabilitativo verso la persona adulta ustionata che ne contempli anche la dimensione psicologica attraverso il ruolo ricoperto dall'infermiere. L'approccio dell'infermiere che tiene conto di un ascolto attivo, di empatia, della comprensione del vissuto del paziente e del tempo che gli serve per riprendere in mano la propria esistenza, dopo aver subito un'ustione, ha lo scopo primario di aiutarlo a far fronte all'evento traumatico subito, ricercando in sé le proprie risorse. Questo risulta essere un forte aiuto allo sviluppo della resilienza cioè alla capacità innata che ogni individuo possiede e che gli infermieri hanno quindi l'opportunità di far crescere al fine di limitare o ritardare l'insorgenza della PTSD nel lungo termine in un paziente adulto gravemente ustionato.

Il ruolo dell'infermiere è quindi centrato sulla promozione della relazione autentica verso la persona ustionata al fine di incrementare la qualità di vita ossia quello che Mortari chiama il "ben-essere-con-altri" (Mortari 2006, 97).

Ricordandomi una lezione del primo anno di corso, in cui ci venne citata la filosofa Mortari rimasi colpita dalle sue parole e ho quindi sfruttato l'opportunità di approfondire il suo pensiero con la lettura del suo libro "la pratica dell'aver cura" da cui ho attinto diversi passaggi. Trovo che il suo concetto di cura rispecchi perfettamente l'approccio relazionale che l'infermiere compie con il paziente per aiutarlo nella situazione di difficoltà e a portarlo alla riacquisizione migliore delle sue capacità, tenendo sempre presente l'unicità della persona che ha di fronte.

Questo lavoro mi ha permesso di apprendere nozioni nuove ed importanti sul tema delle ustioni e di approfondire le problematiche psicologiche a cui una persona adulta ustionata potrebbe andare incontro.

Dall'indagine condotta in letteratura sono rimasta colpita dall'uso dell'umorismo, da parte degli infermieri e degli altri curanti, che ha apportato dei significativi miglioramenti sulle persone adulte gravemente ustionate perché si sono sentite coinvolte positivamente da questo atteggiamento che loro stesse hanno successivamente adottato. Questo testimonia come il lavoro dell'infermiere tenga conto anche di atteggiamenti non strutturati che possono essere impiegati nella pratica clinica quotidiana e che si affinano con l'esperienza professionale. Sono molto favorevole all'uso di questo atteggiamento in reparto, a seconda delle situazioni che si potrebbero presentare nella pratica quotidiana, perché lo sento vicino al mio essere e credo personalmente che potrebbe rappresentare una vera e propria medicina sul fronte psicologico.

La ricerca condotta mi ha permesso di capire quanto sia importante attuare, fin da subito, un programma di recupero funzionale sul paziente ustionato per agire il più presto possibile sui suoi aspetti fisici e psichici in modo da farlo diventare partecipe e attivo nelle varie fasi del suo recupero.

L'indagine nei database mi ha permesso di incrementare la mia conoscenza nell'approccio della ricerca per informarmi e rimanere aggiornata costantemente in vista della futura professione.

La ricerca sulle banche dati è risultata però laboriosa e faticosa per completare il lavoro. Infatti ho dovuto cambiare strategia di ricerca per trovare articoli scientifici che potessero testimoniare il ruolo dell'infermiere nella presa in carico di persone adulte gravemente ustionate, per aiutarle anche dal punto di vista psicologico. Nella stesura della tesi mi sono resa conto di quanto l'ambito psicologico correlato ad

una persona ustionata sia un tema difficile da affrontare infatti ho riscontrato in letteratura che vi è una carenza di ricerca sull'esperienza vissuta da questi pazienti (Abu-Qamare et al. 2014).

L'argomento che ho scelto si è rivelato, infatti, un limite piuttosto che un tema a me favorevole. Purtroppo non sono riuscita a reperire la casistica delle persone adulte ustionate in Svizzera e in Ticino. Mi sarebbe piaciuto fornire dei dati anche sulla realtà svizzera, anche perché spesso il telegiornale riporta notizie su incidenti a persone che si ritrovano gravemente ustionate.

Lo scopo e gli obiettivi sono stati rielaborati diverse volte in base alla ricerca in letteratura e nella bibliografia di riferimento che ho consultato nei vari momenti di stesura del lavoro.

Questa tesi testimonia che il lavoro dell'infermiere non si deve basare solo su protocolli ma si deve avvalere di una relazione autentica verso il paziente per aiutarlo ad attuare comportamenti che lo facciano diventare protagonista positivo nel risolvere la situazione in cui versa.

Sarebbe stato interessante indagare anche il ruolo che potrebbe svolgere l'infermiere nell'approcciarsi alla famiglia della persona ustionata, per aiutarla ad affrontare questo momento delicato. Inoltre sarebbe utile ricercare delle strategie che permettano all'infermiere di collaborare con la famiglia per aiutare concretamente il paziente ustionato. Un altro elemento da includere nei lavori futuri sarebbe la casistica dei pazienti adulti ustionati in Svizzera .

Questo lavoro mi ha consentito, infine, di dare voce al dolore che mi porto dentro, riguardo la morte di mia nonna, che all'epoca dell'incidente non potevo capire, in quanto bambina, ma che ora posso comprendere meglio, alla luce degli studi svolti e in particolare grazie a questa analisi.

Per concludere vorrei citare una poesia che è un inno a vivere la vita.

La vita è un'opportunità, coglila.
La vita è bellezza, ammirala.
La vita è beatitudine, assaporala.
La vita è un sogno, fanne una realtà.
La vita è una sfida, affrontala.
La vita è un dovere, compilo.
La vita è un gioco, giocalo.
La vita è preziosa, abbine cura.
La vita è una ricchezza, conservala.
La vita è amore, godine.
La vita è un mistero, scopriilo.
La vita è promessa, adempila.
La vita è tristezza, superala.
La vita è un inno, cantalo.
La vita è una lotta, accettala.
La vita è una tragedia, afferrala corpo a corpo.
La vita è un'avventura rischiala.
La vita è felicità, meritata.
La vita è la vita, difendila.

Madre Teresa (Lapierre 1990, 365)

8.1 Ringraziamenti

Ringrazio la mia famiglia per avermi sostenuto durante questo percorso formativo e in particolar modo sono grata alla donna più importante della mia vita, mia mamma, e al mio fidanzato che mi hanno sempre sostenuto e capito in tutte le circostanze. Ringrazio il direttore di tesi per avermi accompagnata nel lavoro finale.

9. FONTI

9.1 Articoli

Abu-Qamar, MZ, R. Kornhaber, A. Wilson, L. McLean. 2014. Coming to terms with it all: adult burn survivors' 'lived experience' of acknowledgement and acceptance during rehabilitation. *Burns* 40(4):589–597. doi:10.1016/j.burns.2013.08.038

Alharbi, Ziyad, Andrzej Piatkowski, Rolf Dembinski, Sven Reckort, Gerrit Grieb, Jens Kauczok, Norbert Pallua. 2012. Treatment of burns in the first 24 hours: simple and practical guide by answering 10 questions in a step-by-step form. *World Journal of Emergency Surgery* 7:13. doi: 10.1186/1749-7922-7-13.

Armstrong, Andrew R., Roslyn F. Galligan, Christine R. Critchley. 2011. Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences* 51(3): 331-336. doi:10.1016/j.paid.2011.03.025

Bagheri, Fariborz, Fatemeh Heidari, Ali Reza Kiamanesh. 2015. Association of resilience with emotional intelligence in nursing workplace. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences* 5(2): 369-373

Blot, Stijn, Nele Brusselaers, Stan Monstrey, Dirk Vogelaers, Eric Hoste. 2010. Severe burn injury in europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. *Critical Care* 14(5): 188. doi:10.1186/cc9300.

Browne, Allyson, Sian Falder, Dale Edgar, Emma Staples, Joy Fong, Suzanne Rea, Fiona Wood. 2009. Core outcomes for adult burn survivors: a clinical overview. *Burns* 35(5):618-641. doi:10.1016/j.burns.2008.09.002.

Camozzi, Giulia, Tanzi Francesca, Montali Francesca. 2015. Tra gli altri, come gli altri: l'approccio psicologico al paziente ustionato. *Azienda ospedaliero-universitaria di Parma*. Ultima cons. 20 dicembre.

Cheng, Yu-Hong, Zhe-Yuan Xia, Yue Kong, Ting-Ting Yin, Su-Hua Shi, Rong Huang. 2014. The impact of acceptance of disability and psychological resilience on post-traumatic stress disorders in burn patients. *International Journal of Nursing Sciences* 1(4):371-375. doi:10.1016/j.ijnss.2014.10.018.

Choi, Kyung-Ae, So-Young Park, Young-chul Jang, Sulk-Joon Oh. 2008. The risk factors of psychosocial problems for burn patients". *Burns* 34(1):24–31. doi:10.1016/j.burns.2007.03.012.

Colombo, Pier Paolo, Valentina Mantua. 2001. Il disturbo post-traumatico da stress nella vita quotidiana. *Rivista di psichiatria* 36(2):55-68.

Joory, Kavita, Kwang Chear Lee, Naiem S. Moiemmen. 2014. History of Burns: The past, present and the future. *Burns & Trauma* 2(4):169-180. doi:10.4103/2321-3868.143620.

Keller, Brunella, Tanja Schub. 2015. Burns: Psychological Aspects. *Cinahl Information Systems*. Nursing Reference Center (T703479).

Procter, Fiona. 2010. Rehabilitation of the burn patient. *Indian J Plast Surgery* 43:101–113. doi:10.4103/0970-0358.70730.

9.2 Bibliografia

Derrickson, Bryan, Gerard J. Tortora. 2011. *Principi di anatomia e fisiologia*. Tradotto da Gabriella Giuliani Piccari e Chiarella Sforza. Rozzano: Casa Editrice Ambrosiana.

Lapierre, Dominique. 1990. *Più grandi dell'amore*. Milano: Mondadori.

Mortari, Luigina. 2006. *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori

Polit, Denise F., Cheryl Tatano Beck. 2014. *Fondamenti di Ricerca infermieristica*. Tradotto da Alvisa Palese. Milano: The McGraw Hill Education.

9.3 Iconografia

Figura 1: Dunne, Jonathan A., Jeremy M. Rawlins. 2014. Management of burns. *Wound Management* 32(9):477–484. doi:10.1016/j.mpsur.2014.06.012.

Figura 2: Dunne, Jonathan A., Jeremy M. Rawlins. 2014. Management of burns. *Wound Management* 32(9):477–484. doi:10.1016/j.mpsur.2014.06.012.

9.4 Letteratura grigia

Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. 2011. Competenze generali delle professioni SUP e competenze professionali specifiche del ciclo di studio in cure infermieristiche. Manno, SUPSI-DEASS.

Piasentin, Sergio. 2012. *La cura*. Modulo epistemologia della cura. Manno, SUPSI-DEASS.

Piasentin, Sergio. 2012. *Qualità della vita*. Modulo Fasi della vita e caratteristiche dell'utenza. Manno, SUPSI-DEASS. 43.

9.5 Sitografia

U.S. Department of Veterans Affairs. 2015. DSM-5 Criteria for PTSD. Ultima cons. 15 dicembre. http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/dsm5_criteria_ptsd.asp

10. ALLEGATO 1

10.1 Schema ricerca in letteratura

PUB MED

“rehabilitation AND burn patients AND post burn NOT children NOT teenagers NOT psychotherapy”: 111 articoli.

110 articoli sono stati scartati perché:

- 30 articoli avevano come oggetto la pazienti ustionati che avevano sviluppato al PTSD
- 20 articoli trattavano il dolore nel paziente ustionato
- 20 articoli erano relativi alla gestione delle contratture
- 20 articoli trattavano pazienti che erano stati ustionati in specifiche parti del corpo
- 10 articoli trattavano i problemi psichiatrici nel paziente ustionato
- 5 articoli erano incentrati sulla sepsi nel paziente ustionato
- 3 articoli parlavano della sessualità del paziente ustionato
- 2 articoli trattavano la depressione nel paziente ustionato

Ho tenuto solo 1 articolo che ritengo valido in quanto esplicita vari interventi da attuare sul paziente adulto gravemente ustionato che sono pertinenti con la mia indagine.

SCIENCE DIRECT

“adult burn survivors AND psychological resilience AND rehabilitation” FILTRI:

“Publication Title”: “Burns”: 14 articoli, che sono stati scartati perché:

- 5 articoli trattavano bambini ustionati
- 5 articoli parlavano della depressione nel paziente ustionato
- 3 articoli esplicitavano la differenza di genere nelle ustioni

Ho ritenuto solo 1 articolo valido poiché esplicitava la necessità di sottoporre i pazienti adulti ustionati, nella fase riabilitativa, a screening per individuare i migliori interventi psicologici al fine di aiutarli a superare il trauma subito.

Approvato in data 26.02.2016.....