

Le ripercussioni sulla vita dell'infermiere nel prendersi cura delle vittime di violenza: una revisione della letteratura

The impact on nurse's life when caring for victims of violence: literature review

■ FELISIA DI LORETO¹, STEFANIA RANCATI², ROBERTO MILOS³, IVANA MARIA ROSI²

¹ Infermiera, U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie, Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Indirizzo mail per corrispondenza: felisiadiloreto@gmail.com

² Infermiera Tutor, U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie, Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano.

³ Infermiere, responsabile Formazione di base e Ricerca, U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie, Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano.



RIASSUNTO

Introduzione: A causa del ruolo fondamentale nella gestione delle vittime di violenza, alcuni infermieri sono ripetutamente a contatto con i traumi delle persone che assistono, devono ascoltare i loro racconti, curarne le ferite e alleviarne le sofferenze, in particolare modo chi lavora nell'ambito dell'emergenza. Questi infermieri sono sottoposti a numerosi fattori di stress, accumulano il dolore che emerge dai racconti delle vittime e che deriva dal prestargli soccorso. Ciò li rende più vulnerabili e li pone in una condizione di rischio per l'instaurarsi di condizioni negative, che si possono ripercuotere sia sulla loro vita professionale sia sulla vita privata e relazionale.

Scopo: Comprendere qual è l'impatto del prendersi cura di persone vittime di violenza sulla vita privata e professionale dell'infermiere, identificando quali siano le possibili strategie per la prevenzione del problema.

Metodi e strumenti: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura attraverso le banche dati PubMed, CINAHL PsycINFO ed ILISI. Sono stati selezionati studi condotti negli ultimi dieci anni il cui campione fossero infermieri con esperienza di assistenza a vittime di violenza.

Risultati: Sono stati inclusi nella revisione complessivamente 21 articoli, dalla cui analisi sono emersi tre temi principali: gli effetti sulla vita personale dell'infermiere, le conseguenze sulla vita professionale e le strategie protettive per gli infermieri. L'assistere vittime di violenza influenza negativamente la qualità della vita personale e familiare dell'infermiere; influenza indirettamente la cura prestata agli assistiti, attraverso un eccessivo coinvolgimento o distacco nei confronti della vittima, allo scopo di difendersi dall'impatto della violenza. Tra le azioni protettive, oltre a quelle personali, si distinguono la formazione continua sull'argomento e la creazione di ambienti di lavoro sereni e sicuri.

Conclusioni: L'infermiere dovrebbe essere preparato e maggiormente formato per gestire sia i casi di violenza, sia le possibili ripercussioni sulla sua persona e sulle cure che vengono da lui erogate. Fondamentali però per la prevenzione, sono la messa in atto di strategie organizzative che prevedano lo sviluppo di un clima di rispetto e di sicurezza all'interno del luogo di lavoro.

Parole chiave: prendersi cura, infermieri, stress traumatico secondario, qualità di vita, vittime di violenza



ABSTRACT

Introduction: Some nurses are repeatedly in contact with the traumas of victims of violence, they must listen to their stories, heal their wounds and alleviate their suffering, especially those working in the emergency department. These nurses are subject to numerous stressors and accumulate the pain that emerges from the stories of the victims. This makes them more vulnerable and puts them in a state of risk for the establishment of negative conditions, which can affect both their professional life and their private and relationship life.

Aim: Understand the impact of caring for victims of violence on private and professional life of nurses, identifying the possible strategies for the prevention.

Methods: A narrative review of the literature was conducted through the PubMed, CINAHL PsycINFO and ILISI databases. Studies have been carried out in the last ten years, the sample of which were nurses with experience in assisting victims of violence.

Results: 21 articles were included in the review. Three main themes emerged: the effects on the personal life of the nurse, the consequences on the professional life and the protective strategies for the nurses. Assisting victims of violence negatively affects the quality of the personal and family life of nurses; indirectly influences the care given to the patients, through excessive involvement or detachment from the victim, in order to defend themselves from the impact of violence.

Conclusions: Nurses should be properly prepared and trained to deal with cases of violence, the possible repercussions on their lives and the care that they provide.

Keywords: caring, nurses, secondary traumatic stress, quality of life, victims of violence.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

PERVENUTO 05/02/2018

ACCETTATO 04/05/2018

Corrispondenza per richieste:

Di Loreto Felicia,

feliciadiloreto@gmail.com

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

Introduzione

La violenza ha attualmente un grande impatto a livello mondiale, ogni anno più di un milione di persone subisce violenza e nei casi più gravi perde la vita. Il concetto di violenza è definito come "un vero e significativo problema sociale" ed è riconosciuto a livello nazionale ed internazionale come una violazione dei diritti umani^[1]. La violenza può essere perpetrata contro donne, bambini o anziani e si manifesta sotto diverse forme, ovvero violenza domestica, sessuale, fisica, psicologica, economica, spirituale o stalking^[2]. A livello mondiale si stima che 1 donna su 3 abbia sperimentato una forma di violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita, 1 bambino su 4 riporta violenza fisica o gravi abusi da parte di genitori o famigliari, ed il 4-6% delle persone anziane abbia ricevuto un maltrattamento grave nel corso del mese precedente^[1,3]. Recenti dati di prevalenza pubblicati dall'OMS^[1] indicano che la maggior parte dei casi di violenza sono rappresentati da violenza domestica, in altre parole la violenza è perpetrata da un familiare, dal partner o da un ex partner, contro donne e bambini^[1]. La violenza è un problema di sanità pubblica che deve coinvolgere gli operatori sanitari nella difesa delle vittime e nel trattamento degli effetti^[4]. Tra gli operatori sanitari l'infermiere è spesso il primo contatto che le vittime hanno con le realtà istituzionali e ricopre un ruolo chiave nel rispondere alle esigenze e nel prendersi cura clinicamente ma soprattutto emotivamente dei pazienti, attraverso un approccio di cure empatico, centrato e condiviso con le vittime^[1]. Obiettivi prioritari per l'infermiere che si prende cura delle persone vittime di violenza sono la capacità di rilevazione precoce della necessità di aiuto da parte della vittima, anche senza verbalizzazione di questa, e la conseguente segnalazione; la capacità di gestione del caso in modo multidisciplinare; l'assistenza ed il sostegno adeguato alla vittima durante e dopo il trattamento terapeutico^[4].

La violenza subita dalle vittime che assiste, può colpire indirettamente anche l'infermiere, inevitabilmente esposto ad un ambiente di lavoro che richiede una risposta professionale ad atti devastanti di traumi e violenza perpetrata verso adulti e bambini. Gli infermieri di emergenza in particolar modo, a causa del ruolo fondamentale nella gestione delle vittime di violenza sono ripetutamente a contatto con i traumi delle persone che assistono, ascoltano i loro racconti, curano le loro ferite e cercano di alleviare le loro sofferenze^[4]. Questi infermieri sono sottoposti a numerosi fattori di stress, accumulano il dolore che emerge dai racconti delle vittime e che deriva dal prestargli soccorso; il contatto con continue situazioni di sofferenza suscita quindi nell'infermiere una varietà di risposte emotive^[5]. Ciò lo rende più vulnerabile e lo pone in una condizione di rischio per l'instaurarsi di condizioni negative, emotive, psicologiche e fisiche^[6], che si possono ripercuotere sulla vita professionale e più gravemente sulla vita privata e relazionale dell'infermiere^[7]. Il lavoro con le vittime della violenza, l'empatia necessaria per assisterle, può condizionare a tal punto la vita dell'infermiere che, se non è adeguatamente supportato, può sviluppare uno stress traumatico secondario (STS) o un trauma vicario (VT)^[6]. Per STS s'intende un cambiamento nel comportamento e lo sviluppo di emozioni risultanti dalla conoscenza dell'esperienza raccontata dai sopravvissuti a un evento traumatico; la persona con STS

presenta sintomi determinati dall'esposizione all'individuo traumatizzato e non all'evento^[8]. Il VT invece può occorrere in coloro che si prendono cura in particolar modo delle vittime di violenza sessuale o incesto, comporta nei curanti disturbi sulla propria identità, spiritualità e visione del mondo^[8].

Data la sempre maggiore frequenza con la quale si assistono vittime di violenza, come illustrato precedentemente, e poiché non vi sono lavori di sintesi sull'argomento, ci si è posti l'obiettivo di comprendere, attraverso una revisione della letteratura, qual è l'impatto del prendersi cura di persone vittime di violenza sulla vita privata e professionale dell'infermiere, e identificare quali siano le eventuali strategie di prevenzione e controllo del problema.

Per rispondere all'obiettivo la ricerca è stata orientata dal seguente PICO: P - infer-

Materiali e Metodi

Per rispondere all'obiettivo la ricerca è stata orientata dal seguente PICO: P - infer-

Tabella 1. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave	Filtro
PUBMED	(((("Stress, Psychological"[Mesh]) OR "Perception"[Mesh]) OR "Emotions"[Mesh])) AND (((("Aggression"[Mesh]) OR "Violence"[Mesh])) OR "Sex Offenses"[Mesh])) AND "Emergency Nursing"[Mesh]) (((("Compassion Fatigue" OR "Secondary Traumatization" OR "Secondary TraumatizationS" OR "Secondary Traumatic Stress" OR "Secondary Trauma" OR "Secondary TraumaS" OR "Vicarious Trauma" OR "Vicarious TraumaS" OR "Vicarious Traumatization")) AND ((NURSE OR NURSES OR NURSING))) AND (("Violence"[Mesh]) OR ((violence[Title/Abstract] OR AGGRESSION[Title/Abstract] OR SBUSE* OR RAPE)) NOT MEDLINE [SB]))	Dal 01/01/2006 Lingua inglese, italiana, spagnola o portoghese.
CINAHL	((EMERGENCY AND (NURSE* OR NURSING) AND (VIOLENCE OR AGGRESSION*) AND (PERCEPTION* OR EXPERIENCE*)) NOT WORKPLACE (((("Compassion Fatigue" OR "Secondary Traumatization" OR "Secondary TraumatizationS" OR "Secondary Traumatic Stress" OR "Secondary Trauma" OR "Secondary TraumaS" OR "Vicarious Trauma" OR "Vicarious TraumaS" OR "Vicarious Traumatization")) AND ((NURSE OR NURSES OR NURSING))) AND (("Violence"[Mesh]) OR ((violence[Title/Abstract] OR AGGRESSION[Title/Abstract] OR SBUSE* OR RAPE)) NOT MEDLINE [SB]))	Dal 01/01/2006 Lingua inglese, italiana, spagnola o portoghese.
PSYCHINFO	(VIOLENCE or AGGRESSION).mp AND EMERGENCY.mp AND (PERCEPTION* or EXPERIENCE* or ATTITUDE* or EMOTION* or PERSPECTIVE*).mp	Dal 01/01/2006 [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
ILISI	Violenza	Dal 01/01/2006

mieri; I - assistere vittime di violenza; C - nessuna comparazione; O - modificazioni nella vita personale e/o professionale. È stata effettuata una revisione della letteratura nei mesi di luglio e settembre 2016, attraverso l'interrogazione delle banche dati biomediche PubMed, Cinahl, PsycINFO ed ILISI con le parole chiave: "perception", "emotion", "stress psychological", "aggression", "violence", "sex offenses", "emergency nursing" e "violenza" per la ricerca sulla banca dati ILISI. È stata successivamente effettuata una seconda ricerca con le parole chiave "vicarious trauma", "vicarious traumatization", "compassion fatigue", "secondary traumatization", "secondary trauma", "nurse", "nursing", "violence", "aggression", "abuse". Le parole chiave sono state combinate tra loro utilizzando gli operatori booleani AND e OR, al fine di formare diverse stringhe di ricerca (Tabella 1).

Sono stati presi in considerazione studi pubblicati negli ultimi dieci anni, che fossero qualitativi, quantitativi o revisioni della letteratura in lingua inglese, italiana, spagnola e portoghese, il cui campione fossero infermieri che lavorassero con le vittime di violenza, sia domestica che sessuale, su donne e bambini, il cui argomento centrale fosse l'impatto del lavoro con le vittime di violenza sulla vita privata e professionale dell'infermiere e il cui obiettivo fosse la comprensione degli effetti negativi e la ricerca di strategie di prevenzione e controllo di questi. Sono stati esclusi dalla revisione gli studi non in lingua inglese, italiana, spagnola e portoghese, con abstract e full text non disponibile e in cui l'obiettivo fosse determinare l'impatto della violenza/aggressione nei confronti dell'infermiere sulla propria vita privata e professionale.

Attraverso l'interrogazione delle diverse

banche dati sono stati individuati 285 records. Di questi, ne sono stati scartati immediatamente 60 perché doppi; dei rimanenti 225 articoli, 54 sono stati eliminati poiché non avevano l'abstract disponibile e 124 perché non rispettavano i criteri di inclusione scelti precedentemente citati, in particolare perché non ci si riferiva alla violenza sugli assistiti ma alla violenza sull'infermiere nel posto di lavoro. Da una lettura più approfondita dei 47 articoli con full-text disponibile, 22 non sono stati inclusi nella revisione in quanto non considerati pertinenti o rilevanti per il lavoro e 3 in quanto il campione non rispettava i criteri di inclusione (Figura 1).

RISULTATI

Sono stati inclusi 21 studi ritenuti utili per la revisione e riassunti nella Tabella 2.

Figura 1. Schema modalità della ricerca della letteratura "Prisma Flow chart" tratto da: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

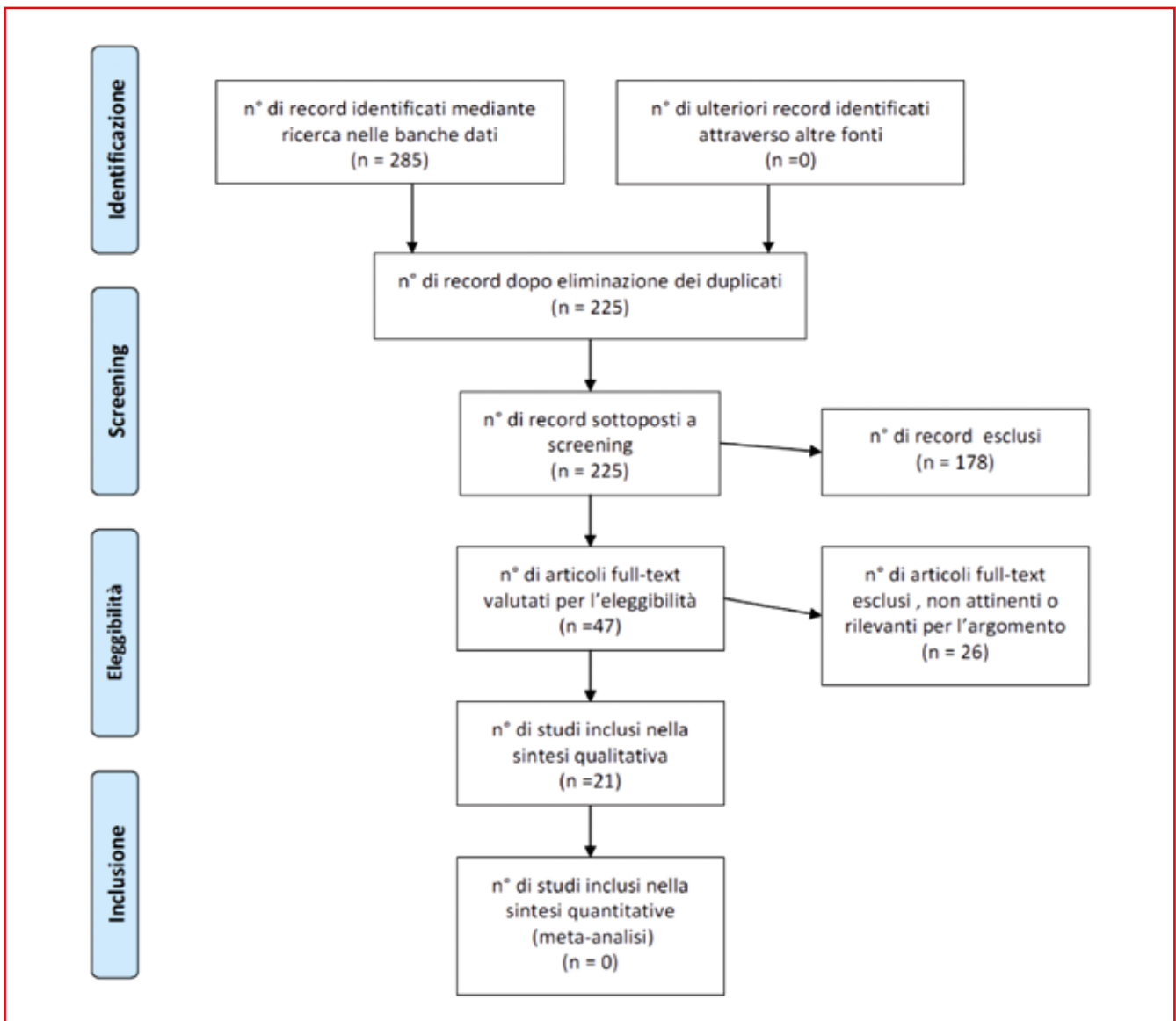


Tabella 2. Sintesi degli studi inclusi

AUTORE / ANNO	OBIETTIVO	TIPO DI STUDIO/ SETTING	MATERIALI E METODI	RISULTATI PRINCIPALI
Wies & Coy, 2016	Descrivere le caratteristiche dei SANES (Sexual Assault Nurse Examiners), esplorare il verificarsi di trauma vicario (VT) e in che modo questi accumulano il dolore e la sofferenza delle vittime.	Studio quantitativo (Stati Uniti)	Interviste con scala STSS 42 infermieri SANE, età 27- 61 anni	38% con 6 segni sperimentano trauma vicario. 59,52% con 5 segni sperimentano trauma vicario
Morrison & Joy, 2016	Indagare la prevalenza di stress traumatico secondario; esplorare le loro esperienze e le modalità con le quali lo gestiscono sul posto di lavoro.	Studio qualitativo-quantitativo (Scozia)	Quantitativa - scala STSS. Qualitativa - focus group di circa un ora. 80 infermieri di emergenza, età media 40 anni, 10 anni di esperienza	75% sperimenta STS. Ostacolo significativo per la salute mentale di questo gruppo e per la loro capacità di fornire cure di qualità
Raunick et al., 2015	Descrivere i livelli di VT tra SANE in confronto a infermieri non forensi.	Studio quantitativo (Stati Uniti)	Sondaggi on-line anonimi e volontari 144 infermiere forensi e 196 infermiere	VT è un rischio del lavoro per i SANE. Porta cambiamenti nelle credenze, circa la sicurezza, la fiducia, l'intimità, il controllo, e la stima.
van Wyk & van der Wath, 2015	Comprendere le sfide che gli infermieri uomini devono affrontare quando si confrontano con casi di abusi sulle donne.	Studio qualitativo (Sud Africa)	Interviste in profondità di 25 e 32 anni 2 infermieri uomini di pronto soccorso	Difficoltà nel creare una relazione empatica con la paziente, paura di essere giudicati in quanto uomini e si sentono in conflitto tra quello che sono e quello che osservano durante il lavoro.
Feng et al., 2015	Indagare le esperienze e le prospettive degli infermieri per quanto riguarda gli abusi sui minori.	Studio qualitativo (Taiwan)	Interviste semi strutturate con 12 domande. 18 infermieri con un età tra 23 a 46 anni	Inadeguata capacità del prendersi cura dei bambini vittime di abusi e delle loro famiglie, frustrazione e preoccupazione
Duffy et al., 2014	Misurare i livelli di stress traumatico secondario tra gli infermieri dei dipartimenti di emergenza.	Studio trasversale (Irlanda)	Questionario - scala STSS 117 infermieri di reparti di emergenza	67% stress traumatico secondario (82%) nel gruppo degli infermieri di emergenza
van der Wath et al., 2013	Esplorare e descrivere le esperienze di cura degli infermieri di emergenza che assistono sopravvissuti alla violenza domestica.	Studio qualitativo (Sud Africa)	Interviste non strutturate 11 infermieri, età tra 25 e 50 anni, reparti di emergenza	Sofferenza dei sopravvissuti suscita simpatia, stress, depressione, tristezza, rabbia, paura e ricordi ricorrenti e dirompenti
Angelo et al., 2013	Comprendere le esperienze degli infermieri di emergenza, terapia intensiva e degenza nella cura di bambini vittime di violenza domestica.	Studio qualitativo fenomenologico (Brasile)	Interviste attraverso domande aperte 15 infermieri, età tra 27 e 48 anni, con esperienza da 3 a 12 anni	Infermieri che si occupano di bambini abusati hanno reazioni ambivalenti di empatia, indignazione, tristezza e senso di impotenza
Adriaenssens et al., 2012	Esaminare (1) la frequenza di esposizione e la natura degli eventi traumatici in infermieri di emergenza, (2) la percentuale di infermieri che riportano i sintomi di stress traumatico secondario e (3) il contributo di coping e sostegno sociale	Studio trasversale (Belgio)	Questionario auto-somministrato strutturato 248 infermieri del reparto di emergenza, 6 mesi in pronto soccorso	Uno su tre infermieri ansia, depressione e disturbi somatici e nell'8,5% livelli clinici di PTSD. Il sostegno sociale da parte dei colleghi e dei supervisori effetto protettivo
Beck, 2011	Cosa dicono gli studi riguardo allo stress traumatico secondario negli infermieri? Quali strumenti sono stati utilizzati per misurare lo stress traumatico secondario?	Revisione sistematica della letteratura (Stati Uniti)	Fonti dei dati: CINAHL, PubMed, e PsycINFO dal 1981 al 2011. 7 studi esaminati	La presenza di stress traumatico secondario è stata rilevata negli infermieri forensi e negli infermieri di pronto soccorso

Tabor, 2011	Comprensione della vittimizzazione vicaria e dei fattori che contribuiscono al suo sviluppo.	Revisione sistematica della letteratura (Stati Uniti)	Fonti dei dati: Ovid, PubMed e Cinahl 23 risorse, 12 articoli, 2 siti internet e 2 libri	VT ha esordio insidioso e s'instaura assistendo persone con episodi traumatici. VT ha ripercussioni sull'infermiere in ambito cognitivo, emotivo e fisico
Maier, 2011	Esplorare le esperienze derivanti dal trauma vicario e dal burnout nei SANES e le strategie di coping utilizzate.	Studio qualitativo-quantitativo (Stati Uniti)	Interviste aperte e scale di valutazione. 40 infermieri SANE, età compresa tra 21 e 62 anni	Per il 67 % la parte peggiore del lavoro sono: esigenze emotive, preoccupazione, ascoltare le storie ed i sintomi. Il 51% sperimenta trauma vicario; il 46% burnout. Individuati meccanismi di adattamento.
Chuz et al., 2011	Indagare la percezione dei membri del team infermieristico sulla cura e l'assistenza delle vittime di violenza urbana.	Studio qualitativo (Brasile)	Interviste semi-strutturate 12 infermieri, età da 25 a 50 anni, 4 anni di esperienza in pronto soccorso	Reparto di emergenza porta a stress e sovraccarico di lavoro; c'è poco tempo per stabilire una relazione con le vittime; compare indifferenza, rabbia, vergogna, pietà e pregiudizio verso alcune donne, oppure stress, paura e sdegno.
Robinson, 2010	Identificare come gli infermieri di emergenza percepiscono la violenza nei confronti delle donne da parte del partner, quali sono le barriere per lo screening, come l'infermiere percepisce l'efficacia di tale screening e quali sono le percezioni degli infermieri verso le vittime di violenza ed il loro ruolo di assistenza.	Studio qualitativo (Stati Uniti)	Intervista strutturata in 10 domande 13 infermieri dipartimenti di emergenza	I risultati evidenziano quattro temi principali: miti, stereotipi e paure; contegno; frustrazioni; benefici per la sicurezza.
McCall, 2010	Determinare nell'infermiere di pratica avanzata (APN), quali fattori – professionali, ambientali e personali – contribuiscono all'auto-efficacia per il trattamento delle vittime di violenza domestica (IPV)	Studio quantitativo (Stati Uniti)	Questionari standardizzati 494 infermiere forensi	Fattori che hanno contribuito all'auto-efficacia per il trattamento di IPV sono conoscenza, assenza di VT, capacità di recupero dallo stress.
Galdblatt, 2009	Esplorare l'impatto di prendersi cura di donne vittime di abusi sulle esperienze di vita personali e professionali degli infermieri.	Studio qualitativo (Israele)	Interviste aperte, in profondità. 22 infermiere di sesso femminile	L'Incontro con le donne vittime di violenza sfida le attitudini personali e influenza la loro vita personale (relazioni intime, genitorialità e atteggiamenti di genere)
Chouliara et al., 2009	Riassumere e valutare le prove riguardanti il VT nei professionisti che lavorano con sopravvissuti a violenza sessuale e/o abuso sessuale infantile (CSA).	Revisione sistematica della letteratura (Regno Unito)	PubMed e PsycINFO (1990-2008) . 10 articoli analizzati	VT elevato, con effetti negativi nei professionisti, associato al lavoro con vittime di traumi sessuali, con una storia personale di violenza sessuale e con l'età più giovane.
Townsend & Campbell, 2009	Esplorare l'impatto emotivo e i sintomi correlati allo stress traumatico secondario (STS) e al burnout tra i SANE che si occupano di donne vittime di violenza.	Studio quantitativo (Stati Uniti)	Interviste durata di 1 ora e utilizzo di scale STSS e Burnout Maslach 110 Infermieri SANES, età media di 44 anni	Il 50% partecipa alle esigenze emotive dei sopravvissuti. Il 41% ha sperimentato burnout e il 25% stress traumatico secondario.
Watt et al., 2008	Confronto sulle prospettive riguardanti la IPV nei sopravvissuti e negli infermieri del dipartimento di emergenza riguardo le sensazioni e i tipi di sostegno sociale alle vittime.	Studio qualitativo (Stati Uniti)	Interviste semi-strutturate con infermieri e vittime 10 infermieri di emergenza Età tra 25 a 50 anni,	I sopravvissuti sottolineano il bisogno di sostegno emotivo, aiuto reale e di rispetto, mentre gli infermieri richiedono sicurezza, supporto informativo e strumentale.

Androulaki et al., 2008	Valutare le conoscenze, le attitudini e le percezioni degli operatori sanitari contro il fenomeno delle donne maltrattate.	Studio qualitativo-quantitativo (Grecia)	Questionario auto-somministrato ed interviste 66 infermieri e 25 medici di età tra 22 a 60	Gli operatori sanitari hanno riferito che forniscono alle vittime assistenza infermieristica (94,4%), attenzione (97,8%), si occupano delle lesioni corporali (92,1%), forniscono sostegno psicologico (97,8%), informano le vittime sui loro diritti (70,1%). Si riscontra il desiderio di maggiore conoscenza ed autonomia.
Inoue & Armitage, 2006	Esplorare la comprensione delle infermiere riguardo la violenza domestica e indagare come si pongono nei confronti delle vittime che assistono.	Studio qualitativo (Australia)	Interviste attraverso domande aperte 20 australiane e 21 giapponesi	Identificati sei gruppi di infermiere che si pongono in maniera diversa nei confronti della violenza domestica: ingenue, inesperte, proattive, compassionevoli, attive e riluttanti

Dall'analisi dei risultati emersi dagli studi presi in esame, sono state individuate tre tematiche principali derivanti dal prendersi cura di persone vittime di violenza: gli effetti sulla vita personale dell'infermiere, le conseguenze sulla vita professionale e le strategie protettive per gli infermieri (**Tabella 3**).

Effetti sulla vita personale dell'infermiere

Dall'analisi di diversi articoli si evince che la violenza subita dalle vittime colpisce indi-

rettamente anche l'infermiere, il quale in virtù della sua vicinanza ai pazienti e della capacità di sviluppare un rapporto empatico e di fiducia, prende in carico su se stesso i vissuti traumatici delle vittime e li elabora cercando di dare un senso alle esperienze di queste persone; ciò finisce per suscitare una varietà di risposte emotive e comporta, inevitabilmente, un alto grado di coinvolgimento dell'infermiere con la vittima.^[6,7,9] Secondo Tabor^[10] inoltre, il forte coinvolgimento con la vittima,

altera nel professionista il senso di appartenenza, le prospettive di vita, le credenze ed i valori, nonché il senso di protezione ed amore verso i propri cari^[10]. Dallo studio di Wies^[5] emerge che il contatto, benché indiretto, con la violenza dà origine nell'infermiere a una serie di sintomi che impattano sul suo vivere quotidiano ed in molti casi portano ad una compromessa qualità di vita, si manifesta una forma di sofferenza che comporta implicazioni reali per la vita ed il benessere della

Tabella 3. Temi emersi dalla revisione

Effetti sulla vita personale	Conseguenze sulla vita professionale	Strategie protettive
<p>Comparsa di sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisici - fatica, debolezza, problemi del sonno, immagini intrusive; • Emotivi - tristezza, frustrazione, senso d'impotenza, ansia, rabbia, indignazione, imbarazzo, preoccupazione; • Cognitivi - pessimismo, confusione, possessività, diffidenza, valutazioni negative di sé; • Comportamentali - esagerata risposta di allarme, irritabilità, agitazione. <p>Ripercussioni sull'essere genitore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preoccupazione e ambiguità circa la reale sicurezza della famiglia; • Iperprotettività verso i figli; • Diffidenza verso il prossimo; • Isolamento e distacco dalla società. <p>Ripercussioni sulle relazioni di coppia (per le infermiere):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minore senso di sicurezza, fiducia e protezione nel rapporto di coppia; • Limitazione dei confini personali; • Disagio e perdita d'interesse durante i rapporti intimi; • Distacco dal partner e separazione. 	<p>Senso di fallimento della missione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuccesso, disillusione e inefficacia professionale; • Percezione del proprio lavoro come inutile; • Diminuzione della soddisfazione professionale; • Crescente assenteismo; • Ridotta prestazione in ambito lavorativo; • Cambiamento nell'atteggiamento professionale verso i pazienti. 	<p>Personali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buona cura di sé; • Equilibrio lavoro-famiglia; • Autoconsapevolezza. <p>Professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relazioni professionali solidali; • Sostegno tra colleghi; • Momenti di debriefing; • Educazione e corsi di aggiornamento. <p>Organizzative:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambienti lavorativi idonei; • Team di supporto; • Presenza di uno psicologo; • Formazione continua e specifica sulla violenza.

persona^[5]; questi sintomi possono essere fisici, come fatica, debolezza, problemi del sonno, immagini intrusive; emotivi come tristezza, frustrazione, senso di impotenza, ansia, rabbia, indignazione, imbarazzo, preoccupazione; cognitivi come pessimismo, confusione, possessività, diffidenza, valutazioni negative di sé; comportamentali come esagerata risposta di allarme, irritabilità, agitazione^[10]. Per quanto riguarda le ripercussioni sulla vita personale è stato possibile individuare due sotto-tematiche, ovvero le ripercussioni sull'essere genitore e quelle sulle relazioni con il proprio partner.

Riguardo il ruolo di genitore, l'infermiere che si occupa di casi di maltrattamenti, soprattutto se sui minori, percepisce il suo ruolo come "protettore dei bambini abusati" ed inevitabilmente il prendersi cura di loro, è una delle sfide maggiori e comporta una serie di dirompenti reazioni emotive^[9,11]. Assistere bambini maltrattati, da quanto emerge dal lavoro di Maier^[12], comporta consapevolezza delle situazioni che sono o che potrebbero essere pericolose, spinge inevitabilmente l'infermiere a cercare spiegazioni per comprendere i motivi che hanno portato ad atti così devastanti e genera un costante stato di attenzione nei confronti dei figli e forti reazioni emotive come indignazione, tristezza, senso di vuoto, frustrazione e un sentimento di impotenza^[12]. Secondo Wies & Coy^[5], l'operatore sanitario sperimenta preoccupazione e ambiguità circa la reale sicurezza di se stesso e della propria famiglia, sviluppa diffidenza nei confronti di persone e situazioni, in tutti gli aspetti della vita, isolamento e distacco da ciò che lo circonda, infine, ipervigilanza e iperprotettività verso i propri cari, soprattutto verso i propri figli^[5,13]. Dallo studio di Maier^[12], infatti, si evince che la maggior parte degli infermieri che si occupano delle vittime di violenza, cerca di proteggersi, ma soprattutto cerca di proteggere i propri cari da quello che potrebbe loro succedere, ad esempio non lasciando i propri figli soli a casa^[12,14].

Per quanto concerne le relazioni con il proprio partner invece, dallo studio di Goldblatt^[6], emerge che l'assistere donne vittime di violenza domestica, in particolar modo se si è dello stesso genere, età o situazione sentimentale, porta l'infermiera all'identificazione con la vittima. L'assistere alle lesioni fisiche, al dolore emotivo e ai racconti di queste vittime comporta la comparsa di ricordi ricorrenti, incubi, flashback e di conseguenza di una forma di angoscia psicologica che conduce a evitare posti, situazione o persone che potrebbero in qualche modo provocare l'insorgenza dei ricordi^[5,15]. L'infermiere ha paura per la propria sicurezza e per quella dei propri cari e questa preoccupazione finisce per compromettere i rapporti interpersonali e conduce a isolamento e distacco da ciò che lo circonda^[5]. L'infermiera non si sente più la

stessa, mette in discussione di riflesso tutte le certezze sulla propria vita privata ed il rapporto con il proprio partner: vi è minore senso di sicurezza e fiducia nei confronti della persona amata e protezione del rapporto coniugale, questo porta una crescente limitazione dei confini personali, fino ad una condizione di disagio e ad una perdita di interesse durante i rapporti intimi con il partner, con conseguente distacco ed in alcuni casi alla rottura della coppia, come dimostrato negli lavori di Goldblatt^[6] e Beck^[9]. Tutti questi fattori comportano una diminuzione della qualità della vita dell'infermiere^[6,8,12].

Conseguenze sulla vita professionale

L'assistere vittime di violenza può influenzare anche la vita professionale dell'infermiere, perché, come afferma Angelo^[16], un cambiamento nella qualità del lavoratore influenzerà inevitabilmente la qualità delle cure da lui prestate^[16]. Secondo lo studio condotto da Beck^[9], le reazioni emotive intense che possono influenzare la qualità delle cure, sono rappresentate da bassa tolleranza alla frustrazione, senso d'impotenza, sensazione d'isolamento e confusione, aumento delle esplosioni di rabbia, depressione, preoccupazione per le vittime o, al contrario, distacco emotivo da queste. L'infermiere che lavora con le vittime di violenza percepisce il proprio lavoro come inutile, ciò conduce inevitabilmente a sperimentare un "senso di fallimento della missione", un senso d'insuccesso, disillusione ed inefficacia professionale^[8,17-19]. Questa condizione comporta una diminuzione della soddisfazione professionale, un crescente assenteismo e di conseguenza una ridotta prestazione in ambito lavorativo^[15,20]. È stato, inoltre, riscontrato un conseguente cambiamento nell'atteggiamento professionale nei confronti della vittima, infatti, come si evince dallo studio di van der Wath^[7], l'infermiere consapevolmente e non, mette in essere strategie di difesa, nei confronti della vittima, per proteggersi dalla violenza, come adottare indifferenza, distacco emotivo, evitare di chiedere, fornire esclusivamente assistenza tecnica, o nel peggiore dei casi, adottare un atteggiamento critico nei confronti delle vittime, per paura di farsi coinvolgere dalla loro sofferenza^[7,9,21,22]. Tutti questi fattori comportano, in questo caso, una diminuzione della qualità delle cure fornite dall'infermiere^[7].

Strategie protettive per gli infermieri

Per quanto riguarda la terza tematica, sono state individuate e proposte dagli autori nei loro studi una serie di strategie, per far fronte all'impatto deleterio della violenza sulla vita personale e professionale, e creare negli infermieri, una "resistenza" nei confronti della violenza, definita resilienza vicaria^[9]. Queste strategie sono definite da Beck^[9], stra-

tegie positive, poiché producendo dei benefici sull'infermiere, sono considerate la chiave per prevenire l'insorgenza o mitigare gli effetti del trauma vicario e possono essere divise in strategie personali, professionali ed organizzative^[8].

Le strategie personali includono una buona cura di sé, un giusto equilibrio tra lavoro e famiglia e tempo adeguato per superare il dolore personale al fine di sviluppare una sorta di autoconsapevolezza dei propri limiti personali, dei propri confini emotivi e punti di forza ed essere in grado di riconoscere la necessità di aiuto nei momenti di difficoltà^[8-10,12,15,20].

Le strategie professionali includono relazioni professionali solidali e sostegno tra colleghi, momenti di debriefing professionale ed incontri con professionisti che condividono obiettivi comuni dove l'infermiere è incoraggiato a condividere le esperienze di cura, discutere apertamente le proprie problematiche ed identificare i fattori di stress. Risulta inoltre fondamentale effettuare screening, valutazione e tutoraggio dei soggetti ad alto rischio di sperimentare trauma vicario ed una formazione adeguata e continua degli infermieri, attraverso programmi educativi, che aiutino ad acquisire conoscenza e competenza sulla violenza, sulle vittime, sulle leggi di riferimento, sulla propria vulnerabilità per aiutare le vittime di violenza con imparzialità, attraverso la consapevolezza dei propri miti, stereotipi e paure^[6,7,10-12,15,16,19,21,23,24].

Le strategie organizzative, infine, prevedono da parte delle organizzazioni lo sviluppo di un clima di rispetto ed un ambiente sicuro per l'infermiere, la creazione di un team di supporto, che comprenda la figura di uno psicologo specializzato, al fine di permettere agli operatori di esprimere sentimenti, emozioni e condividere le esperienze personali e prestare assistenza al massimo delle sue potenzialità, ma soprattutto risulta fondamentale incoraggiare la formazione continua ed incentivare gli infermieri a ricevere una formazione come "infermiere forense" ovvero specializzato nell'assistenza alle vittime di violenza.^[8,12,25]

DISCUSSIONE

Dall'analisi condotta si desume che inevitabilmente, in relazione allo stretto contatto con le persone assistite, l'infermiere sperimenta su se stesso l'impatto di assistere. L'impatto, definito anche come "costo del prendersi cura" consegue in una serie di ripercussioni sul benessere fisico e psicologico dell'infermiere e sulla qualità delle cure che questo presta agli assistiti^[8]. Gli infermieri maggiormente esposti a questo fenomeno sono gli infermieri che lavorano nei contesti di emergenza e gli infermieri forensi, in quanto in questi ambiti, l'assistenza alle vittime di violenza è parte integrante del loro lavoro.

Anche se in maniera indiretta, queste situazioni creano un alto grado di coinvolgimento e fanno sì che l'infermiere diventi una vittima secondaria della violenza, in particolar modo quando l'assistenza è diretta alle vittime più giovani, ragazze e bambini abusati^[12]. L'infermiere sperimenta il suo ruolo di "protettore" nei confronti del bambino^[9,11], infatti, emerge che una delle esperienze più difficili è rappresentata dall'assistere bambini abusati dai propri genitori. Come l'assistere bambini, si evidenzia che, anche l'identificazione con le donne abusate, crea nell'infermiere un forte impatto emotivo^[6] e la violenza diventa uno specchio di ingrandimento dei propri conflitti familiari^[9]. Queste ripercussioni sono differenti in base alla resistenza dell'infermiere che le affronta, da una parte l'assistenza alle vittime può invadere i confini personali, dall'altra alcuni infermieri riescono a ottenere una adeguata separazione tra lavoro e vita privata^[6]. L'assistere vittime di violenza, come è stato evidenziato, può influenzare anche le cure che l'infermiere fornisce in quanto, consapevolmente e non, mette in essere strategie di difesa e si riscontra che anche in questo caso, da una parte ci sono infermieri che sperimentano una forte identificazione con la vittima e una minore capacità di risposta professionale, dall'altra quelli che volutamente attuano una forma di distacco emotivo, di disimpegno mentale nei confronti delle vittime; ciò porta l'infermiere a sentirsi "senza cuore" e la vittima a sentirsi umiliata ed abbandonata^[7]. L'assistenza a questa tipologia di pazienti così peculiari porta l'infermiere da una parte a sperimentare realizzazione di sé sentendo di fare del bene per la vittima e dall'altra conduce a stress emotivo, che senza il corretto riconoscimento o trattamento porta l'infermiere a sperimentare trauma vicario^[10]. L'analisi dei risultati ha dimostrato che, al contrario, gli infermieri maggiormente informati sui rischi dell'assistere persone con gravi traumi, sono riusciti a vivere una vita personale e professionale equilibrata, ad aiutare in modo efficace i pazienti ed affrontare i rischi correlati al lavoro. Di conseguenza, soprattutto nei reparti di emergenza, gli infermieri che si occupano di assistere le vittime di violenza, dovrebbero possedere una chiara comprensione del fenomeno e delle conseguenze che ne derivano anche per la propria vita, e avere

consapevolezza dell'importanza dell'autocura, poiché il primo argine all'affaticamento emotivo è costituito da azioni che possono essere attuate direttamente dai professionisti^[8,15]. I lavori analizzati, infatti, mettono in luce che è fondamentale riuscire a mantenere un buon equilibrio tra la vita dentro e fuori dall'ospedale^[8,10]. Le strategie personali, però, non sono sufficienti, è indispensabile un'attenzione al problema da parte dell'organizzazione sanitaria e di coloro che, a diversi livelli, gestiscono il personale. Infatti, dovrebbero essere implementati e incentivati, all'interno delle aziende sanitarie, programmi di formazione continua che aiutino l'infermiere a sviluppare la resilienza vicaria, inoltre si dovrebbe favorire una preparazione più approfondita attraverso protocolli e linee guida sul problema e master come quello per infermieri forensi^[15,26]. La formazione, dovrebbe essere accompagnata da un adeguato sostegno psicologico, condotto da professionisti esperti, da sostegno sociale e supervisione che aiuti a creare una rete di supporto per rinforzare soprattutto gli infermieri maggiormente a rischio^[8,20]. È necessaria una consapevolezza del problema e delle sue conseguenze anche da parte dei responsabili infermieristici e non solo, affinché si creino dei momenti d'incontro tra operatori finalizzati alla condivisione delle esperienze, ad avere sostegno tra pari e protezione da parte dei colleghi^[8,18]. Fondamentale è la capacità di creare un clima di lavoro in cui gli infermieri si sentano rispettati e sicuri, in modo tale da riuscire a sostenere l'impatto determinato dall'assistere le vittime di violenza^[8,20].

LIMITI

Tra i limiti individuabili nel presente lavoro, citiamo l'eterogeneità dei disegni di ricerca dei diversi studi, che non ha permesso una revisione sistematica ma solo una presentazione dei diversi temi emersi. Inoltre, l'assenza di lavori svolti nella realtà italiana non ha consentito di valutare se il problema sia presente e come sia affrontato nei nostri contesti.

CONCLUSIONI

Concludendo la violenza è un evento che crea disagio e distruzione nelle persone che la sperimentano e similmente negli infermieri che le assistono; risulta evidente dagli studi analizzati che se da un lato l'impatto

con situazioni di sofferenza e l'identificazione con le vittime rafforza la fiducia degli infermieri nella propria vita, dall'altro comporta per l'infermiere un costo del prendersi cura, che si ripercuote sulla propria qualità di vita e sulla qualità delle cure che questo fornisce alle vittime.^[6] Risulta quindi fondamentale che gli infermieri hanno bisogno di cura per se stessi sia personalmente che professionalmente allo scopo di riuscire a riconoscere come queste condizioni possono compromettere la loro vita quotidiana e la capacità di fornire cure adeguate per i loro pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Violence against woman 2016* [pubblicato settembre 2016; consultato settembre 2016] Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Understanding Teen Dating Violence 2016* [pubblicato 2016; consultato settembre 2016]. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-factsheet-a.pdf>
3. MINISTERO DELLA SALUTE. *OMS e la violenza di genere 2015* [pubblicato marzo 2015; consultato settembre 2016] Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_942_lista_File_itemName_0_file.pdf
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. 2013 [pubblicato 2013; consultato settembre 2016] Disponibile all'indirizzo <http://apps.who.int/rlh/guidelines/9789241548595/en/>
5. WIES JR, COY K. *Measuring violence: vicarious trauma among sexual assault nurse examiners*. J Adv Nurs 2013; 72(1):23-30
6. GOLDBLATT H. *Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences*. J Adv Nurs 2009; 65(8): 1645-1654 doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x
7. VAN DER WATH A, VAN WYK N, VAN RENSBURG EJ. *Emergency nurses' experience of caring for survivors of intimate partner violence*. J Adv Nurs 2013; 69(10):2242-2252 doi: 10.1111/jan.12099
8. BECK CT. *Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review*. Arch Psychiatr Nurs 2011; 25(1):1-10 doi: 10.1016/j.apnu.2010.05.005.
9. MCCALL M. *Advanced practice nurses' self-efficacy to treat intimate partner violence as related to professional, workplace and personal factors*. Doctoral Dissertation in Philosophy, University of Arizona 2014

COSA IL LAVORO AGGIUNGE DI NUOVO

- Gli infermieri possono divenire delle vittime indirette della violenza condotta su altre persone.
- Prendersi cura delle vittime di violenza ha ripercussioni sulla vita sia personale sia professionale dell'infermiere, comportando un possibile peggioramento della qualità dell'assistenza erogata.
- Le strategie per prevenire l'affaticamento emotivo e il possibile trauma vicario sono personali ma fondamentali sono quelle di tipo professionale ed organizzativo.

10. TABOR PD. *Vicarious traumatization: concept analysis*. J Forensic Nurs. 2011;7(4):203-8. doi: 10.1111/j.1939-3938.2011.01115.x.
11. FENG J, JEZEWSKI MA, HSU T. *The meaning of child abuse for nurses in Taiwan*. J Transcult Nurs 2005; 16(2):142-149
12. MAIER S.L. *The emotional challenges faced by Sexual assault nurse examiners: "ER nursing is stressful on a god day without rape victims"*. J Forensic Nurs. 2011 Dec;7(4):161-72. doi: 10.1111/j.1939-3938.2011.01118.x.
13. MORRISON LE, JOY JP. *Secondary traumatic stress in the emergency department*. J Adv Nurs 2016; 72(11):2894-2960 doi: 10.1111/jan.13030.
14. INOUE K, ARMITAGE S. *Nurses' understanding of domestic violence*. Contemp Nurse 2006; 21(2):311-323
15. DUFFY E, AVALOS G, DOWLING M. *Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross sectional Study*. Int Emerg Nurs. 2015;23(2):53-8. doi: 10.1016/j.ienj.2014.05.001.
16. ANGELO M, PRADO SI, CRUZ AC, ET AL. *Nurses' experience caring for child victims of domestic violence: a phenomenological analysis*. Text Context Nursing 2013; 22(2):585-592
17. CHOLIARA Z, HUTCHISON C, KARATZIA T. *Vicarious traumatization in practitioners who work with adult survivors of sexual violence and child sexual abuse: Literature review and directions for future research*. Counseling and Psychotherapy Research 2009; 9(1):47-56
18. TOWNSEND SM, CAMPBELL R. *Organizational correlates of secondary traumatic Stress and burnout among sexual assault nurse examiners*. J Forensic Nurs. 2009;5(2):97-106. doi: 10.1111/j.1939-3938.2009.01040.x.
19. CHUZ JC, MANTOVANI M, ULBRICH EM. ET AL. *Percepções da equipe de enfermagem no atendimento a vítimas de violência*. Cienc Cuid Saude 2011; 10(2):284-289
20. ADRIAENSSENS J, DE GUCHT V, MAES S. *The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey*. Int J Nurs Stud 2012; 49(11):1411-1422 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003
21. ROBINSON R. *Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence*. J Emerg Nurs 2010; 36(6):572-576 doi: 10.1016/j.jen.2009.09.008.
22. VAN WYK N, VAN DER WATH A. *Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective*. Contemp Nurse 2015; 50(1):94-103 doi: 10.1080/10376178.2015.1010254.
23. WATT MH, BOBROW EA, MAROCCO KE. *Providing support to IPV victims in the emergency department*. Violence Against Women 2008; 14(6):715-726. doi: 10.1177/1077801208317290.
24. ANDROULAKI Z, ROVITHIS M, TSIRAKOS D, ET AL. *The phenomenon of women abuse: attitudes and perceptions of health professionals working in health care centers in the prefecture of Lassithi, Crete, Greece*. Health Science Journal 2008; 2(1):33-40
25. RAUNICK CB, LINDELL DF, MORRIS DL. ET AL. *Vicarious Trauma Among Sexual Assault Nurse Examiners*. J Forensic Nurs. 2015;11(3):123-8. doi: 10.1097/JFN.0000000000000085.

Call for Abstracts & Registration



WORKING TOGETHER

ACHIEVING MORE

8th Efccna CONGRESS
Ljubljana, Slovenia 13 - 16 February 2019

www.efccna.org

Key Dates 2018

- March 26**
Abstract submission & online registration open
- August 31**
Abstract submission deadline
- November 15**
Early bird registration deadline

For more information see



efccna.org/congress



@EfccnaCongress



@EfccnaCongress

Connect with #efccna2019