

CARATTERISTICHE PSICOLOGICHE DI ESPERIENZE ANOMALE/PARANORMALI NELLE INFERMIERE IN AMBIENTE OSPEDALIERO

di Alejandro Parra e Paola Gimenez-Amarilla

Riepilogo

Lo scopo di questo studio è quello di valutare il tipo e la frequenza di esperienze percettive insolite in ambito ospedaliero, nonché il loro rapporto con lo stress lavorativo e confrontare tali esperienze nelle infermiere che hanno avuto queste esperienze. È stato analizzato un campione di 39 infermiere con tali esperienze e un gruppo di controllo di 61 infermiere (senza esperienza alcuna). Le infermiere sono state sottoposte a quattro tipi di indagine: interviste di esperienze paranormali nelle infermiere e operatori sanitari, Maslach Burnout Inventory, questionario delle esperienze allucinatorie e Tellegen Absorption Scale. Le infermiere che hanno riferito di tali esperienze non tendono a sperimentare un maggiore stress lavorativo rispetto ad un gruppo di controllo contro l'ipotesi principale, tuttavia hanno mostrato esperienze percettive più spesso anomale associate con la capacità di coinvolgimento psicologico, che è stato il principale fattore predittivo tra infermiere con esperienza e gruppo di controllo [$\beta = 0,33$, $p = 0,005$; $R^2 = 0,12$] combinando stress da lavoro e propensione all'allucinazione.

Abstract

The goal of this study is an evaluation of the type and frequency of unusual perceptive experience in Hospital, and their connection with work-related stress, by considering, as a study object, the nurses who came across them. To accomplish this test, two groups were considered: a group of 39 nurses, already came across these experiences, and a control group of 61 nurses, with no past unusual

perceptive experience. The nurses were tested in four different ways: interviews about paranormal experiences (with nurses and healthcare professionals), Maslach Burnout Inventory, a survey about hallucinatory experiences and Tellegen Absorption Scale. The nurses who referred about unusual experiences were not inclined to an increased working stress, at least if compared to the control group. However, they have often shown anomalous perceptive experiences, connected with a Psychological Involvement. This last factor was crucial to discriminate between nurses with such experiences and the control group [$\beta = 0,33$, $p = 0,005$; $R^2 = 0,12$], combining working stress and propensity to hallucination.

INTRODUZIONE

Esiste un gran numero di esperienze anomale (o paranormali) delle infermiere dei centri di salute, ospedali e cliniche, case di cura, residenze per anziani, reparti pediatrici ed anche delle ambulanze. Sebbene siano riportate un gran numero di esperienze percettive insolite riferite da medici, infermiere, personale di pulizia, polizia e sorveglianza, spesso queste esperienze provengono da tre fonti:

- 1) le infermiere come testimoni,
- 2) pazienti ospedalizzati che confessano le loro esperienze al personale di infermeria,
- 3) infermiere che riconoscono le testimonianze dei loro colleghi come affidabili (ma che non hanno avuto tali esperienze da sole).

Tuttavia, è stato fatto pochissimo sforzo per quantificare o organizzare i racconti di questi eventi in modo rigoroso e dettagliato dalle infermiere e dai medici.

Esperienze paranormali, come ad esempio le visioni di persone in agonia o in punto di morte, esperienze di pre-morte (o esperienze fuori dal corpo), o pazienti che recuperano in forma improvvisa e completa dalla malattia dopo un intervento di natura religiosa, sono eventi di cui molte infermiere sono state testimoni.

Altre volte sono le stesse infermiere che hanno avuto le proprie esperienze in un ambiente ospedaliero, come le apparizioni, le coincidenze significative, vedere i campi di energia, luci o scariche elettriche, o osservare un comportamento anomalo di animali (gatti, uccelli, ecc), osservare il malfunzionamento di apparecchiature o di strumenti medici, individuare intuitivamente la malattia di un paziente o quando morirà, o esperienze in trattamenti particolari, come ad esempio i reparti di terapia intensiva, neonatologia , servizi pediatrici o neuropsichiatrici.

Brayne e Fenwick hanno esaminato vari tipi di esperienze anomale di infermiere, per esempio, le visioni dei malati terminali, di parenti defunti che vengono a cercare il paziente, o sogni con significato esistenziale profondo che coinvolgono parenti deceduti o animali domestici che aiutano il paziente a morire e la possibilità di viaggiare da e verso altre realtà prima di morire come un modo per prepararsi all'esito fatale.

Altri descrivono di aver visto una luce o luci, cambiamenti di temperatura, orologi che si fermano in sincronia con la morte di un paziente; vapori, nebbie e forme attorno al corpo di un malato terminale; uccelli o animali che appaiono e poi scompaiono (ad es. gatti, insetti, piccioni). Altre esperienze specifiche si verificano con particolare enfasi su alcuni pazienti terminali, ad esempio, la necessità di riconciliarsi con la vita che permette di svegliarsi dal coma e fa sì che ci sia un'immediata temporanea lucidità per congedarsi dai propri cari.

Tuttavia, queste esperienze vengono solitamente diagnosticate in pazienti colpiti da confusione, demenza o allucinazioni indotte da droghe. Ad esempio, le visioni di alcuni pazienti terminali appaiono ampiamente descritte nella letteratura e in biografie di tutte le epoche e in molte culture, per esempio, il Bardo Todol del Tibet, nei papiri

egizi Pert Em Hru e nelle illustrazioni di Ars Morendi (L'arte del morire) nell'Europa medievale. Tradizionalmente, queste esperienze e visioni in pazienti terminali descrivono il percorso spirituale dell'anima dopo la morte verso l'aldilà. Ci sono racconti associati a coincidenze sul momento della morte che si assomigliano ad un parente o ad un amico intimo, ma che non sono presenti al momento della morte e hanno bisogno di risolvere questioni in sospeso, come riconciliarsi con familiari lontani.

La morte di un paziente e il dolore dei familiari fanno parte dell'esperienza nella pratica infermieristica. In letteratura si può riscontrare che molte persone che avevano assistito o sperimentato questi fenomeni al termine della loro vita si sono sentite a disagio a parlarne con il proprio medico, e che qualcosa che era particolarmente significativo è stato a volte percepito come insignificante, sminuito o di poco valore. Esperienze in pazienti terminali in cui la persona racconta le esperienze di vedere coloro che sono morti prima di loro sono eventi abbastanza frequenti.

Fenomeni che si verificano al momento della morte, ad esempio orologi che si fermano o osservano lo strano comportamento di animali, luci e attrezzature che si accendono o si spengono. Il significato finale sembra avere qualità sostanziali, basate sul qui ed ora e guidate da sogni che aiutano la persona a elaborare questioni irrisolte in modo che possano morire in pace o chiedere perdono o riconciliarsi con familiari lontani. È curioso che a volte un paziente riesca ad aggrapparsi alla vita fino a quando un parente in particolare arrivi per congedarsi ed il paziente muoia poco dopo, o un paziente in uno stato di semi-coscienza o confusionale possa avere un breve momento di lucidità che gli permetta di congedarsi.

Tuttavia, alcuni studi focalizzano l'effetto dello stress sull'aspetto di esperienze percettive anomale.

Romme ed Escher riportano che in circa il 70% dei casi, l'insorgenza di allucinazioni è stata preceduta da qualche tipo di esperienza stressante o traumatica e nella maggior parte dei casi è stato riscontrato che le allucinazioni erano più gravi durante i periodi di stress. È possibile che le allucinazioni si verificano, in generale, come reazione allo stress: ad esempio, quasi il 70% delle persone che attraversano una situazione di dolore soffre di allucinazioni o illusioni del defunto in alcuni pazienti. Di conseguenza, il possibile verificarsi di esperienze allucinatorie nel contesto di estreme pressioni, ad esempio in situazioni limite legate al posto di lavoro, situazioni di emergenza e insieme a meccanismi di difesa sviluppati per affrontare la sofferenza di altri: pertanto un ambiente stressante può innescare esperienze anomale, come un modo per proteggersi da situazioni avverse.

Queste situazioni di estrema pressione che derivano, nella maggior parte dei casi, dallo stress, coincidono con il contesto sanitario degli operatori sanitari: come affrontare il dolore, la malattia, la morte, le situazioni di emergenza vitale, le richieste e le pressioni sul lavoro, specialmente nei servizi pubblici, quando c'è una discrepanza tra le esigenze dell'ambiente e le risorse del professionista.

Un'altra variabile spesso implicata in queste esperienze è la capacità di coinvolgimento, che consente all'individuo di impegnarsi in una varietà di esperienze immaginarie, per le quali ha una maggiore sensibilità percettiva come un modo per affrontare lo stress, e si impegna in esperienze sensoriali e immaginative. Le persone con un'alta capacità di coinvolgimento hanno una vivida immaginazione e si impegnano in esperienze sensoriali e immaginative al punto di perdere il senso di sé; possiedono una grande facilità ad entrare in stati caratterizzati da una marcata ristrutturazione cognitiva e apertura a sperimentare alterazioni emotive e cognitive in varie situazioni.

Parra e Argibay hanno scoperto che gli individui che presentano queste esperienze non soffrono di alcun disturbo mentale, ma piuttosto di un maggiore grado di coinvolgimento psicologico. Combinato con lo stress da lavoro e il coinvolgimento come strategia di coping, si possono scatenare alcune esperienze insolite, che sono strane e talvolta spaventose.

Il coinvolgimento si può suddividere in sei modi: sensibilità, cioè persone particolarmente sensibili, capacità di percezione sinestesica in cui le immagini sensoriali di una modalità, come la visione, sono trasferite ad un'altra modalità, come il gusto o udito; espansione della cognizione, capacità di percezione sensibile che offre una conoscenza intuitiva della realtà, una forma di comprensione o "intuizione intellettuale" in grado di conoscere l'essenza delle cose e le loro varie forme attraverso concetti o conoscenze che non segue un percorso razionale per la sua costruzione e formulazione; dissociazione, rottura delle funzioni della coscienza che sono normalmente integrate nella memoria, identità e percezione dell'ambiente, un modo speciale di mantenere eventi collegati alla coscienza che altrimenti sarebbero divisi tra loro; ricordi vividi, intensità e vividezza nell'evocazione di un ricordo che ha grande forza e chiarezza, come se fosse davanti agli occhi o stesse accadendo in quel momento; espansione della coscienza, una condizione significativamente diversa dallo stato di allerta vigile, cioè diversa dallo stato di veglia.

È stato anche scoperto che le persone con un alto livello di coinvolgimento hanno maggiori probabilità di soffrire queste esperienze, poiché possono provare ad averle intenzionalmente o avere una maggiore predisposizione per esplorare aspetti fenomenologici che altri soggetti non possono esplorare.

Questi eventi generano la paura del ridicolo, il pregiudizio della follia mentale, in conseguenza della quale producono un grande silenzio o una discrezione. Brayne *et al.* confermano che il personale infermieristico, sottoposto a situazioni di stress da lavoro, pressioni da pazienti, medici, orari di lavoro particolarmente impegnativi, il legame con la malattia e la morte, possono sperimentare una serie di esperienze insolite.

METODO

Lo studio è di tipo descrittivo, comparativo e correlazionale di carattere quantitativo, con impronta trasversale e tempo di insorgenza prospettica. È stata applicata una tecnica di campionamento non probabilistica. Il criterio di inclusione/esclusione era che le infermiere intervistate avessero almeno due anni di degenza in ospedale, e nello stesso turno, ci fossero infermieri di entrambi i sessi. È stato richiesto di stilare un consenso informato che garantisse l'anonimato delle risposte ed il permesso esplicito dell'Ospedale.

Il campione consisteva di 100 infermieri che erano divisi in due gruppi, infermieri con esperienza (ECE) e un gruppo di controllo (infermieri senza esperienza).

Il gruppo ECE era composto da 39 professionisti di entrambi i sessi, 11 (18%) maschi e 50 (82%) femmine, tra i 22 ei 64 anni (Media = 40,10, DS = 11,31), 24 (39 %) di essi operano nel turno serale e 32 (53%) operano nel turno notturno (solo 5 operano in entrambi i turni, il 9%). Quasi la metà di essi lavora in sala (52,5%), al secondo posto in pronto soccorso (20%) e altri in Terapia Intensiva (13,1%) e Neonatologia (13,8%).

Il gruppo di controllo (senza esperienze) era composto da 61 professionisti di entrambi i sessi, 7 (18%) maschi e 32 (82%) femmine, tra 24 e 59 anni (Media = 39,6, DS = 11,31) 21 (54%)

operano nel turno pomeridiano e 17 (43%) operano nel turno notturno (solo uno opera su entrambi i turni, il 3%). Quasi la metà di essi lavora in sala (49%), in secondo luogo in pronto soccorso (28%) e altri in terapia intensiva (10%) e Neonatologia (12%). Tutti i professionisti hanno avuto una media di 6 anni di anzianità nelle loro prestazioni come infermiere (Rank = 1 a 20 anni, SD = 5,60).

Rilevazione di esperienze anomale in ambito ospedaliero.

Originariamente deriva da un format di intervista approfondito di cinque domande a risposta libera, che è formulato da medici e infermiere all'interno di un ambiente ospedaliero, ispirato a studi precedenti. L'intervista approfondita è stata ispirata dagli studi di Osis e Haraldsson e, più recentemente, da Fenwick et al. che ha raccolto una serie di esperienze anomale in contesti ospedalieri, spesso riportate da medici e infermiere, come sensazione di presenze, funzionamento anomalo di apparecchiature o strumenti medici in un determinato paziente, intuitivamente "conoscendo" la malattia di un paziente, luci o luminescenza fluttuante, movimenti inspiegabili di oggetti, esperienze sul letto di morte di un paziente e altri eventi anomali in terapia intensiva.

Il formato strutturato dell'intervista contiene 13 elementi di risposta dicotomica (SI/NO) di progettazione esplorativa e include in ciascuno uno spazio per espandere la risposta dell'intervistato e consente di raccogliere informazioni sul tipo di esperienza e svolgere analisi dividendo coloro che hanno avuto qualche esperienza da quelli che non l'hanno avuta (es. "Nel mio ospedale sono stato testimone di eventi oltre la mia comprensione: per esempio, sentire rumori strani, voci o dialoghi, pianti o lamenti; ma quando sono andato a controllare la fonte di tali suoni, non ho trovato nulla. "

Maslach Burnout Inventory (MBI).

È un questionario di 22 quesiti, in cui il soggetto viene presentato con una serie di affermazioni su sentimenti e pensieri in relazione alla loro interazione con il lavoro. Sono misurati in una scala Likert che misura la frequenza e l'intensità di ciascuna delle situazioni descritte nei punti. Ha sette possibili risposte, da (0) a mai (6) giornalmente. Comprende tre sotto scale o fattori riferiti alle dimensioni che compongono la sindrome, che sono:

Emotional Exhaustion (EE) che si riferisce alla diminuzione o alla perdita di risorse emotive o descrive l'essere saturi ed emotivamente stanchi a causa del lavoro;

Depersonalizzazione (D) descrive una risposta fredda e impersonale e la mancanza di sentimenti e insensibilità verso i soggetti oggetto di attenzione; la realizzazione sul posto di lavoro (PA), che descrive i sentimenti di competenza ed efficacia sul lavoro e la tendenza a valutare se stessi sulle competenze lavorative e professionali in modo negativo. La scala ha un'elevata affidabilità e test-re-test (Cronbach's alpha = 0.92).

Questionario per esperienze allucinatorie. Inizialmente ispirato questionari creati da Barrett e Launay e Slade misura la propensione allucinatoria nei sei sensi: uditivo, visivo, gustativo, tattile, olfattivo, Hypnogenic / ipnopompico, identificati nel 38 reattivo con un Scala Likert, in una frequenza che va da mai (0) a molto frequentemente (4). Le istruzioni nel questionario avvertono che queste esperienze si verificano nella mente, ma hanno tutta l'intensità di un'esperienza reale. Ad esempio, "Di notte sento dei passi, sento respirare, inciampare, graffiare, girare i chiavistelli delle porte, le porte che si aprono o si chiudono, le finestre che sono forzate; ma quando mi alzo a guardare, non riesco a vedere nessuno. La scala ha un'elevata affidabilità sul test-re-test (Cronbach's alpha = .93) .

Tellegen Absorption Scale (TAS). È composta da 34 item, a risposta dicotomica vero / falso che misura la frequenza con cui una persona si impegna in attività che richiedono attenzione e concentrazione. Questa scala non solo ha mostrato correlazioni significative con suggestionabilità ipnotica in numerosi studi, ma ha anche, inoltre, introdotto il costrutto di assorbimento e fornisce una teoria esplicita sul rapporto tra l'assorbimento e l'ipnosi, per esempio, "quando sento la musica d'organo o altra musica a volte mi sento come se mi stessi sollevando in aria ". La scala ha alta affidabilità e test-re-test (Alfa di Cronbach = .91).

La batteria di test auto-somministrati è stata consegnata a ogni infermiere *brevi manu*, durante la giornata lavorativa all'interno dell'istituzione e dopo ogni serie di test è stata ritirata personalmente. Sono invitati a partecipare volontariamente e in modo anonimo per completare i test.

Ogni infermiere ha ricevuto una vaga informazione sull'oggetto di studio ed una breve istruzione è stata data per completarli. L'ordine di somministrazione dei test è stato controbilanciato. I dati sono stati trattati con riservatezza e anonimato. I questionari che erano incompleti o errati sono stati esclusi dal campione.

ANALISI

I dati sono stati caricati nel software SPSS 20. È stata condotta un'ipotesi sulla normalità delle variabili studiate mediante un'analisi di Shapiro-Wilks. I valori ottenuti mostrano che una distribuzione normalizzata può essere assunta per i punteggi dei tre strumenti. Abbiamo scelto di applicare le statistiche non parametriche, e valutare il livello di significatività a una coda da un U-Mann-Whitney per confrontare i gruppi e di correlare Spearman Rho.

L'obiettivo di questo studio è determinare il grado di insorgenza di alcuni tipi di esperienze percettive inusuali nelle strutture ospedaliere e il loro rapporto con lo stress da lavoro e coinvolgimento psicologico. Più in particolare, di valutare la frequenza di certe esperienze percettive insolite in ambito ospedaliero, il livello di impatto psicologico delle persone in queste percezioni, confrontare gli infermieri con esperienza e senza esperienza nel loro grado di stress da lavoro.

Noi ipotizziamo che:

(H1) gli infermieri che hanno riferito queste esperienze tendano a sperimentare un maggiore stress del lavoro;

(H2) gli infermieri che hanno riferito queste esperienze tendono a segnalare un maggiore coinvolgimento psicologico e

(H3) infermieri che hanno queste esperienze tendono a segnalare in grado superiore la propensione ad avere allucinazioni (non patologiche);

(H4) e infermieri che segnalano una combinazione di esperienze percettive e psicologiche e un alto coinvolgimento tendono ad un punteggio superiore di stress lavoro rispetto a quelli che non riportano tali esperienze.

RISULTATI

Tabella 1: Frequenza e percentuale di infermieri che riferiscono esperienze anomale

Esperienze anomale nelle infermiere %

- Sensazione di "presenza", aspetto, luci o luminescenza, o movimenti inspiegabili di oggetti. 30, %
- Ho sentito o conosciuto persone affidabili per me che hanno

- riportato esperienze solo in campo medico. 24%
- Near-Death Experience (NDE) 19%
- Intervento religioso: alcuni pazienti si sono ripresi rapidamente e completamente dalle malattie. 18%
- Ascolta strani rumori, voci o dialoghi, pianti o lamenti. 17%
- Esperienze anomale in relazione ai bambini. 15%
- "Conoscere" intuitivamente la malattia di un paziente appena visto. 14%
- Esperienza extracorporea 13%
- Esperienza anomala fuori dall'ospedale. 7%
- Osservare il funzionamento anomalo di apparecchiature o strumenti medici in un determinato paziente. 6%
- Esperienza "mistica" o "connessione" con un paziente. 6%
- Vedi campi di energia, luci o "scosse elettriche". 4%
- Esperienza extra-sensoriale con i pazienti. 2%

Esperienze anomale più comunemente riportate sono: la sensazione di presenze (30%), di pre-morte (19%) hanno recuperato rapidamente attraverso un intervento religioso (18%), aver udito rumori strani, voci o dialoghi, pianti o lamenti (17%), esperienze anomale con bambini (15%), intuitivamente sapendo della malattia (14%) ed esperienze extracorporee (13%). Il 24% ha appreso solo di queste esperienze da terzi, ma non le ha fatte da solo (vedi Tabella 1).

Tabella 2: Confronto tra infermiere con esperienze e gruppo di controllo

	ECE (n = 61)	Controllo (n = 39)	Variabili	Media	DS	Media	DS	z	* P
Esaurimento emotivo	16.26	8.97	16.05	5.97	0.85	3942.			
Depersonalizzazione	4.54	4.55	5.31	5.98	0.40	689.			
Basso risultato personale	32.57	6.99	33.13	6.62	0.18	851.			
Totale	58.49	12.57	59.28	13.51	0.11	907.			
1. Sensibilità	4.20	2.11	2.72	2.07	3.23	001.			

2. Sinestesia 3.70, 1.52, 2.54, 1.68, 3.48, <.001.
 3. Espansione della cognizione 3.21, 1.83, 2.36, 1.98, 2.29, 022.
 4. Dimenticanze-Dissociazioni 2.38, 1.47, 1.67, 1.47, 2.28, 022.
 5. Ricordi vividi 2.02, 1.28, 1.21, 1.23, 3.05, 002.
 6. Espansione della coscienza 1.84, 1.17, 1.13, 1.12, 2.99, 003.
- Allucinazione (**totali**) 17.34, 7.51, 11.62, 7.97, 3.61, <0,001.

1. Uditivi 4.20, 5.30, 2.74, 5.60, 3.30, 001.
2. Visivi 1.97, 2.62, 1.13, 2.21, 2.71, 007.
3. Gustativi 1.90, 2.22, 1.18, 2.21, 2.29, 022.
4. Tattili 1.93, 2,40, 0.90, 2.06, 3.60, <0,001.
5. Olfattivo 2.13 2.61 1.15 2.60 2.75, 006
6. Hypnagogic / Hypnopromic (HG / HP) 2.41, 3.33, 1.33, 2.95, 2.65, 008

Allucinazione (**totali**) 12.13, 12.22, 7.10, 12.81, 3.59, <.001

* Sono state utilizzate statistiche non parametriche (U-Mann-Whittney).

È stato fatto un confronto tra infermieri con esperienze (n = 61) e un gruppo di controllo senza esperienze (n = 39) nello stress da lavoro, coinvolgimento psicologico e propensione all'allucinazione.

L'H1 era che gli infermieri che hanno riferito queste esperienze tendono a sperimentare una maggiore stress lavoro-correlato, che non è stato confermato come H4: Gli infermieri che hanno segnalato una combinazione di esperienze percettive e coinvolgimento psicologico (alto grado), tendono a segnare un più alto grado di stress lavorativo rispetto a quelli che non riportano tali esperienze.

L'H2 era che gli infermieri che riportano tali esperienze tendono ad

un punteggio più alto sul coinvolgimento psicologico, che è stato confermato: Gli infermieri che hanno esperienze anomale tendono ad avere capacità di coinvolgimento maggiore (PDIF <0,001) ed uno ha ottenuto più alto nelle 6 sottoscale di coinvolgimento.

L'H3 era che gli infermieri che riportano tali esperienze tendono ad un punteggio alto per predisposizioni allucinatorie, che è stato confermato: Gli infermieri che hanno esperienze anomale tendono ad avere una maggiore propensione ad allucinazioni (PDIF <0,001) e sono nella scala più alta tra quelle delle allucinazioni (vedere la Tabella 2).

Tabella 3: Correlazione tra stress da lavoro e coinvolgimento psicologico in ECE (n = 39) e gruppo di controllo (n = 61)
coinvolgimento (Controllo) (ECE)

1. Esaurimento emotivo 128, 284 *, 220, 013
 2. Depersonalizzazione 269 *, 143, 049, 137
 3. Basso risultato personale 107, 047, 259, 360
- Totali** 084, 221 *, 306, 044

Una correlazione è stata fatta tra lo stress da lavoro ed il coinvolgimento psicologico negli infermieri con esperienza e un gruppo di controllo (senza esperienze) separatamente. Nessun risultato statisticamente significativo è stato trovato, tranne marginalmente tra coinvolgimento e stress da lavoro ($r_s = .22$, $p = .044$). È stato inoltre riscontrato che il coinvolgimento era correlato con l'esaurimento emozionale (vedere la Tabella 3)

Tabella 4: Correlazione tra stress da lavoro e propensione all'allucinazione in ECE e gruppo di controllo
Esperienze allucinatorie (Modalità sensoriale)

Totali (Controllo n = 39). Totale (ECE n = 61)

1. Uditive	250, 041, 062, 377
2. Visivo	142, 172, 194, 093
3. Gustativo	187, 174, 127, 090
4. Tattile	406 **, 152, 005, 121
5. Olfattivo	043, 012, 398, 463
6. HG/HP	218, 054, 091, 340
Allucinazione (totali)	135, 120, 207, 179

Una correlazione è stata fatta tra lo stress da lavoro e coinvolgimento psicologico negli infermieri con esperienza e un gruppo di controllo (senza esperienze) separatamente. Non sono stati trovati risultati statisticamente significativi (vedi Tabella 4).

Tabella 5: Correlazione tra coinvolgimento psicologico e propensione ad allucinazioni in ECE e gruppo di controllo
Coinvolgimento (Controllo n = 39). Coinvolgimento (ECE n = 61)

1. Uditivo	522 **, 400 **, < 001, 001
2. Visivo	375 **, 217, 009, 046
3. Gustativo	337 *, 267 *, 018, 019
4. Tattile	255, 447 **, 058 <, 001
5. Olfattivo	323 *, 323 **, 022, 006
6. HG / HP	388 **, 344 **, 007, 003
Allucinazione (totali)	439 **, 436 **, 003 <, 001

Una correlazione è stata fatta tra la propensione allucinatoria ed il coinvolgimento psicologico negli infermieri con esperienza e un gruppo di controllo (senza esperienze) separatamente. Sono state trovate correlazioni significative, sia per il gruppo di controllo che per il gruppo di infermieri con esperienza, sebbene quest'ultimo abbia mostrato un p più significativo ($p < 0,001$) (vedi Tabella 5).

Tabella 6: Confronto tra infermieri in entrambi i turni (pomeriggio e notte)

Turno pomeridiano (n = 45)

Turno notturno (n = 49)

Variabili Media DS Media DS z * p

1. Esaurimento emotivo	17.80, 10.31, 14.41, 10.34, 0.85, 394
2. Depersonalizzazione	4.73, 4.59, 4.24, 5.17, 0.40, 689
3. Basso successo personale	33.20, 6.70, 32.24, 7.19, 0.18, 851
Totale	60.87, 14.50 55.84, 10.90, 0.11, 907
Assorbimento	14.49, 8.64, 15.47, 8.14, 3.61, <.001
Allucinazioni	9.76, 14.34, 10.31, 11.37, 3.59, <.001

* Sono state utilizzate statistiche non parametriche (U-Mann-Whittney)

Infine, è stata fatta una correlazione tra la propensione ad allucinazioni e coinvolgimento psicologico negli infermieri del turno di notte e pomeridiano. Differenze significative sono state riscontrate per il turno notturno in Assorbimento (TN medio = 15,47 rispetto a TT medio = 14,49, pdif <0,001) e propensione all'allucinazione (TN medio = 20,31 vs TT medio = 9.76, pdif <0,001) (vedi Tabella 6).

Come analisi finale *post hoc*, è stata utilizzata un'analisi di regressione logistica binaria (metodo di Wald) per valutare chi fosse più predittivo tra gli infermieri con esperienza e senza esperienza di coinvolgimento, stress da lavoro e propensione alle allucinazioni. Per il campione di 100 casi, i risultati del modello migliore hanno rilevato che con l'assorbimento le predizioni erano meglio in individui con esperienze [$\beta = 0,33$, $df = 3$, $p = 0,005$; $R^2 = 0,12$] rispetto agli infermieri del gruppo senza esperienza. Questo suggerisce che il coinvolgimento è inferiore alla differenza tra i due gruppi.

CONCLUSIONI

La caratteristica delle insolite esperienze sofferte dallo staff infermieristico, in questo studio è simile a quella degli studi precedenti, all'interno del contesto ospedaliero, come le apparizioni, vedere le luci, sentire strani rumori, osservare il funzionamento anomalo di una squadra medica, conoscendo intuitivamente la malattia di un paziente. Le esperienze dei pazienti, ad esempio, le apparizioni o visioni, che di solito coinvolgono parenti morti che vengono per aiutarli nel processo della morte, servono come consolazione nel momento precedente il decesso.

Sebbene lo stress legato al lavoro possa scatenare alcune esperienze insolite, questo studio non ha confermato questa relazione. Altre infermiere descrivono di aver visto luci, ombre, cambiamenti improvvisi della temperatura dell'ambiente, oggetti che cadono, si muovono, animali che appaiono - o sono osservati fermi, davanti o accanto a un paziente che sta per morire.

Un'altra coincidenza con studi precedenti è che sono stati trovate infermiere che non hanno avuto esperienze in prima persona ma che hanno sentito o conosciuto persone affidabili da pazienti o colleghi che hanno riportato tali esperienze. Lo staff infermieristico è il primo personale sanitario con cui i pazienti entrano in contatto e la risorsa principale di quei pazienti con esigenze mediche e psicosociali per trasmettere bisogni, preoccupazioni e persino paure.

Queste funzioni assunte dagli infermieri possono spiegare perché i pazienti preferiscono rivelare le loro esperienze anomale come esperienze di pre-morte o esperienze fuori dal corpo, tra le altre, alle infermiere prima di altro personale sanitario. Pertanto, le infermiere dovrebbero essere informate in dettaglio e su come rispondere ai pazienti che hanno tali esperienze. L'infermiera può diventare ricettiva ai racconti di queste esperienze o osservatrice di questi

eventi. Queste esperienze non sono rare o sorprendenti per gli infermieri delle cure palliative: tuttavia, gli infermieri professionali si sentono a disagio nel trattare queste esperienze o questioni spirituali. In relazione alla sofferenza di queste esperienze, esse non sono correlate ai disturbi mentali ma sono come un normale processo mentale e hanno un più alto grado di coinvolgimento.

Lo stato di coinvolgimento psicologico si associa ad un basso livello di valutazione della realtà e si riscontra nelle esperienze sensoriali, forse per il fatto che possiedono una fervida immaginazione.

A sua volta, la valutazione della realtà di questi professionisti può essere influenzata dal ruolo della cultura e della religione, in relazione al contenuto delle esperienze. Ciò implicherebbe che le infermiere che credono nella vita dopo la morte o nell'esistenza degli spiriti, conferiscano a queste esperienze come fatti reali all'interno dell'ambito ospedaliero.

Osis e Haraldsson concludono nella loro ricerca che le credenze e la religione sono un dato rilevante per l'origine delle stesse, perché solo le persone che credono nella vita dopo la morte hanno questo tipo di visioni, e evidenzia, altresì, come la malattia, l'incertezza e l'aspettativa di fronte alla morte possano influire nell'apparizione di queste esperienze, sia nei pazienti, sia nel personale infermieristico. In relazione ai pazienti queste esperienze danno conforto spirituale di fronte alla morte e facilitano la transizione verso la stessa. Invece, l'infermiera del paziente può avvertire una perdita quando il paziente muore se non ha adeguati meccanismi di strategia d'adattamento e la morte di persone vicine ad esso sono associate frequentemente ad allucinazioni e illusione dopo morte.

Queste esperienze inusuali contengono un profondo significato personale da parte delle persone che le sperimentano e facilitano il processo del lutto per la perdita del paziente: questi problemi furono

segnalati da alcuni infermieri in questo studio, come se avvertissero la sensazione della presenza dei loro pazienti con i quali erano riusciti a mantener un certo affetto a causa della prolungata degenza. La domanda che riguarda il contesto di malattia e morte che circonda il personale infermieristico e di come questo personale tratta la questione potrebbe essere che le esperienze inusuali deriverebbero dalla carica emotiva derivante dal contesto o da una forma di lotta con la morte del paziente e come compensare la perdita che sentono di fronte a questo. Questo tipo di esperienze sarebbero rafforzate per produrre un certo sollievo di fronte a determinate esperienze avverse. A suo volta il lavoro nel turno notturno è il più inquietante di tutti per quanto riguarda l'adeguamento psicologico, al sogno e allo star bene, può provocare sonnolenza ed indurre al sogno, diminuire l'attenzione, la valutazione della realtà e la perdita della percezione del tempo e derivare da stati ipnagogici (quando la persona si addormenta) ed ipnopompici (quando la persona si sta svegliando dal sonno) nelle quali l'individuo può sperimentare brevi però vivide visioni o sensazioni in varie modalità sensoriali, nelle quali le credenze personali, le aspettative del conoscere ed il contesto nelle quali si sviluppano questi stati HG/HP sono determinati e contribuiscono all'interpretazione del contenuto di queste sensazioni ed esperienze.

Questi problemi possono essere la ragione per la quale gli infermieri che riportano esperienze in questa ricerca tendono a segnalare la propensione alle allucinazioni, con un valore significativo per il personale infermieristico del turno di notte. Va notato che la propensione alle allucinazioni include in una delle sue sotto scale la misurazione degli stati HG/HP.

DISCUSSIONE

Molti fattori possono predisporre a queste esperienze inusuali o

anomale. In questo studio è stata confermata un'importante correlazione tra queste esperienze con alcuni processi cognitivi come il coinvolgimento psicologico che sembra essere un buon predittore di queste esperienze inusuali, che coincide con studi precedenti effettuati in una popolazione non clinica.

Queste esperienze sono considerate dalle persone che le subiscono in relazione a disturbi mentali, per questo motivo sono refrattarie a commentare questo tipo di esperienze a causa del pregiudizio sociale che ne deriva: questo si verifica nuovamente in questa indagine, cosa che ha notevolmente ostacolato il suo studio.

In studi precedenti si evidenzia come la gente muore quotidianamente negli ospedali, però sfortunatamente le infermiere non hanno né il tempo, né la capacità per affrontare adeguatamente questo aspetto così importante come il processo della morte e del lutto: si evidenzia la mancanza di formazione ed educazione in relazione a questo tema e si salva l'importanza della conoscenza e dell'approccio di questi fenomeni dalla frequenza degli stessi nel processo di morte.

In questo studio si manifesta anche la preoccupazione da parte degli infermieri professionali in relazione all'inadeguatezza nell'affrontare questi temi quando si presentano e che, come professionisti e pazienti, condividono: sottolineano che il dialogo su questi temi potrebbe, a sua volta, contribuire a depatologizzare questo problema associato ai disturbi mentali.

INDAGINE SULLE ESPERIENZE IN AMBITO OSPEDALIERO

Le seguenti domande si riferiscono a diversi tipi di esperienze, che alcuni medici e infermieri riferiscono nei centri sanitari, nei servizi di terapia intensiva o in altri contesti medici (ospedali, cliniche, ecc.). Se sei un operatore sanitario e se riconosci di averlo provato, leggi ogni domanda e rispondi selezionando SÌ o NO.

Se la tua risposta è "SÌ", implementa la risposta sulla pagina vuota alla fine del questionario, inserendo il numero della domanda che desideri spiegare e quindi descrivi l'evento con maggiori dettagli. Se invece di scrivere, sei disposto a descrivere la tua storia verbalmente e dai il tuo consenso affinché la tua testimonianza venga registrata in audio, ti preghiamo di informare l'intervistatore della situazione che pianificherà con te il momento giusto in base alla tua disponibilità e organizzerà un incontro.

Le risposte saranno **STRETTAMENTE CONFIDENZIALI** e verranno archiviate in un database **NON ACCESSIBILE A PERSONA NON AUTORIZZATA**. Non ci sono risposte buone o cattive: tutte servono. Non ci sono anche domande che hanno un doppio senso.

ATTENZIONE:

Ci aspettiamo una testimonianza di prima o seconda mano, ma non verranno accettate storie di origine incerta (es. "Si dice che ..." o "Molte persone hanno parlato di ...", oppure "Mia nonna che è morta mi ha già detto che un amico di sua zia ... ", ecc.), o di altre persone non individuabili.

1. I pazienti ammessi nel mio centro di salute hanno descritto di aver avuto un'esperienza di premorte (o simile) durante l'internamento clinico o durante il loro intervento (es. Chirurgico), la cui narrazione contiene dettagli che vanno oltre la mia comprensione come infermiere.

2. I pazienti nel mio ospedale durante il loro periodo di ospedalizzazione hanno descritto di aver avuto un'esperienza extracorporea, la cui narrazione contiene dettagli o caratteristiche che vanno oltre la mia comprensione come infermiere.

3. All'interno dell'ospedale, sono stato testimone di eventi che vanno oltre la mia comprensione, ad esempio, una sensazione di "presenza", un'apparizione, luci o luminescenza fluttuanti o movimenti inspiegabili di oggetti.
4. Nel mio ospedale ho assistito a eventi che sfuggono alla mia comprensione (ad esempio: strani rumori, voci o dialoghi, piangere o gemere), ma quando sono andato a controllare la fonte di tali suoni non ho trovato nulla.
5. Nel mio ospedale ho avuto l'esperienza di vedere in giro campi di energia, luci o "scariche elettriche" che uscissero da un paziente.
6. I pazienti ammessi al centro di salute affermano di aver avuto un'esperienza extra sensoriale, ad esempio, conoscendo persone o situazioni che non potevano sapere perché erano internati e isolati. Queste storie sfuggono alla mia comprensione come agente sanitario.
7. Ho avuto una strana esperienza, non all'interno dell'ospedale, ma all'esterno (ad esempio, a casa, in vacanza, ecc.) in relazione a un paziente di cui mi occupo nell'ospedale in cui lavoro: questo sfugge alla mia comprensione come infermiere.
8. Ho avuto l'esperienza di osservare il funzionamento anomalo di apparecchiature o strumenti medici su un determinato paziente, mentre su altri pazienti era assolutamente normale: la cui spiegazione sfugge alla mia comprensione come infermiere.
9. Ho osservato che dopo alcune forme di intervento religioso (per esempio gruppi di preghiera, imposizione delle mani, estrema unzione o altri oggetti, immagini di beati, santi o rosari), alcuni pazienti si sono ripresi rapidamente e completamente da malattie e/o traumi la cui spiegazione medica sfugge alla mia comprensione come infermiere.

10. Ho avuto l'esperienza di "conoscere" intuitivamente la malattia di un paziente semplicemente guardandolo, o anche prima di intervistare il mio successivo, senza nemmeno conoscere la sua storia clinica, oltre la mia comprensione come infermiere.

11. Ho avuto un'esperienza che potrebbe essere definita "mistica" o "connessione" speciale con un paziente del mio centro di salute, la cui forma e le cui caratteristiche sfuggono alla mia comprensione come infermiere.

12. Ho sentito o conosciuto persone affidabili per me che hanno riportato esperienze SOLO IN AREE MEDICHE come quelle descritte sopra (o di altri tipi) la cui spiegazione medica è sfuggita alla mia comprensione come infermiere.

13. Ho avuto alcune di queste esperienze - o ne ho sentito parlare - in relazione ai bambini, la cui spiegazione medica sfugge anche alla mia comprensione come infermiere.

GRAZIE PER AVER COMPLETATO QUESTA INDAGINE

Se una delle tue risposte era SI, per favore implementa la tua testimonianza qui sotto, inserendo il numero della domanda e poi descrivi la tua storia. Se necessitassi di maggiore spazio potresti continuare sul retro del foglio bianco che è stato aggiunto alla fine di questo sondaggio. Puoi prenderti il tempo necessario per descrivere l'evento in tutti i suoi dettagli.