

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA E
SPERIMENTALE**

DIRETTORE DOTT. A. LAPENTA

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE
IPNOTICA**

**TESI DI FINE CORSO
ANNO ACCADEMICO 2009/2010**

TITOLO

**“La gestione del gruppo di lavoro infermieristico mediante
l'introduzione di elementi di comunicazione ipnotica”**

RELATORE: PROF. GIUSEPPE REGALDO

STUDENTE: SETTE IVAN

Sommario

Introduzione.....	3
I°CAPITOLO	4
1.1 Il fenomeno “TRANCE”	4
1.2 L'ipnosi, stato di coscienza modificato.....	4
1.3 Che cosa non è l'ipnosi.....	5
1.4 Come si induce.....	5
1.5 Come si approfondisce	5
II°CAPITOLO	10
2.1 Sviluppo storico del costrutto di clima.....	10
2.1.1 L'approccio strutturale	12
2.1.2 L'approccio percettivo.....	12
2.1.3 L'approccio interattivo.....	12
2.1.4 L'approccio culturale.....	13
2.2 Clima organizzativo e cultura organizzativa.....	14
2.3 Le dimensioni del benessere organizzativo	15
2.4 I fattori dell'organizzazione	17
2.5 Gli indicatori di “benessere organizzativo”	17
2.6 Gli indicatori di “malessere organizzativo”	18
2.7 Perché analizzare il clima	18
III°CAPITOLO	19
3.1 Il coordinatore inf.co	19
IV CAPITOLO	26
4.1 Narrazione	26
Bibliografia.....	28
ALLEGATO.....	31

Introduzione

Da dieci anni la professione infermieristica è proiettata verso un elevato livello di responsabilità e competenze tali da richiedere a tutti i professionisti infermieri l'acquisizione di nuovi strumenti per gestire sempre meglio l'assistenza alla persona. La relazione d'aiuto è lo strumento di lavoro principale che l'infermiere utilizza tutti i giorni in autonomia caratterizzando il proprio operato, tuttavia a volte non si pone il giusto valore ad uno strumento così potente. La comunicazione, in particolare la comunicazione ipnotica, è uno strumento utile in tal senso, infatti, può alleviare sofferenze, migliorare la capacità di concentrazione e di rilassamento, può aiutare la persona in cura a scoprire ed attivare proprie risorse per vivere meglio lo stato di malattia e dipendenza e molto altro ancora. La relazione d'aiuto è spesso utilizzata anche all'interno dei gruppi di lavoro per ristabilire equilibri e migliorare la produttività. Pertanto anche chi cura le persone è sottoposto ad una condizione di stress continua che deve essere quindi gestita da chi coordina i professionisti sanitari. Le situazioni che vive quotidianamente l'operatore sanitario insieme a molti altri fattori esplicitati nella tesi, costituiscono, determinano il cosiddetto benessere o clima organizzativo. Il tema del clima organizzativo è attualmente molto discusso all'interno dei contesti lavorativi. Ciò perché tutti coloro che si occupano di organizzazione e di gestione delle risorse umane sanno che un'organizzazione, per essere efficace e produttiva, deve essere in grado innanzitutto di promuovere e mantenere un adeguato livello di benessere fisico e psicologico di coloro che sono i veri attori protagonisti della crescita e dell'evoluzione dell'organizzazione stessa.

La funzione di coordinamento infermieristico comprende la gestione del clima organizzativo pertanto si è pensato di provare ad inserire la comunicazione ipnotica nel processo di gestione delle risorse umane comprendendola quindi nella relazione d'aiuto.

L'esperienza seppur breve e impostata in modo informale e non strutturata, ha prodotto una riflessione significativa. L'intento della sperimentazione persegue l'obiettivo generale di aumentare il benessere organizzativo, attraverso indicatori specifici come le assenze per malattia/infortunio, la programmazione di attività formative, proposte migliorative, etc.

Questo lavoro è composto da quattro parti: breve excursus sull'argomento ipnosi, introduzione al clima e benessere organizzativo, funzioni e competenze del coordinatore infermieristico nella gestione dei gruppi, e breve narrazione di

un'esperienza presso un contesto organizzativo circa la correlazione tra comunicazione ipnotica e clima organizzativo.

I°CAPITOLO

1.1 Il fenomeno "TRANCE"

La trance è un fenomeno naturale, che tutti sperimentiamo inconsapevolmente più volte al giorno. Quando ci "perdiamo" durante una conversazione o con una tazza di caffè tra le mani, quando l'ascolto di una canzone ci riporta all'improvviso ad un evento lontano nel tempo, quando ci troviamo nei pressi di casa e abbiamo la sensazione che l'automobile sia arrivata fin lì da sola, quando, coinvolti da un film avvincente, solo alla fine dello spettacolo, un dolore alla schiena ci fa rendere conto che la poltrona era scomoda... in queste occasioni abbiamo sperimentato un lieve, inconsapevole, stato di trance. Si tratta di situazioni in cui la nostra mente si è fissata su un particolare aspetto, lasciando sullo sfondo gli altri: un po' come quando guardiamo intensamente una persona e non "vediamo" gli oggetti che le sono attorno. Si tratta di fenomeni di "trance quotidiana", ciascuno di noi andrebbe spontaneamente in trance durante il giorno diverse volte per alcuni minuti, con il medesimo ritmo con cui durante la notte si alterna il sonno REM con quello NON-REM. Si tratterebbe di momenti in cui l'organismo si "riposa", recupera le energie secondo un immutato codice ontologico che ancora ci accomuna ai nostri progenitori. Questo momento può essere sfruttato dall'ipnotista abile che lo riconosce e approfondisce la trance per utilizzarla in senso terapeutico.

Esistono anche forme di trance eccezionali, come le danze tribali primitive o i balli sfrenati nelle discoteche, capaci di indurre stati ipnoidali collettivi. Secondo alcuni studiosi, persino l'innamoramento sarebbe assimilabile in qualche modo alla trance, trattandosi di una condizione (Freud la paragonava addirittura alla psicosi) per cui all'improvviso una persona diventa il centro di tutti i pensieri, di tutte le emozioni, sicché il resto della vita, anche ciò che era parso importantissimo, scolorisce.

1.2 L'ipnosi, stato di coscienza modificato

Franco Granone, il più autorevole esperto italiano, recentemente scomparso, la definisce "la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto

stesso, per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotizzatore." La possibilità, quindi, di indurre volontariamente la trance ad un'altra persona.

1.3 Che cosa non è l'ipnosi

non è un fenomeno paranormale, né un modo per fare del male ad un'altra persona, né per indurla a commettere azioni che non commetterebbe abitualmente. Con la guida di un terapeuta competente e rispettoso, è un metodo terapeutico in grado di alleviare sintomi penosi e di aprire una porta in direzione del mondo interno del paziente.

1.4 Come si induce

La trance, può realizzarsi spontaneamente, come abbiamo visto, ma può anche essere indotta e le modalità per farlo sono infinite. Tutte hanno in comune il fatto che l'ipnotista crea con l'ipnotizzando una relazione particolarmente intensa e lo porta a concentrare la propria attenzione su un'idea sola realizzando quindi il "monoideismo plastico". Vi sono metodi diretti e indiretti per l'induzione. Tra i metodi diretti, i più utilizzati consistono nel parlare a lungo al paziente, con voce adatta alla persona, suggerendogli sensazioni fisiche di pesantezza, di rilassamento, di rigidità, etc. Può essere utile il conteggio all'indietro (ad esempio da venti a uno), suggerendogli che ad ogni numero sentirà il suo rilassamento diventare sempre più profondo. Esistono anche metodi indiretti, che possono essere utilizzati quando è necessario aggirare le resistenze del paziente. Si tratta di metodi atti a "distrarre" l'emisfero cerebrale deputato alla logica, il sinistro, per favorire la predominanza dell'emisfero destro, che presiede, tra l'altro, alle emozioni. Qualunque sia la tecnica induttiva, resta comunque irrinunciabile la regola di natura etica secondo la quale non si dovrebbe procedere all'ipnosi senza il consenso da parte del paziente.

1.5 Come si approfondisce

Lo stato di trance, una volta indotto, può essere approfondito. Esistono vari metodi atti allo scopo e livelli diversi di profondità. Alcuni autori riconoscono una decina di livelli di approfondimento, altri ne descrivono fino a trenta. Abitualmente vengono presi in considerazione i seguenti livelli o stadi di profondità: - Pesantezza e rilassamento profondo - Levitazione di un braccio - Catalessi, cioè rigidità del braccio

stesso - Inibizione dei movimenti volontari - Contrattura - Movimenti automatici ritmici, di solito rotatori di un braccio o di entrambe le braccia - Iperalgesia o analgesia - Sogni - Illusioni sensoriali. Alcune persone possono sperimentare soltanto i primi livelli, altre, nel corso di successive induzioni, realizzano anche gli stadi più profondi. Nella possibilità di "scendere" a livelli profondi vanno tenute in conto molte variabili. Tra queste: -le differenze individuali: alcuni sono più ipnotizzabili di altri; - il terapeuta: dove non riesce uno può riuscire un altro; - il rapporto tra paziente e terapeuta, fatto di fiducia, complicità, collaborazione; - le ripetizioni dei tentativi di induzione: una trance diventa di norma sempre più profonda ad ogni successiva induzione; - la motivazione del paziente al trattamento; - l'ambiente, e tante altre ancora. Lo stato di trance può esordire da subito nella sua modalità profonda senza dover necessariamente passare attraverso la trance "leggera"

1.6 Ipnotizzabilità

Una leggera trance può essere indotta nella maggior parte della popolazione. Gli individui assolutamente refrattari (se si escludono le patologie psichiatriche in cui è impossibile stabilire una relazione tra il terapeuta e il paziente) sono circa il 20%. La differenza consiste nel grado di approfondimento. Molte persone non vanno al di là dei primi stadi, altre arrivano ad esperire distorsioni percettive (allucinazioni) ed anche anestesia. E' noto che nel 20% è possibile effettuare interventi chirurgici in ipnosi. In psicoterapia è sufficiente un livello leggero di trance, mentre un approfondimento eccessivo, magari con conseguente amnesia, renderebbe impossibile la relazione con il terapeuta.

1.7 Chi può ipnotizzare

Nell'immaginario comune si pensa all'ipnotista come ad una persona dalla personalità "magnetica", forte e magari dallo sguardo penetrante. In realtà chiunque può ipnotizzare qualcun altro nel senso comune che abbiamo visto. Per utilizzare l'ipnosi in chiave terapeutica è necessario essere medici o psicologi, ed essere inoltre in possesso dell'abilitazione alla psicoterapia. E' fondamentale aver appreso l'ipnosi da un Maestro esperto ed averla innanzi tutto sperimentata su di sé. Questo è un campo dove i libri sono indispensabili, ma non sufficienti. Non è necessaria una

personalità particolare, men che mai autoritaria, per esercitare l'ipnosi. E' importante piuttosto credere nella validità della tecnica e conoscerla bene. Altrettanto importante è stabilire una buona relazione con il paziente: per poterlo fare, a mio avviso, è indispensabile aver prima ottenuto la sua fiducia e aver avuto in qualche modo il "permesso", accordato dal paziente stesso, di lavorare con lui. Il terapeuta esperto può utilizzare questa tecnica, di per sé neutra, per aiutare le persone nel loro percorso psicoterapeutico. In linea di massima l'ipnosi dovrebbe essere considerata un ausilio, uno strumento in più. Si dovrebbe tener presente che un buon risultato terapeutico che si ottiene con l'aiuto dell'ipnosi, dovrebbe potere essere ottenuto anche senza.

1.8 Cenni storici

L'ipnotismo è fenomeno sempre presente nella vita dell'uomo, in tutti i tempi e in tutte le culture, denominato in modi diversi e inserito in contesti differenti. Ha conosciuto periodi in cui è stato intensamente praticato, con intenti magici o religiosi, ma anche periodi in cui è stato deriso o addirittura aspramente condannato. Negli ultimi decenni si è assistito ad un rinnovato interesse nei confronti dell'ipnosi da parte della comunità scientifica. Nella storia dell'ipnosi, si usa parlare di tre periodi, quello mistico, quello di mezzo, detto anche mesmerismo, e quello attuale, scientifico.

1.8.1 Il periodo mistico

Testi cinesi di 18 secoli prima di Cristo parlano di un metodo per mettersi in contatto con i morti, ma anche per curare i vivi. L'imposizione delle mani per curare è nota in tante civiltà, e se ne fa menzione anche nel Vecchio Testamento. Gli indovini persiani e i fachiri indiani utilizzavano tecniche che oggi chiameremmo di autoipnosi per curare le malattie. Si trovano testimonianze dell'uso dell'ipnotismo da parte degli Assiri, dei Babilonesi e dei Caldei nelle iscrizioni sulle mura dell'antica Babilonia. Conoscevano tecniche ipnotiche gli antichi Esquimesi e anche gli Indiani d'America. Metodiche assimilabili all'ipnosi sono descritte in documenti relativi ai sacerdoti del Celti, i Druidi, che le utilizzavano sia per fare predizioni che per curare. L'uso dell'ipnosi presso gli Egiziani è documentata e si sa che era appannaggio dei sacerdoti. Anche gli antichi Greci la conobbero, probabilmente proprio grazie agli Egizi. Nell'antica Roma Esculapio induceva il sonno negli ammalati e tramite l'imposizione delle mani interveniva sulla parte malata per risanarla. Paracelso, nel

XVI secolo, subì una condanna per aver affermato che suggestione e fede potevano causare, ma anche guarire le malattie: incompreso ed illustre precursore di discipline oggi all'avanguardia, come la psico-neuro-immunologia e la psico-neuro-endocrinologia. Il periodo in cui l'ipnosi si confonde con la magia, la medicina e la religione, si protrasse per molti secoli e ancora nel 1774 il medico-religioso Gassner induceva l'ipnosi con un rituale mistico in cui invocava contemporaneamente Dio e i dèmoni.

1.8.2 Il periodo mesmeriano

Ad un medico viennese del settecento, Franz Anton Mesmer (1734-1815) si deve il passaggio dal periodo mistico ad un tentativo di sistematizzazione scientifica del fenomeno ipnosi. Egli, basandosi su un'interpretazione fisico naturalistica, riteneva che i fenomeni ipnotici fossero attribuibili al fluido magnetico animale. Secondo la teoria mesmeriana, un fluido vitale presente in tutto l'universo, determinerebbe le proprietà di tutti i corpi con il variare delle sue concentrazioni. Secondo Mesmer, un organismo umano può influenzarne magneticamente un altro e curarlo riequilibrandone l'armonia. Ciò può avvenire indirizzandogli il flusso magnetico proveniente da una calamita (magnetismo minerale) o dall'imposizione e lo sfregamento delle mani (magnetismo animale). L'effetto è tanto più efficace tanto più potente è il "magnetizzatore". Mesmer ebbe numerosi sostenitori e altrettanti detrattori, i primi affascinati dalle suggestioni delle sue teorie, in un periodo, la fine del secolo, che coincide con l'inizio della sensibilità romantica. La medicina ufficiale viennese gli fu ostile e per questa ragione egli lasciò Vienna per Parigi, nel 1778. Anche a Parigi non tardò ad affascinare un grande pubblico, tanto che le sue sedute divennero collettive, per poter accontentare le tante persone che ricorrevano a lui. Si trattava di incontri che oggi ci farebbero pensare alle terapie di gruppo, che il Maestro presenziava in abiti di seta lilla. Non mancava la musica: Mesmer era amico di Mozart, e oggi sappiamo, grazie agli studi nel settore della musicoterapia, quanto questo elemento sia importante nella pratica psicologica. Un personaggio complesso e affascinante, insomma, per certi versi precursore di tante acquisizioni della moderna psicologia. Anche a Parigi la medicina ufficiale prese posizioni molto severe nei confronti Mesmer. L'Accademia delle Scienze nel 1784 emise un verdetto secondo il quale il magnetismo animale era inutile e inefficace, ma soprattutto contrario alla morale pubblica. Accusato dunque di ciarlataneria, Mesmer nel 1792 lasciò anche Parigi, dove la sua fama ben presto si offuscò, per tornare in patria.

Qui morì nel 1815 dimenticato da tutti. Non ebbe in sorte la soddisfazione di sapere che l'Accademia delle Scienze, richiesta di un nuovo parere sulle sue teorie, dieci anni dopo la sua morte, emise un giudizio favorevole. Le teorie di Mesmer oggi fanno sorridere, ma non bisogna dimenticare che si deve a lui il primo passo verso un'interpretazione scientifica dell'ipnosi, in un periodo in cui superstizione e magia ancora la facevano da padrone in campo medico, basti pensare che, se da un lato il '700 è il secolo degli Enciclopedisti, dall'altro si bruciavano ancora le streghe, l'ultima nel 1782.

1.8.3 Il periodo scientifico

Le teorie di Mesmer furono riprese ed elaborate dopo la sua morte, in una successione di tentativi di darne una interpretazione che oggi chiameremmo scientifica. Il fenomeno del magnetismo mutò nome, si incominciò a parlare di sonnambulismo (Chastenet de Puységur) e a pensare che qualche parte nell'insorgenza del fenomeno dovesse essere attribuita anche all'immaginazione del paziente: il primo a formulare questa ipotesi fu l'abate Faria. L'ottocento è il secolo in cui l'ipnosi entrò a pieno titolo nel mondo medico. La si studiava in campo odontoiatrico per la possibilità di indurre anestesia nel paziente: il dentista francese Jean Etienne Oudt presentò dei lavori all'Accademia di Medicina di Parigi nel 1837, in cui riferiva appunto di aver proceduto all'estrazione di denti in anestesia ottenuta per mezzo del magnetismo. In Inghilterra Ellioston e in India Esdaile sperimentano la tecnica in chirurgia. Al medico inglese Braid si deve il termine ipnotismo che egli conia ispirandosi al greco *ypnos* (sonno) e soprattutto il primo importante ribaltamento delle concezioni del mesmerismo. Non con i fluidi magnetici si deve spiegare il fenomeno dell'ipnotismo, ma studiando la concentrazione della mente del paziente su un'unica idea o su un unico oggetto. Siamo alle premesse dello studio della suggestione, l'interpretazione moderna dell'ipnosi. Un'ulteriore importante svolta si deve ad un poco conosciuto medico di Nancy, A.A. Lièbault. Egli spiega i meccanismi dell'ipnosi attraverso il concetto di suggestione e per primo riconosce la presenza di fattori psicologici nel determinarsi dello stato ipnotico. Lièbault, che soleva dire ai suoi pazienti di non possedere alcun potere misterioso, sottolineava l'importanza sulla fissazione su un'unica idea o oggetto, sull'importanza dell'isolamento dell'ambiente, pur non rinnegando del tutto ancora i concetti mesmeriani del magnetismo animale. I seguaci di Lièbeault dettero vita alla cosiddetta scuola di Nancy, culla degli studi moderni sull'ipnosi. Ancora un passo

avanti nella concezione dell'ipnotismo viene dal francese Jean Martin Charcot (1825-1893) della Scuola parigina di Salpêtrière. Egli rimane ancorato alle concezioni del mesmerismo, e ritiene addirittura che l'ipnotismo sia un fenomeno patologico associabile all'isteria. La sua impostazione è ancora lontana dal vero, tuttavia anche i suoi studi costituiscono un ulteriore passo avanti nell'introduzione dell'ipnosi nel mondo della medicina ufficiale e la definitiva distanza dalle interpretazioni mistiche e magiche. La Scuola di Nancy e quella della Salpêtrière dettero vita ad aspre polemiche sull'interpretazione dell'ipnosi e si contrapposero a lungo l'una all'altra. L'avvento della psicoanalisi segnò una battuta d'arresto nello sviluppo degli studi sull'ipnosi. Sigmund Freud (1856-1939), che la conosceva e l'applicava, la rifiutò a favore delle libere associazioni. La psicoanalisi sembrò il nuovo metodo vincente per curare le nevrosi, d'altra parte l'avvento dell'etere in anestesia fece cadere anche l'interesse degli studi in questo senso. Con la fine degli anni Cinquanta si assistette ad un nuovo interesse per l'ipnosi. In Italia si riprese a studiarla in odontoiatria, come mezzo per realizzare l'anestesia: nel 1957 venne tenuto un corso di Ipnosi presso la Clinica Odontoiatrica Universitaria di Pavia e nel 1960 si costituisce l'AMISI Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi, fondata da Franco Granone, il più importante studioso moderno dell'ipnosi, scomparso nel 2000. Nel medesimo periodo a Phoenix, in Arizona, studia e lavora con l'ipnosi Milton Erickson (1901-1980) geniale e originalissimo interprete dell'ipnosi moderna, i cui metodi sono oggi studiati ed apprezzati in tutto il mondo.

II° CAPITOLO

CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO

Di seguito si tocca un tema fondamentale per le organizzazioni, si entra nel campo delle percezioni, delle relazioni e dei rapporti tra membri di un gruppo. A partire dalla storia, si analizzano i vari approcci per poi intrecciare nella parte finale anche la comunicazione ipnotica.

2.1 Sviluppo storico del costrutto di clima

Nell'ambito degli studi sul comportamento organizzativo il costrutto teorico di clima organizzativo e le problematiche legate alla sua misurazione ricoprono un posto di rilievo fin da quando si è compreso quale fosse l'importanza delle persone all'interno di un'organizzazione nel determinare il risultato organizzativo.

Gli studi sul comportamento organizzativo sono stati oggetti di numerose rassegne (Campbell, Dunnette, Lawler e Weick, 1970¹, James e Jones, 1974², Litwin e Stringer, 1968³, Payne e Pugh, 1976⁴, Schneider, 1978⁵, Woodman e King, 1978⁶).

Quaglino e Mander⁷ individuano quattro periodi che sinteticamente si possono così riassumere:

Periodo 1: comprende il decennio 1964-1974. I contributi di sintesi puramente descrittiva e propositiva di James e Jones⁸ si pongono come un salto qualitativo nella riflessione sul costrutto all'insegna del tentativo e della prova.

Periodo 2: coincide con l'anno 1975. Si tenta di legittimare il clima organizzativo non soltanto più come concetto o oggetto di ricerca, bensì come vero e proprio modello di analisi e lettura dei fatti organizzativi;

Periodo 3: coincide con gli anni 1976-1980. È un periodo dominato dall'improvviso radicalizzarsi del dibattito tra i due orientamenti di fondo che sin dagli inizi hanno sempre rappresentato il nucleo della questione clima, in altre parole quello più propriamente organizzativo e quello psicologico.

Periodo 4: siamo nella prima metà degli anni Ottanta.

Moran e Volwein⁹ identificano quattro tipi di approcci che hanno caratterizzato la ricerca sul clima: strutturale, percettivo, interattivo, culturale

¹ Campbell, J.P., Dunnette, M.D., Lawler, E.E., Weick, K.E., *Managerial behavior, performance and effectiveness*, McGraw Hill, New York, 1970

² James, L.R., Jones, A.P., *Organizational climate: A review of theory and research*, Psychological Bulletin, 1974, 81, pp.1096-1112

³ Litwin, G., Stringer, R., *Motivation and organizational climate*, Harvard University Press, Boston, 1968.

⁴ Payne, R.F., Pugh, D., *Organizational structure and climate*, in Dunnette, M.D.(Ed.) Handbook of industrial and organizational psychology. Rand McNally, Chicago, 1976.

⁵ Schneider, B., *I climi organizzativi*, Psicologia e lavoro, 1978, 47.

⁶ Woodman, R.W., King, D.C., *Organizational climate science or folklore?*, Academy of Management Review, 1978, 3 (4), pp. 816-826.

⁷ Quaglino, G.P., Mander, M., *I climi organizzativi*, Il Mulino, Bologna, 1987

⁸ Razzino, E., *Negli Stati Uniti si licenzia subito*, Il Sole 24 ore, 2001.

⁹ Moran, E.T., Volwein, J.F., *The cultural approach to the formation of organizational climate*, Human Relations, 1992, 45 (1), pp. 19-47.

2.1.1 L'approccio strutturale

Questo tipo di approccio considera il clima come caratteristica o attributo appartenente all'organizzazione, attributo che esiste indipendentemente dalle percezioni individuali dei membri. Guion¹⁰ sostiene che qualora il clima organizzativo sia considerato un attributo dell'organizzazione, ma desunto da misure percettive, allora l'accuratezza delle percezioni dovrebbero essere convalidate attraverso misure oggettive, esteriori.

Secondo il punto di vista di Payne e Pugh¹¹ le condizioni reali della struttura organizzativa influenzano gli atteggiamenti, i valori, le percezioni degli eventi organizzativi da parte dei membri della stessa.

2.1.2 L'approccio percettivo

Mentre la prospettiva strutturalista pone la formazione del clima nelle proprietà strutturali delle organizzazioni, l'approccio percettivo pone tali proprietà nell'individuo. Si sostiene che gli individui reagiscono ed interpretano le variabili situazionali non solo sulla base delle caratteristiche oggettive della specifica situazione o degli attributi strutturali, ma anche su quegli aspetti che sono psicologicamente significativi per loro¹².

2.1.3 L'approccio interattivo

La tesi fondamentale di quest'approccio è la seguente: l'interazione tra gli individui in risposta al contesto evidenzia il consenso delle parti, rappresentando così la fonte del clima organizzativo.

Nel 1983, Schneider¹³ analizza congiuntamente scale di misura della soddisfazione e del clima organizzativo, indici oggettivi, turnover e indici di efficacia e concludono che

¹⁰ Guion, R.M., *A note on organizational climate*, Organizational Behavior and Human Performance, 1973, 9, pp. 120-125.

¹¹ Borgonovi, E., *Ripensare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano, 2003.

¹² James L.R. et al, *Psychological climate: Implication from cognitive social learning Theory and interactional psychology*, Personnel Psychology, 1978, 31, pp. 783-814

¹³ Shneider, B., Reiches, A.E., *On the etiology of climates*, Personnel Psychology, 1983, 36, pp.19-39 in: D'Amato, A., Majer, V., *Il vantaggio del clima. La ricerca del clima per lo sviluppo organizzativo*, Raffaello Cortina Editore, 2005.

clima e soddisfazione sono correlati. La soddisfazione, diversamente dal clima, risulta correlata dal turnover.

Secondo Schneider e collaboratori¹⁴ gli individui formano, controllano, sospendono, trasformano le loro percezioni degli eventi alla luce delle interazioni che hanno con altri nell'ambiente: il clima emerge dall'interazione tra i membri di un gruppo.

Alcuni hanno descritto il clima come una combinazione tra caratteristiche delle personalità ed elementi strutturali dell'organizzazione¹⁵.

Le ricerche effettuate dimostrano che la comunicazione è la componente centrale che contribuisce alla formazione del clima, che diventa la raffigurazione dell'interazione esistente tra i membri di un gruppo.

2.1.4 L'approccio culturale

L'approccio culturale afferma che le persone interpretano e definiscono la realtà tramite la creazione di una cultura organizzativa.

La cultura organizzativa possiamo definirla come l'insieme degli assunti di base di un gruppo che si sono rivelati validi per far fronte ai problemi di adattamento esterno e interno; essi verranno trasmessi ai nuovi membri come il modo più corretto di sentire ed agire agli stessi problemi.

Ashforth parlando del collegamento tra cultura e clima ha notato che *non ci sono grandi diversità tra i concetti di cultura e clima*¹⁶. L'approccio culturale focalizza la sua attenzione su come i gruppi interpersonali interpretano, costruiscono, negoziano la realtà, attraverso la creazione di una cultura organizzativa.

La cultura organizzativa contiene elementi fondamentali come i valori, gli accordi negoziali, i significati storicamente costruiti che orientano le azioni verso il consenso e i progetti comuni e che rendono possibili gli sforzi organizzativi e, dunque, l'esistenza dell'organizzazione stessa. .

¹⁴ Schneider, B., Hall, D.T., Toward specifying the concept of work climate: a study of Roman catholic diocesan priest, *Journal of Applied psychology*, 1972, 56, pp. 447-455 in: D'Amato, A., Majer, V., *Il vantaggio del clima. La ricerca del clima per lo sviluppo organizzativo*, Raffaello Cortina Editore, 2005.

¹⁵ Gavin, J., *Organizational climate as a function of personal and organizational variables*, *Journal of Applied Psychology*, 1975, 60, pp. 135-139.

¹⁶ Ashfort, B.E., *Climate formation: Issues and extensions*, *Academy of Management Review*, 1985, 10, 4, 10, pp. 837-847.

L'approccio culturale sposta l'attenzione dalle percezioni individuali (approccio percettivo) all'interazione tra individui, concetto espresso già in auge dall'approccio interattivo. Rispetto a quest'ultimo costituisce un ulteriore progresso, in quanto delinea il ruolo che la cultura ha nella formazione del clima.

2.2 Clima organizzativo e cultura organizzativa

Il riferimento alla cultura organizzativa nella letteratura recente è frequentemente legato a termini quali impegno, consapevolezza, fedeltà, efficacia. Rara è la presa in considerazione delle motivazioni di chi opera in azienda, a tutti i livelli di responsabilità¹⁷.

La cultura è alla base delle relazioni sociali. È storicamente e socialmente costruita, ha assimilato tanti significati, credenze, assunti e attese che "tessono" le relazioni umane. È un aspetto inizialmente poco visibile della vita sociale, ma è compresa dal gruppo cui appartiene.

È stato notato che il clima è una caratteristica relativamente durevole di un'organizzazione¹⁸. La cultura è invece una caratteristica estremamente durevole di un'organizzazione. Essa cresce lentamente, nel senso che esiste quando una certa unità sociale vive da lungo tempo ed ha una storia alle spalle, un passato riconoscibile.

Il clima, più superficialmente, è composto dagli stessi elementi della cultura, ma prende forma più velocemente e muta più rapidamente. Il clima agisce sul livello degli atteggiamenti e dei valori¹⁹, la cultura agisce sia su questi livelli che su quelli che chiamiamo assunti fondamentali (ideologie, filosofie).

Cambiamenti di persone dello staff, tagli di budget, licenziamenti, nuove politiche del personale, possono colpire piuttosto rapidamente il clima di un'azienda, ma è molto

¹⁷Cascioli, A., Cascioli, P., *Clima organizzativo e cultura aziendale*, Psicologia e Lavoro, 1991, pp. 25-32

¹⁸Schein, H., *Cultura organizzativa e processi di cambiamento aziendali*, Sviluppo e Organizzazione, 1990, pp. 17-29.

¹⁹Quaglino, G.P., Mander, M., *I climi organizzativi*, Il Mulino, Bologna, 1986.

improbabile che abbiano un qualche impatto sulla cultura. Bisogna notare che anche la cultura è un elemento dinamico, pertanto può anch'essa cambiare, seppur lentamente.

Considerare il clima organizzativo significa considerare centrale, nelle scelte strategiche e nei valori, anche la qualità della vita ed il benessere delle persone che lavorano in un determinato contesto organizzativo.

2.3 Le dimensioni del benessere organizzativo

Con il termine di benessere organizzativo si intende *l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative.*

Un'organizzazione può considerarsi in buona salute se:

- allestisce un ambiente di lavoro salubre, confortevole e accogliente. Per ambiente salubre si intende un ambiente che garantisca le fondamentali regole di igiene; confortevole e accogliente fa riferimento ad aspetti di funzionalità – in rapporto sia alle esigenze lavorative che a quelle dei lavoratori e/o clienti – di gradevolezza estetica e di cura dell'aspetto dell'ambiente;
- pone obiettivi espliciti e chiari ed è coerente tra enunciati e prassi operative. Il riferimento è alla direzione strategica che deve formulare in maniera chiara gli obiettivi da perseguire e allo stile direzionale che deve comunicare tali obiettivi ai dipendenti, con modalità di comunicazione non ambigue. Inoltre, la direzione non contraddice nei fatti e nella operatività quotidiana quanto deciso, regolamentato e condiviso;
- riconosce e valorizza le competenze e gli apporti dei dipendenti e stimola nuove potenzialità. Si fa riferimento al fatto che vengano riconosciute le caratteristiche

individuali e le diversità degli apporti: ponendo al singolo richieste congrue rispetto a quello che lui è (ruolo, competenze, qualifiche) e fa; facilitando l'espressione del saper fare in tutte le sue potenzialità (tecnico-professionale, trasversali e sociali); riconoscendo reciprocità negli scambi: attribuendo un corrispettivo per quanto si riceve (economico, visibilità sociale, ecc.); promuovendo lo sviluppo del saper fare (aggiornamento, condivisione e circolazione delle conoscenze, ecc.);

- ascolta le istanze dei dipendenti. L'organizzazione considera le richieste e le proposte dei dipendenti come elementi che contribuiscono al miglioramento dei processi organizzativi e che vengono, pertanto, tenute in considerazione nei principali processi decisionali (definizione obiettivi, organizzazione lavoro, definizione regole, ecc.).

- mette a disposizione le informazioni pertinenti al lavoro. Tutto ciò che si fa e che succede costituisce informazione da rendere disponibile e nota agli altri, quando, ovviamente, rientra nella sfera lavorativa di competenza. A tutti è consentito l'accesso all'informazione e vi sono strumenti e regole chiare per la diffusione delle informazioni;

- stimola un ambiente relazionale. Si fa riferimento alla qualità della comunicazione e allo stile di lavoro sia a livello orizzontale che verticale;

- assicura scorrevolezza operativa, rapidità di decisione, supporta l'azione verso gli obiettivi. Si fa riferimento al fatto che viene assicurata la fluidità operativa della vita lavorativa: i problemi vengono affrontati con l'intenzione di superarli, non si creano falsi problemi che rallentano il lavoro, prevale la sensazione che si procede verso gli obiettivi comuni, anche a partire dalle situazioni problematiche;

- assicura equità di trattamento a livello retributivo, di assegnazione di responsabilità, di promozione del personale. Sono definiti criteri e percorsi chiari per responsabilità, carriere, premi, ecc., che vengano esplicitati e resi pubblici. A tutti sia data in eguale misura la possibilità di accedervi;

- stimola, nei dipendenti, il senso di utilità sociale contribuendo a dare senso alla giornata lavorativa dei singoli e al loro sentimento di contribuire ai risultati comuni. È reso noto che l'attività dei singoli dipendenti fa parte ed è necessaria ad un processo più complesso che tende al raggiungimento di risultati comuni. Viene inoltre salvaguardato nel tempo il rapporto funzionale tra attività dei singoli e obiettivi aziendali;
- è aperta all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale.

L'organizzazione si dimostra flessibile, aperta al cambiamento, in grado di adattarsi ad esso e considera l'esterno come una risorsa per il proprio miglioramento.

2.4 I fattori dell'organizzazione

Secondo il Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri i fattori dell'organizzazione²⁰ sono: il comfort ambientale, la chiarezza degli obiettivi, la valorizzazione, l'ascolto, le informazioni, il livello di conflittualità, la sicurezza, le relazioni interpersonali, l'operatività, i fattori di stress, l'equità, le caratteristiche dei compiti, l'utilità sociale e l'apertura all'innovazione.

2.5 Gli indicatori di "benessere organizzativo"

Secondo il Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri gli indicatori di benessere organizzativo sono: la soddisfazione per l'organizzazione, l'immagine del management, la sensazione di far parte di un team, la percezione di far parte di un team e di successo dell'organizzazione, la soddisfazione per il guadagno, i valori organizzativi, la speranza di cambiamento, la voglia di impegnarsi e di andare al lavoro, l'elevato coinvolgimento, la soddisfazione per le relazioni ed il rapporto tra vita lavorativa e privata.

²⁰ <http://www.cantieripa.it/>

2.6 Gli indicatori di “malessere organizzativo”

Secondo il Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri gli indicatori di malessere organizzativo sono:

- a) Comportamentali: assenteismo, aggressività in abituale ed irritabilità, insofferenza nell'andare al lavoro, risentimento verso l'organizzazione, alto livello di pettegolezzo, aderenza formale alle regole e disaffezione lavorativa, disinteresse per il lavoro, confusione organizzativa, sentimento di non riconoscimento, di irrilevanza, di inutilità, venir meno della propositività, desiderio di cambiare lavoro, lentezza nella performance;
- b) Psicosomatici: asma, difficoltà respiratorie, mal di stomaco e gastrite, nervosismo, irrequietezza, ansia, cefalea e difficoltà di concentrazione, insonnia e difficoltà ad addormentarsi, senso di depressione, dolori muscolari e articolari, senso di eccessivo affaticamento.

2.7 Perché analizzare il clima

La gestione del clima organizzativo compete ad un coordinatore infermieristico, inoltre:

- il tema del benessere organizzativo tocca oramai tutte le organizzazioni;
- chi si occupa di risorse umane, deve essere in grado di promuovere e mantenere un adeguato livello di benessere organizzativo che deve essere rilevato;
- permette di definire le aree di miglioramento e le iniziative conseguenti²¹;
- considerare il clima organizzativo significa considerare centrale, nelle scelte strategiche e nei valori, anche la qualità della vita e il benessere delle persone che lavorano in uno specifico contesto organizzativo;
- maggiore è il benessere del gruppo, maggiore è la produttività²²;

²¹ www.festo-didactic.com/ov3/download.php?name=doc

- tutti i percorsi di miglioramento della qualità dei servizi dimostrano come la soddisfazione del cliente è maggiore in quei contesti dove il personale è riuscito a trasmettere entusiasmo e valori.....quindi non si può migliorare nella qualità senza coinvolgere attivamente e direttamente il personale.
- È utile avere un punto di riferimento per indagini successive negli stessi ambiti.

III°CAPITOLO

3.1 Il coordinatore inf.co

Il coordinatore infermieristico è la figura individuata attualmente nelle organizzazioni sanitarie che ha funzioni specifiche mirate prevalentemente sul cliente interno. Egli agisce sui processi relazionali tra operatori come catalizzatore, mediatore, negoziatore con l'obiettivo di mantenere, ristabilire, aumentare un determinato standard qualitativo assistenziale.

La normativa di riferimento indica i margini in cui si muove l'agire professionale, più specificatamente:

- D.M. 739/1994 profilo professionale: segna l'inizio del percorso che porterà alla definitiva consacrazione della professione infermieristica. Con l'emanazione del profilo professionale l'infermiere diventa responsabile del percorso assistenziale, superando la responsabilità, limitata dal mansionario, alla mera esecuzione tecnica di disposizioni impartite dal personale medico.
- La L. 42/1999 Abrogazione del mansionario ed istituzione delle professioni sanitarie segna la scomparsa del mansionario del 1974 e la professione infermieristica da "professione sanitaria ausiliaria" diventa "professione sanitaria". L'attività infermieristica diventa una professione intellettuale da svolgersi in relazione ad un preciso profilo professionale e non più semplice attività esecutiva in base ad un mansionario.

Si passa quindi:

Dall'eteronomia all'autonomia professionale e decisionale.

Dalla mansione fine a se stessa al risultato assistenziale.

Dall'assistenza al medico all'assistenza al paziente.

Dall'assistenza su chiamata all'assistenza programmata.

²² Baldan O. „Note introduttive al concetto di qualità del clima organizzativo“ Corso master in coordinamento 2006/07

Capacità di gestione e di programmazione->metodi organizzativi.

Capacità di scelta assistenziale e di verifica dei risultati.

Consapevolezza dell'agire professionale.

- Codice Deontologico del 10 gennaio 2009
- CCNL 07/04/1999 e 20/09/2001 Individuazione dei profili professionali
- Art. 2229 e seguenti del Codice Civile – Professioni Intellettuali
- Art. 358 Codice Penale – Persona Incaricata di Pubblico Servizio

La normativa è sicuramente importante ma la qualità del processo assistenziale dipende dalla leadership del coordinatore ed è determinata da una serie di variabili che egli deve conoscere e gestire. Di seguito si riportano alcuni stili di leadership che il coordinatore può attuare.

Il leader

Le caratteristiche personali, i valori, le percezioni ed esperienze della persona, si traducono in stili direzionali (e quindi in azioni efficaci o meno) che è opportuno esaminare.

Quando ci si riferisce a stile, si fa riferimento a un modello di comportamenti relativamente stabile e riconoscibile. La conoscenza di tali modelli può servire all'autodiagnosi del coordinatore; va, a mio avviso, ricordato che si dovrebbe partire dal concetto che non vi siano stili giusti o sbagliati in assoluto, ma modelli più o meno efficaci per le dimensioni cui si trovano ad essere esercitati.

Sono state proposte diverse classificazioni degli stili di leadership: una delle più comunemente accettate (Calamandrei, "La leadership e il gruppo di lavoro", pag. 268) è quella esposta di seguito:

1. Stile autocratico: tipico del leader orientato al compito, che usa il potere che gli deriva dal ruolo e quello personale in maniera autoritaria. Mantiene per se la responsabilità di definire obiettivi e prendere decisioni, influenzando i dipendenti soprattutto manipolando premi e sanzioni.

Una sua variante è lo *Stile Paternalistico*, che prevede pressioni più sottili sul dipendente (non apertamente coercitive).

Aspetti positivi: può essere opportuno in certe situazioni, specialmente di urgenza, favorisce decisioni rapide.

Aspetti negativi: ostacola l'assunzione di iniziative, la comunicazione reciproca e la critica costruttiva rispetto alle decisioni prese dal capo.

2. Stile democratico: in cui il leader stimola, sulla base di linee guida, i membri del gruppo a sviluppare i loro obiettivi, a formulare piani e a controllare la loro attività.

Aspetti positivi: valorizzazione di caratteristiche e capacità di ciascun collaboratore, promozione della crescita delle persone e del gruppo che diviene fonte di suggerimenti e critica.

Aspetti negativi: l'assunzione di decisioni richiede un tempo e un dispendio di energie che non sempre è consentito dalla situazione.

3. Stile partecipativo: rappresenta una specie di compromesso fra gli stili precedentemente esposti; tale modello si implementa attraverso l'esposizione, da parte del capo, dell'analisi del problema e le proposte di soluzione, chiedendo critiche e suggerimenti di modifica ai collaboratori al fine di assumere una decisione che il gruppo metterà in atto.

Aspetti positivi: coinvolgimento dei collaboratori nella pianificazione, può aiutare a superare le resistenze al cambiamento.

4. Stile permissivo (*laissez faire*) : che consiste nell'abdicare alle proprie responsabilità di leader, lasciando i propri collaboratori privi di supervisione, direzione e coordinamento.

Aspetti positivi: i collaboratori possono pianificare, eseguire e valutare le attività come meglio credono.

Aspetti negativi: i collaboratori possono non sapere che cosa ci si attende da loro, la motivazione può essere scarsa.

Le persone

Le caratteristiche delle persone che compongono il gruppo di lavoro sono importanti quanto quelle del capo nel determinare il successo o l'insuccesso del processo di leadership.

Le *aspettative* dei singoli o dei gruppi sono legate ad esperienze precedenti; l'esercizio di uno stile, infatti, produce il risveglio (negli operatori) dei ricordi legati ad esperienze passate (ricordi positivi e negativi).

Diventa, quindi, della massima importanza che il coordinatore osservi pazientemente i comportamenti degli infermieri e i loro feedback rispetto alle scelte in merito allo svolgimento dei compiti e alle relazioni interpersonali.

Oltre alle aspettative, è necessario che il leader esamini (con prudenza) il livello di *maturità* dei singoli collaboratori e del gruppo nel suo insieme; tale concetto si

riferisce alle attitudini tecnico-professionali, al livello di autonomia, alla motivazione e alla capacità di assumersi responsabilità che i seguaci hanno.

A titolo conoscitivo possiamo distinguere alcune categorie, a seconda del livello di maturità, ricordando che non vanno considerate rigide o definitive:

1 Maturità bassa, comprende coloro che hanno carenti capacità tecnico-operative, motivazione e disponibilità al cambiamento
2 Maturità medio-bassa, propria delle persone che, pur avendo scarse capacità, sono motivate e disponibili alla collaborazione e all'assunzione di responsabilità

3 Maturità medio-alta, riferita ai professionisti competenti e capaci, ma poco disponibili e motivati

4 Maturità alta, quella delle persone capaci, motivate, disponibili all'assunzione di responsabilità sempre maggiori

Rispetto al crescere del livello di maturità dei collaboratori, sarà inversamente proporzionale la necessità di comportamenti essenzialmente direttivi, che si esprimerebbero con disposizioni precise, regole e procedure.

La situazione

Fra le caratteristiche che rivestono particolare importanza rispetto alla realizzazione dei fini istituzionali che il leader si prefigge di ottenere, vi sono quelli legati alle caratteristiche della situazione in cui quest'ultimo opera: fra questi rivestono particolare importanza l'organizzazione, gli obiettivi di essa e delle persone, il tipo di lavoro richiesto, le persone a disposizione e i processi comunicativi.

L'analisi della situazione va effettuata almeno quando il leader assume l'incarico e ogni volta che si produca un cambiamento significativo.

Per **organizzazione**, o meglio "**cultura organizzativa**", (concetto che si riprenderà nel prossimo capitolo) si intende l'insieme coerente di idee, linguaggio, valori e modi di agire che derivano dalla storia dell'organizzazione o del gruppo e che viene insegnata ai nuovi membri come il modo corretto di percepire e pensare in relazione ai problemi da affrontare, alle attività da svolgere, alle categorie di persone alle quali prestare maggior attenzione.

La cultura dell'azienda in cui si opera può suggerire al coordinatore la messa in atto di processi di leadership più orientati in senso autoritario oppure partecipativo.

La percezione dell'efficacia, o meno, della leadership è legata alla misura in cui si contribuisce a realizzare gli **obiettivi** dell'azienda e quelli delle persone.

La valutazione del grado di conseguimento di questi ultimi può essere relativamente agevole rispetto a quelli ben definiti e a breve termine, mentre risulta più difficile e complessa per gli scopi a medio e lungo termine, come per esempio il passaggio da un'assistenza infermieristica per compiti ad una personalizzata.

Il tipo di **lavoro richiesto** incide fortemente sullo stile di leadership adottato dal coordinatore; basti pensare ad una unità operativa nella quale si verifichi un elevato numero di situazioni d'urgenza nella quale, di conseguenza, sarà necessaria più spesso la presa di decisioni d'autorità rispetto a una nella quale il lavoro può essere pianificato con sufficiente anticipo.

Le **risorse a disposizione** sono una delle componenti principali della situazione da analizzare; per quel che riguarda le risorse umane sono importanti il numero di operatori delle varie qualifiche, la loro anzianità di servizio, il loro livello di aggiornamento professionale e così via.

Sono inoltre da tenere in considerazione il *budget* assegnato all'unità operativa, le attrezzature e il loro stato, i collegamenti con i servizi deputati all'approvvigionamento e alle riparazioni eccetera.

Infine i **processi di comunicazione** che rappresentano uno dei mezzi principali per dirigere il lavoro del gruppo verso la realizzazione degli obiettivi istituzionali.

Essi possono venir utilizzati con il duplice scopo di fornire informazioni ma anche di influire sui sentimenti e gli atteggiamenti, per esempio per aumentare il livello di motivazione dei collaboratori.

La loro importanza è determinante. Il processo di leadership può risultare inadeguato proprio per difficoltà comunicative; la loro analisi si fonda su domande quali:

- chi comunica con chi?
- A quale scopo?
- Con quale regolarità?
- Per quanto tempo?
- Con quali mezzi?
- Con quali consapevolezze?
- La comunicazione ipnotica può incidere sugli stili di leadership?
- La comunicazione ipnotica può aumentare le consapevolezze degli operatori?

Sulle ultime due domande ci sarà nell'ultima parte della tesi un pensiero ed una esperienza personale.

Occorre però, fare prima delle considerazioni sui gruppi fornendo qualche definizione. Per gruppo si intende una pluralità in interazione²³, un soggetto sociale organizzato e “vivente” che esprime un fenomeno complesso ad alta densità psicologica. Non è la somma di fenomeni disparati occasionali, casuali, ma è l’espressione di un legame. Il gruppo di lavoro è una pluralità in integrazione che si fonda sulla percezione della necessità reciproca.

Il coordinatore inf.co è un professionista di relazioni che conduce il gruppo verso obiettivi predeterminati.

Tra le sue funzioni vi è quella di

- imparare a rilassarsi e ammettere di non sapere
- Prendersi cura del team
- Ascoltare attivamente
- Apprendere a condividere realmente il potere
- Identificare i punti di forza del team
- Fare empowerment affinché il team possa portare a termine i compiti con la minima interferenza del leader
- Fornire al team sfide adeguate e compiti motivanti

Tuttavia²⁴ a volte l’irrazionalità può impadronirsi dell’organizzazione. Nella vita organizzativa, insieme a quelle dimensioni organizzative che cadono sotto il dominio razionale e che possono essere ben espresse con il concetto di compito primario (i traguardi, le finalità, i progetti)

troviamo altre dimensioni, complesse e sotterranee (inconsapevoli, inconsce) che animano e agitano i soggetti impegnandoli a confrontarsi con le loro motivazioni, i loro calcoli, i loro desideri, le loro fantasie, la complessità delle dinamiche relazionali, l’intreccio delle storie individuali e collettive, nonché i “disturbi soggettivi” che entrano in gioco in ogni attività che dovrebbe essere ispirata ad un principio di ragione oggettiva, logica, vincente.

La vita organizzativa è percorsa da:

- ansietà inerenti il conseguimento degli obiettivi primari

²³ boccaccio G. , corso Master in management per le funzioni di coordinamento aa 2006/7

²⁴ giorgino V., corso Master in management per le funzioni di coordinamento aa 2006/7

- inquietudine circa il possesso delle competenze adeguate allo svolgimento dei compiti
 - insicurezza legata alla propria capacità di ottenere il consenso degli altri
 - dubbi circa i meriti che qualcuno potrebbe conquistarsi dimostrando di essere disponibile ad assumersi maggiori oneri o responsabilità
- Se l'ansietà legata al lavoro è troppo grande, troppo difficile da tollerare e da elaborare gli individui la "fuggiranno", cioè tenderanno ad abbandonare il loro ruolo nell'organizzazione per non esporsi ai rischi che comporta (Hirschhorn, 1988)
- le difese che nascono con lo scopo di preservarsi dall'ansia producono altra ansia e incertezza emergendo innanzitutto nel sistema delle relazioni interpersonali.
- La principale causa di blocco delle comunicazioni interpersonali è l'incapacità di ascoltare intelligentemente²⁵, con spirito di comprensione e con abilità un'altra persona (C. Rogers).

Lo schema sottostante ne è la rappresentazione.



²⁵ Cortese Cecilia, corso Master in management per le funzioni di coordinamento aa 2006/7

IV CAPITOLO

4.1 Narrazione

Premetto che di seguito vi è l'espressione di una narrazione basata sul percepito personale; si tenta di avvicinarsi ad un metodo scientifico ma, per priorità di servizio, breve periodo di osservazione e scarsa esperienza si limita esclusivamente ad un vissuto significativo.

L'esperienza si svolge presso il servizio territoriale dell'ASL nel periodo compreso tra giugno e settembre in cui nella gestione del gruppo assistenziale infermieristico e di supporto si è provato ad inserire alcuni elementi di comunicazione ipnotica in momenti occasionali ed in momenti formali. L'obiettivo è quello di creare relax e distensione nei momenti antecedenti le riunioni e singolarmente per curiosità e vantaggio personale.

La situazione del gruppo era critica dal punto di vista delle relazioni interne, nel senso che il livello di conflittualità misurato con una scala da 0 a 10, secondo il mio percepito, era 8. Per quanto concerne le relazioni esterne il percepito era 4, quindi solo la metà dei conflitti "uscivano" dal gruppo e raggiungevano le altre figure professionali. Entrambe le situazioni innescavano conseguenze che poi in qualche modo si riflettevano sull'utenza esterna.

Il clima organizzativo che si rilevava non era ottimale, gli operatori non potevano raggiungere lo standard qualitativo auspicato dal direttore del servizio; risentiva della conflittualità interna al gruppo da un lato perché l'attenzione era centrata sul pettegolezzo tra colleghi, dall'altro le continue osservazioni e critiche dell'utenza mettevano in risalto lo stato di malessere del gruppo. Occorre tuttavia considerare come i fattori dell'organizzazione, quest'anno in particolare, non siano stati favorevoli al benessere del gruppo: incertezza politico-gestionale d'azienda, strutture e tecnologie sempre più obsolete, mancanza di chiarezza circa gli obiettivi dipartimentali da raggiungere, tagli sconsiderati sulle risorse e atteggiamento sanzionatorio hanno quindi contribuito a far sviluppare negli operatori un atteggiamento di rigidità verso il cambiamento e di difesa/attacco verso i colleghi.

Ho deciso pertanto di agire personalmente durante momenti strategici, ho pensato di condurre le riunioni in modo diverso, innovativo, ovvero antepoendo elementi di comunicazione ipnotica. Ho cambiato stile di comunicazione dichiarando e condividendo gli obiettivi col gruppo, in questo modo il risultato è stato una sorpresa. Già dalle prime riunioni non si presentavano più i soliti accessi d'ira di qualcuno, si osservava serenità permanente, anche dopo la riunione. Il livello di conflittualità

dall'inizio della sperimentazione si è ridotto. I conflitti sono quindi diventati un indicatore che ho preso in esame durante il periodo in esame.

Altro fondamentale indicatore di malessere organizzativo è l'assenteismo: durante l'orario di servizio, il gruppo non è mai al completo; ci sono le assenze per ferie, formazione, malattia, recuperi ore, etc.

Ho pensato di porre maggiore attenzione sulle assenze per malattia e infortunio osservando le variazioni nel tempo: anche qui il dato è positivo. Certamente non è possibile correlare l'assenza per malattia ad un approccio comunicativo ipnotico da parte mia verso il gruppo, ma sicuramente la riduzione delle assenze c'è stata. Ho rilevato inoltre un maggiore interesse per gli eventi formativi ed un aumento delle adesioni che ho sempre stimolato anche prima della sperimentazione.

Si è rilevato anche un aumento della propositività e delle nuove idee migliorative.

Il clima organizzativo è cambiato, altre categorie professionali che hanno avuto la mia stessa percezione, hanno espresso perplessità visto l'atteggiamento più attento e riflessivo di alcuni operatori.

Pertanto posso rispondere, alla domanda posta precedentemente:

- La comunicazione ipnotica può incidere sugli stili di leadership?

Certamente lo stile di leadership che esercito sul gruppo è cambiato; si è arricchito di strumenti e mi impegnerò a mantenere il nuovo approccio comunicativo perché lo ritengo efficace.

Alla seconda domanda:

- La comunicazione ipnotica può aumentare le consapevolezza degli operatori?

Direi proprio di sì, perché grazie all'approccio ipnotico, si invita la persona a cambiare prospettiva ed a porre attenzione su di sé, sulle proprie risorse, si riesce ad aumentare l'attivabilità di queste.

Nel gruppo che provo quotidianamente a gestire, probabilmente è possibile ragionare in modo diverso dalla solita lamentazione, forse è possibile innescare processi che conducano, ognuno (a partire da me stesso), ad avvicinarsi verso il concetto espresso da Gandhi attraverso la frase: - sii tu il cambiamento che vuoi vedere nel mondo -

Concludo con un ringraziamento speciale al Prof. G.REGALDO(Maestro e Medico) ed alla Dr.ssa M.MURO(infermiera) che applica l'ipnosi clinica documentata nei contesti sanitari con tenacia tra mille difficoltà, già da diversi anni, aiutando migliaia

di persone a trovare sollievo dalle sofferenze. (un articolo interessante sulla perfetta combinazione infermieristica-ipnosi allegato a fine elaborato)

Ringraziamenti al Presidente del corso ed a tutto il corpo docente, ai collaboratori del servizio in cui opero ed ai miei compagni di corso con cui ho vissuto certamente uno dei periodi più intensi della mia vita.

Bibliografia

Regaldo G., *Teoria e Pratica dell'ipnosi*, Libreria Padovana Editrice 2008 ISBN 9788889775189

Regaldo G., *I mondi della coscienza* Libreria Padovana Editrice 2010 ISBN 9788889775226

Chertock L. *L'ipnosi. Teoria - Pratica - Tecnica*, Roma, Edizioni Mediterranee, 1995.

Copelan R., *Ipnosi e autoipnosi*, Milano, Armenia, 1994.

Gamberoni G., *Ipnosi, dilatare la mente per conoscere e trasformare la realtà*, Firenze, Giunti (su licenza Demetra), 2002.

Gibson H.B., *Ipnosi medica*, Como, Edizioni red, 1977.

Granone F., *Trattato di ipnosi*, Torino, Utet, 1989.

Nardone G. - C. Loriedo - J. Zeig - P. Watzlawick, *Ipnosi e terapie ipnotiche. Misteri svelati e miti sfatati*, Milano, Ponte alle Grazie, 2006.

Pacciolla A., *Ipnosi. Benessere psicofisico e risorse mentali*, Torino, San Paolo, 1994.

Piscicelli U, *Trance e psicoterapie brevi*, Roma, Società Editrice Universo, 1995.

Calamandrei C., *“La dirigenza infermieristica Manuale per la formazione dell’infermiere dirigente e del caposala”*, McGraw-Hill, Milano, 2002 (2_ edizione);

Limido L., *“La leadership situazionale”*, Ed. Bur, Milano, 1998;

Reddy M., *“Il counseling aziendale”*, Sovera, Washington, 1996;

Stewart, T.A., *“Il capitale intellettuale. La nuova ricchezza”*, Ponte alle Grazie, 1990;

Baraldi S., *“Il leader”*, Il Sole-24 Ore Sanit, pp. 19-22, giugno/luglio 2001;

Calamandrei C., *“Dalla leadership di pochi personaggi a quella di tutti gli appartenenti alla professione”*,

Management Infermieristico, n_1, pp. 42-47, 2005;

Calamandrei C., *“Leadership e Management”*, *Management Infermieristico*, n_3,

Grahan I., *“The prospectives of leadership by the team leader and a professor of nursing”*, *Internetonial Jurnal of Nursing Practice*

Campbell, J.P., Dunnette, M.D., Lawler, E.E., Weick, K.E., *Managerial behavior, performance and effectiveness*, McGraw Hill, New York, 1970

James, L.R., Jones, A.P., *Organizational climate: A review of theory and research*, *Psychological Bulletin*, 1974, 81, pp.1096-1112

Litwin, G., Stringer, R., *Motivation and organizational climate*, Harvard University Press, Boston, 1968.

Payne, R.F., Pugh, D., *Organizational structure and climate*, in Dunnette, M.D.(Ed.) *Handbook of industrial and organizational psychology*. Rand McNally, Chicago, 1976.

Schneider, B., *I climi organizzativi*, *Psicologia e lavoro*, 1978, 47.

Woodman, R.W., King, D.C., *Organizational climate science or folklore?*, *Academy of Management Review*, 1978, 3 (4), pp. 816-826.

Quaglino, G.P., Mander, M., *I climi organizzativi*, Il Mulino, Bologna, 1987

Razzino, E., *Negli Stati Uniti si licenzia subito*, Il Sole 24 ore, 2001.

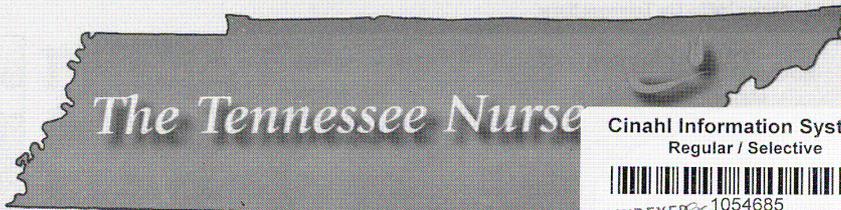
Moran, E.T., Volwein, J.F., *The cultural approach to the formation of organizational climate*, Human Relations, 1992, 45 (1), pp. 19-47

<http://www.ciics.it/>

<http://www.evidencebasednursing.it/>

<http://www.infermieronline.it/>

<http://www.cantieripa.it/>



Cinahl Information Systems
Regular / Selective



The voice for professional nursing in Tennessee since 1905

Volume 70

Number 1

Spring 2007

TNA Member Susan Cooper, MSN, RN, Named Commissioner of Health

Susan Cooper, MSN, RN, was recently appointed by Governor Phil Bredesen to serve as the first Tennessee Commissioner of Health who is a registered nurse.



Susan Cooper

Cooper joined state government in September 2005 as a health advisor and was instrumental in developing Tennessee's Health Care Safety Net. She later assumed leadership of Project Diabetes, a program Bredesen created to curb the Type II Diabetes threat facing young Tennesseans. Cooper also helped facilitate GetFitTN, the public awareness portion of Bredesen's campaign to promote healthier lifestyles and habits among Tennesseans.

Before joining state government, Cooper was a faculty member and assistant dean at Vanderbilt's School of Nursing, where she also earned her nursing degree. Cooper began her career as a nurse specializing in emergency and intensive care.

"Governor Bredesen has given me a huge honor with this opportunity," Cooper said. "My goal is to continue fostering partnerships statewide that will improve the

health of Tennesseans—especially among our young people."

The Department of Health has a wide range of responsibilities, including administering several community health programs, licensing healthcare professionals and maintaining vital health records and statistics. The department works closely with local governments and nonprofit agencies to monitor and improve community health—including a campaign created by Bredesen to improve infant mortality and birth outcomes in Tennessee.



Virginia Trotter Betts

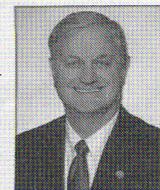
Cooper is joined on the Governor's cabinet by Virginia Trotter Betts, MSN, RN, JD, FAAN, who was appointed to a second term as the Commissioner of Mental Health and Developmental Disabilities. Cooper and Betts, both active members of the Tennessee Nurses Association, have represented TNA in many capacities and are advocates for the nursing profession and health care at the local, state and national levels.

The *Tennessee Nurse* plans to publish another article on Susan Cooper in the Summer 2007 issue.

Nursing and Hypnosis— A Perfect Combination

by Ron Eslinger, Captain USN Retired
RN, CRNA, MA, APN, BCH, CMI

In her book, *Notes on Nursing*, published in 1859, Florence Nightingale said, "Volumes are now written and spoken upon the effect of the mind upon the body." She discussed in detail how nurses should help patients vary their thoughts. Florence Nightingale was more in tune with complementary therapy in 1859 than most nurses and physicians are today. She spoke at length in



Ron Eslinger

(continued on page 4)

Tennessee Health Care Community Raises Money to Support Governor's Nurse Loan Forgiveness Program

In response to a shortage of nursing faculty in Tennessee that is forcing schools to turn away prospective nursing students, Governor Phil Bredesen and state health care officials recently kicked off a statewide campaign to raise funds for a scholarship program that would help current registered nurses (RNs) pay the costs of earning graduate teaching degrees in nursing.

The Graduate Nursing Loan Forgiveness Program—which the governor signed into law in 2006—would direct \$1.4 million to pay for 100 RNs to return to school beginning in fall 2007, and would send up to 100 RNs back to school for graduate studies each subsequent year. Under the scholarship program, nurses who earn their graduate degrees are expected to teach undergraduate nursing studies for four years. For every year a graduate of the program teaches in a Tennessee school of nursing, 25 percent of the loan will be forgiven.

The Tennessee Center for Nursing, which provided research to support the legislation, estimates that 383 nursing faculty positions will be needed by 2010 to supplement current teaching shortages and expected faculty retirements.

"This program provides an opportunity for registered nurses to fulfill a career goal of advancing their academic education, becoming a nursing educator, and helping to prepare a new generation of nurses to enter the workforce in Tennessee," said Ann Duncan, MPH, RN, executive director of the Tennessee Center for Nursing. "Interested individuals should contact the Tennessee Student Assistance Corporation or visit the TSAC website at http://www.collegepaystn.com/mon_college/nurse_if.html for further information and to obtain loan-forgiveness applications."

The BlueCross Health Foundation donated \$750,000 in matching grants to help kickoff the Nurse Loan Forgiveness Program. Several other Tennessee hospitals and health care organizations have committed to support the program, including the Tennessee Nurses Foundation, Lifepoint Hospitals, Community Health Systems, Saint



During a recent press conference attended by representatives from various professional nursing organizations and nursing education programs, Governor Phil Bredesen kicked off a statewide campaign to raise funds for a \$1.4 million scholarship program to help current registered nurses pay the costs of earning graduate teaching degrees in nursing.

Thomas Health Services, Caremark Rx, and the Memorial Foundation.

"As a nurse and health care CEO, I understand the crucial role registered nurses play in providing peace of mind to Tennesseans," BlueCross CEO Vicky Gregg said. "Nurses are the backbone of our health care system across a wide spectrum of industries, whether it's at a hospital, doctor's office, pharmacy benefits management company or an insurance company, like BlueCross. All of these health care delivery systems depend on nurses to serve their customers."

"I want to thank Vicky Gregg and her colleagues in health care and education who have

(continued on page 2)

Value Your Profession



TENNESSEE NURSES
ASSOCIATION

It's Your Privilege
It's Your Responsibility

In This Issue

From the TNA President.....	3
From the Executive Director.....	3
Communication: Patient Safety and the Nursing Work Environment.....	6
Government Affairs.....	7
Political Action Committee.....	8
APN Notes.....	9
Member News.....	10
TNA Seeks Nominations for Election.....	12
TNA Building Fund.....	14
TNA District News.....	15
Tennessee Nurses Foundation Update.....	15
Membership Application.....	17
Methodist Healthcare's Nurse Leader Institute.....	18

Presort Standard
US Postage
PAID
Permit #14
Princeton, MN
55371

*****AUTO**MIXED ADC 555

ATTN: June Levy
Cinahl Information Systems
1509 WILSON TER
GLENDALE CA 91206-4007



Nursing and Hypnosis

(Continued from page 1)

her book on the benefits of music, color, aroma, physical activity, fresh air, and exercise. She understood the power of words and how using hypnosis to help patients change their thoughts helped them heal.

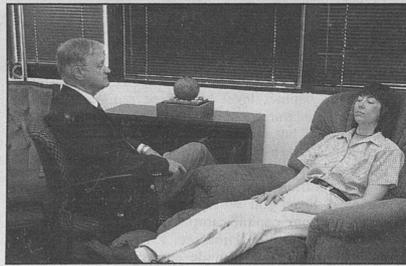
Another nurse, Alice Magaw, a pioneer in nurse anesthesia wrote an article in 1906 titled, *A Review of Over Fourteen Thousand Surgical Anesthetics*. The anesthesia death rate was one in one hundred anesthetics at the time. In the article she states, "In 14,380 anesthetics given by me, I have yet to see a death directly from the anesthetic." Magaw wrote that, "Suggestion is a great aid in producing a comfortable narcosis and the subconscious or secondary self is particularly susceptible to suggestive influence." When patients were told what to expect and how to respond, the amount of stress was decreased to such an extent that she was able to use only 10% of the normal anesthetic dose. Many anesthesiologists and thousands of nurse anesthetists use hypnosis as a part of their anesthesia. Blue Shield of California reported in a research study that patients listening to guided imagery and hypnosis CDs prior to surgery saved Blue Shield an average of \$2000 for each surgical patient. Makes you wonder why hospitals don't offer this service to their patients, doesn't it?

Hypnosis is an altered state of consciousness. Patients entering hospitals, clinics or physician's offices for procedures are in an altered state, which makes them more susceptible to suggestions by health care workers. No health care worker spends more time with the patient than the nurse; therefore, it makes sense that hypnosis and nursing are a perfect combination.

Nurses trained in hypnosis greatly enhance patient satisfaction and outcomes because they understand how to use positive and therapeutic language. Unfortunately, for every nurse trained in hypnotic techniques there are thousands who aren't. The nurse can say, "this won't hurt." The patient is only hearing the last word—hurt. Another nurse trained in hypnotic language may say, "Take an abdominal breath and think about your happy place. You will probably be surprised at how much more comfortable this will be than you thought."

You probably know someone who was told they had three months to live, or someone with pain being told they would have to endure it. Perhaps you've heard of a patient getting an MRI, being told it is dark, loud and scary in there, or when getting an injection being told to hold still, this is going to hurt. There are thousands of small comments that can greatly affect a patient's response. That response will be either positive or negative. It is the nurse's responsibility to know the difference between negative toxic language and therapeutic positive language.

An elderly lady, during her first cataract operation, was told to hold completely still or her eye could be damaged. She refused to have the second cataract replaced, because she was afraid she would move and the eye would be destroyed. To counteract this, she was given a self-hypnosis CD and the nurse was instructed to tell her that she would hold her hand and it was OK to move if she let



the nurse know ahead of time by a squeeze of the hand. Her second surgery went without incident.

Of all professions, nursing is the most trusted. This is because nursing care is based on rapport with the patient. For the nurse, rapport is gaining trust and confidence. For hypnotists, rapport is a light stage of hypnosis in which the client or patient accepts suggestions. Research shows that when rapport (hypnosis) between the patient and the health care provider is optimal, the healing process is enhanced. According to *The New Medicine*, which aired March 2006 on PBS, the Public Broadcasting System, many medical schools are making a course in bedside manner (rapport) mandatory. In the same manner that Alice Magaw used the extraordinary benefits of hypnotic techniques with her anesthesia, all nurses can achieve the same benefits by understanding how they already use hypnosis as a nursing tool.

Unfortunately, as many nurses and nurse anesthetists talk to their patients, they are not aware of how their words impact the patient in their hypnotic rapport state. Words can be toxic or therapeutic, therefore to use hypnosis, suggestion and rapport effectively, it is important for the nurse to understand that a simple question can have either a positive or negative effect on the patient. For example: "How bad is your pain?" is suggesting there is pain and that it is bad. JCAHO 2000 standard states all patients are to be asked their pain scale. At Beaufort Naval Hospital, instead of asking, "What is your pain level?" health care workers ask, "What is your comfort level?" A different perception gives a different physical response which in turn has shown to actually lessen the patient's pain.

Hypnosis is:

An Altered State of Consciousness

A state of complete awareness of surroundings
The bringing forth of the subconscious level of the mind to accept suggestions
An avenue for therapy
A legitimate tool in the health care field to help people

Hypnosis is not:

A state of sleep
The imposition of the therapist's will
A form of black magic
An abuse of a person's desires or capabilities
Mind Control
Giving away secrets

- Hundred's of nurses use hypnosis to work with patients in:
- Pediatrics—children are the easiest to hypnotize

- Surgery for faster recovery with less N/V and pain
- Diabetes to enhance compliance
- Dermatology to lessen skin reactions
- Gastroenterology to decrease IBS by 90%
- Burn units to decrease pain and to increase the immune system
- HIV and AIDS counseling
- Wellness such as smoking cessation, stress, and weight management
- Insomnia to enhance sleep
- Childbirth (Below)
- Pain (Below)
- Cancer survival "I can-cer-vive" groups (below)
- Work with patients in oncology using hypnosis to:
- Create time distortion making chemotherapy seem much faster
- Help patients have less N/V and hair loss when using chemotherapy
- Make IV insertion easier and more comfortable.
- Help maintain the function of the immune system, decreasing possible opportunistic infections.

Hypnosis for Childbirth

Nurses can use hypnosis easily with other natural childbirth techniques such as Lamaze, Bradley, and Grantly Dick-Reed. It is a great adjunct to chemotherapy and regional anesthesia during C-sections. The author has used hypnosis as a stand-alone or an adjunct in hundreds of childbirths. Its value lies in the fact that it is noninvasive and can be used as an adjunct to epidurals and either do away with or greatly reduce the use of chemoanesthesia.

Research shows that hypnosis reduces pre-labor anxiety and can result in a pain free birth. Hypnosis both reduces the amount of first trimester nausea and vomiting and is also a proven treatment for hyperemesis gravidarum. It can prevent premature labor by prolonging pregnancy by 18% and decrease hospitalization for pregnancy-induced hypertension by 50%. There has never been a reported incidence of post-partum blues when hypnosis was used for childbirth. In 2001, Navel Medical Center in Portsmouth, Virginia saw the value of hypnosis and had all their Obstetric and Post Partum nurses trained in hypnosis.

Pain Management

The 2000 Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) listed pain management as the 5th Vital Sign and that specific emphasis should be placed on the non-pharmacological management of pain. The National Institutes of Health's research supports using hypnosis and relaxation therapy in the treatment of pain as well as sleep disorders.

There is no pain until it reaches the brain

"I don't know how this works, but it does" Bill said, twelve weeks after his first visit to Healthy Visions Hypnosis Wellness Center, where hypnosis was used to teach him how to control his Phantom Limb Pain. Bill had a 15-year history of taking pain medicine two to three times a week with occasional visits to the emergency room for intravenous pain medication. Bill is now pain free.

Why and how does this work? No one really knows. However, when we do something that creates pain, such as a burn or a cut, the pain is sent by an electrical signal to the brain. There is no pain until that electrical signal gets to the brain. Stop the signal and you stop the pain. A local anesthetic or spinal anesthetic is an example of stopping the pain signal chemically. The body has the ability to create its own anesthetic by releasing endorphins, the body's natural morphine. Amputees have pain memories that loop from site to brain. The subconscious mind cannot tell the difference from a memory of pain and a real pain. However, in hypnosis the memory can be changed, which changes the brain's response. The signal can also be turned down or off by the subconscious mind with hypnosis.

(continued on page 5)

Galloway Healthcare Center
is accepting applications for . . .
RNs, LPNs and CNAs

- Full and Part-time—All Shifts
- Competitive Salary
- Free Benefits after 90 days including vision, dental, health



Mail to or stop by
435 Old Brownsville Road
Galloway, TN 38036
Phone: 901-867-8575
Fax: 901-867-2598

UNIVERSITY MEDICAL CENTER



Opportunities available due to expanded services!

Become part of the team offering
The Care You Need From The People You Know!

Registered Nurses

- Emergency Room - Variable Shifts
- Med/Surg - 7p-7a • Surgical Services

We offer a comprehensive benefits package, including medical with prescription drug plan, dental, vision, life, income replacement after 30 days employment, 401(k), vacation, sick & holiday time and educational assistance.

Apply in person, online or by fax:
In person: University Medical Center
1411 Baddour Pkwy.
Lebanon, TN 37087
Fax: 615-443-2513 • Online:
www.universitymedicalcenter.com



University
Medical Center
The care you need from the people you know

Make the right choice.

AnMed Health is an attractive choice for nurses.
• 461-bed acute care hospital, 72-bed women's and children's hospital, 40 bed rehabilitation and 27-bed chemical dependency hospital.
• Continuing education at nearby Clemson University.

Apply online at www.anmedhealth.org or call 864-512-1566 • 1-800-825-6688, ext. 1566.

ANMED HEALTH
We're in this together.
Anderson, South Carolina

2007 TNA Annual Convention
October 12-14, 2007
Knoxville Marriott
Knoxville, Tennessee

Watch for more details and register online soon at
www.tnaonline.org!

CALL FOR RESOLUTIONS

The Tennessee Nurses Association is issuing a formal Call for Resolutions for the upcoming 2007 TNA House of Delegates to be held during the TNA Annual Convention October 12 - 14, 2007 at the Knoxville Marriott, Knoxville, Tenn. Resolutions can be submitted by any TNA member. **If you wish to submit a Resolution, please submit it, in writing, to TNA at least 30 days prior to the House of Delegates or no later than September 11, 2007.**

TNA asks that you submit all Resolutions using the following template:

Resolution

Resolution (Office Use Only)
 Adopted _____

(Insert Name of Resolution Here)

WHEREAS, (Insert Resolution information), and
 Continue using WHEREAS until you have covered all issues.

RESOLVED, (Insert Resolved information), and
 Continue using RESOLVED until you have covered all issues.

Submitted by
 (Insert name(s))

* Resolutions must be submitted with an Action Plan and Financial Impact Statement.

Nursing and Hypnosis
(Continued from page 4)

Hypnosis is an extension of nursing

Most hypnotists enjoy empowering others by teaching them to examine how their feelings and thoughts affect their lives. Nurses and Nurse Anesthetists are in a perfect position to use words to change thoughts. They can say to patients, as they enter general anesthesia, "You will wake up feeling better than you thought you would—feeling pleasantly hungry." And when the patient is emerging from anesthesia, they can say, "You should be comfortable; if not let us know." It makes such a difference that Post Anesthesia Care Unit (PACU) nurses can tell you which anesthesia providers use hypnotic language and which ones do not.

When patients are rolled into PACU or returned to their hospital room, they are asked, "On a scale of 0-10, how bad is your pain, or are you nauseated?" It would have been just as easy and better for the nurse to ask, "On a scale of 0-10; 0 being very comfortable and 10 the most uncomfortable you have ever been; what number are you?" If nurses ask if there is pain, the patient's interpretation is that there should be pain and they will comply with the nurse's or suggestion.

The nurse could also say, "It has been a long time since you have eaten. I bet you are hungry." A person cannot be nauseated and hungry at the same time. The brain can only handle one thought at a time. Therefore, the nurse by channeling the patient's thoughts, also channels the patient's responses. Positive channeling of thoughts gives a good response and negative channeling gives a bad response. Keep in mind that the medicines used in anesthesia and conscious sedation are classified as hypnotics, which means suggestions, made while anesthesia drugs are onboard, are post hypnotic suggestions and can make a world of difference in the patients recovery.

Patients in an altered state of consciousness respond to words as hypnotic suggestions. An example is a 34-year old lady referred for hypnosis with a two-year history of painful chronic cystitis, post-abdominal hysterectomy. She woke up in the PACU two years earlier, screaming in pain. The treatment plan was to admit her for three days of drug detoxification followed with hypnosis. The first session would be followed in three days by the second while she was still in the hospital. She would then be discharged from the hospital with follow up sessions at one week intervals as needed. She emerged from her first session asking, "Why didn't they send me to you two years ago? My pain is gone!"

One session and the pain was gone. During a later hypnosis session, the patient was asked if she was willing to uncover the cause of the pain. She stated she was and during the session she learned that while her surgeon was dissecting the uterus from the bladder, she had heard someone say, "This will be one hurting bladder when she wakes up!" She had no conscious memory of those words but her subconscious heard and did what it was told to do and she hurt for two years. She had only four sessions of hypnosis and many years have passed and the pain has not returned.

Conclusion

Every thought we have affects some organ or gland in our body. Imagine you are eating a lemon and you experience the salivation and the tart tanginess in your parotid gland. In the same way negative thoughts (worry) can make us sick and positive thoughts can make us well. Florence Nightingale directed nurses to use words to help patients to change their thoughts. Words are still the most powerful tool a nurse has.

About the Author: Michael R. "Ron" Eslinger, CAPT, USN Retired RN, CRNA, MA, BCH, CMI, Registered Nurse, Certified Registered Nurse Anesthetist, Advance Practice Nurse, MA National Security and Foreign Affairs, Board Certified Hypnotherapist, and Certified Master Instructor of Hypnotism, is the owner of Healthy Visions Wellness Center, Oak Ridge, Tenn. Eslinger served as Past President of the Virginia Association of Nurse Anesthetists and is the current President Elect of District 2, the Tennessee Nurses Association. For more information, please contact him by email at ron@eslinger.net or visit <http://www.eslinger.net>.

TNA Legislative Summit, April 3, 2007

Make plans now to join hundreds of nurses and nursing students from across the state who will attend the Tennessee Nurses Association 2007 Legislative Summit, April 3, 2007, in downtown Nashville, Tenn.

This year, both the morning session and afternoon session will be held at the Nashville Convention Center. The focus for the morning session, from 8:45 a.m.–11:30 a.m., will be legislation and governmental affairs issues and topics of current interest to the nursing profession. You will hear speakers discuss *Why Nurses Should Get Involved Politically*. You will also get the opportunity to hear from two registered nurses who are members of Governor Phil Bredesen's cabinet, Susan Cooper, MSN, RN, Commissioner of Health, and Virginia Trotter Betts, MSN, RN, JD, FAAN, Commissioner of Mental Health and Developmental Disabilities.

From 11:30 a.m.–1:30 p.m., attendees will visit the Tennessee State Capitol and Legislative Plaza to meet their legislators and discuss bills of importance. Lunch will be "on your own" during this time.

The afternoon session, from 1:30 p.m.–4:00 p.m. includes educational sessions on ethics in healthcare by Kate Payne, JD, RN, and entrepreneurial nursing by Joan McCuen, APN, PhD.

For more information or to register, visit the TNA website at www.tnaonline.org, or call 615-254-0350.

2007 TNA Legislative Summit
April 3, 2007
Nashville Convention Center
Nashville, Tennessee

Visit www.tnaonline.org to register
 or for more information!

APSU SCHOOL OF NURSING FACULTY POSITIONS ANNOUNCEMENT

Austin Peay State University is one of the 22 members of the Tennessee Board of Regents Systems. The School of Nursing has openings for four full-time, 9-month, tenure track positions in the BSN program to start Fall 2007. These positions are Community Health, Adult Health I/Medical Surgical, and Adult Health II/Critical Care.

Required Qualifications
 Masters in Nursing with major in clinical area required; national certification/advanced practice licensure and doctorate in nursing or related field beneficial.

Application Procedure
 Please submit letter of application; curriculum vitae (including your e-mail address); the names, addresses (including email addresses) and telephone number of three references to:

Office of Human Resources
 Austin Peay State University
 Attn: HR Faculty Applications, Nursing
 P.O. Box 4698
 Clarksville, TN 37044 or E-mail: FacultyApplications@apsu.edu

Review of applications will begin mid-March and continue until position filled. It is a Class A misdemeanor to misrepresent academic credentials. Minorities, women, and members of other protected groups are encouraged to apply. APSU IS AN AA/EOE.

Bethel College seeks qualified candidates for two nursing faculty positions. Bethel College has a growing student body of more than 2,000 undergraduate and graduate students. The college is located in the relaxed, rustic setting of McKenzie, Tennessee, population 5,400. For more information about Bethel College, please visit www.bethel-college.edu.

Positions:

- Two full-time, 9-month, tenure-track positions are available in the Nursing Program.
- Specialties desired are **Maternal-Child/Pediatric and Psychiatric/Mental Health Nursing**.
- Rank and salary are commensurate with experience and qualifications.
- Preferred start date is Summer '07 but is negotiable.

Qualifications

- An earned doctorate in nursing is highly preferred.
- A master's degree from an accredited institution with focus in the nursing specialty area is required.
- Teaching experience in a professional nursing program is a plus.
- Eligibility to obtain licensure as a RN in Tennessee is required.

Apply on line at www.bethel-college.edu
 Bethel College is an equal opportunity employer.