

Diagnosi infermieristiche nell'adulto iperteso essenziale.

Una ricerca osservazionale

*Sandra Rosini - DAI

** Cinzia Magi - Infermiera Professionale

...dal codice deontologico

3.1. L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza.

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci.

L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.

INTRODUZIONE

Le patologie cardiovascolari sono al primo posto nella lista delle patologie croniche più invalidanti e mortali. Tra queste svolge un ruolo fondamentale l'ipertensione essenziale, milioni di persone in tutto il mondo ne sono affette e milioni sono a rischio di malattia. La causa dell'ipertensione arteriosa essenziale è sconosciuta, sappiamo solo quali sono i meccanismi alterati e le gravi conseguenze. Di solito l'ipertensione si presenta associata ad altri fattori di rischio cardiovascolari come l'obesità, il colesterolo, il fumo, la vita sedentaria, il diabete, l'ipertrofia ventricolare sinistra, l'uso di contraccettivi orali, l'abuso di alcool, errate abitudini alimentari, lo stress in tutte le sue forme (ansia, depressione, rabbia, aggressività, ostilità). La fascia di età più colpita è compresa tra i 40 e i 60 anni, sono maggiormente colpiti gli uomini rispetto alle donne, la maggior parte degli ipertesi hanno problemi di sovrappeso e di colesterolo, le donne che hanno fatto uso della pillola hanno più possibilità di sviluppare l'ipertensione soprattutto se fumatrici. Spesso l'ipertensione è asintomatica oppure dà lievi disturbi che non sono presi in considerazione. I sintomi maggiormente riferiti sono la cefalea, le vertigini, gli acufeni, con valori molto elevati può comparire la retinopatia ed altri danni d'organo soprattutto a cuore, rene e cervello; l'ipertensione infatti accelera il decorso della sclerosi delle arterie, può portare alla rottura di aneurismi, emorragie cerebrali, TIA, ictus cerebri, IMA, trombosi, insufficienza cardiaca, sclerosi arteriolare e renale¹.

La motivazione che ci ha spinto ad intraprendere questa ricerca è puntare l'attenzione sull'assistenza infermieristica alla persona ipertesa. L'obiettivo della nostra ricerca è quello di tracciare un profilo della persona ipertesa, individuare le diagnosi infermieristiche e le linee guida per l'assistenza.

Ad oggi in letteratura scientifica italiana non risultano ricerche infermieristiche di questo genere, al contrario di altri paesi, dove il ruolo dell'infermiere in questo campo riveste molta importanza ai fini della diagnosi infermieristica² e dell'assistenza³.

MATERIALI E METODI

Scelta delle fonti informative

Abbiamo preso in esame 60 pazienti affetti da ipertensione arteriosa essenziale, durante le loro visite al Centro per la diagnosi e la cura del Prof. Renato Nami presso il Policlinico Le Scotte di Siena durante il mese di luglio '97. Abbiamo scelto un range di età adulta compresa tra i 18 e i 65 anni. I nostri pazienti devono avere diagnosi medica certa di ipertensione arteriosa essenziale con presenza o meno di danni d'organo.

Metodologia di osservazione

I dati necessari alla ricerca sono stati raccolti usando il metodo dell'intervista-colloquio dopo aver osservato il paziente durante tutti i momenti della visita medica.

Sviluppo e utilizzazione degli strumenti

Il questionario utilizzato per l'intervista-colloquio ai fini dell'accertamento infermieristico è composto da un frontespizio contenente i dati anagrafici e generali; nella seconda pagina troviamo uno schema per l'esame obiettivo di M. Gordon da noi rielaborato⁴; nella terza

¹ N. M. Kaplan, Clinica dell'ipertensione, Roma, Universo, 1995, pp.2-11, cfr anche N.M. Kaplan, Aspetti metabolici dell'ipertensione, Londra, Sp Science Press, 1994, pp. 43-135

² IC. Cruz. The patient with essential hypertension. Nursing diagnosis and advice in ambulatory care. Rev Lat Am Enfermagem 1995; 3(1): 159-65

³ L. Eaton, A. Buck, J.E. Catanzaro. The Nurse's role in facilitating compliance in clients with hypertension. Medsurg Nurs 1996 oct; 5(5):339-45,359, cfr anche Dp. Veerman, GA. van-Montfrans. Nurse-measured or ambulatory blood pressure in routine hypertension care. J-Hypertens. 1993 mar; 11(3): 287-92, Professional Development. Blood pressure: the role of the nurse. Nurs Times 1995 apr 12-18; 91(15): suppl 5-8, FE. Duhamel, W.L. Watson, L.M. Wright. A Family systems nursing approach to hypertension. Can J Cardiovasc Nurs 1994;5(4):14-24

pagina troviamo uno schema per la valutazione del comportamento espressivo-cognitivo; nelle pagine successive uno schema per l'anamnesi infermieristica secondo gli undici modelli di M. Gordon da noi rielaborato⁵.

Raccolta dati: fasi, difficoltà, ostacoli

Dopo aver eseguito la visita medica veniva chiesta la collaborazione del paziente per poter effettuare l'intervista; al paziente collaborante veniva spigato il motivo di questa intervista e garantito l'anonimato; le domande sono state poste in maniera semplice e chiara il rilevatore ha cercato di mettere a proprio agio il paziente, di smorzare l'imbarazzo. L'intervista colloquio aveva la durata media di un'ora al termine della quale si era stabilito un rapporto di empatia e fiducia con la maggior parte dei pazienti. Tra le difficoltà e gli ostacoli rileviamo la mancanza di spazio e la durata dell'intervista stessa. Alcuni pazienti si trovavano in difficoltà con domande di tipo introspettivo, si sentivano costretti a guardare dentro loro stessi, a vedere lati della loro personalità che probabilmente preferiscono non conoscere o non affrontare. Le domande più critiche sono risultate quelle del modello cognitivo-percettivo e del modello adattamento tolleranza allo stress.

Elaborazione dei dati

L'elaborazione dei dati è stata effettuata con il programma MS-Excel. I vari questionari sono stati divisi per anni di nascita e per sesso, per vedere l'incidenza di questi con l'ipertensione arteriosa. I dati sono stati inseriti nel PC ed è stata fatta una scheda per ogni modello e per ogni altro dato come la professione, lo stato civile, l'ambiente geografico.

RISULTATI

Dati generali

Dall'analisi dei dati il 63% dei pazienti è di sesso maschile ed il 37% di sesso femminile, in prevalenza la fascia di età più colpita è quella dai 41 ai 60 anni (67%), questo risultato è avvalorato da altri studi da cui emerge la stessa fascia di età prevalentemente colpita, il ruolo fondamentale dell'età nell'ipertensione, legato sia a cambiamenti di memoria, rendimento più scarso, e variazioni pressorie con l'aumentare dell'età⁶.

La scolarità dei pazienti intervistati è prevalentemente la scuola media superiore. Studi epidemiologici hanno documentato che una predisposizione comportamentale ad affrontare attivamente gli stress psicologici ambientali è associata a rischio di ipertensione soprattutto negli individui a basso reddito⁷.

L'ereditarietà è presente nel 73% dei casi. L'ambiente geografico di appartenenza è collinare per il 90% dei pazienti, questo può essere messo in relazione alla zona senese.

Per quanto riguarda la valutazione del comportamento espressivo cognitivo il 50% dei pazienti presenta un'emozionalità ed una reattività spiccata.

Modello di gestione-percezione della salute

Con le 17 domande inerenti a questo modello vogliamo rilevare come i pazienti curano la propria salute, il loro stato di salute, se hanno qualche malattia, gli esami e i controlli periodici a cui si sottopongono per la prevenzione in generale e per la cura dei sintomi ipertensivi in particolare.

Dall'analisi di questo modello risulta che 30 pazienti (65%) sono soliti praticare esami clinici periodicamente; in 22 pazienti donne (90%) riferiscono di provvedere all'autoesame del seno, pap test ed altri esami utili, in 49 casi (81%) riferiscono di fare uso di farmaci. In 36 casi (60%) non si riscontra assunzione di vino, in 10 pazienti (16%) ne riscontriamo un'assunzione nella norma. In 73 pazienti (72%) è assente il vizio del fumo. In 23 casi (38%) l'assunzione di caffè è nella norma, in 17 casi (28%) è assente. Sull'ipotesi della causa della malattia ipertensiva in 28 casi (46%) si riferisce lo stress, che sommato a 9 casi (15%) imputabile a problemi lavorativi e a 3 casi (5%) imputabili a problemi familiari, abbiamo una prevalenza del 66% che ipotizza una causa stressante a fronte di 35 casi (58%) che riferiscono come causa l'ereditarietà e a 10 casi (16%) che pensano non vi sia una causa precisa. Alcuni studi associano elevati livelli di pressione a stress ambientale cronico sotto forma di impiego e stile di vita; gli ipertesi hanno dimostrato di possedere inefficaci mezzi di difesa contro lo stress, problemi della personalità collegati alla rabbia, ansia interpersonale, soppressione delle emozioni negative⁸.

⁴ M. Gordon, Manuale delle diagnosi infermieristiche, Napoli, EdiSES, 1994, pp.18-19

⁵ Ivi, pp.13-18

⁶ E.C. Devine, E. Reifschneider. A meta-analysis of the effects off psychoeducational care in adults with hipertension. Nursing research 1995 Jul-Aug; 44(4): 237-45, cfr anche, PK. Elias, RB. D'Agostino, MF. Elias, PA.Wolf. Blood Pressure, Hypertension, and age as risk factors for poor cognitive performance. Exp Aging Res 1995 Oct-Dec; 21(4): 393-417

⁷ G. Nordby, O. Ekberg, S. Knardahl, I. Os. A double-blind study of psychosocial factors in 40-year-old women whit essential hypertension. Psychother Psychosom 1995; 63:142-150

⁸ B. Baker, S. Kazarian, A. Marquez-Julio. Perceived interpersonal attitudes and psychiatric complaints in patients with essential hypertension. J Clin Psychol 1994; 50(3): 320-24

Dai risultati ottenuti si rileva che i pazienti ipertesi hanno un buon approccio alla percezione dei problemi riguardanti la loro salute.

Modello nutrizionale metabolico

Con le 17 domande inerenti a questo modello vogliamo conoscere le abitudini alimentari dei pazienti, sapere quante volte mangiano al giorno, quali principi nutritivi assumono maggiormente, cosa bevono e in quale quantità.

Dall'analisi di questo modello risulta che in 34 pazienti (48%) i principi nutritivi maggiormente assunti sono i glucidi. Per quanto riguarda il peso corporeo il 60% dei pazienti riferisce negli ultimi tempi un peso invariato, il 2% di essere aumentato di un chilo, il 18% di 2-3 chili, il 9% di 4 chili, l'11% di >4 chili.

A conferma dell'evoluzione del peso corporeo nei casi studiati e del suo ruolo come fattore predisponente dell'ipertensione arteriosa essenziale il 92% dei pazienti riferisce di avere un buon appetito, che probabilmente rende difficile rispettare delle restrizioni dietetiche.

Abbiamo preso nota del peso dei pazienti e applicando la formula $IMC = \frac{m}{mq}$ abbiamo calcolato il peso ideale di ciascun paziente; dai risultati ottenuti si rileva che per il sesso femminile la media di chilogrammi in sovrappeso è di 14,5 Kg e per il sesso maschile di 12,5 Kg. Altri studi confermano che l'obesità insieme all'uso di alcolici e al fumo risulta essere fattore predisponente e aggravante dell'ipertensione arteriosa essenziale⁹.

Modello di eliminazione

Con le 8 domande inerenti a questo modello vogliamo rilevare la funzionalità escretoria dei pazienti, se hanno problemi di stipsi o diarrea, ecc., se hanno problemi di sudorazione in che misura e in quali situazioni.

Dall'analisi di questo modello per quanto riguarda l'eliminazione intestinale e urinaria non si rilevano dati significativi. Un dato interessante sembra essere la presenza di eccesso di sudorazione in 47 casi (78%) di cui in 16 casi (30%) viene riferita in qualsiasi momento della giornata e in 12 casi (23%) durante episodi stressanti. Tali dati possono farci interpretare l'eccessiva sudorazione come uno stato di ansia o tensione.

Modello di attività - esercizio fisico

Con le 2 domande e una tabella per la valutazione dei livelli funzionali di alcune attività di vita quotidiana inerenti a questo modello vogliamo sapere se i pazienti sentono di possedere energia sufficiente per svolgere le proprie attività, se praticano esercizio fisico o hanno uno stile di vita sedentario.

Dall'analisi di questo modello risulta che i pazienti intervistati, in prevalenza non danno importanza all'attività fisica come fattore predisponente un buono stato di salute. Per quanto riguarda lo stile di vita, infatti, il 55% dei pazienti riferisce uno stile di vita normale, contro un 18% di casi che riferiscono uno stile di vita sedentario e un 27% che pratica alcune attività sportive.

Modello di riposo sonno

Con le 7 domande inerenti a questo modello vogliamo conoscere le abitudini di riposo, sonno e rilassamento nelle 24 ore, domandiamo infine se i pazienti sono soliti prendersi dei periodi di relax e con quale frequenza.

Dall'analisi di questo modello risulta che i pazienti intervistati, in prevalenza, non manifestano disturbi del sonno; per quanto riguarda la gestione di periodi di relax in maggioranza si può rilevare una disattenzione costante alla necessità di riposo che può diventare fonte di stress. In 37 pazienti (74%) si rileva l'abitudine di programmare periodi di riposo solo una volta all'anno, in 13 pazienti (26%) si rileva la mancanza di periodi di riposo.

Modello cognitivo-percettivo

Con le 23 domande inerenti a questo modello vogliamo stabilire il grado di adeguatezza dei sensi, cambiamenti di memoria o concentrazione, se prendono spesso decisioni e se si con facilità o difficoltà, se cambiano le proprie abitudini con difficoltà, ecc.. Tutte queste domande ci permettono di comprendere come il paziente affronta le difficoltà di tutti i giorni e da quali situazioni scaturisce l'ansia.

Dall'analisi di questo modello si rileva che i pazienti ipertesi in prevalenza riferiscono incertezza dichiarata rispetto alle scelte da compiere, dichiarata sensazione di difficoltà al momento di prendere una decisione, ritardo nella presa di decisioni o esitazioni tra scelte alternative, 32 pazienti (54%) riferiscono di prendere spesso decisioni nell'ambito di vita e di lavoro, 17 pazienti (28%) solo talvolta, 6 pazienti (10%) mai. In 42 casi (62%) le decisioni sono difficili. In 31 casi (52%) sono prese con difficoltà, in 41 casi (57%) i pazienti riferiscono di sentirsi tesi durante la valutazione delle decisioni da prendere. Per quanto riguarda il campo della percezione emozionale di sé stesso 35 pazienti (58%) riferiscono di provare disagio o imbarazzo. Tale sensazione viene percepita in 18 casi (40%) nelle relazioni con gli altri, in 13 casi (28%) in occasione di nuove situazioni in 13 casi (28%) sul lavoro. Sono presenti segni fisici di ansia o tensione quali tachicardia in 14 casi (24%), voce indecisa in 10 casi (17%), ipersudorazione in 11 casi (19%), rossore in 21 casi (37%). Si evidenzia inoltre una tendenza ad una certa mancanza di concentrazione e ridotta capacità di giudizio correlato ad un sovraccarico sensoriale da complessità dell'ambiente. In 26 pazienti (43%) si rileva la presenza di concentrazione. Da uno studio su

⁹ L.E. Eaton, E.A. Buch, J.E. Catanzaro. The Nurse's Role in facilitating compliance in clients with hypertension. Medsurg Nursing 1996 oct; 5(5):339-45,359, cfr. anche, Professional Development. Blood pressure: the role of the nurse. Nurse Times 1995 apr 12-18; 91(15) suppl 5-8

più di 100 pazienti ipertesi risulta che il 65% ha una diminuzione della capacità di concentrazione, voce incostante, paura e rapida stancabilità¹⁰

Modello di percezione di sé - concetto di sé

Con le 14 domande inerenti a questo modello vogliamo comprendere gli atteggiamenti della persona nei confronti di sé stessa, la percezione che ha delle proprie capacità, della propria immagine corporea, identità, valore; cerchiamo di comprendere il proprio stato emozionale domandando se si arrabbia spesso, se si sente mai depresso, ansioso, timoroso, insoffrente.

Dall'analisi di questo modello si rileva che i pazienti ipertesi in prevalenza riferiscono un vago senso di disagio, la cui causa è spesso non specifica e sconosciuta alla persona, esprimono apprensione, insicurezza, disagio, preoccupazione, nervosismo, inquietudine, sudorazione accentuata dovuta a conflitti inconsci su valori essenziali od obiettivi di vita e bisogni insoddisfatti. Da studi psicanalitici emergono strutture protettive nevrotico ossessive nel caso di aggressività "che bruciano ulteriormente senza fiamma" utilizzate come meccanismo di difesa contro sensazioni di superiorità e inferiorità, sensi di colpa, richieste elevate a sé stessi, una certa mancanza di fantasia nella vita e percezioni distorte¹¹ In 35 casi (58%) i pazienti riferiscono di essere soggetti spesso a rabbia ed è emerso da alcuni studi che durante l'attacco di rabbia è la pressione diastolica ad aumentare di più rispetto alla sistolica¹² In 52 casi (87%) i pazienti riferiscono di essere spesso soggetti ad ansia ed anche questo dato è sostenuto da altri studi e ricerche¹³.

Modello di ruolo-relazione

Con le 14 domande inerenti a questo modello vogliamo comprendere la percezione che la persona ha dei suoi ruoli e delle sue responsabilità, se ha dovuto gestire problemi familiari o lavorativi e il tipo di relazioni sociali che intrattiene.

Dall'analisi di questo modello risulta che i pazienti ipertesi tendono ad evitare i conflitti per mantenere i loro rapporti personali e così tendono ad interiorizzare l'aggressività e la rabbia invece di esprimerla apertamente¹⁴. Da altre ricerche emerge che gli ipertesi hanno difficoltà nei contatti sociali, difficoltà a rilevare la propria personalità e la tendenza all'isolamento sociale¹⁵. Hafner e Miller(1991) hanno condotto uno studio da cui è emersa l'importanza della mancanza di comunicazione e di sostegno familiare nei pazienti ipertesi, di qui la necessità "di imparare a comunicare", soprattutto nel rapporto tra i coniugi; da studi sull'importanza della terapia coniugale è emerso che una ritrovata armonia coniugale è collegata ad una diminuzione del peso, ad un miglior consenso e rispetto di una terapia farmacologica nei pazienti ipertesi¹⁶.

Modello di sessualità - riproduzione

Con le 6 domande inerenti a questo modello vogliamo comprendere, prevalentemente, se ci sono state modificazioni sessuali dall'inizio della patologia ipertensiva o se le pazienti facevano uso di contraccettivi orali.

Dall'analisi di questo modello non si rilevano dati significativi.

Modello di adattamento- tolleranza allo stress

Con le 12 domande inerenti a questo modello vogliamo comprendere come la persona affronta lo stress, i sistemi di sostegno adottati, la percezione che ha la persona della propria capacità di controllare e gestire le situazioni; importante è rilevare se negli ultimi due anni è stata sottoposta a qualche evento stressante.

Dall'analisi di questo modello risulta, nonostante la maggioranza dei pazienti riferisca di provare spesso un senso di efficacia durante la risoluzione dei propri problemi, un inefficace utilizzo dei meccanismi di difesa contro lo stress nella vita quotidiana, contro l'ansia, l'irritabilità, la collera e la tensione. In 41 casi (68%) i pazienti riferiscono di aver avuto i primi sintomi di ipertensione arteriosa dopo un periodo particolarmente stressante della loro vita. La sensazione stressante percepita dalla maggioranza di questi pazienti provoca uno stato di ansia limitato nel tempo ma che non trova uno strumento di soluzione efficace per cui è destinato a riprodursi in un processo continuo. Questo risultato rilevato è anche sostenuto da altri studi che notano dal punto di vista fisico nel paziente iperteso la presenza di tachicardia come meccanismo di adattamento al comportamento fuga-lotta e allo stress e dal punto di vista psichico il

¹⁰ B. Stokvis, Psychologie und psychotherapie der Herz-und Gefaßkranken, "De Tijdstroom", lochem, 147-156(1941) in F. Lamprecht. Der essentielle hypertonus: Psychosomatisch betrachtet. Zsch. Psychosom Med Psychoanal 1994; 40(3):272-287

¹¹ F. Lamprecht. Der Essentielle hypertonus: Psychosomatisch betrachtet. Zsch. Psychosom Med Psychoanal 1994; 40(3)272-287

¹² D. Shapiro, I.B. Goldstein, L.D. Jamner. Effects of anger/hostility, defensiveness, gender, and family history of hypertension on cardiovascular reactivity. Psychophysiology 1995; 32:425-435

¹³ T.A. Barringer. The tension in hypertension. Arch. Fam. Med. 1997 jan-feb; 6(1):50-51

¹⁴ F. Lamprecht. Der Essentielle hypertonus: Psychosomatisch betrachtet. Zsch. Psychosom Med Psychoanal 1994; 40(3)272-287

¹⁵ Ivi: 272-87

¹⁶ R.J. Hafner, R. Miller Essential Hypertension, hostility, psychiatric symptoms and marital stress in patients and spouses. Psychotherapy and psychosomatic 1991; 56, 104-11 in B. Baker, S. Kazarian, A. Marquez-Julio. Perceived interpersonal attitudes and psychiatric complaints in patients with essential hypertension. J Clin Psychol 1994; 50(3): 320-4, cfr. anche, FE. Duhamel, W.L. Watson, L.M. Wright. A Family systems nursing approach to hypertension. Can J Cardiovasc Nurs 1994;5(4):14-24

paziente vive una situazione di perenne preparazione ad una lotta che non ha mai luogo¹⁷. Molti studi in letteratura affermano che la rabbia, l'ansia e l'aggressività più o meno espressa, hanno un ruolo importante nell'insorgere e mantenere l'ipertensione essenziale e che l'iperteso tende ad interiorizzare l'aggressività più del normoteso¹⁸.

Modello di valori-convinzioni

Con le 4 domande inerenti a questo modello vogliamo comprendere i valori, gli obiettivi e le convinzioni che guidano le scelte e le decisioni dei pazienti.

Dall'analisi di questo modello risulta che in 29 casi (48%) i pazienti riferiscono di ottenere spesso quello che desiderano dalla vita, in 21 casi (35%) riferiscono di ottenerlo talvolta. Da alcuni studi emerge che uomini molto determinati, con una personalità molto forte abbiano una maggiore possibilità di sviluppare una pressione alta¹⁹.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questa ricerca aveva l'obiettivo di tracciare un profilo dell'adulto iperteso e a tale proposito le caratteristiche definenti identificate sono state: peso corporeo che supera del 10-20% il peso considerato ideale in rapporto all'altezza e alla costituzione; attenzione ridotta; tendenza a distrarsi, riduzione della memoria; ridotta capacità di percezione, presa di decisioni e giudizio; difficoltà, ritardo o esitazioni al momento di prendere una decisione; segni fisici di ansia o tensione quali tachicardia, aumentata tensione muscolare, irrequietezza; insicurezza, apprensione, paura, disagio, preoccupazione, agitazione, voce tremante, sudorazione profusa; ansia, collera, irritabilità, tensione, presenza di stress nella vita quotidiana, incapacità a soddisfare le aspettative di ruolo; eccessiva assunzione di alimenti.

Dall'analisi di tali dati sono state identificate le seguenti diagnosi infermieristiche nell'adulto iperteso:

- 1) nutrizione alterata (superiore al fabbisogno) o obesità esogena correlata a squilibrio tra l'assunzione di cibo e dispendio energetico, mangiare in risposta a stimoli interni diversi dalla fame (ansia, depressione)²⁰;
- 2) alterazione dei processi di pensiero correlato a sovraccarico sensoriale (da complessità dell'ambiente)²¹;
- 3) conflitti interiori sulla presa di decisioni correlato a sistema di sostegno carente²²;
- 4) ansia correlata a conflitti inconsci (su valori essenziali od obiettivi di vita), bisogni insoddisfatti riguardo al lavoro, la carriera, la famiglia, lo stato socio-economico²³;
- 5) adattamento inefficace della persona correlato a crisi situazionale e mancanza di conoscenze sui metodi per trattare le situazioni stressanti della vita²⁴.

Dalla nostra ricerca è emersa l'importanza della patologia ipertensiva, ci proponiamo di far emergere il ruolo che l'infermiere deve avere nella prevenzione, nella cura e nel controllo dell'ipertensione. L'ipertensione essenziale non va curata solo dal punto di vista farmacologico ma anche da quello psicologico. Come molti studi hanno dimostrato, l'ipertensione essenziale, è causata da un insieme di fattori bio-psico-sociali che necessitano di un esame accurato, ed è proprio qui che l'infermiere può intervenire con il processo di nursing. Un'accurata anamnesi infermieristica consentirà all'infermiere di avere un quadro completo dell'ambiente in cui vive il paziente e di come lui lo percepisce e lo affronta e gli consentirà di individuare i fattori destabilizzanti e di realizzare un piano di intervento. Gli interventi infermieristici dovranno includere un programma di educazione sanitaria al fine di correggere le errate abitudini alimentari del paziente che comprenda anche nozioni sulle associazioni alimentari, cibi da evitare, schema per l'esercizio fisico; un rigoroso controllo del miglioramento delle condizioni della persona; usare il metodo del rinforzo positivo per ogni miglioramento ottenuto; controllare il rispetto della terapia e l'assenza di effetti collaterali, nonché i valori pressori. l'infermiere dovrebbe stabilire un rapporto empatico con la persona in modo da individuare i suoi problemi psico-sociali e attuare dei meccanismi di sostegno in grado di aiutare il paziente, in un primo livello, a rendersi consapevole del suo stato di ansia e stress emotivo come fattori di rischio di ipertensione; l'infermiere dovrebbe fornire un primo supporto per arginare le emozioni negative insegnando tecniche di rilassamento, meditazione²⁵, biofeedback²⁶.

¹⁷ F. Lamprecht. Der Essentielle hypertonus: Psychosomatisch betrachtet. Zsch. Pscosom Med Psychoanal 1994; 40(3)272-287

¹⁸ G. Nordby, O. Ekeberg, S. Knardahl, I. Os. A double-blind study of psychosocial factors in 40-year-old women with essential hypertension. Psychother Psychosom 1995; 63: 142-150, cfr. anche, L. Eaton, A. Buck, J.E. Catanzaro. The nurse's role in facilitating compliance in clients with hypertension. Medsurg Nurs 1996 oct; 5 (5): 339-45,359

¹⁹ F. Lamprecht. Der Essentielle hypertonus: Psychosomatisch betrachtet. Zsch. Pscosom Med Psychoanal 1994; 40(3)272-287

²⁰ M. Gordon, Manuale delle diagnosi infermieristiche, cit., p.103

²¹ Ivi, p.243

²² Ivi, p.245

²³ Ivi, p.251

²⁴ Ivi, p.343

²⁵ J.Kabat-Zinn, Guida alla meditazione come terapia, Como, Red, 1993, pp.145-147

²⁶ D.G. Danskin, M.A. Crow, Biofeedback, Como, Red, 1983, pp.46-48

Tali interventi quindi, in caso di persone adulte ipertese al I stadio, sono prevalentemente rivolti ai fattori socio-culturali e psicologici oltre che a quelli bio-fisiologici, tendenti alla facilitazione della compliance. A tale proposito laddove l'infermiere non riesca ad arginare e contenere il problema deve coinvolgere nel piano assistenziale altre figure professionali specifiche.

In conclusione questa ricerca si propone anche di stimolare la professione infermieristica a continuare questa valutazione a livello sia teorico che metodologico.

Ringraziamenti Gli autori desiderano esprimere il loro ringraziamento al Prof. Renato Nami per aver permesso tale ricerca e offerto, insieme ai suoi collaboratori, Dr. Salvatore Lenti e Dr.ssa Donatella La Manna, la massima collaborazione.

*** Sandra Rosini**

Psicopedagogista, D.A.I.

Direttore U.O. Ass. Inf.ca Territoriale

Azienda USL n°7 di Siena Zona Val di Chiana

Guazzino Sinalunga (Siena)

****Cinzia Magi**

Infermiera Professionale (D.U.)

Servizio di Emergenza Territoriale 118 presso la Pubblica Assistenza A.V.I.S. di Foiano della Chiana

Foiano della Chiana (Arezzo)

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NELL'ADULTO IPERTESO ESSENZIALE UNA RICERCA OSSERVAZIONALE

RIASSUNTO

Le patologie cardiovascolari sono al primo posto nella lista delle patologie croniche più invalidanti e mortali. Tra queste svolge un ruolo fondamentale l'ipertensione arteriosa essenziale, milioni di persone in tutto il mondo ne sono affette. La causa è ancora sconosciuta e l'età più colpita in cui insorge è tra i 40 e i 60 anni.

L'obiettivo della ricerca è quello di tracciare un profilo della persona adulta ipertesa essenziale, individuare le diagnosi infermieristiche e le linee guida per l'assistenza.

Attenendosi al protocollo di ricerca approntato, sono stati intervistati 60 pazienti del centro per la Diagnosi e la cura del Prof. R. Nami presso il Policlinico Le Scotte di Siena.

Dall'analisi dei dati sono state rilevate 5 diagnosi infermieristiche e l'importanza di puntare gli interventi sui fattori socio-culturali e psicologici oltreché su quelli bio-fisiologici.

Ad oggi in letteratura scientifica italiana non risultano ricerche infermieristiche di questo genere, al contrario di altri paesi, dove il ruolo dell'infermiere in questo campo riveste molta importanza sia ai fini diagnostici che assistenziali. In conclusione questa ricerca si propone anche di stimolare la professione infermieristica a continuare questa valutazione a livello sia teorico che metodologico.