

INTRODUZIONE

La persona affetta da insufficienza renale cronica terminale affronta l'esperienza di un cambiamento radicale della propria vita, per la riduzione dell'efficienza fisica, per le numerose restrizioni necessarie a preservare dal rischio di complicanze, per il legame indissolubile, e assai rigido, con la macchina e il personale sanitario.

La sfida per l'infermiere è quella di mettere il malato nella condizione di gestire autonomamente la propria diminuzione fisica, rendendola compatibile con la definizione di salute, intesa come stato di adattamento che la persona mantiene attraverso il raggiungimento dell'equilibrio con l'ambiente interno ed esterno. La definizione di salute data da Betty Neuman (1972) spiega bene questo concetto: "condizione nella quale tutte le parti sono in armonia con l'insieme della persona. La disarmonia riduce lo stato di benessere. La persona mantiene vari gradi di armonia ed equilibrio con l'ambiente interno ed esterno, correlati al livello di stress intrapersonale, interpersonale ed extrapersonale. I fattori di stress possono disturbare la linea normale di difesa, cioè lo stato di adattamento che l'individuo ha mantenuto nel tempo, che lui considera normale e che corrisponde allo stato di salute."¹

L'IRC è infatti una patologia che, se da una parte va ad intaccare la funzionalità di un organo così complesso ed importante rappresentato dai reni, dall'altra ha degli enormi risvolti su quella che è sempre stata la vita quotidiana della persona stessa, la quale si trova a dover modificare improvvisamente abitudini alimentari, stile di vita, funzioni di ruolo, vita affettiva non per un periodo di tempo limitato ma per il resto della vita.

¹ R.F.Craven-C.J. Hirnle, "Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica" Volume 1, Casa Editrice Ambrosiana, Seconda Edizione 2004

Come per tutte le patologie croniche l'aspetto fondamentale che ne determina una buona gestione e compensazione è proprio l'accettazione psicologica della patologia e delle sue conseguenze nel quotidiano da parte del paziente.

L'obiettivo della mia tesi consiste nell'individuare e contribuire a fornire gli strumenti per risolvere i principali problemi che il paziente sottoposto a trattamento emodialitico presenta.

Per raggiungere questo importante obiettivo ho deciso di coinvolgere attivamente i pazienti del reparto di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Cardinal Massaia nella rilevazione dei bisogni.

Altro importante obiettivo che mi sono posta è cercare di rendere il piano assistenziale standard concretamente applicabile alla realtà assistenziale, correlando la pianificazione degli strumenti necessari per raggiungere gli obiettivi inerenti a ciascun bisogno prioritario preso in considerazione.

La tesi è così strutturata: una prima parte puramente descrittiva, composta da due sezioni. Nella prima si è deciso di descrivere l'Insufficienza Renale Cronica, l'emodialisi e le eventuali complicanze per dare riferimenti teorici sulla patologia cronica che affligge le persone assistite prese in esame in questa tesi ed anche per fornire gli infermieri di materiale utile alla loro formazione.

La seconda ha lo scopo di prendere in esame la teoria dei bisogni di Abraham Maslow e le teorie infermieristiche della Henderson e della Roy per estrapolarne alcuni concetti fondamentali utili per lo sviluppo della ricerca e dei piani assistenziali standard, spiegandone l'utilizzo e la correlazione coi bisogni della persona in trattamento emodialitico.

Successivamente è stata tratta a livello teorico la pianificazione assistenziale e il modello funzionale di salute individuato da Gordon, risultato indispensabile per l'individuazione delle diagnosi infermieristiche.

La seconda parte presenta la ricerca sui bisogni prioritari, individuati attraverso il questionario strutturato sulla base delle teoriche

precedentemente citate, sottoposto ai pazienti della SOC di Nefrologia e Dialisi dell'ospedale Cardinal Massaia di Asti. In questa parte vengono presentati lo studio, i materiali e i metodi, gli strumenti, l'analisi dei dati e la discussione dei risultati.

La terza ed ultima parte è composta da due sezioni: la prima dove viene presentata la pianificazione assistenziale standard e la seconda è costituita dalle considerazioni finali.