

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**



Tesi di Laurea

**La Compliance nell'Adulto affetto da Glaucoma.  
Sviluppo di un Piano Educativo Infermieristico  
mirato ad abbattere la gestione inefficace della terapia**

LAUREANDA: Francesca Tami

RELATORE: Prof. Alessandro Martin

ANNO ACCADEMICO 2004 –2005



## INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 1
1. PIANO DI EDUCAZIONE SANITARIA.....	pag. 3
2. ANALISI DEL PROBLEMA	
2.1. Causa.....	pag. 3
2.2. Conseguenze.....	pag. 4
2.3. Manifestazioni.....	pag. 5
L'ACCERTAMENTO.....	pag. 5
3. OBIETTIVI	
3.1.Obiettivi cognitivi.....	pag. 7
3.2.Obiettivo gestuale.....	pag. 7
3.3.Obiettivi comunicativi-relazionali .....	pag. 7
4. GLI INTERVENTI	
4.1. L'infermiera spiega l'anatomia e la fisiologia dell'occhio.....	pag. 8
4.2. L'infermiera spiega le ragioni che stanno alla base del regime terapeutico.....	pag. 11
4.3. L'infermiera spiega il regime terapeutico prescritto dal medico.....	pag. 11
4.4. L'infermiera illustra la tecnica corretta per instillare il collirio.....	pag. 12
4.5. L'infermiera spiega la procedura per prenotare la visita di controllo e gli esami successivi compresa la documentazione necessaria.....	pag. 13
4.6. Interventi mirati alla promozione della fiducia e l'autoefficacia positiva nella persona .....	pag. 13
5. VALUTAZIONE.....	pag. 14

6. FATTIBILITA' DEL PROGETTO.....	pag. 14
L'APPRENDIMENTO E L'EDUCAZIONE NELL'ADULTO.....	pag. 16
LA COMUNICAZIONE.....	pag. 21
LA RELAZIONE D'AIUTO.....	pag. 26
CONCLUSIONI.....	pag. 27
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 28

## INTRODUZIONE

L'uso dei termini conformità (**compliance**) e non conformità è stato spesso dibattuto negli anni '70 e nei primi anni '80. Una parte d'operatori sanitari riteneva di fatto che essi esprimessero un giudizio di colpa nei confronti di quei pazienti che non si fossero conformati o non si fossero attenuti alle prescrizioni terapeutiche. Furono Haynes, Taylor e Sackett ad opporsi alle connotazioni negative di tali termini e ad introdurre una definizione di compliance che non esprimesse necessariamente un giudizio. Essa fu dunque definita **come il punto d'incontro tra il comportamento di una persona (in termini di farmaci assunti, diete seguite, cambiamenti nello stile di vita attuati) e il consiglio medico sanitario<sup>1</sup>. Verrà approfondita la relazione tra compliance nel glaucoma ed educazione sanitaria.**

A tal proposito sono necessarie le seguenti considerazioni:

- la traduzione del termine “compliance” equivale ad “adesione” e si riferisce alla volontà del paziente di ricoprire un ruolo attivo nel trattamento,
- ruolo attivo in collaborazione con il medico ed altre figure professionali.
- Il glaucoma non è una singola patologia, quanto piuttosto un gruppo di malattie con alcune caratteristiche in comune. Le peculiarità del glaucoma sono le tipiche e spesso progressive alterazioni della papilla e il deficit del campo visivo o la loro potenziale comparsa. Il danno a carico del nervo ottico e, le corrispondenti perdite del campo visivo spesso, ma non sempre si realizzano in presenza di un valore della pressione intraoculare ritenuta troppo elevato per l'occhio affetto. Tutte le patologie glaucomatose possono avere un esito comune, rappresentato dalla riduzione irreversibile della funzione visiva e, perfino, dalla cecità<sup>2</sup>.
- Il glaucoma sebbene non possa essere curato, può esser ben controllato con una terapia adeguata. E' importante ricordare che il controllo e il trattamento della malattia continueranno tutta la vita. Inizialmente il glaucoma è trattato con farmaci sottoforma di colliri che abbassano la pressione intraoculare; quando la terapia medica non è sufficiente si ricorre al trattamento laser e/o all'intervento chirurgico<sup>3</sup>.
- Il principale scopo della terapia antiglaucomatosa è di ridurre la pressione intraoculare<sup>4</sup>.
- Il Decreto ministeriale n°. 739, del 1994 Profilo professionale dell'infermiere, all'articolo 1 riporta: L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica,

relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte l'età e l'educazione sanitaria.

L'infermiere, di fronte ad un paziente affetto da glaucoma, che gestisce in modo inefficace il trattamento terapeutico prescritto e dichiara le difficoltà ad integrare il trattamento nella routine quotidiana per conoscenze insufficienti, deve attivarsi per sviluppare un piano educativo. L'obiettivo principale di un intervento educativo sanitario è aiutare l'utente a rendersi responsabile del benessere personale, incidendo positivamente sulla propria qualità di vita. Nella preparazione di un programma d'educazione sanitaria è necessario stabilire le risorse che si hanno a disposizione in termini di risorse umane e materiali. In un processo educativo la valutazione è circolare perché consente un ritorno continuo sui diversi elementi del processo. L'educazione alla salute è un processo d'insegnamento – apprendimento che mira ad influenzare il comportamento del cliente e dei suoi familiari tramite cambiamenti nelle loro conoscenze, comunicazioni e atteggiamenti e tramite l'acquisizione da parte loro d'abilità psicomotorie<sup>5</sup>. L'educazione del paziente è una parte integrante dell'assistenza infermieristica (Bickford 1988)<sup>6</sup>. Durante un intervento d'educazione sanitaria l'infermiere si prende cura della persona e crea una relazione d'aiuto. Per realizzare questo deve possedere competenze tecnico-scientifiche e aver acquisito, inoltre, abilità comunicative. È importante sottolineare come l'insegnare agli adulti sia molto diverso dall'insegnare ai bambini. Alcune teorie dell'apprendimento, comunque, possono essere d'aiuto per creare piani educativi anche in ambito sanitario. La teoria androgogica sviluppata da Knowles M. tratta l'apprendimento nell'adulto. Knowles M. propone un'educazione che, attraverso lo sviluppo della motivazione e dell'autostima, esalta la libertà di scelta della persona. La persona diventa così l'unico protagonista del processo di apprendimento. Carl Rogers, psicologo statunitense, introdusse il concetto di "insegnamento centrato sullo studente" analogamente nella relazione tra infermiere e paziente sarà quest'ultimo, con i suoi problemi e le sue esperienze, il vero protagonista.

## 1. PIANO D'EDUCAZIONE SANITARIA

Per realizzare un intervento d'educazione sanitaria è necessario pianificare il lavoro con il destinatario.

Il primo passo da compiere, dunque, sarà identificare il problema sanitario del paziente per capire il suo bisogno educativo. Solo successivamente si potrà passare alla definizione degli obiettivi educativi. Durante l'attuazione del piano, sarà indispensabile individuare le risorse cui l'infermiere potrà accedere. In base agli obiettivi si stabiliranno le strategie che verranno estrapolate dal metodo d'insegnamento che risulterà più idoneo. La valutazione avverrà in quattro momenti:

- 1) Prima dell'intervento, per capire le conoscenze che il paziente possiede.
- 2) Durante, per testare l'idoneità del metodo educativo.
- 3) Alla fine, per valutare il raggiungimento degli obiettivi.
- 4) A lungo termine, per verificare la permanenza dell'efficacia dell'insegnamento.

Gli obiettivi ricadono nei vari campi del sapere: cognitivo, gestuale e comunicativo.

## 2. ANALISI DEL PROBLEMA

### 2.1 Causa

Il problema sanitario che attiva il piano educativo è relativo alla non compliance. **Gestione inefficace del regime terapeutico modello in cui la persona incontra delle difficoltà nell'integrare nella sua vita quotidiana un programma di trattamento di una malattia e delle sue sequele che realizzi specifici obiettivi di salute correlato a conoscenze insufficienti**<sup>7</sup>. La compliance dipende da un'intera gamma di fattori, i più importanti dei quali sono la natura e il trauma mentale della malattia stessa, la complessità delle istruzioni del trattamento (ad esempio le disposizioni di assumere farmaci in diversi momenti della giornata), la disponibilità e la volontà del paziente nel cooperare, così come la conoscenza del paziente riguardo la propria malattia, del trattamento e di eventuali terapie alternative<sup>8</sup>. La non compliance può dipendere da circostanze ambientali (49%) quali la mancanza di un supporto, gli eventi della vita, il lavoro, vivere lontani da casa, svolgere un'attività competitiva e dover cambiare la routine. Altre cause possono essere legate alla persona (32%) come le conoscenze, le abilità, la memoria e la motivazione. La non compliance può essere causata da una comunicazione errata (3%) ma anche dai costi dei farmaci e dalla complessità del regime terapeutico(16%)<sup>9</sup>. La maggior parte degli studi ha riportato che i pazienti con maggiore conoscenza risultano essere maggiormente osservanti<sup>10</sup>. Robert Ritch è tra i massimi esperti mondiali in materia di glaucoma, sostiene che “la compliance migliora e le terapie danno i risultati sperati quando cominciano a

conoscere meglio il glaucoma e si rendono conto che la patologia, legata ai valori del tono oculare, può provocare cecità, una menomazione che può essere invece prevenuta con l'uso cronico dei colliri<sup>11</sup>.

La mancanza di conformità volontaria si verifica quando i pazienti decidono di non usare il loro farmaco. La mancanza di conformità involontaria si riferisce alle situazioni dove i farmaci sono usati in modo errato. L'effetto di mancanza di conformità è particolarmente importante per i pazienti con malattie croniche come il glaucoma<sup>12</sup>. Uno studio effettuato nel 2004 ha dimostrato che i motivi principali per cui i pazienti non seguono le raccomandazioni del medico sono: il prezzo elevato, la diffidenza verso il trattamento, la negligenza, le informazioni insufficienti nell'opuscolo del paziente insieme alla forma inadeguata del farmaco. Ciò accade particolarmente quando i pazienti sono curati con più farmaci. Anche se la conformità fra i pazienti studiati era comparativamente alta (50%- 92%), la possibilità per migliorare esiste se il trattamento che devono iniziare potesse essere individualizzato<sup>13</sup>.

## **2.2 Conseguenze**

Il paziente glaucomatoso può condurre una vita normale anche se il glaucoma è una malattia molto seria che, se non trattata, può portare, nel peggiore dei casi, a cecità. Fintanto che non vi siano difetti del campo visivo così seri da impedire di guidare l'automobile, la vita non differisce in modo sostanziale da quella dei soggetti sani<sup>14</sup>. La qualità della vita peggiora se la funzionalità visiva diminuisce, le persone con questo problema possono mantenere la loro indipendenza utilizzando i dispositivi specifici<sup>15</sup>. Se non trattato il glaucoma può portare alla totale cecità; il glaucoma è facile da individuare con una visita medica, l'oculista misura il tono oculare in modo rapido e indolore<sup>16</sup>. Robert Ritch in una recente pubblicazione ha affermato che le strategie diagnostiche e terapeutiche più avanzate sono inefficaci se il paziente non si attiene alla terapia. Se la mancata compliance al trattamento passa inosservata, i malati rischiano di dover affrontare costosi e invasivi interventi o di vedersi prescrivere terapie mediche accelerate (il che implica più farmaci a concentrazioni più elevate e dosaggi più frequenti), con il risultato di aumentare il rischio di effetti collaterali e di peggiorare la scarsa adesione alla terapia<sup>17</sup>. Troppi pazienti non seguono la prescrizione dei medici, autoriducono i dosaggi o interrompono in anticipo le cure. Questa assenza di compliance si traduce inevitabilmente in un peggioramento dello stato di salute del paziente e indirettamente in un'inefficace allocazione delle risorse destinate alla salute<sup>18</sup>.

## 2.3 Manifestazioni

Questa situazione si manifesta con la dichiarata difficoltà a integrare il regime terapeutico prescritto. La proporzione dei pazienti che escono dal loro regime terapeutico prescritto varia fra il 5% e il 80%. Non ci sono in ogni modo prove definitive che supportino una relazione di dipendenza fra la non adesione e la progressiva perdita della funzionalità visiva<sup>19</sup>. Il dr. Rick Wilson afferma che è comprensibile quando i pazienti affetti da glaucoma non prendono il loro farmaco. Soffrono di una malattia che non ha sintomi e non conoscono quanto stanno danneggiando essi stessi quando non prendono il loro farmaco<sup>20</sup>. Uno studio effettuato nel 2004 divide i pazienti in quattro categorie in funzione del diverso grado di consapevolezza nell'assunzione della terapia farmacologica:

- i “pazienti passivi”, che si affidano totalmente alle indicazioni del medico,
- “pazienti informati”, che pur affidandosi prevalentemente al proprio medico cercano attivamente informazioni complementari;
- “pazienti coinvolti”, che aspirano a creare una partnership con il proprio medico nelle decisioni relative al proprio stato di salute;
- “pazienti autonomi”, sicuri di essere in grado di autodiagnosticare la malattia e individuare la migliore terapia per se stessi sulla base di informazioni raccolte da fonti eterogenee.

Paradossalmente, dallo studio emerge che sono proprio i pazienti che rientrano nelle ultime due categorie descritte ad essere a maggior rischio di fuga: i tassi di riduzione e sospensione oscillano, infatti, tra il 30% e il 40%. Un dato sicuramente rassicurante in quanto evidenzia che esiste la possibilità di intervenire in modo efficace per correggere comportamenti non compliant: i “pazienti autonomi”, infatti sono proprio i pazienti più facilmente raggiungibili da programmi di informazione perché sono quelli che in modo sistematico e continuativo ricercano attivamente informazioni utili a migliorare il loro stato di salute<sup>21</sup>.

## L'ACCERTAMENTO

**L'intervista, è uno scambio verbale fra due persone.** L'intervistatore pone le domande prefissate e raccoglie le informazioni dell'intervistato su un determinato argomento, in questo caso sulle difficoltà a seguire il trattamento terapeutico prescritto. Al momento dell'intervista, l'infermiere deve essere in grado di mettere a proprio agio il paziente, di ascoltare e di aiutarlo ad esprimere ciò che sente o pensa. L'infermiere instaura un rapporto terapeutico **“Rogers sosteneva che il terapeuta aveva tutti i doveri mentre al cliente**

**erano riservati tutti i diritti”<sup>22</sup>.**E’ diritto di un paziente l’essere accettato in modo incondizionato. L’intervistatore dovrà, dunque, immedesimarsi in lui utilizzando la tecnica dell’empatia.

L’infermiere per ottenere le informazioni deve:

**1°) Porsi in un atteggiamento d’ascolto:**

- Ascoltare con tutti i sensi decifrando non solo le parole ma anche il tono della voce e la postura.
- Mostrarsi interessata all’intera persona.

**2°) Porsi in un atteggiamento non valutativo:**

- Vi è il rischio che l’intervistato, timoroso del giudizio, nasconda o falsi alcuni aspetti di sé.

**3°) Porre attenzione al proprio atteggiamento:**

Accordo fra ciò che prova intimamente e ciò che esprime con le parole. L’intervista è una relazione in cui il comportamento di ciascun soggetto è influenzato da quello dell’altro (l’essere cordiali o freddi influenza il rapporto e la disponibilità al dialogo). L’intervista che inizialmente sarà libera, ovvero centrata sulla persona, diventerà semistrutturata una volta individuato il problema.

Solo a questo punto, l’infermiere non lascerà parlare liberamente il paziente bensì orienterà la conversazione verso il problema emerso. L’intervista è un processo che permette di raccogliere i dati ed evidenziare le conoscenze della persona. E’ costituita da quattro fasi:

- 1. Preparatoria**
- 2. Introduttiva**
- 3. Mantenimento**
- 4. Conclusiva**

**Nella fase preparatoria**, prima dell’incontro, è necessario cercare un ambiente tranquillo e privato; la scelta del posto in cui sedersi giocano elementi di dominanza e sottomissione, così come la distanza tra le due persone indica il grado d’intimità esistente. L’infermiere si siede con gli occhi a livello del paziente, mantiene il contatto visivo.

**Nella seconda fase** l’infermiere spiega lo scopo dell’intervista, è un diritto fondamentale dell’intervistato sapere in anticipo quale sarà l’utilizzo dell’informazioni da lui fornite.

**Nella fase definita di mantenimento** l’infermiere e il paziente lavorano per raggiungere lo scopo, è responsabilità dell’operatore ottenere le informazioni utili, far esprimere pensieri e usare tecniche di comunicazione facilitative.

### 3. OBIETTIVI

Una volta identificati i bisogni educativi l'infermiere identificherà gli obiettivi educativi, ovvero **ciò che il destinatario di un intervento educativo dovrà acquisire e che non possedeva prima**. L'obiettivo generale è a lungo termine in quanto a distanza dall'intervento educativo il paziente aderisce al piano terapeutico prescritto avendo acquisito le conoscenze mancanti. Gli obiettivi specifici sono a breve termine in quanto il paziente, al termine dell'intervento educativo, dovrà aver acquisito determinate abilità. L'apprendimento di abilità complesse (formazione) indica le operazioni di carattere educativo che hanno come scopo i cambiamenti comportamentali (sapere, saper fare, saper essere) che sono collegati, o sono necessari, per compiere un insieme di azioni che configurano un compito, un ruolo, una responsabilità (Fernandez1992)<sup>23</sup>. Partendo da questa definizione si comprende che nella persona avvengono cambiamenti nei rapporti comportamentali. Quest'ultimi avvengono a livello delle conoscenze possedute, degli atteggiamenti e delle azioni. La formazione è finalizzata a migliorare la performance della persona discente rispetto all'addestramento perché sviluppa le potenzialità dell'individuo.

#### 3.1 Obiettivi cognitivi

Il paziente al termine dell'intervento educativo sarà in grado di:

1. **Definire l'anatomia e la fisiologia dell'occhio.**
2. **Definire le ragioni che stanno alla base del regime terapeutico.**
3. **Descrivere il regime terapeutico finalizzato al controllo della malattia:**
  - **La descrizione comprende il nome, il tipo di farmaco, la percentuale,**
  - **la quantità e il tempo di somministrazione.**

#### 3.2 Obiettivo gestuale

Il paziente al termine dell'intervento educativo sarà in grado di:

**instillare il collirio in modo autonomo e corretto.**

#### 3.3 Obiettivi comunicativi-relazionali

A. Il paziente al termine dell'intervento educativo metterà in atto **comportamenti adeguati**, se richiesto, **in termini di autogestione e prenotazioni delle visite e degli esami successivi**.

B. Il paziente al termine dell'intervento educativo acquisterà uno stile di comportamento adeguato avendo sviluppato maggior fiducia in se stesso.

**La relazione si conclude** rivedendo gli obiettivi e i punti salienti dell'incontro. L'intervista è il primo passo per stabilire una **relazione terapeutica basata sulla fiducia**. Il linguaggio utilizzato dall'infermiere deve essere adatto al paziente, l'infermiere impiega parole semplici, dal senso chiaro evitando i termini troppo specialistici. Terminata l'intervista i dati vanno scelti e codificati per identificare i bisogni educativi e sviluppare il conseguente piano educativo. L'accertamento oltre a permettere di identificare la diagnosi infermieristica è fondamentale per **rilevare i fattori che influenzano l'apprendimento (Redmon e Thomas 1992):**

- **Fattori fisici** come presenza di una malattia acuta, squilibrio idroelettrolitico, stato nutrizionale, malattie o trattamenti che interferiscono con la vigilanza o con le abilità motorie.

- **Fattori personali** aumentare la capacità di cura di sé del cliente geriatrico attraverso l'educazione può rappresentare un modo efficace di soddisfare il suo bisogno di auto stima (Racket 1991) <sup>24</sup>.

Uno studio statistico ha dimostrato che i pazienti appartenenti a gruppi socioeconomici bassi necessitano di maggior informazioni sul glaucoma per poter ridurre l'elevato rischio di diventare ciechi e migliorare la compliance<sup>25</sup>. L'ansia è uno stato di agitazione caratterizzato da eccitazione, paura e apprensione; provoca un'attivazione fisiologica, fa aumentare il battito cardiaco, la respirazione, la sudorazione. Il rapporto tra ansia e rendimento nelle prove di conoscenza è rappresentato graficamente da una curva ad U rovesciata (Yerkese Dodson 1908). Un'ansia eccessivamente alta o bassa si accompagna a prestazioni scadenti; un'ansia moderata si accompagna a prestazioni ottimali<sup>26</sup>.

Per ridurre l'ansia l'infermiere:

1. Accoglierà il paziente sorridendo.
2. Soddisferà le sue esigenze.
3. L'ascolterà con attenzione.
4. Lo incoraggerà a parlare.
5. Le informazioni che darà non dovranno, inoltre, essere numerose e neppure minacciose.
6. L'infermiere metterà in atto le sue capacità comunicative ed educative.

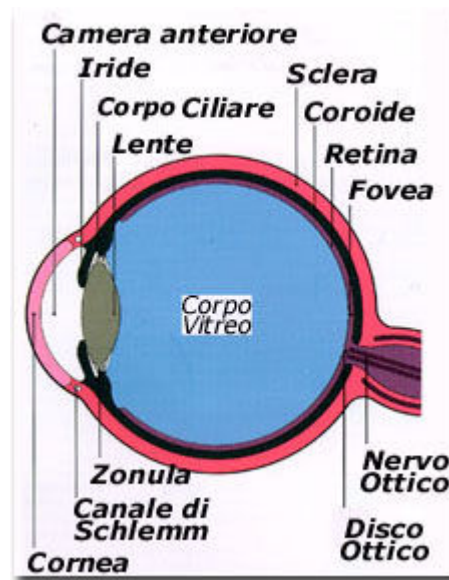
## **4. GLI INTERVENTI**

### **4.1 L'infermiere spiega l'anatomia e la fisiologia dell'occhio.**

L'occhio è quell'organo che traduce le immagini provenienti dal mondo esterno in impulsi elettrici, per poi inviarle al cervello. Le immagini degli oggetti attraversano le strutture completamente trasparenti

dell'occhio: la cornea, l'umore acqueo, il cristallino ed il corpo vitreo. La cornea ed il cristallino sono come le lenti di una macchina fotografica perfetta. Le immagini vanno a fuoco sulla parte centrale della retina, la macula, che è composta dalle cellule visive più fini, i coni, capaci di riconoscere i più piccoli dettagli. La restante parte della retina è costituita soprattutto da bastoncelli, che rilevano il campo visivo circostante ed attirano la nostra attenzione sui singoli oggetti. Le cellule visive sono a contatto con le fibre nervose, che, attraverso il nervo ottico, trasmettono gli impulsi visivi agli strati più profondi del cervello, i corpi genicolati laterali. Dopo una prima elaborazione a questo livello, le immagini sono portate fino all'area visiva della corteccia cerebrale (in sede occipitale), dove sono correlate tra loro e caricate di significati<sup>27</sup>. La cornea e il cristallino sono lenti naturali tra le quali si trova l'iride, colorata diversamente secondo il soggetto.

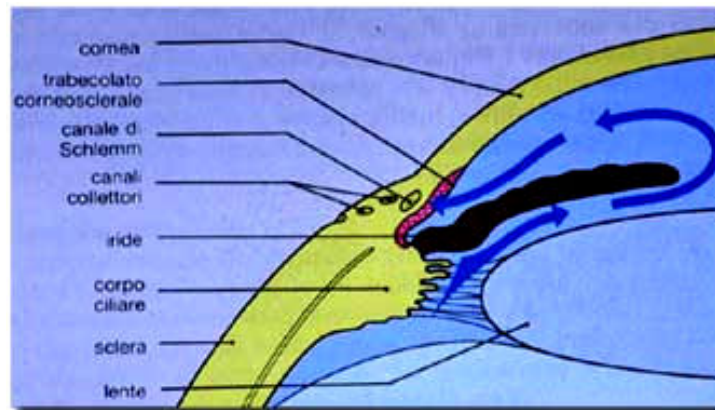
Fig.1



*Anatomia e fisiologia dell'occhio*<sup>28</sup>

La parte anteriore dell'occhio (camera anteriore) contiene un liquido acquoso, l'umore acqueo, prodotto dal corpo ciliare posto dietro l'iride. Esso circola continuamente all'interno dell'occhio, dando consistenza al bulbo oculare e assicurando il nutrimento d'importanti strutture oculari. L'umore acqueo è eliminato attraverso un sistema di drenaggio chiamato trabecolato, posto nell'angolo dove la cornea e la parte anteriore dell'iride s'incontrano. Questi canali di scarico si dirigono verso la parete del bulbo oculare ove il liquido è riassorbito. Il rapporto tra umore acqueo prodotto e quello eliminato deve essere tale da mantenere una pressione costante (mediamente 14-16 millimetri di mercurio). Se la quantità di liquido prodotto non pareggia la quantità riassorbita si verifica un accumulo che provoca un aumento della pressione interna dell'occhio<sup>29</sup>.

Fig.2



*Il percorso dell'umore acqueo<sup>30</sup>*

Il glaucoma è distinto in primario e secondario. Per primario s'intende il glaucoma provocato da alterazioni del sistema trabecolare, per secondario quello che insorge in seguito ad altre patologie oculari o generali. Il glaucoma ad angolo aperto è dovuto ad una sorta d'invecchiamento del sistema trabecolare di deflusso.

Il glaucoma a pressione normale progredisce nonostante la pressione intraoculare sia entro limiti apparentemente normali. Si ritiene che tale forma di glaucoma sia da mettere in relazione ad uno scarso apporto di flusso sanguigno al nervo ottico, che provoca l'atrofizzazione delle fibre nervose<sup>31</sup>.

Fig.3



*Il glaucoma cronico<sup>32</sup>*

Nel glaucoma ad angolo chiuso l'umore acqueo non riesce a raggiungere il sistema trabecolare di deflusso perché l'angolo formato da iride e cornea è troppo stretto: l'iride si addossa lentamente alla cornea ostruendo completamente il passaggio. Anche questo tipo di glaucoma progredisce lentamente, ma in pazienti predisposti può insorgere un attacco acuto di glaucoma<sup>33</sup>.

Fig.4



*Glaucoma ad angolo chiuso*<sup>34</sup>

#### **4.2 L'infermiere spiega le ragioni che stanno alla base del regime terapeutico**

Nel glaucoma, le cellule e le fibre nervose gradualmente muoiono. Di conseguenza, la connessione tra l'occhio ed il cervello s'interrompe. L'occhio ancora "vede" la luce perché i coni e i bastoncelli funzionano, ma la trasmissione dell'informazione visiva al cervello è interrotta. Quest'interruzione è definita danno glaucomatoso. Negli stadi precoci della malattia, quando le prime cellule nervose e le loro diramazioni stanno morendo, la funzione visiva rimane sorprendentemente buona<sup>35</sup>.

#### **4.3 L'infermiere spiega il regime terapeutico prescritto dal medico.**

Il glaucoma può essere trattato con farmaci sottoforma di colliri, distinguiamo i miotici, i simpaticomimetici, i betabloccanti, gli analoghi delle prostaglandine e per uso sistemico gli inibitori dell'anidraasi carbonica.

I miotici agiscono allargando i canali di deflusso del trabecolato sclerale, ridotti nel glaucoma, in seguito a contrazione o spasmo del muscolo ciliare. I simpaticomimetici come l'adrenalina agiscono, probabilmente, sia riducendo la produzione d'umore acqueo sia aumentando il deflusso attraverso il trabecolato sclerale.

E' controindicata nel glaucoma ad angolo chiuso perché è un midriatico, se non sia stata eseguita un'iridotomia. betabloccanti riducono la produzione d'umore acqueo, sono controindicati in pazienti affetti da bradicardia, blocco atrioventricolare o scompenso cardiaco non controllato. Gli inibitori dell'anidraasi carbonica abbassano la pressione intraoculare riducendo la produzione d'umore acqueo<sup>36</sup>. Particolare attenzione andrà posta alla percentuale. La distribuzione durante la giornata è prescritta dal medico l'infermiere può concordare con il paziente come integrare il regime terapeutico con i suoi impegni.

In generale l'obiettivo della terapia del glaucoma può essere riassunto come segue: conservazione della funzione visiva adeguata alle esigenze dell'individuo cagionando effetti collaterali minimi o nulli per la durata della vita del paziente senza alcun impaccio alle proprie attività quotidiane ad un costo accessibile. E' essenziale da parte dell'oculista coinvolgere il paziente nelle decisioni riguardanti la gestione della malattia<sup>37</sup>.

#### **4.4 L'infermiere illustra la tecnica corretta per instillare il collirio.**

Procedura:

A) lavarsi le mani<sup>38</sup>. Le infezioni nosocomiali si trasmettono attraverso le mani degli operatori. Con il lavaggio delle mani si riduce il rischio di trasmettere infezioni ai pazienti<sup>39</sup>.

B) se è la prima volta che si usa quel farmaco versare qualche goccia sul palmo dell'altra mano; così s'insegna con quanta forza si debba premere il flacone per fare uscire il liquido dal flacone. L'infermiere farà ripetere la procedura al paziente.

- I colliri vanno instillati nel sacco congiuntivale mantenendo abbassata la palpebra inferiore, per facilitare la manovra il paziente può stare seduto con la testa indietro. Dopo la somministrazione mantenere chiuse le palpebre per un certo lasso di tempo, preferibilmente 1-2 minuti. Una goccia di collirio è generalmente sufficiente. Qualora sia necessario somministrare contemporaneamente due diversi farmaci in collirio è opportuno aspettare cinque minuti tra una somministrazione e l'altra al fine di evitare interferenze d'assorbimento e problemi di diluizioni<sup>40</sup>. L'infermiere mostra come abbassare la palpebra inferiore e creare il sacco congiuntivale, farà ripetere l'operazione al paziente, l'ausilio di uno specchio potrebbe rivelarsi utile.

Fig.5



Sacco congiuntivale<sup>41</sup>

Se con il dito indice della mano libera si attua anche un'occlusione nasolacrimale mediante una lieve compressione del puntino lacrimale inferiore, oltre che potenziare l'azione locale del collirio se ne minimizzano gli effetti collaterali sistemici, poiché la percentuale di farmaco che raggiunge il torrente circolatorio può essere ridotta di oltre il 50%<sup>42,43</sup>.

Fig. 6



*Compressione del puntino lacrimale<sup>44</sup>*

Come supporti l'infermiere potrebbe usare depliant scritti o mezzi audiovisivi. Le informazioni in forma di volantino può rinforzare la prescrizione verbale e aiutare ad assimilare meglio<sup>45</sup>.

**4.5 L'infermiere spiega la procedura per prenotare la visita di controllo e gli esami successivi, compresa la documentazione necessaria.**

**4.6 Interventi mirati alla promozione della fiducia e l'autoefficacia positiva nella persona.**

L'infermiere analizza con la persona se questa, nel suo passato, ha già risolto un problema analogo.

In caso affermativo farà riferimento alla dimensione psicologica dell'autoefficacia, individuata e concettualizzata già nel 1977. L'agentività può essere definita come la facoltà di far accadere le cose, di intervenire sulla realtà, di esercitare un potere causale. Le persone si sforzano di controllare gli eventi che dirigono la loro vita per realizzare quelli maggiormente desiderati. L'incapacità di controllare gli eventi negativi crea nella persona uno stato d'ansia e di disperazione. Le persone contribuiscono a determinare il loro funzionamento psicosociale attraverso i meccanismi d'agentività personali. E nessun meccanismo d'agentività è più importante o pervasivo delle convinzioni d'autoefficacia. Le convinzioni d'autoefficacia, quindi, sono un importante fondamento per l'azione. La nostra vita è guidata dal nostro senso d'autoefficacia. Il senso d'autoefficacia corrisponde alle convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze d'azioni necessarie per produrre determinati risultati<sup>46</sup>. La quantità d'impegno

investita in un'impresa e la durata della perseveranza davanti ad ostacoli e insuccessi dipendono dalla convinzione. L'agentività permette alla persona di seguire la terapia farmacologia prescritta una volta apprese le informazioni mancanti. La persona avendo acquistato fiducia in se stessa e nelle sue capacità sarà in grado di gestire la sua malattia.

## 5. VALUTAZIONE

La valutazione dovrà essere valida, ovvero dovrà misurare con esattezza ciò che interessa. Il tipo di valutazione sarà subordinato, ovviamente, all'obiettivo prefissato che potrà (cognitivo, gestuale e comunicativo). I test scritti richiedono tempo, intimidiscono e non sempre sono specificatamente adatti per il paziente. Sono utili per valutare l'apprendimento cognitivo<sup>47</sup>. I test orali sono di solito più vantaggiosi e intimidiscono meno rispetto a quelli scritti. L'infermiere porrà le domande in modo informale tenendo come punto di riferimento gli obiettivi cognitivi e comunicativi. La dimostrazione di ritorno è il modo di testare le abilità di performance. Serve a valutare le abilità psicomotorie quindi gli obiettivi gestuali.

L'infermiere valuterà se il paziente è in grado di:

- **definire l'anatomia e la fisiologia dell'occhio,**
- **definire le ragioni che stanno alla base del regime terapeutico,**
- **descrivere il regime terapeutico,**
- **instillare in modo autonomo e corretto il collirio,**
- **prenotare visite ed esami di controllo.**

L'obiettivo generale a lungotermine sarà valutato nelle visite di controllo successive. Parlando con il paziente l'infermiere valuterà se ha sviluppato maggior fiducia in se stesso. I dati rilevati saranno scritti in modo che l'infermiere possa capire se il paziente ha raggiunto o meno gli obiettivi, in modo da valutare la possibilità di ulteriori incontri. In un ospedale inglese specializzato in oculistica, per determinare l'efficacia di un programma d'educazione sono stati usati gruppi di controllo pre/test-post/test. I risultati del post/test, hanno dimostrato che i pazienti traggono beneficio da programmi educativi e che l'infermiere oftalmica è un'efficace insegnante del paziente<sup>48</sup>.

## 6. FATTIBILITA' DEL PROGETTO

Le variabili da considerare per valutare la fattibilità di un progetto sono:

- 1°) **La disponibilità di risorse.**
- 2°) **Le preferenze relative al tipo d'apprendimento.**

### **-3°) Le caratteristiche individuali.**

Nelle risorse materiali rientrano sia un luogo allestito per gli interventi educativi, sia la possibilità di poter usufruire di mezzi audiovisivi e di depliant specifici. L'operatore sanitario che deve fare l'intervento di educazione sanitaria è una risorsa umana, l'azienda può aver investito o meno sulla sua preparazione dandogli la possibilità di fare dei corsi di aggiornamento specifici. In Gran Bretagna, presso l'Università di Manchester, è stato avviato il corso post-laurea per le infermiere che lavorano con i pazienti che soffrono di glaucoma, questo è stato possibile grazie a una donazione generosa dell'associazione internazionale di glaucoma. Il corso riguarderà tutte le funzioni della malattia compresa la fisiologia e l'epidemiologia, ma metterà a fuoco il ruolo del personale infermieristico nella valutazione, supporto e formazione dei pazienti<sup>49</sup>.

Per quanto riguarda la mia personale esperienza lavorativa in Oculistica ho potuto rilevare che sarebbe di estrema importanza non solo disporre di un ambulatorio e un medico dedicati al glaucoma ma anche della preziosa collaborazione di "un infermiere del glaucoma" addestrata a discutere della specificità di questa patologia con il paziente. Le spese sanitarie stanno aumentando a un ritmo vertiginoso e assorbono una percentuale sempre maggiore del prodotto interno lordo delle nazioni sviluppate. Le nazioni che erogano servizi sanitari a tutti i cittadini sono costrette a imporre ritardi sempre maggiori nei servizi terapeutici e a razionare gli interventi medici costosi. Chiaramente questa situazione di crisi richiede ovviamente, l'intensificazione di iniziative di promozione della salute e la riorganizzazione dei sistemi di erogazione per aumentare la produttività<sup>50</sup>. Le caratteristiche individuali dei pazienti che possono influenzare il progetto sono il livello intellettuale, il livello di motivazione e la fase di adattamento alla malattia. Qual'ora il paziente parlasse una lingua diversa si rende necessario la presenza del mediatore culturale, in caso di deficit cognitivi e sensoriali l'infermiere richiederà la presenza di una persona di supporto. Le lezioni possono coinvolgere più persone con la stessa patologia o essere individuali per soffermarsi su uno specifico problema. L'insegnamento individuale è più efficace ma anche più costoso in termini di tempo e denaro. L'esercitazione pratica è un metodo d'insegnamento di insostituibile validità. E' stato ampiamente dimostrato che, a distanza di tre giorni da un'esercitazione pratica permane ben il 90% d'apprendimento a differenza della lezione cattedratica (vista e suono) che lascia solo il 3%<sup>51</sup>. Nella pianificazione di una sessione d'insegnamento è necessario calcolare la quantità di tempo disponibile e la quantità di materiale che deve essere trasmesso. L'educazione dei pazienti esterni è, inoltre, spesso più efficace di quella dei ricoverati e questo per numerose ragioni. I pazienti esterni sono generalmente meno stressati e perciò più capaci di

apprendere rispetto a quelli che sono stati per lungo tempo in ospedale. Hanno già vissuto a casa i cambiamenti della malattia, perciò nella sessione educativa fanno domande pratiche, relative alla vita di tutti i giorni<sup>52</sup>.

## **L' APPRENDIMENTO E L'EDUCAZIONE NELL' ADULTO**

L'apprendimento implica un cambiamento. Comporta l'acquisizione d'abitudini, conoscenze e atteggiamenti. Consente agli individui un adattamento personale e sociale<sup>53</sup>. Carl Rogers, psicologo, ritiene che diversi elementi siano coinvolti nell'atto d'apprendimento. Durante l'apprendimento, l'intera persona è coinvolta nei suoi aspetti affettivi e cognitivi. Anche se lo stimolo parte dall'esterno, il senso della scoperta, della possibilità di progredire o comprendere viene, invece, dall'interno e comporta una variazione del comportamento. Il luogo della valutazione sta nel discente che sa se il suo apprendimento va incontro ai suoi bisogni e va a costituire l'esperienza. Il discente adulto è stato indubbiamente trascurato. I grandi maestri del passato dell'antichità Confucio, Gesù, Aristotele, Socrate e Cicerone insegnavano agli adulti. Questi maestri consideravano l'apprendimento come un processo di ricerca attiva, non come una ricezione passiva di contenuti trasmessi dall'esterno. Nel settimo secolo in Europa le scuole erano organizzate per l'insegnamento ai bambini soprattutto per la preparazione dei ragazzi al sacerdozio. Lo scopo principale degli insegnanti è gli indottrinamento degli allievi nella fede, nelle credenze e nei rituali della Chiesa perciò elaborarono un complesso d'ipotesi sull'apprendimento che prese il nome di "pedagogia" che significa letteralmente "l'arte, la scienza d'insegnare ai bambini". Questo modello è alla base di tutto il nostro sistema scolastico. Dopo la fine della prima guerra mondiale, negli Stati Uniti e in Europa si sono sviluppate nozioni sulle caratteristiche particolari che presentano gli adulti come discenti. Si possono individuare due indirizzi di ricerca dalla Fondazione American Association for Adult Education 1926:

- **L'indirizzo scientifico** cerca di attuare nuove scoperte attraverso ricerche rigorose. Edward L. Thorndike era interessato alla capacità d'apprendimento degli adulti. I suoi studi dimostrarono che gli adulti erano in grado di apprendere e che hanno interessi e capacità diversi da quelli dei bambini.
- **L'indirizzo artistico** si occupò di come gli adulti apprendono.

Linderman C. pose le fondamenta di una teoria sistematica dell'apprendimento degli adulti. Nella formazione degli adulti il curriculum è costruito intorno ai **bisogni e agli interessi dello studente**.

La risorsa di più alto valore nella formazione degli adulti è **l'esperienza del discente**.

Linderman C. sostiene che la persona non inizia a studiare delle materie nella speranza che queste gli siano utili nel futuro, ma che trovandosi di fronte a problemi o a situazioni difficili apprenda le informazioni necessarie per risolvere la situazione. In questo caso cambia il ruolo del docente, non è più un oracolo che parla dall'alto della sua autorità ma diventa una guida fornendo delle indicazioni<sup>54</sup>. Linderman qui delinea una delle ipotesi chiave sui discenti adulti che sono state avvalorate dalle ricerche posteriori e che costituiscono le fondamenta della moderna teoria dell'Apprendimento degli adulti: **gli adulti sono motivati ad apprendere quando avvertono dei bisogni** e degli interessi che l'apprendimento può soddisfare; questi costituiscono quindi le basi appropriate da cui partire per organizzare le attività formative per gli adulti;

- **gli adulti sono orientati verso un apprendimento centrato sulla vita reale**; perciò le unità didattiche appropriate attorno alle quali organizzare l'apprendimento sono le situazioni reali, non le varie materie;
- **l'esperienza costituisce la risorsa più importante** per l'apprendimento degli adulti, perciò il nucleo centrale della metodologia della formazione degli adulti è l'analisi dei contenuti esperienziali;
- **gli adulti sentono fortemente l'esigenza di gestirsi autonomamente** e di conseguenza il ruolo del docente è di impegnarsi con loro in un processo comune di ricerca, piuttosto che trasmettere loro le proprie conoscenze e poi valutare fino a che punto si sono conformati a loro;
- **le differenze individuali aumentano con l'età**, perciò la formazione degli adulti deve poter disporre di una varietà ottimale di stili, tempi, luoghi e velocità d'apprendimento. Carl Rogers, partendo dal punto di vista che la terapia è un processo d'apprendimento, lo ha portato a concettualizzare un insegnamento centrato sullo studente. L'approccio all'istruzione centrato sullo studente si fondava su cinque ipotesi di base. La prima delle quali era: non possiamo insegnare direttamente a qualcuno ma possiamo solo facilitare il suo apprendimento. La sua seconda ipotesi era: una persona apprende in modo significativo solo le cose che percepisce come coinvolte nel mantenimento o crescita della struttura del Sé. Rogers ha riunito la sua terza e quarta ipotesi. Si tende a resistere all'esperienza che, se assimilata, comporterebbe un cambiamento nell'organizzazione del Sé, attraverso la negazione o la distorsione della simbolizzazione e la struttura e l'organizzazione del Sé sembrano diventare più rigide in caso di minaccia; e sembrano invece allargare i suoi confini quando è completamente libero da ogni minaccia. L'esperienza quando è percepita come incompatibile con il Sé può essere assimilata solo se l'attuale organizzazione del Sé è rilassata e dilatata abbastanza da includerla<sup>55</sup>. Malcolm S. Knowles, una delle massime autorità degli Stati Uniti nel campo dell'educazione degli adulti, nel suo testo "Quando l'adulto

impara “ prende in considerazione come l’ insegnare all’ adulto sia diverso dall’insegnare al bambino. Le motivazioni, le aspettative e le strategie non sono uguali. L’andragogia, ovvero l’arte e la scienza di aiutare gli adulti ad apprendere, richiede una relazione paritaria e non giudicante fra studente e docente. Relazione di mutuo rispetto e fiducia. Malcolm S. Knowles, verso la metà degli anni 60, è venuto a conoscenza di questo particolare concetto grazie ad un formatore degli adulti jugoslavo. Questo modello pedagogico attribuisce all’insegnante la piena responsabilità del piano educativo. Il discente deve eseguire le istruzioni dell’insegnante. Knowles sostiene che man mano che l’individuo matura il suo bisogno e la sua capacità di esser autonomo accresce e organizza anche il suo apprendimento di fronte a problemi reali.

Il modello andragogico si basa su questi presupposti:

- **Il bisogno di conoscere.**
- **Il concetto di sé del discente.**
- **Il ruolo dell’esperienza del discente.**
- **La disponibilità ad apprendere.**
- **L’orientamento verso l’apprendimento.**
- **La motivazione.**

#### **IL bisogno di conoscere.**

Tough (1979) ha scoperto che quando gli adulti cominciano ad apprendere qualche cosa per conto loro, investono una considerevole energia nell’esaminare i vantaggi che trarranno dall’apprendimento e le conseguenze negative di un mancato apprendimento. L’infermiere per facilitare l’apprendimento dovrà aiutare il paziente a prendere coscienza del bisogno di conoscere e spiegare l’utilità delle informazioni che riceverà.

#### **Riguardo al concetto di sé del discente :**

Gli adulti hanno un concetto di sé come persone responsabili delle loro decisioni e della loro vita. Una volta raggiunto questo concetto di sé, la persona avverte la necessità psicologica di essere trattata dagli altri come un individuo capace di gestirsi autonomamente, in situazioni in cui altre persone impongono la loro volontà si risentono e le rifiutano. Le esperienze scolastiche passate condizionano la persona, di fronte ad un corso di formazione avverte la necessità di dipendere dall’insegnante ma anche di imporre la sua autonomia. L’infermiere non può imporsi ma deve coinvolgere il paziente nel piano educativo.

## **IL ruolo dell'esperienza del discente.**

Gli adulti entrano in un'attività formativa con il loro bagaglio d'esperienze.

Questo può costituire un problema se la persona sviluppa delle abitudini mentali che tendono a chiudere la sua mente a nuove idee. Il formatore deve scoprire nuovi modi per aiutare gli adulti ad esaminare i loro pregiudizi affinché accettino nuovi modi di pensare.

## **Disponibilità ad apprendere**

Gli adulti sono disponibili ad apprendere ciò che hanno bisogno di sapere e di saper fare per far fronte efficacemente alle situazioni della loro vita reale. La persona non è in grado di seguire il trattamento farmacologico prescritto. Essa sente la necessità di sapere per controllare la malattia, l'infermiere capisce l'esigenza e soddisfa questo bisogno.

## **Orientamento verso l'apprendimento**

Gli adulti sono motivati ad investire energia nella misura in cui ritengono che questo potrà aiutarli ad assolvere dei compiti o ad affrontare i problemi con cui si devono confrontare nelle situazioni della loro vita reale. Una persona malata di glaucoma sarà più motivata ad apprendere informazioni su questa patologia rispetto ad un'altra persona non malata. Durante gli interventi d'educazione sanitaria l'infermiere deve fare leva sulla motivazione evidenziando che le informazioni fornite gli sono date per soddisfare un suo bisogno di salute.

## **Motivazione.**

Benché gli adulti rispondono ad alcuni moventi esterni le motivazioni più potenti sono le pressioni interne. La qualità di vita percepita è una motivazione interna che stimola la persona ad acquistare maggiori conoscenze sulla sua malattia. Il modello andragogico è un sistema di ipotesi che include le ipotesi pedagogiche. Il formatore verifica quale ipotesi è realistica in una data situazione. La strategia pedagogica è appropriata come punto di partenza quando i discenti sono molto dipendenti come quando entrano in contatto con un'area di contenuti estranea. Il pedagogo continuerà con questo metodo. Il docente andragogico prepara in anticipo una serie di procedure per coinvolgere i discenti in un processo che comporta questi elementi:

- 1°) stabilire un clima favorevole all'apprendimento;
- 2°) creare un meccanismo per una progettazione in comune;
- 3°) diagnosticare i bisogni di apprendimento;
- 4°) formulare gli obiettivi del programma (che costituiscono i contenuti) che soddisferà questi bisogni;

- 5°) progettare un modello di esperienze di apprendimento con tecniche e materiali adatti;
- 6°) condurre queste esperienze di apprendimento con tecniche e materiali adatti;
- 7°) valutare i risultati dell'apprendimento e diagnosticare nuovi bisogni di apprendimento.

Queste procedure le applica l'infermiere per creare un piano di educazione sanitaria. Rogers definisce il ruolo dell'insegnante come quello di facilitatore d'apprendimento<sup>56</sup>. Rogers propone le seguenti linee di condotta per facilitare l'apprendimento che possono essere utili all'infermiere durante un intervento formativo.

- Il facilitatore si occupa di predisporre l'atmosfera o il clima iniziale dell'esperienza di gruppo o di classe. L'infermiere porta il paziente in una stanza accogliente, si siederanno uno di fronte all'altro. Particolare attenzione sarà fatta alla difesa della privacy e non ci dovranno essere interruzioni durante il dialogo.
- Il facilitatore aiuta a scegliere e a chiarire gli scopi degli individui nella classe e gli scopi generali del gruppo. L'infermiere spiega al paziente gli obiettivi del suo intervento educativo. Per facilitare l'apprendimento l'individuo può esprimere liberamente le sue opinioni, in caso di stato di conflitto l'infermiere cercherà una mediazione.
- Il facilitatore conta sul desiderio di ogni studente di realizzare gli scopi che hanno senso per lui come forza motivazionale sottesa ad un apprendimento significativo. Il paziente s'impegna ad apprendere le informazioni sul suo trattamento farmacologico per se stesso. Di fronte a una malattia la persona può sentire l'esigenza di essere guidata e tende a dipendere dall'operatore sanitario, è compito di quest'ultimo rendere gradualmente indipendente il paziente facendo leva sulle sue risorse interiori.
- Il facilitatore si sforza di organizzare e di rendere facilmente disponibile la gamma più vasta possibile di risorse per l'apprendimento. L'infermiere oltre a recuperare il materiale necessario per favorire l'apprendimento collabora con altri professionisti per raggiungere lo scopo formativo.
- Il facilitatore si considera come una risorsa flessibile e utilizzabile dal gruppo. L'infermiere deve possedere le conoscenze per fare la lezione e comprendere le esigenze del paziente per facilitare l'apprendimento.
- Il facilitatore nel rispondere alle espressioni del gruppo costituito dalla classe, accetta sia i contenuti intellettuali sia gli atteggiamenti emotivi, sforzandosi di dare ad ogni aspetto

approssimativamente la stessa importanza che esso riveste per l'individuo o per il gruppo. L'infermiere comprende i sentimenti della persona consapevole del fatto che una malattia va a modificare la componente emotiva di una persona.

- Una volta stabilito un clima di accettazione nella classe, il facilitatore è sempre più in grado di partecipare in prima persona all'apprendimento, di diventare un membro del gruppo, esprimendo le sue opinioni solo come individuo fra gli altri. L'infermiere in un piano educativo è un facilitatore d'apprendimento ma anche un supporto per una persona che sta vivendo un momento difficile.
- Nel corso dell'esperienza d'aula, è continuamente attento alle manifestazioni che denotano sentimenti forti o profondi. L'infermiere può esprimere liberamente i propri sentimenti di disappunto o di soddisfazione è importante non giudicare la persona ed evidenziare i comportamenti positivi.
- Nella sua funzione di facilitatore d'apprendimento, il leader si sforza di riconoscere ed accettare i propri limiti. L'infermiere empatizza con il paziente senza farsi sopraffare dalla suo disagio altrimenti viene compromesso l'intero processo di apprendimento.

## LA COMUNICAZIONE

La comunicazione riveste un ruolo importante in tutte le fasi di un piano educativo. **Il termine comunicare indica l'insieme di fenomeni che presiedono alla trasmissione di segnali.**

Ogni uomo è, per definizione, un animale sociale. Un processo di comunicazione avviene quando si ha un passaggio di un messaggio da un mittente a un destinatario. Perché tale processo avvenga è necessario che le componenti che formano il messaggio (segni) siano costruite secondo certe regole e combinate secondo altre regole (codice): mittente e destinatario debbono condividere tali regole, altrimenti non possono comunicare tra loro<sup>57</sup>. La comunicazione spontanea è priva di uno scopo e non è programmata, invece la comunicazione intenzionale è finalizzata prevista e programmata. La comunicazione educativa ha un intento educativo per cui è una comunicazione intenzionale; ha come fine un apprendimento specifico, richiede un'attività di elaborazione complessa da parte dei soggetti e ha una comunicazione retroattiva. Per comprendere ulteriormente che cosa sia la comunicazione e i suoi elementi possiamo fare riferimento agli assiomi della comunicazione messi appunto da Paul Watzlawick, Janet H. Beavin e Don D. Jackson, nella "Pragmatica della Comunicazione Umana" scritto nel 1967 e pubblicato in Italia nel 1971<sup>58</sup>.

- **Il primo assioma metacomunicazionale afferma che non si può non comunicare.** Come il comportamento non ha il suo opposto poiché non esiste un non comportamento, anche la comunicazione non ha un suo opposto, poiché ogni parola, ogni silenzio, ogni sguardo, ogni mancata risposta, ogni nostro atteggiamento comunica e molto spesso comunica più di quanto noi stessi immaginiamo. Anche il silenzio è una comunicazione, dove il significato viene dato da chi lo comunica, ma è l'interlocutore che gli attribuisce un significato in base alle sue interpretazioni. Durante un intervento di educazione sanitaria la comunicazione è continua l'infermiere deve renderla fluida, senza tensioni.
- **Il secondo assioma asserisce che ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione.**

Una comunicazione non soltanto trasmette l'informazione, cioè il contenuto, il "cosa" si comunica, ma anche ed al tempo stesso determina ed impone un certo tipo di relazione. Quest'ultima, infatti, definisce quale rapporto ci sia tra i comunicanti, quindi stabilisce "come" si comunica. Possiamo trovare tre tipi di messaggi di relazione:

- la comunicazione è positiva, c'è apertura all'ascolto, alla disponibilità e al confronto
  - la comunicazione avviene parzialmente
  - la comunicazione non avviene, in ambiente sanitario un classico esempio si ha quando un operatore che si occupa della persona si mette a parlare con un collega. Per questo è importante salvaguardare la privacy durante l'intervento educativo.
- **Il terzo assioma recita così: la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura dalle sequenze di comunicazione tra i comunicanti.** Quest'assioma è abbastanza rivoluzionario, poiché introduce il concetto fondamentale del feed-back. Il terzo assioma afferma che il processo di comunicazione è una funzione ricorsiva, in cui il segnale inviato da A influenza in maniera determinante la risposta di B, a sua volta, condiziona la risposta di A e così all'infinito. La cosa più importante è decidere di comunicare con responsabilità e soprattutto con desiderio costruttivo, provando ad imparare a non reagire automaticamente agli stimoli e provando a comprendere che la percezione della realtà è sempre un processo soggettivo. Quest'ultimo concetto lo trovo molto importante come infermiere mi trovo di fronte a una persona con una malattia cronica che mi

afferma che le informazioni ricevute sono insufficienti per cui devo rivedere le mie capacità comunicative.

- **Il quarto assioma della pragmatica della comunicazione umana c'informa che: gli esseri umani comunicano sia con il modulo analogico che con quello numerico.** La comunicazione numerica corrisponde alla dimensione verbale, alla parola per cui tra il nome e la cosa nominata viene a stabilirsi un rapporto arbitrario, detto convenzione semantica, in base alla quale ad es: la parola di cinque lettere “ g-a-t-t-o” denota un certo tipo di animale peloso a quattro zampe e così via. La comunicazione analogica, invece, è ogni comunicazione non verbale, che sfrutta quindi i segnali del corpo, i movimenti e le espressioni. La comunicazione avviene quindi attraverso due canali verbale e non verbale, che potrebbero trasmettere messaggi opposti.
- **Il quinto assioma afferma che: tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza.** E' simmetrica la relazione paritaria tra partner e quando la reazione dell'uno rispecchia quella dell'altro. E' complementare la relazione in cui uno dei due partner è in posizione up e l'altro down. Perché la relazione complementare non generi conflitti è necessario che la complementarietà sia condivisa, poiché, ove non lo fosse, si avrebbe un'escalation di simmetria. Tre tipi di relazione sono complementari:
  - relazione educativa, in vista della maturità
  - relazione terapeutica sanitaria, a tempus per la malattia
  - istituzional-politica, a tempus, cioè fin tanto che dura la carica governativa

La cinesia studia tutti quei messaggi che possono essere forniti attraverso i movimenti del corpo. Lo sguardo e l'espressione del volto fanno parte della comunicazione non verbale. La direzione, la frequenza e l'intensità dello sguardo è determinante durante uno scambio comunicativo. Il volto è uno dei canali più importanti della comunicazione non verbale. La mimica facciale lascia trasparire le proprie emozioni, oltre ad accompagnare e sostenere il discorso.

- **Gli occhi significano molto di più che guardare la persona con cui interagiamo,** con essi creiamo un contatto psicologico e mandiamo messaggi combinando l'uso delle ciglia, sopracciglia e fronte. Anche i gesti che si fanno possono essere volontari, come strizzare l'occhio, spalancare gli occhi dalla paura, possono esprimere gioia, abbandono, apatia, incredulità, sensualità, dare conferma

durante la comunicazione o disconferma se guardano da un'altra parte. Durante un intervento di educazione sanitaria l'infermiere osserva gli occhi del paziente per capire se è interessato alla lezione e se ha capito. Pure l'educatore deve prestare attenzione ai suoi atteggiamenti come ad esempio spalancare gli occhi di fronte a una procedura sbagliata perché rischia di rallentare l'apprendimento in quanto il paziente si sente giudicato.

- **La testa può annuire, negare o esprimere dubbio.** Per rassicurare il paziente è meglio accompagnare gli atteggiamenti del corpo alle spiegazioni verbali. La voce è il canale su cui esercitiamo minor controllo e quindi rivela gli stati emotivi.
- **Il volume della voce i fattori che possono modificarli sono molti come la distanza tra gli interlocutori, il rumore che c'è nell'ambiente.** Nella comunicazione l'importante è saper usare il volume giusto al momento giusto per dare enfasi, sottolineare concetti, recuperare l'attenzione di chi ascolta.
- **Il tono è il modo in cui moduliamo la voce, i toni più comuni sono quello interrogativo, esclamativo e affermativo che indicano l'intenzionalità comunicativa.** Il ritmo è un mezzo espressivo che può per esempio indicare nervosismo è molto importante parlare lentamente.
- **La pausa è una componente fondamentale della comunicazione** viene usata volontariamente per dare il tempo di riflettere o per dare l'opportunità a qualcuno di parlare. Il silenzio crea tensione emotiva, è necessario cercare la causa.
- **Il riso è una manifestazione spontanea può essere utile in una situazione di tensione,** personalmente io sorrido al primo approccio con il paziente per metterlo a suo agio.

L'aspetto esteriore comunica importanti informazioni rispetto agli individui e influenza le impressioni altrui. I suoi elementi non verbali sono la conformazione fisica, il volto, gli abiti, il trucco e l'acconciatura. Le relazioni tra comunicazioni verbali e non verbali sono molto importanti. L'infermiere deve notare eventuali incongruenze come ad esempio nel caso che il paziente a voce riferisce di avere appreso come somministrarsi il collirio ma ha l'espressione del volto irritata e il tono della voce duro. **Ogni corpo si colloca nello spazio e n'occupa una certa parte, movendosi, assumendo una determinata posizione e orientazione, mettendosi in relazione con altri individui. Holl ha coniato nel 1966 il termine prossemica per delineare quest'area d'interesse<sup>59</sup>.**

Esistono vari modi di stabilire un contatto corporeo, ognuno di questi esprime il grado di intimità tra le persone. Un'altra forma di contatto di fisico è quella rivolta verso se stessi. L'eccessiva vicinanza fisica può essere avvertita come un'invasione e provocare una reazione di allontanamento. Ad ogni postura si può attribuire un significato facilmente decodificabile (es: postura eretta, mani sui fianchi e capo indietro esprime dominanza). Durante la conversazione le braccia e le mani degli interlocutori si muovono in varie direzioni."Ekmon e Friesen hanno definito cinque tipi di gesti:

- **emblematici**, emessi intenzionalmente e con un significato traducibile in parole,
- **illustratori**, emessi intenzionalmente nel corso di un'interazione per illustrare e sottolineare ciò che si dice,
- **regolatori**, emessi intenzionalmente, hanno lo scopo di mantenere il flusso della conversazione, sincronizzare gli interventi (es: un cenno del capo),
- **affect display**, rivelano gli stati emotivi di una persona,
- **adattatori**, funzionali al soddisfacimento di bisogni ed emozioni, non sono intenzionali e possono essere rivolti verso se stessi (es: toccarsi il naso) o verso gli altri. Quando si parla di comunicazione si pensa che la cosa più importante sia esprimersi bene, ma non è così, anche **ascoltare è determinante**<sup>60</sup>.

Udire è un atto fisico che consiste nel riconoscere i suoni, ascoltare è un'azione cognitiva ed emotiva che permette di capire cosa è stato detto. Per migliorare la capacità d'ascolto è necessario ascoltare l'intero messaggio, controllare l'ambiente interno ed esterno e soprattutto essere motivati. Quando si parla di comunicazione, si pensa sempre che la cosa più importante sia sapersi esprimere, ma non è così, l'arte più sottile e preziosa è saper ascoltare. Questo è vero in qualsiasi forma di comunicazione, anche se apparentemente non è un dialogo<sup>61</sup>.

Tra l'infermiere e il paziente avviene una comunicazione terapeutica, il principale soggetto della relazione è il paziente. Peplau, infermiera psichiatrica e teorica del nursing, considera l'assistenza infermieristica come un processo interpersonale terapeutico personale significativo, definendo l'assistenza infermieristica come una relazione fra un individuo malato, o bisognoso di servizio sanitario e un infermiere educato a riconoscere e a rispondere al suo bisogno d'aiuto (Peplau1952). Il significato di una comunicazione è la risposta che riceviamo, l'infermiere è responsabile dell'esito delle sue parole, è necessario procurare tutti gli strumenti per chiarire il messaggio e renderlo efficace. Ci sono strategie per aumentare la conformità alla

terapia che devono essere iniziate, tra queste le tattiche di comunicazione <sup>62</sup>. Per favorire l' intesa con il paziente, è opportuno usare parole semplici e frasi concise, lasciandogli ampio spazio per fare domande; aiutarsi con degli schemi può essere utile. Poiché è verosimile che il paziente si dimentichi gran parte di quanto gli viene detto, va data la priorità ai punti più importanti. La ripetizione è una importante, spesso essenziale, componente del colloquio. Concedere tempo e avere un atteggiamento amichevole può aiutare il paziente a rilassarsi e ad acquisire più informazioni<sup>63</sup>.

## **LA RELAZIONE D' AIUTO**

L'educazione è costituita dalla capacità di prendersi cura dell'altro e si esprime come amore verso la sua crescita e piena realizzazione<sup>64</sup>. La relazione tra infermiere e paziente è diversa da una relazione sociale. **Il paziente non è mai puro oggetto di cure infermieristiche ma deve rimanere soggetto**, affermando la centralità della persona e la dignità del suo bisogno. **L'infermiere con competenza e umanità si prende cura della persona. Nella relazione d'aiuto s'instaura una comunicazione terapeutica.** In base alla ricerca di Carl Rogers 1961 sono state identificate le caratteristiche di una persona terapeutica utile:

- **l'empatia;**
- **la considerazione corretta ;**
- **una buona percezione di sé.**

**L'empatia** è l'abilità di entrare nell'esperienza di un'altra persona e di percepirla in modo preciso, comprendendo la situazione dal punto di vista del paziente. L'empatia comprende l'abilità di rispondere in modo ricettivo alle esperienze dell'altra persona pur mantenendo l'obiettività e l'abilità di comunicare alla persona che la si comprende (Williams 1990, Morsecoll 1992)<sup>65</sup>. **La considerazione corretta** permette all'infermiere di vedere il paziente com'essere umano, non giudica la persona e la vede senza pregiudizi. Il paziente è visto come colui che soffre di una malattia e non che è la malattia. L'infermiere con **una buona percezione di sé** è aperta alle esperienze ed è consapevole dei propri sentimenti e delle proprie attitudini. Durante il processo d'empatia è necessario imparare a coinvolgersi emotivamente, senza però farsi travolgere dalla sofferenza altrui.

## CONCLUSIONI

- La compliance al regime terapeutico prescritto, nella patologia del glaucoma, dipende da un'intera gamma di fattori: individuali (conoscenze, abilità mnemoniche e tecniche, motivazione); relazionali (supporto delle persone vicine); lavorativi (difficoltà ad organizzare i tempi); complessità del regime terapeutico.
- L'infermiere molto spesso si trova di fronte a pazienti che non aderiscono (non compliance) al regime terapeutico prescritto.
- Un accurato accertamento permette di individuare le cause della non compliance e di elaborare un piano assistenziale personalizzato. Per gestire correttamente un intervento di educazione sanitaria, rivolto alla persona che non segue la terapia farmacologia prescritta, ho approfondito il tema dell'educazione.
- In letteratura si trovano diversi studiosi che trattano l'educazione: ho scelto le Teorie sull'apprendimento dell'adulto, di Knowles M., perché forniscono risposte ad alcune problematiche della non compliance (relazione tra bisogno di apprendimento e motivazione; apprendimento inserito nella vita reale; autonomia).
- L'infermiere, oltre a basare il piano educativo su un modello d'apprendimento della gestione efficace della terapia, non deve dimenticare che l'assistenza è caratterizzata dalla relazione d'aiuto e dall'empatia.
- L'assenza di compliance si traduce inevitabilmente in un peggioramento dello stato di salute del paziente.
- L'infermiere ha un ruolo importante nella promozione della salute e quindi nel favorire la compliance al regime terapeutico prescritto alla persona affetta da glaucoma.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Mc Farland G, Mc Farlane E. Procedure Diagnostiche per Infermieri e Protocolli. 2a ed. Milano: Edizioni McGraw-Hill Libri Italia srl, 1995; pag. 26.
- 2- Choplin N, Lundy D. Glaucoma. Edizione originale Martin Dunitz Ltd, 2001; pag. 1.
- 3- Fusi L, Valli A. Il trattamento del glaucoma (1999/2004). Disponibile su: [www.oculistica.it](http://www.oculistica.it) Ultimo accesso: 14/12/2005.
- 4- Khaw PT, Shah P, Elkington AR. Glaucoma: Treatment. British Medical Journal. 2004; 328(1): 156-158.
- 5- Carpenito L J. Diagnosi infermieristiche .2° ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2001; pag. 665.
- 6- Lan LK. Glaucoma. Singapore Nursing Journal. 2000; 27(2): 13-15.
- 7- Carpenito L J. Diagnosi infermieristiche. 2a ed. Milano:Casa Editrice Ambrosiana, 2001; pag. 4
- 8- Studi Analisi Valutazioni Economiche. Compliance (2004). Disponibile su: [www.save.it](http://www.save.it) Ultimo accesso: 28/01/2005.
- 9- James C, Tsai MD. Identification of Medical Compliance Barriers (2005). Disponibile su: [www.opthalmologymanagement.com](http://www.opthalmologymanagement.com) Ultimo accesso: 22/11/2005.
- 10- Olthof CM, Schouten JS, Van de Borne BW, Webers CA. Non compliance with ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma or ocular hypertension an evidence based review. Ophthalmology. 2005; 112(6): 953-61.
- 11- Rimoldi JM. Glaucoma: eziopatogenesi, diagnosi e terapia. Professione Farmacia. 2000;29(11): 1-12.
- 12- Buller AJ, Connel B, Spencer AF. Compliance: clear communication's critical (2005). Disponibile su: [www.afb.org](http://www.afb.org) Ultimo accesso: 08.02.2006.
- 13- Petrova V. The role of information for improvement of patients' treatment in Bulgaria. Cent Eur J Publ Health. 2004;12(2): 69-74.
- 14- Flammer JMD. Glaucoma. Roma: Verducci Editore , 2002; pag. 15.
- 15- American Foundation for the Blind. Visual Impairment and Glaucoma (2005).Disponibile su: [www.afb.org](http://www.afb.org) Ultimo accesso: 08.02.2006.
- 16- Eye Care America. Glaucoma: Early Detection Can Save Your Sight (2005). Disponibile su: [www.eyecareamerica.org](http://www.eyecareamerica.org) Ultimo accesso: 08.02.2006.

- 17- Rimoldi JM. Glaucoma: eziopatogenesi, diagnosi e terapia. Ibidem.
- 18- Boston Consulting Group. Non compliance: cause, conseguenze e possibili strategie correttive (2004). Disponibile su: [www.bcg.com](http://www.bcg.com) Ultimo accesso: 22.11.2005.
- 19- Olthof CM, Schouten JS, Van de Borne BW, Webers CA. Non compliance with ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma or ocular hypertension an evidence-based review. Ibidem.
- 20- Devine N. Patient Compliance Chat Highlights (2004). Disponibile su: [www.willsglaucoma.org](http://www.willsglaucoma.org) Ultimo accesso: 23.11.2005.
- 21- Boston Consulting Group. Non compliance: cause, conseguenze e possibili strategie correttive (2004). Ibidem.
- 22- Mantovani S. La ricerca sul campo in educazione . I metodi qualitativi. Milano: Bruno Mondadori; pag: 39.
- 23- Tecnoteca srl. L'apprendimento degli adulti (2005). Disponibile su: [www.tecnoteca.it](http://www.tecnoteca.it) Ultimo accesso: 14.11.2005.
- 24- Carpenito L J. Diagnosi infermieristiche. Ibidem.
- 25- Hoevenaars J, Schouten J, Van de Borne B, Beckers H Webers C. Socioeconomic differences in glaucoma patients' knowledge, need for information and expectations of treatments. Acta Ophthalmologica Scandinavia. 2006;84(2): 84.
- 26- Fralenuvol. Ansia. Disponibile su: [www.fralenuvol.it](http://www.fralenuvol.it) Ultimo accesso: 21.11.2005.
- 27- Mansutti L. Come funziona l'occhio (2002). Disponibile su: [www.oculistairete.it](http://www.oculistairete.it) Ultimo accesso 14.11.2005.
- 28- Vedo. Il meccanismo della visione. Disponibile su: [www.vedo.net](http://www.vedo.net) Ultimo accesso 08.02.2006.
- 29- Fusi L, Valli A. L'occhio come funziona (1999/2004). Disponibile su: [www.oculista.it](http://www.oculista.it) Ultimo accesso: 08.02.2006.
- 30- Vedo. Glaucoma. Disponibile su: [www.vedo.net](http://www.vedo.net) Ultimo accesso: 08.02.2006.
- 31- Fusi L, Valli A. I tipi di glaucoma (1999/2004) Disponibile su. [www.oculista.it](http://www.oculista.it) Ultimo accesso: 14.11.2005.
- 32- Fusi L, Valli A. Ibidem.
- 33- Fusi L, Valli A. Ibidem.
- 34- Fusi L, Valli A. Ibidem.

- 35- Flammer J. Glaucoma . Roma: Verducci Editore ,2002; pag. 16.
- 36- Ministero della Salute. Guida all' uso dei farmaci (2003). Disponibile su: [www.guidausofarmaci.it](http://www.guidausofarmaci.it)  
Ultimo accesso: 11.11.2005.
- 37- European Glaucoma Society. Terminologie e linee guide per il glaucoma. 2a ed. 2003.
- 38- Bellocchi R, Giardini P, Buratto L. Assistenza alle procedure oculari. Asti: Fabiano Editore, 2001; pag. 121.
- 39- Mensah E, Murdoch IE, Binstead K, Rotheram C, Franks W. Hand hygiene in routine glaucoma clinics. British Journal of Ophthalmology. 2005;89(5): 1541-1542.
- 40- Ministero della Salute. Guida all' uso dei farmaci. Ibidem.
- 41- Mansutti L. Il glaucoma (2002). Disponibile su: [www.oculistainrete.it](http://www.oculistainrete.it) Ultimo accesso: 14.11.2005.
- 42- Peduzzi M. Manuale di oculistica. 2a ed Mc Graw-Hill,2000; pag. 176.
- 43- Rimoldi JM. Glaucoma:eziopatogenesi, diagnosi e terapia. Ibidem.
- 44- Prevent Blindness America. The Glaucoma Learning Center (2005). Disponibile su: [www.preventblindness.org](http://www.preventblindness.org) Ultimo accesso: 08.02.2006.
- 45- Lan LK. Glaucoma. Ibidem.
- 46- Bandura A Autoefficacia. Trento: Edizioni Erickson, 2000; pag. 23.
- 47- Craven RF, Hirnle CJ. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Milano: Casa Ambrosiana Editore, 2004; pag. 506.
- 48- Rendell J. Effect of healt education on patients' beliefs about glaucoma and compliance. Nursing Journal. 2000; 25(4): 112-8.
- 49- The University of Manchester.New Glaucoma Course For Nurse (2005). Disponibile su: [www.manchester.ac.uk](http://www.manchester.ac.uk) Ultimo accesso: 08.02.2006.
- 50- Bandura A Autoefficacia. Trento: Edizioni Erickson, 2000; pag. 404.
- 51- Martin A. Schemi di didattica della medicina. Padova: Edizioni Cedam, 2000; pag. 20
- 52- Craven RF, Hirnle J. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2004; pag. 500.
- 53- Knowles M. Quando l'adulto impara. 8a ed Milano: Franco Angeli Editore, 2002; pag. 23.
- 54- Knowles M. Quando l'adulto impara. 8a ed Milano: Franco Angeli Editore, 2002; pag. 47.
- 55- Knowles M. Quando l'adulto impara. 8a ed Milano: Franco Angeli Editore, 2002; pag. 74.

- 56- Knowles M. Quando l'adulto impara. 8a ed Milano: Franco Angeli Editore, 2002; pag. 138.
- 57- Gensini S. Manuale della comunicazione. Roma. Carrocci. 2002; pag. 21.
- 58- Romano RG. IL gioco come tecnica pedagogica di animazione. Lecce: Pensa Multi Media, 2000; pag, 50-56.
- 59- Farè G. La comunicazione. Disponibile su: [www.psicopedagogia.it](http://www.psicopedagogia.it) Ultimo accesso: 14.12.2005.
- 60- Farè G. Ibidem.
- 61- Livraghi G. Comunico bene. Disponibile su: [www.comunicobene.com](http://www.comunicobene.com) Ultimo accesso: 14.11.2005.
- 62- Petkova V, Dimitrov M. Assessment of pharmacy patients' compliance in Bulgaria . Boll Chim Farm. 2004; 143(7): 263-266.
- 63- Amorelli F. Il Glaucoma. Disponibile su: [www.oftal.it](http://www.oftal.it) Ultimo accesso: 09.11.2005.
- 64- Pollito M. Comunicazione positiva e apprendimento cooperativo. Trento: Edizioni Erickson 2003; pag. 1.
- 65- Craven RF, Hirnle J. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2004; pag. 348.