



Educazione sanitaria al paziente nel nursing perioperatorio

Infermiere Giacomo Ferrarello

*Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9
40138 Bologna, Italia
Tel. 051 6363413 - 6363457
Fax. 051 6363025 - 6363500*

E-mail: servinf@orsola-malpighi.med.unibo.it

Web: www.med.unibo.it/reparti_servizi/servinfer/homepage.html

INTRODUZIONE

L'intervento chirurgico rappresenta un evento stressante per la persona che deve subirlo sia dal punto di vista organico, per l'alterazione dell'integrità e della funzionalità degli apparati coinvolti, sia dal punto di vista psicologico. Sotto questo aspetto vanno considerati i dubbi del paziente circa il ritorno allo stato di autonomia precedente l'intervento chirurgico (compatibilmente con le necessità cliniche) e i timori legati alla percezione delle procedure anestesologiche e chirurgiche come potenzialmente pericolose per la personale incolumità.

È in questa situazione stressante che emerge la necessità comunicativa. Laddove il medico fornisce risposte competenti, ma perlopiù identificanti il paziente con la malattia di cui è portatore, l'infermiere, con la propria naturale predisposizione a trattare con il paziente in maniera non esclusivamente medicalizzata, si propone come la più importante figura sanitaria in grado di rassicurare (in modo non generico), educare e riabilitare il paziente.

Scopo del presente lavoro è stato quello di verificare l'esistenza, in letteratura, di informazioni concernenti l'efficacia di strumenti educativi rivolti al paziente chirurgico finalizzati a:

- migliorare le capacità di fronteggiare un evento avverso quale è un intervento chirurgico;
- migliorare l'autonomizzazione nell'immediato periodo post-chirurgico;
- accelerare il ritorno del paziente alle proprie abituali attività nel medio periodo post-chirurgico.

MATERIALI E METODI

Parole chiave:

Perioperative patient education.

Strategia di ricerca:

1) La ricerca ha riguardato le seguenti banche dati:

NGC

SIGN

NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP

AHRQ

RCN

Cochrane Library

MedLine

2) Abbiamo escluso tutti gli articoli di cui non fossero disponibili gli abstract.

3) La ricerca è stata effettuata utilizzando più combinazioni di parole chiave quali: Perioperative care AND patient; perioperative information; perioperative education AND patient; perioperative education. I risultati ottenuti sono stati sensibilmente inferiori rispetto a quelli ottenuti impiegando la parola chiave.

4) I documenti sono stati scelti sulla base della pertinenza con la ricerca in oggetto e tipologia di documento. In particolare i documenti reperiti forniscono una evidenza di tipo A.

5) Di seguito la tabella analitica dei documenti selezionati:

DB	Titolo	Link
Medline	Young R, de Guzman CP, Matis MS, McClure K. <i>Effect of preadmission brochures on surgical patients' behavioral outcomes</i> RCT	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7944321&dopt=Abstract
Medline	Lookinland S, Pool M. <i>Study on effect of methods of preoperative education in women CCT</i>	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9448865&dopt=Abstract
Medline	Carter L, Evans T. Preoperative visiting: a role for theatre nurses RT	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8704447&dopt=Abstract
Medline	Fortner P A Preoperative patient preparation: psychological and educational aspects RT	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9510835&dopt=Abstract

I primi due documenti riportati nella tabella precedente sono quelli su cui abbiamo basato l'analisi. Per comodità d'esposizione ci riferiremo, d'ora in avanti, al lavoro di Young-de Guzman-Matis-McClure come "studio 1" e a quello di Lookinland-Pool come "studio 2".

In entrambi gli studi i pazienti presi in considerazione erano donne, sottoposte ad interventi di isterectomia addominale (38 pazienti nello studio 1) e ad interventi di chirurgia addominale tradizionale (50 pazienti nello studio 2).

L'assegnazione delle pazienti ad uno dei due bracci di ricerca è stata casuale.

Le ipotesi di lavoro per entrambi i gruppi includevano un migliore risultato in termini di controllo dell'ansia, di recupero post-operatorio, di tempi di degenza, di ritorno allo stato precedente e di soddisfazione rispetto ai gruppi di controllo che avevano fruito di modalità educative diverse da quelle dei gruppi sperimentali.

Le strategie operative dei due studi si sono articolate in maniera diversa.

Nello studio 1 a tutte le pazienti sono stati distribuiti, circa dieci giorni prima del ricovero, una lettera di presentazione e un libretto orientativo; le pazienti incluse nel gruppo sperimentale hanno ricevuto anche un opuscolo contenente istruzioni per lo svolgimento di esercizi specifici quali tosse, respirazione profonda, girarsi nel letto, alzarsi eccetera.

Nei giorni programmati per l'intervento l'infermiere che si occupava della ricerca, ha esposto alla paziente lo studio e rivisto i criteri di inclusione nello studio per poi fare firmare un modulo di consenso informato. Infine l'infermiere di ricerca ha chiesto alle pazienti di mostrare la padronanza degli esercizi indicati nell'opuscolo ricevuto in precedenza annotandone il tempo occorrente al loro corretto svolgimento. Alla fine della degenza, l'infermiere di ricerca ha ricordato a tutte le pazienti del gruppo sperimentale di compilare e spedire il foglio relativo ai dati di soddisfazione del paziente e il modulo di valutazione dello status funzionale inviato a distanza di un mese dalla dimissione. In caso di mancato ricevimento delle risposte, l'infermiere di ricerca ha contattato nuovamente le pazienti.

Lo studio 2 ha utilizzato due modalità di insegnamento corrispondenti ai due bracci in cui state divise le pazienti: il gruppo sperimentale ha svolto un'educazione personalizzata 2-3 giorni prima del ricovero guidata da uno stesso infermiere; il gruppo di controllo ha, invece, ricevuto un'educazione post-ricovero non strutturata condotta dall'infermiere in turno al momento dell'ammissione, il cui contenuto è stato influenzato dalla disponibilità di tempo di quest'ultimo. I ricercatori hanno utilizzato tre strumenti di raccolta dati, in particolare: uno strumento di soddisfazione del paziente, che includeva la valutazione di fattori tecnico-professionali, di fiducia e di relazione; un modulo di valutazione del recupero del

paziente, che comprendeva la valutazione di forma e appetito, condizioni gastro-intestinali, capacità di urinare, intensità del dolore, autonomia; un questionario sullo status funzionale che valutava lo stato psicologico e sociale. Anche in questo caso la formazione pre-ricovero è stata svolta da un solo infermiere, mentre quella post-ricovero è stata condotta da più infermieri, in entrambi i casi tutti ricercatori.

RISULTATI

Le ipotesi dello Studio 1 sono state confermate solo in parte in quanto non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi sperimentali e quelli di controllo.

Per quanto riguarda lo Studio 2:

Soddisfazione: quanto riscontrato depone per una maggiore soddisfazione del paziente con le professioni tecniche, con l'educazione infermieristica e nelle relazioni improntate a fiducia tra paziente e infermiere.

Recupero: il gruppo sperimentale ha conseguito un significativo aumento del recupero post-operatorio.

Questionario status funzionale: in generale non vi sono differenze significative tra i due gruppi, però un elemento in particolare ha evidenziato un differenza considerevole, la drastica riduzione dell'allettamento nel primo mese post-dimissione.

DISCUSSIONE

Studio 1

Questo sostiene che, sebbene altri studi abbiano rilevato un generico miglioramento nelle condizioni di ansietà, i risultati ottenuti depongono per una sostanziale non significatività tra i due gruppi. Inoltre alcuni studi su pazienti con bassi livelli di ansia, non hanno riportato mutamenti significativi rispetto a questa; in più i pazienti preferiscono ricevere un supporto psicologico pre-operatorio più che migliorare la propria abilità nello svolgere alcuni esercizi anche se finalizzati ad un recupero più pronto. Molti pazienti poi preferiscono istruzioni pre-operatorie dopo il ricovero piuttosto che prima e tale elemento si scontra con la tendenza USA a fare coincidere, in questo genere di procedure, ricovero e intervento. In questo studio è più forte la preoccupazione per le necessità del paziente e per i suoi timori nei confronti della procedura e su quanto possa aiutarlo nel ritorno allo stato funzionale precedente l'intervento che la dimostrazione dell'efficacia economica dell'intervento educativo infermieristico.

Studio 2

Per questo lavoro è da segnalare un taglio economicista che spinge gli autori ad affermare che l'educazione pre-ricovero è *a cost effective mechanism that supports the information needs for patients undergoing surgical procedures* e che il miglioramento dei risultati *permit health care institutions to remain competitive* e ancora *preadmission education not only produces positive patient outcomes, but decreases cost overall by shortening surgical patients' LOS (length of stay)*.

I risultati dello studio sono compatibili con quelli di altri studi analoghi che vedono favorita l'educazione strutturata rispetto a quella non strutturata in ambiente "a pagamento" (*fee-for-service*).

Si deve, poi, notare che quando vengono utilizzati strumenti educativi diversi dal contatto personale con gli infermieri, non sono state riscontrate differenze nella soddisfazione del paziente o nel ritorno allo stato funzionale precedente.

La contraddizione tra questo studio ed altri citati dagli autori, nei quali non erano segnalate differenze nei risultati tra gruppi di controllo e gruppi sperimentali, sta, per ammissione degli stessi autori, nella diversa ambientazione dello studio (tipologia di paziente e di struttura sanitaria) o nell'adozione di una diversa strategia educativa per il paziente. A causa dell'impronta eccessivamente economicista, lo studio attribuisce importanza ai risultati più come strategia per conquistare spazio nel mercato della sanità, che non alla prestazione in quanto tale utile al paziente, tanto che *structured preadmission education by nurses then becomes a valuable marketable commodity in today's health care market place*.

Relativamente ai tempi di recupero del paziente è stato dimostrato un loro miglioramento per i gruppi sperimentali che hanno ricevuto un'educazione pre-ricovero strutturata. Centrale è l'aver dimostrato che gli interventi infermieristici sono in grado di influenzare i risultati dei protocolli clinici.

Infine per quanto riguarda il ritorno del paziente allo stato funzionale precedente il ricovero, non sono state registrate differenze significative tra i due gruppi. Consensualmente ai risultati dello Studio 1, è da segnalare una riduzione dei tempi di allettamento a casa e un aumento del tempo impiegato in attività sociali.

Le indicazioni per future ricerche sono pertinenti al taglio economicista dello studio: la necessità di controllare i costi sembra essere l'unico spunto per altre ricerche basate, questa volta, sull'educazione di gruppo contrapposta a quella individuale.

BIBLIOGRAFIA

Young R, de Guzman CP, Matis MS, McClure K. *Effect of preadmission brochures on surgical patients'behavioral outcomes* AORN J1994 Aug; 60(2):232-6, 239-41

Lookinland S., Pool M. *Study on effect of methods of preoperative education in women* AORN J. 1998 Jan; 67(1):203-8, 210-3.

Giacomo Ferrarello, Sala Operatoria Chirurgia Pediatrica, telefono 4561
e-mail: g.ferrarello@infinito.it