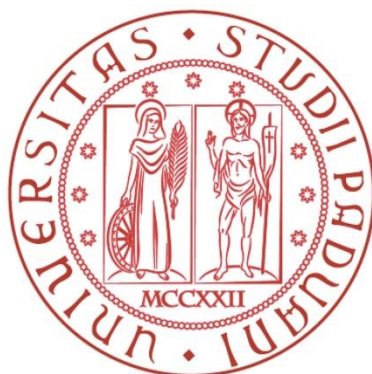


UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA



Tesi di Laurea

**“LE INFORMAZIONI RICEVUTE DAL PAZIENTE SOTTOPOSTO
AD INTERVENTO CHIRURGICO IN ELEZIONE:
INDAGINE PRESSO UN'UNITÀ DI CHIRURGIA GENERALE”**

Relatore: **Prof.ssa Maria Paola Masiero**

Laureando: **Francesco Hitaj**

Anno accademico 2014/2015

INDICE

RIASSUNTO	pag.1
------------------	--------------

Introduzione:

Descrizione del problema e del contesto	pag.3
--	--------------

Capitolo I: LA QUALITA' PERCEPITA DELL'ASSISTENZA

1.1 Soddisfazione dell'utenza e qualità delle cure	pag.5
1.2 La figura dell'infermiere nell'educazione preoperatoria	pag.5
1.3 Modalità e momenti dell'educazione preoperatoria	pag.7
1.4 Strumenti per la gestione dell'educazione preoperatoria	pag.8

Capitolo II: L'INDAGINE

2.1 Obiettivi	pag.11
2.2 Disegno della ricerca	pag.11
2.3 Il contesto e il campione	pag.12
2.4 Modalità di indagine	pag.13
2.5 Strumento di indagine della ricerca qualitativa	pag.13
2.6 Strumento di indagine della ricerca quantitativa	pag.14

Capitolo III: RISULTATI

3.1 Risultati dell'indagine qualitativa	pag.19
3.2 Risultati dell'indagine quantitativa	pag.20

Capitolo IV: DICUSSIONI E LIMITI

pag.25

4.1 Discussione

pag.25

4.2 Limiti della ricerca

pag.26

CONCLUSIONI

pag.29

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

RIASSUNTO

L'influenza positiva riportata dall'educazione preoperatoria nei confronti dei risultati e della soddisfazione dell'utenza rispetto all'esperienza chirurgica, sommata all'incremento della complessità degli interventi informativi ed educativi forniti dal personale infermieristico e scarsa presenza in letteratura scientifica di protocolli assistenziali in cui venga definito un modello ideale per la gestione dell'educazione preoperatoria, hanno condotto alla realizzazione di uno studio volto ad analizzare l'attività informativa ed educativa ricevuta dagli utenti durante il periodo preoperatorio, all'interno di una U.O. di Chirurgia generale dell'Azienda U.L.S.S. 13.

Lo studio, in particolare, mira ad indentificare, attraverso una prima indagine qualitativa sviluppata attraverso un'intervista semi-strutturata, i principali bisogni informativi ed educativi degli utenti nel periodo preoperatorio, per poi effettuare in un secondo momento, attraverso la somministrazione di questionari a risposta multipla la rilevazione del loro grado di soddisfazione nei confronti dell'assistenza informativa ed educativa percepita durante questo periodo di preparazione all'intervento, sia nei confronti delle singole esigenze riscontrate, che in senso generale. È stata distinta inoltre la figura professionale che secondo l'opinione dell'utenza, ha prestato maggior attenzione nell'accogliere i propri bisogni informativi ed educativi.

Sono state individuate 13 tipologie di informazioni ed educazioni, raccolte a loro volta all'interno di 6 categorie in rapporto all'ambito assistenziale attinente.

Emerge che il 53,8% di utenti sono soddisfatti per le informazioni ricevute in merito alla tipologia di intervento chirurgico e alle tecniche adottate, l'89,7% riguardo le informazioni relative all'anestesia ed il 28,2% nei confronti delle anticipazioni sulla gestione del dolore. Per quanto riguarda invece il grado di soddisfazione in senso generale dell'utenza rispetto all'assistenza informativa ed educativa preoperatoria percepita, in una scala 1-10, si evidenzia un valor medio di 6,22 corrispondente alla fascia definita come "più che soddisfatto". Un'ulteriore analisi mostra come la figura infermieristica, sia considerata da parte dell'utenza la più attenta e disponibile ad accogliere i propri bisogni informativi ed educativi.

La carenza di omogeneità riscontrata negli interventi attuati dai vari professionisti sanitari, dimostrata a sua volta attraverso i differenti gradi di soddisfazione rilevati, portano ad evidenziare l'importanza rivestita dall'utilizzo di piani educativi standardizzati, nella guida a queste tipologie di interventi assistenziali. Inoltre l'individuazione della figura infermieristica come la più attenta a cogliere le esigenze informative ed educative dell'utenza, porta a sottolineare l'importanza rivestita dal suo ruolo durante la fase di preparazione all'intervento chirurgico.

INTRODUZIONE

Descrizione del problema e del contesto

I progressi svolti in ambito sanitario, in merito alle conoscenze e alle tecniche chirurgiche, hanno portato nella attuale realtà sanitaria, una notevole riduzione delle giornate di ricovero e dei tempi utili alla preparazione degli interventi.

Tale fenomeno si è riversato in un incremento della complessità degli interventi educativi del personale sanitario, impegnato a fronteggiare un aumento delle quantità delle informazioni ed educazioni da fornire, in un arco di tempo sempre più limitato.

A questo fattore viene ad aggiungersi l'assenza nelle varie U.O. di Chirurgia, compresa quella analizzata, di un protocollo per la gestione dell'educazione al paziente chirurgico nel periodo preoperatorio, accompagnata alla scarsa presenza nella letteratura scientifica, di studi che raccolgano un modello educativo ideale che comprenda gli ambiti di maggior rilevanza, analizzati secondo l'ordine sequenziale/temporale con cui vengo fornite.

Il maggior rischio derivante dalla concomitanza di questi elementi, riguarda una compromissione dell'efficacia e completezza delle informazioni e dell'educazione fornita, con possibili ripercussioni sulla soddisfazione dell'utente riguardo il proprio processo chirurgico.

Le ricerche, a tal proposito, hanno infatti dimostrato che l'educazione preoperatoria può migliorare sia i risultati del paziente, sia la sua soddisfazione nei confronti dell'esperienza chirurgica. (1) Inoltre il paziente se ben informato oltre a mostrare un maggior gradimento, partecipa in maniera più attiva al proprio percorso di cura. (2)

Per i motivi indicati, la proposta è quella di analizzare, in una Chirurgia Generale dell'U.L.S.S 13 (Ve), il grado di soddisfazione dell'utenza in merito alle informazioni ed educazioni ricevute durante il periodo preoperatorio, in un regime di ricovero ordinario.

L'esperienza di tirocinio effettuata presso questa unità operativa, ha dato modo di evidenziare, specialmente durante la sera precedente l'intervento, la presenza di una condizione di disagio nei pazienti derivante dalla presenza di dubbi ed incertezze in merito all'intervento.

Durante le conversazioni espletate nel corso delle varie attività assistenziali, una certa quantità di pazienti mostrava una scarsa conoscenza della procedure cui sarebbero stati sottoposti e poneva quesiti a tal riguardo agli infermieri presenti.

Questo bisogno da parte dell'utenza, indicava chiaramente qualità non ottimale degli interventi informativi ed educativi attuati dall'equipe sanitaria, che scatenava come prima conseguenza un aumento della condizione di stress e dell'ansia per l'imminente intervento chirurgico ed un'influenza negativa sulla soddisfazione del paziente circa la qualità l'assistenza sanitaria percepita.

Capitolo I: LA QUALITA' PERCEPITA DELL'ASSISTENZA

1.1 Soddisfazione dell'utenza e qualità delle cure

La soddisfazione del paziente è un concetto complesso e soggettivo che coinvolge fattori fisici, mentali, emotivi, sociali e culturali educazione. (3) La qualità dell'assistenza non è determinata esclusivamente dai risultati dei trattamenti, ma anche dal modo con il quale i pazienti vengono supportati durante la loro permanenza ospedaliera. (4) L'esito favorevole dell'intervento chirurgico, come l'assenza di complicanze non sono sufficienti a compensare il mancato passaggio di conoscenze terapeutiche dall'operatore all'utente. Quest'ultimo deve divenire partecipe ed essere responsabilizzato verso il proprio percorso di cura; solo in questo modo non si sentirà abbandonato a se stesso e non tenderà a negativizzare tutta l'esperienza chirurgica. Di conseguenza come riportato da Findik (5) nel proprio studio, la soddisfazione dei pazienti nei confronti dell'assistenza infermieristica è un indicatore della qualità delle cure fornite all'interno della struttura sanitaria. Al fine di garantire l'obiettivo principale dell'assistenza, ovvero il raggiungimento del miglior condizione di benessere fisico-psichico-emotivo dell'utente, si sottolinea dunque, l'importanza rivestita dall'adozione di un intervento informativo/educativo completo e ben programmato.

1.2 La figura dell'infermiere nell'educazione preoperatoria

“L'infermieristica è una professione con funzione preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.”(6)

Ed ancora:

“L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.” (7)

Come riportato dal Profilo Professionale e dal Codice Deontologico, nell'ambito dell'assistenza al malato e l'infermiere assume anche il ruolo di educatore. Lo scopo del suo intervento è quello di porre il paziente nelle condizioni di comprendere ed assimilare, e

quindi “far proprie”, informazioni, suggerimenti, nozioni e conoscenze strettamente correlate ed utili al mantenimento del suo stato di salute. Egli è il professionista che più di altri sta a contatto con l’utenza durante la loro preparazione, e che quindi più si appresta di più a soddisfare le necessità di informazione richiesta dai pazienti.

Nello specifico ambito chirurgico, l’infermiere progetterà un intervento educativo che comprende tutte le fasi dell’operazione. Specialmente nelle fase preoperatoria, il paziente necessita di essere ascoltato, di essere sicuro di poter avere dei chiarimenti immediati riguardo le procedure cui viene sottoposto, e soprattutto di essere accompagnato nell’esperienza che vivrà.

Queste dinamiche sono a carico di tutti gli operatori sanitari ma, è l’infermiere la figura che rimane più a contatto con l’utente ed è quindi il diretto responsabile dell’educazione per la sua assistenza; il professionista deve relazionarsi con il soggetto per educarlo, insegnargli i comportamenti che nel periodo post-operatorio ridurranno il rischio di comparsa di complicanze e a domicilio conserveranno il suo stato di salute. Ed è proprio nei confronti di questo aspetto che Blay, nel suo studio, riporta una stretta dipendenza tra l’educazione preoperatoria e l’aumento della capacità di autocura e di gestione delle complicanze da parte dell’utenza. (8)

La preparazione preoperatoria all’intervento chirurgico prevede non solo la gestione fisica dell’utente, ma anche, e soprattutto, quella psicologica ed emotiva.

Ad una situazione già di per sé disagiata recata dalla malattia, al paziente viene ad aggiungersi lo stress psico-fisico causato dall’ospedalizzazione. Egli si ritrova a dover fronteggiare diversi aspetti riguardanti la nuova condizione, correlati specialmente all’ambiente ospedaliero in senso fisico e sociale.

A questo elemento, viene ulteriormente a sommarsi, una condizione di malessere caratterizzata dall’ansia, a sua volta correlata alla minaccia ed all’imminenza dell’intervento chirurgico.

Essa rappresenta un ulteriore rischio per la salute del paziente, in quanto può interferire con la sua capacità di apprendimento ed adattamento, inibire la risposta immunologica e farmacologia, indurre un aumento del di-stress e del dolore post-operatorio. (9) L’incidenza relativa alla presenza dell’ansia preoperatoria, secondo uno studio di Bulfone risulta essere compresa tra il 60% e l’80% dei casi. (10) Si evidenzia il tal modo

l'importanza dell'attività infermieristica volta in primo luogo ad individuare questi disordini del paziente al fine di attuare, in secondo momento, piani assistenziali basati su interventi informativi ed educativi adeguati. Già dal 1975 in letteratura è documentato che all'aumentare del livello di informazioni fornite si osserva una riduzione dell'ansia, (11) per cui diviene importante ribadire l'importanza presentata da questo aspetto assistenziale nel garantire una condizione di benessere psichico-emotivo nel paziente.

La natura di questi interventi si basa su un rapporto di fiducia instaurato tra l'infermiere e paziente. Questo legame se curato consente all'operatore di facilitare l'espressione dei sentimenti, in modo da individuare i suoi reali bisogni e le modalità appropriate per soddisfarli. Il paziente ha bisogno di essere ascoltato, di esprimere i propri timori, di sentirsi protetto, in questa condizione di fragilità dettata dal ricovero. Questo aspetto deve essere tenuto in considerazione anche in soggetti che hanno già effettuato precedentemente un intervento simile; ogni esperienza è diversa dall'altra e l'utente ha il bisogno, oltre che al dovere, di essere accompagnato allo stesso modo.

Bisogna comunque ricordare che in questo tipo di attività assistenziale, la gestione del caso, essendo influenzata dalla presenza di diverse tipologie di caratteri psicologici tra i vari pazienti, deve essere personalizzata per singolo soggetto. (12) L'infermiere, tramite la relazione con l'utente, deve essere in grado di cogliere i segnali che egli trasmette e capire qual è il suo reale bisogno di informazione. Molti pazienti, infatti, decidono di non voler ricevere molti dettagli sull'intervento, in modo da evitare un aumento dell'ansia, mentre altri per ridurla credono sia utile sapere quanto più possibile.

1.3 Modalità e momenti dell'educazione preoperatoria

Una gestione ottimale dell'educazione prevede anche l'individuazione dei momenti adatti per fornirla. Uno dei primi studi nel quale vengono poste delle considerazioni al riguardo è stato condotto nel 1975 da Jill Holmes (11). Egli riteneva che la prima visita preoperatoria fosse il miglior momento per fornire informazioni. Stesso concetto viene ribadito da Kruzik 2009 il quale nel suo studio ritiene indispensabile che l'insegnamento preoperatorio debba iniziare al momento del primo colloquio con lo specialista, per poi continuare al momento del ricovero in reparto. (1)

In questi primi incontri il paziente ha l'occasione di conoscere gli operatori sanitari prima del ricovero nella struttura, di porre domande riguardanti l'intervento chirurgico e di instaurare già una progettazione delle cure postoperatorie. Questo gli consentirà di presentarsi al giorno dell'intervento più tranquillo e preparato, oltre che a ridurre il carico di interventi educativi da fornire al momento della dimissione. Per tali motivi è importante che il professionista sfrutti ogni singolo contatto con l'utente per fornire interventi informativi/educativi mirati.

In particolare, in seguito al primo colloquio, durante la fase che precede il ricovero, il paziente effettua ulteriori accessi all'interno della struttura sanitaria, utili alla conduzione di visite ed esami specialistici volti alla preparazione dell'intervento chirurgico. In base alla patologia e al tipo di intervento, diversi sono i percorsi adottati nella preparazione del paziente. Ciò che accomuna questi vari percorsi, è sicuramente la conduzione di una visita anestesiológica. In questa occasione l'utente ha la possibilità di conoscere il medico anestesista, che lo informa ed educa sulle varie tipologie di anestesia realizzabili, sui rischi e complicanze di queste oltre che alle modalità di monitoraggio e controllo delle funzioni vitali durante lo svolgimento della stessa.

È utile inoltre distinguere quale modalità attuare per fornire le informazioni ai pazienti. Oltre al classico colloquio verbale, possono essere impiegati diversi materiali di supporto per l'educazione tra cui, materiale informativo cartaceo, internet e mezzi audio-visivi come videocassette o DVD contenenti appositi filmati illustrativi. Tra queste modalità, si ritiene che la migliore riguardi il colloquio personale con l'educatore, poiché in questa occasione il modello informativo adottato viene calato alla singola esperienza chirurgica del paziente. Inoltre l'operatore ha l'occasione di anticipare all'utente le sensazioni e i comportamenti attesi durante le varie procedure. (13)

1.4 Strumenti per la gestione dell'educazione preoperatoria

All'interno dell'U.O. considerata, l'educazione preoperatoria viene gestita prevalentemente tramite spiegazioni verbali da parte dei vari operatori. Questo accade sia durante la prima visita con lo specialista che propone l'intervento, che nei successivi incontri con l'anestesista e le altre figure sanitarie. Gli unici strumenti individuati, tra quelli adoperati nella veicolazione di questo aspetto assistenziale, sono il consenso informato all'intervento

chirurgico e il libretto informativo anestesilogico. All'interno di questi documenti sono contenute una serie di nozioni relative alle tecniche chirurgiche ed anestetiche, oltre che ai relativi rischi e possibili complicanze.

Nonostante questi strumenti sembrino contenere gli elementi principali per una buona preparazione all'intervento, durante le personali esperienze empiriche, sono stati riscontrati frequenti casi in cui gli utenti tenevano in scarsa considerazione quanto riportato, attribuendo a queste schede solamente un valore burocratico. D'altro canto sono stati individuati anche ricorrenti casi in cui parte degli operatori forniva all'utenza questi moduli, senza fornire spiegazioni in merito a quanto trascritto.

Inoltre, attraverso l'analisi di due studi tratti dalla letteratura scientifica è stato possibile individuare, all'interno delle loro trattazioni, la presenza di ulteriori tipologie di informazioni ed educazione fornite ordinariamente nel periodo preoperatorio e riferite a: trattamenti di preparazione all'intervento chirurgico, trattamenti post-operatori (particolari dieta, esercizi...), anticipazioni su modalità di gestione dei presidi chirurgici (stomie, drenaggi), medicazioni, tempi previsti di recupero, possibili cambiamenti dell'immagine corporea, stima su probabile livello di dipendenza nello svolgimento delle attività quotidiane (ADL) oltre che a previsioni sui risultati relativi alla patologia. (14) (15)

Nonostante la presenza di questi elementi, la presenza di alti livelli di difformità nella gestione dell'educazione preoperatoria, stimola la prima ricerca qualitativa volta ad individuare, attraverso le diverse dichiarazioni raccolte dall'utenza, le tipologie di informazioni ed educazioni fornite, secondo quest'ultimi, in modo non soddisfacente da parte dei professionisti sanitari. Questi risultati verranno poi utilizzati per la realizzazione di una seconda analisi qualitativa volta all'individuazione del grado di soddisfazione dell'utenza nei confronti dei relativi ambiti informativi/educativi individuati.

Capitolo 2: L'INDAGINE

2.1 Obiettivo

Lo scopo di questa tesi è quello di quantificare il grado di soddisfazione dell'utenza nei confronti dell'assistenza informativa ed educativa percepita durante il periodo preoperatorio.

2.2 Disegno della ricerca

Considerata l'assenza di protocolli assistenziali e di linee guida in cui vengano definite le principali informazioni ed educazioni da fornire all'utente in vista dell'intervento chirurgico, è risultato opportuno impostare questa rilevazione. In un primo momento l'attenzione dell'indagine, attraverso la conduzione di un'indagine qualitativa con interviste semi-strutturate, era rivolta alla individuazione delle principali tipologie di informazioni ed educazioni fornite dagli operatori sanitari durante il periodo preoperatorio. Gli elementi emersi sono stati poi disposti in ordine e categorizzati all'interno dei sei gruppi, definiti a loro volta in base all'ambito assistenziale attinente. Questa suddivisione è stata effettuata attraverso l'identificazione e la distinzione, in secondo momento di lettura, dei contenuti raccolti attraverso le testimonianze

La classificazione ha permesso di realizzare attraverso l'inclusione dei singoli elementi individuati nella prima ricerca, un questionario con risposte chiuse utile alla conduzione di una seconda indagine quantitativa, contenente; a sua volta, quesiti relativi al grado di soddisfazione dell'utente nei confronti sia dei singoli interventi informativi ed educativi individuati, che della relativa assistenza percepita in senso generale.

Attraverso quest'ultima indagine è stato possibile individuare, inoltre, la figura sanitaria più attenta e disponibile ad accogliere le esigenze educative degli utenti.

Questi strumenti, oltre ad essere utili ad una raccolta dei dati per l'analisi del problema all'interno del contesto di riferimento e alla valutazione della sua rilevanza per la professione infermieristica, diventano parte integrante della fase di progettazione delle strategie, dando modo di comprendere meglio, su cosa vuole essere informato, quali sono le sue aspettative e il conseguente grado di soddisfazione.

2.3 Il contesto e il campione

L'indagine qualitativa è stata condotta su un campione A, mentre quella quantitativa su un campione B.

Il Campione A è costituito da 35 pazienti con età maggiore ai 18 anni (18-83), di ambedue i sessi, sottoposti ad intervento di chirurgia generale e vascolare, in anestesia generale ed in regime di ricovero ordinario programmato.

Campione B è costituito da 39 pazienti (18-81) con medesime caratteristiche del campione A.

Questi intervalli sono stati ulteriormente suddivisi nelle fasce di età decennali, qui di seguito riportate:

- a) 18-28 anni b) 29-38 anni c) 39-48 anni
d) 49-58 anni e) 59-68anni f) 69-78anni h) >78 anni.

Di seguito, vengono inoltre illustrate le numerosità dei rispettivi campioni, rapportati all'intervento chirurgico svolto:

TABELLA I. Numerosità dei campioni A e B in relazione al tipo intervento svolto

Intervento	Campiona A	Campiona B
Colecistectomia	11 (31,4%)	8(20,5%)
Emicolectomia/resezione intestinale	7 (20%)	12 (30,8%
Appendicectomia	-	2 (5,1%)
Riduzione di ernie/ laparocoele	7 (20 %)	7 (17,9%)
Riduzione di ascesso intraaddominale	1 (2,9%)	-
Quadrantectomia/mastectomia	4 (11,4%)	6 (15,4%)
Rivascolarizzazione addominale e degli arti inferiori (by-pass arterioso)	5 (14,3%)	4 (10,3%)

2.4 Modalità di indagine

L'indagine si è sviluppata tramite delle interviste ai pazienti, svolte in seguito alla loro dimissione ed in particolare, al termine della visita di controllo della medicazione chirurgica tenuta presso gli ambulatori dell'U.O. Al termine di questa seduta, ai soggetti appartenenti sia al campione A che B veniva offerta la possibilità di partecipare all'indagine e, in seguito all'acquisizione del consenso allo svolgimento della ricerca, venivano condotti all'interno di uno studio isolato dal contesto in modo da garantire la massima riservatezza delle informazioni raccolte.

L'afferenza degli indagati era casuale. Gli unici criteri che stabilivano l'inclusione era un'età maggiore ai 18 anni e la recente dimissione da un ricovero ordinario dal reparto di Chirurgia Generale. Nel primo caso il motivo è legato alla possibile influenza sulle dichiarazioni degli utenti riportata dalla presenza di genitori /tutori minorili durante la conduzione delle interviste. Il secondo parametro invece, risulta dalla necessità di considerare casi assistenziali di media-alta intensità clinica.

Ciò che distingue la modalità d'indagine nei due campioni, è il sistema con cui sono state raccolte le informazioni. Nella ricerca qualitativa al paziente (intervista semi-strutturata), veniva lasciata piena libertà di risposta alle domande prefissate e trascritto sull'apposita scheda le principali dichiarazioni emerse.

Nella ricerca quantitativa invece, al paziente veniva somministrato un questionario a risposta chiusa fornito il tempo necessario alla sua compilazione.

Differenti erano i quesiti posti: nella prima indagine erano mirate all'individuazione dei bisogni informativi ed educativi dell'utenza, mentre nella seconda alla conduzione di un'analisi statistica volta all'identificazione del grado di soddisfazione nei confronti degli elementi individuati.

2.5 Strumento di indagine della ricerca qualitativa

L'indagine qualitativa è stata condotta verbalmente e la documentazione del testimonianza è stata raccolta in un'apposita scheda contenente:

-Prima parte:

1. Dati anagrafici del paziente: età, sesso;
2. Tipologia di intervento svolto;
3. Tempo trascorso dalla dimissione.

-Domanda n.1: "È soddisfatto della qualità delle informazioni e dell'educazione ricevuta, durante il periodo di preparazione al suo intervento chirurgico?".

-Domanda n.2: "Secondo il suo parere, le tipologie di informazioni che i professionisti sanitari le hanno fornito, erano complete, o sono emerse delle carenze? Eventualmente saprebbe indicare quali?". (vedi allegato n.4)

La prima domanda mira all'individuazione del grado di soddisfazione in senso generale dell'utente in merito alle informazioni e all'educazioni ricevute nel periodo preoperatorio, mentre la seconda è diretta a rilevare carenze negli interventi assistenziali informativi ed educativi forniti dai professionisti sanitari durante il periodo preoperatorio.

Quest'ultimo elemento è il punto centrale della raccolta dati, poiché consente lo sviluppo della ricerca, attraverso l'individuazione degli aspetti assistenziali rilevanti per la successiva indagine quantitativa

2.6 Strumento d'indagine della ricerca quantitativa

Per analizzare statisticamente i dati riguardanti il livello di soddisfazione dell'utente si è determinata la necessità di svolgere una seconda indagine di carattere quantitativo, tramite la somministrazione di questionari a risposta multipla, contenuti (Figura 1 e figura 2)

-Prima parte:

1. Dati del paziente: età e sesso;
2. Tipo di intervento di intervento svolto;

3. Tempo trascorso dalla dimissione.

- Domanda n.1: ambiti/tipologie di informazioni ed educazioni individuate tramite la ricerca qualitativa
- Domanda n.2: scala di misurazione del livello di soddisfazione in senso generale, in merito all'assistenza di tipo informativa ed educativa ricevuta nel periodo preoperatorio
- Domanda n.3: quesito con risposta multipla, utile all'individuazione, attraverso il giudizio dell'utenza, della figura sanitaria più attenta e disponibile ad accogliere i bisogni informativi ed educativi.

Esiste una particolare distinzione tra le due modalità di indagine che consente di comprendere il motivo del loro simultaneo utilizzo.

Il primo strumento difatti consente di scoprire i desideri, i bisogni più profondi, inespressi e che difficilmente emergono attraverso un questionario a risposte chiuse.

Questo permettere di cogliere elementi inaspettati da inserire nel secondo strumento (qualitativo) e fornire una connotazione nuova ed unica all'indagine.

Strumento di indagine osservazionale

Questionario sulla soddisfazione dell'utente in merito all'informazione ed educazione ricevuta dai professionisti durante il periodo preoperatorio

-Nome _ Cognome _ (iniziali)
-Sesso _____
-Età _____
-Tipologia di intervento _____
-Tempo/giorni trascorsi dalla dimissione _____

	Soddisfatto	Non-soddisf.	Non mi interessava
1. PROCEDURA CHIRURGICA			

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Tipo di intervento
(Organi coinvolti, asportazione totale o parziale, tecniche adoperate) | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Rischi e complicanze legate all'intervento | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Previsione sulle caratteristiche della ferita chirurgica (forma, dimensioni...) e possibili complicanze. | ☐ | ☐ | ☐ |

Soddisfatto Non-soddisf. Non mi interessava

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Tipo di anestesia (<i>generale, spinale, locale...</i>)
e relativa gestione in sala operatoria
delle funzioni vitali (<i>Respirazione, attività cardiaca...</i>) | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Rischi e benefici anestesia
(<i>livello di sedazione, controllo del dolore...</i>). | ☐ | ☐ | ☐ |

Soddisfatto Non-soddisf. Non mi interessava

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Tempi di recupero e probabili condizioni di salute in seguito all'intervento | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane (<i>muoversi, mangiare, bere, andare al bagno, contenere feci/urine, curare il proprio corpo, assumere autonomamente farmaci....</i>) | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Gestione di presidi (<i>medicazioni, drenaggi, stomie, infusioni, respiratori, calze elastiche...</i>) | ☐ | ☐ | ☐ |

Figura 2. Strumento dell'indagine quantitativa [pagina 2 di 2]

4. TERAPIA FARMACOLOGICA e GESTIONE DEL DOLORE				Soddisfatto	Non-soddisf.	Non mi interessava
• Informazioni sui farmaci che verranno assunti dopo l'intervento (<i>periodo di assunzione, modalità, chiarezza nella elencazione dei farmaci, effetti indesiderati/avversi...</i>)				☐	☐	☐
• Informazioni sul dolore (<i>tipo di dolore che può emergere nel periodo successivo all'intervento</i>)				☐	☐	☐
• Anticipazioni sull'utilizzo di analgesici e modalità di somministrazione (<i>utilizzo di elastomeri, compresse, polveri solubili, iniezioni intramuscolari...</i>)				☐	☐	☐

5. PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO				Soddisfatto	Non-soddisf.	Non mi interessava
Spiegazione da parte degli infermieri sulla utilità degli interventi, volti alla preparazione all'intervento (<i>doccia preoperatoria, depilazione/tricotomia, dieta/digiuno, preparazione intestinale....</i>)				☐	☐	☐

6. LETTURA E COMPRESIONE DEL CONSENSO INFORMATO E DELL' OPUSCOLO ANESTESIOLOGICO				Soddisfatto	Non-soddisf.	Non mi interessava
Contenuti del consenso informato ed interesse dai professionisti sanitari, nel tentativo di agevolare la sua comprensione.				☐	☐	☐
Contenuti del libretto anestesilogico ed interesse rivolto dai professionisti sanitari, nel tentativo di agevolare la sua comprensione				☐	☐	☐

2. Complessivamente, quanto si ritiene soddisfatto, dell'informazione e dell'educazione ricevuta nel periodo preoperatorio?

"per nulla soddisfatto"		"poco soddisfatto"			"più che soddisfatto"			"estremamente soddisfatto"	
-----		-----			-----			-----	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Quale tra queste figure professionali, ha prestato maggiore attenzione e disponibilità nell'accogliere le sue esigenze informative ed educative?

Chirurgo	☐
Anestesista-Rianimatore	☐
Infermiere	☐
Nessuno dei tre	☐

Capitolo III: RISULTATI

3.1 Risultati dell'indagine qualitativa

Di seguito verranno analizzati e discussi i dati raccolti tramite le interviste semi-strutturate. Sono stati ottenuti in tutto 37 consensi firmati, ma a causa di motivi legati difficoltà comprensive e comunicative emerse in tre pazienti di età avanzata (con un minimo di età riscontrata pari a 84 anni), si è riuscito ad effettuare adeguatamente un totale 35 indagini, con una percentuale di risposta quindi del 94,6%. Di questi 11 (31,4%) sono stati sottoposti ad intervento di “Colecistectomia”, 7 (20%) di “Emicolectomia o Resezione intestinale”, 7 (20%) di “Riduzione di ernie o laparocele”, 1 (2,9%) di “Riduzione ascesso intraddominale”, 4 (11,4%) di “Quadrantectomia /Mastectomia” e 5 (14,3%) di “Rivascolarizzazione addominale/arti inferiori tramite by-pass arterioso”.

Dalla loro elaborazione emerge un'età media del campione è pari a 65 anni (range 18-83 anni), una frequenza massima nei confronti dell'intervallo “68-78 anni” ed una prevalenza maschile è del 55% contro quella femminile del 45%.

Alla domanda n. 1, 19 (55%) pazienti hanno risposto positivamente, mentre i restanti pazienti 16 (45%) hanno risposto negativamente. I dati rilevati dalla domanda n.2 si riferiscono, invece, ad informazione ed educazione preoperatoria, fornite in modo non soddisfacente dai professionisti sanitari, secondo il parere del paziente.

C'è comunque da considerare che sono state rilevate anche considerazioni positive. Dall'analisi dei risultati è stato effettivamente constatato che su ben 31 testimonianze in cui era emersa un'analisi sull'informazione relativa all'anestesia, 25 utenti (80,6%) hanno espresso un parere positivo in merito all'assistenza educativa percepita. Inoltre è stato constatato ciascuno degli ambiti individuati, almeno una considerazione positiva in merito all'educazione/informazione ricevuta.

In considerazione dell'ampia varietà dei dati raccolti, si è deciso di esporre alcuni dei risultati disponendoli già all'interno delle sei categorie individuate, a seconda dell'ambito informativo ed educativo cui si riferivano (allegato n.1)

3.2 Risultati dell'indagine quantitativa

Sono state consegnate, in seguito all'acquisizione di 47 consensi all'indagine un totale di 39 questionari con risposta multipla per lo svolgimento delle indagini, con una percentuale di risposta del 83%. Anche in questo caso, come nella prima ricerca, l'esclusione di 8 pazienti è legata all'estrema difficoltà da questi mostrata nella comprensione, sia delle domande che dello scopo dell'indagine. Si è trattato prevalentemente di soggetti con età avanzata (età massima rilevata pari a 82 anni).

Per quanto riguarda invece gli utenti considerati nel Campione B, si è individuato un valore medio di età pari a circa 61 anni (range di 18-81 anni), una frequenza massima nei confronti dell'intervallo "68-78 anni" ed una prevalenza di utenza femminile del 52% (20 pz.) contro una maschile del 48% (19 pz.)

Di questi 8 (20.5%) sono stati sottoposti ad intervento di "Colecistectomia", 12 (30.8%) di "Emicolectomia/Resezione intestinale", 2 (5,1%) di "Appendicectomia", 7 (17,9%) di "Riduzione di ernie e laparocele", 6 (15,4%) di "Quadrantectomia/Mastectomia", 4 (10,3%) di "Rivascolarizzazione addominale e/o arti inferiori (by-pass arterioso).

In riferimento alla prima domanda, nella tabella II (vedi allegato n.2) vengono esposti i risultati relativi al grado di soddisfazione e di interessamento dell'utenza nei confronti di vari ambiti/tipologie di interventi informativi ed educativi, individuati attraverso la precedente ricerca qualitativa.

Dall'analisi dei dati emerge che l'ambito/tipologia di informazione ed educazione nei confronti del quale l'utenza ha mostrato il miglior grado di soddisfazione, è relativo all'anestesia e ai contenuti del libretto anestesilogico, con rispettivi tassi di soddisfazione del 89,7% e del 94,9%. Livelli inferiori riguardano:

- Spiegazione da parte degli infermieri, sull'utilità delle procedure di preparazione all'intervento chirurgico (74,4%)
- Tipologia di intervento chirurgico e tecniche adottate (53,8%)
- Rischi e possibili complicanze legate all'intervento chirurgico (46,1%)

Allo stesso tempo, i dati raccolti evidenziano un considerevole grado di insoddisfazione verso altre tipologie di informazioni ed educazioni. Tra queste, emergono principalmente le previsioni del dolore e sulla sua gestione (71,8%), le possibili limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane (61,5%), oltre che ai tempi di recupero e probabili

condizioni di salute in seguito all'intervento (56,4%)) È stato individuato inoltre, che in tutte le 13 tipologie di informazioni/educazioni analizzate, emerge un almeno un minimo grado di insoddisfazione da parte degli utenti per la relativa assistenza informativa ed educativa ricevuta (tasso minimo di insoddisfazione rilevato pari a 5,1%).

In alternativa a queste valutazioni, attraverso l'analisi dei dati raccolti con la prima domanda, è stato anche stimato l'interesse degli utenti nella ricezione di ciascuna di queste informazioni ed educazioni. Questa indagine ha evidenziato un grado di disinteresse contenuto, nei confronti di ciascuna tipologia di informazione/educazione ricevuta; constatazione principalmente supportata dal fatto che su 9 delle 13 categorie analizzate, è stato rilevato un tasso di disinteressamento $\leq 7,7\%$ (di cui, 4 con valore pari a 0).

Le tipologie di informazioni ed educazioni verso cui sono stati rilevati una maggior percentuale di disinteresse riguardano:

- Informazioni sulle modiche relative alla terapia farmacologica (33,3%);
- Anticipazioni sulla gestione dei presidi e della ferita chirurgica (23,1%);
- Previsione sulle caratteristiche della ferita chirurgica (20,5%);
- Spiegazione da parte degli infermieri sull'utilità delle procedure di preparazione all'intervento chirurgico (20,5%).

A differenza di quest'ultime, le informazioni ed educazioni ritenute sicuramente interessanti (tasso di disinteresse $\leq 5\%$) secondo l'opinione degli utenti, sono:

- Tipologia di intervento chirurgico e tecniche adottate (0%);
- Tipologia di anestesia e tecniche adottate (0%);
- Informazioni sulla gestione del dolore (0%);
- Rischi e possibili complicanze derivanti dall'intervento chirurgico (2,6%);
- Rischi e possibili complicanze derivanti dall'anestesia (2,6 %);
- Tempi di recupero e probabili condizioni di salute in seguito all'intervento (5,1%).

Altri dati: valor medio di 6,22/10 inerente al grado di soddisfazione nei confronti delle informazioni/educazioni ricevute, tra totale dei valori espressi dai singoli utenti appartenenti al campione B;

- tra le varie fasce di valori riportate nella scala di misurazione, una frequenza massima nei confronti dell'intervallo denominato come: "più che soddisfatto".

Un'ulteriore analisi ha consentito di quantificare i valori medi relativi ai gradi di soddisfazione, relazionandoli a loro volta all'intervallo di età e al tipo di intervento chirurgico cui il paziente è stato sottoposto.

In riferimento alla primo rapporto, vengono descritti nella tabella seguente i risultati dei dati raccolti (Tabella III):

Tabella III: Valori medi di soddisfazione relazionati alle singole fasce di età

Valore medio soddisfazione	Fascia di età
5,5	18 a $\leq$ 28
5,5	>28 a $\leq$ 38
6,5	>38 a $\leq$ 48
6,25	>48 a $\leq$ 58
6,42	>58 a $\leq$ 68
6,73	>68 a $\leq$ 78
6,66	>78

Per quanto riguarda la seconda relazione invece, questi sono i valori medi di soddisfazione determinati (Tabella IV):

Tabella IV: Valori medi di soddisfazione relazionati alle tipologie di intervento svolto

Valore medio soddisfazione	Intervento chirurgico
5,88	Colecistectomia
6,25	Emicolectomia/Resezione intestinale
5,5	Appendicectomia
6,29	Riduzione di ernie e laparocele
6,83	Quadrantectomia/Mastectomia
5,75	Rivascolarizzazione addominale e/o arti inferiori (by-pass arterioso)

Infine, per quanto riguarda il sondaggio relativo all'individuazione del professionista sanitario che ha dedicato la miglior attenzione nell'accoglienza delle esigenze informative ed educative dell'utente, è stata segnalata la figura dell'infermiere con 21 preferenze

(53,8%), seguita poi dal medico anestesista con 8 (20,5%), dal chirurgo con 6 (15,4%). I restanti 4 utenti (10,3%) non hanno riconosciuto questo particolare interesse, in nessuna delle figure menzionate.

Capitolo IV: DISCUSSIONE E LIMITI

4.1 Discussione

I risultati ricavati tramite l'indagine qualitativa, hanno dato modo di stabilire una misura del livello di soddisfazione dell'utenza in merito alle informazioni ed educazione ricevuta. Ponendo un particolare riferimento alla prima domanda, emerge che su ben 9 dei 13 ambiti considerati, i tassi relativi agli utenti soddisfatti per le varie tipologie di informazioni ed educazioni ricevute, non superavano il 53%. Valori superiori emergono solamente rispetto alle informazioni inerenti l'anestesia (89,7%) e sulle spiegazioni fornite dagli infermieri in merito all'utilità delle procedure di preparazione all'intervento chirurgico (74,4%). Attraverso questi elementi è possibile osservare come una parte dei pazienti considerati nel campione, risulti essere insoddisfatta non solo nei confronti di informazioni relative ad aspetti educativi non immediati come, il recupero e limitazioni nel post-operatorio (56,4% e 61,5%) o la gestione della terapia farmacologica (43,6%) e antalgica (71,8%), ma anche nei confronti delle spiegazioni sull'intervento stesso (46,2%). Questa constatazione viene supportata anche attraverso alcune dichiarazioni raccolte tramite la ricerca qualitativa, nelle quali gli utenti riferivano di aver ricevuto delle spiegazioni poco chiare ed ambigue oltre che ad essere fornite in maniera eccessivamente rapida e in momenti inopportuni. L'analisi dei dichiarazioni non-soddisfacenti riguardo gli interventi informativi-educativi percepiti, non deve essere però interpretata come un indice di scarso livello di assistenza fornita da parte dell'equipe sanitaria dell'U.O., ma come uno strumento utile alla individuazione dei bisogni informativi ed educativi non soddisfatti secondo il parere dei pazienti

La contemporanea presenza di elementi positivi, contribuisce, in effetti, al mantenimento di un livello di soddisfazione generale in merito alle informazioni ed educazioni ricevute poco più che positivo (valore medio di 6,22/10).

Appare però evidente attraverso quest'ultimo punteggio rilevato (di per sé non ottimale), sommato alla variabilità dei tassi di soddisfazione riscontrati e alla discordanza tra le testimonianze raccolte nella prima indagine (in particolare nei confronti delle informazioni ricevute sulla procedura chirurgica), una alterata omogeneità dei processi informativi ed educativi attutiti dalle singole figure sanitarie durante il periodo preoperatorio. Specialmente attraverso l'indagine qualitativa sono emerse delle difformità di

comportamento relative alla scelta dei tempi, dei luoghi e delle modalità con cui venivano fornite le medesime spiegazioni ai diversi pazienti.

Ulteriore considerazione viene posta, inoltre, nei confronti dell'analisi relativa ai livelli di soddisfazione posti in relazione all'età e al tipo intervento svolto dall'utenza. In entrambe i casi i singoli valori individuati scostano minimamente dal valore medio di soddisfazione generale (valore minimo di 5,5 e massimo 6,73 di per quanto riguarda le fasce di età e valore minimo di 5,5 e massimo di 6,83 per quanto riguarda il tipo di intervento). Attraverso questo dato, è possibile ipotizzare che il livello di soddisfazione più che essere influenzato da fattori legati all'età o al tipo di intervento svolto, è condizionato dall'attenzione e l'interesse che i singoli operatori sanitari pongono durante l'erogazione di questo processo assistenziale.

In conclusione se a queste due considerazioni (alterata omogeneità ed influenza dell'operatore) viene sommata l'individuazione da parte degli utenti della classe infermieristica come la più attenta e disponibile ad accogliere i propri bisogni informativi ed educativi, appare dunque evidente l'importanza rivestita da questo ruolo professionale nella gestione di questo aspetto assistenziale, specialmente nel garantire una uniformità del livello di prestazioni fornite. Per questi motivi una razionale proposta è quella di impiegare uno strumento che permetta di pianificare gli interventi educativi. In particolare questo potrebbe comprendere tutti gli elementi considerabili, ordinati a loro volta in maniera sequenziale, in modo da garantire a ciascun utente una gestione completa ed organizzata nei tempi e nelle modalità.

4.2 Limiti della ricerca

Nonostante, l'utilizzo della ricerca qualitativa si sia dimostrata utile nell'individuazione dei principali ambiti educativi oltre che all'analisi di particolari casistiche e alla costruzione del questionario per lo svolgimento della successiva ricerca qualitativa, sono presenti anche dei limiti che condizionano la ricerca. Una prima osservazione viene posta rispetto alla mancata considerazione di due utenti dal primo campione (5,6%) a causa delle evidenti difficoltà comprensive riscontrate. Durante lo svolgimento delle indagini inoltre sono emersi ulteriori dettagli che hanno condizionato, anche se in maniera minima, la ricerca.

Come elemento principale di ostacolo all'indagine, emerge l'inclusione da parte dell'utenza durante la loro testimonianza, di elementi non appartenenti all'oggetto di studio. Tale problematica è stata gestita dall'intervistatore attraverso un'attenta analisi sia delle dichiarazioni rilevate al momento dell'intervista che, in un secondo tempo, dei dati trascritti sull'apposita scheda.

Tra gli altri elementi, rilevante è inoltre, il limite della comunicabilità: durante l'intervista il paziente nonostante venga assicurato sulla riservatezza dell'indagine, decide di non rivelare alcune dichiarazioni per il timore, ad esempio, che un suo giudizio negativo, possa influenzare il suo rapporto con l'azienda ospedaliera.

Un ulteriore dettaglio emerso durante la realizzazione delle interviste riguarda la difficoltà riscontrata in una parte degli utenti analizzati, nella rielaborazione della propria esperienza chirurgica. In questo caso, oltre alla presenza di una soggettiva predisposizione mnemonica, la problematica risulta essere influenzata anche dalla durata dell'intervallo temporale interposto tra il giorno della dimissione e quella dell'intervista. Sono stati effettivamente riscontrati 3 casi in cui, i soggetti provenivano da un periodo trascorso dal momento della dimissione maggiore di 30 giorni.

Un quarta ed ultima limitazione riguarda invece la numerosità del campione indagato, influenzato dal tempo mediamente impiegato per lo svolgimento delle singole indagini. Sono stati infatti riscontrati casi in cui la presenza di una serie di visite di controllo strettamente ravvicinate tra di loro e relative a soggetti con le particolari caratteristiche ricercate (in particolare la recente conclusione di una degenza in regime di ricovero ordinario), non ha fornito la possibilità di considerare tutte le offerte presenti.

Lo studio potrebbe essere più approfondito se venisse svolto in reparto, durante il periodo di convalescenza. In questo caso il tempo trascorso dal periodo preoperatorio sarebbe minore, e di conseguenza diverrebbe più semplice per l'utente ricordare la propria esperienza. Si è deciso comunque di non intraprendere questa modalità di ricerca poiché collocazione di più pazienti nelle medesime stanze, non consentiva di garantire la privacy del singolo intervistato. Inoltre la possibile presenza di astenia e debolezza derivante dall'insulto ricevuto dall'organismo in seguito all'intervento chirurgico, avrebbe potuto costituire un ulteriore fonte di limitazione alla conduzione delle interviste.

Per quanto riguarda invece la ricerca quantitativa, oltre alla necessaria esclusione di 8 pazienti con evidenti deficit comprensivi (17%), l'unico ostacolo emerso riguarda la lettura

e la compilazione delle domande nei soggetti con limitazioni della capacità di lettura e scrittura. Durante la realizzazione di queste indagini il ricercatore è intervenuto leggendo le domande e riportando per conto dell'utente la relativa risposta sull'apposita scheda. Inoltre, durante lo sviluppo delle varie ricerche non sono emersi dubbi o incomprensioni relativi alle domande riportate nel questionario.

CONCLUSIONI

Le principali tipologie di informazioni ed educazioni analizzate dagli utenti riguardano: la procedura chirurgica, l'anestesia, il periodo postoperatorio, la gestione della terapia farmacologia ed in particolare antalgica, le procedure di preparazione all'intervento chirurgico e i contenuti riportati nel consenso informato e nell'opuscolo anestesiológico. La prevalenza di utenti soddisfatti per le informazioni relative alla tipologia e alle tecniche dell'intervento chirurgico è pari al 53,8%, mentre una prevalenza massima del 89,7% riguarda le informazioni/educazioni relative all'anestesia ed una minima del 28,2% la gestione del dolore. È stato possibile individuare che in media l'utenza si ritiene più che soddisfatta per le informazioni ed educazioni ricevute nel preoperatorio, oltre che a considerare la figura infermieristica come quella più attenta e disponibile nell'accogliere le proprie esigenze informative ed educative. Questi dati consentono sia di sostenere l'importanza rivestita dal ruolo infermieristico nella gestione dell'educazione preoperatoria, che di evidenziare la presenza di una carente omogeneità tra gli interventi informativi ed educativi forniti dai diversi professionisti sanitari nel periodo preoperatorio. Per questi motivi e per la mancata presenza di linee guida e di protocolli assistenziali, un miglioramento auspicabile degli interventi informativi ed educativi forniti e della conseguente condizione di salute e di benessere dell'utenza, riguarda l'individuazione e l'adozione da parte dei professionisti di piani educativi che consentano di uniformare l'attività assistenziale ed elevare il grado di soddisfazione dell'utenza. Questo obiettivo oltre a migliorare la qualità delle prestazioni fornite dalla struttura sanitaria, consentirà in primo luogo, come supportato dalle evidenze di letteratura (1), un miglioramento della condizione di benessere e di salute dell'utenza sottoposta al processo chirurgico.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Kruzik N. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. AORN J 2009 Sep;90(3):381-387.
- (2) Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient Educ Couns 2004 Apr;53(1):65-70.
- (3) Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni MC, Auffray JP, Colavolpe C, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. Anesthesiology 2005 Jun;102(6):1116-1123.
- (4) Heidegger T, Nuebling M, Saal D, Kreienbuhl G. Patient-centred outcomes in clinical research: does it really matter? Br J Anaesth 2008 Jan;100(1):1-3.
- (5) Findik UY, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. Nursing and Health Sciences 2010, 12, 162-169.
- (6) D.M. n° 739 del 14/09/1994, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta Ufficiale n°6 del 09/01/1995.
- (7) Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009. Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con deliberazione n 1/09 del 10.01.2009.
- (8) Blay N, Donoghue J. The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy. Aust J Adv Nurs 2005 Jun-Aug;22(4):14-19.
- (9) Wiens AG. Preoperative anxiety in women. AORN J 1998 Jul;68(1):74-7, 79-81, 83-8.
- (10) Bulfone G, Simone R. Ansia e fabbisogno informativo nella fase preoperatoria. Nursing Oggi 2005; 4: 40-44.

(11) Marzaduri A, Pili AR. Interventi infermieristici per la riduzione dell'ansia preoperatoria. Centro Studi EBN-Azienda Ospedaliera di Bologna-Policlinico S.Orsola-Malpighi 2010. www.evidencebasednursing.it ultima consultazione Settembre 2015.

(12) Mitchel M. Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery. *J Adv Nurs* 1997; 26:356.

(13) Vizzi T.(2004), "Utilità, efficacia ed indicazioni dell'informazione preoperatoria", *Infermireoggi*, 1: 3-7.

(14) Ronco M, Iona L, Fabbro C, Bulfone G, Palese A. Patient education outcomes in surgery: a systematic review from 2004 to 2010. *Int J Evid Based Healthc* 2012 Dec;10(4):309-323.

(15) Sayin Y, Aksoy G. The nurse's role in providing information to surgical patients and family members in Turkey: a descriptive study. *AORN J* 2012 Jun;95(6):772-787.

ALLEGATI

ALLEGATO N°1

Principali dichiarazioni degli utenti raccolte durante la ricerca qualitativa

1. Procedura chirurgica

- "...non mi erano stati spiegati bene i dettagli della procedura chirurgica...";
- "...non mi hanno spiegato le possibili alternative della tecnica chirurgica e hanno deciso di variarla senza avvertirmi... per fortuna si è trattato di una tecnica più semplice e meno rischiosa... sono comunque molto delusa nei confronti del loro atteggiamento...";
- "...avendo già svolto in precedenza un intervento uguale, i professionisti davano per scontato che non avrei avuto nuovamente bisogno di spiegazione dettagliata, invece era proprio quello che mi serviva...";
- "...rispondevano frettolosamente ed in maniera vaga alle mie domande sulla procedura chirurgica e sulle possibili condizioni della ferita, quasi come se volessero liquidarmi il prima possibile...";
- "...c'era molta discordanza tra le varie spiegazioni fornite dai chirurghi ...";
- "...non mi avevano riferito con chiarezza i rischi e le complicanze dell'intervento chirurgico... hanno preferito riferire queste informazioni ai miei figli... sono stati loro in effetti a farmi successivamente, una stima dei rischi cui sarei andato incontro...";
- "...non mi hanno fornito una indicazione precisa sui possibili rischi legati all'intervento... così ho chiesto a mia figlia di consultare queste informazioni in internet...";
- "...non mi sono state spiegate adeguatamente le possibili complicanze della ferita chirurgica...".

2. Anestesia

- "...Avrei preferito sapere prima, l'alternativa tipologia di anestesia adottata in caso di imprevisto e non il giorno prima dell'intervento...";

- "...Avrei preferito che l'anestesista mi avesse indicato meglio i rischi dell'anestesia, fornendomi magari una stima del rischio in relazione alle mie plurime patologie...".

3. Informazione ed educazione sul post-operatorio

- "...non sono soddisfatto delle informazioni ricevute, relative ai tempi di recupero... fornivano indicazioni molto vaghe e non mi lasciavano intendere...";
- "... avrei preferito sapere come avrei recuperato e soprattutto a quali limitazioni fisiche sarei andato incontro...";
- "...stomia (presidio)...solo il giorno prima dell'intervento ho capito cos'era e a cosa sarebbe servito...".

4. Terapia farmacologica e gestione del dolore

- "...Non mi hanno anticipato nulla riguardo alle variazioni dei farmaci...";
- "... Non mi avevo avvisato della sospensione dei farmaci...";
- "...Non mi hanno dato informazioni sulla gestione del dolore, forse davano per scontato che avrei sofferto poco...";
- "...Se mi avessero anticipato prima dell'intervento che mi sarebbe stato somministrato un antidolorifico in infusione continua (elastomero), sicuramente avrei vissuto la fase preparatoria con più serenità...".

5. Interventi di preparazione all'intervento

- "... avrei preferito essere informato prima sulla procedure attuate dagli infermieri per la preparazione all'intervento, e non al momento stesso...".

6. Lettura e comprensione del consenso informato e dell'opuscolo anestesilogico

- "...mi avevano consegnato il consenso informato...all'interno erano contenute informazioni complesse... allo fine ho preferito firmare senza continuare a leggerlo...";
- "...avrei preferito che qualcuno mi aiutasse a leggere ed interpretare, ciò che era riportato all'interno del consenso informato...".

ALLEGATO N°2

Tabella I: Soddisfazione ed interesse dell'utenza in merito alla diverse tipologie di informazioni ed educazioni ricevute nel periodo preoperatorio

<i>Tipologie/Ambiti interventi informativi-educativi</i>	<i>Soddisfatto</i>	<i>Non-soddisfatto</i>	<i>Non mi interessava</i>
<i>1. Procedura chirurgica</i>			
<i>Tipologia di intervento chirurgico e tecniche adottate</i>	<i>21 (53,8%)</i>	<i>18 (46,2%)</i>	<i>0</i>
<i>Rischi e possibili complicanze derivanti dall'intervento chirurgico</i>	<i>18 (46,1%)</i>	<i>20 (51,3 %)</i>	<i>1 (2,6%)</i>
<i>Previsione sulle caratteristiche della ferita chirurgica</i>	<i>16 (41%)</i>	<i>15 (38,5%)</i>	<i>8 (20,5%)</i>
<i>1. Anestesia</i>			
<i>Tipologia di anestesia e tecniche adottate</i>	<i>35 (89,7%)</i>	<i>4 (10,3%)</i>	<i>0</i>
<i>Rischi e possibili complicanze derivanti dall'anestesia</i>	<i>35 (89,7%)</i>	<i>3 (7,7%)</i>	<i>1 (2,6 %)</i>
<i>1. Informazione/educazione sul post- operatorio</i>			
<i>Tempi di recupero e probabili condizioni di salute in seguito all'intervento</i>	<i>15 (38,5%)</i>	<i>22 (56,4%)</i>	<i>2 (5,1 %)</i>
<i>Possibili limitazioni (post-operatorio) nello svolgimento delle attività quotidiane e relativa educazione</i>	<i>12 (30,8%)</i>	<i>24 (61,5%)</i>	<i>3 (7,7%)</i>

<i>Anticipazioni sulla gestione dei presidi e della ferita chirurgica</i>	17 (43,6%)	13 (33,3%)	9 (23,1%)
<i>1. Terapia farmacologica e gestione del dolore</i>			
<i>Informazioni sulle modifiche relative alla terapia farmacologica</i>	9 (23,1%)	17 (43,6%)	13 (33,3%)
<i>Informazioni sulla gestione del dolore</i>	11 (28,2%)	28 (71,8%)	0
<i>1. Preparazione all'intervento</i>			
<i>Spiegazione da parte degli infermieri sull'utilità delle procedure di preparazione all'intervento chirurgico (doccia antisettica, tricotomia depilazione, pulizia intestinale, dieta/digiuno...)</i>	29 (74,4%)	2 (5,1%)	8 (20,5%)
<i>1. Lettura e comprensione del consenso informato e libretto anestesiologicalo</i>			
<i>Contenuti del consenso informato ed interesse dei professionisti nel cercare di agevolare la sua comprensione</i>	13 (33,3%)	23 (59%)	3 (7,7 %)
<i>Contenuti del libretto anestesiologicalo ed interesse dei professionisti nel cercare di agevolare la sua comprensione</i>	37 (94,9%)	2 (5,1 %)	0

ALLEGATO N°3



UNIVERSA
UNIVERSIS
PATAVINA
LIBERTAS

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Veneto
AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO-SANITARIA N. 13



CORSO DI LAUREA in INFERMIERISTICA Sede di Mirano

Data: _____	<u>Dichiarazione di consenso informato alla partecipazione all'indagine</u>	I ricercatori: <u>Prof.ssa Maria Paola Masiero</u> <u>Stud. Francesco Hitaj</u>
----------------	--	--

"PERCEZIONE, DA PARTE DELL'ASSISTITO, DELLA QUALITÀ DELL'INFORMAZIONE RICEVUTA DURANTE IL PERIODO PRE- OPERATORIO"

Lo scopo di questo studio è confrontare la qualità dell'informazione percepita dall'assistito con quella teorizzata dalla letteratura scientifica, individuare gli ambiti assistenziali nei quali emerge una carenza di informazioni ed eventualmente riconoscere la figura professionale maggiormente responsabile.

Preso atto del tipo di studio dichiaro di aver compreso:

La natura, le finalità, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili di questa ricerca mi sono stati chiaramente spiegati dall'intervistatore, attraverso l'informativa illustratami.

Mi è stato spiegato che con l'assenso a rispondere alle domande di questa indagine, fornisco il consenso informato alla partecipazione all'indagine.

Mi è stato concesso tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute e per discutere con altri o per porre eventuali domande.

Mi è stato chiaramente spiegato che posso decidere di non prendere parte allo studio o di uscirne in qualsiasi momento.

Mi è stato assicurato che la non adesione alla ricerca o il suo abbandono per mia volontà durante la sua realizzazione non modificherà in alcun modo i rapporti con la struttura presso la quale sono ricoverato.

Sono consapevole che la ricerca potrà essere interrotta in ogni momento, per decisione del responsabile della ricerca, senza nessuna conseguenza per me.

Sono stato informato/a che sarò messo al corrente di qualsiasi nuovo dato che possa compromettere la sicurezza della ricerca.

Sono stato informato/a che i risultati dello studio saranno resi noti alla comunità scientifica, che la mia identità non sarà menzionata in nessun resoconto della ricerca e tutte le informazioni ottenute in corso di ricerca saranno trattate come strettamente confidenziali (art. 13 del D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196)

Consenso

Vista quanto sopra, fornisco il mio consenso alla partecipazione allo studio.

I ricercatori:
Prof.ssa Maria Paola Masiero
Studiante Francesco Hitaj

Firma
Maria Paola Masiero
Francesco Hitaj

Nome e cognome del paziente _____ Firma _____

ALLEGATO N° 4

Strumento di indagine osservazionale:

Ricerca qualitativa

Analisi fenomenologica tramite intervista semi-strutturata

Dati del paziente

- Nome ____ Cognome____ (iniziali)
-Sesso_____
-Età _____
- Tempo trascorso dalla dimissione_____

QUESTIONARIO:

(La domanda verranno lette dal ricercatore)

- In generale è soddisfatto della qualità delle informazioni e dell'educazione ricevuta, durante il periodo di preparazione al suo intervento chirurgico?

- Secondo il suo parere, le tipologie di informazioni che i professionisti sanitari le hanno fornito, erano sufficientemente dettagliate o erano presenti delle carenze? Eventualmente saprebbe indicare quali?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.



SISTEMA
BIBLIOTECARIO
DI ATENEIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

Il/la sottoscritto/a HITAS FRANCESCO nato/a a L'AQUILA
il 2-10-1993 residente a SANTAMARIA DI SAVA VIA QUASIMODO N°1 tel. 3408803040
e-mail francesco.hitas@gmail.com matricola 1047627
laureato/a presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica,
autorizza la segreteria a consegnare presso la biblioteca medica
"Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

☒ Laurea Triennale

Anno Accademico 2014-2015 Data della tesi 18 Novembre 2015

Titolo della tesi LE INFORMAZIONI RICEVUTE DAL PAZIENTE SOTTOPOSTO
AD INTERVENTO CHIRURGICO IN ELEZIONE: INDAGINE PRESSO UN'UNITÀ DI CHIRURGIA
GENERALE
Parole chiave _____

Abstract inserito nel file

Tesi: ☐ sperimentale ☐ compilativa ☒ ricerca epidemiologica

Relatore MASIERO MARIA PAOLA Correlatore /

Padova, li 18-11-2015

Firma dell'autore

Hitas Francesco

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a HITA J FRANCESCO

autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in Padua@thesis, l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti¹

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in Padua@thesis e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data 18-11-2015

Firma Hita Francesco

AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale Padua@thesis mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

¹ Fatta salva l'integrità del contenuto e della struttura del testo, possono essere effettuati:

- il trasferimento su qualsiasi supporto e la conversione in qualsiasi formato
- la riproduzione dell'opera in più copie