



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

TITOLO DELLA TESI

**LE CONOSCENZE ALIMENTARI NEL PAZIENTE
SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA DOPO
INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO.
L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO EDUCATIVO**

Relatore: Prof.ssa Masiero Maria Paola

Laureanda: Erica Zuanon

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT		
INTRODUZIONE		Pg. 1
CAPITOLO 1	QUADRO TEORICO	Pg. 5
	1.1 - Epidemiologia	Pg. 5
	<i>1.1.1 - Nel mondo</i>	Pg. 5
	<i>1.1.2 - In Italia</i>	Pg. 5
	1.2 - Rilevanza del problema per la professione	Pg. 5
	1.3 - Revisione di letteratura	Pg. 7
	<i>1.3.1 - L'importanza dell'intervento educativo per migliorare le conoscenze alimentari</i>	Pg. 7
	<i>1.3.2 - Scorretta consapevolezza del fattore di rischio alimentazione</i>	Pg. 9
	<i>1.3.3 - L'infermiere e la gestione dell'intervento educativo</i>	Pg. 11
	<i>1.3.4 - La conoscenza dell'importanza di una dieta povera di sodio</i>	Pg. 12
CAPITOLO 2	MATERIALI E METODI	Pg. 15
	2.1 - Obiettivo	Pg. 15
	2.2 - Casistica	Pg. 15
	2.3 - Attività di raccolta dati	Pg. 16
	2.4 - Il questionario di Moynihan	Pg. 18
	2.5 - Analisi statistica	Pg. 19
CAPITOLO 3	RISULTATI	Pg. 21
	3.1 - Analisi dei dati relativi al questionario di Moynihan	Pg. 21
	3.2 - Osservazioni sulla compilazione del questionario	Pg. 22
CAPITOLO 4	DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	Pg. 29
BIBLIOGRAFIA		
SITOGRAFIA		
ALLEGATI		

ABSTRACT

Questo studio ha l'obiettivo di valutare l'efficacia di un intervento educativo relativo all'alimentazione rivolto a pazienti con malattia cardiaca, ricoverati presso l'unità di Riabilitazione Cardiologica dell'ULSS 13 di Noale, attraverso l'analisi delle conoscenze alimentari pregresse e successive al percorso riabilitativo.

A tal fine si è proceduto somministrando il questionario di Moynihan per la valutazione delle conoscenze alimentari a 20 pazienti reduci da un intervento di cardiocirurgia e necessitanti un intervento educativo sull'alimentazione per prevenire i fattori di rischio che potrebbero condurre ad una riospedalizzazione.

I pazienti hanno compilato il questionario in due momenti distinti: all'inizio del percorso in riabilitazione cardiologica e a fine riabilitazione.

Si specifica che per l'analisi statistica dei dati sono state confrontate le medie dei risultati nei due periodi utilizzando il test t di Student. Dall'analisi dei dati si evince che, all'inizio della riabilitazione la media dei risultati del questionario è di 20,5, mentre dopo l'intervento educativo svolto dal medico nutrizionista e dall'infermiere, a due mesi dall'inizio del percorso riabilitativo, il punteggio medio è di 17,9.

L'analisi delle risposte ha quindi evidenziato carenze sulla conoscenza dei problemi di salute correlati al consumo di certi gruppi alimentari come frutta e verdura, fibra, grassi, zuccheri e sale.

Il test t di Student ha portato a concludere che la differenza tra le medie dei risultati dei due campioni oggetto di indagine è significativa e si attesta ad un livello dello 0,05%,

L'aumento delle risposte corrette al questionario dopo i due mesi di riabilitazione cardiologica porta a concludere che l'intervento educativo, atto al miglioramento delle conoscenze alimentari e al cambiamento dello stile di vita svolto nell'unità di Riabilitazione Cardiologica dell'ULSS 13 di Noale dal medico nutrizionista e dall'infermiere, è efficace.

INTRODUZIONE

Lo studio che più fortemente ha ispirato l'elaborazione di questa tesi è stato l'articolo:

"The usefulness of Moynihan questionnaire in the evaluation of knowledge on healthy diet of patients undergoing cardiology rehabilitation" della rivista "Monaldi Arch. Chest Dis., 2013, 80, 2, 76-89, Italy" (1).

L'articolo tratta la valutazione delle conoscenze alimentari nei pazienti appartenenti alla Cardiologia Riabilitativa utilizzando come strumento il questionario di Moynihan, validato dall' GICR-IACPR (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva - Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology) in collaborazione con ANDID (Associazione Italiana Dietisti).

Il rischio cardiovascolare è da porsi in rapporto ad una serie di elementi che possiamo suddividere in fattori di rischio NON MODIFICABILI e fattori di rischio MODIFICABILI.

I fattori di rischio NON MODIFICABILI sono:

- Storia familiare positiva per coronaropatia
- Età (il rischio aumenta con l'età)
- Sesso maschile

Mentre, i fattori di rischio MODIFICABILI sono:

- Iperlipidemia
- Fumo
- Diabete
- Alimentazione scorretta (obesità)
- Ipertensione
- Scarsa attività fisica
- Consumo di alcool

L'obiettivo di questo studio è quello di valutare l'efficacia di un intervento dietetico svolto dal medico nutrizionista e dall'infermiere attraverso la registrazione delle conoscenze alimentari nei soggetti sottoposti a riabilitazione cardiologica sia all'inizio del percorso riabilitativo, sia valutando le modificazioni dopo l'intervento educativo a fine riabilitazione.

In questa tesi si è scelto di approfondire il tema della prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso l'educazione ad una alimentazione corretta valutando l'efficacia dell'intervento svolto nell'unità di Cardiologia Riabilitativa.

L'ipotesi assunta è che dopo l'intervento educativo da parte del dietista, in collaborazione con l'infermiere, le conoscenze alimentari del paziente aumentino e che vi sia una migliore aderenza alla dieta.

Pertanto, è essenziale dimostrare come migliorare l'incisività degli interventi nel campo della prevenzione secondaria alle malattie cardiovascolari che altrimenti sarebbe fallimentare a causa della mancanza di un approccio multidisciplinare al tema.

Per approccio multidisciplinare s'intende il coinvolgimento di cardiologi, infermieri, terapisti della riabilitazione, dietisti, così come psicologi, nella progettazione di interventi individuali in grado di rispondere ai bisogni dei singoli pazienti.

In particolare chi opera nell'area del nursing può svolgere un ruolo di primaria importanza come:

- cooperare con il cardiologo per effettuare esami strumentali per la definizione del profilo di rischio del paziente;
- fornire informazioni, svolgere la funzione di educatore di salute per i pazienti;
- dare supporto al paziente nell'affrontare la malattia, così come intervenire in modo appropriato durante la sua evoluzione nel tempo.
- infine l'infermiere può agire da supporto psicologico per paziente e familiari, indispensabile sia nella fase acuta della degenza per rassicurarli sull'andamento della cura, sia successivamente sulla possibilità di riacquistare una buona qualità di vita.

Pertanto, l'infermiere è un professionista che deve essere in grado di educare il paziente ad una alimentazione sana incrementando quelle che sono le conoscenze base che portano al cambiamento.

La raccolta dati di questa tesi si è svolta presso l'unità di Cardiologia Riabilitativa (CR) del presidio ospedaliero di Noale.

È importante quindi descrivere l'organizzazione e l'obiettivo della CR.

La Cardiologia Riabilitativa, è oggi riconosciuta come il modello standard per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase post-acuta o cronica, e in particolare,

costituisce il modello più efficace per la realizzazione di un intervento di prevenzione secondaria strutturata e a lungo termine che prevede percorsi specifici.

La combinazione di un adeguato monitoraggio ed intervento clinico, un programma di esercizio fisico e interventi strutturati sia di carattere educativo che psicologico, rappresentano la forma più efficace di riabilitazione.

I programmi di Cardiologia Riabilitativa includono le seguenti fasi:

- a) assistenza clinica volta alla stabilizzazione;
- b) valutazione del rischio cardiovascolare globale;
- c) identificazione di obiettivi specifici per la riduzione di ciascun fattore di rischio;
- d) formulazione di un piano di trattamento individuale che includa:
 1. Interventi terapeutici finalizzati alla riduzione del rischio;
 2. Programmi educativi strutturati dedicati e finalizzati ad un effettivo cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso, benessere psicologico);
 3. Prescrizione di un programma di attività fisica atto a ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, migliorare la capacità funzionale e favorire il reinserimento sociale e lavorativo del paziente.
- e) interventi di mantenimento allo scopo di consolidare i risultati ottenuti e favorire l'aderenza a lungo termine delle prescrizioni (terapia, dieta ed attività fisica), garantendo la continuità assistenziale.

Queste fasi si integrano nel progetto riabilitativo individuale che identifica gli obiettivi da raggiungere per il singolo paziente con gli strumenti a disposizione e nell'intervallo di tempo in cui si prevede di poter effettuare l'intervento.

CAPITOLO 1

QUADRO TEORICO

1.1 - Epidemiologia

1.1.1 - Nel mondo

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte a livello globale.

Nel 2012, sono decedute a causa di malattie cardiovascolari circa 17,5 milioni di persone nel mondo che rappresentano il 31% dei decessi a livello globale. Di questi, secondo una recente stima, 7,4 milioni erano dovute a malattia coronarica e 6,7 milioni erano dovute a ictus.

È importante sottolineare che oltre tre quarti delle morti avvengono in paesi caratterizzati da redditi di basso e medio livello (18).

1.1.2 - In Italia

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi in Italia uno dei più importanti problemi di salute pubblica: esse sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità.

I dati di mortalità più aggiornati forniti dall'Istat ed elaborati dall'Ufficio Centrale di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si riferiscono al 2010. Le malattie del sistema circolatorio sono state la causa di 220.539 decessi nel 2010 (95.952 negli uomini e 124.587 nelle donne), pari a circa il 38,1% del totale dei decessi (19)

1.2 - Rilevanza del problema per la professione

L'alimentazione è uno dei fattori di rischio che maggiormente incidono sullo sviluppo della malattia cardiovascolare e sulla qualità della vita, infatti una dieta corretta è un validissimo strumento di prevenzione per la maggior parte delle malattie. La modificazione delle abitudini alimentari è considerata anche parte integrante della terapia di varie malattie

croniche quali l'obesità, il diabete, l'ipertensione, la dislipidemia, la cardiopatia ischemica e lo scompenso cardiaco.

Non si può dimenticare che molti comportamenti inadeguati derivano direttamente da conoscenze insufficienti o errate.

Gli interventi sul versante più propriamente conoscitivo, benché di per sé insufficienti a modificare i comportamenti, sono comunque un prerequisito essenziale per qualsiasi programma educativo sull'alimentazione (2).

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità, l'alimentazione non corretta e la sedentarietà sono tra i maggiori responsabili (precedute solo dall'abitudine al fumo) dei 17 milioni di decessi per malattie circolatorie cardiache.

Oggi, possiamo tranquillamente affermare che la funzione educativa dell'infermiere è complementare alla sua funzione di cura e di assistenza.

L'infermiere deve, in prevenzione primaria e secondaria, promuovere un corretto stile di vita in modo da ridurre il rischio di contrarre malattie cardiovascolari. L'educazione del paziente aumenta l'adesione alle prescrizioni terapeutiche, aiuta a ottenere modifiche dei comportamenti a rischio e a mantenerli nel tempo.

Una corretta informazione, associata a un intervento educativo focalizzato sulle reali capacità di apprendimento e sullo stato emotivo del paziente, può svolgere una vera e propria funzione terapeutica di importanza spesso non secondaria.

Solitamente inserita in un contesto ospedaliero, l'educazione a scopo curativo è soprattutto orientata ad aspetti terapeutici. Classici esempi sono gli interventi dedicati a pazienti affetti da patologie croniche (diabete, infarto del miocardio ...), che devono essere istruiti per una corretta gestione delle proprie attività di vita quotidiana, della terapia e di alcuni aspetti della malattia.

L'educazione del paziente è diventata parte integrante e imprescindibile del processo assistenziale inteso come intervento globale e multidisciplinare su tutti gli aspetti che incidono sulla malattia.

Infatti, l'articolo 23 del codice deontologico dell'infermiere del 2009 dichiara: "L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si

adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita".

Anche l'articolo 19 è fondamentale per sottolineare l'importanza dell'educazione: "L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori".

Questi due articoli del codice deontologico sono essenziali per l'infermiere e necessari per erogare un'assistenza centrata sull'educazione del paziente ad uno stile di vita sano e all'ottenimento di una qualità di vita ottimale collaborando con il team multiprofessionale. L'infermiere ha un ruolo educativo nella fase di riabilitazione cardiologica ed è molto importante.

Infatti, la riabilitazione, al pari della prevenzione, deve essere considerata una tappa fondamentale del percorso terapeutico del paziente, finalizzata alla sua reintroduzione alla vita quotidiana e possibilmente anche all'attività lavorativa.

1.3 - Revisione della letteratura

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la Cardiologia Riabilitativa un processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia cardiovascolare e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza.

Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono tra le cause più frequenti di disabilità (1).

1.3.1 - L'importanza dell'intervento educativo per migliorare le conoscenze alimentari

Lo scopo dello studio che utilizza il questionario di Moynihan è di registrare inizialmente le conoscenze e le abitudini alimentari dei soggetti sottoposti a Cardiologia Riabilitativa all'inizio della riabilitazione e valutarne successivamente i cambiamenti dopo l'intervento dietetico, a fine del percorso. È stato dimostrato che gli interventi dietetici sono un

percorso importante della Cardiologia Riabilitativa, sia nella forma "incontro di gruppo" che "dieta individuale", migliorando le conoscenze alimentari dei pazienti.

Concludendo, questo studio ha dimostrato come il questionario di Moynihan è un utile strumento di valutazione delle conoscenze relative agli alimenti, al loro valore nutrizionale ed al loro corretto utilizzo. L'aumento delle risposte corrette, così come della conoscenza sulle caratteristiche nutrizionali degli alimenti, dopo l'intervento educativo del dietista e dell'infermiere, è stato evidente.

Un altro studio clinico randomizzato, che ha utilizzato come strumento un questionario sulle conoscenze e sulle abitudini alimentari dei pazienti con malattia cardiaca, indica come un orientamento nutrizionale completo dato a pazienti stabili con insufficienza cardiaca abbia generato: maggiore conoscenza riguardo alla dieta sana, maggiore conformità alle linee guida alimentari fornite e una diminuzione dell'assunzione di sodio.

La formazione è dunque un processo necessario che consente ai pazienti di comprendere le informazioni sanitarie di base e che rende adeguato il cambiamento dello stile di vita conseguente alla malattia. Pertanto, un primo passo per migliorare l'aderenza del paziente al trattamento potrebbe essere centrato sulla conoscenza di quella che è considerata una dieta sana per la malattia cardiocircolatoria. Inoltre, è dimostrato che il lavoro del team multidisciplinare gioca un ruolo fondamentale nel processo di formazione, consentendo ai pazienti cardiopatici di avere un'adeguata informazione sulle loro condizioni, sui benefici del trattamento e sul cambio dello stile di vita, evitando così episodi di riacutizzazione e un nuovo ricovero.

Questo studio ha evidenziato che l'intervento nutrizionale è uno strumento efficace per il trattamento non farmacologico nello scompenso cardiaco ed è una valida alternativa per migliorare il livello di conoscenza nutrizionale, come pure la qualità della dieta (3).

Si può ipotizzare che la scarsa conoscenza di quella che è una dieta sana può portare ad una minore compliance nel paziente con malattia cardiocircolatoria.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la compliance può essere definita come "l'estensione del comportamento corrispondente alle raccomandazioni concordate con il professionista sanitario"; da una revisione sistematica della letteratura, si evince come molti pazienti con scompenso cardiaco non aderiscano a queste raccomandazioni (4).

Uno studio che ha esaminato il rapporto tra livello di conoscenze alimentari e l'aderenza ad una dieta salutare ha dimostrato come i pazienti in realtà siano consapevoli che, ad

esempio, dovrebbero limitare l'assunzione di sodio e di liquidi, ma che non trovino questa accortezza importante e che anzi la percepiscano come una restrizione molto difficile a cui adeguarsi e, per questo motivo, non siano in grado di seguirla (5).

Questo articolo non ha portato alle stesse conclusioni di altri studi secondo i quali, i pazienti complianti avrebbero un alto livello di conoscenza riguardo la dieta, rispetto a coloro che non lo sono (6,7).

Pertanto, i suoi risultati dimostrano che la conoscenza è un fattore importante che contribuisce a un comportamento di aderenza, ma da sola non riesce a garantire una buona compliance, perciò è necessario considerare altri fattori, quali la difficoltà percepita dal paziente e cercare di far più attenzione alle persone alle quali è stata prescritta una dieta rigorosa.

Questo permetterà di migliorare la formazione di pazienti con scompenso cardiaco e ad aiutarli a far fronte a queste difficoltà, con conseguente aumento della compliance (5).

Si tratta di una sfida importante per gli operatori sanitari nella quale lo scopo è migliorare l'aderenza nei pazienti con scompenso cardiaco e identificare quei pazienti non aderenti integrando diverse strategie multidisciplinari nei programmi di gestione della malattia cardiocircolatoria.

1.3.2 - Scorretta consapevolezza del fattore di rischio alimentazione

L'importanza di uno stile di vita sano è ben nota nella prevenzione della malattia cardiovascolare.

Le principali cause responsabili dello sviluppo di una malattia coronarica oltre all'aumento dell'età e alla predisposizione genetica, sono l'aumento del colesterolo, l'ipertensione, il fumo, l'obesità, il diabete, l'inattività fisica e lo stress psicosociale.

La consapevolezza del proprio livello di fattore di rischio nei pazienti cardiopatici favorirebbe un adattamento ad uno stile di vita sano e porterebbe ad una migliore qualità della vita.

Attraverso uno studio è stato dimostrato che la conoscenza dei fattori di rischio nei pazienti coronarici è scarsa ed insufficiente.

Questa importante scoperta, è stata associata ad una minore propensione verso un cambiamento dello stile di vita (8).

Pertanto, al fine di modificare il comportamento e la conoscenza dei fattori di rischio cardiovascolari è essenziale una migliore comprensione e consapevolezza di questi fattori.

I pazienti che vengono coinvolti nella conoscenza dei fattori di rischio durante le cure mediche, riferiscono un minor senso di disagio, maggior sollievo dai sintomi della malattia, miglioramento della loro condizione medica generale, meno preoccupazione e un maggiore senso di controllo delle loro malattie.

I pazienti hanno dunque il diritto e il dovere di farsi carico della propria salute, e attraverso la strategia del "patient empowerment", ovvero il risultato della comunicazione tra paziente e professionista sanitario (infermiere, medico, dietista....) e della reciproca condivisione di informazioni relative alla malattia, viene migliorata la sensibilità del paziente sul controllo, sull'efficienza, sulle abilità e capacità necessarie per realizzare il cambiamento correlato alla loro condizione di malattia.

L'educazione alla salute nella riabilitazione cardiologia, comprende inclusi gli interventi multidisciplinari per la prevenzione secondaria ed è riconosciuta come un elemento che favorisce il ripristino della qualità della vita così come la diminuzione e il controllo dei fattori di rischio per le malattie.

Cambiare lo stile di vita e il monitoraggio dei fattori di rischio sono gli obiettivi fondamentali dei programmi di prevenzione secondaria.

In uno studio dove l'obiettivo era indagare a quali fattori di rischio i pazienti attribuiscono la causa della propria malattia cardiovascolare, la maggior parte dei pazienti obesi, i più bisognosi di un intervento educativo e di una dieta sana, non hanno riconosciuto le loro abitudini alimentari squilibrate come fattori di rischio.

La consapevolezza effettiva per quanto riguarda l'importanza del fattore di rischio di un'alimentazione scorretta si è rilevata scarsa, ciò porta a concludere che le conoscenze alimentari siano molto limitate (9).

Inoltre non è da sottovalutare il fatto che il sovrappeso e l'iperlipidemia, siano i fattori di rischio più diffusi in questa categoria di pazienti. È perciò essenziale l'esistenza di programmi di riabilitazione cardiaca nell'ambito della prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari e di vitale importanza l'attuazione di strategie che promuovono il mantenimento a lungo termine dei loro benefici (10).

È infine importante rimanere sempre in contatto con il paziente per trasmettere le conoscenze necessarie per uno stile di vita sano.

1.3.3 - L'infermiere e la gestione dell'intervento educativo

È stato dimostrato in vari studi come gli interventi educativi relativi alla dieta gestiti da infermieri siano utili per ridurre il rischio cardiovascolare.

In uno di questi studi è stato calcolato il punteggio medio di rischio cardiovascolare prima e dopo l'intervento educativo in due gruppi di pazienti riceventi, l'uno informazioni sullo stile di vita ottimale (dieta, attività fisica,...) da un infermiere, l'altro una consulenza medica standard da un cardiologo e dietologo/nutrizionista.

I risultati dopo dieci anni di intervento sono molto significativi. L'intervento svolto dall'infermiere sembra essere più efficace perché diminuisce il punteggio di rischio cardiovascolare, mentre chi riceve consulenza medica tradizionale lo aumenta.

Soprattutto le conoscenze per quanto riguarda la sana alimentazione sono migliorate in correlazione ad un'aderenza significativa al cambiamento.

Le implicazioni per la pratica concluse da questo studio si concentrano soprattutto sull'educazione ad uno stile di vita sano che dovrebbe essere incorporato nella pratica infermieristica clinica per ottenere un beneficio da parte del paziente nella riduzione del rischio cardiovascolare (11).

La valutazione dell'impatto di un approccio diretto dell'infermiera all'educazione del paziente, concentrata sulla modifica dello stile di vita, sulla gestione quotidiana del peso e sulla dieta, ha portato a concludere che la formazione del paziente diretta dall'infermiere sia molto più efficace nel migliorare la qualità della vita. Questa strategia di trattamento migliora quindi in modo significativo il ruolo dei pazienti durante l'autogestione e il controllo dei sintomi della malattia cardiovascolare, ma soprattutto diminuisce la percentuale di pazienti riospedalizzati (12).

Un altro studio ha rilevato la grande importanza nel trasmettere le conoscenze alimentari attraverso un programma di follow-up gestito da un infermiere, poichè è stato concluso che un aumento delle conoscenze porta ad un cambiamento positivo nel comportamento alimentare (13).

Un programma di telefonate a casa dopo la dimissione dalla cardiologia riabilitativa può rivelarsi cruciale per il miglioramento e il mantenimento della conoscenza dei fattori che portano ad uno stile di vita sano e può stimolare nei pazienti la volontà di cambiare il loro stile di vita.

Le conclusioni di uno studio condotto da infermieri della cardiologia riabilitativa, i quali hanno portato avanti un programma di telefonate a domicilio a pazienti dimessi per un periodo di un anno, non confermano l'ipotesi. Infatti, nonostante durante le chiamate venisse chiesto al paziente il suo stato di salute e venisse al contempo erogato un intervento educativo, questi ha in genere dimostrato di recepire gli insegnamenti impartitigli ma al contempo non aderiva al piano alimentare o di attività fisica (14).

1.3.4 - La conoscenza dell'importanza di una dieta povera di sodio

La gestione di una dieta povera di sodio è una componente importante dei programmi di gestione della malattia cardiovascolare.

È stato dimostrato da una ricerca che i pazienti con scompenso cardiaco in un ospedale pubblico urbano presentavano notevoli lacune in materia di restrizione del sodio nella dieta e tali carenze sono state associate ad un aumento della sua assunzione (15).

Ciò porta a sostenere che l'educazione ad una dieta sana e povera di sodio non deve smettere subito dopo la dimissione del reparto, ma che ci deve essere un'informazione continua sia al paziente che ai famigliari che gli sono vicino.

Secondo uno studio il livello di conoscenza dei pazienti sui precetti di una dieta salutare è bassa ed i pazienti con scompenso cardiaco hanno molte idee sbagliate sull'alimentazione.

L'85% dei pazienti che hanno aderito allo studio, ha riferito di aver ricevuto materiali e / o spiegazioni verbali sulle norme dietetiche legate al sodio e ai grassi dai sanitari, soprattutto infermieri, medici e dietologi.

Malgrado la generale percezione che gli alimenti possano incidere sulla salute, meno della metà dei pazienti identifica il sale come un fattore che influenza i sintomi e, mentre molti identificano l'assunzione di sale come un problema per la ritenzione idrica, gli stessi non sembrano essere a conoscenza dell'impatto del sale sui sintomi delle malattie cardiovascolari.

Il mantenimento delle conoscenze sulla dieta a basso contenuto di sodio è stato identificato come un fattore importante per l'aderenza alle raccomandazioni dietetiche.

Anche se i pazienti possono avere una conoscenza sommaria dell'importanza della dieta per la salute, molti non capiscono o hanno dimenticato le informazioni più specifiche.

Questo studio fornisce anche elementi importanti per il ruolo di assistenza sanitaria, infatti i pazienti hanno riferito che spiegazioni chiare e precise, nonché l'incoraggiamento emotivo da parte di operatori sanitari e dalla famiglia, sono importanti per il cambiamento nutrizionale (16).

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1- Obiettivo

L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia di un intervento dietetico svolto dal medico nutrizionista e dall'infermiere attraverso la registrazione delle conoscenze alimentari nei soggetti sottoposti a riabilitazione cardiologica sia all'inizio del percorso riabilitativo, sia valutando le modificazioni dopo l'intervento educativo a fine riabilitazione.

2.2 - Casistica

Lo studio è stato svolto nel reparto di Cardiologia Riabilitativa del presidio ospedaliero di Noale (VE) dell' ULSS 13 di Mirano dove sono stati individuati 20 pazienti, ai quali è stata prescritta dal cardiologo specialista o dal cardiocirurgo una riabilitazione cardiologica con annesso l'intervento dietetico.

Il campione è stato ricavato in base al metodo non probabilistico, effettuando un campionamento a scelta ragionata.

Il campione era composto da 5 donne e 15 uomini, di età compresa tra 40 e 80 anni.

Criteri di inclusione: età > 18 anni, indicazione alla riabilitazione cardiologica con intervento educativo alla dieta sana.

Criteri di esclusione: età < 18 anni, pazienti che non necessitano di formazione verso un'alimentazione corretta.

La casistica comprendeva: 7 pazienti con precedente ricovero per bypass aorto-coronarico, 8 pazienti sottoposti a sostituzione o plastica valvolare, 2 pazienti sottoposti ad angioplastica e 3 pazienti con scompenso cardiaco.

La maggior parte del campione proveniva dal reparto di cardiocirurgia dell'ospedale di Mirano, mentre 5 pazienti che necessitavano di un programma di riabilitazione cardiologica provenivano dall' U.O. di Cardiologia e dall' Emodinamica.

In tutti i pazienti sono state valutate le conoscenze alimentari attraverso la compilazione del "Questionario di Moynihan" prima dell'intervento educativo alla dieta e successivamente a fine riabilitazione.

La durata del percorso riabilitativo era di 45-60 giorni.

I pazienti hanno fornito il consenso per la compilazione del test.

Oltre alla valutazione delle conoscenze alimentari, è stato chiesto ai pazienti di fornire informazioni sul loro titolo di studio e su chi gli avesse trasmesso le informazioni richieste dal questionario.

2.3 - Attività di raccolta dati

La Riabilitazione Cardiologica del Presidio Ospedaliero di Noale ha come obiettivo il miglioramento dello stato di salute dei soggetti affetti da patologia cardiovascolare cronica (cardio trapiantati, arteriopatici periferici, coronaropatici trattati con angioplastica, cardiopatici affetti da scompenso cardiaco cronico) attraverso la prescrizione personalizzata di esercizio fisico e correzione dei fattori di rischio come l'alimentazione scorretta, tabagismo, diabete, dislipidemia e l'ipertensione.

In particolare, questa tesi è centrata sul fattore di rischio 'alimentazione' e per questo motivo si ritiene opportuno approfondire in che modo venga svolto l'intervento educativo.

Dalla consultazione dell'istruzione operativa della visita dietologica, condotta dal Medico Nutrizionista in collaborazione con un infermiere, emerge che l'attività presso l'ambulatorio dietologico coinvolge pazienti inviati dal Day Hospital della Cardiologia di Mirano e di Noale che necessitano di un intervento dietoterapico per abbassare ulteriormente il rischio cardiovascolare.

Per questi pazienti sono previsti alcuni incontri collettivi di supporto con il team multidisciplinare ove ognuno degli specialisti contribuisce ad un rinforzo delle sue competenze in materia di dieta apportando un diverso punto di vista.

Durante il periodo di tirocinio ho potuto osservare varie visite dietologiche di educazione ad uno stile alimentare sano.

L'attività ambulatoriale di dietologia svolta dal Medico Nutrizionista e dall'infermiere si può riassumere nei seguenti passaggi:

- Valutazione documentazione clinica;
- Anamnesi (famigliare, fisiologica, patologica remota e prossima);
- Anamnesi alimentare (valutazione di un diario alimentare settimanale);
- Valutazione antropometrica (peso, altezza, calcolo BMI, circonferenza vita ed eventuale plicometria);
- Esame obiettivo del paziente e valutazione pressoria;
- Valutazione di esami bioumorali ed eventuale prescrizione di ulteriori accertamenti se questi sono insufficienti;
- Valutazione della terapia in atto;
- Indagine con il paziente sulla motivazione e sugli obiettivi per il raggiungimento di un peso "ragionevole";
- Valutazione di eventuali fattori di rischio e spiegazione al paziente dei rischi stessi;
- Suggerimenti e strategie per adottare un nuovo regime alimentare, per renderlo più fattibile ed efficace nell'ambito quotidiano;
- Dietoterapia specifica da seguire relativa ad eventuali patologie esistenti (es. diabete);
- Valutazione di attività fisica svolta settimanalmente e calcolo calorico della suddetta con colloquio motivazionale per i pazienti inattivi;
- Valutazione di altre attività connesse all'ambito lavorativo e valutazione energetica;
- Stesura del programma terapeutico dietetico e consegna dello stesso;

Successivamente viene fatta una seconda visita di controllo dove vengono rivalutati i dati antropometrici, pressori e gli esami ematochimici, vengono rinforzati gli obiettivi e le strategie aggiuntive, si chiariscono le modalità di preparazione dei pasti e/o sostituzioni, viene effettuata una nuova stesura del piano dietoterapeutico per il mantenimento, si valuta l'attività fisica svolta ed eventualmente viene prescritta una successiva visita di controllo.

L'intervento educativo non finisce solo con la visita ambulatoriale del nutrizionista ma continua durante il periodo riabilitativo attraverso il supporto dell'infermiere, sempre presente durante tutto il percorso.

La mia presenza in reparto è stata di 6 giorni dalle ore 9.00 alle ore 13.00, nel periodo dal 26 giugno 2015 al 20 agosto 2015. Di questi sei giorni, tre sono stati dedicati alla compilazione del questionario per i pazienti all'inizio della riabilitazione cardiologica e tre

sono stati dedicati alla ricompilazione del questionario, allo stesso campione di pazienti, alla fine del percorso riabilitativo.

2.4 - Il questionario di Moynihan

Il questionario sviluppato da Moynihan *et al.*, [vedi allegato 1] validato nella versione italiana (2), è costituito da 11 domande, per il presente elaborato si è deciso di semplificare il test eliminando la prima domanda nella quale viene chiesto di abbinare i gruppi alimentari alle sezioni di un grafico a torta secondo le proporzioni di cibo che si dovrebbero introdurre nella giornata per ottenere un'alimentazione equilibrata.

Il motivo per cui è stata fatta questa scelta è duplice: in primo luogo si è notata la somiglianza alla domanda numero quattro e, in secondo luogo, si è voluto accorciare il test dato il poco tempo a disposizione per somministrarlo ai pazienti e la complessità del test stesso.

Il questionario modificato è composto da 10 domande [vedi allegato 2]: domande a risposta singola, domande a risposta multipla e domande a risposta aperta. Le domande si concentrano soprattutto sul consumo raccomandato di frutta e verdura, sulle conoscenze dei vari tipi di grassi, sugli omega-3, sulla fibra, e i cibi che la contengono e sulla consapevolezza dei problemi correlati a un elevato consumo di grassi, zucchero e sale e un basso consumo di frutta e verdura. Per ogni paziente è stato possibile calcolare un punteggio individuale sulle conoscenze alimentari: ≥ 26 insufficiente, 22-25 sufficiente, 18-21 buono, 15-17 ottimo, quindi maggiore è il punteggio minori sono le conoscenze alimentari. È stato assegnato 1 punto ad ogni risposta corretta e 2 punti ad ogni risposta errata, se la domanda prevede il completamento di una griglia si è dato 0,1 per le risposte esatte e 0,2 per quelle sbagliate.

Le risposte corrette del questionario e il punteggio da assegnare sono state fornite dall'ANDID (Associazione Italiana Dietisti) attraverso e-mail.

Si è inoltre deciso di inserire nel questionario due domande, una sul livello d'istruzione e un'altra nella quale si chiedeva ai pazienti da chi avessero ricevuto informazioni sull'alimentazione. Queste due domande aggiuntive sono servite per capire in che modo l'istruzione incida sui risultati e sulla comprensione delle domande, e se l'aumentare dei punteggi fosse dovuto all'intervento educativo svolto dal nutrizionista e dall'infermiere.

2.5 - Analisi statistica

È stata fatta un'analisi statistica inferenziale utilizzando il programma Microsoft Excel.

I dati relativi al questionario sono stati elaborati confrontando la media e la deviazione standard dei risultati dei due gruppi oggetto di indagine (inizio riabilitazione e fine riabilitazione) utilizzando il test t di Student.

Questo test viene definito test statistico di significatività e si utilizza quando si effettua il confronto tra due medie campionarie e si vuole sapere se la loro differenza è significativa.

In questo la domanda da porsi è stata: *la differenza fra le medie dei risultati riguardanti i questionari all'inizio e alla fine della riabilitazione cardiologica è significativa?*

Ossia, è possibile affermare che la differenza osservata non sia dovuta al caso ma che, invece esista veramente una diversità tra le medie dei risultati del questionario prima e dopo la riabilitazione?.

Inizialmente il test di Student assume la cosiddetta ipotesi zero, anche chiamata ipotesi nulla. Quando si effettua il confronto fra due o più gruppi di dati (inizio e fine riabilitazione), l'ipotesi zero prevede sempre che non esista alcuna differenza tra i gruppi riguardo al parametro considerato. Quindi se l'ipotesi nulla è valida, le eventuali differenze osservate nei campioni, in questo caso le conoscenze alimentari, vanno attribuite al puro caso. Una decisione di respingere l'ipotesi nulla (presa sulla base del test statistico) è probabilmente giusta, ma potrebbe anche essere errata. La probabilità di commettere questo errore si chiama livello di significatività del test. Questa probabilità, chiamata anche valore P, di solito viene fissata ai valori tipici di 0.05 (5%) o di 0.01 (1%). Ricordiamo quindi che questa probabilità rappresenta una stima quantitativa della probabilità che le differenze osservate siano dovute al caso (17).

I risultati hanno portato al rifiuto dell'ipotesi nulla sotto H_0 ad un livello di significatività dello 0,05%.

Concludendo, la differenza tra le medie dei risultati del questionario dei due gruppi d'indagine non è dovuta al caso.

CAPITOLO 3

RISULTATI

3.1 - Analisi dei dati relativi al questionario di Moynihan

Il questionario è stato compilato all'inizio della riabilitazione cardiologica e dopo circa due mesi, alla fine del percorso riabilitativo, da pazienti che avevano bisogno di un intervento educativo.

Per valutare l'incremento delle conoscenze alimentari dei pazienti si è scelto di basarsi sui risultati del questionario di Moynihan.

Tutti i 20 pazienti hanno aderito ad entrambe le compilazioni e dopo i due mesi, consultando i punteggi del questionario, si è notato un miglioramento delle conoscenze alimentari [tabella I].

Paziente	Inizio riabilitazione	Fine riabilitazione
1	20	17
2	18	16,3
3	19,7	16
4	21	19
5	19	19
6	16	17
7	20	18
8	16	15,4
9	19,8	18,6
10	22	18,4
11	23	19,7
12	20	19,4
13	17,4	14,5
14	18	15,2
15	23,1	17,2
16	22	21,4
17	22	18,6
18	25,2	18,4
19	25,3	19,4
20	22	19,5
MEDIA	20,5	17,9

Tabella I: Risultati del questionario di Moynihan all'inizio e alla fine della riabilitazione cardiologica.

Al primo incontro con i pazienti il punteggio medio è stato di 20,5 punti, mentre dopo due mesi di riabilitazione era di 17,9.

Il punteggio più basso indica un aumento delle risposte corrette, quindi una migliore conoscenza del tema dell'alimentazione sana.

Si può notare anche dall'istogramma come per ogni paziente le conoscenze alimentari siano aumentate dopo due mesi di riabilitazione cardiologica [figura 1].

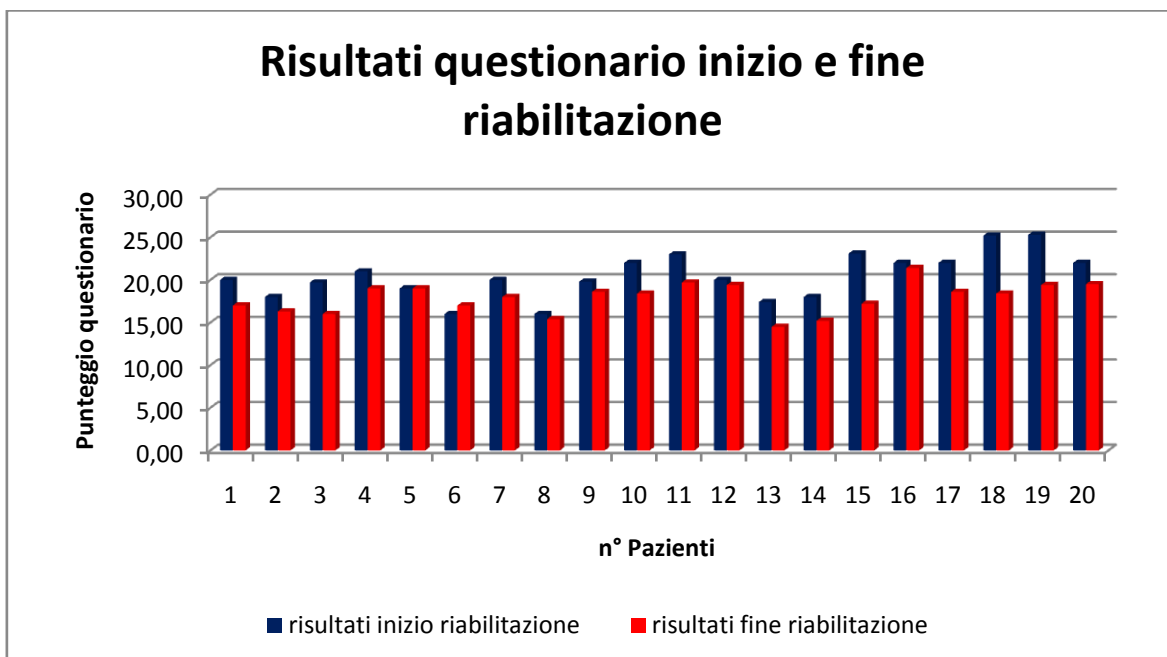


Figura 1: Istogramma che mette a confronto i risultati del questionario di Moynihan del singolo paziente all'inizio e alla fine della riabilitazione cardiologica.

Dall'analisi statistica risulta che la differenza tra le medie dei risultati, applicando il test T di student, è significativa e quindi non è dovuta al caso, bensì all'intervento educativo dell'infermiere e del nutrizionista.

3.2 - Osservazioni sulla compilazione del questionario

Durante la compilazione del questionario, all'inizio della riabilitazione, molti pazienti hanno riscontrato difficoltà a compilarlo da soli e hanno chiesto aiuto nella comprensione delle domande. Per questo motivo, è stato necessario semplificare il questionario utilizzando frasi più semplici come ad esempio, nella domanda che chiedeva quali fossero i

grassi da ridurre nella dieta, per una maggiore comprensione del paziente si è deciso di definire a voce i grassi insaturi come grassi vegetali e i grassi saturi come grassi animali.

È da sottolineare, infatti, l'importanza strategica del livello d'istruzione. Le persone laureate, che in questo campione sono 2, un medico e un infermiere, hanno di fatto risposto più facilmente e con meno errori al questionario.

Altri pazienti con un diploma da ragioniere o geometra avevano lo stesso livello di conoscenze di chi ha studiato fino alla quinta elementare o alla terza media e hanno chiesto aiuto nella compilazione all'inizio della riabilitazione, mentre al secondo incontro si è osservata una minor difficoltà da parte di tutto il campione. Prendendo in esame le singole risposte alle domande si nota un aumento generale delle risposte corrette.

La domanda più importante sulla quale è d'obbligo soffermarsi è la n°10, composta da 5 domande che chiedevano la conoscenza sui problemi di salute riguardanti l'assunzione di fibra, frutta e verdura, grassi, zuccheri e sale nella dieta [vedi allegato 2].

Alla prima compilazione del questionario più del 50% dei pazienti ha risposto "no" o "non lo so", mentre alla fine del percorso riabilitativo quasi tutte le risposte sono risultate corrette.

Analizzando le singole domande con un istogramma si può vedere come le conoscenze riguardo a problemi di salute, legati a determinati cibi, migliorino.

Nella prima domanda in cui veniva chiesto la conoscenza dei problemi di salute correlati alla poca assunzione di fibra, 16 pazienti non sono riusciti a rispondere alla prima compilazione, mentre a due mesi dall'inizio del percorso riabilitativo più della metà ha risposto citando il problema della stipsi, la prevenzione dalle malattie cardiovascolari e i diverticoli [figura 2].

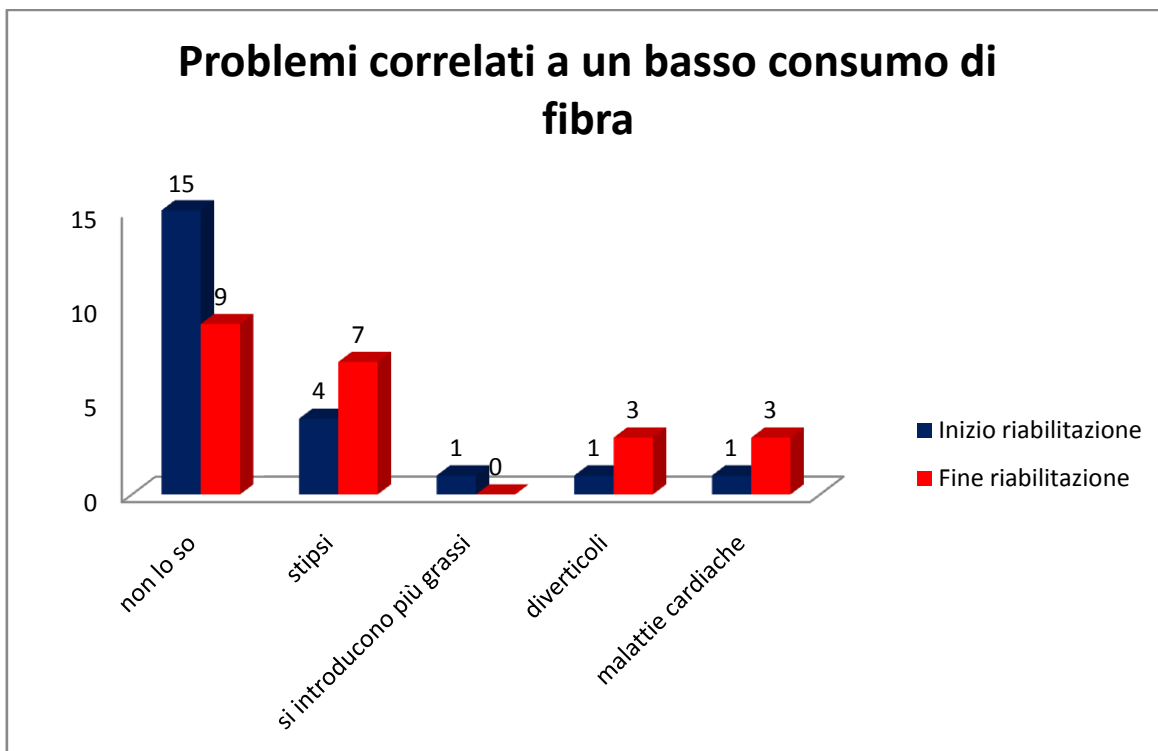


Figura 2: Risposte alla domanda 10a) É consapevole di tutti i problemi e le malattie legate a basso consumo di fibra alimentare?

Alla domanda sui vantaggi per la salute legati al consumo di frutta e verdura la maggior parte dei pazienti non ha saputo rispondere e, a due mesi dal percorso riabilitativo, un gruppo di 8 pazienti ha risposto "non lo so", mentre una buona parte dei restanti ha evidenziato il problema della carenza vitaminica e della stipsi [figura 3].

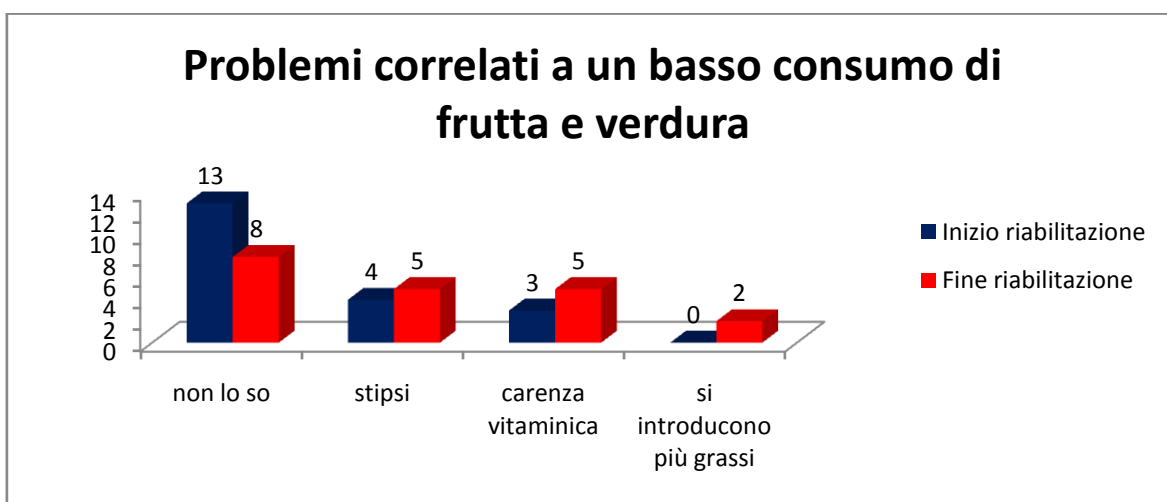


Figura 3: Risposta alla domanda 10b) É consapevole dei vantaggi per la salute dell'uso di frutta e verdura?

Alla domanda 10c, riguardante i problemi di salute legati all'eccessiva assunzione di grassi, 11 pazienti hanno risposto "non lo so", altri hanno risposto citando l'ipercolesterolemia, l'obesità e le malattie cardiache.

Al termine della riabilitazione cardiologica, dopo l'intervento educativo dell'infermiere e del nutrizionista, 15 pazienti hanno risposto sottolineando l'importanza del controllo del colesterolo [figura 4].

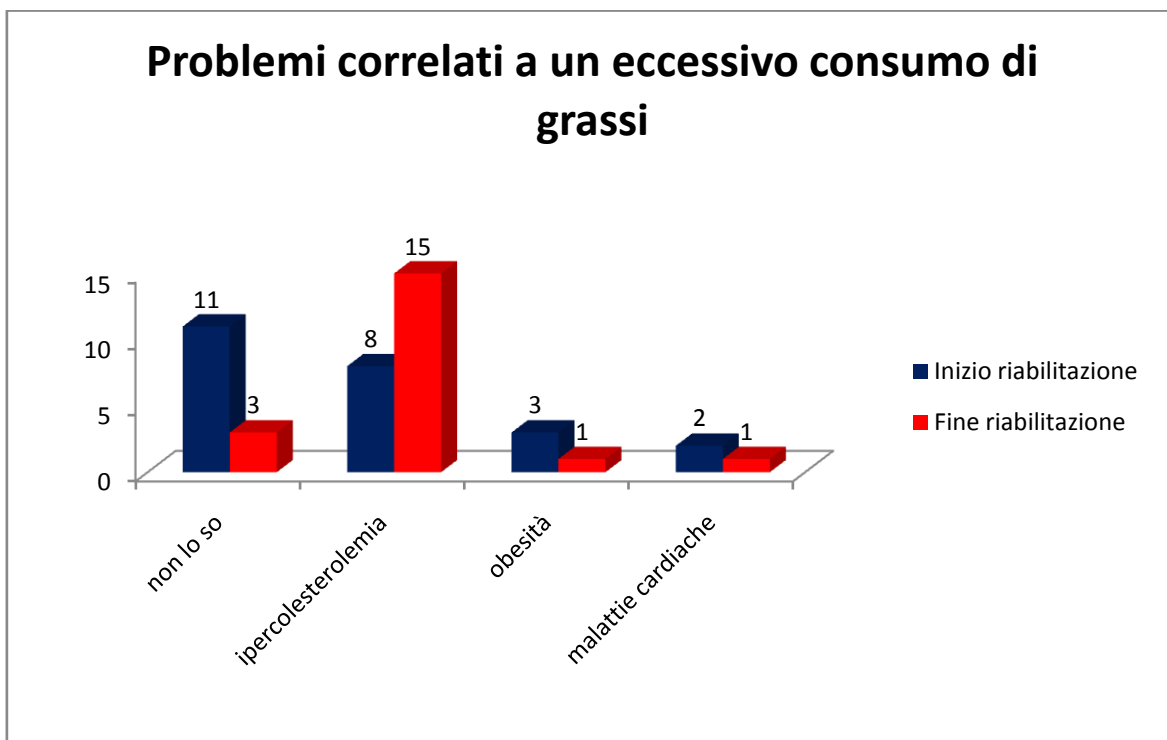


Figura 4: Risposte alla domanda 10c) È consapevole dei problemi di salute correlati alla quantità di grassi consumati?

I pazienti si sono dimostrati molto preparati riguardo i problemi di salute causati invece dall'assunzione di zuccheri e sale.

Il problema di salute legato alla quantità di zuccheri assunti maggiormente citato è stato il diabete, ben 14 persone l'hanno individuato all'inizio del percorso e successivamente 17 [figura 5].

Per 7 pazienti, alla prima compilazione del questionario, l'eccessivo consumo di sale nella dieta non è stato ritenuto come problema per la salute, mentre altri 10 lo hanno collegato all'innalzamento della pressione arteriosa.

Questa risposta è stata data poi alla fine della riabilitazione da 15 persone facenti parte dell'indagine [figura 6].

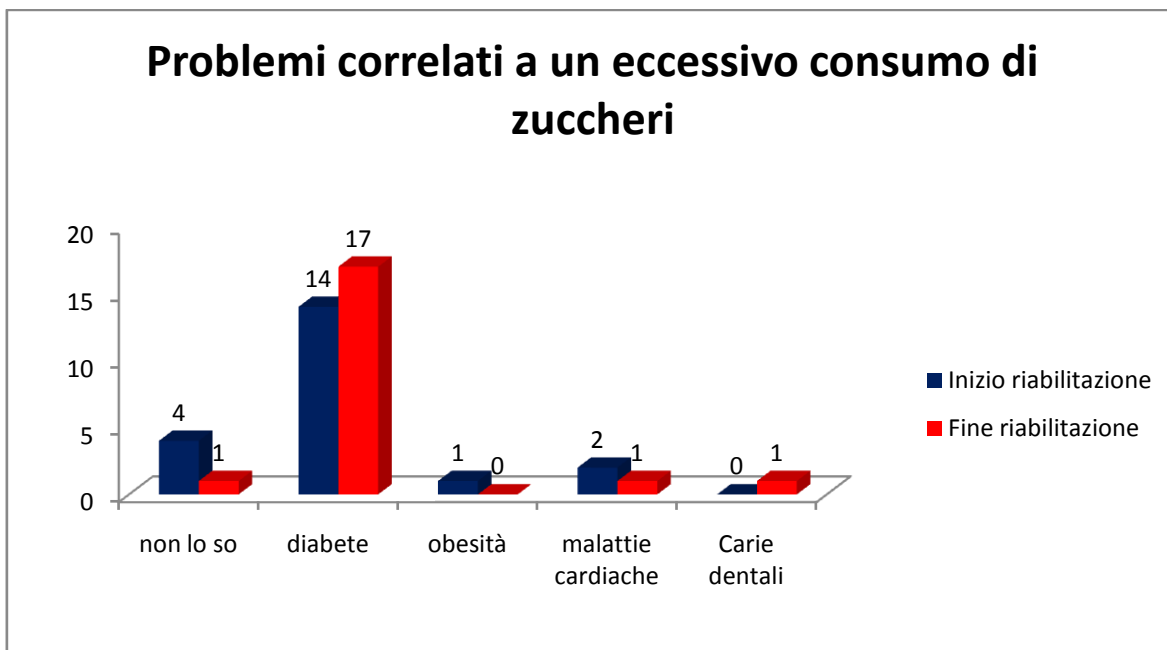


Figura 5: Risposte alla domanda 10d) È consapevole dei problemi di salute correlati a un eccessivo consumo di zuccheri?

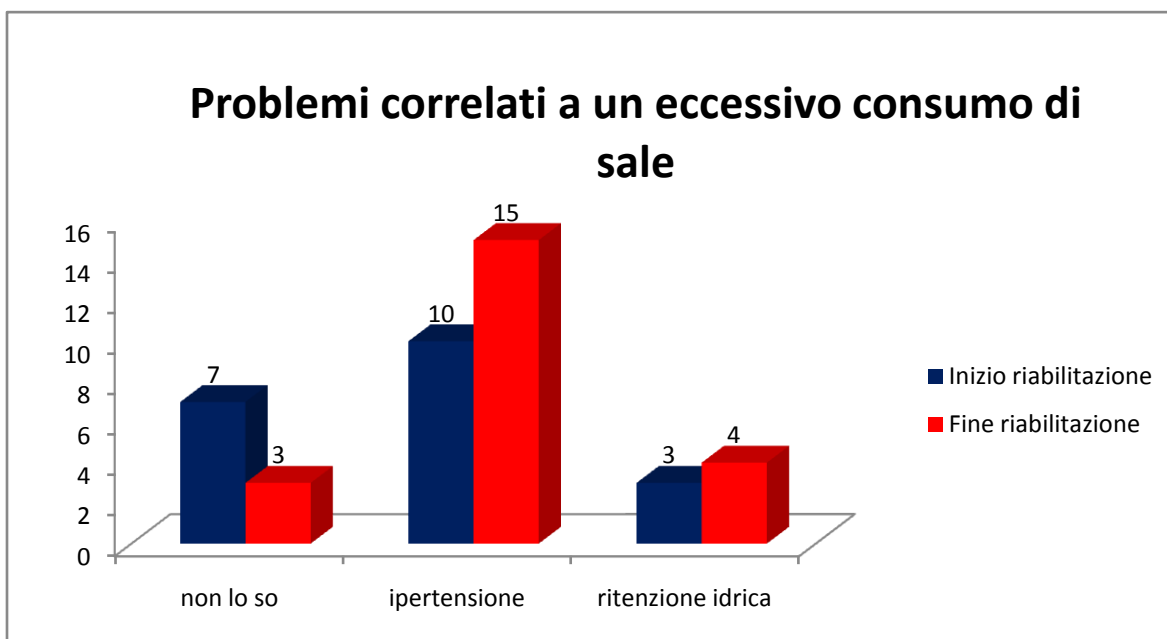


Figura 6: Risposte alla domanda 10e) È consapevole dei problemi di salute correlati a un eccessivo consumo di sale?

Alla fine del questionario si è ritenuto opportuno aggiungere una domanda nella quale veniva chiesto ai pazienti da chi avessero ricevuto le informazioni riportate.

Al primo incontro 8 pazienti hanno riferito di aver ricevuto informazioni dal medico di famiglia, 4 dal personale sanitario infermieristico, 3 dal cardiologo, 4 attraverso lo studio e la lettura di riviste mentre 1 persona non ha risposto alla domanda.

Successivamente, a fine riabilitazione, 2 pazienti hanno risposto che le informazioni riportate erano state date dal medico di base, 7 dal medico nutrizionista, 8 dal personale infermieristico, 2 dal cardiologo e 1 persona grazie allo studio e alla lettura di riviste.

È stato fondamentale capire da chi il campione avesse ricevuto le conoscenze alimentari in modo tale da identificare se l'aumentare dei punteggi fosse davvero dovuto all'intervento educativo svolto dal nutrizionista e dall'infermiere.

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le conoscenze alimentari sono molto importanti per migliorare la qualità della vita e permettere uno stile di vita salutare.

In questo studio il questionario sulle conoscenze alimentari è stato compilato per la maggior parte da pazienti che hanno subito un intervento cardiocirurgico per valvulopatia e coronaropatia e a cui è stato prescritto un periodo di riabilitazione cardiologica; per poter valutare l'efficacia dell'intervento educativo svolto all'interno dell'unità operativa di Noale è stato consegnato all'inizio e alla fine del periodo di riabilitazione, così facendo si è potuto valutare nel tempo la variazione delle conoscenze alimentari.

Il limite di questo studio è il basso numero di soggetti individuati come campione d'indagine poichè a non tutti i pazienti, che necessitano di un periodo di riabilitazione cardiologica, viene prescritto l'intervento educativo. Un altro limite allo studio è da individuarsi nella lunghezza del periodo riabilitativo il quale non ha permesso di ampliare il campione.

Nonostante i limiti dai risultati ottenuti possiamo affermare che è evidente un aumento delle conoscenze alimentari alla fine della riabilitazione cardiologica, pertanto l'educazione ad una dieta sana condotta nell'unità operativa dell'ULSS 13 di Noale è efficace e incrementa il livello delle conoscenze dei pazienti.

È stato rilevato inoltre che la maggior parte del campione, alla fine del percorso di riabilitazione, ha dichiarato che le risposte date al questionario sono frutto dell'intervento educativo svolto dal nutrizionista e dall'infermiere.

L'approccio multidisciplinare nell'educazione ad un'alimentazione sana è risultato essere un valido supporto in questa Riabilitazione Cardiologica per tutti i pazienti che stanno affrontando un cambiamento nello stile di vita dopo un intervento chirurgico importante.

Pertanto, l'educazione dovrebbe essere incorporato nella pratica infermieristica clinica per ottenere un beneficio da parte del paziente nella riduzione del rischio cardiovascolare, questo perchè l'infermiere è il professionista sanitario con la quale può creare una relazione d'aiuto fatta di empatia, simpatia, concordanza, affinità, cooperazione e appoggio.

Durante la compilazione del questionario a inizio riabilitazione si è notata la differenza di comprensione delle domande nei soggetti acculturati e in quelli meno acculturati, i primi hanno risposto da soli senza necessità di aiuto, mentre i secondi hanno chiesto di essere aiutati.

La prevenzione delle incomprensioni, infatti, deve essere parte dell'intervento educativo nei pazienti con malattia cardiaca al fine di migliorare le loro conoscenze in materia di alimentazione.

Inoltre è molto importante la comunicazione per poter meglio discutere dei problemi legati al nuovo regime.

Alla fine della riabilitazione, alla consegna del questionario, si è osservato nei pazienti meno difficoltà nella compilazione, indice di un aumento delle conoscenze alimentari dei pazienti.

Analizzando la letteratura e confrontandola con lo studio svolto nell'unità di Riabilitazione Cardiologica di Noale, si è dunque osservato che in tutti gli studi c'è una differenza tra le conoscenze alimentari delle persone con basso livello culturale e in quelle che hanno proseguito gli studi. Nonostante ciò, dopo l'intervento educativo, le conoscenze di entrambi i gruppi si equivalgono, questo indica un incremento delle conoscenze alimentari e evidenzia l'efficacia dell'intervento svolto.

Quindi, un'informazione nutrizionale data a pazienti con malattia cardiovascolare è fondamentale per istruirli su uno stile di vita sano e prevenire la comparsa dei fattori di rischio cardiovascolari.

Osservando la domanda numero 10 si è notata la scarsa conoscenza della correlazione tra determinati gruppi alimentari (frutta e verdura, fibra, grassi) e i problemi di salute che possono provocare.

Successivamente all'intervento educativo si può osservare un miglioramento nelle risposte alla domanda, e per questo motivo si ritiene importante riflettere sull'argomento, sottolineando l'esigenza di educare il paziente cardiopatico non solo ad una dieta sana, ma anche ai fattori di rischio correlati all'assunzione di determinati alimenti che possono portare a una riospedalizzazione, come riscontrato in letteratura.

Si suggerisce, per un prossimo studio, di analizzare nello specifico le metodologie che possono aiutare l'infermiere nell'educare il paziente verso un'alimentazione sana come, ad

esempio, la tipologia di comunicazione da utilizzare o come stabilire un approccio efficace verso i pazienti meno acculturati.

Può essere utile inoltre, realizzare un opuscolo contenente informazioni sullo stile di vita alimentare corretto e facili ricette salutari per questo tipo di pazienti.

Se si vuole somministrare il questionario utilizzato nello studio si raccomanda di aiutare i pazienti che non capiscono le domande semplificando quei termini per loro incomprensibili con dei sinonimi perchè si rischia che rispondano "non lo so" quando invece magari sono a conoscenza della risposta.

Dalla letteratura è emerso che la presenza dell'infermiere in Riabilitazione Cardiologica è importante durante il percorso educativo verso un'alimentazione corretta, infatti è stato dimostrato in vari studi come gli interventi educativi relativi alla dieta gestiti da infermieri siano utili per ridurre il rischio cardiovascolare.

Da questa affermazione sono state elaborate alcune implicazioni per la pratica quali: Rinforzare le conoscenze dei pazienti identificando gli alimenti salutari con poco sodio, incoraggiando la persona ad assumere più frutta e verdura e cibi ricchi di fibra anche durante gli attacchi di fame di metà mattina e metà pomeriggio evitando di assumere così molti zuccheri e grassi.

Un suggerimento per incrementare le conoscenze alimentari nei pazienti cardiopatici potrebbe essere quello di organizzare un pranzo o una cena insieme al team multidisciplinare della Cardiologia Riabilitativa nel quale verrebbe servito un menù salutare specifico per la tipologia di paziente. Il medico cardiologo, l'infermiera e il medico nutrizionista analizzerebbero insieme al paziente ogni singola portata identificando le differenze tra grassi saturi e insaturi, gli omega-3, l'importanza della fibra e la corretta assunzione di sodio.

Questo intervento avrebbe come scopo non solo l'aumento delle conoscenze alimentari, ma sarebbe anche uno stimolo all'aderenza alla dieta per tutti i pazienti che si ritroverebbero insieme ad altri con lo stesso problema, ovvero il cambiamento del regime dietetico, che non è facile da rispettare.

Sarebbe inoltre auspicabile organizzare un incontro anche con la famiglia del paziente per informarla della necessità di servire cibi a basso contenuto di sodio e grassi e condividere con loro le conoscenze alimentari necessarie per una dieta equilibrata.

Non meno importante è l'informare riguardo i problemi di salute considerati fattori di rischio cardiovascolare, ad esempio il diabete, l'ipertensione e l'iperlipidemia, perchè mediante l'educazione ad una dieta corretta e povera di sodio è possibile evitarli.

Un'altro intervento fondamentale per aiutare il paziente a mantenere le informazioni date durante il periodo riabilitativo è la programmazione di un piano di telefonate a casa da parte dell'infermiere, così da poter inoltre tener controllata la situazione salutare del paziente, l'aderenza alla dieta, all'attività fisica e alla terapia farmacologica.

Concludendo, l'intervento educativo svolto del medico nutrizionista in collaborazione con l'infermiere è efficace.

Il livello delle conoscenze alimentari all'inizio della riabilitazione cardiologica si sono dimostrate scarse soprattutto nei pazienti poco acculturati, mentre i risultati alla fine della riabilitazione sono stati più incoraggianti e positivi poichè le conoscenze alimentari, grazie all'intervento educativo svolto, aumentano, confermando ciò che è riscontrato dalla letteratura in materia.

L'educazione ad una dieta sana è una strategia non-farmacologica raccomandata per pazienti con malattie cardiache per mantenere la stabilità, evitare la riospedalizzazione e ridurre la mortalità.

Queste misure comprendono un'alimentazione a basso contenuto di sodio, dieta equilibrata, controllo del peso e dell'acqua assunta.

Inoltre, l'alta prevalenza di malattia dell'arteria coronaria come causa del malfunzionamento cardiaco rende necessario limitare i grassi saturi, colesterolo e assunzione di carboidrati semplici nella dieta dei pazienti.

Migliorare la conoscenza dei pazienti cardiopatici su questi argomenti è quindi, una sfida importante per gli operatori sanitari che attuano un intervento educativo di prevenzione in Cardiologia Riabilitativa.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Rosi C, Pennella S, Fantuzzi AL, Pedrazzi P, Passalacqua M, Gavioli M, et al. The usefulness of Moynihan questionnaire in the evaluation of knowledge on healthy diet of patients undergoing cardiology rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis* 2013 Jun;80(2):76-89.
- (2) Da Vico L, Biffi B, Agostini S, Brazzo S, Masini ML, Fattirolli F, et al. Validation of the Italian version of the questionnaire on nutrition knowledge by Moynihan. *Monaldi Arch Chest Dis Card Ser* 2010;74(3):140-146.
- (3) Donner Alves F, Correa Souza G, Brunetto S, Schweigert Perry I, Biolo A. Nutritional orientation, knowledge and quality of diet in heart failure: randomized clinical trial. *Nutr Hosp* 2012 04;27(2):441-448.
- (4) van der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *Eur J Heart Fail* 2005 Jan;7(1):5-17.
- (5) Nieuwenhuis MM, van der Wal MH, Jaarsma T. The body of knowledge on compliance in heart failure patients: we are not there yet. *J Cardiovasc Nurs* 2011 Jan-Feb;26(1):21-28.
- (6) van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J* 2006 Feb;27(4):434-440.
- (7) van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart Lung* 2007 Jul-Aug;36(4):253-261.
- (8) De Smedt D, Clays E, Annemans L, Pardaens S, Kotseva K, De Bacquer D. Risk factor awareness in a coronary population and the association with health-related quality of life outcomes. *Int J Public Health* 2014 Jun;59(3):475-483.

- (9) Montinaro S, Mazzetti S, Vasicuro C, Acquistapace F. Awareness of cardiovascular risk factors in ischaemic heart disease: implications during the projection of secondary prevention interventions. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2008 Oct;9(10):1052-1056.
- (10) Magalhães S, Viamonte S, Ribeiro MM, Barreira A, Fernandes P, Torres S, et al. Long-term effects of a cardiac rehabilitation program in the control of cardiovascular risk factors. *Rev Port Cardiol* 2013;32(3):191-199.
- (11) Saffi MA, Polanczyk CA, Rabelo-Silva ER. Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: a randomized clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014 Oct;13(5):436-443.
- (12) Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract* 2006 Mar;18(3):116-123.
- (13) Mok VK, Sit JW, Tsang AS, Chair SY, Cheng TL, Chiang CS. A controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy dietary pattern among patients after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 2013 May-Jun;28(3):256-266.
- (14) Albertini S, Ciocca A, Opasich C, Pinna GD, Cobelli F. Third phase of cardiac rehabilitation: a nurse-based "home-control" model. *Monaldi Arch Chest Dis* 2011 Dec;76(4):168-174.
- (15) Kollipara UK, Jaffer O, Amin A, Toto KH, Nelson LL, Schneider R, et al. Relation of lack of knowledge about dietary sodium to hospital readmission in patients with heart failure. *Am J Cardiol* 2008 Nov 1;102(9):1212-1215.
- (16) Heo S, Lennie TA, Moser DK, Okoli C. Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary adherence. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009 Dec;8(5):323-328.
- (17) Scotti F,. Il test di Student. Il test di Student 2006.

SITOGRAFIA

(18) WORLD H, ORGANIZATION. Cardiovascular diseases (CVDs). 2015; Available at: www.who.int. Accessed Agosto, 2015.

(19) Ministero d, salute. Piano nazionale della prevenzione 2014-2018. 2010; Available at: www.salute.gov.it. Accessed agosto 2015, 2015.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

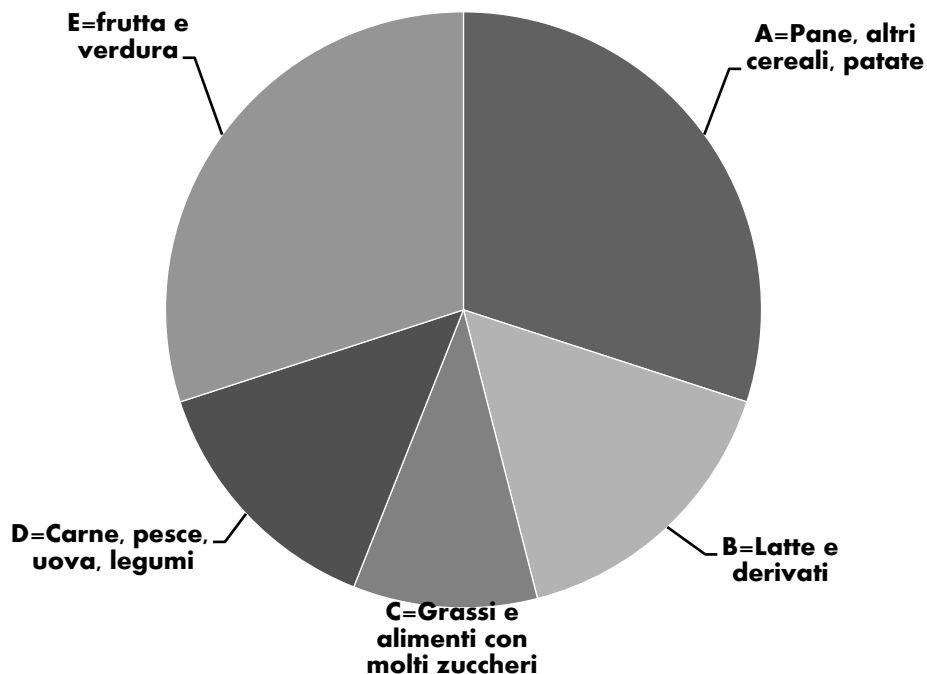
Questionario di Moynihan (originale)

1) Il sottostante grafico rappresenta le proporzioni di cibo raccomandato che dovremmo introdurre nella nostra dieta per raggiungere un equilibrio ideale tra i diversi cibi.

Le sezioni del grafico rappresentano ognuna uno dei 5 gruppi di alimenti seguenti.

- 1) frutta e verdura
- 2) pane, altri cereali e patate
- 3) latte, latticini e formaggi
- 4) grassi e alimenti contenenti zuccheri in grande quantità
- 5) carne, pesce, uova e legumi

Quale sezione ritieni che rappresenti ciascuno di questi gruppi di alimenti? Scrivi il numero del gruppo degli alimenti nella sezione che tu ritieni rappresenti quel gruppo.



2) Quante porzioni di frutta e verdura pensi che gli esperti consiglino di consumare ogni giorno?

- 0-1
- 2-3
- 4-5
- 5 o più
- non lo so

4-5 PORZIONI

3) Quali grassi gli esperti dicono sia più importante diminuire nell'alimentazione?

- Grassi monoinsaturi
- Grassi polinsaturi
- Grassi saturi
- Tutti i grassi
- Non lo so

GRASSI SATURI

4) Quali cibi pensi che gli esperti della nutrizione raccomandano di consumare in minore o maggiore quantità?

	Molto	Abbastanza	Poco	Non lo so
Verdura		x		
Cibi zuccherati (bibite, dolci)			x	
Formaggi			x	
Carne rossa			x	
Carboidrati (pasta, pane, patate)		x		
Cibi grassi (fritture, patatine, maionese)			x	
Cibi ricchi di fibra		x		
Frutta		x		
Pesci grassi (salmone, tonno, sgombro)		x		
Cibi salati (affettati, salatini, sott'aceti)			x	

5)Qual è la principale fonte di grassi omega 3?

- merluzzo
- aringa
- una porzione di bastoncini di pesce surgelati
- salmone
- granchio
- sgombro
- non lo so

MERLUZZO, ARINGA, SGOMBRO

6)Quali tra i seguenti cibi pensi che contenga un alta o una bassa quantità di fibra?

	ALTA quantità di fibra	BASSA quantità di fibra	Non lo so
Uova		X	
Carne rossa		X	
Noci	X		
Pesce		X	
Funghi	X		
Pollo		X	
Fagioli	X		
Pane integrale	X		
Frutta	X		
Verdura	X		

7)Quale panino pensi sia più salutare?

- due sottili fette di pane e una spessa fetta di formaggio
- due spesse fette di pane e una sottile fetta di formaggio
- uguale

DUE SPESSE FETTE DI PANE E UNA SOTTILE DI FORMAGGIO

8)Quale è la scelta migliore per un pranzo leggero, povero di grassi e ricco di fibre?

- pollo arrosto
- pane integrale con formaggio
- pasta e fagioli
- torta salata al formaggio
- non lo so

PASTA E FAGIOLI

9)Che cosa pensi sia più salutare?

- una porzione abbondante di pasta con poco sugo di carne
- una piccola porzione di pasta con abbondante sugo di carne
- non lo so

UNA PORZIONE ABBONDANTE DI PASTA CON POCO SUGO DI CARNE

10)Se una persona vuole ridurre i grassi della dieta,quale dovrebbe essere la scelta migliore tra i seguenti alimenti?

- bistecca alla griglia
- salsicce alla griglia
- fesa di tacchino alla griglia
- braciola di maiale alla griglia

FESA DI TACCHINO ALLA GRIGLIA

11a) Sei consapevole di tutti i problemi e le malattie legate a un basso consumo di fibra alimentare?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute o malattie pensa siano dovute a un basso consumo di fibra alimentare?

.....

Un'alimentazione ricca in cereali integrali, legumi, ortaggi e frutta protegge da diverse forme di tumore e malattie cardiovascolari (patologie delle arterie coronarie, ipertensione, infarto), cataratta, malattie dell'apparato respiratorio (asma e bronchiti), malattie dell'apparato digerente (diverticolosi, stipsi)

11b) Sei consapevole dei vantaggi per la salute dell'uso di frutta e verdura?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute sono correlati a un basso consumo di frutta e verdura?

.....

Stessa risposta della domanda precedente

11c) Sei consapevole dei problemi di salute correlati alla quantità di grassi consumati?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute sono correlati ai grassi?

.....

Un eccessivo consumo di grassi nell'alimentazione abituale rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di obesità, malattie cardiovascolari e tumori.

11d) Sei consapevole dei problemi di salute correlati alla quantità di zuccheri consumati?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute sono correlati al consumo di zuccheri?

.....

Troppi zuccheri favoriscono un regime dietetico squilibrato e/o eccessivo sotto il profilo energetico, tale da facilitare l'eventuale comparsa Di obesità, diabete, malattie, cardiovascolari. Troppi zuccheri semplici e scarsa igiene orale favoriscono la carie dentale.

11e) Sei consapevole dei problemi di salute correlati al quantitativo di sale consumato?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute sono correlati al consumo del sale?

.....

Un consumo eccessivo di sale può favorire l'instaurarsi dell'ipertensione arteriosa, soprattutto nelle persone predisposte. Elevati apporti di sale aumentano il rischio per alcune malattie del cuore, dei vasi sanguigni e dei reni, sia attraverso l'aumento della pressione arteriosa che indipendentemente da questo meccanismo. Un elevato consumo di sale è inoltre associato a un rischio più elevato di tumori dello stomaco, a maggiori perdite urinarie di calcio e quindi, probabilmente, a un maggiore rischio di osteoporosi.

PUNTEGGIO:

Alle risposte esatte verrà assegnato un punteggio di 1, a quelle errate di 2.

Per la domanda a risposta multipla numero uno il punteggio sarà di 0,2 per ogni risposta esatta e 0,4 per ogni risposta errata.

Per le domande a risposta multipla numero 4 e 6 il punteggio sarà di 0,1 per le risposte esatte e 0,2 per le risposte sbagliate.

ALLEGATO 2

Questionario di Moynihan (modificato)

Buongiorno,

Sono Erica Zuanon, una studentessa del terzo anno del CDL di infermieristica dell'Università di Padova.

Per la tesi di laurea sto valutando le conoscenze alimentari dei pazienti cardiopatici all'ingresso e successivamente alla fine del percorso riabilitativo nell'U.O. di Riabilitazione cardiologica.

Le chiedo la cortesia di compilare il questionario in forma anonima.

Grazie per la collaborazione.

Età:

- <50
- 50 - 59 anni
- 60 - 69 anni
- 70 - 79 anni
- > 80

Sesso: M

F

Livello d'istruzione:

- Scuola elementare
- Scuola media
- Scuola superiore
- Università

1) Quante porzioni di frutta e verdura pensa che gli esperti consiglino di consumare ogni giorno?

**Per esempio una porzione potrebbe essere una mela o un piattino di carote grattate.
(una sola risposta)**

- 0-1
- 2-3
- 4-5
- 5 o più
- non lo so

2) Quali grassi gli esperti dicono sia più importante diminuire nell'alimentazione?

(una sola risposta)

- Grassi monoinsaturi
- Grassi polinsaturi
- Grassi saturi
- Tutti i grassi
- Non lo so

3) Quali quantità dei cibi elencati pensa che gli esperti raccomandino di consumare?

(segna con X in solo una caselle per ciascun cibo)

	Molto	Abbastanza	Poco	Non lo so
Verdura				
Cibi zuccherati (bibite, dolci)				
Formaggi				
Carne rossa				
Carboidrati (pasta, pane, patate)				
Cibi grassi (fritture, patatine, maionese)				
Cibi ricchi di fibra				
Frutta				
Pesci grassi (salmone, tonno, sgombro)				
Cibi salati (affettati, salatini, sott'aceti)				

4) Quali sono le principali fonti di grassi omega3? (può segnarne più di uno)

- merluzzo
- aringa
- una porzione di bastoncini di pesce surgelati
- salmone
- granchio
- sgombro
- non lo so

5) Se una persona vuole ridurre i grassi nella dieta, quale dovrebbe essere la scelta migliore tra i seguenti alimenti? (una sola risposta)

- bistecca alla griglia
- salsicce alla griglia
- fesa di tacchino alla griglia
- braciola di maiale alla griglia

6) Quale quantità di fibra pensa che contengano i seguenti cibi (alta quantità - bassa quantità - non lo so).

Segna con X solo in una casella per ciascun alimento.

	ALTA quantità di fibra	BASSA quantità di fibra	Non lo so
Uova			
Carne rossa			
Noci			
Pesce			
Funghi			
Pollo			
Fagioli			
Pane integrale			
Frutta			
Verdura			

7) Quale panino pensi sia più salutare? (una sola risposta)

- due sottili fette di pane e una spessa fetta di formaggio
- due spesse fette di pane e una sottile fetta di formaggio
- uguale

8) Qual è la scelta migliore per un pranzo leggero, povero di grassi e ricco di fibre? (una sola risposta)

- pollo arrosto
- pane integrale con formaggio
- pasta e fagioli
- torta salata al formaggio
- non lo so

9) Che cosa pensa sia più salutare? (una sola risposta)

- una porzione abbondante di pasta con poco sugo di carne
- una piccola porzione di pasta con abbondante sugo di carne
- non lo so

10a) É consapevole di tutti i problemi e le malattie legate a basso consumo di fibra alimentare?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute o malattie pensa siano dovute a un basso consumo di fibra alimentare?

.....

10b) É consapevole dei vantaggi per la salute dell'uso di frutta e verdura?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute sono correlati a un basso consumo di frutta e verdura?

.....

10c) È consapevole dei problemi di salute correlati alla quantità di grassi consumati?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute sono correlati ai grassi?

.....

10d) È consapevole dei problemi di salute correlati alla quantità di zuccheri consumati?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute sono correlati al consumo di zuccheri?

.....

10e) È consapevole dei problemi di salute correlati al quantitativo di sale consumato?

- sì
- no
- non lo so

Se sì, quali problemi di salute sono correlati al consumo del sale?

.....

Da chi ha ricevuto le informazioni da lei riportate:

- medico cardiologo
- infermiera
- medico nutrizionista
- medico di famiglia
- tv, riviste, studio
- altro.....

Grazie per la collaborazione.



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

Il/la sottoscritto/a ZUANON ERICA nato/a a CAMPOSAMPIERO
il 08/04/1994 residente a BORGORICCO tel. 0499335579
e-mail erica.zuanon.1@studenti.unipd.it matricola 1044945

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** 18/11/2015

Titolo della tesi Le conoscenze alimentari nel paziente sottoposto a riabilitazione cardiologica dopo intervento cardiocirurgico. Efficacia dell'intervento educativo.

Parole chiave "heart failure" "educational intervention" "nurse" "prevention" "food knowledge"

Abstract _____
inserito nel file _____

Tesi: sperimentale compilativa ricerca epidemiologica

Relatore Prof.ssa Masiero MariaPaola

Correlatore _____

Padova, lì 18/11/2015

Firma dell'autore

Erica Zuanon

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a ERICA ZUANON

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 Zuanon Erica

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