



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“Efficacia degli interventi di educazione terapeutica rivolti ai
pazienti stomizzati: revisione della letteratura”**

Relatore:

Prof.ssa a c. Lazzaretto Elodie

Laureanda:

Pozzolo Arianna

matricola n.1046583

Anno Accademico 2014/2015

ABSTRACT

PROBLEMA: Le persone portatrici di ileo – colo - uro stomia presentano bisogni educativi che si discostano dai bisogni fisiologici precedenti l'intervento di confezionamento della stomia. Alla dimissione la persona deve aver acquisito conoscenze teoriche, abilità gestuali e comportamentali che consentano una corretta gestione della stomia. La relazione terapeutica basata su un processo interpersonale è un aspetto centrale della cura infermieristica ed è parte integrante nel determinare la qualità della pratica nella relazione paziente/famiglia (College of Nursing, 1999). Diverse evidenze scientifiche dimostrano che la relazione terapeutica tra infermieri e pazienti è importante per un'assistenza soddisfacente nella fase post chirurgica, per l'adattamento a lungo termine alla stomia e per imparare le abilità necessarie per l'autogestione (Haugen et al. ,2006; Persson & Larsson,2005). La letteratura attualmente disponibile riconosce diverse tecniche e strumenti per attuare un percorso di educazione terapeutica tra cui: l'utilizzo di opuscoli informativi, la visione di DVD, la spiegazione teorica e la sperimentazione pratica. Tuttavia non è presente un confronto tra i vari interventi educativi per capire quale tra questi sia il più efficace.

IPOTESI: Esiste un intervento di educazione terapeutica più efficace, rispetto agli altri utilizzati, per garantire una corretta autogestione della stomia da parte dei pazienti?

SCOPO: Indagare l'efficacia dei diversi interventi di educazione terapeutica rivolti ai pazienti che hanno subito un intervento chirurgico di confezionamento di una stomia.

CAMPIONE: Pazienti adulti (età ≥ 19 anni) che hanno subito interventi di confezionamento di una stomia (ileostomia, colostomia, urostomia).

METODI E STRUMENTI: I criteri di selezione utilizzati non hanno previsto restrizioni in merito al disegno di studio. Si è proceduto ricercando tutti gli studi che comparassero i diversi interventi di educazione terapeutica rivolti ai pazienti con una stomia (ileostomia, colostomia, urostomia). Sono stati ugualmente presi in esame gli studi che analizzassero separatamente i singoli interventi di educazione terapeutica. La ricerca è stata condotta consultando MedLine, EBN Guidelines, Scopus, Google Scholar, Cinhal. Si sono inoltre consultate le referenze bibliografiche degli studi identificati. Non si è utilizzato alcun limite attinente la lingua.

RISULTATI: Sono stati reperiti, in modalità full-text, inizialmente 17 studi. Dopo aver applicato i criteri di inclusione, ne sono stati identificati e valutati 10 che rispondevano al quesito di ricerca: sei studi sperimentali, uno quasi sperimentale e tre quasi sperimentali con strutturazione per serie storiche. La provenienza degli studi è alquanto eterogenea: uno in Cina, due studi a Taiwan, uno in Danimarca, due in Turchia, uno in Arizona, uno in Michigan, uno a Singapore e uno in Texas. La numerosità del campione varia da 28 a 102 pazienti.

DISCUSSIONE: Per tale lavoro di revisione della letteratura sono stati reperiti degli studi che prendono in esame i seguenti interventi di ETP rivolti a pazienti stomizzati: spiegazioni verbali, uso di opuscoli, follow up telefonici, incontri di gruppo, sperimentazione pratica, telenursing ed utilizzo di filmati. Gli interventi di gruppo hanno dimostrato buoni risultati in termini di adattamento sociale e supporto psicologico. Tuttavia, la letteratura si concentra principalmente sul confronto tra interventi tradizionali e multimediali, mettendo in luce alcuni punti a sfavore degli interventi tradizionali, soprattutto delle spiegazioni verbali nell'immediato periodo pre dimissione, e alcuni a favore di quelli multimediali. Per questi ultimi, infatti, si sono associati maggiori livelli di apprendimento ed acquisizione di conoscenze legate alla stomia ed alla sua gestione, una

maggior facilitazione della persona ad apprendere, un incremento della compliance e della qualità di vita. Si è inoltre evinta l'efficacia dell'associazione degli interventi tradizionali con quelli multimediali.

CONCLUSIONE: Gli interventi di educazione terapeutica rivolti ai pazienti adulti stomizzati sono molteplici, ognuno possiede vantaggi e svantaggi e non tutti vengono né possono essere sfruttati per tutte le situazioni educative. Nonostante a livello pratico vengano preferiti gli interventi educativi tradizionali, dagli studi sono emerse le molteplici potenzialità di quelli multimediali. Gli studi presi in esame in questo lavoro di revisione della letteratura non sono però sufficienti per giungere a conclusioni certe. Risulterebbero quindi necessari ulteriori studi sull'argomento.

PAROLE CHIAVE: programma di educazione, autogestione/metodi, educazione multimediale, educazione tradizionale, derivazione urinaria, stomia, educazione al caregiver.

KEY WORDS: education programme, self-care/methods, multimedia education, traditional education, urinary diversion, ostomy, surgical stomas, patient education as topic, caregivers/education.

INDICE

INTRODUZIONE	pag.1
CAPITOLO I - <i>PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA</i>	pag.3
1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	pag.4
1.2 Lo scopo/obiettivi dello studio	pag.4
1.3 Quesiti di ricerca	pag.4
CAPITOLO II - <i>TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO</i>	pag.5
2.1 Revisione della letteratura	pag.5
2.1.1 L' educazione terapeutica ed il ruolo dell'infermiere	pag.5
2.1.2 Gli interventi di educazione terapeutica	pag.6
2.1.3 Cura e gestione della stomia	pag.9
2.1.4 L'influenza dei programmi di ETP sulla vita dei pazienti atomizzati	pag.11
2.1.5 L'importanza di un programma di ETP nelle fasi pre e post intervento chirurgico di confezionamento di una stomia	pag.12
CAPITOLO III - <i>MATERIALI E METODI</i>	pag.15
3.1 Criteri di selezione degli studi	pag.15
3.2 Strategia di ricerca per individuare gli studi	pag.16
3.3 Selezione degli studi	pag.17
3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione	pag.18
3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione	pag.20
CAPITOLO IV - <i>RISULTATI</i>	pag.23
4.1 Qualità metodologica degli studi	pag.23
4.2 I diversi interventi di ETP	pag.24
4.3 Livelli di outcomes raggiunti dai diversi interventi di ETP	pag.25

CAPITOLO V - <i>DISCUSSIONE</i>	pag.29
5.1 Discussione	pag.29
5.2 Limiti dello studio	pag.32
CAPITOLO VI - <i>CONCLUSIONI</i>	pag.35
6.1 Conclusioni	pag.35
CAPITOLO VII – <i>APPENDICE</i>	pag.37
8.1 Caratteristiche degli studi inclusi	pag.37
8.2 Caratteristiche degli studi esclusi	pag.42
BIBLIOGRAFIA	pag.45
SITOGRAFIA	pag.50

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni la medicina ha conosciuto considerevoli progressi di ordine tecnologico e farmacologico che permettono attualmente di porre una diagnosi ed intervenire rapidamente e con successo. Questa medicina biotecnologica, ricca di prestazioni, si indirizza tuttavia solamente a circa il 10% dei malati, cioè a coloro che sono affetti da una patologia acuta, non rivolgendo la giusta attenzione anche a quelli che soffrono di malattie croniche (Lacroix & Assal, 2005).Quest'ultime rappresentano una sfida sia perché non è possibile guarirle, sia perché la loro gestione esige una continuità di prestazioni che rende indispensabile la partecipazione dell'utente alla propria cura (Colwell & Gray, 2007). Secondo Assal (2005) il paziente cronico, differentemente dalla persona affetta da una patologia acuta, prova un sentimento di perdita della salute e dell'integrità, una sensazione di ineluttabilità e una difficoltà a proiettarsi nel futuro. Queste ed altre considerazioni sviluppate nel corso degli anni da Jean-Philippe Assal hanno portato, a fine anni '70, alla nascita dell'approccio denominato "Educazione Terapeutica", oggi diffuso in tutto il mondo e riconosciuto dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come efficace strategia di gestione delle patologie croniche. Già nel 1998 l'OMS aveva così definito l'educazione terapeutica: "l'educazione terapeutica del paziente deve permettere alla persona di acquisire e mantenere le capacità che gli permettono di realizzare una gestione ottimale della propria vita con la malattia" (Lacroix & Assal, 2005).

I soggetti che si sottopongono ad interventi di confezionamento di una stomia si ritrovano di fronte ad importanti e difficili cambiamenti, in particolare dell'immagine corporea e della qualità di vita. Nello studio di Persson e Helstrom (2002) si evince come questi pazienti attraversino una fase di shock iniziale e di conseguente distress emozionale quando visualizzano per la prima volta la stomia. Uno studio di Orbach e Tallent del 1965, citato nel documento elaborato da Registered Nurses Association of Ontario (2009), che pone in evidenza questo problema, sostiene che l'alterazione dell'immagine corporea può persistere per più di 10 anni dopo il confezionamento della stomia.

Le persone portatrici di ileo-colo-uro stomia presentano bisogni educativi che devono essere soddisfatti durante il periodo del ricovero. Infatti, alla dimissione la persona deve aver acquisito conoscenze teoriche ed abilità gestuali e comportamentali che consentano una corretta gestione della stomia (College of Nursing, 1999).

Lo scopo della presente tesi è quello di indagare nella letteratura scientifica i diversi interventi di educazione terapeutica rivolti ai pazienti che hanno subito un intervento di confezionamento di una stomia ed effettuare un confronto tra queste al fine di determinarne quella più efficace.

CAPITOLO I- PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1. Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Nella pratica assistenziale esterna agli ospedali, circa l'80% delle patologie trattate sono croniche. Nonostante buona parte dell'assistenza sia efficiente, come risultato della ricerca scientifica, la qualità è spesso molto lontana dall'essere soddisfacente. Molti pazienti non collaborano con le istituzioni e meno del 50% seguono correttamente il proprio trattamento. Nell'assistenza a lungo termine esiste la necessità di enfatizzare il ruolo delle famiglie dei pazienti e dei loro cari. Inoltre emerge l'esigenza di un programma di educazione terapeutica che sia in grado di rispondere ai nuovi bisogni, non solo dei pazienti stomizzati ma anche delle loro famiglie. La malattia, soprattutto se cronica, invalidante, con prognosi infausta, obbliga il paziente a scelte e comportamenti che investono tutta la sua vita quotidiana (lavoro, alimentazione, attività fisica, terapie farmacologiche e riabilitative) anche negli aspetti più intimi (sessualità, paternità, ecc.). Non deve meravigliare che, per affrontare al meglio il suo percorso di malattia, il paziente possa avvantaggiarsi di specifici interventi educativi. Un'educazione terapeutica del paziente di qualità deve comprendere i ruoli didattici e di supporto psicologico delle famiglie e delle persone care che stanno accanto al paziente che riceve assistenza a lungo termine. Capire le difficoltà e rendersi conto che la loro presenza può essere un valore considerevole e fondamentale per il benessere del paziente e della famiglia (OMS,1998).

Le necessità delle persone che afferiscono ad una struttura ospedaliera per un intervento chirurgico che porta al confezionamento di una stomia sono legate a una condizione di adattamento fisico, psicologico, sociale e di gestione specifica dello stoma che perdura per tutto il periodo del ricovero e continua anche dopo la dimissione, al rientro al domicilio. Tutto ciò è fortemente influenzato dalla tendenza a ricoveri brevi con dimissioni sempre più precoci e dalla scelta di tecniche chirurgiche molto complesse con il confezionamento elettivo anche di stomie temporanee (Colwell & Gray, 2007).

L'erogazione di cure specializzate per le stomie, in particolar modo dell'educazione terapeutica, comincia nella fase preoperatoria, proseguendo nella fase post-operatoria e nel periodo di riabilitazione, permanendo nella maggior parte dei casi per tutta la vita del paziente. La prima raccomandazione di carattere generale, consigliata dalle Linee Guida per l'educazione terapeutica (Azienda Sanitaria Locale di Brescia,2007), è quella che l'infermiere sviluppi una relazione terapeutica con la persona e la famiglia. La relazione

terapeutica basata su un processo interpersonale è, infatti, un aspetto centrale della cura infermieristica ed è parte integrante nel determinare la qualità della pratica nella relazione paziente/famiglia (College of Nursing, 1999; RNAO,2002).

Tutte le evidenze dimostrano che la relazione terapeutica tra infermieri e pazienti è importante per un'assistenza soddisfacente nella fase post-chirurgica, per l'adattamento a lungo termine alla stomia e per imparare le abilità necessarie per l'autogestione della stomia (Haugenetal, 2006; Persson & Larsson, 2005; Erwin-Toth, 1999; Olejnic et al., 2005).

La letteratura scientifica attualmente disponibile riconosce diversi metodi e strumenti per attuare un percorso di educazione terapeutica tra cui: l'utilizzo di opuscoli informativi, la visione di DVD, la spiegazione teorica e la sperimentazione pratica. Non è presente un confronto tra i vari interventi educativi per capire se ne esista uno maggiormente efficace al fine di garantire una corretta autogestione della nuova condizione di salute.

1.2 Lo scopo/obiettivi dello studio

Questo lavoro di tesi ha come obiettivo quello di indagare l'efficacia di diversi interventi di educazione terapeutica rivolti ai pazienti che hanno subito un intervento di confezionamento di una stomia, al fine di verificare se ne esista uno che garantisca una corretta autogestione della condizione, per fornire quindi un orientamento per la pratica clinica degli infermieri.

1.3 Quesiti di ricerca

L'elaborato di tesi, rispetto all'obiettivo posto, intende rispondere ai seguenti quesiti:

- Quali sono gli interventi di educazione terapeutica utilizzati nei confronti di pazienti stomizzati?
- Quali indicatori vengono presi in esame per definirne l'efficacia?
- Sono più efficaci gli interventi tradizionali (spiegazione teorica ed utilizzo di opuscoli informativi) o quelli multimediali di educazione?
- Quali tra gli opuscoli informativi, la visione di DVD, la spiegazione teorica e la sperimentazione pratica garantisce il raggiungimento di maggiori risultati finalizzati ad una adeguata autogestione della stomia?

CAPITOLO 2 – TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Revisione della letteratura

2.1.1 L'educazione terapeutica ed il ruolo dell'infermiere

L'educazione terapeutica del paziente (ETP) è un processo graduale, integrato nel processo terapeutico, che comprende un insieme di attività di sensibilizzazione, informazione, educazione ed aiuto psicologico e sociale, che si propone di aiutare la persona e la sua famiglia nella gestione della malattia, delle cure, l'organizzazione delle proprie attività di vita in rapporto alla sua salute, gli stili di vita da adottare, l'individualizzazione precoce delle complicanze. Tale attività è finalizzata a rendere i pazienti ed i familiari informati e consapevoli, acquisire e mantenere comportamenti positivi e strategie di coping utili a convivere con la propria condizione di salute. L'ETP si è sviluppata in seguito all'aumento della durata della vita, delle persone con poli patologie e/o con patologie croniche e quindi alla necessità di rendere il paziente autonomo e responsabile della propria salute (Lacroix & Assal, 2005). L'ETP non è solo il passaggio di sapere e gesti professionali affinché siano continuati nella vita a domicilio, è un'esperienza di condivisione tra l'infermiere e il paziente, dove lui decide la direzione, quanto può fare attraverso il suo corpo, la sua esperienza ed i suoi affetti (D'Ivernois & Gagnayre, 2004).

Dal punto di vista legislativo il D.M. 739 del 1994 istitutivo del profilo professionale definisce l'infermiere come l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica preventiva, palliativa, riabilitativa, relazionale ed educativa. L'importanza dell'attività educativa dell'infermiere consiste nell'affermazione che l'assistenza infermieristica è un'arte, una scienza in cui l'infermiere osserva, sostiene, comunica, amministra, insegna e cura. Contribuisce al mantenimento del benessere ottimale, facilitando la soddisfazione dei bisogni e presta assistenza durante la malattia fino a che i pazienti riescono a soddisfare autonomamente i loro bisogni. L'educazione del paziente è importante non solo nella prevenzione delle complicanze della malattia, ma riflette anche una nuova interpretazione del ruolo del paziente, che diventa medico di se stesso per un periodo concordato con il curante (WHO, 1998). Infatti nell'ETP l'infermiere diventa un facilitatore dell'apprendimento e il paziente è l'attore principale del suo trattamento e viene prima della malattia (Gagnayre & D'Ivernois, 2004). Si delinea quindi una posizione

centrale dell'assistito che diventa partecipe e co-responsabile del progetto di cura. Gli interventi, educativi e non, vengono pianificati insieme a ciascun assistito. I modelli pedagogici e gli approcci che sorreggono le istanze educative in ambito sanitario a tutela della salute sollecitano la ricerca di interventi che pongano al centro dell'azione educativa l'assistito e le conoscenze che deve acquisire per aver cura di sé. Tra i vari modelli teorici infermieristici, la teoria della Orem si avvicina più di altri a questi aspetti proprio perché mette la cura di sé come obiettivo finale di tutto il processo assistenziale. Essa evidenzia il ruolo infermieristico nella nostra società in rapporto alle capacità dell'uomo di autogestire la sua salute, quindi limita l'intervento infermieristico a particolari situazioni di bisogno. Infatti, in caso di persone totalmente dipendenti, l'infermiere può essere chiamato ad occuparsi della cura della persona in maniera permanente. In altri casi l'infermiere fornisce solo un aiuto: svolge direttamente alcuni compiti, guida e sorveglia altre persone che assistono il soggetto o istruisce quest'ultimo affinché progredisca gradualmente verso l'autonomia nella cura di sé (Gagnayre & D'Ivernois, 2004).

I primi promotori della salute per i pazienti stomizzati sono gli infermieri delle Unità Operative di chirurgia e gli enterostomisti. Il termine enterostomista indica un infermiere specializzato competente nell'assistenza e riabilitazione alla persona con stomia intestinale o urinaria e/o con incontinenza uro-fecale (Cimmino & Rastelli, 2002).

Secondo Valera (2005) il ruolo dell'infermiere è complesso in quanto va dal ridurre o risolvere i disturbi funzionali del paziente, al mantenere e preservare la sua dignità, lavorare sul "qui" e "ora" per favorire il coping e la qualità della vita, aiutarlo ad oscillare tra l'area illusoria e quella della realtà, svolgere una funzione di *maternage*, ovvero "accogliere e contenere l'altro".

2.1.2 Gli interventi di educazione terapeutica

L'educazione terapeutica ha fatto propri diversi metodi e strumenti provenienti dal campo della pedagogia, psicologia, sociologia e delle scienze umane più in generale, che possono essere utilizzati in maniera semplice dal curante, senza interferire con la relazione terapeutica. Nella pianificazione di un intervento di educazione terapeutica è necessario utilizzare dei metodi pedagogici che siano standardizzati e scelti in funzione delle caratteristiche del gruppo di pazienti ai quali ci rivolgiamo: bambini, adolescenti, adulti, anziani, persone con differente livello culturale, che richiedono interventi educativi

differenti. L'educazione del paziente, infatti, esige una pedagogia differenziata, centrata su colui che apprende e sulle sue caratteristiche, non esiste un buon intervento pedagogico, ma un insieme di interventi indicati per differenti contesti o categorie di persone (Lacroix & Assal, 2005).

Da alcuni studi è emersa la necessità di un approccio sistemico alla base degli interventi educativi. Questo consiste in un intervento pedagogico finalizzato ad aiutare ad apprendere nuove conoscenze ed atteggiamenti necessari alla corretta autogestione della malattia cronica poiché essa provoca una modificazione dello stile di vita. Tale metodo consiste in quattro fasi:

- analisi del bisogno,
- progettazione,
- attuazione,
- valutazione.

In particolare nella fase di progettazione, successivamente alla definizione degli obiettivi e all'identificazione dei contenuti, si procede alla scelta degli interventi e delle tecniche pedagogiche. È fondamentale tenere conto di alcuni fattori influenzanti: la tipologia di destinatario, gli obiettivi specifici, le caratteristiche dell'apprendimento (la motivazione, il processo di memorizzazione, le conoscenze precedenti, il ritmo di apprendimento) ed il contesto educativo (D'Ivernois & Gagnayre, 2004).

Gli interventi educativi vengono suddivisi nelle seguenti categorie: collettivi, individuali e di autoapprendimento.

Tra i collettivi vi sono:

- Studio dei casi, consiste nel far analizzare un caso per favorire lo sviluppo di capacità di *problem solving* e *decision making*. Un caso è la descrizione di un'esperienza che mette in luce una possibile soluzione ad un problema e che dovrebbe far maturare consapevolezza e competenza negli assistiti.
- Gioco di ruoli (*roleplaying*), allo scopo di allenare i partecipanti a gestire le situazioni attraverso la simulazione di un evento reale con ruoli predefiniti, sulla base di indicazioni fornite dal professionista sanitario e concretizzate nella redazione di parti. Alcuni componenti del gruppo svolgeranno il ruolo di attori, altri di osservatori e commentatori.

- Insegnamenti, intesi come la trasmissione di informazioni verbali all'assistito. I rischi di inefficacia sono maggiori in quanto i contenuti tendono ad essere centrati più sull'operatore che sugli assistiti, che possono perdere la motivazione e l'interesse ad apprendere.
- Lezioni partecipate, intese come uno scambio reciproco tra assistito ed operatore. Tale lezione coinvolge gli assistiti sia dal punto di vista cognitivo sia emotivo-relazionale.
- *Brainstorming*, tecnica di creatività di gruppo per far emergere idee volte alla risoluzione di un problema. Sinteticamente consiste, dato un problema, nel proporre ciascuno soluzioni di ogni tipo senza che nessuna di esse venga minimamente censurata. La critica ed eventuale selezione interverrà solo in un secondo tempo, quando la seduta di brainstorming sarà finita. Il risultato principale di una sessione di brainstorming solitamente è molto produttivo: può consistere in una nuova e completa soluzione del problema, in una lista di idee per un approccio ad una soluzione successiva, o in una lista di idee che si trasformeranno nella stesura di un programma di lavoro per trovare in seguito una soluzione (Di Nubila, 2008).
- Dimostrazioni ed esercitazioni, tramite una dimostrazione di manovre tecniche, visione di un filmato e poi la sperimentazione pratica in prima persona.
- Depliant informativi, opuscoli, dispense, mezzi audiovisivi, utilizzo di attrezzature. Per quanto riguarda i supporti cartacei è necessario che essi siano elaborati con precisione ed accuratezza, prendendo in considerazione sia il contenuto sia la forma espressiva. Essendo solitamente i destinatari le persone anziane, è importante utilizzare caratteri di scrittura ben visibili. Per quanto riguarda i mezzi audio visivi migliorano la comprensione da parte della persona e riducono il carico di lavoro della memoria. Il video, rispetto ad un opuscolo cartaceo, risulta più fruibile ed efficace per la dimostrazione delle azioni da svolgere ed evita la caduta di informazioni che segue la dimissione del paziente. Viene in aiuto alla famiglia o caregivers in qualsiasi momento per ripristinare le indicazioni dimenticate o dubbie (Ferguson, 2012).

Tra gli interventi individuali vi sono il colloquio individuale, lo studio dei casi, i consigli forniti telefonicamente, il roleplaying, la visione di filmati e le dimostrazioni ed esercitazioni pratiche.

Tra quelli di auto-apprendimento, invece, si annoverano la lettura, internet, i video, i film, le dimostrazioni ed esercitazioni pratiche.

2.1.3 Cura e gestione della stomia

Il termine “stomia” indica l’aboccamento chirurgico di un tratto dell’intestino o delle vie urinarie alla cute, consentendo la fuoriuscita all’esterno di materiale organico come feci ed urine (Burch, 2005); il termine deriva dal greco e significa “apertura” o “bocca”. La stomia va considerata come un “nuovo organo” ovvero una parte anatomico funzionale del nostro corpo che, come tale, dev’essere gestita e curata. La stomia è priva dello sfintere, ossia del muscolo che ne permette la chiusura, quindi, le feci e le urine, fuoriescono all’esterno attraverso lo stoma, senza il controllo volontario della persona. Le stomie si differenziano a seconda del tratto anatomico, intestinale o urinario che viene interrotto ed aboccato alla cute. Si avranno così:

- ileostomia: quando il tratto di intestino coinvolto è l’ileo che viene fissato alla parete addominale nella regione inferiore destra;
- colostomia: quando la stomia viene confezionata a livello del colon;
- urostomia: quando un tratto dell’apparato urinario viene derivato sulla parete dell’addome(Williams & Ebanks, 2003).

Le stomie sono soggette a numerose complicanze, che possono comparire anche a distanza di anni dal confezionamento, e ciò giustifica un regolare e continuo controllo (follow-up) dello stoma stesso. Purtroppo il follow-up della stomia non è in grado di prevenire tutte le complicanze, bensì ne permette l’individuazione precoce con possibilità di trattamento precoce. Il rischio aumenta col tempo così che il 50-70% dei portatori di stomia è destinato a sviluppare questo tipo di complicanze.

Le più frequenti complicanze precoci sono l’edema, l’emorragia intra e peristomale, le fistole ed ascessi, l’ischemia e necrosi dell’ansa estrinsecata.

Le più frequenti complicanze tardive invece sono la dermatite peristomale, l’ostruzione dello stoma, la retrazione, il prollasso, l’ernia peristomale, l’occlusione intestinale ed i granulomi.

Santos nel 2007, a seguito di una revisione tradizionale della letteratura sostiene che, nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, delle procedure di gestione della stomia e dei dispositivi specifici, che hanno contribuito alla riduzione delle alterazioni

della cute peristomale, la percentuale di insorgenza delle complicanze del distretto stomale, rimane molto elevata, fino al 70% (Saracco, 2007). In un'altra pubblicazione Mahjoubi presenta uno studio retrospettivo su 330 pazienti con colostomia, che aveva l'obiettivo di valutare la frequenza di molteplici complicanze, fra le quali, vi erano anche quelle del complesso stomale (Association Francaise d'Entérostoma-Thérapeutes, 2003). I risultati dell'indagine hanno messo in evidenza che i pazienti hanno presentato precocemente (entro un mese dall'intervento) nel 28% dei casi alterazioni della cute peristomale, nel 2,4 un prolasso della stomia e nel 2,4 necrosi della stomia. A distanza di un anno l'incidenza generale delle complicanze riscontrate è stata del 28,1%. Da questi dati si può intuire che mediamente uno stomizzato su tre, sviluppa nel corso della vita, una patologia a carico del complesso stomale che, oltre ad influire negativamente sulla qualità di vita e sull'autonomia dell'assistito, produce un aumento dei costi sanitari e di gestione dell'assistito (Burch, 2004). Altri studi disponibili documentano la comparsa di rilevanti complicazioni stomali e peristomali anche a distanza di mesi o anni dall'intervento (Salvadaleña, 2008).

Gagnayre e D'Ivernois nel 2004 scrissero: "La verità non dipende tanto da ciò che dice il medico quanto da ciò che vive il paziente". Infatti, nel paziente che subisce un intervento di confezionamento di una stomia, eventuali limitazioni negli aspetti emozionali, cognitivi, spirituali e relazionali sono possibili conseguenze della malattia e del successivo intervento chirurgico che è mutilante. Vi è un'alterazione nella percezione del sé e la necessità di elaborare la perdita subita che nel paziente stomizzato si associa all'idea del disgusto, dello sporco a causa degli odori, e quindi al timore per situazioni imbarazzanti ed incontrollabili con conseguente rischio di caduta, appunto, dell'autostima (Burch, 2004).

Le paure, soprattutto all'inizio, sono tante ed ovvie, vi sono, però, delle paure che permangono praticamente per sempre, ad esempio il timore del distacco improvviso del sistema di raccolta ed il timore che questo diventi pieno nel momento sbagliato, in un pullman, in gruppo o in altre situazioni e contesti... E' importante per il paziente, quindi, conoscere cos'è una stomia e perché è stata confezionata, perché solo così potrà essere accettata come una nuova condizione anatomica a cui adattarsi, che comunque permette una normale vita di relazione e la riacquisizione dello status di persona sana (WHO, 1998).

2.1.4 L'influenza dei programmi di ETP sulla vita dei pazienti stomizzati

Esistono situazioni come la comparsa di una disabilità o di una malattia cronica in cui la famiglia e il paziente stesso si trovano immersi in un realtà complessa e disorientante che accresce il disagio, la fatica e la confusione. Questi sono una serie di problematiche a cui va incontro il paziente stomizzato e che lo rendono suscettibile ad una serie di mutamenti stravolgenti e repentini. Da questo deriva la necessità dei programmi di educazione terapeutica, che diventano fondamentali (Puccarielli et al., 2009).

L'educazione terapeutica del paziente infatti è un processo di apprendimento sistemico, centrato sul paziente. Esso tiene conto di molti aspetti tra i quali i processi di adattamento del paziente (coping con la malattia, locus di controllo, convinzioni riguardo la salute) ed i bisogni soggettivi ed oggettivi dei pazienti, sia espressi che non. Questo percorso è parte integrante del trattamento e dell'assistenza e riguarda la vita quotidiana del paziente ed il suo ambiente psico-sociale (Becchi & Neri, 2001).

L'ETP influenza in maniera positiva la condizione dei pazienti migliorando numerosi aspetti della vita quotidiana che vengono danneggiati in seguito al confezionamento della stomia; a partire dalla qualità di vita, dalla comparsa delle complicanze stomali e dalla gestione autonoma della stomia. Per quanto riguarda la qualità di vita inevitabilmente le persone stomizzate ne avvertono quasi sempre una riduzione sia per esiti di diminuzione della funzionalità che per limitazione della partecipazione sociale rispetto allo stato precedente occupato. Cambiando il proprio corpo cambia anche l'immagine che questi pazienti hanno di sé, si ha una riduzione dell'autostima e della propria dignità. L'infermiere aiuta il paziente stomizzato nel processo di coping e di elaborazione del lutto conseguente alla diagnosi di malattia, al cambiamento organico funzionale e alla modifica della propria immagine corporea finalizzate a restituirgli una condizione di vita soddisfacente, ovvero una vita diversa ma nella normalità. L'educazione del paziente è importante anche nella prevenzione delle complicanze della malattia. Molte complicanze sono secondarie alla tecnica chirurgica di confezionamento della stomia, ma altresì possono essere conseguenti a inappropriate procedure di stoma care. Ne deriva la funzione dell'ETP come strumento di prevenzione per ridurre il rischio di insorgenza (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2007).

Il paziente dovrebbe essere rassicurato e convinto che le conseguenze dell'intervento non sono tali da giustificare un'invalidità di fatto che ridurrebbe in maniera drammatica la sua

efficienza personale e sociale. Contemporaneamente andrebbe anche addestrato e preparato ad adoperare con convinzione e competenza le procedure e le protesi che la tecnica gli mette a disposizione (Becchi & Neri, 2001).

Oltre alla QdV, un valido programma di ETP all'interno dell'ambiente ospedaliero è in grado di ridurre la durata della degenza postoperatoria e di conseguenza anche i costi sanitari. Infatti i pazienti in seguito ad un adeguato e completo programma di ETP risultano essere maggiormente preparati a gestire autonomamente la nuova condizione (Beaver, 2010).

I vantaggi non sono quindi solo a carico del paziente e dei suoi familiari ma anche nei confronti degli infermieri che applicando un piano educativo personalizzato ottimizzano le risorse umane e materiali.

2.1.5 L'importanza di un programma di ETP nelle fasi pre e post intervento chirurgico di confezionamento di una stomia

Il cammino del paziente verso l'accettazione della stomia inizia prima dell'intervento. In questa fase il ruolo dell'equipe è quello di dare informazioni semplici e chiare al paziente ed ai suoi familiari riguardo le conseguenze che l'intervento e la successiva situazione comporterà. E' importante stabilire quante nozioni debbano essere date a ciascun paziente e con quali particolari, giacché l'eccessiva conoscenza potrebbe aumentare l'ansia e la negatività di tale momento. Questa fase ha come obiettivo il realizzare un buon rapporto di fiducia con il paziente. E' dimostrato che un paziente ben preparato prima dell'intervento chirurgico, avrà un basso livello d'ansia e quindi un miglior adattamento nel post-operatorio (Becchi & Neri, 2001). Per eseguire un corretto accertamento infermieristico in fase preoperatoria bisogna valutare globalmente il paziente considerando sia l'aspetto della sfera bio-psico-sociale che l'aspetto fisico generale. Mediante un'accurata anamnesi l'infermiere individua le preoccupazioni del paziente chiaramente legate all'intervento. Durante il colloquio informativo sull'intervento chirurgico e sul confezionamento della stomia, il paziente si rende conto che sarà alterato il suo schema corporeo per questo è fondamentale chiarire qualsiasi dubbio. In base alle capacità di comprensione e al desiderio di conoscere o meno i dettagli, ci si potrà avvalere dell'ausilio di foto e disegni per spiegare la tecnica chirurgica (Proietto, 2009). Il counselling preparatorio all'intervento e alle problematiche immediatamente successive ha l'obiettivo di instaurare il rapporto di

fiducia necessario ad una relazione efficace, di soddisfare il bisogno di sicurezza e conoscenza e di ridurre l'ansia. La fase di insegnamento preoperatoria è anche essenziale affinché la persona apprenda semplici atti per la gestione della stomia come svuotare e cambiare il sistema di raccolta dopo la dimissione, anche per quanto detto in premessa: la dimissione post-chirurgica avviene sempre più precocemente e le tecniche chirurgiche risultano essere molto complesse (Colwell & Gray, 2007).

Nell'immediato post-operatorio e nelle prime 48 ore dall'intervento devono essere osservati frequentemente lo stoma e la cute peristomale al fine di monitorare i progressi verso la guarigione e rilevare eventuali segni di complicanze precoci. Si è evinto che dopo il confezionamento della stomia circa il 39% delle persone con colostomia e il 55% di quelle con ileostomia e urostomia hanno dei problemi nel gestire la nuova condizione. La maggior parte dei problemi compaiono nel corso del primo anno dopo l'intervento chirurgico: circa il 40% dei soggetti che hanno subito un'ileostomia si trovano ad affrontare complicanze di moderata rilevanza, meno del 20% di queste richiede l'intervento chirurgico (Kirsner & Shorter, 2000). Le complicanze possono essere dovute a: difetti chirurgici, alterazioni della parete addominale o ad errori nella gestione della stomia. Oltre a determinare un marcato peggioramento della qualità di vita, le complicanze stomali e peristomali possono essere causa di: reintervento chirurgico, ritardo nella dimissione, protrarsi della convalescenza, uso di una maggior quantità di presidi. Le complicanze più frequenti sono il mal posizionamento della stomia, l'emorragia intra e peristomale, l'ischemia e necrosi, l'edema, le alterazioni cutanee peristomali, l'erniazione, il prolasso, la retrazione e la stenosi.

I problemi legati alla stomia si possono risolvere educando le persone ed aiutandole a compiere alcuni cambiamenti nella gestione mediante l'uso di accessori specifici (Proietto, 2009). Nell'immediato postoperatorio è di fondamentale importanza il supporto clinico-assistenziale alla persona: durante questo periodo la persona è incapace di prendersi cura della stomia e quindi questa rimane una responsabilità dell'infermiere (Porret & McGrath, 2006). Anche se non esistono studi che definiscano il minimo di abilità da far acquisire alle persone con stomia nel post-operatorio, la Consensus Conference del Wound, Ostomy and Continence Nurses negli U.S.A. ha concluso che le conoscenze di base dovrebbero includere abilità a manipolare la clip della borsa o il becco, se presente, e la completa

autonomia nello svuotamento della sacca. Secondo Colwell e Gray (2007), le abilità e conoscenze addizionali che necessiterebbero di essere apprese, se possibile, includono:

- lavarsi, vestirsi e conoscenza di quelle attività per le quali esistono limitazioni,
- valutazione degli effetti dei farmaci (sia soggetti a prescrizione che da banco) sul funzionamento della stomia,
- effetti della dieta sul funzionamento della stomia,
- cura della cute peristomale,
- controllo dell'odore,
- monitoraggio delle complicanze,
- gestione della sessualità.

In generale, la letteratura evidenzia fortemente il bisogno di un regolare follow-up da parte di un infermiere nel post-operatorio per un minimo di 12 mesi. In particolare, Richbourg, Thorpe e Rapp (2007) hanno identificato le funzioni principali per l'infermiere in tale ambito:

- monitoraggio e prosecuzione del percorso riabilitativo,
- gestione delle eventuali complicanze stomali,
- verifica dell'idoneità e tollerabilità dei presidi scelti e promozione dell'uso oculato e corretto degli stessi,
- counselling per i bisogni/problemi che si possono presentare in un secondo tempo, quando la persona riprende le proprie attività quotidiane. Le evidenze da studi multipli rivelano che il distress psicologico è molto elevato dopo la creazione di una stomia, a seguito della compromissione dell'immagine corporea, dell'autostima e della diminuzione della qualità della vita per cui può essere necessario orientare e/o creare un ponte con le figure professionali di competenza,
- educazione al paziente e alla famiglia per riconoscere le complicanze dello stoma e della cute peristomale.

CAPITOLO III – MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi

Disegno dello studio: sono stati ritenuti eleggibili tutti gli studi (Tabella n.2) in cui venissero comparati i diversi interventi di educazione terapeutica rivolti ai pazienti con una stomia (ileostomia, colostomia, urostomia). Sono stati ugualmente presi in esame gli studi che analizzassero separatamente i singoli interventi di educazione terapeutica individuandone i risultati raggiungibili attraverso di essi in pazienti stomizzati. Sono stati presi in esame gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni.

Tipologia dei partecipanti: adulti (età ≥ 19 anni) che avessero subito un intervento chirurgico di confezionamento di una stomia (ileostomia, colostomia, urostomia). Non sono state poste altre restrizioni riguardanti la tipologia dei partecipanti.

Tipologia di intervento: interventi di educazione terapeutica rivolte a pazienti stomizzati e finalizzate al raggiungimento delle capacità di autocura di questi.

Confronto: aspetti influenzati dagli interventi dei diversi programmi di educazione terapeutica al fine di individuarne il più efficace.

Tipi di outcomes misurati: i criteri di comparazione che saranno presi in esame per l'analisi degli interventi di educazione terapeutica saranno:

- la durata della degenza post operatoria;
- i costi sanitari di gestione;
- la comparsa di complicanze riguardanti la gestione della stomia;
- le conoscenze relative alla stomia e la conseguente capacità di autogestirla;
- il livello di qualità di vita.

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli studi

La strategia individuata allo scopo di identificare gli studi ha incluso la consultazione dei seguenti database elettronici: MedLine, Scopus, EBN Guidelines, Google Scholar, Cinhal. Successivamente è stata consultata più volte la banca dati MedLine dove sono stati reperiti la maggior parte degli studi che sono stati poi analizzati per la seguente revisione bibliografica. Le ricerche si sono svolte sia attraverso termini liberi sia attraverso l'utilizzo Mesh Terms. La ricerca è stata effettuata dal dicembre 2014 all' ottobre 2015.

Le parole libere utilizzate nella ricerca di articoli riguardanti il confronto fra i vari interventi di educazione terapeutica rivolti a pazienti stomizzati sono state le seguenti: *education programme, self-care/methods, multimedia education, traditional education.*

Le stringhe di ricerca utilizzate per reperire gli articoli riguardanti gli outcomes dei programmi di educazione terapeutica rivolti ai pazienti stomizzati sono le seguenti:

- “Urinary diversion” [Mesh] OR “Ostomy” [Mesh] OR “Surgical Stomas” [Mesh] AND “Patient Education as Topic” [Mesh].
- “Ostomy” [Mesh] AND “Patient Education as Topic” [Mesh] AND “Self Care” [Mesh].
- “Ostomy” [Mesh] AND “Self Care” [Mesh].

STRINGHE DI RICERCA	LIMITI	N.ITEM TOTALI	N. ITEM 1^ SELEZIONE	N. ITEM 2^ SELEZIONE
“Urinary diversion” [Mesh] OR “Ostomy” [Mesh] OR “Surgical Stomas” [Mesh] AND “Patient Education as Topic” [Mesh].	Pubblicazione negli ultimi 10 anni	105	12	3
“Ostomy” [Mesh] AND “Patient Education as Topic” [Mesh] AND “Self Care” [Mesh].	Pubblicazione negli ultimi 10 anni	35	4	3
“Ostomy” [Mesh] AND “SelfCare” [Mesh].	Pubblicazione negli ultimi 10 anni	55	5	2

Tabella I- Risultati consultazione banche dati.

Rilevante la ricerca di studi nella banca dati Pubmed attraverso le stringhe di ricerca presenti nella Tabella I.

Tramite la prima stringa di ricerca sono emersi inizialmente 105 articoli dopo aver posto come limite la pubblicazione degli studi negli ultimi 10 anni. Ad una prima selezione sono stati scelti 12 studi ma solamente tre possedevano i requisiti adatti, rispetto allo scopo di tale lavoro di revisione della letteratura. I nove articoli esclusi dopo una seconda selezione non rispondevano ai quesiti precedentemente posti; infatti alcuni trattavano solamente la gestione complessiva della stomia mentre altri ancora citavano in generale i programmi di ETP, senza focalizzare l'attenzione sugli interventi specifici.

Dalla seconda stringa di ricerca inizialmente sono emersi 35 articoli ed anche qui è stato imposto un limite temporale (pubblicazione degli studi negli ultimi 10 anni). In seguito ad una prima selezione si sono presi in esame quattro articoli ma solamente tre riguardavano l'argomento di studio di tale revisione; mentre il restante articolo escluso affrontava l'argomento generico di gestione della stomia ed il livello di qualità di vita, senza citare gli interventi educativi possibili.

Attraverso la terza stringa di ricerca sono emersi 55 articoli ed anche qui si è posto il limite temporale. Ad una seconda analisi sono infine stati scelti due studi poiché i restanti trattavano solamente l'autogestione della stomia ed i livelli di qualità di vita. Inoltre sono stati esclusi altri articoli poiché era presente solo l'abstract.

3.3 Selezione degli studi

Dall'analisi degli studi selezionati è stato possibile identificare alcuni articoli che esaminano due interventi educativi diversi, in particolare l'uso delle lezioni frontali e la visione di filmati. Successivamente sono stati identificati altri studi che invece analizzano un singolo intervento educativo sottolineandone i vantaggi e gli svantaggi sulla base degli outcomes stabiliti in precedenza.

Tale lavoro di revisione bibliografica si pone l'obiettivo di confrontare i diversi interventi di educazione terapeutica, rivolti a pazienti adulti sottoposti ad un intervento chirurgico di confezionamento di una stomia, al fine di individuare se ve ne sia uno migliore degli altri in termini di efficacia. Poiché non sono stati individuati abbastanza articoli che mettessero a confronto più interventi di educazione terapeutica, si è deciso di prendere in esame anche gli studi che li analizzassero singolarmente. Il vincolo, che è stato rispettato durante il

processo di selezione della letteratura, è rimasto quello di reperire gli articoli più recenti che avessero come campione pazienti adulti con una stomia. E' stato rispettato il vincolo temporale, infatti gli articoli selezionati sono stati pubblicati entro i 10 anni precedenti la revisione. Non sono emersi articoli di letteratura italiana recenti per quanto riguarda l'argomento di questo lavoro di revisione.

Per la revisione bibliografica oggetto di questa tesi, gli articoli reperiti in modalità full-text erano inizialmente 17, ma solamente 10 rispondevano al quesito di ricerca.

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Tutti gli studi reperiti ed inclusi in questo lavoro di revisione bibliografica sono stati presentati nella seguente tabella di valutazione dei risultati (Tabella II).

Autore, Anno di pubblicazione, Paese	Campione	Disegno di studio	Risultati
Altuntas et al., 2012, Turchia.	72 pazienti stomizzati	Studio quasi sperimentale	In questo studio sperimentale è stata utilizzata la tecnica di apprendimento di gruppo tramite incontri liberi, senza obbligo di frequentazione, durante i quali venivano trattate diverse tematiche di vita quotidiana ed esperienze personali, rispetto alla preparazione preoperatoria. L'efficacia dell'intervento sperimentale è risultata statisticamente significativa ($p < 0.006$).
Bohnenkamp, McDonald, Lopez, Krupinski, & Blackett, 2004, Arizona.	28 pazienti con nuove stomie	Studio quasi sperimentale	In questo studio sono state analizzate come tecniche educative il telenursing e gli interventi tradizionali, in particolare le spiegazioni verbali faccia a faccia al fine di verificarne l'efficacia. Le differenze negli esiti di questi due diversi interventi educativi sono risultati statisticamente significativi ($p < 0.01$), dimostrando l'efficacia degli interventi di tele nursing.
Chaudhri, Brown, Hassan, & Horgan, 2005, Texas.	42 pazienti stomizzati	Studio sperimentale	Confrontati i risultati raggiunti dai pazienti che avevano ricevuto un'educazione tradizionale di base e quelli che avevano ricevuto anche visite domiciliari con lezioni pratiche è emersa una maggiore efficacia delle visite domiciliari seguite da lezioni pratiche. Questo risultato è statisticamente significativo ($p < 0.03$).

Autore, Anno di pubblicazione, Paese	Campione	Disegno di studio	Risultati
Cheng, Xu, Dai, & Yang, 2012, Cina.	81 pazienti stomizzati	Studio quasi sperimentale	E' stato attuato un programma per rendere esperti i pazienti con stomie permanenti. Tutto ciò è stato effettuato tramite incontri di gruppo. L'intervento sperimentale è risultato essere statisticamente efficace ($p < 0.01$).
Crawford et al., 2012, Michigan.	88 pazienti indipendenti nelle ADL prima dell'intervento chirurgico	Studio sperimentale	Lo studio ha confrontato l'efficacia dei programmi educativi tradizionali rispetto a quelli con l'uso di dvd e filmati. Alcuni risultati relativi all'utilizzo di DVD e filmati si sono rivelati statisticamente più efficaci rispetto a quelli degli interventi tradizionali ma nel complesso emerge un p-value < 0.92 .
Danielsen & Rosenberg, 2014, Danimarca.	50 pazienti stomizzati	Studio sperimentale	Sono stati attuati interventi educativi diversi: al gruppo di controllo sono state riservate tecniche tradizionali mentre al gruppo d'intervento oltre a queste è stato aggiunto un follow-up telefonico con consulenze e supporto aggiuntivo. Dai risultati emergono outcomes migliori nel gruppo d'intervento. I risultati emersi risultano essere statisticamente significativi ($p < 0.05$).
Karabulut, Dinç, & Karadag, 2014, Turchia.	50 pazienti stomizzati	Studio quasi sperimentale	Tale studio ha esaminato l'efficacia e i risultati raggiungibili attraverso programmi educativi di gruppo rispetto alla preparazione pre corso. L'intervento sperimentale è risultato essere statisticamente efficace ($p < 0.05$).
Lim, Chan, Lai, & He, 2014, Singapore.	84 pazienti stomizzati	Studio sperimentale	Sono stati utilizzati nel gruppo di controllo programmi educativi con tecniche tradizionali mentre in quello di intervento metodologie di gruppo e follow-up telefonici. Quest'ultimo gruppo ha ottenuto livelli migliori di apprendimento. I risultati emersi non sono tuttavia statisticamente significativi ($p < 0.83$).
Lo et al., 2009, Taiwan.	54 pazienti stomizzati	Studio sperimentale	E' stato effettuato un confronto fra gli interventi educativi tradizionali (lezioni e spiegazioni teoriche) e quelli multimediali (visione di filmati). Quelli multimediali risultano essere statisticamente più efficaci ($p < 0.001$).

Autore, Anno di pubblicazione, Paese	Campione	Disegno di studio	Risultati
Lo et al.,2010, Taiwan.	102 pazienti con una stomia	Studio sperimentale	Questo documento ha valutato i risultati raggiunti dai pazienti attraverso l'attuazione di un programma educativo multimediale. E' stato inoltre confrontato con i risultati del programma educativo tradizionale. I risultati risultano essere statisticamente significativi (p <0.001).

Tabella II – Studi inclusi: Presentazione dei diversi interventi di educazione terapeutica.

I dati raccolti includevano il Paese in cui lo studio si è svolto, il disegno dello studio, la numerosità del campione, gli interventi attuati e la sintesi dei risultati raggiunti (Tabella II).

Popolazione inclusa negli studi

Negli articoli selezionati la popolazione campione degli studi comprendeva soggetti adulti. La provenienza degli studi è alquanto eterogenea: uno in Cina (Cheng, Xu, Dai & Yang, 2012), due studi a Taiwan (Lo et al., 2009; Lo et al., 2010), uno in Danimarca (Danielsen & Rosenberg, 2014), due in Turchia (Karabulut, Dinç, & Karadag, 2014; Altuntas et al., 2012), uno in Arizona (Bohnenkamp, McDonald, Lopez, Krupinski & Blackett, 2004), uno in Michigan (Crawford et al., 2012), uno a Singapore (Lim, Chan, Lai & He, 2014) e uno in Texas (Chaudhri et al., 2005).

La numerosità del campione varia da 28 pazienti (Bohnenkamp et al., 2004) a 102 (Lo et al., 2010).

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione

Sono stati esclusi da questo lavoro di revisione gli studi che non corrispondevano alle richieste del quesito di ricerca e che non soddisfacevano i criteri d'inclusione; in particolare gli studi che non valutavano gli outcomes necessari per effettuare un confronto fra diversi interventi di educazione terapeutica. Inoltre sono stati esclusi gli studi che focalizzavano la loro attenzione solamente sull'importanza di introdurre un programma di educazione terapeutica sia nella fase preoperatoria sia in quella post operatoria.

Gli studi esclusi dalla revisione sono stati descritti nella Tabella III.

Autore, Anno di pubblicazione, Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi
Beaver, Latif, & Williamson 2010, Inghilterra	27 pazienti affetti da cancro al colon	Studio qualitativo	Esplorare le percezioni ed i vissuti dei pazienti post trattamento chirurgico del cancro al colon.
Bryan & Dukes 2010, Inghilterra	20 pazienti	Studio retrospettivo	Determinare la differenza di efficacia fra il programma di educazione preoperatorio e quello postoperatorio.
Cheng, Xu, Dai, & Yang 2012, Cina	11 pazienti con colostomia permanente	Studio sperimentale	Determinare un aumento dell'auto efficacia ed auto cura nei pazienti con colostomia permanente.
Konya, Sanada, & Tsuru 2006, Giappone	/	Studio sperimentale	Sviluppare un programma educativo specifico al fine di individuare le tematiche indispensabili da trattare per permettere ai pazienti una corretta autocura della stomia.
Person, Ifargan, & Lachter, 2012, Israele	105 pazienti stomizzati	Studio sperimentale	Valutare l'impatto della scelta della posizione dello stoma e l'educazione terapeutica preoperatoria sulla qualità di vita.
Persson & Larsson 2005, Svezia	49 pazienti stomizzati	Studio qualitativo	Valutare la percezione della qualità di cure ricevute rispetto ai programmi di educazione terapeutica.
Younis et al. 2011, Inghilterra	200 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico	Studio sperimentale	Determinare le cause del ritardo nella fase di dimissione dei pazienti post intervento chirurgico e possibili strategie di risoluzione.

Tabella III – Studi esclusi dalla revisione.

CAPITOLO IV – RISULTATI

4.1 Qualità metodologica degli studi

Il seguente lavoro di revisione della letteratura si basa sull'analisi di alcuni studi sperimentali e quasi sperimentali che confrontano in particolare due tra i vari interventi educativi. La debolezza metodologica del presente elaborato consiste nel fatto che non sono stati reperiti studi che analizzassero tutti gli interventi educativi esistenti e che effettuassero un confronto fra essi. Un aspetto che ha limitato la numerosità delle evidenze scientifiche è stata la ricerca di studi che analizzassero gli interventi di educazione terapeutica rivolti solamente a pazienti che si erano sottoposti ad interventi chirurgici per il confezionamento di una stomia. Infatti in letteratura sono presenti numerosi studi che esaminano e mettono a confronto molteplici interventi di ETP ma solo per pazienti con altre condizioni cliniche, come pazienti tracheostomizzati o con patologie cardiache.

Gli articoli scientifici, inerenti gli interventi di ETP rivolti ai pazienti stomizzati, che sono stati inclusi nella revisione consistono in sei studi sperimentali: Lo et al. (2010), Crawford et al. (2012), Lo et al. (2009), Danielsen e Rosenberg (2014), Chaudhri, Brown, Hassan e Horgan (2005) e Lim, Chan, Lai e He (2014). I rimanenti studi consistono in uno quasi sperimentale (Bohnenkamp, McDonald, Lopez, Krupinski & Blackett, 2004) e tre quasi sperimentali con strutturazione per serie storiche (Karabulut, Dinç & Karadag, 2014; Altuntas et al., 2012; Cheng, Xu, Dai & Yang, 2012).

Tra questi ne sono emersi sei che soddisfano parzialmente, in quanto non analizzano tutti gli interventi, l'obiettivo di tale lavoro di revisione della letteratura: Bohnenkamp, McDonald, Lopez, Krupinski e Blackett (2004), Lo et al. (2010), Crawford et al. (2012), Lo et al. (2009), Danielsen e Rosenberg (2014), Chaudhri, Brown, Hassan e Horgan (2005). Tali studi, infatti, hanno confrontato alcuni interventi di educazione terapeutica, rivolti a pazienti adulti sottoposti ad un intervento chirurgico di confezionamento di una stomia, al fine di individuarne i punti di efficacia rispetto ad outcomes comuni precedentemente scelti.

Vi sono tuttavia tre studi che non avevano come scopo quello di effettuare un paragone fra due o più interventi educativi, ma hanno esaminato l'efficacia di singoli programmi

educativi di gruppo effettuando un confronto pre e post corso di ETP (studi quasi sperimentali con strutturazione per serie storiche): Altuntas et al. (2012), Cheng, Xu, Dai e Yang (2012) e Karabulut, Dinç e Karadag (2014).

Purtroppo il reperimento degli studi da includere nel lavoro di revisione è stato limitato all'analisi di pochi interventi educativi, prevalentemente quelli tradizionali, multimediali e di gruppo. Erano presenti ulteriori studi che confrontavano aggiuntivi interventi educativi ma il campione di questi non soddisfaceva i criteri di inclusione posti nel presente lavoro di tesi. Infatti, per quanto riguarda il campione, si è rimasti fedeli ai criteri di inclusione imposti in partenza, cioè sono stati inclusi solamente adulti (età ≥ 19 anni) che avevano subito un intervento per il confezionamento di una stomia (colo-uro-ileostomia).

4.2 I diversi interventi di ETP

Dagli studi sono emersi tre interventi di ETP: tradizionale (attraverso le lezioni frontali e le spiegazioni verbali), multimediale (utilizzando la visione di filmati) e di gruppo (attraverso incontri comunitari di confronto delle esperienze). Per confrontare questi interventi sono stati considerati i seguenti outcomes comuni ai diversi studi: la durata della degenza post operatoria, i costi sanitari di gestione, la comparsa di complicanze riguardanti la gestione della stomia, le conoscenze relative alla stomia e la conseguente capacità di autogestirla, il livello di qualità di vita.

Tra gli studi inclusi nel lavoro di revisione della letteratura ve ne sono quattro dai quali emergono livelli di soddisfazione maggiori per i pazienti che avevano partecipato a programmi di ETP multimediali. In particolare lo studio di Lo et al. (2010) ha effettuato un esperimento confrontando i risultati raggiunti da due gruppi di pazienti stomizzati che avevano partecipato uno al programma di ETP multimediale (il gruppo sperimentale) e l'altro (gruppo di controllo) a programmi tradizionali, in particolare attraverso l'uso di opuscoli e lezioni frontali. I risultati hanno riscontrato maggiori livelli di conoscenza della stomia e della capacità di autogestione della nuova condizione nel gruppo sperimentale. Questi risultati sono statisticamente significativi in quanto emerge un p-value <0.001 . Altri due studi, quello di Bohnenkamp et al. (2004) e quello di Crawford et al. (2012), hanno confrontato due interventi educativi, ovvero quello tradizionale e quello multimediale, attraverso l'uso di filmati e supporto internet. Entrambe le conclusioni degli studi rinforzano l'uso di tecniche multimediali. In particolare, dallo studio di Crawford et al.

(2012) sono emersi risultati a favore dell'ETP multimediale e le potenzialità dell'integrazione di questa con quella tradizionale al fine di far ottenere ai pazienti una formazione completa. Questi risultati non risultano essere però statisticamente significativi, infatti emerge un p-value < 0.92 .

Rilevante l'aspetto riscontrato dallo studio sperimentale di Lo et al. (2009) che, oltre ad aver raccolto risultati favorevoli per l'ETP multimediale, ha analizzato il rapporto costo-efficacia e ha sottolineato come anche questo outcome fosse a favore dei programmi multimediali. Questi risultati risultano essere statisticamente significativi ($p < 0.001$). Gli interventi tradizionali spesso risultano avere un'efficacia diversa e maggiore se associati a tecniche aggiuntive, come il follow-up telefonico e/o le visite domiciliari, rispetto alla stessa tecnica usata da sola. E' quanto è emerso da due studi che hanno riscontrato livelli di conoscenza ed autogestione della stomia più elevati rispetto ai pazienti che avevano ricevuto solamente lezioni educative verbali (Danielsen & Rosenberg, 2014; Chaudhri et al., 2005). La metodologia educativa di gruppo, espressa da alcuni studi (Aluntas et al., 2012; Cheng et al., 2012; Karabulut et al., 2014; Lim et al., 2014), produce buoni risultati relativi alle capacità di autocura, gestione e conoscenza della stomia, nonché un miglioramento progressivo della qualità di vita. Questi risultati sono risultati essere in tutti e quattro gli studi statisticamente significativi ($p < 0.01$ circa).

4.3 Livelli di outcomes raggiunti dai diversi interventi di ETP

Per tale lavoro di revisione della letteratura sono stati selezionati precedentemente alcuni outcomes che permettessero di effettuare un confronto fra i diversi studi presi in esame. Gli outcomes analizzati sono i seguenti: la durata della degenza post operatoria, i costi sanitari di gestione, la comparsa di complicanze riguardanti la gestione della stomia, le conoscenze relative alla stomia e la conseguente capacità di autogestirla, il livello di qualità di vita.

Purtroppo non tutti gli studi consideravano tutti e cinque gli outcomes, tuttavia è stato comunque possibile il confronto fra gli articoli con più criteri di risultato comuni.

Si è proceduto analizzando i singoli outcomes uno alla volta, prendendo quindi in esame gli articoli che li consideravano. La Tabella IV è riassuntiva degli outcomes e dei relativi articoli che li trattavano nei loro studi.

Per quanto riguarda l'outcome di durata della degenza post operatoria, gli studi di Bohnenkamp et al. (2004), Chaudhri et al. (2005) e Danielsen e Rosenberg (2014) non

rivelano differenze evidenti tra il gruppo d'intervento (12 giorni) e quello di controllo (13-14 giorni), infatti la discrepanza risulta essere di due o tre giorni in più per i soggetti che avevano ricevuto un'educazione tradizionale. Di rilievo quanto emerge dallo studio di Danielsen e Rosenberg (2014) che rivela che solo i pazienti del gruppo di controllo sono stati riammessi in ospedale entro i sei mesi successivi alla creazione della stomia, mentre non è stato così per il gruppo d'intervento; emerge un dato statisticamente significativo con un p-value < 0.01.

Rispetto alla qualità di vita, dagli studi sono emersi dati statisticamente significativi per quanto riguarda gli articoli di Bohnenkamp et al. (2004), di Lo et al. (2009) e di Chaudhri et al. (2005). Dal primo, infatti, emerge una soddisfazione per la qualità di vita del 93% dei pazienti del gruppo d'intervento contro l'81% di quelli del gruppo di controllo. Rilevante anche la percentuale di soddisfazione del secondo studio che ha individuato un 83% a favore dei pazienti che avevano ricevuto interventi educativi multimediali. Entrambi i risultati dimostrano efficacia statistica ($p < 0.03$).

Per quanto riguarda i costi sanitari non vi sono risultati statisticamente rilevanti. Emerge che l'uso dei dispositivi elettronici e multimediali permette la riduzione delle ore dedicate all'educazione ed assistenza dei pazienti ma a volte sono strumenti costosi che finiscono col costare quanto i metodi tradizionali. Solo uno studio, quello di Lo et al. (2009), ha sottolineato il vantaggio dei mezzi multimediali, in particolar modo la visione di filmati, che permettono di risparmiare sull'utilizzo di materiale pratico utilizzato a scopo didattico. Ad esempio, i diversi tipi di dispositivi per il cambio delle stomie che verrebbero riservati ed accantonati solo per scopi dimostrativi e non potrebbero poi essere usati dagli utenti per le necessità pratiche, nonostante a questi vengano già forniti in quantità ridotta.

Riguardo il livello di conoscenza acquisito, in seguito agli interventi di ETP un risultato interessante è emerso dallo studio di Lo et al. (2010): attraverso la Self-Care Knowledge Scale (una scala di valutazione delle conoscenze relative allo stoma e alla sua gestione che prende in considerazione 22 items; viene poi assegnato un punto per ogni risposta giusta e zero per quelle sbagliate, per un punteggio massimo di 22) è emerso un punteggio di 20.78 per il gruppo che aveva ricevuto interventi educativi tradizionali e 14.25 per coloro che avevano ricevuto un programma educativo multimediale, con una significatività statistica pari a $p < 0.001$. I rimanenti studi, invece, dimostrano risultati maggiori per i gruppi di intervento che avevano ricevuto interventi educativi multimediali. In particolar modo nello

studio di Crawford et al. (2012) sono stati utilizzati come strumenti di valutazione delle conoscenze due diversi questionari (uno per le colostomie e uno per le ileostomie) i cui risultati sono poi stati trasformati in percentuale di risposte corrette e sono stati riuniti. Da essi sono emersi punteggi di 7.89 (gruppo di controllo) e 13.21 (gruppo d'intervento), con una significatività statistica pari a $p < 0.1$.

Studi	Tipologia d'intervento	Durata degenza post operatoria	Comparsa complicanze	QdV	Costo	Conoscenza
Altunta et al., 2012	Gruppo pre ETP	/	/	46.8	/	48.1
	Gruppo post ETP			53.1		51.4
Bohnenkamp et al., 2004	Tradizionale	14 gg (SD=8.42)	/	81%	444.52 \$	/
	Telenursing	12-13 gg (SD=14.39)		93%	377.31 \$	
Chaudhri et al., 2005	Tradizionale	10 gg	8%	76%	6860 \$	/
	Domiciliari e pratica	8 gg	6%	83%	5740 \$	
Cheng et al., 2012	Gruppo esperto pre corso	/	9,89	35.89	/	13.14
	Esperti post corso		19,96	44.44		16.32
Crawford et al., 2012	Tradizionale	/	19,87	/	/	7.89
	Multimediale		18,74			13.21
Danielsen & Rosenberg, 2014	Tradizionale	12 gg (SD= 12.2)	7	/	102000 DKK	18
	Follow up telefonico	13 gg (SD= 10.5)	0		94000 DKK	13
Karabulut, Dinç & Karadag, 2014	Gruppo pre ETP	/	4	70	/	37%
	Gruppo post ETP		5	55		55,60%
Lim et al., 2014	Tradizionali	/	p=0.83	p= 0.82	/	p< 0.97
Di gruppo e telefonici						
Lo et al., 2009	Tradizionale	/	41.04	40.59	/	14.74
	Multimediale		50.81	47.26		20.81
Lo et al., 2010	Tradizionale	/	51.26	47.24	/	20.78
	Multimediale		41.77	40.63		14.25

Tabella IV: Confronto degli studi in base agli outcomes esaminati.

CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE

5.1 Discussione

I lavori inseriti in questa revisione della letteratura tendono ad evidenziare rilevanti risultati raggiunti attraverso i programmi multimediali di ETP. Nonostante i limiti metodologici precedentemente esposti si è potuto effettuare un confronto fra gli studi presi in esame per tale lavoro, al fine di individuare un intervento educativo più efficace degli altri esistenti ed utilizzati.

Dagli studi presi in esame gli interventi di ETP che vengono utilizzati per i pazienti stomizzati consistono in spiegazioni verbali, uso di opuscoli, follow up telefonici, incontri di gruppo, sperimentazione pratica, telenursing ed utilizzo di filmati. Nella letteratura inerente agli interventi di ETP rivolti a tutti i pazienti, oltre a queste tipologie di intervento esistono anche le seguenti: gioco di ruoli, brainstorming e studio di casi.

Attualmente nelle realtà cliniche gli interventi educativi prediletti sono quelli tradizionali che prevedono le spiegazioni verbali e l'uso di opuscoli. Difficilmente vengono presi in considerazione gli strumenti multimediali che risultano avere invece notevoli potenzialità. Dalla letteratura si evincono numerosi studi che mettono in evidenza i punti deboli degli strumenti tradizionali di ETP, in particolar modo delle sole spiegazioni verbali. Ad esempio Letterstal (2004) denota come i pazienti che ricevono l'informazione scritta e orale associate presentino uno stato emotivo migliore con una riduzione dei livelli di insicurezza rispetto a chi riceve solo indicazioni verbali.

Dagli studi emergono invece caratteristiche importanti connesse agli interventi multimediali anche se sono presenti limiti metodologici legati al numero di studi selezionati in seguito alla consultazione delle banche dati per tale lavoro di revisione della letteratura. Dallo studio di Lo et al. (2010) emergono le maggiori potenzialità degli interventi educativi multimediali rispetto a quelli tradizionali; infatti tali interventi aumentano in maniera considerevole i livelli di apprendimento ed acquisizione di conoscenze legate alla stomia ed alla sua gestione. Inoltre aumentano la compliance e facilitano la predisposizione della persona ad apprendere. In letteratura sono presenti numerosi studi sperimentali, rivolti a pazienti sottoposti ad interventi chirurgici di vario genere, che tendono a rafforzare tale considerazione; infatti Sorlie et al. (2005) e Klein-Fedyshin (2005) hanno entrambi condotto degli studi utilizzando dei brevi video come

strumenti educativi. In particolare, Sorlie et al. hanno confrontato la visione del video, associato all'informazione orale all'ingresso e alla dimissione, con un piano di educazione e di informazioni verbali standard. Nel gruppo che ha ricevuto il programma di educazione più approfondito, si è rilevato un minor livello d'ansia, una miglior percezione dello stato di salute alla dimissione e un miglior stato emotivo al follow-up. Klein e Fedyshin, nel loro studio osservazionale descrittivo, hanno invece consegnato al campione di pazienti reclutati un video di educazione terapeutica al momento della dimissione, somministrando in seguito un questionario di soddisfazione relativo a questa tecnica educativa. La maggior parte delle persone che ha risposto al questionario ha valutato con soddisfazione le informazioni fornite dal video.

Un aspetto da tenere in considerazione, anche se spesso viene trascurato, è il livello di ansia pre e post operatorio, in particolar modo nel periodo ravvicinato alla dimissione. L'ansia preoperatoria è una risposta anticipata della persona ad un'esperienza considerata minacciosa per il suo abituale ruolo di vita, per la sua integrità fisica o addirittura per la sua vita, quella post operatoria è la conseguenza dell'emergere dei timori preoperatori che possono realizzarsi e concretizzarsi a seguito dell'intervento chirurgico. E' riconosciuta in letteratura una riduzione ed alterazione delle capacità di apprendimento in situazioni stressanti ed ansiogene (Lo et al., 2009). L'intervento operatorio di confezionamento di una stomia rientra in queste situazioni e perciò la trasmissione verbale di conoscenze, nell'immediato periodo post operatorio, nella maggior parte dei casi risulta inutile. Perciò risulta utile il materiale multimediale come ad esempio i DVD che possono essere utilizzati in qualsiasi momento dai pazienti anche dopo la dimissione dall'ospedale. Risultano uno strumento utile anche per l'educazione dei caregivers (Crawford et al., 2012). In letteratura molti studi hanno approfondito il legame tra ansia peri operatoria ed interventi di ETP: all'aumentare della seconda corrisponde una significativa riduzione della prima (Krenzischek et al., 2001; Asilioglu & Celik, 2004; Wiens, 1998; Maward & Azar, 2004). Un elemento ampiamente studiato riguarda gli effetti positivi dei programmi di ETP nella fase preoperatoria. Cowell e Gray nel 2007 pubblicarono uno studio in cui revisionarono la letteratura sistematica arrivando alla conclusione che l'educazione preoperatoria migliora l'acquisizione di abilità durante l'immediato periodo post-operatorio e l'adattamento a lungo termine della stomia. Un ulteriore studio di Chaudhri et al. (2005) ha comparato un programma strutturato di formazione preoperatoria a un programma tradizionale

postoperatorio in un campione di 42 soggetti sottoposti a colostomia o ileostomia per la gestione del cancro coloretale. Quando furono misurati gli outcomes sei mesi dopo, i soggetti randomizzati nel gruppo di intervento di insegnamento preoperatorio hanno dimostrato maggiori abilità nel momento in cui dovevano effettuare la sostituzione della sacca, il periodo di degenza si era ridotto e si sono verificati meno ricoveri imprevisti comparati ai soggetti che ricevevano un tradizionale intervento educativo. Queste ricerche forniscono quindi l'evidenza che l'insegnamento preoperatorio promuove l'acquisizione di abilità a breve termine necessarie nel gestire le stomie e suggerisce che questo beneficio esercita un effetto positivo sull'adattamento a lungo termine riducendo il livello di ansia post operatoria. L'importanza dell'educazione preoperatoria emerge anche dallo studio di Fredericks (2008), il quale analizza il momento più favorevole per educare i pazienti. Da esso non emergono differenze significative per il livello di conoscenze, la capacità di autocura e la comparsa di sintomi e complicanze; l'unica differenza è nel livello d'ansia che è statisticamente maggiore in chi ha avuto informazioni prima della dimissione. Gli ultimi giorni del ricovero ospedaliero non sono quindi il momento migliore per educare il paziente, poiché costituiscono anch'essi momenti fortemente stressanti. Da ciò ne deriva che il momento in cui fornire l'ETP deve essere strategico in quanto non deve essere troppo a ridosso dell'intervento perché il paziente può non essere nelle migliori condizioni di apprendimento a causa dell'ansia o dell'effetto dei farmaci preanestetici. Idealmente tale educazione dovrebbe prolungarsi per un certo tempo in modo da permettere al paziente di assimilare le informazioni e porre domande allorché sorgano dubbi. Il momento ideale quindi per l'ETP preoperatoria può essere individuata al momento della visita di pre ricovero, dove è possibile mettere a disposizione una persona che risponda alle domande e dia l'opportunità di apprendere e di costruire un rapporto (Fredericks, 2008).

Dagli studi esaminati sono emerse le potenzialità dell'intervento multimediale attraverso la visione di filmati che risultano avere un effetto positivo nell'immediato post operatorio per quanto concerne il successivo comportamento di auto cura e gestione della nuova condizione (Lo et al., 2010). In letteratura emerge l'efficacia dell'intervento multimediale anche nei progetti di prevenzione primaria come sottolineato dallo studio di Volk del 2008 per lo screening del cancro prostatico. Allo stesso tempo però è emerso un problema che riguarda il grado di formazione del personale infermieristico rispetto alle capacità di attuazione di interventi educativi multimediali (Lo et al., 2009). Un punto critico che

risulta mettere in dubbio l'utilizzo di interventi multimediali riguarda i costi sanitari sia per quanto riguarda la formazione del personale che deve acquisirne la padronanza sia per i costi materiali; dallo studio di Krenzischek, Wilson e Poole (2001), rivolto a pazienti sottoposti a interventi chirurgici di varia natura, è emerso che l'uso di audiovisivi in campo educativo è costoso ma allo stesso tempo permette di formare più persone contemporaneamente ammortizzando i costi.

Interessanti anche i risultati emersi dagli interventi di ETP di gruppo. In particolare quelli rilevati dallo studio di Cheng et al. (2011) dimostrano la facilità di apprendimento nel caso in cui gli educatori siano pazienti esperti che hanno avuto la stessa esperienza di coloro che stanno imparando. Questo risultato emerge anche negli studi rivolti a pazienti diabetici; infatti nello studio di Baksi et al. (2005) è emersa l'efficacia dell'ETP di gruppo tra pazienti esperti ed inesperti. Questi ultimi hanno raggiunto livelli di conoscenza elevati e hanno riferito maggiore soddisfazione in seguito al confronto con persone che stavano vivendo la loro stessa condizione di salute. Inoltre attraverso interventi di gruppo i pazienti possono ricevere un rilevante sostegno psicologico e, grazie alla condivisione delle esperienze personali e al confronto con quelle degli altri partecipanti, sono spinti ad affrontare le sfide con un atteggiamento positivo. Recenti studi dimostrano che una persona che utilizza un atteggiamento positivo di autogestione della propria condizione tende a comunicare più efficacemente con i professionisti della salute. Inoltre i programmi di ETP di gruppo agevolano l'adattamento sociale (Karabulut, Dinç, & Karadag, 2014).

In generale, sulla base degli outcomes analizzati, dai diversi studi è emerso come un sufficiente livello di conoscenze e quindi una adeguata autogestione della condizione favoriscano la riacquisizione di un buon livello di qualità di vita. Infatti diversi studi hanno dimostrato l'importanza di acquisire capacità di autocura rivolte al ri-ottenimento dell'indipendenza (Simmons et al., 2007).

5.2 Limiti dello studio

I limiti di questo lavoro di revisione della letteratura riguardano innanzitutto il limitato numero di studi presi in esame in seguito alla consultazione delle banche dati. Tale limitazione è stata causata dalla circoscritta disponibilità di studi che analizzassero come campione i pazienti stomizzati. Infatti sono numerosi gli studi che esaminano gli interventi di ETP ma per pazienti con altre condizioni cliniche.

Un secondo limite è relativo agli outcomes precedentemente scelti; i lavori reperiti non hanno tutti uniformità di outcomes misurati perciò sono stati esaminati i singoli risultati sulla base di un confronto fra gli articoli che li prendevano in esame.

Un terzo limite si iscrive nell'aspetto della presenza di studi anche quasi sperimentali e non solo sperimentali.

I risultati suggeriscono la necessità di maggiori studi che prendano in confronto due o più interventi di ETP per permettere l'elaborazione di un lavoro maggiormente accurato e l'analisi di più tecniche di ETP, per potere quindi ottenere una panoramica completa sui metodi più efficaci di ETP al profilo paziente oggetto di questo elaborato di tesi.

CAPITOLO 6 – CONCLUSIONE

6.1 Conclusioni

Da quanto è emerso da tale lavoro di revisione della letteratura, gli interventi di educazione terapeutica rivolti ai pazienti adulti stomizzati sono molteplici ed ognuno possiede vantaggi e svantaggi. Gli interventi che esistono in letteratura sono molti ma non tutti vengono né possono essere sfruttati per tutte le situazioni educative.

Nelle realtà cliniche vengono preferiti gli interventi tradizionali di ETP, in particolar modo le spiegazioni verbali oppure l'uso di opuscoli informativi. Risulta necessario, tuttavia, tenere in considerazione la scarsa efficacia di questi interventi soprattutto in corrispondenza di alterazioni dello stato d'animo, in particolar modo per la presenza di ansia. A riguardo del livello d'ansia, che si è dimostrato in letteratura essere un fattore influenzante le capacità di apprendimento dei soggetti, gli studi hanno sottolineato lo stretto legame fra questo e l'ETP: all'aumentare del secondo corrisponde la netta riduzione del primo (Asilioglu & Celik, 2004; Maward & Azar, 2004; Krenzischek et al., 2001; Wiens, 1998). Inoltre, dalla letteratura emerge come il momento più appropriato per attuare gli interventi educativi sia quello preoperatorio o ancora meglio il momento della visita prericovero (Fredericks, 2008). Nelle realtà in cui il processo educativo viene svolto dall'infermiere esclusivamente nella forma verbale sarebbe utile che lo stesso fornisca all'assistito un opuscolo scritto, al fine di evitare il pericolo che il paziente non colga o dimentichi informazioni importanti, garantendo quindi una maggior sicurezza. Un opuscolo scritto avrebbe anche il vantaggio di garantire una standardizzazione del processo educativo ed eviterebbe il rischio della variabilità dell'informazione, in base alle capacità comunicative, alle conoscenze ed alle risorse temporali degli operatori (Formicola, Gioachin & Nardi, 2010). Allo stesso tempo è bene sottolineare come l'informazione scritta non possa mai sostituire l'educazione verbale, ma integrarla. Infatti, la relazione tra infermiere e assistito deve sempre essere personalizzata, per cogliere le esigenze specifiche di ogni singolo paziente.

Rispetto all'utilizzo di tecniche educative tradizionali, quelle multimediali risulterebbero essere più efficaci rispetto ad alcuni outcomes. Gli interventi multimediali possono infatti essere applicati in diversi contesti, come l'ospedale ed il domicilio (Crawford et al., 2012). Si sono dimostrati un ottimo strumento di riduzione delle angosce e dei timori dei pazienti

in prossimità della dimissione ospedaliera e nei primi giorni a domicilio (Fredericks, 2008) e incrementano le conoscenze, la compliance, la qualità di vita e la capacità di autocura. Un tema, tuttavia, molto discusso che limita l'uso degli strumenti multimediali risulta essere sia la necessità di un corso di formazione per i professionisti sanitari che devono acquisirne la padronanza, sia i costi di gestione di questi materiali, nonostante possa essere usufruito da più pazienti contemporaneamente. Anche per le tecniche multimediali, come per quelle tradizionali, dalla letteratura emerge la stessa necessità che debbano inizialmente essere accompagnati da una presentazione da parte degli infermieri (Formicola, Gioachin & Nardi, 2010).

Un ulteriore tipologia di intervento emersa è quella di gruppo, la quale ha dimostrato spiccate capacità a livello di supporto psicologico, adattamento sociale e a livello della qualità di vita (Karabulut, Dinç, & Karadag, 2014). Di maggiore efficacia gli interventi di gruppo costituiti da pazienti esperti che da anni convivono in una certa condizione di salute e coloro che di recente sono entrati a far parte di quella nuova realtà (Cheng et al., 2011).

Pur confermando le potenzialità degli interventi multimediali e le carenze di quelli tradizionali il seguente lavoro di revisione della letteratura non è sufficiente a garantire con assoluta certezza l'efficacia di un intervento di ETP rispetto agli altri. Questo suggerisce la necessità di una ricerca futura che effettui un confronto fra i diversi interventi educativi prendendo in considerazione più outcomes comuni.

La realtà odierna è in continuo mutamento ed evoluzione e la tecnologia è parte integrante della vita quotidiana e professionale, perciò risulta necessario adattarsi e rinnovarsi anche in ambito educativo riuscendo a sfruttare al massimo le potenzialità degli strumenti multimediali, integrandole con gli interventi tradizionali al fine di raggiungere la massima efficacia.

CAPITOLO 7- APPENDICE

7.1 Caratteristiche degli studi inclusi

Studio	Altuntas et al., 2012
Metodologia	Studio quasi sperimentale con strutturazione per serie storiche
Setting	Hospital di Istanbul
Campione	72 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Intervento di gruppo
Outcomes misurati	Qualità di vita, livello di conoscenza acquisito
Risultati	In questo studio è stato utilizzato un solo gruppo che è stato esaminato pre e post intervento di gruppo di ETP. Dai risultati post educazione sono emersi maggiori livelli di outcomes e punteggi SF-36, che hanno rivelato una significatività statistica ($p < 0.05$).
Note	/

Studio	Bohnenkamp et al., 2004
Metodologia	Studio quasi sperimentale
Setting	Lareg tertiary care center in the Southwestern United States
Campione	28 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Tradizionale attraverso l'uso di spiegazioni verbali (gruppo di controllo) e telenursing (gruppo sperimentale)
Outcomes misurati	Durata degenza post operatoria, QdV, costi sanitari
Risultati	Dal confronto fra telenursing ed interventi tradizionali è emersa la maggior efficacia del primo. I costi complessivi per i due tipi di interventi erano pressoché identici. I pazienti del gruppo sperimentale si sentivano maggiormente compresi e a loro agio con gli infermieri e quella tipologia di intervento di ETP. Inoltre tali interventi risparmiavano loro gli spostamenti da casa all'ospedale e le attese per le visite e gli incontri faccia a faccia. Dal confronto fra telenursing ed interventi tradizionali è emersa la maggior efficacia del primo. I costi complessivi per i due tipi di interventi erano pressoché identici. I pazienti del gruppo sperimentale si sentivano maggiormente compresi e a loro agio con gli infermieri e quella tipologia di intervento di ETP. Inoltre tali interventi risparmiavano loro gli spostamenti da casa all'ospedale e le attese per le visite e gli incontri faccia a faccia.
Note	E' emerso che la combinazione fra questi due tipi di interventi è utile per sostenere i pazienti post dimissione e ridurre i casi di riammissione.

Studio	Chaudhri et al., 2005
Metodologia	Studio sperimentale
Setting	University Hospital Aintree di Liverpool; Newcastle Primary Care Trust di Newcastle; Freeman Hospital di Newcastle
Campione	42 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Tradizionale attraverso l'uso di spiegazioni verbali (gruppo di controllo) e domiciliari con prove pratiche (gruppo sperimentale)
Outcomes misurati	Durata della degenza post operatoria, comparsa di complicanze, QdV, costi sanitari
Risultati	Dopo un confronto tra i due interventi di ETP (tradizionale e multimediale) erano emersi maggiori risultati nel gruppo sperimentale sia per i tempi di degenza (8 VS 10-12) sia di conoscenze. Il costo medio di risparmio era di circa \$ 2,104 per il gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo.
Note	L'ETP ha maggiore efficacia se attuata già nel periodo pre operatorio. Essa infatti conduce a tempi più brevi per l'acquisizione delle capacità di autocura ed adattamento.

Studio	Cheng et al., 2012
Metodologia	Studio quasi sperimentale con strutturazione per serie storiche
Setting	Jiangsu Cancer Hospital, Nanjing (Cina)
Campione	81 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Intervento di gruppo
Outcomes misurati	Comparsa di complicanze, QdV, livello di conoscenza acquisito
Risultati	Questo studio aveva utilizzato un unico gruppo di studio. I risultati avevano portato ad un aumento dei livelli di conoscenza acquisiti e delle capacità di autocura post intervento di ETP. I partecipanti avevano confessato di sentirsi più coinvolti e maggiormente soddisfatti poiché riuscivano a confrontarsi con persone esperte che vivevano nella loro stessa situazione.
Note	Un aspetto che gli autori hanno riscontrato riguarda il livello d'ansia peri operatoria e lo stretto rapporto fra questa e gli interventi di ETP: al aumentare del secondo diminuiva il primo.

Studio	Crawford et al., 2012
Metodologia	Studio sperimentale
Setting	Hospital negli Stati Uniti
Campione	88 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Tradizionale attraverso l'uso di spiegazioni verbali (gruppo di controllo) e multimediali (gruppo sperimentale)
Outcomes misurati	Comparsa di complicanze, livello di conoscenza acquisito
Risultati	Era stato effettuato un confronto fra due interventi di ETP: tradizionale e multimediale. Non erano emerse differenze significative per quanto riguardava i livelli di conoscenza acquisiti o le capacità di autogestione della condizione.
Note	Lo studio sottolinea le potenzialità dell'integrazione dei due interventi per la formazione dei pazienti, soprattutto nel primo periodo post operatorio.

Studio	Danielsen & Rosenberg, 2014
Metodologia	Studio sperimentale
Setting	Herlev Hospital, Danimarca
Campione	50 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Tradizionale attraverso l'uso di spiegazioni verbali (gruppo di controllo) e follow up telefonici (gruppo sperimentale)
Outcomes misurati	Durata della degenza post operatoria, comparsa di complicanze, costi sanitari, livello di conoscenza acquisito
Risultati	L'obiettivo di questo studio prevedeva l'incremento delle capacità di adattamento delle persone stomizzate. Era stato effettuato un confronto fra interventi tradizionali e quelli con il supporto di follow up telefonici. I risultati dello studio avevano evidenziato un aumento significativo degli outcomes nel gruppo sperimentale.
Note	/

Studio	Karabulut, Dinç & Karadag, 2014
Metodologia	Studio quasi sperimentale con strutturazione per serie storiche
Setting	Gazi University Health Research and Implementation Centre Stoma therapy Unit
Campione	50 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Intervento di gruppo
Outcomes misurati	Comparsa di complicanze, QdV, livello di conoscenza acquisito
Risultati	I risultati di questo studio indicavano che l'interazione di gruppo agevolava l'adattamento sociale negli individui stomizzati. I punteggi medi erano aumentati gradualmente durante la sesta e decima settimana rispetto alle prime. Erano risultati efficaci gli interventi di gruppo soprattutto grazie ad una condivisione di esperienze tra i pazienti.
Note	Gli autori hanno registrato una minore capacità di autocura da parte del genere maschile rispetto a quello femminile.

Studio	Lim et al., 2014
Metodologia	Studio sperimentale
Setting	General Hospital di Singapore
Campione	84 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Tradizionali attraverso l'uso di spiegazioni verbali (gruppo di controllo) e di gruppo e telefonici (gruppo sperimentale)
Outcomes misurati	Comparsa di complicanze, QdV, livello di conoscenza acquisito
Risultati	Nel seguente studio gli interventi messi a confronto riguardavano gli interventi tradizionali e quelli di follow up telefonici con la compilazione di un diario di registrazione giornaliero. Dai risultati non erano emerse differenze significative tra i due tipi di interventi.
Note	L'uso del diario di registrazione giornaliera non è risultato utile, infatti un numero ridotto di persone l'ha utilizzato e riconsegnato.

Studio	Lo et al., 2009
Metodologia	Studio sperimentale
Setting	General Hospital di Taiwan
Campione	54 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Tradizionale attraverso l'uso di spiegazioni verbali (gruppo di controllo) e multimediali (gruppo sperimentale)
Outcomes misurati	Comparsa di complicanze, QdV, costi sanitari, livello di conoscenza acquisito
Risultati	Lo studio evidenziava migliori risultati del gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo rispetto al rapporto costo- efficacia. Le misure di efficacia prese in considerazione prevedevano il livello di conoscenza acquisito, i comportamenti e le capacità di autocura della stomia.
Note	Visto il miglior rapporto costo-efficacia degli interventi multimediali secondo gli autori i responsabili ospedalieri potrebbero sceglierli come tecniche predilette.

Studio	Lo et al., 2010
Metodologia	Studio sperimentale
Setting	General Hospital di Taiwan
Campione	102 pazienti stomizzati
Tipologia d'intervento	Tradizionale attraverso l'uso di opuscoli informativi (gruppo di controllo) e multimediali (gruppo sperimentale)
Outcomes misurati	Comparsa di complicanze, QdV, livello di conoscenza acquisito
Risultati	Lo studio evidenziava risultati migliori per i pazienti del gruppo sperimentale che avevano ricevuto interventi multimediali. Essi presentavano infatti risultati più alti relativi ai livelli di conoscenza della stomia e al comportamento di autocura rispetto al gruppo di controllo. Questo studio dimostrava che gli interventi multimediali risultavano essere più efficaci poiché favorivano la partecipazione dei pazienti aumentando la compliance.
Note	I programmi di ETP multimediale permettono secondo gli autori di fornire informazioni ai pazienti in assenza dei sanitari e anche di migliorare le loro conoscenze rispetto alla pratica sanitaria tradizionale.

7.2 Caratteristiche degli studi esclusi

Studio	Beaver, Latif & Williamson, 2010
Metodologia	Studio qualitativo
Setting	General Hospital, Inghilterra
Campione	27 pazienti
Risultati	Il tema dominante di questo studio riguardava il “sapere cosa aspettarsi” dopo l’intervento chirurgico. Esplorava quindi i vissuti dei pazienti sottoposti a trattamento per la presenza di cancro del colon-retto. I vissuti risultavano essere migliori nei pazienti che avevano subito gli interventi di confezionamento di una stomia rispetto a tutti gli altri.
Note	I pazienti a cui non era stata confezionata una stomia risultavano essere più vulnerabili rispetto agli altri. Hanno inoltre espresso la necessità di ricevere maggiori informazioni rispetto all’intervento subito e al periodo di recupero post operatorio.

Studio	Bryan & Dukes, 2010
Metodologia	Studio retrospettivo
Setting	Salisburgo NSH Foundation Trust
Campione	20 pazienti
Risultati	Lo scopo del seguente studio prevedeva la determinazione delle differenze esistenti fra ETP preoperatoria e postoperatoria. I risultati avevano constatato un migliore livello di QdV nei pazienti del gruppo sperimentale che aveva ricevuto ETP preoperatoria rispetto al gruppo di controllo.
Note	I risultati erano fortemente influenzati dal ruolo dell’infermiere enterostomista.

Studio	Konya, Sanada & Tsuru, 2012
Metodologia	Studio sperimentale
Setting	Giappone
Campione	/
Risultati	Il fine dello studio era quello di fornire un programma educativo adeguato per i pazienti stomizzati. Era stato sviluppato un algoritmo che era stato poi suddiviso in tre parti per il periodo preoperatorio, postoperatorio e riabilitativo. I risultati avevano indicato che l’algoritmo non tralasciava i punti importanti coinvolti nella cura della stomia.

Studio	Person, Ifargan & Lachter, 2012
Metodologia	Studio sperimentale
Setting	Israele
Campione	105 pazienti
Risultati	Tale studio analizzava l'impatto dell'intervento di confezionamento della stomia e la posizione di essa sulla QdV dei pazienti. Era stato somministrato un questionario pre e post interventi di ETP, composto da 49 articoli che comprendono 17 situazioni di vita quotidiana. Alla fine sono risultati alti livelli di soddisfazione da parte dei pazienti.
Note	Era emersa l'efficacia del follow up a lungo termine da associare agli interventi standard di ETP.

Studio	Persson & Larsson, 2005
Metodologia	Studio qualitativo
Setting	Svezia
Campione	49 pazienti
Risultati	Il seguente studio aveva l'obiettivo di valutare la percezione della qualità di cure ricevute rispetto ad un programma di ETP di recupero. Le conclusioni avevano portato a sottolineare l'importanza di effettuare già nel periodo preoperatorio l'educazione terapeutica.

Studio	Younis et al., 2011
Metodologia	Studio sperimentale
Setting	General Hospital, Inghilterra
Campione	200 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico
Risultati	Determinare le cause del ritardo nella fase di dimissione post intervento chirurgico e la qualità delle cure ricevute. Era risultata alta la soddisfazione nei confronti delle attenzioni mediche ricevute e bassa per la mancanza di coinvolgimento diretto nei percorsi riabilitativi ed educativi.

BIBLIOGRAFIA

1. Albano, M.G. (2010). *Educazione terapeutica del paziente. Riflessioni modelli e ricerca*. Milano: Centro Scientifico Editore.
2. Aluntas, Y.E., Kement, M., Gezen, C., Eker, H.H., Aydin, H., Sahin, F., Okkabaz, N., & Oncel, M. (2012). The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *European Journal of Cancer Care*, 21, 776-781.
3. Anderson, R.M., Funnell, M.M., & Butler, P.M. (1995). Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18, 943-9.
4. Asilioglu, K., & Celik, S.S. (2004). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 53 (1), 65-70.
5. Azienda Sanitaria Locale di Brescia (2007). Linee guida per l'educazione terapeutica, l'approccio assistenziale specifico e la continuità di cura ai soggetti portatori di stomie intestinali ed urinarie.
6. Association Francaise d'Entérostoma-Thérapeutes. (2003). *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte-enterostomie*. Francia: Hollister.
7. Baksi, A. K., Mrayat, M. A., Hogan, D., Thomas, Z., Whittingstall, E., & Wilson, P. (2005). Training programme for peer advisors in diabetes: are they the expert patient in diabetes? *Practical Diabetes International*, 22(4), 119-124.
8. Beaver, K., Latif, S., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., & Heath, J. (2010). An exploratory study of the follow up care needs of patients treated for colorectal cancer. *Journal Clinical of Nursing*, 19, 3291-300.
9. Beaver, K., Latif, S., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., Heath, J., Susnerwala, S., & Luker, K. (2010). An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. *Journal Clinical of Nursing*, 19 (23-24), 3291- 300.
10. Becchi, M.A. (2010). *Il Care Giver del paziente complesso ed il suo addestramento - Manuale di Educazione Terapeutica ad uso degli operatori sanitari e socio assistenziali*. Roma: Edizioni Panorama della Sanità.
11. Becchi, M. A., & Neri, G. A.(2001). *La qualità della vita e il carico assistenziale della famiglia*. Milano: Franco Angeli Editore.

12. Bohnenkamp, S.K., McDonald, P., Lopez, A. M., Krupinski, E., & Blackett, A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncology Nursing Forum*, *31*, 1005-1010.
13. Bosio, G., Pisani, F., Fonti, A., Scrocca, A., Morandell, C., Anselmi, L., ... Lucibello, L. (2006). Studio osservazionale multicentrico sulle alterazioni cutanee post-enterostomie (SACS). *Classificazione delle alterazioni peristomali*, *27* (6/7), 251-254.
14. Bryan, S., & Dukes, S. (2010). The Enhanced Recovery Programme for stoma patients: an audit. *British Journal of Nursing*, *19* (13), 831-4.
15. Burc, J. (2004). Assessment and management of ostomal complications: a framework for clinical decision-making. *Ostomy Wound Manage*, *9*, 54-56.
16. Burch, J. (2004). *The pre-and postoperative nursing care for patients with a stoma*. *British Journal of Nursing*, *3*, 307-314.
17. Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I., & Horgan, A. (2004). Preoperative intensive, community-based vs traditional stoma education: a randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon & Rectum*, *48*, 504-509.
18. Cheng, F., Xu, Q., Dai, X., & Yang, L. (2012). Evaluation of the expert patient program in a Chinese population with a permanent colostomy. *Cancer Nursing*, *35* (1), 27-33.
19. Collet, K. (2002). Practical aspects of stoma management. *Nursing Standard*, *17*(8), 45-55.
20. Colwell, J.C., & Gray, M. (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing*, *34* (5), 492-6.
21. Crawford, D., Texter, T., Hurt, K., VanAelst, R., Glaza, L., & Vander Laan, K. (2012). Traditional nurse instruction versus 2 session nurse instruction plus dvd for teaching ostomy care. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, *39* (5), 529-537.
22. Danielsen, A.K., & Rosenberg, J. (2014). Patient education after stoma creation may reduce health- care costs. *Danish Medical Journal*, *61* (4), A4659.
23. Di Nubila, R.D. (2008). *Dal gruppo al gruppo di lavoro*. Lecce: Pensa Multimedia.

24. D'Ivernois, J.F., & Gagnayre, R. (2009). *Educare il paziente un approccio pedagogico*. Milano: McGraw Hill (III° ed.).
25. Federazione Nazionale Collegio Infermieri (2009). *Codice Deontologico*. Consiglio Nazionale dei Collegi Ipasvi.
26. Ferraresi, A., Gaiani, R., & Manfredini, R. (2004). *Educazione terapeutica Metodologia e applicazioni*. Roma: Carocci Faber.
27. Formicola, M., Gioachin, L., & Nardi, G. (2010). L'educazione terapeutica nel paziente chirurgico: migliorare la compliance ed il benessere psico-fisico. *Evidence Based Nursing*. Scaricato il 10 agosto 2015 da [http://www.evidencebasednursing.it/revisione/2010 Educazione terapeutica.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/revisione/2010%20Educazione%20terapeutica.pdf).
28. Francois, J., & Gagnayre, R. (2004). *Educare il paziente*. Milano: McGraw Hill.
29. Fredericks, S. (2009). Timing for delivering individualized patient education intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: an RCT. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8 (2), 144-50.
30. Gruppo di ricerca AIOSS (2007). *Clinica infermieristica in stomaterapia dalle evidenze agli strumenti operativi*. Assago: Hollister S.p.A.
31. Johnson, A., Sandford, J., & Tyndall, J. (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Health Education Research* 2005 Aug; 20(4):423-9 *Cochrane Database*, Issue 4. Scaricato il 10 settembre 2015 da <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003716/pdf>
32. Karabulut, H. K., Dinç, L., & Karadag, A. (2014). Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2800-13.
33. Klein-Fedyshin, M., Burda, M.L., Epstein, B.A., & Lawrence, B. (2005). Collaborating to enhance patient education and recovery. *Journal of the Medical Library Association*, 93 (4), 440-5.
34. Konya, C., Sanada, H., & Tsuru, S. (2006). Structured visualization of expert nursing; An educational program for stoma self-care. *Studies in Health Technology and Informatic*, 122, 938.
35. Krenzischek, D.A., Wilson, L., & Poole, E.L. (2001). Evaluation of ASPAN's preoperative patient teaching videos on general, regional, and minimum alveolar

- concentration/ conscious sedation anesthesia. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 16 (3), 174-80.
36. Lacroix, A., & Assal, J. (2005). *Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica*. Torino: Minerva Medica.
 37. Letterstål, A., Sandström, V., Olofsson, P., & Forsberg, C. (2004). Postoperative mobilization of patients with abdominal aortic aneurysm. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6), 560-8.
 38. Lim, S.H., Chan, W.C., Lai, J.H., & He, H.G. (2014). A randomized controlled trial examining the effectiveness of a stoma psychosocial intervention programme on the outcomes of colorectal patients with a stoma: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 71 (6), 1310-1323.
 39. Lo, S.F., Wang, Y.T., Wu, L.Y., Hsu, M.Y., Chang, S.C., & Hayter, M. (2009). A cost- effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1844-1854.
 40. Lo, S.F., Wang, Y.T., Wu, L.Y., Hsu, M.Y., Chang, S.C., & Hayter, M. (2010). Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (1), 68-76.
 41. Mandressi, A., & Bernasconi, S. (2000). *Oncologia chirurgica*. Milano: Masson.
 42. Manganini, L. (2007). La consulenza infermieristica tra l'infermiere esperto in wound care e l'infermiere stomaterapista: proposta di gestione e aggiornamento in tema di complicanze cutanee peristomali. *Io infermiere*, 10 (1), 30-38.
 43. Marullo, A. (1999). Cura e riabilitazione dei pazienti stomizzati. *Nursing Oggi*, 2, 41-47.
 44. Maward, L., & Azar, N. (2004). Comparative study of anxiety in informed and non-informed patients in the preoperative period. *Recherche en Soins Infirmiers*, 78, 35-58.
 45. McHorney, C.A., Ware, J.E., & Raczek, A.E. (1993). The MOS 36 item Short-Form Health Survey SF-36:II. *Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs* *Med Care*, 31 (3), 247-63.
 46. Mucchielli, R. (1993). *Apprendere il counselling. Manuale di autoformazione al colloquio di aiuto*. Trento: Erikson.

47. OMS gruppo di lavoro, Educazione terapeutica del paziente, Copenhagen, OMS Ufficio regionale per l'Europa, 1998 (trad.) programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo operativi, Hollistar. Assago 2007. 180-186. Scaricato il 10 settembre 2015 da <http://www.medicina.unibo.it/it/corsi/insegnamenti/insegnamento/2014/383856>.
48. Person, B., Ifargan, R., Lachter, J., Duek, S.D., Kluger, Y., & Assalia, A. (2012). The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Diseases of the Colon & Rectum*, 55 (7), 783-7.
49. Persson, E., & Larsson, B. (2005). Quality of care after ostomy surgery: a perspective study of patients. *Ostomy Wound Manage*, 51 (8), 40-8.
50. Persson, E., & Wilde Larsson, B. (2005). Quality of care after ostomy surgery: a perspective study of patients. *Ostomy Wound Manage*, 51 (8), 40-8.
51. Pieper, B., Sieggreen, M., Nordstrom, C.K., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., ... Bednarski, D. (2007). Discharge knowledge and concerns of patients going home with a wound. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 34 (3), 245-53.
52. Pizzi, S., & Muttillio, G. (2006). *La persona stomizzata, assistenza e riabilitazione*. Milano: McGraw-hill.
53. Porret, T., & McGrath, A. (2006). *La persona stomizzata: assistenza, cura e riabilitazione: professionista in chirurgia*. Milano: McGraw-hill.
54. Profilo Professionale dell'infermiere, D.M. 739 14 settembre 1994.
55. Proietto, M. (2009). Preparazione all'intervento chirurgico: colloquio e disegno preoperatorio. Scaricato il 10 settembre 2015 da <http://www.ipasvimi.it/allegati/aggiornamento/aggiornamento1252393971.pdf>.
56. Puccarielli, S., Del Bianco P. (2009). Health –related quality of life, faecal continence and bowel function in rectal cancer patients after chemoradiotherapy followed by radical surgery. *Support Care Cancer*, 18 (5), 601-8.
57. Rushing, J. (2006). Caring for your patient's suprapubic catheter. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing*, 36 (7), 32.
58. Saracco, C. (2007). *Clinica infermieristica in stoma terapia dalle evidenze agli strumenti operativi*. Assago: Hollistar.

59. Sheard, C., & Garrud, P. (2006). Evaluation of generic patient information: effects on health outcomes, knowledge and satisfaction. *Patient Education & Counseling*, 61 (1), 43-7.
60. Sørli, T., Busund, R., Sexton, J., Sexton, H., & Sørli, D. (2007). Video information combined with individualized information sessions: effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery - a randomized trial. *Patient Education & Counseling*, 65 (2), 180-8.
61. Taylor, P. (2005). Care of patients with complications following formation of a stoma. *Professional Nurse*, 17(4), 252-258.
62. Trancanelli, V., Piervittori, M., Tieri, R., Miele, N., & Miele, G. (2006). La riabilitazione enterostomale. *L'infermiere professionista in chirurgia*, 372-379.
63. Turnbull, G.B. (2003). The convexity controversy. *Ostomy Wound Manage*, 49, 7-16.
64. Valera, L. (2005). Corso di formazione stomaterapisti, A.I.O.S.S.
65. Volk, R.J., Jibaja-Weiss, M.L., Hawley, S.T., Kneuper, S., Spann, S.J., Miles, B.J., & Hyman, D.J. (2008). Entertainment education for prostate cancer screening: A randomized trial among primary care patients with low health literacy. *Patient education and counseling*, 73 (3), 482-9.
66. Wiens, A.G. (1998). Preoperative anxiety in women. *AORN Journal*, 68 (1), 74-88.
67. Wood, G., & Habert, J. (2007). *La metodologia della ricerca infermieristica*. Firenze: Sansoni.

SITOGRAFIA

1. http://www.robertoaloesio.it/Stomie_2.htm (14/08/2010).
2. <http://www.robertoaloesio.it/Pubblicazioni/Complicanze%20Stomie.pdf> (14/08/2010).
3. http://www.aistom.org/attachments/229_Presidi%20ed%20accessori%20nella%20gestione%20delle%20complicanze%20stomali.pdf.
4. http://www.aslbrescia.it/asl/media/documenti/cure_primarie/anno%202009/Medici%20delle%20Cure%20Primarie/Strumenti%20professionali/Assistenza%20protesica%20ed%20integrativa/Protocollo%20Stomie.pdf (09/10/2010).

