

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA  
CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN  
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

Verona 17 Aprile 2007

**Ansia, depressione, umore,  
stili di vita:  
il paziente con cardiopatia ischemica  
in trattamento riabilitativo**

Relatore: Prof.ssa Monica Pedrazza

Studente: Sonia Marcante

# Prevenzione della malattia coronarica nella pratica clinica

## Malattie cardiovascolari

principale

- causa di morte e disabilità
- fonte di spesa sanitaria

## Un team multidisciplinare

può modificare stili di vita e fattori di rischio correlati e ridurre il rischio di eventi coronarici successivi

I programmi di modificazione del comportamento sono più efficaci quando valutano la **disponibilità del soggetto a aderire al processo di cambiamento**

# Che cosa regola il comportamento delle persone?

## Modelli teorici

- **Teoria dello stile di attribuzione** (*Heider, Weiner*)
- **Modello di cambiamento in 5 fasi** (*Prochaska, Di Clemente*)
- **Health Belief Model** (*Hochbaum, Rosenstock, Kegels*)
- **Teoria dell'azione ragionata** (*Fishbein, Ajzen*)
- **Self-efficacy** (*Bandura*)
- **Modello delle Hardiness o Personalità resiliente** (*Kobasa*)



# Obiettivi della ricerca

- Analizzare la relazione esistente tra stato d'ansia, depressione e umore dell'utente all'inizio del percorso riabilitativo e il raggiungimento degli obiettivi educativi previsti dal percorso stesso
- Individuare le strategie e il modello teorico che meglio sostengono l'infermiere nell'attuazione di interventi volti a favorire l'adozione e il mantenimento di comportamenti protettivi

# Materiali e metodi

- **Sede:** Servizio di riabilitazione cardiologica "Cardioaction"  
Ospedale di Thiene, ULSS n°4 Alto Vicentino
- **Periodo osservazionale:** 1 Gennaio – 13 Settembre 2005
- **Strumenti:**
  - Scala di ansia e depressione per il contesto ospedaliero (HADS)
  - Scala stato generale dell'umore (GMS modificata)
  - Stato di salute percepita (VAS)
  - Questionario "convinzioni ed esperienze"

## Criteri di inclusione

Pazienti con:

- infarto miocardico
- angina stabile
- PTCA e CABG

## Criteri di esclusione

Pazienti con:

- età  $\geq$  80 anni
- CHD ricorrente
- grave scompenso cardiaco
- funzioni cognitive alterate
- severa disabilità fisica

# Il Programma "Cardioaction"

L'infermiere recluta  
paziente e famiglia



## Incontro base :

- ✓ informazioni sulla patologia e sui fattori di rischio
- ✓ valutazione complessiva del rischio
- ✓ definizione obiettivi riabilitativi
- ✓ somministrazione test



## Team

**multidisciplinare:**

- 2 Infermieri
- Dietista
- Fisioterapista
- Cardiologo

## Ciclo di 8 settimane (1v/sett.):

- sessioni comuni di esercizio fisico
- incontri informativi di gruppo
- consulto diversi professionisti



## Follow up a 6 mesi e a 12 mesi:

- monitoraggio aderenza al programma
- valutazione obiettivi raggiunti
- somministrazione test

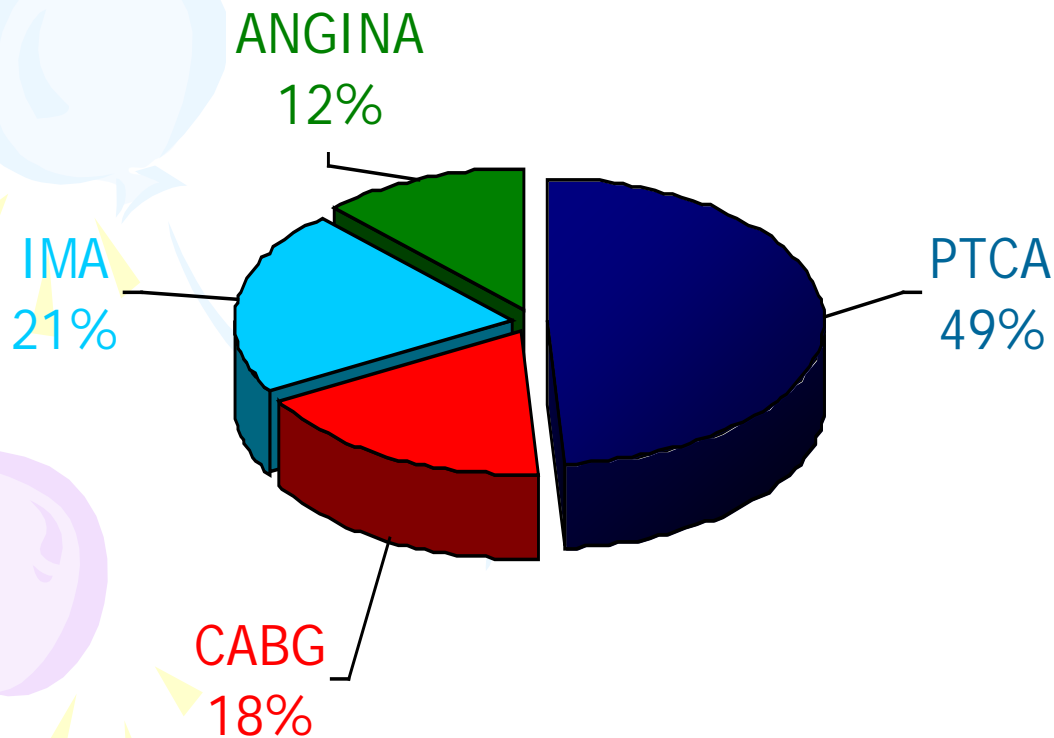
# Risultati

## Caratteristiche generali della popolazione

100 soggetti

M=73 F=27

età media=64,5 range=44-79

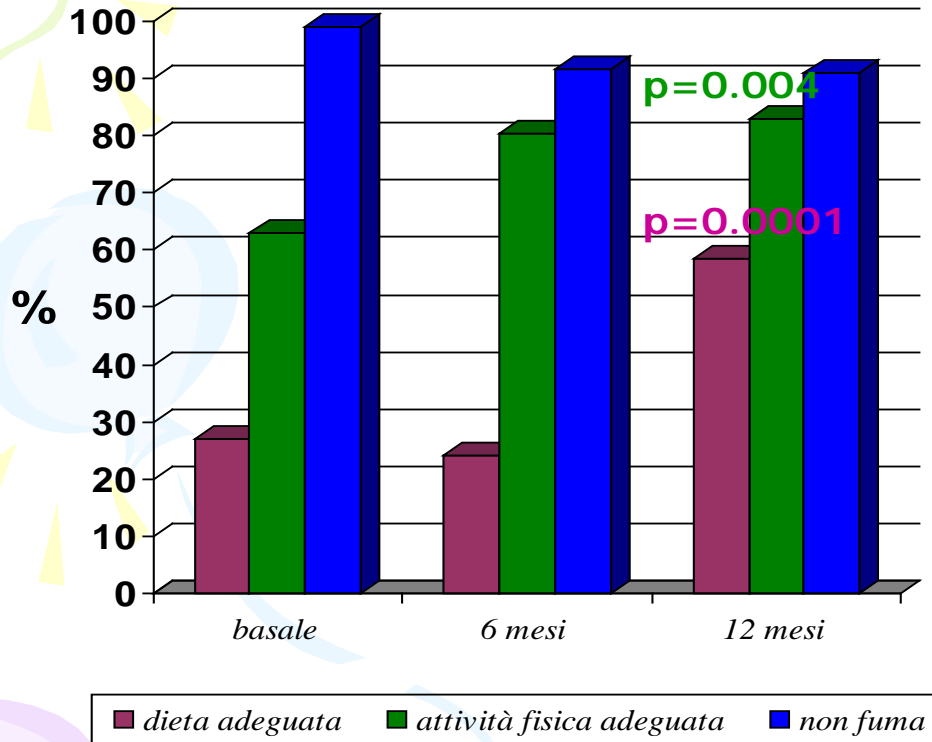


**Ansia**  
45% dei soggetti  
**Depressione**  
24,2% dei soggetti  
**Tono umore**  
valore medio=1,92 0.8

In tutte le fasi di valutazione, i soggetti con **ansia** e **depressione** presentano un **tono dell'umore più basso** e una **percezione peggiore del proprio stato di salute**, rispetto ai soggetti che non soffrono di questi disturbi

	<i>Ansia</i>			<i>Depressione</i>		
<b>Tono umore</b>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>p</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>p</i>
Base	1,5 ± 0,7	2,2 ± 0,78	0.0001	1,5 ± 0,7	2,1 ± 0,79	0.007
6 mesi	1,8 ± 0,7	2,6 ± 0,61	0.0001	1,8 ± 0,7	2,4 ± 0,68	0.001
12 mesi	1,7 ± 0,7	2,6 ± 0,7	0.0001	1,8 ± 0,8	2,4 ± 0,75	0.027
<b>Stato Salute</b>						
Base	68,0 ± 16,1	74,4 ± 18,9	0.044	69.2 ± 22.6	72.8 ± 17.2	ns
6 mesi	64,4 ± 20,2	75,6 ± 16,3	0.012	62.2 ± 20.4	74.7 ± 16.8	0.016
12 mesi	58,2 ± 21,6	77,1 ± 12,8	0.0001	53.5 ± 20.5	76.4 ± 13.8	0.001

# Stile di vita



Nel corso del programma riabilitativo **le abitudini di vita delle persone coinvolte si modificano in questo modo:**

- ❖ **Abitudini alimentari adeguate:** dal 27% dei soggetti della valutazione basale, al 58,4% a 12 mesi ( $p=0.0001$ )
- ❖ **Attività fisica adeguata:** dal 63% della valutazione basale all'82,9% a 12 mesi ( $p=0.004$ )
- ❖ **Non fuma:** dal 99% della valutazione basale al 91% a 12 mesi.

## Relazioni tra stato psicologico e modificazione dello stile di vita

1. Tutti coloro che hanno **ripreso a fumare**:
  - avevano **smesso in concomitanza dell'evento acuto**
  - presentavano un **tono dell'umore più basso** rispetto ai non fumatori ( $1,4 \pm 0,8$  vs  $2,4 \pm 0,75$ ,  $p = 0.004$ )
2. **Abitudini alimentari corrette** nella valutazione di base, corrispondono ad un **significativo miglioramento del tono dell'umore** a 12 mesi, rispetto a abitudini alimentari non adeguate ( $2.1 \pm 0.9$  vs  $1.9 \pm 0.75$ ,  $p = 0.007$ )
3. Gli **obiettivi** previsti dal programma di **attività fisica** sono **raggiunti** :
  - **dal 69%** dei soggetti **non ansiosi** rispetto al **31%** degli **ansiosi**
  - **dall'82.8%** dei soggetti **non depressi** rispetto al **17.2%** dei **depressi**

# Convinzioni e opinioni

## Attività fisica:

valutazione di base: **44,3% pensa di svolgere un'attività fisica sufficiente**

37% non svolge alcun esercizio fisico

85,7% di chi fa attività fisica, la fa di intensità lieve

**L'importanza attribuita all'attività fisica aumenta durante il ciclo riabilitativo (82,5% vs 98,7% p=0.001)**

a 12 mesi:

**50,6% riferisce > att. fisica**

82,9% svolge un'attività fisica di cui il 55,5% di intensità moderata

## Dieta adeguata:

valutazione di base: **35,7% pensa di seguire una dieta corretta**

27% ha abitudini alimentari corrette

a 12 mesi:

**70,5% pensa di seguire una dieta corretta**

58,4% ha abitudini alimentari corrette

**E'sottostimata l'esposizione al rischio individuale**

# Conclusioni

Ansia, depressione e basso tono dell'umore riducono la capacità dell'individuo di adottare e mantenere abitudini di vita salutari

## Quali strategie?

1. Approccio orientato alla resilienza (modello Hardiness)
2. Sistemi di screening ansia – depressione -umore
3. Estensione della rete di riferimento del team
4. Presenza di psicologo e infermiere di salute mentale



**affiancare agli interventi educativi standardizzati  
di dimostrata loro efficacia  
interventi specifici  
rivolti al singolo individuo**