

EVIDENZE ^{IN} ASSISTENZA

Centro Studi Evidence Based Nursing

IN questo numero

EDITORIALE

Gli infermieri e le informazioni sul virus Zika, Dengue e Chikungunya – prevenzione e controllo dei vettori. **3**

EVIDENZA

- Il trattamento basato sull'osservazione dell'azione (Action Observation Treatment) è utile nel trattamento dell'arto superiore del soggetto post stroke? **4**

- L'uso della Kangaroo Care è efficace nella prevenzione della morte neonatale causata dalle complicanze del parto pretermine? **8**

- Nutrizione nelle pazienti operate di CA ovarico per prevenire la recidiva o allungare lo stato di remissione completa della patologia. **11**

- L'educazione alimentare nella paziente affetta da neoplasia ovarica. Migliorare la compliance e il benessere psico-fisico. **17**

RICERCA

I padri e l'esperienza del dolore del travaglio di parto: uno studio fenomenologico. **21**



EDITORIALE

GLI INFERMIERI E LE INFORMAZIONI SUL VIRUS ZIKA, DENGUE E CHIKUNGUNYA - PREVENZIONE E CONTROLLO DEI VETTORI

I virus Zika, Dengue e Chikungunya si trasmettono principalmente tra le persone attraverso la puntura di una specie infetta di zanzara. Quindi, il controllo delle zanzare e la prevenzione delle punture rimangono i migliori metodi per ridurre al minimo la diffusione virale.

Quando si viaggia in paesi in cui sono presenti i virus trasmessi dalle zanzare, adottare le seguenti misure:

- indossare camicie a maniche lunghe e pantaloni lunghi;
 - soggiornare in luoghi con aria condizionata o che usano schermi per porte e finestre per tenere fuori le zanzare;
 - dormire sotto una zanzariera se si è all'estero o all'esterno e non si è in grado di proteggersi dalle punture di zanzara;
 - utilizzare repellenti per insetti certificati (valutati per la loro efficacia);
 - seguire sempre le istruzioni riportate sull'etichetta del prodotto;
 - riapplicare i repellenti per gli insetti come indicato dai tempi di azione;
 - non spruzzare repellenti sulla pelle sotto i vestiti;
 - se si utilizza anche la protezione solare, applicare la protezione solare prima di applicare i repellenti per insetti.
- Se si hanno neonati o bambini:
- non utilizzare repellenti per insetti sui bambini di età inferiore ai 2 mesi;
 - vestire il bambino con abiti che coprano braccia e gambe, oppure:

- coprire culla, passeggino e marsupio con una zanzariera;
- non applicare repellenti per insetti sulle mani, gli occhi, la bocca, o la pelle ferita o irritata. Adulti: spruzzare il repellente per insetti sulle mani e poi applicarlo sul viso del bambino;
- se si utilizza sia la protezione solare che i repellenti per insetti, applicare prima la protezione solare e poi il repellente;
- trattare i vestiti e gli attrezzi con permetrina (Bio Kill) o acquistare oggetti trattati con permetrina;
- gli indumenti trattati rimangono protettivi dopo molteplici lavaggi. Controllare le informazioni sul prodotto per conoscere la durata dell'effetto di tutela;
- se si esegue il trattamento da soli, seguire attentamente le istruzioni del prodotto;
- non utilizzare i derivati della permetrina direttamente sulla pelle. Essi sono destinati a trattare l'abbigliamento.

Paolo Chiari

<http://www.evidencebasednursing.it/prova/Pubblicazioni/Zika/ZIKA.htm>

EVIDENZE

CAT DI TRATTAMENTO

Quesito di trattamento: il trattamento basato sull'osservazione dell'azione (Action Observation Treatment) è utile nel trattamento dell'arto superiore del soggetto post stroke?

Fonte originale: Franceschini M, Ceravolo MG, Agosti M, Cavallini P, Bonassi S, Dall'Armi V, Massucci M, Schifini F, Sale P. Clinical Relevance of Action Observation in Upper -Limb Stroke Rehabilitation: A Possible Role in Recovery of Functional Dexterity. A Randomized Clinical Trial. Neurorehabil Neural Repair. 2012 Jun;26(5):456–62.

Autore: Franceschini, 2012.



Pazienti: 102 soggetti a 30 (± 7) giorni da un primo stroke emorragico o ischemico, precedentemente destrimani. I criteri di esclusione erano: infarto del circolo posteriore, emorragia subaracnoidea, forme severe di neglect o anosognosia (numero di errori nel Bell Barrage Test ≥ 15), comprensione compromessa (Token Test Score ≤ 17), storia di depressione endogena o disordini psichiatrici severi e deficit visivi severi (che limitavano l'accesso di stimoli visivi). La diagnosi era confermata da TAC o RMN. I soggetti avevano una lesione emisferica unilaterale (45% all'emisfero dx).



Intervento: in aggiunta al trattamento riabilitativo standard (3 ore al giorno), i partecipanti al gruppo sperimentale (Experimental Group, EG) guardavano filmati di compiti (azioni) della vita quotidiana effettuate con l'arto superiore al fine di prepararsi all'imitazione dell'azione presentata. Alla fine di ogni sequenza, un terapeuta suggeriva al paziente di eseguire lo stesso movimento per 2 minuti, fornendo aiuto quando necessario (Action Observation Treatment).



Comparazione: in aggiunta al trattamento riabilitativo standard (3 ore al giorno), al gruppo di controllo (Control Group, CG) venivano mostrate immagini statiche senza animali o esseri umani associate ad un compito cognitivo. Alla fine di ogni sequenza, i partecipanti al gruppo di controllo eseguivano movimenti che simulavano le attività di mobilizzazione di spalla e gomito effettuate dall'EG.



Outcome principale: Recupero delle funzioni motorie dell'arto superiore nella fase precoce dello stroke misurato attraverso il Box and Block Test (BBT).



Outcomes secondari: Recupero delle funzioni motorie dell'arto superiore nella fase precoce dello stroke misurato attraverso: Fugl-Meyer Test (FM), Frenchay Arm Test (FAT), Modified Ashworth Scale e Functional Independence Measure.



Setting: studio multicentrico che si è svolto in 13 centri di riabilitazione reclutando consecutivamente i soggetti dal 1/07/2007 al 31/12/2009.



Disegno: Trial randomizzato controllato multicentrico con osservatori in cieco.



Allocazione: l'allocazione per il trattamento era randomizzata e segreta, basata su un sistema computerizzato personalizzato. Ogni centro partecipante chiedeva al server l'allocazione al gruppo dopo la classificazione per età, genere e lato di lesione cerebrale. Il server era accessibile attraverso il client-software ed un protocollo web. Il server applicava l'algoritmo di Lehmer per consentire un'allocazione bilanciata dei partecipanti nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo. All'interno di ogni centro, si assegnavano i Terapisti Occupazionali ai pazienti seguendo la medesima procedura. La valutazione iniziale prevedeva, oltre alle misure di outcome previste dallo studio, altri indici rilevati di routine e/o utilizzati per confermare i criteri di inclusione nello studio: la Canadian Neurological Scale, il Mini-Mental State Examination (MMSE), il Bell Barrage Test ed il Test per l'Aprassia Ideomotora (Spinnler-Rognoni).



Cecità: tutte le valutazioni erano effettuate da professionisti addestrati non coinvolti nel trattamento oggetto della ricerca e in cieco rispetto alla allocazione nei gruppi. Questi valutatori provenivano da 13 centri ed erano addestrati a guardare video di pazienti con stroke e ad assegnare indipendentemente i loro punteggi di FM, BBT, e FAT. L'affidabilità interoperatori è stata valutata attraverso il K di Choen e si è dimostrata alta (Cohen's $\kappa = 0.905$ IC 95% 0.850; 0.959).



Periodo di follow-up: gli item motori sono stati registrati prima del trattamento (T0), dopo 4 settimane di trattamento (T1) e alla visita di follow-up da 4 a 5 mesi dopo la fine del trattamento (T2).



Pazienti che hanno completato il follow-up: dei 102 partecipanti assegnati in modo random al gruppo sperimentale (53 casi) o al gruppo di controllo (49 casi), 12 non completarono il protocollo di trattamento (11.7%): 5 nel gruppo sperimentale (9.4%), 7 nel gruppo di controllo (14.2%). Inoltre, altri 11 non hanno completato il follow up (lost at follow-up 12.2%), 8 del gruppo sperimentale (16.6%) e 3 del gruppo di controllo (7.1%). Il numero di partecipanti con una completa valutazione degli outcome è quindi 79, di cui 40 nel EG (75.4%) e 39 nel CG (79.6%).

Risultati: miglioramenti sono stati evidenziati per la FAT (CG: $p = 0.03$; EG: $p = 0.0005$), per la FM (CG: $p = 0.01$; EG: $p = 0.0008$), per la BBT (CG: $p = 0.03$; EG: $p = 0.0001$) e la FIMM (CG: $p = 0.0001$; EG: $p = 0.0001$) in entrambi i gruppi. La Generalized Estimating Equation Analysis (GEE analysis) ha confermato la significatività del miglioramento nel tempo di FIMM, FM e BBT. L'evidenza per l'interazione del tempo di trattamento (Time X Treatment Interaction) è stata trovata solo riguardo al BBT, significativamente più alto nel EG (tabella 1).

Conclusioni: questo trial multicentrico sostiene l'uso della "Action Observation" (AO) nella riabilitazione dell'arto superiore ed il ruolo del sistema dei neuroni specchio nel recupero post-stroke.

Tabella 1. Medie osservate \pm Deviazione Standard di tutti i test e risultati da GEE analysis sull'effetto della "Action Observation" Versus "Sham Observation".

Baseline: CG, n = 42; EG, n = 48		Fine del Trattamen to: CG, n = 42; EG, n = 48		Follow- up: CG, n = 39; EG, n = 40		Effetto dell'Action Observation Versus Sham Observation: Time x Treatment Interaction (GEE Analysis)			
	T0	T1	T2	T0-T1		T0-T2		T1-T2	
	(Mean \pm SD)	(Mean \pm SD)	(Mean \pm SD)	($\beta \pm$ SE)	(P Value)	($\beta \pm$ SE)	(P Value)	($\beta \pm$ SE)	(P Value)
Frenchay Arm Test N/A									
Fugl-Meyer Test N/A									
Box and Block test									
CG	8.3 \pm 10.5	14.5 \pm 15.3	18.7 \pm 17.7	5.22 \pm 1.73	0.003	5.77 \pm 2.23	0.01	0.55 \pm 1.82	0.76
EG	8.5 \pm 12.2	20 \pm 19.2	25.6 \pm 20						
Ashworth Scale – Spalla N/A									
Ashworth Scale–Gomito N/A									
Ashworth Scale–Polso N/A									
Functional Independence Measure–Motor Score NS									

Abbreviazioni: CG, control group (gruppo di controllo); EG, experimental group (gruppo sperimentale); GEE, generalized estimating equations; SD, standard deviation; SE, standard error; T0, Prima del trattamento; T1, dopo 4 settimane di trattamento; T2, alla visita di follow -up 4 to 5 mesi dopo la fine del trattamento; significatività statistica: PValue < 0.05.

Commento: sono stati analizzati solo i dati dei soggetti che hanno rispettato completamente il protocollo di trattamento ed il follow up, considerando l'ultima osservazione come risultato definitivo per i missing ed i persi al follow up. Il trattamento del CG prevedeva e sercitzazioni simili ma senza rapporto con l'oggetto (che altri studi hanno dimostrato importante per l'apprendimento motorio post stroke). Non è possibile, in base ai dati riportati, il calcolo del NNT quindi non si può definire quanti soggetti debbono essere trattati con AO per ottenere un risultato positivo rispetto al solo trattamento convenzionale. Lo studio ha coinvolto 13 centri per cui i risultati potrebbero essere sufficientemente generalizzabili. La difficoltà di studiare questi pazienti ha comportato una elevata perdita al follow-up, tuttavia riteniamo che i risultati siano sufficienti per prendere in considerazione la AO. Si auspica l'effettuazione di nuovi trial che considerino i limiti sopracitati. In ogni modo per l'applicabilità della AO occorre un ambiente appartato, un PC, i video adeguati, un paio di Fisioterapisti o Terapisti Occupazionali con un minimo di formazione. Inoltre, riteniamo che possa fornire un contributo all'autotrattamento dei soggetti più collaboranti, da affiancare eventualmente al trattamento convenzionale.

Autori

Antonietta Baccocchi, Fisioterapista, antonietta.baccocchi@aosp.bo.it

Day Hospital Medicina Fisica e Riabilitazione Taricco

Noemi Gaudenzi, Fisioterapista, noemi.gaudenzi@aosp.bo.it

Day Hospital Medicina Fisica e Riabilitazione Taricco

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola -Malpighi

EVIDENZE

CAT DI REVISIONE SISTEMATICA

Quesito di trattamento: l'uso della Kangaroo Care è efficace nella prevenzione della morte neonatale causata dalle complicanze del parto pretermine?

Fonte originale: Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Barros FC, Horta BL, Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to pre-term birth complications. Int J Epidemiol. 2011 Apr;40(2):525-8. No abstract available.

Autore: Lawn; 2011.



Fonti dei dati: Librerie Cochrane, PubMed, LILACS, African Medicus, EMRO e tutti i database regionali dell'OMS in ogni lingua.



Selezione e accertamento degli studi: Le chiavi di ricerca includono: 'Kangaroo Mother Care', 'Kangaroo Care' e 'Skin to skin care'. Le ricerche sistematiche sugli studi pubblicati includono il periodo che va dal 1968 all'8 Settembre del 2009.

Dopo screening iniziale dei titoli e degli abstract, sono stati recensiti i testi completi degli studi individuati. È stato applicato il formato PICO per definire gli studi da includere. La qualità di ogni studio è stata verificata tramite le linee guida standard adottate dal Gruppo Epidemiologico sulla Salute dei Bambini (CHERG).

Sono state eseguite tre meta-analisi, due per i casi di mortalità (una per gli studi controllati/randomizzati e una per gli studi osservazionali), una per i casi di gravi patologie (solo all'interno degli studi controllati/randomizzati). Sono stati inoltre effettuati ulteriori controlli per eliminare i potenziali errori e bias indotti dall'esclusione di determinati studi non rispondenti ai criteri di inclusione. Le meta-analisi sono state effettuate con il software statistico STATA 10.0 e il rischio relativo (RR) l'intervallo di confidenza (IC) al 95% sono stati riportati dal protocollo Mantel - Haenszel. L'eterogeneità tra gli studi è stata calcolata con la statistica I^2 . Ove tale statistica superava il 10% di eterogeneità, è stata effettuata un'analisi con effetti casuali anziché fissati. Sono state riassunte l'efficacia di ogni evidenza, i risultati e ogni input di dati tramite il protocollo GRADE.

La ricerca ha identificato 6127 titoli. Dopo uno screening dei titoli e degli abstract sono stati recensiti 524 studi. Sono stati individuati 15 studi tra i quali 9 sono randomizzati, 6 sono osservazionali. Tutti gli studi in questione sono provenienti da nazioni povere: Colombia, Etiopia, Ecuador, Indonesia, Bangladesh, India, Messico, Sud Africa. Nessuno degli studi è stato condotto con ciecità poiché ciò non è possibile con la Kangaroo Mother Care (KMC).



Pazienti: la popolazione interessata è quella dei neonati. Per neonato ci riferiamo al bambino nei suoi primi 28 giorni di vita, con peso alla nascita <2.000 gr, ospedalizzati ma stabilizzati dal punto di vista respiratorio. Nati prematuri.

Rx Intervento: la KMC include cure termiche tramite contatto pelle-a-pelle continuo, utili come supporto per l'allattamento al seno o altri metodi appropriati di nutrizione e prematuro riconoscimento di insorgenza di malattie. Solitamente viene eseguito dalla mamma.

Rx Comparazione: cure tradizionali come utilizzo esclusivo di termoculle e di letti riscaldati.

I Outcome principale: mortalità neonatale dovuta a complicanze del parto prematuro così come definito nella Classificazione Internazionale delle Malattie versione 10 nelle stime globali di morte neonatale.

I Outcomes secondari: malattie neonatali gravi legate al parto prematuro (sindrome respiratoria, polmonite, setticemia).

Risultati: un'analisi trasversale di tre degli studi controllati e randomizzati (RCT), nei quali la KMC è stata applicata nella prima settimana di vita, hanno mostrato una significativa riduzione della mortalità neonatale [RR = 0,49; IC95% da 0,29 a 0,82] comparata a cure tradizionali. L'analisi trasversale di tre studi osservazionali suggeriscono una riduzione della mortalità (RR 0,68; IC95% da 0,58 a 0,79). Cinque studi controllati suggeriscono una riduzione dell'insorgenza di malattie gravi nei bambini con peso alla nascita inferiore a 2.000 gr. (RR 0,34; IC95% da 0,17 a 0,65). Questa è la prima pubblicazione di una analisi trasversale della letteratura che mostra gli effetti sostanzialmente benefici della KMC nei neonati pretermine inferiori a 2.000 gr. ospedalizzati. Mostra inoltre l'alta efficacia nella riduzione dell'insorgenza di malattie gravi (soprattutto di infezioni). Tuttavia, la KMC non è disponibile su vasta scala nelle nazioni più povere.

Conclusioni: L'evidenza è stata ricavata da un certo numero di RCT ed è coerente con la meta-analisi. KMC ha un grande effetto sulla mortalità neonatale ed è anche efficace nel ridurre la morbilità. Questa evidenza è sufficiente per raccomandare l'uso di routine della KMC in strutture per tutti i bambini stabili <2.000 gr. alla nascita. L'effetto potenziale della KMC dovrebbe essere maggiore nei paesi a basso reddito, in cui le altre opzioni per la cura dei neonati prematuri rimangono limitate e con poche unità di terapia neonatale, spesso in ospedali di riferimento distanti, con poco personale ed equipaggiamento.

Commento: In questo studio vi sono bias potenziali che potrebbero portare ad una sovrastima dell'effetto, soprattutto a causa del fatto che gli unici neonati sottoposti a KMC sono quelli clinicamente stabili e, pertanto, ciò non fornisce un quadro completo sugli effetti della KMC sui neonati non clinicamente stabili. Vi sono alcuni bias che pregiudicano il risultato: selezione di neonati nati a termine; intervalli di applicazione della KMC; è stato escluso il Bangladesh per l'elevata mortalità; uno studio è stato escluso per la KMC è stata eseguita a domicilio. I bias portano ad una sottostima degli effetti sulla mortalità. Questo è un no studio eseguito trattando dati che riguardano paesi poveri dove spesso non esistono alternative di cura e la KMC viene quindi considerata il GOLD STANDARD del trattamento. È necessario colmare il vuoto di ricerche sull'implementazione della KMC a domicilio e sul follow up dei bambini trattati con KMC in ospedali residenti in nazioni particolarmente povere. In ultima analisi ci sono evidenze di livello non elevato che sostengono l'efficacia della Kangaroo Care nella prevenzione della morte neonatale causata dalle complicanze del parto pretermine in paesi poveri. Nei paesi

industrializzati, dove all'interno delle strutture pediatriche sono disponibili equipaggiamenti come termoculle di ultima generazione e personale altamente qualificato, la KMC viene utilizzata in modo molto limitato.

Autore: Angiolina Ferri, infermiera, angiolina.ferri@aosp.bo.it

Neonatologia

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola–Malpighi.

EVIDENZE

	Nutrizione nelle pazienti operate di CA ovarico per prevenire la recidiva o allungare lo stato di remissione completa della patologia.	Data evidence report
	Autori: Lida Gioachin – lida.gioachin@aosp.bo.it Mirca Ferrari – mirca.ferrari@aosp.bo.it Rosanna De Falcis – rosanna.defalcis@aosp.bo.it	14/01/2016

Domanda di revisione: la dieta nelle pazienti operate di CA ovarico modifica o previene le recidive?

Il tumore dell'ovaio ha una forte incidenza nelle donne in una fascia di età piuttosto variabile, anche se la maggior parte dei casi va dai 50 ai 70 anni circa e sono diagnosticati in fase avanzata della malattia in quanto non dà sintomi nelle fasi iniziali (per questo è difficile identificarlo precocemente), la prognosi non è ottimale (scarsa sopravvivenza) per cui, gli sforzi sono volti ad identificare i fattori di rischio modificabili, proprio per ridurre i rischi stessi.

In Italia il tumore dell'ovaio colpisce circa 4.490 donne ogni anno, secondo le stime 2012 del Registro Tumori. È al nono posto tra le forme tumorali, e costituisce il 2,9% di tutte le diagnosi di tumore. In Europa rappresenta il 5% di tutti i tumori femminili. È più frequente nella popolazione caucasica, nei Paesi dell'Europa nord occidentale e negli USA, assai meno frequente nei Paesi asiatici, africani, sudamericani.

- P – cancro dell'ovaio
- I – dieta specifica antitumorale
- C – alimentazione libera
- O – prevenzione della recidive

Tipologia studi: studi sperimentali, studi di coorte e caso controllo.

Tabella di ricerca

Banca dati	Stringa di ricerca/Limiti	N. art. reperiti	N. art. selezionati	Estremi articoli
Pubmed	Fruit and Vegetables and and Nutrients and Ovarian and cancer	30	0	
Medline plus	Cruciferous vegetables and ovarian cancer and dietary and riskfactor and meta-analisis	1	1	Li X, Yu T. Cruciferous vegetables consumption and the risk of ovarian cancer: a meta-analysis of observational studies. Han B, Diagn Pathol. 2014 Jan 20;9:7. doi: 10.1186/1746-1596-9-7.

Medline plus	"ovarian cancer" AND "dietary" OR "relapses prevention OR"operated patients OR"risk factor" "Meta-analysis	3	0	
Pubmed	Ovarian cancer and Lifestyle and Nutrition and Physical activity	9	0	
Pubmed	Ovarian cancer AND Preserved foods	3	0	
Pubmed	Fish oil and omega-3 and ovarian cancer	20	1	Merritt MA, Cramer DW, Missmer SA, Vitonis AF, Titus LJ, Terry KL. Dietary fat intake and risk of epithelial ovarian cancer by tumour histology. Br J Cancer. 2014 Mar 4;110(5):1392-401. doi: 10.1038/bjc.2014.16. Epub 2014 Jan 28.
Pubmed	Dietary patterns and ovarian cancer risk	25	0	
Pubmed	MEAT INTAKE AND OVARIAN CANCER RISK and meta-analysis	3	1	Jiang PY, Jiang ZB, Shen KX, Yue Y. Fish intake and ovarian cancer risk: a meta-analysis of 15 case-control and cohort studies. PLoS One. 2014 Apr 14; 9(4):e 94601. Doi: 10.1371/journal.pone.0094601.e Collection 2014.
Pubmed	ovarian cancer tea prevention	39	1	Lee AH, Su D, Pasalich M, Binns CW. Tea consumption reduces ovarian cancer risk. Cancer Epidemiol. 2013 Feb;37(1):54-9. doi: 10.1016/j.canep.2012.10.003. Epub 2012 Oct 26.

Tabella di analisi degli articoli selezionati

Autore, anno	Popolazione	Intervento	Comparazione	Outcome	Disegno	Conclusioni	Commenti (bias)
Han, 2014	Un totale di 4.306 casi e 375.562 controlli. In 11 studi indipendenti. Tra gli 11 studi, c'erano 5 studi di coorte e 6 studi caso-controllo. Complessivamente, 7 studi riguardavano lo studio della popolazione ed erano basati su pazienti ospedalieri. La loro distribuzione geografica era suddivisa in: 4 in Europa, 4 nelle Americhe e 2 in Asia e 1 in Australia.	Quantificare l'effetto protettivo del consumo di verdure crucifere sull'incidenza di cancro ovarico.	(non c'è comparazione)	Il Consumo di crocifere è stato associato ad un ridotto rischio di cancro ovarico negli studi caso-controllo (n = 6, RR = 0,84; 95% CI, 0,75-0,94). Ma non negli studi di coorte (n = 5, RR = 1.00; 95% CI, 0,85-1,11). L'associazione è stata considerata significativa nella fonte dei dati rilevata negli studi ospedalieri (n = 4, RR, 0,82; 95% CI, 0,72-0,94), ma non nel gruppo basato sulla popolazione extraospedaliera (n = 7, RR, 0,95; 95% CI, 0,85-1,07). Per quanto riguarda la distribuzione geografica è stata considerata, solo negli studi condotti nell'Europa dimostrando un risultato significativo (n = 4, RR, 0,88; 95% CI, 0,79-0,99)	Meta-analisi di studi osservazionali e studi caso-controllo.	I risultati della meta-analisi di studi osservazionali dimostrano che il consumo dell'ortaggio crocifera è un fattore protettivo del cancro ovarico. Tuttavia, studi più approfonditi servono a raggiungere risultati più dettagliati, compresa l'assunzione di altri ortaggi specifici all'interno della famiglia di verdure crocifere.	Gli 11 studi inclusi, hanno dimostrato una alta qualità (più di 6 stelle in NOS) L'eterogeneità è stata statisticamente significativa quando tutti gli studi sono stati raggruppati. I risultati dell'analisi di sensibilità suggeriscono che le conclusioni di tale studio sono abbastanza robuste.
Merritt, 2014	1872 casi e 1978 controlli basati sulla popolazione con diagnosi di cancro ovarico. Caratteristiche del tumore (istologia e comportamento) I fattori di rischio del cancro Ovarico epiteliale e la dieta sono stati valutati con un questionario di frequenza alimentare al momento dell'arruolamento.	Assunzione di omega -3 con la dieta che si è verificato almeno un anno prima della diagnosi di malattia tumorale.	Popolazione in studio con diagnosi di cancro ovarico Caratteristiche del tumore (istologia e comportamento) con assunzione di grassi trans con la dieta.	È stata osservata una diminuzione del rischio di EOC con l'assunzione di omega-3 (odds ratio (OR = 0,79, 95% (IC 0,66-0,96, P-trend = 0.01) e omega-6 (OR = 0,77; 0,64-0,94 CI 95% P-trend = 0.02); e un aumento del rischio con un elevato consumo di grassi trans (OR = 1.30; 1,08-1,57 CI 95% P-trend = 0.002). Non c'era significativa eterogeneità tumorale per sottotipo istologico; tuttavia, è stata osservata una forte diminuzione di rischio	Revisione sistematica di studi di coorte e caso controllo.	Questi risultati suggeriscono che una maggiore assunzione di omega-3 può essere protettivo per EOC generale e per i tumori endometrioidi, in particolare, un maggiore consumo di grassi trans può aumentare il rischio di EOC generale.	I limiti dello studio includono varie possibilità di errore. 1) La dieta differenziale tra caso e controlli e persone che potrebbero avere cambiato la loro dieta a causa di sintomi di malattia preclinica, poiché il periodo di valutazione dell'assunzione alimentare totale di pesce riguarda l'anno prima dalla diagnosi. Tuttavia, molte delle associazioni che sono state osservate in questo studio sono in linea con i risultati di analisi prospettiche, suggerendo che

				<p>per i tumori invasivi endometrioidi con elevata assunzione di omega-3, OR = 0.58; 0,41-0,82, 95% CI , P-trend = 0.003). Questi risultati suggeriscono che una maggiore assunzione di omega-3 può essere protettivo per EOC generale e per i tumori endometrioidi, in particolare, un maggiore consumo di grassi trans può aumentare il rischio di EOC generale.</p>		<p>questo Bias non ha avuto una grande influenza sui risultati. 2) secondo bias e' la mancanza di associazione inversa tra l'assunzione di omega 3,e/o di altri grassi con gli altri sottotipi istologici . 3)Bias La selezione tra i controlli potrebbe anche influenzare i risultati dello studio, perché il tasso di risposta tra i controlli è stato inferiore (54%). Le associazioni dei vari fattori di rischio sono stati valutati in diversi sottogruppi di casi e questo ha richiesto molteplici test statistici e quindi alcuni dei risultati significativi possono essere dovuti al caso. Nonostante la non eterogeneità degli studi si è evidenziato solo una diminuzione di rischio EOC correlata all'assunzione di omega 3 .</p>	
Jiang, 2014	889.033 soggetti di sesso femminile e 6.087 casi di cancro ovarico. Un totale di 15 studi (dieci caso-controllo, e cinque di coorte).	Assunzione totale di pesce nella dieta.	Confronto dieta libera.	Prevenzione del cancro ovarico o delle recidive.	Meta analisi di 15 studi caso controllo e studi di coorte.	<p>L'assunzione totale di pesce non era significativamente associato con il rischio di cancro ovarico, tali evidenze si sono verificate sia negli studi di coorte e negli studi caso controllo. La meta-analisi ha dimostrato che il consumo totale di pesce non è significativamente associato con il rischio di cancro ovarico.</p>	<p>Non ci sono evidenze di bias di pubblicazione, come suggerito dalla prova di Begg (p = 0,55) e di Egger.</p>

Lee, 2013	500 pazienti con diagnosi di carcinoma epiteliale dell'ovaio e 500 casi controllo (donne di età media 59 anni). I pazienti e i casi controllo sono stati reclutati in quattro ospedali pubblici di Guangzhou.	Assunzione di tè. Sono state richieste informazioni sulla frequenza, e la durata di assunzione di tè, quantità di tè, e quantità di foglie secche utilizzate. Sono state richieste anche le caratteristiche dello stile di vita e sulla dieta abituale. E' stato utilizzato un questionario frontale valido e affidabile. E' stata effettuata un'analisi retrograda per valutare l'associazione tra il consumo del the e il rischio del cancro epiteliale dell'ovaio.	Dieta libera.	Lo studio ha dimostrato che bere regolarmente tè verde, tè nero e / o il tè oolong porta ad un minor rischio di cancro ovarico, odds ratio 0,29 (IC 95% 0,22-0,39), rispetto ai non bevitori, sono stati osservati apparenti relazione dose-risposta inversi agli anni di bere, il numero di tazze e quantità di tè consumato, così come quantità di foglie di tè secche prodotte (p <0,01).	studio caso controllo	Conclusione: Il consumo di tè regolare è associato ad un ridotto rischio di cancro ovarico per la popolazione cinese.	Sono stati trovati alcuni bias riguardo al fatto che lo studio è stato condotto su un numero limitato di pazienti (4 ospedali) tutti di un'unica regione (Cina meridionale), non randomizzati ma su base volontaria. Il questionario per quanto affidabile (cieco per la popolazione) presentava alcuni bias di risposte non tanto per le risposte sull'utilizzo della bevanda del te, dove i pazienti rispondevano in modo autonomo, ma riguardo le altre domande dove si ricorreva alla collaborazione di un parente prossimo.
-----------	---	---	---------------	--	-----------------------	---	--

SOMMARIO DELLE EVIDENZE

Sintesi della evidenze

- L'assunzione regolare con la dieta di alcuni alimenti (crucifere, omega -3 e 6, pesce e tè) riducono l'insorgenza del CA ovarico e le recidive nelle pazienti operate di CA ovarico.
- Il consumo di crucifere è stato associato ad un ridotto rischio di cancro ovarico. Liv III
- E' stata osservato una diminuzione del rischio di cancro ovarico epiteliale (EOC) con l'assunzione di omega-3 e omega-6. Liv II
- L'assunzione regolare di tè verde, tè nero e/o il tè oolong è associato ad un minor rischio di cancro ovarico. Liv II
- Gli studi condotti su un regime dietetico con un' assunzione totale di pesce non hanno dimostrato particolare prevenzione dal cancro ovarico. Liv III

Livelli delle evidenze

Livello I: Meta-analisi (con omogeneità) di studi sperimentali (ad esempio RCT con randomizzazione nascosta) o uno o più ampi studi sperimentali con intervalli di confidenza limitati.

Livello II: Uno o più piccoli studi randomizzati con intervalli di confidenza più ampi o studi semi-sperimentali (senza randomizzazione).

Livello III: 1. Studi di coorte

2. Studi caso-controllo

3. Studi osservazionali (senza gruppo di controllo).

Livello IV: Opinione di esperti, campo di ricerca fisiologica, o consenso.

Raccomandazioni di buona pratica

Una corretta informazione sul regime dietetico, favorendo l'introduzione regolare di crucifere, omega 3 e 6 e tè, possono ridurre le recidive del CA ovarico nelle pazienti operate. Grado B

Forza delle raccomandazioni

Grado A: Forte evidenza che ne consiglia fortemente l'applicazione

Grado B: Moderata evidenza che ne consiglia l'applicazione

Grado C: Mancanza di evidenza

Bibliografia:

- 1) Han B, Li X, Yu T. Cruciferous vegetables consumption and the risk of ovarian cancer: a meta-analysis of observational studies. *Diagn Pathol.* 2014 Jan 20;9:7. doi: 10.1186/1746-1596-9-7. PMID: 24444040
- 2) Merritt MA, Cramer DW, Missmer SA, Vitonis AF, Titus LJ, Terry KL. Dietary fat intake and risk of epithelial ovarian cancer by tumour histology. *Br J Cancer.* 2014 Mar 4;110(5):1392-401. doi: 10.1038/bjc.2014.16. Epub 2014 Jan 28. PMID: 244734
- 3) Jiang PY, Jiang ZB, Shen KX, Yue Y. Fish intake and ovarian cancer risk: a meta-analysis of 15 case-control and cohort studies. *PLoS One.* 2014 Apr 14; 9 (4):e 94601. Doi: 10.1371/journal.pone.0094601. e Collection 2014.
- 4) Lee AH, Su D, Pasalich M, Binns CW Tea consumption reduces ovarian cancer risk. *Cancer Epidemiol.* 2013 Feb;37(1):54-9. doi: 10.1016/j.canep.2012.10.003. Epub 2012 Oct 26. PMID: 23107758

EVIDENZE



L'EDUCAZIONE ALIMENTARE NELLA
PAZIENTE AFFETTA DA
NEOPLASIA OVARICA
MIGLIORARE LA COMPLIANCE
ED IL
BENESSERE PSICO-FISICO

REDATTO DA:

Infermiera C. M. LIDA GIOACHIN

lida.gioachin@aosp.bo.it

Infermiera C. M. ROSANNA DEFALCIS

rosanna.defalcis@aosp.bo.it

Infermiera Ref. MIRCA FERRARI

mirca.ferrari@aosp.bo.it



ALIMENTI DA ASSUMERE **OCCASIONALMENTE** NELLA DIETA

AD ALTA DENSITA' CALORICA (RICCHI DI GRASSI SATURI, ZUCCHERI E FARINE RAFFINATE)

BRIOCHE, CIAMBELLE E

PLUM CAKE



SALUMI, INSACCATI E

CARNI CONSERVATE



CARNI ROSSE



BEVANDE ZUCCHERATE



LATTE, BURRO E UOVA



ALIMENTI DA **RIDURRE** NELLA DIETA

FRUTTA



ALCOOL



I

ALIMENTI DA ASSUMERE **QUOTIDIANAMENTE** NELLA DIETA

FAVORIRE L'ALIMENTAZIONE CON VERDURE CON PIU' COLORI AD OGNI PASTO (RICCHE DI VITAMINE, SALI MINERALI E ANTIOSSIDANTI)



CRUCIFERE (CONTRIBUISCONO ALL'EFFETTO PROTETTIVO DELLE CELLULE SANE)



CONSUMARE AD OGNI PASTO CEREALI INTEGRALI E LORO DERIVATI, INTRODURRE I LEGUMI IN BASE AI GUSTI ED ALLE PREFERENZE. CONSUMARE ALIMENTI RICCHI DI OMEGA 3 (ACIDI GRASSI ESSENZIALI UTILI PER L'INTEGRITA' DELLE MEMBRANE CELLULARI)



BERE THE VERDE (ANTIOSSIDANTI, INIBISCONO LA PROLIFERAZIONE DI RADICALI LIBERI)



PREFERIRE L'ASSUNZIONE DI VITAMINE, MINERALI, ANTIOSSIDANTI E MOLECOLE BIOATTIVE ATTRAVERSO L'ALIMENTAZIONE E NON PER MEZZO DI INTEGRATORI.



- Han B, Li X, Yu T. Cruciferous vegetables consumption and the risk of ovarian cancer: a meta-analysis of observational studies. *Diagn Pathol.* 2014 Jan 20;9:7. doi: 10.1186/1746-1596-9-7.
- Merritt MA, Cramer DW, Missmer SA, Vitonis AF, Titus LJ, Terry KL. Dietary fat intake and risk of epithelial ovarian cancer by tumour histology. *Br J Cancer.* 2014 Mar 4;110(5):1392-401. doi: 10.1038/bjc.2014.16. Epub 2014 Jan 28.
- Jiang PY, Jiang ZB, Shan KX, Yue Y. Fish intake and ovarian cancer risk: a meta-analysis of 15 case-control and cohort studies. *PLoS One.* 2014 Apr 14; 9 (4):e94601.
- Lee AH, Su D, Passalich M, Binns CW. Tea consumption reduces ovarian cancer risk. *Cancer Epidemiol.* 2013 Feb;37(1):54-9. doi: 10.1016/j.canep.2012.10.003. Epub 2012 Oct 26.

RICERCA

I padri e l'esperienza del dolore del travaglio di parto: uno studio fenomenologico.

Elena Tarlazzi¹, Paolo Chiari², Enrico Naldi³, Dila Parma³, Susan Jack⁴

¹Ostetrica, Azienda USL di Cesena, ²Ricercatore, Università di Bologna, ³Ostetrico/a, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, ⁴Professore associato, McMaster University.

Abstract

Background: In Italia, la maggior parte delle donne chiede di essere accompagnata in travaglio dal futuro padre. Sebbene ci siano molte evidenze sui benefici che la presenza del partner ha sul benessere della donna in travaglio/parto, ancora poco si sa su come i padri affrontano e vivono questa esperienza. La letteratura sull'argomento è in costante aumento, ma ancora nessuno studio è stato condotto in Italia. Scopo di questa ricerca è capire come i padri italiani affrontano e vivono l'esperienza del dolore del travaglio/parto e il significato che danno a questa esperienza

Metodo: Il disegno di studio utilizzato è stato quello fenomenologico, ritenuto il più adeguato per ottenere una conoscenza approfondita del fenomeno. Sono stati reclutati sei padri. La raccolta dei dati è avvenuta tramite interviste *face-to-face*. L'analisi dei dati è avvenuta attraverso il metodo di Colaizzi. Per aumentare la attendibilità dei dati si è ricorso al *member checking*, la riflessione tra pari e la procedura di codifica e ri-codifica.

Risultati: I temi emersi sono: "il dolore del parto: sa' da fare", "spero di resistere fino alla fine", "una presenza silenziosa che infonde coraggio", "ricaricare le pile", "non sapevo cosa aspettarmi".

Conclusioni: Lo studio offre una descrizione approfondita dell'attitudine dei futuri padri italiani verso il dolore del parto. I risultati di questo studio possono essere utili sia durante l'assistenza in sala parto, sia nei percorsi di preparazione alla nascita, poiché forniscono una visione più ampia dell'esperienza dei futuri padri e offre alcuni consigli pratici per supportarli in questo ruolo nuovo per loro.

BACKGROUND

Nel 1996 l'OMS ha pubblicato un documento intitolato "Safe motherhood. Care in normal birth. A practical guide", con l'intenzione di diffondere una cultura del parto come evento fisiologico e supportando la necessità di ridurre gli interventi non necessari. Il documento contiene anche molte raccomandazioni sul benessere della donna in travaglio di parto ed è raccomandato di lasciare alla donna la possibilità di

scegliere una persona che la accompagni durante il travaglio/parto (OMS, 1996).

In Italia, l'84,9% delle donne chiede di essere accompagnata dal partner (Dati CedAP, 2011, dati CedAP, 2012), e questo maggior coinvolgimento della figura maschile sta avvenendo in tutto il mondo (Steen et al., 2012), anche in quei paesi in cui tradizionalmente la figura maschile era esclusa dall'evento nascita (Shibli-Kometiani et al., 2012)

Sebbene ci siano molte evidenze sui benefici che la presenza del partner ha sul benessere della donna in travaglio/parto (Hodnett et al., 2013), ancora molto poco si sa su come i padri affrontano e vivono questa esperienza.

Liukkonen afferma che vivere il momento del travaglio/parto ha effetti importanti per lo svolgimento del processo di paternità e molte agenzie nazionali e internazionali caldeggiavano la presenza del partner non solo in sala parto, ma anche nel percorso della gravidanza e del post partum. (Liukkonen et al., 1997; NCT, 2009; Department for Children, Schools and Families, 2010). Nel 2011 il *Royal College of Midwives* ha sottolineato l'importanza che il coinvolgimento del padre nel percorso della gravidanza/nascita ha per lo sviluppo del benessere del bambino attraverso la pubblicazione di un documento finalizzato a sensibilizzare i futuri padri, e la società in generale, sull'argomento (RCM, 2011)

Le ricerche precedenti, tuttavia, concludono che i padri sono impreparati alla forza del travaglio, si sentono impotenti e non completamente accettati dal personale (Chandler et al., 1997; Vehvilainen-Julkunen et al., 1998; Hallgren et al., 1999, Chapman, 2000; De Carvalho, 2003; Tomeleri et al., 2007). Una metasintesi pubblicata nel 2012 definisce i futuri padri come "non pazienti e non visitatori", ovvero in una posizione limbica, uno spazio indefinito sia a livello fisico che psicologico (Steen et al., 2012). Shibli-Kometiani sottolinea come i padri vivano un sentimento ambivalente tra la voglia di essere presenti e la paura di cosa succederà (Shibli-Kometiani et al., 2012). Un padre ben preparato ha più probabilità di avere una esperienza positiva del parto, avrà meno paura di vedere la propria partner affrontare il dolore del

travaglio e avrà un effetto positivo sulla partner stessa (RCM, 2012). Le ricerche sull'argomento sono in costante aumento, segno di un interesse crescente e condiviso sull'argomento. Gli articoli di ricerca qualitativa disponibili offrono un quadro della situazione, tuttavia nessuna ricerca di questo tipo è stata condotta in Italia. Conoscere come i padri italiani affrontano l'esperienza del dolore del parto può dare indicazioni importanti alle Ostetriche durante il loro lavoro in sala parto così come durante i corsi di accompagnamento al parto, è un valido strumento per esplorare i bisogni, i sentimenti e le paure dei futuri padri per massimizzare il loro coinvolgimento e rendere la loro partecipazione reale e l'esperienza positiva. Tra i temi emersi vi è la necessità espressa dai futuri padri di ricevere più informazioni sul parto e sul proprio ruolo durante tale evento (Singh et al., 2003), il desiderio di essere considerati parte attiva e direttamente coinvolta nell'evento nascita, nonché il bisogno di vedere riconosciuti i propri bisogni. (Chandler, 1997).

Scopo di questa ricerca è capire come i padri italiani affrontano e vivono l'esperienza del dolore del travaglio/parto e il significato che danno a questa esperienza. Lo studio è stato condotto in una realtà italiana e si è focalizzato sul tema del dolore perché elemento centrale dell'esperienza del parto.

METODO

Disegno dello studio e campionamento.

L'obiettivo dello studio è ottenere una comprensione profonda del significato che i futuri padri danno all'esperienza del dolore del parto, per questo motivo si è scelto un approccio qualitativo. Il metodo scelto è stato quello fenomenologico, ritenuto il più adeguato per ottenere una conoscenza approfondita del fenomeno (Ploeg, 1999; Morse, 1994; Creswell, 1998; Holloway et al., 2002; Murphy et al., 1998;)

I padri sono stati reclutati usando il metodo del campionamento omogeneo, come indicato dalla ricerca fenomenologica. (Creswell, 1998; Murphy et al, 1998; Holloway, 2002). Questo tipo di campionamento prevede criteri di inclusione molto selettivi, per ottenere una popolazione molto omogenea.

I criteri di inclusione erano i seguenti: essere italiano, con età maggiore di 25 anni, alla prima esperienza di parto. La donna non doveva aver fatto uso di analgesia farmacologica durante il travaglio, il parto era stato un parto vaginale non complicato e la gravidanza doveva aver avuto un andamento fisiologico.

Il reclutamento è avvenuto tra Settembre 2009 a Novembre 2010, tra i padri le cui compagne avevano partorito in un ospedale di terzo livello della città di Bologna. I padri sono stati reclutati durante la degenza in reparto delle loro compagne o venivano informati dello studio durante il corso pre-parto e poi contattati dopo il parto da un ricercatore per conoscere la loro disponibilità a essere intervistati.

Il campionamento è avvenuto fino alla saturazione dei dati (Morse, 1994; Creswell, 1998).

Il protocollo è stato approvato dal comitato etico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

Raccolta e analisi dei dati.

La raccolta dei dati è avvenuta tramite interviste faccia a faccia, semi strutturate. Questa modalità dei dati rientra nella tradizione della ricerca fenomenologica (Creswell, 1998)

Generalmente le interviste avvenivano entro 10 giorni dal parto, in un luogo scelto dal neo padre. Tutte le interviste sono state condotte dallo stesso ricercatore, registrate con il permesso degli intervistati e poi trascritte. I partecipanti erano pienamente informati dello scopo e della natura della ricerca. Veniva richiesta la firma di un consenso alla partecipazione allo studio.

All'inizio del processo di raccolta dei dati il ricercatore usava domande aperte quali "raccontami la tua esperienza del travaglio, focalizzandoti soprattutto sul tema del dolore. Come descriveresti la tua esperienza? Come ti sei sentito? Quali erano le emozioni?"

Poiché l'analisi dei dati procedeva in parallelo con la raccolta dei dati, le domande guida dell'intervista sono cambiate, aggiungendo domande mirate a saturare i dati provenienti dalle interviste precedenti. Ad esempio "alcuni padri hanno ritenuto importante avere la possibilità di uscire per un po' dalla sala parto, è stato lo stesso per te? Perché?". Le domande che non producevano dati rilevanti sono state abbandonate.

L'analisi dei dati è avvenuta attraverso il metodo di Colaizzi (Colaizzi, 1979). La raccolta dei dati e l'analisi sono state fatte simultaneamente. Ogni intervista è stata trascritta parola per parola.

Due ricercatori hanno letto le interviste indipendentemente; poi, hanno determinato codici e categorie e si sono incontrati per condividere i risultati. Nel caso di assegnazione di codici discrepanti, hanno discusso fino al raggiungimento di un accordo. In questa fase sono state definite anche nuove domande per le interviste successive.

Per aumentare l'attendibilità dei dati si è ricorso al *member checking*, la riflessione tra pari e la procedura di codifica e ri-codifica (Krefting, 1991), inoltre per mantenere libera la propria mente il ricercatore principale scriveva i suoi pensieri sull'argomento prima e durante l'analisi dei dati.

Alla fine dell'analisi dei dati, è stata chiesta l'opinione dei padri sui risultati attraverso l'invio di una mail, i padri che hanno risposto (n. 2) hanno confermato la descrizione data.

RISULTATI

Descrizione del campione

Nello studio sono stati coinvolti 6 padri. L'età varia dai 30 ai 43 anni. Il livello di educazione è dal diploma di scuola media alla laurea. Tutti erano alla prima

esperienza di parto, uno solo a scelto di non rimanere accanto alla partner al momento del parto, ma è rimasto per tutto il travaglio. Un'intervista è stata condotta con un padre la cui compagna ha fatto ricorso all'analgia epidurale, non perché scelta ma per ragioni mediche. Questa informazione è emersa solo durante l'intervista. Abbiamo deciso di completare ugualmente l'intervista e durante l'analisi dei dati ci siamo accorti che l'esperienza non differiva da quella degli altri, fino a prima dell'analgia, per cui si è deciso di includere anche questi risultati.

Il setting dello studio è un ospedale universitario di 3° livello, con circa 3.500 parti l'anno.

Il travaglio e il parto sono seguiti dall'ostetrica, il ginecologo è chiamato se necessario e al momento del parto. Le donne sono libere di scegliere chi avere con se durante il travaglio/parto.

Tem

Dall'analisi dei dati sono emersi cinque temi. Essi forniscono una descrizione densa delle percezioni che i padri avvertono dell'esperienza del dolore del parto. I temi emersi sono: "il dolore del parto: sa' da fare", "spero di resistere fino alla fine", "una presenza silenziosa che infonde coraggio", "ricaricare le pile", "non sapevo cosa aspettarmi".

Il primo tema fornisce una definizione del dolore del travaglio di parto, mentre il secondo e il quinto mettono in luce le paure, i dubbi e le aspettative dei futuri padri. Il terzo tema si focalizza sulla immagine che i padri danno del loro ruolo durante il dolore del travaglio. Il quarto tema si concentra sui bisogni dei futuri padri.

1- Il dolore del parto: sa' da fare.

Per i padri coinvolti nello studio, il dolore è qualcosa di ineluttabile, le donne devono fronteggiarlo in qualche modo. Le interpretazioni che fornito del dolore provengono sia dai corsi (l'utero deve dilatarsi) sia dalla religione (partorirai con dolore, dice la Bibbia). "(riguardo al dolore del parto)...ecco sa' da fare, non è che c'è molto da dire"(C). Quando parlano del dolore del parto, i padri si esprimono diversamente se è riferito al primo o al secondo stadio del travaglio. Il periodo espulsivo è considerato più doloroso del periodo dilatante; tuttavia è anche più dinamico, puoi fare qualcosa di attivo: spingere il bambino. È il segno evidente che oramai è finita. Il bambino, inoltre diventa una presenza concreta.

"un dolore ... non un dolore passivo, ma un dolore attivo. Un dolore che porta alla vita quindi sicuramente è un dolore che vivi ... in un modo molto diverso rispetto agli altri dolore questo sicuramente penso per una donna sia sia più stimolante anche se deve affrontare delle fatiche immani"(B).

Per i padri intervistati, il secondo stadio è una fase più dinamica rispetto a quella dilatante e ne parlano come di una performance sportiva, sottolineando il lato più fisico di questo momento. Alcuni compagni hanno letteralmente fatto il tifo per la propria compagna.

"Ho visto che lei stava spingendo e la cosa andava avanti bene ... ho visto anche come una liberazione da parte sua, cioè che quindi il momento in cui cessava il dolore si stava avvicinando, e quindi positivo"(C).

2 – Speravo di resistere fino alla fine

Verso la fine della gravidanza i partner cominciano a confrontarsi con l'avvicinarsi dell'evento nascita e cominciano a dubitare della loro capacità di saper fronteggiare l'evento fino alla nascita del bambino. Hanno sentimenti contrastanti: da un lato vogliono condividere il momento con la loro compagna, dall'altra sono spaventati da cosa potrebbero vedere. Hanno paura di non essere all'altezza della situazione.

Ciò che li spaventa maggiormente sono gli odori e la vista del sangue. Il padre che ha deciso di uscire per il momento del parto vero e proprio, l'ha fatto dicendo che lo ritiene un evento molto privato e personale e che non voleva vedere il corpo della sua compagna cambiare così tanto.

Per i padri intervistati entrare in sala parto risveglia sentimenti ambivalenti: da un lato è una questione di orgoglio maschile, dall'altra non vogliono perdersi l'emozione di vedere nascere il proprio figlio.

"Mi diceva, se non ce la fai, basta che me lo dici, e io lo dico a qualcun'altro. Però poi lì scatta l'orgoglio maschile nel dire vuoi che ti faccio mancare una cosa, vuoi che io non faccia ... davanti a una situazione del genere ... vuoi che io non faccia questo scatto d'orgoglio, vuoi che ... ma per carità!"(B).

"quando siamo andati a vedere la sala parto che ce l'han fatta vedere ... arriviamo pari al letto e io ero in piedi davanti al letto e ma se io son qua ... cioè ... è lì non scappa mica (sospira) ce la faccio o non ce la faccio? Per uno che ... cioè a me da fastidio anche quando vado a fare un prelievo, non devo guardare ... anche l'odore del sangue mi da molto noia, quindi sai ... invece, secondo me ... alla fine ... tutto merito dell'adrenalina, del picco di adrenalina che hai in quel momento"(E).

3- Una presenza silenziosa che infonde coraggio

Durante le interviste i padri hanno riferito un forte senso di impotenza davanti al dolore delle doglie. Si sentivano inutili e impotenti. Anche qui prevale un senso di ambivalenza: se da un lato vorrebbero poter fare qualche cosa per alleviare il dolore, dall'altro sanno che è la loro compagna che deve affrontare la situazione. Si sentono "come in una cristalleria".

"A sì, sì ... da un lato mi sono sentito praticamente inutile, perché non potevo fare assolutamente niente, se non dire adesso, andare avanti a indietro a chiamare qualcuno, quelle tre volte, tre quattro volte in cui mi sono alzato dalla sedia perché mi sono messo a sedere a i bordi del letto come si assiste un ammalato o magari, un ruolo quasi inadeguato, per il fatto che ... non mi sentivo assolutamente di nessun aiuto in quel momento e ... se non di essere lì"(C).

Tuttavia, per i padri intervistati, essere presenti durante questo momento così importante era la cosa

più rilevante. Riconoscevano l'importanza del supporto emozionale che fornivano. Affermano che la sola presenza serve a infondere coraggio, è la presenza ciò che conta più di tutto. Ogni padre ha sviluppato un modo specifico di fornire supporto alla sua compagna, ritagliato appositamente sulle caratteristiche di entrambi e sullo stadio del travaglio. Molti di loro hanno sottolineato di fornire supporto attraverso piccole cose come: fornire da bere e da massaggiare, tenere la mano della compagna o farla ridere tra una doglia e l'altra.

"C'è poco da fare io le tenevo la mano, tutto quel che vuoi però in realtà ... cercavo di fare due battute, di sdrammatizzare un po' la cosa, ci abbiamo scherzato sopra, fintanto che è stata lucida, c'è stato un momento in cui tra uno sforzo e l'altro si addormentava, nella parte finale, per cui lì si stava più zitti insomma cioè, ma a parte offrire la mano e tutto il resto cioè in realtà poi ... Credo che sia importante ma fai poco, fai poco. Per cui io devo dire ... pensavo molto peggio"(B).

Dalle interviste è emerso che, mentre stavano accanto alle loro compagne, i padri hanno scoperto quanto sono importanti le parole nell'infondere coraggio. Riportano di aver avuto una grande attenzione nel non dire frasi scontate. Inoltre, hanno sottolineato l'importanza del silenzio.

"non sapevo neanche cosa dire "tranquilla che passa" cioè alla fine tanto io non sento niente, il male purtroppo lo sente lei, quindi secondo me erano frasi inutili da dire però bastava la presenza, cioè secondo me basta la presenza"(E).

Alcuni padri hanno dovuto fronteggiare anche una sofferenza emozionale e la loro paura. Dovevano mostrarsi sicuri anche se non lo erano.

"far finta di niente, nel senso non far vedere, che stai male anche tu...se lei soffre...e cercando di fargli coraggio, cercando di fargli coraggio"(F).

4- Ricaricare le pile

Dalle interviste condotte ai padri è emersa la necessità di tenere presenti anche i loro bisogni durante l'assistenza che offrono. Spesso hanno bisogno che qualcuno li autorizzi a uscire dalla sala parto per un po'. Altre strategie che hanno trovato utili per "ricaricare le pile" sono state quelle di focalizzarsi sui desideri della propria compagna e pensare positivo. Queste cose li aiutava a fronteggiare la paura, il senso di impotenza e disporre di nuove energie da spendere.

"Guarda, io sono adesso ... io su questa cosa qua ... cerco di essere positivo in tutto e di stare su, di tenermi su e poi non ti dico ... non penso di essere una persona forte, perché quando c'è da emozionarsi mi emoziono, davanti ad un film ... però diciamo che mi piace, cioè cerco in tutte le cose che faccio e quando c'è bisogno di stare su e di essere il più positivo possibile e mi da una mano per andare avanti, per affrontare la cosa, quindi cercavo di non farmi prendere dal panico, perché se tu sei tranquillo trasmetti tranquillità e

serenità anche alle persone che ti sono di fianco. E questo aiuta molto"(E).

5- Non sapevo cosa aspettarmi

Nonostante tutti i padri abbiano frequentato almeno un incontro del corso di accompagnamento alla nascita, tutti hanno detto di non sentirsi veramente molto preparati riguardo a cosa sarebbe successo durante il travaglio. Non potevano immaginare i cambiamenti nel comportamento della loro compagna né quali strategie avrebbero usato per affrontare il dolore. Alcune volte si aspettavano cose che non sono successe, altre volte non erano pronti ad alcuni cambiamenti nel comportamento della loro compagna. Erano impreparati al loro ruolo.

"No, immaginavo che fosse un po' più facile ... non pensavo che venisse fuori, delle complicazioni anche di comportamento ... come posso dire ... ti devi nascondere quando ti avvili anche tu ... non pensavo che potessero capitare queste cose ... pensavo che magari fosse stato un sostegno un po' più alla buona ... che invece te ne accorgi che è un sostegno che è abbastanza forte ... che bisogna anche insistere al sostegno"(F).

"Sì oddio avevo paura delle unghie ... piantate ... non sapendo che cosa ti devi aspettare ... comunque inaspettato era il suo modo pacato ma deciso e risoluto nel darmi le indicazioni di quello che voleva da me ..."(A).

DISCUSSIONE

Questo studio fenomenologico offre una descrizione profonda del significato che l'esperienza del dolore ha per i padri italiani intervistati, inoltre mette in luce le loro emozioni e paure ed i loro bisogni. Le conclusioni sono in linea con quanto emerso anche da altri studi, condotti in contesti anche molto diversi. È interessante notare che i padri italiani descrivono il dolore del parto come qualche cosa di ineluttabile e che fanno ricorso anche alla religione come spiegazione del fenomeno. Le stesse conclusioni si ritrovano nello studio condotto da Shibli-Kometiani che coinvolge padri arabi e israeliani (Shibli-Kometiani et al., 2012)

La figura paterna, quindi, è sempre più coinvolta nell'evento nascita, anche in contesti culturali considerati ostili alla loro presenza (Steen, 2012). Il *Royal College of Midwives* auspica un sempre maggior coinvolgimento della figura paterna nel percorso nascita (RCM, 1997). Questo però richiede un cambiamento di paradigma per chi fa assistenza, che vede rivolgere l'attenzione non solo alla coppia mamma-bambino, ma anche al futuro padre. Per questo è necessario approfondire la conoscenza del fenomeno, anche nel nostro paese; anche alla luce del fatto che l'84,9% delle donne italiane chiede la presenza del compagno in sala parto (Regione Emilia-Romagna, 2011, Regione Emilia-Romagna, 2012).

Le conclusioni emerse dallo studio offrono una possibilità di riflettere sull'assistenza offerta durante il travaglio, ma possono costituire spunti di riflessione utili anche durante gli incontri del corso di accompagnamento alla nascita. Deave (Deave et al., 2008) nella sua ricerca, afferma l'importanza che i padri abbiano un momento tutto loro durante il corso di accompagnamento alla nascita e Smith afferma che il livello di soddisfazione che i padri manifestano per il corso prenatale dipende da quanto sono stati considerati nel loro ruolo di accompagnatori (Smith, 1999). Alla luce di questi studi può essere utile diffondere tra i padri le conclusioni di questi risultati, per affievolire il senso di impreparazione che percepiscono. Tra i temi emersi nella ricerca, infatti, i futuri padri dichiarano di non sapere cosa aspettarsi. Questo senso di incertezza è stato riscontrato anche da altri ricercatori (Somers-Smith, 1999; Steen et al., 2012; Shibli-Knometiani et al., 2012). Quello che emerge di particolarmente importante dal nostro studio è un dualismo tra il fatto di non sapere cosa aspettarsi e la paura di non riuscire a resistere. È interessante notare che i padri coinvolti hanno dichiarato che la loro paura nasceva dal non sapere se avrebbero sopportato cose fastidiose come il sangue o "odori strani", ovvero aspetti in ambito fisico del travaglio/parto, ma non fanno riferimento a nessuna paura in ambito emozionale, cosa che invece emerge nelle altre ricerche (Hanson et al., 2009). Dalle conclusioni di questo studio sembra che i padri italiani abbiano ben chiaro il loro ruolo in travaglio, si dichiarano "una presenza silenziosa che infonde coraggio" coniugando le descrizioni di Chapman che descrive alcuni padri come "spettatori" dell'evento e quelli di Kaintz secondo cui i padri danno coraggio e aiuto attraverso piccole cose (Chapman, 1992; Kaintz et al., 2010).

Infine, anche altri studi stressano l'importanza di avere attenzione ai bisogni dei futuri padri. Singh e Newburn affermano che i padri vogliono sentirsi inclusi in una cura "olistica" (Singh et al., 2003). In questa ricerca i padri intervistati forniscono agli operatori degli strumenti pratici per offrire assistenza ai padri, quali: chiedergli se vogliono uscire; aiutarli a focalizzarsi sui bisogni della compagna; stimolarli a pensare positivo. È bene ricordare questo studio è stato condotto nella tradizione della ricerca qualitativa e come tale i suoi risultati non sono generalizzabili, sono però un utile punto di riflessione sia per gli operatori che i padri che si apprestano a vivere l'esperienza della nascita del proprio figlio. Sarebbe auspicabile che venissero condotti altri studi che coinvolgessero tutto l'evento nascita, per poter disporre di un panorama completo delle necessità e dei vissuti di questo componente così importante della triade madre-padre-bambino.

CONCLUSIONI

Lo studio offre una descrizione approfondita dell'attitudine dei padri italiani intervistati verso il dolore del parto. I risultati di questo studio possono essere utili sia durante l'assistenza in sala parto, sia nei percorsi di preparazione alla nascita, poiché forniscono una visione più ampia dell'esperienza dei futuri padri e offre alcuni consigli pratici per supportarli in questo ruolo nuovo per loro. Dai risultati della ricerca, emerge che i futuri padri vivono un senso di ambivalenza tra la voglia di esserci e la paura di non farcela. Un'altra dicotomia si manifesta nel senso di impotenza che provano davanti al dolore e il fatto che comunque si identificano in un ruolo di sostegno, realizzato attraverso piccole cose e sulla loro presenza. È inoltre fondamentale, per chi presta assistenza alla coppia, non dimenticare il bisogno dei padri di "ricaricare le pile" attraverso il sostegno di quelle strategie che essi stessi indicano: uscire un po', fare qualcosa per la compagna, pensare positivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 World Health Organization (1996) Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva, World Health Organization.
- 2 Regione Emilia-Romagna (2011). La nascita in Emilia-Romagna. 8° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (CedAP) - anno 2010. Bologna: Regione Emilia-Romagna.
- 3 Regione Emilia-Romagna (2012). La nascita in Emilia-Romagna. 9° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (CedAP) - anno 2011. Bologna: Regione Emilia-Romagna.
- 4 Steen M, Downe S, Bamford N, Edozien L. (2012) Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4):362-71.
- 5 Shibli-Kometiani M, Brown AM. (2012) Fathers' experiences accompanying labour and birth. *Br J Midwifery*, 20 (5): 339-44.
- 6 Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7.
- 7 Liukkonen A, Vehviläinen-Julkunen K. (1997). Fathers' childbirth experience and nursing interventions. *Hoitotiede*. 1997;9(3):118-26
- 8 National Childbirth Trust (2009). NCT Briefing: Involving fathers in Maternity Care. London: National Childbirth Trust Mar.
- 9 Department for Children, Schools and Families (2010). Support for all: the families and relationships. Green paper summary. London: Department for Children, Schools and Families.
- 10 Royal College of Midwives (2011). Reaching out: involving fathers in maternity care. London: Royal College of Midwives (RCM); Nov.

- 11 Chandler S; Field PA. (1997). Becoming a father: first-time fathers' experience of labor and delivery. *J Nurse Midwifery*. 42(1):17-24.
- 12 Vehvilainen-Julkunen K, Liukkonen A. (1998). Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*. 14(1):10-7.
- 13 Hallgren A, Kihlgren M, Forslin L, Norberg A. (1999). Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*. 15(1):6-15.
- 14 Chapman LL.(2000). Expectant fathers and labor epidurals. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 25(3):133-8.
- 15 De Carvalho ML. (2003). Fathers' participation in childbirth at a public hospital: institutional difficulties and motivations of couples. *Cad Saude Publica*. 19 Suppl 2:S389-98.
- 16 Tomeleri KR, Pieri FM, Violin MR, Serafim D, Marcon SS. (2007),"I saw my child being born": experience of fathers in delivery rooms. *Rev Gaucha Enferm*. 28(4):497-504.
- 17 Singh D, Newburn M.(2003). What men think of midwives. *RCM Midwives*. 6(2):70-74.
- 18 Ploeg J.(1999). Identifying the best research design to fit the question. Part 2: qualitative designs. *Evid Based Nurs*. 2, p.36-37.
- 19 Morse JM.(1994).Designing funded qualitative research. In Denzin NK, Lincoln YS (Eds). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage. pp.220-233.
- 20 Creswell JW. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 21 Holloway I, Wheeler S.(2002). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare, 2° ed*. Oxford: Blackwell.
- 22 Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assess*. 2(16):iii-ix, 1-274.
- 23 Colaizzi P. (1979). Psychological Research as a phenomenologist views it. In Valle R, King M. *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York Oxford University Press. p 48-71.
- 24 Krefting L. (1991). Rigor in qualitative research: assessment in trustworthiness. *Am J Occup Ther*. March vol 45, num 3; p 129-137
- 25 Deave T, Jonson D.(2008). The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *J Adv Nurs*. 63 (6), p.626-633
- 26 Smith NJ.(1999). Antenatal classes and the transition to fatherhood: a study of some fathers' views. *MIDIRS*. 9(4); p. 463-8
- 27 Somers-Smith MJ. (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*. 15:101-8.
- 28 Hanson S, Hunter LP, Bormann JR, Sobo EJ. (2009). Paternal Fears of Childbirth: A Literature Review. *J Perinat Educ*. Fall;18(4):12-20.
- 29 Chapman LL. (1992). Expectant fathers' roles during labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. Mar-Apr 21(2). p 114-120.
- 30 Kainz G, Eliasson M, von Post I. (2012) The Child's Father, an Important Person for the Mother's Well-Being During the Childbirth: A Hermeneutic Study. *Health Care Women Int*.31(7):621-35.



Comitato di redazione

Direttore

Taddia Patrizia
Guerrieri Carolina

Comitato scientifico

Chiari Paolo
Forni Cristiana
Biavati Catia
Fontana Mirella
Gazineo Domenica
Arimatea Vanessa
Cavazza Isabella
Chiarabelli Matteo
Roveri Sonia
Semprini Adriana
Bascelli Emanuele
Celli Guglielmo
D'alessandro Fabio
Loro Loretta
Mini Sandra
Morri Mattia
Pirini Valter
Sabattini Tania
Tremosini Morena
Trofa Carmela

Direzione

Centro Studi Evidence-Based Nursing
via albertoni n. 15
40138 Bologna
tel. +39 051 2141461
fax. +39 051 6361375
e-mail paolo.chiari@unibo.it