Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

“Tecniche non farmacologiche per la riduzione dell’ansia preoperatoria nel paziente sottoposto ad intervento chirurgico elettivo. Una revisione della letteratura.”

Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)

di

Gloria Rudelli

Direttore di tesi: Vincenzo D’Angelo

Anno Accademico 2016/2017

Manno, 31 luglio 2017

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

“Tecniche non farmacologiche per la riduzione dell’ansia preoperatoria nel paziente sottoposto a intervento chirurgico elettivo. Una revisione della letteratura.”

Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)

di

Gloria Rudelli

Direttore di tesi: Vincenzo D’Angelo

Anno Accademico 2016/2017

Manno, 31 luglio 2017

“L’autrice è l’unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi”

“Apprensione, incertezza, attesa, aspettative, paure delle novità,
fanno a un paziente più male di ogni fatica.”
Florence Nightingale, n.d.

Abstract

Background

Un intervento chirurgico è un momento di preoccupazione e un'esperienza ricca di stress che si manifesta un uno stato di ansia importante. Questo stress prima dell'intervento è in grado causare numerose manifestazioni fisiologiche negative come ad esempio un aumento dei rischi infettivi e del dolore postoperatorio. La mente e il corpo sono in grado di influenzarsi a vicenda e la PNEI è in grado di spiegare molto bene questo meccanismo. L'uso di sedativi e ansiolitici aiutano a sopperire questo problema ma hanno numerosi effetti collaterali inoltre non risolve il problema ma lo placa. Un intervento non farmacologico che mira a ridurre l'ansia e prevenirne il suo peggioramento segue il pensiero salutogenico.

Obiettivo

L'obiettivo è quello di identificare in letteratura quali tecniche non farmacologiche sono state studiate per ridurre l'ansia preoperatoria che l'infermiere può usare/ mettere in atto per diminuire e gestire questo disturbo, riducendo così l'uso di farmaci.

Metodologia

Per cercare di raggiungere questo obiettivo è stata eseguita una revisione della letteratura. È stato ricercato materiale nelle principali banche dati disponibili: *Pubmed, CHINAL (EBSCOhost), Whiley, Cochrane Library, Elsevier, Nursing Reference, UpToDate e Google Scholar.* Al termine della ricerca e della selezione degli articoli, sono stati sezionati e utilizzati 20 articoli per la stesura della revisione.

Risultati

Sono state ritrovate e analizzate cinque tecniche non farmacologiche presenti in letteratura. La maggior parte dei pazienti, se più informati riferiscono minor ansia, il supporto informativo tramite video-animazione permette di istruire il paziente e far comprendere meglio la procedura chirurgica o anestesiologica. Non tutti i pazienti amano però essere informati troppo nei dettagli. La musica è in grado di aiutare i pazienti ad affrontare emotivamente le situazioni e di mantenere il benessere. I 10 studi hanno evidenziato importanti riduzioni del livello di ansia, risulta poco costosa ed è semplice da attuare. L'agopuntura e la digitopressione aiutano a ridurre i livelli di ansia, ma non risulta ancora ben chiaro il punto preciso dove eseguire l'intervento, gli articoli analizzati proponevano punti diversi ma entrambi funzionali. L'aromaterapia con olio di lavanda ha buoni effetti ansiolitici, un basso costo ed è semplice da utilizzare.

Conclusioni

Tutti gli articoli analizzati rendevano attenti sull'importanza della gestione dell'ansia preoperatoria. La musica risulta la tecnica più studiata e quella con più possibilità di utilizzo. Le altre tecniche richiedono ricerche più approfondite per capire la loro reale efficacia, soprattutto in regioni culturalmente più simili alla nostra. È necessario comprendere in che modo poter un giorno applicare in un reparto di chirurgia questa tipologia di interventi.

Termini chiave

Preoperative Anxiety, Elective Surgery, Adults, Reduce Anxiety, Nursing Intervention, NOT children.

Indice

1. Introduzione 1
1.1. Introduzione al tema 1
1.2. Motivazione 2
1.3. Domanda di ricerca e Obiettivo 3
1.4. PICO 4
2. Materiali e metodologia 5
3. Apporto teorico (Background) 8
3.1. Da un approccio patogenico a uno salutogenico 8
3.2. PNEI e la relazione tra mente e corpo 11
3.3. Modello bio-medico e bio-psico-sociale 15
3.4. Lo stress e il coping 16
3.5. Omeostasi e Carico allostatico 18
3.6. Sistema nervoso autonomo 19
3.7. Ansia e ansia preoperatoria 20
3.8. Intervento Chirurgico Elettivo 22
3.9. Assistenza infermieristica al paziente chirurgico 23
3.10. Segni e sintomi dell'ansia 25
3.11. Scale di valutazione dell'ansia 25
4. Revisione della letteratura 27
4.1. Metodologia di analisi e revisione 27
4.2. Tecniche non farmacologiche per ridurre l'ansia preoperatoria 30
4.3. Musica 30
4.4. Informazioni tramite supporto Video 32
4.5. Agopuntura e digitopressione 33
4.6. Aromaterapia – Olio di lavanda 35
5. Discussione risultati 37
5.1. Partecipazione infermieristica agli studi analizzati 38
5.2. Introduzione nella pratica professionale 39
5.3. Raccomandazioni per la ricerca futura 39
6. Conclusioni 40
6.1. Limiti della revisione 41
6.2. Valutazione personale del lavoro svolto 41
7. Ringraziamenti 43
8. Abbreviazioni nel testo 44
9. Bibliografia 45
9.1. Letteratura grigia: 49
9.2. Iconografia 49

10. Allegati 51
10.1. Tabella riassuntiva dei risultati 51
10.1.1. Articoli Scientifici..... 51
10.1.2. Revisioni della letteratura..... 60
10.2. Tabella riassuntiva dei punteggi ottenuti degli studi 61

1. Introduzione

1.1. Introduzione al tema

Il tema che ho deciso di trattare per la mia Tesi di Laurea è quello delle possibili tecniche non farmacologiche che l'infermiere può utilizzare per la gestione dell'ansia preoperatoria nel paziente adulto sottoposto ad intervento chirurgico elettivo.

Un intervento chirurgico è un momento di preoccupazione per i pazienti, un'esperienza ricca di stress che si manifesta con uno stato di ansia importante. Questo problema è molto diffuso nei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva. Questa ansia è in grado di causare numerose manifestazioni fisiologiche negative come ad esempio un aumento del rischio infettivo, aumento del dolore postoperatorio con conseguente aumentata richiesta di analgesici, una guarigione più lenta delle ferite chirurgiche, complicazioni durante l'induzione dell'anestesia oppure rendere più difficoltoso il recupero postoperatorio e prolungare la degenza in ospedale (Bradt, Dileo, & Shim, 2013; Alanazi, 2014). Questi problemi sono dovuti ai cambiamenti endocrini e metabolici (come l'aumento del cortisolo, dell'adrenalina, della noradrenalina, …) (Grieve, 2002).

La medicina di oggi è in grado di offrirci diverse possibilità farmacologiche per sopperire a questo problema, come ad esempio l'uso di sedativi e ansiolitici che possono essere somministrati prima di un intervento (Bradt et al., 2013). Purtroppo però quando somministriamo un farmaco non riusciamo a curare il problema ma bensì andiamo ad alleviare il sintomo fisico prodotto (visone patogenica della salute). Queste terapie hanno inoltre numerosi effetti collaterali negativi che possono peggiorare la qualità di vita dei nostri pazienti e/o prolungare il recupero postoperatorio (Agarwal et al., 2005; Bradt et al., 2013).

1.2. Motivazione

Mi è capitato spesso, durante i miei stage in ospedale, di assistere pazienti prima dell'entrata in sala operatoria e di rendermi conto quanto quel momento fosse per loro pieno di ansia, preoccupazione e paura. Personalmente credo che la presa a carico emotiva del paziente sia un compito essenziale del nostro lavoro e che quindi sia importante essere in grado di riconosce questo problema ed essere a conoscenza di tecniche e strategie per poter assistere al meglio il nostro paziente.

Nei libri di infermieristica spesso si trova scritto che la gestione dell'ansia è uno degli interventi infermieristici principali, ad esempio quando viene diagnosticata una nuova patologia il cui nostro compito è quello di fornire assistenza infemieristica esperta ed educare sia l'assistito che la sua famiglia (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010b). Ma questi non ci danno realmente delle tecniche e delle strategie per poterlo fare. Quello che voglio scoprire in questa tesi sono delle tecniche e dei metodi per aiutare i nostri pazienti a gestire quest'ansia in modo non farmacologico prima di un intervento chirurgico elettivo.

Durante i miei stage in ospedale mi è capitato spesso di vedere, quando il paziente riferisce di sentirsi agitato e ansioso, il personale curante recarsi del medico spiegando il problema ed esso procede alla prescrizione di una benzodiazepina per risolvere il problema. Il mio scopo è anche far capire che si può evitare questo, perché personalmente, credo che la somministrazione di un farmaco non risolvi nel migliore dei modi la situazione. È vero che le benzodiazepine con il loro effetto ansiolitico e sedativo bloccano lo stato ansioso del momento, ma rimane comunque un farmaco con effetti collaterali e la loro assunzione potrebbe essere evitata (Cella, Di Giulio, & Scaglione, 2010).

Di recente ho potuto vivere una situazione famigliare legata all'ansia preoperatoria. Mio fratello ha avuto la necessità di un intervento chirurgico elettivo. Nel periodo che precedeva l'intervento chirurgico ho potuto notare, come l'ansia e la tensione fossero molto presenti in lui e che li creassero una certa sofferenza interiore. Come sorella ho cercato di rassicurarlo come ho potuto, cercando di distrarlo e scherzandoci sopra, ma mi sono resa conto che l'ansia e l'agitazione non miglioravano molto. Vedendo la situazione da un altro punto di vista (quello di famigliare e non di infermiera) ho potuto notare meglio quali fossero i suoi bisogno in quel momento. Nonostante l'intervento a cui si è sottoposto non avesse grossi rischi, ho potuto ben notare come, nonostante sia un ragazzo all'apparenza coraggioso, l'ansia e la paura lo avessero afflitto e disturbato molto. Ma la situazione che mi ha più colpito però, è che quando l'infermiera gli ha chiesto se fosse agitato e nonostante lui le abbia risposto in modo affermativo con voce tremolante, lei si sia limitata a dire: "È normale".

Il motivo principale che mi ha portato a scegliere questo tema è la gestione dell'ansia non è un' argomento a cui gli infermieri prestano particolare attenzione o che comunque tendono a sottovalutare. Il lato emotivo e sentimentale del paziente si tende sempre a tralasciarlo o trascurarlo. Non si dedica molto tempo, in un reparto di chirurgia, a come si sente il paziente emotivamente, ma piuttosto a come si sente fisicamente. Ritengo

importante rendere attenti gli infermieri a questo aspetto importante del paziente, poiché come disse Virginia Henderson un bisogno fondamentale delle persone è quello di poter comunicare esprimendo le proprie emozioni, paure, opinioni e/o bisogni e sta all'infermiere accogliere questo bisogno e cercare di soddisfarlo (Sossella, 2005). Maslow nel 1954 concepì il concetto di piramide dei bisogni, nel quale, al secondo posto c'è il bisogno di sicurezza e nel nostro caso bisogno di sicurezza morale, di salute, e se questo bisogno non è soddisfatto gli altri bisogni non potranno mai essere soddisfatti.

Oltre a garantire questi bisogni, verebbe favorita una guarigione più rapida, una riduzione del dolore post operatorio e/o una riduzione dei rischi infettivi. La gestione dell'ansia del paziente potrebbe favorire il suo recupero post operatorio e permettere di avere una migliore compliance (collaborazione) e soddisfazione (Cunico, 2008).

Per questo motivo ho deciso di eseguire una revisione della letteratura evidenziando le diverse tecniche non farmacologice che la letteratura propone per poter aiutare il nostro paziente durante questo momento situazionale difficile.

1.3. Domanda di ricerca e Obiettivo

Che cosa succede al nostro corpo quando siamo in ansia? Che cosa può fare l'infermiere per aiutare il paziente a gestire al meglio l'ansia prodotta dall'intervento chirurgico? Esistono delle strategie che l'infermiere può consligliare al paziente da mettere in atto? Perché preferire tecniche non farmacologiche alla terapia farmacologica?

La mia domanda di ricerca è la seguente: Quali sono le possibili tecninche non farmacologiche che possono essere messe in atto e utilizzate dall'infermiere per poter diminuire e gestire l'ansia preoperatoria di un paziente adulto sottoposto ad intervento chirurgico?

Mi piacerbbe capire cosa potrebbe fare l'infermiere per poter aiutare il suo paziente a gestire l'ansia prima di un intervento. Vorrei far capire al lettore cosa succede quando una persona si trova in una situazione di stress importante e quali potrebbero essere i rischi legati ad essa.

1.4. PICO

PICO GENERALE

P→ Population= Uomini e donne dai 18 ai 65 anni sottoposti ad intervento chirurgico elettivo.

I → Intervention= Interventi non farmacologici che gli infermieri possono mettere in atto prima dell'intervento per gestire l'ansia preoperatoria del paziente.

C→Comparison = Confronto tra l'assistenza di base con interventi standard medicamentosi e interventi non farmacologici

O→ Outcome = L'intervento aggiunto all'assistenza di base del paziente ha favorito la diminuzione dell'ansia preoperatoria

Musica
P → Uomini e donne dai 18 ai 65 anni sottoposti ad intervento chirurgico elettivo.
I → Ascolto di musica prima dell'intervento per diminuire l'ansia preoperatoria del paziente
C → Assistenza di base con aggiunta dell'ascolto della musica prima dell'intervento chirurgico
O → Riduzione dell'ansia preoperatoria

Approccio empatico
P →Uomini e donne dai 18 ai 65 anni sottoposti ad intervento chirurgico elettivo.
I→Utilizzo di un approccio al paziente empatico con informazioni personalizzate prima dell'intervento per diminuire l'ansia preoperatoria del paziente
C→ Assistenza di base con di un approccio empatico personalizzato prima dell'intervento chirurgico
O→Riduzione dell'ansia preoperatoria

Agopuntura
P →Uomini e donne dai 18 ai 65 anni sottoposti ad intervento chirurgico elettivo.
I → Utilizzo dell'agopuntura a livello auricolare prima dell'intervento per diminuire l'ansia preoperatoria del paziente
C → Assistenza di base con aggiunta della tecnica dell'agopuntura prima dell'intervento chirurgico
O → Riduzione dell'ansia preoperatoria dei pazienti adulti in attesa di intervento chirurgico elettivo

Video animazioni
P →Uomini e donne dai 18 ai 65 anni sottoposti ad intervento chirurgico elettivo.
I → Utilizzo di supporto video per mostrare al paziente cosa succederà durante tutto l'iter terapeutico prima dell'intervento per diminuire l'ansia preoperatoria del paziente
C → Assistenza di base con aggiunta di supporto informativo audioo-visivo prima dell'intervento chirurgico
O → Riduzione dell'ansia pre-op

Aromaterapia – Olio lavanda
P →Uomini e donne dai 18 ai 65 anni sottoposti ad intervento chirurgico elettivo.
I→Utilizzo di aromaterapia alla lavanda da odorare prima dell'intervento per diminuire l'ansia preoperatoria del paziente
C → Assistenza di base con aggiunta dell'uso di olio aromatizzato alla lavanda da odorare prima dell'intervento chirurgico
O → Riduzione dell'ansia preoperatoria

Digitopressione
P →Uomini e donne dai 18 ai 65 anni sottoposti ad intervento chirurgico elettivo.
I→Utilizzo della digitopressione prima dell'intervento per diminuire l'ansia preoperatoria del paziente
C→ Assistenza di base con aggiunta della digitopressione prima dell'intervento chirurgico
O → Riduzione dell'ansia preoperatoria

Ipnosi
P →Uomini e donne dai 18 ai 65 anni sottoposti ad intervento chirurgico elettivo.
I→Utilizzo dell'ipnosi prima dell'intervento per diminuire l'ansia preoperatoria del paziente
C→ Assistenza di base con aggiunta dell'iposi prima dell'intervento chirurgico
O → Riduzione dell'ansia preoperatoria dei pazienti adulti in attesa di intervento chirurgico elettivo

2. Materiali e metodologia

Per il mio lavoro di tesi ho deciso di elaborare una revisione di una letteratura poiché il tema che ho deciso di trattare non andava d'accordo con il luogo di stage in cui mi trovavo nel periodo autunnale e non avrei avuto la possibilità di eseguire una ricerca qualitativa o quantitativa.

Per la stesura di questa revisone della letterarura riguardante le tecniche non farmacologiche applicabili per la gestione dell'ansia preoperatoria nel paziente adulto in attesa di intervento chirurgico elettivo sono state utlizzate le seguenti banche dati:

- Pubmed,
- CHINHAL (EBSCOhost),
- Whiley,
- Cochrane Library,
- Elsevier,
- Nursing Reference
- Google Scholar
- UpToDate

I termini di ricerca inizialmente utilizzati sono stati: "Preoperative anxiety" "Elective surgery" "Nursing Interventions" "Adults" "Reduce Anxiety", "NOT Children". Successivamente legendo gli abstract dei vari articoli ho evidenziato le tipologie di interventi eseguiti per ridurre l'ansia preoperatoria e sono andata alla ricerca di altri articoli su quel tipo di intervento. Ho aggiunto così i seguenti termini: "Music", "Hypnosis", "Acupressure", "Acupuncture", "Video animation", "Lavander Oil", "Essential Oil", "Preoperative education", "Empaty" e "Psychological intervention".

Gli operatori boleani utilizzati sono stati: AND, NOT e OR.

Ho ricercato articoli utili anche nelle bibliografie di articoli che ho trovato, ricercandoli poi nelle banche dati per avere il testo e decidere poi se l'articolo mi poteva essere utile o meno.

I limiti che mi sono prefissata per effettuare una ricerca più precisa e mirata sono:

- Articoli scientifici dal 2001 al 2016;
- Uomini e donne di età superiore ai 18 anni di tutte le etnie;
- Pazienti che subiscono interventi chirurgici elettivi;
- Campione di pazienti studiati senza patologie psichiatriche;
- Studi primari (quantitativi e qualitativi) e secondari (revsioni)
- Articoli scientifici in lingua inglese o italiana;

La ricerca di articoli è iniziata a Luglio 2016 ed è terminata a Gennaio 2017.

Per valutare gli studi trovati ho utilizzato una scala di valutazione proposta da Zangaro e Soeken (2007). Questa scala di valutazione è composta da dieci domande. Le prime nove domande hanno una risposta affermativa o negativa (si o no), la domanda dieci dipende dalle risposte alle domande precedenti. Se si hanno 4 risposte affermative (si)

il grado di affidabilità dello studio è “basso”, se le risposte affermative sono tra 5-7 l’affidabilità è “moderata” e infine se il numero è tra 8 e 9 l’affidabilità è "alta" .

La scala di valutazione originale presenta questi punti:

1. La domanda di ricerca è esposta chiaramente
2. Il campione di studio è stato descritto
3. Il modo con cui è sviluppato lo studio è dichiarato
4. Il metodo di raccolta dati è stato descritto
5. Il tasso di risposta è stato fornito
6. La definizione funzionale della variabile è chiaramente descritta
7. Lo strumento per misurare la soddisfazione del lavoro è stato descritto o identificati
8. Altri strumenti per misurare i concetti sono stati descritti o identificati
9. L’affidabilità del campione per lo strumento di soddisfazione del lavoro è fornito
10. Valutazione complessiva della qualità dello studio

Items
(1) Research question(s) clearly stated
(2) Participants in sample were described
(3) Type of facility where study was conducted was stated
(4) Method of data collection was described
(5) Response rate was provided
(6) Operational definition of the outcome variable was clearly stated
(7) Instrument used to measure job satisfaction was described or identified
(8) Other instruments used to measure concepts were described or identified
(9) Sample reliability for the job satisfaction instrument was provided
(10) Overall study quality rating

Figura 1 Scala di valutazione in lingua originale Zangaro & Soeken 2007

Ho deciso di adattare la scala di valutazione al mio specifico obiettivo, ed è stata quindi modificata in questo modo:

1. La domanda di ricerca è esposta chiaramente;
2. Il campione di studio è stato descritto;
3. Il modo con cui è sviluppato lo studio è dichiarato;
4. Il n° del campione è superiore a 50 pz.;
5. Lo strumento per misurare il livello di ansia è stato descritto e spiega come funziona;
6. Sono misurati i livelli di ansia almeno prima e dopo la tecnica non farmacologica proposta;
7. Non è stata somministrata alcuna premedicazione farmacologica;
8. I risultati sono esposti in modo chiaro;
9. Valutazione complessiva della qualità dello studio.

Poiché la mia scala di valutazione ha solo 9 criteri. Il punteggio per la valutazione complessiva degli studi sarà:

≤4 risposte affermative: Qualità “Bassa”,
5-6 risposte affermative: Qualità “Moderata”
7-8 risposte affermative: Qualità “Alta”.

In allegato sono presenti le tabelle riassuntive degli articoli utilizzati per la revisione. La tabella è composta da: titolo, autore/i, anno di pubblicazione, luogo di pubblicazione, punteggio ottenuto secondo la scala di valutazione degli articoli, numero dell'articolo, tipologia di articolo e contenuto (scopo, metodologia, scala di valutazione ansia, risultati, conclusioni e osservazioni personali).

Nel capitolo 4.1 metodologia di analisi e revisioni viene spiegato il lavoro svolto e gli studi trovati.

Negli allegati al capitolo 10.2 è presente una tabella che illustra i punteggi ottenuti dai singoli studi, indicando in quale criterio sia stato assegnato o non assegnato il punteggio.

3. Apporto teorico (Background)

In questo capitolo dell'apporto teorico della mia tesi vorrei poter dare nozioni che permettono di dare al lettore una visione più ampia del tema e ne permettano una miglior comprensione.

Essendo un argomento molto ampio e importante ci sono molte informazioni che considero importanti dare.

3.1. Da un approccio patogenico a uno salutogenico

Quando in reparto somministriamo un ansiolitico, come ad esempio una benzodiazepina, per aiutare il nostro paziente ad abbassare il suo livello di ansia preoperatoria, stiamo ragionando/lavorando seguendo un approccio patogenico. Ovvero ci si concentra sui fattori di rischio (le cause della malattia) e si agisce per prevenirli, ridurli e/o contenerne i danni. Si stabilisce una diagnosi e si imposta una terapia per gestirne i sintomi. Nel pensiero patogenico la salute va protetta e tutelata.

Quello che mi piacerebbe far capire con questa tesi è che la salute non bisogna solo proteggerla e tutelarla, ma bensì promuoverla e incentivarla.

L'approccio salutogenico permette una visione diversa di salute da quello patogenico. Aaron Antonovsky, sociologo della salute, ha concettualizzato il concetto di approccio salutogenico. Osservando alcune donne ebree sopravvissute agli orrori dei campi di concentramento nella seconda guerra mondiale, notò che, nonostante avessero tutte vissuto lo stesso tipo di esperienza, alcune di loro furono in grado di affrontare questo avvenimento in modo audace e coraggioso sviluppando inoltre delle capacità per affrontare in modo più audace le situazioni future (Simonelli & Simonelli, 2010). L'autore si chiese come fosse possibile che alcune donne fossero state in grado di rimanere in buona salute e le altre no. Si domandò, quindi, per quale motivo le persone si mantengono in salute, indagando quali siano i processi e i fattori che generano salute anziché le cause e l'evoluzione delle malattie, come fa l'approccio patogenico.

Antonovsky interpreta la salute come un "continuum tra salute e malattia", ovvero ogni persona si trova su un determinato punto di questa linea immaginaria. Dove da un lato c'è la salute e dall'altro la malattia. Secondo questo autore ogni persona ha le risorse e le opportunità per spostare il suo "punto" verso il polo della salute (Simonelli & Simonelli, 2010). L'approccio salutogenico è centrato sul capire e indagare quali sono le condizioni e i meccanismi che favoriscono il miglioramento dello stato di salute, indipendentemente se la persona si trova in condizione di malattia o salute.

Secondo Antonovsky le persone hanno la capacità di rimanere in salute perché sviluppano il cosiddetto "*Sense of coherence*" (SoC) ovvero hanno la capacità di sviluppare un senso di fiducia nel fatto che il mondo è prevedibile e che molto probabilmente tutto andrà come ci si può aspettare (Simonelli & Simonelli, 2010). Esso è l'espressione dell'orientamento generale della persona verso il mondo e verso il futuro, attraverso la propria dimensione cognitiva (capacità di comprendere la realtà che

lo circonda), motivazionale (elaborare il proprio progetto di vita) e comportamentale (superare le difficoltà) (Pierò, Di Pilato, Longo, & Tortone, s.d.).

Il SoC esprime un orientamento verso il mondo e verso il futuro per superare ogni fattore di stress o episodio tragico, attraverso delle strategie di resistenza (General Resistance Resources) come il coping positivo (Simonelli & Simonelli, 2010).

La Salutogenesi tiene conto sia delle risorse salutogeniche interne che esterne. Le risorse "interne" sono quelle fisiche, psicologiche, emotive, mentali, cognitive proprie dell'individuo. Le risorse "esterne" solo le potenzialità ambientali, sociali, culturali ed economiche del contesto di vita in cui vive la persona (Simonelli & Simonelli, 2010). L'equilibrio tra i fattori che influenzano in modo negativo e positivo la salute condizionano il livello di salute (Figura 2).

Figura 2 Bilancia della salute

Se una persona possiede un SoC forte reagirà agli agenti stressanti percependoli come sfide per le quali attiverà le proprie risorse di resistenza. Chi possiede un SoC poco sviluppato percepirà le sollecitazioni stressante in modo più intenso e faticoso (Pierò et al., s.d.).

Antonovsky ha utilizzato un modo carino per spiegare la salute utilizzando la metafora del "Fiume della vita". La vita viene vista come un fiume, dove non è sufficiente costruire ponti e promuovere la salute evitando stress per evitare di precipitare nell'acqua, ma è necessario insegnare alle persone come nuotare per poter raggiungere l'altra sponda del fiume (che rappresenta la salute) e di non precipitare nella cascata (che rappresenta la malattia e la morte) (Eriksson & Lindstrom, 2008). Questa metafora vuole portare il focus della scienza medica verso quello della salute pubblica e della promozione della salute della popolazione.

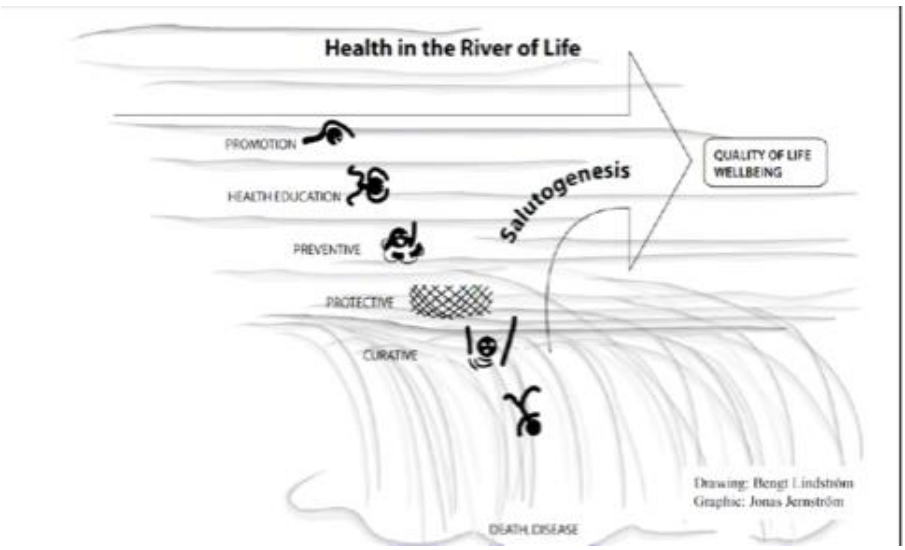

Figura 3 Metafora del "Fiume della vita" proposto da A.Antonovsky

Cercando possibili interventi non farmacologici che l'infermiere può fare/utilizzare per aiutare a ridurre l'ansia del suo paziente e farlo stare meglio, si ragiona con un pensiero salutogenico. Il mio obiettivo è sia quello di evitare che ai nostri pazienti si presenti un alto livello di ansia tale da farlo stare male e influenzare le sue funzioni fisiologiche sia quello di diminuirne l'intensità nel caso fosse già presente.

3.2. PNEI e la relazione tra mente e corpo

La psiconeuroendocrinoimmunologia o più semplicemente “PNEI”, è la scienza che studia e ci permette di capire quello che succede nel nostro corpo in situazioni di ansia e stress. Essa indaga in modo interdisciplinare le complesse relazioni che sussistono tra cervello (psico), comportamento (neuro), sistema endocrino (endocrino) e sistema immunitario (immunologia). Durante una situazione di stress il nostro corpo reagisce attivando i principali sistemi endocrini. La nostra risposta allo stress è quindi una questione i ormoni (Roganti, 2013).

Quello che comunemente chiamiamo cervello, in medicina è chiamato “encefalo” ed è la struttura più complessa di cui siamo a conoscenza. Esso è composto da diverse parti le quali, singolarmente, svolgono un compito specifico. Il sistema limbico, composto da ippocampo, amigdala, corteccia anteriore del cingolo e ipotalamo, è la parte del nostro encefalo che ci permette di gestire le emozioni, le motivazioni, i comportamenti finalizzati e di gestire la valutazione delle esperienze sociali (Lazzari, 2007). L’amigdala, in particolare, è importante poiché è responsabile del processo emozionale, in particolare della paura, della tristezza e della rabbia.

Un altro elemento importante è l’ipotalamo, che è il centro di smistamento tra l’attività nervosa e quella endocrina. Esso è capace di coordinare la secrezione di ormoni e neurotrasmettitori che si occupano della regolazione dell’interazione tra il cervello, la mente e il corpo (Lazzari, 2007). Negli anni sessanta e settanta Hans Selye scoprì che la risposta allo stress dipendeva dal cervello e di preciso proprio dall’ipotalamo (Roganti, 2013).

Nella Figura 4 viene illustrato cosa succede nel nostro corpo quando viene a contatto con un evento stressante. Il nostro sistema percettivo capta gli stimoli stressanti esogeni (fisico-ambientali, e psico-sociali) ed endogeni (dolore, paura, sete, fame...) e

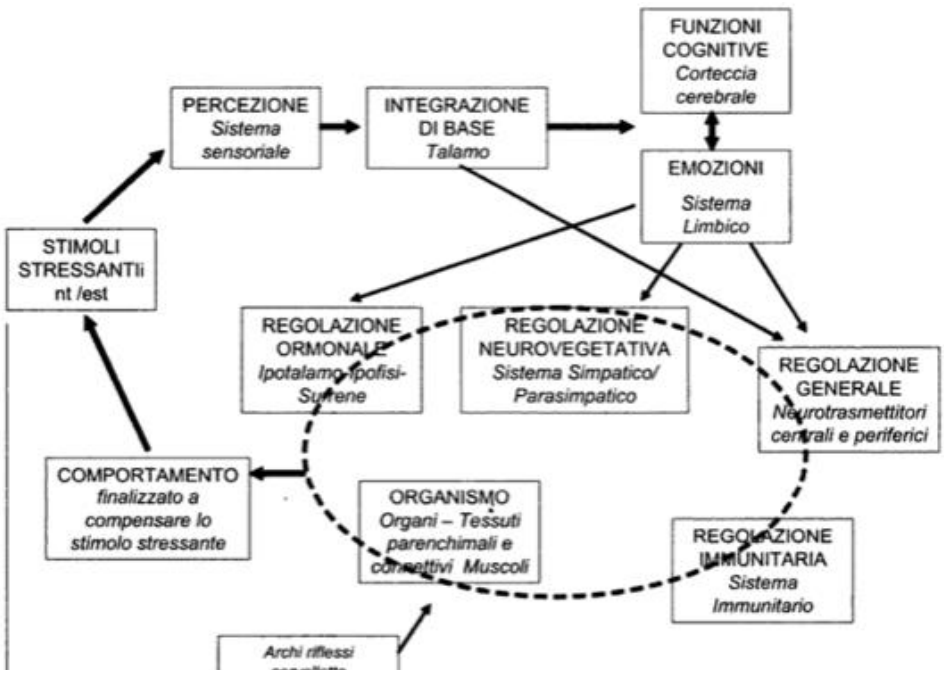

Figura 4 Stress e regolazione generale – Quello che succede nel nostro corpo ogni volta che viene a “contatto” con uno stimolo stressante

trasporta le informazioni a livello del talamo. I suoi nuclei elaborano gli stimoli sensitivi e li trasmettono al sistema limbico (valutazione emotiva) e alla corteccia cerebrale (valutazione cognitiva). Questi due sistemi sono in grado di valutare gli aspetti emotivi e cognitivi dello stimolo e in proporzione al pericolo valutato innescare una reazione a cascata di tipo ormonale (ipotalamo-ipofisi-surrene (Figura 5)) e quella neurovegetativa (SNA simpatico e parasimpatico) (Lazzari, 2007). Questo sistema finalizza la gestione della risposta comportamentale. Questa risposta ha lo scopo di permettere alla persona di superare la situazione e dare il "cessato allarme". Il corpo può così rigenerare e ristabilire i suoi parametri. Il sistema simpatico cede il posto a quello parasimpatico (Lazzari, 2007).

Nel 1936 Hans Selye spiegò il funzionamento della reazione di stress dimostrando che molteplici tipi di stressors (di tipo psicologico, fisico o infettivo) possono scatenare una cascata chimica che libera ormoni e neurotrasmettitori dalle ghiandole surrenali (Roganti, 2013).

La Figura 5 illustra quello che succede nella regolazione ormonale. Ovvero come si comporta il sistema endocrino per combattere lo stress. L'ipotalamo, stimolato da agenti stressanti fisici, psichici e infiammatori, rilascia nella circolazione sanguigna gli ormoni RH - *Corticotropin Releasinf Factor (Hormone*) (fattore rilasciante ACTH) e AVP - *Arginina-Vasopressina*, che stimolano l'ipofisi a produrre ACTH (Ormone adrenocorticotropo). L'ACTH prodotto dall'ipofisi, rilasciato anche lui nella circolazione sanguigna, stimola la corteccia surrenalica delle surrenali a rilasciare cortisolo.

Il cortisolo, rilasciato dalle surrenali, è in grado di influenzare numerosi tessuti e sistemi.

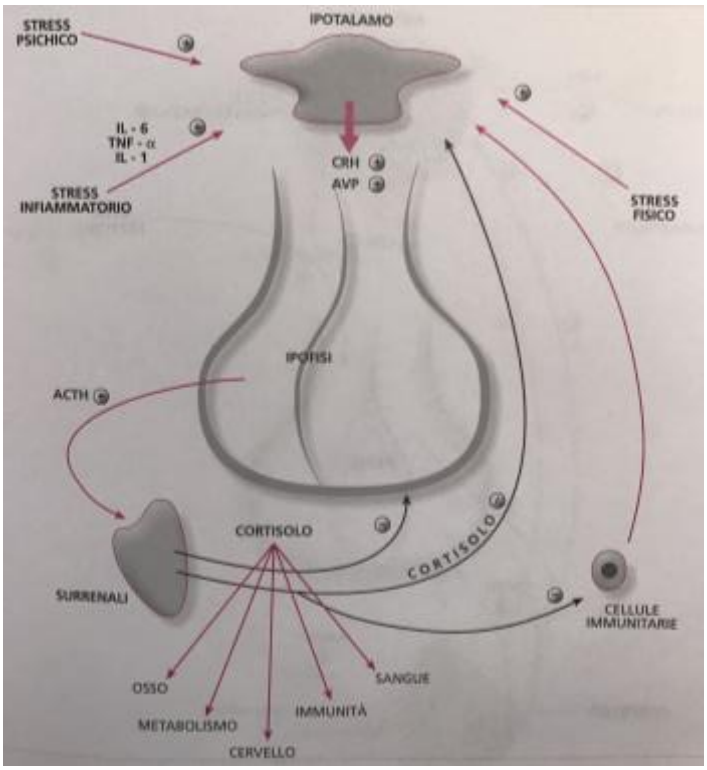

Figura 5 ***Il braccio chimico dello stress***

Una breve durata della presenza di questo ormone mobilizza ottimamente le risorse dell'organismo, un eccesso di esso però ha effetti negativi su molte parti dell'organismo. Ad esempio nel metabolismo c'è un'alterazione dei grassi e degli zuccheri, nelle ossa può favorirsi lo sviluppo di osteoporosi, nel cervello possono esserci danni all'ippocampo e nel sistema immunitario con una soppressione dello stesso (Bottaccioli, 2005).

A metà anni ottanta fu dimostrato che la risposta del sistema immunitario poteva essere soppressa da un aumento di produzione di cortisolo (dalle ghiandole surrenali) causato dalla reazione di stress (Roganti, 2013). Altri studi hanno dimostrato che se individui, in situazioni controllate, vivono situazioni stressanti oppure percepiscono la vita come stressante, hanno più probabilità di andare in contro a infezioni e quindi di ammalarsi a causa della soppressione del SI. Già 5 minuti dopo l'induzione di stress, c'è un aumento del numero delle cellule Natural Killer e delle cellule T helper e una minor funzionalità generale del sistema immunitario. Quando il nostro sistema immunitario è debole siamo più facilmente suscettibili all'invasione di microbi, batteri, funghi e virus. È tipico quando abbiamo un carico di lavoro importante o dopo un esame siamo più facilmente a rischio di ammalarci (Cassidy, 2002). Questi studi hanno dimostrato come tutto il nostro corpo sia in continuo collegamento.

La psiche percepisce gli stimoli stressanti e il cervello stimola il sistema endocrino che a sua volta influenza il sistema immunitario .(Cassidy, 2002). La mente è in grado di influenzare tutto il corpo, per questo motivo è importante aiutare i nostri pazienti a gestire lo stress e le emozioni.

Un altro esempio è lo studio condotto su bambini con deficit dell'ipofisi vaccinati per il tifo, questo ha dimostrato la presenza di collegamenti tra il cervello e il sistema endocrino e che anche il sistema immunitario è in grado di stimolare il sistema endocrino. Gli scienziati hanno scoperto che ci sono ormoni linfocitari che hanno effetti endocrini pari alle cellule delle ghiandole endocrine. I bambini con un deficit dell'ipofisi non producono la stessa quantità di ACTH di una persona sana, hanno infatti una scarsa produzione di cortisolo e glucocorticoidi. Dopo aver somministrato il vaccino e quindi stimolato l'attivazione del SI, si è notato che questi bambini presentavano un aumento della produzione di glucocorticoidi. Si è scoperto che la produzione di ACTH veniva proprio dalle cellule linfocitarie (Bottaccioli, 2005). La Figura 6 mostra quanto spiegato sopra. Stimoli cognitivi o non cognitivi stimolano entrambi la produzione di CRH, o dal cervello (ipotalamo) o dal SI (linfociti B). Il CRH può stimolare l'ipofisi a rilasciare ACTH o i macrofagi a rilasciare IL-1. L'interleuchina-1 (IL-1) è in grado di aumentare la produzione di CRH dall'ipotalamo e dall'ACTH sia dai linfociti che dall'ipofisi. I glucocorticoidi sono in grado di interrompere il meccanismo di produzione di ACTH dalle surrenali (Bottaccioli, 2005).

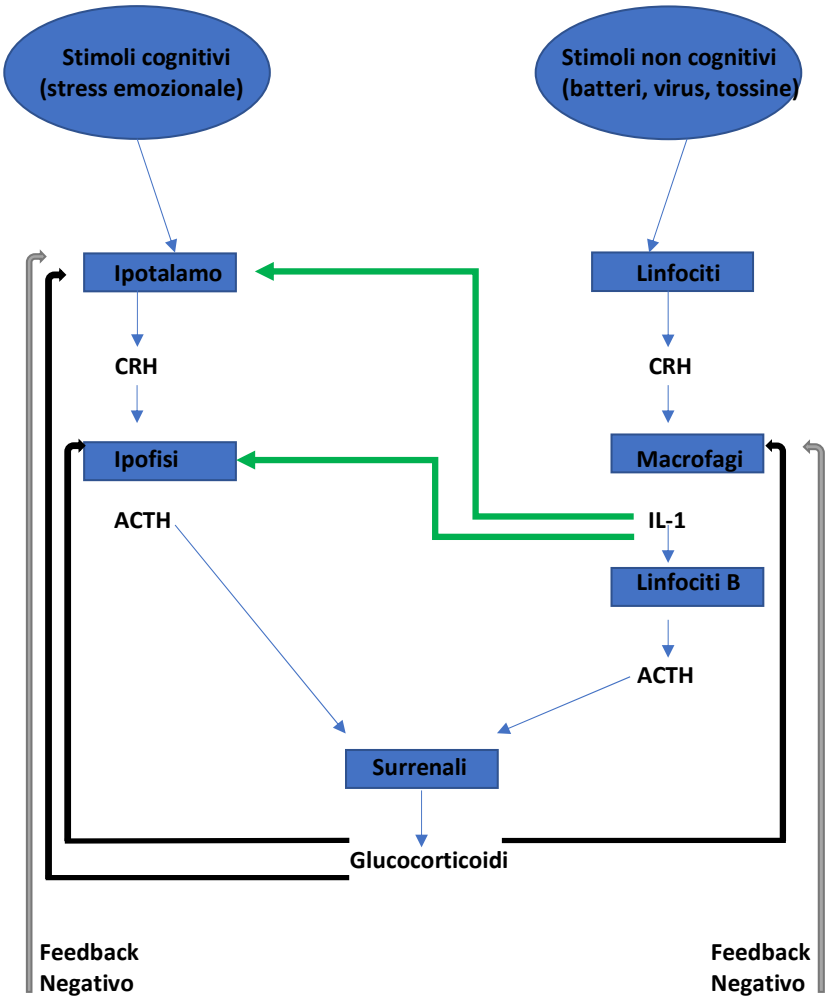

Figura 6 Rielaborazione personale immagine di Bottaccioli (2005) sul gioco tra Il-1 e CRH

La PNEI permette di dare visione olistica dell'uomo; il professionista sanitario non osserva e analizza più la persona a "pezzi" ma come un unico network, una rete strutturata e interconnessa, che si trova in un momentaneo stato di disequilibrio il cui compito sarà quello di riportarlo a uno stato di riequilibrio. Il nostro network può essere influenzato da molteplici fattori come l'alimentazione, l'attività fisica, le piante, le tecniche di controllo dello stress e non solamente dai farmaci (Bottaccioli, 2005; Bottaccioli, 2010)

La scoperta delle interconnessioni che esistono tra s.nervoso, s.endocrino e s.immunitario ha cambiato l'idea ereditaria della concezione bio-medica dell'organismo, mostrando la possibilità che fattori sociali e psicologici possono esercitare un'influenza sull'origine, l'andamento e la progressione della malattia. Le connessioni interdisciplinari vengono finalmente riconosciute e impiegati nelle cure, nella prevenzione e nella promozione della salute (Roganti, 2013).

3.3. Modello bio-medico e bio-psico-sociale

Il modello bio-medico è un modello riduzionista nell'interpretare salute e malattia, esso separa ciò che riguarda l'ambito psicologico e mentale da quello che considera corpo come apparato biologico. Vede la malattia come un mal funzionamento dei meccanismi biologici e non è in alcun modo influenzata dal comportamento sociale. Nel modello bio-medico il paziente non ha potere decisione (o molto poco), esso è "oggetto" di cura del personale sempre più specializzato in patologie di singoli organi (Simonelli & Simonelli, 2010).

Il modello bio-psico-sociale invece è basato sulla "teoria dei sistemi", esso tiene in considerazione l'interazione tra gli aspetti biologici, psicologici e sociali per valutare lo stato di salute o di malattia del paziente (Piasentin, 2015). L'aspetto biologico tiene conto della genetica e della biologia della persona, l'aspetto psicologico tiene in considerazione l'influenza delle dimensioni psicologiche, spirituali ed emozionali e quello sociale di come la famiglia, la cultura, la comunità, lo status socio-economico, la possibilità dell'acceso alle cure sanitarie o i ruoli nella vita condizionino la salute (Simonelli & Simonelli, 2010). Si avvale della concezione della salute definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ovvero che la salute si definisce come "*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o di infermità*" (WHO, 1948). Esso riconosce e rispetta i valori della persona e della sua gestione autonoma in merito alla propria vita (Simonelli & Simonelli, 2010).

Per questo motivo il medico e l'infermiere non devono solamente lavorare sul lato biologico del paziente, ma agire si tutte le parti che lo compongono. Negli anni la medicina ha cominciato a occuparsi sempre più frequentemente anche degli aspetti sociali e psicologici del paziente garantendo cure sempre più olistiche e complete.

3.4. Lo stress e il coping

Ansia e stress sono collegate, esse hanno infatti numerose caratteristiche in comune. Esiste un'ansia buona e un'ansia cattiva, così come esiste uno stress buono e uno stress cattivo. Entro certi limiti questi fenomeni sono positivi, stimolanti e permettono di vivere in modo efficiente. Ma quando entrambi superano un certo livello cominciamo ad avere problemi (Farnè, 2003). Ma ora cerchiamo di capire meglio cosa sia lo stress. Secondo il dottor H.Selye (1956), è una risposta psicofisica ad una quantità di compiti (cognitivi, emotivi o sociali) percepiti come eccessivi (Simonelli & Simonelli, 2010).

Trombini (1982) interpreta lo stress come uno "stato di tensione dell'organismo, in cui vengono attivate difese per far fronte a una situazione di minaccia"; viene definito acuto quando sono situazioni di carattere intenso e cronico quando sono situazioni di carattere permanente.

Nel 1956 Hans Selye riferì che esiste un quadro di sintomi chiamato "sindrome generale di adattamento", ovvero una risposta aspecifica (dal tipo di agente stressante) che l'organismo mette in atto per tentare di ripristinare la sua omeostasi. Questa sindrome è composta da tre stadi:

- *Fase di allarme*, in cui si riconosce la minaccia e si mobilitano le difese (il battito cardiaco aumenta, la digestione si interrompe, le pupille si dilatano e i muscoli si contraggono) (Cassidy, 2002)
- *Fase di resistenza*, dove, se la minaccia persiste, l'organismo è costretto ad adattarsi alla situazione dosando le risorse disponibili;
- *Fase di esaurimento* (sovraccarico allostatico), nel caso in cui la condizione stressante continua o è troppo intensa, dove l'organismo non riesce più a difendersi e la naturale capacità di adattamento viene a mancare (Simonelli & Simonelli, 2010).

Come spiegavo prima, esistono due tipologie di stress (individuate da Selye): *Eustess*, eu che in greco significa buono – bello, e *Distress*, dis che significa cattivo – morboso. L'eustress è indispensabile per la vita, si manifesta sotto forma di una stimolazione ambientale interessante e produttiva, il distress, invece, è lo stress che causa disturbi fisici ed emotivi alla persona (Simonelli & Simonelli, 2010). Durante una situazione stressante vengono messe in primo piano le funzioni dell'attività cerebrale della vigilanza, dell'attenzione e l'attività difensiva del sistema immunitario; le funzioni legate alla crescita, alla riproduzione o alla digestione sono invece ridotte. I glucocorticoidi (come il cortisolo) promuovono la conversione dei lipidi e delle proteine in carboidrati utilizzabili durante il momento di "fuga" in cui c'è un'intensa attività che richiede in breve tempo di ripristinare le energie. Se però questa situazione si protrae senza dispendio energetico, i glucocorticoidi possono alterare l'azione dell'insulina, promuovendo così un aumento di glucosio e il conseguente accumulo di grasso corporeo (Lazzari, 2009).

La metafora della "bilancia dello stress" è utile per capire cosa succede quando le "richieste" dal mondo esterno e dal contesto vengono paragonate alle "risorse" che il soggetto dispnee per far fonte alla situazione. Lo sbilanciamento tra le risorse e le

richieste fa sì che si crei una situazione di difficoltà sia negli equilibri fisiologici, psicologici che in quelli relazionali della persona.

La discrepanza percepita tra richieste e risorse è ciò che crea distress, infatti questa differenza fa si che la persona provi una sensazione di pericolo e paura di non riuscire a gestire la situazione (Lazzari, 2007).

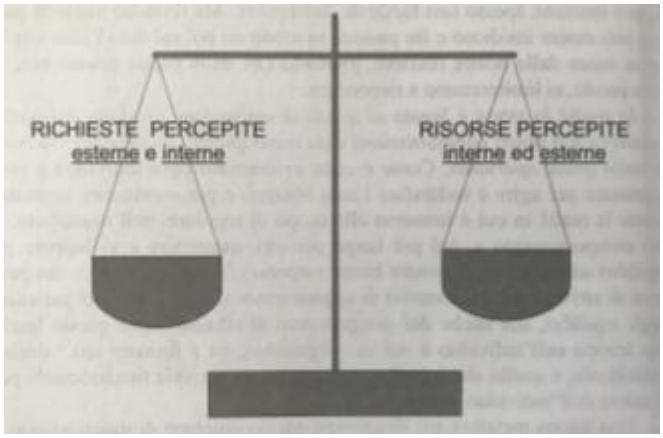

Figura 7 Bilancia dello stress

Lazzari (2009) nel suo libro scrive: *"Nessun sistema corporeo, nessuna parte o componente del nostro organismo si può chiamare fuori dal sistema dello stress, esso "arruola" tutti e non solo a livello biologico: è l'intera persona in gioco."*

Il sistema dello stress è fondamentale per conservare una buona condizione di salute, esso ci aiuta a superare ostacoli e a stimolarci ad andare avanti, ma in quantità eccessive ci altera l'equilibrio e il nostro corpo ne soffre. Per avere una buona salute non bisogna evitare lo stress, ma bensì individuare delle strategie efficaci per riuscire a ritrovare il nostro equilibrio ed affrontarlo in modo efficace (Selye, 1974).

La capacità di mettere in atto strategie per superare la situazione/ ritrovare il nostro equilibrio si chiama "Coping", esso viene definito da Folkman e Lazarus (1984) "*l'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali, in continuo mutamento, che l'individuo compie al fine di gestire situazioni che egli considera potenzialmente lesive o logoranti* (come quelle stressanti)".

Il coping è una risposta/strategia che la persona adotta per riuscire a superare eventi che percepisce come problematici o stressanti. Sempre secondo Folkman e Lazarus (1984) esistono due modalità di coping: quella centrata sul problema, ovvero il tentativo di capire e definire una problematica e di elaborare delle soluzioni possibili; e quella centrata sull'emozioni, dove cerca di gestire l'emozione e può avvalersi della meditazione, dell'esercizio fisico e della ricerca di sostegno da parte di altri.

Il rapporto tra stress e coping secondo Latack (1986) consistite in quattro componenti principali:

- I fattori ambientali che inducono stress
- La valutazione cognitiva dei fattori di stress (come e quanto valuto stressante la situazione)

- Il livello di stress sperimentato sul piano psico-fisico e comportamentale (es. ansia)
- E le strategie di coping intraprese

Le capacità di coping influenzano le nostre capacità di gestire lo stress, hanno quindi effetti positivi sulla salute e permettono di individuare soluzioni creative alle avversità della vita e quindi di migliorare anche le relazioni interpersonali. Nell'approccio salutogenico il coping ha una grande importanza, in quanto viene utilizzata ed espressa una risorsa interna che diventa un processo per generare salute (Simonelli & Simonelli, 2010)

3.5. Omeostasi e Carico allostatico

Nel capitolo precedente sullo stress abbiamo parlato di omeostasi. L'omeostasi è la capacità dell'organismo di mantenere un equilibrio al suo interno attraverso dei processi di regolazione che si attivano ogni qualvolta ci sono delle variazioni esterne (Simonelli & Simonelli, 2010). L'omeostasi è la tendenza a mantenere l'ambiente interno stabile dentro a valori accettabili per la vita (Cassidy, 2002). Esso è paragonabile al riscaldamento di casa, quando la temperatura esterna diminuisce il riscaldamento in casa si accende e quando in casa c'è la temperatura prefissata, il riscaldamento si spenge e si riaccende se dovesse riabbassarsi. I processi di omeostasi avvengono ovunque all'interno del nostro organismo, dalla cellula al grande apparato (Lazzari, 2009).

Per poter far raggiungere l'omeostasi è necessario che intervengano i processi allostatici. Ovvero processi essenziali in grado di regolare e sottolineare i punti di equilibrio, che si evolvono e cambiano, per poter far fronte alle richieste interne ed esterne e portare ad uno stato di omeostasi (Lazzari, 2009; McEwen & Gianaros, 2011). Questi processi hanno un costo e il prezzo che bisogna pagare viene chiamato carico allostatico. Se il prezzo è troppo alto si va in contro a un sovraccarico allostatico (McEwen & Gianaros, 2011). Quando questo carico è significativo e non si riesce a ripristinare l'equilibrio, la persona si ritrova in una situazione di sovraccarico. Esso può essere dovuto a situazioni di stress acuto o cronico. L'aumento del carico allostatico comporta un abbassamento dei livelli si salute e si instaura una situazione di patologia(Lazzari, 2009).

La differenza tra omeostasi e allostasi è che la parola equilibro (omeostasi), come significato di tornare al medesimo stato di prima, può essere applicato ai processi fisiologici che mantengono la vita (pH, temperatura, glucosio, ...) dove quindi il corpo deve adattarsi e modificarsi per trovare un punto di equilibrio nuovo. Mentre l'allostasi è stata definita come l'ottenimento della stabilità attraverso il cambiamento, significa che i "punti fissi" e i confini di controllo devono anch'essi modificarsi, non si torna mai esattamente alla situazione di prima (Lazzari, 2009).

I processi allostatici portano, oltre che all'omeostasi immediata, al mantenimento della t° corporea e del pH, alla difesa da agenti patogeni e da pericoli fisici. Durante una situazione stressante un rilascio di catecolamine e di glucocorticosteroidi facilita

l'attivazione delle cellule immunitarie verso l'infezione o per produrre altri tipi di risposte immunitarie. Nel cervello le catecolamine e i glucocorticosteroidi intervengono sull'immagazzinamento dei ricordi di eventi o situazioni pericolose in modo da evitarle in futuro (Lazzari, 2009).

3.6. Sistema nervoso autonomo

Il sistema nervoso autonomo (SNA) è parte del sistema nervoso periferico che si occupa del controllo integrato e del coordinamento delle molte funzioni che consentono all'organismo di agire come un tutt'uno. Spesso definito anche sistema nervoso vegetativo, il SNA è diviso in due parti; la divisone simpatica e quella parasimpatica. Solitamente le due parti esercitano azioni antagoniste. La divisione simpatica si occupa del sistema "Lotta o fuga" mentre quella parasimpatica del sistema "Riposo e assimilazione" (Von Euler & Cangiano, 1982). Nella figura 8 vengono mostrate le principali funzioni del sistema nervoso parasimpatico e di quello simpatico. I principali centri di controllo del SNA si trovano nel tronco encefalico e nell'ipotalamo, quest'ultimo è collegato anche con la corteccia cerebrale (sostanza grigia nello strato più esterno del cervello) ed essi, poiché permettono la gestione delle emozioni, possono influenzare l'attività vegetativa. Buona parte delle risposte autonome non possono essere modificate coscientemente, infatti non siamo in grado di rallentale la frequenza cardiaca (FC) o regolare la contrazione delle pupille. Il nostro cervello non ha potere decisionale, per questo motivo quando si esegue il test della verità il poligrafo misura la FC per sapere se mentiamo oppure no (Von Euler & Cangiano, 1982; Tortora & Derrickson, 2011) .

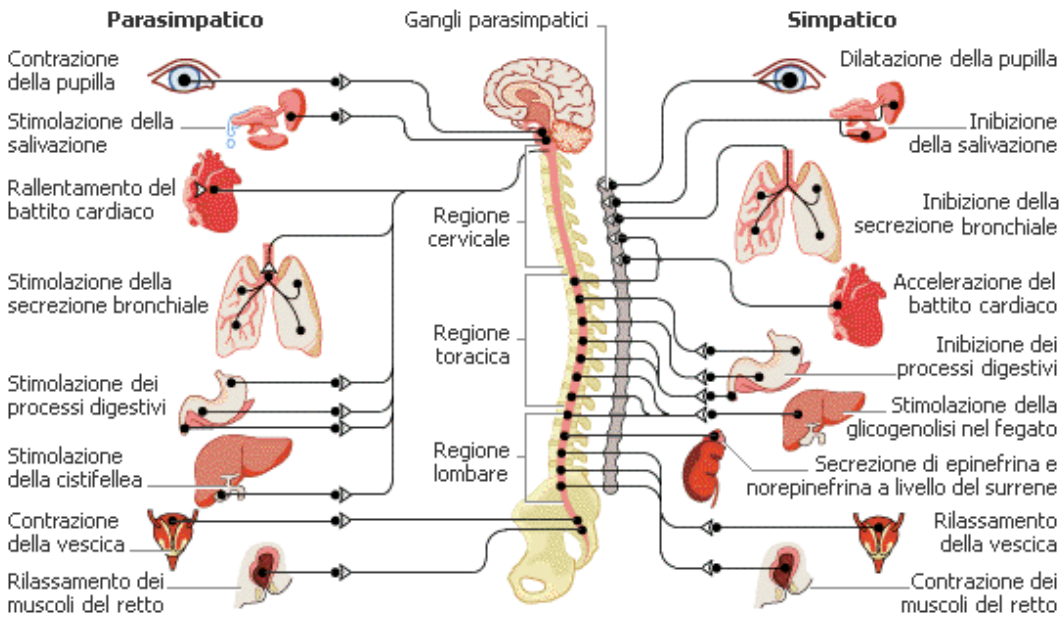

Figura 8 Sistema Nervoso Parasimpatico e Simpatico

3.7. Ansia e ansia preoperatoria

In accordo con la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA) Holloway (2008) definisce l'ansia come "*una vaga sensazione, spiacevole, di disagio e timore accompagnata ad una risposta automatica; la causa spesso non è specifica, oppure è sconosciuta al soggetto; una sensazione di apprensione, preoccupazione provocata dal presentimento di pericolo. È un segnale di allarme che avverte di un pericolo imminente e mette il soggetto in condizione di reagire al pericolo*".

L'ansia è una risposta emozionale che può essere scatenata dal sesso, dall'età, dalla paura, da un'esperienza ospedaliera precedente o da un meccanismo di coping inefficace (Pittman & Kridli, 2011). Chiunque sperimenta nell'arco della vita un certo livello di ansia (Smeltzer et al., 2010b), infatti qualsiasi persona emotivamente "normale" nella sua vita convive con una giusta dose di ansia. Essa è una carica psicologica, uno stato di attivazione che ci permette di affrontare i problemi della vita con determinazione e poterli risolvere (Farnè, 2003). La sua intensità varia a seconda della gravità della minaccia percepita e se gli sforzi sostenuti per controllare le emozioni sono stati sufficienti (Carpenito-Moyet, 2010).

L'ansia può essere vista come un continuum da medio a grave. Un paziente con ansia media o moderata è in grado di riuscire a comunicare e discutere di ciò che lo preoccupa (Holloway, 2008) spingendolo a mettersi in gioco (Smeltzer et al., 2010b), mentre quando il livello di ansia è grave, il paziente può percepire la situazione come bloccante e non riuscire a fare nulla (Holloway, 2008). Secondo Farnè (2003) quando il livello di ansia è tale da avere un'irrequietezza e una tensione opprimente essa viene definita "nevrotica", ovvero dove si percepisce un pericolo imminente ma dal quale non si comprende la causa. L'ansia è quindi uno stato molto simile alla paura, ma con la differenza che quest'ultima nasce da una minaccia o da un pericolo ben noto.

Nella lingua italiana questo fenomeno può essere indicato con due termini, quello di ansia oppure quello di angoscia, questo perché nelle lingue non latine, come il tedesco o l'inglese, non esiste una distinzione tra i due termini. Il termine ansia deriva dall'inglese "*anxiety*" mentre il termine angoscia dal tedesco "*angst*", ma entrambi derivano dalla parola latina "*anxia*". C'è chi considera l'ansia come una condizione utile e vantaggiosa per raggiungere un obiettivo, mentre usano il termine angoscia per descrivere un espressione più patologica dell'ansia, un'espressione nevrotica (Farnè, 2003; Galimberti, 1999). In questa tesi coninueremo ad utilizzare il terimine <<ansia>>.

Agarwal et al., (2005) citando Caumo e Ferreira (2003) riferiscono che esistono due tipi di ansia : l'ansia di tratto e l'ansia di stato. L'ansia di stato o acuta è normale, essa è necessaria alla nostra sopravvivenza. È quell'ansia che altera il nostro senso di sicurezza che risponde a una perdita o a un cambiamento imminente (Carpenito-Moyet, 2010). È uno stato temporaneo che riflette la risposta emozionale a un esperienza di stress provata in quel momento (Pittman & Kridli, 2011). Essa è associata a episodi acuti che non persistono oltre la situazione momentanea che la scatena. È una condizione emozionale transitoria che si basa su sentimenti di apprensione, nervosismo

e preoccupazione temporanei (come l'ansia causata da un intervento chirurgico per esempio) (Agarwal et al., 2005).

L'ansia di tratto o cronica è quella condizione in cui ci si trova quotidianamente a vivere in uno stato di ansia (Carpenito-Moyet, 2010). È l'ansia che si ha durante tutta la vita, ovvero la tendenza a percepire le situazioni quotidiane come minacce (Fernández-Blázquez, Ávila-Villanueva, López-Pina, Zea-Sevilla, & Frades-Payo, 2015). È la tendenza stabile a sperimentare, segnalare e frequentare emozioni negative come ansia, preoccupazione e paure (Gidron, 2013). Viene considerata come un tratto di personalità e coloro che mostrano un livello di ansia caratteristica presentano spesso caratteristiche comportamentali nervose, ipersensibili e più reattive alle situazioni stressanti (Pittman & Kridli, 2011).

Ogni intervento chirurgico, indipendentemente dal tipo di operazione tende ad aumentare il livello di ansia. Ma perché un intervento chirurgico può essere considerato un evento stressante? Secondo i ricercatori quasi la totalità degli eventi stressanti è accomunata da fattori comuni come la controllabilità, la predicibilità, la minaccia e la perdita. Ciò che è considerato una minaccia diventa stressante. Il punto essenziale è il controllo della situazione, se non possiamo più controllarla il nostro livello di stress aumenta (Cassidy, 2002). Un intervento chirurgico quindi è stressante perché il paziente non ha il reale controllo della situazione. Esso pone la propria vita nelle mani altrui senza aver la possibilità di gestire la situazione.

Nell'80% dei pazienti l'ansia preoperatoria è causata da una paura del dolore, della separazione dalla famiglia, dalla paura dell'anestesia e dell'intervento chirurgico, della paura di perdita d'indipendenza, della morte o del cambiamento della propria immagine corporea (Pereira, Figueiredo-Braga, & Carvalho, 2015; Grieve, 2002) . Essa può essere ulteriormente aggravata dalla sensazione personale di dover sopportare ulteriori accertamenti come l'applicazione di un CVP (catetere venoso periferico), i tentativi di prelevare il sangue da parte dell'infermiere, vedere altri pazienti nei letti d'ospedale oppure anche solo le luci e i suoni sconosciuti dell'ambiente ospedaliero (Pittman & Kridli, 2011). Molto spesso l'ansia preoperatoria è sottovalutata poiché esiste l'idea preconcetta che essa ci sia (McClurkin & Smith, 2016)

Come spiegano Ni, Tsai, Lee, Kao, & Chen (2011) chiunque può manifestare cambiamenti fisici e psicologici a causa della preoccupazione per l'intervento chirurgico. I segni e i sintomi che si manifestano più di frequente possono essere aumento della frequenza cardiaca, aumento della pressione arteriosa, palpitazioni, nausea e/o vomito. Questo perché durante momenti di ansia viene sovra-stimolato il sistema nervoso autonomo, come visto nel capitolo "sistema nervoso autonomo". I sintomi manifestati sono le manifestazioni fisiche del suo sovra-funzionamento (Agarwal et al., 2005). In numerosi anni di studi, si è viso come alti livelli di ansia influenzano negativamente gli interventi chirurgici (Ali et al., 2014). È stato evidenziato un aumento del dolore post operatorio, una guarigione più lenta delle ferite, una maggior richiesta di analgesici, un recupero più lento dall'anestesia e quindi un aumento della degenza ospedaliera oltre

che a una richiesta maggiore di farmaci per anestetizzare il paziente (Agarwal et al., 2000; Yilmaz, Sezer, Gürler, & Bekar, 2012).

Quest'ultima complicanza può causare numerosi disturbi al paziente, infatti un uso elevato di anestetici aumenta la probabilità di sviluppare malattie respiratorie, disturbi cardiaci e di indebolire il sistema immunitario (Alanazi, 2014). Sappiamo anche però che un livello di ansia ragionevole (ovvero che il nostro paziente sia in grado di collaborare, di mantenere la concentrazione e di gestire la situazione) prima dell'intervento chirurgico è considerato di beneficio e positivo per il recupero del dopo l'operazione (Alanazi, 2014).

Ogni paziente manifesta l'ansia in modo differente, per questo motivo l'infermiere deve essere in grado di personalizzare l'assistenza infermieristica in base alle esigenze e necessità di ognuno (Holloway, 2008).

3.8. Intervento Chirurgico Elettivo

La chirurgia è un ramo della medicina che si occupa di una problematica del paziente con atti manuali e operazioni strumentali («Chirurgia», s.d.). Esistono diverse categorie di intervento chirurgico: quello d'elezione, ovvero programmato, oppure d'emergenza, che implica poco tempo per entrare in sala operatoria.

Esistono numerose tipologie e motivi per i quali vengono eseguiti interventi chirurgici. Vengono eseguiti con lo scopo di diagnosticare una patologia (per esempio una biopsia), di curare (ad esempio asportare una massa tumorale), di riparare (ad esempio una sutura di ampie ferite), ricostruire/cosmetica (che può essere ricostruzione del seno o un lifting al volto) ma anche palliare (ad esempio correggere un problema che disturba particolarmente) (Holloway, 2008). Ogni tipologia di intervento è per il nostro paziente un momento stressante e un evento complesso. Oggigiorno sempre più interventi (circa il 60%) vengono eseguiti in regime ambulatoriale, ovvero si presentano in ospedale il mattino e rientrano al domicilio dopo essersi ripresi dall'anestesia. Tutto ciò è stato possibile grazie allo sviluppo della medicina sia a livello chirurgico che anestesiologico. (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010a).

Tempo fa, per un intervento elettivo, il paziente necessitava di essere ricoverato il giorno precedente all'intervento per poter eseguire una valutazione iniziale ed esami di controllo. Oggi non è più necessario, in quanto tutto ciò viene effettuato durante dei colloqui alcuni giorni prima dell'intervento (Smeltzer et al., 2010a). Oltre all'evoluzione della chirurgia c'è stata un eccellente evoluzione anche nel campo dell'anestesia; farmaci più sofisticati e con miglior efficacia hanno potuto migliorare la gestione del dolore, ridurre il vomito e la nausea e ciò ha permesso di velocizzare i tempi di degenza dei pazienti e quindi permettere un maggiore uso di "Day Hospital". Questa grande evoluzione ha anche un lato negativo però, a causa della breve degenza dei pazienti in ospedale, essi necessitano di maggiore aiuto verso i bisogni educativi, dell'insegnamento all'autocura, si è creato così un aumento dell'uso di servizi riabilitativi e d'assistenza a domicilio (Smeltzer et al., 2010b).

L'infermiere si è ritrovato a dover assistere maggiormente il paziente, a doverlo educare su come comportarsi al domicilio e cercare di renderlo autonomo il primo possibile. Questa rapido avvenimento potrebbe essere uno dei motivi di preoccupazione del paziente, la paura di non riuscire ad essere indipendente, di non sapersi gestire al domicilio o di avere dolore.

3.9. Assistenza infermieristica al paziente chirurgico

Il ruolo infermieristico è di estrema rilevanza durante questo periodo, infatti gli infermieri si prendono cura del paziente in tutto il periodo perioperatorio (ovvero pre-intra-post operazione) (Smeltzer et al., 2010a). La sicurezza dei pazienti, l'eliminazione dei rischi inutili e un'efficace valutazione preoperatoria sono una parte essenziale della cura del paziente (Nicholson, Coldwell, Lewis, & Smith, 2013).

La decisione di eseguire un intervento chirurgico spetta al chirurgo e soprattutto al paziente (Nicholson et al., 2013). Il paziente malato si trova a dover scegliere se eseguire l'intervento chirurgico con il possibile rischio di dolore, dipendenza, deturpazione (a causa della cicatrici) o morte, oppure non operarsi e rischiare di morire per la malattia stessa (Perry & Potter, 2007). La decisione di eseguire un intervento chirurgico, maggiormente quando si tratta di un intervento importante, è un momento molto difficile e complicato per il paziente. Per questo motivo il nostro ruolo di infermieri è molto importante.

L'obiettivo dell'assistenza infermieristica preoperatoria è quello di ottimizzare il percorso del paziente durante tutto il percorso (Nicholson et al., 2013) e garantirsi che siano presenti più fattori positivi per la salute possibili, così da evitare spiacevoli complicanze (Smeltzer et al., 2010a). Nel periodo preoperatorio l'infermiere si occupa della valutazione di base dell'assistito tramite una raccolta di informazioni con un colloquio, del controllo della documentazione, l'esecuzione e il controllo delle indagini diagnostiche (esami del sangue, urine, gruppo sanguigno e fattore rhesus), dell'educazione pre-operatoria al paziente e la gestione del suo stato emotivo. Esegue inoltre dei controlli per valutare lo stato di salute momentaneo tramite il controllo dei parametri vitali e a dipendenza del tipo di intervento vengono eseguiti più o meno tipologie di indagini diagnostiche, soprattutto se specifiche alla particolare patologia. (Smeltzer et al., 2010a; Holloway, 2008). Determinate tipologie di intervento richiedono una preparazione preoperatoria particolare, ad esempio i pazienti sottoposti ad interventi intestinali richiedono una specifica preparazione intestinale con purghe e lassativi per permettere un ottimale svuotamento. Nel caso il paziente venga ricoverato il giorno stesso dell'intervento è necessario che venga educato per poter eseguire una corretta preparazione (Perry & Potter, 2007).

L'educazione preoperatoria ha un ruolo importante in questa fase, l'infermiere chiarisce al paziente cosa succederà durante il periodo intraoperatorio e gli spiga le possibili sensazioni che potrebbe provare. Per alcune persone avere a disposizione molte informazioni li aiuta ad ottenere un maggior grado di rilassamento e tranquillità. Bisogna però prestare attenzione che non tutti i pazienti apprezzano avere troppe anticipazioni, poiché troppe informazioni aumentano il loro livello di ansia (Smeltzer et al., 2010a). Le

persone che desiderano sapere tutto (come evolve la situazione, cosa succede) vengono definite “Vigilant copers” ovvero hanno un meccanismo di coping attivo, mentre coloro che non desiderano sapere nulla o poco vengono definiti “Avoidance copers” ovvero con un meccanismo di coping passivo (Grieve, 2002).

L’educazione preoperatoria del paziente include anche insegnamenti sulla respirazione ed esercizi per le gambe per evitare complicazioni postoperatorie. Per la gestione dello stato emotivo del paziente può essere insegnato l’uso di strategie cognitive di coping per alleviare la tensione e la paura, come l’immaginazione (incoraggiato a concentrarsi su un momento felice), la distrazione (incoraggiato a pensare e ripetere la sua poesia preferita o una storia) e la recitazione ottimistica (sollecitare il paziente a ripetersi che “andrà tutto bene”) (Smeltzer et al., 2010a). Un atteggiamento altruista e rispettoso verso il paziente e la sua famiglia può aiutarlo a sentirsi più sicuro e a ridurre l’ansia (Perry & Potter, 2007).

Da qualche anno nelle principali strutture del Canton Ticino (EOC) si utilizza un nuovo modello di cura, il Primary Nursing (PN), inventato da Marie Manthey negli anni ‘60. Negli ultimi anni la situazione di cura per i pazienti acuti è cambiata anche in Ticino, le cure sono diventate più complicate, l’ospedalizzazione dura sempre meno e si è visto un aumento dell’uso dei reparti ambulatoriali. Per questo motivo è stato deciso di utilizzare un nuovo modello di cura che potesse assistere al meglio questa nuova tipologia di pazienti. Il PN pone al centro dell’attenzione e alla responsabilità individuale di ogni infermiera un paziente. L’infermiere diplomato si assume le responsabilità di un paziente dalla sua ammissione alla sua dimissione. Esso si occupa di pianificare e coordinare le cure garantendone così una continuità. Ciò perette di curare un legame più profondo e soddisfacente per entrambi, anche se richiede un maggior impegno da parte del professionista della salute (Willems, 2015).

3.10. Segni e sintomi dell'ansia

Poiché il nostro compito è anche quello di osservare precocemente elementi clinici di ansia e paura, qui di seguito sono elencati alcuni degli indicatori fisiologici, emotivi, relazionali e spirituali che ci possono permettere di capire che il nostro paziente stia manifestando un senso di ansia (Smeltzer et al., 2010b).

Tabella 1 - Segni e sintomi indicatori di ansia

Indicatori Fisiologici	Indicatori Emotivi	Indicatori Relazionali	Indicatori Spirituali
• Cambiamento dell'appetito • Cefalea • Tensione muscolare • Affaticamento • Variazioni di peso • Sintomi stato influenzale • Denti digrignati • Palpitazioni • Difficoltà a dormire • Irritazioni alla cute • Aumento uso di farmaci o droghe	• Dimenticanze • Bassa produttività • Sentirsi lento • Scarsa concentrazione • Confusione • Giramento di testa • Noia • Frustrazione • Depressione • Pianto • Preoccupazioni • Riso nervoso	• Isolamento • Intolleranza • Risentimento • Solitudine • Inveire • Chiusura in sé stesso • Brontolare • Mancanza di intimità	• Senso di vuoto • Perdita di significato • Dubbio • Mancanza di misericordia • Apatia

3.11. Scale di valutazione dell'ansia

Una volta che l'ansia è stata riscontrata esistono delle scale di valutazione per poterne calcolarne l'intensità. Qui di seguito sono elencati e spiegati alcuni i metodi utilizzati anche all'interno degli articoli scientifici trovati.

- **Scala STAI**-Y (State Trait Anxiety Inventory) è uno strumento di valutazione suddiviso in 2 scale di valutazione (Y1 e Y2) che valutano rispettivamente l'ansia di stato (ovvero quella al momento della valutazione) e l'ansia di tratto (quella che la persona sente abitualmente). Essa permette di effettuare una distinzione tra ansia espressa come sintomo e ansia come modo abituale di risposta agli stimoli esterni. Le scale sono composte da 20 domande ciascuna relative allo stato d'animo ansioso, esse vengono valutate da una scala da 1 a 4. Dove 1 corrisponde a "niente ansia" e 4 corrisponde a "moltissima ansia" (Legacci, 2015; Abend et al., 2014). Il totale dei punteggi varia da 20 a 80pt. Più alto è il punteggio più c'è ansia. Da 39-40pt in su indica dei sintomi clinicamente significativi per l'ansia (Julian, 2011).

- **Scala VAS-**A (Visual Analoge Scale - Anxiety) è una scala che valuta l'ansia con un punteggio tra 0 e 100 su una linea orizzontale di 100mm (vedi Figura 1). Al lato sinistro della scala (punteggio 0) significa calma, tranquillità, no ansia. Al lato destro della scala (punteggio 100) significa ansia importante.
  Il paziente devo solamente posizionare la freccia dove secondo lui si situa il suo stato ansioso al momento(Abend, Dan, Maoz, Raz, & Bar-Haim, 2014).

Questa scala permette una valutazione facile e molto rapida (pochi secondi) dell'ansia preoperatoria. Valori sopra i 50 mm sono indicatori efficaci per un livello clinicamente significativo di ansia preoperatoria. Essa permette di riconoscere i pazienti che necessitano di interventi per ridurla (Facco et al., 2013).

Figura 9 Scala VAS-A per valutare l'ansia preoperatoria

- Alcune studi scientifici hanno esaminato anche la variazione di alcuni **parametri vitali**, come la pressione arteriosa (sistolica e diastolica) e la frequenza cardiaca, poiché quando viene stimolato il sistema nervoso autonomo questi valori mutano. Quando viene rilasciata nel circolo sanguigno noradrenalina e adrenalina la pressione arteriosa comincia ad aumentare, così come la frequenza dei battiti cardiaci al minuto (Tortora & Derrickson, 2011).
  Esaminare la variabilità della frequenza cardiaca (Heart rate variability), è uno strumento non invasivo in grado di evidenziare l'effetto dello stress mentale sulla frequenza cardiaca. Alcuni studi hanno dimostrato si può valutare l'effetto dell'ansia sull'attività cardiaca parasimpatica e quindi può essere usata per misurare l'ansia preoperatoria (Lee, Chao, Yiin, Chiang, & Chao, 2011).
  I valori di riferimento sono:
  - Pressione arteriosa normale: <120mmHg sistolica e <80mmHg diastolica (Basile & Bloch, 2016)
  - Frequenza cardiaca normale: ca.75 bpm (battiti per minuto) (Tortora & Derrickson, 2011)
- **Scala di SAS** (Self-rating Anxiety Scale) è una scala di autovalutazione dell'ansia creata da William Zung nel 1971 che permette di calcolare il livello di ansia. Questa scala è composta da 20 affermazioni alle quali i pazienti hanno la possibilità di rispondere con quale intensità hanno quella situazione. Possono rispondere da 1 = "Mai o poche volte "; 2 =" Qualche volta "; 3 =" Buona parte del tempo "; e 4 =". La maggior parte o tutto il tempo ". Il punteggio totale moltiplicato per 1.25 da il punteggio standard. Sopra 50 punti è presente ansia (Li, Jin, Qiao, Chen, & Gong, 2016).

4. Revisione della letteratura

4.1. Metodologia di analisi e revisione

Durante la prima ricerca di articoli all'interno delle banche dati sono stati ritrovati 43 articoli che alla lettura del titolo e dell'abstract soddisfacevano i requisiti di ricerca da me richiesti (vedi capitolo 2). Durante una prima lettura approfondita degli articoli ho dovuto fare delle selezioni. Man mano che leggevo attentamente gli articoli mi sono resa conto che alcuni non rispettavano pienamente i miei criteri di scelta e non si addicevano alla mia domanda di ricerca. Sono stati trovati diversi articoli che non proponevano interventi nuovi, ma mettevano l'accento sull'importanza dell'educazione preoperatoria e all'approccio empatico/relazionale dell'infermiere con i pazienti, per questo motivo ho deciso di non tenerli in considerazione.

All'interno degli articoli trovati è stato trovato un solo studio che proponeva l'utilizzo dell'ipnosi come metodo per ridurre l'ansia, essendo un po' datato, l'unico che proponeva questa tipologia di intervento e vista la necessità di una persona formata appositamente/uno specialista, ho ritenuto opportuno escluderlo. Un altro articolo ritrovato proponeva l'uso un insegnamento pianificato in base al libretto di istruzione del paziente. Il ricercatore ha usato questo libretto per educare i pazienti nel gruppo di intervento. Non avendo avuto risultati positivi e la presenza di un unico studio non ho ritenuto opportuno considerare anche questo articolo.

Tabella 2 Schema riassuntivo articoli trovati e utilizzati

	Articoli Totali Trovati	Articoli Utilizzati
Musica	12	10
Video Animazioni	8	4
Agopuntura	3	2
Digitopressione	2	2
Olio di lavanda	2	2
Educazione preoperatoria	9	-
Empatia	2	-
Intervento Ψ	2	-
Ipnosi	1	-
Intervento Inf.	1	-
Medicina Complementare	1	-
TOTALE	**43**	**20**

Figura 10 Grafico in percentuale della tipologia di studi utilizzati

Come illustrato nella tabella 2 da 43 articoli iniziali ne sono stati selezionati 20. Di questi 20 articoli 17 sono RCT (Randomized Control Trial) ovvero studi randomizzati controllati e 3 sono revisioni della letteratura.

Di seguito viene presentato un diagramma di flusso che riassume il lavoro svolto

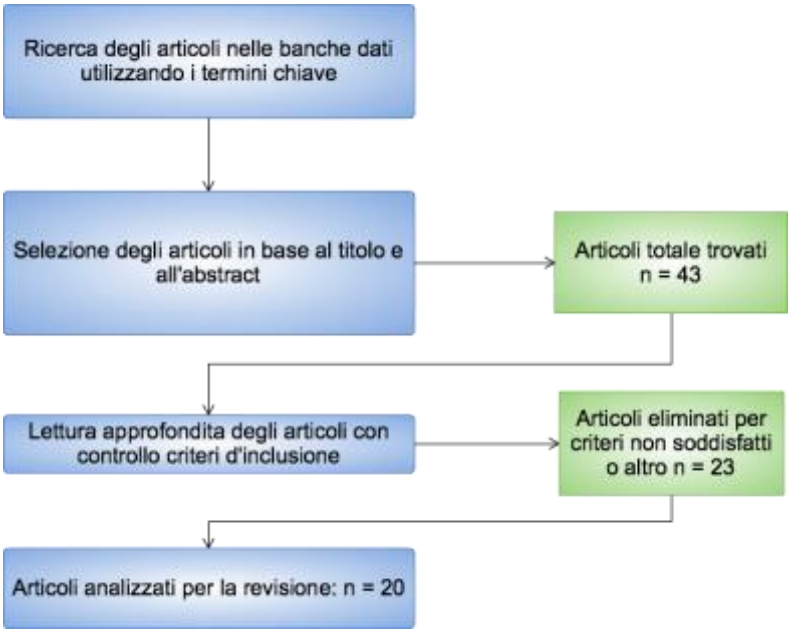

Figura 11 Diagramma di flusso

Le cinque tecniche non farmacologiche rilevate sono state:

- Musica
- Informazioni preoperatorie tramite supporto Video Animato
- Agopuntura
- Digitopressione
- Aromaterapia con olio di lavanda

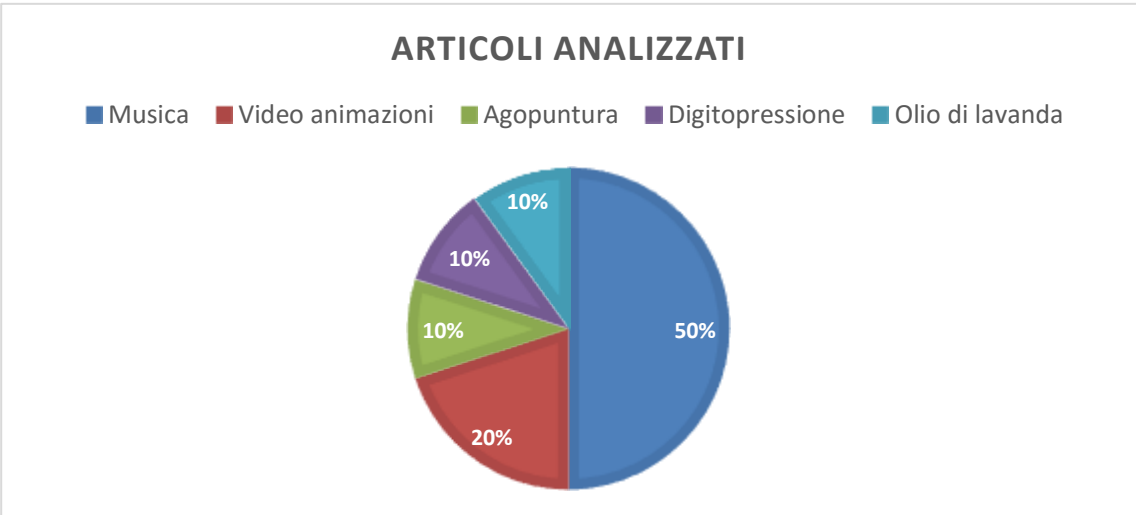

Figura 12 Suddivisione tipologia di tecnica trovata

La tabella 3 mostra la percentuale della tipologia di articoli trovati. Appare molto evidente la presenza corposo di articoli sull'uso della musica.

Gli studi scientifici selezionati, come detto nel capitolo 2 "Materiali e Metodologia", sono stati valutati con la scala di valutazione di Zangaro & Soeken (2007) personalizzata al mio tema di tesi. I punteggi degli articoli con una loro presentazioni sono visibili nel capitolo Allegati 10.1.

4.2. Tecniche non farmacologiche per ridurre l'ansia preoperatoria

4.3. Musica

Per ridurre al minimo gli alti livelli di ansia nei pazienti ospedalizzati è stato studiato l'intervento musicale. Questo tipo di intervento è stato dimostrato avere molto successo nel ridurre il livello di ansia e stress in terapia intensiva, maternità, pediatria e oncologia. Si crede che la musica sia in grado di distrarre i pazienti dai sentimenti provati in quel momento, nascondere i suoni dei monitor e degli allarmi ospedalieri, creando un'esperienza positiva senza stress per la persona, aiutandola a concentrarsi su qualcosa di piacevole e incoraggiante (Lee et al., 2011; Pittman & Kridli, 2011). Da sempre la musica è utilizzata per influenzare la salute, ricerche archeologiche testimoniano che già i nostri antenati primitivi usassero la musica per placare gli Dei. Nel XVIII° secolo Florence Nightingale capii l'importanza della musica e cominciò ad utilizzarla come intervento terapeutico per promuovere la guarigione e mantenere il confort dei soldati feriti in guerra (Kipnis, Tabak, & Koton, 2016; Pittman & Kridli, 2011).

La musica viene usata in terapia per aiutare i pazienti a sincronizzare e trascinare i ritmi corporei. Questo permette di diminuire l'attivata del sistema nervoso simpatico, ridurre l'attività adrenergica e diminuire gli stati di eccitazione muscolare. Secondo il dottor Thaut l'effetto è generato da funzioni cerebrali specifiche legate alla memoria, all'apprendimento e agli stati emozionali (Kipnis et al., 2016). Gli effetti rilassanti della musica sono: riduzione frequenza respiratoria, della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, del consumo di ossigeno, riduzione della sudorazione e del tasso metabolico. La musica è in grado di raggiungere i centri cerebrali come il sistema limbico, lo stimolo uditivo attiva il rilascio di endorfine che permettono la riduzione del dolore e ridurre le emozioni spiacevoli (Pittman & Kridli, 2011; McClurkin & Smith, 2016). Essa agisce indipendentemente dall'età, dal sesso o dal gruppo etnico promuovendo effetti positivi sul paziente (McClurkin & Smith, 2016). È necessario distinguere la terapia musicale dagli interventi di medicina musicale. Si tratta di medicina musicale quando il paziente ascolta passivamente musica pre-registrata offerta dal personale sanitario. Mentre la terapia musicale richiede l'intervento di un terapeuta musicale esperto ed addestrato con un processo terapeutico (Bradt et al., 2013). In questo caso noi parliamo di medicina musicale.

Ridurre il rischio di complicazioni post-operatorie è un compito molto importante che l'infermiere deve svolgere. La valutazione e la gestione efficace dell'elevata ansia preoperatoria è un metodo efficiente per ridurre questo rischio. L'intervento musicale è in grado di creare un'atmosfera calma e rilassante che mira a ridurre le manifestazioni fisiche e psicologiche dell'ansia nei pazienti (Pittman & Kridli, 2011), aiuta inoltre a ridurre i livelli di ansia, dolore e uso di analgesici anche nel post-operatorio (Lee et al., 2011). È un intervento semplice, non invasivo, che non richiede molto tempo e soprattutto sicuro poiché non ha effetti dannosi sul paziente né complicazioni, i risultati potranno essere quindi positivi o invariati. La musica fornisce arricchimento all'ambiente ed è un intervento è l'infermiere può compiere in modo indipendente (Cooke, Chaboyer, Schluter, & Hiratos, 2005).

Uno studio di grande importanza ha rilevato che l'uso della musica è più efficace del midazolam nel ridurre l'ansia preoperatoria e altrettanto efficace nel ridurre le risposte fisiologiche. Inoltre non hanno evidenziato effetti negativi sui pazienti (nello studio di Bringman et al., 2009, invece nove pazienti a cui è stato somministrato midazolam erano troppo sedati per completare il questionario STAI). L'importante revisione condotta da Bradt et al. nel 2013 pubblicata da Cochrane, riferisce che gli interventi musicali possono essere utilizzati come valida alternativa ai sedativi e ai farmaci ansiolitici nel ridurre l'ansia preoperatoria. Sembra inoltre che gli individui più ansiosi beneficino maggiormente del trattamento (Thompson, Moe, & Lewis, 2014). Anche lo studio condotto da Bringman, Giesecke, ThöRne, & Bringman (2009) ha dimostrato che la musica riduce il livello di ansia maggiormente rispetto al midazolam nel periodo preoperatorio.

Metodo per trasmettere la musica:

Secondo lo studio di Lee et al., (2011) sia l'ascolto tramite cuffie che altoparlanti sono efficaci per ridurre l'ansia, ma per ridurre il rischio di infezioni nosocomiali l'uso di altoparlanti è migliore. L'uso di cuffie monouso può contribuire a ridurre il rischio di trasmissione ma aumentano di molto i costi.

Tipologia di musica:

La ricerca ha scoperto che la musica classica e quella New Age (ovvero musiche strumentali) siano in grado di ridurre l'eccitazione fisiologica, la temperatura corporea e la FC. Brani lenti, morbidi e con un ritmo di 60-80 battiti al minuto (come il ritmo del cuore a riposo) con un'intensità massima di 60dB hanno un effetto terapeutico migliore (Kipnis et al., 2016; McClurkin & Smith, 2016; Ni et al., 2011; Bringman et al., 2009). Sarebbe opportuno evitare brani musicali con testo, in quanto possono influenzare e distrarre il paziente (Bringman et al., 2009). Bisognerebbe concedere la possibilità di scegliere la musica preferita tra una varietà di selezioni musicali proposte o portate da casa promuovendo così la sensazione di famigliarità (Wakim, Smith, & Guinn, 2010). Al paziente può essere facilmente chiesto di portate con sé un CD della sua musica preferita da ascoltare nel periodo pre-operatorio quando viene convocato per l'intervento (Cooke et al., 2005).

Durata di ascolto della musica:

Lo studio condotto da McClurkin & Smith (2016) ha studiato l'effetto della musica per la durata di 15 e 30 minuti ed è risultato che entrambi sono in grado di influenzare i livelli di ansia ma che dopo 30 minuti il livello di riduzione è molto più significativo. In tutti gli studi l'intervento musicale è durato generalmente tra i 15 e i 30 minuti. L'intervento dovrebbe durare dall'ammissione preoperatoria fino al momento di entrare in sala operatoria per fare l'anestesia e l'intervento (Pittman & Kridli, 2011).

4.4. Informazioni tramite supporto Video

Fornire informazioni ai nostri pazienti, si sa, aiuta ad alleviare l'ansia, è importante inoltre che i pazienti siano adeguatamente al corrente dei rischi a cui vanno incontro e della procedura dell'intervento per poter firmare il consenso all'intervento chirurgico e all'anestesia (Kakinuma, Nagatani, Otake, Mizuno, & Nakata, 2011).

Sono molti i fattori che possono influenzare il modo in cui i pazienti rispondono alle informazioni ricevute; il contenuto e la semplicità del modo in cui vengono spiegate svolgono un ruolo importante(Tou, Tou, Mah, Karatassas, & Hewett, 2013).

Quale sia il miglior modo per fornire queste informazioni, ai pazienti, non è ancora ben chiaro e definito. Le informazioni scritte (sotto forma di opuscolo o lettera) vengono molto spesso utilizzate, ma non sono adatte a tutti i pazienti, in quanto nel mondo è ancora presente un alto tasso di analfabetismo che quindi non sono in grado di leggere e comprendere il documento cartaceo (Jlala, French, Foxall, Hardman, & Bedforth, 2010; Dias, Baliarsing, Barnwal, Mogal, & Gujjar, 2016).

Quattro studi ritrovati hanno indagato se è possibile fornire informazioni attraverso l'uso di supporti video per ridurre l'ansia nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico elettivo. Oggigiorno la tecnologia è diventata sempre più accessibile, offrendo così un semplice accesso alle informazioni a sempre più persone. L'utilizzo di strumenti multimediali può aiutare il dialogo tra medico e paziente, in quanto permetterebbe di concentrarsi sul dialogo, sulle esigenze e le preoccupazioni del paziente. Può essere inoltre utilizzato come strumento educativo per addestrare il personale sanitario (Tou et al., 2013).

Tre studi su quattro ritrovati, hanno mostrato un video che parlava/spiegava quello che sarebbe successo durante il periodo di anestesia, nell'altro studio invece è stato mostrato un filmato che spiegava le informazioni importanti relative all'intervento chirurgico che si sarebbero sottoposti i pazienti e non al tipo di anestesia prevista. Nessun autore ha spiegato il motivo per il quale ha deciso di spiegare la procedura di anestesia invece che l'intervento chirurgico.

Nello studio condotto da Dias et al. (2016) i pazienti hanno avuto un importante riduzione del livello di ansia, oltre che dei parametri emodinamici, rispetto al gruppo controllo che non ha visionato il filmato. Questo tipo di intervento permette di ridurre la produzione di catecolamine, grazie alla riduzione del livello di ansia che inibisce il rilascio dell'ormone adrenocorticotropo e del cortisolo dal flusso ematico e quindi una riduzione dell'attivazione del SNS (Dias et al., 2016). Anche lo studio condotto da Tou et al. (2013) e da Jlala et al. (2010) ha avuto risultati significativamente importanti di riduzione del livello di ansia. Secondo quest'ultimi la riduzione dell'ansia potrebbe essere collegata sia all'effetto specifico del filmato sia alla maggior quantità di informazioni ricevute, in entrambi i casi l'effetto desiderato è stato raggiunto.

I pazienti che hanno visualizzato il filmato, sembravano affrontare meglio i sentimenti negativi dell'ansia e questo a permesso una riduzione dello stress più rapida ed efficace anche dopo l'intervento chirurgico (Tou et al., 2013).

Uno solo studio non ha evidenziato differenze significative e quindi una reale efficacia dell'intervento. Secondo Kakinuma et al. (2011) il loro studio ha permesso di ridurre i tempi dell'intervista con una possibile riduzione dei costi medici grazie alla possibilità del medico di visionare le risposte al questionario posto al paziente dopo aver visto il video e ha potuto limitare le sue spiegazioni ai punti che il paziente non capiva rendendo la visita anestesiologica più efficace. Una fornitura di maggiori informazioni in particolari di rischi e complicazioni può però aumentare l'ansia dei pazienti, inoltre le preoccupazioni relative all'anestesia potrebbero essere ridotte rispetto a quelle dell'intervento.
Due studi su quattro hanno mostrato un cartone animato poiché, secondo loro, ha dei vantaggi rispetto a un video con immagini reali: è più semplice da modificare con il computer nel caso ci fossero cambiamenti e/o aggiornamenti nella procedura, è meno scioccante per i pazienti in quanto non vedono interventi medici realistici e può evidenziare punti importanti in modo più semplice di un video fotografico (Kakinuma et al., 2011). Inoltre i costi di produzione di un video animato sono relativamente bassi e sono adatti a un pubblico molto più ampio (Tou et al., 2013).

È importante ricordare che in tutti gli studi lo strumento multimediale viene offerto come supplemento al dialogo con il medico (anestesista o chirurgo), non viene assolutamente esaminato come strumento sostitutivo all'importante ruolo umano in questo momento difficile.

4.5. Agopuntura e digitopressione

Sedativi come le benzodiazepine vengono spesso utilizzati ma possono causare disturbi psicomotori e cognitivi nel post-operatorio, così come importanti effetti collaterali (Wang, Peloquin, & Kain, 2001). L'agopuntura e le sue relative tecniche sono da poco state adottate anche dalla medicina occidentale, le prime documentazioni in Europa risalgono agli anni '50 nella medicina francese. Queste tipologia di tecniche hanno pochi effetti collaterali e un costo di utilizzo assai molto basso (Wang et al., 2001). Secondo la medicina tradizionale cinese (MTC) la stimolazione degli "acupoints" aiuta a calmare e rilassare il corpo. L'agopuntura e le sue tecniche sono state considerate utili per il trattamento di disturbi d'ansietà sia cronica che acuta (Luo et al., 2016). Si crede esistano centri regionali di cellule che rappresentino varie parti del corpo. La stimolazione di uno di questi punti si riflette sull'organo collegato alleviandone la sintomatologia. Questo è possibile grazie al rilascio di neurotrasmettitori come la serotonina che è in grado di influenzare il benessere emotivo delle persone. Sempre secondo la MTC però questi punti di agopuntura non sono fissi, ovvero variano tra individuo e individuo a seconda della costituzione del corpo (Wang et al., 2001).

Sono stati ritrovati quattro articoli scientifici che discutevano e studiavano l'agopuntura e delle sue relative tecniche per ridurre l'ansia preoperatoria. Lo studio condotto da Wang et al. (2001) ha comparato l'agopuntura auricolare con aghi da agopuntura auricolare sui punti della MTC, dove si crede che il punto auricolare del rene sia legato alla paura, quello del cuore all'ansia e il punto "Shen Men" sia in grado di ridurre lo stress e tranquillizzare la mente, con i punti di "rilassamento", "tranquillizzanti" e il punto

“master cerebral” che sono stati documentati per produrre rilassamento, sedazione generale e diminuzione dell’ansia.

Lo studio condotta da Acar et al. (2013) studia l’utilizzo della stimolazione del punto “Yintang” situato alla radice del naso tra le due sopracciglia con l’uso di aghi per l’agopuntura auricolare (più piccoli e fissati con un cerotto). La stimolazione di questo punto è indicata per l’insonnia, l’agitazione e l’irrequietezza e ha come risultato un effetto ansiolitico e sedativo. Gli stessi punti sono stati comparati in due studi, che invece di testare la stimolazione con l’agopuntura, hanno stimolato il/i punti con la digitopressione.

Nello studio condotto da Agarwal et al. (2005) il punto esaminato è stato lo stesso di quello studiato da Acar et al. (2013), con la differenza che viene chiamato punto “extra 1”, situato alla radice del naso tra le due sopracciglia. Entrambi gli studi hanno dimostrato l’efficacia della stimolazione di questo punto nel ridurre l’ansia preoperatoria, ma nello studio condotto da Agarwal et al. (2005) non viene garantito l’effetto ansiolitico dopo 30 minuti dal termine del trattamento. Il punto “rilassamento” stimolato da Wang et al. (2001) con l’agopuntura viene stimolato anche dallo studio condotto da di Luo et al. (2016). Esso è situato nella parete laterale della fossa triangolare dell’orecchio. In entrambi gli studi la stimolazione ha avuto beneficio nel ridurre l’ansia preoperatoria. La digitopressione nel punto “rilassamento” stimola il ramo auricolare del nervo vago che sembrerebbe essere collegato ad effetti sul sistema nervoso autonomo, questo intervento infatti eserciterebbe un effetto ansiolitico modulando il SNA e il SNS grazie ai diminuiti livelli di catecolamine (Luo et al., 2016). Il meccanismo esatto del funzionamento della stimolazione del punto “Yintang/extra1” secondo gli studiosi non è ancora ben noto, alcune evidenze sostengono che vengono rilasciati alcuni peptidi che riducono l’attivazione del sistema simpatico adrenergico con conseguente riduzione della produzione di cortisolo e catecolamine (Agarwal et al. 2005).

L’agopuntura con aghi per agopuntura auricolare ha dei vantaggi rispetto all’agopuntura classica: è facile da somministrare, ha un costo relativamente basso e ha effetti negativi minimi, permette inoltre al paziente di muoversi liberamente senza restrizioni fisiche (Wang et al., 2001). La digitopressione rispetto all’agopuntura è però una tecnica non invasiva che evita lesioni cutanee, effetti indesiderati, dolore causato dall’inserimento dell’ago ed è più semplice da manipolare e applicare prima di un intervento. È necessario però che uno specialista di agopuntura si occupi dell’applicazione di questa tecnica (Luo et al., 2016). Secondo Acar et al. (2013) la digitopressione manuale ha però delle limitazioni, in quanto l’operatore deve applicare la pressione sul punto per la durata di 10 minuti, costringendolo a rimarne con il paziente per tutta la durata del tempo. Non è una tecnica molto comoda in quanto dopo un po’ ci si stanca. La struttura può non essere d’accordo a far passare così tanto tempo con una persona per applicare la digitopressione. Secondo questi autori l’uso di un ago per agopuntura auricolare è più adatto poiché permette la stimolazione del punto “Yintang” senza richiedere la presenza continua di un operatore. L’operatore non è necessario sia un esperto agopunturista e la durata del trattamento è di breve durata (la carenza di personale medico è un problema anche nei paesi sviluppati) (Acar et al., 2013) .

4.6. Aromaterapia – Olio di lavanda

Negli ultimi anni sono stati condotti diversi studi sull'atteggiamento e l'attitudine di pazienti sottoposti ad interventi chirurgici verso terapie alternative complementari (CAT). È stato scoperto che ben il 57% dei pazienti usa regolarmente qualsiasi forma di CAT (preghiera, massaggi, rilassamento, erbe, trattamenti chiropratici, agopuntura, …) e che più del 75% di loro sarebbe disposto ad utilizzate una terapia alternativa complementare nel periodo operatorio. Le principali motivazioni per l'utilizzo sono: assenza o minor effetti collaterali, funzionamento al pari della medicina tradizionale o addirittura migliore, mantenimento della salute e altro. (Braden, Reichow, & Halm, 2009 citando Wang &Zeev, 2003).

L'olio di lavanda viene utilizzato già da moltissimi anni (antica Roma e Grecia) come agente terapeutico. Il suo uso possibile per ridurre l'ansia può essere utilizzato anche in contesti ospedalieri per ridurre l'ansia preoperatoria poiché ha una bassa tossicità, pochissimi effetti negativi, reazioni di irritabilità e sensibilità sono rare, è poco costoso, facile da somministrare e non da effetti troppo sedativi (Franco et al., 2016; Braden et al., 2009) L'effetto dell'aromaterapia con olio di lavanda è stato studiato in diversi contesti su persone che presentano ansia, come in contesti dentistici o studenti sotto esami universitari, e sono stati riscontrati effetti benefici prodotti dal trattamento.

Secondo la teorica infermieristica Florence Nightingale, il modo in cui gli infermieri attuano la cura è in grado di influenzare l'ambiente fisico, il processo riparativo e il raggiungimento della salute. Il cambiamento ambientale proposto dall'uso dell'aromaterapia con olio di lavanda ha come obiettivo il miglioramento della salute e un miglior recupero da interventi chirurgici (Braden et al., 2009).

Nei due studi ritrovati l'aromaterapia viene utilizzata i modi differenti; nello studio condotto da Braden et al. (2009) viene imbevuto un batuffolo di ovatta che viene fatto annusare al paziente e poi viene applicato sulla camicia dell'ospedale vicino al collo e applicata una goccia di olio sul dorso del piede e coperto con un piccolo bendaggio, mentre nello studio condotto da Franco et al. (2016) due gocce di olio di lavanda vengono messe all'interno della maschera dell'ossigeno con ca. 2L/min di O2. Entrambi gli studi hanno eseguito un paragone con un olio inodore. I due studi hanno avuto risultati differenti, lo studio condotto da Braden et al. (2009) ha avuto una netta riduzione del livello di ansia prima di entrare in sala operatoria del gruppo intervento rispetto al gruppo controllo e al gruppo placebo con l'olio inodore, secondo gli autori questo è grazie all'applicazione topica sul piede, che oltre che all'inalazione, ha permesso un assorbimento più rapido della molecola nel sistema circolatorio. Lo studio condotto da Franco et al. (2016) non ha rilevato differenze significative nella riduzione del livello di ansia tra il gruppo intervento con l'olio di lavanda e il gruppo con l'olio inodore. Secondo gli autori la causa potrebbe essere l'effetto placebo dell'olio inodore ma anche il fatto che i soggetti, nonostante cechi al trattamento viste le differenze olfattive nei due olii non è certo che i soggetti fossero realmente ciechi al trattamento. Inoltre accennano al fatto che le maggiori attenzioni rivolte al paziente per lo studio potrebbero aver avuto un effetto sulle risposte ai questionari.

In conclusione lo studio condotto da Braden et al (2009) afferma che aromaterapia con olio di lavanda sia un mezzo efficace per gestire l'ansia preoperatoria è che è necessario un aroma terapista esperto per poter creare protocolli sicuri, ma visto che lo studio è stato eseguito maggiormente su razza caucasica non assicura l'efficacia per altre etnie. Mentre lo studio condotto da Franco ed al (2016) conclude dicendo che ci sono stati miglioramenti del benessere ed è stata presente la riduzione del livello di ansia sia dal olio di lavanda che dall'olio inodore per le donne sottoposte al trattamento.

5. Discussione risultati

Gli infermieri incontrano ogni giorno pazienti che necessitano di aiuto con bisogni e preoccupazioni diverse. Molti di loro necessitano di comfort, sostegno e rassicurazione, soprattutto quando affrontano il momento della diagnosi e la decisione di trattamento medico o chirurgico (Pittman & Kridli, 2011). Un elevato livello di ansia è noto per influire negativamente sul risultato post operatorio del nostro paziente. La gestione sicura ed efficace di questo disturbo è indispensabile. La somministrazione di farmaci ansiolitici viene utilizzata molto spesso, tuttavia ha effetti secondari importanti come un'amnesia prolungata, l'iperattività e l'agitazione (Pittman & Kridli, 2011). Riducendo il livello di ansia preoperatoria i pazienti hanno un minor dolore postoperatorio, una minor richiesta di analgesici, meno nausea e vomito, un miglior risultato chirurgico e una durata più breve del ricovero (Acar et al., 2013).

È stato sottolineato da molti studi e ricerche che un paziente informato sperimenta meno ansia ed è più facilmente mobilizzabile, risulta inoltre essere più soddisfatto delle cure ricevute. Secondo Lazarus l'ansia e lo stress sono causati dalla paura e dalla mancanza di conoscenza che rendono il paziente incapace di controllare gli eventi. Alcuni studi però non hanno trovato efficacia nella riduzione dell'ansia grazie alla maggiore informazione, ma bensì che alcuni pazienti riferivano di sentirsi più preoccupati riguardo a quello che sarebbe potuto succedere (Asilioglu & Celik, 2003). Risulta ancora poco chiaro se l'informazione aiuta oppure no il paziente. Ognuno di noi pensa e agisce in modo differente, per questo motivo non può essere considerata sicuramente una strategia utile a tutti. È necessario che l'infermiere, discutendo con il paziente, chiarisca con esso se preferisce avere maggiori informazioni (come per esempio tramite il supporto audiovisivo) oppure sapere solamente le informazioni di base necessarie.

Lazarus e Folkman sostenevano che lo stress si basa sull'interazione tra le persone e l'ambiente esterno e come si influenzano essi a vicenda. La gestione dello stress è mediata dalle risorse e dalla capacità di far fronte e la musica può essere utilizzata come mezzo per poter affrontare emotivamente le situazioni (Kipnis et al., 2016). L'utilizzo dell'intervento musicale permette di mantenere il benessere dei pazienti ansiosi permettendo all'infermiere di adottare un approccio olistico basato sulle evidenze (Pittman & Kridli, 2011). Inoltre i vincoli di tempo stretti nelle unità di chirurgia diurna escludono la maggior parte delle strategie di rilassamento tranne la musica, che può essere somministrata autonomamente (Cooke et al., 2005). L'assenza di effetti negativi la rende un'ottima strategia da proporre ai pazienti inoltre in tutti e dieci gli articoli trovati (revisioni e studi) sono stati riscontrati risultati e conclusioni significativamente soddisfacenti.

L'agopuntura e la digitopressione risultano interventi interessanti, con pochi effetti collaterali e un costo di utilizzo moderatamente ridotto, ma la difficoltà nell'identificare il punto preciso dove andare a stimolare per avere i risultati richiesti, le rendono delle tecniche ancora poco chiare. Sono necessarie ancora delle ricerche in questo ambito che permettano di capire come e quali punti sono da stimolare per produrre il

benessere desiderato. Nonostante secondo Acar et al. (2013) non sia necessario un esperto agopunturista per applicare gli aghi, chi esegue questa tecnica ha bisogno di una formazione. Inoltre probabilmente non tutti i pazienti sarebbero disposti a farsi applicare degli aghi sul viso da una persona poco esperta.

I buoni effetti ansiolitici, il suo basso costo, la sua semplicità di somministrazione e le sue rare reazioni avverse ed effetti negativi rendono l'aromaterapia con olio di lavanda un strumento interessante per la gestione dell'ansia preoperatoria. Sono necessarie però nuove ricerche per comprendere meglio quale sia il modo migliore per far inalare ai pazienti l'aroma di lavanda, poiché i due studi propongono metodologie molto differenti. È necessario prestare attenzione a non sottovalutare questo tipo di intervento, olii non diluiti correttamente possono causare lesioni alla cute e alle mucose dei pazienti, un'istruzione da parte di un esperto è quindi necessaria per il personale infermieristico (Cristina, 2004).

5.1. Partecipazione infermieristica agli studi analizzati

Ho ritenuto importante evidenziare in questa revisione la partecipazione, agli studi analizzati, di almeno un infermiere. Questo ha come scopo quello di capire se sono infermieri che si interessano ad analizzare e ricercare nuove strategie per aiutare i loro pazienti oppure solamente medici e ricercatori. È stato interessante notare che in 9 articoli su 10, relativi all'utilizzo della musica, è presente almeno un membro di professione infermieristica. Questo dimostra l'interesse verso questa tecnica e probabilmente indica anche il suo più facile utilizzo all'interno di un reparto. Negli studi sugli interventi di agopuntura, digitopressione e supporto video non è presente nemmeno un infermiere allo studio, ma bensì medici e/o ricercatori. Questo fa pensare che siano necessarie ulteriori analisi e ricerche per poter presentare e utilizzare queste tecniche in reparto.

Tabella 3 Partecipazione di almeno un infermiere allo studio

	SI	NO
Musica (10)	9	1
Video (4)	-	4
Agopuntura (2)	-	2
Digitopressione (2)	-	2
Olio di lavanda (2)	1	1
TOTALE	10	10

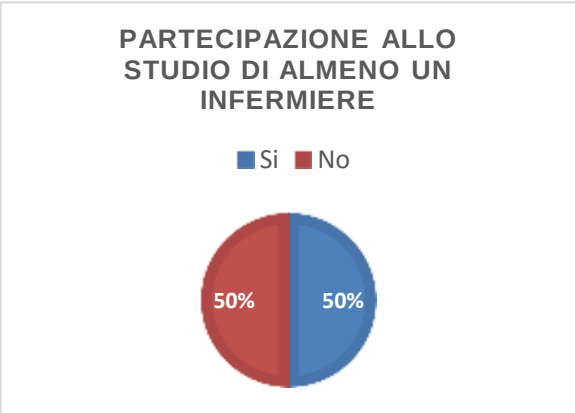

Figura 13 Grafico della percentuale di infermieri partecipanti agli studi

5.2. Introduzione nella pratica professionale

Oggigiorno il sistema sanitario, nonostante vengano scoperti sempre più interventi costruiti su basi scientifiche importanti, interventi psicoterapeutici e di medicina alternativa sono limitati. Secondo Demarzo, Cebolla, & Garcia-Campayo (2015) i motivi principali per i quali non vengono utilizzate queste tecniche sono il pregiudizio e la resistenza verso questa tipologia di assistenza e l'assenza di conoscenze e informazioni a riguardo del personale sanitario. Questi tre autori, nel loro articolo, discutevano delle difficoltà di introdurre la tecnica di Mindfulness nella pratica clinica ospedaliere e di quali possibili strategie utilizzare per poterla introdurre. La Mindfulness non è una tecnica da me evidenziata per la gestione dell'ansia, ma il ragionamento di questi autori è interessante. Quest'ultimi propongono una strategia interessante per poter introdurre questa tecnica nella pratica professionale che potrebbe essere utilizzata anche per la possibile l'introduzione delle tecniche da me trovate per gestire l'ansia preoperatoria. Si tratta del modello "stepped-care" che si basa sulla richiesta della popolazione e la capacità dei servizi di offrire quest'ultima. Ovvero introdurre la tecnica in livelli crescenti d'intensità in funzione alle esigenze dei pazienti. Questo modello è legato anche a quello "low intensity - high volume" ovvero un concetto che ritiene che un intervento modesto applicato in larga scala può avere benefici migliori sulla salute della popolazione rispetto a un intervento ad alta intensità su una popolazione limitata (Demarzo et al., 2015). Bisogna fare attenzione però a non fraintendere che tutte le tecniche siano ideali per tutti i pazienti; l'ansia è una componente psicologica che ognuno vive in modo diverso in base alla sua esperienza e al suo carattere.

5.3. Raccomandazioni per la ricerca futura

In futuro sarebbe interessante sviluppare meglio queste tecniche, trovando una metodologia precisa per svilupparla. Ad esempio per la tecnica dell'aromaterapia, identificare quale sia il modo migliore per utilizzare l'olio essenziale di lavanda creando poi un protocollo valido per poterlo utilizzare in reparto. Bisogna concretizzare meglio come utilizzarle per poter aiutare al meglio il nostro paziente utilizzando tutte le risorse disponibili. Dobbiamo capire bene come poter introdurre queste nuove tecniche all'interno dei reparti di chirurgia nei nostri ospedali.

L'idea di introdurre una di queste tecniche nella nostra pratica quotidiana di infermieri sembra irrealistica e quasi ridicola, questo perché siamo abituati orami a lavorare in un determinato modo e le novità ci spaventano. I nostri pregiudizi sono in grado di influenzarci tantissimo, impedendoci di aprirci a nuove idee.

Quello su cui dobbiamo noi ragionare ora è: vogliamo accontentare la struttura in cui lavoriamo oppure garantire la salute bio-psico-sociale dei nostri pazienti? È necessario apportare delle modifiche al sistema per poterlo migliorare!

6. Conclusioni

La gestione dell'ansia nel momento preoperatorio è fondamentale e deve essere una priorità dell'assistenza infermieristica, questo lo confermano tutti gli articoli analizzati.

La ricerca, negli ultimi 15 anni (2001-2016), ha studiato e raccolto molte informazioni riguardo all'ansia e alla sua gestione non farmacologica nel periodo preoperatorio del paziente adulto sottoposto ad intervento chirurgico elettivo. Le tecniche non farmacologiche da me evidenziate nella ricerca sono state principalmente le cinque presentate nella mia tesi. La ricerca sugli effetti della musica è stata sicuramente quella più studiata e quella che ha avuto maggiori effetti significativi sull'ansia. L'ascolto della musica è un intervento semplice, coinvolgente ed economico che può essere utilizzato. L'intervento educativo tramite l'uso di un supporto audiovisivo è una tecnica interessante, innovativa e al passo con l'avanguardia tecnologica, ideale a chi desidera informazioni dettagliate e comprendere meglio la procedura; il limite sta nelle dover produrre questi supporti video da parte di informatici esperti e quindi avere un costo non indifferente. L'utilizzo dell'agopuntura e della digitopressione risultano ancora tecniche poco studiate e sperimentate, sono necessari ulteriori ricerche per poter affermare/smentire la loro efficacia nel ridurre l'ansia preoperatoria. Sicuramente, il fatto di necessitare di uno specialista del settore, rende più difficile la sua possibile apparizione in un reparto di chirurgia. L'aromaterapia con l'olio di lavanda è interessante, semplice da attuare, con rischi quasi nulli e una breve istruzione del personale ne permetterebbe il suo utilizzo; ma anche per questa tecnica sono comunque necessarie altre ricerche per confermarne la sua reale efficacia. È importante chiarie che l'obiettivo di questa tesi non era quello di trovare delle tecniche che siano in grado di eliminare totalmente l'ansia, ma bensì di portarla ad un livello tale da permettere al nostro paziente di poter collaborare alle cure e di potersi concentrare su quello che sta succedendo.

Nel periodo di stesura di questa tesi ho avuto modo di eseguire uno stage in un reparto di cardiologia/cardiochirurgia dove quotidianamente più pazienti vengono sottoposti ad interventi chirurgici, anche di una certa importanza con considerevoli possibili rischi operatori e post-operatori. Mi ha colpito e rattristato osservare il modo in cui il paziente viene trattato durante il periodo preoperatorio. Il lavoro infermieristico, per questioni di tempistiche ristrette, è diventato come una catena di montaggio che considera la persona come una macchina formata da più componenti e la malattia come un danno a un componente che va sostituito. L'attenzione verso il lato emotivo del paziente viene messo da parte e notato solamente quando questo influenza in modo notevole il corpo (aumento della FC o della PA). Il lato tecnico, le tempistiche sempre più abbreviate e il sempre più alto numero di pazienti di cui occuparsi, conseguono una perdita della dimensione umana del nostro lavoro. Dobbiamo riuscire a prenderci a carico di tutte le parti che compongono l'essere umano, ovvero sia la sfera biologica, psicologica che quella sociale e spirituale.

Il nostro ruolo come infermieri è anche quello "Health Adovocate", ovvero quello di promotore della salute (SUPSI, 2011). Dobbiamo utilizzare in modo serio e

responsabile le nostre competenze anche per promuovere la salute, invece di limitarci a curare il problema. Aiutando il nostro paziente a diminuire il suo livello di ansia, aiutiamo a promuovere il suo stato di salute in quanto diminuendo l'ansia diminuiscono i problemi e i rischi nel periodo operatorio e postoperatorio.

6.1. Limiti della revisione

I limiti che ho riscontrato in questa tesi al termine della stesura sono i seguenti.
Ho eseguito una ricerca molto ampia in cui è presente molto materiale, probabilmente una ricerca più mirata e con maggiori criteri avrebbe prodotto risultati più concreti. Sarebbe stato più fruttuoso focalizzarsi su una tipologia di intervento chirurgico elettivo in particolare, così da avere una ricerca più precisa e dettagliata.
Purtroppo, nonostante siano stati ritrovati numerosi articoli, è capitato che alcuni di essi fossero a pagamento e quindi non accessibili e che in base alla lettura dell'abstract sarebbero potuti essere utili alla stesura di questa tesi. Sarebbe stato opportuno da parte mia, chiedere supporto allo staff della biblioteca per poter accedere a queste risorse.
Un punto critico di questa ricerca è quello della regione in cui sono state effettuati gli studi. Molti di essi sono stati eseguiti al di furori dell'Europa, in regioni culturalmente diverse dalle nostre (Cina, Stati Uniti d'America, Taiwan, ...) e che per questo motivo potrebbe influenzare sul funzionamento della tecnica.
Un'analisi più approfondita dei risultati ottenuti dagli studi con una presentazione grafica della riduzione dell'ansia successiva all'intervento proposto sarebbe stata in grado di evidenziare meglio l'effetto benefico delle tecniche proposte.
Un altro limite riscontrato è stato quello della lingua in cui sono pubblicati gli articoli. Non essendo l'inglese la mia madre lingua potrebbero esserci state delle incomprensioni linguistiche nella lettura degli articoli.

6.2. Valutazione personale del lavoro svolto

Finalmente giunta al termine della stesura del mio lavoro di tesi, credo di potermi ritenere soddisfatta del lavoro svolto. Ho utilizzato molto tempo e impiegato moltissime risorse preziose per questo elaborato. Questo ultimo anno è stato per me molto stressante e ricco di momenti di ansia con occasioni di incertezze e paure di non farcela, ma con il dovuto supporto sono riuscita a superarle.
È stata un'esperienza molto intensa e appagante, che mi ha permesso di sviluppare competenze nuove. Questo tipologia di lavoro (revisione della letteratura) mi ha permesso di sviluppare le mie capacità di ricerca e di analisi, allenando in modo notevole anche le mie competenze linguistiche. Questo mi permetterà in futuro di saper ricercare più facilmente evidenze scientifiche per poter mantenere sempre aggiornate le mie competenze.
Questa revisione ha permesso di evidenziare quali possibili tecniche non farmacologiche esistono per poter aiutare il paziente con ansia. Gli studi presenti in letteratura non permettono ancora di esplicitare chiaramente quale tecnica sia la

migliore da utilizzare per gestire questa problematica, ma ci mostrano quello che la scienza sta studiando al momento.
Spero che questa revisione possa essere utile per questa importante professione e che renda attento il personale degli effetti negativi che l'ansia può avere, stimolandoli a prestare attenzione anche al lato emotivo/psicologico del loro paziente e non solo a quello biologico.

7. Ringraziamenti

Ritengo necessario e opportuno esprimere un senso di riconoscimento verso alcune persone che mi hanno sostenuta nella realizzazione di questa tesi.

Il primo ringraziamento va sicuramente a Edoardo, che è stato in grado di aiutarmi e sostenermi in ogni momento di questo periodo molto stressante e impegnativo, sopportando i miei repentini cambiamenti d'umore.

Un altro ringraziamento va al mio relatore di tesi, che mi ha sostenuta e incoraggiata nei momenti di ansia e di panico, insegnandomi a credere in me stessa e alle mie potenzialità.

Infine desidero ringraziare la mia famiglia e i miei amici, in particolare la mia amica e compagna di studi Vera, che è stata in grado di sostenermi, aiutarmi e appoggiarmi in tutto il percorso formativo.

8. Abbreviazioni nel testo

ACTH:	Ormone adrenocorticotropo
AVP:	Arginina – Vasopressina
CAT:	Terapie Complementari Alternative
CRH:	Fattore rilasciante ACTH
FC:	Frequenza cardiaca (battiti cardiaci in un minuto)
HRV:	Heart Rate Variabilty (variabilità del battito cardiaco)
IL-1:	Interleuchina (citochina rilasciata dal SI)
MTC:	Medicina Tradizionale Cinese
PA:	Pressione arteriosa (sistolica e diastolica)
PAM:	Pressione arteriosa media
PN:	Primary Nursing
PNEI:	Psiconeuroendocrinoimmunologia
PV:	Parametri vitali
Sat O2:	Saturazione ossigeno nel sangue
SI:	Sistema immunitario
SNA:	Sistema nervoso autonomo
SoC:	Sense of Coherence

9. Bibliografia

Abend, R., Dan, O., Maoz, K., Raz, S., & Bar-Haim, Y. (2014). Reliability, validity and sensitivity of a computerized visual analog scale measuring state anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*(4), 447–453.

Acar, H. V., Cuvaş, Ö., Ceyhan, A., & Dikmen, B. (2013). Acupuncture on Yintang Point Decreases Preoperative Anxiety. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, *19*(5), 420–424.

Agarwal, A., Ranjan, R., Dhiraaj, S., Lakra, A., Kumar, M., & Singh, U. (2005). Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*, *60*(10), 978–981.

Alanazi, A. A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal of Nursing*, *23*(7), 387–393.

Ali, A., Altun, D., Oguz, B. H., Ilhan, M., Demircan, F., & Koltka, K. (2014). The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparascopic cholecystectomy. *Journal of Anesthesia*, *28*(2), 222–227.

Asilioglu, K., & Celik, S. S. (2003). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling*, *53*(1), 65–70.

Basile, J., & Bloch, M. J. (2016). *Overview of hypertension in adults*. Uptodate.

Bisogno - Wikipedia. (s.d.). Recuperato 3 gennaio 2017, da https://it.wikipedia.org/wiki/Bisogno

Bottaccioli, F. (2005). *Psiconeuroindocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi relazionali della medicina integrata.* Milano: Red!

Bottaccioli, F. (2010). Dalla medicina alternativa alla medicina integrata. Treccani.

Braden, R., Reichow, S., & Halm, M. A. (2009). The Use of the Essential Oil Lavandin to Reduce Preoperative Anxiety in Surgical Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *24*(6), 348–355.

Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.

Bringman, H., Giesecke, K., ThöRne, A., & Bringman, S. (2009). Relaxing music as pre-medication before surgery: a randomised controlled trial. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *53*(6), 759–764.

Carpenito-Moyet, L. J. (2010). *Diagnosi infermieristiche - Applicazione alla Pratica Clinica* (5a ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Cassidy, T. (2002). *Stress e salute*. Bologna: Il Mulino.

Caumo, W., & Ferreira, M. (2003). Perioperative anxiety: psychobiology and effects in postoperative recovery. *Pain Clinic*, (15), 87–101.

Cella, S. G., Di Giulio, A. M., & Scaglione, F. (2010). *Farmacologia Generale e Speciale per le lauree sanitarie*. Padova: Piccin Nuova Libreria.

Chirurgia. (s.d.). In *Treccani*. Recuperato da http://www.treccani.it/enciclopedia/chirurgia/

Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., & Hiratos, M. (2005). The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of advanced nursing*, *52*(1), 47–55.

Cristina, E. D. (2004). Understanding True Aromatherapy: Understanding Essential Oils. *Home Health Care Management & Practice*, *16*(6), 474–479.

Cunico, L. (2008). Ansia e dolore postoperatorio: il paziente ha soltanto bisogno di analgesici? *DIPAV - Quaderni*, 25–40.

Demarzo, M. M. P., Cebolla, A., & Garcia-Campayo, J. (2015). The implementation of mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis. *General Hospital Psychiatry*, *37*(2), 166–171. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.11.013

Dias, R., Baliarsing, L., Barnwal, N., Mogal, S., & Gujjar, P. (2016). Role of pre-operative multimedia video information in allaying anxiety related to spinal anaesthesia: A randomised controlled trial. *Indian Journal of Anaesthesia*, *60*(11), 843.

Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, *23*(2), 190–199. https://doi.org/10.1093/heapro/dan014

Facco, E., Stellini, E., Bacci, C., Manani, G., Pavan, C., Cavallin, F., & Zanette, G. (2013). Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation. *Minerva Ansestesiologica*, *79*(12), 1389–1395.

Farnè, M. (2003). *L'ansia*. Bologna: Il Mulino.

Fernández-Blázquez, M. A., Ávila-Villanueva, M., López-Pina, J. A., Zea-Sevilla, M. A., & Frades-Payo, B. (2015). Psychometric properties of a new short version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) for the assessment of anxiety in the elderly. *Neurología (English Edition)*, *30*(6), 352–358.

Franco, L., Blanck, T. J. J., Dugan, K., Kline, R., Shanmugam, G., Galotti, A., … Wajda, M. (2016). Both lavender fleur oil and unscented oil aromatherapy reduce preoperative anxiety in breast surgery patients: a randomized trial. *Journal of Clinical Anesthesia*, *33*, 243–249.

Gidron, Y. (2013). Trait Anxiety. In M. D. Gellman & J. R. Turner (A c. Di), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pagg. 1989–1989). New York, NY: Springer New York.

Grieve, R. J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British Journal of Nursing*, *11*(10), 670.

Holloway, N. M. (2008). *Piani di Assistenza in Medicina e Chirurgia* (2° ed.). Napoli: Idelson-Gnocchi.

Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedforth, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, *104*(3), 369–374.

Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, *63*(S11), S467–S472. https://doi.org/10.1002/acr.20561

Kakinuma, A., Nagatani, H., Otake, H., Mizuno, J., & Nakata, Y. (2011). The Effects of Short Interactive Animation Video Information on Preanesthetic Anxiety, Knowledge, and Interview Time: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesia & Analgesia*, *112*(6), 1314–1318.

Kipnis, G., Tabak, N., & Koton, S. (2016). Background Music Playback in the Preoperative Setting: Does It Reduce the Level of Preoperative Anxiety Among Candidates for Elective Surgery? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *31*(3), 209–216.

Latack, J. . (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *Hournal of Applied Psychology*, *Vol.71*, pp.377-385.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stess, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lazzari, D. (2007). *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli.

Lazzari, D. (2009). *La «Bilancia dello Stress»: Uno strumeno per capire misurare e gestire*. Napoli: Liguori.

Lee, K.-C., Chao, Y.-H., Yiin, J.-J., Chiang, P.-Y., & Chao, Y.-F. (2011). Effectiveness of different music-playing devices for reducing preoperative anxiety: A clinical control study. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(10), 1180–1187.

Legacci, A. (2015). Misurazione dell'ansia. Recuperato 14 gennaio 2016, da http://www.ansia-psicoterapia.it/misurazione-dell-ansia/

Li, H., Jin, D., Qiao, F., Chen, J., & Gong, J. (2016). Relationship between the Self-Rating Anxiety Scale score and the success rate of 64-slice computed tomography coronary angiography. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *51*(1), 47–55. https://doi.org/10.1177/0091217415621265

Luo, L., Dai, Q., Mo, Y., Yan, Y., Qian, M., Zhuang, X., … Wang, J. (2016). The effect of auricular acupressure on preoperative anxiety in patients undergoing gynecological surgery. *Int J Clin Exp Med*, *9*(2), 4065–4070.

McClurkin, S. L., & Smith, C. D. (2016). The Duration of Self-Selected Music Needed to Reduce Preoperative Anxiety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *31*(3), 196–208.

McEwen, B. S., & Gianaros, P. J. (2011). Stress- and Allostasis-Induced Brain Plasticity. *Annual Review of Medicine*, *62*(1), 431–445. https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100430

Ni, C.-H., Tsai, W.-H., Lee, L.-M., Kao, C.-C., & Chen, Y.-C. (2011). Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients - a randomised clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(5/6), 620–625. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03466.x

Nicholson, A., Coldwell, C. H., Lewis, S. R., & Smith, A. F. (2013). Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia. In The Cochrane Collaboration (A c. Di), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Pereira, L., Figueiredo-Braga, M., & Carvalho, I. P. (2015). Preoperative anxiety in

ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*, *99*(5), 733–738.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2007). *Assistenza infermieristica clinica. Tecniche, procedure, emergenze* (Vol. Secondo). Utet Scienze Mediche.

Pierò, A., Di Pilato, M., Longo, R., & Tortone, C. (s.d.). Una interpretazione salutogenica della carta di ottawa.

Pittman, S., & Kridli, S. (2011). Music intervention and preoperative anxiety: an integrative review. *International nursing review*, *58*(2), 157–163.

Roganti, D. (2013). Psico-neuro-endocrino-immunologia. In *Psicologia della salute: Modelli teorici e contesti applicativi*. Roma: Carocci.

Selye, H. (1974). *Stress Without Distress*. Philadelphia: Lippincott.

Simonelli, I., & Simonelli, F. (2010). *Atlante concettuale della salutogenesi: Modelli e teorie di riferimento per generare salute*. Milano: Franco Angeli.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010a). *Brunner - Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica Vol.1* (Quarta Edizione, Vol. 1). Milano: Casa Editrice Ambrosiana - Zanichelli.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010b). *Brunner - Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica Vol.2* (Quarta edizione, Vol. 2). Milano: Casa Editrice Ambrosiana - Zanichelli.

Sossella, V. (2005, novembre 9). Virginia Henderson. Recuperato 3 gennaio 2017, da http://www.interruzioni.com/virginia_henderson.htm

SUPSI. (2011). Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Recuperato da http://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche/competenze-e-professione.html

Thompson, M., Moe, K., & Lewis, C. P. (2014). The Effects of Music on Diminishing Anxiety Among Preoperative Patients. *Journal of Radiology Nursing*, *33*(4), 199–202.

Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2011). *Principi di anatomia e fisiologia*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana - Zanichelli.

Tou, S., Tou, W., Mah, D., Karatassas, A., & Hewett, P. (2013). Effect of preoperative two-dimensional animation information on perioperative anxiety and knowledge retention in patients undergoing bowel surgery: a randomized pilot study. *Colorectal Disease*, *15*(5), e256–e265.

Trombini, G. (1982). *Stress, fattori psicologici e risposte psicosomatiche. Psicologia Clinica 1*.

Von Euler, U. S., & Cangiano, A. (1982). Sistema nervoso autonomo in «Enciclopedia del Novecento». In *Enciclopedia del Novecento*. Recuperato da http://www.treccani.it//enciclopedia/sistema-nervoso-autonomo_(Enciclopedia-del-Novecento)

Wakim, J. H., Smith, S., & Guinn, C. (2010). The Efficacy of Music Therapy. *Journal of*

PeriAnesthesia Nursing, *25*(4), 226–232.

Wang, S.-M., Peloquin, C., & Kain, Z. N. (2001). The use of auricular acupuncture to reduce preoperative anxiety. *Anesthesia & Analgesia*, *93*(5), 1178–1180.

Willems, C. (2015). Concetto di cura EOC. Ente Ospedaliero Cantonale Area infermieristica. Recuperato da http://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/Area-Inf-Update/EOC_I-SAN-014.pdf

Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., & Bekar, M. (2012). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients: Preoperative anxiety. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(7–8), 956–964. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x

Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, *30*(4), 445–458. https://doi.org/10.1002/nur.20202

9.1. Letteratura grigia:

Piasentin, S. (2015). *Approccio Salutogenico - Sguardi alla complessità*. Presentato al Lezione Epistemologia della cura 2, SUPSI Manno.

9.2. Iconografia

Figura 1: Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, *30*(4), 445–458.

Figura 2: Pierò, A., Di Pilato, M., Longo, R., & Tortone, C. (s.d.). Una interpretazione salutogenica della carta di ottawa.

Figura 3: Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, *23*(2), 190–199.

Figura 4: Lazzari, D. (2007). *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. (p. 111) Milano: Franco Angeli.

Figura 5: Larsen Williams. (2003). *Textbook of Endocrinology*. X ed. Filadelfia: Saunders in Bottaccioli, F. (2005). *Psiconeuroindocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi relazionali della medicina integrata.* (p. 97) Milano: Red!

Figura 6: Elaborazione propria tratta da: Bottaccioli, F. (2005). *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi relazionali della medicina integrata.* (p. 130) Milano: Red!

Figura 7: Lazzari, D. (2007). *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli. Pagina 146

Figura 8: Sistema nervoso autonomo simpatico e parasimpatico. Recuperato da: https://medicinaonline.co/2017/01/15/sistema-nervoso-parasimpatico-funzioni/

Figura 9: Abend, R., Dan, O., Maoz, K., Raz, S., & Bar-Haim, Y. (2014). Reliability, validity and sensitivity of a computerized visual analog scale measuring state anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*(4), 447–453.

Figura 10: Creazione personale

Figura 11: Creazione personale

Figura 12: Creazione personale

Figura 13: Creazione personale

Citazione iniziale tratta da*: http://www.frasicelebri.it/argomento/ansia/*

10. Allegati

10.1. Tabella riassuntiva dei risultati

10.1.1. Articoli Scientifici

Musica:

Titolo	Effectiveness of different music-playing devices for reducing preoperative anxiety: A clinical control study		
Autore/i	Kwo-Chen Lee, Chao, Yiin, Chiang, & Chao		
Anno e Nazione	2011 Taiwan		
Punteggio	7/8	Articolo nr	1
Tipo di art.	Studio clinico controllato randomizzato		
Contenuti	**Scopo:** Indagare l'effetto di riduzione dell'ansia comparando l'utilizzo di cuffie auricolari e l'uso di musica con casse audio (altoparlanti). **Metodologia:** 167 pazienti, tra i 20 e i 65 anni, suddivisi in modo casuale in tre gruppi. Gruppo controllo (senza musica), gruppo auricolari e gruppo altoparlanti. Nei gruppi intervento è stato fatto ascoltare per 10 minuti della musica senza possibilità di scelta. **Scala di valutazione ansia**: VAS + HRV **Risultati:** Il punteggio della scala VAS ha riportato una significativa riduzione del livello di ansia nel gruppo auricolari che nel gruppo altoparlante. Il gruppo altoparlante ha avuto una riduzione del livello di ansia maggiore rispetto al gruppo auricolari ma non in modo statisticamente significante. **Conclusioni:** Entrambi i mezzi per riprodurre musica sono efficaci per ridurre l'asia del paziente nel periodo preoperatorio. **Osservazioni personali:** il livello di ansia non è stato rilevato precedentemente all'intervento di riduzione dell'ansia ma solo prima di entrare in sala operatoria. Inoltre lo studio viene condotto nella zona d'attesa di una sala operatoria.		
Titolo	Background Music Playback in the Preoperative Setting: Does It Reduce the Level of Preoperative Anxiety Among Candidates for Elective Surgery?		
Autore/i	Kipnis, Tabak, & Koton		
Anno e Nazione	2016 Israele		
Punteggio	7/8	Articolo nr.	2
Tipo di art.	Studio prospettico interventistico		
Contenuti	**Scopo**: Valutare l'effetto della musica di sottofondo nella riduzione dell'ansia preoperatoria nei pazienti elettivi e valutare i livelli di rumore nella sala d'attesa. **Metodologia**: 156 pazienti suddivisi in due gruppi, gruppo controllo e gruppo intervento (suddivisi poi in due sottogruppi con musica classica e musica new age). La musica è stata ascoltata in media per 30 minuti nella sala d'attesa preoperatoria. **Scala di valutazione ansia**: STAI + Segni vitali (PA, FC, Sat O2) **Risultati**: L'utilizzo della musica di sottofondo è associata a riduzione del livello di ansia di stato nei pazienti in modo indipendente dall'età, intervento chirurgico, tipo di anestesia e dal sesso. **Conclusioni**: La musica di sottofondo può essere utile per diminuire l'ansia preoperatoria. **Osservazioni personali**: All'80% dei pazienti è stata somministrata una premedicazione.		
Titolo	The Duration of Self-Selected Music Needed to Reduce Preoperative Anxiety		

Autore/i	McClurkin & Smith		
Anno e Nazione	2016 USA		
Punteggio	8/8	Articolo nr.	3
Tipo di art.	Studio randomizzato controllato		
Contenuti	**Scopo**: Indagare sulla durata di ascolto della musica (scelta dai pazienti) per poter ridurre l'ansia preoperatoria. **Metodologia**: 134 pazienti sono stati randomizzati in tre gruppi. Due gruppi intervento, uno che ha fatto ascoltare musica per 15 minuti e l'altro per 30 minuti, e un gruppo controllo. **Scala di valutazione ansia**: STAI e VAS **Risultati**: I pazienti di entrambi i gruppi intervento hanno riscontrato un ridotto livello di ansia dopo 15 o 30 minuti di ascolto di musica rispetto al gruppo controllo. È stato riscontrato una maggior riduzione di ansia nei pazienti che hanno ascoltato per 30 minuti rispetto a quelli che hanno ascoltato per 15 minuti. **Conclusioni**: Ascoltare musica per almeno 15 minuti nel periodo preoperatorio è un metodo efficace per poter ridurre l'ansia. **Implicazioni per la pratica infermieristica**: Gli approcci non farmacologici sono di beneficio per il benessere del paziente. Un intervento musicale è sicuro, semplice e non richiede una formazione specifica. Può essere facilmente inserito come additivo terapeutico per i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. **Osservazioni personali**: -		
Titolo	The Effects of Music on Diminishing Anxiety Among Preoperative Patients		
Autore/i	Thompson, Moe, & Lewis		
Anno e Nazione	2014 USA		
Punteggio	7/8	Articolo nr.	4
Tipo di art.	Studio controllato non randomizzato		
Contenuti	**Scopo**: Esaminare l'effetto della musica sull'ansia preoperatoria **Metodologia**: 137 pazienti sono stati suddivisi in due gruppi (a seconda della disponibilità del personale) un gruppo intervento musicale e un gruppo controllo. Al gruppo intervento è stata fatta ascoltare musica per un periodo tra i 30 e i 60 minuti nel periodo precedente all'intervento. **Scala di valutazione ansia**: VAS **Risultati**: I pazienti del gruppo intervento hanno avuto una riduzione del livello di ansia significativo ma non elevato. Il gruppo controllo non ha avuto differenze significative. I risultati hanno mostrato che chi mostrava livelli di ansia più elevati ha avuto un maggior beneficio rispetto a chi aveva inizialmente livelli di ansia più bassi. **Conclusioni**: Offrire l'opportunità di ascoltare musica prima di un intervento chirurgico può essere un intervento efficace che l'infermiere può mettere in atto per ridurre l'ansia preoperatoria dei pazienti. Gli autori riferiscono che sarebbe utile esaminare la tipologia di musica da proporre e la durata dell'ascolto. **Osservazioni personali**: -		
Titolo	Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients – a randomised clinical trial		
Autore/i	Ni, Tsai, Lee, Kao & Chen		
Anno e Nazione	2011 Taiwan		

Punteggio	8/8	Articolo nr.	5
Tipo di art.	Studio clinico randomizzato e controllato		
Contenuti	**Scopo**: Valutare gli effetti dell'intervento musicale sull'ansia preoperatoria e sui segni vitali nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. **Metodologia**: 183 pazienti sono stati suddivisi in modo casuale in due gruppi. Gruppo intervento sperimentale (musica con auricolari) e gruppo controllo. Ai pazienti del gruppo intervento è stato fatto scegliere il tipo di musica desiderato tra quelli proposti (musica popolare Cinese e canzoni pop Taiwanesi) e fatta ascoltare per 20 minuti. I livelli di ansia sono stati misurati prima e dopo l'intervento. **Scala di valutazione ansia**: STAI + Segni vitali **Risultati**: Entrambi i gruppi, nonostante il livello di ansia non molto elevato, hanno mostrato una riduzione del livello di ansia. Il gruppo intervento però ha mostrato un livello significativo inferiore di ansia rispetto al gruppo controllo. **Conclusioni**: I pazienti sottoposti a chirurgia ambulatoriale possono trarre beneficio dall'intervento musicale per ridurre l'ansia preoperatoria e migliorare i loro segni vitali. Questi risultati forniscono ulteriori prove che l'intervento musicale possa essere inserito nella routine dell'assistenza infermieristica per aiutare i pazienti sottoposti a intervento chirurgico. **Osservazioni personali**: -		
Titolo	The effect of music on preoperative anxiety in day surgery		
Autore/i	Cooke, Chaboyer, Schluter, & Hiratos		
Anno	2005 Australia		
Punteggio	8/8	Articolo nr.	6
Tipo di art.	Studio randomizzato controllato singolo cieco		
Contenuti	**Scopo**: Testare l'ipotesi che i pazienti sottoposti a intervento chirurgico che ascoltano musica durante l'attesa preoperatoria avranno livelli di ansia significativamente inferiori rispetto ai pazienti che ricevono cure di routine. **Metodologia**: 180 pazienti sono stati suddivisi in modo casuale in tre gruppi. Gruppo controllo, gruppo intervento e gruppo placebo. Il gruppo controllo ha ricevuto solo le cure di routine, il gruppo intervento ha scelto e ascoltato per 30 minuti musica e il gruppo placebo ha indossato per 30 minuti le cuffie senza ascoltare musica. I livelli di ansia sono stati valutati pre e post intervento preoperatorio. **Scala di valutazione ansia**: STAI **Risultati**: Il gruppo intervento ha avuto una riduzione significativa del livello di ansia rispetto al gruppo placebo (p=0.001), non è stata riscontrata nessuna differenza tra il gruppo placebo e il gruppo controllo (p=0.77). Inoltre è stato riscontrato che il genere musicale non è rilevante. **Conclusioni**: I risultato supportano l'ipotesi che l'uso della musica come intervento infermieristico per ridurre l'ansia preoperatoria nei pazienti con chirurgia giornaliera Implicazioni per la pratica infermieristica: Bisogna prestare attenzione a non renderlo un intervento di routine ma piuttosto un intervento centrato sul paziente! **Osservazioni personali**: -		
Titolo	Relaxing music as pre-medication before surgery: a randomised controlled trial		
Autore/i	Bringman, Giesecke, ThöRne, & Bringman		
Anno e Nazione	2009 Svezia		
Punteggio	8/8	Articolo nr.	7
Tipo di art.	Studio controllato randomizzato		
Contenuti	**Scopo**: Confrontare l'uso del midazolam con l'uso di musica rilassante per ridurre l'ansia		

	preoperatoria. **Metodologia**: 372 pazienti sono stati divisi in modo casuale in due gruppi. Il gruppo midazolam ha ricevuto 0,05-0,1 mg/kg del farmaco per via orale e al gruppo musica è stato fatto scegliere dal paziente un genere musicale a sua scelta e fatto ascoltare da un lettore CD con gli auricolari. Entrambi gli interventi sono stati iniziati un'ora prima di entrare in sala operatoria. **Scala di valutazione ansia**: STAI **Risultati**: Nel gruppo musica il livello di ansia iniziale era 34(±8) e dopo l'intervento musicale era di 30(±7). Nel gruppo midazolam il punteggio iniziale era 36(±8) e 34(±7) dopo l'intervento. **Conclusioni**: La musica rilassante, in un contesto preoperatorio, diminuisce maggiormente il livello di ansia rispetto all'uso di midazolam somministrato per via orale. La miglior efficacia e l'assenza di effetti collaterali rendono la musica un utile alternativa all'uso del midazolam per gestire l'ansia preoperatoria. **Osservazioni personali**: -

Video informazioni

Titolo	Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia		
Autore/i	Jlala, French, Foxall, Hardman, & Bedforth		
Anno e Nazione	2010 Inghilterra		
Punteggio	7/8	Articolo nr.	8
Tipo di art.	Studio randomizzato singolo cieco		
Contenuti	**Scopo**: Valutare l'effetto delle informazioni preoperatorie multimediali sull'ansia preoperatoria di pazienti sottoposti ad anestesia regionale. **Metodologia**: 110 pazienti sono stati randomizzati in gruppo controllo e gruppo di studio. Al gruppo di studio è stato mostrato un video animato creato dagli autori che illustra il viaggio in ospedale di un paziente compreso il momento dell'anestesia (o spinale o del plesso brachiale). Al gruppo controllo sono state offerte le cure di routine del reparto. L'ansia preoperatoria è stata valutata prima e dopo la visione del filmato, 1 ora prima e 8 ore dopo l'operazione. **Scala di valutazione ansia**: STAI + VAS **Risultati**: Non erano presenti differenze iniziali tra i due gruppi. Nei pazienti del gruppo controllo è stato rilevato una uemnto dell'ansia di stato poco prima di entrare in sala operatoria mentre i pazienti nel gruppo di studio si presentavano meno ansiosi rispetto al gruppo di controllo. Dopo l'intervento chirurgico ad entrambi i gruppi è stato evidenzata una riduzione del livello di ansia ma il gruppo di studio era mento ansioso rispetto al gruppo controllo. **Conclusioni**: Le informazioni multimediali preoperatorie aiutano a ridurre l'ansia nei pazienti sottoposti a interventi chirurgici. Gli autori riferiscono che può essere un intervento complementare e non sostitutivo per fornire informazioni ai pazienti (come quelle fornite oralmente dal medico o quelle scritte su opuscoli). **Osservazioni personali**: -		
Titolo	Effect of preoperative two-dimensional animation information on perioperative anxiety and knowledge retention in patients undergoing bowel surgery: a randomized pilot study		
Autore/i	Tou, Tou, Mah, Karatassas, & Hewett		
Anno e	2013 Inghilterra		

Nazione			
Punteggio	6/8	Articolo nr.	9
Tipo di art.	Studio pilota randomizzato		
Contenuti	**Scopo**: Studiare l'effetto di animazioni bidimensionali (2D) per fornire informazioni ai pazienti sottoposti a chirurgia del colon-retto sull'ansia preoperatoria e le conoscenze. **Metodologia**: 31 pazienti sono stati randomizzati in gruppo intervento (video= e gruppo controllo. Al gruppo video è stato fatto vedere un video 2D della durata di 13 minuti con le informazioni (pre-, peri- e post- operative) il giorno della pre-ammissione, mentre al gruppo controllo sono state date informazioni per iscritto (anche al gruppo video è stato consegnato lo stesso foglio in più al video). L'ansia è stata misurata prima di dare informazioni, dopo la visione del video, il giorno dell'intervento, il giorno dopo l'intervento e il giorno della dimissione. **Scala di valutazione ansia**: STAI +VAS **Risultati**: Non sono state riscontrate differenze significative nel punteggio di ansia basale tra i due gruppi anche se il gruppo video ha riscontrato livelli di ansia basale e il giorno dell'ammissione più elevati. Nel gruppo intervento è stata riscontrata una riduzione immediata del livello di ansia dopo la visione del filmato. L'intervento ha avuto benefici anche a lungo termine poiché i livelli di ansia nel postoperatorio erano inferiori rispetto al gruppo controllo. **Conclusioni**: L'animazione 2D è un mezzo utile ed efficace per trasmettere informazioni ai pazienti e può potenzialmente ridurre l'ansia correlata all'intervento chirurgico e migliorare l'esperienza in ospedale. **Osservazioni personali**: Campione di studio limitato.		
Titolo	Role of pre-operative multimedia video information in allaying anxiety related to spinal anaesthesia: A randomised controlled trial		
Autore/i	Dias, Baliarsing, Barnwal, Mogal, & Gujjar		
Anno e Nazione	2016 India		
Punteggio	7/8	Articolo nr.	10
Tipo di art.	Studio prospettico randomizzato controllato singolo cieco		
Contenuti	**Scopo**: Confrontare l'effetto dell'informazione video preoperatoria sull'ansia preoperatoria rispetto ai pazienti senza informazioni video. **Metodologia**: 200 pazienti sottoposti a intervento chirurgico sotto anestesia spianale sono stati randomizzati in due gruppi. Gruppo video e gruppo non video. Al gruppo video è stato mostrato un filmato della durata di 206 secondi tramite un PC che mostrava la procedura per l'anestesia spinale e al gruppo non video è stata spiegata verbalmente. Ad entrambi è stato permesso di fare domane di chiarimento. L'ansia è stata misurata prima di dare informazioni a tutti i partecipanti e un'ora prima dell'intervento è stata rivalutata. **Scala di valutazione ansia**: STAI + PV (FC e PAM) **Risultati**: Entrambi i gruppi presentavo gli stessi livelli di ansia iniziali. Nel gruppo non video è stato riscontrato un aumento del livello di ansia di stato prima dell'anestesia spinale mentre nel gruppo video è stata riscontrata una riduzione dell'ansia oltre che alla FC e alla PAM. **Conclusioni**: Le informazioni preoperatorie fronite sottoforma di clip audiovisiva è un metodo efficace e fattibile per ridurre l'ansia preoperatoria legata all'anestesia spinale. **Osservazioni personali**: Molto specifico per l'anestesia spinale.		
Titolo	The Effects of Short Interactive Animation Video Information on Preanesthetic Anxiety, Knowledge, and Interview Time: A Randomized Controlled Trial		
Autore/i	Kakinuma, Nagatani, Otake, Mizuno & Nakata		

Anno e Nazione	2011 Giappone		
Punteggio	7/8	Articolo nr.	11
Tipo di art.	Studio randomizzato controllato		
Contenuti	**Scopo**: Confermare o smentire l'ipotesi che un video animato interattivo che fornisce spiegazioni di base delle procedure anestetiche possa migliorare la comprensione del paziente, ridurre l'ansia e ridurre il tempo d'intervista con l'anestesista. **Metodologia**: 211 pazienti divisi casualmente nel gruppo video o nel gruppo no-video. I pazienti del gruppo video hanno visualizzato un breve filmato interattivo, dopodiché sono stati visitati dal medico anestesista che ha effettuato la sua intervista. I pazienti del gruppo no-video sono stati solamente visti dall'anestesista. Prima dell'intervista e il giorno dell'intervento è stata valutata ansia e grado di conoscenza del paziente. È stata inoltre cronometrata la durata dell'intervista. **Scala di valutazione ansia**: STAI trait **Risultati**: Il tempo dell'intervista nel gruppo video è risultato più breve del 34,4% e le conoscenze erano migliori rispetto al gruppo no-video. Non è stata riscontrata alcuna differenza nell'ansia preanestetica. **Conclusioni**: Il video è in grado di migliorare la comprensione dei pazienti e ridurre i tempi d'intervista ma non è in grado di ridurre l'ansia. **Osservazioni personali**: Esclusi pazienti con interventi ambulatoriali		

Agopuntura e digitopressione

Titolo	Acupuncture on Yintang Point Decreases Preoperative Anxiety		
Autore/i	Acar, Cuvaş, Ceyhan, & Dikmen		
Anno e Nazione	2013 Turchia		
Punteggio	8/8	Articolo nr.	12
Tipo di art.	Studio prospettico controllato randomizzato a doppio cieco.		
Contenuti	**Scopo**: Indagare l'effetto dell'agopuntura ear-press sul punto Yintang per ridurre l'ansia preoperatoria. **Metodologia**: 52 pazienti chirurgici sono stati divisi casualmente in due gruppi. Il gruppo Yintang, dove sono stati applicati aghi sul punto Yintang con aghi per agopuntura auricolare e il gruppo Sham, dove gli aghi per agopuntura auricolare sono stati posti in modo sbagliato (non nei punti Yintang). Il punto Yintang (EX HN-3) è situato alla radice del naso tra le sopracciglia e ha proprietà sedative e rilassanti. Il punto "Sham" è situato invece a 2cm all'estremità distale del sopracciglio destro. La sessione è durata 20 minuti ed è stata applicata prima dell'intervento chirurgico. L'ansia è stata valutata prima e dopo la seduta di agopuntura. **Scala di valutazione ansia**: STAI **Risultati**: I risultati mostrano che il valore dell'ansia di stato (STAI-S) è diminuito nel gruppo "agopuntura" Yintang (p=0.018), ma non ci sono stati cambiamenti sul livello di ansia di tratto (STAI-T) (p=0.156). Nel gruppo "Sham" non sono state riscontrate differenze sia nella scala STAI-S (p=0.387) che in quella STAI-T (p=0.116). **Conclusioni**: L'agopuntura con agi ear-press sul punto Yintang è in grado di ridurre l'ansia preoperatoria nei pazienti chirurgici e può essere un alterantiva ai mezzi farmacologici. **Osservazioni personali**: -		
Titolo	The Use of Auricular Acupuncture to Reduce Preoperative Anxiety		
Autore/i	Wang, Peloquin, & Kain		
Anno e	2001 USA		

Nazione			
Punteggio	7/8	Articolo nr.	13
Tipo di art.	Studio controllato randomizzato singolo cieco		
Contenuti	**Scopo**: Determinare gli effetti dell'agopuntura dell'orecchio sull'ansia preoperatoria **Metodologia**: 91 pazienti che non hanno mai avuto esperienze con agopuntura sono stati randomizzati in tre gruppi. Gruppo MTC (medicina tradizionale cinese) che ha ricevuto un trattamento di agopuntura seguendo la tradizione cinese, il gruppo Rilassamento che ha ricevuto un trattamento in 3 punti conosciuti per dare benefici di rilassamento, sedazione e diminuzione dell'ansia, il gruppo di controllo ha ricevuto un trattamento di agopuntura in tre punti casuali che non hanno effetto documentato sull'ansia. Un esperto di agopuntura ha eseguito il trattamento a tutti i pazienti per una durata di 30 minuti. L'ansia è stata misurata al momento del reclutamento per lo studio e 30 minuti dopo il trattamento. **Scala di valutazione ansia**: STAI **Risultati**: Non sono state riscontrate differenze iniziali sul livello di ansia prima dell'intervento. Il livello dia ansia nel gruppo di rilassamento ha riscontrato un importante riduzione di ansia rispetto al gruppo controllo (p=0.01). Il gruppo MTC no ha avuto una riduzione significativa rispetto al gruppo controllo o rilassamento. **Conclusioni**: Secondo gli autori l'effetto ridotto dell'agopuntura seguendo la MTC può essere causato dal fatto che non tutti i pazienti sono uguali e andrebbe adattata al paziente che abbiamo di fronte. Lo studio ha comunque dimostrato che l'agopuntura auricolare può diminuire l'ansia preoperatoria e che è una tecnica semplice, poco costosa e ha minimi effetti avversi. **Osservazioni personali**:		

Titolo	Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study		
Autore/i	Agarwal, Ranjan, Lakra & Singh		
Anno	2005 India		
Punteggio	8/8	Articolo nr.	14
Tipo di art.	Studio randomizzato controllato prospettico singolo cieco		
Contenuti	**Scopo**: Studiare gli effetti della digitopressione sull'ansia preoperatoria e sugli indici bispettrali (BIS). **Metodologia**: 77 pazienti sono stati assegnati in modo casuale a due gruppi. Gruppo controllo che a ricevuto la digitopressione in un sito inappropriato (2cm a lato e verticalmente dell'estremità del sopracciglio destro) e il gruppo intervento (digitopressione) ha ricevuto il trattamento sul punto "extra 1 point" (tra le due sopracciglia alla base del naso). Lo stesso sperimentatore ha eseguito il trattamento, ha eseguito per 10 minuti un pressione con rotazione sul punto indicato. L'ansia è stata valutata all'inizio dello studio, dopo 10 minuti e dopo 40 minuti. **Scala di valutazione ansia**: VAS **Risultati**:Nel campione di studio non sono stare rilevate differenze significative. Il livello di ansia è diminuito in entrambi i gruppi dopo 10 minuti ma nel gruppo intervento l'ansia è diminuita maggiormente (5vs.8) mentre nel gruppo controllo meno (7vs.8). Dopo 30 minuti il livello di ansia è ritornato al livello iniziale per entrambi i gruppi. **Conclusioni**: Si può dire che la digitopressione sia efficace nel ridurre l'ansia preoperatoria, tuttavia i suoi effetti non sono sostenuti dopo 30 minuti dal termine della tecnica. **Osservazioni personali**:		

Titolo	The effect of auricular acupressure on preoperative anxiety in patients undergoing gynecological surgery		
Autore/i	Luo, Dai, Mo, Yan, Qian, Zhuang, Huang & Wang		
Anno	2016 Cina		
Punteggio	6/8	Articolo nr.	15
Tipo di art.	Studio randomizzato controllato doppio cieco		
Contenuti	**Scopo**: Indagare l'effetto della digitopressione auricolare per alleviare l'ansia senza effetti indesiderati. **Metodologia**:43 donne sottoposte ad interventi ginecologici sono state assegnate in modo casuale al gruppo digitopressione Sham o al gruppo digitopressione auricolare. Al gruppo "digitopressione auricolare" (AA) è stata applicata una sfera magnetica di 1mm di diametro sul "relaxation poin" con un nastro adesivo opaco bilateralmente. Questo punto si trova nella parete laterale superiore della fossa triangolare dell'orecchio. Al gruppo "digitopressione sham"(SA) è stato applicato nello stesso punto solamente il nastro adesivo. Ogni intervento è durato 30 minuti. Il livello di ansia è stato misurato prima e dopo l'intervento di digitopressione. **Scala di valutazione ansia**: STAI + parametri vitali (FC e PA) **Risultati**: Dopo l'intervento, i punteggi STAI-S hanno dimostrato livelli di ansia più bassi in entrambi i gruppi. Tuttavia, i pazienti nel gruppo AA hanno mostrato livelli di ansia significativamente ridotti rispetto a quelli del gruppo SA **Conclusioni**: Entrambi gli interventi sono in grado di alleviare l'ansia preoperatoria, tuttavia l'efficacia ansiolitica della digitopressione auricolare è migliore di quella "sham". **Osservazioni personali**:		

Olio di lavanda – aromaterapia

Titolo	The Use of the Essential Oil Lavandin to Reduce Preoperative Anxiety in Surgical Patients		
Autore/i	Braden, Reichow, & Halm		
Anno e nazione	2009 USA		
Punteggio	7/8	Articolo nr.	16
Tipo di art.	Studio prospettico sperimentale randomizzato singolo cieco		
Contenuti	**Scopo**: Sperimentare se l'olio essenziale di lavanda fosse più efficace della cura standard nel ridurre l'ansia preoperatoria. **Metodologia**: 150 pazienti sono stati assegnati in maniera causale al gruppo controllo (cure standard), al gruppo sperimentale (olio di lavanda con cure standard) o al gruppo placebo (olio di jojoba con cure standard). Ai pazienti del gruppo sperimentale del gruppo placebo dell'olio essenziale di lavanda è stato fatto odorare l'olio specifico da un batuffolo ovattato che è stato poi attaccato al camice vicino alla zona del collo/spalla fino a poco prima di entrare in sala operatoria e applicata una goccia di olio sul dorso del piede e coperto con un piccolo bendaggio. L'ansia è stata valutata prima e dopo l'intervento aromaterapico. **Scala di valutazione ansia**: VAS **Risultati**: Il gruppo controllo presentava un livello iniziale di ansia inferiore 36.23 (24.15) rispetto al gruppo sperimentale 41.80 (27.02) e a quello placebo 42.48 (29.17). Nonostante ciò il l gruppo sperimentale ha ridotto significatamene il livello di ansia prima del trasferimento in sala operatoria 29.96 (26.09) rispetto al gruppo controllo 37.48 (24.84) e al gruppo placebo 35.78 (29.00). **Conclusioni**: La lavanda è un semplice, a basso-rischio e a basso costo, intervento che		

	è associato a una riduzione significativa di ansia nel periodo preoperatorio. Nonostante sia un olio essenziale sicuro gli autori consigliano di collaborare con aroma-terapisti certificati per creare protocolli sicuri per la pratica infermieristica. **Osservazioni personali**: -		
Titolo	Both lavender fleur oil and unscented oil aromatherapy reduce preoperative anxiety in breast surgery patients: a randomized trial		
Autore/i	Franco, Blanck, Dugan, Kline, Shanmugam, Galotti, von Bergen Granell & Wajda		
Anno e Nazione	2016 USA		
Punteggio	7/8	Articolo nr.	17
Tipo di art.	Studio randomizzato a singolo cieco		
Contenuti	**Scopo**: Determinare se l'aromaterapia all'olio di fiori di lavanda è in grado di ridurre l'ansia nelle donne sottoposte a chirurgia del seno. **Metodologia**: 93 donne sono stati randomizzati in due gruppo. Il gruppo olio di lavanda e il gruppo olio inodore. I soggetti hanno ricevuto 2 gocce di olio nell'area preoperatoria all'interno di una maschera di plastica per l'ossigeno per 10 minuti. Il flusso di O2 è stato inferiore ai 2L/min. I parametri e l'ansia è stata misurata prima e dopo il trattamento. **Scala di valutazione ansia**: STAI e PV (FR e PA) **Risultati**: I punteggi STAI hanno mostrato una diminuzione dell'ansia in entrami i gruppi. Non ci sono stati cambiamenti nei segni vitali. **Conclusioni**: Entrambe le aromaterapie sono state associate a un miglioramento del senso di benessere e entrambi i trattamenti hanno ridotto l'ansia prima dell'intervento. I ricercatori sostengono che l'effetto benefico osservato sia dovuto sia all'aromaterapia con lavanda che ad un effetto placebo correlato alla maggiore attenzione data ai pazienti durante il trattamento, **Osservazioni personali**: La scala STAI è stata modificata. Sono state divise in domande positive e negative		

10.1.2. Revisioni della letteratura

Musica:

Titolo	The Efficacy of Music Therapy		
Autore/i	Wakim, Smith & Guinn		
Anno e Nazione	2010 USA	Articolo nr.	18
Contenuti	**Scopo**: Presentare gli studi di ricerca condotti sugli effetti della terapia musicale. **Metodologia**: 26 studi (2051 partecipanti) analizzati e inclusi **Conclusioni**: I risultati suggeriscono che l'ascolto di musica può avere un effetto benefico sull'ansia preoperatoria. In media c'è stata una riduzione dell'ansia di 5.72 unità rispetto al gruppo di assistenza standard nella scala STAI. I risultati inoltre mostrano che c'è stato un piccolo effetto di riduzione sulla FC e sulla PA diastolica ma nessun supporto sulla riduzione della PA sistolica, T° corporea e della FR.		
Titolo	Music interventions for preoperative anxiety (Review) - Cochrane		
Autore/i	Bradt, Dileo & Shim		
Anno e Nazione	2013 USA	Articolo nr.	19
Contenuti	**Scopo**: Esporre i risultati di studi di ricerca condotti sugli effetti della terapia musicale. **Metodologia**: nr° articoli non specificati **Conclusioni**: Offrire una selezione di musica ai pazienti prima dell'anestesia può migliorare il suo effetto positivo. Gli infermieri possono creare un protocollo.		
Titolo	Music intervention and preoperative anxiety: an integrative review		
Autore/i	Pittman & Kridli		
Anno e Nazione	2011 USA	Articolo nr.	20
Contenuti	**Scopo**: Illustrare le varianti di approccio metodologico utilizzati per valutare l'efficacia dell'intervento musicale per ridurre l'ansia preoperatoria negli adulti. **Metodologia**: 11 articoli valutati e inclusi **Conclusioni**: Tutti gli undici studi inclusi in questa ricerca hanno dimostrato che l'ascolto della musica ha ridotto gli alti livelli di ansia preoperatoria nei pazienti sottoposti a vari interventi chirurgici. Tuttavia vi erano prove incoerenti sull'efficacia della musica nell'abbassamento della PA, FC e FR nei pazienti ansiosi.		

10.2. Tabella riassuntiva dei punteggi ottenuti degli studi

Articolo nr.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**
Domanda esposta chiaramente	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**R**	**R**	**R**
il campione di studio è stato descritto	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**R**	**R**	**R**
Il modo con cui è sviluppato lo studio è dichiarato	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**R**	**R**	**R**
il N° del campione è sup. a 50 pz	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**R**	**R**	**R**
Lo strumento per misurare il livello di ansia è stato descritto e spiegato	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**R**	**R**	**R**
Sono misurati i livelli di ansia almeno prima e dopo la tecnica non farmacologica proposta	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**R**	**R**	**R**
I risultati sono esposti in modo chiaro	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**R**	**R**	**R**
Non è stata somministrata una premedicazione farmacologica	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**?**	**?**	**?**	**?**	**1**	**1**	**1**	**1**	**0**	**?**	**R**	**R**	**R**
Valutazione complessiva	**7**	**7**	8	**7**	8	8	8	**7**	6	**7**	**7**	8	**7**	8	6	**7**	**7**	**0**	**0**	**0**

<u>Legenda:</u>
1= risposta positiva
0= risposta negativa
?= risposta non trovata nel testo (nessun punto assegnato)
R= revisione (non valuto)

Tesi approvata in data: …….