

SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento economia, sanità e lavoro sociale
Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

INTERVENTI NON FARMACOLOGICI PER LA GESTIONE DELL'ANSIA PREOPERATORIA

Una revisione della letteratura.

Lavoro di tesi
di
Andrea Cortesi

Direttore di tesi: Giorgio Tarabra

Manno, 31.07.2020

Anno accademico 2019-2020

ABSTRACT

Background: L'intervento chirurgico elettivo può essere per il paziente causa di forte ansia e sofferenza psicologica correlata a stress e paura. Queste dimensioni sono tra loro collegate e questo stato del paziente può incidere negativamente sull'intervento chirurgico in programma, causare complicanze di vario tipo e prolungare la degenza. La sfera biologica, psicologica ed emotiva del paziente, legate e interconnesse tra loro, si influenzano a vicenda portando il curante alla considerazione di una dimensione sistemica e globale, superando così una visione separata tra mente e corpo. Interventi di promozione della salute possono migliorare la qualità di vita e procurare benessere al paziente sia sul piano fisico sia su quello mentale. Tuttavia, per poter essere efficaci, questi interventi devono essere accompagnati da atteggiamenti congruenti da parte dei curanti. Lo scopo è quello di riflettere sulle implicazioni infermieristiche legate ad alcuni possibili interventi non farmacologici che possono ridurre l'ansia preoperatoria nei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva, riducendo così le complicanze correlate, comprese quelle legate al maggiore utilizzo di farmaci ansiolitici preoperatori.

Metodi: È stata eseguita una revisione della letteratura. Tra le banche dati visionate sono state prese in considerazione PubMed, CHINAL (EBSCO) e Cochrane Library. Dopo la lettura degli abstract degli articoli e il confronto rispetto ai criteri di inclusione ed esclusione sono stati analizzati 14 articoli. I criteri di inclusione riguardano: articoli pubblicati dal 2008 al 2019; articoli in lingua italiana o inglese; studi svolti in qualsiasi contesto geografico; fonti primarie o secondarie; articoli nei quali soggetti studiati riguardino gli adulti (con un intervallo 18 – 70 anni). Le Keywords utilizzate sono state: *“adults” - “NOT children” - “reduce preoperative anxiety” - “surgery” - “operation” - “surgical procedure” - “reduce anxiety” – “elective surgery”*

Risultati: L'ascolto di musica, l'aromaterapia e l'utilizzo di immagini guidate si sono dimostrati interventi efficaci a ridurre l'ansia preoperatoria dei pazienti analizzati. La riduzione di questo parametro può influenzare altre aree, ad esempio migliorando la qualità del sonno, riducendo il dolore post-operatorio e ristabilendo un certo equilibrio tra sistema simpatico e parasimpatico. Questo può contribuire al miglioramento di alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione sistolica, cortisolo nel sangue, ossigenazione del sangue), riducendo il rischio di complicanze legate all'intervento.

Conclusioni: Gli interventi non farmacologici presi in considerazione sono sempre maggiormente presenti e ricercati dai pazienti. Ridurre l'ansia preoperatoria attraverso interventi di questo tipo potrebbe favorire lo sviluppo di strategie di coping efficaci in pazienti che, molto spesso, percepiscono gli ambienti di reparto come non familiari, sentendosi quindi vulnerabilmente esposti a una possibile minaccia rappresentata dall'intervento chirurgico per cui si trovano ricoverati. La promozione della salute è un ruolo fondamentale per un infermiere; interventi semplici, economici e sicuri come l'ascolto di musica, l'aromaterapia e l'utilizzo di immagini guidate potrebbero generare una quota di benessere non trascurabile nel paziente. Risulta quindi importante promuovere attivamente l'integrazione di un approccio salutogenico a quella visione patogenica che, forse altrettanto spesso, identifica un paziente con la sua malattia o il suo sintomo.

Keywords: *preoperative anxiety – salutogenesis – health promotion - nursing*

INDICE

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	5
1.1. MOTIVAZIONI PERSONALI	5
1.2. DEFINIZIONE DEL PROBLEMA.....	6
2. SCOPO E OBIETTIVI.....	6
3. QUADRO TEORICO	7
3.1. INTERVENTO CHIRURGICO	7
3.2. IL BISOGNO.....	9
3.2.1. IL BISOGNO DI UN PAZIENTE IN CHIRURGIA	10
3.2.2. RASSICURAZIONE.....	11
3.2.3. IL BISOGNO DI INFORMAZIONE	11
3.2.4. AMBIENTE E COMFORT	12
4. STRESS E BENESSERE IN FASE PREOPERATORIA	13
4.1.1. INTERVENTO CHIRURGICO E STRESS	13
4.1.2. STRESS	13
4.1.3. FASI E DIMENSIONI COINVOLTE DALLO STRESS.....	14
4.1.4. INTERPRETAZIONE PSICOLOGICA DELLO STRESS	15
4.1.5. VERSO UN APPROCCIO SISTEMICO.....	17
4.1.6. IL MODELLO BIOPSIOSOCIALE	17
4.1.7. PNEI E SISTEMA DELLO STRESS	18
4.2. ANSIA E PAURA	22
4.2.1. DEFINIZIONI E CENNI DI FISIOPATOLOGIA	22
4.2.2. ANSIA, PAURA E INTERVENTO CHIRURGICO.....	23
4.2.3. RELAZIONE CIRCOLARE FRA ANSIA E STRESS	24
4.2.4. EFFETTO PLACEBO	24
4.3. PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	27
4.3.1. I DETERMINANTI DI SALUTE	27
4.3.2. L'INFERMIERE PROMOTORE DELLA SALUTE	27
4.3.3. SALUTE MENTALE.....	28
4.3.4. PROMOZIONE DELLA SALUTE E STRESS	29
4.3.5. PROMOZIONE DELLA SALUTE E SALUTOGENESI	30
4.4. SALUTOGENESI	31
4.4.1. IL CONCETTO DI SALUTOGENESI.....	31
4.4.2. SENCE OF COHERENCE	31
4.4.3. FARE LEVA SUL COPING DEL PAZIENTE	32

5.	INTERVENTI NON FARMACOLOGICI PER LA GESTIONE DELL'ANSIA	34
5.1.	ASCOLTO DI MUSICA	36
5.2.	AROMATERAPIA	37
5.3.	USO DI IMMAGINI GUIDATE	38
6.	REVISIONE DELLA LETTERATURA	39
6.1.	METODOLOGIA.....	39
6.2.	CHIAVI DI RICERCA.....	40
6.3.	CRITERI DI INCLUSIONE E ESCLUSIONE	41
6.4.	SELEZIONE DEGLI ARTICOLI.....	42
6.5.	RISULTATI	43
6.6.	DISCUSSIONE	43
6.7.	IMPLICAZIONI PER LA PRATICA PROFESSIONALE	48
7.	CONCLUSIONI.....	52
8.	RINGRAZIAMENTI	53
9.	BIBLIOGRAFIA.....	54
9.1.	ICONOGRAFIA.....	59
10.	ALLEGATI.....	60
10.1.	ANALISI	60
10.2.	SCALE DI VALUTAZIONE DELL'ANSIA	66
10.3.	ALTRI INTERVENTI.....	68
10.3.1.	AGOPUNTURA.....	68
10.3.2.	UTILIZZO DI INFORMAZIONI MULTIMEDIALI.....	68
10.4.	TABELLA RIASSUNTIVA ARTICOLI.....	70
10.5.	BIBLIOGRAFIA ALLEGATI	79

1. INTRODUZIONE

1.1. MOTIVAZIONI PERSONALI

La paura del pericolo è diecimila volte più spaventosa del pericolo vero e proprio, quando si presenta il fatto davanti ai nostri occhi; e l'ansia è una tortura molto più grave da sopportare che non la sventura stessa per la quale siamo in ansia.

(Daniel Defoe, 2014)

La decisione di trattare e sviluppare questa tematica è scaturita in me in seguito ad uno degli stage svolti durante questi anni. Quello di cui parlo riguarda l'esperienza vissuta in ospedale nel reparto di Chirurgia, valida come secondo stage durante il secondo anno di studi.

Grazie a questo periodo di pratica ho potuto per la prima volta osservare e prestare le mie attenzioni e cure a tutti quei pazienti non solo dopo un intervento chirurgico, ma anche in quel momento di attesa, più o meno lunga, meglio o peggio vissuta, che può far trapelare emozioni e sentimenti contrastanti e diversificati da paziente a paziente.

Una cosa che ho notato e vissuto nel corso dello stage, ma anche in altre situazioni osservate, è la semplicità e l'atto quasi quotidiano e dato per scontato di utilizzare i farmaci ansiolitici e sedativi nel momento che precede l'entrata in sala operatoria; ciò nonostante questi farmaci come vedremo in seguito inducono spesso effetti collaterali negativi.

Ho notato inoltre che nella prassi comune, il tutto si svolge prestando poche attenzioni ai dubbi, alle paure e all'ansia che a volte possono celarsi già da tempo anche dietro alle apparenti espressioni di serenità, tranquillità e calma ostentate dai pazienti. Tuttavia, la ricerca da me svolta, ha il compito di andare ad indagare se vi siano alternative e relative soluzioni sull'agire prima di un intervento chirurgico previsto su un paziente ansioso, prendendo in considerazione un altro tipo di interventi non legati strettamente a quelli farmacologici. Tale prassi permetterebbe appunto sia di diminuire l'assunzione di farmaci da parte dell'utente, sia di creare e sviluppare maggiormente un rapporto empatico e di fiducia con il paziente con cui avremo a che fare umanamente e professionalmente e con il quale dovremo confrontarci anche in seguito all'intervento chirurgico.

Aggiungo inoltre che la tematica affrontata in questi anni di studio, relativa allo stress e ai suoi effetti indotti a lungo termine sull'organismo umano, sia dal punto di vista psicologico che dal punto di vista fisico mi ha molto affascinato. Ritengo che la dimensione psicologica ed emotiva del paziente rappresenti quella parte che frequentemente viene trascurata in quanto ritenuta poco rilevante dai curanti; a mio parere invece dovrebbe essere considerata il fulcro di ogni atto assistenziale, nonché parte fondamentale dell'atto di cura.

Apprensione, incertezza, attesa, aspettative, paura delle novità, fanno a un paziente più male di ogni fatica.

(Florence Nightingale, 2014).

In base a quanto enunciato, affrontando questa tematica ho avuto la possibilità di indagare, riprendere e conoscere meglio aspetti importanti ed innovativi di alcune realtà lavorative non convenzionali e che mi saranno senz'altro utili per la mia futura pratica professionale.

1.2. DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che desidero trattare è quello relativo all'ansia preoperatoria.

Si tratta di una condizione molto frequente e per questo documentata anche da un elevato numero di studi.

Ad esempio secondo Mullen (2000) l'ansia preoperatoria rappresenta un fattore rilevato con intensità diverse in circa due terzi dei pazienti in attesa di intervento, con una percentuale che raggiunge l'80% per gli interventi di chirurgia maggiore (Saiani & Brugnolli, 2013). Anche White nel 1986 afferma che l'incidenza dell'ansia clinicamente significativa nei pazienti in attesa di un intervento chirurgico è stata variamente riportata tra il 40 e l'80%.

Ma perché necessita di molte attenzioni l'ansia in questa delicata fase?

L'ansia preoperatoria può provocare manifestazioni fisiologiche negative, rallentare la guarigione della ferita, aumentare il rischio di infezione, complicare l'induzione dell'anestesia e impedire il recupero postoperatorio (Bradt et al., 2013).

Inoltre è stata identificata come un preannunciatore preoperatorio significativo di scarso controllo del dolore postoperatorio (Yang et al., 2019).

Inoltre è accertato che i sedativi e gli ansiolitici somministrati regolarmente ad un paziente prima di affrontare un intervento chirurgico, possono causare non solo sonnolenza e difficoltà respiratorie, ma possono anche interagire con i farmaci anestetici prolungando il recupero e la dimissione del paziente (Bradt et al., 2013). Quindi, la presenza di ansia preoperatoria potrebbe generare anche un altro problema, cioè quello degli effetti collaterali che possono indurre i farmaci utilizzati proprio al fine di ridurre gli stati d'ansia.

2. SCOPO E OBIETTIVI

Per questo lavoro si è deciso di dividere gli obiettivi in due categorie: quella di tipo personale e quella di tipo professionale. Attraverso il conseguimento dei primi si è cercato di integrare alcune competenze strettamente personali da impiegare poi nel corso di altri lavori futuri. Gli obiettivi di tipo professionale invece permetteranno l'integrazione di questa ricerca con la pratica professionale, traendone beneficio anche per il contesto professionale, inteso come futuri pazienti e futuri colleghi.

Obiettivi di tipo personale:

- Sviluppo della capacità di ricerca
- Approfondimento dell'utilizzo delle banche dati
- Esecuzione di un lavoro con basi scientifiche e convalidate
- Sviluppo della capacità di scegliere fonti adatte
- Ripresa di alcuni concetti visti e analizzati durante il triennio

Obiettivi di tipo professionale:

- Identificare quali sono i bisogni del paziente nella fase preoperatoria di chirurgia elettiva
- Definire la correlazione tra ansia e intervento chirurgico elettivo
- Identificare il ruolo di alcune pratiche di promozione della salute nella riduzione dell'ansia preoperatoria di un paziente
- Riflettere sulle implicazioni per la pratica infermieristica di reparto

3. QUADRO TEORICO

3.1. INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico costituisce un insieme di manovre che hanno come fine quello di riparare, ricostruire, riporre in sede, asportare, sostituire con una serie di azioni cruentate una parte dell'organismo colpito da malattia (Corriere della Sera, n.d.)

Le procedure chirurgiche si possono classificare in base alla complessità / importanza, all'urgenza e allo scopo. La classificazione indica all'infermiere il tipo di percorso chirurgico e il livello di assistenza per il paziente (Saiani & Brugnolli, 2013)

Per Complessità:

- Alta chirurgia → Ricostruzione o alterazione estesa di parti del corpo (es. chirurgia vascolare, polmonare, intestinale).
- Medio alta chirurgia → Ricostruzione o alterazione di parti del corpo (es. isterectomia radicale).
- Media chirurgia → Ricostruzione o alterazioni minime di parti del corpo (es. tonsillectomia).
- Piccola chirurgia → Alterazioni minime di una parte del corpo o correzione di un problema minore (es. estrazione di cataratta).

Per Urgenza:

- Elezione → Si eseguono con la possibilità di scegliere o programmare il momento dell'intervento; comprendono sia interventi necessari che non necessari per la salute del paziente. Sono sempre programmati (es. resezione intestinale, riparazione di ernia, prostatectomia).
- Urgenza → Necessari per la salute del paziente e possono prevenire ulteriori problemi. Possono essere anche programmati (es. asportazione masse tumorali, protesi).
- Emergenza → Devono essere eseguiti immediatamente per salvare la vita o preservare la funzione di un organo (es. controllo emorragia interna, perforazione intestinale).

Per Scopo:

- Diagnostico → Esplorazioni chirurgiche eseguite per confermare una diagnosi; possono prevedere l'asportazione di tessuti per esami diagnostici (es. biopsia).
- Ablativo → Rimozioni di parti corporee affette da un processo patologico (es. amputazione, asportazione dell'appendice).
- Ricostruttivo → Ripristinano una funzione o un aspetto anatomico (es. ricostruzione mammella in seguito ad asportazione di un tumore).
- Palliativo → Non curativi, riducono i sintomi associati a un processo patologico (es. colostomia).
- Acquisizione per trapianto → Prelievo di organi/tessuti da persona dichiarata cerebralmente morta per il trapianto in un'altra persona (es. reni, fegato, cuore).
- Estetico → Eseguiti per migliorare l'aspetto personale (es. rinoplastica).

Un infermiere riveste un ruolo importante nelle fasi precedenti, durante e in seguito l'intervento, andando così a fornire quella che viene definita assistenza chirurgica perioperatoria. Saiani & Brugnolli (2013) riassumono così queste fasi:

<p align="center">Fase preoperatoria</p>	<p>Inizia → dal momento in cui si decide di affrontare l'intervento. Termina → con il trasferimento della persona in sala operatoria</p>	<p>Comprende le misure assistenziali che permettono alla persona di affrontare l'evento chirurgico nelle migliori condizioni fisiche e psicologiche</p>
<p align="center">Fase intraoperatoria</p>	<p>Inizia → la persona assistita entra in sala operatoria Termina → la persona esce per raggiungere l'unità di degenza</p>	<p>Include preparazione della persona all'anestesia, il posizionamento sul lettino operatorio, il monitoraggio anestesilogico, il mantenimento delle condizioni di sicurezza durante la procedura, l'assistenza durante il risveglio.</p>
<p align="center">Fase postoperatoria</p>	<p>Riguarda il periodo in cui il paziente è trasferito alla struttura di degenza</p>	<p>Include il monitoraggio delle complicanze, la riattivazione dell'autonomia della persona alle AVQ, il riadattamento alla nuova situazione, l'educazione della persona all'autogestione delle limitazioni funzionali.</p>

Gli interventi di cui tratterò in questo lavoro riguarderanno la fase preoperatoria di un qualsiasi intervento chirurgico programmato. Infatti negli interventi chirurgici d'urgenza e emergenza spesso non c'è tempo per il paziente di riflettere né di prendere coscienza di quanto sta per accadere, ma solo quello di perderla (Blini, 2012). Di conseguenza l'ansia e le paure relative all'intervento possono non essere provate dal paziente per la velocità con cui tutto in queste circostanze potrebbe accadere.

3.2. IL BISOGNO

“L’infermiere condivide con la società la responsabilità dell’avvio e del sostegno delle iniziative volte a soddisfare i bisogni sociali e sanitari della popolazione, in particolare dei gruppi più vulnerabili”. (Codice Deontologico Infermieri, 2011)

Ma cosa si intende effettivamente con il termine bisogno?

Il bisogno si può generalmente tradurre con “sentire la mancanza”. Aver bisogno vuol dire aver necessità di procurarsi ciò che manca per raggiungere un fine oppure ciò che serve per il conseguimento di uno stato di benessere materiale o morale. Se questa condizione non viene raggiunta si manifesta come conseguenza una sofferenza.

Secondo Maslow i bisogni di ogni uomo sono classificati gerarchicamente. Sono strutturati da quelli più importanti a quelli meno, e, senza il soddisfacimento dei primi, di quelli definiti fondamentali, non si manifestano neppure gli altri. (Cuel & Così, 2014).

I bisogni fondamentali sono così classificati:

- Bisogni fisiologici (ad esempio nutrizione, eliminazione, movimento, sonno e riposo)
- Bisogno di sicurezza (ad esempio il sentirsi liberi da paure e ansie o l’evitare pericoli e minacce)
- Bisogno di amore e appartenenza (sentirsi di appartenere e essere amati da qualcuno per evitare isolamento e solitudine)
- Bisogno di stima (attraverso l’autostima e la stima che deriva dagli altri, per evitare dubbi e sentimenti di impotenza)
- Bisogno di autorealizzazione (tradurre in effetto propri desideri e le proprie aspettative)



La piramide dei bisogni di Maslow (1954)

Figura 1 – (Risorse Umane HR, n.d.)

3.2.1. IL BISOGNO DI UN PAZIENTE IN CHIRURGIA

Non sono state trovate documentazioni riguardanti puramente ai bisogni dei pazienti nell'ambito chirurgico. Tuttavia rifacendomi al modello di Maslow e creando un collegamento con quanto ricercato, posso affermare che il bisogno di sicurezza sia quello maggiormente importante.

Come afferma Maslow (2010) sappiamo che nella nostra società l'adulto preferisce generalmente un mondo sicuro, predicibile, organizzato e dominato da leggi e in cui non accadano cose caotiche o pericolose.

Nonostante ciò, un intervento chirurgico (o più in generale una malattia) viene spesso percepito come un evento di questo tipo, portando la persona a provare emozioni e pensieri che vanno a rendere difficile il soddisfacimento di questo bisogno.

Prima di un'operazione infatti il nostro paziente può essere pervaso da numerose paure.

I Royal Colleges of Surgeons and Psychiatricians (1997) hanno eseguito uno studio sulle preoccupazioni dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico, identificando i maggiori timori:

- Paura di non svegliarsi dopo l'intervento chirurgico
- Paura di un risveglio intraoperatorio
- Ansia causata dalla maschera facciale degli operatori
- Fobia degli aghi

A tutto questo possono aggiungersi le preoccupazioni per il futuro, andando di conseguenza a minacciare anche altri bisogni fra quelli identificati da Maslow.

Le paure di ogni paziente si possono riflettere anche in alcuni interrogativi che prima di un intervento potrebbero sorgere in modo più che lecito. Ad esempio: "Ciò che io voglio essere o fare sarà ancora possibile dopo questo intervento?" oppure "Le persone che ho intorno e che mi conoscono sotto questo aspetto, mi vorranno e mi guarderanno ancora come lo fanno ora?".

Inoltre, è risaputo che prima di un intervento chirurgico vi sono anche delle prassi da rispettare che riguardano l'aspetto più corporeo, andando ad agire così sui bisogni fisiologici. Il digiuno preoperatorio ne è la prova. Oppure l'aspetto del sonno, che potrebbe essere ostacolato nei giorni precedenti l'intervento da uno stato psicologico permeato appunto da un sentimento di insicurezza.

3.2.2. RASSICURAZIONE

Uno dei modi per sopperire a questo bisogno di insicurezza dei pazienti è quello dell'essere presenti. Fredriksson (1999) spiega che ciò non significa solo vicinanza fisica, ma anche comunicazione e comprensione. L'infermiere offre questo tipo di presenza per raggiungere un obiettivo, ovvero il supporto, il comfort e l'incoraggiamento, per ridurre l'intensità della sofferenza, di sensazioni spiacevoli e per rassicurare.

La rassicurazione quindi in una situazione preoperatoria si può mettere in atto in vari modi, sia attraverso interventi diretti alla persona, come quello di assicurare una giusta informazione, sia quelli nei confronti dell'ambiente. A quest'ultimo proposito infatti Florence Nightingale (1869) affermava che l'ambiente, in quanto legato molto strettamente allo stato di salute del paziente, è un fattore fondamentale dell'assistenza infermieristica.

3.2.3. IL BISOGNO DI INFORMAZIONE

Fingfeld e Connett (2008) affermano come oltre alla rassicurazione, il fornire spiegazioni dettagliate su una procedura, rappresenta per il benessere del paziente un'inestimabile valenza.

In seguito ad un'intervista somministrata a pazienti sulle loro paure a proposito di un intervento chirurgico, Leinonen et al. (1996) hanno rilevato come i pazienti desiderano essere informati circa il loro percorso perioperatorio.

Tuttavia, sappiamo che non è sempre così. È vero, alcuni pazienti vogliono conoscere ogni dettaglio riguardo l'intervento a cui saranno sottoposti e dare loro limitate informazioni potrebbe aggravare lo stress. È anche vero però che altri pazienti preferiscono ricevere poche informazioni se non addirittura nessuna. In questo caso le troppe informazioni potrebbero aumentare il loro stato di ansia e paura (Saiani & Brugnolli, 2013). Il bisogno di informazione è quindi qualcosa di molto soggettivo, per cui occorre un adeguato assessment del paziente prima di sapere come agire nel migliore dei modi.

Per quei pazienti ai quali l'informazione può essere utile alla riduzione di ansia preoperatoria, si evidenziano tre principali tipi di informazione che necessitano di ricevere (Grieve, 2002; Bellani, 2008):

- Informazioni procedurali: ad esempio il digiuno, le preparazioni preoperatorie o l'igiene della cute
- Informazioni di tipo sensoriale: sono quelle che anticipano le sensazioni che il paziente potrà avere durante l'intervento o dopo; un esempio è il dolore che gli potrà causare la ferita.
- Informazioni che contengono istruzioni comportamentali: sono come dice la parola stessa tutte quelle informazioni che possono sviluppare abilità e comportamenti corretti per la degenza postoperatoria.

Tutte queste informazioni chiaramente devono essere date tempo prima rispetto all'operazione. Infatti, nonostante possano dar beneficio ad alcuni pazienti, non sembra essere efficace il fornire loro le informazioni solo il giorno prima dell'operazione (Saiani & Brugnolli, 2013).

3.2.4. AMBIENTE E COMFORT

“La natura cura da sola... E quello che il nursing deve fare... è mettere il paziente nella miglior condizione perché la natura possa agire su di lui”

(Florence Nightingale, 1869)

Sono numerosi gli studi riguardo l'importanza dell'ambiente nei luoghi di cura.

Tuttavia, nonostante si possa trattare di un aspetto a cui dare più o meno importanza, l'ambiente è considerato una delle dimensioni fondamentali della cura.

La stessa parola ospedale deriva dal latino “hospitale” e indicava nell'antica Roma le stanze adibite agli ospiti.

Ripensando al giorno d'oggi, quante volte quando si ha un ospite a casa si proferisce la frase “*fa come se fossi a casa tua*”? Questo lo si fa per accoglierlo, farlo sentire al sicuro, metterlo a proprio agio e rispettare le sue abitudini.

La stessa cosa dovrebbe accadere in un qualsiasi luogo di cura, a partire dall'ambiente che si crea e a cui ogni persona continuamente si relaziona.

La paura indotta da un ambiente sconosciuto può essere considerata una dei vari eventi stressogeni che possono provocare ansietà prima di un intervento chirurgico (Wycker & O'Neill, 2007).

In questa circostanza un ruolo importante lo gioca il comfort, da sempre considerato un obiettivo importante per l'infermieristica; esso rappresenta agio, benessere e comodità (Saiani & Brugnoni, 2013). Può inoltre coinvolgere più dimensioni: quella fisica, quella psicospirituale (che comprende anche il bisogno di essere informati), quella socioculturale e quella ambientale. Quest'ultima riguarda la personale percezione di un ambiente con temperatura adeguata, aria, luce, arredi sicuri ma anche suoni e odori gradevoli (Kolcaba, 2004).

Secondo Kolcaba (2003) il raggiungimento di un buon livello di comfort comporta almeno tre tipi di interventi che possono essere implementati per raggiungere appunto l'obiettivo di migliorare il comfort totale dei pazienti:

- Gli interventi di comfort standard
- Il Coaching, ovvero l'insegnamento
- Il "cibo di conforto per l'anima"

Quest'ultimo intervento mira al bisogno di trascendenza attraverso connessioni indimenticabili tra l'infermiere e il paziente o la famiglia, facendo sentire i pazienti rafforzati attraverso piani personalizzati e aiutandoli a fortificarsi per compiti difficili, come ad esempio la morte (Coelho et al., 2018).

4. STRESS E BENESSERE IN FASE PREOPERATORIA

4.1.1. INTERVENTO CHIRURGICO E STRESS

Daniel Goleman (2016) riporta nel suo libro “Intelligenza emotiva” le parole di un chirurgo specializzato di nome Camran Nezhat, che lavora in America.

Egli afferma che se prima di un’operazione una donna gli dicesse di non sentirsi di affrontare l’intervento o che si trovasse nel panico, cancellerebbe l’intervento programmato. “Ogni chirurgo sa che un individuo estremamente spaventato è un pessimo paziente chirurgico. Sanguina troppo, è più soggetto a infezioni e complicazioni. Ha una convalescenza più difficile”.

La sfera psicologica ed emotiva di un paziente prima di un intervento ha delle conseguenze dirette sull’intervento stesso legate alla sfera biologica.

In particolare, si è visto come lo stress preoperatorio influisca negativamente su ogni fase del processo perioperatorio aumentando la risposta fisiologica di allarme legata allo stress dell’intervento chirurgico. Un livello di stress elevato aumenta infatti il fabbisogno di farmaci anestetici intraoperatori, complica il controllo del dolore durante il periodo post-operatorio, aumenta il tasso di complicazioni e l’insoddisfazione del paziente, prolungando la durata del ricovero e aumentandone i costi. Inoltre, per quanto riguarda altre conseguenze postoperatorie, lo stress preoperatorio può essere associato a problemi nella cicatrizzazione e disregolazione dei relativi biomarker (Walburn et al., 2009).

Indipendentemente dal tipo di intervento chirurgico, sono molti e variabili i fattori che causano lo stress. Questa sensazione del tutto personale può essere infatti associata a caratteristiche quali l’età, il sesso, l’eventuale esperienza ospedaliera precedente e la capacità di affrontare l’intervento. Altri fattori, come il periodo di digiuno e di attesa pre-intervento, il tipo di intervento, l’incertezza sull’intervento, l’isolamento dall’ambiente sociale, la preoccupazione del non risveglio post-operatorio e la perdita di identità e di controllo durante l’anestesia, sono tra quelli principali che causano stress nei pazienti durante il periodo preoperatorio. Anche le complicanze intraoperatorie e la paura post-operatoria del dolore sono potenti fonti di stress (Gürsoy et al., 2014).

Nei capitoli successivi si cercherà di capire meglio come un fattore psicologico possa influire sulla dimensione biologica dell’individuo e di indagare in modo più approfondito quali sono le risposte fisiologiche allo stress.

4.1.2. STRESS

Blini nel 2012 descrive come l’ospedale agli occhi del paziente molto spesso sia visto come un ambiente estraneo al tempo e allo spazio, un luogo in cui agglomerati di persone si ritrovano ed hanno a che fare con la dimensione della sofferenza, in cui “l’individuo non ha più un nome e un cognome, ma viene identificato con una patologia e con un numero di letto”; questo oltre ad essere motivo di angoscia per le persone che gravitano in ospedale è anche motivo di forte stress.

Quindi, ci sono svariati motivi per cui un paziente può essere soggetto a stress durante un ricovero, motivazioni che ad esempio vengono valutate tramite apposite scale come

la HSRS (Hospital Stress Rating Scale). Questa scala, essendo uno strumento di valutazione dello stress provocato dall'ospedalizzazione, riassume così alcuni dei campi che vengono valutati come possibile fonte di stress (Volicer et al., 1977):

- Estraneità dell'ambiente
- Perdita di autonomia
- Isolamento dagli altri e separazione dal coniuge / separazione della famiglia
- Problemi finanziari
- Minaccia di malattia grave
- Mancanza di informazioni

Si esplorerà successivamente un quadro più generale al riguardo dello stress, utilizzando in particolare quello nell'ambito chirurgico come tramite per la relazione più ampia esistente tra mente e corpo.

4.1.3. FASI E DIMENSIONI COINVOLTE DALLO STRESS

Si può definire lo stress come uno stato di "discrepanza tra le richieste ambientali e le risorse soggettive", quindi come una sorta di "tensione fra l'individuo, portatore di competenze, desideri e vissuti personali e l'ambiente fisico e sociale, che offre risorse e pone richieste all'individuo". Se non c'è un equilibrio tra le nostre risorse e le richieste esterne questo influisce sul nostro benessere psico-fisico (Cariota Ferrara & La Barbera, 2006).

Quindi si viene a creare una sorta di rottura dell'omeostasi dell'individuo, a cui esso deve far fronte diminuendo il carico allostatico (il «logorio dell'organismo»), ovvero "il prezzo che l'organismo paga per essere costretto ad adattarsi alle situazioni avverse fisiche o psicosociali" (Ventriglia & Murgia, 2011).

Lazzari nel 2007 afferma che un eccesso di stress può comportare disturbi su 3 diversi piani della persona, ovvero:

- Piano emotivo: aumento delle tensioni fisiche e psichiche, incremento dell'ansia, sentimenti di impotenza, spunti depressivi e caduta dei livelli di autostima.
- Piano cognitivo: riduzione delle capacità attentive e di concentrazione, facile distraibilità, deterioramento della memoria a breve e a lungo termine, alterazione dei tempi di risposta, incremento del numero di errori, deterioramento delle capacità organizzative e di pianificazione a lungo termine; infine aumento dei disturbi del pensiero.
- Piano comportamentale: caduta di interesse ed entusiasmo, incremento dell'assenteismo, abbassamento dei livelli energetici, disturbi del sonno e fuga dalle responsabilità.

Tuttavia, si è inoltre osservato come lo stress influisca direttamente anche sulla sfera biologica dell'individuo, producendo dei cambiamenti fisiologici fin dal primo momento in cui l'essere umano entra in contatto con degli agenti stressanti. Questa prima fase è quella che Seyle (1956) definisce "fase di allarme" e che è caratterizzata da tutte quelle modifiche che preparano l'individuo ad agire e che sono definite reazioni di "lotta e fuga". Le altre due fasi da lui identificate sono:

- La fase di resistenza: quando la minaccia persiste e il soggetto deve dosare le risorse e adattarsi alla situazione

- La fase di esaurimento: si verifica qualora la situazione stressante sia continua o troppo intensa e l'organismo non riuscendo più ad adattarsi va incontro alla malattia.

SINDROME GENERALE DI ADATTAMENTO

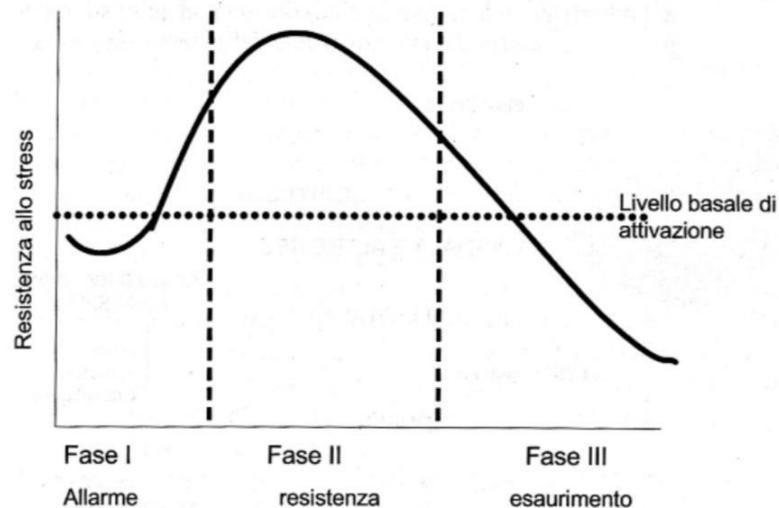


Figura 2 – (Lazzari, 2007)

Queste risposte vengono definite da Seyle "sindrome generale di adattamento", in quanto si verificano come risposta aspecifica o indipendentemente dal tipo di stressors. Quindi, agenti psicologici ed emotivi possono anch'essi, attivando il meccanismo dello stress, provocare dei cambiamenti biologici nell'individuo. Ci sono stati diversi studi basati su questa relazione anche nel paziente chirurgico; infatti, se oltre a tutte le possibili cause di stress ospedaliero elencate nel paragrafo precedente si aggiunge anche l'imminenza di un intervento chirurgico, i fattori stressogeni possono aumentare di tipo e di intensità. L'esperienza dell'intervento chirurgico può essere paragonata infatti a quella di un viaggio verso l'ignoto (Merazzi, 2019); e se si pensa all'ignoto anche nella routine della nostra vita quotidiana, così come a un qualsiasi evento che si deve affrontare ma di cui non abbia conoscenza (come banalmente le domande di un esame o un primo giorno di stage), questo comporta un intenso carico di stress e di preoccupazione.

Inoltre spesso si instaura una sorta di insensibilità da parte del personale sanitario nei confronti delle manifestazioni legate allo stress, poiché accade che la familiarità con il rischio operatorio faccia dimenticare all'operatore che "l'esperienza dell'intervento chirurgico è unica per ogni persona" (Cuel & Così, 2014).

4.1.4. INTERPRETAZIONE PSICOLOGICA DELLO STRESS

Fin dalla sua teorizzazione, il termine stress è stato utilizzato con diverse accezioni.

È stato inteso infatti come stimolo (evento di vita o circostanza che può determinare un'attivazione psico-fisiologica tale da aumentare la vulnerabilità alla malattia di un soggetto), come risposta (con i conseguenti studi dei cambiamenti all'interno dell'organismo nel momento in cui deve fronteggiare una minaccia), o come transazione con l'ambiente.

Secondo quest'ultima teoria, considerando la relazione tra individuo e ambiente, esiste una variabilità interindividuale, secondo cui stessi stimoli in soggetti diversi possono produrre risposte diverse (Grandi, Rafanelli & Fava, 2011). Secondo Lazarus e Folkman

(1984), questo si verifica in quanto nella sfera personale di ogni soggetto, al presentarsi dell'agente stressante e prima di risponderne fisiologicamente, avvengono più valutazioni. Attraverso la valutazione cognitiva primaria, l'individuo posto davanti ad una situazione da affrontare, decide se, rispetto al suo benessere, questa sia irrilevante, positiva o negativa. Se la situazione viene valutata come opportunità di crescita e possibile aumento di benessere, questa può generare emozioni positive. Viceversa, se valutata come pericolo e minaccia, richiede un comportamento di risposta immediato: il soggetto sperimenta emozioni negative come ansia, apprensione e paura (Lazarus & Folkman, 1984). Con la valutazione cognitiva secondaria, l'individuo esamina invece le risorse a sua disposizione per fronteggiare lo stressor (coping).

Come scrivono Biondi e Pancheri (1999), questo modello ha il merito di aver sottolineato che, prima di indurre l'attivazione emozionale e la conseguente risposta fisiologica, "lo stimolo viene valutato dal sistema nervoso centrale attraverso processi cognitivi che contribuiscono a conferirgli significato e una specifica coloritura emozionale". Infine, esiste una terza fase definita re-appraisal, derivante dai feedback ambientali che la persona riceve. In questa fase il soggetto determina se le strategie di coping messe in atto sono state sufficientemente adeguate o se è necessario metterne in atto altre (Lazarus & Folkman, 1984). Il coping può essere considerato come una risorsa salutogenica e per questo verrà trattato nel capitolo della salutogenesi. Già da questi due paragrafi, tuttavia, possiamo osservare come lo stress rappresenti una tematica complessa e come possa coinvolgere più dimensioni contemporaneamente.

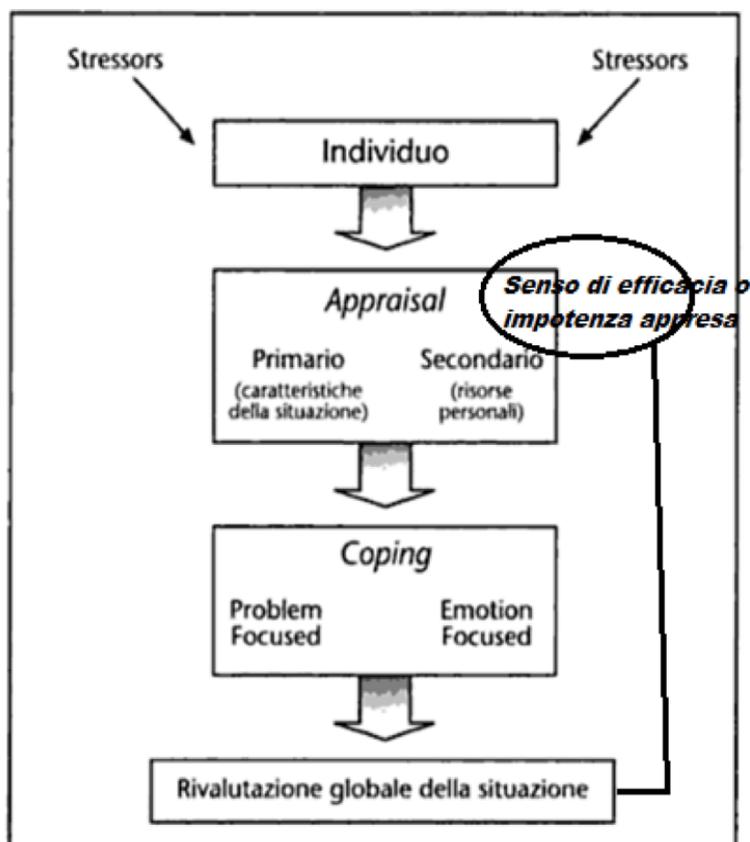


Figura 3 – (Campisi, n.d.)

4.1.5. VERSO UN APPROCCIO SISTEMICO

Il concetto di stress gioca quindi un ruolo importante, toccando varie aree dell'essere umano e influenzandone altre nelle quali, apparentemente, potrebbe sembrare non esserne coinvolto. Come si è visto, infatti, agendo direttamente sulla parte psicologica ed emotiva dell'individuo, a seguito di stimoli percepiti come difficili da affrontare, lo stress può portare a conseguenze biologiche rilevanti. La risposta allo stress è infatti un intreccio di modificazioni biologiche, emozionali e cognitive che coinvolgono la persona nella sua interezza (Bottaccioli & Bottaccioli, 2017). Si può affermare, quindi, che recentemente le ricerche sullo stress si sono evolute così tanto da permettere di evidenziare la complessità di una risposta geneticamente programmata allo stress, che coinvolge però l'intero organismo e che si verifica contemporaneamente a livello comportamentale, biologico e psicologico (Grandi, Rafanelli & Fava, 2011).

Dunque, un concetto tanto sintetico quanto globale, necessita per poter essere compreso di una visione integrata e sistemica al tempo stesso.

Come afferma Bottaccioli nel 2012, anche la ricerca in questo campo si è sempre divisa in base ai vari approcci su diversi aspetti:

- Sulle fonti di stress (ambiente e stimoli): visione sociologica
- Sulle conseguenze (reazione, malessere, malattia): visione biomedica
- Sui processi di valutazione soggettivi: visione psicologica

Appare oggi quindi necessaria un'integrazione di questi aspetti in un approccio che possiamo identificare, per semplicità, con quello biopsicosociale. Attraverso questo possiamo infatti unificare le varie dimensioni che caratterizzano la realtà umana, ed essere "in grado di dare conto di molti aspetti del rapporto tra queste dimensioni, il benessere quotidiano della persona e la sua salute" (Bottaccioli, 2012).

4.1.6. IL MODELLO BIOPSIOSOCIALE

Secondo questo modello gli esseri umani sono inseriti in una rete di relazioni biologiche, psicologiche e sociali che influenzano la salute, singolarmente o attraverso interazioni reciproche (Simonelli & Simonelli, 2010).

Tale approccio nacque infatti da una critica che George Engel nel 1977 formulò verso la tradizione biomedica nel concepire il concetto di malattia, cercando di dare a sua volta una concezione unificata di salute e malattia. Quest'ultima viene quindi così a definirsi come multifattoriale, in quanto risultato di sistemi interattivi a livello cellulare, tessutale, metabolico, immunologico, psicologico, interpersonale e ambientale. Di conseguenza, per lo studio di ogni patologia si deve prendere in considerazione l'individuo, il corpo e l'ambiente circostante come componenti essenziali di un sistema globale (Engel, 1977).

In particolare, l'importanza di questo approccio nella presente ricerca, si può rifare alla sfera psicologica dell'individuo. Di fatto, il modello bio-psico-sociale riconosce l'importanza dell'influenza della dimensione psicologica, spirituale ed emozionale nella realtà umana. A questo proposito, anche Sternberg nel 1997 afferma come i fattori psicosociali possono influenzare la vulnerabilità e il decorso dei disturbi medico – internistici attraverso l'attivazione di diversi circuiti del sistema nervoso centrale autonomo (SNA), nonostante il loro peso relativo possa variare da situazione a situazione e da individuo a individuo.

Sono poi successivamente sorte nuove discipline come ad esempio quella della psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), il cui scopo è quello di indagare il complesso intreccio di processi che intervengono tra emozioni e malattia, nonché tra mente e corpo.

4.1.7. PNEI E SISTEMA DELLO STRESS

La Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (PNEI) consiste in una disciplina basata su un nuovo modello di cura della persona che si occupa dell'interazione reciproca tra il comportamento, l'attività mentale, il sistema nervoso, il sistema endocrino e la risposta immunitaria degli esseri umani. Non esistono più solo fattori come ad esempio la contaminazione batterica a rappresentare un rischio di malattia, ma anche i fattori psicosociali su cui è possibile intervenire e dove l'infermiere deve essere in grado di riconoscere alterazioni di questi equilibri, nonché supportare il paziente in un cammino verso la salute (Garbin, 2018).

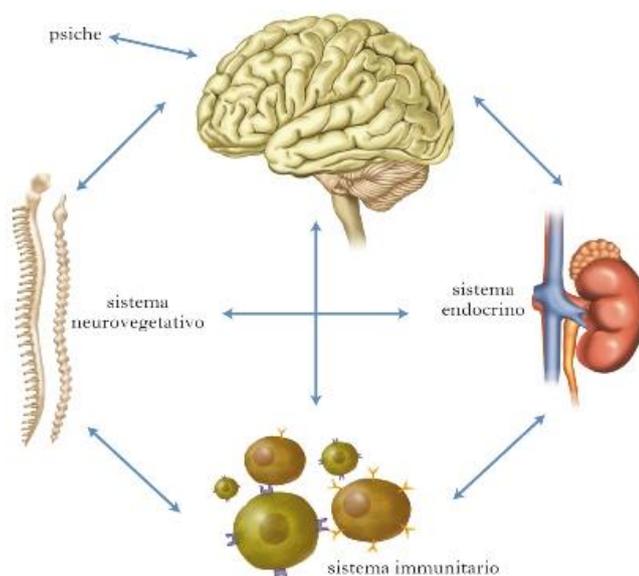


Figura 4 – (Società Italiana di psico – neuro – endocrino – immunologia, n.d.)

Gli studi che si sono succeduti nel corso degli anni hanno evidenziato il coinvolgimento di diversi sistemi fisiologici nella risposta allo stress, permettendo di superare quella visione dicotomica che considerava la mente come separata dal corpo (Biondi & Pancheri, 1999).

Quando l'individuo si trova davanti a un agente stressante, le informazioni che giungono al nervo paraventricolare dell'ipotalamo (NVP) afferiscono dalle cortecce limbiche, associative e temporali. In seguito dopo al coinvolgimento di queste vie (coinvolte nel processamento cognitivo ed emotivo dello stressor), l'informazione giunge all'amigdala che ne dà una rilevanza e ne attribuisce una coloritura emotiva (Etkin et al., 2004). Questa, attraverso il nervo vago regola l'attività cardiaca e motoria; altre proiezioni permettono invece all'amigdala di comunicare con il NVP, la corteccia prefrontale (per un'ulteriore valutazione dello stimolo) e le strutture ippocampali (per il confronto dello stimolo con esperienze passate). A questo proposito si rifanno le valutazioni cognitive identificate come si è visto sopra da Lazarus. Una volta processato emotivamente lo stimolo, le

informazioni vengono rapidamente comunicate a tutte le strutture in grado di attivare la risposta di “lotta o fuga” (Biondi & Pancheri, 1999). In caso di stimoli particolarmente minacciosi, l'amigdala attiva la risposta fisiologica senza comunicare prima con la corteccia prefrontale (Etkin et al., 2004). Stressors minacciosi e vicini possono causare attraverso l'amigdala, l'attivazione dell'asse ipotalamo – ipofisi – surrene (HPA) e di altre strutture cerebrali, per attivare velocemente riflessi comportamentali come la fuga, il congelamento (freezing) o la lotta, ma anche ad esempio per il rilascio di endorfine proteggendo l'individuo attraverso un'azione analgesica (Fanselow, 1994).

Processato emotivamente lo stimolo, l'informazione viene inviata a due principali sistemi neuroendocrini di risposta allo stress: l'asse simpatico – adreno – midollare (SAM) e l'asse HPA (Grandi, Rafanelli & Fava, 2011).

Il primo, agendo molto velocemente prepara l'organismo alla “lotta o fuga”, portando alla liberazione da parte della ghiandola midollare del surrene di catecolamine (adrenalina e noradrenalina). Queste a loro volta aumentano la frequenza cardiaca e respiratoria, la pressione sanguigna, diminuiscono l'attività dell'apparato digerente e portano a uno stato di ipervigilanza. Questo schema riassume quello che a livello fisiologico può causare un agente stressante agendo sul sistema simpatico dell'organismo.

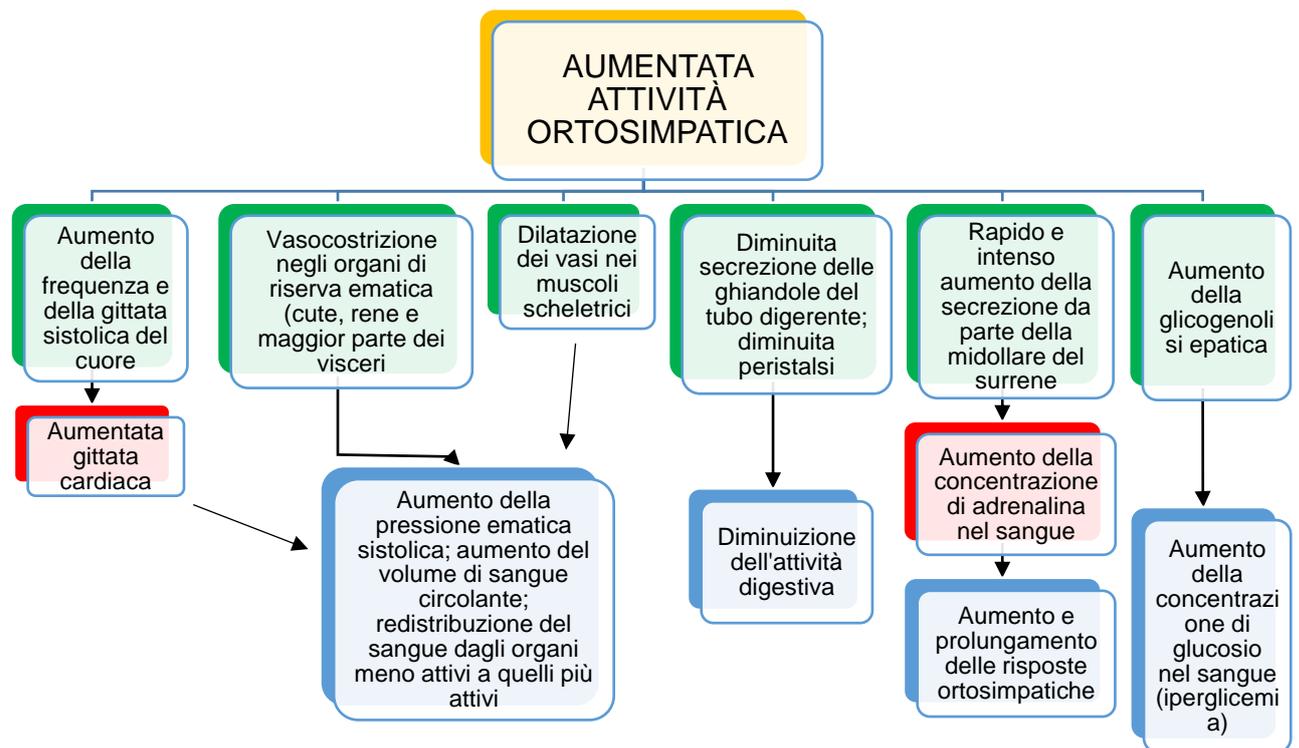


Figura 5 – (Thibodeau, 2005)

Inoltre, il sistema simpatico può essere attivato in maniera molto potente dall'incertezza e dalle minacce socio – ambientali percepite dall'individuo, con la presenza di stati immunobiologici correlati ai differenti stati psicologici; Segerstrom e Miller (2004) hanno per esempio osservato come una situazione di stress acuto può amplificare l'attivazione di alcune cellule del sistema immunitario, come le cellule Natural Killer. Thibodeau nel

2005 descrive anche come, durante la fase di allarme, l'ipertrofia della corteccia surrenale, provocando un'aumentata produzione di glicocorticoidi, possa portare all'atrofia del timo diminuendo il numero di linfociti e di conseguenza l'immunità dell'organismo. Si è anche visto come uno stress, se prolungato, possa provocare immunosoppressione. Questo aspetto contribuisce ad aumentare il rischio di sviluppare tumori e altre malattie come quelle cardiache, nonché all'esacerbazione di malattie esistenti (Craven Ruth & Hirnle Costance, 2007).

Il secondo sistema invece stimola direttamente o indirettamente l'ipotalamo a produrre CRH (ormone di rilascio della corticotropina); questo ormone stimola a sua volta l'adenipofisi a secernere ACTH (ormone adenocorticotropo) che induce la corteccia della ghiandola surrenale a produrre cortisolo e altri glucocorticoidi (Thibodeau, 2005). Il cortisolo è detto ormone dello stress; la sua concentrazione aumenta in presenza di stress e in caso di particolari situazioni minacciose per l'individuo, portando ad alcune conseguenze. Tra le più importanti vi sono la stimolazione selettiva del sistema immunitario e il trasporto in maniera rapida del glucosio tratto da proteine e carboidrati al cervello e ai muscoli.

A livello endocrino inoltre vengono attivati altri assi, come quelli legati a ipotalamo e a ipofisi, ma anche alle gonadi o alla tiroide.

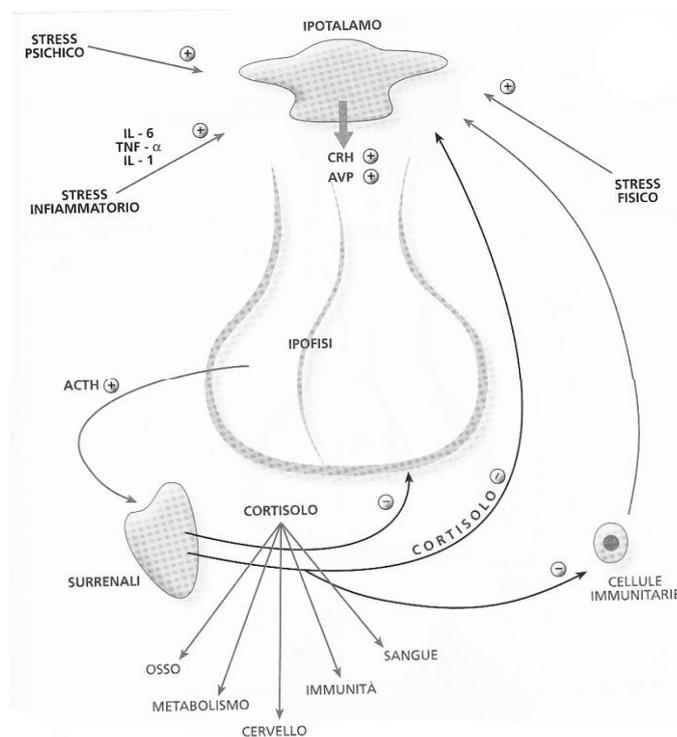


Figura 6 – (Bottaccioli, 2005)

L'aspetto principale da prendere in considerazione e connesso a questa ricerca, è rappresentato dal fatto che l'attivazione della risposta "lotta o fuga", oltre ad essere associata come si è visto ad alcuni comportamenti, è accompagnata a reazioni

fisiologiche che determinano la soppressione dell'attività del sistema nervoso parasimpatico a favore di una maggiore attivazione del sistema nervoso simpatico (Grandi, Rafanelli & Fava, 2011). Le conseguenze di quanto appena esposto possono causare problemi nel periodo postoperatorio proprio a partire dal contesto preoperatorio; a tal proposito si faccia riferimento alle problematiche descritte nel capitolo "intervento chirurgico e stress".

Un approccio come quello PNEI ci permette quindi di avere una visione globale relativa al tema dello stress (figura 7) dal punto di vista biomedico; lo si deve quindi intendere come un processo multifattoriale avente componenti cognitive, affettive, sensoriali, viscerali, endocrine, immunitarie e comportamentali in interazione le une con le altre (Zani & Cicognani, 2000). Questa visione, dunque, è da ritenersi sufficientemente valida per una presa a carico infermieristica che non intende distinguere le dimensioni di corpo e mente del paziente.

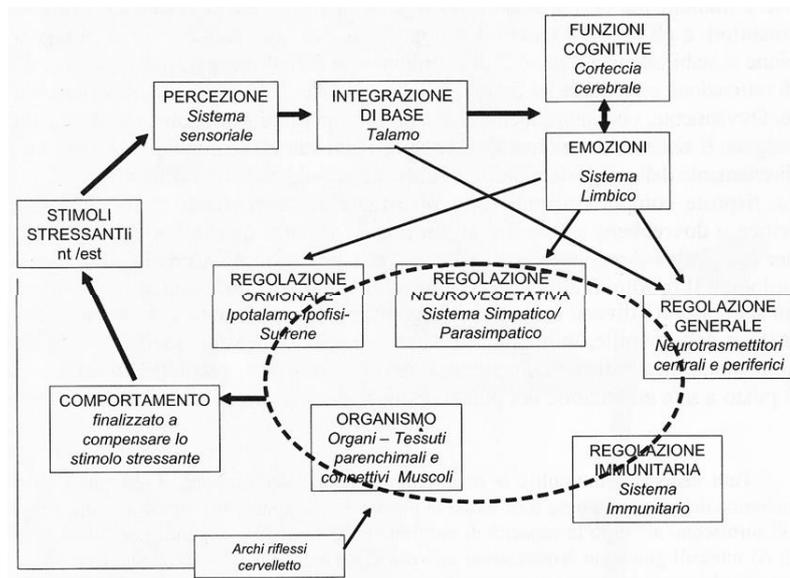


Figura 7 – (Lazzari, 2007)

4.2. ANSIA E PAURA

Come enunciato precedentemente, lo stress provoca quindi numerose ripercussioni a livello biologico; tuttavia come abbiamo citato trattando il modello biopsicosociale, anche l'aspetto psicologico riveste un ruolo fondamentale, intendendo le emozioni come parte di questo. A questo proposito, infatti, nelle manifestazioni dello stress definite precedentemente da Lazzari (2007), si annoverano anche quelle relative alle emozioni e all'affettività. Ansia e paura sono le dimensioni scelte per questo lavoro in quanto connesse tra loro, al tema dello stress e di conseguenza spesso riscontrabili nei pazienti in attesa di intervento chirurgico.

Come visto precedentemente inoltre, aspetti psicologici ed emozionali del paziente sono fondamentali per la valutazione soggettiva degli agenti. Questo processo permette successivamente all'individuo di valutare le risorse possedute in quel momento e di mettere in atto quelli che verranno definiti in seguito come meccanismi di coping.

4.2.1. DEFINIZIONI E CENNI DI FISIOPATOLOGIA

L'ansia può essere definita generalmente come un'emozione che spesso ci accompagna durante la nostra vita quotidiana, "indispensabile al corretto funzionamento del nostro organismo in risposta agli stimoli esterni ed interni e, se è presente in modo adeguato, consente un adattamento funzionale alle richieste ambientali" (Pancheri & Bressa, 1990). Tuttavia ci possono essere situazioni particolari, in cui oltre alla tendenza soggettiva di ogni individuo nel percepire maggiormente o in minor misura questa emozione, possono creare importanti stati di ansia in quanto percepite dal soggetto come minacciose (Spielberger, 1989). In questi casi la definizione data precedentemente può venir meno, lasciando maggiore spazio al significato di ansia come "una sensazione di apprensione e inquietudine in risposta a una minaccia al proprio sistema di valori o alla propria sicurezza" (May, 1977).

May (1977), descrive invece la paura come una sensazione di apprensione, che si può collegare a un pericolo specifico, il quale, se eliminato, può far scomparire proprio il senso di paura. La diagnosi di paura è stata illustrata da Lynda Carpenito (2015) che ne indica (tra le diverse) anche alcune delle cause più frequenti. La paura infatti, può essere correlata alla perdita di controllo e all'imprevedibilità dei risultati, secondarie al ricovero in ospedale, a procedure invasive, all'anestesia e all'intervento chirurgico.

Paura e ansia sono mediate attraverso gli stessi sistemi neurofisiologici che si trovano nel sistema limbico del cervello. Perifericamente, il sistema nervoso autonomo (in particolare il sistema nervoso simpatico), media molti dei sintomi dell'ansia. Per questo, le manifestazioni fisiologiche includono sintomi fisici di eccitazione molto simili a quelle dello stress e che possono portare alle medesime conseguenze.

I sistemi noradrenergici nel cervello hanno origine dal locus coeruleus. La sua stimolazione può creare dei veri e propri attacchi di panico (Norris et al., 2009). Quindi, quando l'ansia è acuta e grave, può assumere la forma di un attacco di panico, fino a poter causare nel caso di un intervento chirurgico l'elusione della procedura (Choy, 2019). Possiamo formalizzare a questo proposito come ansia, paura, attacchi di panico, emozioni e comportamenti siano correlati, attraverso il Modello del Circolo vizioso del Panico di Clark. Anche in questo caso, come abbiamo visto nel capitolo "Interpretazione psicologica dello stress" e riprendendo le teorie di Lazarus, l'interpretazione e la

valutazione cognitiva eseguita da un soggetto rispetto a una situazione giocano un ruolo importante.

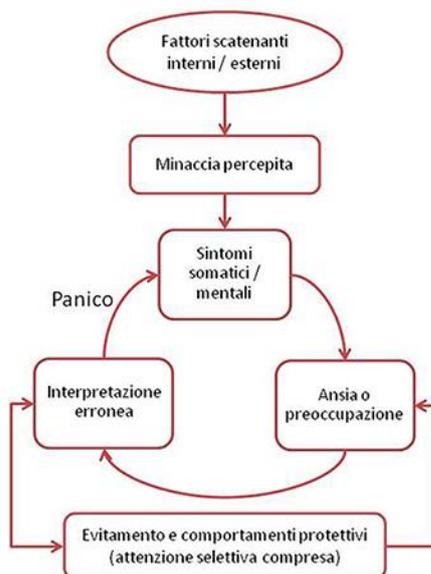


Figura 8 – (Bidogia, n.d.).

Nel modello di Clark gli attacchi di panico, infatti, sono il risultato di interpretazioni catastrofiche di eventi fisici e mentali considerati segni di un imminente disastro (malattia fisica o mentale). Le sensazioni male interpretate sono in particolare quelle caratteristiche dell'ansia, ma anche molte sensazioni fisiche apparentemente del tutto normali, o ancora, cambiamenti delle funzioni fisiologiche. Il circolo vizioso, che culmina con l'attacco o con la fuga, consiste in una sequenza di pensieri, emozioni e sensazioni che possono iniziare con uno qualsiasi di tali elementi (ad esempio la percezione del proprio battito cardiaco oppure l'emozione di sentirsi a disagio in una determinata situazione ecc.) (Centro di Psicologia e Psicoterapia, n.d.).

4.2.2. ANSIA, PAURA E INTERVENTO CHIRURGICO

Quando prima di affrontare un intervento chirurgico i pazienti possiedono livelli di ansia e paura contenuti, presentano poi successivamente un recupero migliore, provano meno dolore, sviluppano meno complicanze (es. nausea e vomito postoperatori) e richiedono meno analgesici (Saiani & Brugnolli, 2013). L'ansia e la paura vengono riconosciute come patologiche quando sono esagerate, prive di stimoli proporzionali, qualitativamente diverse da quelle che si osservano come di norma in un determinato gruppo e quando causano interferenze perniciose nella qualità della vita, con danni al comfort emotivo o alle prestazioni quotidiane dell'individuo (Tavares Gomes et al., 2014).

Tuttavia, la pratica e la realtà ci insegnano che non tutte le persone esprimono la propria interiorità e spesso questo causa in loro ancora maggiori sofferenze, portandole all'isolamento e alla depressione. Per questo motivo, in quanto curanti bisogna prestare molta attenzione a ogni singolo segnale che ci giunge da parte del paziente; ogni gesto, espressione, sguardo può risultare importante. Questo ancor più sapendo che la

comunicazione non verbale in uno scambio comunicativo occupa circa il 55%, il 38% l'aspetto verbale e solo il 7% il contenuto del messaggio (Mehrabian, 1981).

4.2.3. RELAZIONE CIRCOLARE FRA ANSIA E STRESS

Possiamo considerare l'ansia e la paura due risposte psicologiche allo stress, unitamente ai sentimenti di inadeguatezza e impotenza (Saiani e Brugnolli, 2013). Oltre a mostrare una fisiopatologia simile a quella dello stress, si è osservato come anche ansia e paura possano incidere negativamente sull'esito di un intervento; questo si andrebbe a sommare al fatto che, come anche riporta Goleman (2016), le persone che sperimentano ansie, stati di continua tensione, costanti sentimenti di ostilità o sospettosità rischiano doppiamente di ammalarsi rispetto ad altri individui.

“Ansia e stress sono manifestazioni intimamente connesse”, infatti ci sono moltissimi studiosi che hanno esaminato il fenomeno dello stress attraverso le manifestazioni dell'ansia (Di Nuovo, Rispoli e Genta, 2000), definita da Pancheri (1984) come “una manifestazione patologica dello stress.”

Inoltre, se in aggiunta al ricovero ospedaliero si deve affrontare anche un intervento chirurgico, questo può rappresentare una fonte di stress ulteriore a carico di vari aspetti: quello fisico, quello emotivo, quello sociale e quello psicologico. Dunque, ansia e paura oltre a rappresentare risposte ad eventi stressanti, possono configurarsi come veri e propri stressors. Lo stress può infatti provocare manifestazioni di ansia, la quale può a sua volta aumentare la percezione di pericolo e di imminente minaccia. Fungendo da agente stressante in questo caso potrebbe poi portare con sé alti livelli di stress, in una sorta di circolo vizioso.

L'ansia è dunque uno degli esempi più evidenti della complessità di disturbi che non possono essere solamente psichici o solamente fisici; bisogna guardare a tale fenomeno da più angolazioni, assumendo un punto di vista multidimensionale e complesso, affinché lo si possa cogliere, curare ma anche prevenire (Di Nuovo, Rispoli & Genta, 2000).

Questo si rifà al modello biopsicosociale sopra descritto e alla relazione “mente – corpo”. Un fenomeno legato intimamente a questa relazione e molto studiato negli ultimi anni, è quello dell'effetto placebo, in cui il rapporto fra lo stato psicologico del paziente e il contesto nel quale questo stato si sviluppa e si confronta, è la chiave di lettura di ogni esito terapeutico.

4.2.4. EFFETTO PLACEBO

Si tratta di una modifica biologica e psicologica dell'individuo, mediata dal contesto psico – sociale dell'atto terapeutico. Il placebo (trattamento inerte) infatti viene somministrato insieme a particolari stimoli contestuali. Quando il contesto attorno al trattamento è positivo e porta a risultati positivi si parla di placebo, viceversa si parla di effetto nocebo. I fattori contestuali possono riguardare le caratteristiche del trattamento, quelle del paziente o ad esempio anche quelle della relazione infermiere – paziente. Infatti, nonostante l'importanza del contesto nel quale il paziente si trova, anche le sue aspettative, le sue emozioni ed il suo mondo interiore giocano un ruolo importante. Per esempio, l'aspettarsi un evento futuro può coinvolgere alcuni processi cerebrali che hanno il compito di preparare il sistema corporeo a quell'evento. A tal proposito proprio riguardo all'ansia, l'aspettativa di un risultato negativo è tesa ad anticipare una possibile minaccia, aumentando quindi l'ansia (Benedetti, 2012).

I punti che concorrono a determinare l'effetto placebo sono principalmente due: il condizionamento e un insieme di fattori cognitivi che ruotano intorno appunto al tema dell'aspettativa, intesa come anticipazione di un evento futuro. Il contesto, da una parte può generare aspettative, dall'altra costituisce lo strumento tramite il quale opera il condizionamento (Bottaccioli, 2012). Quest'ultimo è un meccanismo che avviene in una più ampia dimensione, quella dell'apprendimento. Infatti, uno stimolo condizionato (neutro), come ad esempio il colore e la forma di una pillola, può diventare efficace per la riduzione dei sintomi, se associato ripetutamente ad uno stimolo incondizionato, cioè al farmaco contenuto solitamente in quella pillola. Non solo il colore e la forma della pastiglia potrebbero agire producendo un miglioramento clinico, ma anche stimoli come siringhe, stetoscopi, camici bianchi, infermieri ecc... (Benedetti, 2012). Infatti, infermieri mostranti fede nell'efficacia del loro agire fan sì che il proprio entusiasmo venga comunicato ai pazienti, trasmettendo fiducia e forti speranze di un effetto specifico, divenendo così probabilmente più efficaci nel produrre effetti placebo positivi. Quindi, anche aspetti come ad esempio la durata del tempo speso insieme al paziente oppure l'attenzione professionale dell'infermiere o di un'équipe possono essere fattori di grande importanza nel condizionare l'effetto placebo. Dunque, se oltre all'associazione pastiglia – miglioramento dei sintomi, il paziente potesse associare la figura dell'infermiere (o di qualsiasi altro professionista) ad una dimensione di benessere, sarebbero molteplici i benefici che ne deriverebbero. Per questo, oltre all'atteggiamento positivo durante la somministrazione di un trattamento, è importante che l'infermiere presti molta attenzione in primo luogo alle proprie emozioni e sentimenti, così come alle sue parole e ai suoi gesti.

L'altro aspetto importante per l'effetto placebo è quello definito prima dell'aspettativa. L'aspettarsi qualcosa di positivo o negativo può determinare un'alterazione dei parametri fisiologici. Comunemente ad esempio, l'aspettarsi uno stimolo doloroso può provocare un'accelerazione del battito cardiaco ancora prima dello stimolo stesso. L'aspettativa può nascere in seguito alla presenza di uno o più fattori. Da una parte, ad esempio, può sorgere dalla fiducia in chi ha il compito di somministrare la terapia, dal credere nella terapia stessa oppure dal riporre la speranza in un risultato positivo. Dall'altra parte come si è visto anche sopra, dall'azione specifica svolta dal contesto: ad esempio la vista dell'ambiente ospedaliero, l'odore del farmaco o le parole del personale curante (Bottaccioli, 2012). Ciò che lega l'aspettativa al reale effetto è rappresentato fondamentalmente dalla modulazione dell'ansia da una parte e dall'attivazione dei meccanismi di ricompensa dall'altra. Infatti, in seguito ad aspettative positive l'ansia si riduce ed il miglioramento clinico rappresenta esso stesso la ricompensa (Benedetti, 2008). Riguardo la riduzione di ansia, alcuni studi di bioimmagine hanno trovato una riduzione di attivazione delle aree legate all'ansia durante la risposta placebo (Petrovic et al. 2005).

Dunque, affinché il paziente produca aspettative positive, anche il modo in cui il curante si pone e si relaziona hanno un ruolo fondamentale. Aspettative positive, speranza e fiducia, trapelando anche dalle figure curanti e sviluppandosi all'interno dei pazienti, possono rivelarsi per questo motivo importanti in una situazione preoperatoria, nella quale, come si è visto, emozioni quali ansia e paura possono essere molto frequenti, aumentando la possibilità di complicanze e del tempo di degenza postoperatoria. Con gli esempi sopra citati, abbiamo quindi potuto osservare come il prendersi a carico di un paziente non sia un'operazione affatto semplice. Il contesto e le emozioni in esso suscitate possono rivestire un ruolo fondamentale.

Ansia, paura e stress possono portare l'individuo a provare (prima di un intervento chirurgico e indipendentemente dai dolori da esso generati), uno stato di sofferenza psicologica. Dobbiamo quindi cercare di trovare delle strategie per raggiungere contemporaneamente ad uno stato di salute fisica, anche uno di salute mentale; questo allo scopo di promuovere il benessere di chi abbiamo di fronte, permettendogli di conseguire un'adeguata qualità di vita.

4.3. PROMOZIONE DELLA SALUTE

In ambito sanitario si sente moltissimo parlare di “prevenzione” ma ancora troppo poco, probabilmente, di “promozione” della salute. Si ritiene che il compito di promuovere la salute sia fondamentale e dunque necessario in tutti gli strati sociali e i contesti della civiltà, così come nell’ambito sanitario. La figura dell’infermiere deve essere in questo contesto molto sensibile e adeguatamente preparata, in quanto è quella che trascorre più tempo di altre figure professionali a stretto contatto con i pazienti.

Occorre tuttavia chiarire ciò che innanzitutto differenzia la prevenzione dalla promozione, differenza che molto spesso viene circoscritta e confusa in un’unica definizione, sebbene non sia così. Ciò che differenzia questi due termini nasce dall’idea che la salute non sia solamente uno stato da mantenere, ma vada continuamente promossa e incentivata. Infatti, Bertini nel 1988 afferma che, mentre la prevenzione s’impegna a prevenire eventi patogenici ad esempio evitando dei comportamenti a rischio, la promozione si occupa di incentivare quegli elementi che possono migliorare ulteriormente la salute e il benessere a tutti i livelli.

Possiamo quindi definire la promozione della salute come il processo che rende gli individui e le comunità capaci di aumentare il controllo sui determinanti di salute, migliorando di conseguenza la salute stessa e consentendo di vivere una vita sana, attiva e produttiva (WHO, 1986).

4.3.1. I DETERMINANTI DI SALUTE

I determinanti della salute si possono definire come l’insieme dei fattori (personali, socioeconomici, culturali e ambientali) che influenzano lo stato di salute dei singoli individui o più in generale delle popolazioni (WHO, 1998). L’utilità nel conoscere i determinanti della salute si riflette nella pratica di un infermiere che ha sempre più spesso a che fare con situazioni complesse e in cui l’individuo deve essere preso a carico in maniera olistica, ovvero considerando nell’insieme tutte le sue dimensioni. Attraverso la promozione della salute possiamo quindi conoscere e intervenire sui determinanti della salute, il cui studio sta alla base della sanità pubblica in quanto ci consente di analizzare e modificare tutti quei fattori che più o meno incisivamente influenzano l’insorgenza e l’evoluzione delle malattie (Saiani & Brugnolli, 2013).

I determinanti si possono quindi dividere in:

- Fattori individuali: componenti genetiche, psicologiche, comportamentali e relazionali
- Fattori famigliari: ruolo, funzione e struttura del nucleo familiare di appartenenza
- Fattori socioeconomici: occupazione, reddito, istruzione, igienicità delle abitazioni
- Fattori culturali: abitudini sanitarie e alimentari, stili di vita, orientamenti sessuali
- Fattori ambientali: catastrofi, deforestazioni, qualità dell’aria e dell’acqua
- Struttura della società: leggi, reti di sostegno, forma di governo, sistemi scolastici

4.3.2. L’INFERMIERE PROMOTORE DELLA SALUTE

Nella premessa del codice deontologico degli infermieri (2012) si afferma che “Gli infermieri hanno quattro responsabilità essenziali: promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute e alleviare la sofferenza”. Quando dunque un infermiere

mette in atto degli interventi per promuovere la salute si può definire un “promotore della salute”.

Sono state definite negli anni varie categorie di promotori della salute, anche se tuttavia tutte si possono racchiudere entro un'unica caratteristica che li accomuna. Chi promuove la salute infatti prova amore nel confrontarsi con la complessità delle situazioni, rendendo disponibili le proprie competenze professionali e le proprie esperienze per creare un progetto che accomuna risorse individuali e sociali, con lo scopo ultimo di sviluppare e migliorare la salute dell'individuo e della società (Simonelli, 2003).

4.3.3. SALUTE MENTALE

Dunque, un promotore della salute si occupa anche di situazioni complesse.

Abbiamo visto come grazie anche al modello biopsicosociale possiamo leggere l'individuo in un'ottica sistemica, facendo fronte a questa complessità. Il punto principale della prospettiva sistemica è che le proprietà di un sistema non possono derivare dalla conoscenza delle sue singole parti, e che in base alla teoria dei sistemi, il tutto possiede un significato maggiore e diverso dalla semplice somma delle parti. L'uomo è formato da componenti biologiche, psichiche, spirituali, culturali e sociali, connesse con l'ambiente, in una interconnessione che le rende inscindibili tra loro, in cui flussi di informazioni hanno caratteristiche circolari e dinamiche, con feedback tra le informazioni, e dove ogni cambiamento in uno di questi livelli influenzerà simultaneamente e istantaneamente tutte le altre parti che compongono il sistema uomo – ambiente (Burrai et al., n.d.).

L'intervento infermieristico che si fonda su un approccio sistemico, si basa sulla consapevolezza e la conoscenza che l'essere umano è come si è detto un'interconnessione di corpo, mente, spirito ed energia, in cui le componenti sociali, culturali, relazionali e ambientali giocano un ruolo importante per il mantenimento della salute e del benessere individuale. Per questo un'assistenza incentrata su questa prospettiva teorica cerca di individuare le risorse e il potenziale terapeutico e rigenerante del sistema mente – corpo (Burrai et al., n.d.).

Tramite un approccio sistemico alla cura possiamo quindi, attraverso interventi appropriati, prenderci a carico anche la salute mentale dei nostri pazienti.

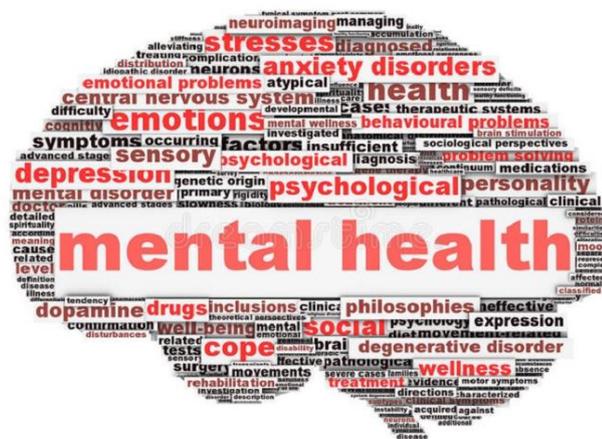


Figura 9 – (Fondazione Thebridge, n.d.)

L'OMS definisce la salute mentale come "uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità". Essa è una componente essenziale della salute e del benessere delle persone ed è fondamentale per un buon funzionamento delle comunità. Non significa dunque necessariamente (o solo) assenza di malattia ma va intesa come un concetto positivo più ampio, attinente al benessere e allo star bene (Repubblica e Canton Ticino, n.d.).

4.3.4. PROMOZIONE DELLA SALUTE E STRESS

Prevenire i problemi è importante, ma non è sufficiente: ancor prima lo è promuovere la salute. Questo perché promuovere la salute significa lavorare contemporaneamente su entrambi i fronti: il fronte dei fattori di rischio e di protezione (ovvero quei fattori che espongono/proteggono il paziente rispetto all'insorgenza di un problema) e il fronte dei fattori di salute (ovvero quei fattori che, a prescindere dalla condizione patologica, possono potenziare il livello di benessere dell'individuo).

Diversi interventi possono aiutare l'individuo ad avere grandi benefici nell'ambito della salute mentale.

L'educazione alla salute, si propone di agire sulle motivazioni personali, sulle "competenze di vita quotidiana" (chiamate dall'OMS "life skills") e sul dare "potere di controllo" al paziente. Quindi aiutando i soggetti a sviluppare quello che viene definito "empowerment", ovvero l'acquisizione di competenze di gestione delle proprie vite, essi saranno in grado di modificare i propri determinanti di salute traendone vantaggio e migliorando di conseguenza la propria qualità di vita. L'OMS definisce la qualità di vita come la percezione che ogni individuo ha della propria posizione nel sistema valoriale e culturale in cui vive, in relazione alle aspettative, agli standards di vita e agli interessi che gli sono propri (Simonelli & Simonelli, 2010).



Figura 10 – ("Salute e promozione della salute", 2015)

Abbiamo analizzato come stress, ansia e paura possono incidere negativamente sul benessere di un individuo.

A questo proposito, aiutare i nostri pazienti a riconoscere e gestire lo stress potrebbe essere un aspetto fondamentale di promozione della salute, nonché di prevenzione dalle

malattie. Infatti, le manifestazioni dello stress con tutte le conseguenze a cui potrebbero portare, possono andare ad attaccare tutti quei comportamenti, definiti di coping, che l'individuo mette in atto normalmente per gestire lo stress. Con il tema del coping si entra così in un altro argomento importante e collegato a quello della promozione della salute, ovvero quella della salutogenesi; per questo si è deciso di trattare l'argomento "coping" nell'ultima parte del presente lavoro.

4.3.5. PROMOZIONE DELLA SALUTE E SALUTOGENESI

Le azioni volte a promuovere la salute quindi possono essere maggiormente volte alle modifiche dei fattori individuali, di quelli ambientali e organizzativi o porre l'attenzione sulle relazioni favorevoli alla crescita delle potenzialità personali e collettive. Questi mutamenti vengono perseguiti perché la condizione di partenza può essere considerata rischiosa per la salute o per incrementare ulteriormente i livelli di benessere (Lemma, 2005).

L'obiettivo ultimo della promozione della salute è creare quindi i prerequisiti per una vita felice. Percepire un buon stato di salute è un determinante della qualità della vita. La cornice salutogenica può creare una interrelazione teorica solida e autorevole tra la complessità dei fattori che generano la salute e lo sviluppo della qualità della vita (Eriksson & Lindstrom, 2006).

È stato ritenuto necessario sottolineare come a volte il paziente venga visto e trattato dal personale curante principalmente in rapporto alla sua malattia. In quel momento l'infermiere si concentra principalmente sulla ricerca dell'alleviare il sintomo. Questo tipo di intervento si riflette nel termine inglese "to cure", inteso come "trattare", volto quindi ai trattamenti eseguiti nei casi di malattia con il solo scopo di produrre guarigione a qualcuno.

Al contrario, l'intera assistenza infermieristica dovrebbe invece incentrarsi sull'aspetto di quello che in inglese viene definito "to care", inteso come "prendersi cura". Significa preoccuparsi per l'altro, assisterlo, farsi carico dei suoi bisogni e cercare di soddisfare le sue necessità. Si tratta di un compito richiedente tempo, disponibilità, risorse personali e competenze specifiche, fondate e sviluppate a partire da una dimensione che attiene a principi e valori.

Somministrare ad un paziente un ansiolitico o una benzodiazepina per l'ansia, eseguendo puramente un atto quasi "meccanico" (probabilmente in quanto dettato dalla quotidianità), non è un prendersi cura del nostro paziente, quanto piuttosto un cercare di curare il suo sintomo, rendendo l'intervento quasi estraneo a quello che dovrebbe essere un processo assistenziale centrato sulla totalità del sistema paziente.

Tutto quanto fin qui espresso, si può collegare ad un altro tema molto importante. Un tema che si pone in contrasto con un agire di questo tipo (visione orientata alla malattia patogenica), che forse troppo spesso si manifesta nei vari contesti sanitari. Il concetto in questione è quello della salutogenesi.

Il termine salutogenesi deriva dal latino *salus* che significa salute, e dal greco *genesis* che significa origini (Strümpfer, 1995). Essa si può intendere quindi come un complesso processo di generazione di una salute migliore e persistente al fine di raggiungere totalmente il potenziale umano, all'interno del quale convergono risorse interne ed esterne alle persone (Simonelli & Simonelli, 2010).

4.4. SALUTOGENESI

4.4.1. IL CONCETTO DI SALUTOGENESI

Aaron Antonovsky (1923 – 1994) fu uno dei primi a sviluppare il concetto di salutogenesi partendo dal presupposto che salute non significa assenza di malattia, ma rappresenta piuttosto uno dei due punti (salute e malattia) posti su una linea, all'interno dei quali una persona si può trovare. Ogni persona dunque in un determinato momento si trova in un punto preciso di questa linea. Di conseguenza in qualunque punto della linea la persona si trovi potrà sempre disporre di risorse e opportunità per promuovere lo spostamento della propria condizione verso il polo della salute. L'approccio salutogenico quindi si concentra sulla comprensione dei meccanismi e sulle condizioni che favoriscono miglioramenti dello stato di salute, indipendentemente dalla condizione di salute o malattia in cui la persona si trovi (Simonelli & Simonelli, 2010).

Antonovsky ha utilizzato la "metafora del fiume" per cercare di definire il modo in cui si sviluppa la salute. Secondo lui la vita può essere paragonata ad un fiume pieno di pericoli e rischi tra i quali quello di annegare o di cadere da una cascata (metafora del cadere nella malattia, della morte). Secondo l'approccio salutogenico non è sufficiente per promuovere la salute cercare di evitare lo stress (la cui presenza accompagna l'esistenza di ogni individuo) ad esempio costruendo dei ponti. Al contrario, le persone dovrebbero essere aiutate ad imparare a nuotare (Antonovsky 1987). Questo permetterà di esplorare il fiume, meglio individuarne i pericoli e migliorare la capacità di chi vi nuota per trarne maggiore sicurezza.

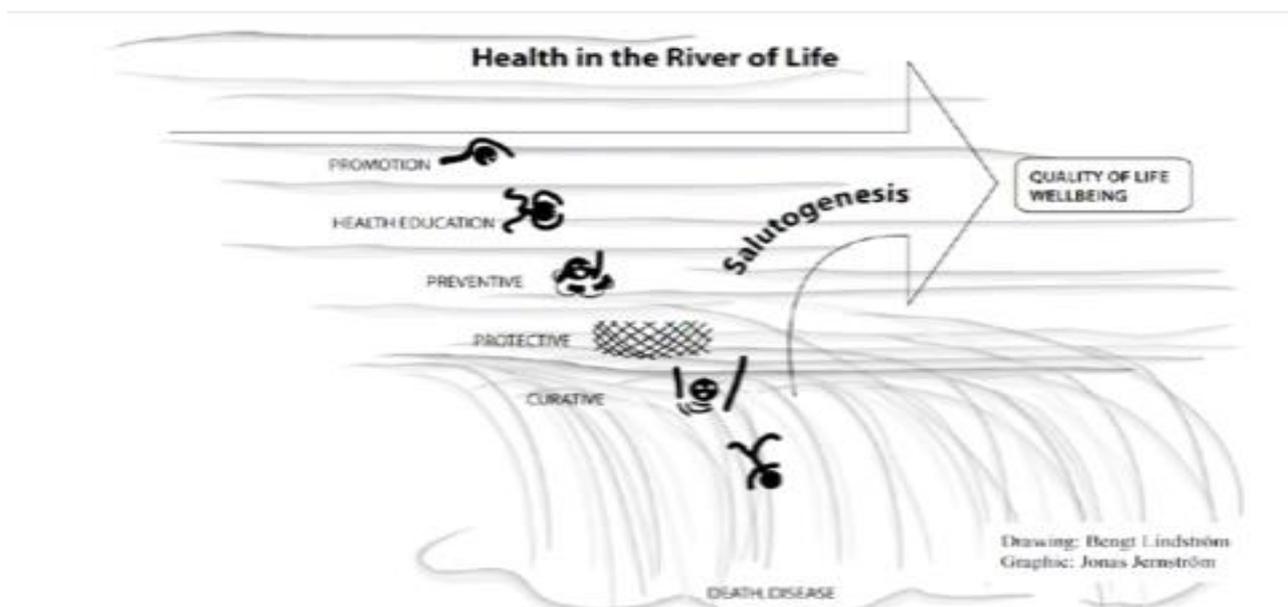


Figura 11 – (Eriksson e Lindstrom, 2008)

4.4.2. SENCE OF COHERENCE

Antonovsky (1987) sviluppò l'idea che alcune persone rimangono più sane di altre durante l'arco della vita perché sviluppano quello che egli chiama "Sense of Coherence" (SOC), caratterizzato da un duraturo senso di fiducia nel fatto che il mondo è prevedibile

e che c'è un'alta probabilità che le cose riusciranno nel modo che ci si può ragionevolmente attendere (citato in Simonelli & Simonelli, 2010).

Il SOC si struttura su tre principali componenti:

- Il senso di comprensibilità (Understandability): è la componente che rende più forte la convinzione soggettiva che gli stimoli provenienti dal proprio ambiente hanno un significato, sono ordinabili e prevedibili;
- Il senso di affrontabilità (Manageability): è la convinzione che sia disponibile un'ampia varietà di risorse per fronteggiare la situazione;
- Il senso di significatività (Meaningfulness): è l'elemento motivazionale caratterizzato dalla speranza dell'individuo di farcela, percependo gli stimoli non solo come delle minacce ma piuttosto come eventi emotivamente sfidanti;

Questo permette quindi ad un individuo di "addomesticare" ogni fattore di stress o episodio tragico attraverso molteplici e svariate strategie di resistenza tra le quali quelle che Antonovsky nel 1987 definisce "General Resistance Resources". Egli le definirà come le proprietà di una persona o di una collettività di attuare un coping positivo rispetto ai fattori di stress innati all'esistenza umana.

Queste "risorse di resistenza" si possono dividere in due tipi, ovvero interne ed esterne. Quelle interne sono rappresentate ad esempio dalle potenzialità fisiche, psicologiche, relazionali, cognitive e spirituali di un individuo, che le può attivare per migliorare la propria salute; quelle esterne possono invece essere quelle economiche, culturali, sociali e quelle ambientali.

Quando un approccio di questo tipo prende in considerazione tutte insieme queste risorse prende il nome di approccio salutogenico esteso (Simonelli & Simonelli, 2010).

4.4.3. FARE LEVA SUL COPING DEL PAZIENTE

Si può definire il coping come una risposta che si adotta per far fronte a eventi che vengono percepiti come stressanti e problematici (Simonelli & Simonelli, 2010). Il tema è di grande rilevanza per l'approccio salutogenico, in quanto le capacità di coping inteso come risorsa interna, hanno effetto sulla salute; influenzano "la capacità di gestire lo stress, di individuare soluzioni creative alle avversità come la malattia o altri deficit, di migliorare le relazioni interpersonali" (ibidem). L'esplorazione della propria capacità di coping avviene in seguito a quella che Lazarus, come abbiamo visto, definisce valutazione cognitiva secondaria. Il coping, infatti, viene messo in atto in seguito alla percezione di richieste esterne o interne valutate come negative o impegnative. Quelle esterne si riferiscono all'evento stesso, quelle interne alle reazioni emotive che provoca. Tale distinzione ha portato Lazarus e Folkman (1984) a dividere il tipo di coping in due principali categorie: quello centrato sul problema e quello sulle emozioni. La prima categoria riguarda il tentativo di definire e comprendere una determinata situazione problematica, cercando di elaborare possibili soluzioni mentali o comportamentali. La seconda categoria invece si orienta verso la gestione della tensione emozionale e può avvalersi ad esempio dell'esercizio fisico, della meditazione e della ricerca di sostegno (Simonelli & Simonelli, 2010).

Attraverso interventi opportuni come quelli presi in considerazione per questo trattato, possiamo quindi favorire strategie di coping nel nostro paziente portandolo ad allontanarsi da emozioni negative e aiutandolo a distrarsi, promuovendo così uno stato di benessere psico – fisico.

Tuttavia, prima di agire con qualsiasi tipo di intervento, il curante deve tenere in considerazione che ogni individuo può possedere delle risorse, le quali vanno in primis conosciute, per poter poi agire nel modo più efficace. Potrebbe trattarsi di risorse fisiche o materiali (quali lo status socioeconomico del paziente), ma anche di risorse psicologiche come le capacità nel risolvere i problemi, l'attitudine sociale o le risorse legate alla personalità dell'individuo (Gabassi, 2006). Le risorse personali e sociali di ogni essere umano concorrono a determinare poi quali strategie di coping solitamente vengono messe in atto. Menaghan (1983) distingue infatti tra risorse di coping, stili di coping e tendenze comportamentali. Le ultime in particolare, si riferiscono ai comportamenti che vengono adottati per cercare di arginare i potenziali effetti negativi di una situazione di forte stress, e traducibili ad esempio nella propensione di alcuni individui nell'esprimere o negare le proprie emozioni (Gabassi, 2006).

Cariota Ferrara e La Barbera (2006) hanno identificato alcuni indicatori di un coping efficace:

- Soluzione del conflitto, risultato raggiunto
- Contenimento degli effetti collaterali
- Quantità / qualità di risorse impiegate
- Moderazione delle reazioni fisiologiche
- Riduzione del disagio emotivo
- Strategie adeguate alla complessità sociale
- Equilibrio, ritorno alla "normalità", benessere
- Autostima, autoefficacia, senso di controllo e di competenza

Tuttavia, è importante considerare anche l'età anagrafica all'interno dei fattori che contribuiscono ad un coping efficace o non efficace.

I soggetti presi in considerazione per questa ricerca sono di età adulta. Craven Ruth e Hirnle Costance (2007) affermano che gli adulti possono essere in grado di utilizzare le abilità di coping sviluppate nel corso della vita oppure formularne di nuove. Le precedenti esposizioni a situazioni stressanti potrebbero infatti aiutare la persona a gestire ed adattarsi meglio a situazioni simili e che ora si stanno ripresentando. Tuttavia, vanno tenute in considerazione anche le numerose responsabilità e cambiamenti che la società e la stessa condizione di adulto a volte richiedono. Un trasloco, un matrimonio, la nascita di un figlio, il rimanere da soli in una famiglia o il trovarsi schiacciati tra la cura dei propri figli e quella di genitori anziani potrebbero portare gli adulti ad intensi e numerosi stress quotidiani. In aggiunta, fattori inusuali come un'ospedalizzazione o un intervento chirurgico, possono come si è visto, oltre a portare elevati livelli di stress, anche avere la potenzialità di influire sul coping e sull'adattamento (Craven Ruth & Hirnle Costance, 2007)

Per quanto riguarda l'intervento chirurgico e tornando al discorso iniziale, anche il senso di mancanza di sicurezza che il paziente può percepire si può rivelare come un fattore influente sul modello di coping. È dunque importante che l'infermiere riconosca e approfondisca quali sono solitamente le varie strategie di coping del paziente, facendo leva sulle risorse che egli possiede ed eliminando invece tutti quegli elementi che potrebbero agire da ostacolo alla capacità e alla possibilità dell'individuo di adattarsi. Interventi come l'ascolto della musica, la percezione di profumi e l'uso dell'immaginazione, potrebbero portare benefici in situazioni di stress e a persone adulte, che già utilizzano queste pratiche come strategie di coping personale, o che potrebbero invece, sperimentandole per la prima volta, trovarle utili al proprio adattamento a situazioni inusuali, minacciose e stressanti.

5. INTERVENTI NON FARMACOLOGICI PER LA GESTIONE DELL'ANSIA PREOPERATORIA

Prima di trattare in modo teorico gli interventi su cui effettivamente sarà basata la revisione della letteratura in atto e di altri che comunque sono stati oggetto di studio ma che non sono stati presi in considerazione nel lavoro corrente, è giusto definire in maniera più precisa e corretta cosa si intende per intervento non farmacologico.

Come lo suggerisce la parola stessa si può definire come un intervento che non utilizza la componente farmacologia per raggiungere il suo scopo; in questo caso, la riduzione dell'ansia preoperatoria.

Per interventi non farmacologici preoperatori in questo elaborato si farà riferimento a tutti quegli interventi che, agendo sulla psicologia e sulla componente emotiva del soggetto, possono ridurre il carico di ansia preoperatoria percepito, portando benefici anche a livello fisico.

Infatti “molti pazienti possono trarre un beneficio misurabile quando le loro esigenze psicologiche sono oggetto di cura insieme a quelle strettamente fisiche.” (Goleman, 2016). Tuttavia come afferma Goleman nel libro *“Intelligenza emotiva”*, al giorno d'oggi ci si lascia troppo spesso sfuggire l'occasione di intervenire sulla sfera emotiva del paziente; “l'assistenza psicologica è una specie di punto cieco dell'arte medica.” (ibidem). Questi interventi possono essere dunque utili a tenere in considerazione aspetti emotivi e psicologici, aiutando il paziente a raggiungere un adeguato e miglior stato di benessere. Gli interventi di cui stiamo parlando si possono classificare sotto la categoria della medicina complementare, intesa come tutte quelle attività, non convenzionali, che collaborando e confrontandosi con la medicina ortodossa sono rivolte alla cura e al benessere della persona (Rankin-Box, 2002).

Un particolare punto di forza a favore di queste terapie risiede nel fatto che agendo attraverso procedure terapeutiche specifiche si supera l'idea di un'assistenza generalizzata per avvicinarsi sempre più all'idea di un'assistenza individualizzata e personalizzata. Forse anche per questo motivo alcuni infermieri hanno segnalato dati relativi ad un alto coinvolgimento dei pazienti a questo tipo di terapia (Ibidem). Infatti, trascorrendo assieme al paziente parte del tempo proprio per mettere in atto tali tipi di interventi, unitamente al contatto fisico, gli si può offrire la possibilità di esteriorizzare le ansie, le paure, le preoccupazioni e la tristezza che probabilmente lo circondano in quel preciso momento (Vickers, 1996).

Tuttavia, non sempre si può ricorrere all'utilizzo di queste terapie, le quali possono avere anche alcuni effetti collaterali.

Per quanto riguarda il loro utilizzo, sono stati trovati interessanti alcuni criteri che Wafer nel 1994 ha identificato nella scelta terapeutica studiando appunto l'introduzione delle terapie complementari all'interno di una unità assistenziale (Rankin-Box, 2002). I cinque punti da lui identificati sono:

- la terapia dovrebbe essere inserita nella pratica quotidiana
- può essere inserita in un lavoro interdisciplinare all'interno del processo assistenziale
- potrebbe essere realisticamente introdotta
- non dovrebbe essere invasiva
- favorirebbe il rilassamento e il comfort

In particolare, questo ultimo punto è stato quello che, collegabile alla parte di teoria introdotta precedentemente sull'ambiente e il comfort, risulta essere più affine alla tesi

che si sta svolgendo. Come si è visto infatti l'ambiente e il comfort fanno parte di sfere molto importanti nonché componenti rilevanti della persona; in una situazione come quella preoperatoria l'essere tranquillizzati apporterebbe numerosi vantaggi agendo sulle percezioni del paziente, sulle sue sensazioni e di conseguenza sul suo stato di benessere. Si andrebbe quindi a interagire su quello che viene definito comfort emotivo della persona, in riferimento al suo stato interiore, psichico ed emozionale. Infatti, come visto anche nel capitolo riferito all'effetto placebo, il contesto influenzerebbe le emozioni del paziente, portandolo a percepire migliori aspettative e fiducia. Per contesto intendiamo anche una parte più "concreta", ovvero quella dell'ambiente vero e proprio. La creazione di ambienti favorevoli alla salute risulta infatti essere uno dei campi di azione prioritari identificati dall'OMS per promuovere la salute (Saiani & Brugnolli, 2013). Pensare ad un'opera di gestione dello stress in un ambiente tutt'altro che famigliare risulta infatti molto difficile.

Riguardo invece ai rischi di cui si accennava sopra, il primo punto è quello che maggiormente deve essere tenuto in considerazione. Infatti, anche nella pratica quotidiana si è notato, in seguito al confronto con colleghi, come la risorsa tempo sia quella che viene sempre più a mancare. È risaputo che l'infermiere ha molteplici compiti all'interno del reparto ospedaliero e sicuramente introdurre nuove terapie del tipo enunciato non sarebbe per così dire "proprio una passeggiata".

Da considerare anche che introdurre pratiche del genere in ambito della stessa professione, può indurre e divenire fonte di stress e di burnout per coloro ai quali viene chiesto di adattarsi a nuove situazioni e magari di operare anche in modo continuo (Moss-Kanter, 1984). I saperi, le tecniche, le competenze dell'infermiere sono in questo caso all'interno di un mondo (quello sanitario), in continua e sempre veloce evoluzione. Da rilevare inoltre un altro problema non scindibile da quanto appena espresso e che si potrebbe a maggior ragione riscontrare. Nuovi metodi di cura, infatti, potrebbero paradossalmente portare al rischio di ritenere questi nuovi approcci migliori e maggiormente efficaci rispetto a quelli tradizionali, accantonando e non ritenendo quindi più così importanti e corrette le prassi tradizionali precedentemente attuate. Per questo sarà importante permeare con queste nuove terapie le pratiche da sempre utilizzate o comunque quelle che si stavano utilizzando in un determinato contesto (Rankin-Box, 2002). Tutto questo favorirebbe un approccio più personalizzato e a stretto contatto con il paziente, oltre che per la rilevante utilità, documentata anche scientificamente, che possono avere queste innovatrici metodologie al miglioramento del benessere del paziente.

5.1. ASCOLTO DI MUSICA

Molto spesso capita davanti a condizioni o situazioni ansiogene e stressanti di voler ascoltare musica. Questo accade perché la musica sembra farci entrare in un'altra sfera, quasi distogliendoci dalla realtà, da ciò che ci circonda e di cui le preoccupazioni possono farne parte. Al contrario, se la nostra mente è libera da preoccupazioni, molto spesso fruiamo della musica allo scopo di rilassarci. Alcuni individui l'ascoltano tramite l'ausilio delle cuffiette in svariate occasioni della giornata, c'è chi l'ascolta a volume elevato magari mentre viaggia in automobile, o chi addirittura si cimenta ogni giorno nell'apprendere al meglio l'utilizzo dei vari strumenti che possono produrre musica, facendone un hobby, se non addirittura una professione. La musica è quindi parte integrante della vita di ciascuno di noi, ogni individuo è attratto da uno o più generi musicali che lo appagano emotivamente e da cui ne ricava piacere e profonde emozioni. Essendo quindi una forma d'arte universale tanto diffusa ed anche contestualizzata nelle varie occasioni della vita, il suo utilizzo è stato sperimentato anche all'interno del campo sanitario, sulla base di studi e di ciò che la letteratura ci ha fornito.

La musicoterapia può essere intesa come un processo di intervento nel quale il terapeuta aiuta l'assistito a raggiungere la salute e il benessere attraverso l'utilizzo dell'esperienza musicale e "la relazione che si sviluppa tra di loro come forza dinamica che produce il cambiamento" (Bruscia, 1989).

Tuttavia, in questo lavoro la concezione di musicoterapia sarà da intendersi come "musica come terapia", in quanto, mentre la musicoterapia vera e propria necessita di specialisti definiti sotto il termine di musicoterapeuti, ci si può avvalere della facoltà di utilizzare la musica anche come terapia da parte di altre figure professionali tra le quali quella dell'infermiere. Questo allo scopo di ottenere un miglioramento significativo in termini di felicità, salute e benessere del paziente (Rankin-Box, 2002). Lo scopo terapeutico della musica intesa come terapia è quindi quello di ripristinare, mantenere e migliorare lo stato della salute psichica e fisica (Bunt, 1994).

In relazione a quanto citato sopra tuttavia, l'utilizzo della musica intesa come strumento terapeutico non è un qualcosa di recente. Florence Nightingale nel 1869 affermava che il suono di alcuni strumenti e della voce dell'uomo potevano combattere la malattia, generando degli effetti positivi e dando un senso di gioia; in seguito molti si occuparono di questo tema, finché le prime scuole di musicoterapia vennero aperte in America negli anni '40 (Cook, 1981). Tuttavia, ci sono giunte testimonianze scritte di come altri popoli già molto prima dell'avvento dell'infermieristica moderna si interessavano e utilizzavano la musica a vari scopi. Citiamo tra tutti quelli legati alle pratiche magiche fin dai tempi più remoti, o alla cultura dell'antico Egitto dove la musica rappresentava la "manifestazione fisica dell'anima" (Ibidem).

La funzione della musica in ambito medico è stata al giorno d'oggi oggetto di molti studi, anche al riguardo delle conseguenze positive che essa può esercitare in ambito chirurgico sugli stati ansiosi del paziente, ma anche sullo stress, il dolore o sui singoli parametri vitali.

Per quel che concerne la riduzione dell'ansia preoperatoria la musicoterapia risulta essere un metodo molto efficace.

In una revisione sistematica condotta dal Joanna Briggs Institute (2011) ad esempio, il foglio informativo sulle migliori pratiche includeva l'ascolto di musica prima, durante e dopo una procedura o un'operazione.

5.2. AROMATERAPIA

La percezione di odori gradevoli è qualcosa che reca piacere a molte persone. Per contro tuttavia può accadere che percepire odori piacevoli ma magari troppo intensi o prolungati nel tempo possa comportare effetti contrari. Occorre quindi indagare e capire quale aroma un individuo preferisce percepire, per quanto tempo e con quale intensità.

L'aromaterapia clinica è un approccio olistico alla salute che si avvale dell'utilizzo di oli essenziali puri estratti da foglie, steli, frutti, fiori, foglie, corteccia, semi, bacche o radici di piante, alberi ed erbe per trattare vari disturbi. Gli oli essenziali concentrati hanno le stesse proprietà curative fisiologiche, psicologiche e spirituali della pianta da cui derivano. Le applicazioni primarie degli oli essenziali sono di tipo olfattivo e topico. I costituenti chimici di questi oli innescano il sistema limbico, influenzando l'umore, la memoria, le emozioni e l'apprendimento (Worwood & Worwood, 2003). La qualità del contenuto chimico di ogni olio dipende dalle caratteristiche della pianta da cui viene estratto (influenzata quindi da altitudine, clima modo di estrazione ecc.). La distillazione è la principale modalità di estrazione; dovrebbe essere eseguita solo su piante cresciute naturalmente e senza uso di fertilizzanti (Rankin-Box, 2002).

Franchomme e Pènoel nel 1990 oltre a classificare le componenti chimiche degli oli essenziali, affermarono che questi possono essere utilizzati anche in condizioni specifiche per rilassare o rinvigorire l'individuo. Ad esempio la lavanda può essere utile nell'immediato contro le scottature, l'albero del tè può avere proprietà antibatteriche e antimicotiche, oppure l'olio essenziale di neroli può essere utile per trattare disturbi di ansia.

L'utilizzo di oli è conosciuto fin dai tempi più antichi. Proprio come la musica è risaputo che, ancora una volta nell'antico Egitto, non solo venivano utilizzati per imbalsamare i cadaveri come preparazione ad un'altra vita o come cosmetici, ma anche come cura delle malattie (Tisserand, 1980). In seguito la pratica giunse fino ai tempi di Ippocrate, padre della medicina moderna, il quale ai tempi era convinto che un bagno profumato quotidiano e un massaggio potessero mantenere la salute. Più recentemente invece, l'impiego dell'aromaterapia nel nursing risale agli anni '80 con un graduale incremento della ricerca infermieristica sui suoi effetti benefici (Rankin-Box, 2002).

Nonostante la ricerca scientifica l'azione degli oli non è ancora oggi interamente conosciuta, ma ciò non ne sminuisce la valenza terapeutica (Valnet, 1990).

Come si è visto, dunque, l'utilizzo dell'aromaterapia può essere esercitato in molti e svariati modi e il suo approccio può interessare grandi aree in termini di trattamento. Una di queste è risultata essere quella dell'ansia, dello stress e delle preoccupazioni.

5.3. USO DI IMMAGINI GUIDATE

L'utilizzo di immagini come terapia giunge a noi fin dai tempi degli sciamani. Infatti, Crohn nel 1995 afferma come il trattamento sciamanico per facilitare o promuovere il processo di guarigione spesso si avvaleva dell'uso di immagini positive, familiari e incoraggianti. Oggi nella nostra tradizione l'utilizzo dell'immagine (o visualizzazioni) è stata oggetto di numerosi studi e articoli scientifici. Questo perché si è notato che l'adozione di immagini visive produce nei pazienti chirurgici risultati migliori rispetto a quelli che si ottengono con approcci più tradizionali (Simenton et al., 1978).

Questo tipo di metodologia integra quindi ciò che tramanda la storia con le conseguenti scoperte, costituendo uno dei punti ai quali si rifanno alcune delle terapie complementari che stanno sempre più prendendo campo in ambito medico negli ultimi anni.

Il Centro Nazionale per la Salute Complementare e Integrativa considera le immagini guidate come una "modalità di rilassamento", perché possono attivare profondamente la naturale risposta di rilassamento del corpo, caratterizzata da una respirazione più lenta, da una pressione sanguigna più bassa e da una maggiore sensazione di benessere. Per questa tecnica, alle persone viene insegnato a concentrarsi su immagini piacevoli per sostituire le sensazioni negative o stressanti. Le immagini guidate possono essere auto-dirette o guidate da un operatore o anche da una registrazione (National Center for Complementary and Integrative Health, 2019)

Il coinvolgimento della persona con le immagini mentali può essere così intenso che il suo corpo tende a reagire come se rispondesse ad una vera e propria esperienza esterna, producendo appunto cambiamenti neurochimici con profonde conseguenze psicofisiologiche. Le immagini guidate rappresentano una metodologia che può essere facilmente attuata dagli infermieri e richiede poco sforzo per il paziente (Hart, 2008).

Si tratta di una tecnica spesso utilizzata per preparare i pazienti a trattamenti dolorosi o a procedure chirurgiche (ad esempio, biopsie). Viene utilizzata principalmente per alleviare l'ansia, il dolore e gli effetti collaterali esacerbati da una reazione emotiva più intensa. In genere, una strategia di rilassamento viene insegnata ai pazienti, che vengono poi guidati attraverso un "viaggio di immagini guidate" dal trattamento fino al periodo di recupero.

Le immagini guidate possono essere quindi "dirette", come quando il terapeuta suggerisce le immagini al paziente, che le utilizza come una sorta di gancio per sviluppare ulteriormente un'immagine personalizzata. Oppure, possono essere "indirette" quando cioè il terapeuta non fornisce al paziente un'immagine specifica, ma suggerisce solo in linea di massima la sensazione che dovrebbe essere suscitata dall'immagine, permettendo quindi al paziente di crearsi un'immagine corrispondente o che sia in grado di evocare lo stato emotivo desiderato.

La maggior parte dei piani di trattamento con immagini guidate inizia assistendo il paziente nella creazione mentale di un luogo fisico in cui esso si senta a proprio agio, curato e tranquillo. Il terapeuta può quindi gentilmente invitare il paziente a permettere che si formi un'immagine di un luogo di questo tipo. L'uso di parole come "sicuro" o "protetto" è meglio evitarlo almeno all'inizio della terapia e con i pazienti che abbiano alle spalle un vissuto traumatico, in quanto possono indirettamente fungere da promemoria dell'esperienza traumatica e, conseguentemente a ciò, potrebbero aumentare il livello generale di eccitazione causandone ansia (Strada & Portenoy, 2019).

6. REVISIONE DELLA LETTERATURA

6.1. METODOLOGIA

La ricerca infermieristica fonda la sua attività tra la fine del XIX secolo e la prima metà del XX secolo. Florence Nightingale, che nella metà del XIX diede un primo contributo importante all'istaurarsi dell'assistenza infermieristica come disciplina, sosteneva che la ricerca sistemica di dati e la loro analisi fossero necessarie in questo preciso ambito. La fioritura della ricerca infermieristica si ha intorno agli anni Cinquanta del '900, dove furono poste le basi per il raggiungimento dell'attuale livello di competenza. In questo periodo il numero delle scuole, soprattutto inglesi, crebbe rapidamente, e furono inclusi per la prima volta dei corsi di ricerca nei programmi universitari. In questi anni, allo scopo di promuovere la ricerca infermieristica, nacque ad esempio il "Journal of Nursing Research" e nel 1955 fu istituita l'American Nursing Foundation come centro di ricerca (Alaimo, 2013).

Lo scopo della ricerca infermieristica è quello di sviluppare conoscenze specifiche per la risoluzione dei problemi pratici e il miglioramento dell'assistenza al paziente, ai suoi familiari, alla comunità e agli operatori stessi. Il coinvolgimento degli infermieri, di quelli che lavorano "al letto del paziente", è fondamentale per far partire cambiamenti sostenuti e duraturi ed è da loro che devono arrivare i quesiti di ricerca, in un'atmosfera di feedback reciproco tra il polo della ricerca e quello della pratica. Perché la ricerca abbia senso, vi deve essere collegamento e non rottura; compenetrazione e non separazione (Di santo, 2017).

Per svolgere il presente lavoro è stata scelta la revisione della letteratura.

Una revisione della letteratura è una sintesi scritta dello stato delle evidenze su un problema di ricerca. Lo scopo è di integrare le evidenze di ricerca per offrire una rassegna delle conoscenze e delle lacune di ricerca. Il contenuto quindi deve fornire una sintesi oggettiva e strutturata delle evidenze disponibili su un argomento. Questo modello di ricerca deve rappresentare quindi un riassunto e una valutazione critica delle evidenze raccolte per divulgare lo stato delle conoscenze su un argomento e non semplicemente rappresentare una descrizione del tema (Polit & Beck, 2014).

Le revisioni hanno importanti ricadute pratiche: sono utilizzate per sviluppare linee guida, possono orientare le scelte in ambito sanitario e, più in generale, forniscono a ricercatori, medici e pazienti una valida sintesi delle conoscenze in merito alla cura di importanti patologie e alla loro diagnosi. Sempre più medici e ricercatori concordano sulla necessità di affidarsi ad esse per operare, in ambito clinico, scelte consapevoli basate sulle prove di efficacia (Sala, et al. s.d.). Oltre a ciò, aiutano i professionisti a mantenersi aggiornati, forniscono evidenze ai decisori per giudicare rischi, benefici ed effetti avversi degli interventi sanitari, sintetizzano gli studi precedenti per i finanziatori che intendono sostenere nuove ricerche e aiutano gli editori a giudicare la rilevanza dei nuovi studi da pubblicare (Liberati et al., 2015).

Come detto, questi metodi di ricerca possono servire anche per l'erogazione di un'assistenza sanitaria basata su prove di efficacia, ormai riconosciuta come un'abilità professionale irrinunciabile e uno standard formativo fondamentale per tutte le professioni sanitarie, infermieri inclusi (Dawes, 2005). Principalmente questi metodi nascono dalla presa di consapevolezza dei professionisti delle proprie carenze conoscitive; successivamente la ricerca prende forma attraverso la formulazione di quesiti che gli operatori sanitari si pongono sulla base delle proprie esperienze con i pazienti. Booth (2005) ha stimato che, in media, i sanitari si pongono due domande da ricercare ogni tre

assistiti e che il 30 – 60% di questi quesiti non ha risposta; uno dei motivi è la difficoltà nella formulazione del quesito stesso (Ely, 2002). A questo proposito si possono utilizzare alcune strategie tra le quali il metodo PICO o PIO (esposto successivamente), utile a migliorare la formulazione dei quesiti clinici. Dopo aver selezionato un argomento, il passo successivo è quello di identificare in modo strutturato le informazioni appropriate e correlate. Al giorno d'oggi, le ricerche di letteratura sono effettuate per lo più utilizzando computer e banche dati elettroniche. Le banche dati informatiche offrono l'accesso a grandi quantità di informazioni, che possono essere recuperate più facilmente e rapidamente rispetto alla ricerca manuale (Younger, 2004). Attraverso la formulazione di criteri di inclusione ed esclusione e la ricerca attraverso più parole chiave, unite ad esempio attraverso operatori booleani, si può rendere più semplice la ricerca qualora gli articoli fossero troppi o troppo pochi.

Nel condurre la ricerca nella letteratura è importante tenere un registro delle parole chiave e dei metodi utilizzati, poiché questi dovranno essere identificati in seguito quando si descriverà come è stata condotta la ricerca (Timmins & McCabe, 2005). Infine, identificati i risultati della ricerca, vi è la parte di analisi e sintesi delle informazioni. L'obiettivo principale è l'identificazione di temi importanti. Un'analisi tematica prevede essenzialmente il riconoscimento di modelli ricorrenti e costanti, così come delle incongruenze (Polit & Beck, 2014).

Per eseguire questo lavoro dopo aver deciso l'argomento principale attraverso la ricerca di materiale che ne dimostrasse gli studi, le ricerche e la teoria, sono stati creati dei quesiti di ricerca attraverso il modello PIO. In seguito ho trasformato il modello in keywords per verificare all'interno delle banche dati la presenza di studi e articoli scientifici riguardanti gli interventi di cui nel lavoro si vuole parlare e i risultati che attraverso il lavoro si vogliono dimostrare. Sono stati scelti alcuni articoli sulla base di criteri che rappresentano quindi i criteri di inclusione ed esclusione di cui si parlerà in seguito. Infine gli articoli sono stati analizzati e i loro risultati e limiti confrontati, cercando di creare delle aree tematiche da agganciare e sommare al quadro teorico.

6.2. CHIAVI DI RICERCA

Per eseguire questo lavoro sono state visitate alcune banche dati tra le quali:

- Pubmed
- Chinal
- Cochrane

Queste sono state citate per quanto riguarda la revisione della letteratura. In aggiunta per la parte teorica sono state visionate anche altre banche dati tra le quali Uptodate, Google Scholar e Medline.

Dopo aver individuato in letteratura ed aver visto quali sono i possibili interventi di cui si poteva trattare è stata eseguita una ricerca nelle tre banche dati con alcune parole chiave.

Le Keywords utilizzate sono state:

“adults” - “NOT children” - “reduce preoperative anxiety” - “surgery” - “operation” - “surgical procedure” - “reduce anxiety” - “elective surgery”

Oltre a queste per i vari interventi sono state utilizzate le seguenti keywords:

Ascolto di musica: *“music” - “music therapy”*

Aromaterapia: “*aromatherapy*” – “*essential oils*” - “*aroma therapy*”
Immagini guidate: “*guided imagery*”

La maggior parte delle linee guida per l’EBP (evidence based practice) ricorre agli acronimi PIO e PICO per aiutare gli operatori e i ricercatori a sviluppare quesiti ben formulati e che agevolino la ricerca delle evidenze. Nel più semplice PIO il quesito clinico è composto per identificare tre componenti:

P: la popolazione o i pazienti (es. caratteristiche dei pazienti o delle persone)

I: intervento, influenza o esposizione (es. interventi o terapie di interesse)

O: Outcome o risultati (es. quali sono i risultati o le conseguenze che ci interessano)

La formulazione di quesiti clinici secondo il criterio PIO dovrebbe consentire di operare una ricerca della letteratura per ottenere le informazioni necessarie (Polit & Beck, 2014)

La revisione della letteratura è stata pertanto orientata dalla seguente formulazione:

P = Population	Pazienti adulti maschi e femmine in attesa di essere sottoposti ad un intervento chirurgico elettivo (programmato)
I = Intervention	Utilizzo della musicoterapia Utilizzo dell’aromaterapia Utilizzo di immagini guidate
O = Outcome	Il paziente diminuisce la propria ansia preoperatoria raggiungendo di conseguenza un livello maggiore di benessere

6.3. CRITERI DI INCLUSIONE E ESCLUSIONE

Per quanto riguarda la scelta degli articoli sono stati individuati alcuni criteri.

Questi criteri sono stati scelti sia perché rispecchiano l’idea iniziale del quesito di ricerca da perseguire, sia per non avere un numero maggiore di articoli, rendendo il lavoro troppo prolisso e complesso.

I criteri di scelta che mi sono prefissato per gli articoli da utilizzare per questo lavoro sono:

- Articoli dal 2008 al 2019
- Articoli in lingua italiana o inglese
- Fonti primarie e/o secondarie
- Soggetti studiati: adulti 18 – 70 anni
- Studi svolti in qualsiasi contesto geografico

6.4. SELEZIONE DEGLI ARTICOLI

Il diagramma che segue rappresenta l'intero procedimento eseguito per la scelta degli articoli alla fine selezionati per eseguire il lavoro di revisione della letteratura. La tabella sottostante invece si riferisce al numero di articoli totali trovati inizialmente nelle banche dati o altrove, paragonati al numero di articoli scelti alla fine per ogni intervento.

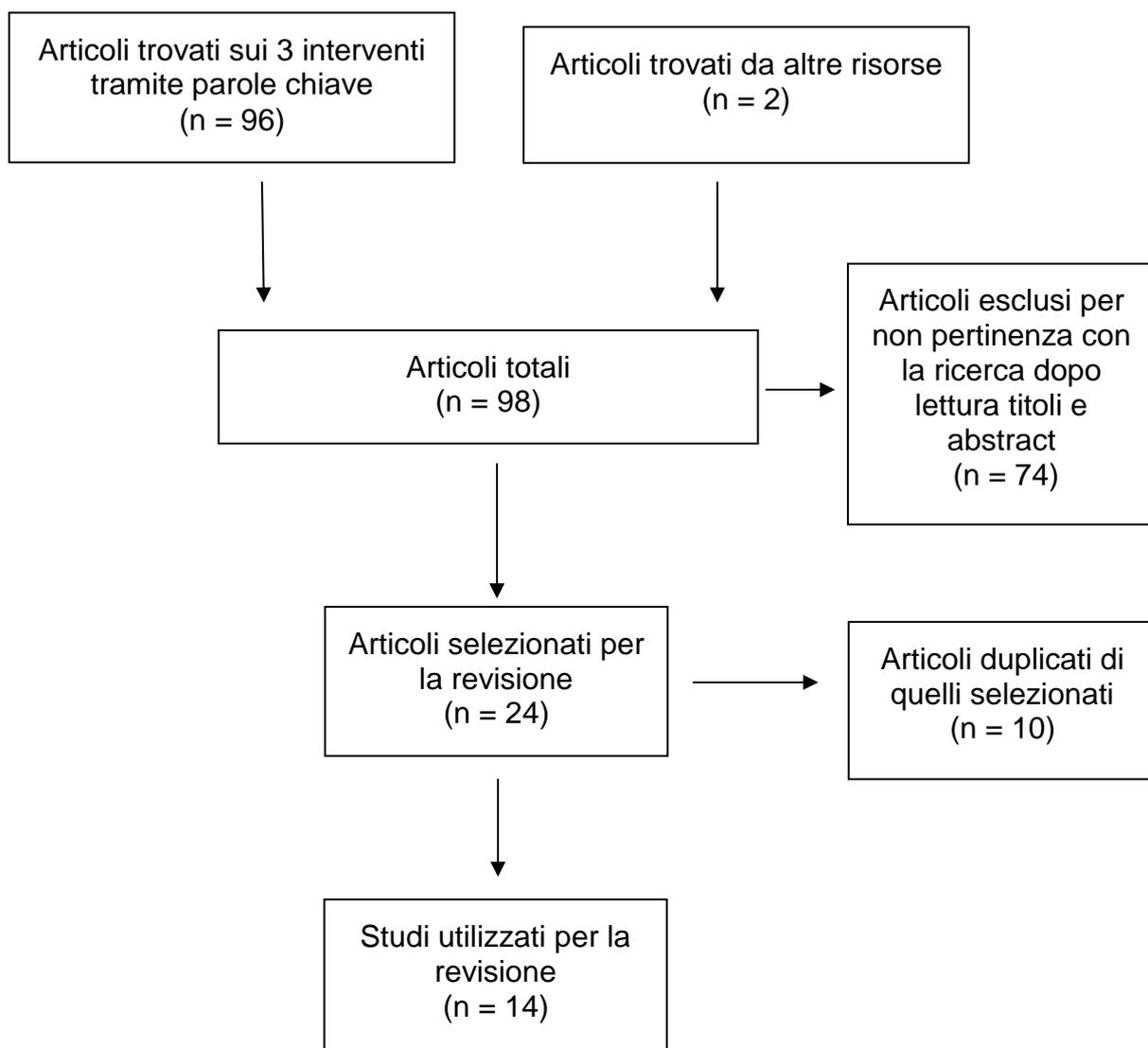


TABELLA RIASSUNTIVA DI SCELTA PER ARGOMENTI

	Articoli iniziali	Articoli scelti
Musicoterapia	47	7
Aromaterapia	25	5
Immagini guidate	24	2
Totale	98	14

6.5. RISULTATI

I risultati totali presi in considerazione per la discussione sono 14.

Tutti sono congruenti per una fascia d'età ben precisa, ovvero quella adulta; anche gli anni in cui sono stati raggiunti sono molto recenti, con pubblicazioni di non oltre 12 anni fa. Non si sono poste particolari limitazioni geografiche per quanto riguarda gli studi condotti, tuttavia la maggior parte delle conclusioni derivano da ricerche avvenute negli USA, in Turchia e Cina.

La maggior parte delle conclusioni a cui si è giunti derivano da studi RCT (randomized controlled trial). Negli studi randomizzati controllati i partecipanti vengono assegnati in modo casuale a rami di trattamento o di controllo. Il processo di assegnazione in modo casuale di un partecipante allo studio a un braccio di trattamento o di controllo è detto 'randomizzazione'. In seguito, i risultati ottenuti dai due o più gruppi vengono posti a confronto.

Nei diversi studi effettuati, gli interventi eseguiti sui soggetti del gruppo sperimentale possono essere stati messi a confronto anche con altri interventi, per poi confrontarne la maggiore efficacia. Riguardo i tre interventi presi in considerazione (e considerando quasi tutti gli articoli), si può comunque giungere alla conclusione che questi interventi oltre ad essere efficaci contro l'ansia preoperatoria, risultino essere economici, semplici e sicuri per il paziente. Tuttavia, in molti articoli si evince anche il bisogno di maggiori evidenze. I risultati sono stati raggiunti anche attraverso alcuni strumenti di valutazione, come ad esempio, scale che possono "oggettivare" alcuni parametri di riferimento, come lo stato d'ansia del paziente o il dolore.

Nel capitolo "Allegati" saranno presenti brevemente le descrizioni delle scale maggiormente utilizzate negli articoli per quanto riguarda l'ansia. Infine, sarà presentata sempre nello stesso capitolo una tabella riassuntiva di tutte le informazioni principali dei vari articoli.

6.6. DISCUSSIONE

ASCOLTO DI MUSICA PREOPERATORIA:

In tutti gli articoli analizzati l'utilizzo della musica è risultato un intervento utile per ridurre l'ansia preoperatoria.

Si tratta dunque di un intervento non farmacologico che può agire, in particolari situazioni ove la paura, l'ansia e lo stress possono fare da padrone, aumentando l'attività del sistema parasimpatico (SNP) e diminuendo quella del sistema simpatico (SNS) con tutti i benefici fisiologici che come visto ne derivano; inoltre la musica può agire coinvolgendo la mente del paziente con qualcosa di familiare e rilassante, consentendogli di fuggire e trovare rassicurazione nel suo mondo interiore. Come si è visto nel capitolo del coping e come citato anche nell'articolo M7 la pratica della musica può essere impiegata come mezzo per affrontare le emozioni, influenzando l'individuo e portandolo a percepire le situazioni come meno minacciose. Operando riducendo l'ansia preoperatoria, si può infatti aiutare l'individuo a raggiungere una situazione di benessere, incrementando positivamente il comfort preoperatorio.

Stando a quanto emerge dagli studi, la musica utile a ridurre l'ansia preoperatoria può essere di vario tipo, e ascoltata con diverse modalità.

Per quanto riguarda il genere musicale, ponendo come base quello più "semplice", si è riscontrata la diminuzione di ansia preoperatoria nei pazienti che hanno ascoltato suoni

della natura in due studi diversi (M5, M6). In più articoli i gruppi sperimentali sono stati caratterizzati dall'ascolto di musica e canzoni tipiche del contesto in cui si è svolto lo studio, e posti a confronto sia con il gruppo di controllo, sia con gruppi che hanno ascoltato generi musicali di altri contesti geografici. A questo proposito hanno raggiunto lo scopo della ricerca la musica classica turca (M1, M5), la musica d'arte turca (M1), la musica classica cinese (M4) e la musica classica occidentale (M5). Tuttavia, come specificato nell'articolo M5, le persone vengono spesso maggiormente "fagocitate" dalla musica appartenente alla loro cultura. Infatti, in questo studio, poiché le preferenze musicali degli individui sono influenzate dalle loro strutture sociali e culturali del loro contesto di vita, il tipo di musica peculiare della cultura turca era più influente nel ridurre l'ansia preoperatoria proprio nei pazienti turchi. Infine, tra i diversi generi musicali, sono risultati utili nel ridurre l'ansia preoperatoria anche la musica pop (M1, M2), la musica classica e il genere New Age (M7).

Gli studi che hanno conseguito l'obiettivo valutando i modi in cui ascoltare la musica sono principalmente due. Nonostante l'articolo M7 si sia più concentrato sul genere di musica, si è visto come per il paziente, la fruizione della musica riprodotta come sottofondo, sia stata associata a una diminuzione dei livelli di ansia. La musica posta come sottofondo era anche legata alla riduzione del rumore ambientale nella sala d'attesa dell'ambulatorio, dovuta a un atteggiamento maggiormente silenzioso del personale multidisciplinare. Anche l'articolo M3, che ha studiato l'effetto della musica diffusa tramite cuffie e tramite altoparlanti, ha trovato questo secondo metodo come molto utile e possibile sostituto del primo. Infatti, la diffusione ambientale di musica non solo può abbassare il livello di ansia preoperatoria come per l'utilizzo di cuffie, ma contrariamente all'utilizzo di queste, può anche ridurre il rischio di infezioni nosocomiali; queste infezioni possono infatti provenire sia dal contatto con il personale (contaminazione crociata), sia da quello con strumenti contaminati e con l'ambiente (flora esogena). Sebbene le cuffie monouso possano aiutare a ridurre le infezioni nosocomiali, aumenterebbero i costi aggiuntivi. Inoltre, mentre i pazienti ascoltano la musica per diffusione ambientale possono anche monitorare e ascoltare maggiormente il personale che comunica e interagisce, sentendosi così maggiormente a proprio agio. Infatti, un aspetto particolare ipotizzato (ma che necessita di ulteriori studi per essere convalidato) è quello dell'effetto di privazione sensoriale a cui le cuffie potrebbero portare.

I risultati degli articoli M2, M3, M4, M5 e M7 si rifanno anche alla correlazione esistente tra musica e parametri fisiologici. Ad esempio, come si osserva nello studio M2 e come esposto anche precedentemente, l'intervento musicale può portare a una diminuzione dell'attività del SNS e ad un aumento dell'attività del PNS. Migliorare significativamente il tono vagale, ripristinare l'equilibrio simpatico e parasimpatico e ridurre l'ansia preoperatoria, possono essere effetti che proprio grazie alla musica, contribuiscono anche alla sicurezza delle donne sottoposte a parto cesareo per tutto il periodo perioperatorio (M4). Ciò risulta essere fondamentale in quanto nello studio preso in considerazione è emerso che un forte stress psicologico può causare aritmie, morte improvvisa e aumentare il rischio di complicazioni proprio in un parto cesareo. Gli studi M2, M3, M5 e M7 si sono in particolare soffermati sulla diminuzione della FC in coloro che hanno ascoltato musica; M5 e M7 anche sulla diminuzione della pressione sanguigna; solo M5 ha correlato l'ascolto di musica alla diminuzione del cortisolo e solo M7 a un aumento del livello della saturazione di ossigeno nel sangue. In seguito a questi risultati e come emerso anche nell'articolo M2, si potrebbe quindi pensare di giudicare lo stato d'ansia del paziente attraverso la valutazione di alcuni parametri fisiologici, in quanto strettamente connessi.

Uno dei principali limiti degli studi sull'ascolto di musica emerso riguarda il fatto che in molti casi la musica è stata ascoltata senza che il paziente potesse scegliere il genere in base alle proprie preferenze, contrariamente a quanto emerso ad esempio in M1. Per la maggior parte dei casi infatti, la musica veniva selezionata dal ricercatore e spesso sulla base di suggerimenti derivanti dalla letteratura (M5). Tuttavia, ciò nonostante, in tutti i casi si è raggiunto lo scopo della ricerca. Gli studi M1, M5 e M7 individuano alcuni limiti per quanto riguarda il campionamento: ad esempio il fatto che lo studio non si possa estendere a tutte le fasce d'età, a tutti i contesti geografici o a tutti gli interventi chirurgici. Lo studio M3 è l'unico che ha come limite il non confronto tra i risultati pre e post operatorio, includendo quindi il gruppo controllo per il confronto post-intervento. Simili sono i limiti presenti negli studi M2 e M5. Mentre il primo esprime l'incapacità di poter valutare l'effetto della musica preoperatoria anche sulle altre fasi dell'intervento, il secondo espone come limite il fatto che la musica sia stata ascoltata solo nel periodo preoperatorio. L'articolo M6 è stato l'unico che ha posto invece un limite sugli strumenti utilizzati per valutare l'ansia nello studio, in quanto soggettivi e basati su autodichiarazione del paziente. Nell'articolo M4, infine, viene posta attenzione anche sull'effetto che i farmaci anestetici possono avere sul SNS e sul PNS, potendo alterare i parametri fisiologici intra e post-operatori e non potendo di conseguenza attribuire l'intero risultato all'ascolto di musica.

AROMATERAPIA:

Grazie a questi articoli si può giungere alla conclusione che l'aromaterapia può essere una parte molto utile di un approccio sistemico per ridurre l'ansia preoperatoria. L'individuo trae giovamento dalla percezione di profumi e odori a lui gradevoli, nonché da essenze che magari già nel corso della sua vita ha percepito. Infatti, come si afferma nell'articolo A4, la memoria olfattiva si trova nell'ippocampo all'interno del sistema limbico e le sostanze chimiche degli odori rilassanti appresi vengono elaborate in queste aree. Questo è il modo in cui gli individui traggono maggior benessere quando incontrano di nuovo gli odori piacevoli già appresi.

Tuttavia, non solo la percezione di questi odori è molto utile ma, proprio come si è visto anche nel capitolo sull'effetto placebo, può risultare fondamentale anche il modo di agire e il porsi dei curanti. A questo proposito, si afferma nell'articolo A3 come sia stato fondamentale per il successo di questa ricerca, il sostegno attivo alle procedure da parte di infermieri, chirurghi e personale curante. Anche nello studio A1 si afferma che la riduzione dell'ansia preoperatoria dei pazienti partecipanti possa essere stata influenzata da un effetto placebo attribuibile principalmente dall'atteggiamento dei curanti.

Come affermato precedentemente le persone si avvicinano sempre più alle cosiddette terapie complementari e sempre più pazienti trovano molto proficuo e piacevole il trattamento basato sull'aromaterapia. Nell'articolo A3 si descrive come numerosi partecipanti abbiano espresso commenti positivi durante e dopo lo studio riguardo al trattamento con affermazioni tipo: "una distrazione gradita"; "molto impressionato"; "molto rilassante"; "mi è piaciuto il profumo"; "calmante" e "credo nella lavanda". Oltre alla lavanda, tuttavia, gli oli essenziali che hanno raggiunto lo scopo della ricerca sono anche altri e applicati/emessi in diversi modi.

3 studi (A1, A3 e A4) hanno raggiunto la riduzione dell'ansia preoperatoria attraverso l'utilizzo di olio di lavanda, 1 attraverso l'olio di bergamotto (A2) e l'ultimo con l'olio essenziale di rose (A5). In questo caso va sottolineato che i principi attivi dell'olio di rosa, ottenuto dalla rosa mulino damascena, variano a seconda dell'area di coltivazione e del metodo di produzione. Lo studio suggerisce anche che l'effetto di ogni altra essenza è

dipendente dell'area geografica da cui viene ricavata. Infatti, alcuni studi di cui ci è giunta conoscenza in particolare dall'Iran, si sono occupati degli effetti analgesici, antiinfiammatori e antisettici dell'aroma in questione. Nello studio (A5) si è raggiunta la riduzione di ansia preoperatoria attraverso l'uso di uno strumento utilizzato per la diffusione dell'essenza.

L'altro aroma più frequentemente utilizzato è stato quello derivato dalla lavanda. Come sottolineato in A1, l'utilizzo della lavanda può essere molto benefico e presentare altri vantaggi oltre che essere utile per la riduzione significativa di ansia; il fatto che sia economico, non molto sedativo, sia uno dei meno tossici e allergenici tra gli oli essenziali e che possa portare anche alla riduzione del dolore ne sono degli esempi. Tuttavia, nei tre studi che hanno utilizzato lavanda per diminuire l'ansia preoperatoria, sono stati utilizzati tre diversi metodi: l'inalazione tramite mascherina (A1), l'applicazione di un cerotto (A3) e infine il massaggio (A4). L'utilizzo di un cerotto a rilascio prolungato per la terapia aromatica è stato utile nel ridurre l'ansia preoperatoria nelle donne in attesa di essere sottoposte a intervento chirurgico al seno. Il cerotto è stato un intervento ben accolto e preferito rispetto ad altri per la facilità d'uso e d'adozione. I partecipanti hanno indossato il cerotto da 26 a 89 minuti circa. Questa differenza può aver tuttavia contribuito ad una riduzione non omogenea dell'ansia e delle variabili fisiologiche. Per quanto riguarda il massaggio aromaterapico invece, nello studio A4, si afferma come sia noto che questo possa aumentare l'attività vagale attraverso la stimolazione della digitopressione e diminuire il livello di cortisolo, portare allo sviluppo della funzione immunitaria e ridurre lo stress. Inoltre, l'azione di sfregamento eseguita durante il massaggio, aiuta l'assorbimento degli oli essenziali utilizzati, esaltando il loro effetto terapeutico. In questo studio, l'applicazione di un massaggio aromaterapico alla lavanda, non solo ha diminuito l'ansia preoperatoria nei pazienti in attesa di intervento coloretale, ma ha anche migliorato la loro qualità del sonno e, come risaputo, questo svolge un ruolo molto importante nel mantenimento del benessere psicologico e fisiologico degli individui. Nell'articolo A4 si afferma che la lavanda possiede un elevato contenuto di esteri con proprietà sedative e rilassanti. Tuttavia, si ritiene anche che tutti gli odori, attivando l'amigdala, siano in grado di inviare informazioni a varie regioni del cervello, comprendendo quelle legate al controllo del ciclo sonno-veglia.

Tornando allo studio corrente è stato definito che la profondità del sonno percepita, il numero di risvegli e la qualità del sonno sono stati migliori nel gruppo sperimentale.

Nello studio A2, invece, il gruppo sperimentale, non solo ha ridotto in modo rilevante l'ansia preoperatoria attraverso aromaterapia con olio di bergamotto, ma anche la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna sistolica.

Così come per l'ascolto di musica, la maggior parte degli articoli presi in considerazione per l'aromaterapia, manifestano un limite riguardante i campioni. Sia in A1 che in A3 ad esempio gli studi includevano solo donne; mentre in A3, anche l'aver preso in considerazione un solo sito preoperatorio ha limitato la capacità di generalizzare i risultati ad altri contesti. Nello studio A1 si manifesta la mancanza di un gruppo in cui non veniva aggiunto nulla alla maschera facciale durante l'esposizione all'aroma, mentre nello studio A4 di un gruppo di controllo placebo. Oltre a questo, sempre nel medesimo articolo, si afferma anche che non si possono distinguere gli effetti individuali del trattamento di massaggio e dell'aromaterapia. Sarebbero infatti necessari almeno quattro gruppi separati per consentire l'identificazione dei singoli effetti prodotti dal massaggio e dell'aromaterapia.

In A5 e anche in A2 si manifestano rispettivamente la non completa comprensione dell'effetto ansiolitico dell'olio di rose e di quello di bergamotto. Tuttavia, in A2 si afferma

anche che in uno studio condotto su animali, si è potuto osservare come il bergamotto abbia attenuato l'attività legata all'asse ipotalamo-ipofisi-adrenale, riducendo così la risposta del corticosterone (un glucocorticoide) allo stress. Sono stati trovati, in seguito, dei limiti simili per quanto riguarda le influenze che alcuni fattori potrebbero aver portato in particolare ai risultati di 2 studi. In A4 ad esempio, il massaggio somministrato dal ricercatore potrebbe aver influito sul livello di ansia del paziente. In A5 invece, l'aromaterapia è stata utilizzata in camere singole di 30-35 metri quadrati e in cui il numero dei parenti del paziente durante l'applicazione non poteva essere standardizzato. Per questo motivo, la concentrazione di sostanza attiva inalata dal paziente potrebbe essere stata influenzata. Inoltre, l'alcool etilico aggiunto alla miscela per sciogliere l'olio di rosa in acqua potrebbe fungere da ansiolitico con effetti additivi o sinergici se combinato con l'olio di rosa. Nell'articolo A3 il limite maggiore riguarda la soggettività dell'esperienza. Infatti, non solo il periodo preoperatorio è diversificato da vari fattori tra paziente e paziente, ma anche dalle loro eventuali preferenze rispetto le varie essenze. Tornando alle sostanze aromaterapiche, lo studio A1 suggerisce che un limite è stato quello dell'aver analizzato le proprietà chimiche del prodotto solo dopo la sperimentazione; saperlo in anticipo consentirebbe infatti di poter formulare con maggiore esattezza le dosi esatte con cui ottenere un risultato attribuibile unicamente al prodotto.

IMMAGINI GUIDATE

Nell'articolo I1 si afferma che le tecniche di rilassamento e le immagini guidate, utilizzate come strategia nell'intervento infermieristico, si inseriscono nelle pratiche integrative e complementari contribuendo ad ampliare il campo d'azione dell'infermiere per una cura di qualità, promuovendo un modo più efficace di affrontare le situazioni di stress, oltre a portare conforto e benessere al paziente durante il periodo perioperatorio.

Nello stesso articolo, le immagini guidate si sono dimostrate un intervento efficace nel ridurre l'ansia preoperatoria e la concentrazione di cortisolo nel sangue in pazienti in attesa di essere sottoposti a chirurgia bariatrica videolaparoscopia. I cambiamenti neurochimici indotti da interventi mente-corpo come quello preso in considerazione possono quindi produrre un effetto ansiolitico e di conseguenza offrire una migliore qualità di vita al paziente durante il processo di trattamento. Come già detto in parte nel quadro teorico, l'ansia preoperatoria è associata a problemi come il difficile accesso venoso, la richiesta di dosi più elevate di agenti anestetici e analgesici, un'influenza negativa sui parametri vitali, l'aumento del tempo di ospedalizzazione e può contribuire a complicazioni postoperatorie come il dolore. Nello studio I2 si è concluso che le immagini guidate hanno diminuito sia l'ansia preoperatoria che il dolore post-operatorio. Infatti, nonostante la somministrazione di simili dosi di narcotici, il gruppo di immagini guidate aveva livelli di dolore postoperatorio significativamente più bassi nella misurazione, rispetto al gruppo di controllo. Nel medesimo articolo si afferma che ansia e dolore sono strettamente legati. Il sistema limbico infatti è parte integrante dell'interpretazione del dolore e comprende la stimolazione del sistema nervoso autonomo e dell'asse HPA in risposta a stimoli nocicettivi. Queste connessioni tra le emozioni e la modulazione del dolore supportano la teoria che una maggiore ansia può influenzare la percezione e un più difficile superamento dell'esperienza del dolore. Questo studio inoltre dimostra i potenziali benefici delle immagini guidate anche se utilizzate immediatamente prima di un intervento. Infatti, sono stati vagliati numerosi studi sull'effetto ansiolitico di questa tecnica, ma solo se utilizzata per tempi più lunghi. Viceversa, nel nostro caso sono state applicate esclusivamente il giorno stesso dell'intervento.

Infine, nell'articolo I2 si afferma che un vantaggio di questo intervento è la sua capacità di essere utilizzato dal paziente senza il coinvolgimento diretto di specialisti addestrati. I

pazienti possono imparare questa tecnica di rilassamento da soli e/o tramite l'utilizzo di nastri, CD o libri. Tuttavia, è auspicabile una ricerca futura sull'uso di immagini guidate per poter generalizzare i risultati trovati.

Nell'articolo I1 è stato trovato come limite principale il dato che il campione preso in considerazione sia numericamente ristretto e alcuni dei partecipanti scelti in un primo momento, per un motivo o per un altro, si sono ritirati dallo studio. Questo si va ad aggiungere al fatto che esiste una scarsa documentazione di studi in letteratura il cui obiettivo sia quello di determinare la riduzione di ansia preoperatoria e dei livelli di cortisolo dopo tale tipo di intervento. Lo studio manifesta quindi la necessità di ulteriori ricerche con questo preciso obiettivo.

Nello studio I2 invece sono esposti tre limiti. Il primo riguarda la tendenza all'analgesia preventiva. Molti fornitori di questa struttura infatti forniscono precocemente dosi di carico di narcotici allo scopo di ridurre la quantità di quelli richiesti a lungo termine. Questo potrebbe aver influenzato i risultati del dolore post-operatorio. Il secondo limite è che non sono stati controllati i livelli di rumorosità della sala operatoria, il volume e il genere di musica riprodotta durante l'intervento, così come anche i rumori estranei del personale e delle attrezzature mediche che possono variare anche drasticamente. Problemi come i ritardi chirurgici, la disponibilità del personale e i tempi di rotazione delle sale operatorie, possono causare soggiorni prolungati nell'area di attesa preoperatoria. Si tratta di condizioni reali che si verificano quotidianamente; per evitare di creare un ambiente chirurgico fittizio, non è stato fatto alcun tentativo di miglioramento. Infine, l'ultimo limite può essere rappresentato dalle differenze percepite nell'intensità del dolore percepito che potrebbe essere stato influenzato dalla durata in termini di tempo e dal diverso tipo di intervento chirurgico.

6.7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA PROFESSIONALE

Abbiamo constatato durante lo svolgimento di questo lavoro i molteplici benefici che apportano determinate pratiche sebbene ancora in via di diffusione, ma che possono giovare al paziente migliorando il suo benessere e riducendo il suo periodo di degenza. Dunque, per definire come un infermiere potrebbe far propri ed integrare questi trattamenti nel proprio bagaglio di competenze, si è ritenuto corretto ricorrere al profilo di competenze infermieristiche SUP, cercando di fornire un quadro generale di cosa occorre sapere, cosa occorre saper fare e cosa occorre saper essere.

Il ruolo di **promotore della salute** è quello che fa da cornice ad interventi di questo tipo. La figura dell'infermiere come si è visto è legata alla promozione della salute; le conoscenze apprese in qualità di esperti e la loro influenza vengono sfruttate nell'interesse della salute e della qualità di vita dei pazienti. L'introduzione di programmi/interventi che promuovono la salute e che si basano su un approccio individualizzato e differenziato fa dell'infermiere un promotore della salute a tutti gli effetti. Accogliere il paziente, valutare i suoi livelli di ansia, metterlo a conoscenza di questi interventi e dei loro potenziali effetti benefici, renderlo in grado di gestire l'elevato stress che prova, agendo sulla mente e sul corpo ancor prima di trattare direttamente il sintomo con rimedi sicuramente più veloci ma anche più "rischiosi", sono interventi che si rifanno alla dimensione della promozione di salute. Tutto questo richiede un rapporto di fiducia con il paziente e con i suoi familiari. Entra qui in gioco il come deve essere un infermiere per poter svolgere in maniera ottimale questi interventi. Sicuramente gli atteggiamenti da

tenere sono quelli che bisogna ostentare con qualsiasi altro paziente, cercando di fornire una maggior rassicurazione (e informazione qualora il paziente lo desiderasse) sulla base del fatto che un paziente in fase preoperatoria può provare elevati livelli di ansia e sentirsi maggiormente minacciato. Doversi relazionare con lui non è sicuramente un compito semplice, ma quanto piuttosto richiedente del tempo, risorse personali e sviluppo di alcune capacità nonché di valori etici. Questi ad esempio si possono riflettere in alcuni degli indicatori empirici della cura identificati da Luigina Mortari nel 2006 nell'opera "La pratica dell'aver cura". Tali indicatori portano a quella che viene definita da Mortari l'essenza della cura adeguatamente buona e si traducono ad esempio nella responsività (saper rispondere adeguatamente agli appelli dell'altro), nell'empatia e in altri ancora come l'attenzione, l'ascolto, la riflessività.

Ciò che risulta importante qui, è quello che si è sottolineato nel capitolo sull'effetto placebo: la figura dell'infermiere può condizionare l'esito del trattamento attraverso l'atteggiamento e il modo in cui si pone. Goleman (2016) parla di contagio emotivo, intendendo la capacità delle emozioni di influenzarsi reciprocamente tra persone diverse. A questo proposito, in quanto infermieri legati per molto tempo della giornata ai nostri pazienti, risulta importante mantenere un atteggiamento positivo, incoraggiante, ma che soprattutto sia espressione di speranza e fiducia nel trattamento e nella sua capacità di produrre benessere. Questo per quanto riguarda il rapporto con il paziente. Per quanto concerne più strettamente la figura dell'infermiere, è importante che egli agisca con senso di responsabilità e autonomia, sottoponendo il proprio agire a valutazione e una riflessione critica. La capacità di autocritica a volte manca, ma bisogna tener conto che è fondamentale; ciò che è migliorabile può infatti andare a vantaggio del prossimo paziente, che seppur in un'altra situazione può necessitare di interventi simili. Inoltre, svolgono un ruolo importante la capacità di riconoscere e liberarsi dei propri pregiudizi, dell'aver compreso che ciò che percepisco io non è uguale a ciò che percepiscono gli altri e di conseguenza essere in grado di porsi accettando positivamente e incondizionatamente l'altro, astenersi dal giudicare e ascoltando attivamente. Attraverso questa presa di consapevolezza si possono poi integrare le dimensioni di identità e alterità nella pratica professionale e porre le basi per la costruzione di una relazione di fiducia.

Mantenere questi atteggiamenti e impegnarsi per la salute e la qualità di vita delle persone rientra nel ruolo legato all'**appartenenza professionale** dell'infermiere. Interventi di promozione della salute fanno quindi da denominatore comune a questi primi due ruoli. Tuttavia, affinché si possa agire in modo ottimale ci deve essere alla base la conoscenza; promuovere la salute implica conoscere, ovvero aver acquisito le conoscenze e le competenze adatte, a tal punto da poterle trasmetterle. Una relazione efficace può in questo senso essere il mezzo di trasmissione di tali conoscenze.

Si può a questo punto spaziare nella dimensione di "cosa occorre sapere". L'aggiornamento professionale, la ricerca e l'integrazione di nuovi saperi dovrebbero essere alla base della formazione continua di un professionista della cura.

Come prerequisito l'infermiere dovrebbe partecipare a progetti e ricerche negli ambiti in questione promuovendo poi il trasferimento dei risultati nella pratica. Questo porterebbe allo sviluppo del **ruolo di esperto** in cure infermieristiche ma non solo; il fatto di specializzarsi o di frequentare corsi di maggiore o minore durata al fine di promuovere e arricchire le proprie conoscenze, aiuterebbe quella che Gilbert (2012) definisce "mente calmante". Un costante allenamento della mente e dello spirito, alimentata da curiosità, voglia di sapere e correlata ad attività legate al corpo, sarebbe un'utile strategia di coping per quelle figure che come l'infermiere vengono sottoposte quotidianamente ad elevati livelli di stress.

Sviluppando il **ruolo di apprendente e insegnante** si rafforzerebbe anche l'attitudine di ricerca di un infermiere, contribuendo a sviluppare la capacità, utile anche per il futuro, di ricercare pratiche, informazioni ed evidenze basate sulle prove di efficacia (Evidence Based Practice). Per le pratiche identificate nella corrente ricerca e dopo aver dimostrato che non si tratta di interventi con alti livelli di complessità, potrebbero essere utili e sufficienti brevi corsi di formazione per quegli infermieri interessati e operanti soprattutto nell'ambito della chirurgia. Per gli interventi in questione e per quanto riportato anche nel profilo di competenze, prima di attuarli sarebbe opportuno conoscere più nello specifico i determinanti che mantengono e favoriscono la salute a livello sia individuale che collettivo. Successivamente, bisognerebbe riuscire a comprendere come queste tecniche agiscono, su cosa agiscono e come possono portare benessere ai pazienti di cui ci stiamo prendendo cura. Inoltre, ritengo che studiare e conoscere queste tecniche e il loro funzionamento possa essere la base iniziale solo per un numero limitato dei membri di un'equipe; questi infatti, in seguito, potrebbero condividere il loro bagaglio di conoscenze apprese e avere dei momenti comuni con altri membri del personale curante, favorendo oltre all'apprendimento, una maggiore relazione e magari una migliore collaborazione futura. Tutto ciò favorirebbe e svilupperebbe nell'infermiere il ruolo di **membro di un gruppo di lavoro**; chiaramente queste competenze professionali dovranno essere messe a disposizione non solo di altri curanti ma anche finalizzate a erogare cure appropriate per il paziente e i suoi familiari. L'essere capaci di condividere il proprio sapere e la propria esperienza promuove lo sviluppo dell'infermiere come **comunicatore**; il punto fondamentale di questa figura si riflette nella capacità di adattare la comunicazione ad ogni situazione (basti pensare all'utilizzo di un linguaggio più semplice ma sempre comprensibile quando si parla con un paziente rispetto a uno più tecnico quando ci si confronta con un medico), instaurando relazioni di fiducia. La comunicazione è considerata un'abilità del counselling che l'infermiere dovrebbe possedere, in modo da evitare tutte quelle barriere della comunicazione che potrebbero portarlo a minimizzare o peggio ancora a banalizzare i bisogni dei pazienti. Lasciare la stanza del nostro paziente che si trova in un evidente stato d'ansia e riferendogli in modo impersonale e quasi scontato che l'intervento andrà bene e che l'ansia è uno stato che provano tutti i pazienti prima di un intervento, non è da buon infermiere; così come non lo è pensare di sapere per certo (a proposito di cosa occorre sapere) come agisce l'ansia e credere che un farmaco (visto quanto riportato dal foglietto illustrativo), possa indurre gli stessi effetti su tutti gli individui. Ogni paziente ha il proprio vissuto, le proprie esperienze, nonché i propri saperi, non siamo noi i detentori di ogni sapere legato al loro stato fisico, psicologico ed emotivo. A questo proposito, come afferma Morin (2001), dobbiamo essere consapevoli che "ogni conoscenza comporta in sé il rischio dell'errore e dell'illusione" e che una conoscenza pertinente deve affrontare la complessità; in questo caso tenendo in considerazione le innumerevoli relazioni che intercorrono tra mente e corpo, ma anche della natura sistemica di ogni essere umano.

La comunicazione passa attraverso i propri atteggiamenti e non solo tramite le parole. Gli atteggiamenti che Goleman (2016) definisce "emotivamente presenti", comunicheranno alcune cose al paziente e di conseguenza influenzeranno il suo comportamento e le sue risposte. Così come l'agire in maniera pratica dell'infermiere influenzerà viceversa le emozioni del paziente, anche solo attraverso l'utilizzo del non verbale.

Dalla sfera legata al comportamento e all'agire si può in termini più generali passare alla terza dimensione, quella del "saper fare".

In termini pratici con riferimento a quest'area, come si è visto in alcuni articoli, non servono queste grandi capacità a livello tecnico. Un possibile ostacolo potrebbe essere

rappresentato dall'uso della tecnologia (ad esempio lettori CD, utilizzo di cuffie, uso di altoparlanti, diffusori di aromi). Tuttavia, come è risaputo e si riscontra nella pratica quotidiana, la tecnologia diventa sempre più uno strumento utilizzato dall'infermiere. Alcuni ricercatori ritengono che possa facilitare e migliorare l'assistenza infermieristica, aumentando la sicurezza delle cure fornite ai pazienti, riducendo il carico di lavoro e consentendo agli infermieri più tempo da trascorrere con i pazienti per alleviare l'ansia e rispondere alle loro preoccupazioni (Bagherian et al., 2017). Per gli interventi presi in considerazione la tecnologia sarebbe un possibile strumento per attuare questi trattamenti. Nonostante questo, tuttavia, in alcune tecniche come ad esempio il massaggio aromaterapico o l'applicazione di cerotti aromaterapici, oltre all'atto pratico e alla base teorica sottostante non sarebbe necessario l'uso della tecnologia. Dato che si è parlato anche di comfort, per attuare questi interventi l'infermiere dovrebbe inoltre poter garantire un ambiente calmo, silenzioso e spazioso, al fine di non vanificare la pratica, il cui scopo è la riduzione dell'ansia e la promozione della tranquillità del paziente. A questo proposito potrebbero essere utili delle camere adibite in maniera consona, all'interno delle quali infermiere e paziente possono collaborare per una miglior riuscita degli interventi di cui si è trattato e poter così avere una relazione privilegiata senza interferenze tipo quelle sopra identificate. Personalmente ritengo che rendersi promotori della diffusione di nuove pratiche basate su evidenze scientifiche, permetta all'infermiere di sviluppare il **ruolo di manager**, riconoscendo il bisogno di innovazione del mondo sanitario: le conoscenze dell'utenza, l'età dei pazienti, le nuove patologie e trattamenti (quali i trattamenti non farmacologici di cui si è parlato), così come anche la necessità di sempre maggiori contributi interprofessionali, fanno dell'assistenza infermieristica un mondo in continua evoluzione. Un punto fondamentale dell'ultimo ruolo citato e che si dovrebbe correlare al saper fare, valido per questi interventi così come per altri, è quello del dover mettere in atto piani di trattamento con efficienza ed efficacia, rispettando le condizioni generali, istituzionali e legali. Abbiamo visto come gli interventi sopra citati, oltre che essere sicuri per il paziente, possono essere anche molto efficaci e semplici da attuare.

7. CONCLUSIONI

L'ansia preoperatoria è una situazione problematica spesso presente prima di una procedura chirurgica e ricollegabile ad eventi sfavorevoli durante e dopo l'intervento. Per questo, in quanto infermieri, la componente psicologica del nostro paziente deve essere presa a carico così come viene fatto quotidianamente con quella fisica, non solo quando la manifestazione di quest'ultima ci ricorda che il paziente non è il sintomo e nemmeno la malattia. Gli interventi di tipo non farmacologici si sono dimostrati, oltre che utili a tal scopo, economici e semplici da attuare sia per il personale curante che per il paziente stesso, che potrebbe trarne beneficio evitando anche tutti quegli effetti collaterali che i farmaci ansiolitici potrebbero causare. La promozione della salute in ottica salutogenica aiuterebbe il paziente a trovare e sviluppare dei meccanismi di coping finalizzati alla gestione dello stress, rendendo l'ospedalizzazione e l'imminente intervento chirurgico esperienze meno ansiogene e legate alla paura. La musica, gli aromi e le immagini guidate possono influenzare positivamente il complesso intreccio tra mente e corpo, di cui dobbiamo sempre tener conto durante la presa a carico e dei nostri pazienti. Solo in questo modo potremmo meglio occuparci di quella componente umana di cui si nutre il nostro lavoro di infermieri.

Mi ritengo molto soddisfatto del lavoro svolto. Il tempo che ho dedicato soprattutto alla ricerca e all'analisi degli articoli è stato parecchio, così come quello per la stesura di un quadro teorico che potesse ben supportare l'intera ricerca. Ho lavorato cercando di conseguire ogni obiettivo che mi sono posto inizialmente, arricchendo le mie conoscenze e sviluppando maggiormente in me la capacità di ricerca e analisi. Sarebbe stato utile ed interessante disporre di più pagine per poter estendere ancor più la mia ricerca, evitando così di rimandare per forza di cose alcune parti negli allegati. Ritengo che quello trattato sia un argomento molto esteso, ma anche molto importante per la pratica infermieristica. Nonostante le iniziali intenzioni ho trovato un po' di difficoltà a questo proposito nel valutare e scegliere cosa scrivere e cosa tralasciare, ma la scelta è stata obbligata proprio per la molteplicità delle aree che caratterizzano questo tema. Credo tuttavia che questo lavoro possa divenire un'ulteriore prova a sostegno delle ricerche e degli studi che sempre in maggior numero si stanno conducendo a favore degli interventi non farmacologici. Sarebbe utile a mio parere proseguire tali ricerche ampliandole anche per interventi diversi da quelli chirurgici programmati e nel contempo renderle più specifiche e diversificate per le varie categorie di procedure e magari anche più vicine alla nostra realtà geografica.

8. RINGRAZIAMENTI

Giunto al termine del lavoro desidero inserire dei ringraziamenti per chi mi ha visionato e chi mi è stato vicino durante questo periodo particolare.

In primo luogo, volevo ringraziare il mio direttore di tesi, sempre pronto e disponibile a confronti trasparenti e chiari, anche in una situazione non così semplice come quella che si è verificata e in cui gli incontri diretti in presenza non sono più stati possibili.

Non di meno ringrazio tutte quelle persone che mi sono state vicine, comprese quelle che lavorano presso il DEASS, che proprio come la mia famiglia, mi hanno messo a disposizione tutte le risorse possibili per poter svolgere e concludere il mio lavoro in maniera serena.

Infine, volevo esprimere il mio riconoscimento anche a quei compagni di studio nonché futuri colleghi con cui mi sono spesso confrontato soprattutto all'inizio del lavoro e da cui ho tratto consigli utili a partire dalle loro considerazioni, critiche costruttive ed esperienze.

9. BIBLIOGRAFIA

- Alaimo, M. (2013). *Sviluppo della ricerca infermieristica*. Aggiornato nel 2016. Preso il 17 Aprile. Tratto da:
<https://www.nurse24.it/infermiere/sviluppo-ricerca-infermieristica.html>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass
- Bagherian, B., Sabzevari, S., Mirzaei, T., & Ravari, A. (2017). *Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 39, 18–27. Tratto da:
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.08.011>
- Bellani, M. L. (2008). *Psychological aspects in day- case surgery*. *International Journal of Surgery*, 6 (Suppl 1), S44 - 6.
- Benedetti, F. (2008). *Placebo effects: understanding the mechanisms in health and disease*. Oxford: Oxford University Press
- Benedetti, F. (2012). *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico – paziente*. Roma: Giovanni Fioriti Editore
- Bertini, M. (1988). *Psicologia e salute*. Roma: La Nuova Italia Scientifica
- Biondi, M. & Pancheri, P. (1999). *Stress: psiconeurobiologia e aspetti clinici in psichiatria*. In *Trattato Italiano di psichiatria* (ed. P. Pancheri, G. Cassano), pp. 311 – 346. Milano: Masson
- Blini, F. (2012). *Storie di ordinaria corsia: il mondo visto dalla parte del pigiama*. Torino: add editore.
- Booth, A. (2005). *The body in questions*. *Health Information & Libraries Journal*, 22(2), 150-155.
- Bottaccioli, F. (2012). *Stress e vita*. Milano: Tecniche Nuove
- Bottaccioli, F., & Bottaccioli, A. G. (2017). *Psiconeuro endocrino immunologia e scienza della cura integrata*. Milano: Edra S.p.A
- Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). *Music interventions for preoperative anxiety*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Tratto da:
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>
- Bruscia, K. E. (1989). *Defining music therapy*. Pennsylvania: Springhouse
- Bunt, L. (1994). *Music therapy: an art beyond words*. London: Routledge
- Burrai, F., Cenerelli, D., Pesci, R. E., & Valentini, O. (n.d.). Reperito il 1° marzo da:
<https://www.ordineinfermieribologna.it/files/2016/02/34-37-olistica.pdf>
- Cariota Ferrara, P., & La Barbera, F. (2006). *Stress, individui e società. Prospettive psicosociali e ambiti di intervento*. Napoli: Liguori Editore
- Carpenito, L. J. (2015). *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica* (6 ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana
- Centro di Psicologia e Psicoterapia, (n.d.). Tratto da:
<https://www.milanopsicologo.it/disturbo-attacchi-panico/>
- Choy, Y. (2019). *Acute procedure anxiety in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and course*. Uptodate. Recuperato il 1° febbraio 2020, da
<https://www.uptodate.com>
- Coelho, A., Parola, V., Sandgren, A., Fernandes, O., Kolcaba, K., & Apóstolo, J. (2018). *The Effects of Guided Imagery on Comfort in Palliative Care: Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(4), 392–399. Tratto da:
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000460>

- Consiglio internazionale degli infermieri. (2012). *Il Codice deontologico degli infermieri del consiglio internazionale degli infermieri (ICN)*. Edizione in proprio
- Cook, J. D. (1981). *The Therapeutic Use of Music: A Literature Review*. Nursing Forum, 20(3), 252–266.
- Corriere della Sera, (n.d.). *Intervento chirurgico*. Tratto da: https://www.corriere.it/salute/dizionario/intervento_chirurgico/index.shtml?refresh_ce-cp
- Craven Ruth, F. & Hirnle Costance, J. (2007). *Principi fondamentali dell'Assistenza Infermieristica*. 3 ed. Milano: CEA
- Crohn, B. (1995). *A shamanic approach to surviving cancer*. Shaman's Drum 37: 49 - 51
- Cuel, M., & Cosi, A. (2014). *La formazione sanitaria dell'OSS* (3. ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana
- Dafoe, D. (2014). Tratto da: <https://letteralmente.net/frasi-celebri/daniel-defoe>
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., et al. (2005). *Sicily statement on evidence-based practice*. BMC Medical Education, 5 (1), 1.
- Di Nuovo, S., Rispoli L., & Genta, E. (2000). *Misurare lo stress*. Milano: Franco Angeli
- Di Santo, S. (2017). *La ricerca deve partire dall'infermiere che è accanto al malato*. Aggiornato nel 2019. Preso il 17 Aprile. Tratto da: <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/la-ricerca-deve-partire-dall-infermiere-che-e-accanto-al-malato.html>
- Ely, J. W., Osheroff, J. A., Ebell, M. H., et al. (2002). *Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study*. British Medical Journal, 324, 710.
- Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science 196, 129 - 136
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2006). *Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health a systematic review*. Journal of Epidemiology and Community Health
- Etkin, A., Klemenhagen, K. C., Dudman, J. T., Rogan, M. T., Hen, R., Kandel, E. R., & Hirsch, J. (2004). *Individual differences in trait anxiety predict the response of the basolateral amygdala to unconsciously processed fearful faces*. Neuron 44, 1043 - 1055
- Fanselow, M. S. (1994). *Neural organization of the defensive behaviour system responsible for fear*. Psychonomic Bulletin and Review 1, 429 - 438
- Finfgeld – Connett, D. (2008). *Metasynthesis of caring in nursing*. Journal of Clinical Nursing, 17, 196 – 204
- Francomme, P., & Pénoël, D. (1990). *L'aromatherapie exactement*. Limoges: Roger Jallois
- Fredriksson, L. (1999). *Models of relating in a caring conversation: a research synthetic on presence, touch and listening*. Journal of Advanced Nursing, 30, 1167 – 1176
- Gabassi, G. (2006). *Psicologia del lavoro nelle organizzazioni* (pp. 226-248). Franco Angeli
- Garbin, T. (2018). *PNEI, Psiconeuroendocrinoimmunologia e infermieristica*. Tratto da: <https://www.nurse24.it/dossier/salute/pnei-psiconeuroendocrinoimmunologia-infermieri.html>
- Gilbert, P. (2012). *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Franco Angeli

- Goleman, D. (2016). *Intelligenza emotiva*. Rizzoli libri S.p.A / BUR Rizzoli
- Grandi, S., Rafanelli, C., & Fava, G. A. (2011). *Manuale di psicosomatica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore
- Grieve, J. R. (2002). *Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies*. *British Journal of Nursing*, 11 (10), 670 – 78
- Gürsoy, A., Candaş, B., Güner, Ş., & Yılmaz, S. (2016). *Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment*. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(6), 495–503. Tratto da: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.08.011>
- Hart, J. (2008). *Guided imagery. Altern Complement Ther.*14(6):295-299. Tratto da: <https://doi.org/10.1089/act.2008.14604>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2004). *Comfort in Peterson ST e Bredlow TS, Middle Range theories Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazzari, D. (2007). *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli
- Leinonen, T., Leino – Kilpi, H., & Jouko, K. (1996). *The quality of intra – operative nursing care: The patient's perspective*. *Journal of Advanced Nursing* 24 (4), 843 – 52
- Lemma, P. (2005). *Promuovere salute nell'era della globalizzazione*. Milano: Edizioni Mucopli
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2015). *PRISMA Statement per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi degli studi che valutano gli interventi sanitari: Spiegazione ed elaborazione*. *OPEN ACCESS*, 7(6), 36.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety*. New York: W. W. Norton
- Maslow, A. H. (2010). *Motivazione e personalità*. Roma: Armando Armando s.r.l.
- Merazzi, A. (2019). *Lezione: Preparazione intervento chirurgico*. SUPSI DEASS, Manno.
- Mehrabian, A. (1981). *Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes*. Belmont, CA: Wadsworth
- Morin, E. (2001). *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: RaffaelloCortinaEditore
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori
- Moss – Kanter, R. (1984). *Managing the human side of change*. AMACOM. A Division of American Management Association. Reprinted from: *Management Review* April 1985: 52-56
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2019) *Relaxation Techniques for Health*. Tratto da: <https://www.nccih.nih.gov/health/relaxation-techniques-for-health>
- Nightingale, F. (1869). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. New York: Dover Publications
- Nightingale, F. (2014). Tratto da: <https://letteralmente.net/frasi-celebri/florence-nightingale>
- Norris, E. R., Rifai, M. A., & Kaufmann, M. W. (2009). *Preoperative Stress Syndromes and Their Evaluation, Consultation, and Management*. *Advances in Anesthesia*, 27(1), 55–71. Tratto da: <https://doi.org/10.1016/j.aan.2009.07.005>

- Pancheri, P. (1984). *Trattato di medicina psicosomatica*. Vol. 1. Firenze: Edizioni Scientifiche
- Pancheri, P., & Bressa, G. M. (1990). *Ansia e dolore*. Roma: Wyeth
- Petrovic, P., Dietrich, T., Fransson, P., Andersson, J., & Carlsson, K. (2005). *Placebo in emotional processing - induced expectations of anxiety relief activate a generalized modulatory network*. *Neuron*, 46, 957 – 69.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica*. Milano: Mc Graw – Hill Education
- Rankin – Box, D. (2002). *Terapie complementari: il manuale dell'infermiere*. 2 ed. Milano: The McGraw Companies
- Repubblica e Cantone Ticino, (n.d.). *Salute Mentale*. Reperito il 2 Marzo da: <https://www4.ti.ch/dss/dsp/spvs/settori-di-attivita/salute-mentale/>
- Royal College of Surgeons of England and Royal College of Psychiatrist, (1997). *Report on the working party of Psychological Care of Surgical Patients (CR55)*. R.C.S. & R.C.P, London.
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2013). *Trattato di cure infermieristiche*. Napoli: Edizione Idelson Gnocchi.
- Sala, V., Moja, L., Moschetti, I., Bidoli, S., Pistotti, V., & Liberati, A. (s.d.). *Revisioni sistematiche—Breve guida all'uso*. 6
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). *Psychological stress and the human immune system: a meta analytic study of 30 years of inquiry*. *Psychological Bulletin* 130, 601 - 630
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw - Hill
- Simenton, O. C., Matthews – Simenton, S., & Creighton, J. (1978). *Getting well again*. Los Angeles: Tarcher
- Simonelli, I., & Simonelli, F. (2010). *Atlante concettuale della salutogenesi*. Milano: Franco Angeli
- Simonelli, F. (2003). Promotori di salute, costruttori di pace. Roma: Zadig
- Strada, E. A., & Portenoy, R. K. (2019). *Psychological, rehabilitative, and integrative therapies for cancer pain*. Uptodate. Recuperato il 29 Gennaio 2020, da <https://www.uptodate.com>
- Strümpfer, D. J. W. (1995). *The Origins of Health and Strength: From 'Salutogenesis' to 'Fortigenesis'*. *South African Journal of Psychology*, 25(2), 81–89. Tratto da: <https://doi.org/10.1177/008124639502500203>
- Tavares Gomes, E., Alves de Sousa Melo, R. L., Ribeiro de Vasconcelos, E. M., & Nascimento de Alencar, E. (2014). *Anxiety and fear in medical-surgical nursing*. *Enfermagem Brasil*, 13(1), 49–54.
- The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet. (2011). *Music as an intervention in hospitals*. *Nursing & Health Sciences*. Tratto da: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00583.x>
- Thibodeau, A. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Milano: CEA
- Timmins, F., & McCabe, C. (2005). *How to conduct an effective literature review*. *Nurs Stand* 20(11): 41–7
- Tisserand, R. (1980). *The art of aromatherapy*. Saffron Walden (UK): CW Daniels
- Valnet, J. (1990). *The practice of aromatherapy*. Saffron Walden (UK): CW Daniels
- Ventriglia G., & Murgia V. (2011). *Salute malessere malattia. Il modello dell'omeostasi*. Arezzo: Aboca Edizioni.
- Vickers, A. (1996). *Massage and aromatherapy: a guide for health professionals*. London: Chapman and Hall.

- Volicer, B. J., Isenberg, M., & Burns, M. W. (1977). *Medical surgical differences in hospital stress factors*. Journal of Human Stress. 3-13.
- Walburn, J., Vedhara, K., Hankins, M., et al. (2009). *Psychological stress and wound healing in humans: a systemic review and metaanalysis*. J Psychosom Res 67 (3): 253 – 271
- Wicker, P., & O'Neill, J. (2007). *Assistentenza infermieristica perioperatoria*. Milano: The McGraw – Hill Companies, srl.
- WHO, (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization
- WHO, (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva
- Worwood, S., & Worwood, V. (2003). *Essential Aromatherapy: A pocket Guide*. Novato, CA: New Wordl Library
- Yang, M. M. H., Hartley, R. L., Leung, A. A., Ronksley, P. E., Jetté, N., Casha, S., & Riva-Cambrin, J. (2019). *Preoperative predictors of poor acute postoperative pain control: A systematic review and meta-analysis*. BMJ Open, 9(4), e025091.
- Younger, P. (2004). *Using the internet to conduct a literature search*. Nurs Stand 19(6): 45–51
- Zani, B., & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino

9.1. ICONOGRAFIA

1. Risorse Umane HR, (n.d.). *La piramide dei bisogni di Maslow*. Tratto da: <https://www.risorseumanehr.com/blog-hr/la-piramide-dei-bisogni-di-maslow>
2. Lazzari, D. (2007). *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli
3. Campisi, M. (n.d.). *Stress: approccio psicologico*. Tratto da: <https://campisipsicologo.com/disturbi/stress/stress-approccio-psicologico/>
4. Società Italiana di psico – neuro – endocrino – immunologia (SIPNEI), (n.d.). *Cosa è la PNEI*. Tratto da: <https://sipnei.it/cosa-la-pnei/>
5. Creazione personale tratta da: Thibodeau, A. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Milano: CEA
6. Bottaccioli, F. (2005). *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici della relazione mente – corpo. Le basi razionali della medicina integrata*. II ed. Milano: Red
7. Lazzari, D. (2007). *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli
8. Bidogia, L. (n.d.). *Persistenza delle erronee interpretazioni catastrofiche nel Disturbo di Panico*. Tratto da: <https://www.studiobidogia.it/ansia/disturbo-di-panico/>
9. Fondazione Thebridge (n.d.). *Tutela della salute mentale per il raggiungimento del benessere per tutte le persone*. Tratto da <https://www.fondazionethebridge.it/tutela-della-salute-mentale-raggiungimento-del-benessere-tutte-le-persone/>
10. *Salute e promozione della salute*. (2015). Tratto da: <https://www.docsity.com/it/slide-salute-e-promozione-della-salute-igene/601650/>
11. Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2008). *A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter*. *Health Promotion International*, 23(2), 190 - 199

10. ALLEGATI

10.1. ANALISI

In questo capitolo verranno spiegati e descritti in breve i procedimenti e gli strumenti utilizzati per raggiungere i risultati dei vari studi. Come per la tabella successive gli studi verranno identificati in base all'intervento (M: musicoterapia, A: aromaterapia, I: immagini guidate).

M1 = In questo studio sono stati studiati 64 pazienti maschi in attesa di intervento urogenitale. Il gruppo controllo (GC) e il gruppo sperimentale (GS) sono stati composti da 32 individui l'uno.

Per il GS prima del trasferimento dei pazienti in sala operatoria, sono stati raccolti i dati demografici ed è stata applicata la scala STAI (State Trait Anxiety Inventory). I pazienti hanno poi ascoltato la musica attraverso gli auricolari con un lettore di cassette portatile per 30 minuti. Hanno selezionato la musica dalla collezione del ricercatore che consisteva in una varietà di diversi tipi di musica, tra cui musica classica turca, musica folk, musica d'arte turca e musica pop. Il volume della musica è stato regolato a un livello soddisfacente in base alle espressioni facciali e al feedback verbale dei soggetti. Dopo che i pazienti hanno ascoltato la musica, la STAI è stata applicata una seconda volta. Per il GC invece è stata applicata la scala STAI prima e dopo 30 minuti di riposo.

Mentre il punteggio pretest è risultato molto simile nei due gruppi, in quello post test la differenza di ansia è risultata significativa. Dopo la musicoterapia, la diminuzione del punteggio medio di ansia del GS è stata rilevante. Nel GC, l'aumento della media del punteggio di ansia post test è stato anch'esso significativo.

Il risultato saliente dello studio è stato che l'ascolto di musica utilizzata come intervento infermieristico ha ridotto i livelli di ansia dei pazienti sottoposti a chirurgia urogenitale.

M2 = 140 pazienti sono stati suddivisi in 64 (GS) e 76 (GC) prima di un intervento chirurgico. I primi hanno ascoltato musica tramite un lettore MP3, mentre i pazienti del gruppo controllo non hanno ascoltato musica. Sono state fornite un elenco di cinque tipi di musica della durata di 10 minuti tra cui scegliere. Tutti e cinque i tipi di musica erano di tipo leggera come canzoni popolari o pop. Sono state utilizzate la scala VAS per la misurazione dell'ansia e un piccolo registratore portatile per l'elettrocardiogramma attraverso cui misurare l'FC dei pazienti, prima e dopo l'ascolto.

Dopo l'intervento musicale di 10 minuti, il punteggio VAS medio del gruppo sperimentale è stato significativamente ridotto. Al contrario, non è cambiato in modo rilevante nel gruppo di controllo dal periodo di riposo pre-post 10 minuti. La differenza media nel punteggio VAS pretest e post test per il gruppo sperimentale era quindi significativamente maggiore rispetto a quella del gruppo di controllo. L'effetto ansiolitico della musica si è riflesso anche nel cambiamento dei parametri FC e di alcuni parametri HRV (variabilità frequenza cardiaca).

La riduzione della FC era infatti significativamente maggiore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo.

L'ascolto della musica è risultato quindi efficace per ridurre l'ansia preoperatoria dei pazienti.

M3 = 167 pazienti in attesa di intervento chirurgico sono stati divisi in 3 gruppi: 66 nel gruppo di trasmissione, 48 nel gruppo cuffie e 53 nel gruppo di controllo. La maggior parte dei soggetti ha ricevuto interventi chirurgici ostetrici, ginecologici e ortopedici.

I pazienti nel gruppo delle cuffie hanno ascoltato una sessione di musica di 10 minuti con un lettore MP3 e cuffie. I partecipanti al gruppo di trasmissione hanno ascoltato musica

da un lettore CD trasmesso in onda da un altoparlante. Entrambi con gli stessi brani musicali preselezionati. Ai soggetti del gruppo di controllo è stato detto di riposare e rilassarsi. Dopo una sessione di 10 minuti, i partecipanti hanno ricevuto la misurazione della VAS e la misurazione della frequenza cardiaca in 5 minuti.

Il punteggio medio dell'ansia del gruppo di controllo era significativamente più alto di quello del gruppo cuffie e del gruppo di trasmissione. Invece, il punteggio di ansia del gruppo di trasmissione era inferiore a quello del gruppo di cuffie, ma nessuna differenza rilevante è stata trovata tra i due gruppi. Le FC medie del gruppo di trasmissione, del gruppo cuffie e del gruppo di controllo non erano significativamente diverse (72,2 bpm, 76,2 bpm e 74,6 bpm rispettivamente). Si è concluso quindi che, in una sala d'attesa, sia la musica trasmessa che le cuffie possono essere utili a ridurre l'ansia preoperatoria.

M4 = Per questo studio sono state selezionate 60 donne (divise poi in 30 del gruppo controllo e 30 di quello sperimentale) in attesa di essere sottoposte a parto cesareo elettivo.

Il giorno prima dell'intervento chirurgico, ai partecipanti è stato chiesto di valutare il loro livello di ansia utilizzando la scala autovalutativa d'ansia Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS). La visita ha incluso anche l'analisi della variabilità della frequenza cardiaca (HRV) tramite il sistema di monitoraggio Holter. Prima dell'intervento i partecipanti hanno scelto brani di musica classica cinese, e sono stati istruiti a rilassare i loro corpi e hanno ascoltato la musica a ritmo lento per 30 minuti in un ambiente tranquillo. A quelli del gruppo di controllo è stato chiesto solo di rilassarsi e riposare per 30 minuti in un ambiente tranquillo. Cinque minuti prima dell'inizio dell'anestesia, sono stati ripetuti i test eseguiti il giorno prima dell'intervento. Le misure di esito erano le differenze tra i punteggi della SAS e i valori HRV valutati durante la visita preoperatoria e appena prima dell'intervento chirurgico all'interno dei gruppi e la differenza nei punteggi VAS per il dolore tra i 2 gruppi 6 ore dopo l'intervento.

Il punteggio SAS medio era significativamente inferiore dopo l'intervento musicale rispetto alla procedura precedente nel gruppo di studio mentre era rimasto invariato nel gruppo di controllo. Inoltre, i cambiamenti medi nel punteggio SAS e nei valori HRV erano significativamente maggiori nello studio rispetto al gruppo di controllo. Anche il punteggio VAS medio 6 ore dopo l'intervento chirurgico era significativamente più basso nello studio rispetto al gruppo di controllo. Le analisi dei risultati dell'HRV del monitoraggio Holter e dei punteggi SAS e VAS suggeriscono che la musica può ridurre l'ansia preoperatoria ripristinando l'equilibrio simpatico e parasimpatico.

M5 = Si tratta di uno studio eseguito in circa due anni su pazienti in attesa di intervento chirurgico elettivo. 180 pazienti sono stati divisi in 4 gruppi da 45 l'uno. Il primo gruppo sperimentale ha ascoltato musica rilassante composta solo da suoni naturali; il secondo gruppo campioni di musica classica turca; il terzo campioni di musica classica occidentale. Invece, il gruppo di controllo non ha ascoltato musica. Si è trattato di musica lenta o fluente, senza testi, composta da suoni strumentali o naturali, con durata di almeno 30 minuti e un tempo di 60–80 battiti al minuto. Ascoltata attraverso cuffie e con il volume regolabile. A tutti i pazienti è stata somministrata prima e dopo 30 minuti la STAI-S (State Anxiety Inventory), e sono stati misurati i loro livelli di SBP (pressione sistolica), DBP (pressione diastolica), FC e quelli sierici di cortisolo nel sangue.

Mentre i punteggi STAI-S post-musicali sono diminuiti rispetto al periodo pre-musicale nei gruppi musicali, questo punteggio è aumentato nel gruppo di controllo. C'è stata una differenza significativa tra i valori pre-musicali e post-musicali STAI-S del controllo e dei gruppi musicali. I livelli di SBP, DBP, HR e cortisolo post-musicali sono diminuiti rispetto

al periodo pre-musicale nei gruppi musicali. Tuttavia, anche in questo caso questi valori sono aumentati nel gruppo di controllo. La musica si è rivelata un metodo efficace, semplice, non invasivo ed economico per ridurre l'ansia preoperatoria.

M6 = 159 pazienti che stavano per sottoporsi a un intervento chirurgico pianificato con anestesia generale sono stati divisi casualmente in tre gruppi di 53 componenti ciascuno: suoni della natura, esercizi di rilassamento e uno di controllo. Sono state utilizzate la scala VAS e la SAI (State Anxiety Inventory) per determinare i livelli di ansia di base in tutti e tre i gruppi. Nel gruppo dei suoni della natura, ai pazienti è stato chiesto di scegliere tra suoni di uccelli, pioggia, fiume, cascata o foresta per ascoltare tramite gli auricolari da un lettore musicale per 20 minuti. Nel gruppo di esercizi di rilassamento, sono stati eseguiti esercizi nelle camere e nei letti dei pazienti. Nel gruppo di controllo, i pazienti si sono semplicemente riposati in silenzio per 20 minuti e ai loro familiari e visitatori non è stato permesso di entrare nella stanza durante questo periodo. La seconda serie di misurazioni è stata condotta dopo 20 minuti di ascolto dei suoni nel gruppo di suoni della natura, 10 minuti di allenamento nel gruppo di esercizi di rilassamento e 20 minuti di riposo tranquillo nel gruppo di controllo. Successivamente, sono stati concessi 30 minuti ai pazienti con i parenti, in seguito ai quali è stato rimisurato il livello di ansia.

I punteggi VAS immediatamente dopo e 30 minuti dopo l'intervento erano diminuiti nei gruppi suoni della natura e esercizi di rilassamento; invece, i punteggi VAS del gruppo di controllo erano più alti. I punteggi SAI misurati 30 minuti dopo l'intervento erano inferiori nei gruppi suoni della natura e esercizi di rilassamento. Tra il gruppo degli esercizi di rilassamento e quello di musica tuttavia non c'erano differenze rilevanti. Quindi i suoni della natura e gli esercizi di rilassamento sono stati efficaci nel ridurre i livelli di ansia nei pazienti prima dell'intervento chirurgico.

M7 = 159 pazienti sottoposti a chirurgia elettiva sono stati divisi in un gruppo di intervento (82) e un gruppo di controllo (77). Gli appartenenti al primo gruppo sono stati esposti alla musica classica (42) e alla musica New Age (40). Il gruppo controllo invece non è stato sottoposto a nessuna musica. I pazienti hanno espresso le loro opinioni sulla musica, sui tipi di musica preferiti e sul rumore ambientale. Le misurazioni del rumore ambientale sono state registrate utilizzando un dispositivo audio di registrazione dati.

Per eseguire lo studio sono state registrate due misurazioni di segni vitali (SBP, DBP, frequenza cardiaca e la saturazione di ossigeno nel sangue) distanti 30 minuti; l'ansia di tratto e quella di stato sono state misurate usando la scala di Spielberg. Per una seconda valutazione del livello di ansia preoperatoria (30 minuti dopo la prima valutazione e prima di entrare nella sala d'attesa chirurgica), è stato utilizzato il questionario VAS.

Quindi appena entrati nella sala di attesa preoperatoria, i pazienti hanno compilato il questionario sull'ansia di stato e sono stati sottoposti a misurazioni di segni vitali. Trenta minuti dopo, hanno completato il questionario sull'ansia preoperatoria e sono stati sottoposti a un'ulteriore misurazione dei segni vitali.

È stata trovata una differenza significativa nei livelli di ansia di stato tra i gruppi di studio: rispetto ai pazienti non esposti alla musica, sono stati riscontrati livelli più bassi di ansia di stato sia in quelli esposti alla musica New Age che in pazienti esposti alla musica classica. Inoltre, i pazienti esposti alla musica hanno mostrato una diminuzione della frequenza cardiaca, della pressione sistolica e diastolica (SBP, DBP) insieme ad un aumento del livello di saturazione di ossigeno nel sangue. I pazienti nel gruppo di controllo, al contrario, hanno mostrato un aumento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna e una riduzione dei livelli di saturazione di ossigeno nel sangue. Entrambi i tipi di musica sono stati associati ad un livello ridotto di rumore di fondo.

A1 = 93 donne sono state randomizzate in due gruppi. In seguito ad alcune esclusioni sono stati analizzati 45 pazienti nel gruppo UO (olio inodore) e 43 nel gruppo LFO (olio di lavanda). I pazienti hanno compilato questionari STAI e i segni vitali sono stati ottenuti prima e dopo il trattamento con aromaterapia. Nell'area di detenzione preoperatoria, i soggetti hanno ricevuto 2 gocce di olio LFO al 2% o UO, all'interno di una maschera in plastica per erogazione di ossigeno per 10 minuti. Le portate di ossigeno sono state mantenute a meno di 2 L / min. La pressione sanguigna e la frequenza cardiaca sono state misurate una volta 5 minuti prima dell'aromaterapia e 5 minuti dopo la somministrazione.

La scala STAI è stata divisa in domane positive e negative. I sentimenti positivi includevano calma, sicurezza, comodità, rilassamento costante e piacevole. Se uno dei due trattamenti generasse un esito positivo, il punteggio aumenterebbe. Le domande sui sentimenti negativi includevano tensioni, nervosismo, turbamento, paura, nervosismo, indecisione, preoccupazione, confusione e preoccupazione per possibili sventure.

L'uso sia di LFO che di UO ha aumentato i totali del punteggio STAI positivo, con un aumento leggermente maggiore, ma significativo, del gruppo LFO. Entrambi hanno comportato una riduzione rilevante del totale dei punteggi negativi dopo il trattamento. Non ci sono state differenze nei segni vitali tra i gruppi per entrambi i trattamenti.

A2 = 109 pazienti sono stati ricoverati per chirurgia ambulatoriale dal 1° maggio al 30 settembre 2012. Sono stati poi assegnati in modo casuale a due gruppi: olio essenziale di bergamotto (53) e controllo (56). La maggior parte delle caratteristiche di base erano comparabili tra i due gruppi ad eccezione dell'esperienza chirurgica. Significativamente più pazienti con esperienza chirurgica sono stati assegnati in modo casuale al gruppo di controllo rispetto al gruppo di oli essenziali di bergamotto. Poiché due gruppi di trattamento non erano comparabili, le associazioni tra punteggi di ansia e parametri dei segni vitali e aromaterapia sono state stratificate in base all'esperienza chirurgica e in base al presupposto che tale esperienza precedente potesse influenzare l'effetto del trattamento.

I soggetti dei due gruppi come parte della registrazione hanno completato lo State Trait Anxiety Inventory (STAI) e sono stati registrati i loro segni vitali.

In seguito nella sala di preparazione, sono stati esposti alla condizione sperimentale (aromaterapia con olio essenziale di bergamotto) o di controllo (vapore acqueo) per trenta minuti e una volta completata per la seconda volta la scala STAI, sono stati nuovamente registrati i segni vitali. Hanno quindi proceduto alla chirurgia.

I pazienti con esperienza chirurgica in entrambi i gruppi sperimentali e di controllo hanno mostrato un miglioramento dei punteggi di ansia e dei segni vitali, ma la riduzione dell'ansia era significativamente maggiore nel gruppo aromaterapico. I pazienti senza esperienza chirurgica, indipendentemente dal gruppo, hanno anche mostrato un miglioramento dei punteggi STAI, della frequenza cardiaca e della SBP, ma, ancora una volta, la riduzione dell'ansia era maggiore nel gruppo aromaterapico.

A3 = 30 donne sono state arruolate a questo studio. Il criterio di inclusione primario era rappresentato da pazienti di sesso femminile programmati per lumpectomia e/o mastectomia e/o biopsia del nodo sentinella e/o dissezione del nodo ascellare.

Il protocollo includeva il posizionamento di un cerotto per aromaterapia alla lavanda da parte dell'infermiera sull'area medio-sternale secondo le raccomandazioni del produttore. Il posizionamento del cerotto aromaterapico è avvenuto in concomitanza con

il posizionamento di routine del monitor per la valutazione in diretta dei segni vitali tra cui HR (in battiti al minuto [bpm]) e pressione arteriosa media (MAP in mmHg). I partecipanti hanno anche ricevuto cure preoperatorie standard quando era in atto il cerotto, tra cui l'identificazione del paziente con un braccialetto ospedaliero, il cambio in un abito ospedaliero, la misurazione preoperatoria dei segni vitali e l'avvio di set di ordini preoperatori.

I livelli di ansia dei partecipanti sono stati valutati con una scala analogica visiva standard di 10 cm (VAS). Infatti, i soggetti hanno segnato il loro livello di ansia soggettiva sulla scala visiva prima del posizionamento del cerotto e in seguito ogni 15 minuti fino all'inizio del tempo di anestesia; all'inizio di questo il cerotto è stato rimosso.

Si è verificata una riduzione significativa delle misurazioni dell'ansia con VAS dal punteggio di partenza ai punteggi finali.

Sebbene non rilevanti, i segni fisiologici di ansia, comprese le misurazioni di HR e MAP, hanno mostrato una leggera tendenza al ribasso che indica miglioramenti dal basale alla misurazione finale.

A4 = Il campione della ricerca consisteva in pazienti che sarebbero stati sottoposti a chirurgia coloretale tra il 25 gennaio e il 31 maggio 2016. 80 pazienti sono stati inclusi nello studio; 40 per il gruppo sperimentale e 40 per il gruppo di controllo. I componenti del primo hanno compilato oltre al modulo di identificazione, il questionario sul sonno Richard-Campbell (RCSQ) e il questionario State Anxiety Inventory (SAI). Il massaggio è stato applicato due volte dal ricercatore utilizzando olio di lavanda al 5% (Lavandula Hybrida) per dieci minuti il giorno prima dell'intervento e per altri dieci minuti la mattina dell'intervento. Al termine della sessione mattutina, ai pazienti è stato chiesto di compilare nuovamente l'RCSQ e il SAI. Gli stessi moduli sono stati somministrati ai pazienti del gruppo di controllo negli stessi momenti; tuttavia invece di essere sottoposti al massaggio hanno ricevuto assistenza infermieristica standard in conformità con la procedura ospedaliera applicata normalmente nel periodo preoperatorio.

Quando sono stati esaminati i punteggi della media preoperatoria presi dallo State Anxiety Inventory, la misurazione di base non ha rivelato alcuna differenza tra il gruppo sperimentale e quello di controllo in termini di livello di ansia. Nel gruppo sperimentale che ha ricevuto un massaggio con aromaterapia il punteggio SAI è diminuito la mattina dell'intervento rispetto alla sera prima, e la differenza è stata determinata essere significativa. Nel gruppo di controllo, il punteggio medio SAI preoperatorio era aumentato la mattina dell'intervento; si è riscontrato che i livelli di ansia erano più elevati e che anche questa differenza negativa era rilevante. Anche per quanto riguarda la qualità del sonno, nel gruppo sperimentale è aumentata rispetto alla misurazione precedente e la differenza non era trascurabile. Così come la differenza nel gruppo controllo, in cui però la qualità del sonno era diminuita. Il punteggio medio RCSQ era maggiore nel gruppo sperimentale in seguito a massaggio con aromaterapia rispetto al gruppo controllo.

Quindi nei pazienti di chirurgia coloretale, il massaggio con olio di lavanda può essere consigliato per ridurre l'ansia e aumentare la qualità del sonno nel periodo preoperatorio.

A5 = Sono stati arruolati nello studio pazienti che hanno subito un intervento di settorinoplastica / rinoplastica tra il 1 ° giugno 2018 e il 30 settembre 2018. I 99 pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi:

- Il gruppo di controllo (gruppo C = 33 pz.): nessun intervento
- Il gruppo sham (gruppo S = 33 pz.): miscela (acqua distillata / alcool etilico)
- Il gruppo dell'olio di rose (gruppo R = 33 pz.): miscela (acqua distillata / alcool etilico / olio di rose)

Le sostanze sono state aggiunte al diffusore di aromi. L'aromaterapia è stata applicata utilizzando un nebulizzatore a ultrasuoni per 15 minuti prima di andare in sala operatoria per l'intervento chirurgico.

In seguito ad aver fornito il consenso informato, sono stati misurati ai pazienti la frequenza cardiaca (bpm) (HR_1) e la pressione sanguigna media (mmHg) (MAP_1). In seguito, è stato somministrato da un ricercatore il primo questionario State-Trait Anxiety Inventory-State STAI-S (Q_1).

In sala operatoria, invece, è stato somministrato il secondo questionario STAI-S (Q_2) da un altro ricercatore. Sono stati misurati e registrati la frequenza cardiaca preoperatoria (bpm) (HR_2) e la pressione sanguigna media (mm Hg) (MAP_2) dei pazienti.

Come risultati, non c'era alcuna differenza significativa tra i gruppi in termini di punteggi Q_1, ma c'era una differenza rilevante tra i punteggi Q_2. Infatti, quando è stata valutata la variazione tra Q_1 e Q_2 in ciascun gruppo, è stato osservato un aumento significativo nel gruppo C e S e una riduzione non trascurabile nel gruppo R. È stata rilevata una differenza significativa tra i punteggi MAP_2. Infatti i test hanno mostrato una differenza non irrilevante tra il gruppo C, il gruppo S e il gruppo R. Anche per quanto riguarda l'HR, i valori di HR_2 erano significativamente differenti tra il gruppo C e il gruppo R. Questa ricerca suggerisce che l'uso di olio di rose somministrato utilizzando un diffusore può ridurre i punteggi di ansia preoperatoria. Quando sono stati confrontati i punteggi, è stata rilevata una differenza significativa tra il gruppo che ricevuto olio di rose e il gruppo di controllo, ma la differenza tra il gruppo sham e il gruppo olio di rose non era significativa.

11 = Ventiquattro pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica video-laparoscopica sono stati assegnati in modo casuale in due gruppi, vale a dire 12 nel gruppo di sperimentale e 12 nel gruppo controllo.

I partecipanti del primo hanno ricevuto una sessione di immagini guidate associate al rilassamento, quelli del secondo hanno ricevuto cure standard.

In questo lavoro, l'audio, ascoltato per circa 20 minuti attraverso l'utilizzo delle cuffie, ha portato i partecipanti a immaginarsi su una spiaggia dove hanno camminato a piedi nudi sulla sabbia soffice, dirigendoli poi a sdraiarsi sulla sabbia calda e morbida, ascoltando il rumore del mare e cercando di farli sentire bene, in pace, senza preoccupazioni, ansie, tensioni, angoscia e dolore. Per concludere, i partecipanti sono stati invitati ad aprire gli occhi molto lentamente e con i propri tempi. La cura standard nel secondo gruppo invece consisteva nel riposare nel letto e usare gli auricolari senza audio, collegati a un lettore MP3, per 20 minuti.

L'outcome primario della ricerca è stata la riduzione dei punteggi dell'ansia preoperatoria valutati dallo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) nell'immediato periodo preoperatorio (fino a 24 ore prima dell'intervento chirurgico), prima e dopo l'applicazione della terapia di rilassamento con immagini guidate. L'outcome secondario era la riduzione dei livelli preoperatori di cortisolo nel sangue, misurati mediante prelievo venoso, prima e dopo l'applicazione della terapia di rilassamento con immagini guidate e successivamente determinati mediante il metodo del test immunoenzimatico in elettro chemiluminescenza (ECLIA).

Nell'indagine sull'efficacia della terapia di rilassamento delle immagini guidate sulla media della differenza (riduzione) tra i punteggi di ansia di stato e i livelli di cortisolo prima e dopo l'intervento, i risultati hanno mostrato che la riduzione dei livelli di ansia di stato era maggiore nel gruppo sperimentale, con una differenza non trascurabile. Per quanto riguarda i livelli di cortisolo, la riduzione era anche più elevata nel gruppo sperimentale, con una differenza significativa. I risultati del presente studio hanno mostrato che l'intervento ha ridotto i livelli di ansia e cortisolo nell'immediato periodo preoperatorio.

I2 = Per questo studio sono stati arruolati 44 pazienti in programma per un intervento chirurgico ambulatoriale alla testa o al collo da eseguire sotto anestesia generale. I soggetti sono stati divisi in due gruppi.

Ogni partecipante è stato isolato da una tenda per la privacy e l'ansia di base è stata misurata utilizzando l'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) e la scala analogica visiva verticale (vVAS). Anche il dolore di base è stato misurato con una vVAS. Dopo che sono state ottenute le misurazioni iniziali al gruppo sperimentale è stato fornito un lettore CD, delle cuffie, e un CD; questo CD ha guidato il paziente attraverso un progressivo rilassamento e esercizio di immaginazione guidata durante la fase preoperatoria. Mentre i soggetti del gruppo sperimentale hanno ascoltato il CD per 28 minuti al gruppo controllo non è stato dato nulla, se non 28 minuti di privacy. Poco prima del trasferimento nella suite operativa e prima di ricevere midazolam, i livelli di ansia di tutti i partecipanti sono stati rivalutati con il vVAS. In seguito, prima dell'induzione, il fornitore di anestesia si è assicurato che fosse stato avviato un secondo CD di immagini guidate. Questo CD consisteva di musica bioritmica rilassante combinato con dichiarazioni positive e incoraggianti.

Il dolore postoperatorio è stato valutato a una e a due ore dall'intervento, così come solo a due ore dall'operazione la soddisfazione del paziente attraverso la scala Linkert a 5 punti.

Confrontando l'ansia misurata inizialmente con quella subito prima dell'intervento, il gruppo di immagini guidate ha riportato una significativa diminuzione dei livelli medi di ansia e una differenza maggiore dei punteggi rispetto al gruppo controllo. Anche per quanto riguarda il dolore postoperatorio, i punteggi del gruppo controllo erano maggiori rispetto al gruppo sperimentale, che a due ore dall'intervento mostravano livelli di dolore significativamente più bassi. Tuttavia, non c'è stata una differenza rilevante nel livello di soddisfazione dei due gruppi.

10.2. SCALE DI VALUTAZIONE DELL'ANSIA

In questo capitolo verranno in breve presentate le varie scale di valutazione dell'ansia utilizzate negli studi presi in considerazione. Scale e indici di valutazione sono strumenti idonei a identificare in modo oggettivo, preciso e omogeneo i bisogni del paziente. L'analisi delle condizioni del paziente attraverso variabili ben definite costituisce un elemento di dialogo tra professionisti, suggerisce chiare indicazioni sull'andamento dello stato generale del paziente e consente l'utilizzo di dati chiari e confrontabili per la trasmissione di informazioni (Santullo, 2009).

VAS (Visual Analogue Scale): Il concetto di scala analogica visiva (VAS) è stato introdotto negli anni '60 da Aitken per misurare gli stati psicologici e poi il dolore; oggi infatti la scala VAS è universalmente accettata come misura dell'intensità del dolore, ma viene utilizzata anche per valutare altre esperienze soggettive come l'ansia, il benessere, la soddisfazione e le preoccupazioni fisiche in altre condizioni mediche (Facco et al., 2011). Poiché è semplice e rapido, la VAS ha ottenuto un'ampia gamma di applicazioni negli studi clinici.

La scala consiste in una linea orizzontale di 10 cm, segnata da linee verticali a intervalli di 1 cm. Viene chiesto ai pazienti di classificare la loro ansia da 0 (assenza di ansia) a 10 (ansia grave) verbalmente o puntando il dito nel punto corretto della scala. I ricercatori

hanno riportato che il VAS è significativamente correlato con l'ansia ospedaliera (Ledowski et al., 2005).

STAI (State Trait Anxiety Inventory): Consiste in una scala di valutazione suddivisa in due parti, una per la valutazione dell'ansia di stato (STAI Y-1) e un'altra per quella dell'ansia di tratto (STAI Y-2). La prima viene considerata come una condizione transitoria di tensione, apprensione e maggiore attività del sistema psico-fisico conseguente a eventi di pericolo sia oggettivo che presunto; rappresenta un indicatore dello stato d'ansia relativo al contesto nel quale in soggetto si trova, e può fluttuare in base alle circostanze. La seconda invece, indica una condizione relativamente stabile di tensione, apprensione e maggiore attività del sistema psico-fisico che esprime una caratteristica stabile di personalità. Rispecchia la tendenza a percepire le situazioni stressanti come pericolose e rappresenta la predisposizione all'ansia. Entrambe le scale presentano 20 domande e il punteggio varia da 1 a 4 per ogni ognuna (1 quasi mai, 2 qualche volta, 3 spesso, 4 sempre). Il totale viene conteggiato dalla somma dei punti con un range di 20-80 (Spielberger, 1983). I punteggi più alti indicano una maggiore ansia e il risultato finale si può così suddividere: ansia bassa: 20-39; ansia moderata: 40-59; e ansia alta: 60-80 (Ni et al. 2013).

SAS (Self-rating Anxiety Scale): La scala di autovalutazione dell'ansia (SAS) è stata ideata da William Zung nel 1971 come facile strumento di misurazione dello stato ansioso e della relativa gravità. Il questionario è costituito da 20 item a ciascuno dei quali corrispondono 4 differenti possibilità di risposta (raramente, qualche volta, spesso, quasi sempre), in base alla frequenza con la quale il soggetto sperimenta gli stati proposti nelle affermazioni. Alcuni degli item esprimono assenza di sintomi ansiosi (sento che va tutto bene e che non succederà niente di male, respiro con facilità ecc.), altri invece ne descrivono la presenza (sono più ansioso del solito, sento il cuore battere forte, ecc.). La scala è costruita in modo che le persone maggiormente ansiose ottengano punteggi più alti e quindi alcune domande hanno l'ordine dei valori d'attribuzione invertito (Di Bernardino et al., 2008).

APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale): Si tratta di una scala di valutazione che comprende sei affermazioni. Le risposte vengono valutate in due scale: il punteggio dell'ansia e il punteggio del desiderio di informazione. Il punteggio di ansia è ottenuto calcolando i punteggi totali assegnati alle espressioni "Sono preoccupato per l'anestesia", "L'anestesia è nella mia mente continuamente", "Sono preoccupato per la procedura", "La procedura è nella mia mente continuamente", per misurare il livello di ansia del paziente per quanto riguarda l'anestesia e l'intervento chirurgico. Il punteggio del desiderio di informazioni si ottiene calcolando i punteggi totali assegnati alle espressioni "Vorrei sapere il più possibile sull'anestesia" e "Vorrei sapere il più possibile sulla procedura", per misurare il livello di desiderio di informazioni del paziente riguardo all'anestesia e all'intervento chirurgico. Punteggi più alti indicano livelli più alti di ansia e desiderio di informazioni. Le risposte alle affermazioni vengono valutate con la Scala Likert (1 - Per niente...,5 - Estremamente) (Celik & Edipoglu, 2018).

10.3. ALTRI INTERVENTI

Le terapie complementari possono essere molte, così come molte possono essere quelle che si possono mettere in atto per cercare di gestire e controllare l'ansia preoperatoria di un paziente.

A differenza di quelle scelte per la letteratura queste sono un po' più specifiche e necessitano di specialisti adeguatamente preparati, come nel caso dell'agopuntura. Invece, l'utilizzo di video informativi per i pazienti non è stato preso in considerazione per la revisione della letteratura in atto perché seppur simile per certi aspetti, è stato ritenuto meno particolare e forse già più conosciuto della terapia con immagini guidate.

10.3.1. AGOPUNTURA

L'agopuntura è stata usata in Estremo Oriente per più di 2000 anni. Dall'inizio degli anni '70, questa tecnica sta guadagnando popolarità tra la comunità medica occidentale. Un certo numero di studi suggeriscono che il suo meccanismo di effetto può essere spiegato in termini biomedici. In questo contesto, un certo numero di trasmettitori e modulatori tra cui beta-endorfina, serotonina, sostanza P, interleuchine e peptide correlato al gene della calcitonina sono rilasciati. Per questo motivo, l'agopuntura può essere utilizzata in un'ampia varietà di condizioni cliniche. Gli studi hanno dimostrato che l'agopuntura può avere effetti benefici nel periodo perioperatorio ad esempio alleviando l'ansia preoperatoria (Acar, 2016).

Questi cambiamenti biomedici avvengono attraverso l'applicazione di sottili aghi in alcuni punti precisi della superficie corporea. Infatti, il termine stesso agopuntura deriva dal latino "acus" e "puntura" ovvero ago e puntura. Questa tecnica può sembrare apparentemente semplice; tuttavia dietro essa c'è un vero e proprio sistema complesso radicato nelle teorie del Confucianesimo e Taoismo "sviluppatosi in duemila anni attraverso l'osservazione e la valutazione clinica" (Rankin-Box, 2002).

Oltre al suo utilizzo in ambito chirurgico come per l'ansia preoperatoria o il dolore postoperatorio Bannerman nel 1979 scrive che l'OMS ha riconosciuto l'efficacia di questo tipo di intervento per il trattamento di oltre 40 patologie.

10.3.2. UTILIZZO DI INFORMAZIONI MULTIMEDIALI

Come visto precedentemente, il ricevere informazioni sull'intervento a cui ci si sta per sottoporre può avere dei benefici. Ad esempio, recentemente, il Royal College of Anaesthetists, in collaborazione con l'Associazione degli anestesisti, ha prodotto una serie di foglietti informativi per i pazienti sull'anestesia, che spiegano molti dei processi e delle procedure coinvolte durante questa fase (Thoms et al., 2002).

Le informazioni scritte vengono usate come un modo efficace per fornire informazioni ai pazienti, anche se non tutti sono abbastanza alfabetizzati per leggere e comprendere un foglio informativo; inoltre i pazienti conservano le informazioni in misura variabile. L'informazione multimediale (sotto forma di video) è stata oggetto di molti studi, ed è stato dimostrato il valore di questa forma di informazione per diminuire l'ansia dei pazienti prima dell'intervento chirurgico (Jlala et al., 2010).

I pazienti possono quindi essere informati sui trattamenti da un'ampia gamma di piattaforme per la fornitura di informazioni, come il World Wide Web, per iscritto o utilizzando altri media audio o visivi. Tuttavia, c'è una crescente consapevolezza del fatto che altre tecnologie mediatiche hanno la capacità di produrre grafici e immagini che potrebbero migliorare il benessere del paziente migliorando la comprensione dei trattamenti (Tou et al., 2013).

10.4. TABELLA RIASSUNTIVA ARTICOLI

Questa tabella riassume alcune caratteristiche degli studi utilizzati per eseguire la revisione della letteratura. In base all'intervento scelto gli studi saranno divisi in M = musicoterapia, A = aromaterapia e I= immagini guidate, e saranno corrispondenti agli studi costituenti la parte di analisi e quella di discussione. Il numero di fianco a queste lettere indicherà il numero dell'articolo.

Ogni colonna invece mostrerà in breve l'autore dello studio con l'anno di pubblicazione, il titolo e il design (ovvero il tipo di studio), il campionamento (cioè alcune caratteristiche dei soggetti che hanno partecipato allo studio e gli eventuali criteri di inclusione e esclusione), lo scopo e infine i risultati.

	AUTORE e ANNO	TITOLO e DESIGN	CAMPIONAMENTO	SCOPO	RISULTATO
M1	Arslan, S., et al. (2008)	Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery. Studio randomizzato controllato	N: 64 Età :18 – 65 anni Genere: M Contesto: clinica urologica di Aziziye (Turchia) Esclusi: pz. sordi, con stato mentale alterato o deterioramento cognitivo già presente o identificato durante l'iniziale contatto con il paziente	Indagare l'effetto della musica sui livelli di ansia preoperatoria negli uomini turchi sottoposti a chirurgia urogenitale.	L'ascolto di musica preferita e autoselezionata durante il periodo preoperatorio può ridurre efficacemente i livelli di ansia.
M2	Lee, K.C. et al. (2012)	Evidence That Music Listening Reduces Preoperative Patients' Anxiety Studio clinico randomizzato	N: 140 Età: 20 – 65 anni Genere: non specificato Contesto: sala d'attesa di una sala operatoria di un ospedale universitario (Taiwan) Incl.: pz che non avevano consumato farmaci per l'ipertensione o malattie	Esplorare la fattibilità dell'utilizzo della variabilità della frequenza cardiaca (HRV) per valutare l'efficacia dell'ascolto della	L'ascolto della musica può abbassare significativamente i livelli di ansia dei pazienti prima dell'intervento. I parametri dell'HRV possono essere indicatori per monitorare il cambiamento del livello di

			cardiache, caffeina, sedativi o che avevano ricevuto premedicazioni; pz. che non avevano ricevuto una diagnosi di deficit uditivo, deficit visivo, aritmie o malattie cardiache; pz. che erano rimasti almeno 25 minuti in sala d'attesa, che erano disposti a partecipare allo studio e avevano firmato un modulo di consenso informato.	musica come strumento ansiolitico; confrontare le misure dell'HRV con i punteggi soggettivi della Visual Analogue Scale (VAS).	ansia dei pazienti preoperatori.
M3	Lee, K.C. et al. (2011)	Effectiveness of different music-playing devices for reducing preoperative anxiety: A clinical control study Uno studio clinico controllato e randomizzato	N: 167 Età: 20 – 65 anni Genere: 78 M / 89 F Contesto: sala d'attesa di una sala operatoria di un ospedale metropolitano (Taiwan) Incl.: pz che non avevano assunto farmaci per l'ipertensione o malattie cardiache, caffeina, sedativi e premedicazioni; pz. ai quali non era stata diagnosticata una disabilità uditiva, una disabilità visiva, aritmie o malattie cardiache; pz. che erano rimasti almeno 25 minuti in sala d'attesa, erano disposti a partecipare	Determinare l'effetto di alleviare l'ansia da parte della radiodiffusione rispetto alla musica in cuffia per i pazienti in attesa di un intervento chirurgico.	Sia le cuffie che la musica trasmessa sono efficaci per ridurre l'ansia del paziente in sala d'attesa prima dell'intervento.

			allo studio e aveva firmato un modulo di consenso informato.		
M4	Li, Y. & Dong, Y. (2012)	Preoperative music intervention for patients undergoing cesarean delivery Studio prospettico randomizzato di controllo	N: 60 Età: 20 – 35 anni Genere: F Contesto: ospedale Shengjing, Shenyang (Cina) Incl.: pz. con sana funzione cardiaca, polmonare, epatica e renale all'esame preoperatorio; pz. con nessuna storia di malattie endocrine, del sistema nervoso centrale o allergie ai farmaci; pz. con assenza di anemia, malnutrizione, ipoproteinemia, o disturbi da squilibrio acqua-elettrolita o acido-base.	Valutare gli effetti della musica suonata in ambito preoperatorio alle donne sottoposte a parto cesareo elettivo.	La musica può ridurre l'ansia preoperatoria e allentare la tensione durante l'intervento. Durante il parto cesareo, può aumentare gli effetti dell'anestesia e mantenere la stabilità emodinamica nel paziente, abbassando così il tasso di complicazioni materne e perinatali e migliorando gli esiti.

M5	Uğraş, G.A. et al. (2018)	The effect of different types of music on patients' preoperative anxiety: A randomized controlled trial Studio randomizzato controllato	N: 180 Età: 18 – 65 anni Genere: 127 M/ 53 F Contesto: Dipartimento di Otorinolaringoiatria di un ospedale pubblico di Istanbul (Turchia). Escl.: Insegnanti di musica; pz. che dovevano subire un intervento chirurgico in emergenza; pz. con attacchi di panico diagnosticati e che utilizzavano sedativi contro l'ansia.; pz. che avevano già subito un intervento; pz. con problemi all'udito o che avevano subito interventi chirurgici all'orecchio	Determinare l'effetto di tre diversi tipi di musica sull'ansia preoperatoria dei pazienti.	La Musica Classica Turca, i suoni naturali e la Musica Classica Occidentale sono efficaci nel ridurre l'ansia preoperatoria dei pazienti e nel mantenere i livelli di PA sistolica e di cortisolo sierico nei limiti normali. La Musica Classica Turca, in particolare, è la più efficace nel ridurre l'ansia preoperatoria del paziente e nel determinare normali livelli di pressione diastolica, frequenza cardiaca e cortisolo sierico.
M6	Ertuğ, N., et al. (2017)	Comparison of the effectiveness of two different interventions to reduce preoperative anxiety: A randomized controlled study Studio randomizzato controllato	N: 159 Età: > 18 anni Genere: 76 M / 83 F Contesto: cliniche chirurgiche di un ospedale universitario di Ankara (Turchia) Incl.: pz. in grado di comunicare in turco, senza deficit di udito e senza problemi cognitivi.	Determinare e confrontare l'efficacia dei suoni della natura e degli esercizi di rilassamento per ridurre l'ansia preoperatoria.	I suoni della natura e gli esercizi di rilassamento sono stati trovati utili per ridurre efficacemente l'ansia. Questi interventi possono essere considerati metodi non farmacologici per ridurre i livelli di ansia. Sono facili da usare e poco costosi.

M7	Kipnis, G. et al. (2016)	Background Music Playback in the Preoperative Setting: Does It Reduce the Level of Preoperative Anxiety Among Candidates for Elective Surgery? Studio randomizzato controllato	N: 159 Età: 20 – 70 anni Genere: 90 F / 69 M Contesto: reparti chirurgici del Sheba Medical Center (Israele) Escl.: pz. con problemi di udito, deficit cognitivo documentato o un livello di coscienza insufficiente. I partecipanti sono stati ricoverati in ospedale la sera prima dell'intervento e avevano acconsentito a partecipare a questo studio.	Valutare l'effetto della musica di sottofondo sull'ansia preoperatoria nei pazienti di chirurgia elettiva e sui livelli di rumore nella sala d'attesa dell'ambulatorio.	La musica di sottofondo è associata a una diminuzione dei livelli di ansia di stato e alla normalizzazione dei segni vitali nei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva; si rifà a una diminuzione del rumore ambientale con diminuzione dell'ansia preoperatoria. Suonare musica di sottofondo nella sala d'attesa dell'intervento è un mezzo economico e accessibile per creare un ambiente piacevole e tranquillo.
A1	Franco L. et al. (2016)	Both lavender fleur oil and unscented oil aromatherapy reduce preoperative anxiety in breast surgery patients: a randomized trial. Studio randomizzato a singolo cieco	N: 93 Età: 18 o > anni Genere: F Contesto: reparto di chirurgia ambulatoriale del NYU Langone Medical Center (USA) Escl.: pz. con storia di malattia polmonare (asma, bronchite ostruttiva cronica, o bronchite), dermatite da contatto in seguito all'esposizione a profumi cosmetici, anomalie di laboratorio significative; popolazioni	Determinare se l'aromaterapia con olio di fiore di lavanda (LFO) avrebbe potuto ridurre l'ansia a donne prima di un intervento chirurgico al seno.	Entrambe le aromaterapie (olio di fiore di lavanda e olio non profumato) sono state associate a un miglioramento del senso di benessere e entrambi i trattamenti hanno ridotto l'ansia preoperatoria. Si sostiene che l'effetto benefico osservato sia dovuto sia all'aromaterapia con lavanda che ad un effetto placebo correlato alla maggiore attenzione data ai

			vulnerabili come le donne in gravidanza e le persone con problemi cognitivi.		pazienti durante il trattamento.
A2	Ni, C.H. et al. (2013)	The anxiolytic effect of aromatherapy on patients awaiting ambulatory surgery: a randomized controlled trial. Studio randomizzato controllato	N: 109 Età: 18 – 65 anni Genere: 44 M / 65 F Contesto: ospedale Wan Fang, Taipei (Taiwan) Escl.: pz. con evidenze di malattia mentale, che avevano usato sedativi prima dell'intervento, che erano stati programmati per una procedura nasale o un intervento chirurgico maggiore o ad alto rischio; pz. che non poteva leggere e scrivere in cinese; se il tempo di attesa prima dell'intervento previsto era inferiore a 45 minuti.	Determinare se l'aromaterapia potesse ridurre l'ansia preoperatoria nei pazienti di chirurgia ambulatoriale.	Indipendentemente dalla precedente esperienza chirurgica, i pazienti esposti all'aromaterapia con olio essenziale di bergamotto erano meno ansiosi dei controlli. L'aromaterapia può essere utile per ridurre l'ansia preoperatoria prima della chirurgia ambulatoriale.
A3	Januzel, C.B. et al. (2019)	Aromatherapy for Preoperative Anxiety: A Pilot Study. Studio pilota osservazionale	N: 30 Età: 18 o > anni Genere: F Contesto: reparto di chirurgia dell'ospedale Ashley River Tower, Carolina del sud (USA) Escl.: pz. con allergie note alla lavanda e al nastro adesivo; quando c'erano	Valutare l'uso di un cerotto di aromaterapia alla lavanda per l'ansia e la variabilità dei segni vitali durante il periodo preoperatorio in pazienti di sesso	L'uso dell'aromaterapia è utile per ridurre l'ansia delle donne che si sottopongono a interventi chirurgici al seno. Un cerotto per l'aromaterapia a rilascio prolungato è stato un intervento ben accolto e potenzialmente efficace per

			condizioni mediche gravi e acute che consideravano l'intervento chirurgico un'emergenza al momento dell'arruolamento; pz con disturbi cognitivi, mentali o visivi come una diagnosi di cecità, anosmia o con demenza per autodenuncia o ottenuta dalla cartella clinica che impedisse il consenso informato; l'autodenuncia di ansia, asma o qualsiasi diagnosi di malattia reattiva delle vie aeree che avrebbe potuto essere aggravata dall'aromaterapia.	femminile in programma di intervento chirurgico al seno.	ridurre l'ansia preoperatoria nelle pazienti che si sottopongono a interventi chirurgici al seno. L'aromaterapia può aver migliorato la loro esperienza preoperatoria. Ulteriori ricerche sono necessarie
A4	Ayik, C., & Özden, D. (2018)	The effects of preoperative aromatherapy massage on anxiety and sleep quality of colorectal surgery patients: A randomized controlled study Studio randomizzato controllato	N: 80 Età: 18 o > anni Genere: 36 F / 44 M Contesto: Ospedale universitario (Turchia) Escl.: pz. suscettibili all'olio di lavanda, con disturbi cognitivi, con presenza di malattie mentali (delirio, deliri, deliri); pz. che utilizzavano antidepressivi, antistaminici, diuretici, ipnotici, benzodiazepine e derivati narcotici che influivano sulla qualità del sonno; pz. con presenza di qualsiasi disturbo respiratorio come l'asma; pz. che avevano usato altre pratiche complementari e integrative durante il	Esaminare gli effetti del massaggio aromaterapico sull'ansia e sulla qualità del sonno nei pazienti sottoposti a chirurgia coloretale nel periodo preoperatorio	Il massaggio aromaterapico con olio di lavanda ha aumentato la qualità del sonno e ha ridotto il livello di ansia nei pazienti con chirurgia coloretale nel periodo preoperatorio.

			trattamento; pz. con incapacità o condizioni indesiderate per ricevere un massaggio e non volontà di partecipare alla ricerca.		
A5	Dagli, R. et al. (2019)	The effects of aromatherapy using rose oil (<i>Rosa damascena</i> Mill.) on preoperative anxiety: A prospective randomized clinical trial Studio prospettico, randomizzato e controllato	N: 99 Età: 18 – 40 anni Genere: 58 F / 41 M Contesto: Ospedale di formazione e ricerca dell'Università di Ahi Evran, dipartimento di otorinolaringoiatria (Turchia). Escl.: pazienti con ipertensione, disritmia cardiaca, depressione cronica e sotto trattamento dell'ansia; pz. con allergia agli oli aromaterapici, broncospasmo e anosmia.	Indagare l'effetto dell'aromaterapia con olio di rosa sull'ansia preoperatoria.	L'applicazione dell'aromaterapia con olio di rosa per via inalatoria ha ridotto i punteggi di ansia preoperatoria dei pazienti sottoposti a settorinoplastica/rinoplastica. Tuttavia, al fine di mostrare il vero effetto ansiolitico, sono necessari studi clinici più diffusi che non contengono in questo soggetto alcool etilico o con altri solventi e miscela di olio di rosa.
I1	Felix, M. M.D.S. et al. (2018)	Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial Studio clinico randomizzato in triplo cieco	N = 24 Età: > 18 Genere: 22 F / 2 M Contesto: Ospedale universitario a Minas Gerais (Brasile) Escl.: pz. con perdita o deficit di udito.	Valutare l'effetto della terapia di rilassamento con immagini guidate sull'ansia di stato e sul cortisolo nell'immediato periodo preoperatorio in pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica mediante videolaparoscopia	L'intervento ha ridotto i livelli di ansia e cortisolo nell'immediato periodo preoperatorio. Ulteriori studi con campioni più grandi possono confermare questi risultati e fornire ulteriori informazioni.

12	Gonzales, M.E.A. et al. (2010)	Effects of Guided Imagery on Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Same-Day Surgical Procedures: A Randomized, SingleBlind Study Studio randomizzato in singolo cieco	N = 44 Età = 18 o > Genere: 26 M / 18 F Contesto: Centro Medico Wright-Patterson, Ohio (USA) Escl.: pz. con una perdita uditiva abbastanza grave da precludere l'ascolto al compact disk (CD); pz. con perdita della vista troppo grave per completare gli strumenti di raccolta dati senza occhiali; pz. con disturbi olfattivi, disturbi cronici documentati del dolore e che avevano utilizzato immagini guidate prima dell'arruolamento.	Indagare gli effetti delle immagini guidate sull'ansia preoperatoria e i risultati post-operatori nei pazienti sottoposti a procedure chirurgiche nello stesso giorno.	L'uso di immagini guidate nell'ambito della chirurgia ambulatoriale può ridurre significativamente l'ansia preoperatoria, che può portare a un minor dolore postoperatorio e a tempi di dimissione anticipata. Questo intervento può essere utilizzato da un paziente senza il coinvolgimento diretto di specialisti addestrati. I pazienti possono imparare questa tecnica di rilassamento da soli tramite nastri, CD o libri.
----	--------------------------------	--	--	--	---

10.5. BIBLIOGRAFIA ALLEGATI

- Acar, H. V. (2016). *Acupuncture and related techniques during perioperative period: A literature review*. *Complementary Therapies in Medicine*, 29, 48–55. Tratto da: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.09.013>
- Bannerman, R. H. (1979). *Acupuncture: the WHO view*. *World Health*: 24 – 29
- Celik, F., & Edipoglu, I. S. (2018). *Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score*. *European Journal of Medical Research*, 23. Tratto da: <https://doi.org/10.1186/s40001-018-0339-4>
- Di Berardino, P., Gentili, P., Burla, F., & Bufacchi, T. (2008). *Manuale di formazione Psicopedagogia in diabetologia*. Pisa: Pacini Editore S.p.A.
- Facco, E., Zanette, G., Favero, L., Bacci, C., Sivoletta, S., Cavallin, F., & Manani, G. (2011). *Toward the Validation of Visual Analogue Scale for Anxiety*. *Anesthesia Progress*, 58(1), 8–13. Tratto da: <https://doi.org/10.2344/0003-3006-58.1.8>
- Jjala, 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. Tratto da: <https://doi.org/10.1093/bja/aeq002>
- Ledowski, T., Bein, B., Hanss, R., Tonner, P. H., Roller, N., & Scholz, J. (2005). *Pseudocholinesterase activity increases and heart rate variability decreases with preoperative anxiety*. *European Journal of Anaesthesiology*, 22(4), 289-292
- Ni, C. H., Hou, W. H., Kao, C. C., Chang, M. L., Yu, L. F., Wu, C. C., & Chen, C. (2013). *The Anxiolytic Effect of Aromatherapy on Patients Awaiting Ambulatory Surgery: A Randomized Controlled Trial*. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine; Hindawi*. Tratto da: <https://doi.org/10.1155/2013/927419>
- Rankin – Box, D. (2002). *Terapie complementari: il manuale dell'infermiere*. 2 ed. Milano: The McGraw Companies
- Santullo, A. (2009). *Le scale di valutazione in sanità*. Milano: The McGraw-Hill Companies, srL
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y -elf-Evaluation Questionnaire)*. CA: Consulting Psychologists Press, Palo Alto
- Thoms, G. M. M., McHugh, G. A., & Lack, J. A. (2002). *What information do anaesthetists provide for patients?* *British Journal of Anaesthesia*, 89(6), 917–919. Tratto da: <https://doi.org/10.1093/bja/aef278>
- 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: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 15(5), e256-265. Tratto da: <https://doi.org/10.1111/codi.1215>

Questa pubblicazione, *Interventi non farmacologici per la gestione dell'ansia preoperatoria*, scritta da *Andrea Cortesi*, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.

