

# Ansia e fabbisogno di informazione nella fase preoperatoria

Giuditta De Fusco

## **PREMESSA**

Il nursing perioperatorio è in continua evoluzione ed è una specialità che richiede conoscenze, abilità tecniche, creatività, leadership, eccellenti abilità di comunicazione. Per rispondere ai mutevoli bisogni del paziente chirurgico, l'infermiere deve continuamente a giungere conoscenze e abilità attraverso pratiche di autoeducazione e attraverso la partecipazione a opportunità di formazione. Il mio lavoro di infermiera di anestesia mi porta ogni giorno a confrontarmi con quanto appena detto. Infatti ogni giorno, per espletare il mio lavoro devo, nei brevi momenti che precedono l'intervento chirurgico, concentrare le mie conoscenze, le mie abilità tecniche, la mia creatività e soprattutto l'abilità di comunicazione per potermi far carico del paziente in maniera olistica e dargli un'assistenza di qualità. Alla base quindi di una buona assistenza c'è una buona comunicazione. La comunicazione è il nostro bigliettino da visita con cui ci si presenta al paziente. Un approccio errato può condizionare tutto l'iter seguente. L'approccio deve tener conto di moltissimi fattori: il contesto, la patologia, l'ambiente, ecc. ma soprattutto lo stato psicologico del paziente. Immedesimarsi in esso e capire qual è il modello più adatto per interagirci, tenendo conto dei fattori citati, non è facile. Se a questo ci aggiungiamo la mancanza di professionalità (nello specifico: non informare il paziente), la routinarietà, lo stress, la demotivazione, ecc. sicuramente tutto sarà più difficile non solo per gli operatori

sanitari ma, soprattutto, per il paziente, il quale vive già un momento particolarmente carico di ansia, e che può degenerare ulteriormente.

## **INTRODUZIONE**

Il particolare lavoro di infermiere di anestesia (che per quanto mi riguarda è il lavoro più bello del mondo) che mi ritrovo a svolgere giornalmente ha suscitato in me la necessità di effettuare una piccola ricerca sull'ansia e fabbisogno informativo nella fase preoperatoria: infatti i pazienti che devono sottoporsi ad intervento nel 95% dei casi non è a conoscenza delle procedure a cui deve essere sottoposto; non è a conoscenza delle tecniche chirurgiche e delle tecniche anestesologiche, né tanto meno delle fasi che precedono e seguono l'intervento. Il bisogno di informare il paziente oggi è più che mai fondamentale. Il gap assistenziale giustifica quindi l'importanza di effettuare una ricerca per far emergere definitivamente il problema e creare, spero a breve tempo, l'attuazione di un protocollo che preveda nella fase di accoglienza, preparazione all'intervento (fisica e psicologica), educativa, un percorso strutturato che permetta agli operatori sanitari ( medici e infermieri) di esplicitare le proprie prestazioni innanzitutto attraverso l'informazione e la formazione. L'ansia e il fabbisogno informativo sono problemi quanto mai prioritari per il paziente in attesa di intervento chirurgico. Non informare il paziente è oggi un atto punibile. E questo porta maggiormente gli operatori a non rifugiarsi dietro la "mancanza di tempo" o "la mancanza di personale". Sono convinta che bisogna attuare i cambiamenti prima nella realtà che ci riguarda, per poter poi essere di esempio agli altri che li temono in quanto, lavorare su procedure routinarie, e non basate su evidenze scientifiche, solo perché "Qui si usa fare così" o perché "Così dice il primario o il medico" fa comodo a tutti. Ma in questa era dove in tutti i campi professionali si assiste ad un'evoluzione frenetica, la nostra professione non può e non deve rimanere in condizioni di stallo. Molti passi avanti sono stati fatti dall'epoca delle teorie del nursing di Florence Nightingale, all'istituzione del mansionario col D.P.R. 14 marzo 1974 n. 225,

finalmente abrogato con la legge n. 42 del 1999, all'istituzione del nuovo profilo professionale D.M. 739 del 14 settembre 1994, all'istituzione di corsi universitari per infermieri, fino all'emanazione del codice deontologico nel 1999 che è la prima legge infermieristica riconosciuta dalla legislazione italiana. Ma se si pensa che gli infermieri americani e soprattutto i canadesi sono avanti di circa vent'anni rispetto alla nostra professione allora vuol dire che c'è ancora tanta strada da fare e se non iniziamo da subito corriamo il rischio di rimanere indietro irrimediabilmente. Ma ciò non avrebbe importanza se la nostra coscienza ogni giorno non ci facesse scontrare con la sofferenza, con la richiesta d'aiuto da parte di persone che in quel momento sono affidate a noi, alla nostra competenza, professionalità, ma soprattutto alla nostra umanità (troppe volte persa di vista). Allora questo ci impone un'aggiornamento continuo da rapportare poi concretamente nella nostra realtà, e attuare quei cambiamenti necessari, altrimenti è tutto tempo buttato via, e come si sa, mai come nella nostra professione il tempo è l'elemento determinante. E' l'elemento che ti fa capire l'importanza della nostra esistenza: operandi che per un determinato periodo di tempo sono affidati completamente a noi, situazioni di emergenza, di urgenza, malati terminali, riabilitazioni ecc. Un proverbio dice che "Chi ha tempo non aspetti tempo"; traduciamolo in questi termini: assicuriamo la massima qualità dell'assistenza affinché risparmiamo un po' di tempo che servirà a migliorarci ancora di più. Allora sicuramente certi problemi non esisteranno più, forse ce ne saranno altri, ma abbiamo cambiato il nostro modo di pensare, la nostra cultura di essere infermieri, e quindi non ci appariranno più insormontabili, ma risolvibili, e ce ne rendiamo conto dallo sguardo che il paziente ci rivolge dicendoci: "Grazie, per non avermi fatto soffrire di più". E' il massimo della nostra gratificazione, e lo scopo per cui uno è INFERMIERE.

### **La comunicazione come relazione d'aiuto**

Secondo lo psicologo G. A. Miller, la comunicazione è il "passaggio di informazione da un luogo ad un altro (Studer Zonca 1994); in maniera più specifica può essere

intesa come “ quella fitta rete di scambi e di relazioni sociali che coinvolgono ogni essere vivente nella vita quotidiana” (D’Amico, Devoscovi, 2003).<sup>1</sup> La comunicazione si basa su vari elementi: emittente, ricevente, canale, codice, codifica e decodifica, messaggio, feedback e contesto. Li analizzo brevemente:

- l’emittente è il soggetto che emette un messaggio
- Il ricevente è il soggetto che riceve il messaggio
- Il canale è il mezzo utilizzato dall’emittente per trasmettere il messaggio al ricevente
- Il codice è il sistema di segni caratterizzato da significati condivisi che permettono di comunicare
- La codifica è il processo attraverso il quale l’emittente trasforma le sue idee, le sue intenzioni in parole o simboli per renderle comprensibili ad altre persone
- La decodifica è la trasformazione delle parole e degli altri simboli ricevuti in un significato che può essere simile, uguale diverso rispetto al significato iniziale che l’emittente aveva in mente quando ha codificato la sua idea
- Il messaggio è il contenuto, l’oggetto della comunicazione. Esso può consistere in un dato, una notizia o una sensazione espressi tramite segni significativi come le frasi, singole parole, immagini, espressioni ecc.
- Il feedback è la retrocomunicazione che il ricevente invia all’emittente e che gli permette di percepire se il messaggio è stato ricevuto, compreso e approvato.
- Il contesto è il luogo sia fisico che relazionale in cui si svolge la comunicazione.

La comunicazione, quindi, presuppone l’esistenza di questi elementi al fine di potersi relazionare con l’altro. Ma quando l’altro è il malato, cioè una persona che ha una malattia sia fisica che psichica, la quale viene definita come un’alterazione

---

<sup>1</sup> Rosario Di Sauro, Principi di psicologia clinica per l’operatore sanitario, Aracne, febbraio 2007, pag. 183 - 197

dell'integrità morfologica o funzionale dell'organismo, l'operatore sanitario, dovrebbe fare della comunicazione lo strumento principale per impostare un'ottima relazione di aiuto. Nel periodo preoperatorio, infatti, il rapporto, che io definisco breve ma intenso, presuppone che l'infermiere riesca a comunicare con una persona che sta per affrontare un evento che, innanzitutto, lo pone in condizione di inferiorità (subire intervento chirurgico), di passività (da ruolo attivo a ruolo passivo); lo costringe ad accettare procedure e manovre non volute; si trova in una condizione di disagio sia fisico che psichico. Tutto questo fa del paziente un concentrato di sensazioni, emozioni, e sintomi che si traducono in una sola parola: ansia. Ma cosa è esattamente l'ansia? Quanto essa può essere influenzata da una buona comunicazione/ informazione? L'ansia è una condizione psicologica caratterizzata da preoccupazione, inquietudine o timore senza un motivo apparente. L'ansia preoperatoria è un'ansia di attesa rispetto a qualcosa che non si conosce e per questo è più temuta. Essa è un'emozione di paura orientata verso il futuro, vissuto con un senso di apprensiva anticipazione, ipervigilanza e tensione. Già nel 1958 Janis<sup>2</sup> aveva constatato che un livello moderato di ansia prima dell'intervento chirurgico si associava a un recupero postoperatorio soddisfacente, mentre la presenza di ansia lieve o severa costituiva un elemento peggiorativo sull'outcome del paziente. Negli ultimi anni è stata evidenziata una correlazione lineare positiva tra l'ansia preoperatoria e l'ansia postoperatoria. Pertanto, a bassi livelli di ansia preoperatoria, corrispondono bassi livelli di ansia postoperatoria, mentre, ad alti livelli iniziali di ansia, corrispondono livelli finali altrettanto elevati, responsabili di un'aumentata sensibilità al dolore. Spielberg et al.,<sup>3</sup> per quantificare questa relazione, hanno elaborato un test specifico in grado di quantizzare tale disturbo (S.T.A.I.: state and

---

<sup>2</sup> Janis I.L. Psychological Stress: Psychoanalytical and Behavioural Studies of Surgical Patients. Wiley, New York 1958.

<sup>3</sup> Spielberg, C.D, Auerbach S, Wadsworth M. et al. Emotional reactions to surgery. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1973; 40: 33-8.

Salmon P, Evans R. and Humphrey D. Anxiety and endocrine changes in surgical patients. British Journal of Clinical Psychology 1986; 25: 135-41.

trait anxiety index). Mentre la paura mobilita l'organismo all'azione, l'ansia aumenta l'attenzione sull'ambiente e sul proprio corpo, facilitando la recettività sensoriale. Alla luce di queste distinzioni, la paura e l'ansia rappresentano due diversi stati emozionali che attivano gli stessi circuiti neuronali ma con diversa intensità.<sup>4</sup> Se lo stimolo è rilevante induce paura e analgesia, se è moderato provoca ansia e iperalgesia. Pertanto l'ansia, definita anticipatoria, in assenza di concreta esposizione a un pericolo immediato, rende più sensibile il soggetto agli stimoli sul proprio corpo e attiva specifici patterns di risposte negative a eventi stressanti. La risposta al secondo quesito ho cercato di darla effettuando una piccola indagine nella realtà lavorativa in cui vivo.

## **Il ricovero ospedaliero e l'accoglienza**

Il ricovero ospedaliero determina delle importanti modificazioni nelle abitudini e una limitazione nelle possibilità di soddisfazione dei bisogni della persona. L'ospedalizzazione è per il malato un'ulteriore fonte di stress che si sovrappone a quello determinato dalla malattia tale disagio psichico è attribuibile al repentino cambiamento di ruolo (da quello di genitore, coniuge, studente, amico, professionista, eccetera a quello di paziente) sia alla percezione di una frattura interiore che la comparsa della malattia ha determinato sul versante della stima di sé. La fase di accoglienza è determinante nel delineare e indirizzare nella giusta direzione il rapporto tra paziente e personale che lo avrà in cura. Questa fase deve essere caratterizzata da una conoscenza completa degli aspetti sanitari che hanno indotto la persona al ricovero, ma anche delle peculiarità relazionali proprie della persona stessa. L'accoglienza è "l'atto che porta ad accettare, ospitare, ricevere presso di sé una persona; si dimostra accogliente colui che è affabile, cordiale nei rapporti umani,

---

<sup>4</sup> Meagher MW, McLemore S, King TE, Sieve An, Crown ED, Grau JW. The generality of shock-induced hyperalgesia in rats. Soc Neurosci Abstracts 1998; 24: 1901.

Davis M, Walker D, Lee Y. Amygdala and bed nucleus of the stria terminalis. Differential role in fear and anxiety measured with the acoustic startle reflex. Ann NY Acad Sci 1997; 821: 305-331.

che offre comodità”<sup>5</sup> accogliere un paziente e riconoscerlo come persona bisognosa significa dell’infermiere intraprendere un percorso che porterà poi ad una relazione completa, matura; significa anche riconoscere come diversi gli altri e per questo aventi diritto al rispetto delle loro variate esigenze.<sup>6</sup> Il paziente al suo ingresso nella struttura sanitaria dovrà trovare un operatore che lo rassicuri e lo indirizzi. L’infermiere è colui che prende in carico il paziente e deve effettuare una valutazione sia fisica che psicologica della persona, lo deve informare, lo deve formare per far sì che la sua degenza possa essere meno traumatica e possa concludersi con un’assistenza di elevata qualità. I decreti legislativi 502/ 92 e 517/ 93<sup>7</sup> introducono per la prima volta in un testo di legge il concetto di “Qualità delle prestazioni rese in ambito dei servizi sanitari nazionali”. L’accoglienza dell’utente è perciò uno dei fattori di qualità percepita al momento della presa in carico della struttura e degli operatori che ne fanno parte. Per ciò che riguarda gli operatori viene stabilito che per assolvere a questa funzione deve essere individuato personale qualificato che operi all’interno della direzione sanitaria (personale infermieristico). L’infermiere ,quindi, in questo processo è l’attore principale e privilegiato che può e deve orientare i propri interventi dal momento della presa in carico, sino a chiusura del ciclo assistenziale nel rispetto dell’identità del paziente che non può essere spersonalizzato dalla asetticità e dalla burocratizzazione della routine ospedaliera.

---

<sup>5</sup> Devoto-Oli, dizionario della lingua italiana,Ed.1991, pag. 4

<sup>6</sup> Filippi M. “La presa in carico infermieristica di una persona e la conclusione di un intervento assistenziale” in “elementi di base dell’assistenza infermieristica”, Cavicchioli et all., casa editrice Ambrosiana, Milano, 1994

<sup>7</sup> Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421”

Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517 “Modificazioni alla decreto legislativo 30 dicembre 1992, 502”, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria” a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

## **Tipologia di paziente e intervento chirurgico**

Nonostante il ricovero in ospedale abbia come obiettivo la cura e possibilmente la guarigione del paziente, tale evento porta con sé lo stress di un grande cambiamento. Il paziente, già menomato dalla malattia, si trova a dover fronteggiare diversi aspetti della sua nuova condizione: l'ospedale come ambiente fisico e sociale; il rapporto con il personale ospedaliero; le paure e il conseguente bisogno di rassicurazioni ed infine, in alcuni casi, i problemi psicologici legati alle malattie progressive e terminali. Esistono, dunque, una serie di fattori oggettivi che ogni ospedalizzato deve fronteggiare ed esistono una serie di fattori personali, psicologici e sociali, che vanno ad interagire coi primi dando luogo a reazioni differenti. Senza dimenticare che un grave disagio viene percepito anche dalla famiglia, che rappresenta anche una delle più ricche fonti di risorse per il malato. L'intervento chirurgico rappresenta un evento fortemente ansiogeno per qualunque persona sia che siano bambini, adulti, anziani o disabili; questo momento può dimostrarsi fortemente destabilizzante per il loro equilibrio psichico e di riflesso interferire anche con il decorso post operatorio. È fondamentale, quindi, assistere in maniera scrupolosa i pazienti nelle fasi che precedono un intervento chirurgico anche nella loro sfera psicologica oltre che sul piano fisico. La paura e l'ansia sono fenomeni che si scatenano in ognuno quando manca la conoscenza di ciò a cui si andrà incontro, ma, mentre nell'adulto il rapporto relazionale è impostato sullo stesso piano e ciò permette uno colloquio alla pari con i sanitari, nei pazienti in età pediatrica, nei disabili (deficit psichici) e negli anziani, questo rapporto è collocato su piani cognitivi diversi. Pertanto si stabiliscono delle modalità di approccio e di lavoro diversificate. Il primo contatto con la realtà chirurgica avviene durante la visita medica preoperatoria con il chirurgo e poi con il medico anestesista che già in questa fase instaura un rapporto di conoscenza di fiducia con il paziente e soprattutto con chi lo accompagna (genitore, tutore). Questo momento è molto importante e delicato perché i bambini, i disabili e gli anziani,

dipendono in parte o totalmente da queste figure di riferimento che quotidianamente li accudiscono, rassicurano e si prendono cura di loro nell'ambiente familiare. La presenza e il coinvolgimento dei genitori e dei tutori saprà trasmettere tranquillità e sicurezza assicurando fiducia e serenità. Gli interessati dovranno essere informati circa le procedure cui verranno sottoposti in particolare per ciò che verrà realizzato nel giorno dell'intervento, come la somministrazione di un tranquillante (tre anestesia) prima di entrare in sala operatoria per ridurre lo stato d'ansia o di esagerato eccitamento che si verifica spesso. Il paziente, accompagnato all'entrata della sala operatoria dall'infermiere di reparto e dal genitore-tutore, viene accolto da un operatore sanitario per essere poi accompagnato nella specifica sala operatoria. In questa fase di distacco dalle proprie certezze, è importante sentirsi affidati a persone sicure. Per questo viene sempre usato un tono familiare e della disponibilità al dialogo cercando di instaurare un rapporto di fiducia. L'accoglienza e la preparazione della persona che deve sottoporsi a intervento chirurgico sono quindi le due fasi importanti del processo perioperatorio. L'acquisizione di conoscenze soddisfacenti sull'intervento e sulle misure che favoriranno il recupero permette alla persona di avere un ruolo attivo durante tutto il percorso. L'intervento chirurgico, che è un insieme di atti operatori che si avvalgono di tecniche manuale e strumentali per la terapia di malattie altrimenti non curabili, presuppone un'equipe chirurgica che agisce come una squadra coordinata al fine di raggiungere il benessere e la sicurezza del paziente. In questo gruppo operativo ci sono varie figure: il chirurgo, l'anestesista, l'infermiere di anestesia (purtroppo non presente in tutte le strutture), l'infermiere ferrista, l'infermiere di sala, e figure di supporto all'assistenza infermieristica (OTA, OSS). L'intervento chirurgico può essere eseguito per varie ragioni: a scopo diagnostico, terapeutico, preventivo, plastico. L'urgenza con cui l'intervento deve essere effettuato differisce per ogni situazione, tanto che viene stilata una classificazione in:

- Chirurgia di emergenza, che deve essere eseguita immediatamente per preservare la vita, la funzionalità di un organo ( esempio aneurisma aorta addominale)
- Chirurgia d'urgenza, che deve essere eseguita in 24-48 ore ( esempio riduzione di frattura)
- Chirurgia necessaria, che si verifica quando l'intervento chirurgico è indicato per risolvere un problema di salute, ma non è necessaria la sua immediata esecuzione per preservare la vita o la funzionalità di un organo ( esempio colecistectomia)
- Chirurgia elettiva, che include quelle procedure chirurgiche eseguite per soddisfare un desiderio del paziente ma non sono necessarie per preservare la vita o la funzionalità di un organo (esempio lifting del viso).

Da questa classificazione si intuisce come l'assistenza preoperatoria deve essere valida, diversificata e flessibile e avere vari obiettivi. Uno di questi obiettivi è certamente quello di identificare il livello di ansia del paziente e di conseguenza programmare gli interventi di nursing.

## **L'ansia e la preparazione psicologica all'intervento**

Nell'intervento di urgenza, necessario, elettivo il nursing pre operatorio, esso può essere basato su procedure, protocolli, linee guida e strumenti che prevedono un'assistenza olistica del paziente in regime di ansia contenuta. Per l'intervento di emergenza tutto questo deve essere fatto ma tenendo conto che il livello di ansia del paziente è certamente molto elevato. La riduzione di alti livelli di ansia rappresenta un obiettivo primario del piano assistenziale dato che uno stato emotivo inadeguato, può impedire un adattamento preoperatorio positivo e influenzare negativamente il decorso post operatorio. Un'ansia moderata favorisce la capacità di adattarsi a più agenti stressanti contemporaneamente, come avviene in caso di intervento chirurgico; d'altro canto quando lo stress è intollerabile, vengono messi in atto dei meccanismi di difesa per ridurlo, rimuovendo, falsificando o distorcendo la realtà. L'ansia viene accertata attraverso l'osservazione e la rilevazione di comportamenti come l'iperattività, l'aumento della loquacità, la ripetizione di domande, il pianto, l'apatia la riduzione delle attività sociali e l'insonnia; i segni oggettivi di ansia comprendono, invece, l'aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, l'aumento della pressione arteriosa, il vaso spasma e l'iperattività motorie.<sup>8</sup> Il paziente deve essere incoraggiato ad esprimere paure e preoccupazioni, a condividere con qualcuno le proprie ansie: la disponibilità e la dimostrazione di interesse da parte del personale rappresenta già di per sé un conforto. Non sempre, tuttavia, la persona è disponibile a palesare le proprie paure, dato che queste possono essere considerate "debolezze" personali; in questo caso le insicurezze possono essere manifestate in altri modi quale l'estrema agitazione o il rinchiudersi in se stessi. Paure idealistiche basate sulla cattiva informazione o sui preconcetti possono essere ridotte fornendo delle informazioni reali. Il paziente deve essere informato sulle finalità dell'intervento, come verrà

---

<sup>8</sup> J.A. Royle, M. Wolsh, Collana Infermieristica. Corso integrato di Medicina e chirurgia, Assistenza Infermieristica, Ed Edises, 1993, pag.285-305

coinvolto nelle procedure di indagine e di preparazione, sulla dinamica di tutto il percorso perioperatorio e su come dovrà affrontare il giorno dell'intervento: l'ignoranza di ciò che sta per accadere provoca solitamente più paure e sofferenza psicologica che non l'essere a conoscenza dei fatti. Se il paziente è molto chiuso in se stesso, depresso, o apprensivo l'infermiere deve fare uso delle abilità comunicative per incoraggiare le espressioni di timore e ansietà: un approccio positivo potrebbe essere quello di informare il paziente e la paura preoperatoria è giustificata e condivisibile da tutti. Le esperienze vissute precedentemente e quelle raccontate da altri possono influire in modo determinante sullo stato d'animo della persona in attesa di intervento: spesso le paure possono avere radici nelle storie di spiacevoli esperienze già cadute o accadute ad altri. Un altro intervento può essere quello di presentare al paziente o alla famiglia altre persone che sono state sottoposte con successo ad interventi chirurgici simili. D'altro canto deve essere incoraggiata a socializzazione che permette così di condividere le paure preoperatorie; il fatto che anche gli altri provino le stesse preoccupazioni fa sì che queste siano ricollocate nella giusta prospettiva rendendole meno minacciose. Al fine di ridurre l'ansia non va trascurata la terapia spirituale indipendentemente dal credo religioso del paziente. L'infermiere deve riconoscere che la fede può essere altrettanto terapeutica di un farmaco.<sup>9</sup> Non va trascurato nessun tentativo che possa aiutare il paziente a ottenere il sostegno spirituale da lui richiesto e che può essere ottenuto con la partecipazione alla preghiera, la lettura di passi delle Sacre Scritture, o la conversazione con un sacerdote. La fede ha un grande potere di sostegno; perciò il credo di ogni individuo deve essere rispettato e incoraggiato. L'identificazione dei bisogni psicologici di una persona non è certo un'impresa facile e il successo è correlato alle modalità di approccio che l'operatore a nei confronti della persona stessa fin dal primo approccio. Le basi di un rapporto produttivo, quindi, devono essere gettate già dalla fase dell'accoglienza; successivamente le capacità relazionali di ascolto attivo e la possibilità di mettere in atto una relazione d'aiuto consentiranno di ricavare

---

<sup>9</sup> S.C. Smeltzer, B.G. Bare, "Brunner Suddarth Nursing Medico Chirurgico", Casa editrice Ambrosiana, Milano, 1995

informazioni importanti e utili al fine di poter identificare i bisogni, e conseguentemente, pianificare un'assistenza di tipo olistico.

### **Ansia e fabbisogno informativo nella fase preoperatoria**

L'ansia di fabbisogno informativo nella fase preoperatoria sono problemi prioritari per i pazienti in attesa di intervento chirurgico. Dalla letteratura emerge che questi due aspetti incidono notevolmente sul percorso clinico del paziente, determinando un aumento delle complicanze postoperatorie, oltre al ritardo nella ripresa funzionale e un aumento nei giorni di degenza. Si distinguono due principali categorie di pazienti: coloro che vogliono essere informati su ogni aspetto riguardo l'intervento chirurgico e coloro che preferiscono non sapere o, quantomeno, vogliono avere poche informazioni. L'informazione però è alla base per una buona riuscita dell'assistenza. L'informazione, oggi, avviene attraverso tantissimi canali: giornali, riviste, enciclopedie, media, ma soprattutto attraverso internet. Nell'era della cibernetica, infatti, la maggior parte delle informazioni è possibile averle tramite un semplice clic. I pazienti con un certo grado di cultura e un alto livello di istruzione arrivano in sala operatoria con già un proprio bagaglio informativo in merito; i pazienti con basso livello d'istruzione hanno delle informazioni sporadiche acquisite dall'amico, dal conoscente, dal farmacista, dal vicino di casa; entrambi comunque spinti dalla necessità di sapere ciò che è meglio per loro e per poter affrontare meglio l'evento, e ridurre la paura che è insita nell'uomo nel momento in cui non può più avere la piena facoltà di disporre del suo corpo e della sua psiche e del suo sé. Ansia e informazione preoperatoria sono gli elementi che caratterizzano i momenti prima dell'intervento chirurgico. Gli operatori sanitari, e in particolare gli infermieri, le figure che li gestiscono.

## **Risultati della ricerca sull'ansia e il fabbisogno informativo nella fase preoperatoria**

### **Introduzione**

L'ansia nei pazienti che devono essere sottoposti a intervento chirurgico determina numerosi problemi. Dalla letteratura scientifica si evince che nel periodo preoperatorio l'incidenza varia tra il 60 e l'80% dei casi. Secondo vari autori, nei pazienti ansiosi si rende necessario utilizzare dosi di anestetici più elevate rispetto a quelle normalmente utilizzate e questo incide sfavorevolmente sulle complicanze post operatorie. La semplice inserzione di un catetere venoso nella fase preoperatoria può risultare per l'operatore estremamente difficoltosa, proprio perché correlato ad una vasocostrizione determinata dall'ansia. Viceversa, quando i pazienti affrontano l'intervento chirurgico con livelli di ansia contenuti, essi presentano un recupero post-operatorio migliore, provano meno dolore, fanno meno uso di farmaci analgesici, sviluppano meno complicanze e necessitano di una degenza ospedaliera ridotta. È dimostrata l'efficacia dei programmi di preparazione per i pazienti chirurgici per la riduzione delle complicanze postoperatorie, del tempo di recupero e dei giorni di degenza. In tali programmi l'informazione risulta una delle strategie maggiormente efficaci per ridurre i timori e le ansie del paziente nella fase preoperatoria. Il bisogno di informazione del paziente varia da soggetto a soggetto ci sono alcuni pazienti che desiderano essere puntualmente informati su tutto ciò che succederà al loro e altri che invece preferiscono limitarsi alle informazioni fondamentali e non desiderano approfondire molto le conoscenze sul proprio problema di salute e sui trattamenti che riceveranno. Queste due differenti modalità richiedono approcci relazionali diversi, anche se spesso non è facile per l'anestesista e per l'infermiere individuare le due categorie di pazienti. Sarebbe un notevole vantaggio evidenziare quali sono i pazienti ansiosi, quale necessitano di un'informazione di base e quali, invece, di formazione approfondite, e come questi possono essere identificati attraverso indicatori predittivi.

## **Obiettivo della ricerca**

La ricerca si prefigge di rilevare come l'accoglienza, l'informazione e l'educazione della persona che si sottopone intervento chirurgico programmato, consente di diminuire l'ansia preoperatoria. La valutazione degli interventi si basa sulla riduzione della componente percettiva dell'ansia e dello stress ed è legata al contesto preoperatorio e sul superamento delle principali difficoltà correlate all'adesione all'intervento chirurgico pre e post-operatorio.

## **Metodi e strumenti**

Lo studio è stato condotto presso l'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, nelle sale operatorie di Ortopedia, Urologia, e il blocco operatorio di Chirurgia Generale, nel periodo da marzo-maggio 2007. Previo consenso è stato distribuito a tutti i membri del campione un foglio informativo per illustrare lo scopo dello studio, la non obbligatorietà a parteciparvi, la possibilità di ritiro in qualsiasi momento e la tutela della privacy rispetto al trattamento dei dati personali. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con patologie psichiatriche, i ricoverati in regime di emergenza e/ o urgenza, i pazienti con deficit cognitivi e motori. La popolazione presa in esame comprende pazienti che accedono nelle sale operatorie in regime di ricovero programmato, consapevoli della propria patologia. Il campione era costituito da 100 persone intervistate nella fase preoperatoria. L'età è compresa tra 18 e gli 80 anni. Lo strumento utilizzato è un test costituito da 12 domande a risposta chiusa, che prevedeva un tempo di compilazione non superiore ai 5 min e aveva lo scopo di valutare l'ansia preoperatoria, fornendo una stima del fabbisogno informativo del paziente. Le domande riguardavano sia la parte chirurgica sia quella anestesiologicala, attuando così una distinzione tra l'ansia che riguarda l'intervento chirurgico e quella legata all'anestesia. Lo strumento, inoltre, offre una stima di due variabili fortemente correlate: il livello di ansia e il bisogno informativo.

## **Risultati**

### **Parte chirurgica**

La prima domanda è molto specifica del fabbisogno informativo; riguarda infatti se il paziente ha avuto informazioni sul tipo di intervento che deve affrontare. Il 92% risponde di sì l'8% no. La seconda domanda riguarda il grado di invasività dell'intervento chirurgico. Il 27,00 era a conoscenza dell'alto grado di invasività; il 43% sapeva che era un intervento di media invasività, e il 30 % sapeva che era un intervento di bassa invasività. Alle persone che hanno ricevuto informazioni è stato chiesto che tipo di informazioni hanno ricevuto. Le risposte sono state le seguenti: preparazione all'intervento chirurgico 71%; informazioni che riguardano la fase postoperatoria 62%; informazioni che riguardano la fase di recupero 69%; nessuna notizia l'8% La quarta domanda riguardava chi ha fornito domande nello specifico: il 53,26% a dichiarato il medico e il 46,74% l'infermiere. La quinta domanda riguardava come il paziente classificava la sua ansia rispetto all'intervento chirurgico: il 30% dichiarato poca, il 43% abbastanza e il 27% molta.

### **Parte anestesiologicala**

Per ciò che riguarda la parte anestesiologicala la sesta domanda riguardava l'informazione sul tipo di anestesia e le modalità di svolgimento della stessa. L'89% ha risposto di essere stato informato; l'11% no. La settima domanda riguardava chi aveva dato queste informazioni; il 41,57% ha dichiarato l'anestesista, il 55,06% infermiere di anestesia e il 3,37% il chirurgo. Alla ottava domanda: " Come classifica la sua ansia rispetto alle procedure anestesiologicalhe" il 45% ha risposto poca, il 34% abbastanza, 21% molta. Alla nona domanda se ha avuto precedenti per interventi chirurgici e se si ha avuto complicanze chirurgiche o anestesiologicalhe; il 15,79% risposto sì e l'84,1% no; e le complicanze riguardano il 15,79% delle risposte affermative. L' undicesima e la dodicesima domanda riguardavano la soddisfazione del paziente rispetto alle informazioni ricevute e al personale più preparato nel darle. Per la prima domanda il 78% ha risposto si, l'8% no e il 14% abbastanza. I

professionisti più esaustivi risultano essere: l'anestesista con il 31%, l'infermiere di anestesia con il 42%, il del chirurgo con l'11%, infermiere di unità operativa il 16%.

## **DISCUSSIONE**

Dall'analisi dei dati risulta che vi è una correlazione tra il grado di invasività dell'intervento chirurgico e il livello di ansia. Tra coloro che accusano un livello di ansia elevato prevalgono pazienti in programma per una chirurgia ad alta e media intensità, mentre tra coloro che hanno un basso livello di ansia prevalgono i pazienti in lista per interventi a bassa intensità chirurgica. È significativo anche il rapporto tra ansia e precedenti esperienze chirurgiche: i pazienti che hanno già subito un intervento chirurgico sono più ansiosi di coloro che non hanno avuto questa esperienza. Ancora significativo appare il legame tra problemi avuti nei precedenti interventi chirurgici e ansia. Sono più ansiosi coloro che hanno avuto esperienze negative rispetto a coloro che non le hanno avute. Per ciò che riguarda l'intervento chirurgico le maggiori informazioni sono state date dal medico e riguardano il tipo di intervento e la rispettiva preparazione. Per quanto attiene all'anestesia le informazioni sono state date soprattutto dall'infermiere di anestesia, che risulta essere anche il professionista che ha dato maggiormente informazioni. Questo in relazione al fatto che il test è stato somministrato nella fase di accoglienza in sala operatoria e preparazione all'intervento chirurgico; quindi nella sala di preanestesia.

## CONCLUSIONI

Da tutto quanto detto si evince che essendo un campione limitato, i risultati non possono essere generalizzabili, ma possono essere un punto di partenza per le indagini che coinvolgono campioni più numerosi. Ma dalla indagine da me condotta emerge con chiarezza che l'invasività dell'intervento chirurgico e le precedenti esperienze negative sono indicatori importanti per poter identificare un paziente ansioso e con un elevato fabbisogno informativo. Inoltre è importante identificare le ulteriori tipologie di pazienti e selezionare gli interventi più appropriati. Tutti questi aspetti sono importanti per l'assistenza di qualità e per aiutare gli operatori sanitari ad attuare interventi efficaci e mirati. Credo che sottoporsi ad un intervento chirurgico non è certamente un evento non ansiogeno. Quanto più l'ansia diventa protagonista dell'evento, tanto più questo sarà condizionato negativamente. L'informazione, la relazione di aiuto, la comunicazione, ecc. sono gli strumenti che gli operatori sanitari, e in particolare gli infermieri che assistono il paziente 24 h su 24, hanno per poter combattere questo fenomeno che crea e favorisce uno stato psicologico non idoneo al momento a dir poco delicato. Basta poco, a volte, per poter gestire momenti critici. E l'infermiere, il vero infermiere, lo sa bene.

## ALLEGATI

### TEST UTENTI

Università degli Studi di Roma Tor Vergata  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Corso di laurea magistrale in infermieristica  
A.A. 2006-2007

Gentile signore/a

Le chiedo cortesemente di collaborare all'indagine che sto conducendo per un progetto di tesi inerente l'insegnamento di psicologia sociale.

Il questionario è anonimo e le risposte che intenderà fornire saranno usate esclusivamente ai fini della ricerca.

Il nostro lavoro è strettamente connesso a questo momento particolare della sua vita.

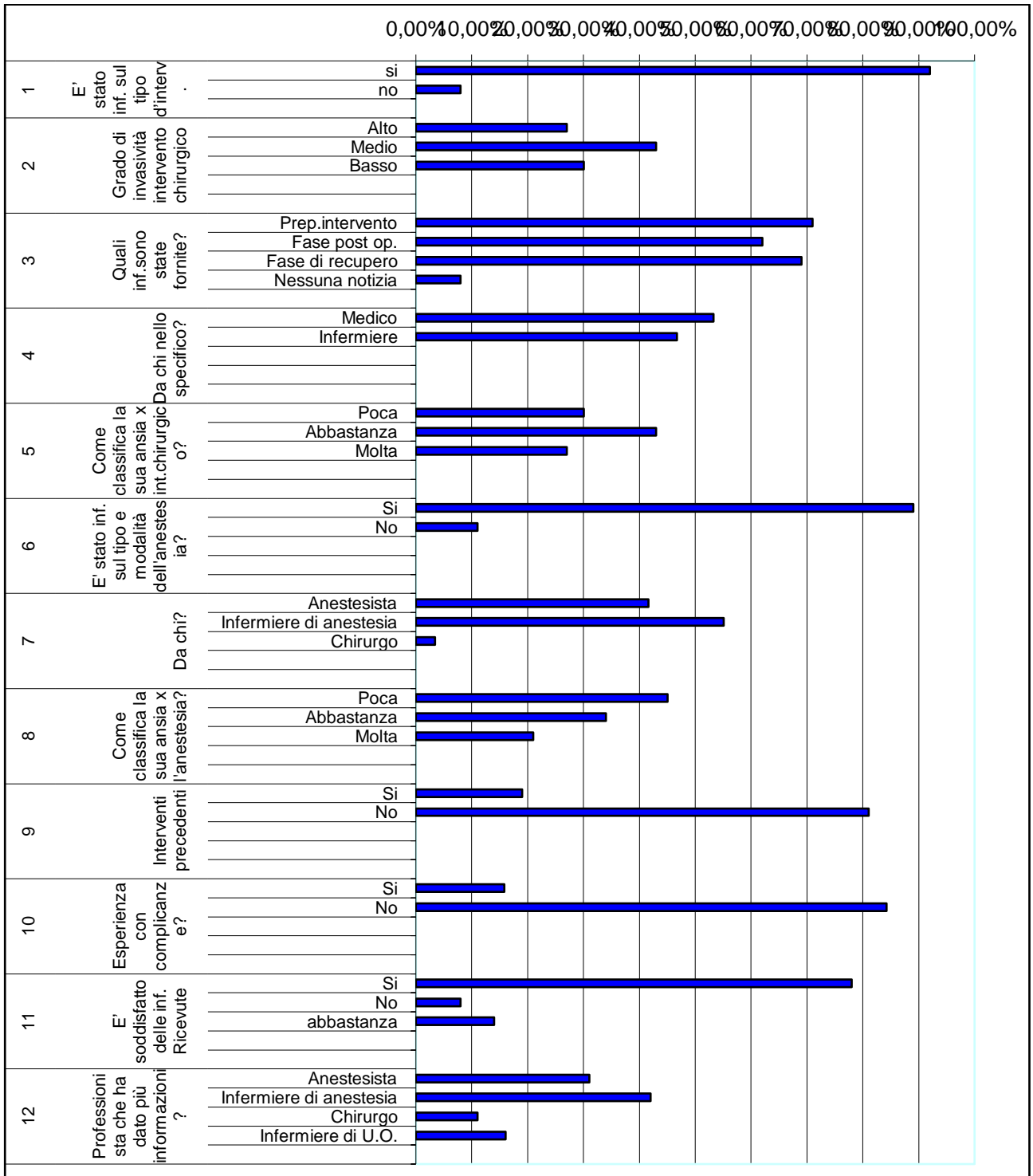
Sottoporsi ad un intervento chirurgico certamente è una fonte di ansia, preoccupazione e stress che può condizionare tutto il suo iter. Per questo reputo che il personale addetto alla cura della sua salute debba essere in grado di supportarla e assisterla nel modo più professionale e adeguato possibile.

La ringrazio anticipatamente per la disponibilità dimostrata

	Età	patologia	sexso	n.
1	E' stato inf. sul tipo d'intervento?	si	92,00%	
		no	8,00%	
2	Grado di invasività intervento chirurgico	Alto	27,00%	27
		Medio	43,00%	43
		Basso	30,00%	30
3	Quali inf.sono state fornite?	Prep.intervento	71,00%	71
		Fase post op.	62,00%	62
		Fase di recupero	69,00%	69

		Nessuna notizia	8,00%	8
4	<b>Da chi nello specifico?</b>	Medico	53,26%	49
		Infermiere	46,74%	43
5	<b>Come classifica la sua ansia x int.chirurgico?</b>	Poca	30,00%	30
		Abbastanza	43,00%	43
		Molta	27,00%	27
6	<b>E' stato inf. sul tipo e modalità dell'anestesia?</b>	Si	89,00%	89
		No	11,00%	11
7	<b>Da chi?</b>	Anestesista	41,57%	37
		Infermiere di anestesia	55,06%	49
		Chirurgo	3,37%	3
8	<b>Come classifica la sua ansia x l'anestesia?</b>	Poca	45,00%	45
		Abbastanza	34,00%	34
		Molta	21,00%	21
9	<b>Interventi precedenti</b>	Si	19,00%	19
		No	81,00%	81
10	<b>Esperienza con complicanze?</b>	Si	15,79%	3
		No	84,21%	16
11	<b>E' soddisfatto delle inf. Ricevute</b>	Si	78,00%	78
		No	8,00%	8
		abbastanza	14,00%	14
12	<b>Professionista che ha dato più informazioni?</b>	Anestesista	31,00%	31
		Infermiere di anestesia	42,00%	42
		Chirurgo	11,00%	11
		Infermiere di U.O.	16,00%	16

# GRAFICO



## BIBLIOGRAFIA

- ✓ Di Giulio Paola, *L'educazione sanitaria preoperatoria è davvero efficace?*, in RIVISTA DELL'INFERMIERE, n. 1 vol. 9, 1990, pp. 25-29
- ✓ Fekrat F, Sahin A, Yazici KM, Aypar U, Anaesthetists' and surgeons' estimation of preoperative anxiety by patients submitted for elective surgery in a university hospital, Eur J Anaesthesiol. 2006 Mar;23(3):227-33
- ✓ Giampiera Bilfone, Romano Simone, Ansia e fabbisogno informativo nella fase preoperatoria, Nursing Oggi, n.4, 2005, pag.40-44
- ✓ Gullo A., Anesthesia Clinica, Springer, 1998, pag.4-52
- ✓ Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D, The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. Anesth Analg. 2000 Mar;90(3):706-12
- ✓ Maria Russotto, L'importanza di un modello formalizzato di comportamento professionale nell'accoglienza e nella preparazione del paziente sottoposto ad intervento chirurgico, Università degli studi di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, corso di laurea in infermieristica A.A. 2002-2003, pag.40-50
- ✓ Maward L, Azar N., Comparative study of anxiety in informed and non-informed patients in the preoperative period, Rech Soins Infirm. 2004 Sep;(78):35-58
- ✓ Salmon P, Evans R. and Humphrey D. Anxiety and endocrine changes in surgical patients. British Journal of Clinical Psychology 1986; 25: 135-41
- ✓ Scuola Infermieri prof.li usl C5 Trento, *L'assistenza al paziente nel preoperatorio: alcune domande e risposte*, in RIVISTA DELL'INFERMIERE, n. 2 vol. 9, 1990, pp. 83-86
- ✓ Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P., Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents, Anesth Analg. 1996 Dec;83(6):1285-91
- ✓ Spielberg, C.D, Auerbach S, Wadsworth M. et al. Emotional reactions to surgery. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1973; 40: 33-8

- ✓ Videbech M, Carlsson PS, Jensen NC, Videbech P, Measuring of preoperative anxiety by three self-reporting scales: State Trait Anxiety Inventory, Symptoms CheckList 92 and visual analogue scale, Ugeskr Laeger. 2003 Feb 3;165(6):569-74
- ✓ Wiad Lek. Chmielnicki Z. Anxiety as a anesthesiological problem, 1999;52(3-4):174-7

### **Sitografia**

- <http://profinf.net>  
Accesso 10 marzo [1 schermata]
- <http://www.pathosonline.it>  
Accesso 10 marzo [1 schermata]
- <http://www.joannabriggs.edu.au>  
Accesso 11 marzo [4 schermate]
- <http://www.usl8.toscana.it>  
Accesso 11 marzo [1 schermata]
- <http://www.saluteeuropa.it>  
Accesso 11 marzo [1 schermata]
- <http://freeweb.supereva.com/anestesia.freeweb/html>  
Accesso 11 marzo [1 schermata]
- <http://www.salus.it/anest/asa/statments.html>  
Accesso 11 marzo [1 schermata]