

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**L'ASCOLTO ATTIVO NELLA GESTIONE DELL'ANSIA PRE-
OPERATORIA: UNA SPERIMENTAZIONE IN CHIRURGIA
GENERALE.**

Relatore: Prof.ssa Ornella Calzavara

Laureanda: Silvia Rosina

Anno accademico 2014-2015

INDICE

Riassunto

CAPITOLO 1

1 Il problema

1.1 Analisi del problema	pag. 1
1.2 L'Ansia	pag. 3
1.2.1 <i>L'Ansia peri-operatoria</i>	pag. 4
1.2.1.1 <i>L'Ansia pre-operatoria</i>	pag. 5
1.2.2 <i>Interventi per la riduzione dell'ansia pre-operatoria</i>	pag. 6
1.2.2.1 <i>L'ascolto attivo secondo la teoria di Carl Rogers</i>	pag. 7
1.2.2.1.1 <i>Le tecniche da adottare nell'ascolto attivo</i>	pag. 8
1.2.3 <i>Gli strumenti per la rilevazione dell'ansia pre-operatoria</i>	pag. 10
1.2.3.1 <i>La scala VAS-A</i>	pag. 11
1.2.4 <i>Lo scopo della tesi</i>	pag. 11

CAPITOLO 2

2 I materiali e i metodi

2.1 Il contesto e il campione	pag. 13
2.2 Il materiale	pag. 13
2.3 Metodo dell'indagine	pag. 14

CAPITOLO 3

3 I risultati

3.1 Dati socio-demografici	pag. 17
3.2 Dati gruppo caso	pag. 19
3.3 Dati gruppo controllo	pag. 21
3.4 Dati del confronto tra il caso e il gruppo controllo	pag. 23
3.5 Discussione dei risultati	pag. 24
3.6 Le conclusioni	pag. 26

Bibliografia

Sitografia

Allegati

RIASSUNTO

SINTESI DEL PROBLEMA

La maggior parte dei pazienti in attesa d'intervento chirurgico d'elezione prova ansia significativa. Tale ansia può provocare manifestazioni fisiologiche negative come una più lenta guarigione della ferita, un aumento del rischio d'infezioni, e può complicare l'induzione dell'anestesia e ostacolare il recupero post-operatorio. Per ridurre l'ansia pre-operatoria spesso vengono somministrati agli utenti sedativi e farmaci prima dell'intervento chirurgico, tuttavia questi possono avere effetti collaterali negativi prolungando i tempi di recupero del paziente. Gli interventi non farmacologici pertanto acquisiscono sempre maggiore attenzione come possibili metodi per la diminuzione dell'ansia pre-operatoria.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio è quello di verificare se, nei pazienti in attesa di un'operazione chirurgica d'elezione, un intervento breve ma intenzionale di ascolto attivo a letto dell'utente, come descritto dallo Psicologo statunitense Carl Rogers nel libro "La terapia centrata sul cliente" (1951), possa diminuire i livelli d'ansia pre-operatoria.

STRATEGIE

Il campione d'indagine è formato da 20 utenti maggiorenni ricoverati nell'Unità Operativa di Chirurgia presso l'ospedale di Mirano, Azienda ULSS 13, divisi casualmente in due gruppi: gruppo *caso* e gruppo *controllo*, ciascuno composto da 10 pazienti.

Il metodo dell'ascolto attivo è stato applicato solo al gruppo *caso*.

Per la rilevazione dei livelli d'ansia è stata somministrata Visual Analogue Scale per l'ansia al T0 (corrisponde alle ore 14.00 del pomeriggio prima l'intervento) e al T1 (corrisponde alle ore 20.00 del pomeriggio prima l'intervento) ad entrambi i gruppi.

GIUDIZIO DI FATTIBILITÀ

Per realizzare questo studio è fondamentale la collaborazione degli utenti ricoverati nel reparto di Chirurgia Generale per la compilazione della Visual Analogue Scale per l'ansia e per la partecipazione all'ascolto attivo.

INDICATORI DI RISULTATO

Verificare la possibilità di diminuire i livelli d'ansia pre-operatoria attraverso il metodo dell'ascolto attivo.

CAPITOLO 1

1 IL PROBLEMA

1.1 Analisi del problema

Nel corso degli studi e durante il tirocinio nell'Unità Operativa (U.O.) di Chirurgia Generale dell'ULSS 13 nella sede di Mirano è emerso che tutt'oggi gli utenti ricoverati presentano notevoli preoccupazioni, specie nella fase antecedente l'intervento chirurgico d'elezione.

In seguito a riferite sensazioni di preoccupazione ed ansia da parte dei pazienti si è voluto approfondire il tema dell'ansia pre-operatoria.

Questo problema suscita forte interesse poiché è scientificamente dimostrato che la presenza di ansia per-operatoria è associata ad un'elevata incidenza di complicanze post-operatorie come l'aumento dei giorni di degenza, l'aumento del dolore¹, una più lenta guarigione delle ferite, l'aumento del rischio d'infezioni oltre a complicare l'induzione dell'anestesia e il recupero².

L'assistenza infermieristica, che si eroga nel periodo peri-operatorio, viene personalizzata in tre fasce ben distinte:

-la fase pre-operatoria, inizia nel momento in cui si decide di effettuare un intervento chirurgico e termina quando il paziente viene trasferito in sala operatoria;

-la fase intra-operatoria, inizia quando il paziente si distende sul letto operatorio e termina quando esce dalla sala operatoria;

-la fase post-operatoria, inizia quando l'utente esce dalla sala operatoria e termina dopo una valutazione di controllo che viene svolta nella struttura sanitaria o a domicilio³.

In riferimento all'indice operatorio (numero pazienti dimessi dopo l'intervento/ numero pazienti dimessi totali x 100) che l'ULSS 13 ha pubblicato, si può constatare che complessivamente l'indice ha avuto un aumento del 0,1% per la specialità di Chirurgia dal 2013 al 2014⁴.

¹ Scavée V., Dehullu JP, Scavée JP, Michel I., impact of anxiety in ambulatory superficial venous surgery : a prospective study using the HADS-A Scale., Acta Chir Belg. 2015 Jan-Feb;115(1); pp. 42-8.
Author information: Department of Thoracic and Vascular Surgery, Clinique Saint-Pierre, Louvain-La-Neuve, Belgium.)

² Bradt J., Dileo C., Shim M., Music interventions for preoperative anxiety. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD006908. DOI: 10.1002/14651858.CD006908.pub2.

³ Bruner & Suddarth, Nursing medico-chirurgico, 4th ed., Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2010, pp. 483-501.

⁴ www.ulss13mirano.ven.it, Rapporto Generale di attività-anno 2013, pp. 66-71, (consultato il 10 settembre 2015).

I dati trasmessi nell'ultimo decennio dalla Regione Veneto mostrano che i ricoveri chirurgici nel 2000 rappresentavano il 40% dei ricoveri per acuti, mentre nel 2011 hanno raggiunto il 50%. I ricoveri per acuti sono diminuiti per quanto riguarda le specialità mediche diversamente dalle specialità chirurgiche.

Un altro dato che assume importanza è la crescita degli interventi elettivi in Day Surgery. Gli interventi in Day Surgery sono riservati alle operazioni con ricovero di un giorno, si parla invece di ricovero ordinario per le operazioni che richiedono una degenza superiore. Le motivazioni per le quali si ricorre a un intervento chirurgico possono essere diverse; la procedura può avere uno scopo diagnostico, curativo, ricostruttivo, cosmetico o palliativo. Indipendentemente dalla sua natura o dalla sua motivazione oggi tutte le operazioni sono accomunate dai progressi nelle tecniche di chirurgia e di anestesia, oltre dalla complessità sempre maggiore degli interventi. Si può notare che a fronte di un notevole sviluppo tecnologico, gli aspetti psicologici degli utenti vengono considerati in secondo piano rispetto alla tecnologia e l'ansia rimane un problema rilevante causando anche enormi ostacoli nel recupero post-operatorio⁵.

La consapevolezza che tutti i cambiamenti significativi della vita, come ad esempio l'intervento chirurgico, suscitano sentimenti di preoccupazione deve far parte del bagaglio di competenze professionale dell'infermiere⁶. Alcuni studi^{7,8} hanno dimostrato come l'intervento chirurgico può determinare nella maggioranza dei pazienti l'instaurarsi di sentimenti d'ansia, d'angoscia e di paura con ripercussioni negative nel percorso di cure. Questi sentimenti incrementano dubbi, preoccupazioni, incertezze specie in merito all'esito dell'intervento e alle possibili complicanze post-operatorie⁹. Il tipo di reazione varia anche in base alla personalità del paziente, alle sue esperienze passate, alla sua storia e alla sua situazione sociale ma ciò nonostante resta il fatto che l'ansia è un'area d'interesse

⁵ Sadati L., Pazouki A., Mehdizadeh A., Shoar S., Tamannaie Z., Chaichian S., Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial., 2013, Dec;27(4), pp. 994-8.

⁶ Yilmaz M., Sezer H., Gürler H., Bekar M., Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients., Journal Clinical Nursing, 2012, Apr;21(7-8), pp. 956-64.

⁷ Bailey L., Strategies for decreasing patient anxiety in the preoperative setting. Association of periOperative Registered Nurses Journal, 2010; 92, pp. 445

⁸ Hansen M.V., Halladin N.L., Rosenberg J., Gögenur I., Møller A.M., Melatonin for pre- and postoperative anxiety in adults, Cochrane Database syst review. 2015 Apr 9;4:CD009861. doi: 10.1002/14651858.CD009861.pub2.

⁹ Sevban A., Nadiye O., Funda O., Effect of music on pre-operative anxiety in men undergoing urogenital surgery. Aust, Journal Advanced Nursing 2007, 26, pp. 46

infermieristico¹⁰ e per tale motivo merita un'attenzione più accurata. Per comprendere meglio questo problema è utile definire l'ansia, l'ansia pre-operatoria, illustrare i metodi che possono ridurre i livelli e gli strumenti ritenuti appropriati per poterla rilevare.

1.2 L'Ansia

Con il termine ansia ci si riferisce alle emozioni suscitate da una minaccia non specifica al concetto di sé della persona. La minaccia può essere di natura diversa e interessare varie aree come la salute, la qualità di vita, i valori, l'ambiente, i ruoli, il soddisfacimento di bisogni, il raggiungimento di obiettivi, le relazioni personali e il senso di sicurezza¹¹. È uno stato di allarme, di marcata inquietudine e attesa affannosa di un pericolo imminente e indefinibile che si associa a stati d'animo d'incertezza e a vissuti di impotenza¹².

L'ansia è anche però uno stato di attivazione psicologica ed organica che, nelle condizioni di normalità, permette alle persone di affrontare i problemi di tutti i giorni con energia finalizzata alla loro risoluzione¹³. Se questo stato supera certi livelli fisiologici può diventare una vera e propria patologia, ad esempio il disturbo d'ansia generalizzato è caratterizzato da eccessiva angoscia e preoccupazione in diversi settori come il lavoro, le prestazioni scolastiche fino ad invadere la vita di tutti i giorni. L'individuo in questo caso trova difficoltà a controllare queste situazioni e manifesta irrequietezza, facile affaticabilità, tensioni muscolari e disturbi del sonno che nel disturbo d'ansia generalizzato, per definirsi tale, deve manifestarsi per più giorni per almeno sei mesi¹⁴.

L'intensità dell'ansia è variabile a seconda del rapporto tra la gravità della minaccia percepita e il successo o fallimento degli sforzi sostenuti per far fronte a questi sentimenti. Questa emozione si differenzia in ansia di tratto e ansia di stato; la prima si identifica come una caratteristica non variabile della personalità del soggetto in quanto è stabile nel tempo, mentre l'ansia di stato è una condizione emotiva variabile, transitoria, particolare di una certa situazione o di un dato momento che può cambiare d'intensità e nel tempo in funzione del modo in cui l'individuo percepisce uno stimolo.

¹⁰ Juall L., Carpenito M., Diagnosi Infermieristiche: Applicazione alla Pratica Clinica, 4th ed., casa editrice Ambrosiana, Milano, 2009, pp. 71-9.

¹¹ Miller C., Nursing for wellness in older adults, 4th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2004, pp. 241-42.

¹² Colombo G., Elementi di psichiatria Giovanni Colombo, Padova, CLEUP, 2010, pp. 190-200.

¹³ Farnè M., L'ansia, Bologna, Il mulino, 2003, pp. 10-11

¹⁴ American psychiatric association, DSM-5 : Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentale, edizione italiana a cura di Massimo Biondi, introduzione all'edizione italiana di Mario Maj, Milano: R. Cortina, 2014, 5. ed, pp. 222-6.

Da ciò ne deriva che i soggetti con elevati livelli di ansia di tratto tenderanno a rispondere agli stimoli, percepiti come pericolosi, con un aumento maggiore dell'intensità dell'ansia di stato¹⁵.

Dal punto di vista infermieristico per formulare la diagnosi di ansia bisogna avvalersi della presenza di alcuni segni e sintomi specifici. Bruner e Carpenito riportando alcuni indicatori dell'ansia dividendoli in categorie:

-INDICATORI FISIOLÓGICI: cambiamenti dell'appetito, cefalea, tensione muscolare, affaticamento, variazione di peso, sintomi di raffreddore, disordini digestivi, palpitazioni, ipertensione, agitazione, irritazione della pelle, tendenza alle lesioni;

-INDICATORI EMOTIVI: dimenticanze, scarsa concentrazione, confusione, atteggiamento negativo, giramenti di testa, assenza di nuove idee, noia, ansia, parlare di sé negativamente, frustrazioni, depressione, irritabilità, preoccupazione, periodi di pianto;

-INDICATORI RELAZIONALI: isolamento, intolleranza, risentimento, solitudine, "chiusura in sé", diffidenza, poche amicizie, mancanza di intimità;

-INDICATORI SPIRITUALI: senso di vuoto, perdita di significato, dubbio, mancanza di misericordia, martirio, cinismo, apatia, perdita di orientamento¹⁶.

Ogni persona di fronte a situazioni nuove, di sfida o di minaccia prova un certo livello d'ansia; l'esperienza chirurgica, ad esempio, può essere vista dall'utente come una minaccia per la sua integrità fisica, per la vita stessa o per il ruolo che abitualmente ricopre. Spesso a fronte di queste emozioni il soggetto tende a rispondere con modalità disadattive, tra le quali la più comune è una condizione d'ansia grave¹⁷.

1.2.1 *L'ansia peri-operatoria*

Il periodo peri-operatorio, connotato per diversificare l'assistenza, rappresenta per il paziente una serie di eventi caratterizzati da reazioni di massima emotività, sia per i rischi che possono manifestarsi con l'intervento chirurgico sia per altri fattori come il tipo di organo che viene interessato e il tipo di anestesia.

L'anestesia può essere parziale o generale; nel primo caso i sentimenti di preoccupazione dell'utente sono maggiormente rivolti verso quello che "stanno facendo per lui, su di lui, senza di lui" e verso la possibilità di essere coscienti durante la procedura. Differentemente

¹⁵ Tang J., Gibson S.J., A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety, *J Pain*, 2005 September; 6(9), pp. 612-9.

¹⁶ Bruner & Suddarth, op cit pp.121.

¹⁷ bitem pp. 120.

nell'anestesia generale i sentimenti di preoccupazione sono spesso legati all'anestesia stessa poiché essa genera nella persona uno stato di "morte temporanea" in cui vengono sospese tutte le funzioni vitali¹⁸.

Le preoccupazioni provate dall'utente si differenziano a seconda della fase in cui si trova il soggetto; nella fase pre-operatoria l'ansia riguarda tematiche legate all'ignoto, alla morte, all'anestesia, alla perdita di giorni di lavoro e del ruolo sociale, mentre la fase intra-operatoria è caratterizzata da sentimenti di paura rivolti verso la perdita di controllo, l'inconsapevolezza di ciò che accadrà, il dolore, la possibilità di non risvegliarsi e verso le alterazioni dell'immagine di sé¹⁹.

Le preoccupazioni nel post-operatorio sono frequentemente legate alla paura di perdere il controllo dei propri pensieri e delle proprie idee in seguito all'anestesia e alla possibilità di avere complicanze nella guarigione²⁰.

In seguito viene approfondita l'ansia pre-operatoria essendo questo l'argomento della tesi²¹.

1.2.1.1 *L'ansia pre-operatoria*

L'ansia pre-operatoria è un sentimento che accomuna tutti i pazienti operandi²². Essa viene descritta come uno stato di disagio o di tensione dovuto alla paura verso la malattia, verso il ricovero in ospedale, verso l'anestesia, verso l'attesa dell'operazione e verso l'intervento chirurgico in sé²³.

L'ansia pre-operatoria è spesso il frutto di una sensazione di impotenza del paziente di fronte all'esperienza chirurgica e all'ospedalizzazione considerando che queste situazioni portano l'utente a doversi adattare ad un ambiente e a situazioni nuove, sconosciute, diverse dalle abitudini di vita quotidiana²⁴.

E' accertato che alti livelli di ansia in questo periodo rappresentano un rischio per la salute dell'utente in quando stimolano il Sistema Nervoso Ortosimpatico ed Endocrino portando

¹⁸ Colombo G., op cit pp. 532-533

¹⁹ Craven R. F., Hirnle C. J., Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, 4th ed., Casa Editrice Ambrosiana, 2011, pp. 738

²⁰ Bruner & Suddarth, op cit pp. 530-533

²¹ Ibidem pp.504

²² Hansen M.V., Halladin N.L., Rosenberg J., Gögenur I., Møller A.M. ,op cit.

²³ Mitchell M., Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety, Journal of Advance Nursing 2012, 68, No, 5, pp.1014-254.

²⁴ Lindwall L., Von Post I., Bergbom I., Patients' and nurses' experience of perioperative dialogues, Journal of advance nursing, 2003; 43(3); pp. 246-53.

ad un aumento della frequenza cardiaca, delle frequenza respiratoria e della pressione sanguigna²⁵. Questo stato di agitazione può inoltre interferire con la capacità di apprendimento ed adattamento del paziente oltre a inibire la risposta immunologica e farmacologica²⁶. Infine comporta a un aumento di distress e dolore post-operatorio²⁷ portando gli utenti a richiedere dosi maggiori di anestetici e farmaci analgesici²⁸.

Alcune ricerche^{29,30} sostengono quindi che una diminuzione dell'ansia pre-operatoria contribuisce a diminuire le complicanze che si possono manifestare nella fase post-operatoria.

1.2.2 *Interventi per la riduzione dell'ansia pre-operatoria*

Per ridurre l'ansia pre-operatoria molte volte si ricorre alla somministrazione di sedativi e farmaci ansiolitici, questi però possono avere effetti collaterali prolungando il recupero post-intervento. Per questo motivo attualmente si cerca di rivolgere maggiore attenzione ai possibili interventi non farmacologici³¹.

Alcune ricerche^{32,33} hanno dimostrato l'efficacia della musico-terapia come strategia per diminuire i livelli d'ansia nei pazienti operandi: ascoltare musica prima dell'operazione incide nella diminuzione delle preoccupazioni e dello stress.

Ciò nonostante i migliori risultati prevedono un intervento di educazione e informazione al paziente; già nel 1975 si era dimostrata l'importante relazione tra la diminuzione dell'ansia pre-operatoria attraverso l'aumento dell'informazione all'utente.³⁴

²⁵ Kiecolt-Glaser J.K., Page G., Marrucha P.T., MacCallum R. C. and Glaser R.: " Psychological influences on surgical recovery. Prospectives from psychoneuroimmunology". American Psychogist, 1998; 11, 1209-1218.

²⁶ Maranets I., Kain Z.N., Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements, Anesthesia Analgesia, 1999; 89; pp. 1346-51.

²⁷ Wiens A.G., Preoperative anxiety in women, Association of periOperative Registered Nurses Journal, 1998 Jul; 68(1); pp. 74-7, 79-81, 83-8.

²⁸ Bradt J., Dileo C., Shim M., op cit.

²⁹ ibidem

³⁰ Lindwall L., Von Post I., Bergbom I., op cit

³¹ Agarwal A., Ranjan R., Dhiraaj S., Lakra A., Kumar M. and Singh U., Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study, 1 Sep 2005. Anaesthesia, 60, pp. 978-81. doi: 10.1111/j.1365-2044.2005.04332.x

³² Bradt J., Dileo C., Shim M., op cit

³³ Jiménez-Jiménez M., García-Escalona A., Martín-López A., De Vera-Vera R., De Haro J., Intraoperative stress and anxiety reduction with music therapy: a controlled randomized clinical trial of efficacy and safety., Journal of Vascular Nursing 2013 Sep;31(3); pp. 101-106.

³⁴ Holmes J., Preoperative visiting: landmarks of the journey., British Journal Perioperative Nuring, 2005 Oct;15(10); pp. 434, 436-7, 439-40.

Un'altro metodo citato frequentemente è l'ascolto attivo proposto da Carl Rogers. Sebbene non ci siano studi che sperimentano il puro ascolto attivo come potenziale per diminuire l'ansia pre-operatoria, molto spesso si parla dell'importanza da parte del paziente di esprimere le proprie preoccupazioni, le proprie angosce e i propri sentimenti verso una persona che presti un ascolto attivo, non giudicante^{35,36}.

1.2.2.1 *L'ascolto attivo secondo la teoria di Carl Rogers*

Carl Ramson Rogers, americano, psicologo e psicoterapeuta, viene considerato il padre della terapia non direttiva e del Counseling relazionale tra gli anni '50 e '60 del '900 rivoluzionando il campo delle professioni d'aiuto. La sua filosofia parte dal presupposto che ciascun individuo abbia dentro di sé la forza o l'energia finalizzata a trovare lui stesso le soluzioni ai problemi. Questa capacità emerge se si aiuta il soggetto in questione a prendere coscienza della situazione da affrontare e di se stesso.

L'ascolto attivo, da lui proposto, è un metodo particolare di ascoltare quanto viene detto e sentito da una persona, è una forma strutturata di ascolto e di risposta che concentra l'attenzione su chi parla.

Parlare delle proprie emozioni, dare un nome ai sentimenti provati riduce l'ansia connessa all'operazione e può avvicinare così il paziente al momento dell'intervento con una sorta di tranquillità psicologica.

Con questa modalità di ascolto si cerca di catturare e ripetere i sentimenti e i significati più profondi di colui che parla per aiutarlo a sentirsi compreso. In questa fase non si analizza, non si interpreta, non si giudica e non si danno consigli³⁷.

Come afferma Rogers bisogna ascoltare i pazienti operandi parlare delle loro preoccupazioni e dei loro ricordi, non rispondere direttamente all'utente ma riformulare il suo pensiero, mandare un feedback di quanto compreso³⁸ piuttosto che dare delle risposte dirette.

³⁵ Pritchard M.J., Reducing anxiety in elective surgical patients, practice review, 24 January, 2011, Nuersing Times.net.

³⁶ Rogers C., Terapia centrata sul cliente Carl R. Rogers a cura di Lucia Lumbelli Scandicci : La nuova Italia, 1997, pp. XX-XXVI.

³⁷ Rogers C., Terapia centrata sul cliente Carl R. Rogers, tradizione di Gabriella Cacchi Pessani, edizione la meridiana, Bari 2007 pp. 57-62

³⁸ Rogers C., 2007, op cit pp. 59.

L'infermiere deve tenere in considerazione che l'ascolto attivo richiede tempo ed attenzione affinché il paziente possa esprimere le sue preoccupazioni, i suoi desideri e le sue idee³⁹.

Bisogna prestare attenzione per recepire la parte dei sentimenti composta da emozioni, sensazioni che possono essere descritte verbalmente o essere inviate tramite significati non verbali come l'espressione del volto, la posizione del corpo e i gesti⁴⁰.

Chi applica l'ascolto attivo deve avere delle caratteristiche fondamentali, considerate da Rogers come prerequisiti necessari per aiutare l'individuo. Queste fanno riferimento alla corrente del Counseling che si sviluppa "sulla originaria intuizione rogersiana secondo la quale se una persona si trova in difficoltà il miglior modo di venirle in aiuto non è quello di dirgli cosa fare, quanto piuttosto quello di aiutarla a comprendere la situazione e a gestire il problema prendendo autonomamente e pienamente la responsabilità delle scelte eventuali"⁴¹.

1.2.2.1.1 Le tecniche da adottare nell'ascolto attivo

Secondo Rogers le tecniche da adottare nell'ascolto attivo sono: il contatto psicologico, la congruenza, l'accettazione positiva e incondizionata, la comprensione empatica e la comunicazione⁴².

In particolare i tre capisaldi sottolineati dello psicologo e utilizzati in questo studio per entrare in comunicazione con gli utenti sono:

-la congruenza: chiamata anche con termini diversi come autenticità, genuinità, trasparenza, rappresenta lo sforzo dell'operatore a mostrare la propria personalità, non nascondendosi dietro il tecnicismo della professione. L'autenticità è collegata alla sincerità in quanto l'operatore deve essere se stesso, deve mostrare i sentimenti e le emozioni da lui provate, al contrario non deve agire "come se" perché altrimenti il rapporto che si instaurerà con il paziente non sarà terapeutico.

Attraverso la congruenza si deve trasmettere calore che si può esprimere attraverso uno sguardo o attraverso l'uso di un tono gentile. Questo però non significa essere accondiscendenti e cedere completamente ai desideri dell'altro, ma saper mediare, infatti si

³⁹ Fossier V., "Tra Medico e Paziente: un rapporto continuo", Medicina Oncologica VIII edizione Bonadonna G. Elsevier Masson VIII edizione, Milano 2007, pp.1922-23.

⁴⁰ Craven R.F., Hirnle C.J., op cit pp. 401.

⁴¹ Carkhuff R., L'Arte di Aiutare, edizioni Erickson, Trento 1993, pp. 19.

⁴² Rogers C., The necessary and sufficient condition of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 1957, 21(2), pp. 95-103.

può trasmettere calore anche attraverso un gesto d'affetto di vicinanza⁴³. L'infermiere diventa così quella figura che accompagna l'utente a esplorare i propri sentimenti e le proprie paure;

-l'accettazione positiva e incondizionata: il sentimento di accettazione incondizionata nasce in modo spontaneo dal primo incontro con l'utente, rompendo le protezioni e le barriere di ciascuno e dando vita a una sincera relazione non giudicante. Questa condizione si esprime concretamente attraverso la capacità di accettare l'altro come è e per quello che prova nel momento presente in cui lo prova.

Questa qualità permette all'utente di sentirsi accettato e ascoltato nella propria totalità, con i suoi aspetti positivi e negativi, con i suoi difetti e le sue qualità senza la necessità di doverli negare⁴⁴. Ciò non significa che l'operatore debba condividere o approvare i comportamenti, le opinioni, i valori dell'altro, ma che lo accetti pienamente come persona, come essere unico con le proprie esperienze e idee;

-l'empatia: consiste nella "capacità di comprendere profondamente l'altro, mettendosi nei suoi panni e cercando di cogliere con attenzione, sensibilità e rispetto i contenuti emozionali e cognitivi che vengono espressi, senza giudizi o valutazioni"⁴⁵.

Il condividere un'esperienza significa identificarsi in modo empatico, percependo le speranze, le emozioni, i timori del paziente⁴⁶ evitando di venir travolti dalle emozioni o sofferenze dell'altro o di viverle come proprie.

Durante l'ascolto attivo con l'utente, l'intervistatore può utilizzare della abilità non verbali utili a garantire un clima di fiducia e apertura⁴⁷:

1) l'interlocutore deve porsi di fronte all'utente, ciò garantisce al paziente la possibilità di sentirsi nella stessa posizione comunicativa. E' comunque importante anche tenere una distanza tale da non invadere lo spazio personale;

⁴³ Mattiotti, A., Crestana, N., Trevisani, A.I., Psicologia e Professione Infermieristica, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1991.

⁴⁴ Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M., Gardolo : Educare le Life skills come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, Erickson, 2004, pp. 10-11

⁴⁵ Ibidem pp. 11.

⁴⁶ Rogers C., Un modo di essere, Martinelli, 1983 (edizione americana 1980), pp. 121.

⁴⁷ Egan G., The Skilled Helper: model, skills, and methods for effective helping, 2 ed., 1982, Pacific Grove, CA Brooks/Cole, pp. 39-48

2) l'interlocutore deve mantenere il contatto visivo per far trasmettere al paziente la propria attenzione e presenza. Il contatto deve essere naturale da non mettere in soggezione la persona;

3) l'interlocutore deve protendersi verso l'utente soprattutto nei momenti nei quali questo manifesta un particolare coinvolgimento emotivo;

4) l'interlocutore deve essere rilassato in quanto mostrare ansia e agitazione potrebbero portare l'utente a collegare quella manifestazione corporea del professionista a sentimenti di disapprovazione. La capacità di essere rilassati esprime un messaggio chiaro: colui che sta ascoltando è accettante ed empatico rispetto alle dichiarazioni di colui che parla.

Tutte queste abilità sono fondamentali in quanto permettono di trasmettere all'utente la nostra comprensione affinché egli si senta veramente ascoltato e accettato diventando consapevole delle proprie emozioni, conoscendo ed accettando aspetti o parti di sé sconosciute o rimosse.⁴⁸

1.2.3 Gli *strumenti per la rilevazione dell'ansia pre-operatoria*

Sebbene l'ansia sia un sentimento provato in modo soggettivo, sono oggi disponibili vari metodi per la sua misurazione.

Se si vogliono ottenere dei risultati oggettivi e misurabili si può valutare l'attività del Sistema Ortosimpatico andando a rilevare la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna, oppure si può ricorrere ad altre metodologie che prevedono la compilazione di questionari o di scale numeriche o analogiche⁴⁹.

In alcuni studi l'ansia pre-operatoria è stata misurata utilizzando diversi test psicologici come il Train Anxiety Inventory (STAI) o il Beck Depression Inventory (BDI)^{50,51}. Questi test però, sebbene siano ben convalidati, richiedono per la pratica clinica la competenza di uno psicologo per la lettura dei dati.

⁴⁸ Goleman D., *Intelligenza Emotiva che cos'è e perchè può renderci felici*, Milano: BUR Rizzoli, 2013, pp. 165.

⁴⁹ Marzaduri A. e Pili A. R., *Interventi infermieristici per la riduzione dell'ansia pre-operatoria*, www.evidencebasednursing.it/.../06_Interventi_riduzione_ansia_preoperatoria.pdf

⁵⁰ Szekely A., Balog P., Benkő E., Breuer T., Székely J., Kertai M.D. et al. *Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery-a 4-year follow-up study*, *Psychosomatic Medicine*, 2007; 69; pp. 625.

⁵¹ Sukegawa A., Miyagi E., Asai-Sato M., Saji H., Sugiura K., Matsumura T. et al., *Anxiety and prevalence of psychiatric disorders among patients awaiting surgery for suspected ovarian cancer*, *Journal Obstetrics Gynaecology Research*, 2008;34; pp. 543-51.

Altre ricerche⁵² hanno convalidato la Visual Analogue Scale per l'ansia (VAS-A) in quanto è un ottimo strumento per la rilevazione di questo stato emotivo nei pazienti e può essere utilizzata negli ambiti chirurgici da una figura professionale come l'infermiere data la sua semplicità e velocità nella somministrazione e nella lettura dei risultati .

1.2.3.1 La scala VAS-A

La scala VAS-A elaborata da Klinder *e altri* è costituita da 10 *item* che indagano il livello d'ansia in tre dimensioni specifiche:

- 1) ansia per l'ignoto: viene misurata attraverso l'ansia per l'attesa dell'intervento e per la sensazione di essere in balia dell'equipe chirurgica oltre alla preoccupazione per il risultato dell'intervento e per ciò che accadrà durante questo periodo;
- 2) ansia per la sofferenza fisica: viene misurata attraverso l'ansia in relazione al dolore post-operatorio, al malessere durante il risveglio dall'intervento, alla reazione alla nausea e al vomito nel periodo post-operatorio oltre alla preoccupazione di essere coscienti durante l'anestesia;
- 3) paura per la vita: viene misurata attraverso le preoccupazioni di non risvegliarsi dopo l'anestesia e la possibilità di avere complicanze fisiche e mentali.

1.2.4 Lo scopo della tesi

Questo studio vuole verificare la potenzialità di diminuire l'ansia pre-operatoria attraverso l'ascolto attivo proposto Carl Rogers, essendo questa una possibile metodologia esercitata dall'infermiere in piena autonomia, a tal fine si propone uno studio sperimentale per misurare i livelli d'ansia dei pazienti operandi in due momenti diversi e in due campioni diversi.

Per verificare se nei pazienti operandi nell'U.O. di Chirurgia presso la sede di Mirano, Azienda ULSS 13, un intervento breve ma intenzionale di "ascolto attivo" a letto del paziente potesse ridurre lo stato d'ansia, è stata utilizzata la VAS-A al T0, che corrisponde alle ore 14.00 del pomeriggio prima l'intervento, e al T1, che corrisponde alle ore 20.00 del giorno prima l'operazione, e l'ascolto attivo applicato al gruppo *caso*.

La scelta della VAS-A è data dal fatto che è una scala veloce da somministrare (2-5 minuti) e difficilmente la sua somministrazione provoca stress o disagio ai pazienti in quanto non invasiva e non complicata.

⁵² Facco E., Stellini E., Bacci C., Manani G., Pavan C., Cavallin F., Zanette G., Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation, Edizioni Minerva Medica, 2013; 79; pp. 1389-95.

La VAS-A grazie alla sua semplicità ed economicità può essere, senza difficoltà, inserita nella raccolta dati del processo assistenziale⁵³.

⁵³ Pritchard M., Measuring anxiety in surgical patients using a visual analogue scale, Nursing standard 2010, 25(11), pp. 40-4.

CAPITOLO 2

2. MATERIALI E METODI

2.1 Il contesto e il campione

Per questo studio sperimentale sono stati considerati 20 pazienti ricoverati per un intervento di chirurgia d'elezione presso l'Azienda ULSS 13, nella sede di Mirano, in un periodo compreso tra il 1° agosto 2015 e il 15 settembre 2015.

Sono stati esclusi dal campionamento i soggetti che presentavano i seguenti criteri:

età minore di 18 anni, patologie che presentano stati confusionali o deficit cognitivi, assunzione abituale e costante di farmaci ansiolitici, comprensione della lingua italiana, ricoveri urgenti e ricoveri in Day-Surgery .

La suddivisione del campione è avvenuta in modo casuale: il primo utente è stato inserito nel gruppo *caso* mentre il secondo nel gruppo *controllo* continuando così per il terzo, il quarto, ecc.

Si sono formati pertanto due gruppi da 10 utenti ciascuno.

2.2 Il materiale

Il materiale per questo tipo di studio sperimentale è costituito dai dati socio-demografici raccolti dalle cartelle cliniche ed infermieristiche riguardanti l'età, il genere, lo stato civile, il titolo di studio, l'attività lavorativa svolta, l'origine, la situazione sociale ed eventuali esperienze chirurgiche passate.

Il materiale utilizzato comprende la somministrazione della VAS-A (ALLEGATO n.1).

Il punteggio totale del livello d'ansia è stato calcolato facendo la media aritmetica dei dieci punteggi assegnati ai vari quesiti.

Per la classificazione dei livelli d'ansia si è deciso di suddividere gli intervalli in questo modo:

Ansia bassa: sono stati considerati i valori tra 0 e 3,3;

Ansia media: sono stati considerati i valori tra 3,4 e 6,3;

Ansia elevata: sono stati considerati i valori tra 6,7 e 10.

Questa scala è stata somministrata al T0 (corrispondete alle ore 14.00) e al T1 (corrispondente alle ore 20.00) per entrambi i gruppi il pomeriggio prima l'intervento.

Il materiale comprende anche la tecnica dell'ascolto attivo proposta da C. Rogers applicata solo al gruppo *caso* per verificarne l'efficacia.

2.3 Metodo dell'indagine

Nella tabella che segue vengono evidenziati gli step del progetto svolto relativi al gruppo *caso* e al gruppo *controllo*:

Pomeriggio prima dell'intervento	Gruppo <i>Caso</i>	Gruppo <i>Controllo</i>
ore 14.00	Entrare nella stanza del paziente salutandolo, presentarsi e chiedere gentilmente la collaborazione dell'utente per la compilazione anonima della VAS-A. Ringraziare e spiegare come si deve compilare la scala.	
ore 14.10	Dopo aver ritirato la scala chiedere all'utente la possibilità di sedersi a fianco di lui per poterlo ascoltare riguardo eventuali preoccupazioni o di ciò che preferisce assicurandolo del fatto che tutto ciò resterà anonimo nel rispetto della privacy. Ad alcuni utenti non viene posta nessuna domanda perché al termine della compilazione della VAS-A raccontano apertamente delle loro esperienze, mentre per altri la prima domanda è: "La ringrazio enormemente del suo contributo relativo alla compilazione della scala, ora le chiedo se gentilmente è disponibile ad esprimere qualche tipo di preoccupazione riguardante le domande che le sono state precedentemente poste, o parlare di ciò che preferisce in questo momento".	Ritirare la scala. L'utente riceve l'assistenza infermieristica abituale del reparto costituita dalle attività cliniche di tipo tecnico come: somministrazione della terapia, esecuzione della tricotomia, pulizia dell'intestino.

Pomeriggio prima dell'intervento	Gruppo <i>Caso</i>	Gruppo <i>Controllo</i>
ore 14.10	<p>Mettere in atto il metodo dell'ascolto attivo utilizzando tutte le caratteristiche essenziali: contatto psicologico, congruenza, accettazione positiva e incondizionata, comprensione empatica; oltre alle abilità non verbali: porsi di fronte all'utente, mantenere il contatto visivo, protendersi verso di lui, essere rilassati.</p> <p>Limitarsi ad ascoltare attivamente e a riformulare il pensiero dell'utente in modo semplice (es., alla frase "...credevo che sarei stato meglio dopo la vostra cura" la riformulazione semplice consiste in: "credeva che sarebbe stato meglio?"). Alle domande riguardanti l'intervento o la malattia non dare una risposta ma sottolineare il fatto che in quel momento il metodo utilizzato è solo di ascolto ed è possibile solo rimandare un feedback di quanto espresso dall'utente.</p>	
ore 20.00	Entrare nella stanza dell'utente, salutare e richiedere gentilmente la Sua collaborazione per la somministrazione della seconda VAS-A.	
ore 20.10	Ritirare la scala e ringraziare l'utente per la Sua preziosa collaborazione.	

CAPITOLO 3

3 I RISULTATI

Di seguito vengono illustrati i dati ricavati da questo studio dividendoli in quattro dimensioni specifiche:

- dati socio-demografici;
- dati del gruppo *caso*;
- dati del gruppo *controllo*;
- dati del confronto tra il gruppo *caso* e il gruppo *controllo*.

3.1 Dati socio-demografici

I dati socio-demografici (ALLEGATO n.2) per entrambi i gruppi prendono in considerazione le variabili di età, genere, stato civile, attività lavorativa svolta, origine, situazione sociale e precedenti esperienze chirurgiche.

Dai risultati riportati nella tabella sottostante (Tabella I) risulta evidente che non c'è una notevole differenza tra i due gruppi ad eccezione della variabile del titolo di studio in quanto il gruppo *caso* risulta essere più scolarizzato rispetto al gruppo *controllo*. In particolare il gruppo *caso* presenta per il 40% utenti aventi un diploma di scuola superiore e il 20% una laurea, mentre il gruppo *controllo* non presenta soggetti aventi il diploma di scuola superiore e solo il 10% è laureato.

Tabella I: dati socio-demografici

Dati socio-demografici		Gruppo <i>caso</i>	Gruppo <i>controllo</i>
età	18-35 aa	0%	0%
	36-50 aa	20%	0%
	51-65 aa	10%	20%
	66-80 aa	40%	60%
	>80 aa	30%	20%
genere	maschile	30%	40%
	femminile	40%	60%
stato civile	celibe/nubile	10%	10%
	coniugato/a	70%	50%
	separato/a	0%	10%
	vedovo/a	20%	30%
titolo di studio	nessun titolo	0%	10%
	licenza elementare	40%	50%
	diploma medie inferiori	0%	30%
	diploma medie superiori	40%	0%
	laurea	20%	10%
attività lavorativa	pensionato	70%	83%
	lavoratore	30%	17%
origine	italiana	100%	100%
	estera	0%	0%
situazione sociale	convivenza con coniuge	70%	50%
	convivenza con figli	0%	10%
	vive da solo	20%	30%
	altro	0%	0%
precedenti interventi	sì	80%	100%
	no	20%	0%

3.2 Dati gruppo *caso*

La raccolta dei dati derivata dalla compilazione della VAS-A (ALLEGATO n.6) permette di confrontare i risultati numerici ottenuti nei due momenti predefiniti di somministrazione inserendo nell'intervallo il metodo dell'ascolto attivo a ciascun utente.

La tabella sottostante (Tabella IV) evidenzia lo scostamento dei livelli d'ansia misurato in percentuale, si osserva che tutti i pazienti presentano una diminuzione dei livelli d'ansia dopo il metodo dell'ascolto attivo.

La percentuale di scostamento maggiore è compresa tra l'1 e il 25% (ALLEGATO n. 8)

Tabella IV: scostamento dell'ansia pre-operatoria nel gruppo *caso*

Codice numerico pz	VAS-A al T0	VAS-A al T1	T0-T1	Scostamento %
1	7,6	7,0	-0,6	- 8%
2	7,6	6,4	-1,2	- 16%
3	4,0	3,1	-0,9	- 23%
4	3,5	2,8	-0,7	- 20%
5	2,6	1,4	-1,2	- 46%
6	4,2	3,3	-0,9	- 21%
7	2,7	2,0	-0,7	- 26%
8	9,0	6,8	-2,2	- 24%
9	8,6	7,4	-1,2	- 14%
10	6,6	4,5	-2,3	- 34%

Dai punteggi dei vari item (ALLEGATO n.4) della VAS-A al T0 sono stati ottenuti dei risultati riguardanti le maggiori preoccupazioni degli utenti operandi.

Dal grafico sottostante (GRAFICO n.1) si nota che le persone del gruppo *caso* hanno assegnato valori più alti ai quesiti che riguardano il risultato dell'intervento e le eventuali complicazioni fisiche e mentali conseguenti all'operazione.

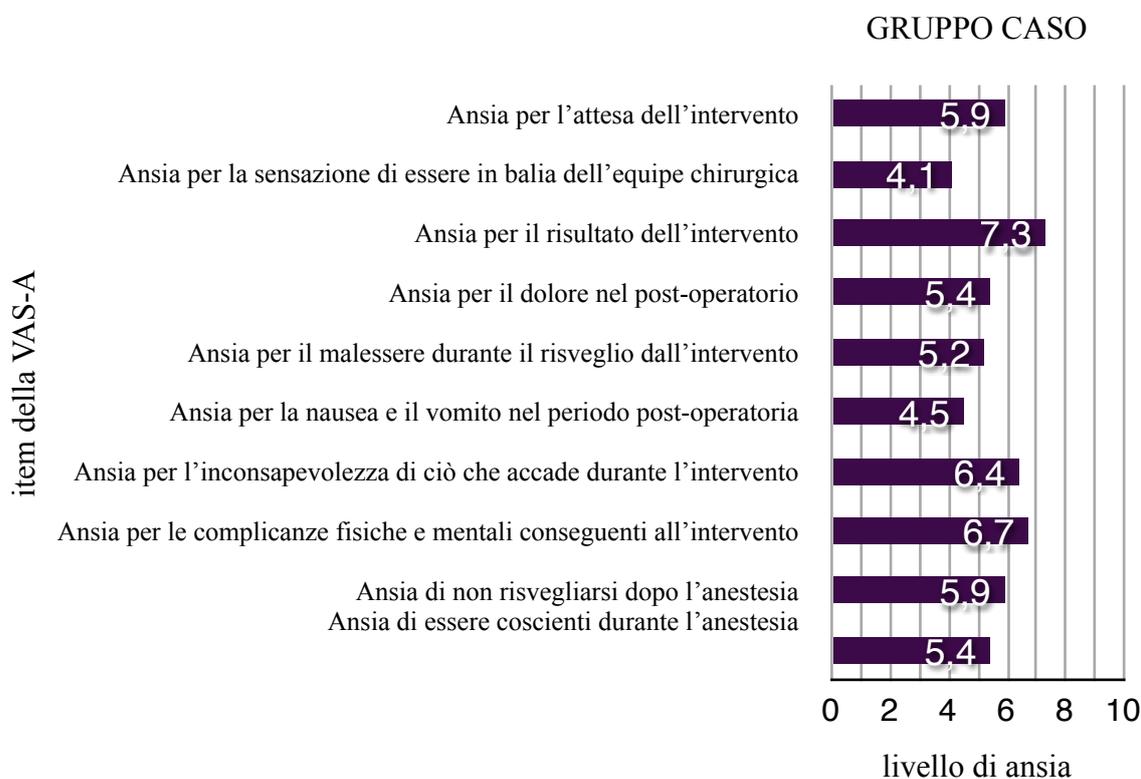


GRAFICO n.1: *Grafico dei valori dei vari item della VAS-A al T0 del gruppo caso*

3.3 Dati del gruppo *controllo*

La raccolta dei dati derivata dalla compilazione della VAS-A (ALLEGATO n.7) permette di confrontare i risultati ottenuti nei due momenti predefiniti di somministrazione per ciascun paziente.

La tabella sottostante (Tabella V) evidenzia lo scostamento dei livelli d'ansia misurato in percentuale, si osserva che il 90% dei pazienti presentano un aumento dei livelli d'ansia.

La percentuale di scostamento maggiore è compresa tra l'1 e il 25% (ALLEGATO n. 9)

Tabella V: scostamento dell'ansia pre-operatoria nel gruppo *controllo*

Codice numerico pz	VAS-A al T0	VAS-A al T1	T0-T1	Scostamento in %
1	7,15	8,6	+1,45	+ 20%
2	7,5	8,35	+0,85	+1 11%
3	1,9	3,05	+1,15	+ 60%
4	6,8	7,6	+0,8	+ 12%
5	1,6	3,2	+1,6	+ 100%
6	4,21	4,4	+0,19	+ 5%
7	4,4	5,5	+1,1	+ 25%
8	2,9	3,2	+0,3	+ 10%
9	3,3	2,7	-6	- 18%
10	3,9	4,9	+1	+ 26%

Dai punteggi dei vari item (ALLEGATO n.5) della VAS-A al T0 sono stati ottenuti dei risultati riguardanti le maggiori preoccupazioni degli utenti operandi.

Dal grafico sottostante (GRAFICO n.2) si nota che le persone del gruppo *controllo* hanno assegnato valori più alti ai quesiti che riguardano il risultato dell'intervento e la possibilità di non risvegliarsi dopo l'operazione.

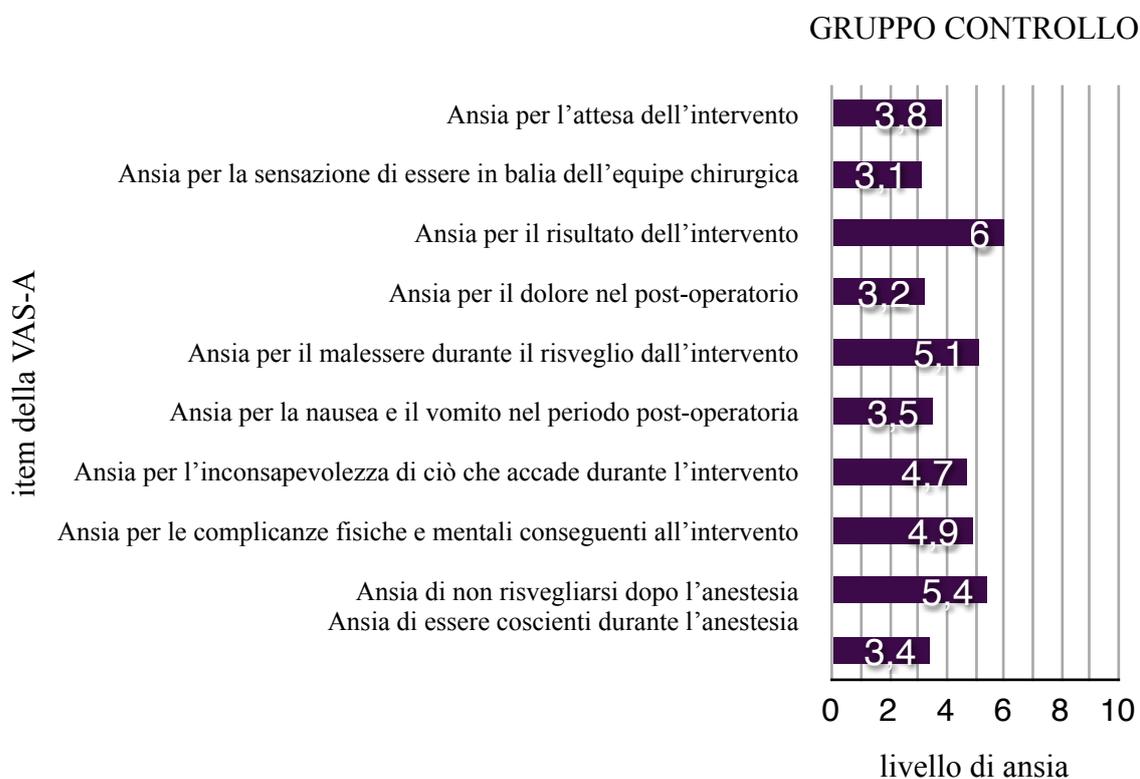


GRAFICO n.2: Grafico dei valori dei vari item della VAS-A al T0 del gruppo caso

3.4 Dati del confronto tra il gruppo *caso* e il gruppo *controllo*

Attraverso la somministrazione della VAS-A è stato possibile rilevare i valori di ansia pre-operatoria iniziali nel campione d'indagine (ALLEGATO n.3).

Il grafico sottostante (GRAFICO n.3) mostra le percentuali d'ansia dei 20 pazienti al T0.

I risultati dei livelli d'ansia sono stati suddivisi per comodità in tre intervalli:

Ansia bassa: sono stati considerati i valori tra 0 e 3,3;

Ansia media: sono stati considerati i valori tra 3,4 e 6,3;

Ansia elevata: sono stati considerati i valori tra 6,7 e 10.

Da tale analisi si può affermare che la maggior parte dei pazienti operandi (40%) presenta un livello d'ansia iniziale elevato (GRAFICO n.3)

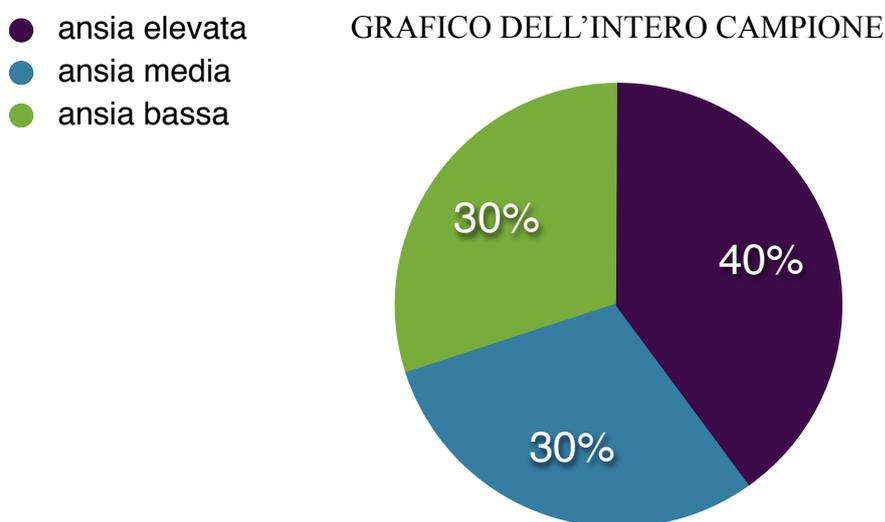


GRAFICO n.3: *Grafico degli intervalli d'ansia pre-operatoria alle ore 14.00 dell'intero campione d'indagine.*

Nello specifico al T0 (ALLEGATO n.3) il gruppo *caso* presenta per la maggior parte (50%) utenti che riportano livelli d'ansia elevata, mentre nel gruppo *controllo* la prevalenza di utenti (40%) presenta un livello d'ansia basso.

I valori al T1 (ALLEGATO n. 10) variano per il gruppo *caso* che presenta per il 50% utenti con un livello d'ansia basso mentre restano invariati per il gruppo *controllo* che mantiene per il 40% utenti con un livello d'ansia basso.

Il grafico sottostante (ALLEGATO n.11) illustra il confronto tra la diminuzione del numero di pazienti del gruppo *caso*, che presentano un livello d'ansia elevato, e la situazione invariata dei pazienti del gruppo *controllo* (GRAFICO n.4).

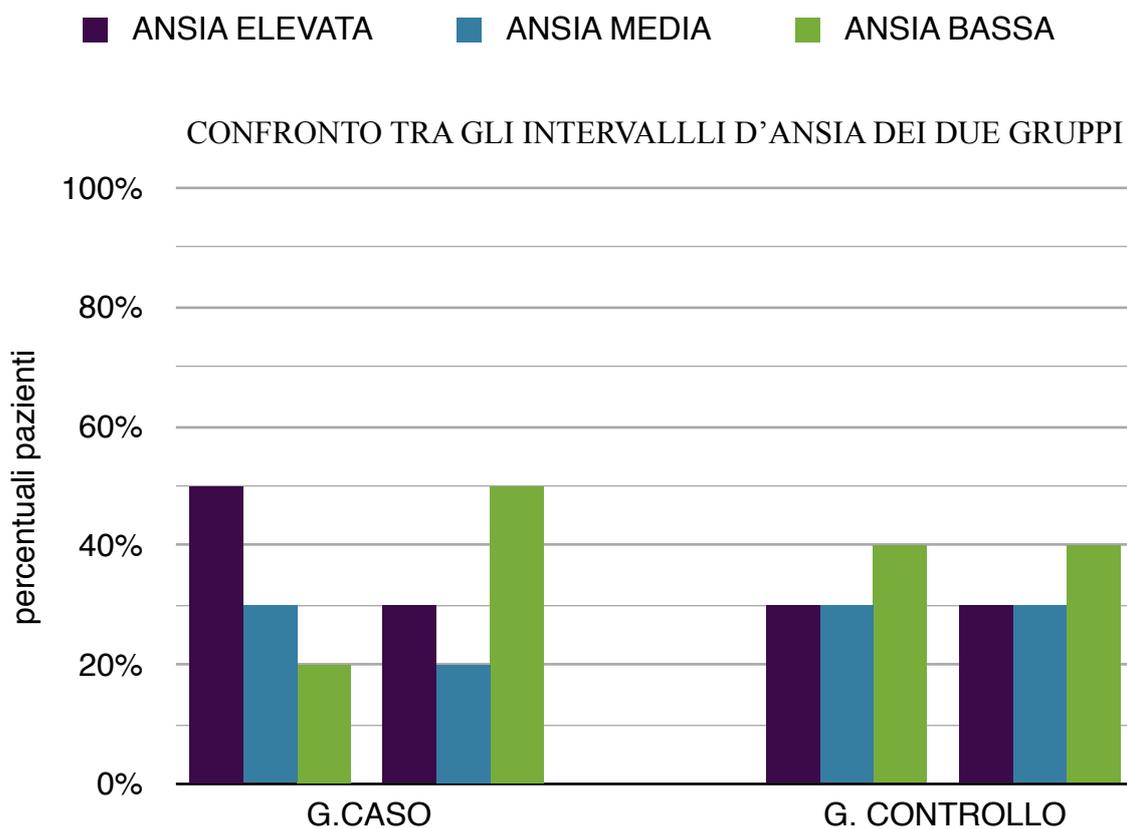


GRAFICO n.4: Grafico degli intervalli d'ansia alle ore 14.00 e alle ore 20.00 del pomeriggio prima l'operazione: confronto tra gruppo caso e gruppo controllo.

3.5 Discussione dei risultati

Con questo studio si è voluto valutare l'efficacia della metodologia dell'ascolto attivo a letto del paziente proposta dalla filosofia di Carl Rogers come possibile mezzo per la riduzione dell'ansia pre-operatoria. I dati ricavati dalla compilazione della VAS-A evidenziano una diminuzione dei livelli d'ansia per il gruppo *caso* dalla prima alla seconda somministrazione. Lo scostamento è minimo, compreso tra l'1 e il 25%, sembrerebbe quindi che, come sostiene C. Rogers nella *Terapia centrata sul cliente*, esprimere le proprie preoccupazioni, le proprie angosce e i propri sentimenti verso una persona che presti un ascolto attivo non giudicante porta la persona ad aprirsi e prendere coscienza della situazione da affrontare trovando dentro di sé la forza o le energie finalizzate a trovare lui stesso le soluzioni ai problemi.

In questo contesto il problema da affrontare era l'ansia pre-operatoria da parte degli utenti. I pazienti del gruppo *caso* hanno diminuito le loro preoccupazioni dopo l'attivazione dell'ascolto attivo diversamente dal 90% degli utenti appartenenti al gruppo *controllo* che presentano un aumento dei livelli d'ansia con uno scostamento compreso tra l'1 e il 25%.

I risultati ottenuti potrebbero variare se il campione d'indagine fosse più esteso e se questo metodo fosse applicato più volte durante la degenza del paziente, iniziando già dalla prima visita pre-operatoria.

Si evidenzia che il metodo dell'ascolto attivo ha necessità di essere supportato da altri interventi al fine di ridurre in modo significativo i livelli di ansia, ma è fondamentale asserire che qualsiasi metodologia utilizzata deve essere sostenuta dalle caratteristiche dell'ascolto attivo: contatto psicologico, congruenza, accettazione positiva e incondizionata, comprensione empatica e comunicazione.

Dal lavoro svolto si potrebbe valutare la possibilità di aumentare le informazioni dal momento che il 60% degli utenti ha evidenziato la scarsità delle informazioni ricevute.

Gli item della VAS-A mostrano le principali problematiche che provocano un aumento dell'ansia nei pazienti, queste sono differenti nei due gruppi in quanto gli utenti del gruppo *caso* hanno assegnato valori più alti ai quesiti che riguardano il risultato dell'intervento e la possibilità di avere complicanze fisiche e mentali conseguenti l'operazione, gli utenti del gruppo *controllo*, invece, hanno riportato valori maggiori nei confronti del risultato dell'intervento e della possibilità di non risvegliarsi dopo l'operazione.

La VAS-A si è dimostrata essere uno strumento semplice, veloce, di facile comprensione e non invasivo come sottolineato dalle ricerche scientifiche.

Da questo ne risulta che, se l'infermiere utilizzasse la VAS-A divisa per item nel suo piano assistenziale, si potrebbe identificare precocemente le problematiche ritenute maggiori per i pazienti. Questo permetterebbe di intervenire rapidamente con tutto lo staff per personalizzare l'assistenza orientandola alla diminuzione dei livelli d'ansia pre-operatoria ma soprattutto evitando che questi valori aumentino.

Sicuramente se il personale infermieristico fosse a conoscenza dei possibili metodi e i possibili quesiti che provocano maggior preoccupazione, l'ansia non sarebbe considerata come una diagnosi facoltativa e discrezionale ma come un dovere primario e fondamentale.

Infine si può affermare che i pazienti hanno ottenuto dal metodo non invasivo dell'ascolto attivo un maggior coinvolgimento emotivo, infatti al termine del lavoro hanno manifestato la loro gratitudine e il loro riconoscimento.

Alcune affermazioni che lo dimostrano sono state:

”Grazie Signorina del suo tempo, qui nessuno si è mai interessato ad ascoltarmi”;

“Grazie Silvia, dai ti saluto che ti ho fatto prendere fin troppo tempo”;

“Scusami se ho parlato tanto ma ne avevo bisogno”;

“Vedi Silvia io arrivo dalla Medicina, lì venivano a salutarmi, a chiedermi come stavo, a fare due parole. Da quando sono arrivato qui mi viene da piangere, non c'è nessuno che mi ascolta. Grazie del tuo tempo, non dimenticarti mai che un paziente va ascoltato sempre.”

Durante questi ascolti il 70% degli utenti si è commosso parlando della loro situazione, delle loro aspettative e ricordando i tempi passati, il 100% dei pazienti ha salutato ringraziando del tempo che gli è stato dedicato.

3.6 Le conclusioni

Con questo studio si voleva valutare se l'ipotesi di applicare un intervento non invasivo, come l'ascolto attivo, potesse essere un metodo efficace per la diminuzione dell'ansia pre-operatoria.

La ricerca, condotta attraverso la somministrazione delle VAS-A, ha evidenziato come l'ascolto attivo può essere un metodo positivo nel raggiungimento dello scopo prefissato anche se non significativo. La VAS-A si è dimostrata essere uno strumento positivo per un'indagine preventiva per valutare le preoccupazioni maggiori degli utenti operandi in quanto rileva le tematiche dove gli operatori socio-sanitari, gli infermieri e tutto lo staff possono agire anticipatamente per diminuire i livelli d'ansia pre-operatoria.

L'indagine così condotta mostra alcune limitazioni a causa del tempo e del metodo, si propone quindi di riproporlo con un margine di tempo superiore associando all'ascolto attivo altri interventi.

In una visione futura sarebbe auspicabile anche sensibilizzare maggiormente gli infermieri sulla problematica dell'ansia pre-operatoria e sui possibili metodi non farmacologici attivabili.

BIBLIOGRAFIA

Agarwal A., Ranjan R., Dhiraaj S., Lakra A., Kumar M. and Singh U., Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study, 1 Sep 2005, *Anaesthesia*, 60, pp. 978–81. doi: 10.1111/j.1365-2044.2005.04332.x

American psychiatric association, DSM-5 : Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentale, edizione italiana a cura di Massimo Biondi, introduzione all'edizione italiana di Mario Maj, Milano: R. Cortina, 2014, 5. ed, pp. 222-6.

Bailey L., Strategies for decreasing patient anxiety in the preoperative setting. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 2010; 92, pp. 445.

Bradt J., Dileo C., Shim M., Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD006908. DOI: 10.1002/14651858.CD006908.pub2.

Bruner & Suddarth, *Nursing medico-chirurgico*, 4th ed., Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2010.

Carkhuff R., *L'Arte di Aiutare* , edizioni Erickson, Trento 1993, pp. 19.

Colombo G., *Elementi di psichiatria* Giovanni Colombo, Padova, CLEUP, 2010.

Craven R. F., Hirnle C. J., *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, 4th ed., Casa Editrice Ambrosiana, 2011, pp. 738.

Egan G., *The Skilled Helper: model, skills, and methods for effective helping*, 2 ed., 1982, Pacific Grove, CA Brooks/Cole, pp. 39-48.

Facco E., Stellini E., Bacci C., Manani G., Pavan C., Cavallin F., Zanette G., Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation, *Edizioni Minerva Medica*, 2013; 79; pp. 1389-95.

Farnè M., L'ansia, Bologna, Il mulino, 2003, pp. 10-11.

Fosser V., "Tra Medico e Paziente: un rapporto continuo", Medicina Oncologica VIII edizione Bonadonna G. Elsevier Masson VIII edizione, Milano 2007, pp.1922-23.

Goleman D., Intelligenza Emotiva che cos'è e perchè può renderci felici, Milano: BUR Rizzoli, 2013, pp. 165.

Hansen M.V., Halladin N.L., Rosenberg J., Gögenur I., Møller A.M., Melatonin for pre- and postoperative anxiety in adults, Cochrane Database syst review. 2015 Apr 9;4:CD009861. doi:10.1002/14651858.CD009861.pub2.

Holmes J., Preoperative visiting: landmarks of the journey., British Journal Perioperative Nursing, 2005 Oct;15(10); pp. 434, 436-7, 439-40.

Jiménez-Jiménez M., García-Escalona A., Martín-López A., De Vera-Vera R., De Haro J., Intraoperative stress and anxiety reduction with music therapy: a controlled randomized clinical trial of efficacy and safety., Journal of Vascular Nursing 2013 Sep;31(3); pp. 101-106.

Juall L., Carpenito M., Diagnosi Infermieristiche: Applicazione alla Pratica Clinica, 4th ed., casa editrice Ambrosiana, Milano, 2009, pp. 71-9.

Lindwall L., Von Post I., Bergbom I., Patients' and nurses' experience of perioperative dialogues, Journal of advance nursing, 2003; 43(3); pp. 246-53.

Kiecolt-Glaser J.K., Page G., Marrucha P.T., MacCallum R. C. and Glaser R.: "Psychological influences on surgical recovery. Prospectives from psychoneuroimmunology". American Psychogist, 1998; 11, 1209-1218

Maranets I., Kain Z.N., Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements, Anesthesia Analgesia, 1999; 89; pp. 1346-51.

Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M., Gardolo : Educare le Life skills come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, Erickson, 2004, pp. 10-11.

Mattiotti, A., Crestana, N., Trevisani, A.I., Psicologia e Professione Infermieristica, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1991.

Miller C., Nursing for wellness in older adults, 4th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2004, pp. 241-42.

Mitchell M., Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety, Journal of Advance Nursing 2012, 68, No, 5, pp.1014-254.

Pritchard M.J., Reducing anxiety in elective surgical patients, practice review, 24 January, 2011, Nuersing Times.net.

Pritchard M., Measuring anxiety in surgical patients using a visual analogue scale, Nursing standard 2010, 25(11), pp. 40-4.

Rogers C., Terapia centrata sul cliente Carl R. Rogers a cura di Lucia Lumbelli Scandicci : La nuova Italia, 1997, pp. XX-XXVI.

Rogers C., Terapia centrata sul cliente Carl R. Rogers, tradizione di Gabriella Cacchi Pessani, edizione la meridiana, Bari 2007 pp. 57-62.

Rogers C., The necessary and sufficient condition of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 1957, 21(2), pp. 95-103.

Rogers C., Un Modo di Essere, Martinelli, 1983 (edizione americana 1980), pp. 121.

Sadati L., Pazouki A., Mehdizadeh A., Shoar S., Tamannaie Z., Chaichian S., Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in

candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial., 2013, Dec;27(4), pp. 994-8.

Sevban A., Nadiye O., Funda O., Effect of music on pre-operative anxiety in men undergoing urogenital surgery. Aust, Journal Advanced Nursing 2007, 26, pp. 46.

Scavée V., Dehullu JP, Scavée JP, Michel I., Impact of anxiety in ambulatory superficial venous surgery : a prospective study using the HADS-A Scale., Acta Chir Belg. 2015 Jan-Feb;115(1); pp. 42-8.

Sevban A., Nadiye O., Funda O., Effect of music on pre-operative anxiety in men undergoing urogenital surgery. Aust, Journal Advanced Nursing 2007, 26, pp. 46.

Sukegawa A., Miyagi E., Asai-Sato M., Saji H., Sugiura K., Matsumura T. et al., Anxiety and prevalence of psychiatric disorders among patients awaiting surgery for suspected ovarian cancer, Journal Obstetrics Gynaecology Research, 2008;34; pp. 543-51.

Szekely A., Balog P., Benkő E., Breuer T., Székely J., Kertai M.D. et al. Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery-a 4-year follow-up study, Psychosomatic Medicine, 2007; 69; pp. 625.

Tang J., Gibson S.J., A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety, J Pain, 2005 September; 6(9), pp. 612-9

Wiens A.G., Preoperative anxiety in women, Association of periOperative Registered Nurses Journal, 1998 Jul; 68(1); pp. 74-7, 79-81, 83-8.

Yilmaz M., Sezer H., Gürler H., Bekar M., Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients., Journal Clinical Nursing, 2012, Apr;21(7-8), pp. 956-64.

SITOGRAFIA

www.evidencebasednursing.it/.../06_Interventi_riduzione_ansia_, Marzaduri A. e Pili A.R.,
Interventi infermieristici per la riduzione dell'ansia pre-operatoria,preoperatoria.pdf

www.ulss13mirano.ven.it, Rapporto Generale di attività-anno 2013, pp. 66-71.

Consultato il 10 settembre 2015.

ALLEGATI

Allegato 1

La scala visiva analogica per l'ansia (VAS-A)

Qui sotto è possibile vedere la VAS-A somministrata al campione d'indagine alle ore 14.00 e alle ore 20.00 del pomeriggio prima dell'intervento.

La scala presenta una breve introduzione dello scopo per il quale viene richiesto un aiuto da parte degli utenti e i ringraziamenti per la loro collaborazione.

E' importante sottolineare che lo studente tirocinante nel momento in cui entra in stanza del paziente saluta, si presenta, chieda aiuto per la collaborazione e fornisca oralmente le informazioni al paziente.

La scala VAS-A

Gentil Signor/.ra,

sono Silvia Rosina, una studentessa del terzo anno del corso di laurea di infermieristica, per la stesura della mia tesi di laurea chiedo gentilmente la Sua collaborazione nella compilazione della scala che ha lo scopo di valutare il livello di ansia pre-operatoria da Lei percepito.

Tutte le informazioni e i dati raccolti, rimarranno riservati e anonimi nel pieno rispetto della privacy e saranno utilizzati solo a fini di ricerca.

Le chiedo gentilmente la Sua collaborazione se possibile, per me sarebbe fondamentale il Suo aiuto.

ISTRUZIONI: Pensi all'ansia che sta provando in relazione all'intervento chirurgico a cui si deve sottoporre e metta una crocetta sul punto della linea che meglio corrisponde alla sua situazione, rispetto ai due estremi (che corrispondono all'inizio della linea alla condizione di tranquillità massima e di assenza di ansia e alla fine della linea alla condizione di ansia massima pensabile).

SCALA VISIVA ANALOGICA (VAS)

1. Ansia per l'attesa dell'intervento

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

2. Ansia per la sensazione di essere in balia dell'equipe chirurgica

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

3. Ansia per il risultato dell'intervento

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

4. Ansia per il dolore nel post-operatorio

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

5. Ansia per il malessere durante il risveglio dall'intervento

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

6. Ansia per la nausea e il vomito nel periodo post-operatoria

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

7. Ansia per l'inconsapevolezza di ciò che accade durante l'intervento

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

8. Ansia per le complicanze fisiche e mentali conseguenti all'intervento

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

9. Ansia di non risvegliarsi dopo l'anestesia

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

10. Ansia di essere coscienti durante l'anestesia

ASSENZA _____ ANSIA MASSIMA

DI ANSIA

La ringrazio per il tempo che mi ha dedicato,
il Suo contributo è stato per me fondamentale.

Allegato 2

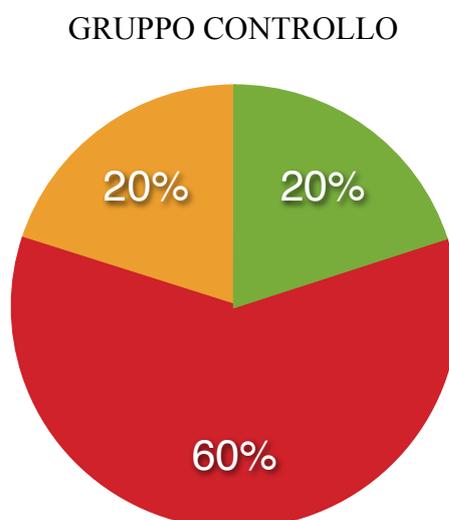
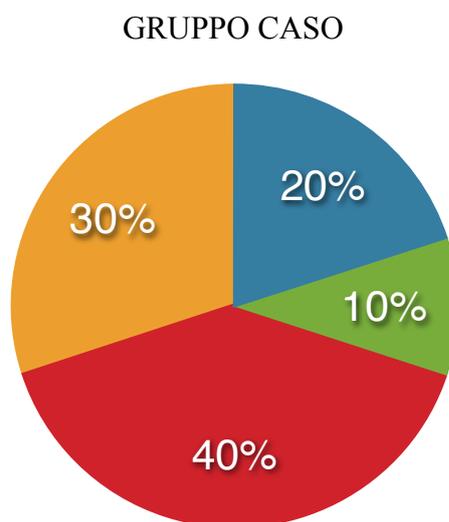
Grafici dei dati socio-demografici

I dati socio-demografico del campione d'indagine sono stati raccolti dalle cartelle cliniche e infermieristiche o dagli utenti se mancavano. Di seguito sono riportati i grafici delle variabili considerate:

Età anagrafica

L'età anagrafica per comodità è stata divisa in cinque fasce:

- tra 18 e 35 anni
- tra 36 e 50 anni
- tra 51 e 65 anni
- tra 66 e 80 anni
- > di 80 anni



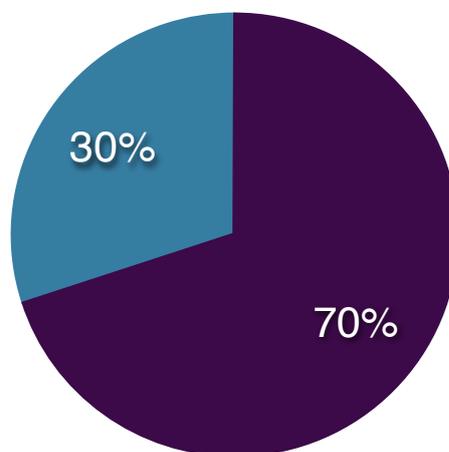
Genere

-maschio

-femmina

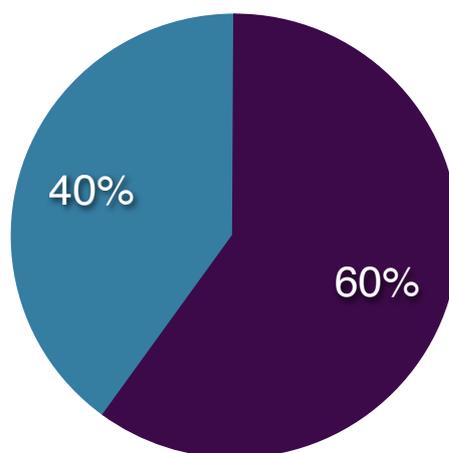
● maschi ● femmine

GRUPPO CASO



● maschi ● femmine

GRUPPO CONTROLLO



Stato civile

-celibe/nubile

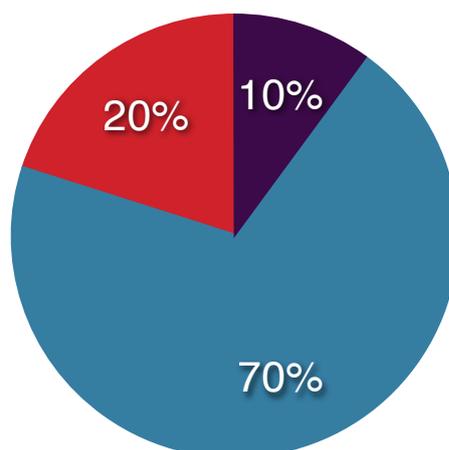
-coniugato/a

-separato/a

-vedovo/a

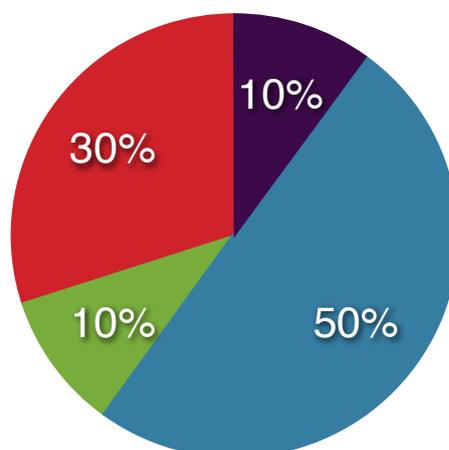
- celibe/nubile
- coniugato/a
- separato/a
- vedovo/a

GRUPPO CASO



- celibe/bubile
- coniugato/a
- separato/a
- vedovo/a

GRUPPO CONTROLLO

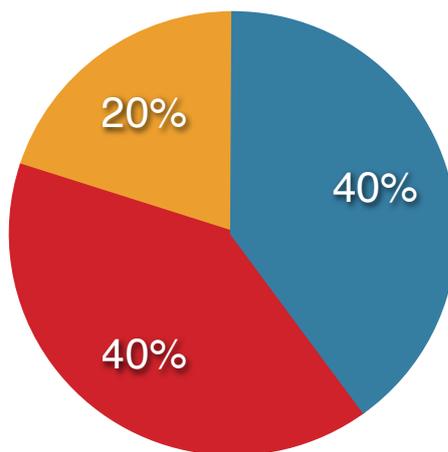


Titolo di studio

- nessun titolo
- licenza elementare
- diploma di scuola media inferiore
- diploma di scuola media superiore
- laurea

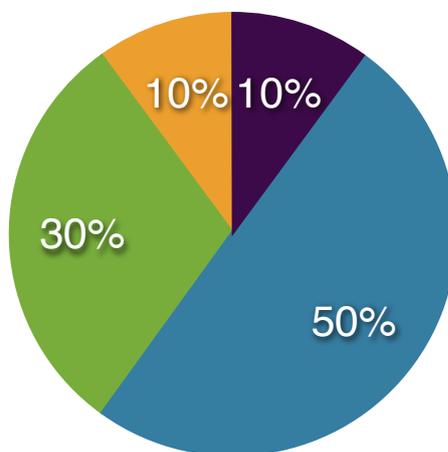
- nessun titolo
- licenza elementare
- diploma medie inferiori
- diploma medie superiori
- laurea

GRUPPO CASO



- nessun titolo
- licenza elementare
- diploma medie inferiori
- diploma medie superiori
- laurea

GRUPPO CONTROLLO



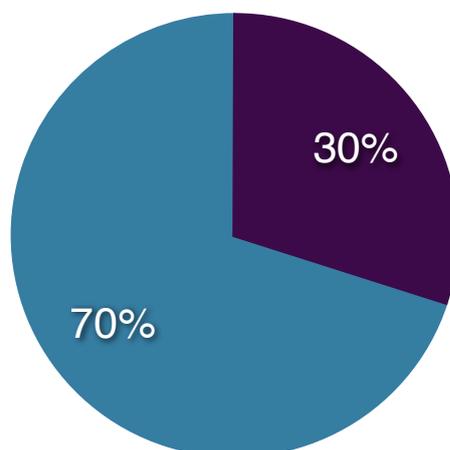
Attività lavorativa

-pensionato

-lavoratore

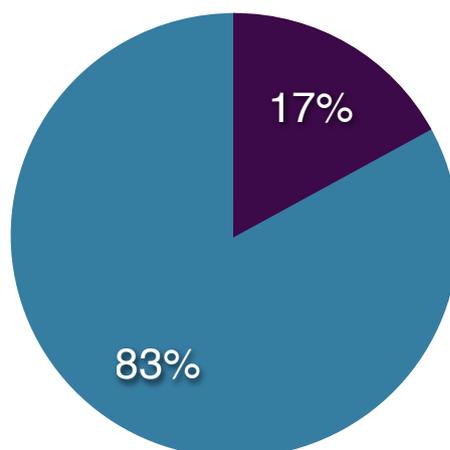
● lavoratori ● pensionati

GRUPPO CASO



● lavoratori ● pensionati

GRUPPO CONTROLLO



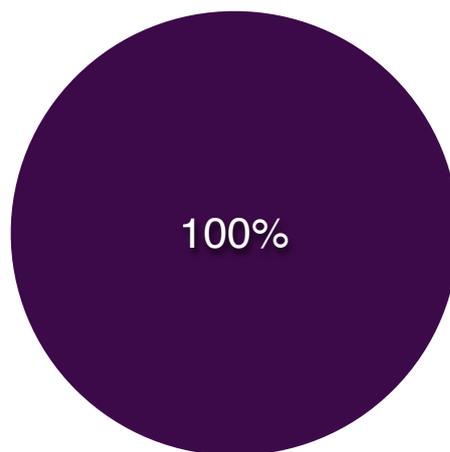
Origine

-italiana

-estera

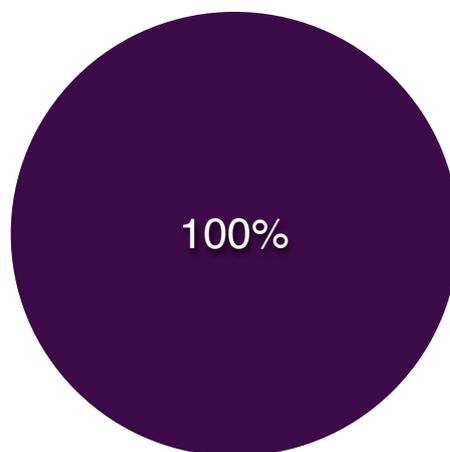
● italiana ● estera

GRUPPO CASO



● italiana ● estera

GRUPPO CONTROLLO

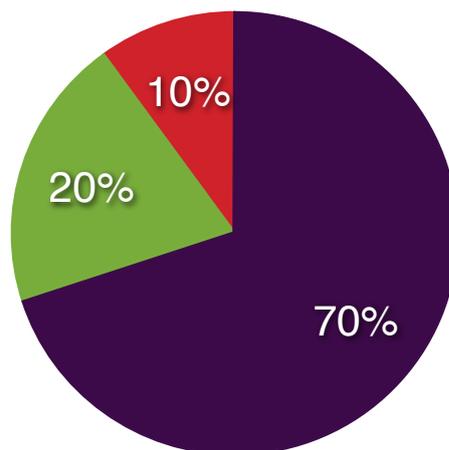


Situazione sociale

- convivenza con coniuge
- convivenza con figli
- vive da solo
- altro

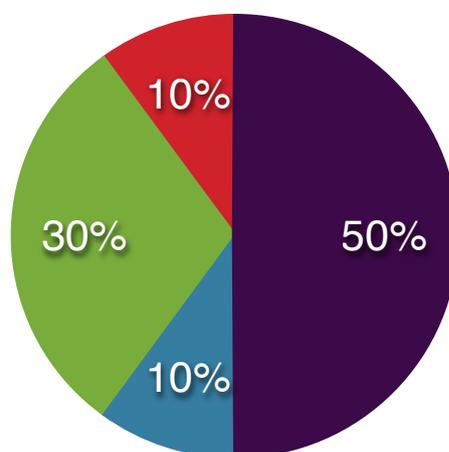
- con coniuge
- con figli
- da solo
- altro

GRUPPO CASO



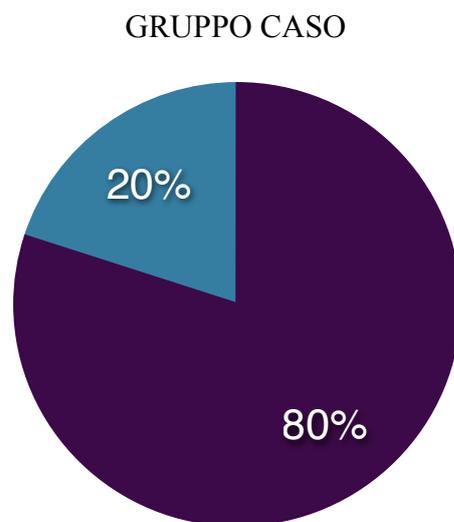
- con coniuge
- con figli
- da solo
- altro

GRUPPO CONTROLLO



Precedenti interventi chirurgici

- SI' esperienze chirurgiche
- NO esperienze chirurgiche



- SI' esperienze chirurgiche
- NO esperienze chirurgiche

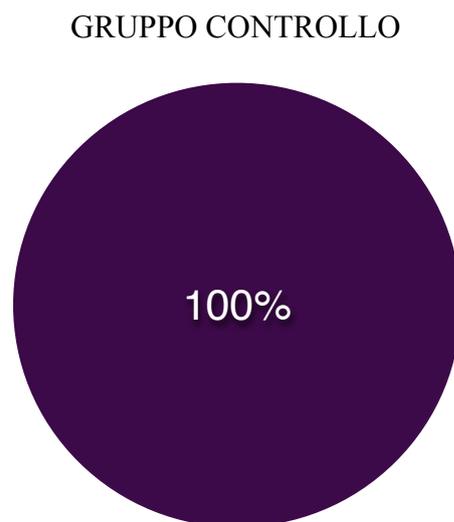


Tabella riassuntiva dei dati socio-demografici

Tabella I: dati socio-demografici

Dati socio-demografici		Gruppo <i>caso</i>	Gruppo <i>controllo</i>
età	18-35 aa	0%	0%
	36-50 aa	20%	0%
	51-65 aa	10%	20%
	66-80 aa	40%	60%
	>80 aa	30%	20%
genere	maschile	30%	40%
	femminile	40%	60%
stato civile	celibe/nubile	10%	10%
	coniugato/a	70%	50%
	separato/a	0%	10%
	vedovo/a	20%	30%
titolo di studio	nessun titolo	0%	10%
	licenza elementare	40%	50%
	diploma medie inferiori	0%	30%
	diploma medie superiori	40%	0%
	laurea	20%	10%
attività lavorativa	pensionato	70%	83%
	lavoratore	30%	17%
origine	italiana	100%	100%
	estera	0%	0%
situazione sociale	convivenza con coniuge	70%	50%
	convivenza con figli	0%	10%
	vive da solo	20%	30%
	altro	0%	0%
precedenti interventi	sì	80%	100%
	no	20%	0%

Allegato 3

Livelli di ansia iniziale (definito T0)

Vengono in seguito riportati i livelli d'ansia iniziale ricavati con la VAS-A al T0 che corrisponde alle ore 14.00 del pomeriggio prima dell'intervento. I valori sono stati raggruppati nelle tre sotto-categorie: ansia elevata, ansia media, ansia bassa.

Tabella II: livelli d'ansia pre-operatoria iniziale nel campione d'indagine

Ansia		Intero campione	
	Intervallo	N° pazienti	Percentuale
Ansia elevata	6,7-10	8	40%
Ansia media	3,4-6,6	6	30%
Ansia bassa	0-3,3	6	30%

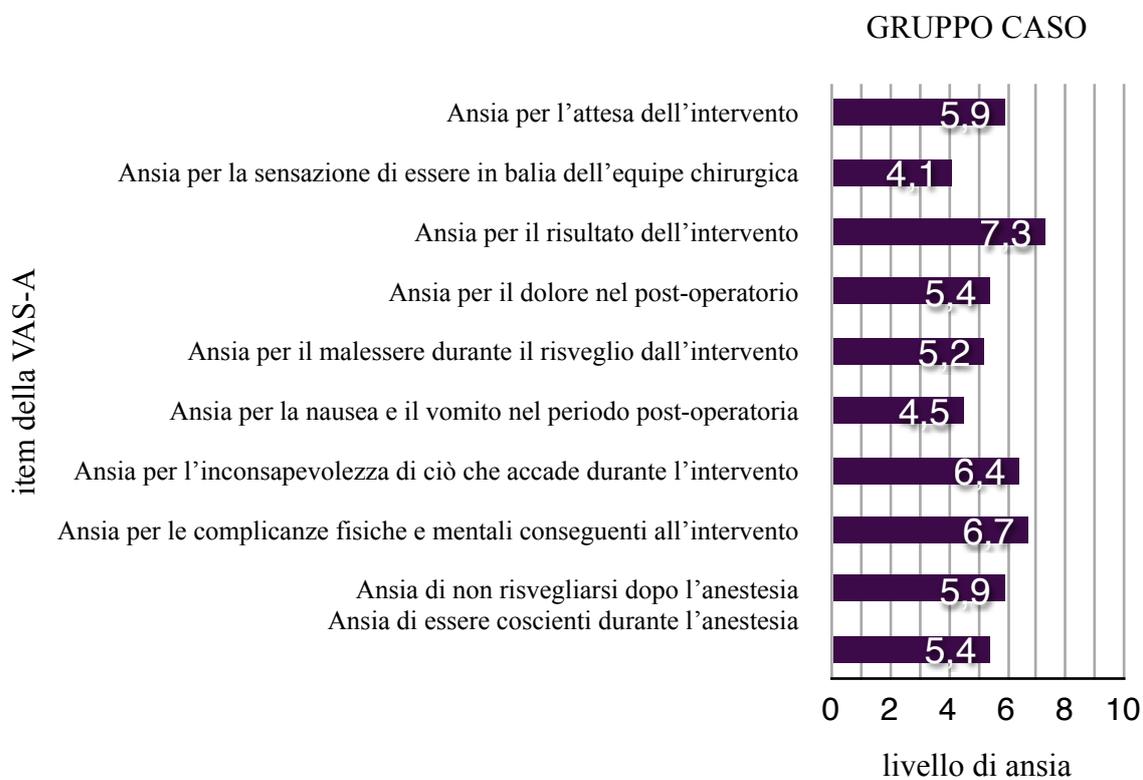
Tabella III: livelli d'ansia pre-operatoria iniziale nel gruppo *caso* e nel gruppo *controllo*

Ansia		Gruppo <i>caso</i>		Gruppo <i>controllo</i>	
	Intervallo	N° pazienti	Percentuale	N° pazienti	Percentuale
Ansia elevata	6,7-10	5	50%	3	30%
Ansia media	3,4-6,6	3	30%	3	30%
Ansia bassa	0-3,3	2	20%	4	40%

Allegato 4

Livelli di ansia pre-operatoria nei singoli item al T0 del gruppo caso

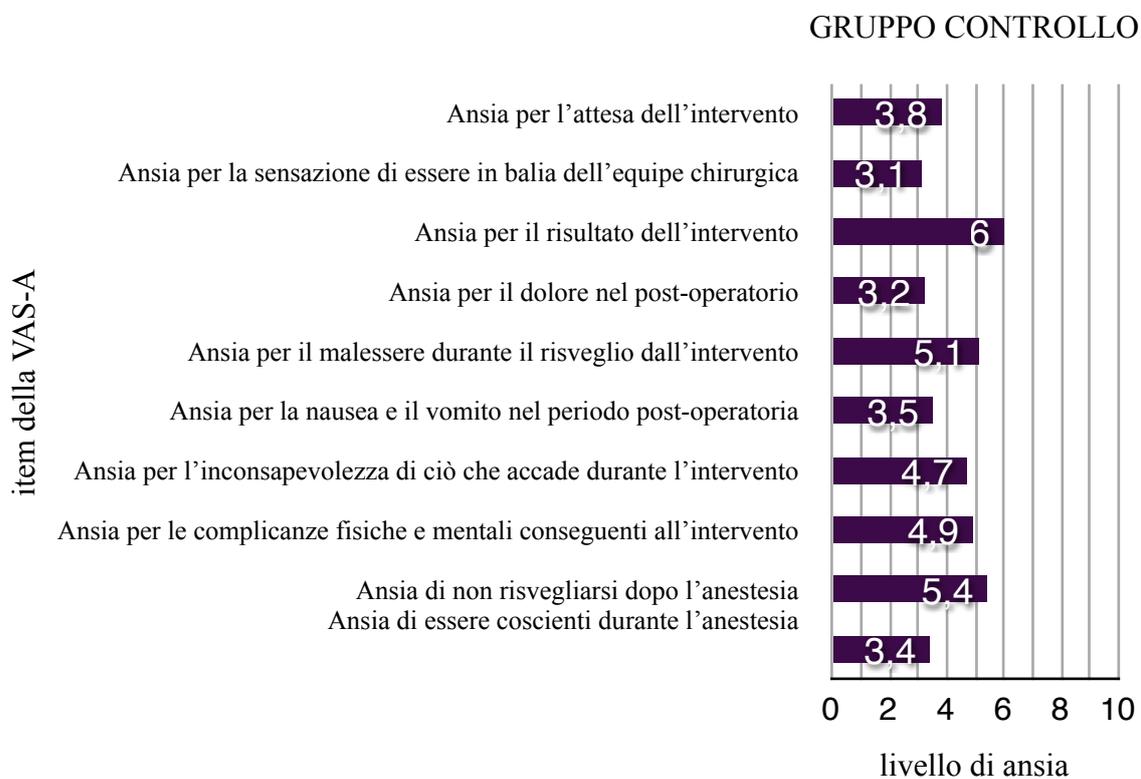
Sotto è rappresentato il grafico dei livelli medi di ansia per ciascun item della VAS-A del gruppo *caso* al T0.



Allegato n.5

Livelli di ansia pre-operatoria nei singoli item al T0 del gruppo controllo

Sotto è rappresentato il grafico dei livelli medi di ansia per ciascun item della VAS-A del gruppo *controllo* al T0.



Allegato 6

Confronto della misurazione dell'ansia al T0 e al T1 del gruppo *caso* la tabella

riporta:

- nella prima colonna il codice numerico del paziente;
- nella seconda colonna la prima rilevazione dell'ansia pre-operatoria con la VAS-A a T0 effettuata alle ore 14.00 del giorno prima dell'intervento;
- nella terza colonna la seconda rilevazione dell'ansia pre-operatoria con la VAS-A a T1 effettuata alle ore 20.00 del giorno prima dell'intervento;
- la quarta colonna lo scostamento dell'ansia pre-operatoria T0-T1
- la quinta colonna lo scostamento dell'ansia pre-operatoria in percentuale

Tabella IV: scostamento dell'ansia pre-operatoria nel gruppo *caso*

Codice numerico pz	VAS-A al T0	VAS-A al T1	T0-T1	Scostamento %
1	7,6	7,0	-0,6	- 8%
2	7,6	6,4	-1,2	- 16%
3	4,0	3,1	-0,9	- 23%
4	3,5	2,8	-0,7	- 20%
5	2,6	1,4	-1,2	- 46%
6	4,2	3,3	-0,9	- 21%
7	2,7	2,0	-0,7	- 26%
8	9,0	6,8	-2,2	- 24%
9	8,6	7,4	-1,2	- 14%
10	6,6	4,5	-2,3	- 34%

Allegato n.7

Confronto della misurazione dell'ansia al T0 e al T1 del gruppo *controllo* la tabella riporta:

- nella prima colonna il codice numerico del paziente;
- nella seconda colonna la prima rilevazione dell'ansia pre-operatoria con la VAS-A a T0 effettuata alle ore 14.00 del giorno prima dell'intervento;
- nella terza colonna la seconda rilevazione dell'ansia pre-operatoria con la VAS-A a T1 effettuata alle ore 20.00 del giorno prima dell'intervento;
- la quarta colonna lo scostamento dell'ansia pre-operatoria T0-T1
- la quinta colonna lo scostamento dell'ansia pre-operatoria in percentuale.

Tabella V: scostamento dell'ansia pre-operatoria nel gruppo *controllo*

Codice numerico pz	VAS-A al T0	VAS-A al T1	T0-T1	Scostamento in %
1	7,15	8,6	+1,45	+ 20%
2	7,5	8,35	+0,85	+11%
3	1,9	3,05	+1,15	+ 60%
4	6,8	7,6	+0,8	+ 12%
5	1,6	3,2	+1,6	+ 100%
6	4,21	4,4	+0,19	+ 5%
7	4,4	5,5	+1,1	+ 25%
8	2,9	3,2	+0,3	+ 10%
9	3,3	2,7	-6	- 18%
10	3,9	4,9	+1	+ 26%

Allegato 8

Tabella VI: tipologia di scostamento dei livelli di ansia pre-operatoria T0-T1 del gruppo *caso*.

Tipologia di scostamento	Numero di pazienti	Percentuale
diminuzione dell'ansia	10	100%
nessuna variazione	0	0%
aumento dell'ansia	0	0%

La tabella e il grafico sottostante riportano i livelli di diminuzione dell'ansia pre-operatoria del gruppo *caso* in % divisa, per comodità, in quattro fasce:

- diminuzione compresa tra 1 e 25%;
- diminuzione compresa tra 26 e 50%;
- diminuzione compresa tra 51 e 75%;
- diminuzione compresa tra 76 e 100%.

Tabella VII: % di diminuzione dell'ansia pre-operatoria nel gruppo *caso*

Fasce di intervallo	Numero di pazienti	Percentuale
diminuzione compresa tra 1 e 25%	7	70%
diminuzione compresa tra 26 e 50%	3	30%
diminuzione compresa tra 51 e 75%	0	0%
diminuzione compresa tra 76 e 100%	0	0%

Allegato 9

Tabella VIII: tipologia di variazione dei livelli di ansia pre-operatoria tra la prima somministrazione e la seconda nel gruppo *controllo*.

Tipologia di variazione	Numero di pazienti	Percentuale
diminuzione dell'ansia	1	10%
nessuna variazione	0	0%
aumento dell'ansia	9	90%

La tabella e il grafico sottostante riportano i livelli di diminuzione dell'ansia pre-operatoria del gruppo *controllo* in % divisa, per comodità, in quattro fasce:

- diminuzione compresa tra 1 e 25%;
- diminuzione compresa tra 26 e 50%;
- diminuzione compresa tra 51 e 75%;
- diminuzione compresa tra 76 e 100%.

Tabella IX: % di aumento dell'ansia pre-operatoria nel gruppo *controllo*.

Fasce di intervallo	Numero di pazienti	Percentuale
aumento compreso tra 1 e 25%	6	60%
aumento compreso tra 26 e 50%	1	10%
aumento compreso tra 51 e 75%	1	10%
aumento compreso tra 76 e 100%	1	10%

Allegato 10

Confronto tra i livelli d'ansia del gruppo *caso* e *controllo* a T1 che corrisponde alle ore 20.00 della sera prima dell'intervento

Grazie alle misurazioni dei livelli d'ansia con la VAS-A è stato ulteriormente possibile confrontare i livelli del gruppo *caso* e *controllo* T1 (ore 20.00 della sera prima dell'intervento).

Vengono ora rappresentati i valori nella tabella tenendo presente le diverse fasce dei livelli d'ansia divisi per comodità in:

Ansia bassa: sono stati considerati i valori tra 0 e 3,3;

Ansia media: sono stati considerati i valori tra 3,4 e 6,3;

Ansia elevata: sono stati considerati i valori tra 6,7 e 10.

Tabella X: livelli d'ansia pre-operatoria finali nel gruppo *caso* e nel gruppo *controllo*

Ansia		Gruppo <i>caso</i>		Gruppo <i>controllo</i>	
	Intervallo	N° pazienti	Percentuale	N° pazienti	Percentuale
Ansia elevata	6,7-10	3	30%	3	30%
Ansia media	3,4-6,6	2	20%	3	30%
Ansia bassa	0-3,3	5	50%	4	40%

Allegato 11

Confronto tra i livelli d'ansia del gruppo *caso* e *controllo* T0-T1 che corrisponde rispettivamente alle ore 14.00 e alle ore 20.00 della sera prima dell'intervento

Grazie alle misurazioni dei livelli d'ansia con la VAS-A al T0 e T1, si possono ora confrontare gli intervalli d'ansia tra la prima e la seconda rilevazione nel gruppo *caso*, al quale è stato attivato l'ascolto attivo, e nel gruppo *controllo*.

