

VARIATION

Philippe DELMAS, Infirmier anesthésiste*

Chantal ARNOL, Cadre Supérieur Infirmier, Formateur **

Lyne CLOUTIER, Chargée de mission : développement de la recherche en Soins Infirmiers***

L'INFLUENCE D'UN ENSEIGNEMENT PRÉOPÉRATOIRE SUR L'ANXIÉTÉ DU PATIENT ADULTE OPÉRÉ

RÉSUMÉ

L'anxiété du patient en préopératoire est un phénomène observable quotidiennement par les infirmières de chirurgie. Cette anxiété peut avoir des répercussions sur le bon déroulement de l'intervention chirurgicale prévue, ainsi que sur le séjour du patient.

Je me propose dans cette recherche quasi-experimentale de montrer l'influence que peut avoir un enseignement préopératoire standardisé sur l'anxiété ressentie par le patient.

J'ai choisi comme modèle conceptuel la théorie de soin de Betty NEUMAN qui est peu connue en France.

Les échelles de mesure de l'anxiété mises au point par SPIELBERGER, m'ont permis de démontrer que l'introduction d'un enseignement préopératoire permettait une diminution significative du taux d'anxiété.

L'importance de la dimension éducative du soin ne fait qu'être renforcée par cet exemple.

Mots-clés : Anxiété - Patient - Stress - Enseignement préopératoire - Intervention chirurgicale.

Ces observations nous laissent croire que les patients qui subissent une anesthésie pour intervention chirurgicale manifestent un état d'anxiété.

Pour remédier à ce problème, des programmes d'enseignement préopératoire ont été élaborés par les anglosaxons depuis 1971 (LINDEMAN et VAN AERMAN).

Par ailleurs en France, la littérature ne fait pas état de prise en charge personnalisée de cette anxiété malgré un réel intérêt de la part des acteurs de santé.

A la lumière des connaissances sur les effets que peut entraîner l'anxiété, cette recherche a tenté de démontrer l'impact d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte.

De ce constat a émergé cette question de recherche :

« L'utilisation d'un programme d'enseignement en préopératoire par les infirmières de chirurgie diminue-t-il le niveau d'anxiété des patients adultes opérés ? »

Les hypothèses de recherche retenues sont :

HO : L'enseignement préopératoire n'a pas d'influence sur l'anxiété situationnelle du patient adulte opéré.

H1 : L'enseignement préopératoire diminue l'anxiété situationnelle du patient adulte opéré.

Le but retenu pour cette étude a été d'évaluer les effets d'un programme d'enseignement structuré sur le niveau d'anxiété situationnelle et de personnalité des patients adultes en période préopératoire.

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Le stress est une notion difficile à définir car il en est donné diverses significations. Certains l'utilisent pour décrire une sensation désagréable ou la réaction à l'agent d'agression, d'autres pour décrire le stimulus lui-même ou la source de stress. Celui dont le nom est couplé avec le stress reste SELYE (1936), avec sa description du « Syndrome général d'adaptation ».

INTRODUCTION

Les infirmières de chirurgie observent chez les patients la veille ou le matin de leur l'intervention; des signes, des symptômes tels que des sueurs, des tremblements, une hypertension artérielle, une mydriase, une augmentation de la fréquence cardiaque, accompagnés par un sentiment d'inquiétude, d'impuissance, d'irritabilité et ou de passivité.

* Philippe DELMAS, SAMU, CHC Cahors.

** Chantal ARNOL, Institut de Formation des Cadres de santé, CHU Toulouse.

*** Lyne CLOUTIER, CHU Toulouse.

VARIATION

L'INFLUENCE D'UN ENSEIGNEMENT PRÉOPÉRATOIRE SUR L'ANXIÉTÉ DU PATIENT ADULTE OPÉRÉ

Les auteurs de référence choisis pour cette étude sont ELLIOT et EISDORFER (1982). Ils ont proposé un modèle conceptuel qui englobe de multiples éléments :

- le facteur d'activation potentiel,
- la réaction à ce facteur,
- les conséquences avec la présence de médiateur.

En reprenant ces différents termes, nous pouvons dire :

- que le facteur d'activation potentiel est un événement ou un agent intérieur ou extérieur qui modifie l'état physique ou psychologique de l'individu (ELLIOT, 1989) ;
- que les réactions sont des réponses physiologiques et psychologiques déclenchées en présence de stress ;
- qu'il existe des médiateurs qui influencent la réaction de l'individu à un facteur d'activation.

Le rapprochement effectué permet d'émettre l'idée que l'enseignement peut être un médiateur par rapport au facteur d'activation (intervention chirurgicale, anesthésie) qui a pour conséquence une activation du système orthosympathique et un état de mal être. Les chercheurs ont souvent lié l'anxiété et le stress.

L'anxiété peut également être conçue comme une émotion qui accompagne le stress. La définition donnée par CARPENITO est la suivante « L'anxiété est un vague sentiment de malaise, d'origine indéterminée ou inconnue ». D'autres auteurs ont écrit sur l'anxiété et selon LESSOW (1987), elle est une des problématiques la plus couramment rencontrée par l'infirmière.

Plusieurs définitions théoriques peuvent être retenues : celui de la psychanalytique (FREUD, FROMM, 1941) ou celui de la biologie (au niveau des récepteurs des benzodiazépines).

La définition qui a été retenue dans le cadre de cette recherche est celle de SPIELBERGER (1966) : « l'anxiété se définit comme un état comportant des sensations déplaisantes de tension et d'appréhension, perçues consciemment, accompagnées de l'activation ou de l'éveil du système autonome »,

L'anxiété est donc pour cet auteur une émotion subdivisée en deux composantes : l'anxiété *situationnelle* et l'anxiété *de personnalité* qui serviront de grille de lecture pour cette recherche

L'anxiété *situationnelle* est définie comme un état émotionnel transitoire ou une condition de l'organisme humain caractérisée par une sensation de tension et d'appréhension subjective et consciemment perçue, qui varie en intensité et qui fluctue dans le temps.

L'anxiété *de personnalité* par ailleurs se réfère à une prédisposition individuelle relativement stable à éprouver des états d'anxiété ou à répondre à des situations perçues comme menaçantes et s'accompagnant d'une élévation de l'anxiété situationnelle. SPIELBERGER et coll (1966) ont mis au point une échelle de mesure de ces deux types d'anxiété (state and trait inventory soit le STAI).

Le modèle conceptuel retenu pour cette recherche est celui de Betty NEUMAN. En effet, celui-ci s'appuie sur le concept de l'homéostasie des systèmes et sur la théorie de SELYE. Il tient compte de la personne, de l'environnement, de la santé et des soins infirmiers.

Ce modèle en soins infirmiers permet l'évaluation des agents de stress en présence. Pour cette théoricienne, la personne est un tout et représente un système dynamique cherchant l'équilibre entre les différents facteurs intra, inter et extra-personnels qui sont les forces inhérentes à la personne elle-même. Tous ces facteurs interagissent avec l'environnement interne et externe de la personne et influencent l'équilibre de son système, soit son état de santé. En effet, celui-ci dépend de l'harmonie des forces de son environnement protecteur, lequel lui permet de faire face aux agents de stress qu'elle définit comme des forces bénéfiques ou novices.

NEUMAN conceptualise la protection de la personne contre les agents de stress par une série de lignes de défense et de résistances organisées en cercles concentriques. Le but de ces lignes est de protéger le noyau central de l'individu. Ces lignes qui entourent le noyau central sont au nombre de trois. On trouve en partant de l'extérieur vers l'intérieur : la ligne flexible de défense, la ligne normale de défense et la ligne de résistance.

L'externe, la ligne flexible de défense, est à la fois perméable et en mouvement. Elle permet de modifier momentanément ses habitudes de vie afin de ne pas atteindre la ligne normale de défense. La ligne flexible de défense représente l'état actuel de la personne.

La ligne normale de défense est ce que la personne est devenue après avoir adopté certains modes ou habitudes de vie. Quand un agent de stress touche cette ligne normale de défense, une réaction se produit.

La ligne de résistance comprend les caractéristiques particulières de la personne. Elle protège le noyau central. Elles permettent à la personne de restaurer son homéostasie (par exemple : les réactions de protection du système immunitaire).

Quant au noyau, il est la structure de base renfermant les éléments essentiels à la survie (la respiration, la température centrale...) Si les lignes de résistance n'arrivent pas à combattre les agents de stress, le noyau peut être affecté au point de présenter des séquelles permanentes de la maladie ou une mort imminente.

Les soins infirmiers, en manipulant tous ces facteurs, arrivent à renforcer les lignes protectrices et à combattre les agents de stress.

NEUMAN définit trois dimensions au niveau des soins infirmiers : primaire, secondaire et tertiaire.

Les soins de prévention primaire sont représentés par les actions permettant au système de conserver son équilibre, donc de réduire les possibilités de rencontre avec les agents de stress potentiels.

Les soins de prévention secondaire aident au rétablissement des dommages en cours de traitement.

Les soins de prévention tertiaire sont orientés vers la rééducation et empêchent les déséquilibres de se reproduire. Ils permettent ainsi le maintien de la stabilité du système.

En synthèse, les agents de stress menacent perpétuellement l'équilibre de l'individu. Chaque personne possède les capacités de s'adapter au stress à l'intérieur de ses limites, elle parvient à s'adapter sans effort particulier. Par contre, si les changements l'obligent à franchir son seuil d'adaptabilité qui peut être représenté par sa ligne flexible de défense, l'équilibre est perdu. Cette perte de l'homéostasie entraîne des réactions face aux agents stressants. Ces réactions à la fois physiques et psychologiques engendrent un état d'anxiété avec des manifestations somatiques, pouvant altérer le noyau central de l'individu. L'intervention chirurgicale et l'anesthésie générale sont deux agents stressants qui peuvent déformer la ligne flexible, puis la ligne normale de défense jusqu'à atteindre le noyau central.

Les actions infirmières se situent au niveau d'actions de prévention primaire et secondaire. L'individu est en contact avec les agents stressants lors de son hospitalisation. Les soins infirmiers auront comme priorité le rétablissement des dommages en cours et le traitement des symptômes, en lien avec l'anxiété. L'intervention retenue pour l'infirmière dans le cadre de cette recherche est de prodiguer un enseignement préopératoire la veille de l'intervention chirurgicale.

L'enseignement peut être une source infinie de discussion suivant les approches pédagogiques choisies. Après avoir exploré des approches psychologiques exclusives (DUMAS et LEONARD, 1963), ou bien éduca-

tives pures (HEALY, 1968), celle retenue pour cette étude est une approche mixte. Elle consiste d'une part à laisser le patient exprimer ses craintes, ses angoisses, ses préjugés face à l'anesthésie et l'intervention chirurgicale, d'autre part à prodiguer un enseignement systématique. LANGER, JANIS et WOLFER (1975) ont démontré que cette approche semble être la plus efficace sur l'anxiété. Par contre, il n'existe aucun consensus quant au contenu de l'enseignement ni au moment le plus favorable pour effectuer cet enseignement.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude est de type quasi-expérimentale. Elle a pour but de décrire l'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte la veille de l'intervention. Elle s'est déroulée du 20 mars au 30 avril 1995 dans un service de chirurgie orthopédique du centre hospitalier de Cahors.

Terrain et population choisie

Pour cette étude, les critères d'inclusions retenus sont les suivants :

- sexe : homme OU femme,
- âge : 50 à 85 ans,
- type de chirurgie réglée : chirurgie orthopédique,
- type d'intervention : pose d'une prothèse de hanche sous anesthésie générale,
- comprendre, lire, s'exprimer en français,
- avoir signé un consentement éclairé.

20 patients ont participé à l'étude répartis en deux groupes de 10.

10 patients ont répondu au test STAI d'anxiété à deux moments différents de l'après-midi sans avoir bénéficié d'un enseignement préopératoire entre ces deux moments. Ils ont fait partie du groupe témoin nommé A1.

Les 10 autres patients ont de la même façon répondu au test STAI d'anxiété, à 14 et 20 heures mais ont bénéficié d'un enseignement préopératoire entre temps. Ils forment le second groupe nommé A2.

L'INFLUENCE D'UN ENSEIGNEMENT PRÉOPÉRATOIRE SUR L'ANXIÉTÉ DU PATIENT ADULTE OPÉRÉ

La répartition des patients au niveau des deux groupes s'est effectuée de façon aléatoire suivant la semaine d'admission.

Afin d'assurer la protection des droits des participants, le but de la recherche a été exposé à chaque futur participant avant de leur demander leur adhésion. L'anonymat a été aussi préservé en codifiant par un numéro les informations recueillies.

Instrument de mesure de l'anxiété

Les tests de mesure retenus ont été élaborés par SPIELBERGER et coll. (1966) et porte le nom de STAI « le State and Trait Anxiety Inventory » (annexe 1), dans le but de mettre au point une mesure valide de l'anxiété situationnelle et de personnalité.

Les études sur la fidélité et la fiabilité du STAI se sont révélées très satisfaisantes. Par ailleurs, la fidélité test-retest est plus modérée, ce qui est explicable lorsqu'on mesure un état émotionnel transitoire.

Chaque test se décompose en vingt adjectifs caractérisant une attitude, dix de ces mots traduisant l'anxiété ou la peur, dix autres non liés à l'anxiété sont intercalés entre eux afin de ne pas induire des réponses suggérant un niveau d'anxiété plus élevé qu'en réalité.

Pour faciliter la compréhension, le test de mesure a été lu par le chercheur, chaque vocable a été affecté d'une échelle d'intensité allant de 0 à 4.

Par exemple, les réponses possibles à la question « Je me sens calme » sont :

- 0 = pas du tout,
- 1 = un peu,
- 2 = moyennement,
- 3 = beaucoup,
- 4 = énormément.

Le score final du patient est obtenu par la somme des scores des différentes réponses. De plus, un prétest a été effectué auprès de cinq patients hospitalisés.

Avant de mesurer cette anxiété, un programme d'enseignement préopératoire a été élaboré par le chercheur lui-même à partir de programmes d'enseignements déjà utilisés aux USA (annexe 2).

Les objectifs poursuivis ont été au nombre de deux :

— apporter dans un premier temps une information au patient sur les sujets de l'intervention chirurgicale et de l'anesthésie,

— de permettre au patient de verbaliser son anxiété, son ressenti.

Déroulement de l'enquête

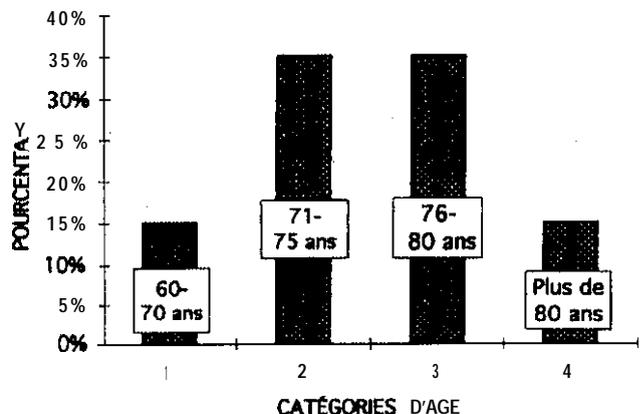
Avant la mise en route de l'étude, les accords du Directeur du Service Infirmier, du Chirurgien concerné, des médecins anesthésistes ont été obtenus. La recherche a été ensuite présentée au cadre infirmier ainsi qu'à l'équipe du service. Les patients remplissant les critères d'inclusion ont été classés en A1 ou A2 selon la semaine d'admission dans le service. L'étude fut expliquée par le chercheur aux patients et suite à leur accord écrit, les tests ont été effectués à deux moments différents (14 et 20 heures) pour les deux groupes.

PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Données socio-démographiques (figure 1)

L'âge des patients varie entre 60 à 80 ans avec une moyenne qui se situe à 77,8. La moyenne annuelle selon le DIM de Cahors est de 70 ans. Les patients sont pour 80 % mariés et pour 20 % veufs. Ces résultats sont à titre indicatif.

Figure 1.
Distribution de l'âge des patients



Résultats concernant l'anxiété situationnelle des groupes A1 puis A2 (figures 2 et 3)

Figure 2.
Distribution des scores d'anxiété situationnelle pour le groupe A1

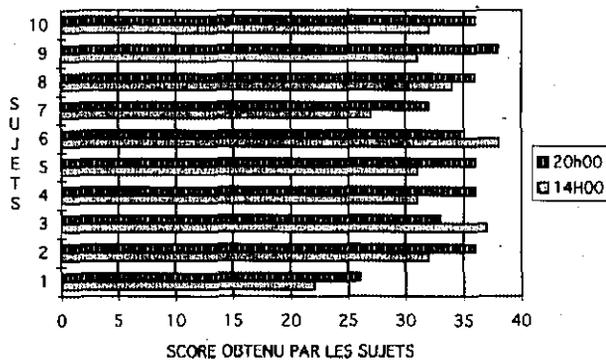
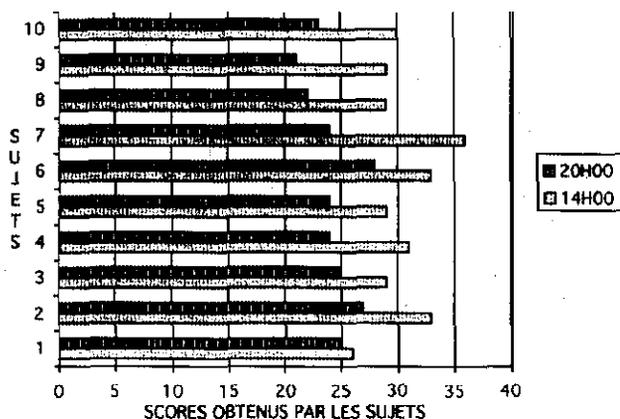


Figure 3.
Distribution des scores d'anxiété situationnelle pour le groupe A2



En ce qui concerne les résultats du groupe A1, dans 80 % des cas, une augmentation du score d'anxiété situationnelle est mise en évidence entre 14 et 20 heures, quelque soit le sexe. Ces résultats sont en corrélation avec les études menées aux USA par SPIELBERGER (1970) et KENDALL (1976). Il est possible de conclure que le stress chirurgical comporte une menace pour le patient et se traduit par une augmentation du score d'anxiété situationnelle. Par ailleurs, dans 20 % des cas, une diminution de l'anxiété situationnelle est observable entre 14 et 20 heures. Ces patients, lors de l'enquête, ont montré un important besoin d'exprimer

leurs émotions. Le simple contact avec l'interlocuteur a semblé abaisser le niveau d'anxiété de ces personnes.

CARPENITO a décrit ce phénomène. En effet selon lui, l'expression verbale par le patient de ses craintes est un des moyens de diminuer l'anxiété.

Ce phénomène peut s'expliquer également d'après ROGERS par les attitudes d'empathie et d'écoute développées par le chercheur au cours de l'entretien.

Quant aux résultats du groupe A2 dans tous les cas, une diminution de l'anxiété situationnelle a été démontrée entre 14 et 20 heures, quel que soit le sexe.

Ces résultats sont en corrélation avec ceux obtenus par SPIELBERGER (1970), GRENIER (1977). Il nous est apparu qu'un enseignement préopératoire est un moyen efficace pour réduire l'anxiété situationnelle. Cette constatation a déjà été faite par d'autres auteurs tels que CARPENITO, JOHNSON (1972), PEPLAU (1963).

De plus ROBINSON (1984) a démontré que l'incitation à l'expression et l'écoute par une infirmière est un moyen de lutte contre l'anxiété du patient avant une intervention.

Ces deux constatations ont pu être retenues comme explication possible à cette diminution du score d'anxiété situationnelle.

Les résultats concernant l'anxiété de personnalité des groupes A1 et A2 (tableau 1) montrent de faibles variations tant pour le groupe A1 que A2 entre 14 et 20 heures.

Tableau 1.
Présentation des résultats, pour l'anxiété de personnalité (Groupes A1 et A2)

Sujets	Groupe A1		Ecart	Groupe A2		Ecart
	14 h	20 h		14 h	20 h	
1	25	25	0	27	26	-1
2	28	29	1	25	25	0
3	27	27	0	28	28	0
4	27	27	0	27	27	0
5	29	29	0	27	27	0
6	27	27	0	30	30	0
7	28	29	1	29	29	0
8	28	28	0	27	26	-1
9	30	31	1	28	28	0
10	29	30	1	27	27	0
Moyenne des écarts du groupe A1				0,4		
Moyenne des écarts du groupe A2				-0,2		
Moyenne des écarts des deux groupes				0,1		

L'INFLUENCE D'UN ENSEIGNEMENT PRÉOPÉRATOIRE SUR L'ANXIÉTÉ DU PATIENT ADULTE OPÉRÉ

La moyenne des écarts de l'anxiété de personnalité des groupes A1 et A2 varie très peu lors de l'introduction d'un enseignement préopératoire. Ces résultats sont en corrélation avec ceux obtenus par SPIELBERGER (1970).

CONCLUSION

Après analyses et discussions des différents résultats obtenus par les groupes A1 et A2, nous pensons pouvoir affirmer que l'enseignement préopératoire diminue l'anxiété situationnelle des patients adultes opérés. L'hypothèse H1 est donc retenue comme vraie. Ces résultats semblent en corrélation avec ceux obtenus par SPIELBERGER (1970), GRENIER (1977). Cette étude ouvre de multiples questionnements. En effet, l'enseignement préopératoire structuré n'a-t-il pas une influence sur le niveau d'anxiété postopératoire, sur la douleur postopératoire, sur la cicatrisation, sur la durée d'hospitalisation. De plus, un enseignement informel est-il plus efficace qu'un enseignement structuré sur ces différentes variables. Il nous semble important de poursuivre en France des recherches dans ce domaine, afin de développer cette dimension éducative du soin. Celle-ci fait partie intégrante du concept d'évaluation de la qualité, d'où son développement nécessaire afin de répondre aux besoins des patients.

BIBLIOGRAPHIE

- BREIER (A.), PAUL (S.M.). — « The GABA/benzodiazépine receptor : implications for the molecular basis of anxiety », *J. Psychiatry Res.*, vol. 24, suppl. 2, 1990, p. 91-104.
- CAMERON (O.G.) et coll. — « Adrenergic status in anxiety disorders : platelet alpha adrenergic receptor binding, blood pressure, pulse, and plasma catecholamines in panic and generalized anxiety disorder patients and in normal subjects », *Biol. Psychiatry*, n° 28, 1990, p. 3-20.
- CARPENITO (L.J.). — Diagnostic infirmier : du concept à la pratique clinique. Adaptation de Monique LEFEVRE. *Interédition* (5^e édition), p. 152-167.
- CHAPMAN, JACQUELINE (S.). — Effects of different nursing approaches on psychological responses. *Nursing research report*, n° 4 (march, 1970), p. 4-7.
- CROWE (R.R.) et coll. — « A linkage study of panic disorder », *Arch. Gen. Psychiatry*, n° 44, 1987, p. 933-937.
- DALSTEIN (G.) — L'expérience du bloc opératoire vécu du patient. *Revue recherche en soins infirmiers*, Juin 1995, p. 65-77.
- DUMAS, RHETAUCH et LEONARD, ROBERT (C.). — The effect of Nursing on the incidence of post-operative vomiting. *Nursing Research*, 12 (winter, 1963), p. 12-15.
- EGBERT, KAWRENCE (D.) et coll. — Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of Medicine*, 270, (april, 1964), p. 825-827.
- ELMS, ROSELYN (R.) et LEONARD, ROBERT (C.). — Effects of nursing approaches during admission. *Nursing research*, 15 (winter, 1966), p. 39-47.
- FROMM (E.). — *Escape from freedom*. New York, Rinehard, 1941.
- GRENIER (R.). — *Etude évaluative d'un programme d'enseignement préopératoire de groupe offert à deux moments différents*. Mémoire de maîtrise en nursing, Université de Montréal, Octobre 1977.
- GRENIER (R.). — L'enseignement aux bénéficiaires : un rôle à assumer. *L'infirmière canadienne*, février 1980, p. 22-25.
- GRENIER (R.). — L'enseignement préopératoire : rôle de tout professionnel infirmier. *Revue de l'infirmière canadienne*, février 1983, p. 20-25.
- HEALY, KATHRYN (M.). — Does pre-operative instruction make a difference? *American journal of nursing*, 68 (january, 1968), p. 62-67.
- HELIE (F.). — Enquête auprès des opérés. *Revue de l'infirmière canadienne*, Juin 1980, p. 14-16.
- HORNEY (K.). — *The neurotonic personality of our time*. New York, W.W. Norton, 1937.
- JOHNSON, JEAN (E.). — Effects of structuring patients' expectation on their reactions to threatening events. *Nursing research*, 21 (november-december, 1972), p. 499-503.
- JOHNSON, JEAN (E.). — Effects of nurse-patient interaction on the patient's postoperative discomfort. *Master's report*, University of Yale, 1965.
- KENNETH DAVISON (J.), WILLIAM (F.), ECKHARDT III (DENIZ (A.), PERESE. — *Manuel d'anesthésie clinique* :

Protocoles du *Massachusetts General Hospital*. Edition Pradel (deuxième édition), p.9-14.

LAZARUS (R.S.), FOLKMAN. — *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer Publishing, 1984.

LEVESQUE (L.), GRENIER (R.), KEROUAC (S.). — *Enseignement préopératoire : évaluation d'un programme offert à deux moments différents*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 1980.

LINDEMAN, CAROL (A.), et VAN AERNAM, BETTY. — *Nursing intervention with the presurgical patient. The effects of structured and unstructured preoperative teaching*. *Nursing Research*, 20 (july-august, 1971), p. 319-332.

LINDEMAN, CAROL (A.). — *Nursing intervention with the presurgical patient : effectiveness and efficiency of group and individual preoperative teaching*. *Nursing research*, 21 (may/june, 1972), p. 196-209.

MAY (R.). — *The meaning of anxiety*. New York, pocket books, 1977.

McFARLAND (K.G.), McFARLANE (A.E.). — *Traité de diagnostic infirmier*. Interédition 1995, p. 492-498.

PEPLAU (H.E.). — « A working definition of anxiety », dans Burd (S.F.) et Marshall (M.A.), *Some clinical approaches to psychiatric nursing*, New York, Macmillan Publishing, 1963.

OBERLE (K.), WRAY (P.), PAUL et GRACE (M.). — *Environment, anxiety and postoperative pain*. *West j. nursing research*, vol. 12, n° 6, 1990, p. 745-757.

PUTT, ARLENE (M.). — *On the experiment in nursing adults with peptic ulcers*. *Nursing research*, 19 (november-december, 1970), p. 484-494.

RHODES (V.A.), WATSON (P.M.), JOHNSON (M.H.). — « Association of chemotherapy related nausea and

vomiting with pretreatment and posttreatment anxiety ». *Oncol nurs forum*, vol 13, n° 1, 1986, p. 41.

ROBINSON (L.). — *Psychological aspects of the care of hospitalized patients*, Philadelphia. FA Davis, 1984.

ROBINSON (L.). — « Stress and anxiety », *Nurs Clin. North Am.*, Vol. 25, n° 4, 1990, p. 935-943.

ROBICHAUD-EKSTRAND (S.), DELISLE (L.). — *Neuman en médecine-chirurgie*. Revue de l'infirmière canadienne, juin 1989, p. 32-35.

RIOPELLE (L.), GRONDIN (L.), PHANEUF (M.). — *Soins infirmiers enseignement à la clientèle*. Editeurs Mc Graw-Hill, 1988.

SELYE (H.). — *Les stress de la vie*. Paris 1975, col Gallimard.

SERVANT (D.), PARQUET (P.H.J.). — *Stress, anxiété et pathologie médicale*. Edition Masson, 1995.

SMELTZER (S.), BRENDA (B.). — *Soins infirmiers médecine et chirurgie*. Edition du renouveau pédagogique Inc., 1994, p. 504-516.

SPIELBERGER (C.D.). — « Theory and research on anxiety », dans Spielberger, C.D. *Anxiety and behavior*, New York, Academic Press, 1966.

SULLIVAN (H.S.). — *The interpersonal theory of psychiatry*, New York, W.W. Norton, 1953.

TAYLOR, LOUGHAN, OBRIEN, LACHAPPELLE et RANGEL. — *Decisive characteristics of nursing diagnoses. Fear and anxiety : A validation study ; Applied nursing research*, 2 (4), p. 178-186.

VERNON, DAVID (T.) et BIGELOW, DOUGLAS (A.). — *Effects of information about a potentially stressful situation on responses to stress impact*. *Journ. pers. soc. Psychol*, 29 (1974), p. 50-59.

L'INFLUENCE D'UN ENSEIGNEMENT PRÉOPÉRATOIRE SUR L'ANXIÉTÉ DU PATIENT ADULTE OPÉRÉ

ANNEXES

Annexe 1 : Échelles de SPIELBERGER

Version française du test de SPIELBERGER sur l'anxiété situationnelle, traduit Par BERGERON
Questionnaire d'évaluation personnelle

Nom Date

--	--	--

CONSIGNE :Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encercler le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est à dire à ce moment précis.

Il n'y a **pas** de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en ce moment.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Je me sens calme	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
3. Je suis tendu	1	2	3	4
4. Je suis triste	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé actuellement par des contrariétés possibles.	1	2	3	4
8. Je me sens reposé	1	2	3	4
9. Je me sens anxieux	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise	1	2	3	4
11. Je me sens sûr de moi	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux	1	2	3	4
13. Je suis affolé	1	2	3	4
14. Je me sens sur le point d'éclater.	1	2	3	4
15. Je suis relaxé	1	2	3	4
16. Je me sens heureux	1	2	3	4
17. Je me sens préoccupé	1	2	3	4
18. Je me sens surexcité et fébrile	1	2	3	4
19. Je me sens joyeux	1	2	3	4
20. Je me sens bien.....	1	2	3	4

CONSIGNE :Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous VOUS sentez de façon générale.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses: Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux les sentiments que VOUS éprouvez de façon générale.

		Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
21.	Je me sens bien.....	1	2	3	4
22.	Je me fatigue rapidement.....	1	2	3	4
23.	Je me sens au bord des larmes	1	2	3	4
24.	Je souhaiterais être aussi heureux que les autres semblent l'être	1	2	3	4
25.	Je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me décider assez rapidement	1	2	3	4
26.	Je me sens reposé	1	2	3	4
27.	Je suis calme, tranquille et en paix	1	2	3	4
28.	Je sens que les difficultés's accumulent au point que je ne peux pas en venir à bout.....	1	2	3	4
29.	Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
30.	Je SUIS heureux.....	1	2	3	4
31.	Je suis porté à prendre mal les choses	1	2	3	4
32.	Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33.	Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34.	J'essaie d'éviter de faire face à une crise ou à une difficulté.....	1	2	3	4
35.	Je me sens mélancolique	1	2	3	4
36.	Je SUIS content.....	1	2	3	4
37.	Des idées sans importance me passent dans la tête et me tracassent.....	1	2	3	4
38.	Je prend les désapointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête ...	1	2	3	4
39.	Je suis UNE personne stable.....	1	2	3	4
40.	Je deviens tendu et bouleversé quand je songe à mes préoccupations actuelles.....	1	2	3	4

L'INFLUENCE D'UN ENSEIGNEMENT PRÉOPÉRATOIRE SUR L'ANXIÉTÉ DU PATIENT ADULTE OPÉRÉ

Annexe 2 : Plan d'enseignement préopératoire

PRÉSENTATION DES OBJECTIFS

Les objectifs présentés sont au nombre de deux :

- Apporter une information au patient sur les sujets suivants ;
 - présentation de l'intervention chirurgicale,
 - présentation de l'anesthésie et des différentes personnes qui vont intervenir.
- Permettre au patient de verbaliser ses peurs, angoisses, son ressenti.

PLAN D'ENSEIGNEMENT PROPREMENT DIT

Ce programme ne peut commencer qu'après vérification des données recueillies et le consentement éclairé du patient. Le patient aura au départ sélectionné le menu du programme.

a) Présentation de l'intervention *chirurgicale*

- Evaluer ce que le patient sait à propos de sa maladie et de son opération.
- Brève revue d'anatomie et physiologie, schéma si nécessaire.
- L'information doit être en plein accord avec ce qui lui a été dit dans le service.

— Faire le récapitulatif des impératifs dus à l'intervention et l'anesthésie :

- restriction de tabac, au moins 24 heures avant l'intervention,
- diète à partir de...
- quitter prothèses, montres, bijoux,....
- dire au malade où sera l'incision,
 - lui préciser l'heure où il descendra au bloc (compter un intervalle libre d'une demi-heure),
- répondre à ces questions de façon brève et précise.

b) Présentation de l'*anesthésie*

- Vérifier dans ses expériences antérieures, les souvenirs qu'il a gardés de l'anesthésie ;
- Le rassurer sur les techniques d'anesthésie générale et sa surveillance ;
- Lui décrire les différents temps avant l'endormissement complet ;
- Préciser le rôle des différentes personnes qu'il va rencontrer au cours de cette expérience ;
- L'informer qu'il se réveillera dans une salle prévue à cet effet, sous surveillance étroite.