

تأثیر مراقبت های قبل از جراحی با رویکرد جامع نگر بر اضطراب و رضایت بیماران

پژوهشگران: فرح مادرشاهیان^{۱*}، محسن حسن آبادی^۲، سهیلا خزاعی^۳

(۱) گروه پرستاری (داخلی جراحی)، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

(۲) گروه پرستاری (بهداشت)، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

(۳) گروه بهداشت نوزادان، دانشیار، وزارت بهداشت، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۴/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۳۰

چکیده

مقدمه: هر چند تلفیق نیازهای جسمی و روانی بیماران با اعتقادات فرهنگی-اجتماعی آنان در طی ارائه مراقبت ها اساس پرستاری جامع نگر است؛ اما تأثیر آن بر اضطراب و رضایت بیماران نامشخص است.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مراقبت های قبل از جراحی با رویکرد جامع نگر بر اضطراب و رضایت بیماران صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی ۷۸ بیمار قبل از جراحی پروستات در بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند در سال ۱۳۸۹ با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه ۳۹ نفری کنترل و تجربی تقسیم شدند. مداخله شامل تعیین نیازهای جسمی، اجتماعی، روانشناختی، مذهبی و فرهنگی بیماران مانند "پیشگیری از عفونت بیمارستانی" به وسیله ۵ سؤال، پیش از ارائه هر مراقبت قبل جراحی و ارائه مراقبت ها بصورت جامع نگر بود. گروه کنترل مراقبت های روتین را دریافت نمودند. پیامدهای مداخله، سطح اضطراب و رضایت بیماران بود. داده ها با مقیاس اضطراب آمستردام و پرسشنامه محقق ساخته رضایتمندی جمع آوری شد و با شاخص های آمار توصیفی، آزمونهای مجذور کای، تی مستقل و زوج تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: گروه تجربی و کنترل در ارتباط با سن، سواد و محل سکونت مشابه یکدیگر بودند. پس از مداخله میانگین نمره کل اضطراب گروه تجربی (۸۰/۶۹±۱۱/۸۹) کمتر از گروه کنترل (۱۵/۳۸±۱۱/۵۱) بود (p<۰/۰۳۱) و رضایت گروه تجربی (۹۱/۱۵±۵/۳۵) بیشتر از گروه کنترل (۸۰/۶۹±۱۱/۸۹) بود (p<۰/۰۰۰۱).

نتیجه گیری: مراقبت های جامع نگر در کاهش اضطراب و ارتقاء رضایت بیماران قبل از جراحی پروستات مؤثر بود. به نظر می رسد این رویکرد می تواند جهت بیماران مضطرب توصیه شود.

کلیدواژه ها: مراقبت های پیش از عمل جراحی، رضایت بیمار، اضطراب

مقدمه

بیماران نیازمند عمل جراحی در معرض اضطراب هستند و باید بتوانند در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با جراحی تطابق یابند (۱). چون در انسان سالم نیازهای جسمی- روانی- اجتماعی و فرهنگی در حال تعادل می باشد (۲،۳) در مراقبت های پرستاری جامع نگر از طریق تلفیق نیازهای روانی و جسمی بیمار با اعتقادات فرهنگی و اجتماعی وی، حفظ ارتباط سالم و هماهنگی بین اجزاء فوق (۴)، توسعه اعتماد و ارتباط درمانی به نیازهای بهداشتی بیمار به صورت احترام آمیز پاسخ داده می شود (۵،۶).

بیماران نیازمند عمل جراحی در معرض اضطراب هستند و باید بتوانند در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با جراحی تطابق یابند (۱). چون در انسان سالم نیازهای جسمی- روانی- اجتماعی و فرهنگی در حال تعادل می باشد (۲،۳) در مراقبت های پرستاری جامع نگر از طریق تلفیق نیازهای روانی و جسمی بیمار با اعتقادات فرهنگی و اجتماعی وی، حفظ ارتباط سالم و هماهنگی بین اجزاء فوق (۴)، توسعه اعتماد و ارتباط درمانی به نیازهای بهداشتی بیمار به صورت احترام آمیز پاسخ داده می شود (۵،۶).

رویکرد گفت و شنود بین پرستار و بیمار، موسیقی درمانی، شل سازی عضلانی، تصور هدایت شده، پیام درمانی، بازی درمانی، تماس درمانی و مهارت های ارتباطی از مداخلات پرستاری جامع نگر هستند که در

جامع نگر، انسان گرایانه و دارای ابعاد اخلاقی بوده و موجب تسهیل ارائه مراقبت و فرصتی جهت ایجاد یک ارتباط مراقبتی است (۱۷). در مراقبت های قبل از جراحی با رویکرد جامع نگر به منظور توجه به کلیه ابعاد سلامتی بیمار، بررسی و برنامه ریزی مراقبت ها بصورت دو جانبه توسط یک پرستار و بیمار با در نظر گرفتن خواست های اجتماعی فرهنگی و نگرانی های بیمار انجام می شود (۱۸)، بیماران انتظارات خود را بیان نموده، اطلاعات لازم را دریافت می نمایند، برنامه ریزی و اجرا مراقبت های پرستاری جامع بهبود یافته و ممکن است اضطراب بیمار نیز کاهش یابد (۵).

تعداد مطالعات انجام شده در این زمینه محدود است (۱۹،۸) به عنوان مثال ملاقات بیماران دچار اضطراب قبل از جراحی توسط بیهوشی دهنده در یک جلسه گفت و شنود دو طرفه همراه با همدردی موجب کاهش استرس و افزایش رضایت پس از جراحی بیماران گردیده است (۲۰). آماده سازی روانشناختی بیمار جهت جراحی از طریق تماس و ارتباط درمانی بین بیمار و پرستار و ارائه اطلاعات کافی می تواند موجب بهبودی سریعتر گردد (۲۱).

بررسی و اندازه گیری اضطراب قبل از جراحی و ارائه حمایت های عاطفی به بیماران مضطرب به ایجاد یک تجربه مثبت در آنها کمک می نماید (۲۲). لذا هدف این مطالعه تعیین تأثیر مراقبت های قبل از جراحی با رویکرد جامع نگر بر اضطراب و رضایت بیماران می باشد زیرا نتایج اندازه گیری رضایت بیماران به تجزیه و تحلیل و ارتقاء مراقبت های بهداشتی درمانی کمک نموده (۲۳،۲۴). و ارائه حمایت های عاطفی از بیمار قبل از جراحی نیز می تواند اضطراب وی را کاهش دهد (۲۵،۲۶).

روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی است و جامعه پژوهش شامل ۷۸ بیمار بوده که جهت جراحی بزرگی خوش خیم پروستات در طی سال ۱۳۸۹ در بخش جراحی بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند بستری گردیده و با نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. هر بیمار در طی ۲-۳ ساعت ابتدای ورود به بخش جراحی از نظر داشتن

معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل نداشتن وضعیت پزشکی اورژانس، امضاء رضایت نامه پژوهش، داشتن اضطراب بر اساس شاخص اضطراب (نمره بیشتر از ۱۱) و نیاز به اطلاعات بر اساس شاخص نیاز به اطلاعات قبل از جراحی (نمره بیشتر از ۵) مقیاس آمستردام بود.

معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مراجعه جهت جراحی مجدد، ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر اساس مندرجات پرونده پزشکی و اظهار خود بیمار، درمان های مختلف طولانی مدت مانند مصرف مزمن داروهای مسکن بود (۲۶،۲۷).

۷۸ بیمار دارای ملاک های ورود به مطالعه بصورت تصادفی به دو گروه تجربی (مراقبت های قبل از جراحی با رویکرد جامع نگر، ۳۹ نفر) و کنترل (مراقبت های روتین قبل از جراحی، ۳۹ نفر) تقسیم شدند. جهت تخصیص هر بیمار به گروه های مورد مطالعه از جدول اعداد تصادفی استفاده شد، بصورتی که پس از مراجعه هر بیمار واجد شرایط در صورتی که عدد جدول فرد بود به گروه تجربی و اگر زوج بود به گروه کنترل تخصیص می یافت. غربالگری و تخصیص بیماران به دو گروه تجربی و کنترل توسط یک پرستار آموزش دیده که از اهداف مطالعه مطلع نبود بصورت یکسان انجام شد و بیماران هر گروه در اطاق های متفاوت بستری گردیدند.

در این مطالعه از دو ابزار گردآوری اطلاعات شامل مقیاس شاخص اضطراب و نیاز به اطلاعات قبل از عمل آمستردام و پرسشنامه پژوهشگر ساخته رضایتمندی بیماران استفاده شد. به وسیله پنج سؤال تعداد روزهای طی شده از عمل جراحی تا خارج شدن بیماران از تخت، تعداد کل روزهای بستری در بیمارستان، سن، سواد و محل سکونت بیماران دو گروه (شهر/روستا) و توسط پنج سؤال انتها باز نیازهای جسمی، اجتماعی، روانشناختی، مذهبی و فرهنگی بیماران گروه تجربی در ابتدای مداخله در رابطه با هر مراقبت پیش از جراحی نیز تعیین گردید تا بر اساس پاسخ ها مداخله تنظیم و ارائه گردد. پرسشنامه رضایت بیماران با توجه به مطالعات

در ابتدای مداخله در رابطه با هر مراقبت قبل جراحی، نیازهای جسمی، اجتماعی، روانشناختی، مذهبی و فرهنگی بیمار بوسیله پنج سؤال پاسخ باز مورد پرسش قرار گرفت و مراقبتها همسو با نیازها و پس از هماهنگی و تصمیم گیری دو جانبه بین پرستار و بیمار ارائه گردید (نیازهای بیمار مانند: حفظ پوشیده بودن بدن بیمار در طی ارائه مراقبت ها و ارائه مراقبت توسط کارکنان دارای جنسیت یکسان با بیمار). در صورتی که بیمار نیاز به مراقبت نداشت، مراقبت ها همسو با نیازهای جامع ارائه شد (۶). در صورتیکه جمع نمرات پاسخ هر بیمار به چهار سؤال اضطراب پرسشنامه بالاتر از ۱۱ و جمع نمرات در پاسخ به دو سؤال نیاز به اطلاعات، بالاتر از ۵ بود وارد مطالعه می گردید و به گروه های تجربی و کنترل تخصیص می یافت.

در مرحله بعد در گروه تجربی مراقبت های قبل از جراحی بصورت جامع نگر توسط یک پرستار آموزش دیده به روش یکسان و در گروه کنترل مراقبت های روتین، توسط کارکنان بخش جراحی ارائه شد. پیامدهای مداخله شامل سطح اضطراب و رضایت بیماران بود که اضطراب شش تا هشت ساعت قبل از جراحی (۲۸) و رضایت قبل از ترخیص از بیمارستان تعیین شد و در دو گروه مقایسه گردید. کلیه بیماران واجد شرایط در مطالعه شرکت نمودند. هر دو گروه در تماس مداوم با نزدیکان و اعضاء خانواده خود بودند.

اعتبار محتوی پرسشنامه ها توسط ارزیابی هفت نفر از اعضاء هیئت علمی (آموزش بهداشت، آموزش پرستاری و بهداشت عمومی) و پایایی آن با محاسبه آلفای کرونباخ پس از انجام یک مطالعه پایلوت بر روی دوازده بیمار مشابه مورد تأیید قرار گرفت.

از کلیه بیماران جهت شرکت در این مطالعه رضایت نامه اخذ گردید. داده های بدست آمده در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶، با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، آزمون های مجذور کای، تی مستقل و زوج) تجزیه و تحلیل شد. پس از تأیید نرمال

مشابه (۲۹،۲۸) تنظیم گردید که دارای ۲۳ گویه بود و پاسخ های بیماران نسبت به هر گویه با مقیاس پنج گزینه لیکرت (نمره ۱-۵ در هر گویه، نمره کل بین ۱۱۵-۲۳) تعیین گردید (نمره پاسخ سؤالات: کاملاً موافق=۵، موافق=۴، تصمیم نگرفته/بی نظر=۳، مخالف=۲، کاملاً مخالف=۱). پرسشنامه فوق، رضایت بیمار را در ابعاد ذیل تعیین می نمود: نوع و مقدار اطلاعات ارائه شده به بیمار در ارتباط با بیهوشی و جراحی (۶گویه)، ترس و نگرانی مرتبط با ورود به اتاق عمل، بیهوشی و درد (۵گویه)، همچنین ارتباط پرستار با بیمار قبل از عمل جراحی (۱۲گویه). پاسخ سؤالات پرسشنامه رضایت مندی در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان توسط یک پژوهشگر که از اهداف و گروه های مورد مطالعه آگاهی نداشت از طریق مصاحبه جمع آوری شد. از آنجاییکه پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگ که بطور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است جهت بررسی اضطراب قبل از جراحی دارای کارایی لازم نبود (۳۱،۳۰) از پرسشنامه شاخص اضطراب و نیاز به اطلاعات قبل از عمل آمستردام (۳۲) استفاده شد که در مطالعات مشابه قبلی بکار گرفته شده و از روایی و پایایی بالایی برخوردار بوده است (۳۴،۳۳). هنجاریابی نسخه فارسی مقیاس آمستردام دارای ضریب کرونباخ ۰/۸۴ جهت اضطراب قبل جراحی و ۰/۸۲ جهت نیاز به اطلاعات قبل جراحی می باشد. از لحاظ اعتبار هم زمان، معیارهای سنجش اضطراب مقیاس آمستردام با پرسشنامه سنجش اضطراب وضعیتی اسپیلبرگ ضریب همبستگی بالایی را دارد (۳۳).

پرسشنامه آمستردام دارای شش سؤال می باشد و اطلاعات آن از طریق مصاحبه پژوهشگر با بیماران جمع آوری گردید. پاسخ های بیماران به هر سؤال با مقیاس پنج گزینه لیکرت تعیین شد. سؤالات شماره ۵، ۴، ۲، ۱ این ابزار در ارتباط با اضطراب و سؤالات ۶ و ۳ جهت تعیین نیاز بیمار به اطلاعات بیهوشی و عمل جراحی طراحی شده است (۳۳). پاسخ سؤالات پرسشنامه در ۲-۳ ساعت ابتدای ورود بیماران به بخش و ۸-۶ ساعت قبل از جراحی توسط یک پژوهشگر که از اهداف و گروه های مورد مطالعه بیماران مطلع نبود و از طریق مصاحبه جمع آوری شد.

قبل از مداخله، میانگین و انحراف معیار نمره کل اضطراب و نیاز به اطلاعات بیماران گروه تجربی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی دار آماری نداشت اما پس از مداخله، اضطراب بیماران گروه تجربی در مقایسه با گروه کنترل بطور معنی دار کمتر بود (جدول شماره ۱).

اضطراب بیماران گروه تجربی پس از مداخله $(14/30 \pm 2/66)$ نسبت به قبل مداخله $(15/38 \pm 2/48)$ بطور معنی دار کاهش یافت $(p=0/001)$ اما اضطراب گروه کنترل ۸-۶ ساعت قبل از جراحی $(15/38 \pm 1/51)$ در مقایسه با ۳-۲ ساعات ابتدای بستری شدن در بخش $(14/79 \pm 1/80)$ فاقد تفاوت معنی دار آماری بود $(p=0/095)$.

نیاز به اطلاعات گروه تجربی بعد از مداخله $(7/15 \pm 1/56)$ در مقایسه با قبل مداخله $(7/58 \pm 1/42)$ بطور معنی دار کاهش یافته بود $(p=0/002)$. نیاز به اطلاعات گروه کنترل نیز ۸-۶ ساعت قبل از جراحی $(7/33 \pm 1/26)$ در مقایسه با ۳-۲ ساعات ابتدای بستری شدن در بخش $(7/56 \pm 1/35)$ بطور معنی دار کاهش یافته بود $(p=0/005)$.

رضایت گروه تجربی از مراقبت های قبل جراحی در ابعاد دریافت اطلاعات، ترس/نگرانی و ارتباط پرستار و بیمار بطور معنی دار بالاتر از گروه کنترل بود. میانگین نمره کل رضایت از مراقبت های قبل جراحی در گروه تجربی $(91/15 \pm 5/35)$ در مقایسه با گروه کنترل $(80/69 \pm 11/89)$ بطور معنی دار بالاتر بود $(p < 0/001)$.

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که پس از ارائه مراقبت های قبل از جراحی با رویکرد جامع نگر اضطراب گروه تجربی در مقایسه با گروه کنترل بطور معنادار کمتر و رضایت آنان از مراقبت های فوق بیشتر بود. یافته های فوق می تواند ناشی از افزایش ارتباط پرستار با بیمار و برآورده نمودن نیازهای جامع بیماران باشد که موجب تعادل در پاسخگویی به نیازهای جسمی- روانی- اجتماعی آنان می گردد (۳) و در مطالعات مشابه قبلی مورد تایید قرار گرفته است (۲۴، ۲۱).

بودن داده ها با آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، توسط آزمون مجذور کای متغیرهای سواد و محل سکونت و با آزمون تی مستقل؛ نمرات اضطراب، نیاز به اطلاعات و رضایت و میانگین سن بین دو گروه مقایسه شد. مقایسه نمره اضطراب و نیاز به اطلاعات هر یک از دو گروه تجربی و کنترل پس از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله در همان گروه بصورت مجزا توسط آزمون تی زوج انجام شد. تجزیه و تحلیل آماری در سطح معنی داری ۰/۰۵ توسط یک متخصص آمار که از اهداف و گروه های مطالعه مطلع نبود، انجام شد.

نتایج

یافته های مطالعه بیانگر آن است که سن ۷۸ بیمار مورد مطالعه بین ۶۷ تا ۸۸ سال $(75/08 \pm 5/84)$ و میانگین سنی گروه تجربی $75/05 \pm 5/89$ بود که در مقایسه با گروه کنترل $(75/12 \pm 5/86)$ تفاوت معنی دار آماری نداشت $(p=0/954)$. از ۳۹ بیمار گروه تجربی ۲۸ نفر $(71/8\%)$ و از ۳۹ بیمار گروه کنترل ۲۷ نفر $(69/2\%)$ ساکن شهر بودند و بدین ترتیب از نظر محل سکونت مشابه یکدیگر بودند $(p=0/257)$. در گروه تجربی سطح تحصیلات ۱۱ نفر $(28/2\%)$ و در گروه کنترل ۱۲ نفر $(30/8\%)$ دیپلم یا بالاتر بود و تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مشاهده نشد.

میانگین تعداد روزهای طی شده از عمل جراحی تا خارج شدن بیماران از تخت و راه رفتن در گروه تجربی $(3/15 \pm 0/77)$ بطور معنی دار کمتر از گروه کنترل $(3/74 \pm 0/90)$ بود $(p=0/003)$ ، اما تعداد کل روزهای بستری گروه تجربی $(6/48 \pm 1/23)$ مشابه گروه کنترل $(6/69 \pm 1/17)$ بود.

در گروه تجربی نیازهای بیماران در ارتباط با مراقبت های قبل از عمل در ۱۹ نفر $(48/7\%)$ حفظ پوشیده بودن بدن بیمار و حضور نزدیکان در کنار آنها بود، در ۱۳ نفر $(33/3\%)$ کسب اطلاعات در مورد مراقبت های قبل جراحی و تامین خلوت بیمار، و در ۷ نفر (18%) رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات بیمار و پیشگیری از انتقال بیماری در طی ارائه مراقبت ها بود.

همدردی با بیمار باشد در مقایسه با بازدید بیمار توسط دو بیهوشی دهنده یا در درون اطاق عمل، موجب افزایش رضایت بیمار از مراقبت های قبل از جراحی می گردد (۲۰) که مشابه نتایج این مطالعه است.

کارآیی مراقبت های جامع نگر در مطالعه کیفی لیندوال (Lindwall) مورد تأکید قرار گرفته است. وی در یک مطالعه کیفی با هدف مشخص نمودن و تجزیه و تحلیل مفهوم مراقبت پرستاری در طی قبل تا پس از عمل جراحی از دیدگاه بیماران و پرستاران، ۱۰ بیمار و ۱۰ پرستار را مورد مطالعه قرار داد و نتایج نشان دهنده آن بود که گفت و شنود بین پرستاران و بیماران از دیدگاه بیماران شامل مشارکت و مطرح نمودن شرح حال و مورد اعتماد بودن پرستاران است و از دیدگاه پرستاران موجب آشکار شدن، هدفمند و معنادار شدن مراقبت های پرستاری می گردد (۵).

در مطالعه ای دیگر نیز رویکرد ارائه مراقبت های جامع نگر در بررسی مروری هشت مطالعه توسط لیندوال (Lindwall) مورد تحلیل قرار گرفت و نتایج نشان دهنده آن بود که ارائه مراقبت های جامع نگر موجب اجرای بیشتر مسئولیت های اخلاقی حرفه پرستاری می گردد، زیرا ارائه مراقبت ها با این رویکرد فرصتی جهت تحکیم اعتماد بیمار از طریق پذیرش مسئولیت وی و پاسخ گویی به نیازهایش است (۶). در مطالعه حاضر نیز بیماران گروه تجربی بیشتر از گروه کنترل اعتقاد داشتند که پرستار قبل از عمل نیازهای فرهنگی، اجتماعی و مذهبی بیماران و سؤالات آنها را مورد توجه قرار داده است و آنها نیز به پرستار اعتماد کرده اند. این یافته مشابه نتایج مطالعه لیندوال (Lindwall) می باشد (۶).

رادولفسون (Rudolfsson) و همکاران در یک مطالعه کیفی دیدگاه های ۲۰ پرستار و ۱۸ بیمار را نسبت به رویکرد گفت و شنود قبل عمل مورد مطالعه قرار دادند و نتایج نشان داد که گفت و شنود بین پرستار و بیمار به عنوان یک رویکرد مراقبتی جهت تأمین رفاه و آرامش بیمار است و از دیدگاه پرستاران پذیرش مسئولیت بیمار می باشد (۱۷). در مطالعه دیگر نیز رادولفسون (Rudolfsson)

در بسیاری از بیمارستان ها مراقبت های قبل از جراحی بصورتی ارائه می گردد که تماس پرستار با بیمار بسیار ناچیز است. تجربه بیماران در رویکرد مراقبتی فوق توسط بکستروم (Backstrom) و همکاران با انجام یک مطالعه کیفی بر روی ۹ بیمار ارزیابی گردید و نتایج نشان داد که هر چند بیماران از ارتباط با پرستاران و دریافت اطلاعات قبل از جراحی رضایت دارند، اما آنها به پیگیری بیشتر پرستاران تمایل داشته و اغلب بیماران اعتقاد داشتند که دریافت اطلاعات و حمایت از طرف بیماران دیگر نیز جهت آنان اهمیت دارد (۳۵). نتایج تحقیق حاضر که با یافته های مطالعه فوق هم راستا است می تواند نشان دهنده آن باشد که فقدان یا کمبود مراقبت های قبل از جراحی با رویکرد جامع نگر و کاهش ارتباط پرستار با بیمار موجب کسب اطلاعات مهم و ضروری بیمار از بیماران دیگر می گردد. بنابراین احتمالاً مراقبت های سنتی قبل از جراحی پاسخگوی کلیه نیازهای بیماران نیست.

در مطالعه حاضر پس از مداخله اضطراب گروه تجربی کمتر از گروه کنترل بود. عدم آگاهی بیمار از بیهوشی و عمل جراحی می تواند به اضطراب وی منتهی گردد و ممکن است جراح فرصت کافی جهت پاسخ دادن به سؤالات مختلف بیمار را نداشته باشد، بنابراین ارائه اطلاعات مرتبط با جراحی و بیهوشی با رویکرد جامع نگر و ارائه مراقبت های قبل جراحی همسو با نیازهای جامع بیماران می تواند در کاهش اضطراب نقش داشته باشد (۳۶). در مطالعه حاضر رضایتمندی بیماران گروه تجربی در ارتباط با دریافت اطلاعات نسبت به گروه کنترل بالاتر بود بطوری که در ۶ گویه دریافت اطلاعات، میانگین نمره در هرگویه بطور معنی دار بالاتر از گروه کنترل است که می تواند نشان دهنده اهمیت بیشتر دریافت اطلاعات در رضایت بیماران از مراقبت های قبل جراحی باشد. نتایج مطالعه تجربی سولتنر (Soltner) و همکاران بر روی ۱۳۶ زن قبل از عمل جراحی نشان داد که بازدید قبل جراحی بیماران بصورت مجزا توسط یک بیهوشی دهنده به مدت کافی جهت پاسخگویی به سؤالات بیمار که همراه با حس

و همکاران تجربه ۲۰ پرستار را از اجرای گفت و شنود قبل عمل با بیماران مورد مطالعه قرار دادند و نتایج نشان داد که این رویکرد موجب ایجاد یک ارتباط مراقبتی دوستانه و موجب کمک به یکدیگر می شود (۱۸).

با توجه به هم سوئی یافته های این تحقیق و نتایج مطالعات فوق، می توان گفت که مراقبت های جامع نگر می تواند با ایجاد اعتماد، ارتباط مناسب بین بیمار و پرستار و یک محیط آرام به کاهش اضطراب بیمار کمک نماید. در مطالعه حاضر نیز گروه تجربی در زمان ترخیص از بیمارستان بیشتر از گروه کنترل اعتقاد داشتند که قبل از جراحی، پرستار آنها را به عنوان یک انسان مورد توجه قرار داده است. تماس مکرر پرستار با بیمار و تلفیق مراقبت های قبل از جراحی با نیازهای بیماران و پی گیری مداوم بیمار رویکردی انسان گرایانه است که می تواند در کاهش اضطراب قبل از جراحی نقش داشته باشد.

در این مطالعه ارائه مراقبت های قبل از جراحی با رویکرد جامع نگر بسیار شبیه رویکرد گفت و شنود می باشد فقط در رویکرد گفت و شنود پرستار با بیمار در درون اطاق عمل نیز حضور می یابد اما در مطالعه حاضر این عمل انجام نگردید. هسته مشترک هر دو رویکرد برنامه ریزی مراقبت های پرستاری بصورت مشترک، دو جانبه و مبتنی بر خواست های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی بیماران توسط پرستار و بیمار است (۱۷).

نتایج مطالعه تجربی ونستروم (Wennstrom) و همکاران بر روی ۹۳ کودک ۵-۱۱ سال نشان داد در کودکانی که قبل از عمل جراحی تا پس از آن از رویکرد گفت و شنود جهت ارائه مراقبت های بیمار استفاده شده بود، دارای کورتیزل کمتری در بزاق خود در روز جراحی و پس از جراحی در مقایسه با کودکانی بودند که مراقبت های روتین قبل از جراحی را دریافت نموده بودند (۳۶). در این مطالعه نیز میانگین نمره اضطراب بیماران گروه تجربی پس از مداخله نه تنها در مقایسه با گروه کنترل بلکه در مقایسه با ۲-۳ ساعت ابتدای بستری شدن در بخش بطور معنی دار کاهش یافته بود (۳۶). در مطالعه حاضر نیز گروه کنترل بطور معنی دار بیشتر از گروه تجربی دچار نگرانی و

ترس قبل از جراحی شده بودند.

در مطالعه مشابه دیگر ارسی (Erci) و همکاران با یک مطالعه تجربی ۶۰ بیمار کاندید جراحی را جهت کاهش اضطراب با مدل ارتباطات بین فردی پپلاس (Peplaus) تحت مداخله قرار دادند و ۶۰ بیمار در گروه کنترل قرار داشتند. مدل پپلاس (Peplaus) شباهت زیادی به مدل گفت و شنود بین پرستار و بیمار دارد و اصلی ترین جزء این مدل ایجاد ارتباط درمانی بین بیمار و پرستار است که مشابه ایجاد و توسعه اعتماد و ارتباط درمانی در مدل گفت و شنود می باشد. در پایان مطالعه، گروه آزمایش اضطراب کمتری را بصورت معنی دار در مقایسه با گروه کنترل داشتند (۳۷).

از دیدگاه بیمار، جراحی موفقیت آمیز نه تنها بدست آوردن مجدد سلامتی بلکه بازیابی سلامتی جسمی، روانی و روحی به عنوان یک مجموعه و کل می باشد. حمایت از نیازهای بیماران قبل از جراحی با رویکرد مراقبتی جامع نگر از طریق مشارکت بیمار در برنامه ریزی مراقبت ها موجب تطابق آسانتر آنان با جراحی و افزایش رضایت می گردد (۷).

از محدودیت های این مطالعه تبادل احتمالی اطلاعات بین گروه تجربی و کنترل علی رغم تخصیص بیماران به اطاق های جداگانه بود که بطور کامل قابل کنترل نبود. همچنین پژوهشگران قادر نبودند مراقبت های درون اطاق عمل را با رویکرد جامع نگر تطبیق دهند که این ممکن است بر رضایت بیماران تأثیر منفی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از کارکنان محترم بخش کلیه و مجاری ادرار بیمارستان امام رضا بیرجند که نویسندگان را در انجام این مطالعه یاری نمودند تشکر و قدر دانی می نمایم.

جدول شماره ۱: مقایسه اضطراب و نیاز به اطلاعات در دو گروه تجربی و کنترل

سطح معناداری	آماره t	(میانگین±انحراف معیار)		گروه * اضطراب و نیاز به اطلاعات	گروه
		گروه کنترل	گروه تجربی		
۰/۵۱	۰/۶۵۶	۳/۶۱±۰/۸۷	۳/۷۴±۰/۸۴	من نگران بیهوشی هستم	اضطراب
۰/۶	۰/۵۱۶	۳/۸۲±۰/۸۲	۳/۹۲±۰/۹۲	بیهوشی دایم در ذهن من است	
۰/۵۷	۰/۵۶۶	۳/۶۹±۰/۶۹	۳/۷۹±۰/۸۹	من نگران جراحی هستم	
۰/۲۳	۱/۲۰۲	۳/۶۶±۰/۹۸	۳/۹۲±۰/۸۹	جراحی دایم در ذهن من است	
۰/۲۳	۱/۱۹۷	۱۴/۷۹±۱/۸۰	۱۵/۳۸±۲/۴۸	نمره	
۰/۶۶	۰/۴۳۳	۳/۷۹±۰/۸۰	۳/۸۷±۰/۷۶	من دوست دارم در باره بیهوشی تا حد ممکن بیشتر بدانم	نیاز به اطلاعات
۰/۷۵	-۰/۳۰۹	۳/۷۶±۰/۷۰	۳/۷۱±۰/۷۵	من دوست دارم در باره جراحی در حد ممکن بسیار بدانم	
۰/۹۳	۰/۰۸۱	۷/۵۶±۱/۳۵	۷/۵۸±۱/۴۲	نمره	
۰/۰۳	-۲/۲۰۴	۳/۸۹±۰/۸۵	۳/۴۸±۰/۷۹	من نگران بیهوشی هستم	اضطراب
۰/۰۵	-۱/۹۴۱	۴/۰۷±۰/۷۳	۳/۷۱±۰/۸۸	بیهوشی دایم در ذهن من است	
۰/۱۳	-۱/۵۲۸	۳/۷۹±۰/۸۶	۳/۴۸±۰/۹۱	من نگران جراحی هستم	
۰/۶۳	-۰/۴۷۵	۳/۷۱±۰/۹۹	۳/۶۱±۰/۹۰	جراحی دایم در ذهن من است	
<۰/۰۳	-۲/۱۹۳	۱۵/۳۸±۱/۵۱	۱۴/۳۰±۲/۶۶	نمره	
۰/۰۳	-۲/۱۰۵	۳/۹۴±۰/۸۲	۳/۵۶±۰/۷۸	من دوست دارم در باره بیهوشی تا حد ممکن بیشتر بدانم	نیاز به اطلاعات
۰/۰۳	-۲/۱۴۶	۴/۰۵±۰/۹۱	۳/۶۱±۰/۸۷	من دوست دارم در باره جراحی در حد ممکن بسیار بدانم	
۰/۵۷	-۰/۵۵۶	۷/۳۳±۱/۲۶	۷/۱۵±۱/۵۶	نمره	

* مقیاس شاخص اضطراب و نیاز به اطلاعات قبل از عمل آمستردام

References

- 1- Greenbaum M, Jonson R, Benjamin M. Perioperative Nursing. IN: Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamentals of nursing: The art and sciences of nursing care. 6th Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2008.P. 871-918.
- 2- Berg GV, Sarvimäki A. A holistic-existential approach to health promotion. *Scand J Caring Sci.* 2003; 17(4): 384-391.
- 3- Erickson HL. Philosophy and theory of holism. *Nurs Clin North Am.* 2007; 42(2): 139-63.
- 4- Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nurs Stand.* 2000; 14(17): 32-6.
- 5- Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *J AdvNurs.* 2003; 43(3): 246-253.
- 6- Lindwall L, von Post I. Continuity created by nurses in the perioperative dialogue--a literature review. *Scand J Caring Sci.* 2009; 23(2): 395-401.
- 7- Selimen D, Andsoy II. The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN J.* 2011; 3(4): 482-7; quiz 488-490.
- 8- Ellison DJ. A guideline for incorporating holistic nursing interventions into perianesthesia practice. *J Perianesth Nurs.* 2005; 20(1): 19-22.
- 9- Krucoff MW, Crater SW, Gallup D, Blankenship JC, Cuffe M, Guarneri M, et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomized study. *Lancet.* 2005; 366(9481): 211-217.
- 10- McRee LD, Noble S, Pasvogel A. Using massage and music therapy to improve postoperative outcomes. *AORN J.* 2003; 78(3): 433-42, 445-447.
- 11- Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg.* 1999; 89(6): 1346-1351.
- 12- Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Schöll T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg.* 2000; 90(3): 706-712.
- 13- Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. *Nurs Stand.* 2002; 16(28): 33-37.
- 14- Granot M, Ferber SG. The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. *Clin J Pain.* 2005; 21(5): 439-445.
- 15- Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN J.* 2007; 85(3): 589-604.
- 16- Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care.* 2004; 9(2): 72-79.
- 17- Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K. The expression of caring within the perioperative dialogue: a hermeneutic study. *Int J Nurs Stud.* 2007; 44(6): 905-15.
- 18- Rudolfsson G, Ringsberg KC, von Post I. A source of strength--nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *J Nurs Manag.* 2003; 11(4): 250-257.
- 19- Hawkins RJ, Swanson B, Kremer MJ. An integrative review of factors related to patient satisfaction with general anesthesia care. *AORN J.* 2012; 96(4): 368-376.
- 20- Soltner C, Giquello JA, Monrigal-Martin C, BeydonL. Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *Br J Anaesth.* 2011; 106(5): 680-686.
- 21- Jacobson AF. Cognitive-behavioral interventions for IV insertion pain. *AORN J.* 2006; 84(6): 1031-1048.
- 22- Rosén S, Svensson M, Nilsson U. Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *J Perianesth Nurs.* 2008; 23(4): 237-246.
- 23- Heidegger T, Saal D, Nuebling M. Patient satisfaction with anaesthesia care: what is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2006; 20(2): 331-346.
- 24- Palapattu GS, Haisfield-Wolfe ME, Walker JM, BrintzenhofeSzoc K, Trock B, Zabora J, et al. Assessment of perioperative psychological distress in patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer. *J Urol.* 2004; 172(5 Pt 1): 1814-1817.
- 25- Goebel S, Kaup L, Mehdorn HM. Measuring preoperative anxiety in patients with intracranial tumors: the Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *J Neurosurg Anesthesiol.* 2011; 23(4): 297-303.
- 26- Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and in patients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth.* 2009; 103(2): 199-205.
- 27- Lim L, Chow P, Wong CY, Chung A, Chan YH, Wong WK, et al. Doctor-patient communication, knowledge, and question prompt lists in reducing preoperative anxiety: a randomized control study. *Asian J Surg.* 2011; 34(4): 175-180.
- 28- Caljouw MA, van Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *Br J Anaesth.* 2008; 100(5): 637-644.
- 29- Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A. Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *J Clin Anesth.* 2011; 23(5): 372-378.
- 30- Johnson B, Raymond S, Goss J. Perioperative music or headsets to decrease anxiety. *J Perianesth Nurs.* 2012; 27(3): 146-154.
- 31- Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg.* 1996; 82(3): 445-451.
- 32- Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Acta Anaesthesiol Taiwan.* 2012; 50(1): 3-6.
- 33- Nikandish R, Anvar M, Avand A, Habibi N, Gahramani N, Dorri R. Translation and validation of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) for Iranian population. *Pejouhesh.* 2007; 31(1): 79-84. Persian.
- 34- Pritchard MJ. Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nurs Stand.* 2009; 23(51): 35-40.
- 35- Bäckström S, Wynn R, Sørliet T. Coronary bypass surgery patients' experiences with treatment and perioperative care - a qualitative interview-based study. *J Nurs Manag.* 2006; 14(2): 140-7.
- 36- Wennström B, Törnåge CJ, Nasic S, Hedelin H, Bergh I. The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. *Paediatr Anaesth.* 2011; 21(10): 1058-1065.
- 37- Erci B, Sezgin S, Kacmaz Z. The Impact of Therapeutic Relationship on Preoperative and Postoperative Patient Anxiety. *Aust J Adv Nurs.* 2008; 26(1): 59-66.

The Effect of preoperative cares with holistic approach prior to surgical procedure on the patient's anxiety and fulfillment

BY: Madarshahian F^{1*}, Hassanabadi M², Khazaei S³

1) Department of Nursing (Medical-Surgical), Instructor, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

2) Department of Nursing (Health), Instructor, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

3) Department of Neonatal Health, Associate Professor, Ministry of Health, Tehran, Iran

Received: 2013/06/26

Accepted: 2014/02/19

Abstract

Introduction: Although integrating the patients' needs physically and psychologically within their socio-cultural beliefs during providing cares is the source of holistic nursing, but the effectiveness on the patient's anxiety and fulfillment still unclear.

Objective: The objective of this study was to determine the effect of preoperative cares with holistic approach prior to surgical procedure on the patient's anxiety and fulfillment.

Methods: In this quasi experimental study 78 patient facing prostate surgeries were selected through convenience sampling method during 2010 at Birjand Emam Reza Hospital and allocated to two groups of 39 patients. The involvements consist of determine patients' needs; physically, socially, psychologically, religious and cultural such as prevent hospital infection and providing holistic cares prior operation using 5 questions.

The control group received routine cares. Data were gathered with the Amsterdam Anxiety Scale and one researcher-developed patients' satisfaction questionnaire then were analyzed by descriptive statistics, Chi-square, independent and paired t-tests.

Results: Experimental and control groups in relation to age, education and place of residence were similar. After intervention the total mean anxiety score of experimental group (14.30 ± 2.66) was lower than control (15.38 ± 1.51) group ($p < 0.031$). The satisfaction of experimental group (91.15 ± 5.35) was higher than control (80.69 ± 11.89) group ($p < 0.0001$).

Conclusion: Preoperative holistic cares for reduction of anxiety and improve satisfaction between patients prior to prostate surgery was efficient. Therefore this procedure could be recommended for anxious patients.

Keywords: Preoperative Care, Anxiety, Patient Satisfaction

*Corresponding Author: Farah Madarshahian, Birjand, School of Nursing and Midwifery

Email: f_madarshahian@yahoo.com