



اطلاع‌رسانی پیش از انجام عمل جراحی عمومی

دکتر محمدعلی بشارت*، مریم آقامحمدیگی امامی**، دکتر رضا کرمی نوری***

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش، بررسی میزان تأثیر اطلاع‌رسانی بر سطح اضطراب و بهبود بدنی بیماران پس از عمل‌های جراحی فتق، بواسیر و صفرا برداری بود.

روش: در این پژوهش ۱۸۰ آزمودنی آماده‌ی عمل جراحی به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۸۶= n) و گواه (۹۴= n) جای داده شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. در حالی که همگی بیماران به پرسش‌نامه‌ی اضطراب حالت-صفت اشنیل برگر در دو نوبت، روز پیش از عمل و یک ساعت پیش از عمل، پاسخ دادند. اطلاع‌رسانی در مورد عمل جراحی و مراقبت‌های معمول پرستاری به دو صورت نوشتاری و گفتاری تنها برای گروه آزمایشی انجام شد. داده‌های پژوهش به کمک آزمون‌های آماری ۱ و تحلیل واریانس تحلیل گردید.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که اطلاع‌رسانی در مورد بیماران گروه آزمایشی، سطح اضطراب حالت را کاهش داده، فرایند بهبود بدنی را تسریع کرده و میزان درد و مصرف مسکن را پایین آورده است. اطلاع‌رسانی نه تنها اضطراب بیماران تحت عمل جراحی را کم کرد بلکه شاخص‌های فیزیولوژیک مانند فشار خون‌های سیستولیک و دیاستولیک و سرعت ضربان قلب را نیز کاهش داد.

نتیجه: اطلاع‌رسانی سبب افزایش پیش‌بینی‌پذیری و کاهش اضطراب می‌شود و با افزایش «مسئولیت‌پذیری»، فرآیند بهبود جسمانی بیماران را تسریع می‌کند.

کلیدواژه: اطلاع‌رسانی، آموزش، آمادگی، اضطراب، جراحی عمومی

* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه تهران، گروه روانشناسی، تهران، صندوق پستی ۶۴۵۶-۱۴۱۵۵ (نویسنده مسئول).
E-mail: besharat2000@yahoo.com

** کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه تهران، صندوق پستی ۶۴۵۶-۱۴۱۵۵.

*** دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه تهران، گروه روانشناسی، صندوق پستی ۶۴۵۶-۱۴۱۵۵.

۲- تأثیر اطلاع‌رسانی پیش از عمل جراحی، بر میزان اضطراب حالت بیماران تحت عمل جراحی بزرگ (صفرابرداری) در مقایسه با بیماران تحت عمل جراحی کوچک (جراحی فتق و بواسیر) متفاوت است، و
 ۳- اطلاع‌رسانی پیش از عمل جراحی، فرایند بهبودی کوتاه مدت بیماران تحت عمل جراحی را تسریع می‌کند.

از آنجا که در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده به نقش جنسیت و نوع عمل جراحی توجه اندکی شده در این پژوهش نقش این دو عامل نیز بر چگونگی تأثیر اطلاع‌رسانی مورد بررسی قرار گرفته است.

روش

جامعه‌ی آماری این پژوهش بیماران آماده‌ی یکی از عمل‌های جراحی فتق، بواسیر و صفرابرداری بودند که به صورت انتخابی^{۳۸} و نه بر اثر فوریت^{۳۹} در بخش‌های جراحی مردان و زنان بیمارستان سوم شعبان تهران در فاصله‌ی زمانی آذرماه ۱۳۷۸ تا تیرماه ۱۳۷۹ بستری شده بودند. ۱۸۰ بیمار در دامنه‌ی سنی ۴۵-۱۸ سال به روش نمونه‌گیری پی‌درپی^{۴۰} انتخاب شدند. داشتن دست‌کم تحصیلات پنجم ابتدایی، نداشتن سابقه‌ی اعتیاد به مواد مخدر، نداشتن تجربه‌ی پیشین جراحی،

اطلاع‌رسانی در مورد بیماری، فرایند عمل جراحی و مراقبت‌های پزشکی بر میزان اضطراب، درماندگی و پیامدهای پس از عمل، مانند سرعت سازش روانشناختی و بهبود بدنی اثر می‌گذارد. پژوهش‌های انجام شده بر نقش مؤثر اطلاع‌رسانی پیش از عمل جراحی در افزایش سازش روانشناختی و سرعت بهبود بدنی بر حسب متغیرهایی مانند مدت بستری، عوارض پس از عمل جراحی، سطح اضطراب بیمار، متغیرهای فیزیولوژیکی و رضایت عمومی بیمار تأکید دارند (جانستون^۱ و وگل^۲، ۱۹۹۳؛ دوین^۳، ۱۹۹۲؛ هاتاوی^۴، ۱۹۸۶). هم‌چنین پژوهش‌های مشابهی درباره‌ی عمل‌های جراحی صفرابرداری^۵ (لوسک^۶، گرئیر^۷، کرواک^۸ و ریدی^۹، ۱۹۸۴)، زنان و زایمان (والاس^{۱۰}، ۱۹۸۴)، قلب (بیموزر^{۱۱} و هگاروین^{۱۲}، ۱۹۹۹؛ ماهلر^{۱۳} و کولیک^{۱۴}، ۱۹۹۸؛ مور^{۱۵}، ۱۹۹۶)، ارتوپدی (دالتوری^{۱۶}، مورلینو^{۱۷}، ایتون^{۱۸}، پوس^{۱۹} و لیانگ^{۲۰}، ۱۹۹۸؛ گامون^{۲۱} و مالهولند^{۲۲}، ۱۹۹۶) و عمومی (ابراهیمی، ۱۳۷۱؛ مشهودی، ۱۳۷۵) انجام شده و تأثیرات مثبت اطلاع‌رسانی را بر متغیرهای پیش گفته گزارش کرده‌اند. نقش اطلاع‌رسانی در کاهش درد بیماران تحت عمل جراحی نیز به منزله‌ی یک شاخص بهبودی در بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده است (جانسون^{۲۳}، ۱۹۷۳؛ ریدینگ^{۲۴}، ۱۹۸۲؛ سالس^{۲۵} و ون^{۲۶}، ۱۹۸۹؛ والرند^{۲۷}، والرند و هفت^{۲۸}، ۱۹۹۴؛ وشال^{۲۹}، ۱۹۸۰؛ ولس^{۳۰}، هوارد^{۳۱}، نولین^{۳۲} و وارگاس^{۳۳}، ۱۹۸۶). برخی از پژوهش‌ها نیز اطلاع‌رسانی را در زمینه‌ی کاهش درد و سایر پیامدهای عمل جراحی مؤثر ندانسته‌اند (جانسون، ۱۹۷۳؛ ریدینگ، ۱۹۸۶؛ زیمر^{۳۴}، ۱۹۸۳؛ لانگر^{۳۵}، جنیس^{۳۶} و ولفر^{۳۷}، ۱۹۷۵). پژوهش حاضر تأثیر اطلاع‌رسانی را بر اضطراب و بهبود جسمانی در بیماران تحت عمل جراحی عمومی برحسب فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار داده است:

۱- اطلاع‌رسانی پیش از عمل جراحی، اضطراب حالت را در بیماران تحت عمل جراحی کاهش می‌دهد،

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| 1- Johnston | 2- Voegele |
| 3- Devine | 4- Hathaway |
| 5- cholecystectomy | 6- Levesque |
| 7- Grenier | 8- Kerouac |
| 9- Reidy | 10- Wallace |
| 11- Bymoser | 12- Hgarvin |
| 13- Mahler | 14- Kulik |
| 15- Moore | 16- Daltory |
| 17- Morlino | 18- Eaton |
| 19- Poss | 20- Liang |
| 21- Gammon | 22- Mulholland |
| 23- Jahnson | 24- Reading |
| 25- Suls | 26- Wan |
| 27- Vallerand | 28- Heft |
| 29- Voshall | 30- Wells |
| 31- Howard | 32- Nowlin |
| 33- Vargas | 34- Zimer |
| 35- Langer | 36- Janis |
| 37- Wolfer | 38- elective |
| 39- emergency | 40- consecutive referrals |

وجود اضطراب صفت^۱ پایین و دارا بودن سلامت عمومی از معیارهای شرکت در این پژوهش تعیین گردید. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ($n=86$) و گواه ($n=94$) مورد بررسی قرار گرفتند.

نخست علایم حیاتی (فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، سرعت ضربان قلب) در همه بیماران دو گروه اندازه گیری شد. سپس مقیاس های اضطراب حالت و اضطراب صفت پرسش نامه ی اضطراب حالت- صفت اشپیل برگر^۲ (اشپیل برگر، ۱۹۸۳) تکمیل گردید. پس از تکمیل این دو مقیاس، افراد گروه آزمایش اطلاعاتی درباره ی عمل جراحی، چگونگی بهبودی و مراقبت های معمول بیمارستانی دریافت کردند. به شماری از آزمودنی های گروه آزمایش ($n=43$)، تنها اطلاعات شفاهی ارائه شد و به گروه دیگری ($n=43$) اطلاعات شفاهی و کتبی هم زمان ارائه گردید. آماده سازی و اطلاع رسانی به هر یک از آزمودنی های گروه آزمایش به صورت انفرادی صورت گرفت که نزدیک به ۳۰ دقیقه طول می کشید. در گروه گواه، علایم حیاتی بیماران اندازه گیری شد و پرسش نامه ی اضطراب حالت- صفت اشپیل برگر تکمیل گردید، اما هیچ گونه اطلاعاتی به آنها داده نشد. یک ساعت پیش از عمل جراحی، بیماران هر دو گروه آزمایش و گواه مقیاس اضطراب حالت را دوباره تکمیل کردند و علایم حیاتی بلافاصله پیش از بیهوشی اندازه گیری شد. میزان درد ناحیه ی جراحی در فواصل شش و دوازده ساعت پس از جراحی به وسیله خود بیمار با بهره گیری از مقیاس شبیه سازی بینایی مشخص گردید. شمار موارد درخواست مسکن از سوی بیمار، میزان مسکن به کار برده شده از زمان ترخیص از اتاق بهبودی پس از جراحی و زمان شروع فعالیت های حرکتی بیمار یادداشت شد. گردآوری داده ها توسط نویسنده ی دوم مقاله که از آموزش های لازم برای گردآوری داده ها برخوردار گردیده است، انجام شد. ابزارهای به کار برده شده در این پژوهش به شرح زیر بود:

۱- پرسش نامه ی اضطراب حالت- صفت اشپیل برگر: این پرسش نامه دارای دو زیر مقیاس می باشد: بیست پرسش برای اضطراب حالت و بیست پرسش برای اضطراب صفت. در پاسخ به پرسش های این مقیاس آزمودنی ها شدت اضطراب خود را نشان می دهند. دامنه ی نمره ها در هر دو زیر مقیاس بین ۸۰-۲۰ می باشد. ضرایب همبستگی این پرسش نامه با مقیاس اضطراب آشکار تیلور^۳ از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (اشپیل برگر، ۱۹۸۳). ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش همسانی درونی^۴ پرسش های زیر مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۲ و برای اضطراب صفت ۰/۹۰، و پایایی بازآزمایی^۵ پرسش نامه برای زیر مقیاس اضطراب حالت ۰/۶۲ و برای زیر مقیاس اضطراب صفت ۰/۷۶ گزارش شده است (همانجا). ویژگی های روان سنجی پرسش نامه ی اضطراب حالت- صفت در هنجاریابی فرم ایرانی در مورد یک نمونه ی دانشجویی به شرح زیر گزارش شده است: ضرایب همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار تیلور برای اضطراب حالت ۰/۷۶ و برای اضطراب صفت ۰/۸۴؛ ضرایب همبستگی با مقیاس روان رنجوری گرای^۶ پرسش نامه ی شخصیت آیزنک برای اضطراب حالت در دختران ۰/۶۱ و در پسران ۰/۵۶، و برای اضطراب صفت در دختران ۰/۸۲ و در پسران ۰/۴۶؛ آلفای کرونباخ برای پرسش های زیر مقیاس اضطراب حالت از ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس اضطراب صفت از ۰/۸۷ تا ۰/۹۰؛ پایایی بازآزمایی در یک دوره ی سه ماهه برای اضطراب حالت ۰/۳۹ و برای اضطراب صفت ۰/۶۷ (پناهی شهری، ۱۳۷۲).

۲- برگه ی ویژگی های جمعیت شناختی شامل اطلاعاتی در زمینه ی سن، جنس، وضعیت تحصیلی، نوع عمل جراحی و سایر اطلاعات شخصی آزمودنی.

1- trait anxiety

2- Spielberger State-Trait Anxiety Questionnaire

3- Tylor

4- internal consistency

5- test-retest reliability

6- neuroticism

۳- فهرست علائم حیاتی (شامل فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، سرعت ضربان قلب و درجه‌ی حرارت) که روز پیش از عمل جراحی و صبح روز عمل اندازه‌گیری می‌شود.

یکی از روش‌های اندازه‌گیری درد، مقیاس شبیه‌سازی بینایی (VAS)^۱ است. در این روش افزون بر این که به سرعت اطلاعاتی در مورد درد به دست می‌آید، اطلاعات به دست آمده از آن را می‌توان به صورت عددی اندازه‌گیری نمود. رایج‌ترین شیوه‌ی این مقیاس یک خط افقی یا عمودی ۱۰ سانتی‌متری است که در یک انتهای آن نوشته می‌شود «هیچ دردی احساس نمی‌کنید» و در انتهای دیگر آن «بدترین دردی که احساس کرده‌اید» (یا جملاتی مشابه آن) نوشته می‌شود (نگاره‌ی درد). بیمار می‌تواند نقطه‌ای را روی این خط ۱۰ سانتی‌متری علامت بزند که نشان‌دهنده‌ی شدت درد وی باشد. فاصله‌ی نقطه‌ای که بیمار علامت می‌زند تا نقطه‌ی کمترین میزان درد را می‌توان به صورت یک شاخص عددی برای شدت درد به کار برد (وال^۲ و ملزاک^۳، ۱۹۹۴). این روش را برای بیماران بدحال نیز می‌توان به کار برد. کافی است یک قلم را در طول خط عمودی، پایین یا بالا ببریم و بیمار با اشاره‌ی سر، محل درد خود را تعیین کند، یا می‌توان از ده انگشت استفاده کرد به طوری که هر انگشت نمایش یک سانتی‌متر باشد (بونیکا^۴، ۱۹۹۰).

۴- کتابچه‌ی اطلاعات عمومی و اختصاصی: این کتابچه دربردارنده‌ی آن دسته از اطلاعات عمومی است که یک بیمار بدون توجه به نوع عمل، طی فرایند درمان، از زمان بستری شدن تا پس از عمل و بالاخره پس از ترخیص، تجربه خواهد کرد. هم‌چنین دربردارنده‌ی اطلاعات اختصاصی درباره‌ی بیماری فرد و اقدامات جراح در راستای بهبودی بیمار می‌باشد. هم‌چنین اطلاعات مربوط به مراقبت‌های معمول بهداشتی، روند جراحی و

احساس‌های احتمالی به بیمار ارائه می‌گردید. هدف از تهیه‌ی این کتابچه، کمک به بیمار در راستای پیش‌بینی فرایند و روش‌های درمانی است که بیمار با آن روبرو خواهد شد.

داده‌های پژوهش به کمک آزمون آماری t و تحلیل واریانس تحلیل گردید.

یافته‌ها

مقایسه‌ی دو گروه آزمایش و گواه برحسب متغیر اضطراب حالت به کمک آزمون آماری t تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. این یافته بیانگر آن است که سطح اضطراب حالت در دو گروه آزمایش و گواه در روز پیش از عمل جراحی تفاوت معنی‌داری نداشته است. در مرحله‌ی بعد، دو گروه پس از اطلاع‌رسانی، برحسب اضطراب حالت روز عمل مقایسه شدند و آزمون t برپایه‌ی تفاضل نمره‌های اضطراب روز پیش از عمل و روز عمل دو گروه محاسبه شد. نتیجه‌ی این آزمون نشان‌دهنده‌ی تفاوت معنی‌دار میان دو گروه از نظر سطح اضطراب حالت آنان در روز عمل می‌باشد ($t=7/99, p<0/001$) (جدول ۱). این یافته بیانگر آن است که اطلاع‌رسانی پیش از عمل جراحی باعث کاهش اضطراب حالت در بیماران شده است (تأیید فرضیه‌ی اول پژوهش).

از آنجا که شاخص‌های فیزیولوژیکی فشار خون و سرعت ضربان قلب ارتباط بسیار نزدیک با سطح اضطراب فرد دارند، این دو شاخص نیز در روز پیش از عمل و روز عمل اندازه‌گیری شدند. نتایج نشان داد که تفاوت میانگین‌های فشارخون سیستولیک ($p<0/001$)، فشارخون دیاستولیک ($F=17/987, p<0/001$)، و سرعت ضربان قلب ($F=7/963, p<0/001$) دو گروه از نظر آماری معنی‌دار است. بنابراین در تأیید فرضیه‌ی اول پژوهش، افزون بر این که اضطراب گروه آزمایش در روز عمل پایین‌تر از گروه گواه بود، شاخص‌های فیزیولوژیکی فشارخون‌های سیستولیک

جدول ۱- نتایج آزمون t برای مقایسه‌ی تفاضل نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیر اضطراب حالت روز پیش از عمل و روز عمل

شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	ارزش t	درجه‌ی آزادی	سطح معنی‌داری
گروه آزمایش	۸۶	۴/۴۶	۷/۶۶	۰/۸۲	۶/۹۹	۱۷۸	۰/۰۰۱
گواه	۹۴	-۶/۲۴	۷/۱۵	۰/۷۳			

بر اساس نوع اطلاع‌رسانی و نوع جراحی معنی‌دار است و نه بر اساس اثرات تعاملی این متغیرها (رد فرضیه‌ی دوم پژوهش).

فرضیه‌ی سوم پژوهش در مورد تأثیر اطلاع‌رسانی پیش از عمل جراحی بر فرآیند بهبودی کوتاه مدت بیماران بر حسب سه متغیر شروع حرکت، میزان درد پس از عمل و میزان داروی مسکن مصرف شده پس از عمل بررسی شد. نتایج تحلیل واریانس عاملی در مورد تأثیر اطلاع‌رسانی بر تسریع روند بهبودی بیماران جراحی بر حسب متغیر شروع حرکت پس از عمل جراحی نشان داد که تفاوت میانگین‌های شروع حرکت در دو گروه معنی‌دار است ($F=163/467, p<0/001$). اما تفاوت میانگین‌های شروع حرکت بر اساس جنس و سطح تحصیل و همچنین اثرهای تعاملی این متغیرها از نظر آماری معنی‌دار نبود. بنابراین، با در نظر گرفتن میانگین شروع حرکت در گروه‌های آزمایش ($M=6/13$ ساعت) و گواه ($M=10/21$ ساعت)، می‌توان دریافت که گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مدت زمان کوتاه‌تری پس از عمل، شروع به حرکت کرده‌اند (جدول ۲).

و دیاستولیک و سرعت ضربان قلب نیز در این گروه در سطح پایین‌تری قرار داشت.

در بررسی تأثیر اطلاع‌رسانی پیش از عمل جراحی در دو جنس، مقایسه‌ی نمره‌ی زنان و مردان گروه آزمایش در زمینه‌ی متغیر اضطراب حالت روز عمل به کمک آزمون آماری t تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. مقایسه‌ی نمره‌های اضطراب حالت زنان و مردان گروه آزمایش در روز پیش از عمل نیز به کمک آزمون t تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

از آن‌جا که عمل صفرابرداری تنها در زنان مورد بررسی قرار گرفته بود، تأثیر اطلاع‌رسانی بر اضطراب حالت روز عمل با توجه به نوع جراحی (جراحی بزرگ صفرابرداری در مقابل جراحی‌های کوچک فتق و بواسیر)، در این جنس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون t تفاوت معنی‌داری میان زنان دو گروه نشان نداد. سپس برای بررسی اثرات اصلی و تعاملی متغیرهای نوع اطلاع‌رسانی و نوع جراحی بر اضطراب حالت روز عمل در این دسته از آزمودنی‌های گروه آزمایش، تحلیل واریانس عاملی به کار گرفته شد. نتایج نشان داد که تفاوت میانگین‌های اضطراب روز عمل نه

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس عاملی شروع حرکت بر حسب جنسیت و سطح تحصیل در دو گروه آزمایش و گواه

منبع تغییر	شاخص	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	نمره‌ی F	سطح معنی‌داری
گروه	۳۷۰۶/۷۲۳	۳۷۰۶/۷۲۳	۱		۱۶۳/۴۶۷	۰/۰۰۰
جنس	۳۴/۶۴۵		۱	۳۴/۶۴۵	۱/۵۲۸	N.S.
سطح تحصیل	۵۱/۵۷۷		۱	۵۱/۵۷۷	۲/۲۷۵	N.S.
جنس × گروه	۴۴/۷۰۳		۱	۴۴/۷۰۳	۱/۹۷۱	N.S.
گروه × سطح تحصیل	۲/۴۷۴		۱	۲/۴۷۴	۰/۰۰۰	N.S.
جنس × سطح تحصیل	۲/۴۱۲		۱	۲/۴۱۲	۰/۱۰۶	N.S.
گروه × جنس × سطح تحصیل	۹/۷۸۱		۱	۹/۷۸۱	۰/۴۳۱	N.S.

متغیر دیگر بهبودی مورد بررسی، درد ۶ و ۱۲ ساعت پس از عمل جراحی بود. نتایج تحلیل واریانس عاملی نشان داد که تفاوت میانگین‌های درد ۶ ساعت ($F=133/2$) و نیز ۱۲ ساعت ($F=149/7$) پس از عمل در دو گروه معنی‌دار بود ($p < 0/001$)، در حالی که اثرات جنس و سطح تحصیل و نیز اثرات تعاملی هر یک از این متغیرها بر میزان درد، از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۳).

میانگین درد ۶ ساعت و ۱۲ ساعت پس از عمل جراحی در گروه آزمایش به ترتیب ۳/۳۰ و ۲/۵۸ ساعت و در گروه گواه نیز ۶/۹۰ و ۶/۱۰ ساعت بود. به این ترتیب گروه آزمایش کمتر از گروه گواه در هر دو مقطع زمانی درد تجربه کرده است.

سومین متغیر بهبودی که مورد بررسی قرار گرفت شمار موارد درخواست داروی مسکن از سوی بیمار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس عاملی درخواست

داروی مسکن را نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود تفاوت میانگین‌های درخواست داروی مسکن در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/001$)، $F=34/374$). میانگین درخواست داروی مسکن در گروه آزمایش ۱/۵۰ و در گروه گواه ۲/۸۵ بار بود. بنابراین در گروه آزمایش موارد درخواست مسکن کمتر از گروه گواه بوده است. این تفاوت معنی‌دار در دو جنس زن و مرد نیز دیده شد ($F=8/524$ ، $p=0/004$). به بیان دیگر اثر جنسیت بر میزان درخواست مسکن معنی‌دار بوده است. میانگین درخواست مسکن در مردان ۱/۸۶ و در زنان ۲/۴۵ بار بود. افزون بر اثرات اصلی گروه و جنس، اثرات تعاملی گروه و جنس ($F=5/252$ ، $p < 0/05$) و نیز جنس و سطح تحصیل ($F=7/809$ ، $p < 0/01$) بر شمار دفعات درخواست داروی مسکن، از نظر آماری معنی‌دار بود.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس عاملی برحسب درد پس از عمل در دو گروه آزمایش و گواه

منبع تغییر گروه	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	نمره‌ی F	سطح معنی‌داری
گروه	درد ۶ ساعت	۱	۵۹۲/۱۵۰	۱۳۳/۲	۰/۰۰۰
	درد ۱۲ ساعت	۱	۵۴۹/۸۲۹	۱۴۹/۷	۰/۰۰۰
جنس	درد ۶ ساعت	۱	۵/۴۸۶	۱/۲۳۴	N.S.
	درد ۱۲ ساعت	۱	۹/۶۲۳	۲/۶۲۰	N.S.
سطح تحصیل	درد ۶ ساعت	۱	۳/۰۴۵	۰/۰۰۷	N.S.
	درد ۱۲ ساعت	۱	۸/۷۵۵	۲/۳۸۴	N.S.
جنس × گروه	درد ۶ ساعت	۱	۰/۴۸۱	۰/۱۰۸	N.S.
	درد ۱۲ ساعت	۱	۰/۱۷۷	۰/۰۴۸	N.S.
گروه × سطح تحصیل	درد ۶ ساعت	۱	۷/۱۳۹	۱/۶۰۵	N.S.
	درد ۱۲ ساعت	۱	۱/۲۴۵	۰/۳۳۹	N.S.
جنس × سطح تحصیل	درد ۶ ساعت	۱	۵/۱۹۹	۰/۰۰۱	N.S.
	درد ۱۲ ساعت	۱	۰/۷۶۵	۰/۲۰۸	N.S.
گروه × جنس × سطح تحصیل	درد ۶ ساعت	۱	۴/۳۱۹	۰/۹۷۱	N.S.
	درد ۱۲ ساعت	۱	۲/۲۰۲	۰/۶۰۰	N.S.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس عاملی تعداد درخواست مسکن بر حسب جنس و سطح تحصیل در دو گروه آزمایش ر گواه

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	نمره‌ی F	سطح معنی‌داری
گروه	۸۱/۹۸۰	۱	۸۱/۹۸۰	۳۴/۳۶۴	۰/۰۰۰
جنس	۲۰/۳۳۵	۱	۲۰/۳۳۵	۸/۵۲۴	۰/۰۰۴
سطح تحصیل	۸/۲۲۸	۱	۸/۲۲۸	۳/۴۴۹	N.S.
جنس × گروه	۱۲/۵۲۹	۱	۱۲/۵۲۵	۵/۲۵۲	۰/۰۲۳
گروه × سطح تحصیل	۴/۹۲۸	۱	۴/۹۲۸	۲/۰۶۶	N.S.
جنس × سطح تحصیل	۱۶/۲۴۳	۱	۱۶/۲۴۳	۶/۸۰۹	۰/۰۱۰
گروه × جنس × سطح تحصیل	۸/۸۲۱	۱	۸/۸۲۱	۳/۶۹۷	N.S.

بحث

جراحی و در نهایت بر واکنش هیجانی وی تأثیر می‌گذارد. هم‌چنین اطلاع‌رسانی در ایجاد «انتظارات دقیق» در بیماران (آن‌چه رخ خواهد داد و آن‌چه احساس خواهد شد) مؤثر است و بیمار را برمی‌انگیزاند تا فرایند جراحی را در ذهن مرور، و انتظاراتها و چشم‌داشت‌های خود را مشخص کند (لونتال^۱، براون^۲، هاجام^۳ و انگ‌کوئیست^۴، ۱۹۷۹).

این بررسی نشان داد که تفاوت تأثیر اطلاع‌رسانی بر سطح اضطراب بیماران در جراحی‌های بزرگ و کوچک از نظر آماری معنی‌دار نیست. برای تبیین این یافته‌ی پژوهش باید گفت اطلاعات عمومی بیماران در مورد دو نوع عمل جراحی در آنها انتظاراتی متفاوت ایجاد می‌کند. انتظار درد بیشتر پس از یک عمل جراحی بزرگ‌تر، بیمار را از نظر روانی آماده می‌سازد تا درد بیشتری را پذیرا باشد. برعکس، انتظار درد کمتر به دنبال عمل جراحی کوچک‌تر و ساده‌تر آمادگی‌های روانی بیمار را برای روبه‌رو شدن با درد فراهم نمی‌کند. از این رو هنگامی که بیمار مبتلا به بواسیر برخلاف اطلاعات و انتظاراتی که دارد، با دردی بسیار شدید که تا ۲۴ ساعت پس از عمل ادامه دارد روبه‌رو می‌شود - واقعیتی که در تعارض با انتظار پیشین می‌باشد - درد

این بررسی نشان داد که اطلاع‌رسانی نه تنها اضطراب بیماران تحت عمل جراحی را کاهش می‌دهد، بلکه برخی شاخص‌های فیزیولوژیک مانند فشار خون‌های سیستولیک و دیاستولیک و سرعت ضربان قلب را نیز پایین می‌آورد. این یافته که با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (بیموزر و هگاروین، ۱۹۹۹؛ لانگر و همکاران، ۱۹۷۵؛ مشهودی، ۱۳۷۵؛ والاس، ۱۹۸۴) هم‌سو است، به چند صورت تبیین می‌شود. یک تبیین احتمالی این است که ارایه‌ی اطلاعات درست به بیمار می‌تواند «پیش‌بینی‌پذیری» را افزایش دهد (دیماتئو^۱، ۱۹۹۰). توانایی پیش‌بینی یک رویداد تنش‌زا حتی اگر فرد نتواند بر آن کنترل داشته باشد از شدت تنیدگی آن می‌کاهد. احتمال دوم ایجاد «طرح‌واره‌ی واقع‌بینانه» در بیماران است. ما تصورات ذهنی یا طرح‌واره‌هایی از تجربیات پیشین خود داریم که رفتار ما را سمت‌وسو می‌دهند. از این رو آماده کردن بیماران به کمک ارایه‌ی اطلاعات در مورد تجربه‌های آینده، آنها را در شکل دادن به طرح‌واره‌ی واقع‌بینانه یاری می‌دهد. احتمال سوم ایجاد «ارزیابی درست از موقعیت» در بیماران است. واکنش هیجانی بیمار که در اثر عمل جراحی به عنوان یک موقعیت تنش‌زا ایجاد می‌شود، بستگی به چگونگی ارزیابی فرد از آن دارد. بنابراین ارایه‌ی اطلاعات درست بهداشتی بر ارزیابی بیمار از عمل

1- Dimatteo
3- Brown
5- Engquist

2-Leventhal
4- Hacham

بیشتری احساس می‌کند و این تناقض مانع تأثیر اطلاع‌رسانی بر کاهش سطح اضطراب وی می‌گردد.

یکی از پرسش‌هایی که پژوهش حاضر کوشش در پاسخ به آن را داشت این بود که آیا اطلاع‌رسانی پیش از عمل می‌تواند روند بهبود بدنی بیماران تحت جراحی را شتاب دهد؟ برپایه یافته‌های این پژوهش پاسخ به این پرسش مثبت است. این بررسی نشان داد که اطلاع‌رسانی پیش از مداخله‌های جراحی، پیامدهای بدنی مثبت را در بر دارد. این یافته هم‌سو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (ملامد^۱، دربورن^۲ و هرمکز^۳، ۱۹۸۳؛ لوسک و همکاران، ۱۹۸۴؛ والاس، ۱۹۸۴؛ مور، ۱۹۹۶؛ گامون و مالهولند، ۱۹۹۶؛ ماهر، کولیک، ۱۹۹۸) می‌باشد. افزون بر تبیین‌های پیش‌گفته، اطلاع‌رسانی باعث افزایش «مسئولیت‌پذیری» در بیمار می‌گردد.

این بررسی نشان داد که اطلاع‌رسانی در مورد علت درد و روش‌های کنترل آن، میزان درد بیماران را در گروه آزمایش کاهش داده است. این یافته‌ی پژوهش با یافته‌های پژوهشی گزارش شده از سوی جانسون (۱۹۷۳)، و شمال (۱۹۸۰)، والاس (۱۹۸۶)، چپمن^۴ (۱۹۸۷) و والرند و همکاران (۱۹۹۴) هماهنگ است. چگونگی تأثیر اطلاع‌رسانی بر کاهش میزان درد پس از عمل را می‌توان برپایه‌ی ایجاد «نگرش‌های واقع‌بینانه در مورد درد» توجیه نمود. بسیاری از بیماران نگرش‌های نادرستی پیرامون درد دارند. برخی از آنها ممکن است به طور کلی احتمال وجود درد را نادیده بگیرند و از این رو درد پس از عمل را بسیار شدید ارزیابی کنند. بنابراین آرایه‌ی اطلاعات کافی به بیماران در زمینه‌ی آنچه برای آنها رخ خواهد داد و دردی که خواهند داشت، همراه با اطمینان خاطر بخشیدن به بیماران، در کاهش میزان درد پس از عمل مؤثر خواهد بود.

این بررسی نشان داد که اطلاع‌رسانی، میزان داروی مسکن درخواست‌شده را در گروه آزمایش کاهش می‌دهد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین

(گامون و مالهولند، ۱۹۹۶؛ والاس، ۱۹۸۶) هم‌سو است. افزون بر آن، آرایه‌ی اطلاعات باعث افزایش «مسئولیت‌پذیری» در بیمار می‌گردد و احساس مسئولیت، تلاش و همکاری هر چه بیشتر بیمار را در راستای رسیدن به بهبودی فراهم می‌آورد. این بیماران زودتر از بیماران گروه گواه از تخت پایین می‌آیند و شروع به حرکت می‌کنند. همین فعالیت‌های سبک بدنی در کاهش درد ناحیه‌ی عمل مؤثر است و نیاز به مسکن را کاهش می‌دهد.

از آن‌جا که آزمودنی‌های پژوهش همه از سطوح متوسط و پایین اجتماعی-اقتصادی جامعه بوده‌اند، تعمیم‌پذیری یافته‌ها محدود می‌شود. اندازه‌گیری غیرمستقیم درد بیماران، تنها برپایه‌ی میزان داروی مسکن مصرفی انجام گرفت. سنجش نسبت میزان داروی مصرف‌شده با وزن بیمار، دقت اندازه‌گیری میزان درد را افزایش می‌دهد.

با توجه به آن‌که آزمون‌های پیش از عمل و پس از عمل در این بررسی به وسیله‌ی یک پژوهشگر انجام شده‌اند، گردآوری اطلاعات به کمک پژوهشگران مستقل در مراحل مختلف پژوهش، می‌تواند احتمال سوگیری به نفع فرضیه‌های پژوهش را از میان بردارد.

سپاسگزاری

از بیماران و کارکنان محترم بیمارستان سوم شعبان در بخش‌های جراحی زنان و مردان که بدون همکاری آنها این پژوهش به انجام نمی‌رسید صمیمانه قدردانی و سپاسگزاری می‌شود.

منابع

ابراهیمی، ناهید (۱۳۷۱). *بررسی تأثیر ارتباط درمانی بر کاهش میزان تنیدگی بیماران که عمل جراحی قلب باز دارند*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی.

1- Melamed
3- Hermecz

2- Dearborn
4- Chapman

- components of pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 261-275.
- Johnston, M., & Voegelc, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 245-256.
- Langer, E. J., Janis, I. L., & Wolfer, J. A. (1975). Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 155-165.
- Lazarus, R. S., & Folkman, M. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Leventhal, H., Brown, D., Hacham, S., & Engquist, G. (1979). Effects of preparatory information about sensations, threat of pain, and attention on cold pressor distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 688-714.
- Levesque, L., Grenier, R., Kerouac, S., & Reidy, M. (1984). Evaluation of a presurgical group program given at different times. *Research in Nursing and Health*, 7, 227-236.
- Mahler, H. I. M., & Kulik, J. A. (1998). Effects of preparatory videotapes on self-efficacy beliefs and recovery from coronary bypass surgery. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 39-46.
- Melamed, B. G., Dearborn, M., & Hermez, D. A. (1983). Necessary consideration for surgery preparation: age and previous experience. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 45, 517-525.
- Moore, S. M. (1996). The effects of a discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 181-189.
- Reading, A. E. (1982). The effects of psychological preparation on pain and recovery after minor gynecological surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 100-105.
- پناهی شهری، محمود (۱۳۷۲). *بررسی مقدماتی روایی - اعتبار و نرم‌یابی پرسش‌نامه‌ی صفت - حالت اضطراب اثبیل برگر*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- مشهودی، مجید (۱۳۷۵). *بررسی تأثیر روش اطلاع‌رسانی بر سطح اضطراب بیماران عمل جراحی عمومی*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- Bonica, J. (1990). *The management of pain*, (2nd ed). London: Lea & Febiger. (p. 581-595).
- Bymoser, D. K., & Hgarvin, K. (1999). Stress during mechanical ventilation benefit of having concrete objective information before cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*, 159, 118-126.
- Chapman, C. R. (1987). Psychological control of acute pain in medical settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 229-231.
- Daltory, L. H., Morlino, C. I., Eaton, H. M., Poss, R., & Liang, M. H. (1998). Preparative education for total hip and knee replacement patients. *Arthritis Care and Research*, 11, 469-478.
- Devine, E. C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *patients Education and Counseling*, 19, 129-142.
- Dimatteo, R. M. (1990). *Psychology of health, illness and medical care*. Brooks/Cole Publication Co.
- Ganmon, J., & Mulholland, C. W. (1996). Effects of preparatory information prior to elective total hip replacement on postoperative physical coping outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 589-604.
- Hathaway, D. (1986). Effects of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Journal of Nursing Research*, 35, 269-275.
- Johnson, J. E. (1973). Effects of accurate expectations about sensations on the sensory and distress

ological surgery: a preliminary report. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 504-512.

Reading, A.E. (1986). The effects of psychological preparation on pain and recovery after minor gynecological surgery: a preliminary report. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 504-512.

Spielberger, C.D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Suls, J., & Wan, C.K. (1989). Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 372-379.

Vallerand, W.P., Vallerand, A.H., & Heft, M. (1994). The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 52, 1165-1170.

Voshall, B. (1980). Effects of information booklet on

well-being of hospital patients. *Patient Counseling Health Education*, 2, 51-64.

Wall, P.D., & Melzak, R. (1994). *Textbook of pain*. (3rd ed.). London: Churchill Livingstone.

Wallace, L.M. (1984). Psychological preparation as a method of reducing the stress of surgery. *Journal of Human Stress*, 10, 62-76.

Wallace, L.M. (1986). Preoperative state anxiety as a mediator of psychological adjustment to and recovery from surgery. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 253-261.

Wells, J., Howard, G.S., Nowlin, W.F., & Vargas, M.J. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: effects of a stress inoculation procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 831-835.

Zimer, M.M. (1983). Effects of information on postsurgical coping. *Journal of Nursing Research*, 25, 282-287.