

## تأثیر ارایه لیفلت آماده‌سازی بر میزان اضطراب روز عمل مادران کودکان دارای جراحی سرپایی

لیدا نیک‌فرید<sup>۱</sup> - نازیلا خلیل زاده<sup>۲</sup> - آرش قنبریان<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به افزایش روزافزون جراحی‌های سرپایی کودکان و انتقال نقش‌های مراقبتی به والدین، آماده‌سازی مناسب و کاهش میزان استرس آن‌ها برای انجام صحیح مراقبت از کودکان قبل و بعد از جراحی ضروری است. این مطالعه با هدف تعیین میزان اضطراب مادران کودکان تحت جراحی سرپایی در بیمارستان مرکز طبی کودکان در سال ۱۳۸۷ و بررسی تأثیر ارایه لیفلت آماده‌سازی بر میزان اضطراب آن‌ها انجام شده است.

**روش کار:** در این مطالعه نیمه تجربی، ۶۰ مادر (هر گروه ۳۰ نفر) مراجعه‌کننده به بخش جراحی بیمارستان به طور تصادفی با تکنیک منظم (سیستماتیک) انتخاب و در داخل گروه‌های مطالعه قرار گرفتند. برای گروه مداخله یک لیفلت آموزشی حاوی مطالب مرتبط با قبل، حین و بعد از جراحی ارایه شد. در روز عمل با استفاده از پرسشنامه سنجش اضطراب آشکار اشیپلبرگر میزان اضطراب نمونه‌های دو گروه سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی نظیر آزمون مجذور کای، دقیق فیشر، من‌ویتنی و نرم‌افزار SPSS v.15 انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمره اضطراب آشکار اشیپلبرگر دو گروه ۴۸/۲ با انحراف معیار ۱۰/۱۴ و میانگین نمره اضطراب آشکار اشیپلبرگر واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله ۴۳/۹۶ با انحراف معیار ۸/۳ و در گروه کنترل ۵۳/۵۰ با انحراف معیار ۱۰/۰۷ بود. آماره من‌ویتنی با  $p < 0/001$  اختلاف معناداری را به لحاظ آماری بین نمرات اضطراب آشکار در دو گروه کنترل و مداخله نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه تأیید می‌کند که روش‌های کتبی به عنوان روش‌هایی کم هزینه و قابل استفاده توسط طیف وسیعی از خانواده‌ها باید در مواردی که مقرون به صرفه بودن عامل اولیه انتخاب روش آماده‌سازی می‌باشد، مورد نظر قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: جراحی سرپایی، اضطراب، مادران

پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۲/۲۲

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۳/۱۶

۱ - مربی گروه آموزشی پرستاری کودکان دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی ساوه (نویسنده مسؤول)

آدرس: ساوه، میدان فلسطین، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه پرستاری

پست الکترونیکی: lidaagag1381@yahoo.com

۲ - کارشناس پرستاری، سرپرستار بخش جراحی کودکان بیمارستان مرکز طبی کودکان

۳ - دکترای عمومی طب محقق ارشد مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی

## مقدمه

امروزه جراحی‌های سرپایی کودکان در سراسر دنیا و از جمله کشورمان متداول گشته است. جراحی سرپایی نه تنها از نظر کاهش هزینه‌های بیمارستانی و مراقبتی مورد اهمیت است، بلکه به خودی خود دارای مزایایی مانند کاهش عفونت‌های بیمارستانی، کاهش جدایی کودک از والدین و ارایه مراقبت پرستاری به شیوه خانواده محور می‌باشد (۱). در اعمال جراحی سرپایی والدین اهمیت و نقش ویژه‌ای از نظر قبول مسؤلیت برای مراقبت قبل و بعد از عمل جراحی کودک ایفا کرده و نیازمند آماده‌سازی و آموزش دقیق و مناسب در این زمینه می‌باشند (۲). با این وجود تحقیقات حاکی از آن است که معمولاً والدین آموزش کافی در این زمینه نداشته و در روز جراحی مضطرب و سردرگم می‌باشند. این اضطراب علاوه بر آن که موجب ناتوانی آن‌ها در ارایه موفق نقش مراقبتی خود می‌شود بلکه با انتقال اضطراب به کودک و ایجاد اضطراب و دیسترس غیر ضروری در او، عواقبی همانند مشکلات حین بیهوشی، درد شدیدتر بعد از عمل جراحی (که با نیاز به دریافت مکرر مسکن مشخص می‌گردد) و نیز بروز اختلالات رفتاری تا مدت‌ها بعد از اعمال جراحی ایجاد می‌کند (۳-۵).

پرستاران نقش اولیه و اساسی در کاهش اضطراب و آماده‌سازی جسمی و روانی والدین و کودک برای اعمال جراحی سرپایی را دارا می‌باشند (۲). مطالعات به روش‌های متعددی برای آماده‌سازی والدین و کودکان جهت جراحی سرپایی اشاره می‌نمایند که از جمله آن‌ها می‌توان به ارایه کتابچه و سی‌دی‌های آموزشی، برگزاری توره‌های بیمارستان و اتاق عمل روز قبل از جراحی و نیز بازی‌های درمانی و ایفای نقش اشاره کرد. تأثیرگذاری این روش‌ها بر کاهش اضطراب و آمادگی روانی و جسمی کودک و والدین او در کارآزمایی‌های متعدد تأیید شده است (۶-۸). با این حال در بالین عملاً به دلیل مشکلاتی مانند کمبود پرستار، کمبود هزینه و یا تعداد زیاد جراحی‌ها، انجام چنین روش‌هایی مقرون به صرفه نیست (۲). مطالعات متعددی به مناسب و مؤثر بودن روش‌های کتبی ارایه اطلاعات و آموزش قبل از عمل، به عنوان روشی کم هزینه به تنهایی یا در کنار روش‌های مدرن اشاره می‌کنند (۹، ۱۰).

در بیمارستان مرکز طبی کودکان روزانه تعداد زیادی جراحی سرپایی برای کودکان انجام می‌شود. به دلیل تعداد زیاد بیماران، تعداد کم پرستار و نیز هزینه‌های ناکافی معمولاً این خانواده‌ها آموزش لازم و مناسب را نمی‌بینند. آماده‌سازی آن‌ها تنها به ذکر نکاتی مانند ناشتا بودن، تمیز کردن محل جراحی، داشتن آزمایشات روتین و رضایت‌نامه عمل و زمان مراجعه به بیمارستان محدود می‌شود که آن هم به صورت شفاهی توسط مسؤؤل پذیرش، پرستار بخش یا جراح به یکی از والدین گفته می‌شود. محققین به دلیل سر و کار داشتن با والدین این کودکان و مشاهده سردرگمی، اضطراب و نگرانی آن‌ها خصوصاً مادران که وظیفه اولیه مراقبت از کودک را به عهده دارند و نیز با توجه به محدودیت‌های سازمانی از نظر ارایه روش‌های مدرن آموزشی بر آن شدند تا مطالعه‌ای با اهداف تعیین میزان اضطراب مادران کودکان نیازمند جراحی سرپایی و بررسی تأثیر ارایه یک لیفلت آماده‌سازی بر میزان اضطراب آن‌ها در کنار روش‌های روتین بیمارستان انجام دهند.

## روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است. جامعه پژوهش را مادران کودکان مراجعه‌کننده برای انجام جراحی‌های سرپایی اورژانس (نهان بیضگی، هیدروسل و تنگی پیشابراه) و فتق (فمورال، اینگوینال و نافی) بخش جراحی بیمارستان مرکز طبی کودکان در سال ۱۳۸۷ تشکیل می‌دهند. در این مطالعه حجم نمونه‌ها  $\beta=0/2$  و  $\alpha=0/05$ ، حداقل ۳۰ نفر برای هر گروه برآورد گردید. تعداد ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری سیستماتیک طی مدت ۱ ماه انتخاب شده و به صورت تصادفی یک هفته در میان در دو گروه مداخله و کنترل (هر کدام ۳۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود نمونه‌ها شامل جراحی سرپایی اورژانس و هرنی برای کودکان زیر ۵ سال، عدم وجود سابقه جراحی در کودک یا بستری شدن در بیمارستان، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های جسمی تکاملی کودک، نیازمند جراحی سرپایی با بیهوشی عمومی، تمایل به شرکت در پژوهش و عدم مصرف داروهای ضد اضطراب یا ضد افسردگی در مادران بود. در صورت عدم تمایل، نمونه‌ها حق خروج در هر مرحله از مطالعه را داشتند.

عمل به بخش مراجعه کرده و اقدامات طبق روتین توسط دو پرستار همکار طرح برای بیماران آن‌ها انجام می‌شد. نمونه‌ها در روز جراحی پس از انتقال بیمارشان به اتاق عمل پرسشنامه اضطراب آشکار اشیپلبرگر را پر می‌کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی نظیر آزمون مجذور کای، دقیق فیشر، من‌ویتنی و نرم‌افزار SPSS v.15 انجام گرفت.

### یافته‌ها

تمام ۶۰ نمونه گرفته شده تا پایان طرح به همکاری خود ادامه دادند. بر اساس یافته‌ها میانگین سنی نمونه‌های پژوهش در دو گروه ۲۹/۸۶ با انحراف معیار ۵/۴ سال بود. ۵۱/۷٪ نمونه‌ها سابقه هیچ جراحی نداشته و ۴۸/۳٪ نمونه‌ها تنها سابقه جراحی سزارین داشتند. ۸۱/۷٪ کودکان دو گروه پسر و میانگین سنی کودکان ۲/۲۲ با انحراف معیار ۱/۲۲ سال بود. ۵۶/۷٪ جراحی‌ها هرنی (اینگوینال، نافی، فمورال) و ۴۳/۳٪ اورونیتال (هیدروسل، نهان بیضه گی و تنگی پیشابراه) بود (جدول شماره ۱). آزمون آماری مجذور کای نشان داد واحد‌های مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل از نظر گروه سنی ( $p=0/7$ )، تعداد فرزند ( $p=0/7$ )، جنس فرزند بیمار ( $p=0/5$ )، سن فرزند بیمار ( $p=0/2$ )، نوع جراحی فرزند ( $p=0/3$ ) سابقه جراحی خود مادر ( $p=0/3$ ) اختلاف آماری معنادار نداشته و همسان هستند.

نتایج نشان داد که میانگین نمره اضطراب آشکار اشیپلبرگر دو گروه ۴۸/۲ با انحراف معیار ۱۰/۱۴ و میانگین نمره اضطراب آشکار اشیپلبرگر واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله ۴۳/۹۶ با انحراف معیار ۸/۳ و در گروه کنترل ۵۳/۵۰ با انحراف معیار ۱۰/۰۷ بود. آماره من‌ویتنی با  $p < 0/001$  اختلاف معناداری را به لحاظ آماری بین نمرات اضطراب آشکار در دو گروه کنترل و مداخله نشان داد (جدول شماره ۲). با انجام آماره همبستگی پیرسون ارتباطی بین سن مادر، تعداد فرزند و سن کودک با میزان اضطراب مادر یافت نشد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل یک برگه اطلاعات دموگرافیک بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و پرسشنامه اضطراب آشکار اشیپلبرگر فارسی بود. این پرسشنامه ابزاری استاندارد بوده و روایی آن قبلاً تأیید شده و پایایی آن در شهر مشهد بر روی ۶۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ روی جامعه هنجار به میزان ۰/۹۴ به دست آمد. این ابزار در مطالعات متعدد مورد استفاده قرار گرفته است (۱۱-۱۳). لیفلت آموزشی نیز پس از تهیه به ۲۰ مادر کودک نیازمند جراحی سرپایی دارای معیارهای ورود به نمونه تحقیق داده شد و اصلاحات و اضافات لازم با نظرات آن‌ها اعمال گردید.

پس از هماهنگی با مسؤول پذیرش، ایشان بیمارانی را که برای تعیین وقت جراحی (حداکثر به مدت دو هفته بعد) مراجعه کرده و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، شناسایی و به صورت تصادفی از هر ۵ بیمار مراجعه‌کننده یک نفر را وارد مطالعه کرده و به صورت یک هفته در میان آن‌ها را در گروه کنترل و مداخله قرار می‌دادند. به این افراد یک برگه مشخصات دموگرافیک دارای شماره داده شده و افراد گروه مداخله یک لیفلت آماده‌سازی تهیه شده توسط محقق، دریافت می‌کردند. تعلق افراد به گروه مداخله یا کنترل با شماره‌هایی که تنها مسؤول پذیرش از آن‌ها اطلاع داشت، مشخص می‌گردید. لیفلت آماده‌سازی شامل آمادگی‌های لازم شب قبل از عمل، زمان ناشتا شدن، زمان آمدن به بخش جراحی، اقدامات انجام شده در بخش جراحی قبل از انتقال به اتاق عمل (شامل پوشاندن گان، نصب دستبند هویت، رگ‌گیری و اتصال مایع تزریقی وریدی و تزریق داروهای پیش از عمل)، زمان و نحوه انتقال به اتاق عمل، محل انتظار والدین و زمان پیش‌بینی شده برای ترخیص بعد از انتقال به بخش، موارد مورد پیش‌بینی مانند درد و تهوع و وظیفه والدین در قبال آن‌ها و نیز تلفن تماس برای موارد ضروری بود. لازم به ذکر است در حالت روتین تنها زمان ناشتا شدن و اقدامات احتمالی مورد لزوم در شب قبل از عمل و زمان مراجعه به بیمارستان به صورت شفاهی توسط جراح در درمانگاه به اطلاع خانواده بیمار رسانده می‌شد که برای نمونه‌های کنترل چنین گردید. لازم به ذکر است این گروه در پژوهش شرکت نداشتند. نمونه‌های کنترل و مداخله در روز

**جدول ۱:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصه‌های فردی مادران کودکان مراجعه‌کننده برای جراحی سرپایی به بخش جراحی بیمارستان مرکز طبی کودکان سال ۱۳۸۷ در گروه کنترل و مداخله

لیفلت آموزشی مشخصه‌های فردی	داشته (گروه مداخله n=۳۰)		نداشته (گروه کنترل n=۳۰) سطح معناداری	
	میانگین سنی	۲۱-۳۰ سال	۱۷٪(۵۶/۶)	۱۹٪(۶۳/۳)
تعداد فرزند	۱ فرزند	۹٪(۳۰)	۱۱٪(۳۶/۷)	p=۰/۷
	۲ فرزند	۱۲٪(۴۰)	۱۲٪(۴۰)	
	۳ فرزند	۶٪(۲۰)	۶٪(۲۰)	
	۴ فرزند	۳٪(۱۰)	۱٪(۳/۳)	
جنس فرزند بیمار	پسر	۲۵٪(۸۳/۳)	۲۴٪(۸۰)	p=۰/۵
	دختر	۵٪(۱۶/۷)	۶٪(۲۰)	
میانگین سن فرزند	زیر ۱ سال	۴٪(۱۳/۳)	۷٪(۲۳/۳)	p=۰/۲
	۱۳-۲۴ ماه	۱۴٪(۴۶/۷)	۱۲٪(۴۰)	
	۲۵-۴۸ ماه	۸٪(۲۶/۷)	۷٪(۲۳/۳)	
نوع جراحی فرزند	هرنی شکمی	۱۸٪(۶۰)	۱۶٪(۵۳/۳)	p=۰/۳
	اوروژنیتال	۱۲٪(۴۰)	۱۴٪(۴۶/۷)	
سابقه جراحی مادر	بله	۱۳٪(۴۳/۳)	۱۷٪(۵۳/۳)	p=۰/۲
خیر	۱۶٪(۵۶/۷)	۱۴٪(۴۶/۷)		

**جدول ۲:** مقایسه میانگین نمره پرسشنامه اضطراب اشکار اشیپلبرگر مادران کودکان مراجعه‌کننده برای جراحی سرپایی به بخش جراحی بیمارستان مرکز طبی کودکان سال ۱۳۸۷ در گروه کنترل و مداخله

گروه	نمره پرسشنامه	میانگین±انحراف معیار	میانگین تفاوت±خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین تفاوت	سطح معناداری
					مداخله
کنترل	۵۳/۵۰±۱۰/۱				

خود را از صدمه و درد حفظ کنند. این منجر به اضطراب می‌شود. همچنین آن‌ها احساس عدم کنترل روی اوضاع داشته و سردرگم و نامطمئن هستند. منابع دیگر اضطراب والدین کودکان تحت جراحی‌های سرپایی عبارتند از ترس از مرگ کودک زیر بیهوشی، ترس از ناتوانی، ترس از نتیجه نامطلوب جراحی، ترس از درد کشیدن کودک، ترس از ناشناخته‌ها و نگرانی از این که تیم درمان در غیاب آن‌ها نتوانند خواسته‌های کودک را به درستی پاسخ دهند (۱۶ و ۱۴).

Kain و همکارانش مداخلات برای کاهش اضطراب والدین و همچنین کودکان نیازمند جراحی سرپایی را به سه دسته تقسیم می‌کنند: (۱) تجویز آرام بخش قبل از جراحی (۲) حضور والدین در تمام فرایندها و حتی هنگام ارایه بیهوشی (۳) ارایه برنامه‌های مناسب اطلاع‌رسانی و آماده‌سازی. برای تحقق این اهداف همکاری تمام اعضای گروه درمانی لازم می‌باشد. این

## بحث

پژوهش حاضر نشان داد مادران کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان مرکز طبی کودکان برای جراحی سرپایی که در این مطالعه شرکت کرده بودند از اضطراب آشکار در سطح متوسط برخوردار بودند. این یافته با نتایج تحقیقات مشابه هم‌خوانی دارد (۱۶-۱۴). Leske با روش‌های فیزیولوژیک و خودگزارشی سطح اضطراب اعضای خانواده کودکان تحت جراحی‌های الکتیو را سنجید و مشاهده کرد متوسط میزان اضطراب آن‌ها بالاتر از متوسط میزان اضطراب اعضای خانواده بیماران نیازمند جراحی بای‌پس کرونری و متوسط میزان اضطراب مادرانی است که کودک آن‌ها به دلیل بیماری و نه جراحی در بیمارستان بستری شده‌اند (۹). حمایت کودک از خطرات و ارایه آرامش دو عملکرد اولیه نقش والدینی می‌باشند. والدینی که کودک خود را برای جراحی به بیمارستان می‌آورند، احساس گناه می‌کنند چون نمی‌توانند کودک

دیگر بهترین روش‌های آماده‌سازی نمی‌تواند از اضطراب کودک حین جراحی و استرس والدین بعد از تحویل کودک به اتاق عمل کم کنند. لذا باید تمهیدات در جهت حضور مداوم والدین در کنار کودک تا لحظه بیهوشی در نظر گرفته شود (۱۸).

حجم کم نمونه از محدودیت‌های این مطالعه است، همچنین نتایج این مطالعه را نمی‌توان به پدران نسبت داد. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای نیز روی پدران و خود کودکان تحت جراحی سرپایی صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با حجم بزرگتر و با در نظر گرفتن تأثیر روش فوق بر میزان اضطراب با سنجش متغیرهای فیزیولوژیک مانند تعداد ضربان قلب و فشارخون انجام شود.

### نتیجه‌گیری

پرستاران نقش اولیه را برای آماده‌سازی جسمی و روانی کودک و خانواده او جهت انجام جراحی سرپایی دارا بوده و باید والدین را برای ایفای نقش مراقبتی خود در مراحل قبل، حین و بعد از جراحی آماده نمایند. محققین ارایه لیفلت و اطلاعات کتبی را به عنوان روش روتین بخش جراحی بیمارستان مرکز طبی کودکان برای آماده‌سازی و ارایه اطلاعات به والدین کودکانی که برای جراحی سرپایی مراجعه می‌نمایند، توصیه و اجرا نمودند. بخش‌های مشابه در بیمارستان‌های کودکان نیز می‌توانند از نتایج این مطالعه برای انتخاب و یا تغییر روش‌های آماده‌سازی خود استفاده نمایند.

### تشکر و قدردانی

محققین مراتب تشکر خود را از پرستاران همکار طرح سرکار خانم مطلب‌زاده و سرکار خانم مهدوی، همچنین مسؤول پذیرش سرکار خانم قدرتی اعلام می‌دارند. همچنین لازم است بدین‌وسیله از تمامی خانواده‌هایی که محققین را در انجام این مطالعه یاری نمودند تشکر و قدردانی گردد.

محققین نقش ویژه‌ای را برای مداخله سوم یعنی آماده‌سازی کودک و والدین برای جراحی سرپایی قایل بوده و پرستار کودکان را مسؤول این امر معرفی می‌کنند. پرستاران باید با یافتن روش‌های مناسب، مقرون به صرفه و مؤثر با توجه به محدودیت‌ها و منابع سازمان خود والدین و کودک را هر چه بیشتر و بهتر با فرایند جراحی سرپایی آماده نمایند (۱۷). در این مطالعه مشخص شد روش ساده و کم هزینه‌ای مانند ارایه یک لیفلت در برگیرنده نکات لازم برای آماده‌سازی کودک قبل از جراحی و نیز شرح آنچه کودک و والدین در روز جراحی با آن مواجه می‌شوند، به همراه نکاتی راهنمایی‌کننده برای مراقبت‌های بعد از عمل می‌تواند از میزان اضطراب مادران کم نماید. این نتایج با یافته‌های مطالعات قبلی مبنی بر تأثیر روش‌های کتبی ارایه اطلاعات بر کاهش اضطراب والدین کودکان تحت جراحی سرپایی هم‌خوانی دارد (۱۴، ۱۷ و ۹).

Morphy-Taylor در مطالعه مروری خود بیان می‌کند حتی با استفاده از روش‌های نوین مانند ایفای نقش، بازی درمانی و تور بیمارستانی که در کاهش اضطراب خود کودکان نقش مؤثرتری دارند، نباید از تأثیر کتابچه‌ها و پمفلت‌های آموزشی در آماده‌سازی والدین غافل شد (۹). Kobayashi و Robbinson بیان می‌کنند اطلاعات برای آماده‌سازی کودک و والدین برای جراحی سرپایی باید به هر دو روش شفاهی و کتبی ارایه شده و به روشی باشد که توسط تمام والدین از زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلف قابل فهم باشد (۸).

نتایج مطالعه تأیید می‌کند که روش‌های کتبی به عنوان روش‌هایی کم هزینه و قابل استفاده توسط طیف وسیعی از خانواده‌ها در کنار روش‌های پرهزینه‌تر مانند سیدی‌های آموزشی و تورهای بیمارستانی باید در مواردی که مقرون به صرفه بودن عامل اولیه انتخاب روش آماده‌سازی می‌باشد، مورد نظر قرار گیرند. با این وجود برای رسیدن به نتایج مطلوب و ایده‌آل تکیه تنها به این روش‌ها کافی نمی‌باشد. چرا که کودکان نیازمند جراحی برای آماده‌سازی نیاز به مداخلات تخصصی‌تر و ارایه روش‌هایی متناسب با سن تکاملی خود دارند. از طرف

## منابع

- 1 - Ono S, Oikawa I, Hirabayashi Y, Manabe Y. Preparation of a picture book to support parents and autonomy in preschool children facing day surgery. *Pediatr Nurs*. 2008 Jan-Feb;34(1):82-3, 88.
- 2 - Li HC, Lopez V, Lee TL. Psychoeducational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient Educ Couns*. 2007 Jan;65(1):34-41.
- 3 - Betz CL. Surgical preoperative preparation for children: the need for more evidence from nurse scientists. *J Pediatr Nurs*. 2006 Dec;21(6):397-9.
- 4 - Lander J, Warnock F. Supporting the parents of children in day surgery. *Can Nurse*. 1999 Feb;95(2):29-33.
- 5 - Squires VL. Child-focused perioperative education: helping children understand and cope with surgery. *Semin Perioper Nurs*. 1995 Apr;4(2):80-7. Review.
- 6 - O'Conner-Von S. Preparation of adolescents for outpatient surgery: using an Internet program. *AORN J*. 2008 Feb;87(2):374-98.
- 7 - Rassin M, Gutman Y, Silner D. Developing a computer game to prepare children for surgery. *AORN J*. 2004 Dec;80(6):1095-6, 1099-102.
- 8 - Kankkunen P, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K. Families' and children's postoperative pain - literature review. *J Pediatr Nurs*. 2004 Apr;19(2):133-9.
- 9 - Murphy-Taylor C. The benefits of preparing children and parents for day surgery. *Br J Nurs*. 1999 Jun 24-Jul 7;8(12):801-4.
- 10 - Stone KJ, Gasper EA. Can leaflets assist parents in preparing children for hospital? *Br J Nurs*. 1997 Oct 9-22;6(18):1054-8.
- ۱۱ - نرجس بحری، علی دلشاد، فاطمه هادیزاده طلاساز تأثیر برنامه آموزشی در زمینه یانسگی به همسران بر میزان اضطراب و افسردگی دوران یانسگی زنان فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳۸۶، سال سیزدهم، شماره ۲ (پیاپی ۴۹).
- ۱۲ - مه‌رام بهروز، هنجارهای آزمون اضطراب اشپیلبرگر در شهر مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری در روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی. ۱۳۷۳.
- ۱۳ - مجیده هروی کریموی، مریم جدید میلانی، ناهید رژه، ناصر ولایی. بررسی تأثیر آموزش تن آرامی بر سطح اضطراب امتحان دانشجویان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۸۳. سال چهاردهم شماره ۴۳. ۸۶-۹۱.
- 14 - Hug M, Tönz M, Kaiser G. Parental stress in paediatric day-case surgery. *Pediatr Surg Int*. 2005 Feb;21(2):94-9.
- 15 - ankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM, Halonen P. Is the sufficiency of discharge instructions related to children's postoperative pain at home after day surgery? *Scand J Caring Sci*. 2003 Dec;17(4):365-72.
- 16 - Jonas DA, parent's management of their child's pain in the home following day surgery. *J Child Health Care*. 2003 Sep;7(3):150-62.
- 17 - Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Mayes LC, Weinberg ME, Wang SM, MacLaren JE, Blount RL. Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiology* 2007 Jan; 106(1):65-74.
- 18 - Carpenter KH. Developing a pediatric patient/parent hospital preparation program. *AORN J*. 1998 May; 67(5):1042, 1045-6.