

بررسی ارتباط طول مدت انتظار قبل از عمل جراحی با اضطراب بیماران

فاطمه قارداشی* - امیررضا صالح مقدم*

دکتر حسین حسن آبادی* - یوسف ستایش*

زمان انتظار قبل از عمل از جمله عوامل محیطی اضطراب آور در بخش‌های جراحی است. انتظار برای هر بیماری که به بیمارستان مراجعه می‌کند، وجود دارد و در این دوره استرس، ناکامی و اضطراب تشدید می‌یابد. این مطالعه توصیفی-همبستگی بصورت دو مرحله‌ای بر روی ۱۰۰ بیمار پذیرش شده در بخش‌های جراحی عمومی و جراحی زنان در بیمارستان‌های علوم پزشکی مشهد انجام شد که این عده به روش غیرتصادفی مبتنی بر هدف انتخاب شده بودند. واحدهای پژوهش با توجه به فهرست عمل به دو گروه کمتر و بیشتر از دو ساعت انتظار تقسیم شدند. واحدهای پژوهش در دو نوبت عصر روز قبل از عمل و صبح روز عمل (بلافاصله قبل از انتقال به اتاق عمل) پرسشنامه اضطراب را تکمیل کردند. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین اضطراب آشکار در مرحله اول در گروه اول (۴۱/۷±۱۰/۵ و در گروه دوم ۴۰/۰±۱۱/۸ می‌باشد که در مرحله دوم در گروه اول به ۳۹/۷±۱۱/۱ و در گروه دوم به ۴۶/۷±۱۲/۸ رسیده بود. آزمون آماری تی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در صبح روز عمل نشان داد ($p < 0/001$). همچنین بین اضطراب و طول مدت انتظار قبل از عمل ارتباط خطی مستقیم معنی‌داری بدست آمد ($R = 0/36$ و $p < 0/05$). با توجه به مؤثر بودن طول مدت انتظار بر اضطراب بیماران، پیشنهاد می‌گردد در بخش‌های جراحی برنامه مدون و مشخصی برای پرکردن زمان انتظار بیماران در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: زمان انتظار؛ اضطراب قبل از عمل؛ بخش‌های جراحی.

*کارشناس ارشد پرستاری

*کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد.

*دکترای مشاوره

*کارشناس ارشد آمار و عضو هیات علمی دانشکده پیراپزشکی مشهد

مقدمه

در جهان مدرن و پیشرفته امروز که تکنولوژی دسترسی به هر نیازی را سریع و آسان نموده است، هنوز انتظار جزئی از زندگی بشر می‌باشد. قطعاً هر فردی که به سیستم‌های خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کند، انتظار را تجربه می‌نماید. بیمارانی که برای آنها تشخیص عمل جراحی گذاشته می‌شود، ممکن است انتظار را به دو صورت تجربه کنند: ۱- فاصله زمانی اطلاع یافتن از نیاز به عمل جراحی تا زمان بستری در بیمارستان. ۲- قرار گرفتن در فهرست عمل یعنی از پذیرش تا انتقال به اتاق عمل. در ابتدای قرن نوزدهم، بیماران ۴ تا ۵ روز قبل از عمل پذیرش می‌شدند. اما در اواخر سال ۱۹۳۰، این زمان به ۲۴ ساعت یا کمتر تقلیل یافت^۱ (۱). در سال‌های ۱۹۵۰ به بعد، کار پرستار فقط به آماده‌سازی بیمار برای جراحی محدود می‌شد. تا سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ که تحقیقات پرستاری ارتباط بین آمادگی قبل از عمل و ریکاوری بعد از عمل را تأیید کرد، در این دهه پرستاران اتاق عمل به ویزیت قبل از عمل و آماده کردن روحی و روانی بیماران بوسیله کمک به تسکین ترس و اضطراب با آموزش مناسب ترغیب شدند (۲، ۱).

مرحله قبل از عمل از زمان تصمیم‌گیری برای مداخلات جراحی شروع شده و زمانی که بیمار بطور مطمئن به اتاق عمل منتقل می‌شود، خاتمه می‌یابد و مواظبت از بیمار به پرستار اتاق عمل واگذار می‌شود (۲).

جراحی یک استرس است که واکنش‌های فیزیولوژیک (اندوکراین) و واکنش استرس روانی (اضطراب و ترس) ایجاد می‌کند (۳). هفلین (۱۹۹۲) بیان می‌کند که تکنیک‌های جراحی و وقایع جانبی آن استرس بسیاری برای بدن ایجاد می‌کند. بیماری که وارد بیمارستان می‌شود به میزان خفیف، متوسط یا شدید می‌تواند مضطرب شود که با شناخت یا تعیین سطح اضطراب می‌توان جهت اجرای مراقبت‌های طبی و پرستاری برنامه‌ریزی کرد (۴). یوناما (۱۹۹۸) می‌نویسد: ۶۰ درصد بیماران و ۷۵ درصد خانواده‌هایی که کودکانش نیاز به عمل جراحی دارند، درباره جراحی و بیهوشی مضطربند (۵). اضطراب یک حالت ناخوشایند تشویش یا فشار است که بواسطه ترس از بیماری، بستری شدن، بیهوشی یا جراحی در بیمار ایجاد می‌شوند (۴). اگر اضطراب ناشناخته بماند، اضطراب طولانی مدت موجب استرس می‌شود که پیامدهای مضر آن به تأخیر افتادن بهبودی را به همراه دارد (۶، ۷). اضطراب در مرحله قبل از عمل در بیمارانی که پیش بینی عمل دارند یا در طی تفکر به تجربیات بعد از عمل از قبیل درد و ناراحتی، تغییر در تصور از بدن^۲ یا عملکرد، افزایش وابستگی، نگرانی‌های خانواده یا تغییرات احتمالی در روش زندگی ایجاد می‌شود (۸). اختلالات اضطرابی، شایع‌ترین اختلالات روانی هستند که در ۱۵ الی ۲۰ درصد از بیماران کلینیک‌های طبی دیده می‌شود (۹). پورافکاری می‌نویسد اضطراب در ۱۴ درصد بیماران قلبی و ۲۲ درصد بیماران جراحی مشاهده شده است (۳). فرضیه‌ای با چندین پشتوانه تجربی وجود دارد که معتقد است میزان مشخصی از اضطراب برای بیماران خوب است و بعنوان یک واکنش سازگاری با بیماری لازم است و موجب کاهش استرس جراحی می‌گردد. جنیس^۳ عملکرد U شکلی را بین اضطراب قبل از عمل و بهبود بعد از عمل پیدا کرده است. بیمارانی که ترس متوسط قبل از عمل داشته‌اند، سازش بهتری را در بعد از عمل در مقایسه با بیمارانی که ترس کمتر یا بیشتری داشته‌اند، نشان داده‌اند. در نهایت، کاهش اضطراب و رساندن آن به سطح متوسط یک هدف انسانی است و باید برای هر بیماری انجام شود (۱۰).

۱. در حال حاضر این زمان در بیمارستان‌های آموزشی ما به چندین روز و حتی هفته‌ها می‌رسد.

2. Body Image

3. Janis

نقش پرستار حرکت از شکل سنتی پرستاری به طرف پرستاری پیشرفته و درک نیازهای بیمار با استفاده از تئوری‌ها، دانش علمی و نتایج تحقیقات پرستاری در عرصه عملی است. سویندیل^۴ می‌نویسد: یکی از نیازهای بیمار در بخش جراحی توجه به زمان انتظار وی در بخش است (۷). اکثر بیماران جراحی زمانی که منتظرند تا به اتاق عمل برده شوند، علی‌رغم انجام بهترین درمان دارویی قبل از عمل، دریافت اطلاعات و اطمینان، دچار اضطرابند و در همین دوره اضطراب، استرس و ناکامی تشدید می‌شود (۱۱، ۹، ۶). لیکتور^۵ (۱۹۸۷) و پاندا^۶ (۱۹۹۶) طی مطالعاتی که انجام داده‌اند رابطه مثبتی بین طول مدت انتظار قبل از عمل و اضطراب پیدا کرده‌اند (۱۳، ۱۲).

با توجه به عوارض ناشی از اضطراب قبل از عمل و نظر به اینکه در حال حاضر برنامه‌ریزی مدون و مشخصی جهت پرکردن زمان انتظار بیماران وجود ندارد و توجهی به این دوره نمی‌شود، پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای در زمینه ارتباط طول مدت انتظار قبل از عمل با اضطراب در بیماران، در شهر مشهد در سال ۱۳۸۰ انجام دهند تا زیربنایی برای مطالعات بعدی و برنامه‌ریزی مناسب برای زمان انتظار قبل از عمل در بخش‌های جراحی باشد.

روش پژوهش

این مطالعه یک پژوهش توصیفی - همبستگی دو گروهی، دو متغیری و دو مرحله‌ای می‌باشد. کلیه بیماران که در بخش‌های جراحی عمومی و جراحی زنان بیمارستان‌های قائم (عج)، امام رضا (ع)، دکتر شریعتی و شهید هاشمی‌نژاد جهت عمل جراحی انتخابی بستری و دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش بودند، جامعه پژوهش را تشکیل می‌داد. نمونه این پژوهش شامل ۱۰۰ بیمار بود که در دو گروه مساوی (۵۰ بیمار) مقایسه شدند. کلیه واحدهای مورد پژوهش ایرانی‌الصل و مسلمان بودند، سن آن‌ها بین ۱۵ تا ۶۵ سال بود و سواد خواندن و نوشتن داشتند. بیماری‌های مزمن، سرطان، سابقه مراجعه به روانپزشک، اعتیاد به مواد مخدر، اشتغال به کارهای بهداشتی و درمانی، داشتن بستگان درجه یک پرسنل درمانی از معیارهای حذف بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم انتخاب نمونه، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر، پرسشنامه عزت نفس صاحبی، حمایت اجتماعی کاسدی و همچنین پرسشنامه دو بخشی پژوهشگر ساخته، گوشی و فشارسنج و ساعت مچی استفاده گردید. در عصر روز قبل از عمل، پرسشنامه توسط نمونه تکمیل می‌گردید و در صبح روز عمل فقط پرسشنامه اضطراب و بخش دوم پرسشنامه پژوهشگر ساخته توسط نمونه تکمیل و در پایان هر دو مرحله، علائم حیاتی توسط پژوهشگران کنترل و چارت می‌شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای، تی‌تست، همبستگی، آنالیز واریانس یک طرفه و دو طرفه و رگرسیون انجام شد.

یافته‌ها

نتایج آماری آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه از نظر جنس، سن، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات همگن بودند ($P > 0/05$). توزیع فراوانی واحدهای پژوهش نشان داد که بیش از نیمی از واحدهای پژوهش (۵۲ درصد) را مردان

4 . Swindale
5 . Lichtor
6 . Panda

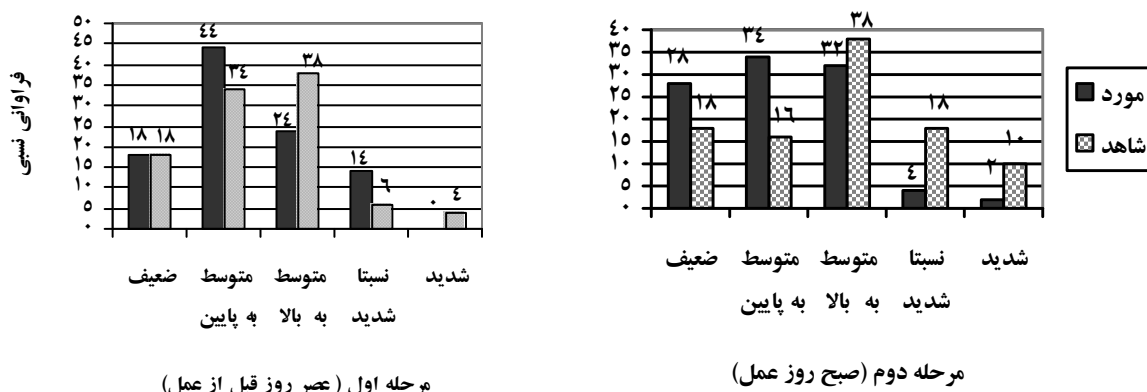
تشکیل می‌دهند. اکثریت واحدهای پژوهش (۷۴ درصد) متأهل و از نظر میزان تحصیلات، ۲۷ درصد واحدهای پژوهش در مقطع ابتدایی و حداقل واحدهای پژوهش (۱۲ درصد) در سطح عالی بودند. دو گروه از نظر محل سکونت و بومی بودن، رضایت از شغل و در آمد همگن بودند و از نظر نوع عمل جراحی و سابقه عمل جراحی قبلی نیز همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهشی بر اساس نوع عمل جراحی و سابقه عمل جراحی به تکنیک گروه‌ها

نتایج آماری مجذور کای	جمع		انتظار بیش از دو ساعت		انتظار کمتر از دو ساعت		گروه فراوانی	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$\chi^2 = 2/42$ df = 3 P = 0/490	38	38	38	19	38	19	لاپاراتومی	نوع عمل جراحی
	12	12	16	8	8	4	کوله سیستکتومی	
	46	46	44	22	48	24	هرنی	
	4	4	2	1	6	3	لاپاراسکوپی	
$\chi^2 = 0/047$ DF = 1 P = 0/829	100	100	100	50	100	50	جمع	سابقه عمل جراحی
	31	31	30	15	32	16	بلی	
	69	69	70	35	68	34	خیر	
	100	100	100	50	100	50	جمع	

دو گروه از نظر معیارهای کیفی مورد مطالعه نیز همگن بودند و تفاوت معنی‌داری نداشتند؛ فقط از نظر متغیر مداخله‌گر راحت خوابیدن شب قبل از عمل تفاوت معنی‌داری داشتند؛ ($P = 0/03$) در گروه اول، ۶ درصد و در گروه دوم، ۲۲ درصد خواب راحت نداشتند؛ بقیه واحدهای پژوهش در شب قبل از عمل تا حدودی و یا کاملاً خواب راحتی داشتند. همچنین نتایج آزمون تی‌استیودنت نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای سن، تعداد فرزندان، حمایت اجتماعی، عزت نفس، طول مدت بیماری، روزهای بستری در بیمارستان، ساعت بیداری در صبح روز عمل با هم همگن بودند.

نتایج آماری نشان داد که دو گروه از نظر رتبه اضطراب آشکار در مرحله اول تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P = 0/212$) ولی در مرحله دوم، تفاوت معنی‌دار بود ($P = 0/019$). از نظر توزیع فراوانی در مرحله اول (عصر روز قبل از عمل) بیشتر واحدهای پژوهش یعنی ۳۹ نفر (۳۹ درصد) اضطراب آشکار متوسط به پایین داشتند که در گروه اول، ۲۲ نفر (۴۴ درصد) و در گروه دوم ۱۷ نفر (۳۴ درصد) رتبه اضطراب آشکار متوسط به پایین داشتند و حداقل واحدهای پژوهش یعنی ۲ نفر (۲ درصد) اضطراب آشکار شدید داشتند که هر ۲ نفر (۴ درصد) در گروه دوم قرار داشتند و در عصر روز قبل از عمل در گروه اول، فراوانی رتبه اضطراب آشکار شدید صفر بود. در مرحله دوم (صبح روز عمل) بیشترین فراوانی ۳۵ نفر (۳۵ درصد) مربوط به رتبه اضطراب آشکار متوسط به بالا بود که ۱۶ نفر (۳۲ درصد) در گروه اول و ۱۶ نفر (۳۲ درصد) در گروه دوم اضطراب آشکار متوسط به بالا داشتند، در این مرحله نیز کمترین فراوانی را رتبه اضطراب شدید با ۶ نفر (۶ درصد) به خود اختصاص می‌داد که در گروه اول ۱ نفر (۲ درصد) و در گروه دوم ۵ نفر (۱۰ درصد) اضطراب آشکار شدید داشتند (نمودار ۱).



نمودار ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب رتبه اضطراب آشکار در دو مرحله به تفکیک گروهها

نتیجه آزمون آماری تی استیودنت نشان داد که نمره اضطراب آشکار مرحله دوم (صبح روز عمل) در گروه دوم بطور معنی داری بیشتر از واحدهای مورد پژوهش در گروه اول بود ($P = 0/004$) و همچنین نتیجه آزمون تی زوج نشان داد که در گروه دوم تفاوت معنی داری بین نمرات اضطراب آشکار در دو مرحله وجود دارد ($P = 0/000$) (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین اضطراب آشکار واحدهای پژوهش در دو مرحله به تفکیک گروهها

نتایج آزمون			انتظار کمتر از دو ساعت	انتظار بیشتر از دو ساعت	گروه ۴
P	D	T	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	میانگین اضطراب آشکار
0/595	98	0/58	40/0 ± 11/8	41/3 ± 10/5	مرحله اول
0/004	98	-2/91	46/7 ± 10/8	39/7 ± 11/1	مرحله دوم
۱			$P = 0/234$ $df = 49$	$T = 1/21$	مقایسه درون گروهی (تی زوج)

یافته‌های آماری نشان داد که اختلاف نمره اضطراب آشکار دو مرحله در گروه دوم بطور معنی داری بیشتر از گروه اول بود ($P = 0/0001$). همچنین آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون رابطه خطی مستقیمی را بین نمرات اضطراب آشکار مرحله دوم و اختلاف اضطراب آشکار دو مرحله در دو گروه نشان داد ($P < 0/05$). نتیجه آزمون تی استیودنت نشان داد که دو گروه از نظر فشارخون سیستولیک صبح روز عمل تفاوت معنی داری داشتند ($P = 0/0431$). در سایر موارد علائم حیاتی در دو مرحله، بین گروهها تفاوت معنی داری وجود نداشت.

در مجموع علائم حیاتی، بین نبض، تنفس، و فشارخون سیستولیک صبح روز عمل با عصر روز قبل از عمل تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/005$). بر اساس نتایج حاصل از آزمون رگرسیون چند گانه بین متغیرهای انتظار بیشتر از ۲

ساعت و طول مدت بیماری با اختلاف اضطراب آشکار دو مرحله رابطه خطی مستقیم و بین متغیر مذهبی بودن و اختلاف آشکار دو مرحله رابطه معکوس وجود داشت.

متغیرهایی مانند بیمارستان و جنس بر اختلاف اضطراب آشکار دو مرحله مؤثر بود ($R^2 = 0/348$) و سایر متغیرها تأثیر نداشتند. از بین بیمارستان‌ها، بیمارستان قائم با اضطراب رابطه معنی داری داشت.

بحث

در عصر روز قبل از عمل، میانگین اضطراب آشکار $40/6 \pm 10/8$ و اضطراب پنهان $41/3 \pm 9/6$ بود که بیانگر وجود اضطراب در بیماران است. نتیجه فوق با نتایج بدست آمده از مطالعات پاندا (۱۹۹۶) و ایلدرآبادی (۱۳۷۷) مبنی بر وجود اضطراب بیماران در عصر روز قبل از عمل هماهنگی دارد (۱۴، ۱۲).

جراحی همیشه یک تجربه بزرگ برای بیمار و خانواده‌اش محسوب می‌شود (۱۵) و اضطراب یک واکنش در راستای سازش طبیعی با عمل جراحی است (۱۶). میلر (۲۰۰۰) می‌نویسد: پیش‌بینی قرار گرفتن تحت بیهوشی می‌تواند سبب استرس روانی شود که مشخصه آن اضطراب است (۱۰).

در مطالعه پاندا میانگین اضطراب آشکار در گروه اول که ابتدای فهرست عمل صبح روز بعد قرار داشتند، نسبت به بیمارانی که در انتهای فهرست عمل قرار داشتند، کمتر بود و بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت. نظر به اینکه ابزار پژوهش در دو مطالعه یکسان بوده است، به نظر می‌رسد تفاوت در جامعه پژوهش و مسائل فرهنگی سبب این اختلاف گردیده است؛ به دلیل اینکه در جامعه ما کارها دقیقاً طبق برنامه و سر وقت مشخص شده انجام نمی‌پذیرد و عدم اعتماد بیماران به ساعت اعلام شده جهت عمل، باعث شده که در عصر روز قبل از عمل، در دو گروه تفاوت معنی داری از نظر رتبه اضطراب آشکار وجود نداشته باشد.

نتایج آماری نشان داد که در صبح روز عمل (بلافاصله قبل از انتقال به اتاق عمل) میانگین اضطراب آشکار در گروه اول که زمان انتظار کمتر از ۲ ساعت داشتند $39/7 \pm 11/1$ بود و در گروه دوم که زمان انتظار بیش از ۲ ساعت داشتند $46/7 \pm 12/8$ بود که نتیجه آزمون تی‌استیودنت تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان داد ($P < 0/004$).

نتایج مطالعه پاندا (۱۹۹۶) نیز نشان داد که در صبح روز عمل اضطراب آشکار در هر دو گروه بالاتر از عصر روز قبل از عمل بود ($P < 0/001$) و افزایش میزان اضطراب آشکار در گروه دوم بطور معنی داری بالاتر از گروه اول بود ($P < 0/001$) و افزایش میزان اضطراب آشکار در گروه دوم بطور معنی داری بالاتر از گروه اول بود ($P < 0/001$). در بررسی میانگین علائم حیاتی در عصر روز قبل از عمل بین دو گروه از نظر میانگین نبض، تنفس و فشارخون سیستولیک تفاوت معنی داری وجود نداشت.

نتیجه بدست آمده با نتایج مطالعات ایلدرآبادی و پاندا مبنی بر افزایش اضطراب در عصر روز قبل از عمل، یکسان است ولی دلیل تفاوت بین میانگین‌ها ممکن است بعلاّت ناهمگونی جامعه پژوهش‌ها باشد که در تمام پژوهش‌های انجام شده تعداد زنان و مردان با هم همگون نبوده است. همچنین نتایج نشان داد که میانگین علائم حیاتی در صبح روز عمل در دو گروه افزایش یافته بود که دلیلی برای افزایش اضطراب در صبح روز عمل تلقی می‌شود.

طبق نتایج آزمون ضریب همبستگی، ارتباطی ($r=0/36$ و $P=0/000$) بین اختلاف اضطراب آشکار دو مرحله و طول مدت انتظار به دست آمد. همچنین ارتباطی ($r=0/28$ و $P=0/002$) بین اضطراب آشکار مرحله دوم و طول مدت انتظار بدست آمد. در مطالعه پاندا نیز ارتباطی بین زمان انتظار در صبح روز عمل با اضطراب بدست آمده بود ($P < 0/001$) هر چند که ارتباطی بین اضطراب صبح روز عمل با عصر روز قبل از عمل مشاهده نشد (۱۳)، نتیجه مطالعه باندرا ارتباط خطی مستقیم مثبتی را بین اضطراب صبح روز عمل (بلافاصله قبل از عمل) با عصر روز قبل از عمل نشان می‌دهد ($P < 0/001$ و $r=0/73$).

انتظار برای رفتن به اتاق عمل یک امر بسیار استرس‌آور است (۱۷). پاندا رابطه مثبتی را بین زمان انتظار و میزان اضطراب پیدا کرده است. پس به جاست که در عصر روز قبل از عمل، زمان تقریبی عمل جراحی حتماً به بیمار گفته شود و در مواقعی که احتمال تأخیر عمل جراحی به دلایل ناخواسته وجود دارد، بیمار خوب توجیه شود. علاوه بر آن، به دلیل اینکه تشنگی که از عوامل اضطراب‌آور بوده و با طولانی‌تر شدن زمان انتظار تشدید می‌گردد، بهتر است بیمارانی که در انتهای فهرست عمل جراحی قرار دارند بیشتر از شش ساعت ناشتا باقی نمانند تا از خشکی زبان، تشنگی و افزایش اضطراب اجتناب گردد (۱۸، ۱۳).

آنچه که در اینجا مهم به نظر می‌رسد، بستری کردن بیماران، یک روز قبل از عمل جراحی به دلیل ایجاد زمینه‌های آشنایی با بخش و پرسنل سودمند خواهد بود؛ در صورتی که در صبح روز عمل برای ساعات انتظار بیماران برنامه مدون و مشخصی داشته باشیم و آنها را به حال خود رها نکنیم. همچنین اطلاع بیماران از تأخیرهای احتمالی در ساعت انتقال بیمار به اتاق عمل و توجیه آنها ضروری است. در پایان امید است یافته‌های این پژوهش راهگشا و زمینه‌سازی برای بررسی‌های وسیع‌تر و همه‌جانبه در رابطه با متغیرهای ذکر شده باشد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران لازم می‌دانند مراتب سپاس و تشکر خود را از مسؤولین دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و نیز مسؤولین و کارکنان پرستاری بیمارستان‌های دانشگاهی مشهد اعلام نمایند چرا که انجام این پژوهش جز با کمک و همکاری آنان میسر نمی‌شد.

Abstract

Study of the Relationship between Pre-operative Waiting time and Anxiety in Patients

Waiting time before surgery is one of the environmental factors causing anxiety in surgery wards. In fact, every patient is to wait before surgery and it is during this period that stress, frustration and anxiety are intensified. This correlational descriptive study is carried out, in two steps, on 100 patients hospitalized at hospitals in Mashad. Qualified subjects were selected through objective-based sampling and divided into two groups according to their waiting time; those with less than two hours; and those with more than two hours of waiting. They were given a questionnaire of anxiety scale the evening before surgery day and the morning of the same day, immediately before they are transferred to the operation room. The collected data were analyzed in SPSS. The findings revealed that mean anxiety level of the first and second group, for the first stage, were 41.7+10.5 and 40+11.8 respectively; these figures turned out to be 39.7+ 11.1 and 46.7+ 12.8 respectively. T-test analysis revealed a significant difference between the two groups as for their surgery-day anxiety ($P>0.001$). Also, a positively linear relationship was found between anxiety and pre-operative waiting time ($P>0.05$, $r= 0.36$). As waiting time before surgery is effective on patients' anxiety, we suggest that patients' waiting time is given special attention so that their anxiety is minimized.

Key Words : *Waiting time ; Pre - operative Anxiety ; Surgery.*

منابع

1. Berry; Kohn's. Operating room technique. Philadelphia: Mosby. 2000; pp: 345-62.
2. Brunner; Suddairth's. Medical - surgical nursing. Philadelphia. lippincott. 2000; pp: 313-20.
- ۳- گلدبرگ ریچارد، "اضطراب". رپور افکاری نصرت الله. تبریز: انتشارات آزاده. ۱۳۷۱.
4. Heffline, Melodyslaughter. Exploring nursing intervention for acute pain in the post Anesthesia care unit. Journal of post Anesthesia Nursing. 1990, pp. 321-8.
5. Yoneyama. E. et al; The evaluation of the pre - operative interviews using information sheets Masui. 1998. Aug; 47 (8): 1002-6.
6. Kapnoullas, J. Nursing interventions for the relief of peroperative anxiety. Australian J. Adv. Nur: 1988. feb; 4 (2): 8-15.
7. Swindale. Jill E. The Nurse's role in giving pre - operative information to reduce anxiety in Patients admitted to hospital for elective minor surgery; Journal of Advanced Nursing. 1989. (14): 899-905.
- ۸- حبیبی نیا، آبانر، خانه‌دان، بهرام. پرستاری داخلی و جراحی فیپس، پرستاری در جراحی. تهران: انتشارات چهر، ۱۳۷۳.
9. Ashenberg - MD; et al. Easing the wait: development of a pager program for families. Pediatric. Nursing ; ۱۹۹۶ Mar - Apr; 22(2): 103-7.
10. Miller Ronald. Anesthesia; philadelphia: Mosby; 1996 - 2000. pp:1015 - 16; 651-655.
11. Hyde R; Bryden F. Asbury AJ; How would patients prefer to spend the waiting time before their operations? Anacsthesia; 1998 feb; 35 (2): 192-5.
12. Lichtor J. L et al; Preoperative anxiety: Does anxiety level the afternoon befor surgery predict anxiety level just before surgery?; Anesthesiology. 1987; (67) 595-9.

13. Panda. N et al; Pre - operative anxiety; Effect of early or late position on the operating list"; Anaesthesia. 1996 Apr; 51 (4): 344-46.

۱۴- ایلدرآبادی، اسحق، "بررسی تأثیر آوای قرآن مجید بر میزان اضطراب بیماران جراحی قلب باز". پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۳.

15. Kunihiro M et al. Changes in psychological features in patients for anesthesia and operation during perioperative period, Masui; 1998 sep; 47 (9): 1085-9.

16. Phipps; Sands; Marek. Medical - surgical nursing; Philadelphia: Mosby: 2000. pp: 462-90.

17. Cobley M; Dunne J. A; Sander LD. Stressful preoperative preparation procedures. Anaesthesia, 1991, (46): 1019-22.

18. Lydon, A; et al; Effect of anxiety on the rate of gastric emptying of liquids. Br.J. Anaesth.1998. oct; 81(4)522-5.