

اثربخشی مشاوره فردی بر استرس درک شده بیماران قبل از عمل جراحی سنگ کیسه صفرا

رستم جلالی^۱

*فاطمه دهقان^۲

چکیده

زمینه و هدف: تنش به یکی از مشکلات اساسی جوامع تبدیل شده است. مطالعات در استرس و اضطراب قبل عمل جراحی توجه بسیاری از پژوهشگران را برانگیخته است. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مشاوره فردی بر استرس درک شده بیماران قبل از عمل جراحی سنگ کیسه صفرا انجام گرفت.

روش بررسی: در این پژوهش نیمه تجربی، ۴۰ بیمار قبل از جراحی در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. مداخله شامل آموزش راهبردهای شناختی سازگاری بود. گروه کنترل، مراقبت‌های روتین را دریافت نمودند. داده‌ها با مقیاس استرس درک شده جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: پس از مداخله، میانگین نمره کل استرس درک شده گروه آزمایش ($9/22 \pm 33/07$) کمتر از گروه کنترل ($7/76 \pm 39/33$) بوده است و اختلاف بین میانگین و انحراف معیار داده‌های به دست آمده در مرحله پس آزمون در سطح ($P < 0/05$) معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری کلی: بر اساس یافته‌ها، مداخله مشاوره‌ای در کاهش استرس درک شده بیماران قبل از عمل جراحی مؤثر بود. بنابراین می‌توان از این رویکرد به منظور کاهش استرس درک شده بیماران قبل از عمل جراحی استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: استرس، عمل جراحی، مشاوره

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۷/۱۲

^۱ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

^۲ دکترای روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران (*نویسنده مسئول) شماره تماس:

۰۹۱۸۷۳۵۸۳۵۳ Email:fatemeh.dehghan1368@gmail.com

مقدمه

استرس، اضطراب و ترس، پاسخ‌های فیزیولوژیک و روانشناختی بدن به تهدید درک شده هستند که تجربه مشترک، در بسیاری از بیماران تحت جراحی می‌باشند. تحقیقات در رابطه با استرس و اضطراب قبل از عمل جراحی، توجه بسیاری از پژوهشگران را برانگیخته است^(۱-۳). پژوهش‌های انجام شده بیانگر آن هستند که ۱۰ تا ۳۰ درصد بیماران بستری حتی بدون نیاز به جراحی، استرس داشتند اما این آمار در بیمارانی که نیاز به جراحی دارند به ۶۰ الی ۸۰ درصد افزایش می‌یابد. بیمارانی که فهمیده‌اند عمل جراحی خواهند داشت، دچار ترس شده و نا آشنایی‌شان درباره جراحی و دوره بعد از جراحی باعث استرس آنان می‌شود^(۴،۵).

استرس عبارت است از واکنش‌های فیزیکی، ذهنی و عاطفی که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد، تجربه می‌شوند. برخی از پژوهشگران، استرس را واکنش فرد در برابر محیطی که به تعبیر همان فرد، تهدید کننده برای توانمندی‌ها و منابع وی و خطر آفرین برای سلامتی‌اش می‌باشد، تعریف کرده‌اند^(۶). مفهوم استرس درک شده برگرفته از نظریه Lazarus و Folkman درباره نقش ارزیابی در فرایند استرس است. بر اساس یافته‌های Lazarus، فرآیند استرس به وسیله تفسیر یک رویدادی که فشاری را بر فرد تحمیل می‌کند، ایجاد می‌شود. این تفسیر از رویداد استرس زا، بیانگر مفهوم ارزیابی است که تهدید آمیز یا بی خطر بودن موقعیت را مشخص می‌کند. دیدگاه‌های جدید در مورد استرس به جای تمرکز بر ماهیت استرس، به نقش منابع روانشناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تاکید دارند؛ زیرا از این طریق، می‌توان تدابیر درمانی مناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم کرد^(۷).

پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن هستند که افراد تحت استرس بیشتر، دچار طولانی شدن مدت ترمیم زخم می‌شوند^(۸). همچنین اضطراب و افسردگی قبل از عمل در آنها بیشتر، ریکواری طولانی‌تر و عفونت‌های پس از عمل

در این افراد شایع‌تر می‌باشد. با افزایش استرس، احساس درد نیز تشدید می‌یابد^(۹). به طور کلی، بیماری که جراحی را می‌پذیرد، خطر بیشتری را متحمل شده و به عوارض پس از عمل بیشتری دچار می‌شود. افرادی که از نظر روانی و جسمی آماده جراحی می‌شوند، معمولاً به علت آرامش بیشتر، عمل آسان‌تری را تجربه می‌نمایند، این آرامش کاهش عوارض مانند تحمل درد خفیف‌تر، کاهش نیاز به دارو و اقامت کوتاه‌تر در بیمارستان را به دنبال دارد^(۱۰).

ترس جدا شدن از خانواده و فعالیت‌های قبلی، مشکلات مالی، مسئولیت‌های خانوادگی، پیش آگهی نامطلوب یا معلولیت بعد از جراحی از عوامل موثر در ایجاد اضطراب هستند^(۱۱). Gürsoy و همکاران در پژوهش خود تاثیر ویزیت‌های قبل از جراحی توسط پرستاران بر اضطراب و استرس بیماران را بررسی کردند که نتایج حاکی از کاهش سطح استرس درک شده قبل از جراحی در گروه آزمایش بود^(۱۲). Rosiek و همکاران نیز شدت استرس و اضطراب قبل از عمل را در بیماران قلبی بررسی کردند که نتایج همبستگی بالای اضطراب و استرس در ارتباط با بیماری، جراحی، و عوارض پس از عمل جراحی قلب را نشان داد^(۱۳). جلسات مشاوره روانی، فیلم‌های آموزشی، عیادت بیماران از افرادی که قبلاً تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند، پخش موسیقی قبل از عمل جراحی و آشنا سازی بیماران با کارکنان و وسایل اتاق عمل از جمله اقداماتی است که در کشورهای مختلف برای کاهش اضطراب قبل از عمل توصیه می‌شود^(۱۴). انتظار برای عمل جراحی بیشترین استرس را به خود اختصاص داده است. این پدیده نامساعدی است چرا که ممکن است عوامل استرس اضافی به صورت غیرقابل انتظاری شرایط بیمار را بدتر کند^(۱۵). بنابراین با توجه به عوارض و پیامدهای هزینه بردار اضطراب و استرس در بیماران داوطلب جراحی و نیز فقدان مطالعه جهت بررسی تاثیر مشاوره فردی بر استرس درک شده بیماران داوطلب جراحی سنگ کیسه صفرا در کشور، این مطالعه با هدف تعیین

اثربخشی مشاوره فردی بر استرس درک شده بیماران داوطلب جراحی سنگ صفرا انجام گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع تجربی است و جامعه پژوهش شامل بیمارانی است که به منظور جراحی سنگ کیسه صفرا در طی سال ۱۳۹۵ در بخش جراحی زنان و مردان بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه بستری شده بودند و با نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰ نفر از آنها انتخاب شدند. بیماران در طی دو الی سه ساعت ابتدای ورود به بخش جراحی، از نظر داشتن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل نداشتن وضعیت پزشکی اورژانس، عضویت نداشتن در کادر درمان، نداشتن سابقه عمل جراحی، نداشتن اعتیاد به مواد مخدر، استفاده نکردن از داروهای آرامبخش، توانایی مکالمه به زبان فارسی، داشتن نمره ۳۰ و بالاتر بر اساس شاخص استرس درک شده بود. و بیمارانی که در هنگام مشاوره تمایلی به ادامه مشاوره نداشتند از مطالعه خارج شدند^(۱۵،۱۶).

حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه برای مقایسه میانگین‌ها و بر اساس مطالعه ذاکری مقدم و همکاران که توان آزمون ۹۰ درصد بود^(۱۷) تعیین شد. به این ترتیب ۴۰ بیمار دارای ملاک‌های ورود به مطالعه به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه آزمایش (مشاوره فردی قبل از جراحی، ۲۰ نفر) و کنترل (دریافت مراقبت‌های روتین قبل از جراحی، ۲۰ نفر) تقسیم شدند. برای این منظور، تعدادی برگه مخفی که روی آنها شماره یک و دو نوشته شده بود در داخل ظرفی قرار داده شد و هر بیمار با برداشتن یک برگه با شماره یک در گروه آزمایش و با برگه شماره دو در گروه کنترل قرار می‌گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود. بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و شامل جنس و سن بود. بخش دوم مربوط به پرسشنامه استرس درک شده بود که این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط Cohen و

همکاران ساخته شده است. مقیاس استرس درک شده زمانی به کار می‌آید که بخواهیم بدانیم موقعیت‌های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خودش استرس‌زا می‌باشد^(۱۸). این سئوالات طرح شده‌اند تا پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد غیر قابل کنترل بودن، پیش بینی ناپذیر بودن و مشقت بار بودن زندگی خویش بیان کنند. این پرسشنامه ۱۴ سوال دارد که هر سوال بر اساس یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد)، به ترتیب از (۴-۰) نمره گذاری می‌شود و سئوال‌های ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳ برعکس نمره گذاری می‌شوند. بنابراین حداقل نمره استرس درک شده برابر با ۱۴ و حداکثر آن ۷۰ می‌باشد. Cohen و همکاران برای محاسبه اعتبار ملاک (Criterion Validity) این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشانه شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ محاسبه کرده‌اند. Griffiths و Mimura در پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی و مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ بدست آوردند. در پژوهش Griffiths و Mimura ضریب آلفای کرونباخ عامل اول ۰/۷۳ و عامل دوم ۰/۸۵ بود^(۱۹). صفایی و شکری روایی عاملی مقیاس استرس درک شده در ایران را سنجیدند^(۲۰) و به منظور آماده سازی نسخه‌ی فارسی مقیاس استرس درک شده (perceived stress scale) از روش ترجمه مجدد استفاده کردند. آنان در پژوهش خود ضریب همسانی درونی این مقیاس را ۰/۷۶ گزارش کردند. در پژوهش حاضر برای محاسبه پایایی پرسشنامه استرس درک شده از ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به ترتیب مقادیر ۰/۷۶ و ۰/۷۵ به دست آمد. ضرایب روایی سازه این پرسشنامه با استفاده از محاسبه همبستگی ساده با یک سؤال ملاک محقق ساخته ۰/۷۳ محاسبه شد که در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است.

پس از پذیرش بیمار در بخش جراحی، ابتدا استرس بیمار توسط مقیاس استرس درک شده تعیین شد. سپس بیماران به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم

حاضر دارای کد اخلاق KUMS.REC.1395.659 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد. از ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر می‌توان به کسب معرفی نامه از معاونت پژوهشی و ارائه به مدیران بیمارستان امام رضا (ع)، امضای توافق نامه بین بیمار و پژوهشگر مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه و محرمانه باقی ماندن اطلاعات کسب شده اشاره کرد.

پرسشنامه تکمیل شده در دو الی سه ساعت ابتدای ورود بیماران به بخش و دو الی سه ساعت قبل از جراحی توسط پژوهشگر جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی نظیر تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۰ نفر از بیماران داوطلب جراحی بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ شرکت نمودند. آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای استرس درک شده به تفکیک گروه‌ها برای قبل و بعد از آموزش گرفته شد و داده‌های آن از نرمالیتی مطلوبی برخوردار بودند. مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان به تفکیک گروه در جدول شماره یک مقایسه شده است که نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین شرکت کنندگان دو گروه قبل از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی وجود ندارد.

شدند. در گروه آزمایش، پژوهشگر عصر روز قبل از عمل، بیماران را ملاقات و بر اساس فرآیند پرستاری و مشاوره مورد بررسی و آموزش قرار می‌داد. بر این اساس ابتدا شرح حال عمومی شامل مشکل اصلی، بیماری فعلی، سابقه طبی - جراحی، سابقه فامیلی، سابقه بستری از بیمار گرفته می‌شد. در گام بعدی آموزش‌های لازم و ضروری بر اساس تشخیص‌های مشاوره به بیمار ارائه می‌شد. این اقدامات بر اساس تمایل و آمادگی بیمار طراحی شد و شامل آموزش راهبردهای شناختی سازگاری^(۲۱)، از قبیل تلقین (imagery) (از بیمار خواسته می‌شود که فکر خود را روی یک واقعه‌ی خوشایند یا آخرین تعطیلاتش متمرکز کند)، انحراف فکر (distraction) (به بیمار پیشنهاد می‌شود که به شعرهای دوست داشتنی و مورد علاقه‌اش یا داستانی لذت بخش فکر کرده یا زمزمه کند)، خوش خیالی (optimistic self-recitation) (بیمار تشویق می‌شود که این فکر را زمزمه کند که "می‌دانم که همه چیز به خوبی پیش می‌رود" بیمار به یک موسیقی آرامش بخش گوش می‌دهد (که به راحتی استفاده شود، ارزان باشد و اقدام تهاجمی به همراه نداشته باشد)، بود. روز عمل جراحی، پژوهشگر اقدامات صورت گرفته را مورد ارزشیابی قرار داده و مجدد از بیمار می‌خواهد پرسشنامه را به منظور پس آزمون پر کند.

در مورد گروه کنترل اقدامات معمول مراقبتی بخش انجام شد. این اقدامات شامل پذیرش بیمار در بخش، انجام آزمایشات و گرافی‌های درخواستی و انجام مشاوره‌های پزشکی بود و چون روزانه یک بیمار در لیست عمل قرار می‌گرفت با بیماران گروه مداخله تماس نداشتند. پژوهش

جدول شماره ۱: مقایسه‌ی فراوانی مشخصات جمعیت شناختی بیماران داوطلب جراحی در گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	گروه کنترل		گروه آزمایش		مشخصات جمعیت شناختی
	میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار		
۰/۰۸۱	۴۵ \pm ۹/۲۳		۴۳ \pm ۱۰/۱۶		سن
	مرد	زن	مرد	زن	
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
۰/۰۷۵	۱۰ (۲۵)	۱۰ (۲۵)	۸ (۲۰)	۱۲ (۳۰)	جنسیت

پیش آزمون استرس درک شده نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون استرس درک شده در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد که نشانگر آن است که شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با ترکیب خطی پس آزمون‌ها برای گروه آزمایش و کنترل یکسان است. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲: همگنی شیب پیش آزمون استرس درک شده با پس آزمون آن

متغیر	شاخص های آماری	نام آزمون	مقدار	F	df خطا	سطح معنی داری
پیش آزمون استرس درک شده	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۸	۱	۹/۱۶	۰/۵۲	

میانگین استرس درک شده در دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی داری نداشت. در حالی که اختلاف بین میانگین و انحراف معیار داده‌های به دست آمده در مرحله پس آزمون در سطح $(P < 0.01)$ معنی دار بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار استرس درک شده به تفکیک گروه

موقعیت	متغیرها	گروه آزمایش	گروه کنترل
پیش آزمون	میانگین	۴۱/۶۷	۴۱/۳۳
پس آزمون	میانگین	۳۳/۰۷	۳۹/۳۳
	انحراف معیار	۷/۸۸	۶/۸۹
	انحراف معیار	۹/۲۲	۷/۷۶

به منظور پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس تک متغیری صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۶۸ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۰/۶۸ است، بدین معنی که آزمون توانسته با توان ۶۸ درصد فرض صفر را رد کند.

جدول شماره ۴ صرفاً بیان می‌دارد که در یکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری وجود دارد، اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنی دار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول شماره ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون استرس درک شده در دو گروه

نام آزمون	مقدار	F	Df خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی (pillai trace)	۰/۶۸	۲۷/۳۷	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸
لامبدای ویلکز (wilks lambda)	۰/۳۱	۲۷/۳۷	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸
اثر هتلینگ (trace hotelings)	۰/۴۸	۲۷/۳۷	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸
بزرگترین ریشه روی (roys largest rot)	۰/۴۸	۲۷/۳۷	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸

براساس نتایج جدول شماره ۵ تفاوت معناداری در سطح $(P < 0.01)$ بین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون در گروه کنترل وجود دارد و توان آماری آزمون برابر با ۰/۳۱ بود که می‌توان گفت ۳۱ درصد از کاهش استرس درک شده بیماران قبل عمل جراحی ناشی از تأثیر مشاوره فردی قبل از عمل جراحی بوده است.

جدول شماره ۵: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری میانگین نمره‌های پس آزمون متغیر پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
استرس ادراک شده	۱	۳۷۸/۰۹	۱۱/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر مشاوره فردی بر استرس درک شده قبل از عمل بیماران داوطلب جراحی سنگ کیسه صفرا پرداخته است. نتایج پژوهش، بیانگر کاهش استرس درک شده پس از مشاوره فردی در گروه آزمایش است. بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت مشاوره قبل از عمل جراحی نقش ویژه‌ای در کاهش استرس بیماران تحت عمل جراحی داشته باشد. یافته‌های فوق می‌تواند ناشی از ارتباط مشاور با بیمار و برآورده نمودن نیازهای بیماران باشد که موجب تعادل در پاسخگویی به نیازهای جسمی - روانی - اجتماعی آنان می‌گردد^(۲۲)، که مطالعات مشابه قبلی نیز آن را تایید نموده است^(۱۲،۱۳). یافته‌های مطالعه Gürsoy و همکاران^(۱۲) نیز نشان دادند دلایل استرس بیماران قبل از جراحی به ترتیب ترس از ناشناخته‌ها، ترس از بی‌هوشی، ترس از فضای اتاق عمل و عوارضی که در طول عمل ممکن است اتفاق بیفتد است به همین دلیل ویزیت‌های قبل از جراحی توسط پرستاران بر کاهش استرس و اضطراب بیماران موثر بوده است. نتایج مطالعه ذاکری مقدم و همکاران حاکی از آن بود که سطح اضطراب در بیماران دریافت کننده آموزش نسبت به گروه شاهد و همچنین در مقایسه با قبل از مداخله، کاهش یافته بود^(۱۷). در مطالعه Lin و Wang در تایوان نیز انجام مداخلات قبل از عمل جهت کاهش درد و اضطراب و همچنین در مطالعه Sjolting و همکاران که در ترکیه انجام شد دادن اطلاعات قبل از عمل به بیمارانی که کاندید عمل جراحی بودند سبب کاهش معنی‌داری در اضطراب قبل از عمل و بهبود نگرش نسبت به درد بعد از عمل گردیده است^(۲۳،۲۴).

نتایج مطالعه تجربی Soltner و همکاران بر روی ۱۳۶ زن قبل از عمل جراحی نشان داد که بازدید قبل جراحی

بیماران بصورت مجزا و به مدت کافی توسط یک بیهوشی دهنده، جهت پاسخگویی به سئوالات بیمار که همراه با حس همدردی با بیمار باشد در مقایسه با بازدید بیمار از اتاق عمل، موجب افزایش رضایت بیمار از مراقبت‌های قبل از جراحی می‌گردد^(۲۵).

پژوهشی که مستقیماً تأثیر مداخلات روانشناختی و مشاوره فردی بر اضطراب قبل از عمل جراحی را بررسی کند یافت نشد اما با توجه به هم‌سویی یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات مشابه با مطالعه حاضر، می‌توان گفت که مشاوره می‌تواند با ایجاد اعتماد، ارتباط مناسب بین بیمار و پرستار و یک محیط آرام به کاهش استرس و اضطراب بیمار کمک نماید. 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 می‌باشد. در طول بررسی قبل از عمل، پرستار بایستی بیمار را از نظر راهبردهای سازگاری مورد استفاده وی، جهت کاهش ترس اطلاعاتی بررسی کند^(۲۶). در واقع، برای فردی که تحت شرایط استرس‌زا قرار دارد، ارزیابی سطوح استرس و روش‌های مقابله با آن مهم است. بیمار باید از زمان ملاقات دوستان و خانواده بعد از عمل اطلاع داشته باشد و بداند که در صورت تمایل، امکان ملاقات وی با روانشناس فراهم می‌باشد. آموزش‌هایی که در مرحله‌ی قبل از عمل جراحی اشاره شده است، می‌تواند منجر به کاهش استرس در بسیاری از بیماران گردد^(۲۱). در طول بررسی قبل از عمل جراحی، پرستار بایستی عوامل روانی و اعتقادی بیمار جهت بررسی روش‌های مورد استفاده برای سازگاری و کاهش ترس وی را ارزیابی کرده و در طی بحث با بیمار منابع

کیسه صفرا موثر است، بنابراین می تواند به عنوان یک راهکار در بخش های بالینی مورد استفاده قرار گیرد. می توان گفت که استفاده از روش مشاوره فردی، با کاهش استرس درک شده بیماران داوطلب جراحی، همراه است و این شیوه درمانی را می توان به عنوان شیوه ای مستقل یا در کنار سایر شیوه های درمانی مانند دارو درمانی بکار برد و مشکلات روان شناختی و رفتاری ناشی از استرس درک شده را در این افراد بهبود بخشید. انجام پژوهش های مشابه نیز با حجم نمونه بیشتر و برای سایر بیماران توصیه می شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با کد ۹۵۰۹۵ تحت حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می باشد.

درد روشن شود. دانستن زمان ملاقات با خانواده و دوستان، برای بیماران مفید است و آموزش قبل از عمل و آموزش روش های سازگاری منجر به کاهش عوارض و استرس درک شده در بسیاری از بیماران می شود^(۲۷). ارائه ی آموزش های لازم در مورد عوارض و عواقب عمل، از مهم ترین عوامل از بین برنده ی استرس قبل از عمل جراحی می باشد، این یافته با نتایج بصام پور، طیبی، رفیعی زاده و طلایی نیز مشابه است^(۲۸-۳۲). در مطالعه حاضر نیز با دادن آموزش به بیماران میانگین استرس درک شده به طور معنی داری کاهش یافت. پس می توان گفت آموزش قبل از عمل جراحی به بیماران، به صورت تشریح چگونگی مسائل و مراقبت هایی که ممکن است با آن مواجه گردند و با توضیحی ساده می تواند از استرس آنان جلوگیری نماید؛ در نتیجه شانس بهبودی را سریعتر کرده و مدت بستری، هزینه بیمارستان و عوارض بعد از عمل جراحی در بیماران را کاهش می دهد.

نتایج نشان داد که مشاوره فردی در کاهش استرس درک شده قبل از عمل جراحی بیماران داوطلب جراحی سنگ

فهرست منابع

1. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*. 2007;12(2):145-8.
2. Kagan I, Bar-Tal Y. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *J Clin Nurs*. 2008;17(5):576-83.
3. Mitchell M. General anaesthesia and day-case patient anxiety. *J Adv Nurs*. 2010;66(5):1059-71.
4. Kayahan M, Sertbas G. The relationship between anxiety-depression level and manners overcoming stress in hospitalized patients at internal and surgical clinics. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2007;8:113-20.
5. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*. 2013;41(2):44-9.
6. Portela LF, Rotenberg L, Almeida ALP, Landsbergis P, Griep RH. The influence of domestic overload on the association between job strain and ambulatory blood pressure among female nursing workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(12):6397-408.
7. Lazarus R, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York. 1984. Springer ed.
8. Gale CL. A Study Guide for Psychologists and Their Theories for Students: WILHELM WUNDT. 2015; Gale, Cengage Learning.

9. Gillen E, Biley F, Allen D. Effects of music listening on adult patients' pre-procedural state anxiety in hospital. *Int J Evid Based Healthc*. 2008;6(1):24-49.
10. Hyman SM, Paliwal P, Sinha R. Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. *Psychol Addict Behav*. 2007;21(2):233.
11. Ghanei Gheshlagh R, Dastras M, Fazlali PourMiyandoab M, Naseri O. [The relationship between preoperative anxiety and postoperative nausea and vomiting]. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2014;23(4):269-74. Persian
12. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S. Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *J Perianesth Nurs*. 2016;31(6):495-503.
13. Rosiek A, Kornatowski T, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski Ł, Leksowski K. Evaluation of stress intensity and anxiety level in preoperative period of cardiac patients. *BioMed research international*. 2016; 10: 1-8.
14. Nazari-Vanani R, Rahimi-Madiseh M, Drees F. [Evaluation of preoperative anxiety and stress, and ways to modify it, the patients in Kashani hospital operating room in 2013]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014;2(4):53-60. Persian
15. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl J, Traweger C, Heinz-Erian P, et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth*. 2009;103(2):199-205.
16. Lim L, Chow P, Wong C-Y, Chung A, Chan Y-H, Wong W-K, et al. Doctor-patient communication, knowledge, and question prompt lists in reducing preoperative anxiety-A randomized control study. *Asian J Surg*. 2011;34(4):175-80.
17. Zakerimoghadam M, Aliasgharpoor M, Mehran A, Mohammadi S. [Effect of patient education about pain control on patients' anxiety prior to abdominal surgery]. *Journal of hayat*. 2010;15(4):13-22. Persian
18. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24. 1983; 24(4):385-96.
19. Mimura C, Griffiths P. A Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(4):379-85.
20. Safaei M, Shokri O. [Assessing stress in cancer patients: Factorial validity of the perceived stress scale in Iran]. *Int J Palliat Nurs*. 2014;2(1):13-22. Persian
21. Berman A, Snyder S, Frandsen G. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Practice, and Process. 10th Ed, 2016.
22. Erickson HL. Philosophy and theory of holism. *Nurs Clin North Am*. 2007;42(2):139-63.
23. Lin LY, Wang RH. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *J Adv Nurs*. 2005;51(3):252-60.
24. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns*. 2003;51(2):169-76.
25. Hek K, Direk N, Newson RS, Hofman A, Hoogendijk WJ, Mulder CL, et al. Anxiety disorders and salivary cortisol levels in older adults: a population-based study. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38(2):300-5.
26. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Educ Couns*. 2016;99(5):733-8.
27. Janice L, Kerry H. Brunner & Suddarths Textbook Of Medical- Surgical Nursing, Translated into Farsi by: Khachia A, 13th Ed; 2014.
28. Mahmoodi H, Ebadi A, Salimi H, Najafi S, Mokhtari J, Shokrollahi F. Effect of nurse-patient communication on anxiety, depression and stress in emergency department patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2010;3(1):7-12.
29. Myrbaqerajorpaz N, Ranjbar N. [Effect Quran before cesarean delivery on maternal anxiety]. *Qom University of Medical Sciences*. 2010;4(1):15-9. Persian
30. Kakinuma A, Nagatani H, Otake H, Mizuno J, Nakata Y. The effects of short interactive animation video information on preanesthetic anxiety, knowledge, and interview time: a randomized controlled trial. *Anesth Analg*. 2011;112(6):1314-8.

31. Belleau FP, Hagan L, Masse B. Effects of an educational intervention on the anxiety of women awaiting mastectomies. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*. 2001;11(4):177-80.
32. Ottaviani S, Jean-Luc B, Thomas B, Pascal R. Effect of music on anxiety and pain during joint lavage for knee osteoarthritis. *Clin Rheumatol*. 2012;31(3):531-4.

The Effectiveness of Individual Counseling on Preoperative Perceived Stress in Patients with Cholelithiasis Surgery

Jalali R. PhD¹

*Dehghan F. PhD²

Abstract

Background & Aim: Tensions have become one of the main problems in societies. Studies of pre-surgery stress and anxiety have raised the attention of many researchers. The aim of this study was to determine the effect of individual counseling on perceived stress in patients before cholelithiasis surgery.

Materials & Methods: In this quasi-experimental study, 40 pre-operative patients were selected by convenience sampling in Emam Reza Hospital (Kermanshah -2016). Then, they were assigned randomly to experimental (n=20) and control group (n=20). The intervention group received cognitive coping strategies but the control group received routine care. Data were collected by perceived stress scale and analyzed by descriptive statistics and analysis of covariance using SPSS software version 16.

Results: After intervention, the mean of total perceived stress score in the experimental group (33.07 ± 9.22) was lower than that of the control group (39.33 ± 7.76), and the difference between mean and standard deviation of the data was significant at ($P < 0.05$) level in the post-test.

Conclusion: Based on the findings, individualized counseling was effective in reducing perceived stress in patients before surgery. Therefore, this approach can be used to reduce the perceived stress of patients before the surgery.

Keywords: Stress, Surgery, Counselling

Received: 2 Jul 2017

Accepted: 4 Oct 2017

¹. Associate Professor, Faculty of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

². PhD psychology, Department of Psychology, Faculty of Social Science, Razi University, Kermanshah, Iran.
(*Corresponding Author) Tel: 09187358353 Email: fateme.dehghan1368@gmail.com