

# بررسی ارتباط اضطراب قبل از عمل با درد پس از

## عمل سزارین

رضا قانعی<sup>۱\*</sup>، کژال رضایی<sup>۲</sup>، رضا محمودی<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۵

### خلاصه

**مقدمه:** درد حاد پس از عمل، یکی از بدترین دردهایی است که انسان تحمل می کند و درد شدید، پاسخ های همودینامیک و متابولیک نامطلوبی ایجاد می کند. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین اضطراب قبل از عمل با درد پس از عمل بیماران سزارینی انجام شد تا در آینده بتوان با کاهش اضطراب، میزان درد پس از عمل و عوارض آن را کاهش داد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی و همبستگی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۵۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهرستان سقز که تحت عمل سزارین قرار گرفتند، انجام شد. افراد با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. جهت سنجش اضطراب قبل از عمل بیماران از پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر و جهت سنجش درد پس از عمل بیماران از پرسشنامه دیداری درد استفاده شد. بیماران پرسشنامه اضطراب را شب قبل از عمل جراحی و پرسشنامه شدت درد را ۲ ساعت پس از عمل جراحی تکمیل کردند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کای اسکوتر و همبستگی اسپیرمن و پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** ۶۹ نفر (۴۶٪) دارای اضطراب آشکار شدید و ۱۲ نفر (۸٪) دارای اضطراب پنهان شدید قبل از عمل و ۱۰۸ نفر (۷۲٪) از بیماران دارای درد شدید پس از عمل بودند. بین اضطراب آشکار ( $r=0.25$ ،  $p=0.001$ ) و پنهان ( $r=0.28$ ،  $p=0.001$ ) قبل از جراحی با درد پس از عمل جراحی ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. نتیجه گیری: بین اضطراب قبل از عمل با درد پس از جراحی سزارین ارتباط معنی داری وجود دارد.

**کلمات کلیدی:** اضطراب، درد، سزارین

\* نویسنده مسئول مکاتبات: رضا قانعی؛ بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۸۷۴-۳۲۲۵۵۲۷؛ پست الکترونیک: Rezaghane30@yahoo.com

## مقدمه

هر ساله اعمال جراحی زیادی با اهداف مختلف درمانی، تشخیصی و ترمیمی انجام می شود. یکی از اعمال جراحی رایج، سزارین است (۱). عمل سزارین در سال های اخیر رو به افزایش است، آمار متوسط عمل سزارین در ایران (۴۲٪) تقریباً ۳ برابر آمار بهداشت جهانی است. به طوری که در سال ۱۳۸۶، ایران از نظر آمار سزارین، رتبه دوم جهانی را کسب کرد (۲). عمل سزارین دارای خطرات بالقوه ای نظیر عفونت، هیستروکتومی های اورژانسی ناشی از خونریزی های غیر قابل کنترل، ترومبوز وریدهای عمقی و به دنبال آن، آمبولی ریه و خطرات مغزی، باز شدن زخم و حتی مرگ می باشد (۳). از جمله مشکلات بیمار سزارینی، بروز درد ناشی از آسیب بافتی، اتساع احشاء و انقباضات رحمی می باشد (۴). درد، یک پدیده مشترک پس از تمام اعمال جراحی و یکی از دغدغه های عمده بیماران است، به طوری که بسیاری از بیماران از درد بعد از عمل جراحی، به عنوان تلخ ترین تجربه جراحی یاد می کنند (۵).

درد حاد پس از عمل، جزء بدترین دردهایی است که انسان تحمل می کند و هر چقدر این درد شدیدتر باشد، پاسخ های همودینامیک و متابولیک نامطلوب تری ایجاد می کند (۶). درد پس از عمل جراحی می تواند باعث اثرات زیان آوری نظیر افزایش احتمال کلاسیس بافت ریه، ترومبوآمبولی، کاهش خون رسانی به میوکارد، ضربان قلب نامنظم، احتباس ادراری، انسداد روده، تأخیر در بهبود زخم، افزایش عفونت محل عمل، تأخیر در بازگشت حرکات معده، ناتوانی شدید، افزایش میزان تهوع و تأخیر در شروع تغذیه دهانی شود (۵، ۷). درد، باعث پاسخ های روانی نامطلوب نظیر غمگینی، پرخاشگری، بی خوابی و عدم برقراری ارتباط منطقی با کادر درمان و نوزاد می شود (۸). همچنین طول اقامت بیمار در ریکاوری را افزایش داده و طولانی شدن مرحله ریکاوری نیز می تواند باعث به تأخیر افتادن برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد و روند شیردهی شود که این مسئله نیز خود روی سلامت مادر و نوزاد تأثیر می گذارد (۹). به طور کلی درد پس از سزارین، واقعه خوشایند تولد نوزاد را برای مادر، ناگوار و آزار دهنده می کند

(۱۰). عوامل زیادی نظیر سن پایین، چاقی، ترس از جراحی و نوع جراحی با درد پس از عمل ارتباط دارند (۱۱). یکی از عواملی که ممکن است بر درد پس از عمل بیماران تأثیر داشته باشد، میزان اضطراب قبل از عمل می باشد (۱۲). اضطراب قبل از عمل پدیده ای همگانی و عمومی است که در تمام بیماران منتظر عمل جراحی مشاهده می شود (۱۳). با توجه به این که جراحی، خطری بالقوه می باشد و سلامت بیمار را به خطر می اندازد، می تواند اضطراب بیماران را برانگیزد. جراحی از هر نوعی که باشد (بزرگ یا کوچک، انتخابی یا اورژانسی)، به عنوان تجربه ای اضطراب آور تلقی می شود زیرا تهدیدی برای تمامیت بدن و گاهی برای زندگی محسوب می شود (۱۴). اضطراب، نوعی احساس مبهم، نگرانی، ناراحتی یا دلهره است که اغلب به دلیل قرارگیری در موقعیت های ناآشنا، احساس خطر مرگ، ناراحتی، ترس، تغییر در شکل یا عملکرد بدن، افزایش وابستگی، نگرانی در مورد خانواده و یا تغییرات بالقوه در روش زندگی ایجاد می شود (۱۴). بروز اضطراب قبل از عمل در بیماران، نه تنها امری عادی، بلکه بسیار رایج است (۱۵)، به طوری که کیم و همکاران (۲۰۱۰)، میزان بروز آن را بیش از ۶۰ درصد بیان کردند (۱۲). اضطراب، از زمان آگاهی بیمار برای نیاز به درمان جراحی آغاز شده و در زمان بستری شدن در بیمارستان به حداکثر خود می رسد. بیمار ممکن است روز عملش را خطرناک ترین و تهدید کننده ترین روز زندگیش تصور کند (۱۶). حتی گاهی جراحان به دلیل اضطراب بیش از حد بیمار، عمل جراحی را به تعویق می اندازند (۱۷). نتایج مطالعه جعفر و همکار (۲۰۰۹) که بر روی ۳۰۰ بیمار پاکستانی تحت عمل جراحی انجام شد، نشان داد که بین اضطراب قبل از عمل با درد پس از عمل ارتباط وجود دارد (۱۸). مطالعه آلن و همکاران (۲۰۰۲) که با هدف بررسی اضطراب قبل از عمل با درد پس از عمل جراحی ژنیکولوژی انجام شد، نشان دهنده ارتباط معنی دار بین این دو متغیر بود (۱۹). سطح بالای اضطراب، خطر مرگ را تا ۳ برابر افزایش می دهد (۲۰). وجود اضطراب در بارداری و زایمان، تأثیرات مضرى به دنبال دارد؛ در اثر اضطراب، سیستم عصبی خود مختار تحریک شده و

باعث افزایش انقباض عضلات صاف مانند سیستم شریانی شده و این مسئله نیز منجر به کاهش اکسیژن رسانی به رحم و افزایش الگوهای غیر طبیعی ضربان قلب جنین و زایمان زودرس می شود (۲). لذا با توجه به موارد ذکر شده در خصوص اهمیت اضطراب و درد، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب قبل از عمل با میزان درد پس از عمل زنان باردار کاندید جراحی سزارین انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی و همبستگی در نیمه اول سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۵۰ زن باردار داوطلب جراحی سزارین مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهرستان سقز انجام شد. نمونه گیری به روش آسان (در دسترس) انجام شد، به طوری که مراجعه به بخش زایمان تا تکمیل تعداد نمونه ها به طور گردشی ادامه داشت. با توجه به این که شیوع درد پس از عمل سزارین ۵۰٪ در نظر گرفته شد، حداقل حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵٪ ( $\alpha=0/05$ ) و ( $d=0/08$ ) تعداد ۱۵۰ نفر برآورد شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل افراد جهت شرکت در مطالعه، هوشیاری کامل، توانایی خواندن و نوشتن و بی حسی نخاعی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: انجام جراحی های همزمان مانند هیستریکتومی و توبکتومی، اجرای ناموفق اسپینال، اعتیاد به مواد مخدر، مصرف داروهای ضد اضطراب و مسکن، بروز عوارض شدید پس از جراحی مانند خونریزی، ادم، عدم جمع شدن رحم و نیاز به مراقبت بیشتر از بیمار در بخش های مراقبت های ویژه بود. بیماران، پرسشنامه اضطراب را شب قبل از عمل تکمیل کردند و ۲ ساعت پس از عمل سزارین، شدت درد با ابزار دیداری درد (VAS)<sup>۲</sup> سنجیده شد. بیماران در صورتی که درد بیش از ۳ سانتیمتر روی ابزار داشتند، مسکن های معمول را دریافت کردند. روش گردآوری داده ها، خودگزارشی و نوع ابزار، پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی اجتماعی و شامل ۱۲ سؤال (سن، تحصیلات،

شغل) بود. بخش دوم، پرسشنامه استاندارد سنجش اضطراب اسپیل برگر (STAI)<sup>۳</sup> بود که شامل ۲۰ گویه مربوط به اضطراب آشکار و ۲۰ گویه مربوط به اضطراب پنهان بود. پاسخ ها بر اساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرت (اصلاً، تا حدودی، متوسط و زیاد) بودند و هر یک از گزینه ها در عبارات مستقیم به ترتیب امتیاز ۱ تا ۴ و در عبارات معکوس به ترتیب امتیاز ۴ تا ۱ را شامل می شدند. به این ترتیب دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۸۰ بود. امتیاز ۲۰ تا ۴۰ در سطح خفیف، ۴۱ تا ۶۰ در سطح متوسط و ۶۱ تا ۸۰ در سطح شدید اضطراب قرار گرفتند. ابزار سنجش اضطراب اسپیل برگر از اعتبار علمی بالایی برخوردار است و به عنوان آزمون استاندارد شناخته شده است. بخش سوم، مقیاس دیداری درد بود که شبیه یک خط کش می باشد و از صفر تا ۱۰ شماره گذاری شده است. عدد صفر به معنای عدم وجود درد و عدد ۱۰، بالاترین شدت درد را نشان می دهد. بر این اساس، شدت درد صفر تا ۳ در سطح درد خفیف، ۳ تا ۷ در سطح متوسط و بالای ۷ در سطح درد شدید قرار گرفت. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کای اسکوئر و همبستگی اسپیرمن و پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

## یافته ها

در این مطالعه، ۱۵۰ زن ۱۶ تا ۴۶ ساله با میانگین سنی  $32/2 \pm 7/7$  سال مورد بررسی قرار گرفتند. برخی مشخصات بیماران به تفکیک، در جدول ۱ ارائه شده است.

<sup>3</sup> State-Trait Anxiety Inventory

<sup>2</sup> Visual Analogue Scale

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای مورد مطالعه بر اساس متغیرهای فردی

مشخصات فردی	تعداد (درصد)
شغل	شاغل (۶)
	خانه دار (۹۴)
سن	۱۵-۲۵ (۲۰)
	۲۶-۳۵ (۴۶)
	۳۶-۴۶ (۳۴)
سابقه جراحی	دارد (۵۸)
	ندارد (۴۲)
محل سکونت	شهر (۷۶)
	روستا (۲۴)
تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی (۸۰)
	دیپلمات (۱۴)
	دیپلم و دانشگاهی (۶)

وجود نداشت ( $p=0/5$ ). میانگین ساعات خواب شبانه زنان مورد مطالعه طی ماه گذشته  $6/2 \pm 1/5$  ساعت بود. بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، بین میانگین ساعات خواب شبانه و سن بیماران ارتباط معکوس و معنی داری ( $p < 0/03$  و  $r = -0/17$ ) وجود داشت. نتایج مطالعه در مورد میزان اضطراب بیماران نشان داد که میانگین نمره اضطراب آشکار و پنهان زنان تحت جراحی سزارین به ترتیب  $55/6 \pm 12/7$  و  $49/4 \pm 9/2$  بود. ۶۹ نفر از بیماران (۴۶٪) دارای نمره اضطراب آشکار شدید و ۱۱۱ نفر (۷۳/۹٪) دارای اضطراب پنهان متوسط بودند. همچنین میانگین نمره درد پس از عمل بیماران  $8/3 \pm 1/8$  بود و اکثر بیماران (۷۲٪) از درد شدید شاکی بودند. نتایج مطالعه نشان داد که بین اضطراب آشکار ( $r = 0/25$ ،  $p = 0/001$ ) و پنهان ( $r = 0/28$ ،  $p = 0/001$ ) قبل از عمل جراحی سزارین با درد پس از عمل جراحی ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت (جدول ۲، ۳).

۷۵ نفر (۵۰٪) از زنان ترس از عمل جراحی، ۶۶ نفر (۴۴٪) ترس از درد و ۹ نفر (۶٪) ترس از بیهوشی را مهمترین دغدغه و نگرانی خود اعلام کردند. در مجموع، ۳۹ نفر (۲۶٪) زنان از درد متوسط و ۱۰۸ نفر (۷۲٪) از درد شدید شاکی بودند. ۸۷ نفر (۵۸٪) از زنان، سابقه عمل جراحی قبلی داشتند. بر اساس آزمون آماری کای اسکوئر، ۴۷ نفر (۷۴/۶٪) از بیماران بدون سابقه قبلی جراحی و ۶۱ نفر (۷۰/۱٪) از بیماران دارای سابقه جراحی قبلی، دارای درد شدید بودند، اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود ( $p = 0/06$ ،  $df = 2$ ،  $X^2 = 5/44$ ). بر اساس آزمون کای اسکوئر، بین سابقه قبلی جراحی با اضطراب پنهان ( $p = 0/008$ ) ارتباط آماری معناداری وجود داشت اما این ارتباط در مورد دو متغیر سابقه قبلی جراحی و اضطراب آشکار معنادار نبود ( $p = 0/2$ ). بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، بین نمره کمی اضطراب پنهان با سن ارتباط مستقیم و معنی داری وجود داشت ( $r = 0/25$ ،  $p = 0/002$ )؛ اما بین سن با نمره کمی اضطراب آشکار و درد ارتباط آماری معنی داری

جدول ۲- همبستگی بین اضطراب آشکار قبل از عمل و درد پس از عمل جراحی سزارین

درد	خفیف	متوسط	شدید	جمع کل
اضطراب آشکار	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
خفیف	۳ (۲)	۱۲ (۸)	۶ (۴)	۲۱ (۱۴)
متوسط	۰ (۰)	۱۲ (۸)	۴۸ (۳۲)	۶۰ (۴۰)
شدید	۰ (۰)	۱۵ (۱۰)	۵۴ (۳۶)	۶۹ (۴۶)
جمع کل	۳ (۲)	۳۹ (۲۶)	۱۰۸ (۷۲)	۱۵۰ (۱۰۰)

$p = 0/001$   $r = 0/25$

جدول ۳- همبستگی بین اضطراب پنهان قبل از عمل و درد پس از عمل جراحی سزارین

اضطراب پنهان	درد			
	خفیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	شدید تعداد (درصد)	جمع کل تعداد (درصد)
خفیف	۳ (۲)	۱۳ (۸/۷)	۱۱ (۷/۴)	۲۷ (۱۸/۱)
متوسط	۰ (۰)	۲۳ (۱۵/۳)	۸۸ (۵۸/۶)	۱۱۱ (۷۳/۹)
شدید	۰ (۰)	۳ (۲)	۹ (۶)	۱۲ (۸)
جمع کل	۳ (۲)	۳۹ (۲۶)	۱۰۸ (۷۲)	۱۵۰ (۱۰۰)

$p=0/001$   $r=0/28$

بر اساس آزمون آماری همبستگی اسپیرمن، بین سطح تحصیلات با درد ( $p=0/47$ ) ارتباط معناداری وجود نداشت، اما بین سطح تحصیلات با اضطراب آشکار ( $r=0/21$ ,  $p=0/01$ ) و اضطراب پنهان ( $r=0/31$ ,  $p=0/05$ ) ارتباط معناداری وجود داشت. همچنین بین نمرات اضطراب و درد با محل سکونت (شهر و روستا) ارتباط معناداری وجود نداشت ( $p=0/05$ ).

### بحث

اضطراب در بین بیماران داوطلب جراحی، شیوع بالایی دارد و می تواند باعث ایجاد مشکلاتی در زمان جراحی و دوره پس از آن شود (۱۵). در مطالعه حاضر، ۴۶٪ بیماران اضطراب آشکار شدید و ۷۴٪ آنان اضطراب پنهان متوسط داشتند. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، سطح اضطراب بیمار در ۲۴ ساعت قبل از عمل به اوج خود می رسد (۲۱)، و حتی ممکن است منجر به بروز تغییرات رفتاری پس از عمل در آنان شود (۲۲). در مطالعه آلن و همکاران (۲۰۰۲)، تقریباً ۵۰٪ از بیماران صبح روز عمل جراحی، اضطراب آشکار بالایی داشتند (۱۹). در مطالعه قارداشی (۲۰۰۷) نیز ۳۵٪ بیماران صبح روز عمل، اضطراب آشکار متوسط داشتند (۲۳). بر اساس گفته آلن (۲۰۰۲)، میزان اضطراب آشکار به عنوان درک خطر در موقعیت ها و زمان های مختلف بین افراد متغیر است (۱۹)، ولی اضطراب پنهان در زمان های مختلف، ثابت است و عوامل خارجی روی آن تأثیر ندارد (۲۴). در مطالعه حاضر تنها اضطراب پنهان با سن ارتباط مستقیم و معناداری داشت. در مطالعه جعفر و همکاران (۲۰۰۹)، بین اضطراب و سن ارتباط معکوسی وجود داشت (۱۸). در مطالعه کاراکن (۲۰۰۳) میزان

اضطراب در جوانان بیشتر از سالمندان بود (۱۳). در مطالعه علیپور و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین سن و اضطراب ارتباط معناداری وجود نداشت (۲۵). در مطالعه حاضر ۱۰۸ نفر (۷۲٪) از بیماران از درد شدید پس از عمل شاکی بودند و میانگین درد بیماران ۸/۳ بود که با نتایج مطالعه رفیعیان و همکاران (۲۰۰۹) که میانگین شدت درد بیماران ۸/۴ بود، همخوانی داشت (۹).

مطالعات نشان داده اند علی رغم پیشرفت های چشمگیر در زمینه کنترل درد، تقریباً ۷۰ درصد بیماران در اولین روز پس از عمل، از درد خیلی شدید شاکی بودند (۱). شدت اضطراب و درد در همه افراد یکسان نیست و عوامل مختلف فیزیکی، فیزیولوژیکی و روانی فرهنگی در این امر دخیل هستند، به عبارتی تجربه درد در افراد تحت تأثیر تجارب گذشته درد، اضطراب و انتظارات بیمار از تسکین درد می باشد (۱۶). در مطالعه حاضر بین اضطراب آشکار ( $r=0/25$ ,  $p=0/001$ ) و پنهان ( $r=0/28$ ,  $p=0/001$ ) قبل از عمل جراحی با درد پس از عمل جراحی ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت (۲۰۰۱). مطالعه کار و همکاران (۲۰۰۵) که روی زنان تحت جراحی ژنیکولوژی انجام شد، نشان داد که بین سطوح اضطراب قبل از عمل با درد پس از عمل ارتباط وجود دارد (۲۶). در مطالعه آلن (۲۰۰۲)، بین اضطراب آشکار قبل از عمل با درد پس از عمل همبستگی وجود داشت ( $r=0/31$ ,  $p=0/001$ )؛ اما بین اضطراب پنهان با درد پس از عمل ارتباطی وجود نداشت ( $p>0/1$ ,  $r=0/11$ ) (۱۹). در مطالعه انیس خان و همکار (۲۰۰۹) که با هدف بررسی فراوانی اضطراب قبل از عمل در بیماران داوطلب جراحی در پاکستان انجام شد، بین نمره اضطراب قبل از عمل و نمره درد پس از عمل بر اساس ابزار دیداری درد همبستگی وجود داشت

آگاهی و دانستن این که چه اتفاقی خواهد افتاد، تسکین می یابد (۳۰). بعد از سزارین، پرستاران مدت زمان بیشتری را با بیماران در مقایسه با سایر اعضای تیم درمان سپری می کنند، لذا در بهترین جایگاه تسکین اضطراب قرار دارند و می توانند به راحتی، میزان اضطراب بیماران را تشخیص داده و به دنبال کنترل و کاهش عوارض ناشی از آن باشند (۱۴). محدودیت این مطالعه، نمونه گیری روی بیماران باسواد بود به طوری که نمی توان نتایج مطالعه را به بیماران بی سواد تعمیم داد.

### نتیجه گیری

بین اضطراب قبل از عمل با درد پس از عمل جراحی سزارین ارتباط وجود دارد. بنابراین توجه به کنترل اضطراب بیماران می تواند به عنوان راهکاری در جهت کنترل بهتر و مؤثرتر درد آن ها در نظر گرفته شود.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از آقای دکتر اسماعیلی، سرکار خانم برایی و خانم یوسفی و همچنین از تمام بیمارانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

بر اساس نتایج مطالعات، تکنیک های کاهش اضطراب و داروهای کاهنده اضطراب بر درد بیمار تأثیر تسکینی داشتند (۲۸). در مطالعه حاضر، بین شدت درد و سابقه جراحی قبلی ارتباط معناداری وجود نداشت که با مطالعه باندیوپایای و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی داشت (۲۹). همچنین در مطالعه حاضر بین سابقه قبلی جراحی با اضطراب پنهان ( $p=0/008$ ) ارتباط معنی داری وجود داشت. نتایج مطالعه کاراکن (۲۰۰۳) نشان داد که میزان اضطراب قبل از عمل در بیماران بدون سابقه قبلی عمل جراحی بیش از بیماران با سابقه جراحی است (۱۳). در مطالعه جواید و همکاران (۲۰۰۷) که روی بیماران پاکستانی انجام شد، بین سابقه قبلی جراحی با اضطراب بیماران ارتباطی وجود نداشت (۱۶). در صورتی که سابقه جراحی قبلی بیمار، رضایت بخش و بدون دردسر باشد، این امر باعث کاهش اضطراب و در صورتی که توأم با ذهنیت بد و اشکال در بیهوشی و یا عدم موفقیت جراحی باشد، باعث افزایش اضطراب قبل از عمل می شود (۲۳). از آنجایی که ترس از ناشناخته ها و درد پس از عمل جراحی از اولین عوامل ایجاد کننده اضطراب و نگرانی بیماران می باشد، این ترس با کسب

### منابع

1. Khoshtarash M, Ghanbari A, Yeganeh MR, Kazemnezhad E, Rezasoltani P. [Survey the effect of foot reflexology on pain and physiological parameters after cesarean section in patients referring to Alzahra Educational Center in Rasht] [Article in Persian]. J Nurs Midwifery Guilan 2000; 20(64):27-33.
2. Mirbagher Ajorpaz M. [Effect of reaction of Holy Quran on anxiety of women before cesarean section: A randomizes clinical trial] [Article in Persian]. J Qom Univ Med Sci 2010; 4(1):15-9.
3. Permission granted to freely reproduce with attribution. A Coalition for Improving Maternity Services Fact Sheet. February 2010. Available from: <http://www.motherfriendly.org>.
4. Ghahiri AA, Fereidoni F, Abdi F, Ghasemi M, Kian Sadr O. [Comparison study on effect of intramuscular pethidine injection against intra venues patient aontrol analgesia (PCA) after elective cesarean section] [Article in Persian]. J Isfahan Univ Med Sci 2011; 130(29):215-21.
5. Mokhtari J, Sirati Nir M, Sadeghi Sherme M, Ganbari Z, Babatabar Darzi H, Mahmoodi H. [Comparison of impact of foot reflexology massage and Bensone relaxation on severity of pain after cesarean section: a randomized trial]. Payesh 2010; 9(3):289-98.
6. Dabbagh A, Ghorbanloo M, Taherian M, Hosseini S, Tavakkolpour A, Rzavi S et al. [Frequency of postoperative pain and its associated factors in Taleghani hospital] [Article in Persian]. Pejouhesh. 2010;33(4):265-9
7. Heshmati F, Nourozinia H, Abbasivash R, Mahouri AR. [Evaluation of the effectiveness of lidocaine infusion in reduction of postoperative pain] [Article in Persian]. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2006; 14(3):25-30.
8. Madineh H, Abedinzadeh M, Ghaheri H. [Comparison of post cesarean section pain with general and spinal anesthesia] [Article in Persian] J Shahrekord Univ Med Sci 2005; 6(4):43-50.
9. Rafieeyan Z, Azarbarzin M, Safaryfard S. [The effect of music therapy on anxiety, pain, nausea and vital signs of cesarean section clients in Dr.Shariatee hospital of Esfahan in 2006] [Article in Persian]. J Islamic Azad Univ Tehran Med Sci 2009; 19(1):25-30.
10. Saeed Abdo RA. Factors affecting pain intensity post cesarean section in governmental hospitals in the West Bank-Palestine. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master in public health, faculty of graduate studies. Nablus:Najah National University;2008.

11. Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet* 2011 Jun 25; 377(9784):2215-25.
12. Kim WS, Byeon GJ, Song BJ, Lee HJ. Availability of preoperative anxiety scales as a predictive factor for hemodynamic changes during induction of anesthesia. *Korean J Anesthesiol* 2010 Apr;58(4):328-33
13. Karakhuen N. Effects of health education program on preoperative anxiety among abdominal surgical patients. [MPH Thesis]. Bangkok:Chulalongkorn University;2003.
14. Zakeri Moghadam M, Ali Asgharpour M, Mehran A, Sakineh M. [Effect of patient education about pain control on patient's anxiety prior to abdominal surgery] [Article in Persian]. *Hayat* 2010;15(4):13-22
15. Basampour SS, Niknakht nasrabadi AR, Mehran A, Pouresmaeil Z, Valiei S. [Effect of acupressure on patients anxiety and vital sign before abdominal surgeries] [Article in Persian]. *Hayat* 2008; 14(2):23-34.
16. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh)* 2007 Apr; 12(2):145-8.
17. Kalkhoran MA, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. *Ann Gen Psychiatry* 2007 Jun 29; 6:17.
18. Jafar MF, Khan FA. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *J Pak Med Assoc* 2009 Jun; 59(6):359-63.
19. Allen S, Carr E, Barrett R, Brockbank K, Cox C, North N. Prevalence and patterns of anxiety in patients undergoing gynaecological surgery. Bournemouth:Institute of Health & Community Studies Bournemouth University Salisburi Health Care NHS Trust;2002.
20. Mahmoudi H, Ebadi A, Salimi SH, Najafi Mehri S, Mokhtari Nouri J, Shokrollahi F. [Effect of nurse communication with patients on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients] [Article in Persian]. *Iran J Crit Care Nurs* 2010; 3(1):7-12.
21. Phongchawalit B. Improving the quality of pre-operative nursing care in the operating room through participatory action research at the community hospital, Chon Buri. [A Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public health, health systems development]. Bangkok:Chulalongkorn University;2002.
22. Erci B, Sezgin S, Kacmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Aust J Adv Nurs* 2006; 26(1):59-66.
23. Ghardashi F. [Factors affecting preoperative anxiety] [Article in Persian]. *Koomesh* 2007; 8(3):123-30.
24. Hemati Mastak Pak M. [Assessment of anxiety level of employed formal nurses in hospitals of Urmia University of Medical Sciences] [Article in Persian]. *J Urmia Nurs Midwifery* 2005; 3(2): 1-9.
25. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety during pregnancy: A risk factor for neonatal physical outcome? [Article in Persian]. *J Urmia Nurs Midwifery* 2011; 9 (1):30-8.
26. Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *J Clin Nurs* 2006 Mar; 15(3):341-52.
27. Jafar MF, Khan FA. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *J Pak Med Assoc* 2009 Jun; 59(6):359-63.
28. Ploghaus A, Narain C, Beckmann CF, Clare S, Bantick S, Wise R, et al. Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network. *J Neurosci* 2001 Dec 15; 21(24):9896-903.
29. Bandyopadhyay M, Markovic M, Manderson L. Women's perspectives of pain following day surgery in Australia. *Aust J Adv Nurs* 2007; 24(4):19-23.
30. Oktay C, Eken C, Ozbek K, Ankun G, Eray O, Avci AB. Pain perception of patients predisposed to anxiety and depressive disorders in emergency department. *Pain Manag Nurs* 2008 Dec; 9(4):150-3.