

## بررسی ارتباط سلامت معنوی با اضطراب قبل و بعد از عمل در بیماران تحت جراحی عمومی مراجعه کننده به بیمارستان نمازی شیراز در سال ۱۳۹۸

جمشید اسلامی<sup>۱</sup>، آيسان درویشی<sup>۲</sup>، عابد ابراهیمی<sup>۳</sup>، مرضیه اکبرزاده<sup>۴\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۴/۰۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۴/۱۷

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** اضطراب قبل از جراحی یک رویداد شایع است و به علت های مختلفی ایجاد می شود. معنویت از متغیرهایی است که به عنوان عامل تأثیرگذار در اضطراب و افسردگی شناخته شده است. هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط سلامت معنوی با اضطراب قبل و بعد از عمل در بیماران تحت جراحی عمومی است.

**مواد و روش کار:** این پژوهش از نوع توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد، جامعه پژوهش، بیماران کاندید عمل جراحی عمومی بودند که به صورت تصادفی با حجم نمونه ۹۰ نفر وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سلامت معنوی پولتزین و الیسون و پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر بود. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و آنالیز واریانس و مجذور کای در نرم افزار SPSS با نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** سطح سلامت معنوی اکثر واحدهای پژوهش در محدوده متوسط قرار داشت. میانگین نمره اضطراب حالت قبل از عمل  $(42/3 \pm 11/8)$  با میانگین نمره اضطراب بعد عمل  $(35/11 \pm 7/1)$  متفاوت و از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < 0.05$ ). میانگین نمره اضطراب صفت قبل از عمل  $(42/12 \pm 3/1)$  و بعد از عمل  $(37/10 \pm 1/1)$  تفاوت آماری معناداری دارد ( $P < 0.05$ ). میانگین نمره اضطراب (صفت و حالت) قبل از عمل در سطوح مختلف سلامت معنوی متفاوت است ( $P < 0.05$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد بین سلامت معنوی افراد و میزان اضطراب آنها قبل از عمل های جراحی رابطه آماری معناداری وجود دارد. بنابراین اجرای برنامه های مراقبتی معنویت محور می تواند یک روش مناسب برای کاهش اضطراب بیماران قبل و بعد از عمل جراحی باشد.

**کلیدواژه ها:** معنویت، اضطراب، عمل جراحی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره اول، پی در پی ۱۵۰، فروردین ۱۴۰۱، ص ۶۴-۵۵

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات مادر و جنین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. تلفن: ۰۷۱۱-۶۴۷۴۲۵۴

Email: akbarzadm@sums.ac.ir

جراحی در سراسر جهان انجام می شود. اضطراب قبل از عمل به عنوان یک عامل بسیار مخرب جهت ایجاد عوارض بعد از عمل شناخته می شود (۲). اضطراب قبل از عمل باعث تحریک سیستم های سمپاتیک<sup>۵</sup>، پاراسمپاتیک<sup>۶</sup> و اندوکراین<sup>۷</sup> می شود که منجر به افزایش ضربان قلب<sup>۸</sup>، افزایش فشارخون<sup>۹</sup> و تحریک پذیری

### مقدمه

جراحی تغییر عمده در ساختمان های آناتومیکی بدن به منظور ایجاد راحتی، تسکین و یا رفع فرآیندهای پاتولوژیک و ترمیم آسیب های تروماتیک است (۱). سالانه بیش از ۳۱۲/۹ میلیون عمل

<sup>۱</sup> استادیار گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

<sup>۲</sup> مربی گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، ایران

<sup>۳</sup> مربی گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، ایران

<sup>۴</sup> استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات بیماری های مادر و جنین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۵</sup> The sympathetic system

<sup>۶</sup> The parasympathetic system

<sup>۷</sup> Endocrine system

<sup>۸</sup> Tachycardia

<sup>۹</sup> Hypertension

قلب می‌گردد در نتیجه باعث ایجاد آریتمی<sup>۱</sup> در بیمار می‌شود. گسترش و افزایش مدت‌زمان اضطراب می‌تواند منجر به افزایش شکسته شدن پروتئین، کاهش بهبود زخم، کاهش واکنش ایمنی بدن، افزایش خطر عفونت و عدم تعادل آب و الکترولیت شود. کنترل و مدیریت اضطراب قبل از عمل از مهم‌ترین اهداف پرستاری در سراسر جهان است (۳، ۴).

معنویت از متغیرهایی است که به‌عنوان عامل تأثیرگذار در کاهش اضطراب و افسردگی شناخته شده است (۵). مطالعه‌ای نشان داد که معنویت نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌ها دارد (۶). معنویت و اعتقادات دینی و تمرین‌های معنوی را می‌توان به‌عنوان یک عامل مهم در کاهش بحران‌های ناشی از بیماری و بالا بردن سازگاری و تحمل بیمار در نظر گرفت (۷). مراقبت معنوی یکی از جنبه‌های اساسی پرستاری است و توجه به نیازهای معنوی بیماران می‌تواند باعث بهبود سلامتی بیماران شود (۸). تمرین مراقبت‌های مذهبی مانند نماز، نذرهای مذهبی و حضور در اماکن مقدس مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا استرس خود را به روشی کارآمدتر کنترل کنند (۹). شواهد تجربی نشان داده‌اند حمایت معنوی می‌تواند به‌عنوان یک مراقبت تسکینی مؤثر برای بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته و مزمن عمل کند (۱۰، ۱۱). معنویت به بیماران کمک می‌کند تا با پریشانی عاطفی ناشی از بیماری روبرو شوند (۱۲). توجه به معنویت راهکار ساده و کمک‌کننده‌ای در بیشتر بیماری‌های جسمی و روانی به حساب می‌آید. بیمارانی که از این راهکار مقابله‌ای استفاده می‌کنند، در مقایسه با سایر بیماران در بسیاری از شاخص‌های مربوط به سلامت پیشرفت چشمگیری دارند (۱۳). معنویت یعنی اعتقاد بشری در حرکت به جلو و رابطه با نیرویی برتر، باور خود و دیگران که بر اساس آن حس‌آگاهی، پیوند و وارستگی پدید می‌آید (۱۴).

سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد و موجب ارتقای سلامت عمومی می‌شود و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند. این کار توان سازگاری با بیماری‌ها را افزایش می‌دهد (۱۴). سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است؛ سلامت مذهبی که نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست و سلامت وجودی که یک عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از اینکه کیست، چه کاری انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. بعد سلامت مذهبی ما را در رسیدن به خدا هدایت می‌کند، درحالی‌که بعد سلامت وجودی ما را فراتر از خود و به‌سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد (۱۵).

سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، احساس، ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌کند. سلامت معنوی به‌عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم سلامتی انسان شناخته شده است (۱۶). سلامت جسمانی بهتر در بیماران مبتلا به سرطان با رفاه معنوی<sup>۲</sup> و مذهبی بیشتر گزارش شده است (۱۷). تحقیقات مختلف تأثیر مثبت معنویت را در آرامش روانی و کاهش اضطراب و استرس بیماران و حتی مادران باردار اثبات کرده است (۱۸). یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن، احساس پوچی و بهبودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدف‌دار بودن زندگی، پایبندی اخلاقی تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می‌شود (۱۹). بنابراین تقویت جنبه معنوی به سلامت جسم و روح افراد و درنهایت به سلامت جامعه بزرگ بشری، کمک به سزایی خواهد کرد. از آنجاکه لازم است با فراهم کردن بستر حمایتی در جامعه و شناسایی مشکلات و موانعی که در زندگی بیماران وجود دارد، در جهت رفع مشکلات، ارتقای روحیه و افزایش امیدواری و کاهش حالات افسردگی و اضطرابی بیماران تلاش شود، تا بیمارانی که دارای مشکل اضطراب و افسردگی هستند، هرچه زودتر شناسایی و بر اساس روش‌های علمی درمان شوند. بنابراین انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. تا بر اساس نتایج برنامه‌ریزی مناسب جهت پیشگیری و کنترل اضطراب و افسردگی انجام پذیرد. با توجه به مطالب ذکرشده، هدف کلی از انجام پژوهش حاضر بررسی ارتباط سلامت معنوی با اضطراب قبل و بعد از عمل در بیماران تحت جراحی عمومی است.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که به‌صورت تصادفی طبقه‌ای بر روی بیماران مرد و زن ۱۵-۶۰ ساله تحت جراحی عمومی در سال ۱۳۹۸ و به مدت ۶ ماه انجام شد. (بیمارستان‌ها طبقات محسوب می‌شوند) بیمارانی که حائز شرایط ورود به نمونه هستند انتخاب شدند. بر اساس فرمول حجم نمونه مقایسه دو میانگین با خطای  $\alpha=0/05$  و توان ۹۵ درصد و استفاده از نتایج مطالعات مشابه (۲۰) حجم نمونه ۹۰ نفر محاسبه گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: واحدهای مورد پژوهش تمایل و رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش را داشته باشند، هیچ‌گونه بیماری روانی تشخیص داده‌شده قبلی نداشته باشند، حداقل ۸

<sup>۱</sup> Arrhythmia

<sup>۲</sup> spiritual wellbeing

ساعت از زمان آخرین دریافت داروی آرام‌بخش گذشته باشد، هوشیاری، عدم اعتیاد به مواد مخدر و داروهای ضد اضطراب و داروهای گیاهی، عدم وجود مشکلات روحی در ۶ ماه گذشته که بیمار در پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک به این سؤال پاسخ می‌دهد، کسب نمره بالاتر از ۲۰ از پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر (اضطراب خفیف). معیارهای خروج از مطالعه شامل: وجود اضطراب شدید (کسب نمره بالاتر از ۶۰ از پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر)، ابتلا به سایر اختلالات غدد آندوکراین از قبیل کم‌کاری یا پرکاری تیروئید و اختلالات روانی.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی محقق ساخته اطلاعات دموگرافیک و مقیاس سلامت معنوی پولتزین و الیسون<sup>۱</sup> (۲۰ گویه ای) و اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر<sup>۲</sup> (STAI) بود.

مشخصات جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، سابقه شروع بیماری، مدت‌زمان شروع بیماری، وجود بیماری زمینه‌ای و بیماری روانی، عدم وجود مشکلات روحی در ۶ ماه گذشته به‌وسیله پرسشنامه مشخصات دموگرافیک سنجیده شد.

پرسشنامه سلامت معنوی پولتزین و الیسون مشتمل بر ۲۰ گویه است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی<sup>۳</sup> و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی<sup>۴</sup> را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد. در سؤالات منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام شده است. در عبارتهای با فعل مثبت پاسخ‌های کاملاً موافقم» نمره ۶ و «کاملاً مخالفم» نمره ۱ را می‌گیرند و بقیه عبارتها که با فعل منفی هستند، پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۱ و «کاملاً مخالفم» نمره ۶ را می‌گیرند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هرکدام به تفکیک ۱۰-۶۰ است. هر چه نمره به‌دست‌آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی شده است. پولتزین و الیسون پرسشنامه سلامت معنوی را معتبر دانسته و ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۹۱ درصد و ۰/۹۳ درصد گزارش کرده‌اند (۲۱). پرسشنامه استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران توسط سید فاطمی و همکاران از این پرسشنامه استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۸۲/۰ به دست آمد که اعتماد علمی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲).

پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر (STAI) حاوی ۴۰ سؤال است که از سؤالات ۱ تا ۲۰ به اضطراب حالت (آشکار) و از سؤالات ۲۱ تا ۴۰ به اضطراب صفت (پنهان) اختصاص دارد. سؤالات مربوط به اضطراب حالت در طیف لیکرت چهارگزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند که عبارت‌اند از: به‌هیچ‌وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد. و سؤالات مربوط به اضطراب صفت نیز به همان صورت ۴ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند که عبارت‌اند از: تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه.

برای نمره‌گذاری پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر (STAI) ابتدا به هر عبارت از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. برخی سؤالات نیز که نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب هستند به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

هر فرد نیز می‌تواند در این دو نوع اضطراب نمراتی بین ۲۰ تا ۸۰ کسب کند. روایی و پایایی این پرسشنامه با استفاده از مطالعه اسپیلبرگر و همکاران (۱۹۷۰) که ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب حالت را ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰ گزارش کردند تعیین شد. همچنین ضریب آزمون-بازآزمون برای زیرمقیاس اضطراب حالت ۰/۶۲ و برای زیرمقیاس اضطراب صفت ۰/۶۸ به دست آمد (۲۳). در پژوهشی که بر روی ۲۱۹ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و افراد عادی انجام گرفت ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۲ و در مقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰ به دست آمد (۲۴، ۲۵). در پژوهش دیگری نیز که در مشهد بر روی ۶۰۰ فرد انجام گرفت پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب حالت ۰/۹۱، برای اضطراب صفت ۰/۹۰، و برای کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد (۲۶). روایی پرسشنامه توسط بهدانی و همکاران در جمعیت ایرانی نشان داد که میانگین‌های اضطراب آشکار و پنهان و بالاخره اضطراب مجموع در دو سطح ۰/۹۵ و ۰/۹۹ به‌صورت مجزا محاسبه شد که نتایج محاسبه اطمینان ۹۵درصد و ۹۹درصد معنادار بود (۲۷).

در این پژوهش از فرم رضایت آگاهانه جهت کسب اجازه از بیمار جهت ورود به مطالعه استفاده شد قبل از شرکت افراد در مطالعه اهداف مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. لازم به ذکر می‌باشد این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز به شماره مجوز IR.sums.REC.1398.1004 تصویب شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه، داده‌های با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کوموروف

<sup>3</sup> Religious health

<sup>4</sup> Existential health

<sup>1</sup> Pultzin and Ellison's spiritual health

<sup>2</sup> state-trait anxiety inventory

اسمیرنوف بررسی و پس از مشخص نمودن نرمال بودن داده‌ها جهت مقایسه میانگین نمره سلامت معنوی از آزمون‌های آماری تی تست و آنالیز واریانس استفاده شد. جهت بررسی ارتباط سطوح نمره سلامت معنوی با متغیرهای دموگرافیک نیز از آزمون کای دو در سطح معنی‌داری کمتر یا مساوی ۰/۰۵ استفاده شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش ۹۰ بیمار کاندید جراحی عمومی که به صورت تصافی انتخاب شده بود مورد بررسی قرار گرفتند. از نظر توزیع جنسیتی، ۵۳ نفر مرد (۵۸/۸ درصد) و ۳۷ نفر زن (۴۱/۲ درصد) بودند. کمترین رده سنی مربوط به گروه سنی کمتر از ۳۰ سال با ۱۱ بیمار (۱۲/۳ درصد) و بیشترین رده سنی مربوط به ۳۰-۴۵ سال با ۴۱ بیمار (۴۵/۵ درصد) بود. اکثریت بیماران تحت مطالعه متأهل (۷۷/۷ درصد) و ۴۳/۴ درصد از بیماران تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۴/۵ درصد از افراد کارمند بودند. سابقه شروع بیماری در ۵۲/۲ درصد از افراد کمتر از یک سال بود و مدت‌زمان شروع بیماری نیز در ۵۳/۴ درصد از افراد کمتر از یک سال بود. میانگین نمره سلامت معنوی در مطالعه ما ۸۲/۲±۲۲/۱ بود که در سطح پایین این میانگین برابر ۳۹/۶±۰/۵۷، در سطح متوسط برابر ۷۳/۸±۱۵/۶ و در سطح بالا برابر ۱۰۸/۸±۶/۳ بود (جدول ۱)

نتایج نشان داد بین متغیر جنسیت و نمره سلامت معنوی رابطه آماری معناداری وجود داشت و میانگین نمره سلامت معنوی در سطح بالا در زنان بیشتر از مردان بود. در حالی که بین سایر متغیرهای دموگرافیک مطالعه و نمره سلامت معنوی رابطه آماری معناداری مشاهده نشد ( $P>0.05$ ) (جدول ۲). میانگین نمره اضطراب حالت قبل از عمل (۴۲/۱۱±۳/۸) با میانگین نمره اضطراب بعد عمل (۳۵/۱۱±۷/۱) متفاوت و معنادار بود ( $P<0.05$ ). همچنین در بررسی نمره اضطراب صفت نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره اضطراب صفت قبل از عمل (۴۲/۳±۱۲/۱) و بعد از عمل (۳۷/۱±۱۰/۱) بود. این تفاوت از ازلحاظ آماری معنادار بود ( $P<0.05$ ) (جدول ۳). نتایج آنالیز واریانس نشان داد میانگین نمره اضطراب (صفت و حالت) قبل از عمل در سطوح مختلف سلامت معنوی متفاوت است و این تفاوت ازلحاظ آماری نیز معنادار بود ( $P<0.05$ ) (جدول ۴). آزمون‌های تعقیبی برای بررسی تفاوت‌ها نشان داد که تفاوت نمره میانگین اضطراب در سه سطح سلامت معنوی مربوط به سطح سوم سلامت معنوی با سطح یک سلامت معنوی می‌باشد ( $P<0.05$ ). همچنین بر اساس مطالعه ما میانگین نمره اضطراب (صفت و حالت) بعد از عمل در سطوح مختلف سلامت معنوی تفاوت آماری معناداری ندارد (جدول ۵).

جدول (۱): سطوح نمره سلامت معنوی افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	سطوح سلامت معنوی (انحراف معیار±میانگین)
میانگین نمره سلامت معنوی	پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۹۹) بالا (۱۰۰-۱۲۰)
فراوانی (درصد)	۳۹/۰±۶/۵۷ ۷۳/۱۵±۸/۶ ۱۰۸/۶±۸/۳
	۲۶(۲۸/۸۹) ۶۱(۶۷/۷۸) ۳(۳/۳۳)

جدول (۲): ارتباط سلامت معنوی با متغیرهای دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	فراوانی (درصد)	فراوانی توزیع نمره سلامت معنوی (%)			Chi-2	P-value
		پایین (۲۰-۴۰)	متوسط (۴۱-۹۹)	بالا (۱۰۰-۱۲۰)		
جنس	مرد	۰(۰)	۷۷/۳۶(۴۱)	۲۲/۶۴(۱۲)	۷/۷	۰/۰۲
	زن	۸/۱۱(۳)	۴۵/۰۵(۲۰)	۳۷/۸۴(۱۴)		
تحصیلات	زیر دیپلم	۰(۰)	۶۵(۱۳)	۳۵(۷)	۲/۲	۰/۶
	دیپلم	۶/۴۵(۲)	۶۴/۵۲(۲۰)	۲۹/۰۳(۹)		
	دانشگاهی	۲/۵۶(۱)	۷۱/۷۹(۲۸)	۲۵/۶۴(۱۰)		
سن	کمتر از ۳۰ سال	۰(۰)	۵۴/۵۵(۶)	۴۵/۴۵(۵)	۳/۴۸	۰/۴۸
	۳۰-۴۵ سال	۲/۴۴(۱)	۷۵/۶۱(۳۱)	۲۱/۹۵(۹)		

		بیشتر از ۴۵ سال			
		۳۱/۵۸(۱۲)	۶۳/۱۶(۲۴)	۵/۲۶(۲)	۳۸(۴۲/۲)
وضعیت	مجرد	۲۵(۵)	۷۵(۱۵)	۰(۰)	۲۰(۲۲/۳)
	متاهل	۳۰(۳۱)	۶۵/۷۱(۴۶)	۴/۲۹(۳)	۷۰(۷۷/۷)
شغل	خانه دار	۴۰(۸)	۵۵(۱۱)	۵(۱)	۲۰(۲۲/۲)
	کارمند ازاد	۲۷/۵(۱۱)	۷۰(۲۸)	۲/۵(۱)	۴۰(۴۴/۵)
		۲۳/۳۳(۷)	۷۲/۳۳(۲۲)	۳/۳۳(۱)	۳۰(۳۳/۳)
سابقه شروع بیماری	کمتر یک سال	۳۱/۹۱(۱۵)	۶۳/۸۳(۳۰)	۴/۲۶(۲)	۴۷(۵۲/۲)
	۱-۲ سال	۲۶/۰۹(۶)	۷۲/۹۱(۱۷)	۰(۰)	۲۳(۲۵/۵)
	۲-۳ سال	۱۴/۲۹(۱)	۷۱/۸۵(۶)	۰(۰)	۷(۷/۸)
مدت زمان شروع بیماری	بیشتر از ۳ سال	۳۰/۷۷(۴)	۶۱/۵۴(۸)	۷/۶۹(۱)	۱۳(۱۴/۴)
	کمتر یک سال	۳۱/۲۵(۱۵)	۶۴/۵۸(۳۱)	۴/۱۷(۲)	۴۸(۵۳/۴)
	۱-۲ سال	۲۷/۲۷(۶)	۷۲/۷۳(۱۶)	۰(۰)	۲۲(۲۴/۴)
بیماری	۳-۲ سال	۲۵(۲)	۷۵(۶)	۰(۰)	۸(۸/۸)
	بیشتر از ۳ سال	۲۵(۳)	۶۶/۶۷(۸)	۸/۳۳(۱)	۱۲(۱۳/۳)

**جدول (۳):** بررسی میانگین نمره اضطراب حالت و صفت قبل و بعد از عمل جراحی

متغیر	Mean ±SD	اماره آزمون t-test	P-value
اضطراب حالت	قبل از عمل ۴۲/۱۱±۳/۸	۳/۸	۰/۰۰۰
	بعد از عمل ۳۵/۱۱±۷/۱		
اضطراب صفت	قبل از عمل ۴۲/۱۲±۳/۱	۳/۰۹	۰/۰۰۲
	بعد از عمل ۳۷/۱۰±۱/۱		

**جدول (۴):** میانگین نمره اضطراب با نمره سلامت معنوی قبل و بعد از عمل

متغیر	اضطراب حالت	آماره آزمون (F)	p-value	اضطراب صفت	آماره آزمون (F)	p-value
قبل از عمل	پایین ۶۰/۳۳ ± ۱۱/۳۷	۲۶/۳	/۰۰۰۱	۳۳/۶۱ ± ۱۱/۹۳	۱/۳۲	۰/۲۷
	متوسط ۴۶ ± ۱۰/۰۱			۴۵/۲۲ ± ۱۰/۴۵		
	بالا ۳۱/۸۸ ± ۷/۶۲			۳۳/۲۶ ± ۹/۹		
بعد از عمل	پایین ۳۹/۳۳ ± ۱۸/۰۹	۱/۴۴	۰/۲۴	۴۲/۳۳ ± ۱۷/۵۵	۱/۳۲	۰/۲۷
	متوسط ۳۶/۸۸ ± ۱۱/۲۴			۹۳/۳۷ ± ۹/۹۹		
	بالا ۳۲/۷۳ ± ۹/۹۷			۳۴/۷۳ ± ۹/۵۶		

### بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۹۰ بیمار ۱۵ تا ۶۰ ساله کاندید عمل جراحی عمومی شرکت کردند. طبق نتایج حاصل از مطالعه، سطح سلامت معنوی اکثریت واحدهای موردپژوهش در محدوده متوسط بود. در

مطالعات مک کوبری<sup>۱</sup> و همکاران (۲۸) نلسون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۹) نیز میانگین نمره کلی سلامت معنوی اکثر بیماران در محدوده متوسط گزارش شده است، بنابراین نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است. این در حالی است که نتایج مطالعه‌ی رضایی و همکاران (۳۰)

<sup>۱</sup> McCobry

<sup>۲</sup> Nelson

مطالعه فرنسلر<sup>۵</sup> و همکاران نشان دادند که نمره سلامت معنوی در زنان بالاتر از مردان است (۴۱). حبیبی و همکاران نیز در مطالعه مروری خود به این نتیجه دست یافتند که میانگین سلامت معنوی در زنان کمی بیشتر از مردان بود اما این اختلاف از نظر آماری معنا دار نبود (۴۲). با توجه به این که نمره سلامت معنوی در مطالعه ما نیز در زنان بیشتر از مردان بود می‌توان این نتیجه را به گرایش بیشتر زنان به ارزش‌های معنوی نسبت داد (۳۲).

نتایج مطالعه ما نشان داد که رابطه آماری معناداری بین میانگین نمره اضطراب حالت و صفت قبل و بعد از عمل وجود دارد. میانگین نمره اضطراب (حالت و صفت) قبل از عمل در سطوح مختلف سلامت معنوی متفاوت است ( $P < 0.05$ ). یافته‌های مطالعات فوق با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. این در حالی است که نتایج مطالعه مک کوبری<sup>۶</sup> و همکاران (۲۸) و مارتنسون<sup>۷</sup> و همکاران (۳۵) نشان داد بین سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب در بیماران سرطانی ارتباط معنا دار و معکوس وجود دارد. به دین صورت که با افزایش سلامت معنوی افسردگی و اضطراب بیماران کاهش می‌یابد. نتایج مطالعات Romero و McMahon<sup>۳</sup> نیز این امر را تأیید می‌کند (۲۸، ۳۷، ۳۸). Kim و Oh<sup>۴</sup> در تحلیل متا آنالیز ۱۵ مطالعه نشان دادند که تأثیرات معنویت بر سلامت معنوی، معنای زندگی، اضطراب و افسردگی اثر معناداری دارد (۴۳). در مطالعه‌ای که وظیفه دوست و همکاران با هدف بررسی تأثیر مراقبت‌های معنوی بر اضطراب کودکان سرطانی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مراقبت‌های معنوی در کاهش اضطراب بیماران نقش داشته است (۴۴). این نتایج با نتایج به دست آمده از مطالعه ما همخوانی داشت. مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که دین و مذهب به‌عنوان راهکارهای مقابله‌ای، اثرات مثبتی بر روند درمانی دارند زیرا در چنین شرایطی مذهب به‌عنوان پناهگاهی در بحران‌های زندگی به شمار آمده و به‌صورت پایگاه بسیار محکمی در مقابل دشواری‌ها و محرومیت‌های زندگی عمل می‌کند (۴۵). تحقیقات زیاد بیانگر آن است که دعا، نیایش و ذکر اذکار مستحبی هم بر روح اثر دارد و هم سلامت جسمانی را تقویت می‌کند و از طرفی باعث ارتقاء سازگاری فرد با موقعیت‌های بحرانی و دردزا خواهد شد (۴۶). معنویت می‌تواند با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیر مستقیم‌تر از طریق تأثیرگذاری بر امید، باعث سازگاری روانی بیشتر شود. به زعم محققان مذهب و معنویت از منابع مهم در ایجاد سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی است و سلامت معنوی یک از جنبه‌های مهم سلامتی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی

نشان داد اکثر بیماران از سلامت معنوی بالایی برخوردار هستند. در مطالعه دیگری با عنوان مقایسه افسردگی با سلامت معنوی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و سرطان نتایج نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی در هر دو گروه از بیماران کم بود (۳۱) تفاوت موجود در نتایج مطالعات فوق با مطالعه ما می‌تواند ناشی از این باشد که در این مطالعات نمونه‌های پژوهش از نظر نوع بیماری، جامعه و محیط مورد پژوهش یکسان نبوده‌اند. با توجه به این که گرایش به معنویت می‌تواند با سن در ارتباط باشد (۳۲). Allen، Kaczorowski، Rowe نیز در مطالعات خود نیز به این نکته اشاره کرده‌اند که کشش به‌سوی معنویت به‌عنوان عملکرد افزایش سن محسوب می‌شود زیرا راهی است که توسط آن فرد با واقعیت مرگ روبه‌رو شده و با آن سازگار می‌شود (۳۳، ۳۴). با توجه به این که سن اکثریت واحدهای پژوهش ما جوان و در بازه ۱۵ تا ۴۵ سال (۵۲ درصد) بوده است، کسب نمره معنویت متوسط در اکثر نمونه‌های مطالعه ما می‌تواند با سن افراد در ارتباط بوده باشد. نتایج مطالعه ما نشان داد که بین جنسیت و سلامت معنوی رابطه آماری معنا داری وجود دارد. به طوری که میانگین نمره سلامت معنوی در سطح بالا در زنان بیشتر از مردان است ( $P < 0.05$ ). در حالی که بین سایر متغیرهای دموگرافیک و نمره سلامت معنوی رابطه آماری معناداری مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ). در مطالعه رضایی و همکاران رابطه معنی‌داری بین سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با سلامت معنوی وجود داشت (۳۰) در مطالعه مارتنسون<sup>۷</sup> نیز بین سلامت معنوی و سطح تحصیلات ارتباط مستقیم وجود داشته است (۳۵). نتایج مطالعه رایلی<sup>۴</sup> و همکاران نیز نشان داد که افراد متأهل دارای سلامت معنوی بیشتری هستند (۳۶). این نتایج نشان‌دهنده عدم هم‌سویی مطالعات با مطالعه حاضر است. این در حالی است که نتایج مطالعه McCoubrie، Davies، Romero و همکاران نشان داد بین هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۳۷، ۳۸). در مطالعه Nelson و همکاران نیز بین متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری یافت نشد. در مطالعه O'toom و همکاران و انوری و همکاران نیز این نتایج تأیید شد (۳۹، ۴۰). این نتایج نیز با نتایج به دست آمده از مطالعه ما به جز در مقوله جنسیت همخوانی داشت. مطالعه حاضر و سایر مطالعات نشان می‌دهد که ویژگی‌های فردی، عوامل فرهنگی و مذهبی می‌توانند در سلامت معنوی مؤثر باشند. گرایش به معنویت و تجربه آن می‌تواند در سازگاری فرد مؤثر باشد، اما این موضوع به سن و جنسیت افراد نیز بستگی دارد (۳۲). در

<sup>6</sup> McCoubrie

<sup>7</sup> Martenson

<sup>3</sup> Martenson

<sup>4</sup> Riley

<sup>5</sup> Frenslor

معنویت محور می‌تواند یک روش مناسب برای کاهش اضطراب عمل جراحی باشد از آنجایی که معنویت بر ابعاد مختلف زندگی اثر دارد باعث افزایش حس امیدواری؛ ارتقای سازگاری و تطابق با بیماری شده و می‌تواند در کاهش بحران‌های وجودی ناشی از بیماری‌ها تأثیرگذار باشد انجام تحقیقات بیشتر با حجم‌های نمونه بالاتر و درسطوح گسترده‌تر می‌تواند در روشن شدن تأثیر این امر مفید و مؤثر باشد.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر تصویب شده معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس با کد IR.sums.REC.1398.1004 می‌باشد بدین وسیله از کلیه کسانی که در انجام این طرح همکاری کرده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

### References:

1. Cho YJ, Choi GJ, Ahn EJ, Kang H. Pharmacologic interventions for postoperative nausea and vomiting after thyroidectomy: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS One* 2021;16(1):e0243865.
2. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiol* 2018;84(11):1307-17.
3. Abadi F, Abadi F, Fereidouni Z, Amirkhani M, Karimi S, Najafi Kalyani M. Effect of Acupressure on Preoperative Cesarean Section Anxiety. *J Acupunct Meridian Stud* 2018;11(6):361-6.
4. Chow CH, Van Lieshout RJ, Schmidt LA, Dobson KG, Buckley N. Systematic Review: Audiovisual Interventions for Reducing Preoperative Anxiety in Children Undergoing Elective Surgery. *J Pediatr Psychol* 2016;41(2):182-203.
5. Asadzandi M. An Islamic religious spiritual health training model for patients. *J Relig Health* 2020;59(1):173-87.
6. Xing L, Guo X, Bai L, Qian J, Chen J. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine* 2018;97(35):e11948.
7. Ripamonti CI, Giuntoli F, Gonella S, Miccinesi G. Spiritual care in cancer patients: a need or an option? *Curr Opin Oncol* 2018;30(4):212-8.
8. Timmins F, Caldeira S. Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nurs Stand (Royal College of Nursing (Great Britain))* 2017;31(22):50-7.
9. Kalkim A, Sagkal Midilli T, Daghan S. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care and Their Spiritual Care Competencies: A Correlational Research Study. *J Hosp Palliat Nurs* 2018;20(3):286-95.
10. Musa AS, Pevalin DJ, Al Khalailah MAA. Spiritual Well-Being, Depression, and Stress Among Hemodialysis Patients in Jordan. *Journal of holistic nursing. J Holist Nurs* 2018;36(4):354-65.
11. Movafagh A, Heidari MH, Abdoljabbari M, Mansouri N, Taghavi A, Karamatinia A, et al. Spiritual Therapy in Coping with Cancer as a Complementary Medical Preventive Practice. *J Cancer Prev* 2017. ۸۲-۸: (۲)۲۲;
12. Piderman KM, Kung S, Jenkins SM, Euerle TT, Yoder TJ, Kwete GM, et al. Respecting the spiritual

- side of advanced cancer care: a systematic review. *Curr Oncol Rep* 2015;17(2):6.
13. BAHMANI A. The effect of spiritual intelligence of managers on spiritual health and job stress of employees (Case Study: Staff of Payam-e-Noor University of Mazandaran Province). *Islamic Studies in Health* 2018; 2(3): 59-66.
  14. Aslani F, Zamanian A, Bahmani A. Effect of spiritual health on the reduction of Covid-19-induced stress in cemetery staff with the mediating role of workplace spirituality. *Religion and Health* 2022;9(2):50-8.
  15. Hosseini Poor Abardeh FS, Niknam M. The Relationship Between Spiritual Health With Existential Anxiety and Morbid Anxiety in Female Patients With Breast Cancer. *J Arak Univ Med Sci* 2021;24(3):360-71.
  16. Babamohamadi H, Ahmadpanah MS, Ghorbani R. Attitudes Toward Spirituality and Spiritual Care among Iranian Nurses and Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *Journal of religion and health* 2018;57(4):1304-14.
  17. Piderman KM, Johnson ME, Frost MH, Atherton PJ, Satele DV, Clark MM, et al. Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. *Psychooncology* 2014;;23(2):216-21.
  18. Mokhtaryan T, Yazdanpanahi Z, Akbarzadeh M, Amooee S, Zare N. The impact of Islamic religious education on anxiety level in primipara mothers. *J Family Med Prim Care* 2016;5(2):331.
  19. Biranvand M, Mosavi S. The Relationship between Spiritual health and anxiety in nursing students. *Iran J Nurs Res* 2021;11(2):25-35.
  20. Shabaniyan G, Rafieian M, Shabaniyan S, homaie S, Shabaniyan M. Compare herbal remedy Valerian with diazepam in reducing anxiety before surgery: a randomized, double-blind clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2016;5(1):58-66.
  21. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy.* 1982;1(1):224-37.
  22. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh (Health Monitor)* 2006;5(4):295-303.
  23. Spielberger CD. Manual for the state-trait anxiety inventory STAI (form Y)("self-evaluation questionnaire"). 1983. Back to cited text. 1873; (24)..
  24. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. The state-trait anxiety inventory (test manual). Palo Alto, CA, Consulting Psychologists. 1970;22.
  25. Taqavi M, Najafi M, Kianersi F, Aqayan S. Comparing of Alexithymia, Defensive Styles and State-Trait Anxiety among Patients with Generalized Anxiety Disorder Major Depression Disorder and Normal Individuals. *Journal of clinical psychology* 2013;5(2):67-76.
  26. Safavi M, Marofi S. The correlation between attachment styles and anxiety - state. *Medical Science Journal of Islamic Azad University* 2012;22(4):307-12.
  27. Behdani F, Sargolzaee M, qorbani E. Study of the relationship between lifestyle and depression and anxiety in Sabzevar students. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2000;7(2):27-37.
  28. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer* 2006;14(4):379.
  29. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002;43(3):213-20.
  30. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complement Ther Clin Pract* 2008;14(2):90-7.
  31. Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, Yamashita TE, Hutt E, Gottlieb SH, et al. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: a



- comparison of heart failure and advanced cancer patients. *J Gen Intern Med* 2009;24(5):592-8.
32. mousavi SV, Khalegh khah A, Abbasian S, Zebardast A. Comparison of Spiritual Health, Life Expectancy and Death Anxiety in Two Groups of Patients with Curable Cancer and Non-cancer Patients: Evidence of Gender Differences. *Journal Of Health And Hygiene* 2019;10(3):346-58.
33. Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hosp J* 1989;5(3-4):105-16.
34. Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. 2004;19(1).
35. Martensson G, Carlsson M, Lampic C. Do nurses and cancer patients agree on cancer patients' coping resources, emotional distress and quality of life? *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008;17(4):350-60.
36. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79(3):258-64.
37. Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med* 2006;29(1):29-36.
38. McMahon RL. The impact of spirituality, social support, and defensive/adaptive coping on death anxiety at end of life. *The Catholic University of America*; 2004.
39. Otoom S, Al-Jishi A, Montgomery A, Ghwanmeh M, Atoum A. Death anxiety in patients with epilepsy. *Seizure* 2007;16(2):142-6.
40. Anvar M, Javadpour A, Zadeh SM. Assessing death anxiety and its correlates among severe medically ill in-patients. *Shiraz E Med J* 2012;13(3):122-7.
41. Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nurs* 1999;22(2):134-40.
42. Habibi A, T SM. Spiritual Well-being in Cancer Patients under Chemotherapy. *JHC* 2011;13(3):16-20.
43. Oh PJ, Kim SH. The effects of spiritual interventions in patients with cancer: a meta-analysis. *Oncol Nurs Forum* 2014;41(5):E290-301.
44. Vazifeh Doust M, Hojjati H, Farhangi H. Effect of Spiritual Care Based on Ghalbe Salim on Anxiety in Adolescent with Cancer. *J Relig Health* 2020;59(6):2857-65.
45. Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 2005;116(3):311-21.
46. Cheraghi M, Molavi H. The relationship between different dimensions of religiosity and general health in students of Isfahan University. *Journal of Educational and Psychological Research of Isfahan University* 2007;2(2):1-22.
47. Ebrahimi H, Ashrafi Z, Eslampanah G, Noruzpur F. Relationship between spiritual well-being and quality of life in hemodialysis patients. *J Nurs Midwifery Sci* 2014;1(3):41-8.

## INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN MENTAL HEALTH AND ANXIETY BEFORE AND AFTER SURGERY IN PATIENTS UNDERGOING GENERAL SURGERY REFERRED TO NAMAZI HOSPITAL IN SHIRAZ IN 2019

Jamshid Eslami<sup>1</sup>, Aysan Darvishi<sup>2</sup>, Abed Ebrahimi<sup>3</sup>, Marziyeh Akbarzadeh<sup>4\*</sup>

Received: 27 June, 2020; Accepted: 08 July, 2022

### Abstract

**Background & Aims:** Anxiety before surgery is common and it is caused by a variety of reasons. Spirituality is one of the variables that is known to be a factor in anxiety and depression. The aim of this study was to investigate the relationship between mental health and anxiety before and after surgery in patients undergoing general surgery.

**Materials & Methods:** This research was a descriptive-analytical study conducted in 2019. The research population was patients who were candidates for general surgery who accidentally entered the study with a sample size of 90 people. Data collection tools included a demographic and spiritual health information questionnaire from Poltzin and Ellison and a Spielberger state-anxiety questionnaire. Variance analysis was used to analyze quantitative variables and chi-square analysis was used to analyze qualitative variables. The significance level was considered to be less than or equal to 0.05.

**Results:** The mean pre-operative anxiety score ( $42.3 \pm 11.8$ ) was different from the mean postoperative anxiety score ( $35.7 \pm 11.1$ ) and was statistically significant ( $p < 0.05$ ). A statistically significant difference ( $p < 0.05$ ) existed between the pre-operative anxiety trait ( $42.3 \pm 12.1$ ) and postoperative anxiety trait ( $37.1 \pm 10.1$ ). The mean score of anxiety (trait and state) before surgery varied at different levels of mental health ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** This study found a significant statistical relationship between people's mental health and their level of anxiety before surgery. Therefore, the implementation of spiritual-oriented care programs can be a good way to reduce patients' anxiety before and after surgery.

**Keywords:** Spirituality, Anxiety, Surgery

**Address:** Maternal–fetal medicine research center, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of medical sciences, shiraz, Iran

**Tel:** +98711-6474250

**E-mail:** akbarzadm@sums.ac.ir

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Community Based Psychiatric Care Research Center, Department of Anesthesia, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>2</sup> Department of Operating Room, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

<sup>3</sup> Instructor of Operating Room, Department of Operating Room, School of Allied Medical Sciences, Bushehr University of Medical Sciences

<sup>4</sup> Maternal –fetal medicine research center, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of medical sciences. Shiraz, Iran (Corresponding Author)