

Effectiveness of Gender Matching of the Urological Patients with the Surgical Team: A Quasi-experimental Study

Behzad Imani¹, Shirdel Zandi^{2,*}, Maede Mohseni³, Zahra Eskandari⁴

¹ Department of Operating Room, School of Paramedicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Department of Operating Room, School of Paramedicine, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Department of Urology, School of Medicine, Urology and Nephrology Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Department of Operating Room, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* **Corresponding Author:** Shirdel Zandi, Department of Operating Room, School of Paramedicine, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: sh.zandi@umsha.ac.ir

Abstract

Received: 21.08.2022

Accepted: 25.10.2022

How to Cite this Article:

Imani B, Zandi Sh, Mohseni M, Eskandari Z. Effectiveness of Gender Matching of the Urological Patients with the Surgical Team: A Quasi-experimental Study. *J Res Urol*. 2021; 5(2): 1-7. DOI: 10.32592/jru.5.2.1

Background and Objective: Urological surgery could be an unpleasant experience for patients due to the need for exposure of the patient's genital area. The present study aimed to determine the effect of gender matching of urological patients and the surgery team on anxiety, shame, and vital signs.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted in Shahid Beheshti Hospital, Hamadan, Iran, in 2021. A total of 160 patients were selected via convenience sampling and randomly divided into control and intervention groups (n=80 in each group). The patients in the control group were admitted to the operating room as usual, but the gender of the surgical team was matched with the patients of the intervention group. The data were collected using the Vital Signs Flow Sheet, Spielberger's State Anxiety Inventory, and Cook's Internalized Shame Scale and finally analyzed in SPSS software (version 16).

Results: Based on the findings of this study, the two groups were homogeneous in terms of demographic and clinical characteristics ($P>0.05$). At the beginning of the study, there was no significant difference between the two groups in terms of variables of vital signs, anxiety, and internalized shame ($P>0.05$). After admission to the operating room, the rate of vital signs, except for temperature, was significantly lower in the intervention group than in the control group ($P<0.05$). Moreover, the level of anxiety and shame of the intervention group was significantly lower than the control group ($P<0.05$).

Conclusion: If gender of patients is matched with the surgical team, the patients will feel less ashamed and anxious, and the level of vital signs will be closer to normal.

Keywords: Anxiety, Gender matching, Shame, Urology, Vital signs

بررسی اثربخشی همسان سازی جنسیت بیماران کاندید جراحی اورولوژی و تیم جراحی بر اضطراب، شرمساری و علائم حیاتی بیماران: یک مطالعه نیمه تجربی

بهزاد ایمنی^۱، شیردل زندی^{۲*}، مائده محسنی^۳، زهرا اسکندری^۴

^۱ گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ گروه اورولوژی، مرکز تحقیقات اورولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ کارشناس اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: شیردل زندی، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: sh.zandi@umsha.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: جراحی های اورولوژیک به دلیل نیاز به در معرض دید بودن ناحیه تناسلی بیمار، ممکن است برای بیماران تجربه ناخوشایندی باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر همسان سازی جنسیت بیماران اورولوژیک و تیم جراحی بر اضطراب، شرمساری و علائم حیاتی انجام شده است.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۰۴

مواد و روش ها: این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۴۰۰ در بیمارستان شهید بهشتی همدان انجام شد. ۱۶۰ بیمار با نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۸۰ نفری کنترل و مداخله تقسیم شدند. بیماران گروه کنترل طبق روال عادی در اتاق عمل پذیرش شدند. در گروه مداخله، همسان سازی جنسیت بیمار با تیم جراحی انجام شد. داده های مدنظر با استفاده چک لیست ثبت علائم حیاتی، مقیاس اضطراب موقعیتی اشیلیبرگر و مقیاس شرم درونی شده کوک اندازه گیری شد و در نهایت با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و در سطح ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

یافته ها: دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی و بالینی همگن بودند ($p > 0.05$). دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر متغیرهای علائم حیاتی، اضطراب و شرم درونی تفاوت معناداری نداشتند ($p > 0.05$). بعد از پذیرش در اتاق عمل و ایجاد همسان سازی به طور معناداری میزان علائم حیاتی به غیر از درجه حرارت در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کمتر بود ($p < 0.05$). همچنین در این گروه میزان اضطراب و شرم به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: در صورت تطبیق جنسیت بیماران با تیم جراحی، بیمار شرم و اضطراب کمتری را تجربه می کند و سطح علائم حیاتی به حد طبیعی نزدیک می شود.

کلیدواژه ها: اضطراب، اورولوژی، شرم، علائم حیاتی، همسان سازی جنسیت

مقدمه

فرهنگ منطقه ای، وضعیت تأهل و تجربه قبلی جراحی اورولوژیک ارتباط دارد که در این میان بیماران وضعیت مذهبی را مهم ترین عامل در نظر گرفته اند [۵]. به طور ویژه در جامعه مسلمانان، این مسائل اهمیت و شدت بیشتری دارد و چنانچه به ارزش ها و باورهای این بیماران توجهی نشود، ممکن است جراحی اورولوژیک با تجربه ضربه روانی شدید به بیمار برابر باشد [۱۴]. بر همین اساس، نیاز بیماران این است که مراقبتی دریافت کنند که تا حد امکان با باورهای مذهبی ایشان مطابق باشد. همچنین به عنوان بخش مهمی از اخلاق پزشکی، مراقبت های درمانی نباید با ارزش های شخصی بیماران متناقض باشد [۱۵]. متأسفانه این جامعه تا به حال از ثمره توجه مطالعات میدانی محروم مانده اند که استراتژی های حمایت کننده و حافظ ارزش های شخصی بیماران ارائه می دهند. بر همین اساس، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر همسان سازی جنسیت بیماران

محیط اتاق عمل یک محیط پرتنش برای بیماران است، به طوری که بیماران در این محیط فشارهای روان شناختی وسیعی را تجربه می کنند [۱، ۲]؛ بخصوص جراحی های اورولوژیک به دلیل ماهیت آن که به اکسپوز ناحیه ژنیتال بیمار برای تیم جراحی نیاز است، ممکن است برای بیمار تجربه ناخوشایندی باشد و بیمار در دوره جراحی فشارهای روان شناختی مخربی را تجربه کند [۳، ۴]. مطالعات مختلف نشان داده اند این بیماران شرم و خجالت را تجربه خواهند کرد [۵، ۶] که ممکن است اختلالات روانی مختلفی را در بیماران تقویت کند و برای بیمار تهدید بالقوه ای باشد [۷-۹]. به دلیل همین مسائل و حساسیت ها بیشتر بیماران ترجیح می دهند اورولوژیست هم جنس آن ها را مداوا کند [۱۰-۱۲، ۶].

Hadar Amir و همکاران (۲۰۱۸) نشان داده اند حساسیت بیمار اورولوژیک به طور معناداری با چهار عامل وضعیت مذهبی،

اورولوژیک و تیم جراحی بر اضطراب، شرمساری و علائم حیاتی و در جمعیت مسلمان انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت نیمه تجربی آینده‌نگر انجام شد. این مطالعه در سال ۱۴۰۰ در بیمارستان شهید بهشتی همدان انجام شد. نمونه‌های مطالعه با نمونه‌گیری در دسترس و از میان بیمارانی انتخاب شدند که برای انجام جراحی‌های اورولوژیک نیاز بود ناحیه ژنیتال بیمار در معرض دید قرار گیرد (TURT، PCNL، TUL، Stenting، Urethroscopy، Cystoscopy). بیماران به صورت تصادفی به دو گروه کنترل (۸۰ نفر) و مداخله (۸۰ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱- هوشیار بودن کامل بیمار، ۲- توانایی برقراری ارتباط مؤثر با پژوهشگر، ۳- نداشتن بیماری‌های روان‌شناختی، ۴- تمایل به همکاری با پژوهشگر، ۵- مصرف نکردن داروهای آرام‌بخش و ضدافسردگی بود. بیمارانی که قبل از جراحی به دریافت داروی سداتیو نیاز داشتند یا سابقه جراحی اورولوژیک داشتند، از مطالعه خارج شدند.

در این مطالعه چون هدف بررسی تأثیر همسان‌سازی جنسیت بود و جنسیت به‌عنوان متغیر مستقل اصلی تأثیرگذار در نظر گرفته شد، نسبت زن و مرد در هر گروه ۱:۱ و به میزان برابر در نظر گرفته شد. در گروه کنترل هیچ اقدامی مبنی بر همسان‌سازی جنسیت بیمار و تیم جراحی انجام نشد. در واقع، در گروه کنترل همه بیماران طبق معمول در اتاق عمل پذیرش می‌شدند و توسط تیمی تحت جراحی قرار می‌گرفتند که اعضای آن طبق روال عادی و توسط سرپرست اتاق عمل و بدون در نظر گرفتن بحث جنسیت انتخاب می‌شد. اما در گروه کنترل توجه به ایجاد همسانی جنسیت بیمار و تیم جراحی متمرکز شد؛ بدین صورت که با هماهنگی با مسئول اتاق عمل، بیماران زن توسط تیمی جراحی می‌شدند که تمامی اعضای تیم زن بودند و برعکس، بیماران مرد نیز توسط تیمی جراحی می‌شدند که تمامی اعضای آن مرد بودند.

اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، محل سکونت) و بالینی (سابقه جراحی قبلی و نوع جراحی) تعیین و ثبت شد. علائم حیاتی بیماران شامل تنفس بر حسب تعداد در دقیقه، ضربان قلب بر حسب تعداد در دقیقه، درجه حرارت بدن بر حسب درجه سانتی‌گراد و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بر اساس میلی‌متر جیوه اندازه‌گیری شد. برای ثبت علائم حیاتی بیماران از برگه‌های استاندارد ثبت علائم حیاتی بیماران استفاده شد که به‌طور معمول در بخش استفاده می‌شود. برای اندازه‌گیری میزان اضطراب بیماران از پرسش‌نامه اضطراب اسپیلبرگر (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory: STAI) استفاده شد. STAI دو بخش برای اندازه‌گیری اضطراب حالت و صفت دارد که هر بخش شامل ۲۰ گویه با مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای است. در این مطالعه از قسمت اضطراب حالت استفاده شد که اضطراب فرد را در زمان پاسخگویی با گزینه‌های «خیلی کم، کم، زیاد و خیلی

زیاد» اندازه‌گیری می‌کند. در این پرسش‌نامه کمترین نمره ۲۰ و بیشترین نمره ۸۰ است.

STAI در جامعه ایرانی روایی و پایایی جهانی دارد که روایی و پایایی آن قبلاً بررسی شده است. بر اساس گزارش مهرام، پایایی علمی با فرمول آلفای کرونباخ تأیید شد که در جامعه عادی ۰/۹۴۵۲ و در جامعه استاندارد ۰/۹۴۱۸ بود [۱۶]. در این تحقیق پایایی آن با فرمول آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمد. به‌منظور تعیین میزان احساس شرم شرکت‌کنندگان از مقیاس شرم درونی شده کوک (Cook's Internalized Shame Scale: ISS) استفاده شد. این مقیاس را تهیه کرده که شامل ۳۰ ماده است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ درجه‌ای لیکرتی است. نمره‌گذاری به صورت معوس انجام می‌شود، به‌طوری‌که نمره‌های بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره کمتر بیانگر اعتماد به نفس زیاد است [۱۷]. ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس در جامعه ایران در مطالعه رجیب و همکاران (۲۰۱۲) و فتح‌الله‌زاده و همکاران (۲۰۱۷) به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۱ بیان شده است [۱۹، ۱۸]. در این پژوهش نیز میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۷۹ محاسبه شد.

در این مطالعه چون مداخله اصلی همسان‌سازی جنسیت بوده است، به‌منظور کنترل اثر مخدوش‌کنندگی تفاوت جنسیت فرد مسئول گردآوری داده‌ها با بیمار، داده‌های مربوط به بیماران زن توسط محقق خانم و داده‌های مربوط به بیماران مرد توسط محقق مرد گردآوری شد. در ابتدای مطالعه محقق به بیماران مراجعه کرد و بعد از شرح هدف انجام مطالعه به بیماران، با کسب رضایت آگاهانه بیمار وارد مطالعه می‌شد. در اولین مراجعه به بیمار با استفاده از پرسش‌نامه مشخصات شرکت‌کننده، مشخصات جمعیت‌شناختی و اطلاعات بالینی بیماران ثبت شد و به‌عنوان پیش‌آزمون میزان علائم حیاتی بیماران ثبت و میزان اضطراب و شرم بیمار اندازه‌گیری شد. سپس به‌عنوان پس‌آزمون، بعد از پذیرش بیمار در اتاق عمل و قرار گرفتن در جمع تیم جراحی و قبل از دریافت هرگونه داروی بیهوشی یا بی‌حسی، یک بار دیگر علائم حیاتی بیمار ثبت و میزان اضطراب و شرم اندازه‌گیری شد. برای جواب‌دهی به سؤالات و آزمون فرضیه‌های پژوهش، اطلاعات گردآوری شده در دو سطح توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (آزمون خی دو، تی مستقل و تی زوجی) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۶۰ بیمار کاندید جراحی اورولوژی در دو گروه کنترل (n=۸۰) و مداخله (n=۸۰) بررسی شدند. مشخصات مشارکت‌کنندگان در دو گروه مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. دو گروه مورد مطالعه از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل،

همچنین نشان داده شد بعد از مداخله میزان تنفس، ضربان قلب، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بوده است ($p < 0.05$)، اما میزان درجه حرارت دو گروه تفاوت معناداری نداشته است ($p = 0.067$). نتایج آزمون تی زوجی نشان داد در گروه مداخله میزان متغیرهای تعداد تنفس، ضربان قلب، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بعد از مداخله کاهش معناداری نسبت به قبل از مداخله داشته است ($p < 0.05$)، اما در گروه کنترل میزان این متغیرها اگرچه از نظر آماری معنادار نبوده، افزایش یافته است ($p > 0.05$). همچنین در دو گروه قبل و بعد از مداخله میزان درجه حرارت تفاوت آماری معناداری نداشته است ($p > 0.05$) (جدول ۲).

تحصیلات، محل سکونت و سابقه جراحی قبلی تفاوت آماری معناداری نداشتند و همگن بودند ($p > 0.05$). همچنین دو گروه از نظر مشخصات بالینی مورد مطالعه نیز که شامل سابقه جراحی قبلی و نوع جراحی اورولوژیک حاضر بود، تفاوت معناداری نداشتند ($p > 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۲ به بررسی میزان تنفس، ضربان قلب، درجه حرارت، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک دو گروه مطالعه و مقایسه درون گروهی و بین گروهی این متغیرها قبل از مداخله (پیش آزمون) و بعد از مداخله (پس آزمون) پرداخته است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد قبل از مداخله متغیرهای تعداد تنفس، ضربان قلب، درجه حرارت، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در دو گروه تفاوت معناداری نداشته است ($p > 0.05$).

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی و بالینی دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	کنترل (تعداد: ۸۰ نفر)	مداخله (تعداد: ۸۰ نفر)	p
سن (میانگین ± انحراف معیار)	۴۷/۱۶ ± ۶۲/۹۱	۵۰/۱۸ ± ۲۲/۰۴	۰/۳۴۹
جنسیت			
مرد	۴۰ (۵۰)	۴۰ (۵۰)	۱
زن	۴۰ (۵۰)	۴۰ (۵۰)	
وضعیت تأهل			
مجرد	۲۸ (۳۵)	۲۱ (۲۴/۲۵)	۰/۲۳۰
متأهل	۵۲ (۶۵)	۵۹ (۷۳/۷۵)	
وضعیت شغلی			
بیکار	۳۴ (۴۲/۵۰)	۴۶ (۵۷/۵۰)	۰/۱۶۵
شغل آزاد	۳۲ (۴۰)	۲۴ (۳۰)	
کارمند	۱۴ (۱۷/۵۰)	۱۰ (۱۲/۵۰)	
تحصیلات			
بی سواد	۲۲ (۲۷/۵۰)	۳۰ (۳۷/۵۰)	۰/۳۵۳
تحصیلات ابتدایی	۳۲ (۴۰)	۲۲ (۲۷/۵۰)	
دیپلم	۱۶ (۲۰)	۱۶ (۲۰)	
دانشگاهی	۱۰ (۱۲/۵۰)	۱۲ (۱۵)	
محل سکونت			
روستا	۳۰ (۳۷/۵۰)	۲۶ (۳۲/۵۰)	۰/۵۰۷
شهر	۵۰ (۶۲/۵۰)	۵۴ (۶۷/۵۰)	
سابقه جراحی			
بله	۱۴ (۱۷/۵۰)	۲۲ (۲۷/۵۰)	۰/۱۳۰
خیر	۶۶ (۸۲/۵۰)	۵۸ (۷۲/۵۰)	
نوع جراحی			
TUL	۱۴ (۱۷/۵۰)	۱۶ (۲۰)	۰/۸۸۶
PCNL	۱۳ (۱۶/۲۵)	۱۱ (۱۳/۷۵)	
TURT	۹ (۱۱/۲۵)	۷ (۸/۷۵)	
Cystoscopy	۱۸ (۲۲/۵۰)	۱۴ (۱۷/۵۰)	
Urethroscopy	۱۳ (۱۶/۲۵)	۱۵ (۱۸/۷۵)	
Stenting	۱۳ (۱۶/۲۵)	۱۷ (۲۱/۲۵)	

جدول ۲: مقایسه بین گروهی و درون گروهی علائم حیاتی دو گروه مطالعه قبل و بعد از مداخله

متغیر	کنترل (تعداد: ۸۰ نفر)	مداخله (تعداد: ۸۰ نفر)	p
پیش آزمون	۱۸/۱ ± ۷۶/۷۳	۱۸/۳۰ ± ۱/۹۳	۰/۱۱۴
پس آزمون	۱۹/۲۸ ± ۲/۱۲	۱۶/۷۵ ± ۲/۲۵	
(میانگین ± انحراف معیار)	۰/۰۵۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۸۸/۵۳ ± ۸/۲۷	۸۷/۲۷ ± ۸/۱۲	۰/۳۳۲
پس آزمون	۹۰/۵۳ ± ۱۱/۴۰	۸۴/۴۸ ± ۸/۲۹	
(میانگین ± انحراف معیار)	۰/۲۱۰	۰/۰۳۴	۰/۰۰۱

ادامه جدول ۲

۰/۷۱۱	۳۶/۸۸ ± ۰/۴۳	۳۶/۹۰ ± ۰/۳۷	پیش‌آزمون	درجه حرارت (میانگین ± انحراف معیار)
۰/۰۶۷	۳۶/۹۵ ± ۰/۳۳	۳۶/۸۴ ± ۰/۴۳	پس‌آزمون	
	۰/۲۵۵	۰/۲۲۲	p	
۰/۱۹۰	۱۲۴/۰۰ ± ۱۰/۲۴	۱۲۶/۲۵ ± ۱۱/۳۲	پیش‌آزمون	فشار خون سیستولیک (میانگین ± انحراف معیار)
۰/۰۰۱	۱۱۹/۴۵ ± ۱۱/۵۱	۱۲۸/۴۲ ± ۱۳/۷۴	پس‌آزمون	
۰/۲۹۹	۰/۰۰۳	۰/۱۴۱	p	
۰/۰۰۱	۸۳/۵۸ ± ۸/۳۰	۸۴/۸۲ ± ۶/۶۴	پیش‌آزمون	فشار خون دیاستولیک (میانگین ± انحراف معیار)
	۷۸/۳۰ ± ۱۰/۱۹	۸۶/۹۰ ± ۱۱/۲۷	پس‌آزمون	
	۰/۰۰۱	۰/۲۰۶	p	

جدول ۴ به بررسی سطح شرم دو گروه مورد مطالعه و نیز مقایسه بین‌گروهی و درون‌گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون این متغیر پرداخته است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد دو گروه قبل از مداخله از نظر سطح شرم تفاوت معناداری نداشته‌اند ($p > 0.05$). اما بعد از مداخله این میزان به‌طور معناداری در گروه مداخله کمتر بوده است ($p < 0.05$). نتایج آزمون تی زوجی نشان داد بعد از مداخله میزان شرم گروه مداخله به‌طور معناداری کاهش یافته است ($p < 0.05$), اما این میزان در گروه کنترل اگرچه از نظر آماری معنادار نبوده، ولی افزایش یافته است ($p > 0.05$) (جدول ۴).

جدول ۳ به بررسی سطح اضطراب دو گروه مطالعه و نیز مقایسه بین‌گروهی و درون‌گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون این متغیر پرداخته است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد دو گروه قبل از مداخله از نظر سطح اضطراب تفاوت معناداری نداشته‌اند ($p > 0.05$). اما بعد از مداخله این میزان به‌طور معناداری در گروه مداخله کمتر بوده است ($p < 0.05$). نتایج آزمون تی زوجی نشان داد بعد از مداخله میزان اضطراب گروه مداخله به‌طور معناداری کاهش یافته است ($p < 0.05$), اما این میزان در گروه کنترل اگرچه از نظر آماری معنادار نبوده، ولی افزایش یافته است ($p > 0.05$) (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه بین‌گروهی و درون‌گروهی اضطراب دو گروه مطالعه قبل و بعد از مداخله

متغیر	کنترل (تعداد: ۸۰ نفر)	مداخله (تعداد: ۸۰ نفر)	پ
اضطراب (میانگین ± انحراف معیار)	۴۹/۸۲ ± ۱۱/۷۹	۴۴/۵۵ ± ۹/۵۲	۰/۰۰۲
p	۰/۱۴۰	۰/۰۰۱	

جدول ۴: مقایسه بین‌گروهی و درون‌گروهی علائم حیاتی دو گروه مطالعه قبل و بعد از مداخله

متغیر	کنترل (تعداد: ۸۰ نفر)	مداخله (تعداد: ۸۰ نفر)	پ
شرم (میانگین ± انحراف معیار)	۷۹/۰۱ ± ۱۴/۱۳	۷۱/۷۷ ± ۱۰/۷۹	۰/۰۰۱
p	۰/۰۱۶	۰/۰۳۲	

مطالعات نشان داده‌اند جنسیت یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در انتخاب درمان و پزشک توسط بیماران است [۲۲-۲۰]. این مطالعه به‌عنوان اولین مطالعه مداخله‌ای در جمعیت بیماران مسلمان کاندید جراحی اورولوژیک به‌روشنی اثبات کرد که به‌عنوان یک عامل بسیار مهم، چنانچه این بیماران تطبیق جنسیتی با تیم جراحی داشته باشند، با کاهش احساس ناخوشایند شرم و اضطراب و همچنین نرمال ساختن سطح علائم حیاتی، تجربه بهتری از جراحی اورولوژیک خواهند داشت. چندین مطالعه قبلی نشان داده‌اند در مواردی که زن‌ها به جراحی‌های زنان و زایمان (obstetrical/gynecological) نیاز

بحث

این مطالعه به‌عنوان یک اقدام مداخله‌ای در یک جامعه مسلمان، سعی در اثبات اهمیت توجه به ارزش‌ها و باورهای جمعیتی از این افراد داشت که به انجام جراحی اورولوژیک نیاز دارند. بدین منظور و با این فرض که چنانچه این بیماران اقدامات مراقبتی و درمانی را در اتاق عمل‌های اورولوژی توسط افراد هم‌جنس خود دریافت کنند، فشارهای روان‌شناختی کمتری تجربه خواهند کرد و متقابلاً شاخص‌های فیزیولوژیک به سطح نرمال نزدیک‌تر خواهند شد؛ با طراحی این مطالعه نیمه‌تجربی به بررسی تأثیر همسان‌سازی جنسیت بیمار با تیم جراحی پرداخته شد.

اورولوژیک داشته باشند. این نتایج نشان می‌دهد بسیار مهم است که سازمان‌های بهداشتی درمانی توجه خود را به ارزش‌های اجتماعی و باورهای فرهنگی بیماران معطوف سازند. این سازمان‌ها باید با مهیا ساختن زیرساخت‌های لازم، سعی کنند بیماران اورولوژیک با تیم جراحی همسانی جنسیتی داشته باشند تا بیماران جراحی اورولوژیک را با سطح کمتری از شرم و اضطراب تجربه کنند.

تشکر و قدردانی

تیم تحقیق از افرادی که برای شرکت در این مطالعه وقت گذاشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند. همچنین از جراحان، مسئولان و کارکنان اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی همدان که در موفقیت این مطالعه همیاری داشتند، تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی را اعلام نکردند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.UMSHA.REC. 1398.956 در معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی همدان ثبت شد. در ابتدای مطالعه، هدف انجام مطالعه به همه بیماران توضیح داده شد و بیماران با امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه وارد مطالعه شدند. به همه بیماران اطمینان داده شد در هر مرحله‌ای از مطالعه می‌توانند با خواست خود از مطالعه خارج شوند. در این مطالعه تیم تحقیق دخالتی در این موضوع که هر بیمار توسط چه فردی جراحی شود، نداشتند و نمونه‌گیری بر اساس لیست از قبل تعیین شده هر جراح انجام شد.

سهم نویسندگان

دکتر بهزاد ایمنی: طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل داده، تهیه نسخه خطی، ریوایز نسخه خطی.
آقای شیردل زندی: طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل داده، تهیه نسخه خطی، ریوایز نسخه خطی.
خانم دکتر مائده محسنی: نمونه‌گیری، تهیه نسخه خطی
خانم زهرا اسکندری: طراحی مطالعه، نمونه‌گیری.

حمایت مالی

این مطالعه تحت حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان انجام گرفته است

دارند، ترجیح می‌دهند تحت نظر پزشک هم‌جنس خود باشند؛ زیرا این‌گونه احساس آسایش بیشتری خواهند داشت [۲۳-۲۵].
Hadar Amir و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود به بررسی ترجیح جنسیتی بیماران اورولوژیک پرداختند و نشان دادند بیشتر بیماران ترجیح می‌دهند توسط اورولوژیست هم‌جنس تحت مداوا شوند؛ زیرا با این شرایط احساس خجالت کمتری را تجربه خواهند کرد [۵].

Janssen و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند بیماران در انتخاب gynecologists-obstetricians خود ترجیح جنسیتی دارند و ترجیح می‌دهند توسط پزشک زن تحت درمان قرار بگیرند. همچنین نشان داده شد چنانچه به این ترجیح بیماران توجه شود، بیماران رضایت‌مندی بیشتری از درمان خود خواهند داشت [۲۴]. Rizk و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مطالعه خود نشان دادند بیشتر زنان به دلیل خجالت، عقاید مذهبی و ارزش‌های اجتماعی ترجیح می‌دهند برای انجام معاینه لگنی به متخصص زن مراجعه کنند؛ زیرا با این کار احساس آرامش بیشتری خواهند داشت [۲۶].

اگرچه مطالعه به‌خوبی تأثیر مثبت همسان‌سازی جنسیت بیمار با تیم جراحی را بر اضطراب، شرمساری و علائم حیاتی بیماران اثبات کرده، با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده است. از آن جمله می‌توان به وجود فقط یک اورولوژیست زن در مرکز نمونه‌گیری اشاره کرد. چون بیماران فقط یک گزینه برای انتخاب اورولوژیست زن داشتند، این محدودیت ممکن است اثر مخدوش‌کننده داشته باشد. همچنین در این مطالعه اثرات همسان‌سازی جنسیت فقط در دوره قبل از جراحی بررسی شده است، در حالی که این روش ممکن است بیمار را بعد از جراحی نیز تحت تأثیر قرار دهد که در این مطالعه به دلیل محدودیت زمانی بدان توجهی نشده است. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در این جامعه و در مراکز درمانی که چندین متخصص اورولوژی زن حضور دارند، مطالعاتی وسیع‌تر طراحی شود تا اثرات همسان‌سازی جنسیتی بر ابعاد مختلف و در دوره قبل و بعد از جراحی بررسی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد چنانچه در جمعیت مطالعه‌شده، جنسیت بیماران کاندید جراحی با تیم جراحی همسان‌سازی شده باشد، بیمار احساس شرم و اضطراب کمتری خواهد داشت و سطح علائم حیاتی نیز به سطح نرمال نزدیک‌تر خواهد بود. این شرایط باعث می‌شود بیماران تجربه بهتری از جراحی

REFERENCES

- Mostafayi M, Imani B, Zandi S, Jongi F. The effect of familiarization with preoperative care on anxiety and vital signs in the patient's cesarean section: A randomized controlled trial. *Eur J Midwifery*. 2021;5:21. PMID: 34222839 DOI: 10.18332/ejm/137366
- Shirdel Z, Behzad I, Manafi B, Saheb M. The interactive effect of preoperative consultation and operating room admission by a counselor on anxiety level and vital signs in patients undergoing Coronary Artery Bypass Grafting surgery. A clinical trial study. *Invest Educ Enferm*. 2020; 38(2):e7. PMID: 33047550 DOI: 10.17533/udea.iee.v38n2e07
- Miguel MR, Sagardoy LM. Effects of using an information leaflet in reducing perioperative anxiety and pain in patients

- undergoing urological surgery. *Enferm Clin.* 2014;**24**(4):233-40. PMID: 24560980 DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.11.008
4. Laufenberg-Feldmann R, Kappis B, Schuster M, Ferner M. Relevance of preoperative anxiety for postoperative outcome in urological surgery patients: A prospective observational study. *Schmerz.* 2016;**30**(2):166-73. PMID: 26242358 DOI: 10.1007/s00482-015-0023-3
 5. Amir H, Beri A, Yechiely R, Amir Levy Y, Shimonov M, Grouz A. Do urology male patients prefer same-gender urologist? *Am J Mens Health.* 2018;**12**(5):1379-83. PMID: 27222116 DOI: 10.1177/1557988316650886
 6. Tempest H, Vowler S, Simpson A. Patients' preference for gender of urologist. *Int J Clin Pract.* 2005;**59**(5):526-8. PMID: 15857347 DOI: 10.1111/j.1368-5031.2005.00465.x
 7. Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Jencius S. Shame and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *J Anxiety Disord.* 2010;**24**(8): 811-5. PMID: 20591613 DOI: 10.1016/j.janxdis.2010.06.002
 8. Swan S, Andrews B. The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *Br J Clin Psychol.* 2003;**42**(4):367-78. PMID: 14633413 DOI: 10.1348/014466503322528919
 9. Andrews B, Qian M, Valentine JD. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *Br J Clin Psychol.* 2002;**41**(1):29-42. PMID: 11931676 DOI: 10.1348/014466502163778
 10. Tabatabai S, Simforoosh N. Preference for Patient-Urologist Gender Similarity and Its Implications for Urology Departments: Systematic Narrative Review and Thematic Analysis. *Urol J.* 2020;**17**(6):568-77. PMID: 33432565 DOI: 10.22037/uj.v0i0.5779
 11. Sun-Ouck K, Kang TW, Kwon D. Gender preferences for urologists: women prefer female urologists. *Urol J.* 2017; **14**(2):3018-22. PMID: 28299765
 12. Oberlin DT, Vo AX, Bachrach L, Flury SC. The gender divide: the impact of surgeon gender on surgical practice patterns in urology. *J Urol.* 2016;**196**(5):1522-6. PMID: 27177426 DOI: 10.1016/j.juro.2016.05.030
 13. Attum B, Waheed A, Shamoon Z. Cultural competence in the care of Muslim patients and their families. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022
 14. Rassool GH. Cultural competence in nursing Muslim patients. *Nursing Times.* 2015;**111**(14):12-5. PMID: 26182584
 15. Boyd K. Medical ethics: principles, persons, and perspectives: from controversy to conversation. *J Med Ethics.* 2005;**31**(8):481-6. PMID: 16076975 DOI: 10.1136/jme.2003.005710
 16. Mahram B. The guideline for state and trait spielberger anxiety inventory and the instruction for its explanation based on normality test research in Mashhad. Mashhad: Ferdowsi University Mashhad, Faculty of Psychology and Humanity Sciences; 1993.
 17. Cook D. The internalized shame scale manual. Menomonie, WI: Channel Press; 1993.
 18. Rajabi G, Abasi G. An investigation of relationship between self-criticism, social interaction anxiety, and fear of failure with internalized shame in students. *JSEP.* 2012;**1**(2):171-82.
 19. Fatolahzadeh N, Majlesi Z, Mazaheri Z, Rostami M, Navabinejad S. The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. *J Psychol Stud.* 2017;**13**(2):151-68. DOI: 10.22051/PSY.2017.12381.1274
 20. Lahat A, Assouline-Dayana Y, Katz LH, Fidler HH. The preference for an endoscopist specific sex: a link between ethnic origin, religious belief, socioeconomic status, and procedure type. *Patient Prefer Adherence.* 2013;**7**:897-903. PMID: 24043933 DOI: 10.2147/PPA.S48468
 21. Braverman PK. Adolescent girls' and boys' preferences for provider gender and confidentiality in their health care. *Clin Pediatr.* 2000;**39**(6):375-6. PMID: 10879942 DOI: 10.1177/000992280003900610
 22. McLean M, Al Yahyaei F, Al Mansoori M, Al Ameri M, Al Ahabbi S, Bernsen R. Muslim women's physician preference: beyond obstetrics and gynecology. *Health Care Women Int.* 2012;**33**(9):849-76. PMID: 22891743 DOI: 10.1080/07399332.2011.645963
 23. Amer-Alshiek J, Alshiek T, Levy YA, Azem F, Amit A, Amir H. Israeli Druze women's sex preferences when choosing obstetricians and gynecologists. *Isr J Health Policy Res.* 2015;**4**(1):13. PMID: 26034576 DOI: 10.1186/s13584-015-0013-z
 24. Janssen SM, Lagro-Janssen AL. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2012;**89**(2):221-6. PMID: 22819711 DOI: 10.1016/j.pec.2012.06.034
 25. Cil TD, Easson AM. The role of gender in patient preference for breast surgical care—a comment on equality. *Isr J Health Policy Res.* 2018;**7**(1):37. PMID: 29983118 DOI: 10.1186/s13584-018-0231-2
 26. Rizk DE, El-Zubeir MA, Al-Dhaheri AM, Al-Mansouri FR, Al-Jenaibi HS. Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;**84**(1):48-53. PMID: 15603567 DOI: 10.1111/j.0001-6349.2005.00705.x