

تأثیر اجرای نظریه ارتباطات بین فردی پیلاژ بر استرس بیماران تحت همودیالیز

بابک علیشاهی^۱، معصومه همتی مسلک پاک^{۲*}، سیامک شیخی^۳، یاسر مرادی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۹/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۱۱/۱۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماران تحت همودیالیز با عوامل استرس‌زای زیادی از جمله مشکلات مربوط به درمان، درد، احساس عدم کفایت و ناآرامی، محدودیت تغذیه، خستگی و ضعف مواجه می‌باشند. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر کاربرد نظریه ارتباطات بین فردی پیلاژ بر استرس بیماران تحت همودیالیز انجام گردید. **مواد و روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۶۶ بیمار همودیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی و درمانی طالقانی ارومیه انجام شد. نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان لیست بیماران همودیالیزی انجام و پیش‌آزمونی از آن‌ها به عمل آمد و سپس نمونه‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تخصیص داده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه (DASS-21) بود. در مرحله مداخله، نظریه ارتباط درمانی پیلاژ بر روی بیماران گروه آزمون و به‌صورت فردی اجرا و دو هفته پس از اتمام مداخله، آزمون مجدد به عمل آمد. داده‌ها از طریق نسخه ۲۰ نرم‌افزار S و آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل و زوجی تحلیل گردید.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها تفاوت آماری معنی‌داری را در میانگین نمره استرس بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از اجرای نظریه ارتباطات بین فردی پیلاژ نشان نداد ($p=0/217$). اما پس از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمره استرس بین دو گروه وجود داشت ($p<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: استفاده صحیح از نظریه پرستاری ارتباطات بین فردی پیلاژ می‌تواند منجر به کاهش استرس بیماران تحت همودیالیز گردد. لذا پیشنهاد می‌گردد با استفاده از این نظریه کم‌هزینه بتوان استرس بیماران را کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: نظریه ارتباطات بین فردی پیلاژ، استرس، همودیالیز

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره اول، پی‌درپی ۹۰، فروردین ۱۳۹۶، ص ۹-۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: hemmatma@yahoo.com

مقدمه

بروز ESRD در ایران به ترتیب ۳۵۷ و ۵۷ مورد در هر یک‌میلیون

نفر از جمعیت در یک سال گزارش شده است (۳).

علاوه بر آمار بالا و رشد سریع و روزافزون بیماری‌های مزمن و

ناتوان‌کننده، این بیماری‌ها پیامدهای روان‌شناختی متعددی دارند.

دیالیز فرآیندی طولانی و استرس‌زا است و مشکلات روان‌شناختی و

اجتماعی متعددی در پی دارد که می‌تواند زمینه بروز اختلالات

روانی بیماران باشد (۴). حفظ حیات این بیماران وابسته به دستگاه

بیماری مراحل انتهایی کلیه در سراسر دنیا یکی از مسائل عمده

سلامت عمومی می‌باشد (۱) و یک بیماری تهدیدکننده حیات است

(۲). تعداد مبتلایان به ESRD^۵ در کل جهان تا پایان سال ۲۰۱۱

برابر با ۲/۷۸۶/۰۰۰ نفر می‌باشد که سالانه ۶ الی ۷ درصد به تعداد

آنان افزوده شده است از این تعداد ۲/۱۶۴/۰۰۰ تحت درمان با دیالیز

بودند که ۱/۹۲۹/۰۰۰ آن‌ها همودیالیز^۶ می‌شوند (۲). شیوع و میزان

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه

^۲ دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه

^۴ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ایران

^۵ End Stage Renal Disease (ESRD)

^۶ Hemodialysis (HD)

و مرحله اختتام^۷ را پیشنهاد کرد. مرحله کار در واقع شامل همان مراحل شناسایی و استخراج در تقسیم‌بندی اصلی است که به‌عنوان زیر مرحله^۸ در مفهوم ارتباط پرستار - بیمار مطرح می‌شوند. مرحله آشنایی از زمانی که بیمار برای نخستین بار با پرستار مواجه می‌شود، آغاز می‌گردد، در این مرحله پرستار هویت خود را با ارائه نام، وضعیت حرفه‌ای و بیان هدف، ماهیت و زمان در دسترس برای بیمار، بیان می‌کند. در این مرحله، مشکل و زمینه‌های مشترک ارتباط میان پرستار و بیمار به ترتیب تعریف و شناسایی شده و در حقیقت اعتماد بیمار به پرستار آغاز می‌شود (۱۱).

در مرحله شناسایی، متناسب‌ترین مراقبت‌های حرفه‌ای با توجه به نیازهای بیمار مشخص شده و بیمار، تعلق و همچنین احساس توانایی برخورد با مشکل را آغاز می‌کند. در زیر مرحله بهره‌برداری از کمک‌ها و مداخلات حرفه‌ای بر اساس نیازها و منافع بیمار برای حل مشکلات وی استفاده شده و پرستار به بیمار برای رفتن به سوی استقلال کمک می‌کند. در مرحله پایانی که اختتام فرآیند ارتباط پرستار با بیمار است، ارزشیابی رسیدن به اهداف، مؤثر بودن مداخلات، خلاصه کردن و مروری بر فرآیند ارتباط، مشاهده تغییرات رفتاری و احساسی مددجو و در نهایت سودمندی فرآیند ارتباط بیمار و پرستار مشخص می‌شود (۱۲، ۱۳).

با عنایت به مطالب مذکور در رابطه با تأثیرات استرس بر زندگی بیماران همودیالیزی که در صورت برطرف نشدن گریبان گیر این بیماران خواهد بود و با توجه به این‌که تاکنون مطالعه‌ای در رابطه با بررسی تأثیر اجرای نظریه ارتباطات بین فردی پیلاو در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام نگرفته بود لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر اجرای الگوی ارتباطات بین فردی پیلاو بر استرس بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی آیت‌الله طالقانی شهر ارومیه انجام گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به‌صورت کارآزمایی بالینی در مرکز آموزشی و درمانی طالقانی ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام شد. تعداد ۶۶ بیمار از طریق نمونه‌گیری اعداد تصادفی ساده از میان لیست بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به این مرکز انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه اطلاعات موجود در مطالعه زارع و همکاران (۱۰) با در نظر

همودیالیزی می‌باشد و بنابراین تعدادی از مکانیسم‌های استرس و سازگاری به علت این دستگاه در بیماران ظهور می‌کند که شامل اختلالات فیزیولوژیکی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، زناشویی، فعالیت فیزیکی محدود وابسته به بیماری و مشکل مربوط به زمان وابسته به دستگاه می‌باشد (۵). این بیماران علاوه بر ابتلا به بیماری مزمن با عوامل استرس‌زای زیادی از جمله مشکلات مربوط به درمان، درد، احساس ناآرامی، محدودیت غذا و مایعات، خستگی، ضعف، استرس، اضطراب، افسردگی و احساس عدم‌کفایت مواجه می‌باشند (۶).

به‌منظور مقابله با اختلالات روان‌شناختی فوق، بیمارانی که همودیالیزی می‌شوند روش‌های مختلفی را برای سازگار شدن با بیماری و فرآیند درمان استفاده می‌کنند (۵). مکانیسم سازگاری این بیماران متفاوت می‌باشد و می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ، عقاید شخصی، مذهب و حمایت اجتماعی و اقتصادی باشد. مشخص کردن عوامل استرس‌زا و مکانیسم سازگاری که توسط بیماران استفاده می‌شود، می‌تواند به پرستاران در روشن شدن وضعیت بیماران کمک کرده و بنابراین یک برنامه مراقبتی مؤثر طراحی کنند (۹).

با توجه به شرایط نامطلوب جسمی، روانی و اجتماعی بیماران همودیالیزی و بروز عوارض متعدد در آنان برقراری ارتباط مناسب با این بیماران یک اصل اساسی به هنگام ارائه مراقبت‌های پرستاری حرفه‌ای بشمار می‌رود. از آنجایی که پرستاری یک دیسپلین عملی مبتنی بر دانش حرفه‌ای است؛ ضروری است که از دانش حرفه‌ای خود جهت توسعه و بهبود مهارت‌های خود در ارائه مراقبت‌های بالینی استفاده نمایند. در این راستا نظریه‌های ارائه‌شده توسط دانشمندان پرستاری، می‌تواند مؤثر واقع شود (۱۰). نظریه هیلگارد پیلاو^۱ در ارتباط درمانی نظریه‌ای ارزشمند محسوب می‌شود. پیلاو، پرستاری را به‌عنوان یک فرایند درمانی با اهمیت درون فردی تعریف کرده و ارتباط میان پرستار و بیمار را که به رشد هر دو منجر می‌شود مهم می‌داند (۱۱).

هدف پرستاری حرفه‌ای از نظر پیلاو کمک به بیمار در آگاهی یافتن و حل مشکلاتی است که با زندگی سازنده او تداخل دارد. پیلاو ابتدا در سال ۱۹۵۲ چهار مرحله آشنایی^۲، شناسایی^۳، بهره‌برداری^۴ و انحلال^۵ را در ارتباط پرستار بیمار پیشنهاد کرد. در سال‌های بعد (۱۹۸۹) پیلاو تنها سه مرحله آشنایی، فعالیت یا کار^۶

⁵ Resolution

⁶ Working Phase

⁷ Termination

⁸ Subphase

¹ Heligard Peplau

² Orientation

³ Identification

⁴ Exploitation

گرفتن سطح خطای ۱ درصد (α)، توان ۹۵ درصد ($1-\beta$) و آزمون یک دامنه (مؤثر بودن مداخله) حداقل ۲۶ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ریزش ۲۵ درصد (احتمال مرگ، پیوند کلیه و غیره) ۳۳ نفر در هر گروه لحاظ گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۳۰-۶۰ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن به صورت توأم و همچنین اختلالات شناختی با استناد به پرونده، شنوایی و بینایی بر اساس پرونده بیمار، مسلط بودن به زبان ترکی یا فارسی، عضو تیم درمان نبودن بود. همچنین معیارهای خروج شامل: فوت، پیوند کلیه، ابتلا به سایر بیماری‌ها و خارج شدن از برنامه همودیالیز در طول مطالعه و عدم رضایت به ادامه همکاری در مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو بخش بود: بخش اول در مورد مشخصات جمعیت شناختی بود که مواردی از قبیل جنس، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، مدت‌زمان درمان با همودیالیز را شامل می‌شد و بخش دوم نیز پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی ۲۱ سؤالی (DASS-21) بود. این پرسشنامه توسط لویباند^۱ در سال ۱۹۹۵ طراحی شده و شامل ۲۱ سؤال با یک طیف چهارقسمتی است که گزینه‌های آن از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات ۱-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸ مربوط به خرده مقیاس استرس است که در این خرده مقیاس کم‌ترین نمره صفر و بالاترین نمره ۲۱ می‌باشد. نمرات ۷-۱۰ نشانگر شدت استرس عادی، ۹-۸ شدت استرس خفیف، ۱۲-۱۷ شدت استرس متوسط، ۱۶-۱۳ شدت استرس شدید و بیشتر از ۱۷ نشان‌دهنده شدت استرس بسیار شدید بود (۵). روایی و پایایی پرسشنامه DASS-21 توسط هنری و کرافورد^۲ (۲۰۰۵) مورد بررسی واقع شده است که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش گردیده است (۱۴). همچنین در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس استرس ۰/۹۷ به دست آمد (۱۵). در ایران نیز مطالعه صاحبی در سال ۱۳۸۴، پایایی این مقیاس از طریق همسانی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ، برای مقیاس استرس ۰/۷۹ حاصل شد و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای هم‌زمان آزمون افسردگی بک^۳، اضطراب زونگ^۴ و استرس ادراک شده^۵، تأیید گردید (۱۶). پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت محترم پژوهشی و

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و هماهنگی با بیمارستان طالقانی ارومیه جهت حضور در بخش، در مرحله اول پرسشنامه توسط همه نمونه‌های انتخاب شده تکمیل شد. پس‌از آن اسامی هریک از ۶۶ نمونه انتخاب شده در روی کاغذهای کوچکی نوشته شده و درون کیسه مشکی و غیرقابل رؤیت انداخته و به‌طور شانس‌ی تعداد ۳۳ نفر از درون کیسه انتخاب و به‌عنوان گروه مداخله در نظر گرفته شد. مابقی اسامی باقی‌مانده درون کیسه شانس که تعداد ۳۳ عدد بود به‌عنوان گروه کنترل لحاظ شد. در مرحله بعد نظریه ارتباط درمانی پیلاو بر روی بیماران گروه آزمون و به‌صورت فردی اجرا شد. در اولین مرحله اجرای ارتباط درمانی (آشنایی) پژوهشگر در اولین جلسه پس از معرفی خود به بیماران، انتظارات بیماران از تیم مراقبتی را مشخص کرد. این مرحله شامل یک جلسه ۳۰-۲۰ دقیقه‌ای بود. در مرحله دوم (شناسایی) جمع‌آوری اطلاعات جسمی و روانی (با حضور و نظارت روانشناس) هریک از بیماران با تشویق آنان به بیان احساسات و ابهامات و پرسش‌های خود انجام شد و نیز به سؤالات پاسخ داده شد. این مرحله ۲-۳ جلسه ۴۰-۳۰ دقیقه‌ای بود. در مرحله سوم (بهره‌برداری) برنامه‌ریزی مراقبتی (در صورت نیاز با حضور روانشناس) با توجه به مشکلات هر بیمار و با توجه به حضور یکی از اعضای خانواده انجام و اجرا گردید و شامل ۲ یا ۳ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای با توجه به نیازهای خاص هر بیمار بود. در مرحله پایانی (ارزشیابی و اختتام) که از چندین جلسه قبل درباره این مرحله به بیماران اطلاع داده شده بود، با توجه به این‌که بیماران از ارتباط درمانی بهره لازم را برده بودند. این مرحله طی یک جلسه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه‌ای اجرا شد. تمامی جلسات با هماهنگی قبلی و با توجه به برنامه همودیالیز هر یک از بیماران و در طی همودیالیز انجام می‌شد. در ضمن از بروشورها و پمفلت‌های مرتبط و با توجه به نیاز متفاوت هر یک از بیماران استفاده گردید. دو هفته پس از اتمام مداخله پرسشنامه مجدد توسط بیماران هر دو گروه تکمیل گردید. پژوهشگر جهت در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی از واحدهای مورد پژوهش. اخذ کرده و به آن‌ها اطمینان داد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Spss نسخه ۲۰ استفاده شد. مشخصات جمعیت شناختی بیماران با استفاده از جداول و نمودارهای فراوانی ارائه گردید. از آمار توصیفی برای بررسی خصوصیات جامعه‌ی مورد مطالعه و از آمار استنباطی

⁴ Zung Self-Rating Anxiety Scale

⁵ Perceived Stress Scale

¹ Lovibond

² Henri & Crawford

³ Beck Depression Inventory

مجذور کای و تی مستقل و زوجی استفاده شد. p-value کم تر از نتایج آزمون‌های آماری کای دو، کای دو روند و تی مستقل نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای جمعیت ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. شناختی اختلاف معنی داری وجود نداشت (جدول ۱).

یافته‌ها

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی بین دو گروه کنترل و آزمون

| آزمون آماری کای دو | آزمون | | متغیر |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|---|
| | تعداد (درصد) | کنترل تعداد (درصد) | |
| $\chi^2=0.248$ df=1 P=0.618 | ۱۵ (۴۵/۵) | ۱۳ (۳۹/۴) | زن |
| | ۱۸ (۵۴/۵) | ۲۰ (۶۰/۶) | جنسیت مرد |
| $\chi^2=0.601$ df=1 P=0.438 | ۲۳ (۶۹/۷) | ۲۰ (۶۰/۶) | شهر |
| | ۱۰ (۳۰/۳) | ۱۳ (۳۹/۴) | محل زندگی روستا |
| $\chi^2=0.330$ df=1 P=0.566 | ۷ (۲۱/۲) | ۹ (۲۷/۳) | شاغل |
| | ۲۶ (۷۸/۸) | ۲۴ (۷۲/۷) | وضعیت اشتغال بیکار |
| $\chi^2=3.855$ df=2 P=0.145 | ۶ (۱۸/۲) | ۱۳ (۳۹/۴) | بی سواد |
| | ۲۳ (۶۹/۷) | ۱۸ (۵۴/۵) | میزان تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم مدرک دانشگاهی |
| $\chi^2=0.407$ df=1 P=0.523 | ۲۸ (۸۴/۸) | ۲۶ (۷۸/۸) | دارد |
| | ۵ (۱۵/۲) | ۷ (۲۱/۲) | افراد حمایت کننده ندارد |
| $\chi^2=3.717$ df=3 P=0.294 | ۱۲ (۳۶/۴) | ۶ (۱۸/۲) | قلبی |
| | ۶ (۱۸/۲) | ۷ (۲۱/۲) | دیابت |
| | ۱۲ (۳۶/۴) | ۱۳ (۳۹/۴) | ندارد |
| | ۳ (۹/۱) | ۷ (۲۱/۲) | بیماری زمینهای هر دو |
| آزمون کای دو روند | آزمون | | متغیر |
| | تعداد (درصد) | کنترل تعداد (درصد) | |
| $\chi^2=1.448$ df=1 P=0.229 | ۲ (۶/۱) | ۱ (۳/۰) | مجرد |
| | ۲۹ (۸۷/۹) | ۲۶ (۷۸/۸) | متأهل |
| | ۰ (۰/۰) | ۳ (۹/۱) | وضعیت تأهل مطلقه بیوه |
| $\chi^2=1.140$ df=1 P=0.286 | ۵ (۱۵/۲) | ۰ (۰/۰) | خوب |
| | ۱۸ (۵۴/۵) | ۲۳ (۶۹/۷) | وضعیت اقتصادی متوسط |
| | ۱۰ (۳۰/۳) | ۱۰ (۳۰/۳) | بد |
| $\chi^2=0.114$ df=1 P=0.735 | ۲ (۶/۱) | ۵ (۱۵/۲) | ۲ بار |
| | ۳۱ (۹۳/۹) | ۲۶ (۷۸/۸) | تعداد دیالیز در هفته ۳ بار |
| | ۰ (۰/۰) | ۲ (۶/۱) | ۴ بار |
| | | | |
| آزمون تی مستقل | میانگین و انحراف معیار | | متغیر |
| | آزمون | کنترل | |
| $t=-1.028$ df=64 P=0.308 | ۴۷/۶۳ ± ۷/۹۹ | ۴۹/۲۷ ± ۸/۵۳ | سن (سال) |
| $t=-0.13$ df=64 P=0.889 | ۷۲/۸۴ ± ۵۸/۰۱ | ۷۳/۰۶ ± ۷۱/۱۴ | مدت ابتلا (ماه) |

میانگین نمره استرس در گروه کنترل $4/0.8 \pm 8/60$ و در گروه آزمون $3/0.3 \pm 4/48$ بود که از نظر آماری این اختلاف معنی دار بود ($p=0/0001$) و استرس در گروه آزمون کاهش یافته بود (جدول ۲).

میانگین نمره استرس قبل از اجرای نظریه پیلاو در گروه کنترل $3/68 \pm 10/96$ و در گروه آزمون $4/38 \pm 9/72$ بود که از نظر آماری این اختلاف معنی دار نبود ($p=0/217$). بعد از اجرای نظریه پیلاو

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره استرس قبل و بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل

| آزمون آماری تی مستقل | گروه مداخله | | گروه کنترل | | استرس |
|---------------------------------|------------------------|--|------------------------|--|---------------|
| | میانگین و انحراف معیار | | میانگین و انحراف معیار | | |
| $t=-1/246$ $df=64$ $P=0/217$ | $9/72 \pm 4/38$ | | $10/96 \pm 3/68$ | | قبل از مداخله |
| $t=-4/654$ $df=64$ $P>0/001$ | $4/48 \pm 3/03$ | | $8/60 \pm 4/08$ | | بعد از مداخله |

جدول شماره (۳) سطوح استرس را در دو گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از اجرای نظریه پرستاری پیلاو نشان می‌دهد. بعد از اجرای نظریه پیلاو از کل افراد شرکت‌کننده در گروه آزمون $84/4$ درصد از افراد دارای استرس عادی، $9/1$ دارای استرس خفیف و تنها 6 درصد دارای سطح استرس متوسط تا شدید بودند. همچنین بعد از مداخله در هیچ یک از افراد شرکت‌کننده در گروه آزمون استرس بسیار شدید مشاهده نشد.

جدول (۳): سطوح امتیازات استرس در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

| گروه کنترل | | گروه مداخله | | گروه کنترل | | گروه مداخله | | سطوح استرس |
|------------|--------|-------------|--------|------------|--------|-------------|------|------------------|
| قبل | بعد | قبل | بعد | قبل | بعد | قبل | بعد | |
| تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | عادی (۰-۷) |
| ۱۴ | $18/2$ | ۶ | $84/4$ | ۲۸ | $36/4$ | ۱۲ | 12 | |
| ۵ | $18/2$ | ۶ | $9/1$ | ۳ | $12/1$ | ۴ | 4 | خفیف (۸-۹) |
| ۷ | $27/3$ | ۹ | 3 | ۱ | $27/3$ | ۹ | 9 | متوسط (۱۰-۱۲) |
| ۶ | $30/3$ | ۱۰ | 3 | ۱ | $15/2$ | ۵ | 5 | شدید (۱۳-۱۶) |
| ۱ | $6/1$ | ۲ | 0 | ۰ | $9/1$ | ۳ | 3 | بسیار شدید (۱۷+) |

میانگین نمره استرس گروه کنترل در ابتدای مطالعه برابر $10/96 \pm 3/68$ بود که در انتهای مطالعه به $8/60 \pm 4/08$ کاهش یافت، این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/012$). میانگین نمره استرس در گروه آزمون قبل از مداخله برابر $9/72 \pm 4/38$ بود که بعد از مداخله به $4/48 \pm 3/03$ کاهش یافت که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P>0/001$). کاهش نمره استرس در گروه کنترل برابر $5/12 \pm 5/36$ بود ولی در گروه آزمون برابر $4/63 \pm 5/24$ بود که بیشتر از گروه کنترل بود (جدول ۴).

جدول (۴): مقایسه میانگین نمره استرس قبل و بعد از مداخله درون دو گروه مداخله و کنترل

| آزمون آماری تی زوج | تفاضل نمرات | | بعد از مداخله | | قبل از مداخله | | استرس |
|--------------------------------|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|-------|
| | میانگین و انحراف معیار | | میانگین و انحراف معیار | | میانگین و انحراف معیار | | |
| $t=2/648$ $df=32$ $P=0/012$ | $2/36 \pm 5/12$ | | $8/60 \pm 4/08$ | | $10/96 \pm 3/68$ | | کنترل |
| $t=6/495$ $df=32$ $P>0/001$ | $5/24 \pm 4/63$ | | $4/48 \pm 3/03$ | | $9/72 \pm 4/38$ | | آزمون |

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت شناختی که می‌توانستند بر نتایج مطالعه تأثیر داشته باشند، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشته و به عبارتی دو گروه در رابطه با این متغیرها همگن بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین نمره استرس قبل از اجرای نظریه پرستاری پیلاو در گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشته و دو گروه از نظر میانگین نمره شدت استرس در محدوده یکسانی قرار داشتند. پس از اجرای نظریه پرستاری پیلاو، بین میانگین نمرات استرس دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده گردید طوری که میانگین نمرات استرس گروه مداخله به‌طور چشمگیری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه رستمی و همکاران (۱۳۹۰) هم‌خوانی دارد (۱۷). در مطالعه آنان نیز که الگوی خود مراقبتی اورم برای کاهش استرس بیماران تحت همودالیز اجرا شده بود، بین میانگین نمرات دو گروه آزمون و کنترل قبل از اجرای مداخله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد، اما پس از اجرای مداخله بین دو گروه از نظر میزان استرس تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده گردید. البته لازم به ذکر می‌باشد که تفاوت موجود در مطالعه حاضر و مطالعه رستمی در نوع مداخله بود که در مطالعه حاضر نظریه پرستاری پیلاو اما در مطالعه رستمی و همکاران الگوی پرستاری اورم به کار گرفته شده بود. مطالعه دیگری نیز در خصوص تأثیر مدل مراقبت‌های پیگیر بر میزان استرس بیماران همودالیزی نشان داد میزان استرس در گروه آزمون پس از اجرای الگوی مراقبت‌های پی‌گیر نسبت به گروه کنترل به‌طور چشمگیری کاهش یافته بود و این کاهش از نظر آماری معنی‌دار بود (۱). زارع و همکاران (۱۳۸۹) نیز در یک مطالعه باهدف "تعیین تأثیر اجرای ارتباط درمانی بر اساس نظریه پیلاو بر اضطراب و افسردگی بیماران کاندید به ای‌پس عروق کرونر" به این نتیجه رسیدند که میانگین نمرات اضطراب و در گروه آزمون پس از انجام ارتباط درمانی کاهش یافته و تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه آزمون و کنترل از لحاظ میانگین میزان اضطراب مشاهده گردید که نتایج حاصله با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۱۰). در مطالعه دیگری که توسط منظری و همکاران (۱۳۹۱) بر روی اضطراب و درد بیماران سوختگی قبل و بعد از اجرای نظریه پرستاری پیلاو انجام شده بود تفاوت آماری معنی‌داری در گروه آزمون، قبل و بعد از اجرای برنامه ارتباط درمانی وجود داشت که موجب کاهش اضطراب و درد بیماران شده بود که با این مطالعه هم‌خوانی دارد (۱۲).

در مطالعه حاضر آزمون آماری تی زوجی تفاوت آماری معنی‌داری را در آنالیز درون‌گروهی هر دو گروه نشان داد. شدت معنی‌داری و کاهش میانگین نمره استرس در گروه آزمون بسیار بارزتر از گروه کنترل بود. در رابطه با علت معنی‌داری و کاهش میزان استرس گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و معنی‌داری آماری آن می‌توان چنین بیان کرد که برخی از متغیرهای غیرقابل کنترل از قبیل تجربیات قبلی، خصوصیات عاطفی، روانی و ریشه‌های فرهنگی بیماران و خانواده آن‌ها و همچنین تغییرات خلقی در نتیجه تغییرات فصلی (۵، ۱۸، ۱۹) ممکن است در کاهش میزان استرس گروه کنترل مؤثر باشد.

ارتباط خوب با بیماران تأثیر مهمی بر رضایت این بیماران از کل مراقبت‌های پرستاری و نیز ارائه صحیح و اصولی مراقبت‌های پرستاری دارد. استفاده از مهارت‌های ارتباطی مؤثر یک بخش اساسی و جدایی‌ناپذیر از حرفه پرستاری بوده و یکی از ابزارهای مهم پرستاران برای حمایت از بیماران و اعضای خانواده آن‌ها می‌باشد. مهارت‌های ارتباطی به‌عنوان یک عنصر مهم در مراقبت‌های پرستاری و آموزش پرستاری مطرح می‌باشد و در این بین ارتباط اثربخش مهم‌ترین عامل در حفظ مراقبت‌های پرستاری با کیفیت است. در واقع، ضعف در ارتباط با بیماران می‌تواند مشکلاتی از قبیل عدم دستیابی به اطلاعات مهم بیماران، عدم شناسایی و تشخیص صحیح مشکلات بیماران، تفسیر غلط اطلاعات بیماران و ایجاد فضای عدم اعتماد بین بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی و به دنبال آن استرس در بیماران را ایجاد نماید. با توجه نتایج مطالعه حاضر می‌توان چنین دریافت که با اجرای نظریه پرستاری پیلاو، کاهش معنی‌داری در میزان استرس بیماران همودالیزی ایجاد شده است. لذا می‌توان پیشنهاد نمود به‌کارگیری این الگو در سایر بیماران مزمن نیز می‌تواند نتایج مثبتی بر میزان استرس و در نتیجه بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی آنان داشته باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود از این الگو توسط پرستاران جهت کاهش استرس بیماران همودالیزی و سایر بیماران مزمن و همچنین به‌عنوان چارچوبی در برقراری ارتباط با بیماران در بخش‌های مختلف بیمارستان در شناسایی و حل مشکلات آنان استفاده شود.

شرایط روان‌شناختی بیماران در هنگام تکمیل پرسش‌نامه ممکن بود در نوع پاسخ‌دهی مؤثر واقع شده و پاسخ‌ها را تحت تأثیر قرار دهد که با در نظر گرفتن این شرایط و تکمیل پرسشنامه در زمان دیگری که این شرایط حاکم نبود و بیماران در شرایط روان‌شناختی عادی بودند این مشکل رفع شد.

تشکر و قدردانی

از همکاری معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تمام بیمارانی که علی‌رغم مشکلات موجود و ناتوانی‌های خاص این بیماری، صادقانه همکاری لازم را در طول این پژوهش داشتند و کارکنان محترم بخش همودیالیز تشکر و سپاس‌گزاری می‌نمایند.

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره مجوز ir.umsu.rec.1394.340 از کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کد کارآزمایی بالینی IRCT2016051217059N8 از مرکز بین‌المللی ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران می‌باشد. به این وسیله نویسندگان مقاله

References:

1. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. The effects of Continuous Care Model on depression, anxiety, and stress in patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2007;35(1):39-43. (persian)
2. Afazel MR, Aghajani M, Morassaie F. The effects of spiritual counseling on the hope in hemodialysis patients: A clinical trial study. *Journal of Evidence-Based Care* 2013;3(9):19-28. (persian)
3. GmbH FMCD. ESRD Patients in 2011 A Global Perspective. Available at: www.fmc-ag.com.
4. Afkand S, Nouruzi TK, Falahi KM, Reza SP. The effect of multi-dimensional model of psychiatric rehabilitation care on hemodialysis patient anxious. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2013;21(1):28-35. (persian)
5. Molahadi M, Tayebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2010;2(4):153-4. (persian)
6. Shinde M, Mane SP. Stressors and the Coping Strategies among Patients Undergoing Hemodialysis. *Int J Sci Res* 2014;3(2):266-76.
7. Nasiri M, Kheirkhah F, Rahimiyan B, Ahmazadeh B, Hasannejad H, Mohamad Jahfari R. Stressful factors, coping mechanisms and quality of life in hemodialysis patients. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2013;6(2):119-26. (persian)
8. Ibrahim N, Chiew-Thong NK, Desa A, Razali R. Depression and coping in adults undergoing dialysis for end-stage renal disease. *Asia-Pacific Psychiatry* 2013;5(S1):35-40.
9. Ahmad MM, Al Nazly EK. Hemodialysis: Stressors and coping strategies. *Psychol Health Med* 2015;20(4):477-87.
10. Zarea K, Maghsoudi S, Dashtbozorgi B, Hghighizadeh MH, Javadi M. The Impact of Peplau's Therapeutic Communication Model on Anxiety and Depression in Patients Candidate for Coronary Artery Bypass. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2014;10:159.
11. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2nd ed. 2006. p. 529 - 48 chap:15.
12. Manzari Z, Meamarian R, Vanaki Z. Effectiveness of Therapeutic Communication program based on Hilgard Peplau theory on Burned Patient's participation in caring and curing plans. *J Nurs Midwifery Ethics Culture Shahed Univ* 2013;1(1):35-46. (persian)
13. Reed PG. The force of nursing theory-guided practice. *Nurs Sci Q* 2006;19(3):225.
14. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005;44(2):227-39.
15. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess* 1998;10(2):176.
16. Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for

- an Iranian population. Iran Psychol 2005;4(1):299-313. (persian)
17. Rostami F, Ramezani Badr F, Amini K, Pezeshki A. Effect of a Self-Care Educational Program Based on Orem's Model on Stress in Patients Undergoing Hemodialysis. Preventive Care Nurs Midwifery J 2015;5(1):13-22. (persian)
18. Kaviani H, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Mood swings in different weathers and during seasonal changes in normal population. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2005;11(2):194-203. (persian)
19. De Sousa A. Psychiatric issues in renal failure and dialysis. Indian J Nephrol 2008;18(2):47.

EFFECTS OF PEPLAU'S THEORY OF INTERPERSONAL RELATIONS ON STRESS OF HEMODIALYSIS PATIENTS'

Babak Alishahi¹, Masumeh Hemmati Maslakpak^{2}, Siamak Sheikh³, Yaser Moradi⁴*

Received: 25 Nov, 2016; Accepted: 24 Feb, 2017

Abstract

Background and Aims: Hemodialysis patients are facing a lot of stressors such as problems related to the treatment, pain, feeling of inadequacy and unrest, dietary limitation, fatigue and weakness. This study aimed to determine the effect of Peplau's theory of interpersonal relations on stress of hemodialysis patients'.

Materials and Methods: The clinical trial study was conducted on 66 patients with hemodialysis were referred to the Urmia Taleghani University Hospital. The pre-test was taken, then the samples were randomly assigned to intervention and control groups. Data collection instrument consists of two parts demographic characteristics and "21 questioned depression, anxiety and stress scale (DASS21)". Peplau's nursing theory applied individually to the intervention group members. Then two weeks after intervention, post-test was performed. Data was analyzed using Chi square test, independent t-test and paired t-test statistics by SPSS statistical software, version 20.

Results: Results showed that the difference in overall mean stress scores between experimental and control groups, before implementing the Peplau's theory of interpersonal relationship was not significant ($p=0.217$). But a significant difference was shown in mean scores of stress between two groups after intervention ($P>0.001$).

Conclusion: Based on the results from this study, it can be concluded that correct use of Peplau's theory of interpersonal relations can lead to reducing hemodialysis patients' stress. Therefore, it is suggested, patients' stress can be reduce with use of this low-cost model.

Keywords: Peplau's theory of interpersonal relations, stress, hemodialysis

Address: Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlou Campus, 11 km Seru Road, Urmia

Tel: (+98) 4432754962

Email: hemmatma@yahoo.com

¹ Master Student in Nursing, Urmia University of Medical Sciences and Health Services

² Associate Professor of Nursing, Maternal and Child Obesity Research Center, Urmia University of Medical Sciences and Health Services (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Psychology, Urmia University of Medical Sciences and Health Services

⁴ PhD student of Nursing, School of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences. Iran