

بررسی تأثیر اجرای برنامه ارتباط درمانی طراحی شده بر اساس نظریه هیلگارد پیلاو بر مشارکت بیماران سوختگی در برنامه‌های درمانی و مراقبتی

زهرا سادات منظری^۱، ربابه معماریان^{۲*}، زهره ونکی^۳

۱. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳. دانشیار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: memari_r@modares.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۲/۰۳/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: صدمه سوختگی بر جنبه‌های جسمانی و عاطفی بیمار بسیار اثرمی‌گذارد که به حداقل رسیدن مشارکت بیمار در فرایندهای مراقبتی را در پی دارد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه ارتباط درمانی بر مشارکت بیماران سوختگی در برنامه‌های مراقبتی و درمانی صورت گرفته است.

روش: این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی است که در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انجام شد. تعداد ۶۰ بیمار بستری در بخش سوختگی زنان، انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. روی ۳۰ نفر از بیماران گروه مداخله، برنامه ارتباط درمانی طراحی شده اجرا شد. ابزار بررسی وضعیت همکاری بیمار در «فیزیوتراپی» و در «تعویض پانسمان‌ها» بود. مشاهده‌ای پژوهشگر ساخته برای بررسی وضعیت همکاری بیمار در «فیزیوتراپی» و در تعویض پانسمان‌ها در هر دو گروه در سه مرحله پیشین (هفته اول)، حین (طی سه هفته) و بعد از مداخله (هفته چهارم) سنجیده و مقایسه شد.

یافته‌ها: آزمون آماری من ویتنی یو میان دو گروه در وضعیت همکاری برای تعویض پانسمان‌ها، پیش ($P=0/001$) و بعد از مداخله ($P=0/001$)، همچنین در وضعیت همکاری برای فیزیوتراپی، پیش ($P=0/005$) و بعد از مداخله ($P=0/001$) اختلاف معناداری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه اهمیت ارتباط پرستار با بیمار را بر روند مشارکت بیمار در برنامه‌های مراقبتی و درمانی و در نتیجه بر سیر بالینی بیمار آشکار ساخت. پیشنهاد می‌شود از برنامه طراحی شده در این مطالعه برای مراقبت از بیماران سوختگی به کار رود.

واژگان کلیدی: ارتباط، مشارکت بیمار، سوختگی، نظریه پرستاری.

مقدمه

می‌شود (۱۷-۱۹). علاوه بر آن حمایت عاطفی از بیمار، درد، استرس و بروز مکانیسم‌های از عهده‌برآیی منفی مانند انکار، اندوه و اجتناب در بیمار را کاهش می‌دهد، سازگاری وی را تقویت کرده و به همکاری هرچه بیشتر در فرایند درمان، مراقبت، بهبودی و در نهایت ترخیص سریع‌تر و کاهش بروز عوارض مزمن منجر می‌شود (۲۰). حمایت عاطفی از بیماران سوختگی را می‌توان به شیوه‌های مختلف انجام داد، اما یکی از بهترین طرق حمایت عاطفی از بیمار با آسیب سوختگی این است که به بیمار و خانواده وی به‌سادگی فرصت بیان نظرات احساسات و عواطفشان داده‌شود تا با رفع این احساسات فرایند آموزش به بیمار نیز با موفقیت بیشتری انجام‌شود (۲۱). مقالات تحقیقی متعدد پیامدهای مثبت ارتباط درمانی را بر وضعیت بالینی بیماران مانند کاهش درد، بهبودی از علائم بیماری، کاهش اضطراب، بهبود شرایط فیزیولوژیکی و عملکردی و تأثیر بر فشار خون و قند خون گزارش کرده‌اند (۲۸-۲۱). در مطالعه‌ای نشان‌داده که ۴۴ درصد افراد مبتلا به سوختگی به صحبت کردن با یک فرد راجع به مشکلاتشان نیاز دارند. همه این بیماران صحبت کردن با افراد تیم مراقبتی به‌خصوص پرستاران را بسیار مؤثر و کمک‌کننده می‌دانستند (۲۹).

هر نظام یا رشته علمی، شامل مجموعه‌ای از ویژگی‌های پیکره دانش منحصر به خود می‌باشد. شکاف بین تئوری و عمل از دغدغه‌های اصلی تمام نظام‌های آکادمیک از جمله پرستاری است. نظام‌هایی موفق می‌شوند که بتوانند پارادایم‌های تئوریک خود را به نسخه‌های موفق و قابل تجویز عملی درآورند (۳۱). یکی از راهکارهای گسترش تئوری و به دنبال آن گسترش بدنه دانش هر رشته استفاده از تئوری‌ها در عمل به‌وسیله تحقیقات است. تئوری و عمل رابطه متقابلی دارند و در دیسیپلین عملی چون پرستاری تا زمانی که دانش در عمل به‌کارگرفته‌نشود آن دانش ناقص باقی‌می‌ماند و به پیشرفت رشته منجر نخواهد شد (۳۰). در واقع یکی از راهبردهای کاهش گسست میان تئوری و عمل، کاربرد تئوری‌ها در عمل و تجویزی کردن آنها از طریق تحقیقات برنامه‌ریزی‌شده و مبتنی بر تئوری‌های مرتبط با موقعیت‌های بالینی مختلف است (۳۱ و ۳۲).

نظریه هیگلارد پیلانو در ارتباط درمانی نظریه‌ای ارزشمند محسوب می‌شود. پیلانو، پرستاری را به‌عنوان یک فرایند

صرف‌نظر از عوامل فیزیولوژیکی یکی از مهم‌ترین عواملی که به‌طور مستقیم بر روند بهبود مبتلایان به سوختگی تأثیر می‌گذارد، همکاری و مشارکت فعال آنها نسبت به اقدامات درمانی و مراقبتی مانند تعویض پانسمان‌ها و فیزیوتراپی است (۱ و ۲). همکاری بیمار در صدمات سوختگی بسیار با اهمیت و تعیین‌کننده سیر بالینی بهبودی دارد (۳). از طرفی ماهیت صدمه سوختگی به‌گونه‌ای است که بر جنبه‌های جسمانی، عاطفی و روانی بیمار و خانواده وی اثراتی عمیق گذاشته و مشارکت بیمار در فرایند مراقبت از خود را به حداقل می‌رساند. مشکلات روانشناختی و عاطفی مانند ترس، اضطراب، اندوه، عصبانیت، انکار و جنون در بیشتر بیماران سوخته صرف‌نظر از محل، درصد و عمق سوختگی مشاهده می‌شود (۴ و ۵)؛ حتی بیمارانی با صدمات سوختگی ۱ درصد یا کمتر به‌صورت بالینی درجانی از مشکلات روانی بعد از سوختگی را تجربه می‌کنند (۶). یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین وظایف تیم درمانی - مراقبتی، مسئله تعویض پانسمان‌های بیمار است. انجام یک پانسمان اصولی و استاندارد بدون همکاری بیمار ممکن نیست (۷). از طرف دیگر یکی از نکات با اهمیت و اساسی در طرح مراقبتی این بیماران اجرای برنامه‌های فیزیوتراپی است که به‌منظور پیشگیری از بروز انواع اختلالات عملکردی چون اشکال در محدوده حرکات، بدشکلی‌ها و اسکارها انجام می‌شود. اما علیرغم اهمیت تأثیر انجام فیزیوتراپی و ورزش‌های کششی فعال در عملکرد فیزیکی مبتلایان به سوختگی، متأسفانه آنها نسبت به انجام این امور مهم مشارکت نکرده یا همکاری مطلوبی ندارند (۸ و ۹). مشکلات عاطفی و روانشناختی این بیماران در کاهش مشارکت آنان برای فعالیت‌های مراقبت از خود سهم بسزایی دارد و از اجرای مفید برنامه‌های مراقبتی و رسیدن به حداکثر کارایی و بهبودی جلوگیری می‌کند (۱۰-۱۳). وقایع استرس‌زا و تحلیل مقابله عاطفی در بیمار یکی از دلایل مهم عدم مشارکت وی در برنامه‌های مراقبتی و درمانی است (۱۴). بنابراین حمایت عاطفی از بیمار می‌تواند در بهبود مشکلات عاطفی و مشارکت فعال بیماران در برنامه‌های مراقبتی نقشی مهم ایفا کند (۱۶-۱۴). مطالعات نشان داده‌است که کاهش اضطراب بیمار و حمایت عاطفی و روانی از وی باعث راحتی بیمار طی فرایندهای مراقبتی و اقدامات درمانی مانند تعویض پانسمان‌ها

با توجه به اینکه این عدم همکاری مخصوص، نتیجه مسائلی مانند مشکلات عاطفی و سایکولوژیکی بیماران است (۱۳-۸). بنابراین مسائل عنوان شده انگیزه‌ای شد که پژوهشگر درصدد تدوین یک برنامه مراقبتی از بیمار مبتلا به سوختگی با در نظر گرفتن نیازهای عاطفی وی برآید و برای اجرای مؤثرتر این برنامه، «برنامه ارتباط درمانی طراحی شده طبق نظریه پیلاو» را استفاده کند، تا اینکه به بررسی تأثیر اجرای «برنامه ارتباط درمانی بر وضعیت مشارکت بیماران سوختگی در برنامه‌های درمانی - مراقبتی» بپردازد.

روش

پژوهش حاضر، یک کارآزمایی بالینی غیرتصادفی است که در سال ۱۳۸۴ در بخش سوختگی زنان بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انجام شده است. عامل مداخله آن برنامه ارتباط درمانی است و دو گروه مداخله و کنترل، همچنین پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارد. جامعه پژوهش، همه بیماران بستری مبتلا به سوختگی درجه دوم هستند. نمونه‌های پژوهش، بیماران زن مبتلا به سوختگی درجه دوم عمقی با سطح سوختگی بین ۴۵-۱۵ درصد در مرحله حاد، سن بین ۱۵ تا ۶۰ سال، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نیز توانایی تکلم و برقراری ارتباط بودند. با توجه به محدود بودن موارد در دسترس، نیز زمان پژوهش و تدریجی بودن مراجعه مبتلایان، نمونه‌ها به روش غیرتصادفی با توجه به مشخصات نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه با اعتماد ۹۵ درصد از فرمول حداقل حجم نمونه برای مقایسه نسبت‌ها در دو جامعه مستقل
$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 * [p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}{(p_1 - p_2)^2}$$
، ۶۰ نفر برآورد شد. ۳۰ بیمار در گروه کنترل و ۳۰ بیمار در گروه مداخله به‌عنوان نمونه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. در این فرمول طبق نتایج حاصل از مطالعه آرون و پاترسون (۲۰۰۱) روی ۲۷ بیمار سوختگی به‌منظور تعیین درد و اضطراب و عملکرد جسمانی و عاطفی مبتلایان $P1=0/4$ و $P2=0/05$ محاسبه شد (۳۶). ابزار مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها شامل دو چک‌لیست مشاهده‌ای تعیین میزان همکاری بیمار در فیزیوتراپی، نیز چک‌لیست تعیین میزان همکاری بیمار در تعویض پانسمان‌ها به همراه چهار گزینه مشخص‌کننده وضعیت همکاری برای هر چک‌لیست (همکاری کامل، نسبی، ضعیف و عدم همکاری بیمار) بود.

درمانی با اهمیت درون‌فردی تعریف کرده و ارتباط میان پرستار و بیمار را که به رشد هردو منجر می‌شود مهم می‌داند. فرد در تئوری پیلاو، ارگانیزم در حال توسعه‌ای است که برای کاهش اضطراب ناشی از نیازهایش تلاش می‌کند. هدف از پرستاری در تئوری پیلاو کمک به دیگران در شناسایی مشکلات احساسی آنهاست. پیلاو معتقد است پرستار بایستی ارتباط را در راستای حل مشکل بیمار برقرار سازد و آن را تا جایی ادامه دهد که بیمار دیگر مشکلی نداشته باشد. وی در ارتباط پرستار- بیمار چهار مرحله آشنایی (Orientation)، شناسایی (Identification)، بهره‌برداری (Exploitation) و انحلال (Resolution) را معرفی می‌کند (۳۴). «مرحله آشنایی»، از زمانی که بیمار برای نخستین بار با پرستار مواجه می‌شود و او را به‌عنوان یک بیگانه قلمداد می‌کند آغاز می‌شود. هدف از این مرحله، آشنایی بیمار و پرستار با یکدیگر، جلب اعتماد بیمار و اینکه درک کند پرستار برای وی، به‌عنوان یک انسان احترام قائل است و او را دوست دارد می‌باشد. در مرحله آشنایی، مشکل و زمینه‌های مشترک ارتباط میان پرستار و بیمار به ترتیب تعریف و شناسایی شده و درحقیقت اعتماد بیمار به پرستار آغاز می‌شود. در «مرحله شناسایی»، متناسب‌ترین کمک‌های حرفه‌ای به بیمار مشخص شده و بیمار، تعلق و همچنین احساس توانایی برخورد با مشکل را آغاز می‌کند که این احساس ناتوانی و ناامیدی در وی را کاهش می‌دهد. در «مرحله بهره‌برداری» از کمک‌ها و مداخلات حرفه‌ای براساس نیازها و منافع بیمار برای حل مشکلاتش استفاده شده و پرستار به بیمار برای رفتن به سوی استقلال کمک می‌کند. «مرحله انحلال» که مرحله اختتام فرایند ارتباط پرستار با بیمار است، ارزشیابی رسیدن به اهداف، مؤثر بودن مداخلات، خلاصه کردن و مروری بر فرایند ارتباط، مشاهده تغییرات رفتاری و احساسی مددجو و درنهایت سودمندی فرایند ارتباط بیمار و پرستار مشخص می‌شود (۳۵). طبق تجربیات مستقیم پژوهشگر یکی از مهم‌ترین معضلاتی که پرستاران بخش‌های سوختگی در رابطه با بیماران سوختگی دارند عدم همکاری بیماران در اقدامات درمانی و مراقبتی مهمی چون تعویض پانسمان و برنامه‌های حرکت درمانی است که در نتیجه این نبود همکاری بر سیر منفی بیماری و عوارضی مانند عفونت و ترمیم‌نشدن زخم‌ها، همچنین بروز انواع بدشکلی‌ها و اختلالات در محدوده حرکتی تأثیرگذار خواهد بود (۱، ۲، ۶)؛

سپس وضعیت همکاری بیمار در تعویض پانسمان‌ها و فیزیوتراپی پیش از انجام هرگونه مداخله‌ای در همان روز اول نمونه‌گیری سنجیده شد. پس از آن پژوهشگر به اجرای برنامه ارتباط‌درمانی با هر بیمار پرداخت. این برنامه در پژوهش حاضر براساس اصول زمینه‌ای ارتباط‌درمانی در تئوری پیلاو طراحی شد. در اولین مرحله اجرای برنامه ارتباط‌درمانی (مرحله آشنایی) پژوهشگر در جلسه اول، پس از معرفی خود به بیمار و بیان اهداف پژوهش، طبق فرم رضایت آگاهانه، موافقت هر بیمار را برای شرکت در مطالعه جلب کرد. سپس پژوهشگر به روشن‌ساختن انتظارات بیماران از تیم مراقبتی پرداخت و با این پرسش که بیمار فکرمی‌کند پزشکان، پرستاران و اعضای تیم چه کمکی می‌توانند برای وی انجام‌دهند؟ انتظارات بیمار را از تیم درمانی - مراقبتی مشخص کرد. پس از مشخص شدن انتظارات بیماران، پژوهشگر به اقداماتی که تیم مراقبتی برای بهبود بیمار انجام‌می‌دهد را به‌طور خلاصه اشاره کرده و به‌صورت ساده و مختصر درباره چگونگی سیر درمان و مراقبت از زخم سوختگی برای هر بیمار توضیحاتی ارائه کرد. در انتها خلاصه‌ای از آنچه بیان شد، مرور و زمان و مکان جلسه بعدی ملاقات با توافق بیمار تعیین شد. تعداد جلسات برای بیماران در این مرحله، به‌طور عمده یک و در بعضی موارد دو جلسه بود. مدت زمان هر جلسه ۳۵-۲۵ دقیقه و نخستین جلسه، یک ساعت بعد از تعویض پانسمان‌ها (۱۱ صبح) برگزار شد. در جلسه بعدی که شروع مرحله دوم ارتباط‌درمانی (مرحله شناسایی) بود، پژوهشگر به جمع‌آوری اطلاعات جسمی و روانی هر بیمار پرداخت. سپس با پرسیدن سؤالاتی مانند «در حال حاضر چه مسائلی بیشتر از همه باعث نگرانی و اضطراب شما شده‌است؟» و «حاضرید درباره چه مسائلی با هم صحبت کنیم؟»، احساسات یا ترس‌های بیماران را آشکار کرد. در این مرحله بیمار به صحبت کردن پیرامون مسائل و مشکلات خود تشویق شده و از وی خواسته شد، تمامی پرسش‌ها و ابهامات خود را با پژوهشگر درمیان‌بگذارد، همچنین به همه سؤالات بیماران پاسخ‌داده شد. این مرحله ۲ تا ۳ جلسه (۳۰-۴۰ دقیقه‌ای) طول کشید. در مرحله بعدی (بهره‌برداری) برنامه‌ریزی مراقبتی با توجه به مشکلات هر بیمار انجام شد و برنامه مراقبتی با توجه به حضور خانواده به مرحله اجرا درآمد؛ این مرحله برای هر بیمار به‌طور متوسط ۴-۳ جلسه زمان‌برد. مرحله پایانی برنامه ارتباط‌درمانی

موارد تعیین‌کننده هر آیتم به‌طور کامل به‌گونه‌ای شفاف و عینی با استفاده از مقالات و کتب استخراج و مشخص شده‌است. برای نمونه گزینه «همکاری کامل» در فیزیوتراپی این‌گونه تعریف می‌شود: ورزش‌های محوله را به‌صورت کامل و صحیح انجام‌می‌دهد، در طول روز بدون نیاز به تذکر و همراهی پرستار به انجام ورزش‌های محوله پرداخته و تکرار و مداومت دارد. آیتم «همکاری کامل» در امر تعویض پانسمان‌ها نیز این‌گونه تعریف شده‌است: در بازکردن پانسمان‌ها اجازه‌داده و هنگام شست و شو مقاومت نمی‌کند. به گفته‌های پرستار هنگام پانسمان توجه کرده و موارد لازم را رعایت می‌کند. در هر دو چک‌لیست، امتیازدهی میزان همکاری بیمار به‌صورت عدم همکاری (۱)، همکاری کم (۲)، همکاری نسبی (۳) و همکاری کامل (۴) انجام شد. روایی ابزارهای پژوهش از طریق روایی محتوا و پایایی آنها از طریق تست توافق مشاهده‌گران ($k=1.0$) کسب شد. فرضیه پژوهش این است که میزان مشارکت در برنامه‌های مراقبتی و درمانی در بیماران سوختگی گروه مداخله که تحت اجرای برنامه ارتباط‌درمانی قرار می‌گیرند نسبت به بیماران گروه کنترل افزایش می‌یابد. متغیرهای غیرقابل کنترل در این تحقیق ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی نمونه‌ها در پیگیری برنامه ارتباط‌درمانی بودند. با شروع پژوهش در ابتدا نمونه‌گیری گروه کنترل طبق مشخصات نمونه‌های پژوهش انجام شد. در نخستین روز انتخاب نمونه‌های گروه کنترل، ابزار خصوصیات دموگرافیک بیماران تکمیل شد. سپس از همان روز (یا به عبارتی ۲۲-۴۸ ساعت پس از شروع سوختگی) وضعیت همکاری هر بیمار در تعویض پانسمان‌ها، نیز فیزیوتراپی روزانه به مدت یک ماه (متوسط زمان بستری بیمار با سوختگی بین ۴۵-۱۵ درصد در بخش سوختگی) سنجیده شد. بدین ترتیب در طول مدت سه ماه و نیم، وضعیت همکاری بیماران در فیزیوتراپی و تعویض پانسمان‌ها در گروه کنترل مشخص شد. سنجش وضعیت همکاری بیماران در هر دو گروه به‌وسیله همکار پژوهشگر انجام شد که وی نسبت به قرارگیری بیماران در گروه کنترل یا مداخله به‌طور کامل کور و بی‌اطلاع بود. پس از اتمام نمونه‌گیری گروه کنترل، نمونه‌های گروه مداخله طبق مشخصات نمونه‌های پژوهش به‌منظور اجرای برنامه ارتباط‌درمانی انتخاب شدند. در نخستین روز انتخاب نمونه‌های گروه مداخله نیز خصوصیات دموگرافیک بیماران تکمیل و

۲۷/۹ ± ۲۱/۶۲ بود. همچنین پیرامون متغیرهای سن و سطح سوختگی نیز در هر دو گروه، آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنادار نشان نداد. در دو گروه آزمون و شاهد، از نظر فاکتورهای وضعیت سواد، وضعیت تأهل، شغل، محل سکونت، درآمد اقتصادی، عامل سوختگی، علت سوختگی، محل سوختگی و همچنین نوع سیستم حمایتی تفاوت معناداری با استفاده از آزمون کای-اسکوئر مشاهده نشد ($P < 0.05$). بیشترین دلیل سوختگی در گروه کنترل (۷۳/۳٪ و $N=22$)، نیز در گروه مداخله (۸۳/۳٪ و $N=25$) حادثه بوده و بیشترین عامل سوختگی در گروه کنترل (۳۶/۷٪ و $N=11$)، همچنین در گروه آزمون (۴۶/۷٪ و $N=14$) نفت است (جدول شماره ۱).

در مرحله پیش از مداخله در گروه کنترل، ۱۶ بیمار (۵۳/۳٪) در فیزیوتراپی، در گروه مداخله نیز ۴ بیمار (۴۳/۳٪) کم همکاری کردند. از نظر وضعیت همکاری در فیزیوتراپی در مرحله پیش از مداخله، آزمون آماری من ویتنی یو اختلاف معنادار آماری را میان دو گروه نشان نداد ($P = 0.56$). در مرحله حین مداخله در گروه کنترل، ۱۳ بیمار (۴۳/۳٪) فیزیوتراپی همکاری کم و در گروه مداخله ۱۴ بیمار (۴۶/۷٪) همکاری نسبی داشتند. از نظر وضعیت همکاری در فیزیوتراپی در مرحله پیش از مداخله، آزمون آماری من ویتنی یو اختلاف معنادار آماری را میان دو گروه نشان داد ($P = 0.05$) (جدول ۲). در مرحله بعد از مداخله در گروه کنترل، ۴۰ درصد بیماران در فیزیوتراپی دارای همکاری کم و در گروه مداخله ۵۶/۷ درصد همکاری کامل داشتند. از نظر وضعیت همکاری در فیزیوتراپی در مرحله بعد از مداخله، آزمون آماری من ویتنی یو اختلاف معنادار آماری میان دو گروه کنترل و مداخله نشان داد ($P = 0.001$) (جدول ۲). آزمون آنالیز واریانس نیز در اندازه گیری های مکرر با تست ویلکز با $EF=10/49$ و اختلاف معنادار آماری میان دو گروه کنترل و مداخله از نظر وضعیت همکاری بیماران سوختگی در فیزیوتراپی وجود داشت ($P = 0.001$) (جدول ۴). به علاوه در مرحله پیش از مداخله در گروه کنترل، ۳۶/۷ درصد بیماران در تعویض پانسمان ها، همکاری نسبی و در گروه مداخله ۵۰ درصد بیماران همکاری کم داشتند. آزمون آماری من ویتنی یو با اختلاف معنادار آماری از نظر وضعیت همکاری در امر تعویض پانسمان ها در مرحله پیش از مداخله، بین دو گروه کنترل و مداخله نشان نمی دهد ($P = 0.389$) (جدول ۳). در مرحله حین مداخله

(ارزشیابی - مرحله انحلال) بود. از این مرحله به بعد به دلیل اینکه بیماران و خانواده آنها از ارتباط درمانی بهره لازم را برده بودند و مراقبت های برنامه ریزی شده را انجام می دادند، ضمن نظارت اجرای راه حل ها به تدریج جلسات ملاقات با بیمار کاهش یافت و به جای هر روز یا یک روز در میان، جلسات بعدی با فاصله ۴-۵ روز یک بار برگزار شد. ضمن اینکه، ۲ تا ۳ جلسه پیش از شروع مرحله اختتام و ارزشیابی، بیماران و خانواده آنها را درباره زمان اختتام جلسات ارتباط درمانی آگاهی کردند. در مرحله اختتام جنبه های مثبت و منفی برنامه از دیدگاه بیمار و خانواده وی ارزیابی و مشخص شد که آیا بیمار به اهداف تعیین شده در برنامه رسیده است؟ و اگر نرسیده، کجا اشکال داشته و چه کاری باید انجام می شده است؟ مرحله اختتام طی ۲-۳ جلسه (۲۰-۳۰ دقیقه ای) طول کشید. کل جلسات ارتباط درمانی برگزار شده برای اجرای برنامه، ۱۲-۷ جلسه بود. مدت زمان هر جلسه بسته به موقعیت و نیاز بیمار ۲۰-۴۵ دقیقه و مکان هر جلسه با توافق همه بیماران در اتاق آنها بود. زمان برگزاری جلسات نیز با توجه به وضعیت بالینی و توافق بیمار تعیین می شد. در تمامی جلسات، پژوهشگر در ارتباط با بیمار از مهارت های کلامی و غیر کلامی ارتباط درمانی استفاده می کرد. بدین ترتیب برنامه ارتباط درمانی با بیماران سوختگی اجرا شد. این توضیح لازم است که در مطالعه حاضر، پژوهشگر در مراقبت مستقیم از بیمار مانند دادن دارو و تعویض پانسمان های وی یا انجام فیزیوتراپی نقشی نداشت و همه بیماران در هر دو گروه، مراقبت های معمول بخش سوختگی را دریافت می کردند. از زمان شروع مداخله یا اجرای برنامه، وضعیت همکاری بیماران در امر تعویض پانسمان ها و فیزیوتراپی، روزانه به مدت یک ماه سنجیده شد. پس از گردآوری داده ها، شاخص های توصیفی نظیر میانگین و درصد مورد محاسبه قرار گرفت، سپس تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری و تحلیلی مناسب مانند کولموگروف اسمیرنوف های آماری و کای اسکوئر، تی مستقل، آنالیز واریانس برای اندازه گیری های مکرر در نرم افزار SPSS با سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن بیماران در گروه کنترل به ترتیب برابر با $22/22 \pm 9/71$ و در گروه مداخله برابر با

بیماران در تعویض پانسمنها همکاری کامل داشتند. آزمون آماری من ویتنی یو با $P=0/001$ اختلاف معنادار آماری از نظر وضعیت همکاری در امر تعویض پانسمنها در مرحله پس از مداخله، بین دو گروه کنترل و مداخله نشان می‌دهد (جدول ۳). از نظر وضعیت همکاری بیماران سوختگی در تعویض پانسمنها، آزمون آماری آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر اختلاف معنادار آماری بین دو گروه را نشان داد ($P=0/001$) (جدول ۴).

در گروه کنترل، ۴۳/۳ درصد بیماران در تعویض پانسمنها، همکاری کم و در گروه مداخله ۶۰ درصد بیماران در تعویض پانسمنها، همکاری نسبی داشته‌اند. آزمون آماری من ویتنی یو با اختلاف معنادار آماری از نظر وضعیت همکاری در تعویض پانسمنها در مرحله حین مداخله، میان دو گروه کنترل و مداخله نشان داد ($P=0/001$). در مرحله بعد از مداخله در گروه کنترل، ۴۳/۳ درصد بیماران در تعویض پانسمنها همکاری نسبی و در گروه مداخله ۳/۵۳ درصد

جدول ۱. توزیع متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به سوختگی در دو گروه کنترل و مداخله

شاخص	گروه کنترل	گروه مداخله	P value
سن (سال) میانگین \pm انحراف معیار	۳۲/۲۳ \pm ۹/۷۱	۳۱/۶۳ \pm ۹/۳۷	۰/۹۵
سطح تحصیلات کمتر از دیپلم دیپلم دانشگاهی	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	T-test , P= ۰/۴۶
	۲۰ (۶۶/۷)	۱۷ (۵۶/۷)	
	۸ (۲۶/۷) ۲ (۶/۶)	۹ (۳۰) ۴ (۱۳/۳)	
وضعیت تأهل متأهل مجرد همسر فوت شده مطلقه	۱۴ (۴۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)	df= 3 P=۰/۷۱ $\chi^2=1/34$
	۹ (۳۰)	۱۱ (۳۶/۷)	
	۳ (۱۰)	۱ (۳/۳)	
	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	
شغل خانه‌دار کارمند کارگر کشاورز سایر موارد	۱۸ (۶۰)	۱۹ (۶۳/۳)	$\chi^2=3/48$ df=۴ P=۰/۴۲
	۲ (۶/۷)	۶ (۲۰)	
	۳ (۱۰)	۲ (۶/۷)	
	۵ (۱۶/۶)	۲ (۶/۷)	
	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)	
محل سکونت شهر روستا	۱۳ (۴۳/۳۳)	۱۵ (۵۰)	$\chi^2=0/26$ df=۱ P = ۰/۶۰
	۱۷ (۵۶/۶۷)	۱۵ (۵۰)	
میزان درآمد (تومان) ≥ 500000 (ضعیف) ۵۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰ (متوسط) ≥ 100000 (خوب)	۹ (۳۰)	۱۰ (۳۳/۳)	df=2 P=۰/۶۰ $\chi^2= /26$
	۱۵ (۵۰)	۱۲ (۴۰)	
	۶ (۲۰)	۸ (۲۶/۷)	
انواع سیستم‌های حمایتی خانواده همسر خانواده و همسر خانواده و اقوام	۴ (۱۳/۴)	۵ (۱۶/۷)	df=6 $\chi^2=3/32$ P=۰/۷۶
	۳ (۱۰)	۴ (۱۳/۳)	
	۳ (۱۰)	۵ (۱۶/۷)	
	۷ (۲۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	

ادامه جدول ۱. توزیع متغیرهای دموگرافیک بیماران متبلا به سوختگی در دو گروه کنترل و مداخله

شاخص	گروه کنترل	گروه مداخله	P value
خانواده، همسر و اقوام	۵(۱۶/۷)	۳(۱۰)	
خانواده، همسر و دوستان	۷(۲۳/۳)	۹(۳۰)	
ندارد	۱(۳/۳)	-	
علت سوختگی			
خودسوزی	۸(۲۶/۷)	۵(۱۶/۷)	
حادثه	۲۲(۷۳/۳)	۲۵(۸۳/۳)	
عامل سوختگی، تعداد (درصد)			
نفت	۱۱(۳۶/۷)	۱۴(۴۶/۷)	df=۲ P=۰/۶۰ $\chi^2=۰/۲۶$
گاز	۲(۰/۷)	-	
بنزین	۸(۲۶/۷)	۹(۳۰)	
آب جوش	۹(۳۰)	۷(۲۳/۳)	
محل سوختگی، تعداد (درصد)			
سر و گردن	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)	df=۲ $\chi^2=۰/۳۴$ P = ۰/۸۴
تنه و سر و گردن	۶(۲۰)	۶(۲۰)	
سر و گردن و دست‌ها	۹(۳۰)	۹(۳۰)	
تنه و دست‌ها	۶(۲۰)	۵(۱۶/۷)	
دست‌ها و اندام تحتانی	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)	
تنه، دست‌ها و اندام تحتانی	۵(۱۶/۶)	۸(۲۶/۷)	df=۲ $\chi^2=۰/۳۴$ P = ۰/۸۴
سطح سوختگی، تعداد (درصد)			
۱۵-۲۵	۱۰(۳۳/۳)	۹(۳۰)	
۲۶-۳۵	۱۳(۴۳/۴)	۱۲(۴۰)	T test P = ۱/۰۰۰
۳۶-۴۵	۷(۲۳/۳)	۹(۳۰)	

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماران سوختگی در دو گروه مداخله و کنترل بر حسب وضعیت همکاری در فیزیوتراپی پیش، حین و پس از مداخله

زمان بررسی	پیش از مداخله		حین مداخله		پس از مداخله		گروه همکاری
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
همکاری کامل (۴)	۶/۷	۲	۱۳/۳	۴	۳۳/۳	۱۰	۵(۱۶/۷)
همکاری نسبی (۳)	۲۳/۳	۷	۴۶/۷	۱۴	۳۳/۳	۱۰	۶(۲۰)
همکاری کم (۲)	۴۳/۳	۱۳	۴۳/۳	۱۳	۴۳/۳	۱۳	۱۶(۵۳/۳)
عدم همکاری (۱)	۲۶/۷	۸	۲۶/۷	۸	۲۶/۷	۸	۳(۱۰)
جمع	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۳۰
آزمون آماری	P value = ۰/۵۶		P value = ۰/۰۰۵		P value = ۰/۰۰۱		

جدول ۳. توزیع فراوانی بیماران سوختگی در دو گروه مداخله و کنترل بر حسب وضعیت همکاری در تعویض پانسمان‌ها پیش، حین و پس از مداخله

پس از مداخله		حین مداخله		پیش از مداخله		زمان بررسی						
مداخله		کنترل		مداخله		کنترل		گروه همکاری				
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد					
۵۳/۳	۱۶	۱۰	۳	۱۳/۳	۸	۳/۳	۱	۶/۷	۲	۶/۷	۲	همکاری کامل (۴)
۴۶/۷	۱۴	۴۳/۳	۱۳	۶۰	۱۸	۳۶/۷	۱۱	۲۳/۳	۷	۳۶/۷	۱۱	همکاری نسبی (۳)
۰	۰	۳۳/۳	۱۰	۱۳/۳	۴	۴۳/۳	۱۳	۵۰	۱۵	۴۰	۱۲	همکاری کم (۲)
۰	۰	۱۳/۳	۴	۰	۰	۱۶/۷	۵	۲۰	۶	۱۶/۶	۵	عدم همکاری (۱)
۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	جمع
P value = ۰/۰۰۱				P value = ۰/۰۰۱				P value = ۰/۳۸۹				آزمون آماری

جدول ۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات وضعیت همکاری بیماران سوختگی در تعویض پانسمان‌ها و فیزیوتراپی در دو گروه مداخله و کنترل، پیش (هفته اول)، حین (طی ۳ هفته) و پس از انجام مداخله (هفته چهارم)

P value	پس از مداخله (هفته چهارم)	حین مداخله (طی سه هفته)	پیش از مداخله (هفته اول)	زمان بررسی	
				مداخله	کنترل
P=۰/۰۰۱ EF=۱۱/۵۹	۳/۳۳ ± ۰/۶۶	۳/۱۳ ± ۰/۶۲	۲/۱۶ ± ۰/۸۳	همکاری در تعویض پانسمان	
	۲/۵۰ ± ۰/۸۶	۲/۲۶ ± ۰/۷۸	۲/۳۳ ± ۰/۸۴		
P=۰/۰۰۱ EF=۱۰/۴۹	۳/۵۶ ± ۰/۵۰	۳/۱۳ ± ۰/۷۳	۲/۱۰ ± ۰/۸۸	همکاری در فیزیوتراپی	
	۲/۵۶ ± ۰/۸۹	۲/۵۰ ± ۰/۸۶	۲/۳۳ ± ۰/۸۵		

بحث

دبریدمان آگاهی نداشتند. فریاد و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند همکاری بیماران سوختگی در امر تعویض پانسمان‌ها، فیزیوتراپی، هیدروتراپی و سایر اقدامات درمانی- مراقبتی بسیار با اهمیت بوده و به طور مستقیم بر روند بهبود بیماران مبتلا به سوختگی تأثیر می‌گذارد. درحالی‌که این بیماران به دلیل درد و اضطراب ناشی از درد شدید نسبت به انجام این امور با تیم درمانی- مراقبتی همکاری مطلوبی ندارند (۱۷). مطالعه مالیک (۲۰۱۲)، ویچمن (۲۰۱۱) و پاوونی (۲۰۱۰) نشان داد، بیماران سوختگی سطوح بالای استرس، اندوه و افسردگی را حین تجربه سوختگی احساس می‌کنند که این مجموعه احساسات مخرب به شدت بر روند درمان و مراقبت بالینی بیماران و بر کیفیت زندگی آنها نیز تأثیر سوء برجای می‌گذارد (۴، ۳۷ و ۳۸). در مطالعات مذکور، همچنین در مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۱۲) به اهمیت حمایت روانشناختی از بیمار سوختگی به منظور ارائه مراقبت مناسب و کسب حداکثر مشارکت فعال بیمار در

براساس نتایج این مطالعه بیشتر بیماران در هر دو گروه کنترل و مداخله در مرحله پیش از مطالعه برای امر مهم تعویض پانسمان‌ها و انجام حرکات مربوط به فیزیوتراپی همکاری کم داشتند، درحالی‌که همکاری گروه مداخله پس از اجرای برنامه ارتباط درمانی به نحو معناداری در مقایسه با گروه کنترل افزایش نشان می‌داد. دلیل عدم مشارکت بیماران سوختگی در تعویض پانسمان (جدول ۳) دردناک بودن فرایند تعویض پانسمان‌ها بود. طی برقراری ارتباط درمانی در مرحله آشنایی با توجه به مشکلات بیماران مشخص شد که همه بیماران دلیل عدم همکاری یا همکاری نامناسب خود را حین تعویض پانسمان‌ها، ترس از انجام اقدامات مراقبتی دردناکی مانند دبریدمان اشاره می‌کردند. آنها از پدیده دبریدمان به عنوان عملی «وحشت‌آور» نام می‌بردند و به همین دلیل در انجام پانسمان‌ها همکاری مطلوب و مناسبی نداشتند، همچنین از علت و اهمیت انجام بسیاری از اقدامات درمانی مانند

که تحت اجرای برنامه ارتباط درمانی قرار گرفتند، میزان همکاری در فیزیوتراپی در مرحله حین و پس از مطالعه افزایش معنادار نشان داد. پژوهشگر معتقد است این نتایج به دلیل توجه به علل همکاری نامطلوب بیماران در فیزیوتراپی از طریق برقراری ارتباط با آنها در برنامه ارتباط درمانی بوده است. از طرفی درگیر کردن بیمار در فعالیت‌های مراقبت از خود به واسطه تشویق به بیان مسائل خود، همچنین مشارکت دادن بیمار در تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای حل مشکلات نیز نقشی مهم در افزایش همکاری بیمار داشته است. در مرحله آشنایی (اجرا و برنامه‌ریزی) بیمار خود در تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای به ثمر رسیدن اهداف مراقبتی فعال بود. همچنین مطالعه پنسیکیس (۱۹۹۸) نشان داد دخالت دادن بیمار در تصمیمات مربوط به فرایند مراقبت از خود، انگیزه وی را به شرکت در فعالیت‌های بازتوانی و برنامه‌ریزی شده مراقبتی افزایش می‌دهد (۱۴). از طرفی نظارت بر اجرای صحیح فعالیت‌ها و پیگیری منظم برنامه، همچنین توجه به مشکلات و موانعی که هر بیمار در اجرای هر برنامه مراقبتی مواجه می‌شد حداکثر اهداف مراقبتی را به ثمر رساند. در حالی که بیمارانی که تحت مراقبت‌های روتین بخش قرار داشتند وضعیت همکاری در فیزیوتراپی نسبت به مراحل پیشین، حین و پس از مطالعه تفاوت معناداری نشان نداد (جدول ۲). همچنین این مطالعه و سایر مطالعات مختلف تأثیر ارتباط درمانی میان پرستار و بیمار، نیز پزشک و بیمار را بر بهبود عملکرد جسمانی، عاطفی، روانی و جنبه‌های مختلف بالینی بیماران را نشان داده‌اند (۲۱-۲۷). در مطالعه جک (۲۰۱۳) ارتباط پرستار با بیمار و خانواده‌های دچار دیسترس شدید با کاهش اضطراب و افزایش رضایت بیماران و خانواده‌های آنها، نیز با افزایش مشارکت فعال آنان در فرایندهای درمانی و مراقبتی همراه بوده است. به علاوه نتایج مطالعه راتاناونگسا (۲۰۱۳)، لیو (۲۰۱۲) و هارتلی (۲۰۱۱) نیز نشان داد که ارتباط درمانی پرستار با بیمار بر مشارکت بیمار در فرایندهای درمانی، مراقبتی و پیگیری و پذیرش رژیم‌های درمانی تأثیر چشمگیر دارد (۲۲، ۲۳ و ۲۵).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه تأثیر مثبت برقراری ارتباط درمانی پرستار با بیمار سوختگی را بر افزایش مشارکت بیمار در امور درمانی

فرایندهای خودمراقبتی تأکید شده است (۵). همراستا با نتایج این مطالعه، نتایج مطالعه کیدال (۲۰۰۷) نیز نشان داد حمایت عاطفی از بیمار سوختگی باعث راحتی وی طی تعویض پانسمان‌ها و به دنبال آن افزایش همکاری با تیم مراقبتی می‌شود (۹). علاوه بر همکاری کم بیماران در تعویض پانسمان‌ها، طبق نتایج مرحله پیش از مطالعه، همکاری بیشتر بیماران در هر دو گروه مداخله و کنترل در فیزیوتراپی کم بود (جدول ۲). علت این امر طبق اظهارات بیماران مورد مطالعه درد شدیدی بود که حین انجام فیزیوتراپی متحمل می‌شدند. از طرف دیگر فقدان آگاهی یا کمبود اطلاعات بیماران از اهمیت انجام فیزیوتراپی در ترمیم زخم‌ها و پیشگیری از عوارض سوختگی یکی دیگر از علل همکاری کم یا نامطلوب بیماران سوختگی در فیزیوتراپی بود. پژوهشگر معتقد است علاوه بر درد؛ وجود اضطراب، غم، اندوه و ناامیدی، تصورات مبهم و نادرست بیمار از روند بیماری و بهبود خود نیز در همکاری نامطلوب وی در فیزیوتراپی مؤثر است. همراستا با نتایج این مطالعه اکواریا (۲۰۱۱) و وینبرگ (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که بیماران مبتلا به سوختگی با اضطراب و درد بیشتر، به دلیل ترس از افزایش درد در فعالیت‌های جسمی، کمتر مشارکت دارند (۶ و ۱۳). در مطالعه‌ای ویسلی (۲۰۰۱) و شارار (۲۰۰۸) مشخص شد بیماران سوختگی که سطح بالاتری از اضطراب را نشان می‌دادند؛ هنگام تعویض پانسمان‌ها، تحمل درد بیشتر، همکاری کمتر، همچنین قدرت از عهده‌برآیی کمتر و افت عملکرد جسمانی و عاطفی بیشتری به خصوص بعد از ترخیص داشتند (۱۱ و ۳۹). در همین رابطه، محمدی فخر (۲۰۱۳) و پارک (۲۰۱۳) نشان دادند که آرام‌سازی بیمار حین انجام فرایند تعویض پانسمان، کاهش معنادار اضطراب و درد بیماران و همکاری بیشتر آنها در تعویض پانسمان‌ها را سبب می‌شود (۱۸ و ۱۹). در مطالعه فوئرباخ و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داده شد که حمایت روانشناختی از بیمار سوختگی با کاهش چشمگیری در میزان درد و اضطراب وی و افزایش مشارکت آنها در برنامه‌های مراقبتی و درمانی همراه است. به علاوه مشخص شد که بیماران دچار آسیب سوختگی، زمانی در فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود مشارکت فعال خواهند داشت که به‌طور دقیق بفهمند چه اتفاقی افتاده و پرسش‌ها و ابهامات موجود در ذهن آنان برطرف شود (۲۹). طبق نتایج مطالعه کنونی، در بیمارانی

2. Melvin MS, Linda H. Kathryn MY. Caring for Burn Patients at the United States Institute of Surgical Research: The Nurses' Multifaceted Roles Review Article. *Nursing Clinics of North America*.2010;45(2):233- 48.
3. Wald DA. Burn management systematic patient evaluation, fluid resuscitations and wound management. *Emergency Medicine Reports*.1998;19:45-52.
4. Malik P, Garg R, Sharma KC, Jangid P, Gulia A. Quality of life in Burn Injury Patients. *Delhi Psychiatry Journal*.2012; 15(2): 308-15.
5. Smith JS, Smith KR, Rainey SL. The Psychology of Burn Care. *J Trauma Nurs*. 2006; 13(3):105-6.
6. Weinberg K, Birdsall D, Vail D and all. Pain and anxiety with burn dressing changes: patient self-report. *J Burn Care Rehabil*.2000;21(2):155- 60.
7. Moon C, Grabtree T. New wound dressing techniques to accelerate healing: current treatment options in infectious disease. *Adv Skin Wound Care*.2003; 5:251- 60.
8. Yohannan SK, Schwabe E, Sauro G, Kwon R, Polistena C, Delia I. Gorga, W. Use of Nintendo Wii in Physical Therapy of an Adult with Lower Extremity Burns. *Games Health*. 2012; 1(1): 62-8.
9. Kidal M. Perceived physical and psychological outcome after sever burn injury, *Acta universitatis upsaliensis, Compr Summ Upps Diss Fac Med*.2003: 1247:59
10. Taal L.A, Faber A.W. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns*.1998;23(7):545-54.
11. Sharar SR, Mille Wr, Teeley A, Soltani S, Hoffman HG, Jensen MP, Patterson DR. Applications of virtual reality for pain management in burn-injured patients. *Expert Rev Neurother*.2008; 8(11): 1667-74.
12. Hoffman HG, Patterson DR, Carrougher GJ. Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn pain during physical therapy. *Clin J Pain*.2000,16(3):244-.50.
13. Echevarria-Guanilo ME, Aparecida A, Dantas S, Farina Jr, Faber AW, Alonso et al. Reliability and validity of the Brazilian-Portuguese version of the Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS). *Int J Nurs Stud*.2011; 48(1) : 47-55.
14. Pennix B.W, Boeke A.J, Deeg D.G and all. Effect of social support and personal coping resources on depressive symptom: different for various chronic disease. *J Health Psychol*.1998;17(6):551-8.

و مراقبتی تأییدی کند. به علاوه این مطالعه نمونه‌ای از کاربرد تئوری پیلاو در عمل بوده و سودمندی به کارگیری این نظریه ارزشمند را در بالین و در بیماران سوختگی آشکار می‌سازد. از آنجاکه ارتقای سلامت روانی و جسمانی بیماران مبتلا به سوختگی از اهداف مهم پرستاران در بخش سوختگی می‌باشد و ارائه حمایت عاطفی از بیمار سوختگی و توجه به جنبه‌های روانشناختی این بیماران یکی از مهم‌ترین ابعاد مراقبت‌های پرستاری از بیماران سوختگی است؛ بنابراین یافته‌ها و برنامه اجرا شده در این پژوهش می‌تواند در راستای کمک به وظایف بالینی پرستاری و ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های سوختگی به کار گرفته شود. پرستاران بالینی نه تنها در بخش سوختگی بلکه در سایر بخش‌ها می‌توانند با برقراری ارتباط درمانی با بیماران از آنها حمایت کرده و وضعیت بهبودی آنها را تسریع کنند. به خصوص با توجه به اینکه برای اجرای این برنامه مراحل فرایند پرستاری نیز در نظر گرفته شده است و پرستاران می‌توانند گام به گام طبق روش عملی مراقبت از بیمار در بالین ارتباط درمانی با بیمار برقرار کرده و از بیمار مراقبت کنند. پژوهشگر امیدوار است پژوهش حاضر، به عنوان نقطه شروعی برای تحقیقات و مطالعات بعدی محققان نسبت به اهمیت برقراری ارتباط درمانی در جنبه‌های مختلف مراقبت از بیماران، همچنین به کارگیری تئوری‌های مختلف و ارزنده پرستاری در عمل و تحقیق مورد توجه بیشتر پرستاران قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود از برنامه ارتباط درمانی طراحی شده در این مطالعه برای مراقبت از بیماران سوختگی و نیز در سایر موقعیت‌های بالینی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس مأخوذ شد. بر خود واجب می‌دانم از پرسنل بخش سوختگی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد به ویژه سرکار خانم ابریشم که در مراحل اجرایی این مطالعه همکاری کرده‌اند تشکر کنم.

منابع

1. Horn W, Yoles, Bartolucci A.W. Factors associated with patient participation in rehabilitation services: a comparative analysis 12 month post discharge, *Disability and Rehabilitation*.2000;22(8):358- 62.

26. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health*. 2009; 17:339-353
27. Shattell M. Nurse-patient interaction: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2004; 13:714-72.
28. Wachtel P. Therapeutic communication: principles and effective practice. *J Adv Nurs*. 2003; 108(30):1073-9.
29. Fauerbach J.A, Lawrence J.W. coping with the stress of a painful medical procedure, *Behav Res Ther*. 2002; 40(9):1003-15.
30. Meleis, A. I. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott, 2012; 291-301.
31. Cheraghi MA, Salsali M, Safari M. Ambiguity in knowledge transfer: The role of theory-practice gap. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010; 15(4): 155-66.
32. Rolfe G. The theory-practice gap in nursing: from research-based practice to practitioner-based research. *J Adv Nurs*. 1998;28(3):672-9.
33. Wilson J. Bridging the theory practice gap. *Australian Nursing Journal*. 2008; 16(4):1-5.
34. Penckofer S, Byrn M, Mumby P, Ferrans CE. Improving subject recruitment, retention, and participation in research through Peplau's theory of interpersonal relations. *Nurs Sci Q*. 2011;24(2):146-51.
35. Reed PG, The force of nursing theory guided-practice. *Nurs Sci Q*. 2006;19(3):225
36. Aaron LA, Patterson DR, Finch CP, Carrougher GJ, Heimbach DM. The utility of a burn specific measure of pain anxiety to prospectively predict pain and and function. *Burns*. 2001;27(4):329-34.
37. Wiechman SA. Psychosocial recovery, pain, and itch after burn injuries. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2011;22(2):327-45
38. Pavoni V, Giancesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2010; 27;18:24.
39. Wisely J, Tarrier N. A survey of the need for psychological input in a follow up service for adult burn injured patients. *Burns*. 2001;27(8):801-7.
15. Wisely J.A, Hoyle E, Tarrier N, Edwards J. Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients. *Burns*. 2007; 33(6):736-46
16. Wallace Jr.A Burn Intensive Care Unit Nurse's Perspective Review Article. *Perioperative Nursing Clinics*. 2012;7(1) : 71-5
17. Fernay C, Faymonville E, Devlieger S and all. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*. 2001;27(8):793-9.
18. Mohammadi Fakhar F, Rafii F, Jamshidi Orak R. The effect of jaw relaxation on pain anxiety during burn dressings: Randomised clinical trial. *Burns*. 2013;39(1): 61-7.
19. Park T, Hyunjin Oh, Ki. The effects of relaxation breathing on procedural pain and anxiety during burn care. *Burns*. 2013; 39(6):1101-6.
20. Wiechman SA. The management of self-inflicted burn injuries and disruptive behavior for patients with borderline personality disorder. *Burn Care Rehabilitation*. 2000; 21(4):307-17.
21. Stewar M, Boon H. Patient-physician communication assessment instruments. *Patient Educ Couns*. 1998; 35(3):161-176.
22. Ratanawongsa N, Karter AJ, Melissa MP, Lyles CR, Heisler M, MD, Moffet HH. Communication and Medication Adherence: The Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(3): 210- 18.
23. Liu W, Manias E, Gerdtz M. Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: A critical ethnographic study. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49:941- 52.
24. Jack BA, O'Brien MR A, Kirton J, Marley K, Whelan A, R. Baldry K, E. Groves K. Enhancing communication with distressed patients, families and colleagues: The value of the Simple Skills Secrets model of communication for the nursing and healthcare workforce. *Nurse Educ Today*. 2013; 33(12):1550-6.
25. Hartley M, Repede E. Nurse Practitioner Communication and Treatment Adherence in Hypertensive Patients. *J Nurse Pract*. 2011;7(8): 654-59.

Effectiveness of Therapeutic Communication program based on Hilgard Peplau theory on Burned Patient's participation in caring and curing plans.

Manzari, Z.¹, Meamarian, R.^{*2}, Vanaki, Z.³

1. Assistant professor, Ph.D in Nursing. Department of medical- surgical, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Assistant Professor, Ph.D of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University.
3. Associate professor, Ph.D of Nursing, Department of medical- surgical, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

* Corresponding author, Email: memari_r@modares.ac.ir

Received on: 02/06/2013 Accepted on: 18/01/2014

Abstract

Introduction: burn injury causes great effects on patient's effect on physical, psychological and emotional aspects that minimize their participate in self care process. This study was conducted to determine the effect of therapeutic communication plan on patient's participation in care and treatment programs.

Methods: This is Qusi-exprimental study which has been done in Imam Reza's hospital (Iran, Mashad) in 2007. The sample included 60 which hospitalized in women Burn unit and randomly were assigned in two groups, intervention and control group. From among them 30 patients were selected as interval group with designed therapeutic communication program. Data collection tools include Demographic Data and two observational checklists developed by the researcher which show patient status in physical therapy and dressing change. Therapeutic communication plan was implemented on case group patients. Checklists completed in 3 stages: before (first week), during (for three weeks) and after (for four weeks) intervention. Data analyzed with SPSS program With Mann-Whitney U and Analysis variraice.

Results: According to the result there were significant statistically difference in patient's cooperation in change dressing and cooperation in physiotherapy ($P=0.001$) between two groups during and after intervention. Moreover Analysis variraice with wilks test showed a significant difference in patient's cooperation in change dressing and cooperation in physiotherapy ($P=0.001$) between two groups before, during and after intervention.

Conclusion: The results revealed the importance of nurse-patient relationship on patient participation process in caring and curing plans. Therefore, it is suggested to use therapeutic communication plan in care of burned patients.

Key words: burn, Communication, Patient Cooperation, nursing theory.