



## The effect of Therapeutic Communication based Peplau's Theory on Anxiety and Resilience of Patients Admitted to the Corona Ward of Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran

Moradi S<sup>1</sup>, Fallahi-Khoshknab M<sup>2\*</sup>, Rahgoi A<sup>3</sup>, Vahedi M<sup>4</sup>

1- MSc of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

2- Professor of Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

3- Instructor Nursing Department, Department of Mental Health Nursing Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor of Biostatistics School of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

**Corresponding author:** Fallahi-Khoshknab M, Professor of Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

**Email:** [fallahi@uswr.ac.ir](mailto:fallahi@uswr.ac.ir)

Received: 14 Jan 2023

Accepted: 9 May 2023

### Abstract

**Introduction:** In order to reduce the stress and anxiety caused by the spread of the Covid-19 disease, a beneficial and effective psychological variable such as resilience can play an adaptive role. Also, the therapeutic relationship is a meaningful and purposeful relationship between the nurse and the patient in order to solve the patient's problems and create adaptive responses.

**Methods:** In a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group, using Corona anxiety questionnaires and Connor and Davidson resilience, 60 eligible patients and random allocation in the intervention and control group (30 people), therapeutic communication stages based on Peplau's theory (acquaintance, identification, utilization of care planning and evaluation and conclusion) with prior coordination And it was done according to the treatment plan of corona patients. The data was analyzed through parametric and non-parametric statistical tests using SPSS version 22 software.

**Results:** The average index of corona anxiety in the intervention group, respectively, decreased from  $1.95 \pm 0.21$  to  $1.6 \pm 0.11$  after the intervention. Also, the average resilience index in the intervention group increased from  $1.93 \pm 0.46$  to  $2.33 \pm 0.28$  after the intervention, and the results of the paired t-test showed that in the intervention group, compared to the control group, the corona anxiety, and resilience in the post-intervention stage had a statistically significant decrease, and the difference before and after the intervention group was more than the control group. Based on the results of the analysis of covariance, the difference between the two intervention and control groups in the post-intervention phase was statistically significant.

**Conclusions:** Considering the impact of the communication therapy model based on Peplau's theory on anxiety and resilience, conducting educational interventions for the use of communication therapy by patients with chronic diseases and caregivers, as well as applying the results of communication therapy based on Peplau's method to The use of upcoming crises and epidemics is recommended.

**Key words:** Therapeutic Communication, Peplav's theory, Corona, Anxiety, Resilience.



## بررسی تاثیر ارتباط درمانی مبتنی بر نظریه پیلاو بر میزان اضطراب و تاب آوری بیماران بستری در بخش کرونا بیمارستان خاتم الانبیا تهران در سال ۱۴۰۱

سپیده مرادی<sup>۱</sup>، مسعود فلاحي خشکناپ<sup>۲\*</sup>، ابوالفضل ره گوی<sup>۳</sup>، محسن واحدی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲- پروفسور پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۳- مربی پرستاری، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۴- استاد آمار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مسعود فلاحي خشکناپ، پروفسور پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.  
ایمیل: fallahi@uswr.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴

### چکیده

**مقدمه:** در راستای کاهش استرس و اضطراب ناشی از شیوع بیماری کووید-۱۹، متغیر روان شناختی سودمند و اثربخشی همچون تاب آوری، می تواند نقش سازگارانۀ ایفا کند. همچنین، ارتباط درمانی یک ارتباط معنی دار و هدفمند بین پرستار و بیمار در جهت حل مشکلات بیمار و ایجاد واکنش های سازگارانۀ می باشد.

**روش کار:** در یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد، با استفاده از پرسشنامه های اضطراب کرونا و تاب آوری کونور و دیویدسون، ۶۰ نفر از بیماران واجد شرایط و تخصیص تصادفی در گروه مداخله و شاهد (۳۰ نفر)، مراحل ارتباط درمانی مبتنی بر نظریه پیلاو (آشنایی، شناسایی، بهره برداری برنامه ریزی مراقبتی و ارزشیابی و اختتام) با هماهنگی قبلی و با توجه به برنامه درمانی بیماران کرونایی انجام شد. اطلاعات از طریق آزمون های آماری پارامتری و ناپارامتری با استفاده از نرم افزار نسخه ۲۲ spss تحلیل شد.

**یافته ها:** میانگین شاخص اضطراب کرونا در گروه مداخله، از  $1/95 \pm 0/21$ ، به  $1/68 \pm 0/11$  بعد از مداخله کاهش یافت. همچنین میانگین شاخص تاب آوری در گروه مداخله، از  $1/93 \pm 0/46$ ، به  $2/34 \pm 0/28$  بعد از مداخله افزایش یافت که نتایج آزمون تی زوجی نشان دهنده اختلاف آماری معناداری قبل و بعد در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد است ( $p < 0/001$ ). بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس، اختلاف شاخص اضطراب کرونا و تاب آوری، بین دو گروه مداخله و کنترل در مرحله بعد از مداخله از لحاظ آماری معنادار بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به تاثیر مدل ارتباط درمانی مبتنی بر نظریه پیلاو بر اضطراب و تاب آوری، انجام مداخلات آموزشی جهت استفاده بیماران مبتلا به بیماری های مزمن و مراقبین از روش ارتباط درمانی و همچنین کاربرد نتایج روش ارتباط درمانی مبتنی بر روش پیلاو جهت استفاده بحران ها و اپیدمی های پیش رو توصیه می شود.

**کلیدواژه ها:** ارتباط درمانی، نظریه پیلاو، اضطراب کرونا، تاب آوری.

اضطراب، واکنش به تهدیدی نامعلوم، درونی، مبهم و از نظر منشاء همراه با تعارض است [۱]. اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی می‌باشد که به دنبال حوادث استرس‌زای زندگی به خصوص مشکلات ناشی از بروز برخی از بیماری‌ها آشکار می‌شود [۲].

ابتلا به بیماری کووید-۱۹ از جمله مواردی است که سبب افزایش اضطراب در شخص می‌شود. ترس از بیماری، ترس از مرگ، انتشار اخبار غلط و شایعات، تداخل در فعالیت‌های روزمره، مقررات منع یا محدودیت سفر و عبور و مرور، کاهش روابط اجتماعی (همکاران، دوستان، خانواده)، بروز مشکلات شغلی و مالی، و ده‌ها پیامد دیگر ناشی از این بیماری، سلامت روان افراد جامعه را تهدید و باعث افزایش اضطراب در فرد مبتلا خواهد شد [۳].

نگرانی افراد جامعه در مورد بیماری کووید-۱۹ و چگونگی رویارویی ایمن با چنین بیماری‌هایی اهمیت بسیاری دارد. در راستای کاهش استرس ناشی از شیوع بیماری کووید-۱۹، متغیر روان‌شناختی سودمند و اثربخشی همچون تاب‌آوری، می‌تواند نقش سازگارانۀ ایفا کند. برنامه کاهش اضطراب باید با هدف آشناسازی بیمار با استرس، عوامل ایجادکننده آن و راه‌های مقابله و تطابق با آن تنظیم شود [۴]. بنابراین تاب‌آوری، یکی از راهکارهای مهم و مطرح در روان‌شناسی مثبت‌گرا است [۵]. تاب‌آوری را فرآیند یا توانایی انطباق دادن خود با چالش‌ها، تهدیدها و غلبه بر آنها می‌داند. افراد و گروه‌های تاب‌آور، مجهز به مجموعه‌ای از ویژگی‌های مشترک‌اند که آنها را برای غلبه بر دگرگونی‌ها و فراز و نشیب‌های زندگی آماده می‌کند [۶]. جوانسن کوال و اشانک (۲۰۱۰)، تاب‌آوری را متغیر موثری در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی دانست [۷]. نتایج مطالعه مومنی و همکاران نیز نشان داد که آموزش تاب‌آوری در کاهش علایم اضطراب نوجوانان مبتلا به بیماری‌های قلبی موثر بوده و می‌تواند به عنوان یک روش درمانی در درمان اضطراب مورد استفاده قرار گیرد [۸]. مکانیزم و ساختار تاب‌آوری در کاهش اضطراب به این صورت است که مؤلفه‌های اصلی تاب‌آوری مانند اعتماد به نفس، خوش‌بینی، شایستگی شخصی، اعتماد به غرایز، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی هنگام قرار گرفتن در شرایط استرس‌زا مانند یک ضد ضربه عمل می‌کنند و اجازه بروز اضطراب را نمی‌دهند [۹].

طبق پژوهش‌های انجام شده، عوامل زیادی با اضطراب ارتباط دارند و ممکن است که این عوامل با اضطراب کرونای نیز رابطه داشته باشند. از درمان‌های دارویی تا انواع درمان‌های روانشناختی و روان‌درمانی‌ها و مجموعه‌ای از رفتارهایی که فرد می‌تواند در سبک زندگی خود و مواجهه با مسائل داشته باشند (برای مثال، رفتار درمانی، بیوفیدبک، روش شناختی رفتاری، درمان متمرکز بر هیجان، نوروفیدبک و ...). همه این کارها تأثیرات قابل‌توجهی را در درمان اضطراب و کاهش علائم آن دارد. از جمله این عوامل می‌توان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را نام برد. تنظیم شناختی هیجان شامل راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری آگاهانه یا ناآگاهانه است که برای حفظ، افزایش و کاهش یک هیجان استفاده می‌شود [۱۰].

یکی از مهمترین وظایف پرستار که می‌تواند با استفاده از آن نقش مهمی را در جهت کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری بیماران داشته باشد ارتباط صحیح و با هدف در جهت درمان مشکلات ناشی از بیماری می‌باشد [۵]. برقراری ارتباط برای انسان امری حیاتی و اساسی است، زیرا تنها وسیله‌ای است که انسان نیازهای طبیعی خویش را برطرف کرده و به حیات خود ادامه می‌دهد. بدون برقراری آن اداره بسیاری از امور جاری زندگی غیرممکن می‌گردد چرا که ارتباط یک جزء کلیدی بین پرستار، بیمار و بستگانش در امر مراقبت‌های بهداشتی مؤثر است. جهت برقراری ارتباط مؤثر با بیمار پرستاران باید از اصول روانی و اجتماعی ارتباط آگاهی داشته باشند. هدف اصلی از برقراری ارتباط فراهم کردن آسایش و تقویت احساس اعتماد و امنیت در بیمار است [۱۱]. وظیفه پرستاران برآوردن احتیاجات بیماران از طریق برقراری ارتباط، و همپاری او در کارهاست. یکی از مسائل و مشکلات عمده‌ای که افراد جامعه امروزی را تهدید می‌کند عدم برقراری ارتباط صحیح و درک همدلانه است. ارتباط ضعیف می‌تواند ریشه بسیاری از بیماری‌ها در بیماران باشد [۱۲]. کلید اصلی در تمام مراحل مراقبت از بیمار در مراکز اورژانس ایجاد ارتباط درمانی است. واژه ارتباط درمانی بر رابطه‌ای که سودمند باشد و یا اثر مثبت داشته باشد اطلاق می‌شود [۱۳]. به عبارت دیگر، ارتباط درمانی یک ارتباط معنی‌دار و هدفمند است که بین پرستار و بیمار در جهت حل مشکلات بیمار و ایجاد واکنش‌های سازگارانۀ او می‌باشد [۱۴]. برقراری ارتباط در برخی موقعیت‌ها نیاز به مهارت خاصی دارد. کسانی که دچار گرفتاری‌های عصبی

و روانی می شوند، به تدریج تحت تاثیر عوامل نامساعد محیطی، صبر خود را از دست می دهند. بنابراین، پرستار دارای قابلیت های مدیریتی، با آگاهی از عوامل تنش زا می تواند با برنامه ریزی لازم، محیط را برای انجام کار مساعد سازد [۳].

نظریه هیلگارد پیلاو در ارتباط درمانی نظریه ای ارزشمند محسوب می شود. پیلاو، پرستاری را به عنوان یک فرایند درمانی با اهمیت درون فردی تعریف کرده و ارتباط میان پرستار و بیمار را که به رشد هردو منجر می شود، مهم می داند. فرد در تئوری پیلاو، ارگانیسم در حال توسعه ای است که برای کاهش اضطراب ناشی از نیازهایش تلاش می کند. 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، شناسایی، بهره برداری و انحلال را معرفی می کند [۱۵]. مرحله آشنایی از زمانی که بیمار برای نخستین بار با پرستار مواجه می شود و او را به عنوان یک بیگانه قلمداد می کند آغاز می شود. هدف از این مرحله، آشنایی بیمار و پرستار با یکدیگر، جلب اعتماد بیمار و اینکه درک کند پرستار برای وی، به عنوان یک انسان احترام قائل است و او را دوست دارد می باشد. در مرحله آشنایی، مشکل و زمینه های مشترک ارتباط میان پرستار و بیمار به ترتیب تعریف و شناسایی شده و در حقیقت اعتماد بیمار به پرستار آغاز می شود. در مرحله شناسایی، متناسب ترین کمک های حرفه ای به بیمار مشخص شده و بیمار، تعلق و همچنین احساس توانایی برخورد با مشکل را آغاز می کند که این احساس ناتوانی و ناامیدی در وی را کاهش می دهد. در مرحله بهره برداری از کمک ها و مداخلات حرفه ای براساس نیازها و منافع بیمار برای حل مشکلاتش استفاده شده و پرستار به بیمار برای رفتن به سوی استقلال کمک می کند. 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 در نهایت سودمندی فرایند ارتباط بیمار و پرستار مشخص می شود [۱۶]. این چارچوب با تعدیل حسی به خوبی کار می کند، زیرا یکی از ابزارهای اولیه کاهش اضطراب در بیماران، مطالعه تعاملی نزدیک بیمار به

منظور شناسایی عوامل محرک و ترس بالقوه در عین ارائه مداخلات غیرتهاجمی مناسب است [۱۷].

مقصودی (۱۳۹۴) نشان داد که ارتباط درمانی پیلاو در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران کاندید بای پس عروق کرونر موثر است [۱۸]. کاکایان و همکاران (۲۰۲۱) نظریه پیلاو را عنوان مبنایی برای حرفه پرستاری جهت تعیین روش پرستاری درمانی در مواجهه با اضطراب بیماران کووید-۱۹ معرفی نمودند [۱۹]. علی شاهی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که استفاده صحیح از نظریه ارتباطات بین فردی پیلاو می تواند منجر به کاهش استرس بیماران همودیالیز شود [۲۰].

احتمال بروز شوک های سلامتی مانند شیوع کووید-۱۹ و سایر وقایع فاجعه بار در مقیاس بزرگ در آینده در حال افزایش است. در این رابطه آنچه حائز اهمیت است اتخاذ تدابیر و راهبردهایی است که امکان خسارت های حاصله را تا اندازه ای کاهش دهد. سیاست های بالادستی از جمله برنامه پنجم توسعه و هدف کلان نظام سلامت مبنی بر کاهش خطر ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان ساخت در سطح جامعه و منابع و تسهیلات نظام سلامت (برنامه پنجم توسعه، بخش سلامت)، مورد توجه قرار گرفته است. گستره آسیب ناشی از بلایای طبیعی و انسان ساز، زمینه ساز بحث در خصوص انعطاف پذیری و تاب آوری بوده با این حال مولفه های تشکیل دهنده تاب آوری جامعه و سازوکارهای عملکرد در ارتباط با سایر عوامل سیستم سلامت آن کمتر موضوع پژوهش های محققان ایرانی بوده است. در مواردی معدود نیز که از جامعه در فرایند طغیان بیماری ها یاد شده تنها به نقش مراقبتی یا خود گزارش دهی بیماری بسنده شده است. با وصف این که مدیریت بیمارهای از جمله وظایف اصلی نظام سلامت است، ناگفته پیداست که مدیریت بیمارهای می بایست با اکتانای بر مختصات و ویژگی های خاص بیماری ها، به تعریف نیازها و منابع و تجهیز امکانات و آموزش و بسیج نیروها و سرانجام تدوین برنامه پردازد. این مهم در خصوص بیماری های واگیر به واسطه جایگاه نظام سلامت برای هماهنگ سازی سایر نهادها و ترغیب جامعه به تحول در شیوه زندگی و در نهایت ضرورت جلب مشارکت و همراهی جامعه اهمیت دوچندانی پیدا می کند.

با شناخت رابطه ارتباط درمانی با اضطراب و تاب آوری بیماران مبتلا به کرونا، امید است به افراد متخصص و

بستری کرونا حضور به عمل آورده و مناسب با معیار های ورود به مطالعه اقدام به جمع آوری اطلاعات نمود.

معیارهای ورود شامل: داشتن حداقل سن برای ورود به مطالعه (۱۸ سال و بالاتر)، به تشخیص متخصص و به صورت قطعی به بیماری کوید ۱۹ مبتلا شده باشد (PCR مثبت و علائم بالینی)، در بخش کرونا بستری شده باشد، داشتن تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه و عدم ابتلا به بیماری روحی - روانی شناخته شده بر اساس نظر متخصص اعصاب و روان و معیارهای خروج شامل: عدم تمایل به ادامه مطالعه، انتقال به بخش ICU و فوت بیماران در حین اجرای مطالعه بوده است.

متغیر مستقل در این پژوهش ارتباط درمانی مبتنی بر پیلاو و متغیرهای وابسته در این پژوهش اضطراب و تاب آوری بوده است. برای به دست آوردن اطاعات در خصوص میزان اضطراب بیماران از پرسشنامه اضطراب کرونا ویروس (CDAS) استفاده شد این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتباریابی شده است.

مقیاس اضطراب بیماری کووید-۱۹ ویروس توسط علی پور و همکاران (۱۳۹۸) ساخته شد [۲۱]. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره گذاری می شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره ای که افراد پاسخ دهنده در این پرسشنامه کسب می کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است [۲۱].

جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه GHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۵۰۷، ۰/۴۱۸، ۰/۳۳۳ و ۰/۲۶۹ است و کلیه این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ( $\alpha=0/879$ )، عامل دوم ( $\alpha=0/861$ ) و برای کل پرسشنامه ( $\alpha=0/919$ ) به دست آمد. همچنین مقدار ۲- $\lambda$  گاتمن برای عامل اول ( $\lambda=0/882$ )، عامل دوم ( $\lambda=0/864$ ) و برای کل پرسشنامه

سیاست گذاران حوزه بهداشت عمومی در طراحی و اجرای برنامه های مداخله ای مناسب جهت رضایت بیشتر بیماران، کاهش هزینه ها، آموزش مهارت های ارتباطی و ارتقاء رابطه بیمار و کادر درمان یاری رساند. نتیجه رضایت بیمار از فرآیند درمان اعتماد به سیستم درمانی است که موجب همکاری بیشتر بیمار، اجرای دستورالعمل های کادر درمان، بهبود سریع تر بیمار و بازگشت وی به جامعه می شود. با توجه به چرخه حساس و مهم بیماری- تندرستی، جایگاه پراهمیت بین کادر درمان و بیمار و تاثیر اقتصادی، روانی و اجتماعی آن بیش از پیش آشکار می شود. لذا هدف اصلی این مطالعه، تعیین تاثیر ارتباط درمانی مبتنی بر نظریه پیلاو بر میزان اضطراب و تاب آوری بیماران بستری در بخش کرونا بیمارستان خاتم الانبیا تهران در سال ۱۴۰۱ است.

## روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش های کاربردی و از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد میباشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران بستری در بخش های کرونا بیمارستان خاتم الانبیا تهران در سال ۱۴۰۱ بود. در حال حاضر بیمارستان خاتم الانبیا تهران دارای ۶ بخش مخصوص کرونا بوده و هر بخش نیز دارای ۲۶ تخت می باشد. بنابراین حجم جامعه آماری این تحقیق در زمان انجام نمونه گیری ۱۵۶ نفر بود. حجم نمونه با استفاده از پژوهش مقصودی (۱۳۹۴) تحت عنوان «تاثیر به کارگیری مدل ارتباط درمانی پیلاو بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران کاندید بای پس عروق کرونر» با میانگین و انحراف معیار اضطراب در گروه مداخله ( $9/59 \pm 1/28$ ) و در گروه شاهد ( $10/68 \pm 1/45$ ) و با بکارگیری فرمول پوکاک (مقایسه برآورد میانگین دو گروه) باتوان آزمون معادل ۸۰ درصد و حدود اطمینان ۹۵ درصد [۱۸]، ۳۲ نفر در هر کدام از گروه های آزمون شاهد بدست آمد. بیماران بر اساس نمونه گیری در دسترس، مبتنی بر هدف و براساس معیارهای ورود، سپس با تخصیص تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی در یکی از دو گروه مداخله و شاهد قرار داده شدند.

در این مطالعه پس از اخذ مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری و کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران، در بیمارستان خاتم الانبیا تهران و در بخش بیماران

(۹۲۲=۰/۲-۸) به دست آمد [۲۱].

بررداری برنامه ریزی 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 شد 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 شد. این مرحله طی یک جلسه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه‌ای اجرا شد. تمامی جلسات با هماهنگی قبلی و با توجه به برنامه درمانی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در بیمارستان خاتم الانبیاء انجام شد. در ضمن از بروشورها و پمفلت‌های مرتبط و با توجه به نیاز متفاوت هر یک از بیماران استفاده شد. در این پژوهش، داده‌های مورد نیاز از طریق پرسشنامه جمع آوری شده و سپس بوسیله نرم افزار spss 22 تجزیه و تحلیل شد. ابتدا با استفاده از آمار توصیفی، برای بیان داده‌های کیفی از فراوانی درصد و برای داده‌های کمی از  $mean \pm SD$  استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای کیفی در بین گروه‌ها (مداخله/شاهد)، از آزمون کای دو و برای مقایسه متغیرهای کمی در بین گروه‌ها، آزمون t-test یا من ویتنی مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی فرضیه‌های تحقیق و مقایسه نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آمار استنباطی شامل آنالیز کوواریانس استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن متغیرها نیز از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد.

## یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی همسانی در دو گروه مداخله و شاهد با استفاده از آزمون‌های فیشر، تی مستقل و کای اسکور بررسی شده است. متغیرهای زمینه‌ای شامل: سن، جنس، تحصیلات، اشتغال، مدت ابتلا، سابقه بیماری مزمن، وضعیت سکونت و درآمد می باشد که در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: ارزیابی همسانی بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک در بیماران مبتلا به کووید-۱۹

| متغیر          | گروه مداخله (۳۰) |              | گروه شاهد (۳۰) |              | آماره آزمون | *P-value |
|----------------|------------------|--------------|----------------|--------------|-------------|----------|
|                | میانگین          | انحراف معیار | میانگین        | انحراف معیار |             |          |
| سن             | ۲۹/۳             | ۱/۱۴۴        | ۲۷/۷           | ۰/۷۴۹        | -۰/۲۹۰      | ۰/۷۷۲*   |
| میزان درآمد    | ۷/۸۰             | ۰/۷۲۷        | ۷/۹۱           | ۰/۷۳۹        | -۰/۷۸۵      | ۰/۴۳۲*   |
| مدت زمان ابتلا | ۹/۳۶             | ۰/۵۴۷        | -۱/۲۰۱         | ۰/۳۶۵        | -۰/۰۵۷      | ۰/۹۵۵*   |

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب آوری تهیه شده است. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود [۲۲]. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید [۲۳]. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است [۲۲]. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است [۲۴]. پرسشنامه های دموگرافیک، پرسشنامه های اضطراب کرونا و تاب آوری در بین دو گروه توزیع و در مدت زمان مشخصی (تا ۲۴ ساعت) جمع آوری شد. سپس برنامه ارتباط درمانی طبق پروتکل ذکر شده طی یک هفته در ذیل برای بیماران انجام 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 نمود. این مرحله شامل یک جلسه ۲۰-۳۰ دقیقه‌ای بود. در مرحله دوم (شناسایی)، جمع آوری اطلاعات جسمی و روانی، هر یک 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 ۳۰-۴۰ دقیقه‌ای می باشد. در مرحله سوم (بهره

## سپیده مرادی و همکاران

ادامه جدول ۱: ارزیابی همسانی بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک در بیماران مبتلا به کووید-۱۹

| متغیر        | گروه مداخله (n=۳۰)<br>تعداد (%) | گروه شاهد (n=۳۰)<br>تعداد (%) | آماره آزمون | *P-value |
|--------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------|----------|
| جنسیت        | زن                              | ۱۶(۵۳/۳)                      | ۰/۰۰۲       | ۰/۹۶۱    |
|              | مرد                             | ۱۴(۴۶/۷)                      |             |          |
|              | مجرد                            | ۵(۱۶/۷)                       |             |          |
| وضعیت تاهل   | متاهل                           | ۲۳(۷۶/۷)                      | ۰/۳۷۳       | ۰/۵۴۲    |
|              | همسر مرده                       | ۲(۶/۷)                        |             |          |
|              | جداشده یا متارکه                | ۰(۰/۰)                        |             |          |
|              | بی‌کار                          | ۳(۱۰/۰)                       |             |          |
|              | دانشجو یا محصل                  | ۱(۳/۳)                        |             |          |
| شغل          | شغل پاره وقت                    | ۷(۲۳/۳)                       | ۰/۲۶۵       | ۰/۶۰۷*   |
|              | شغل تمام وقت                    | ۱۹(۶۳/۳)                      |             |          |
|              | بازنشسته                        | ۰(۰/۰)                        |             |          |
| سابقه بیماری | بله                             | ۶(۲۰/۰)                       | ۲/۵۱        | ۰/۱۶۹    |
|              | خیر                             | ۲۴(۸۰/۰)                      |             |          |
|              | شخصی                            | ۱۳(۴۳/۳)                      |             |          |
| محل سکونت    | استیجاری                        | ۱۷(۵۶/۷)                      | ۰/۱۳۱       | ۰/۵۰۰*   |
|              | بی سر پناه                      | ۰(۰/۰)                        |             |          |
|              | خانواده                         | ۲۱(۷۰/۰)                      |             |          |
| نوع سکونت    | دوستان                          | ۳(۱۰/۰)                       | ۲/۴۷        | ۰/۱۷۳**  |
|              | خوابگاه                         | ۴(۱۳/۳)                       |             |          |
|              | تنها                            | ۲(۶/۷)                        |             |          |
|              | بی‌کار                          | ۳(۱۰/۰)                       |             |          |
|              | دانشجو یا محصل                  | ۱(۳/۳)                        |             |          |
| شغل          | شغل پاره وقت                    | ۷(۲۳/۳)                       | ۰/۲۶۵       | ۰/۶۰۷    |
|              | شغل تمام وقت                    | ۱۹(۶۳/۳)                      |             |          |
|              | بازنشسته                        | ۰(۰/۰)                        |             |          |

نتایج نشان داد که به طور کلی بین گروه مداخله و شاهد از نظر متغیر زمینه ای سن، جنس، تحصیلات، اشتغال، مدت ابتلا، سابقه بیماری مزمن، وضعیت سکونت و درآمد وجود نداشت.

جدول ۲: مقایسه میانگین اضطراب کرونا در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

| متغیر                  | تعداد | میانگین | SD    | تعداد | میانگین | SD    | آماره آزمون | **P    | آماره آزمون | ***P   |
|------------------------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|-------------|--------|-------------|--------|
| قبل                    | ۳۰    | ۱/۹۵۳   | ۰/۲۱۵ | ۳۰    | ۱/۹۴۶   | ۰/۲۱۹ | ۰/۱۲۴       | ۰/۹۰۱  | ۴۱/۸۸       | <۰,۰۰۱ |
| بعد                    | ۳۰    | ۱/۶۸۹   | ۰/۱۱۱ | ۳۰    | ۱/۹۱۰   | ۰/۱۵۸ | ۶/۲۳۷       | <۰,۰۰۱ |             |        |
| آماره آزمون            |       | ۶/۲۵    |       |       | ۰/۹۱۳   |       |             |        |             |        |
| *Pvalue                |       | <۰,۰۰۱  |       |       | ۰/۳۶۹   |       |             |        |             |        |
| میانگین اختلاف قبل-بعد |       | ۰/۲۶۴   |       |       | ۰/۰۳۶   |       |             |        |             |        |

جدول ۳: مقایسه میانگین تاب آوری در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

| متغیر                  | تعداد | میانگین | SD    | تعداد | میانگین | SD     | شاهد   | آماره آزمون | **P | آماره آزمون | ***P   |
|------------------------|-------|---------|-------|-------|---------|--------|--------|-------------|-----|-------------|--------|
| قبل                    | ۳۰    | ۱/۹۳۶   | ۰/۴۶۶ | ۳۰    | ۱/۹۵۰   | ۰/۲۵۰  | ۰/۱۴۸  | ۰/۸۸۳       |     | ۴۰/۹۸۰      | <۰,۰۰۱ |
| بعد                    | ۳۰    | ۲/۳۴۴   | ۰/۲۸۳ | ۳۰    | ۱/۹۶۶   | ۰/۲۶۱  | -۵/۳۷۹ | <۰,۰۰۱      |     |             |        |
| آماره آزمون            |       | -۶/۰۱   |       |       |         | -۰/۳۲۶ |        |             |     |             |        |
| *Pvalue                |       | <۰,۰۰۱  |       |       |         | ۰/۷۴۷  |        |             |     |             |        |
| میانگین اختلاف قبل-بعد |       | ۰/۴۰۸   |       |       |         | ۰/۰۱۶  |        |             |     |             |        |

نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که در گروه مداخله و شاهد شاخص اضطراب کرونا و تاب آوری در مرحله بعد از مداخله تغییر آماری معناداری داشته است و اختلاف قبل و بعد در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بدست آمد. بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس، اختلاف شاخص اضطراب کرونا و تاب آوری، بین دو گروه مداخله و شاهد در مرحله بعد از مداخله از لحاظ آماری معنادار بود.

## بحث

بر اساس نتایج بدست آمده از این مطالعه، اجرای ارتباط درمانی مبتنی بر نظریه پیلاو موجب کاهش میزان اضطراب و افزایش تاب آوری بیماران بستری در بخش کرونا بیمارستان خاتم الانبیا تهران در سال ۱۴۰۱ شده است. مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره اضطراب بیماران کووید-۱۹ در گروه مداخله پس از مداخله کاهش یافت. همچنین میانگین نمره تاب آوری این بیماران در گروه مداخله پس از مداخله افزایش یافت و از نظر آماری تفاوت معنی داری بین گروه مداخله و گروه شاهد وجود داشت. این نتیجه نشان داد که مداخله در کاهش اضطراب و افزایش تاب آوری بیماران کووید-۱۹ در گروه مورد مطالعه مؤثر بود.

مدل ارتباطی پیلاو به پرستاران و بیمار کمک می کند تا بیماری، نگرانی ها و سوالات بیمار را شناسایی کنند. از طریق تعریف نقش های مختلف برای پرستار، به بیمار کمک می کند تا استقلال خود را در این ارتباط حفظ کند. این مدل به مهارت ها و توانایی های پرستاری برای ایجاد یک ارتباط درمانی ساده و راحت اشاره دارد. این مدل باعث می شود پرستاران پس از ترخیص به بیمار کمک کنند و زمان بیشتری را با بیمار بگذرانند [۲۵]. در مطالعه روزن بلوث و همکاران (۲۰۲۰) تماس مستقیم مهم بود به ویژه اگر در مورد اضطراب صحبت کند زیرا ارتباط مستقیم پرستار

به بیمار می تواند به ارزیابی کامل و بهبود سریع بیمار کمک کند. پرستار باید نقش خود را برای بیمارانش توضیح دهد، پرستاران باید تمام اطلاعات را در مورد اینکه چه کاری انجام دهند به بیمار بگویند [۲۶]. یا اینکه هدف آنها چیست و این به جلوگیری از سردرگمی برای بیمار کمک می کند و ممکن است به عدم تجربه اضطراب نسبت به پرستار و جلب اعتماد و همکاری بیمار کمک کند. همانطور که اسمیت (۲۰۱۹) نشان داد مهارت های ارتباطی خوب در ایجاد رابطه پرستار و بیمار بسیار مهم است [۲۷].

در برقراری ارتباط با بیمار، کارکنان مراقبت های بهداشتی باید نقش خود را در درمان و پاسخ تحت وظایف خود معرفی کنند. پرستاران باید بدانند آیا بیمارشان در هر وضعی اضطراب دارند یا نه، زیرا وظیفه آنها نظارت و کمک به بیمار در زمانی است که او در بیمارستان است. طبق گفته گوستافسون (۲۰۱۹) ماندن و بستری شدن در بیمارستان می تواند باعث استرس، اضطراب، درد و ترس شود. از آنجا که بیمار اضطراب خود را با پرستار به صورت کلامی بیان می کند و شاید به این دلیل که برخی از بیماران گیج شده اند و نمی خواهند احساسات خود را با افراد دیگر در میان بگذارند. پرستاران باید بدانند اضطراب در طول بستری در بیمارستان چگونه کار می کند و تکنیک های ممکن را که ممکن است برای کمک به بیمار برای مقابله با اضطراب خود به کار رود، بدانند [۲۸]. همانطور که برنت (۲۰۱۶) بیان نمود، پزشکان و پرستاران باید بدانند که چگونه این نوع احساسات را مدیریت کنند، و نحوه رفتار برای این امر می تواند بین پزشک و بیمار برای حل موفقیت آمیز یک نگرانی تأیید شده تفاوت ایجاد کند [۲۹]. صحبت مداوم با بیمار یکی از ساده ترین راه ها برای نشان دادن نگرانی و مراقبت شما از بیمار است، در حالی که دیگران در مورد نیازهای بیماران از آنها حمایت می کنند و به آنها در بهبود

پرستار با بیمار بر کاهش اضطراب و بهبود روند ترمیم زخم‌های سوختگی تأثیر مثبت داشت. نتایج این مطالعه حاکی از اثربخش بودن این روش بر اضطراب بیماران بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت [۳۳]. نتایج مطالعه مقصودی (۱۳۹۴) در بیماران با بای پس قلبی-عروقی در بیمارستان قلب الزهرا نشان داد که ارتباط درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران نقش مثبت دارد [۱۸]. خلیفه احمد (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان داد که ترس، درد، غم، اضطراب یا بی‌اشتهایی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن که رابطه درمانی مناسبی با تیم پزشکی برقرار کرده بودند توسط پرستار در اسرع وقت برطرف می‌شود [۳۴].

نتایج پژوهش دس دریاوتنی، ولنداری و آنتونی (۲۰۱۷) جهت بررسی تأثیر ارتباطات خانوادگی و ارتباطات درمانی بر اضطراب بیماران مبتلا به ایدز و اچ آی وی در کشور اندونزی با استفاده از روش ارتباط درمانی پیلاو نشان داد ارتباط خانوادگی با تأکید بر عقاید، باورها و فرهنگ خانواده می‌تواند در جهت کاهش افسردگی و اضطراب و اختلالات روانی بیماران موثر باشد. از طرف دیگر داشتن رابطه درمانی بین بیمار و کادر درمانی همچنین خانواده بیمار و کادر درمانی در خود مراقبتی و تبعیت از درمان در این بیماران موثر است. نوع ارتباط فعال و دوطرفه در این بیماران لازم و ضروری عنوان شده است [۳۵]. از جنبه‌های مورد بررسی در مطالعات انجام شده تأثیر به کارگیری تئوری پیلاو بر استرس بیماران همودیالیزی می‌باشد. استرس از عوارض شایع در بیماران دچار بیماری‌های مزمن از جمله در بیماران همودیالیزی می‌باشد. برقراری ارتباط مؤثر می‌تواند باعث اعتماد دوسویه پرستار-بیمار و کاهش استرس بیمار ناشی از عدم اطمینان به اقدامات درمانی ارائه شده از جانب پرستاران شود که نتیجه مطالعه‌ی علی شاهی و همکاران نشان می‌دهد به کارگیری تئوری پیلاو توسط پرستاران در ارتباط با بیماران همودیالیزی سبب کاهش استرس این گروه از بیماران می‌شود. به نظر می‌رسد که با رعایت مراحل مختلف ارتباط در تئوری پیلاو شامل آشنایی، شناسایی، بهره‌برداری و انحلال پرستاران می‌توانند در کاهش استرس بیماران نقش مثبتی ایفا کنند و از مشکلات بیماران کاسته شود [۲۰].

نتایج مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان می‌دهد که به کارگیری تئوری ارتباط بین فردی پیلاو در ارتباط

شرایط، کاهش رنج و بهبود سریع کمک می‌کنند. اکثر پرستاران با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مواجه شدند که از اضطراب نیز رنج می‌برند و اکثر پرستاران با اضطراب بیمار کووید-۱۹ از طریق حمایت از آنها مقابله می‌کنند، و این بدان معنی است که آنها در مورد آنچه بیمار نیاز دارد، احساس می‌کند، فکر می‌کند و عمل می‌کند و تکنیک‌هایی را ارائه می‌دهند که به مقابله با اضطراب بیمار کمک می‌کند. همانطور که توسط برنت (۲۰۱۶) بیان شد، یک پزشک می‌تواند با حمایت و حضور بیماران به کاهش یا اجتناب از اضطراب آنها کمک کند. همه پرستاران بیماران خود را تشویق می‌کنند تا مشکلات خود را با آنها در میان بگذارند. به گفته دای و همکاران (۲۰۲۰) به اشتراک گذاشتن احساسات و نگرانی‌های بیمار با پرستاران می‌تواند به آنها کمک کند تا تشخیص دهند که آیا بیمار دچار اضطراب است یا خیر تا آن را حل کند [۳۰].

با بکارگیری مؤلفه‌های اصلی تاب‌آوری مانند اعتماد به نفس، خوش‌بینی، شایستگی شخصی، اعتماد به غرایز، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی هنگام قرار گرفتن در شرایط استرس‌زا مانند یک ضد ضربه عمل می‌کنند و اجازه بروز اضطراب را نمی‌دهند [۹]. لذا بیماران گروه مداخله از سطح تاب‌آوری نسبتاً بالایی بعد از انجام مداخله برخوردار بودند. در شرایط سخت زندگی همچون همه‌گیری کووید-۱۹، تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظ ضروری در برابر فشارهای زندگی عمل کرده و مانع از ایجاد پریشانی‌های روان‌شناختی همچون اضطراب غیرعملکردی می‌شود [۳۱].

پژوهش‌های مختلفی بر ارتباط معکوس اضطراب و ویروس کرونا با تاب‌آوری صحه گذاشته‌اند؛ به گونه‌ای که با افزایش تاب‌آوری، اضطراب و ویروس کرونا کاهش می‌یابد؛ همچنین، تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی اضطراب و ویروس کرونا است. دانیالی و اسکندری (۱۴۰۰) نشان دادند که تاب‌آوری با اضطراب و ویروس کرونا ارتباط معنادار داشته و با تدارک مداخلاتی در زمینه ارتقای تاب‌آوری، می‌توان به کاهش سطح اضطراب و ویروس کرونا در جامعه کمک کرد [۳۲]. مک‌گینس و پیترز (۱۹۹۹) دریافتند که مدل روابط بین فردی زمانی که پرستاران با بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند مولتیپل اسکلروزیس کار می‌کنند، راهنمای ایده‌آلی برای تمرین پرستاری است [۲۵].

در مطالعه منظری و همکاران (۱۳۹۲) برقراری ارتباط درمانی

## نتیجه گیری

بر اساس نتایج بدست آمده، مدل ارتباط درمانی مبتنی بر نظریه پیلاو در کاهش اضطراب ناشی از کرونا و افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به کووید-۱۹ موثر بود. انجام مداخلات آموزشی جهت استفاده بیماران مبتلا به بیماری های مزمن و مراقبین از روش ارتباط درمانی و همچنین کاربرد نتایج روش ارتباط درمانی مبتنی بر روش پیلاو جهت استفاده بحران ها و اپیدمی های پیش رو توصیه می شود.

## سیاسگزاری

در این مطالعه، نکات اخلاقی طبق پروتکل های اخلاقی کدهای اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی رعایت و کد اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی به شماره R.USWR.REC.1399.175 انجام شد. همچنین، فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش توسط همه شرکت کننده ها امضا شد. این تحقیق حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد روانپرستاری دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی می باشد. پس از ارادت خاضعانه به درگاه خداوند بی همتا بدینوسیله تیم تحقیق از کلیه مشارکت کنندگان در تحقیق، بیمارستان خاتم الانبیا (ع) شهر تهران، پرستاران و تمامی بیمارانی که بدون همکاری و حمایت آنها این تحقیق ممکن نبود، تشکر و قدردانی می نماید.

## References

1. Kaplan Harloud, S.G.J., Summary of Behavioral Psychology-Clinical Psychiatry, translated by Pourafkar Nusratullah, fourth edition, Tehran, Shahr-e-Ab Publications.
2. Finkelstein, F.O. and S.H. Finkelstein, Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. Nephrology Dialysis Transplantation, 2000. 15(12): p. 1911-1913. <https://doi.org/10.1093/ndt/15.12.1911>
3. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, W.C.d.I.W.H.O.c.M.p.A.f.
4. Asefzadeh S. Hospital asses. Tehran: Tehran University Publication; 1999. [Persian].
5. Black, J. and A. Shaw, Patient experience of emergency admission: How relevant is the British Governmental charter. Journal of Advanced Nursing, 1999. 19: p. 1212-22.
6. Moezi Dariush, R.N., (2011) Principles and methods of patient education, Mashhad, Sokhangstar Publications[Persia].
7. Quale, A.J. and A.-K. Schanke, Resilience in the face of coping with a severe

با بیمار شامل آشنا کردن بیمار با کادر درمانی بخش بستری و محیط و امکانات آن، صحبت کردن در مورد مشکل بیمار و احساسات وی، حرکت بیمار به سوی استقلال باعث رضایت بیماران از کیفیت خدمات پرستاری می شود. بر اساس نقش مشاوره ای که برای پرستاران در تئوری پیلاو ذکر شده است و به کارگیری مراحل ارتباط بین فردی اعتماد این بیماران را جلب کنند و باعث بهبود تصور از خود در آن ها شوند؛ زیرا عدم برقراری ارتباط مناسب با این بیماران می تواند باعث احساس طردشدگی و عدم تمایل به پیگیری درمان می شود. مشارکت بیمار باعث می شود که روند درمانی بیمار تسریع یابد و علاوه بر آن بیمار از لحاظ روحی و روانی احساس بهتری داشته باشد. به نظر می رسد کلید اصلی در این زمینه برقراری ارتباط مناسب جهت جلب همکاری بیماران و فعال نمودن نقش آن ها در روند درمانی و بهبودی می باشد که در این راه استفاده از تئوری ارتباط بین فردی پیلاو مؤثر می باشد. نتایج این مطالعه تجربی نشان داد که به کارگیری تئوری ارتباط بین فردی پیلاو در گروه های مختلف از بیماران هوشیار باعث پیامدهای مثبتی از قبیل اعتماد بیمار به پرستار و بیان مشکلات، کاهش استرس، افزایش رضایت مندی از خدمات ارائه شده می شود [۳۶].

- physical injury: a study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. Rehabilitation psychology, 2010. 55(1): p. 12. <https://doi.org/10.1037/a0018415>
8. Momeni, K., Zahra; Mohseni, Raja; Karami, Jahangir; Saeedi, Mojgan and Ahmadi, Seyed Mojtaba. Effectiveness of resilience training on reducing anxiety symptoms in adolescents with heart disease. Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences, 2015. 4(2): p. 112-9.
9. Markovitz, S.E., et al., Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. Psycho-oncology, 2015. 24(12): p. 1639-1645. <https://doi.org/10.1002/pon.3834>
10. Strauss, A.Y., Y. Kivity, and J.D. Huppert, Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. Behavior therapy, 2019. 50(3): p. 659-671. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.005>
11. Maleki F. [Headline]. Parastari Organization Magazine 2005; 11: 3. (Persian).
12. Moradi M, Goodarzi A. [The principle of

- communication in nursing]. Tehran: Fardanesh, 2000. (Persian).
13. Baillie, L., An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*, 2005. 13(1): p. 9-14. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2004.10.015>
14. Wainwright, N.W., et al., Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2007. 61(10): p. 871-876. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056275>
15. Penckofer, S., et al., Improving subject recruitment, retention, and participation in research through Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 2011. 24(2): p. 146-151. <https://doi.org/10.1177/0894318411399454>
16. Reed, P.G., The force of nursing theory-guided practice. *Nursing science quarterly*, 2006. 19(3): p. 225-225. <https://doi.org/10.1177/0894318406289489>
17. Andersen, C., et al., Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nordic journal of psychiatry*, 2017. 71(7): p. 525-528. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1346142>
18. Maqsodi, S.T.e.o.a.P.s.t.c.m.o.t.a.a.d.o.c.a.b.p., Master's thesis, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Faculty of Nursing and Midwifery. 2015.
19. Cacayan, E.B., et al., Nursing Therapy in Dealing with Anxiety of COVID-19 Patients Based on the Model of Interspersonal Relations of Hildegard Peplau. *Health Notions*, 2021. 5(07): p. 232-341.
20. Alishahi, B., EFFECTS OF PEPLAU'S THEORY OF INTERPERSONAL RELATIONS ON STRESS OF HEMODIALYSIS PATIENTS'. *Nursing And Midwifery Journal*, 2017. 15(1): p. 1-9.
21. Alipour, A., et al., Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 2020. 8(32): p. 163-175.
22. Connor, K.M. and J.R. Davidson, Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 2003. 18(2): p. 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
23. Samani, S., B. Jokar, and N. Sahragard, Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*, 2007. 13(3): p. 290-295.
24. Mohammadi, M.S.o.f.a.r.i.e.p.C.s.P.T.U.o.S.W.a.R.S.T.
25. McGuinness, S.D. and S. Peters, The diagnosis of multiple sclerosis: Peplau's Interpersonal Relations Model in practice. *Rehabilitation Nursing*, 1999. 24(1): p. 30-33. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1999.tb01828.x>
26. Rosenbluth, G., et al., Communicating effectively with hospitalized patients and families during the COVID-19 pandemic. *Journal of hospital medicine*, 2020. 15(7): p. 440-442. <https://doi.org/10.12788/jhm.3466>
27. Smith Y, Pharm B. Doctor-patient relationship. *news-medical.net*. 2019. Available from: <https://www.news-medical.net/health/DoctorPatient>.
28. Gustafson C. 7 Ways to provide excellent patient care to an anxious patient. *Travel Nursing.org* 2019. Available from <https://www.travelnursing.org/7-ways-to-provide-exceptional-patient>.
29. Turecki, G. and D.A. Brent, Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 2016. 387(10024): p. 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
30. Dai, L.-L., et al., Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. *Plos one*, 2020. 15(8): p. e0238416. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238416>
31. Ran, L., et al., Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 2020. 262: p. 113261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>
32. Daniali, M. and E. Eskandari, Predicting coronavirus anxiety based on resilience, cognitive emotion regulation strategies, and cyberchondria. 2022.
33. Manzari, Z.s., R. Meamarian, and Z. Vanaki, The Effect of Implementation Therapeutic Communication Plan based on Hilgard Peplau theory on Burned Patient's cooperation in caring and curing plans. *Journal of ethics and culture in nursing and midwifery*, 2014. 1(1): 35-46.
34. Ahmed, E.H.K., Nurses' knowledge Regarding Therapeutic Communication with Patients in Soba University Hospital, Khartoum State, Sudan (2016). 2016, University Of Gezira.
35. Des Derivanti, A., Wulandari, M. P., & Antoni, A. (2017). Study of the Effect of Family Communication and Therapeutic Communication on Anxiety ODHA. *WACANA, Jurnal Sosial dan Humaniora*, 20(2).
36. Hosieni, F., A. Ravari, and A. Akbari, The effect of communicating with patients using peplau model on patients' satisfaction with the provided nursing cares at the cardiac intensive care unit. *Iran Journal of Nursing*, 2017. 29(104): p. 36-45. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.104.36>