

تأثیر برنامه‌ی ارتباط درمانی بر شدت درد بیماران سوختگی

زهرا سادات منظری*، دکتر ربابه معماریان**، دکتر زهره ونکی**

نویسنده‌ی مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه پرستاری داخلی _ جراحی manzari57@yahoo.com

دریافت: ۸۵/۱/۲۸ پذیرش: ۸۵/۶/۶

چکیده

زمینه و هدف: درد بیمار دچار سوختگی تنها ناشی از آسیب سوختگی به مفاصل و بافت‌ها نیست بلکه شدت درد سوختگی متأثر از عوامل مختلفی است که برای کنترل درد نمی‌توان از کنار آن‌ها بی‌تفاوت گذشت. نتایج برخی مطالعات نشان‌گر آن است که کاربرد انواع روش‌های حمایتی می‌تواند از طریق کاهش ترس و اضطراب بیماران، بر شدت درد ناشی از سوختگی مؤثر باشد. از این رو مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی ارتباط درمانی بر شدت درد بیماران سوختگی در سال ۱۳۸۳ در مشهد انجام گرفت.

روش بررسی: در این پژوهش نیمه تجربی تعداد ۶۰ زن دچار سوختگی در دو گروه آزمون و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران گروه‌های آزمون و شاهد از نظر عوامل سن، عامل سوختگی، سطح سوختگی و... یکسان بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک و ابزار دیداری-خطی شدت درد بود. برای هر دو گروه یک بار در ابتدای مطالعه (۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از سوختگی) و سپس هر هفت روز یک بار به مدت یک ماه (به طور متوسط ۵ نوبت) بلافاصله پس از انجام پانسمان میزان درد سنجیده و در هر بار اندازه‌گیری نوع، مقدار و زمان تجویز داروی آرامبخش و ضد درد ثبت شد. برای گروه آزمون طی ۴ مرحله، ۷ تا ۱۲ جلسه‌ی (۲۰ تا ۴۵ دقیقه) ارتباط درمانی برگزار گردید. میزان درد بیماران در هر دو گروه در سه مرحله‌ی قبل (هفته اول)، حین (طی سه هفته) و بعد از مداخله (هفته‌ی چهارم) مورد سنجش و مقایسه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل یافته‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری من ویتنی و کای دو انجام شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج این مطالعه اختلاف معنی‌داری بین میزان درد بیماران دو گروه پس از مداخله مشاهده شد ($P=0/005$) به طوری که قبل از مطالعه ۳۶/۷ درصد از بیماران دارای درد شدید غیر قابل تحمل بودند و پس از مداخله هیچ یک از بیماران دارای این نوع درد نبودند. هم‌چنین تعداد بیماران دارای درد بسیار شدید (۳۶/۷ درصد) پس از مداخله به ۱۶/۷ درصد کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این تحقیق که نشان‌گر تأثیر به کارگیری برنامه‌ی ارتباط درمانی بر میزان و شدت درد بیماران سوختگی بود، پیشنهاد می‌گردد از این برنامه در مراقبت از بیماران سوختگی استفاده گردد. انجام تحقیقات بیشتر توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: درد، ارتباط درمانی، بیماران سوختگی

مقدمه

بر آن شستشوی زخم‌ها، پانسمان و فیزیوتراپی معمولاً به دنبال هم انجام می‌شوند که خود باعث افزایش شدت درد می‌گردد (۳). بیشترین زمان تجربه‌ی درد معمولاً طی اقدامات درمانی به خصوص تعویض پانسمان است (۴). در یک

درد ناشی از سوختگی بسیار شدید است و تا بهبودی کامل زخم سوختگی وجود دارد (۱)، دردی که نیازمند مقادیر بالایی از مخدر و گاه مقاوم به مخدر می‌باشد (۲). علاوه

* کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی ایران

** دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه تربیت مدرس

مکانیسم‌های از عهده برآیی منفی مانند انکار، اندوه و اجتناب در بیمار می‌شود، سازگاری وی را تقویت می‌کند و به همکاری هرچه بیشتر در فرایند درمان، مراقبت، بهبودی و در نهایت به ترخیص سریعتر و کاهش بروز عوارض مزمن منجر می‌شود (۹). حمایت عاطفی از بیماران سوختگی می‌تواند به روش‌های مختلف انجام گیرد. یکی از بهترین روش‌های حمایت عاطفی از این بیماران، ارایه فرصت به بیمار و خانواده‌ی وی جهت بیان نظرات، احساسات و عواطفشان به یک فرد حرفه‌ای مانند پرستار است تا با بیان این احساسات، فرایند آموزش به بیمار نیز با موفقیت بیشتری انجام شود (۱۰).

یکی از بهترین روش‌ها برای انجام حمایت عاطفی ارتباط درمانی است. برقراری ارتباط درمانی با بیماران دچار سوختگی نه تنها می‌تواند اضطراب آن‌ها را کاهش دهد، بلکه به بیماران در فهم و درک موقعیت کنونی، شرکت در فرایندهای مهم تصمیم‌گیری و مدیریت بهتر سلامتی، تمایل بیشتر برای رعایت موارد تجویز شده و ارتقای وضعیت جسمانی و روانی آنان کمک می‌کند. ۲۲ مقاله تحقیقی، پی‌آمدهای مثبت ارتباط درمانی بر وضعیت بالینی بیماران مانند کاهش درد، بهبودی بیماری، کاهش اضطراب، بهبود شرایط فیزیولوژیکی و عملکردی و تأثیر بر فشار خون و قند خون را گزارش کرده‌اند (۱۱). در یک مطالعه ۴۴ درصد افراد مبتلا به سوختگی گزارش کردند که نیاز دارند با فردی در مورد مشکلاتشان صحبت کنند. تمام این بیماران صحبت کردن با افراد تیم مراقبتی به خصوص پرستاران را بسیار موثر و کمک کننده ذکر کرده بودند (۱۲). در مجموع ماهیت درد در مبتلایان سوختگی به گونه‌ای است که بایستی جهت کنترل مطلوب آن به مسایل عاطفی و روانی موثر بر شدت درد، توجه ویژه‌ای مبذول شود. توجه به این نکته ضروری است که امروزه ارتباط درمانی روش توصیه شده‌ی ارتباطی پرستار - بیمار است و مربوط به یک بیمار خاص نیست، بلکه

بررسی در بیمارستان‌های نیویورک حدود ۸۲ درصد از بیماران هنگام تعویض پانسمان‌ها علیرغم دریافت ۸/۹ گرم مورفین وریدی، درد آن را غیر قابل تحمل ذکر کردند (۵). نکته‌ی قابل توجهی که محققین به آن پی‌برده‌اند آن است که درد بیمار سوخته، تنها ناشی از آسیب سوختگی به مفاصل و بافت‌ها نیست، بلکه شدت درد سوختگی متأثر از عوامل مختلفی است که به منظور کنترل درد و به دنبال آن افزایش همکاری بیمار، نمی‌توان از کنار آن‌ها بی‌تفاوت گذشت. یکی از این عوامل اثرات روانی سوختگی است که شدت درد را بیشتر و بیشتر می‌کند (۴). تحقیقات بسیاری در این خصوص انجام شده است که تمام آن‌ها نشان‌گر وجود ارتباط مستقیم و دو طرفه بین میزان درد مبتلایان به سوختگی و مشکلات روانی آنان مانند احساس ترس و اضطراب می‌باشد. به این معنی که درد شدید در مبتلایان به سوختگی باعث افزایش اضطراب و ترس آنان می‌گردد و به دنبال آن موجب افزایش شدت درد آن‌ها حین انجام اقدامات درمانی و مراقبتی می‌شود. در حقیقت عوامل روانی مانند اضطراب در مبتلایان به سوختگی، بخش عمده و مهمی از تجربه‌ی درد آن‌ها را تشکیل می‌دهد (۶).

در تحقیقی (۱۹۹۷) که بر روی ۳۱ بیمار سوخته انجام شد، ارتباط مستقیم بین شدت درد مبتلایان با افسردگی و اضطراب آن‌ها مشخص گردید (۷). در مطالعه‌ای که در آمریکا (۲۰۰۱) انجام شد، گزارش گردید که بیماران دچار سوختگی که سطح بالاتری از اضطراب را نشان می‌دادند، درد بیشتری را هنگام تعویض پانسمان‌ها متحمل شده و هم‌چنین قدرت از عهده برآیی آنان کمتر و کاهش عملکرد جسمانی و عاطفی بیشتری به خصوص بعد از ترخیص داشتند (۸). از سوی دیگر سایر مطالعات نشان داده‌اند که حمایت عاطفی و روانی بیمار باعث راحتی وی طی فرایندهای مراقبتی و اقدامات درمانی مانند تعویض پانسمان می‌گردد. علاوه بر آن حمایت عاطفی از بیمار باعث کاهش درد، استرس و کاهش بروز

استفاده از این روش در تمامی بخش‌ها و برای تمامی بیماران، توصیه می‌شود (۱۳)، اما با توجه به مشکلات خاص بیماران سوختگی، لزوم استفاده از این روش در پرستاری از این بیماران، ضروری‌تر به نظر می‌رسد. از این رو مطالعه‌ی حاضر به منظور تعیین تاثیر اجرای برنامه‌ی ارتباط درمانی (با در نظر گرفتن نیازهای عاطفی) بر میزان درد مبتلایان به سوختگی در مشهد در سال ۱۳۸۳ انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش به روش نیمه تجربی انجام شد. در این مطالعه، مداخله شامل برنامه‌ی ارتباط درمانی بر روی بیماران دچار سوختگی بود. نمونه‌ها به روش غیر تصادفی با توجه به مشخصات نمونه‌های پژوهش (خانم‌های مبتلا به سوختگی درجه‌ی دوم عمقی با سطح سوختگی بین ۱۵ تا ۴۵ درصد که پس از اورژانس وارد مرحله‌ی حاد شده باشند، سن ۱۵ تا ۶۰ سال، قادر به تکلم و برقراری ارتباط، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن) از بخش سوختگی زنان بیمارستان امام رضا(ع) مشهد انتخاب شدند و در نهایت ۳۰ بیمار در گروه شاهد و ۳۰ بیمار در گروه آزمون قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، ابزار دیداری خطی تعیین میزان درد بود که بین صفر تا ۱۰ درجه بندی شده است و در آن درجه‌ی صفر نشانه‌ی عدم درد و درجه‌ی ۱۰ نشانه‌ی درد غیر قابل تحمل می‌باشد. ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی نمونه‌ها در پی‌گیری برنامه‌ی ارتباط درمانی و همچنین تاثیر حالات روحی- روانی در پاسخ‌گویی به درد از متغیرهایی هستند که در این پژوهش قابل کنترل نبودند. ابتدا پرسش‌نامه‌ی خصوصیات دموگرافیک بیماران در هر دو گروه شاهد و مورد توسط آنان تکمیل شد. میزان درد هر بیمار بلافاصله بعد از انجام پانسمان (در فاصله‌ی ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از سوختگی) سنجیده شد. پس از آن پژوهشگر به اجرای

برنامه‌ی ارتباط درمانی با هر بیمار پرداخت. برنامه‌ی ارتباط درمانی طراحی شده در این پژوهش، بر اساس اصول زمینه‌ای ارتباط درمانی در تئوری پیلاو (Peplau) تهیه شده بود (۱۴). در مرحله‌ی اول برنامه‌ی ارتباط درمانی (مرحله‌ی آشنایی)، پژوهشگر پس از کسب رضایت آگاهانه به روشن ساختن انتظارات بیماران از تیم مراقبتی پرداخت و با این سوال که بیمار فکر می‌کند پزشکان و پرستاران چه کمکی می‌توانند برای وی انجام دهند، انتظارات بیمار را از تیم درمانی - مراقبتی مشخص نمود. پس از مشخص شدن انتظارات بیماران، پژوهشگر به اقدامات تیم مراقبتی جهت بهبود بیمار به طور خلاصه اشاره کرد و به صورت ساده و مختصر درباره‌ی چگونگی سیر درمان و مراقبت از زخم سوختگی و ... برای هر بیمار توضیحاتی ارائه نمود. در انتهای جلسه مطالب مرور و زمان و مکان جلسه‌ی بعدی ملاقات با توافق بیمار تعیین شد. تعداد جلساتی که برای بیماران در این مرحله برگزار شد، در اکثر موارد یک جلسه و در بعضی موارد دو جلسه بود. مدت زمان هر جلسه ۲۵ تا ۳۵ دقیقه و زمان اجرای اولین جلسه یک ساعت بعد از تعویض پانسمان‌ها (۱۱ صبح) بود. در جلسه بعدی (شروع مرحله‌ی دوم ارتباط درمانی - مرحله‌ی کشف هویت‌ها)، اطلاعات جسمی و روانی هر بیمار جمع‌آوری شد. سپس با پرسیدن سوالاتی مانند «در حال حاضر چه مسائلی بیشتر از همه باعث نگرانی و اضطراب شما شده است؟»، مایلی درباره چه مسائلی با هم صحبت کنیم؟» و..... احساسات یا ترس‌های بیماران آشکار شد. در این مرحله بیمار به صحبت کردن پیرامون مسائل و مشکلات خود تشویق و از او خواسته شد تمامی سوالات و ابهامات خود را با پژوهشگر در میان گذارد، به علاوه به همه‌ی سوالات بیماران پاسخ داده شد. این مرحله ۲ تا ۳ جلسه (۳۰ تا ۴۰ دقیقه‌ای) به طول انجامید. در مرحله‌ی بعد (آشنایی فعال یا بهره برداری) برنامه‌ریزی مراقبتی با توجه به مشکلات هر بیمار انجام و با توجه به حضور خانواده به

یافته‌ها

در این مطالعه بیماران در دو گروه آزمون و شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. آزمون کای دو اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر متغیرهای سن، سواد، وضعیت تأهل، شغل، محل سکونت، درآمد، عامل سوختگی، سطح سوختگی، علت و محل سوختگی و هم‌چنین نوع سیستم حمایتی نشان نداد. نتایج نشان داد اکثر بیماران در محدوده‌ی سنی ۲۶ تا ۳۵ سال قرار داشته و دارای تحصیلات زیر دیپلم، متأهل و خانه‌دار با درآمد اقتصادی بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار تومان بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران سوختگی در دو گروه آزمون و شاهد بر حسب شدت درد قبل از مداخله (هفته‌ی اول)، مشهد ۱۳۸۳

شدت درد (امتیاز)	گروه	شاهد	آزمون
ضعیف (۱،۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
متوسط (۳-۵)	۳ (۱۰)*	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)
شدید (۶،۷)	۸ (۲۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	۷ (۲۳/۳)
بسیار شدید (۸،۹)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)
غیر قابل تحمل (۱۰)	۸ (۲۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)
جمع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

سیستم حمایتی در اکثر بیماران تحت مطالعه خانواده، همسر، اقوام و دوستان بود. اکثر بیماران به علت حادثه دچار سوختگی با سطح ۲۶ تا ۳۵ درصد شده بودند. بیشترین عامل سوختگی، نفت و شایع‌ترین نواحی سوختگی، سر و گردن و دست‌ها بودند. قبل از مداخله اکثر بیماران گروه شاهد دارای درد بسیار شدید و بیماران گروه آزمون دارای درد بسیار شدید و غیر قابل تحمل بودند (جدول ۱). آزمون آماری من‌ویتنی اختلاف معنی‌دار آماری بین شدت درد در مرحله‌ی قبل از مداخله، بین دو گروه شاهد و آزمون نشان نداد.

مرحله‌ی اجرا درآمد. در این مرحله برای هر بیمار به طور متوسط ۳ تا ۴ جلسه برگزار گردید. در مرحله‌ی بعدی (مرحله‌ی اختتام و ارزشیابی)، ضمن نظارت بر اجرای راه حل‌ها، به تدریج جلسات ملاقات با بیمار کم شد و به جای هر روز یا یک روز در میان، جلسات بعدی با فاصله‌ی ۴ تا ۵ روز یک بار برگزار شد (به دلیل به کارگیری مراقبت‌های برنامه‌ریزی شده توسط بیماران و خانواده‌های آنان، ۲ تا ۳ جلسه قبل از شروع مرحله‌ی اختتام و ارزشیابی، درباره‌ی زمان اختتام جلسات اطلاع داده شد). در مرحله‌ی اختتام جنبه‌های مثبت و منفی برنامه از دیدگاه بیمار و خانواده‌ی او ارزیابی و میزان دستیابی بیمار به اهداف تعیین شده مشخص و ارزشیابی شد. مرحله‌ی اختتام طی ۲ تا ۳ جلسه‌ی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه‌ای انجام شد.

تعداد کل جلسات ارتباط درمانی برگزار شده ۷ تا ۱۲ جلسه بود. مدت زمان هر جلسه با توجه به موقعیت و نیاز بیمار ۲۰ تا 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 می‌شد. در تمامی جلسات پژوهشگر در ارتباط با بیمار، از مهارت‌های کلامی و غیرکلامی ارتباط درمانی استفاده می‌کرد و جهت اطمینان از کاربرد صحیح مهارت‌های ارتباط درمانی از ابزار خود کنترلی طراحی شده برای برنامه‌ی ارتباط درمانی در هر جلسه استفاده می‌شد. برای هر دو گروه مورد و شاهد یک بار در ابتدای مطالعه (۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از شروع سوختگی) و سپس هر هفت روز یک بار به مدت یک ماه (به طور متوسط ۵ نوبت در مدت پژوهش) بلافاصله بعد از انجام پانسمان میزان درد هر یک از بیماران سنجیده شد و در هر بار اندازه‌گیری نوع، مقدار و زمان تجویز داروی آرامبخش و ضد درد ثبت شد. نتایج گروه شاهد و آزمون با استفاده از آزمون‌های من‌ویتنی و کای دو و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران سوختگی در دو گروه آزمون و شاهد بر حسب شدت درد حین مداخله (طی ۳ هفته)، مشهد ۱۳۸۳

شدت درد (امتیاز)	گروه	شاهد	آزمون
ضعیف (۱،۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
متوسط (۳-۵)	۱ (۳/۳)*	۱۱ (۳۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)
شدید (۶،۷)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)
بسیار شدید (۸،۹)	۱۴ (۴۶/۷)	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)
غیر قابل تحمل (۱۰)	۵ (۱۶/۷)	۳ (۱۰۰)	۳ (۱۰۰)
جمع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

در مرحله‌ی حین مداخله اکثر بیماران گروه شاهد دارای درد بسیار شدید و گروه آزمون دارای درد متوسط بودند (جدول ۲) ($P=0/0003$). پس از مداخله اکثر بیماران گروه شاهد درد شدید و گروه آزمون درد متوسط داشتند (جدول ۳) که این اختلاف از نظر آماری معنی‌داری بود ($P=0/005$).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی بیماران سوختگی در دو گروه آزمون و شاهد بر حسب شدت درد بعد از مداخله (هفته چهارم)، مشهد ۱۳۸۳

شدت درد (امتیاز)	گروه	شاهد	آزمون
ضعیف (۱،۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
متوسط (۳-۵)	۶ (۲۰)	۱۳ (۴۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)
شدید (۶،۷)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)
بسیار شدید (۸،۹)	۸ (۲۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	۵ (۱۶/۷)
غیر قابل تحمل (۱۰)	۶ (۲۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
جمع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، اکثر بیماران در هر دو گروه شاهد و آزمون در مرحله‌ی قبل از مداخله درد بسیار شدیدی

را گزارش کردند. در حالی‌که در گروه آزمون شدت درد در مرحله‌ی حین و پس از مداخله نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری نشان داد. این یافته بیان‌گر آن است که برای کنترل مؤثر درد بیماران سوختگی باید به مسائل و مشکلات خاص این بیماران نظیر اضطراب، ترس و ... توجه شود. در تحقیقی که در انگلستان (۲۰۰۱) انجام شد، مشخص گردید مبتلایان به سوختگی برخلاف مبتلایان به بیماری‌های غیر سوختگی و حتی تهدید کننده‌ی حیات، صدمات عاطفی را بلافاصله بعد از وقوع سوختگی ($P=0/008$) تجربه می‌کنند. نتایج این مطالعه نشان داد شیوع اضطراب ناشی از درد، سندرم استرس پس از حادثه و افسردگی در مبتلایان به سوختگی بیشتر از مبتلایان به بیماری‌های دیگر و حتی بیماری‌های بدخیم می‌باشد (۱۲). نتایج این مطالعه در راستای نتایج سایر مطالعات نشان داد که حمایت روانی و عاطفی از بیماران دچار سوختگی موجب کاهش درد آن‌ها طی اقدامات درمانی نظیر تعویض پانسمان می‌شود. نتایج مطالعه‌ای در بلژیک (۲۰۰۱) تحت عنوان «دیدگاه‌های روان‌شناختی طی پانسمان بیماران سوختگی»، نشان داد که حمایت روان‌شناختی از بیمار سوختگی تأثیر چشمگیری در کاهش میزان درد و اضطراب این بیماران دارد (۹). در مطالعه‌ی دیگری (۲۰۰۰) که بر روی ۷۰۳ بیمار مبتلا به سوختگی با عنوان «یک برنامه‌ی پایش درد برای پرستاران: تأثیر ارتباط، ارزیابی و ثبت» انجام شد، مشخص گردید که یکی از تکنیک‌های مؤثر کاهش درد بیماران سوختگی ($P=0/001$) ارتباط درمانی پرستار با بیمار درباره‌ی درد وی می‌باشد (۱۵). هم‌چنین در مطالعه‌ای (۲۰۰۳) که بر روی ۳۰۰ بیمار مبتلا به سوختگی انجام شد، حمایت از بیمار سوختگی و افزایش اطلاعات وی از طریق برقراری ارتباط مناسب با بیمار، به عنوان یکی از استراتژی‌های مهم کاهش اضطراب بیماران مطرح شد (۱۶). به نظر می‌رسد توجه به عوامل تشدید کننده‌ی درد بیماران سوختگی، به خصوص ترس و اضطراب ناشی از درد

مثبت خواهد داشت. بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، اجرای برنامه‌ی ارتباط درمانی با بیمار سوختگی باعث کاهش درد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از راهنمایی‌های ارزنده آقای دکتر صدیقی، آقای دکتر آزاد فلاح و همکاری پرسنل بخش سوختگی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد به خصوص سرکار خانم ابریشم که در مراحل اجرایی این مطالعه همکاری نموده اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

آنها هنگام تعویض پانسمان و نیز حمایت عاطفی از این بیماران و درگیر کردن آنها در امر مراقبت از خود از طریق برقراری ارتباط درمانی مناسب با بیمار، از علل کاهش شدت درد بیماران در مطالعه‌ی حاضر می‌باشند.

نتیجه‌گیری

کاهش میزان درد بیماران سوختگی در گروه آزمون تاییدی است بر اهمیت ارتباط بین پرستار و بیمار دچار سوختگی، به گونه‌ای که اگر این ارتباط به صورت هدفمند و مشاوره‌ای (درمانی) صورت پذیرد بر شدت درد بیمار تاثیر

منابع

- 1- Hoffman HG, Patterson DR, Carrougner GJ. Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn pain during physical therapy. *Clin J Pain*. 2000; 16 (3): 244-50.
- 2- Klein R. Severe background and procedural burn pain: develop a pain control plan. *Drug Ther Perspective*. 2002; 17 (20): 5-8.
- 3- Fauerbach JA, Lawrence JW. Coping with the stress of a painfull medical procedure. *Behav Res Ther*. 2002; 40 (9): 1003-15.
- 4- Rhonda R, Villarreal C, Walter J, et al. Anxiety: current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. *Burns*. 2000; 26 (6): 459-52.
- 5- Jonsson CE, Holmsten A, Dahlstrom L, et al. Background pain in burn patients: routine measurement and recording of pain intensity in a burn unit. *Burns*. 1998; 24 (25): 448-54.
- 6- Taal LA, Faber AW. Burn injuries pain and distress: exploring the role of stress symptomalogy. *Burns*. 1997; 23(4): 228-90.
- 7- Fitzgeraid J. An expletory study of pain, coping and depressed mood following burn injury. *J Pain Symptom Manage*. 1997; 13 (3): 148-57.
- 8- Aaron LA, Patterson DR, Finch CP, et al. The utility of a burn specific measure of pain anxiety to prospective predict pain and function: a comparative analysis. *Burns*. 2001; 27: 329-34.
- 9- Fernay C, Faymonville E, Devlieger S, et al. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*. 2001; 27: 793-9.
- 10- Wiechman SA. The management of self-inflicted burn injuries and disruptive behavior for patients with borderline personality disorder. *J Burn Care Rehabil*. 2000; 21 (4): 307-17.
- 11- Stewar M, Boon H. Patient-physician communication assessment instruments. *Patient Edu Counseling*. 1998; 35: 161-76.

- 12-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: 801-7.
- 13- Wachtel P. Therapeutic communication: principles and effective practice. **J Adv Nurs**. 2003; 30: 1073-9.
- 14-Arnold E, Boggs K. **Interpersonal Relationship: Professional Communication Skill for Nurses**. 2nd ed. USA: Saunders Company; 1995, 403-513.
- 15-Marlies DEJ, Rianne D, Vandam F. A pain monitoring program for nurses, effect on communication, assessment and documentation of patient. **Pain**. 2000; 20: 428-39.
- 16-Moser D, Misok L. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment. **Intens Crit Care Nurs**. 2003; 19 (3): 276-88.