

بررسی ارتباط بین اضطراب قبل از اقدامات مراقبتی و درد پس از آن در بیماران مبتلا به سوختگی

پژوهشگران: مریم دهقانی^۱، حمیده حکیمی^{۲*}، سمیه موسی زاده^۳، ژاله زینالی^۴، صدیقه صمیمیان^۵

(۱) گروه پرستاری (اطفال)، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

(۲) گروه پرستاری (اطفال)، مربی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان، لاهیجان، ایران

(۳) دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه الزهرا، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

(۴) کارشناس ارشد پرستاری (اطفال)، بیمارستان شهید مطهری، ارومیه، ایران

(۵) کارشناس ارشد پرستاری (مراقبت‌های ویژه)، مرکز تحقیقات ارتوپدی بیمارستان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۵/۹

چکیده

مقدمه: پانسمان و دبریدمان روزانه یکی از مراقبت‌های روزانه بیماران مبتلا به سوختگی می‌باشد، این مراقبت به علت آسیب دیدگی پوست بیمار می‌تواند با اضطراب همراه باشد. علاوه بر اضطراب بیمار به علت قرار گرفتن در یک موقعیت دردناک، تجربه درد نیز می‌تواند با بروز یا تشدید اضطراب همراه باشد. مجموعه این شرایط می‌تواند عملکرد جسمی و روانی این بیماران را تحت تاثیر قرار دهد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب قبل از اقدامات مراقبتی و درد پس از آن در بیماران مبتلا به سوختگی انجام شده است.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۶۱ بیمار مبتلا به سوختگی بستری در بیمارستان ولایت شهر رشت در سال ۱۳۹۰ انجام شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، مقیاس دیداری - خطی شدت درد و مقیاس اضطراب درد مخصوص سوختگی استفاده شد. اطلاعات بدست آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (برآورد فراوانی، درصد، محاسبه میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین نمره اضطراب ناشی از درد قبل از پانسمان $43/44 \pm 8/17$ و درد بعد از پانسمان $5/88 \pm 2/69$ بود و بین اضطراب ناشی از درد و شدت درد ارتباط آماری معنی‌دار مثبت مشاهده شد ($r = 0/455$ ، $p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: اضطراب ناشی از درد قبل از انجام تعویض پانسمان با شدت درد بعد از انجام پانسمان ارتباط دارد و پرستار باید جهت کنترل هرچه بهتر درد بیمار، اضطراب او را کاهش دهد و از پیامدهای جسمی و روانی ناشی از درد پانسمان بکاهد.

کلید واژه‌ها: درد، اضطراب، سوختگی

مقدمه

است که درمان درد اولین اولویت در ارضای نیازهای فیزیولوژیک بشر است. مجمع بین‌المللی پرستاران نیز تسکین درد و رنج بیماران را یکی از پنج مرحله مهم مسئولیت‌های پرستاری ذکر می‌کند (۷). درد سوختگی در نتیجه آسیب پوستی و مداخلات درمانی ایجاد می‌شود (۸)، به طوری که مراقبت‌های پس از سوختگی اغلب دردناکتر از ترومای اولیه می‌باشند (۹). صدمات سوختگی و اجرای اقدامات درمانی، شستشوی زخم‌ها، پانسمان و فیزیوتراپی، برش‌های جراحی و پیوند پوست باعث ایجاد شدیدترین و طولانی‌ترین دردها در بیماران می‌شوند (۱۰، ۱۱). درد شدید هنگام تعویض پانسمان باعث عوارضی از قبیل زخم معده و آثار بد روحی و روانی در بیماران می‌شود، حتی بیمار دچار

سوختگی آغاز یک فاجعه برای شخص، خانواده و جامعه است (۲، ۱). مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده در مراکز مختلف سوختگی در ایران و سایر کشورها نشان می‌دهد که این حادثه ۱۲-۵ درصد از تروماهای دنیا را تشکیل می‌دهد (۳) و خسارات مالی و جانی قابل توجهی برای بیماران و خانواده‌های آنها در جوامع مختلف به همراه دارد (۵، ۴). که باعث مرگ و میر، درد، ناتوانی، مشکلات جسمی، روحی و از کار افتادگی می‌شود (۳). اما نکته مورد توجه این است که سوختگی با درد شدید همراه بوده و امروزه کنترل درد جزء مهمی از مراقبت تلقی می‌شود و انجمن درد آمریکا عبارت "درد، پنجمین علامت حیاتی" را برای تأکید بر اهمیت آن بکار می‌برد (۶). مازلو نیز معتقد

و مقابله غیر مؤثر روانی و عدم همکاری بیمار با درمان را به دنبال خواهد داشت (۱۶). بر این اساس مدیریت قاطعانه اضطراب ناشی از درد قبل، حین و بعد از مداخلات درمانی مانند پانسمان اهمیت ویژه‌ای می‌یابد (۱۷). در همین رابطه نتایج پژوهش آرن (Aaron) و همکاران در آمریکا نشان داد، بیماران مبتلا به سوختگی که سطح اضطراب آنان بالا بود، درد بیشتری هنگام اقدامات درمانی نظیر تعویض پانسمان متحمل شده‌اند و کاهش عملکرد جسمانی و عاطفی بیشتری را به خصوص بعد از ترخیص نشان دادند (۱۸). هم چنین مطالعه لونسار (Loncar) در خصوص ارتباط متقابل بین اضطراب، افسردگی و درد بیماران سوخته در ۷۰ بیمار مبتلا به سوختگی شدید (دو هفته بعد از سانحه) نشان داد که اغلب بیماران بطور بیمارگونه‌ای از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند. سطوح بالای اضطراب و افسردگی با نمره‌های بالای درد مرتبط بود (۱۹). اما نتایج پژوهش ادوارد (Edwards) و همکاران با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب و افسردگی ناشی از سوختگی شدید با درد نشان داد افسردگی مهمترین پیش‌بینی کننده افزایش درد و اختلال عملکرد جسمانی می‌باشد در حالی که اضطراب مهمترین پیش‌بینی کننده‌ی خستگی است (۲۰). بنابراین با توجه به موارد فوق ماهیت درد در بیماران مبتلا به سوختگی به گونه‌ای است که بایستی جهت کنترل مطلوب آن به مسائل عاطفی و روانی مؤثر بر شدت درد توجه ویژه‌ای شود، این در حالی است که پرستاران در موقعیت ایده آلی برای بررسی و مدیریت مؤثر اضطراب ناشی از درد بیماران مبتلا به سوختگی قرار دارند و گوش کردن به نگرانی‌ها، بررسی شدت درد و سطوح نگرانی، برنامه‌ریزی روش‌های تسکین درد و اضطراب نظیر روش‌های غیردارویی و ارزشیابی این فرایند برای کمک به ایجاد نتایج مثبت، از وظایف پرستاری است. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب قبل از اقدامات مراقبتی و درد پس از آن در بیماران مبتلا به سوختگی در مرکز پژوهشی- درمانی ولایت شهر رشت در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی است. جامعه

ضعف و افت فشار خون، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و شوک می‌گردد (۱۲). تحقیقات نشان می‌دهد که درد بیماران مبتلا به سوختگی تنها ناشی از آسیب‌های سوختگی نیست، بلکه متأثر از عوامل مختلفی از جمله اثرات روانی سوختگی است که شدت درد را بیشتر می‌کند. بیماران مبتلا به سوختگی که باید اقدامات درمانی دردناک را تحمل کنند، اغلب درجه بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند (۱۳). اضطراب وضعیتی است که بر روی عواطف تأثیر می‌گذارد، بگونه‌ای که افراد احساس می‌کنند توسط موقعیتی خارج از کنترل آنان مورد تهدید قرار گرفته‌اند. این شرایط منجر به تظاهراتی مانند ترس از مرگ، معلولیت و محدودیت در زندگی روزمره می‌شود که نشان می‌دهد فرد، پاسخ‌های موقت حاصل از یک وضعیت جدید و احتمالاً نامشخص را مورد قضاوت قرار داده است (۱۰). ارتباط دوطرفه‌ای بین درد بیماران مبتلا به سوختگی و مشکلات روانی آنان مانند اضطراب و ترس وجود دارد. بدین معنی که درد شدید باعث افزایش اضطراب و ترس و به دنبال آن موجب افزایش شدت درد بیماران سوختگی زمان انجام اقدامات درمانی و مراقبتی می‌شود. اضطراب نه تنها از طریق افزایش شدت درد باعث تخریب عملکرد جسمانی بیمار مبتلا به سوختگی می‌شود، بلکه عامل تهدید کننده مهمی در فرایند ترمیم زخم‌های سوختگی است، چرا که از طریق سایکولوژیکی و فیزیولوژیکی به صورت یک فاکتور بالقوه در پدیده ترمیم زخم تأثیر دارد. در حقیقت عوامل روانی مانند اضطراب، پاسخ شایع افراد بعد از ترومای جسمی و عاطفی است که به میزان زیادی در مبتلایان به سوختگی گزارش شده است و بخش عمده و مهمی از تجربه درد بیماران مبتلا به سوختگی را تشکیل می‌دهد، اما یافته‌ها در این زمینه متناقض می‌باشند (۱۵، ۱۴). عمده ترین شکل اضطراب در بیماران سوختگی، اضطراب ناشی از درد است که با احساسی از ترس و پیش‌بینی درد حاصل از اقدامات دردناک، آغاز و سریعاً منتشر می‌شود و غالباً قبل، حین و بعد از اقدامات دردناک مانند تعویض پانسمان نمایان می‌شود (۱۴) چنانچه این اضطراب درمان نشود، به شکل ترس، محرومیت از خواب، افسردگی و ناتوانی، آشکار شده

تال (Taal) و فابری (Faber) (۱۹۹۷) طراحی و معتبر گردیده که ضریب آلفای گزارش شده برای این ابزار ۰/۹۰ می‌باشد (۱۴) نجفی و همکارانش نیز به بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در نمونه‌های ایرانی پرداخته است که نتایج آلفا کرونباخ آن ۰/۹۶ بوده است (۲۲).

شدت درد اقدامات درمانی نظیر پانسمن، دبرید و استحمام توسط مقیاس آنالوگ دیداری (VAS) مورد بررسی قرار گرفت که یک خط ۱۰ سانتی متری و ۱۱ شماره‌ای با محدوده کاملاً مشخص است که عدد صفر یا نقطه آغاز آن نشانه "بی دردی" و عدد ۱۰ نشانگر "درد غیر قابل تحمل" بود. از نمونه‌ها خواسته شد تا بر نقطه‌ای از خط که منطبق با شدت درد ایشان بود علامت گذارند یا مقدار عددی آن را به پژوهشگر بگویند. این ابزار به طور گسترده‌ای به کار برده شده و روایی و پایایی آن در درد حاد به اثبات رسیده است (۱۱).

جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه‌ها در این پژوهش از اعتبار محتوی استفاده شد، بدین صورت که پس از تهیه ابزار محقق ساخته مشخصات دموگرافیک با بررسی مقالات مرتبط و پژوهش‌های مشابه، این ابزار در اختیار ده تن از متخصصان پرستاری گرفت و پس از جمع آوری پیشنهادات و انجام اصلاحات لازم، پرسشنامه‌های نهایی اصلاح و تنظیم گردید.

جهت گرد آوری داده‌ها، پژوهشگر پس از کسب اجازه از مقامات مسئول وارد بخش‌های مختلف بیمارستان ولایت شده و بر اساس معیارهای ورود، بیماران را از لیست دفتر پذیرش انتخاب نموده و با کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه از افراد شرکت کننده و توضیح اهداف پژوهش و اهمیت آن، دادن حق انتخاب به واحدهای مورد پژوهش جهت شرکت در مطالعه، اطمینان دادن به آنها درباره محرمانه ماندن اطلاعات اخذ شده و قرار دادن نتایج پژوهش در اختیار مرکز درمانی در صورت درخواست آنها، اقدام به نمونه‌گیری نمود. بعد از انتخاب نمونه‌ها، ابتدا اطلاعات دموگرافیک تکمیل گردید که گزینه‌ی مربوط به درجه سوختگی از طریق پرونده پزشکی بیمار کسب شد. در مرحله بعد بلافاصله قبل از انجام اقدامات مراقبتی نظیر

پژوهش شامل کلیه بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به سوختگی بستری در بیمارستان سوانج و سوختگی ولایت شهر رشت در سال ۱۳۹۰ بود. برآورد حجم نمونه با استناد به نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۰)، با در نظر گرفتن متغیر اضطراب درد بعد از مداخله و پانسمن، با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۶۱ بیمار محاسبه گردید که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

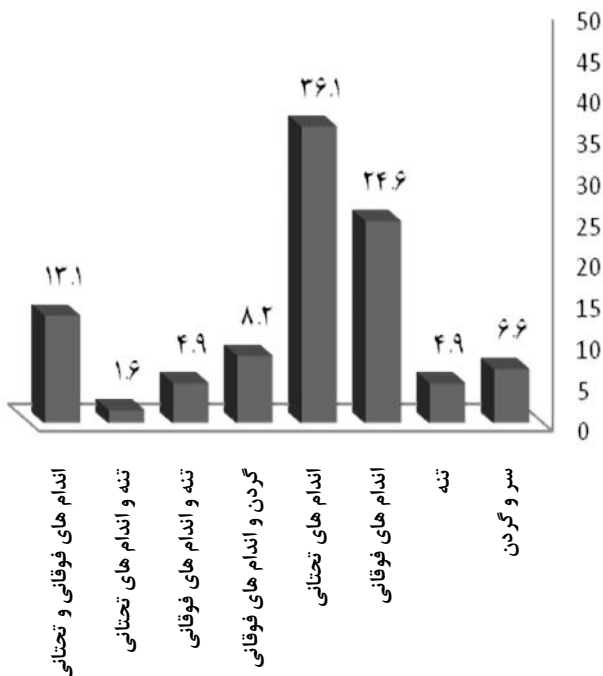
معیارهای ورود به مطالعه شامل، داشتن سن بالای ۱۸ سال، داشتن تعویض روزانه پانسمن، دبرید و استحمام، زخم درجه ۲ یا ۳ و توانایی تکلم و درک زبان فارسی و معیار خروج از مطالعه ابتلا به بیماریهای اعصاب و روان، معلولیت جسمی (بینایی و شنوایی) و مصرف داروهای ضد اضطراب بود.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، شغل، محل سکونت، درآمد ماهانه، سابقه سوختگی، درجه سوختگی، درصد سوختگی، ناحیه سوختگی و عامل سوختگی)، پرسشنامه اضطراب درد مخصوص سوختگی (سوختگی)، پرسشنامه اضطراب درد مخصوص سوختگی (BSPAS) Burn Specific Pain Anxiety Scale و ابزار دیداری-خطی درد (Visual Analogue Scale) (VAS) بود. در این مطالعه، از شکل خلاصه شده مقیاس اضطراب درد مخصوص سوختگی استفاده شد که شامل ۵ گویه است. از مددجویان خواسته می‌شد تا پاسخ خود را نسبت به هر گویه بر روی مقیاس مقایسه‌ای دیداری-خطی درد (Visual Analogue Scale) (VAS) ۰ تا ۱۰ در محدوده "به هیچ وجه = ۰" تا "بدترین حالت قابل تصور یا زیاد = ۱۰" مشخص کنند، میانگین نمرات ۵ گویه که بر روی VAS علامت گذاری شده بود، نمره نهایی اضطراب درد را مشخص می‌کرد. حداقل و حداکثر نمره‌ی این مقیاس ۰ و ۵۰ می‌باشد، که نمره بالاتر از میانگین نشان دهنده‌ی اضطراب بالای ناشی از پروسه‌ی جراحی دردناک است (۲۲، ۲۱، ۱۴). این مقیاس تنها ابزاری است که اضطراب درد را در بیماران مبتلا به سوختگی می‌سنجد و یک ابزار استاندارد است که برای اولین بار توسط

جدول شماره ۱: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب شدت درد

شاخص آماری	تعداد	درصد
شدت درد		
ضعیف (۱ و ۲)	۹	۱۴/۸
متوسط (۳-۵)	۲۸	۴۵/۹
شدید (۶ و ۷)	۱۰	۱۶/۴
بسیار شدید (۸ و ۹)	۰	۰
غیر قابل تحمل (۱۰)	۱۴	۲۳
جمع	۶۱	۱۰۰
میانگین و انحراف معیار	۵/۸۸±۲/۶۹	

میانگین نمره اضطراب ناشی از درد قبل از اقدامات درمانی دردناک $۴۳/۴۴ \pm ۸/۱۷$ بود بطوریکه حداقل نمره ۱۷ و حداکثر نمره ۵۰ بود. تحلیل داده‌های آماری بر اساس ضریب همبستگی پیرسون بین میزان شدت درد و اضطراب ناشی از درد، ارتباط آماری معنادار مثبت نشان داد ($p < ۰/۰۰۱$)، ($r = ۰/۴۵۵$).



نمودار شماره ۱: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب ناحیه سوختگی

تعویض پانسمان، دبریدمان و استحمام پرسشنامه اضطراب درد BSPAS برای تمامی نمونه‌ها توسط پژوهشگر خوانده می‌شد و آنها پاسخ خود را روی VAS یا علامت می‌زند و یا مقدار عددی آن را به پژوهشگر می‌گفتند و بلافاصله قبل و بعد از اقدامات مراقبتی، پرسشنامه دیداری-خطی درد (VAS) به بیمار نشان داده می‌شد و او میزان درد خود را گزینه‌ای بین ۰ تا ۱۰ انتخاب می‌کرد. در این پژوهش درد بیماران بصورت، درد خفیف (۱ و ۲)، متوسط (۳-۵)، شدید (۶ و ۷)، بسیار شدید (۸ و ۹) و غیر قابل تحمل (۱۰) رتبه بندی شد و در نهایت جهت ارتباط سنجی با متغیر اضطراب از مقدار کمی آن استفاده شد.

اطلاعات تحت نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و با کمک شاخص‌های آمار توصیفی (برآورد فراوانی، درصد، محاسبه میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون) در سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

یافته‌های مطالعه بیانگر آن است که میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $۳۵/۶۹ \pm ۱۴/۳۲$ سال بود. $۵۷/۴$ درصد مذکر، $۴۷/۵$ درصد با میزان تحصیلات زیر دیپلم، $۲۷/۹$ درصد خانه‌دار، $۵۷/۴$ درصد ساکن شهر، $۵۴/۱$ درصد با متوسط درآمد بین ۵۰۰-۲۰۰ هزار تومان، $۶۰/۷$ درصد با درجه سوختگی ۲ و $۹۱/۸$ درصد بدون سابقه سوختگی بودند. همچنین $۹۶/۷$ درصد بیماران بصورت غیر عمدی دچار سوختگی شده و میانگین و انحراف معیار درصد سوختگی $۱۱/۰۵ \pm ۱۰/۶۸$ بود. در رابطه با محل سوختگی بیشترین و کمترین درصد به ترتیب مربوط به سوختگی اندام‌های تحتانی ($۳۶/۱$) و سوختگی تنه به همراه اندام‌های تحتانی ($۱/۶$) بود (نمودار شماره ۱).

از نظر عامل سوختگی بیشترین درصد آتش ($۵۰/۸$) و کمترین درصد ($۱/۶$) سوختگی با قیر بود.

نتایج نشان داد میانگین نمره شدت درد قبل و بعد از اقدامات مراقبتی به ترتیب $۳/۷۰ \pm ۱/۳۸$ و $۵/۸۸ \pm ۲/۶۹$ بود و اکثریت واحدهای مورد پژوهش ($۴۵/۹$) بعد از اقدامات مراقبتی درد متوسط (۳-۵) داشتند (جدول شماره ۱).

بحث و نتیجه گیری

بیماران بستری در بیمارستان سوانح سوختگی شهر رشت که در این مطالعه شرکت کرده بودند، از شدت درد آشکار در سطح متوسط برخوردار بودند و میانگین اضطراب ناشی از درد قبل از انجام اقدامات درمانی نظیر تعویض پانسمان، دبریدمان نیز بالا بود که این یافته با نتایج تحقیقات رفیعی و محمدی همخوانی دارد (۱۱،۱۰). وجود این واکنش‌های هیجانی، تعجب آور نیست زیرا بیماران که برای مراقبت سوختگی بستری می‌شوند، خود را در محیط ناآشنایی که اغلب کنترلی بر شرایط آن ندارند، می‌یابند و معمولاً تردید و دودلی درباره پیامدهای بالینی، خانوادگی، فامیلی و یا هزینه‌های آنان را آزار می‌دهد. به علاوه بیماران باید منتظر مراقبت روزانه زخم و درمان‌های دردناک باشند که همه این عوامل احساس وحشت و ترس را در آنان ایجاد می‌کند (۲۳،۱۰).

همچنین نتایج نشان داد بین اضطراب ناشی از درد و شدت درد پس از اقدامات مراقبتی ارتباط آماری معنی دار مثبت وجود دارد؛ بدین معنی که بدنبال افزایش اضطراب ناشی از درد قبل از اقدامات درمانی، میزان شدت درد بعد از اقدامات درمانی افزایش می‌یافت. در راستای پژوهش حاضر در مطالعه منظری و همکاران در مشهد با هدف تعیین ارتباط بین درد و اضطراب در بیماران سوختگی نیز بین شدت درد و میزان اضطراب طی هفته‌های اول، سوم و چهارم همبستگی معنی‌داری از نظر آماری وجود داشت. نتایج این پژوهش نشان داد که در مراقبت و کنترل درد بیماران سوختگی بایستی به کنترل اضطراب این بیماران توجه خاصی مبذول نمود (۲۴). همچنین در پژوهش لونسار (Loncar) و همکاران با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب و افسردگی با درد در بیماران مبتلا به سوختگی، نتایج نشان داد که تعداد زیادی از بیماران بطور معنی دار از اضطراب و افسردگی رنج می‌بردند و بین درد و میزان اضطراب ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت، بطوریکه بدنبال افزایش اضطراب، شدت درد بیماران نیز افزایش می‌یافت (۱۹). نتایج پژوهش تال (Taal) و همکاران نیز نشان داد هر چه میزان اضطراب بیماران مبتلا به سوختگی بالاتر

باشد، به همان میزان درد بیماران بالاتر است. در این مطالعه نیز کنترل اضطراب بیماران سوختگی به عنوان راهکاری در کنترل درد در نظر گرفته شد (۱۴).

اما نتایج پژوهش ادوارد (Edwards) نشان داد که اضطراب و افسردگی از جمله پیش‌بینی‌کننده‌های قوی درد، خستگی و اختلال عملکرد جسمانی ناشی از سوختگی می‌باشند. در این پژوهش افسردگی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده افزایش درد و اختلال عملکرد جسمانی می‌باشد در حالی که اضطراب مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی خستگی بود. همچنین نتایج پژوهش فوق نشان داد کنترل اضطراب و افسردگی باعث بهبود درد ناشی از آسیب‌های سوختگی می‌شود (۲۰). نتایج مطالعه جواد (Jawaid) نشان داد که عوامل مختلف فیزیکی، روانی، فرهنگی و انتظار بیمار از تسکین درد، در شدت اضطراب و درد ناشی از آن دخیل هستند (۲۵). در یافته‌های مطالعه آلن (Allen) نیز بین اضطراب پنهان و درد بعد از عمل ارتباطی مشاهده نشد (۲۶).

با توجه به نتایج این مطالعه و سایر مطالعات مبنی بر تأیید ارتباط بین درد و اضطراب ناشی از درد بیماران سوختگی، می‌توان ادعان داشت تکرار روزانه روش‌های مراقبت از زخم شامل برداشتن پانسمان‌ها، شستشو، دبریدمان و پانسمان مجدد زخم‌های سوختگی یکی از علت‌های اصلی تجربه درد و اضطراب در بیماران سوختگی است (۲۷). به نظر می‌رسد بیماران سوختگی که سطح بالاتری از اضطراب ناشی از درد را نشان می‌دهند، درد بیشتری را هنگام انجام اقدامات درمانی دردناک متحمل شده و همچنین قدرت تحمل درد کمتر و افت عملکرد جسمانی و عاطفی بیشتری به خصوص بعد از ترخیص دارند. از آنجایی که پرستاران مدافع اولیه بیماران برای کاهش و رهایی از حس درد هستند، مدیریت درد و اضطراب ناشی از روش‌های درمانی دردناک یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های آنان می‌باشد، در نتیجه پرستاران باید بر روی تسکین و پیشگیری از درد و اضطراب ناشی از درد بیماران تمرکز کنند. با ظهور تکنیک‌های موثر استفاده از روش‌های غیر دارویی که طی دهه گذشته رایج

شده است، پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی در مورد انجام روش‌های مختلف کاهش اضطراب جهت کاهش درد سوختگی انجام پذیرد.

با توجه به اینکه بخشی از اطلاعات با انجام مصاحبه بیماران و بصورت حضوری انجام شده است و به دلیل اینکه درد و اضطراب، متغیرهای ذهنی بوده و اندازه‌گیری آنها کار دشواری است لذا ممکن است بیماران به برخی سؤالات پاسخ دقیق نداده باشند.

تشکر و قدردانی

در پایان بر خود واجب میدانیم از مترون، سوپروایزر آموزشی و کلیه کادر محترم بخشهای سوختگی مردان و زنان که با پژوهشگران همکاری نموده و مددجویان عزیز که با صبر و حوصله به سؤالات پژوهش پاسخ داده و در این پژوهش شرکت نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

References

- 1- Arnold HI, Odom RB, James WD. Andrew's Diseases of the Skin: clinical Dermatology, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1990.p.552.
- 2-Sharghi A, Mashofi M, Babaei A, Kamran A. Epidemiology of fatal burns in Ardabil city during the years 1997-2006. *Journal of Forensic Medicine*.2009; 15(4):252-256. Persian.
- 3- Aghakhani N. Epidemiology of patient admitted in burn ward in Oromie Emam Khomeini hospital. *Medical research journal of Kermanshah*. 2008; 12(2): 140-150. Persian.
- 4- Atiyeh B, Costagliola M, Hayek Sh. Burn prevention mechanisms and outcomes: Pitfalls, failures and successes. *Burns*. 2009; 35: 181-193.
- 5- Wasiak J, Spinks A, Ashby K, Clapperton A, Cleland H, Gabbe B. The epidemiology of burn injuries in an Australian setting, 2000–2006. *Burns*. 2009; 35: 1124-1132.
- 6- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, editors. Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing: pain, electrolyte, shock, cancer and end of life. Translated by: Shariat E, Namadi Vosough M, Movahedpour A. Tehran: Salemi; 2011.p. 14-28. Persian.
- 7- Jahanban A, Lotfi M, Zamanzadeh V, Babapour J. Burn pain and patients' responses. *Burns*. 2010; 36: 1129-1133.
- 8- Ulmer JF. An exploratory study of pain, coping and depressed mood following burn injury. *J Pain Symptom Manage*. 1997; 13(3): 148-57.
- 9- Askay SW. What are the psychiatric sequelae of burn pain. *Curr Pain Headache Rep*.2008;12: 94-7.
- 10- 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: 61- 67.
- 11- Rafii F, Mohammadi Fakhar F, Jamshidi Orak R, Inanloo M. Effect of jaw relaxation on pain intensity of burn dressing. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2010; 3(2): 51-56.
- 12- Brunicardi F Ch, Anderson D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews J, et al. *Principal of Surgery*. 8th ed. New York: McGraw Hill Professional; 2010.p. 958.
- 13- Gigantino M. Psychiatric and psychological action in burn patients. *Ann Burns Fire Disasters*. 2004; 17(2): 7-13.
- 14- Taal LA, Faber AW. Burn injuries pain and distress: exploring the role of stress symptomology. *Burns*. 1997; 23(4): 228-90.
- 15- Robert R, Blakeney P, Villarreal C, Walter J. Anxiety: current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. *Burns*. 2000; 26: 549-552.
- 16- Byers JF, Bridges S, Kijek J, LaBorde P. Burn patients' pain and anxiety experiences. *J Burn Care Rehabil*. 2001; 22(2): 144-9.
- 17- Kinsella J, Booht MG. Pain relief in burns: James Laing memorial essay. *Burns*. 1991; 17(5): 391-5.
- 18- Aaron LA, Patterson DR, Finch CP, Carrougher GJ, Heimbach DM. The utility of a burn specific measure of pain anxiety to prospective predict pain and function: a comparative analysis. *Burns*. 2001; 27: 329-34.
- 19- Loncar Z, Bras M, Mickovic V. The Relationships between Burn Pain, Anxiety and Depression. *Coll Antropol*. 2006; 30(2): 319–325.
- 20- Edwards RR, Smith MT, Klick B, Magyar-Russell G, Haythornthwaite JA, Holavanahalli R, et al. Symptoms of depression and anxiety as unique predictors of pain-related outcomes following burn injury. *Ann Behav Med*. 2007; 34: 313–22.
- 21- Echevarria-Guanilo ME, Dantas RAS, Farina JA, Faber AW, Alonso J, Rajmil L, et al. Reliability and validity of the Brazilian-Portuguese version of the Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS). *Int J Nurs Stud*. 2011;48: 47–55.
- 22- Najafi Ghezalje H, Mohades Ardebili F, Rafii F, Hagani H. Translation and psychometric evaluation of Persian versions of Burn Specific Pain Anxiety Scale and Impact of Event Scale. *Burns*. 2013; 39: 1297-1303.
- 23- Carrougher GJ, Ptacek JT, Honari S, Schmidt AE, Tininenko JR, Gibran NS, et al. Self-reports of anxiety in burn-injured hospitalized adults during routine wound care. *Burn Care Res*. 2006; 27: 676–81.
- 24- sadat manzarie Z, Memarian R, Vanaki Z. Survey of correlation between pain and anxiety in burn patients. *JBUMS*. 2007; 14 (2): 9-15. Persian.
- 25- Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh)*.2007; 12(2): 145-8.
- 26- Allen S, Carr E, Barrett R, Brockbank K, Cox C, North N. Prevalence and patterns of anxiety in patients undergoing gynecological surgery. Bournemouth: Institute of Health & Community Studies Bournemouth University Salisbury Health Care NHS Trust; 2002.
- 27- De Jong AEE, Middelkoop E, Faber AW, Van Long NEE. Non pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: a systematic literature review. *Burns*. 2007; 33: 811-27.
- 28- Black JM, Hawks JH, Knee AN. *Medical surgical nursing*. 6th ed. USA: Saunders; 2005.
- 29- Park E, Oh H, Kim T. The effects of relaxation breathing on procedural pain and anxiety during burn care. *Burns*. 2013; 39: 1101-1106.
- 30- Avazeh A, Ghorbani F, Vahedian Azimi A, Rabi siakhkali S, Khodadi MT, Mahdizadeh S. Survey the effect of Allah on the anxiety and pain in patients with burns dressing change. *Quran & Medicine*. 2011; 2(1): 43-47. Persian.

The Relationship between Pain and Anxiety throughout dressing among burn patients**BY:** Dehghani M¹, Hakimi H^{2*}, Mousazadeh S³, Zeinali Zh⁴, Samimiyan S⁵

1) Department of Nursing (Pediatrics), Instructor, School of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

2) Department of Nursing (Pediatrics), Instructor, Islamic Azad University of Lahijan, Lahijan, Iran

3) PhD Student in Nursing, Fatemeh School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4) MSc Pediatric Nursing Education, Shahid Motahari Hospital, Orumiyeh, Iran.

5) MSc Special Care Nursing, Orthopedic research center of Puorsina Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2013/01/07

Accepted: 2013/07/31

Abstract**Introduction:** one of the main nursing cares for burn patients is debridement and daily dressing. These processes could build up stress and ache with patients. This anxiety possibly will affect on their physical and psychological aspects.**Objective:** The aim of this study was to determine the relationship between anxiety and severe pain during or after dressing amongst burn patients.**Methods:** This study a descriptive cross-sectional was done on 61 burned patients who were admitted to Velayat burn center using a Convenience sampling method. . Data was collected by using a questionnaire (demographic characteristic and Visual Analogue Scale (VAS), Burn Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS)). Data was analyzed by using descriptive and inferential statistics.**Results:** The result showed that the mean of anxiety before dressing change was 43.44 ± 8.17 and pain after dressing change was 5.88 ± 2.69 and there is meaningful positive relationship between anxiety and pain ($p < 0.0001$, $r = 0.455$).**Conclusion:** There is relationship between anxiety and severity of pain throughout the performance of dressing. Nurse's role is to assess the degree of pain and nervousness during or after dressing. This task could effect on pain relief treatment to prevent injurious toward burn patients, physically and psychologically.**Keywords:** Pain, Anxiety, Burn*Corresponding Author: Hamideh Hakimi, Lahijan, Islamic Azad University
Email: Hakimi.hb@gmail.com