

بررسی تأثیر ملاقات خانواده بر مقدار اضطراب و کیفیت خواب بیماران دچار سوختگی بستری در بیمارستان قطب الدین شیرازی در سال ۱۳۹۴

معصومه خرد^۱، منصور عرب^{۲*}، زری افراسیابی^۳ و رضا صادقی مهر^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۲۱

چکیده

سوختگی یکی از بدترین آسیب‌هایی است که می‌تواند در زندگی یک انسان رخ دهد. از عوارض عمده سوختگی اضطراب و در پی آن کیفیت خواب پایین بیماران می‌باشد. لذا، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر حضور خانواده بر مقدار اضطراب و کیفیت خواب بیماران دچار سوختگی بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی قطب الدین شیرازی در سال ۹۴ انجام گرفته است. این پژوهش کار آزمایشی بالینی در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان سوانح و سوختگی قطب الدین شیرازی انجام گرفت. نمونه پژوهش تعداد ۸۰ نفر از بیماران با سوختگی ۲۰ تا ۵۰ درصد در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به دو گروه ۴۰ نفری تقسیم شدند و برای گروه مداخله به مدت یک هفته هر شب از ساعت ۹ تا ۱۰ شب اجازه داده شد یک فامیل آموزش داده شده بیمار را ملاقات کند. پس از گذشت ۴۸ ساعت از زمان بستری و هم‌چنین، پس از گذشت ۷ روز فرم‌های بررسی مشکلات خواب و بررسی سطح اضطراب، به وسیله بیمار تکمیل گردید. از پرسش‌نامه پیتزبورگ برای ارزیابی کیفیت خواب و پرسش‌نامه ارزیابی اضطراب و افسردگی بیمارستانی برای ارزیابی مقدار اضطراب بیماران استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 20 و آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی و هم‌چنین، پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان دادند پس از انجام مداخله میانگین کیفیت خواب گروه مداخله ۶/۵۵ با انحراف معیار ۲/۶۷ می‌باشد که اختلاف آماری معنی داری با گروه کنترل با میانگین خواب ۱۶/۷۵ با انحراف معیار ۲/۰۴ داشت ($p = 0/00$). هم‌چنین، از نظر مقدار اضطراب پس از انجام پژوهش، گروه مداخله با میانگین ۷/۱۲ و انحراف

^۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.

^۲ - کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.

^۳ - کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات سوختگی و ترمیم زخم، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

معیار ۵/۷۳ تفاوت معنی داری با گروه کنترل با میانگین ۱۳/۶۷ و انحراف معیار ۲/۳۱ نشان داد ($p= ۰/۰۰$). نتایج مطالعه نشان داد که حضور مرتب افراد فامیل بر بالین بیمار باعث کاهش اضطراب و افزایش کیفیت خواب بیماران سوختگی می گردد.

واژه‌های کلیدی: سوختگی، کیفیت خواب، خانواده، اضطراب.

پیشگفتار

یکی از مشکلات درمان در کشورهای در حال توسعه سوختگی‌ها می باشد که ۵ درصد از موارد بستری شدن در بیمارستان را تشکیل می دهند (Zahraei, Eshtrati, Asi, & Pezeshki, 2012). مطالعات نشان می دهند که سالانه ۱/۱ میلیون بیماران سوختگی در ایالات متحده و ۱ میلیون بیماران سوختگی در اروپا مورد درمان قرار می گیرند. شیوع سوختگی و مقدار مرگ و میر آن در ایران نیز بالا می باشد (Kafi, Atashkar, Alavi, & Rezvani, 2013). در مطالعه آقاخانی در آذربایجان غربی تخمین زده شده که تعداد بستری بیماران سوختگی در بیمارستان ۲۱/۶ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر می باشد (Aghakhani, Rahbar, & Feizi, 2009). مطالعه دیگری در جنوب غربی ایران تخمین زده است که تعداد بستری شدن در بیمارستان و مقدار مرگ و میر به علت سوختگی سالانه به ترتیب ۱۳/۴ و ۴/۶ نفر در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر می باشد (Ashkani-Esfahani et al., 2012). مجموعه ای از مشکلات روانی در قربانیان سوختگی ذکر شده است. از جمله، اختلال استرس حاد، نارضایتی تصویر بدن، اضطراب، اختلالات خواب و کابوس‌های شبانه (Dalal, Saha, & Agarwal, 2010). در این بیماران بروز بسیار بالایی از افسردگی، اختلالات خواب، کیفیت پایین زندگی، اختلال عملکرد جنسی، اضطراب، سوء مصرف مواد، اختلال استرس پس از سانحه و ترس از مکان‌های شلوغ گزارش شده است (Van Loey & Van Davydow, Katon, & Zatzick, 2009; Son, 2003).

در نظریه شناختی هیجانی بیان می گردد که استرس زا بودن رویدادها، پدیده ای اساسا شخصی است و کارکرد تعامل فرد با محیط و ارزیابی او از وقایع بالقوه تهدید کننده و چالش برانگیز است (Bahadori E & KHaeir M 2012). اگر بتوانیم استرس را به گونه موثر مدیریت کنیم، کمک می کنیم بیماران با مشکلات و تغییرها آسان تر انطباق یابند. مدیریت سطح استرس دارای چندین اثر مثبت برای بیماران می باشد. مانند بالا رفتن سطح انرژی، تحمل بیشتر شرایط چالش برانگیز، آرام تر بودن و بهبود کیفیت خواب بیماران (Gaware et al., 2013).

اضطراب از عوارض شایع سوختگی می‌باشد که پیامدهای منفی زیادی دارد. در حالت اضطراب، فرد رویداد حادثه‌ای را پیش بینی می‌کند که در خود توان رویارو شدن با آن را نمی‌بیند. به بیان دیگر، او با احساس عدم کنترل درونی در مورد موقعیت پیش آمده مواجه شده، اما هم‌چنان منابع بیرونی را برای کنترل اوضاع در اختیار دارد (Sadeghzadeh, M & Samani, F 2011). برخی از اثرات مضر جانبی اضطراب مانند ضربان قلب بالا و فشار خون، اختلال خواب می‌باشد.

یک بیمار مضطرب نقشی کم‌تر در مراقبت از خود بازی می‌کند و نیاز به مراقبت به وسیله دیگران (پرستاران و کادر پزشکی) دارد که باعث افزایش مدت زمان بستری و بالا رفتن هزینه‌ها می‌شود (Mohammadi, Ahmadi, Nematipour, & Faghihzadeh, 2006).

از مشکلات دیگر بیماران سوختگی کاهش کیفیت خواب آن‌ها می‌باشد. بسیاری از عوامل گوناگون ممکن است باعث اختلال خواب بعد از سوختگی شوند از جمله درد، استفاده از داروها، ناراحتی عاطفی، و تغییر در عادات خواب (به عنوان مثال، خوابیدن در تخت خواب دیگر). تغییرات در هر یک از این متغیرها ممکن است بر کیفیت و کمیت خواب تاثیر بگذارد. در بازماندگان سوختگی بزرگسالان به طور مشابه نشان داده شده است که ۵۰٪ از بیماران اختلال خواب مزمن در طول زمان بستری و در ۱ هفته پس از ترخیص گزارش کرده‌اند. در ۲ ماه پس از ترخیص، این رقم تنها به مقدار کمی کاهش یافته است و به ۴۰٪ رسیده است (Boeve et al., 2002).

چنانچه اشاره شد یکی از عوامل موثر بر اختلال خواب، اضطراب بیمار می‌باشد. بیمارانی که در بیمارستان بستری می‌شوند، به علت نداشتن آگاهی کافی از بیماری، روند درمان و تطابق با محیطی که کنترل کمی روی آن دارند، دچار استرس و اضطراب می‌شوند. قانون‌های بیمارستان در مورد محدودیت ملاقات و ارتباط با افراد خانواده و دوستان نیز از جمله مواردی است که باعث افزایش استرس بیماران می‌گردد (Lekka et al., 2014). بر اساس نتایج پژوهش آقازاده که در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۱۳۸۱ بر روی بیماران بخش‌های ویژه انجام داد، علل اضطراب بیماران را نگرانی برای خانواده و ناآگاهی از پیامدهای بیماری، هزینه درمان، وجود لوله تراشه، انتظار عمل، پروسیجرهای جراحی، درد زیاد و عدم آگاهی بیان کرده بود که مهم‌ترین عامل اضطراب از بین علایم بالا به ترتیب مربوط به نگرانی از پیامد بیماری (۷ مورد) ۳۵٪ و نگرانی برای خانواده (۵ مورد) ۲۵٪ بود (Aghazadeh & Lotfi, 2006).

در مطالعات انجام شده به وسیله علیا و آشتیانی (۱۳۷۹) و دهقان نیری (۱۳۸۵) بیان شده که افزایش اضطراب و استرس باعث کاهش کیفیت زندگی شده، همچنان که مداخلات انجام شده در راستای کاهش استرس باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه شده است (Shiri Z., Kazemi S. A., Sohrabi N. 2012).

حمایت اجتماعی به پذیرفته شدن، مراقبت و حمایت قابل توجه به وسیله یک شخص خاص، خانواده، و جامعه گفته می‌شود (Williams, Reeves, Cox, & Call, 2004). حمایت اجتماعی نقش ضروری در سلامت جسمی و روانی بیماران بازی می‌کند و پژوهش‌های انجام شده در جوامع گوناگون بارها و بارها منافع و ارتباط آن با عملکرد بالینی نشان داده است (Chu, Saucier, & Hafner, 2010). نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده است که افراد با حمایت اجتماعی بالا کم‌تر احتمال دارد که از پیامدهای منفی بهداشتی رنج ببرند حتی پس از رویدادهای استرس زا (Thurston & Kubzansky, 2009). از آنجایی که در کشور ما به فرهنگ ملاقات با بیمار به وسیله خانواده بسیار اهمیت داده می‌شود، تصمیم گرفتیم تاثیر ملاقات خانواده بر کیفیت خواب و مقدار اضطراب بیماران سوختگی بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی قطب الدین شیرازی در سال ۱۳۹۴ را مورد بررسی قرار دهیم.

روش مطالعه

این یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی می‌باشد که در آن تاثیر ملاقات خانواده بر مقدار اضطراب و کیفیت خواب بیماران دچار سوختگی بستری در بیمارستان قطب الدین شیرازی در سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران سوختگی بستری شده در بیمارستان قطب الدین شیرازی می‌باشد. نمونه پژوهش تعداد ۸۰ نفر از بیماران بود که شرایط ورود به مطالعه را داشتند. پس از گذشت ۴۸ ساعت از زمان بستری در مورد روش اجرای مطالعه به بیمار توضیح داده شد. انتخاب این زمان جهت فرصت دادن به بیمار برای تطبیق با محیط و استرس وارد شده و سپری شدن مرحله حاد سوختگی می‌باشد. سپس به وسیله پژوهشگر یا پرستار آموزش دیده همکار پژوهشگر فرم‌های بررسی مشکلات خواب و بررسی سطح اضطراب، برای بیمار توضیح داده شده و به وسیله بیمار تکمیل شد. هم‌چنین، پس از سپری شدن ۷ روز (۹۶) از تکمیل فرم نخست صبح روز هشتم پس از بیدار شدن بیمار دوباره فرم‌های ذکر شده به وسیله بیمار با نظارت پژوهشگر یا پرستار همکار تکمیل شد.

از بیماران گروه مداخله خواسته شد فردی که تمایل بیش‌تر به هم صحبتی با ایشان را دارند معرفی کنند. سپس با آن فرد تماس گرفته شده هدف از مداخله بیان شده و رعایت موارد لازم مانند گوش دادن به صحبت‌های بیمار، تشویق بیمار به بیان احساسات و نگرانی‌ها، امید دادن به بیمار، تشریح روش‌های درمان و مداخلات به زبان ساده، اطمینان بخشی در مورد نگرانی‌های خارج از بیمارستان مانند رسیدگی کامل به فرزندان و خانواده و ... را آموزش داده و از وی خواسته شد که به مدت یک هفته از ساعت ۲۱ تا ۲۲ شب بر بالین بیمار حاضر شود. از بیماران درخواست شد

فردی را که نیاز به صحبت کردن با وی دارد و ایشان با فرد مورد نظر احساس راحتی و آرامش بیشتری دارد را معرفی کند هر چند که رابطه خانوادگی فرد ملاقاتی در بین افراد متفاوت باشد (برای مثال، یک بیمار تقاضای ملاقات با خواهرش را دارد، ولی بیمار دیگر تقاضای ملاقات با همسرش را می‌کند. آنچه که مهم است علاقه و نیاز بیمار به فرد ملاقاتی می‌باشد نه نوع رابطه خانوادگی).

مداخلات درمانی برای هر دو گروه بر اساس پروتکل درمانی بیمارستان بوده است (مداخلات جراحی، برنامه زمانی تعویض پانسمان، تزریق مسکن ها و مخدرها، برنامه ساعت ملاقات، داروها و آنتی بیوتیک‌ها). در طول شب چراغ‌ها خاموش مانده و شرایط خواب از نظر تخت، تعداد هم اتاقی‌ها و نوع بالش جهت هر دو گروه یکسان بوده است زیرا فاکتورهای موثر بر خواب برای هر دو گروه می‌بایست یکسان باشد تا تاثیر مشخصی در نتایج بدست آمده نگذارد. اگر بیماری در ساعات خواب شب دستور دارویی داشت از مطالعه حذف شده است

معیار ورود به مطالعه عبارت بودند از: تاهل، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، سوختگی بین ۲۰٪ تا ۵۰٪، ۴۸ ساعت از زمان بستری گذشته باشد، بیمار حداقل ۱۰ روز در بیمارستان بستری باشد، سوختگی تصادفی باشد و فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کند. معیار خروج از مطالعه: داشتن سابقه مشکلات خواب پیش از حادثه، بیماری‌های زمینه‌ای که نیازمند دریافت دارو می‌باشند (مانند بیماری‌های روانی، قلبی عروقی، ریوی، دردهای مزمن، میگرن، دیابت و ...)، سابقه اعتیاد، مصرف قرص‌های خواب آور، سوختگی ناحیه صورت و سوختگی تنفسی (سوختگی تنفسی به علت ایجاد تنگی نفس، التهاب مخاط دهان و تارهای صوتی در اغلب موارد نیاز به اینتوبه شدن بیمار می‌باشد) و سوختگی الکتریکی و شیمیایی.

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه بررسی مشخصات دموگرافیک، برای ارزیابی کیفیت خواب از پرسش‌نامه پیتزبورگ و برای ارزیابی مقدار اضطراب از پرسش‌نامه (HADS) استفاده شد. پس از پایان مراحل اجرایی پژوهش، داده‌های گردآوری شده کد گذاری و وارد نرم افزار شد. نتایج بدست آمده به وسیله نرم افزار آماری SPSS با version 20 آنالیز شد. توصیف داده‌ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار و فراوانی نسبی انجام شد مقایسه میان گروهها با استفاده از آزمون تی مستقل و برای مقایسه تغییرات پیش و پس از مداخله از آزمون تی زوجی، برای تعیین رابطه متغیرهای دموگرافیک با کیفیت خواب و مقدار اضطراب از آزمونهای پیرسون، آنوا و اسپیرمن استفاده شده است.

برای رعایت موارد اخلاقی از بیماران برای شرکت در مطالعه کسب اجازه شد. با توجه به نیاز ایجاد تغییر در قوانین بیمارستان برای این بیماران مسئولان بیمارستان باخبر شدند و اجازه گرفته

شد. کد کمیته اخلاق دریافت گردید (IR.Kmu.Rec.1394.653) و کار آزمایشی بالینی با کد IRCT201507287844N6 به ثبت رسید. در ضمن پژوهشگر متعهد شد تا همه داده‌های بیماران محرمانه بماند.

نتایج

از بین ۸۰ نفر بیماران در گروه کنترل ۱۸ نفر (۴۵٪) را زنان و ۲۲ نفر (۵۵٪) را مردان تشکیل داده اند و در گروه مداخله (۴۷/۵٪) را زنان و (۵۲/۵٪) را مردان تشکیل داده اند. در گروه کنترل از نظر تحصیلات ۲۱ نفر (۵۲/۵٪) زیر دیپلم و ۱۳ نفر (۳۲/۵٪) دیپلم و فوق دیپلم داشته که بیشترین فراوانی را داشتند و در گروه مداخله نیز ۲۳ نفر (۵۷/۵٪) زیر دیپلم و ۱۴ نفر (۳۵٪) دیپلم و فوق دیپلم داشته که بیشترین فراوانی را داشتند. در همه موارد بالا با استفاده از آزمون آماری تفاوتی معنادار مشاهده نشد ($p > 0/05$).

بحث

نتایج مطالعه نشان دادند که تفاوتی معنی‌دار در مشخصات شناختی واحدهای مورد پژوهش (سن، جنس، تحصیلات و درصد سوختگی) بین دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد و دو گروه از این نظر یکسان هستند.

کیفیت خواب بیماران دو گروه پیش از مداخله از نظر آماری تفاوتی معنی‌دار نداشته است. اگرچه میانگین خواب هر دو گروه بالاتر از عدد ۵ می‌باشد و نشان می‌دهد که بیماران هر دو گروه کیفیت خواب مطلوبی را در زمان پیش از حادثه سوختگی نداشته‌اند که با نتایج مطالعه Raymond و همکاران در سال ۲۰۰۴ مغایر است. در مطالعه Raymond کیفیت خواب بیماران پیش از سوختگی مطلوب ($4/1 \pm 4/5$) گزارش شده است. این تفاوت را می‌توان به تعداد نمونه جمعیت مورد بررسی و نوع مطالعه و تفاوت فرهنگی و اقتصادی جوامع مورد پژوهش نسبت داد (Raymond, Ancoli-Israel, Choinière. 2004).

نمره میانگین کیفیت خواب بیماران سوختگی بستری در بیمارستان قطب الدین شیرازی در دو گروه کنترل و مداخله پس از انجام مداخله تفاوتی معنی‌دار دارد ($p = 0/00$) به گونه‌ای که میانگین نمره کیفیت خواب بیماران گروه کنترل پس از یک هفته افزایش یافته که نشان دهنده کاهش کیفیت خواب بیماران می‌باشد، ولی نمره میانگین کیفیت خواب گروه مداخله پس از یک هفته افزایشی معنی‌دار نداشته است که نشان می‌دهد حضور خانواده بر بالین بیمار بر حفظ کیفیت

خواب بیماران سوختگی با وجود عوامل استرس زای زیادی که موجب اختلال در کیفیت خواب بیماران سوختگی می‌شود، تاثیر داشته است.

در این پژوهش حفظ کیفیت خواب در سطح قبل از بستری شدن در بخش سوختگی به احتمال زیاد، از تاثیر مثبت مداخله بوده است نتایج بدست آمده در مورد گروه کنترل با نتایج پژوهش قنبری و همکاران هم خوانی دارد و هردو پژوهش در نتایج خود به بدتر شدن خواب بیماران در مدت بستری در بیمارستان دست یافته اند در حالی که در گروه مداخله با توجه به حمایت خانواده کیفیت خواب بیماران بدتر نشده و در سطح پیش از حادثه مانده است.

در پژوهش قنبری جلفایی و همکاران که با هدف بررسی خواب بیماران بستری در بیمارستان رسول اکرم انجام شد نتایج نشان داد که میانگین کیفیت خواب بیماران $(4/8 \pm 8/8)$ بوده و ۷۰ درصد از بیماران کیفیت خواب ضعیفی داشته اند که با تعداد هم اتاقی ها، افزایش طول مدت بستری، شدت درد، داروهای خواب آور و عدم رضایت از بخش ارتباط مستقیم داشته است. با توجه به یافته‌های ایشان در مداخلات بعدی باید متغیرهای ذکر شده به وسیله ایشان نیز مد نظر قرار گیرد تا زمینه ساز ارتقا کیفیت خواب در بیماران دچار سوختگی گردد (Jolfaei, Makvandi, & Pazouki, 2014).

ملاقات خانواده موجب کاهش تنش‌های عاطفی و اجرای نقش‌های حمایتی از بیماران دچار سوختگی که در معرض تغییر در تصویر ذهنی و حس درد می‌باشند، می‌گردد و این مهم باعث پیشگیری از افت کیفیت خواب شده که به مثابه کار پیشگیرانه از بروز مشکلات ناشی از کیفیت خواب ضعیف می‌باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که مقایسه میانگین اضطراب بیماران بین دو گروه کنترل و مداخله پیش از مداخله تفاوت آماری معنا داری ندارد، ولی پس از گذشت یک هفته و انجام مداخله تفاوت بین دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری معنا دار شده است ($p=0/00$) میانگین نمره اضطراب بیماران سوختگی در گروه کنترل پس از یک هفته با وجود محدودیت ملاقات تقریباً بیش از سه برابر افزایش یافته در حالیکه این افزایش در گروه مداخله که به مدت یک هفته هرشب از حضور افراد خانواده بهره برده اند، کم‌تر از دو برابر می‌باشد و این نتایج نشان می‌دهند که حمایت عاطفی به وسیله خانواده به صورت روزانه در کاهش اضطراب بیمار موثر است که با نتایج پژوهش سادات منظری و همکاران (۱۳۸۴) با هدف تاثیر ارتباط درمانی بر اضطراب ناشی از درد و وضعیت ترمیم زخم‌های سوختگی در بیمارستان امام رضا مشهد انجام شد هم‌خوانی دارد. آن‌ها نشان دادند که مقدار اضطراب نمونه های گروه مداخله در حین و پس از مداخله کاهشی معنی‌دار داشته اند ($p=0/0001$) و نتیجه گیری کردند که حمایت عاطفی از بیماران سوختگی در طی برنامه ارتباط

درمانی در کنترل و کاهش اضطراب ناشی از درد آن‌ها و نیز در بهبود ترمیم زخم‌های سوختگی تأثیری بسزا دارد و همچنین، برقراری ارتباط درمانی پرستار با بیمار بر کاهش اضطراب و بهبود روند ترمیم زخم‌های سوختگی تأثیر مثبت دارد (Sadat Manzari, Memarian, & Vanaki, 2006). در مطالعات دیگر که رابطه حمایت خانواده و دوستان را با اضطراب بررسی کرده‌اند رابطه بدست آمده معنی دار و منفی می‌باشد و نشان می‌دهد که هرچه این حمایت قوی‌تر باشد، مقدار اضطراب دریافت‌کنندگان حمایت کم‌تر است (Safree & Adawiah, 2010).

در این مطالعه با آموزش به همراهان بیمار در مورد برقراری ارتباط کلامی و چگونگی پاسخگویی در مورد درمان و نتایج قابل انتظار در واقع فرد ملاقاتی‌کننده در موارد محدود نقش مشاور بیمار را داشت. نتایج مطالعه آقاجانی و همکاران (۱۳۹۲) نیز نشان داد که مشاوره با بیماران می‌تواند باعث کاهش اضطراب آن‌ها شود. این پژوهشگران همچنین، به این نتیجه رسیدند که مشاوره یک روش مکمل اثر بخش غیر تهاجمی و کم هزینه است که به عنوان یک رویکرد در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران به کار گرفته می‌شود (Morasei & Aghajani, 2014).

حضور خانواده با انجام حمایت عاطفی برای بیمار خود نقش موثری بر افزایش همکاری بیمار و پذیرش راحت‌تر حادثه پیش آمده و عوارض آن دارد زیرا حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می‌باشد. حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده احساس همدلی، مراقبت و توجه و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می‌تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز کند.

نتیجه گیری

دوره حاد یا بحرانی طولانی‌ترین مرحله برای سازگاری بیمار است. آسیب‌های سوختگی در بزرگسالان ممکن است واکنش‌های روحی و جسمانی گوناگونی را در بیمار ایجاد کند. کیفیت نامناسب خواب، اضطراب و ترس از تغییرات ظاهری ناشی از سوختگی و تغییر در ایفای نقش بیمار در جامعه و هویت وی ممکن است او را درگیر کرده باعث افسردگی، انزوا و در خود فرو رفتن و کاهش عملکرد وی شود. بیمار ممکن است در صدد برآید که در مورد آسیب سوختگی حوادث و معانی آنچه رخ داده بررسی کند. باید اجازه داد که بیماران این کار را بکنند و باید نشان داد که واکنش‌های او طبیعی است. باید به بیمار اجازه داد که صحبت کند و به حرف‌هایش گوش داده شود. تکرار جزئیات حادثه در کاهش ترس مددجو مهم بوده و باعث می‌شود که بیمار با واقعیت راحت‌تر کنار بیاید. بیمارانی که آگاهی‌های کمی درباره روش‌های خاص درمانی زمینه‌های بالقوه

ایجاد ناراحتی و درد و روش‌های کنترل آن دارند معمولا دچار اضطراب و واکنش‌های نابهینه می‌شوند. باید به بیماران در باره فرایند درمان و انتظارات تیم درمانی در دوره بحران داده‌های کافی داده شود. لذا اگر بتوان از افراد فامیل یا دوستان که قدرت درک و تحملی بالا برای دریافت داده‌های لازم در مورد روش‌های درمان و سیر بهبودی بیمار داشته باشند، برای حمایت عاطفی و ارتباط برقرار کردن با بیمار استفاده کرد می‌توان کمکی شایان به کاهش اضطراب و نگرانی بیمار و در نتیجه کاهش عوارض منتج از آن‌ها مانند کاهش کیفیت خواب و تاخیر در روند بهبود بیماری کرد.

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های دیگر می‌توان بیان کرد که دریافت حمایت اجتماعی از سوی خانواده تاثیر بسزایی در کاهش استرس، سازگاری و ارایه عملکرد مطلوب‌تر دارد. حمایت غیر رسمی و ادراک و کارایی خانواده و دوستان به عنوان منابع حمایت می‌تواند در مهار و کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب بیماران نقش اساسی ایفا کند. بدین ترتیب چتر حمایتی خانواده و دوستان و افراد مهم در زندگی بیماران می‌تواند فرد را در مواجهه و سازگاری بهتر با عوارض و پیامدهای بیماری یاری دهد.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان می‌باشد، از تمامی بیماران عزیز و پرسنل بیمارستان سوختگی قطب الدین شیراز که در این پژوهش کمال همکاری را داشتند و همچنین، استاد گرامی دکتر مسعود سپهری منش که زحمت مشاوره آماری را کشیدند، سپاسگزاری می‌شود.

References

- Aghakhani, N., Rahbar, N., & Feizi, A. (2009). Epidemiology of burn injuries in west Azerbaijan province, western Iran. *Iran Red Crescent Med J*, 11(1), 85-89 .
- Aghazadeh, J., & Lotfi, M. (2006). Sensory Experience in patients in intensive care hospitals in Tabriz University of Medical Sciences. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 4(6), 339-344 .
- Ashkani-Esfahani, S., Imanieh, M., Khoshneviszadeh, M., Meshksar, A., Noorafshan, A., Geramizadeh, B., . . . Tanideh, N. (2012). The healing effect of arnebia euchroma in second degree burn wounds in rat as an animal model. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2012(2, Feb), 70-74 .

- Bahadori, E., KHaair, M.(2012). The Relationship between Psychological Hardiness with Family Flexibility and Coping styles with Stress. *Journal Management System*,2(7), 1-18.
- Boeve, S., Aaron, L., Martin-Herz, S., Peterson, A., Cain, V., Heimbach, D. M., & Patterson, D. (2002). Sleep disturbance after burn injury. *Journal of Burn Care & Research*, 23(1), 32-38 .
- Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624 .
- Dalal, P., Saha, R., & Agarwal, M. (2010). Psychiatric aspects of burn. *Indian journal of plastic surgery*, 43(3), 136 .
- Davydow, D. S., Katon, W. J., & Zatzick, D. F. (2009). Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries, and ICU stays for other critical illnesses: a review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 21(6), 531-538 .
- Gaware, V., Nagare, R., Dhamak, K. B., Khadse, A. N., Kotade, K. B., Kashid, V. A., & Laware, R. B. (2013). Aromatherapy: art or science. *International Journal of Biomedical Research*, 4(2), 74-83 .
- Jolfaei, A. G., Makvandi, A., & Pazouki, A. (2014). Quality of sleep for hospitalized patients in Rasoul-Akram hospital. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 73 .
- Kafi, S., Atashkar, S., Alavi, A., & Rezvani, S. (2013). Relationship of Post-Traumatic Stress Disorder with Psychological Defence Styles in Burn Patients. *The Horizon of Medical Sciences*, 19(3), 155-160 .
- Lekka, D., Pachi, A., Tselebis, A., Zafeiropoulos, G., Bratis, D., Evmolpidi, A., . . . Tzanakis, N. (2014). Pain and anxiety versus sense of family support in lung cancer patients. *Pain research and treatment*, 2014 .
- Mohammadi, F., Ahmadi, F., Nematipour, E., & Faghihzadeh, S (2006) . The EFFECT of PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION METHOD ON VITAL SIGNS in MYOCARDIAL INFRACTION PATIENTS,189-195. .
- Morasei, F., & Aghajani, M. (2014). The effect of counseling with spirituality approach on hope in patients with choronic renal failure. *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & amp; Midwifery*, 15(4), 776 - 786 .
- Raymond, I. Ancoli-Israel, S. & Choinière M. (2004) Sleep disturbances, pain and analgesia in adults hospitalized for burn injuries. *Sleep medicine*. 5(6), 551-9.

- Sadat Manzari, Z., Memarian, R., & Vanaki, Z. (2006). The effect of implementing therapeutic communication plan on burned patients' pain. ZUMS Journal, 14(54), 10-16 .
- Sadeghzadeh, M. & Samani, F. (2011). Prediction of Adolescent's Anxiety, Stress and Depression Based on two Dimensions of Family Process and Content Model. Journal Management System, 2(1), 61-74.
- Safree, Y. A., & Adawiah, D. M. (2010). The relationship between social support and psychological problems among students. . International journal of Business and Social Science, 1(3), 1 .
- Shiri Z., Kazemi S. A., & Sohrabi, N. (2012) The effectiveness of positive thoughts training on women's quality of life in Qheshm city. Journal Management System, 2(6), 57-67.
- Thurston, R. C., & Kubzansky, L. D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. Psychosomatic medicine, 71(8), 836 .
- Van Loey, N. E., & Van Son, M. J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. American journal of clinical dermatology, 4(4), 245-272 .
- Williams, N. R., Reeves, P. M., Cox, E. R., & Call, S. B. (2004). Creating a social work link to the burn community: A research team goes to burn camp. Social work in health care, 38(3), 81-103 .
- Zahraei, S. M., Eshрати, B., Asi, H. M., & Pezeshki, Z. (2012). Epidemiology of four main nosocomial infections in Iran during March 2007-March 2008 based on the findings of a routine surveillance system. Archives of Iranian Medicine (AIM), 15(12)

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره کیفیت خواب بیماران بین دو گروه پیش و پس از مداخله.

-P value	نتیجه آزمون تی مستقل*	انحراف معیار	میانگین	گروه	کیفیت خواب
p=۰/۶۶	t = ۲/۷۶	۲/۷۳	۶/۴۰	کنترل	پیش از
		۲/۳۸	۶/۱۵	مداخله	مداخله
p=۰/۰۰	t = ۱۹/۳۲	۲/۰۴	۱۶/۷۵	کنترل	پس از
		۲/۶۷	۶/۵۵	مداخله	مداخله

جدول ۲ - مقایسه میانگین نمره اضطراب بیماران بین دو گروه قبل و بعد از انجام پژوهش

اضطراب	گروه	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون تی مستقل*	-P value
پیش از انجام پژوهش	کنترل	۴/۰۰	۴/۰۳	t = ۰/۲۳	p=۰/۸۱
	مداخله	۴/۲۰	۳/۷۶		
پس از انجام پژوهش	کنترل	۱۳/۶۷	۲/۳۱	t = ۶/۷۰	p=۰/۰۰
	مداخله	۷/۱۲	۵/۷۳		

