

اثر بخشی هیپنوتیزم بر کاهش درد تعویض پانسمان سوختگی

احسان قدیمی گیلی*، آدیس کراسکیان**، مهدی فتحی***، حسن احدی****

*دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

**استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)

***دانشیار، گروه بیپوشی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

****استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۱۳

تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۱۲/۰۵

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۴

چکیده

هدف: تعویض پانسمان یکی از مراقبت های روزانه بیماران مبتلا به سوختگی می باشد، این مراقبت به علت آسیب دیدگی پوست بیمار می تواند با درد شدید همراه باشد. علیرغم مداخلات دارویی، ۷۵٪ بیماران بزرگسال دچار سوختگی، درد قابل توجه یا غیر قابل تحملی را تجربه میکنند. پژوهشها حاکی از این می باشد که روشهای غیر دارویی از جمله هیپنوتیزم نیز میتوانند در کنار درمانهای دارویی به مدیریت هر چه بهتر درد در بیماران سوختگی کمک کنند. به همین منظور مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر بخشی هیپنوتیزم بر کاهش درد تعویض پانسمان سوختگی صورت گرفته است.

کلیدواژه ها:

هیپنوتیزم، درد، سوختگی

روش: در این مطالعه تعداد ۳۰ بیمار با سوختگی درجه ۲ بستری در بیمارستان امام رضا مشهد، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. هر دو گروه درمان دارویی یکسان خود را دریافت میکردند و پیش و پس از تعویض پانسمان نمرات درد با استفاده از یک مقیاس دیداری درد (VAS) مورد اندازه گیری قرار میگرفت. گروه آزمایش در حین تعویض پانسمان تحت هیپنوتیزم بیدردی قرار میگرفت. ثبت داده ها به مدت یک هفته انجام گرفت. برای توصیف داده ها از میانگین و انحراف استاندارد و برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس و در سطح معناداری ($p < 0/01$) استفاده شد.

یافته ها: یافته ها حاکی از تفاوت معنادار بین نتایج پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش بود، این تفاوت معنادار میان نتایج پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل به چشم می خورد در حالیکه چه در بین نتایج پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش و چه مابین نتایج پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل به چشم نمی خورد.

نتیجه گیری: نتایج حاکی از آنست که هیپنوتیزم در کاهش درد تعویض پانسمان سوختگی مؤثر است.

۱. نشانی نویسنده مسئول: adi.skraski.an@au.ac.ir

Title: Evaluation of the effect of hypnosis on the pain reduction in burn dressing change

*E. Ghadimi, **A. Kraskian, ***M. Fathi, ****H. Ahmadi

*Phd student of health psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran.

**PhD. Professor of Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran.

*** Associate professor of anesthesia, Mashhad University of medical sciences, Iranian scientific society of clinical hypnosis.

**** , PhD. Professor of Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran.

Abstract

Objective: Dressing change is a routine care practiced for burn patients, which due to the skin injury of patients, can be associated with severe pain. In spite of drug intervention, 75% of adult patients with burn have to tolerate severe pain in this process. The results of studies suggest that non-pharmaceutical methods such as hypnosis can help pain management in burn patients beside drug treatments. Thus, this study seeks to explore the effectiveness of hypnosis in relieving pain associated with burn dressing change.

Method: In this study, 30 patients with second-degree burn hospitalized in Imam Reza Hospital of Mashhad, were assigned to two experiment and control groups. Both groups received the same drugs, and the pain scores were estimated by a Visual Analogue Scale (VAS) before and after dress change. The experiment group was put under analgesic hypnosis during dressing change. The data were recorded for a week and mean and standard deviation were used for data description, and covariance analysis and significant level ($p < 0/01$) were used for data analysis.

Findings: The findings indicate a significant difference between the results of pretest and posttest group in the experiment group. The same significant difference was also observed in the results of posttest in the experiment and control groups as well. However, there was not any significant difference between pretest results of the control and experiment groups or the pretest and posttest results of the control group.

Conclusion: The results suggest the efficacy of hypnosis in reducing pain associated with burn dressing change.

Article Information:

History:

Receipt: 2013/08/06

Revise: 2013/09/26

Acceptance: 2013/10/20

Keywords:

Hypnosis, pain, burns.

شده معمولاً به هنگام تعویض پانسمانها می باشد (بایرز^۹ و همکاران، ۲۰۰۱). در یک بررسی حدود ۸۲ درصد از بیماران سوختگی بستری در بیمارستانهای نیویورک علیرغم دریافت ۸/۹ گرم مورفین وریدی، درد تعویض پانسمانها را غیر قابل تحمل ذکر کرده اند (وینبرگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰). درد ایجاد شده در سوختگیهای شدید، بدترین نوع درد به نظر میرسد (پترسون و تکک،^{۱۱} ۱۹۹۷). بیماران این درد را به صورت زیستن در جهنم یا به عنوان بدترین دردی که در طول عمر تجربه کرده اند توصیف میکنند (لاتارجت و چوینر،^{۱۲} ۱۹۹۵). علت عمده این درد درمان زخم روزانه سوختگی پوستی سطحی تا عمقی است که غالباً ۱۰٪ یا بیشتر از مجموع سطح بدن را شامل میشود. در کل این درمان حدود یک ساعت طول کشیده و ۲ تا ۱۲ هفته ادامه دارد. وضعیت کنونی درمان درد برای افرادی که در این زمینه کار میکنند رضایتبخش نیست و پژوهشها در زمینه مدیریت درد اولویت زیادی دارند (ماروین^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۲). بنابراین کنترل درد مناسب از اهمیت بسزایی برخوردار است و در صورت عدم کنترل آن، پیامدهای فیزیولوژیک و روانی اجتماعی متعددی بیمار را تهدید می کند (بارز^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۸). درد حاد تسکین نیافته، منجر به اضطراب، افسردگی، کاهش کیفیت زندگی، طولانی شدن پاسخ استرس بعد از آسیب

درد مهمترین عاملی است که بیماران را وادار به درخواست کمک از سیستمهای مراقبت بهداشتی درمانی می کند (فرل^{۱۵} و همکاران، ۱۹۹۱). در این میان گروه بزرگی از بیماران که درد شدیدی را تجربه می کنند، بیمارانی هستند که دچار سوختگی شده اند (وال و ملزاک،^{۱۶} ۱۹۹۴). در واقع درد مشکل عمده پس از سوختگیهاست و یکی از شدیدترین و مقاومترین شکایتهای بیماران است (اورت و پترسون،^{۱۷} ۱۹۹۳). سوختگی یکی از مهمترین علل مرگ و میر و ناتوانی در دنیا به حساب می آید (مورگان،^{۱۸} ۲۰۰۰). نگاهی اجمالی به آمار ارائه شده از طرف مراکز درمانی سوختگی در کشورهای پیشرفته مثل ایالات متحده نشاندهنده وسعت مشکل می باشد، سالانه دو میلیون نفر دچار سوختگی می شوند که پنجاه و یک هزار نفر آنها نیاز به بستری شدن و انجام اعمال ترمیمی دارند (اسملترز^{۱۹} و همکاران، ۱۹۹۹). سوختگی ششمین علت مرگ در کشور است و آمار رسمی نیز حاکی از آن است که در سال ۱۳۸۵ تعداد ۴۸۰۰۰ مورد سوختگی منجر به بستری در کشور گزارش شده است (واسعی و همکاران، ۲۰۰۹). درمان بیماران سوختگی از تعویض پانسمان گرفته تا سایر درمانهای جسمی با درد شدید همراه است (لاتارجت و لایون،^{۲۰} ۲۰۰۷). دردی که نیازمند مقادیر بالایی از مخدر و گاه مقاوم به

^۹Klein

^{۱۰}Byers

^{۱۱}Weinberg

^{۱۲}Paterson&Ptacek

^{۱۳}Choinere

^{۱۴}Marvin

^{۱۵}Bars

^{۱۶}Frell

^{۱۷}Wall & Melzac

^{۱۸}Everett & Paterson

^{۱۹}Morgan

^{۲۰}Smeltzer

^{۲۱}Latarjet & Lyon

سوختگی، ناراحتی و نارضایتی بیمار، تأخیر در بهبودی، طولانی شدن زمان بستری در بیمارستان و مشکلاتی در پذیرش اقدامات درمانی از طرف بیمار می‌شود (بلک^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۵). درد حاد در اختلال اضطراب پس سانحه که پس از سوختگیها شایع است نقش دارد. بعلاوه میان شدت درد حاد و ایجاد و حفظ افکارخودکشی گرایانه در بیماران سوختگی پس از مرخصی از بیمارستان رابطه وجود دارد (ادواردز^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۷). بر این اساس، تسکین درد سوختگی باید در اولویت اول تمام تصمیمات مراقبتی قرار گیرد (فاوچر و فروکاو، ۲۰۰۶^{۱۷}). روش معمول کنترل درد در بیماران سوخته شامل استفاده از ضد دردهای مخدر به همراه داروهای ضد اضطراب است. اگر چه مخدرها و آرام بخشها باعث کاهش ناراحتی و درد ناشی از پانسمن سوختگی می‌شوند ولی معمولاً کافی نیستند (فرنی^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۱). با این وجود، اکثر مطالعات درد منتشر شده از عوامل دارویی استفاده کرده اند و نرخ شکست معناداری را نشان می‌دهند (پترسون و همکاران، ۲۰۰۴). از دیگر سو، یافته های متعدد پژوهشی نشان داده اند که نمیتوان اثر بهبود بخشی روشهای روانشناختی را در کنترل و کاهش درد نادیده گرفت. مواقعی که امکان استفاده از داروها کاهش یابد یا بنا به دلایلی میسر نمیگردد، استفاده از روشهای روانشناختی میتواند مؤثر واقع گردد و یا تأثیر سایر درمانها را افزایش دهد (اکلستون، ۱۹۹۷^{۱۹}). از آنجایی که درد تنها یک تجربه

حسی نیست، بلکه یک تجربه عاطفی و شناختی نیز به شمار می‌رود، مهم است که برای کاهش ناراحتی و درد بیماران، علاوه بر اقدامات دارویی، روشهای غیر دارویی هم مورد استفاده قرار گیرند. هیپنوتیزم یکی از قدیمیترین اشکال کنترل درد است که شواهد فزاینده ای از کارایی این روش در درمان دردهای حاد و مزمن موجود است. هیپنوتیزم یک حالت تغییر یافته هشیاری است که با پذیرندگی افزایش یافته تلقین، توانایی تغییر ادراک و احساس و ظرفیت افزایش یافته انفکاک مشخص می‌شود که در بیماران سوختگی از آن به منظور مدیریت درد و کنترل اضطراب استفاده می‌شود (پترسون، ۲۰۱۰). مطالعات نوروفیزیولوژیکی از این درمان حمایت می‌کنند و در مطالعاتی نشان داده شده که درمانی مهم و مؤثر در معالجه درد سوختگی است (کراوورد^{۲۰} و همکاران، ۱۹۹۸). گزارشات بطور پیوسته نشان داده اند که استفاده از هیپنوتیزم در مراحل اولیه مراقبت سوختگی تعدادی مزیت دارد. پاره ای از مطالعات نشان داده اند که هیپنوتیزم می‌تواند بسادگی در ازدحام محیطی بخش مراقبتهای ویژه بکار رود و به کاهش نیاز به اپیوئیدها کمک کند. شواهد منتشر شده اخیر نیز نشان می‌دهد که هیپنوتیزم به کنترل درد سوختگی کمک می‌کند (لی و پیون، ۲۰۱۲). شکیبایی و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی خود تحت عنوان هیپنوتراپی در مدیریت درد و تجربه مجدد تروما در ۴۴ بیمار سوختگی، نشان دادند که گروه مورد مطالعه درد کمتری را نسبت به گروه کنترل ابراز کردند و همچنین کاهش معناداری در تجربه مجدد سانحه نشان دادند. مطالعه مت^{۲۲} و همکاران

^{۲۰}Crawford^{۲۱}Lee & pyon^{۲۲}Mette^{۱۵}Blake^{۱۶}Edwards^{۱۷}Faucher & Furukawa^{۱۸}Frenay^{۱۹}Eccleston

تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و درصد سوختگی) و مقیاس دیداری - خطی درد **Visual Analogue Scale (VAS)** بود. شدت درد تعویض پانسما در بیماران توسط مقیاس (VAS) مورد ارزیابی قرار گرفت که خطی ده سانتیمتری بود که از ۰ (بیدردی) تا ۱۰ (درد غیر قابل تحمل) شماره گذاری شده بود. از بیماران درخواست میشد که میزان درد خود را بر روی آن مشخص کنند. این ابزار در پژوهشهای بسیاری به کار رفته و پایایی و روایی آن در سنجش درد به اثبات رسیده است.

به منظور گردآوری داده ها، پس از هماهنگی های لازم با مقامات مسؤل و تعیین نمونه ها، ابتدا مشخصات دموگرافیک بیماران در پرسشنامه های مربوطه ثبت میشد، درصد سوختگی، از اطلاعات موجود در پرونده بیماران کسب گردید. پیش از تعویض پانسما نمرات درد با استفاده از مقیاس دیداری درد (VAS) اندازه گیری میشد، و به همین صورت پس از تعویض پانسما بار دیگر نمره درد در هر دو گروه آزمایش و گواه مورد ارزیابی قرار میگرفت. اندازه گیری نمرات درد برای هر دو گروه به مدت یک هفته انجام گرفت. نمونه های هر دو گروه، درمانهای دارویی روتین خود را شامل بیست میلیگرم کتامین وریدی یولوس دریافت میکردند. نمره درد بیماران در ابتدا ثبت می شد و سپس تحت القای هیپنوتیزم به روش ریلکسیشن پیشرونده عضلانی متصل به رویکرد طبیعت گرا قرار گرفتند و بعد از عمیق سازی خلسه تا عمق متوسط القانات بیدردی به روش دیسوسیاسیون و پیشروی سنی ارایه شد و سپس با تکنیک پیشروی سنی و شرطی سازی القاء بیدردی هنگام تعویض پانسماهای بیمار در زمان

(۲۰۱۰) با عنوان اثر بخشی پروتوکل درد مبتنی بر هیپنوتیزم بر سوختگی عمده بر روی ۴۶ بیمار، نشان داد که هیپنوتیزم شدت درد و میزان اضطراب را کاهش داده، اثر بخشی اپیوئید را افزایش داده، التیام زخم را بهبود بخشیده و از هزینه ها کاسته است. با توجه به موارد فراوان سوختگی در بیمارستانها، ماهیت درد و عوارض ناشی از مصرف بالای داروها، اهمیت بکارگیری روشهای کنترل درد غیر دارویی بطور فزاینده ای ضروری می نماید. لذا با توجه به اهمیت موضوع در این تحقیق به دنبال بررسی اثر هیپنوتیزم در کاهش درد تعویض پانسما سوختگی بوده ایم.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بوده و طرح پژوهشی در این بررسی عبارتست از پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه. جامعه آماری شامل بیماران با سوختگی درجه ۲ بستری در بیمارستان امام رضا مشهد در مقطع زمانی مهر تا اردیبهشت ۹۵ بودند. که از این میان، ۳۰ بیمار مرد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. همتاسازی نمونه های دو گروه بر اساس متغیرهای سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و درصد سوختگی انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، سوختگی درجه ۲، داشتن تعویض پانسما روزانه و دارای توانایی کلامی مناسب و معیارهای خروج بیمارهای سایکوتیک و خلقی، افراد خودکشی گرا، معتاد و افرادی که با درمانگر تفاوت زبان و لهجه داشتند را شامل میشد. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (سن،

در انتهای مدت تحقیق، مقایسه دو گروه از نظر میزان نمرات درد با روشهای آماری صورت گرفت.

نتایج

برای بررسی همگن بودن دو گروه پژوهشی (آزمایشی / گواه) در نمره های پیش آزمون، از آزمون میانگین دو گروه مستقل استفاده شده است. نتایج در جدول ۱ شماره گزارش شده است..

جدول ۱- نتایج آزمون میانگین دو گروه مستقل برای مقایسه نمره های پیش آزمون دو گروه آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون یکسانی واریانس ها		F	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد تفاوت ها	t (df = 28)
				تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد تفاوت ها				
درد	آزمایشی	۸/۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۳۱	۰/۳۳	۰/۴۱۰	۰/۸۱۳		
	گواه	۷/۶۷	۱/۲۳۴						

نتایج آزمون های فوق در جدول های ۲ و ۳ گزارش شده است.

با توجه به اینکه شاخص های t مشاهده شده (برای متغیر پژوهش) کوچکتر از شاخص $t_{0/05}$ بحرانی با درجه آزادی ۲۸ در آزمون های دو دامنه (۲/۰۴۸) است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره های پیش آزمون در دو گروه آزمایشی و گواه تأیید می شود. بنابراین، دو گروه آزمایشی و گواه از لحاظ متغیرهای مورد بررسی، در پیش آزمون، همگن هستند.

برای بررسی همگن بودن دو گروه پژوهشی (آزمایشی / گواه) از نظر متغیرهای جمعیت شناختی؛ سن، درصد سوختگی، وضعیت تاهل، شغل، و میزان تحصیلات؛ از آزمون میانگین دو گروه مستقل و آزمون مجذور خی دو متغیری استفاده شده است.

جدول ۲- نتایج آزمون میانگین دو گروه مستقل برای مقایسه سن و درصد سوختگی در دو گروه آزمایشی و گواه

آزمون میانگین دو گروه مستقل		آزمونیکسانی واریانس ها		انحراف استاندارد		تعداد		زیرگروه		متغیر
t	df	خطای استاندارد تفاوت	تفاوت میانگین ها	F	میانگین	میانگین	تعداد	تعداد	زیرگروه	
۰/۲۰۶	*۱۹/۲۵	۲/۵۸۹	۰/۵۳	۶/۶۵۱*	۴/۰۵	۲۸/۳۳	۱۵	۱۵	آزمایشی	سن
					۹/۱۷	۲۷/۸۰	۱۵	۱۵	گواه	
۰/۲۵۴	۲۸	۳/۶۷۶	۰/۹۳	۰/۰۱۰	۹/۹۵	۲۰/۱۳	۱۵	۱۵	آزمایشی	درصد سوختگی
					۱۰/۱۹	۱۹/۲۰	۱۵	۱۵	گواه	

درصد فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره های پیش آزمون در دو گروه آزمایشی و گواه تأیید می شود.

با توجه به اینکه شاخص های t مشاهده شده (برای متغیر پژوهش) کوچکتر از شاخص بحرانی با درجه آزادی ۲۸ در آزمون های دو دامنه (۲/۰۴۸) است بنابراین با اطمینان ۹۵

جدول ۳-مقایسه وضعیت تاهل، شغل و میزان تحصیلات در دو گروه آزمایشی و گواه

سطح معناداری	X ^۲	df	گروه پژوهشی		متغیر	متغیر
			گواه	آزمایشی		
۰/۷۰۵	۰/۱۴۴	۱	۶	۵	مجرد	وضعیت تاهل
			۹	۱۰	متاهل	
۰/۵۰۵	۱/۳۶۷	۲	۱۱	۱۳	آزاد	شغل
			۲	۲	بیکار	
۰/۸۹۰	۰/۲۳۴	۲	۰	۰	دانشجو	میزان تحصیلات
			۵	۶	دیپلم	
۰/۸۹۰	۰/۲۳۴	۲	۴	۳	فوق دیپلم	میزان تحصیلات
			۶	۶	لیسانس	

با توجه به اینکه شاخص های مجذور خی مشاهده شده [وضعیت تاهل (۰/۱۴۴)، شغل (۱/۳۶۷) و میزان تحصیلات (۰/۲۳۴)] کوچکتر از شاخص های مجذور خی بحرانی با در نظر گرفتن ۵ درصد خطا و برای درجه آزادی ۱ (۳/۸۴۱) و برای درجه آزادی ۲ (۵/۹۹۱)، است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت فراوانی های مشاهده شده و مورد انتظار تأییدی شود. بنابراین، همانطور که در جداول مشاهده میشود دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ سن،

درصد سوختگی، وضعیت تاهل، شغل و میزان تحصیلات همگن هستند.

به منظور آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه هیپوتیزم در کاهش درد تعویض پانسمن سوختگی مؤثر است، از تحلیل کوواریانس یک راهه تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ملاحظه می شود.

جدول ۴- خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس یک راهه تک متغیری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر: مجذورات η^2
متغیر کمکی (پیش آزمون)	۱۰/۵۷۹	۱	۱۰/۵۷۹	۱۴/۶۰۶		
متغیر مستقل (هیپوتیزم: گروه آزمایشی - گروه گواه)	۳۷/۰۶۳	۱	۳۷/۰۶۳	۱۳/۰۹۸**	۰/۰۰۱	۰/۶۵۵
خطا	۱۹/۵۵۵	۲۷	۰/۷۲۴			
کل تصحیح شده	۶۲/۱۶۷	۲۹				

با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده (۱۳/۰۹۸) بزرگتر از $F_{0.01}$ با درجات آزادی ۱ و ۲۷ (۷/۶۸) است بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره های پس آزمون در دو گروه آزمایشی و گواه، پس از حذف اثر نمره های پیش آزمون، با اطمینان ۹۹ درصد رد می شود. بنابراین

فرض پژوهش مورد تأیید قرار گرفته و نتیجه میشود که هیپوتیزم در کاهش درد تعویض پانسمن سوختگی مؤثر است.

میانگین نمره های تعدیل شده پس آزمون (پیش و پس از حذف اثر پیش آزمون) در جدول شماره ۳ ارائه شده است..

جدول ۵- میانگین نمره های پس آزمون درد

میانگین پس آزمون	
بدون حذف اثر پیش آزمون	با حذف اثر پیش آزمون
آزمایشی	آزمایشی
گواه	گواه

از ابهامند، مطالعات اخیر از دخیل بودن کورتکس کمربندی پیشین و کورتکس حسی اولیه به ترتیب در تأثیر و جنبه های حسی ادراک درد خبر میدهند (مت و همکاران، ۲۰۱۰). از دیگر سو، از آنجاییکه همبستگی مثبتی بین میزان درد و اضطراب وجود دارد (دهقانی و همکاران، ۲۰۱۳) و با توجه به اینکه سوختگی و درمان آن با درد زیادی همراه است، کاهش اضطرابی که در حالت هیپنوتیزمی ایجاد میشود، به خودی خود عامل دیگری در کاهش میزان درد در این بیماران خواهد بود. بطور خلاصه، میتوان گفت که درد مزمن پدیده پیچیده ایست که به سختی میتوان آن را بواسطه نوع منفردی از درمان مدیریت نمود (دیلوورث و جنسن، ۲۰۱۰). یافته های پژوهشی حاکی از این هستند که گنجاندن شیوه های مدیریت درد غیر دارویی نظیر هیپنوتیزم در بیماران سوختگی، منافع کلینیکال و روانشناختی بسیاری را به همراه خواهد داشت. از جمله کاهش چشمگیر درد و اضطراب که در این پژوهش و پژوهشهای پیشین به تأیید رسیده و همچنین موارد دیگری نظیر کاهش نیاز به مصرف دارو، بهبود التیام زخم، افزایش کارایی سیستم ایمنی و کاهش نیاز به خدمات روانپزشکی متعاقب (مت و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین، به نظر میرسد که آموزش هیپنوتیزم در پرسنل بخش سوختگی و استعمال آن در مورد این بیماران بتواند گام مهمی در جهت مدیریت درد جسمی و رنج روانشناختی آنها باشد. این پژوهش با محدودیتهایی نیز همراه بود که عمده ترین آنها به مراحل اجرایی کار و سختی انجام چنین پژوهشهایی در محیط بیمارستان باز میگردد. برای نمونه از آنجاییکه تعویض پانسما در بیماران در یک زمان صورت

همانطور که ملاحظه میشود، میانگین درد، پس از هیپنوتیزم در گروه آزمایشی (پس از حذف اثر پیش آزمون: ۴/۷۱) با میانگین آن در گروه گواه (پس از حذف اثر پیش آزمون: ۶/۹۶) که هیپنوتیزم در مورد آنها اعمال نشده است، تفاوت معناداری دارد. به عبارت دیگر ($\eta^2=0/655$)، حدود ۶۵/۵ درصد از تغییرات متغیر درد تعویض پانسما سوختگی توسط هیپنوتیزم تبیین شده و تحت تأثیر قرار می گیرد و کاهش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هیپنوتیزم بر کاهش درد تعویض پانسما سوختگی صورت گرفت. تحقیق از نوع نیمه آزمایشی و طرح تحقیق پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه بود که بر روی ۳۰ آزمودنی در دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. نتایج تحلیل آماری نشان داد که هیپنوتیزم بر کاهش درد تعویض پانسما سوختگی مؤثر بوده است. این نتیجه با نتایج مطالعات پیشین از جمله پترسون و همکاران (۲۰۰۴)، مت و همکاران (۲۰۱۰)، برگر^{۳۳} (۲۰۱۰) و همینطور شکیبایی و همکاران (۲۰۰۸) مطابقت دارد. همانطور که پیشتر گفته شد، هیپنوتیزم یک حالت تغییر یافته از هشیاری است که با تلقین پذیری بالایی هیپنوتیزم همراه است و رایة این تلقینات بصورت ایجاد توهم منفی کمک میکند که بیمار از ادراک چیزی که بطور معمول قابل درک است ناتوان گردد. به این معنی که احساس درد مورد تعبیر و تفسیر واقع نشده و ادراک نمیگردد. به همین شکل، میتوان با القای توهم مثبت بصورت خنک و بیحس تصور کردن ناحیه سوختگی این ادراک را برای فرد ایجاد کرده و به کاهش هر چه بیشتر درد کمک کرد. اگر چه مکانیسمهای عصبی همچنان در هاله ای

^{۳۳}Dilworth & Jensen

^{۳۳}Berger

روشهای غیر دارویی نظیر هیپنوتیزم، از پتانسیل قابل توجهی جهت مدیریت درد برخوردارند، لذا پیشنهاد می‌شود که استفاده از هیپنوتیزم و سایر روشهای غیر دارویی مؤثر دیگر در درمان درد بیماران سوختگی در دستور کار بیمارستانها قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از سرکار خانم دکتر اعظم لطفی دستیار بیهوشی، دکتر علیرضا صداقت متخصص بیهوشی و دکتر حسن طاووسی متخصص جراحی که در اجرای این پژوهش زحمات زیادی را متقبل شده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

- Bras M, Loncar Z, Boban M, Gregurek R, Brajkovic L, Tomicic H, et al.(2008). Acute stress disorder and posttraumatic stressdisorder: a prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *J Burn CareRes*;29:22-35
- Berger MM¹, Davadant M, Marin C, Wasserfallen JB, Pinget C, Maravic P, Koch N, Raffoul W, Chiolo RL, (2010). Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*, Aug;36(5):639-46.
- Blak JM, Hawks JH, Knee AN. (2005). *Medical surgical nursing*. 6th ed. USA: Saunders
- Byers J, Bridges S, Kijek J, Laborde P. (2001). Burn patients pain and anxiety experiences. *Burn Care Rehabilitation*; 22 (2): 144-49
- Crawford HJ, Knebel T, Vendemia JMC. (1998). The nature of hypnotic analgesia: neurophysiological foundation and evidence *Contemp Hypn*;15(1):22-33
- Dehghani M, Hakimi H, Mousazadeh S. (2013). The Relationship between Pain and Anxiety throughout dressing among burn patients. *Department of Nursing (Pediatrics), Instructor, School of Nursing and Midwifery*; 30 - 37
- Dillworth T, Jensen M. (2010). The Role of Suggestions in Hypnosis for Chronic Pain: A

میگرفت، عملاً انجام کار همزمان بر روی بیش از یک بیمار با دشواری مواجه بود که این عامل موجب طولانی شدن اجرای کار میشد. وجود طیف متنوعی از اختلالات روانشناختی در بیماران از جمله دیگر محدودیتهایی است که میتوان به آن اشاره نمود. با اینکه طبق معیارهای خروج برخی بیماران نظیر افراد خودکشی گرا، دوقطبی، اختلال استرس پس سانحه، سایکوتیک و معتاد مورد مطالعه قرار نگرفتند، اما در بین بیماران سوختگی موارد افسردگی مشهود بود که خود میتواند با کاهش تمرکز و انگیزه فرد بیمار، مقاومت نسبت به هیپنوتیزم را افزایش دهد. با این وجود، همانطور که یافته‌های این پژوهش و تاریخچه نشان میدهد،

Review of the Literature. *Open Pain J*; 3(1): 39-51.

- Eccleston, C.(1997). Pain and thinking: An introduction to cognitive psychology. London, Bailliretindall; 35-53.
- Edwards RR, Magyar-Russell G, Thombs B, Smith MT, Holavanahalli RK, Patterson DR, et al.(2007). Acute pain at discharge from hospitalization is a prospective predictor of long-term suicidal ideation after burn injury. *Arch PhysMed Rehabil*;88:S36-42.
- Everett JJ, Patterson DR, Burns GL, Montgomery B, Heimbach D.(1993) Adjunctive interventions for burn pain control: comparison of hypnosis and ativan: the 1993 Clinical Research Award. *J Burn Care Rehabil*;14:676-83.
- Faucher L, Furukawa K.(2006). Practice guidelines for the management of pain. *J Burn Care Res*;27(5):659-68.
- Frenay M, Faymonville M, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A(2001). Psychological approaches during dressing changes of burned patients :A prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*;27:739-9.
- Frrell RB, Ebert's TM, Maccafery M. (1991). *Clinical Decision Making & pain*. *Cancer Nursing*, 14(6), 289-297

- Klein R.(2002). Severe background and procedural burn pain: develop a pain control plan, drug therapy perspective; 17 (20): 5-8.
- Latarjet J, Lyon F,(2002). The management of pain associated with dressing changes in patients with burns. EWMA J. 2 (2): 5-9.
- Latarjet J, Choinere M.(1995). Pain in burn patients. Burns.;21(5):344-8.
- Lee J, Pyon Y.(2012).Use of Hypnosis in the Treatment of Pain. Korean J Pain. April; 25(2): 75-80.
- Marvin J, Carrougner G, Baley E. (1992). Burn nursing Delphy Study: pain management. Journal of Burn Care and Rehabilitation; 13: 685-694
- Mette M. Berger a, Maryse Davadant a, Christian Marin b, Jean-Blaise Wasserfallen c, Christophe Pinget c, Philippe Maravic a, Nathalie Koch d, Wassim Raffoul d, René L.(2 0 1 0). Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns, Chiolero a b u r n s 3 6 , 6 3 9 – 6 4 6
- Morgan J. (2000) .Ambulatory management of burns. AmFamily Physician. 62: 2015-2026.
- Patterson DR, Ptacek JT. (1997).Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment. J Consult Clin Psychol;65:60-7.
- Patterson DR,(2010). Clinical hypnosis for pain control. Washington: American Psychological Association.
- Patterson DR, Hoffman HG, Weichman SA, Jensen MP, Sharar SR.(2004). Optimizing control of pain from severe burns: a literature review. Am J Clin Hypn;47:43-54.
- Shakibaei F¹, Harandi AA, Gholamrezaei A, Samoei R, Salehi P,(2008). Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients.Int J ClinExpHypn. Apr;56(2):185-97.
- Smeltzer SC, Bare BG, Branner and suddarthis,(1999).text Book of Medical surgical Nursing. 10th ed.Philadelphia: LippincatWillams& Wilkins;.P.1704.
- Vasee N, Badoohi N, Molavi M, Jahangiri K, Babae A,(2009).to determine LA50 in Shahid Motahari burn hospital, Tehran, Iran. Payesh; 8: 297-301 [Persian]
- Wall P.D, Melzac R.(1994).The pain of Burns .Text book of pain ,2nded . Churchill, Edinburgh. 402-8
- Weinberg K, Birdsall C, Vail D, Marano MA, Petrone SJ, Mansour EH,(2000). Pain and anxiety with burn dressing changes: patient self-report. Burn Care Rehabilitation; 21 (2): 155-61.