دارای رتبه علمی پژوهشی از
کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه
مدیریت ارتقای سلامت

دوره اول شماره۳ تابستان ۱۳۹۱ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴

- **بررسی تأثیر "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی" بر افسردگی بیماران همودیالیزی.....۷**
صغری افکند، کیان نوروزی تبریزی، مسعود فلاحی خشکناب، پوریا رضا سلطانی

- **بررسی برخی عوامل مرتبط با تمایل به ترک خدمت در پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی تابع دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.....۱۷**
غلامرضا حریری، فریده یغمایی، منصوره زاغری تفرشی، نزهت شاکری

- **تاثیر اجرای الگوی نظارت بالینی بر پیامدهای آموزش به بیمار ۲۸**
فاطمه حشمتی نبوی، ربابه معماریان، زهره ونکی

- **بررسی مقایسه تاثیر پانسمان عسل با پانسمان هیدروکلوئید بر ترمیم زخم فشاری بیماران بستری در بخش های ویژه ..۳۷**
محمد مهربانی، محمد علی حسینی، کیان نوروزی، مسعود کریملو

- **بررسی میزان بروز مواجهه های شغلی با وسایل تیز و برنده درکارکنان درمانی شاغل در بخش های اورژانس بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سال های ۱۳۸۶-۸۹.....٤٦**
شادی رضائی، نارملا ربیع راد، زهرا تمیزی، مسعود فلاحی خشکناب، اسمعیل محمد نژاد، محمود محمودی

- **مقایسه کفایت دیالیز در بیماران مراجعه کننده به بخش های همودیالیز استان گلستان.....۵۵**
علیرضاشریعتی، حمید آسایش، حسین نصیری، رامین تاج بخش، مسلم حسام، عین اله ملایی، قنبر روحی، مهرنوش نیک سیئر

- **بررسی همبستگی ویژگی های جمعیت شناسی و نگرش ایمنی به کار کارگران زن کارخانه های مواد غذایی.....٦٤**
زهرا حسینی نوده، میمنت حسینی، فریده یغمایی،حمید علوی مجد، موسی جباری

- **دیدگاه پرستاران درباره عوامل تأثیرگذار بر ایفای نقش های حرفه ای.....۷۳**
نسرین نیک پیما، طاهره اشک تراب

به نام خداوند جان و خرد

مجله مدیریت ارتقای سلامت

فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره یکم-شماره ۳- تابستان ۱۳۹۱

•**صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**مدیر مسؤول:** دکتر محمدعلی حسینی

•**سردبیر:** دکتر فریده یغمایی

•**معاون سردبیر:** فرشته نجفی

•**شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:** ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

•**شماره بین المللی نشریه چاپی:** ISSN: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

•**شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهرنوش پازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوراسگان
- دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا
- دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

داوران این شماره:

- دکتر اکبر بیگلریان
- دکتر حمید پیروی
- دکتر محمدعلی حسینی
- دکتر اصغر دادخواه
- دکتر ناهید رژه
- دکتر رضا ضیغمی
- دکتر عباس عبادی
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب
- فرشته نجفی
- دکتر مجیده هروی کریموی
- دکتر فریده یغمایی

•**ویراستار انگلیسی:** دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

•**ویراستار فارسی:** دکتر فریده یغمایی

•**حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

•**طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

•**ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**نشانی:** تهران – میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

•**کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , **Website:** http://jhpm.ir

بررسی مقایسه تاثیر پانسمان عسل با پانسمان هیدروکلوئید بر ترمیم زخم فشاری بیماران بستری در بخش های ویژه

محمد مهربانی[۱]، *محمد علی حسینی[۲]، کیان نوروزی، مسعود کریملو[۳]

چکیده

مقدمه: زخم فشاری یک تشخیص و نیاز مراقبتی مهم پرستاری در بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه بوده که علاوه بر به تعویق انداختن بهبودی، هزینه های زیادی را به بیمار و خانواده وی تحمیل می کند. مهمترین روش مراقبتی برای این زخم ها پانسمان است. لذا این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر پانسمان عسل با پانسمان هیدروکلوئید بر ترمیم زخم فشاری بیماران بستری در بخش های ویژه بیمارستان های شهدا و فارابی کرمانشاه انجام شده است.

مواد و روش ها: در این پژوهش کارآزمایی بالینی ۲۹ بیمار با ۴۰ زخم فشاری درجه ۲ و ۳ که ویژگی های مورد نظر پژوهشگر را داشتند بعنوان مشارکت کننده در پژوهش انتخاب و پس از همسان سازی بطور تصادفی بر حسب بیمارستان بستری به دو گروه درمان و کنترل تقسیم شده اند (بیمارستان بطور تصادفی و نمونه ها بصورت هدفمند انتخاب شدند). گروه درمان (پانسمان عسل) تعداد ۱۵ بیمار با ۲۰ زخم فشاری در بیمارستان شهدا و گروه کنترل (پانسمان هیدروکلوئید) تعداد ۱۴بیمار با ۲۰ زخم فشاری در بیمارستان فارابی شهر کرمانشاه تحت مراقبت قرار گرفتند. ابزار ارزیابی زخم، مقیاس زخم فشاری (پوش) Pressure Ulcer Scale (PUSH) بود، که در بدو بستری و سپس بصورت هفتگی تا ۵ هفته زخم ها ارزیابی و نمره پوش تعیین شده و بعد از مداخله با مقایسه نمرات پوش در دو گروه قبل و بعد و بین گروه ها میزان بهبودی سنجیده شده است. داده ها با استفاده از نرم افزارSPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که در دو گروه پانسمان عسل و پانسمان کامفیل میانگین نمره پوش نمای نزولی داشته و میانگین هر دو گروه قبل و بعد اختلاف معنا داری نشان داده است (سیر بهبودی با $P<۰/۰۰۱$). هرچند که در گروه بیماران پانسمان عسل شیب کاهش نمره پوش تندتر و وضعیت ترمیم بهتری در هنگام مراقبت داشتند، اما از لحاظ آماری بین دو گروه بعد از مداخله تفاوت معنی داری مشاهده نشده و میزان بهبودی زخم تفاوت آماری نشان نداد ($P=۰/۱۵$).

نتیجه گیری: در این پژوهش تاثیر پانسمان با عسل و پانسمان هیدروکلوئید در ترمیم زخم فشاری نتایج مشابهی نشان داده و هر دو در بهبودی زخم فشاری موثر بوده اند. لیکن راحتی تهیه، مقرون به صرفه بودن و طبیعی بودن پانسمان عسل در ترمیم زخم فشاری موجب گردید (با توجه به امکان تهیه آسان در داخل کشور) تا این پانسمان به عنوان گزینه مناسبتر و بهتر در ترمیم زخم فشاری توصیه گردد.

کلید واژه ها: زخم فشاری، بخش مراقبت های ویژه، پانسمان عسل، پانسمان هیدروکلوئید، کامفیل.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۸

۱- کارشناس ارشد پرستاری، سازمان تامین اجتماعی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران،ایران **(نویسنده مسؤول)**.

پست الکترونیکی: mahmaimy@yahoo.com

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

مقدمه

آنچه که در سال های اخیر در مراکز درمانی دنیا جزء نگرانی های مهم کادر درمانی به خصوص گروه پرستاری شده است، مسئله ایجاد زخم بستر (Bed Sore) در بیمارانی است که به هر علت مجبور به اقامت طولانی در مراکز درمانی یا منزل بویژه در وضعیت های بی حرکتی کامل، بیهوشی و یا کاهش سطح هوشیاری در بستر می باشند. زخم بستر یا زخم فشاری به هرگونه آسیبی که به علت وارد آمدن فشار به بافت ایجاد شده و نهایتاً منجر به تخریب بافت های زیرین گردد اطلاق می شود (۱). اعضائ تیم مراقبت بهداشتی و درمانی زمان و انرژی زیادی را برای مدیریت چالش های جسمی، عاطفی و اقتصادی درمان زخم فشاری صرف می کنند. زخم فشاری طول مدت بستری در بیمارستان را افزایش داده و بهبودی بیمار را به تاخیر می اندازد و هزینه های زیادی را به بیمار تحمیل می کند (۲).

شیوع زخم فشاری را از ۱۳/۶ درصد برای بیماران با مراقبت حاد و ۴۲/۱ درصد برای بیماران با مراقبت طولانی مدت و از صفر درصد تا ۱۷ درصد در مراقبت های منزل عنوان کرده اند. در کشور ایران آمار زخم های فشاری در بخش های عمومی ۵ درصد و در بخش های ویژه ۱۰/۱ تا ۲۱ درصد گزارش شده است (۳). در ایالات متحده امریکا هزینه های تخمین زده شده زخم فشاری به طور تقریبی سالانه در ۱ تا ۱/۷ میلیون زخم فشاری،۵ تا ۵/۸ بیلیون دلار است که شامل هزینه مراقبت های پرستاری، تشک های مواج، مراقبت از پوست و حمایت های تغذیه ای و پانسمان های گران قیمت می باشد (۴). علاوه بر هزینه های مالی، بروز زخم های فشاری خطر ابتلاء به عوارض و صدمات جانی زیادی نظیر استئومیلیت، سپسیس، سلولیت، اندوکاردیت و مرگ را افزایش می دهد (۵).

این زخم ها بالقوه کشنده اند. حتی در پیشرفته ترین جوامع از نظر فناوری و با ارائه بهترین مراقبت های پرستاری باز آمار مرگ بالاست، به طوری که سالیانه حدود ۶۰۰۰ نفر بعلت عوارض ناشی از زخم های فشاری در آمریکا جان می بازند و به غیر از مشکلات مربوط به عوارض زخم فشاری موضوع سیر کند بهبودی این زخم ها نیز مطرح است. اکثر این زخم ها میل به مزمن شدن دارند، به طوری که بهبودی یک زخم فشاری درجه چهار حدود ۱۲-۱۰ هفته زمان نیاز دارد (۶).

با توجه به اهمیت موضوع و نیز با توجه به وقت وهزینه زیادی که برای این مسئله در نظر گرفته می شود، در صورتی که بتوان در مدیریت این زخم ها از پانسمان مناسبی استفاده نمود، می توان مشکلات زیادی را برطرف کرد. ازجمله اینکه هزینه ای که بر بیمار تحمیل می شود و طول مدت بستری را کاهش داد، زمان آزاد کارکنان پرستاری را بیشتر نموده و بجای پرداختن به زخم فشاری و عوارض آن به مسائل حیاتی بقیه بیماران پرداخته شود. لذا بدنبال این کار کیفیت مراقبت از بیماران بهبود می یابد. روش های درمانی که در مدیریت زخم های فشاری بکار گرفته می شود شامل تسکین فشار، تغییر پوزیشن، حمایت تغذیه ای و بحث گسترده پانسمان هاست (۷).

از جمله پانسمان های رایج در درمان زخم فشاری پانسمان هیدروکلوئید می باشد که در راس آن کامفیل قرار دارد. کامفیل جزء پانسمان های بسته می باشد و هدف آن فراهم نمودن محیط مرطوب وتسریع در فرایند ترمیم زخم فشاری می باشد. این پانسمان ترشحات زخم را جذب نموده که این امر باعث تسکین درد بیمار نیز می شود و از مزایای دیگر آن احساس راحتی بیمار در هنگام استفاده آن می باشد (۸).

معایب آن نیز شامل هزینه بالای آن،آلرژی یا واکنش های شدید به این نوع از پانسمان، ممنوعیت استفاده آن در تماس با عضله، تاندون و استخوان می باشد. میزان بهبودی این نوع پانسمان در پژوهشی که توسط Graumlich و همکاران انجام شد ۵۰ درصد و میانگین مدت زمان بهبودی در بیمارانی که با هیدروکلوئید درمان شده بودند ۵ هفته بود (۹).

از جمله پانسمان های دیگری که در زخم فشاری بکار می رود پانسمان با عسل است. عسل ماده ای است که از زمان های قدیم به عنوان مرهم برای معالجه زخم ها و التهابات پوستی به وفور استفاده می شده است. همچنین عسل پلی بین انواع سلول های فعال در پاسخ سیستم ایمنی بدن به عفونت می باشد و آنزیم های هضم کننده پروتئینی را فعال می کند که

در فرایندهای ترمیمی موثر است. عسل بدلیل دارا بودن خاصیت اسیدی و همچنین وجود قند فراوان و دیگر مواد مغذی در فرایند ترمیم زخم نقش اساسی دارد.بعلاوه، عسل با افزایش اکسیژن آزاد در محیط زخم سبب رشد بافت جدید می شود (۱۰).Misirlioglu و همکاران مطالعه ای تحت عنوان مقایسه تاثیر پانسمان عسل با پانسمان هیدروکلوئید در ترمیم جایگاه اهدا گرافت روی ۴۴ بیمار انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که تفاوتی بین این دو روش در ترمیم جایگاه اهدا گرافت ملاحظه نشد (۱۱). Ulku مطالعه ای تحت عنوان مقایسه پانسمان عسل و پماد نیتروفورازون در ترمیم زخم فشاری روی ۲۶ بیمار با ۵۰ زخم فشاری با استفاده از ابزار پوش انجام داد و بعد از ۵ هفته به این نتیجه رسید که میزان ترمیم در گروه عسل ۴ برابر گروه مقابل بود (P<۰/۰۰۱) (۱۲).

پیشگویی در دانشگاه شهید بهشتی مطالعه ای تحت عنوان مقایسه پانسمان هیدروکلوئید وگاز مرطوب در ترمیم زخم فشاری روی ۱۴ بیمار با ۳۰ زخم انجام داد و بعد از مداخله نتیجه گرفت که اپی تلیزاسیون در گروه هیدروکلوئید سریعتر اتفاق افتاد (۸).

پژوهشگران با توجه به اینکه در طی ۸ سال سابقه بالینی خود با موارد بسیاری از ترمیم نامناسب زخم های فشاری با هیدروکلوئید روبرو بوده و نیز با توجه به امکانات بومی منطقه در مورد عسل طبیعی و راحتی تهیه آن و همچنین با توجه به اهمیت بالای عسل در ترمیم زخم های فشاری و تاکید زیاد برای استفاده آن در مطالعات و پژوهش های مختلف و از طرفی دیگر، هزینه بسیار پایین آن نسبت به پانسمان هیدروکلوئید و همچنین عدم مقایسه این دو روش در ترمیم زخم های فشاری در داخل کشور، بر آن شدند تا پژوهشی با هدف مقایسه تاثیر پانسمان عسل با پانسمان هیدروکلوئید بر ترمیم زخم فشاری بیماران بستری در بخش های ویژه بیمارستان های شهدا و فارابی کرمانشاه انجام دهند.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع مطالعات کارآزمایی بالینی (Randomize clinical trial) دو گروهی است که در آن آسیب جلدی بیماران مبتلا به زخم فشاری با دو روش پانسمان با عسل و پانسمان با هیدروکلوئید با یکدیگر مقایسه شدند. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه بیماران دارای زخم فشاری بستری در آی سی یو دو بیمارستان شهدا و فارابی شهر کرمانشاه بوده است. نمونه مطالعه ۳۲ نفر از افراد جامعه پژوهش بوده که بصورت هدفمند انتخاب و بر حسب بیمارستان بستری بصورت تصادفی ساده به دو گروه تقسیم شده اند: گروه درمان (پانسمان عسل) شامل ۱۸ نفر با ۲۳ زخم فشاری درجه ۲ و ۳ در بیمارستان شهدا و گروه کنترل (پانسمان هیدروکلوئید) ۱۴ نفر با ۲۰ زخم فشاری درجه ۲ و ۳ در بیمارستان فارابی. لازم به توضیح است جهت پانسمان زخم ها بطور معمول از پانسمان هیدروکلوئید استفاده می شد که پس از ارائه شواهد کافی به پزشکان مربوطه و جلب رضایت بیمار و خانواده وی در گروه مداخله پانسمان عسل جایگزین پانسمان کامفیل شد.

در گروه پانسمان عسل تعداد ۳ نفر بخاطر بیماری دیابت و مشکلات دیگر در طول مداخله فوت نمودند که از جمع نمونه ها خارج شدند و در نهایت در گروه پانسمان عسل ۱۵ نفر با مجموع ۲۰ زخم فشاری باقی ماندند. پژوهشگر پس از تصویب طرح با مراجعه به بیمارستان های فارابی و شهدای کرمانشاه بر اساس معیارهای واحدهای مورد پژوهش، در مدت دو ماه تا رسیدن به اندازه نمونه کافی اقدام به نمونه گیری نمود و بیماری که دارای چندین زخم فشاری بود، تمامی زخم ها با ابزار پوش مورد بررسی قرار گرفت.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بالای ۱۸ سال، دارا بودن زخم های فشاری درجه ۲ و۳، بستری در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های شهدا و فارابی کرمانشاه و مصرف آنتی بیوتیک در دو گروه یکسان بوده باشد. معیارهای خروج شامل فوت بیمار در حین مطالعه و همچنین عدم تمایل به ادامه همکاری به هر دلیل بود.

جهت کنترل عوامل مخدوش کننده پس از کسب رضایت، اطلاعات پایه شامل سن، جنس، وزن، سطح هموگلوبین خون، میزان آلبومین خون، درجه فعالیت فیزیکی، درجه رطوبت پوست، میزان درک حسی، وضعیت تغذیه بیمار،سطح تحرک،

شاخص توده بدن، تعداد و درجه و جایگاه زخم فشاری در طول هفته اول بستری در بیمارستان از بیماران کسب گردید. لازم به توضیح است برای تمامی بیمارانی که در بخش مراقبت ویژه بستری می شدند آزمایشات روتین درخواست می گردید که سطح هموگلوبین خون و میزان آلبومین خون هم زیر مجموعه آن ها بود. سطح تحرک بیماران، میزان درک حسی، درجه رطوبت پوست، درجه فعالیت فیزیکی و وضعیت تغذیه بیماران بر مبنای معیار برادن تعیین شد.

ابزار پوش بعنوان ابزار گرد آوری اطلاعات و ابزار سنجش و مقایسه بهبودی زخم فشاری در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار سه معیار اندازه زخم، مقدار و نوع ترشح و نوع بافت تشکیل شده در زخم را بررسی و از تلفیق این سه معیار وضعیت بهبودی زخم تعیین می شود. این ابزار معتبر و پایا توسط انجمن بین المللی مشاوره زخم های فشاری طراحی شده و در چندین مطالعه آینده نگر اعتبار آن تائید و پایایی آن با ۱۰۰-۹۷ با ($P<۰/۰۰۱$) به اثبات رسیده است (۱۳).

قبل از هرگونه مداخله، هدف و روش کار مداخله برای بیماران شرح داده شد و از آن ها رضایت کتبی گرفته شد و در بیماران با کاهش سطح هوشیاری از همراهان درجه یک رضایت گرفته شد و بعد از این مرحله روش انجام پانسمان و همچنین زمان تعویض پانسمان بطور کامل در یک جلسه توجیهی برای کارکنان بخش مراقبت ویژه دو بیمارستان بطور مجزا شرح داده شد. مداخله شامل قرار دادن لایه ای از عسل طبیعی بر روی زخم پس از شستشو و نظافت زخم بوده که با لایه ای از گاز پوشانده می شده است (تصویر ۱و۲). پژوهشگر با هماهنگی کارکنان دو بیمارستان هر هفته در یک ساعت مشخص و قبل از تعویض پانسمان ها برای تعیین نمره پوش بیماران به آن مرکز مراجعه و در طول هفته هم بارها برای نظارت و پاسخ به سوالات احتمالی کارکنان و همچنین پیشرفت کار به هر دو مرکز سرکشی شد و در بیمارانی که قبل از اتمام مداخله از بیمارستان مرخص می شدند، آموزش داده می شد که در زمان های تعیین شده برای تعویض پانسمان و تعیین نمره پوش به درمانگاه آن مرکز مراجعه نمایند. در این بیماران پژوهشگر شخصاً اقدام به تعویض پانسمان و تعیین نمره پوش می نمود (تصاویر ۱و۲). بعد از این مرحله با استفاده از ابزار پوش هر هفته تا هفته پنجم بر مبنای مشخصات و خصوصیات زخم فشاری وضعیت بهبودی زخم بر حسب نمره پوش سنجیده شد. در طول این ۵ هفته تمام اطلاعات از بیماران در دو گروه کسب گردید و در نهایت با استفاده از داده های بدست آمده، بررسی و مقایسه بین دو گروه بعمل آمد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با آزمون های تی تست، خی دو، آنالیز واریانس در اندازه های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

طبق نتایج حاصله، میانگین سنی گروه درمان۵۸/۱۰ سال و میانگین سنی گروه کنترل۵۹/۴۰ سال بود(محدوده سنی ۶۰-۵۹ سال). شاخص توده بدنی آن ها نیز در دو گروه در محدوده ۲۳-۲۱ قرار داشت و در ارتباط با سایر متغیرهای کمی دیگر مثل آلبومین و هموگلوبین دو گروه با هم همسان بودند.

در ارتباط با متغیرهای کیفی مثل جنسیت، میانگین تقسیم جنسیت بیماران در دو گروه مساوی بوده و گروه ها با یکدیگر همسان بودند. همچنین در مورد درجه فعالیت فیزیکی، درجه رطوبت پوست و درجه زخم فشاری آزمون خی دو اختلاف معناداری نشان نداد. لیکن در متغیرهای کیفی سطح تحرک، درک حسی، وضعیت تغذیه و محل زخم فشاری، اختلاف در دو گروه معنا دار بود. این امر بیانگر آنست که این متغیرها می توانستند نقش متغیرهای مخدوش کننده را داشته باشند. نتایج آنالیز واریانس درون گروهی نشان داد که ۴ مورد از متغیرهای (سطح تحرک، میزان درک حسی، وضعیت تغذیه و محل زخم فشاری) که به عنوان متغیرهای مخدوش کننده در مدل آنالیز واریانس برای اندازه های تکراری وارد شده بودند، هیچکدام از آن ها معنی دار نشده بود. به این معنی که هیچکدام از آن ها بر نتایج این مطالعه تاثیری نداشتند.

اکثریت بیماران در دو گروه درمان و کنترل از لحاظ معیار گلاسکو (سطح هوشیاری) نمره ۱۰-۹ را کسب کرده بودند. در گروه درمان در ابتدای مطالعه دو عدد زخم عفونی وجود داشت

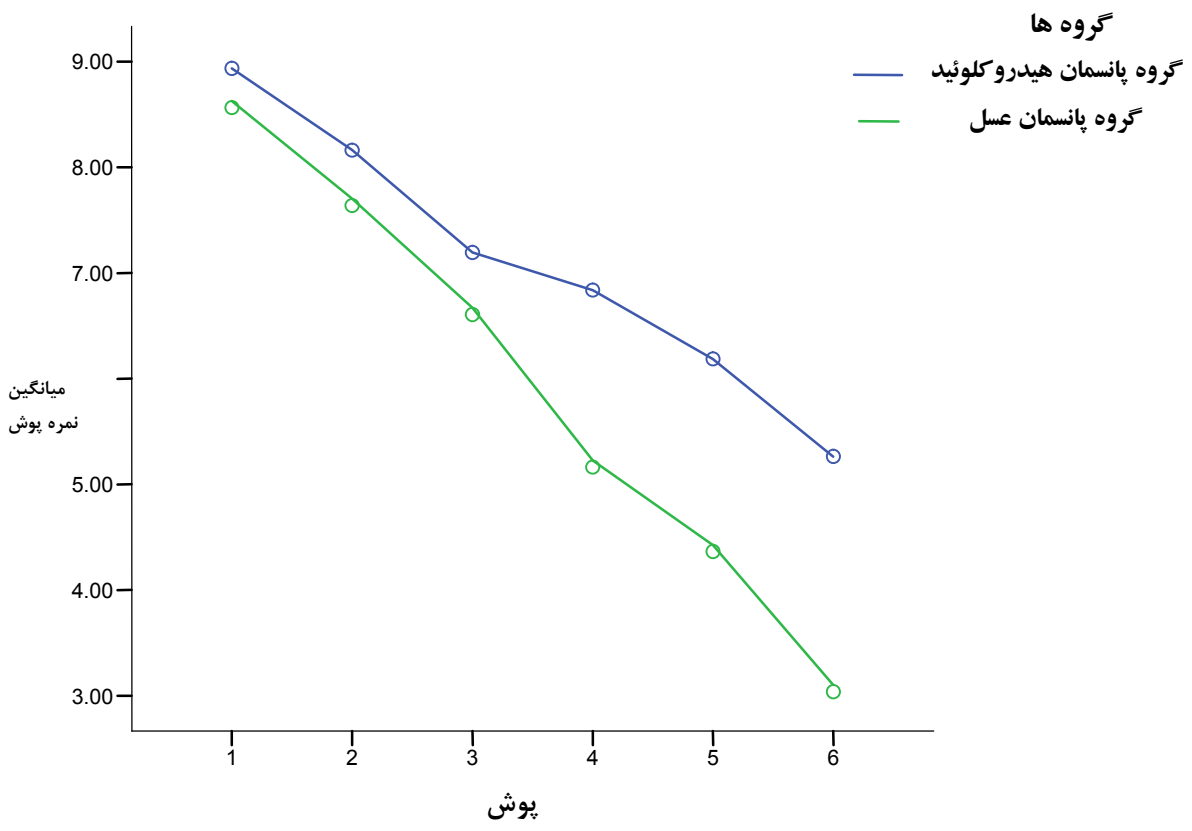
اما در پایان مطالعه هیچ زخم عفونی باقی نمانده بود. در گروه کنترل در ابتدای مطالعه یک زخم عفونی وجود داشت، در حالی که در پایان مطالعه نیز همچنان باقی مانده بود. میانگین نمره پوش بیماران دارای زخم فشاری قبل از مداخله و در طی مداخله در دو گروه مقایسه گردید. جدول (۱) نشان می دهد که در اولین ارزیابی (قبل از مداخله) میانگین و انحراف معیار نمره پوش در گروه پانسمان عسل ۲/۹۳± ۸/۷۰ بود، در حالی که در آخرین ارزیابی در همین گروه این نمره به ۳/۲۰ رسیده بود. لیکن در گروه پانسمان هیدروکلوئید در اولین ارزیابی (قبل از مداخله) میانگین و انحراف معیار نمره پوش ۳/۰۱± ۸/۸۰ بود، در حالی که در آخرین ارزیابی این نمره به ۵/۱۰ رسیده بود.

نمودار ۱ گویای آن است که وضعیت زخم های فشاری بیماران در هردو گروه قبل از مداخله و همچنین تا ارزیابی سوم (پوش۳) مشابه وخطوط هم موازی می باشند، اما از ارزیابی سوم به بعد هرچه به سمت هفته های آخر مداخله نزدیک می شد، در گروه عسل وضعیت ترمیم زخم ها بسیار مطلوب بود و روند ترمیم رو به رشد بود. نمودار هم گویای آن بود که خطوطی که تا ارزیابی سوم تقریباً موازی بودند، بعد از آن از هم فاصله گرفتند و شیب نزولی خط ترمیم در گروه عسل تندتر بود.

به منظور بررسی اختلاف نمره پوش در دو گروه قبل از مداخله از آزمون آماری خی دو استفاده شد، که اختلاف معنادار نبود. همچنین درپژوهش حاضر از آزمون آنالیز واریانس در اندازه گیری های تکراری استفاده شد و خروجی آن نشان داد که میانگین نمره پوش در هر دو گروه سیر نزولی داشته است، یعنی هر دو نوع پانسمان در ترمیم زخم فشاری موثر بوده اند ($P<۰/۰۰۱$).

بنابراین، هرچند که وضعیت زخم فشاری در گروه پانسمان عسل نسبتاً بهتر بود (نمودار ۱ و جدول ۱) اما آنالیز واریانس بین گروهی تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نداد ($P=۰/۱۵$).

نمودار ۱: مقایسه روند بهبودی زخم فشاری با استفاده از پانسمان عسل و پانسمان هیدروکلوئید در بیماران



تصاویر ۱و۲: پانسمان با عسل توسط پژوهشگر

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره پوش بیماران دارای زخم فشاری قبل از مداخله ودر طی مداخله در دو گروه

هفته ها	پوش	گروه عسل میانگین (انحراف معیار)	گروه کامفیل میانگین (انحراف معیار)
قبل از مداخله	پوش ۱	(۲,۹۳)۸,۷۰	(۳,۰۱) ۸,۸۰
هفته اول مداخله	پوش ۲	(۲,۸۲) ۷,۷۵	(۲,۸۵) ۸,۰۵
هفته دوم مداخله	پوش ۳	(۳,۰۲) ۶,۷۵	(۳,۰۵)۷,۰۵
هفته سوم مداخله	پوش ۴	(۳,۱۱) ۵,۳۰	(۳,۲۶) ۶,۷۰
هفته چهارم مداخله	پوش ۵	(۳) ۴,۵۰	(۳,۴۸) ۶,۰۵
هفته پنجم مداخله	پوش ۶	(۲,۸۵)۳,۲۰	(۳,۳۲)۵,۱۰

یافته جانبی این مطالعه این بود که در گروه پانسمان عسل، افراد درد کمی را گزارش می کردند. بعلاوه، در بیماران گروه پانسمان عسل ادم اطراف زخم ها کم شده بود و همچنین بوهای نامطبوع بعضی از زخم ها بعد از ۲۴ الی ۴۸ ساعت که از پانسمان عسل می گذشت بطور کامل از بین می رفت. همچنین در این مطالعه، یافته ها نشان داد که پانسمان عسل به زخم نچسبیده و به جوانه های در حال رشد گرانوله آسیبی وارد نکرده بود.

بحث

در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که ۴ مورد متغیر سطح تحرک، میزان درک حسی، وضعیت تغذیه و محل زخم فشاری بر نتایج این مطالعه تاثیری نداشتند. در همین راستا،**Stephen-Haynes** عوامل دخیل در ایجاد زخم های فشاری را شرایط نامناسب (سن بالا، تغذیه نامناسب، تعریق زیاد پوست و کاهش سطح هوشیاری) می داند (۱۴).

نتایج نشان دادکه خطوطی که تا ارزیابی سوم تقریباً موازی بودند، بعد از آن از هم فاصله گرفتند وشیب نزولی خط ترمیم درگروه عسل تندتر بود. پژوهشگران احتمال می دهند تغییرات شیب در پانسمان عسل که گویای بهبودی بیشتر این نوع پانسمان در ترمیم زخم های فشاری بوده است، می تواند ناشی از آن باشد که عسل باعث کاهش ترشحات زخم و تسریع در بهبودی زخم چند روز بعد از مداخله شده و نیز با کاهش التهاب و ادم پوست اطراف زخم باعث شده که جریان خون در زخم افزایش یابد. این روند باعث تقویت فرایند بهبودی می گردد.

این در حالی است که تاثیر پانسمان هیدروکلوئید در زخم های عفونی با ترشحات زیاد کاهش می یابد.

اما در نهایت نتایج آنالیز واریانس بین گروهی نشان داد که تفاوت معنی داری از لحاظ تاثیر بر وضعیت ترمیم زخم فشاری بین دو گروه پانسمان عسل و پانسمان هیدروکلوئید مشهود نیست، یعنی تاثیر آن دو بر ترمیم زخم فشاری مشابه است.

یافته جانبی این مطالعه این بود که در گروه پانسمان عسل، افراد درد کمی را گزارش می کردند. پژوهشگران در مطالعات مختلفی که روی اثرات پانسمان عسل انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که پانسمان عسل باعث کاهش درد بیماران می گردد (۱۸-۱۵). در این پژوهش گروه بیماران پانسمان هیدروکلوئید نیز درد زیادی نداشته و اختلاف زیادی با گروه پانسمان عسل نداشتند.

در بیماران گروه پانسمان عسل ادم اطراف زخم ها کم شده بود و همچنین بوهای نامطبوع زخم ها بعد از مدت ۲۴ الی ۴۸ ساعت بعد از پانسمان عسل، بطور کامل از بین می رفت. در این رابطه، Mollan مدیر واحد پژوهش عسل در دانشگاه هامیلتون نیوزیلند در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ بر روی عسل انجام داد به نکته قابل توجهی در استفاده عسل در زخم فشاری دست یافت و آن این بود که این پانسمان بطور سریع در ۲۴ ساعت اول زخم را تمیز می کند و باعث از بین رفتن بوی زخم می شود (۱۷). این در حالیست که در بیماران گروه کنترل، هیدروکلوئید تاثیر زیادی در زخم های عفونی نداشته و بوی نامطبوع زخم ها از بین نمی رود و یکی از زخم های فشاری که در ابتدای مطالعه در گروه پانسمان هیدروکلوئید وجود داشت تا پایان مطالعه عفونی باقی ماند و همچنان بوی نامطبوعی از آن استشمام می شد.

همچنین در این مطالعه یافته ها نشان داد که پانسمان عسل به زخم نچسبیده و به جوانه های در حال رشد گرانوله آسیبی وارد نکرده بود. Mollan نیز در پژوهش خود گزارش کرد که عسل با آوردن اگزودا به سطح زخم باعث مرطوب شدن محیط زخم می شود که بدنبال آن ژلی تشکیل می شود که از چسبیدن پانسمان عسل به بستر زخم جلوگیری نموده و از آسیب به بافت های جوانه زده گرانوله پیشگیری می کند. او بیان داشت که این ژل ایجاد شده بدنبال استفاده از پانسمان عسل، لایه نازکی است که شباهت زیادی به پانسمان هیدروکلوئید دارد (۱۸).

پژوهشگران در مطالعات مختلفی که روی پانسمان عسل انجام داده اند، به این نتیجه رسیدند که مکانیسم مسئول برای کارآمدی عسل ممکن است بخاطر فعالیت آنتی میکروبیال و اسیدیته عسل باشد. احتمالاً فعالیت آنتی میکروبیال عسل، عفونت زخم ها را کاهش داده و یا از عفونی شدن زخم ها پیشگیری می کند و با ایجاد محیط مرطوب در زخم فشاری، فرایند بهبودی را تحریک نموده و درد را کاهش می دهد و تشکیل بافت گرانوله را تقویت می نماید (۱۷).

در پژوهش حاضر دیده شد که در هر دو گروه مداخله و کنترل با مرطوب نگه داشتن محیط اطراف زخم، فرایند ترمیم تقویت گردیده است و در هیچ یک از دو گروه نیز اثرات جانبی مشاهده نگردید. همسو با یافته این پژوهش Black معتقد است که یکی از راه های تسریع در فرایند ترمیم زخم فشاری مرطوب نگه داشتن محیط زخم است (۱۹). Molan می نویسد بالغ بر ۵۰۰ مطالعه مختلف در مورد پانسمان عسل انجام شده که در هیچ کدام از آن ها اثرات جانبی مشاهده نگردید (۱۸).

در نهایت، بیماران در هر دو گروه احساس راحتی می نمودند و پانسمان را به عنوان یک عامل مزاحم در نظر نمی گرفتند.

نتیجه گیری نهایی

در این پژوهش اختلاف بارزی در بهبود زخم های فشاری بین پانسمان با عسل و پانسمان با هیدروکلوئید ملاحظه نگردید. لیکن علیرغم آنکه از لحاظ آماری بین دو گروه تفاوت معنا داری مشهود نبود، اما بیماران از پانسمان عسل رضایت بیشتری ابراز کردند. لذا مزایایی مثل راحتی تهیه، مقرون به صرفه بودن، عدم آلرژی، کاهش درد و از همه مهمتر اثر مشابه آن با هیدروکلوئید عوامل مهمی است که از پانسمان عسل می توان

بعنوان گزینه مناسب و برتر در ترمیم زخم های فشاری نام برد. لذا می توان تاکید کرد که پانسمان عسل، یک درمان موضعی موثر، برای ترمیم زخم های فشاری است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشجو آقای محمد مهربانی به راهنمایی آقای دکتر محمد علی حسینی از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در سال ۱۳۸۸ بوده است. پژوهشگران وظیفه خود می دانند از همکاری کلیه بیماران مشارکت کننده در این پژوهش، همچنین مسئولین محترم بیمارستان شهدا و فارابی شهر کرمانشاه که جهت انجام این پژوهش تسهیلات لازم را فراهم نمودند، کمال تشکر را داشته باشند.

منابع

1- Jalali R. Rezaie M. Predicting pressure ulcer risk: Comparing the predictive validity of scales. Advances in Skin & Wound Care. 2005;18 (2) 92-97

2- Leigh I . Bennett G. Pressure ulcers: Prevalence, etiology and treatment modalities. The American Journal of Surgery. 1994;167: 25S-30S.

3- Jalali R. [The Principle of Wound Cure and Care]. Tehran. Salemi Publication. 2003. (Persian).

4- Schue RM. Langemo DK. Pressure ulcer prevalence and incidence and a modification of the Braden scale for a rehabilitation unit. Journal of Wound Ostomy Continence Nursing. 1998; 25 (1) 36-43

5- Bale S. Squire D A. Comparison of two dressing in pressure sore management. Journal of Wound Care.1997; 6 (10) 463-466.

6- Eman SM. Shahin T D. Ruud JG. Halfen S. Incidence and prevention and treatment of pressure ulcers in intensive care patients: A longitudinal study. International Journal of Nursing Studies. 2009;46 (4) 413-421

7- Molten SE. Bedsores in the chronically ill patient. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.1972; 53:430–43

8- Pishgoee AH. [Comparision of hydrocoloeid dressing and normal salin derssing on pressuer ulcer of patients hospitalized in Tehran Welfare Organization]. Master Thesis of nursing, Shahid Beheshty University of Medical Sciences. 1995.(Persain).

9- Graumlich J. et al. Healing pressure ulcers with collagen or hydrocolloid: A randomized controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society.2003; 51(2) 147-154

10- Hashemi M. [Whole Book of Honey Therapy]. 1st edition. Tehran. Farhang Publications. 2002. (Persian).

11- Misirlioglu A. Eroglu S. Karacaoglan N. et al. Use of honey as an adjunct in the healing of split-thickness skin graft donor site. Dermatol Surg 2003;29(2) 168-172.

12- Ulku Y G. Effectiveness of a honey dressing for healing pressure ulcers. Journal of Wound Ostomy Continence Nursing.2007; 34 (2) 184-90.

13- National Pressure Ulcer Advisory Panel. PUSH Tool 3.0.Available at://www.npuap. org.Accessed Sep 10, 2006.

14- Stephen-Haynes J. Pressure ulcer risk assessment and prevention. British Journal of Community Nursing. 2004;9 (12) 540–4

15- Subrahmanyam M. Sahapure AG. Nagane NS. et al. Effects of topical application of honey on burn wound healing. Annals of Burns and Fire Disasters. 2001;14 (3) 143-145.

16- Cooper RA. Molan PC. Harding KG. Antibacterial activity of honey against strains of Staphylococcus aureus from infected wounds. Journal of the Royal Society of Medicine. 1999;92 (6) 283-285.

17- Molan PC. Clinical usage of honey as a wound dressing. Journal of Wound Care.2004; 13 (9) 353-356

18- Molan PC. Reintroducing honey in the management of wounds and ulcers: Theory and practice. Ostomy/Wound Manage. 2002; 48 (11) 28-40

19- Black J. Medical Surgical Nursing. 6th edition. Philadelphia, Saunders Co, 2000.

Comparison of honey dressing with Hydrocolloid dressing effects on pressure ulcer healing of ICU hospitalized patients

Mehrabani M[1], *Hosseini MA[2], Nourozi K[3], Karimloo M[4]

Abstract

Introduction: Bed sore is an important nursing diagnosis in patients in ICU which delay recovery and increase costs of patients and their family. The best method for bed sores is dressing. The aim of the study was to compare the effect of honey dressing with Hydrocolloid dressing on pressure ulcer healing in ICU patients**.**

Materials and Methods: In this randomized clinical trial research, 29 patients with total of 40 pressure ulcers were participated. After selecting the patient based on inclusion criteria, hospitals were divided randomly in two control and intervention groups. Intervention group with total of 20 pressure ulcers were received bed sore care with honey dressing in Shohada hospital and control group with total of 20 pressure ulcers were received bed sore care with Hydrocolloid dressing in Farabi hospital. Ulcers state were measured with Pressure Ulcer Scale (PUSH) at the beginning of hospitalization and then weekly for 5 weeks. After intervention by comparing PUSH score in two groups, were measured. Data were analyzed by SPSS.

Findings: The results showed that the two groups were statistically similar with regard to baseline and wound characteristics. After 5 weeks of treatment, patients who were treated by honey dressing had similar PUSH tool scores with patients that were treated with Hydrocolloid dressing. However, recovery in group with honey dressing was faster, but there was not any significant difference.

Conclusion: Results showed that healing among patients that were treated with honey dressing were statistically similar with the comparison group. But easy accessibility, economical and neutrality makes honey dressing treatment as choice for pressure ulcers treatment.

Keywords: Pressure ulcer, Honey dressing, Hydrocolloid dressing, PUSH.

Received: 30 Jan 2012 **Accepted:** 28 May 2012

1- MSc in Nursing, Kermanshah Tameen Ejtemaee Organization, Kermanshah, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author).
E-mail: mahmaimy@yahoo.com
3- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4- Associate Professor, Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Iranian Nursing Scientific Association

Journal Of Health Promotion Management

ISSN: 2251-8614 Vol.1 No.3 Summer 2012

- The impact of Multi-dimensional Model of Psychiatric Rehabilitation Care on hemodialysis patient's depression.....88
Afkand S, Nourozi Tabrizi K, Fallahi Khoshknab M, Reza Soltani P

- Assessment of some factors related to leave in nurses and their demographic characters in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.....89
Hariri G, Yaghmaei F, Zagheri Tafreshi M, Shakeri N

- The effect of implementing Clinical Supervision Model on the patient education outcomes..90
Heshmati Nabavi F, Memarian R, Vanaki Z

- Comparison of honey dressing with Hydrocolloid dressing effects on pressure ulcer healing of ICU hospitalized patients.....91
Mehrabani M, Hosseini MA, Nourozi K, Karimloo M

- Needle sticks injuries among health care workers in emergency medical centers in Tehran University of Medical Sciences Hospitals (2007-2010).....92
Rezaei S, Rabirad N, Tamizi Z S, Fallahi Khoshknab M, Mohammad Nejad E, Mahmoodi M

- To compare dialysis adequacy in patient's that referred to Golestan province hemodialysis centers.....93
Shariati AR, Asayesh H, Nasiri H, Tajbakhsh R, Hesam M, Mollaee E , Abdollahi AA, Rohi G, Nyksier M

- Correlation between population characteristics and safety attitude to work of women workers in food factories.....94
Hosseini Z, Hosseini M, Yaghmaei F, Alavi Majd H, Jabbari M

- Nurses' views about factors affecting the professional roles.....95
Nikpeyma N, Ashktorab T