

رضایت از زندگی در بیماران سوختگی مراجعه‌کننده به مرکز سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی شهر رشت در سال ۱۳۹۶

دکتر عبدالحسین امامی سیگارودی

زینب حق‌دوست

دکتر محمدتقی مقدم‌نیا

دکتر احسان کاظم‌نژاد لیلی

دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه

علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

زمینه و هدف: سوختگی خطری است که همه روزه به اشکال مختلف انسان‌ها را تهدید می‌کند و یکی از مخرب‌ترین صدمات با عوارض مختلف جسمی و روانی است. سوختگی کیفیت و رضایت از زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بررسی رضایت از زندگی به دلیل ارتباط تنگاتنگ آن با سلامت جسم و روان، امری حیاتی محسوب می‌شود. با توجه به بالا بودن شیوع سوختگی در ایران و وجود چالش در درمان و توان‌بخشی این بیماران، لازم دیدیم مطالعه‌ی حاضر را با هدف بررسی رضایت از زندگی در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی شهر رشت انجام دهیم.

روش اجرا: در این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی، تعداد ۳۷۹ بیمار مبتلا به سوختگی از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. پرسش‌نامه‌ی رضایت از زندگی داینر مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها به وسیله‌ی آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی‌داری هم $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: اکثر واحدهای مورد پژوهش مرد ($64/1\%$) و با مدرک دیپلم ($34/6\%$) بودند و ($83/4\%$) افراد پس از سوختگی به شغل قبلی خود بازگشتند. هم‌چنین نتایج نشان داد که بیشتر این بیماران ($48/5\%$) از زندگی راضی بودند و متغیرهای محل سکونت ($P = 0/0001$) تحصیلات ($P < 0/0001$)، وضعیت تأهل بعد از سوختگی ($P = 0/05$)، شغل قبل از سوختگی ($P = 0/016$) شغل بعد از سوختگی ($P = 0/014$)، انجام گرافت پوستی ($P < 0/0001$) و بیمه ($P < 0/0001$) به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده‌ی مرتبط با رضایت از زندگی تلقی گردیدند.

نتیجه‌گیری: انتظار می‌رفت سوختگی باعث نارضایتی این بیماران شود اما عوامل دیگری غیر از سوختگی (مانند نیروی ایمان و راضی بودن به تقدیر و مشیت الهی، امید به زندگی بالا و غیره) در بالارفتن میزان رضایت‌مندی نقش داشته‌اند، لذا پیشنهاد می‌شود مؤسسات حمایت‌کننده و خیریه جامعه (مانند بهزیستی، کمیته امداد، صداوسیما و ...) از این بیماران بیشتر حمایت کنند. هم‌چنین برنامه‌ها و کلاس‌هایی با محتوای مشاوره‌ای و آموزشی برای بیماران و خانواده‌ی آن‌ها برگزار شود.

کلیدواژه‌ها: بیمار، سوختگی، رضایت از زندگی

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۰۵

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۹۷، دوره‌ی ۹ (۴): ۲۶۱-۲۷۱

نویسنده‌ی مسئول:

زینب حق‌دوست

رشت، بزرگراه شهید بهشتی، خیابان

دانشجو، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی

شهید بهشتی

پست الکترونیک:

haghdooostzeynab18@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است

مقدمه

خشونت‌های بین‌فردی به‌عنوان چهارمین نوع شایع آسیب‌های جهان به‌شمار می‌رود^۱. بررسی‌های

سوختگی به‌عنوان یکی از مخرب‌ترین آسیب‌ها است و از نظر شیوع، بعد از حوادث ترافیکی، سقوط و

انجام گرفته نشان می‌دهد که حدود ۱/۱ میلیون بیمار سوختگی در ایالات متحده و یک میلیون در اروپا، سالانه خدمات و مراقبت‌های درمانی دریافت می‌کنند.^۲ در کشور ما سالیانه نزدیک به ۷۲۴ هزار مورد سوختگی پیش می‌آید که ۳۳۵ هزار نفر آنان با خوددرمانی بهبود می‌یابند و ۳۴۸ هزار نفر با مراجعه به مراکز بهداشتی - درمانی و گرفتن خدمات سرپایی بهبود می‌یابند، ۳۸۲۰۰ نفر در بیمارستان بستری می‌شوند و ۲۹۲۰ نفر می‌میرند.^۳ بررسی انجام گرفته طی سال ۱۳۹۲ در استان گیلان نشان داد از ۱۱۴۳۵ بیمار سوختگی که به تنها مرکز سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی ولایت واقع در شهر رشت مراجعه کرده‌اند، ۱۱۴۷ نفر بستری و ۱۰۲۸۸ نفر به صورت سرپایی مداوا شدند.^۴ سوختگی یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشت و سلامت در سراسر دنیا است که منجر به بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان و افزایش هزینه‌ها برای بیماران، خانواده‌ها و جامعه می‌گردد.^۵ هزینه و مخارج ناشی از سوختگی بسیار سرسام‌آور است. علاوه بر این تعداد زیادی از قربانیان سوختگی دچار انواع معلولیت‌ها می‌گردند و این امر باعث از بین رفتن نیروی انسانی فعال می‌شود. تغییرات ظاهری و اختلالات ایجاد شده در عملکرد و ظاهر اندام‌ها می‌تواند پیامدهای جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی عمده‌ای به دنبال داشته باشد.^۶ از طرفی اسکار سوختگی در این بیماران موجب بدشکلی شده، به دنبال آن افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه در این بیماران رخدادی شایع است. مشکلات تصویر ذهنی و فقدان اعتماد به نفس و احساس خجالت و گوشه‌گیری نیز از دیگر پیامدها است. هم‌چنین سوختگی می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را روی کیفیت زندگی بیماران گذاشته و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود.^۷ یکی دیگر از مشکلات بیماران، مسائل اجتماعی و خانوادگی بعد از حادثه است؛ نظیر طرد شدن از سوی

خانواده، جدایی از همسر، ازهم پاشیده شدن خانواده، ترس و دید منفی مردم نسبت به این بیماران و به تبع آن تصمیم بیمار مبنی بر ترک تحصیل و استعفا از کار، همگی از جمله آسیب‌های اجتماعی هستند که بر زندگی و روابط اجتماعی بیماران پس از آسیب سایه می‌افکند.^۸ با توجه به آنچه از عوارض سوختگی گفته شد به دنبال سوختگی رضایت از زندگی افراد نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. رضایت از زندگی یکی از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی است که نگرش و ارزیابی عمومی فرد نسبت به کل زندگی یا برخی از جنبه‌های آن مانند زندگی خانوادگی را دربرمی‌گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی عمومی و عملکرد مثبت است و با عوامل متعددی چون ویژگی‌های شخصیتی خودپنداره، هوش هیجانی، روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی مرتبط است.^۹

هم‌چنین رضایت از زندگی با سلامت روانی بالا همبسته است. هرچه میزان رضایت از زندگی بالاتر باشد فرد مستعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است. Maltaby و همکاران دریافته‌اند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند از سبک‌های مقابله‌ای مؤثرتر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. عدم رضایت از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است. رضایت از زندگی از عوامل مهم مطرح در رفاه فرد است و بررسی آن در سیستم‌های مراقبت بهداشتی به دلیل ارتباط تنگاتنگ بین سلامت جسم و روان، امری حیاتی محسوب می‌شود.^{۱۰}

با توجه به این نکته که پرستاران بیشترین تماس را با بیماران دارند و پرستاران سوختگی، بزرگ‌ترین گروه تیم سوختگی هستند که مسئولیت مراقبت شبانه‌روزی بیماران را به عهده‌دارند بهتر است در بررسی سوختگی

و شناخت عوارض جسمی و روانی آن بر بیماران نقش فعالی داشته باشند چراکه با این کار پرستار می‌تواند با تیم درمان در امور مربوط به توان بخشی و پیشگیری از عوارض سوختگی برنامه‌ریزی‌های لازم را انجام دهد و با تعیین رضایت از زندگی نیازهای آموزشی اختصاصی بیمار و خانواده وی را متناسب با نیازهای جسمی و روحی بیمار جهت مراقبت از خود و مراقبت در منزل تعیین نموده و به تیم بازتوانی و روان‌شناسی به‌منظور کمک به بیمار جهت قبول موقعیت فعلی، ایجاد اعتماد به نفس و عدم وابستگی به دیگران و درنهایت بازگشت به محیط خانواده و جامعه کمک کند.^۵

با توجه به پیشرفت‌های صورت گرفته در درمان بیماران سوخته و کاهش مرگ‌ومیر آنان و نیز با عنایت به اینکه بیشترین گروه سنی مراجعه‌کننده به مرکز فوق تخصصی سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی ولایت شهر رشت را افراد در سنین جوانی و فعال تشکیل می‌دهند که دچار مشکلات و عوارض و بدشکلی‌هایی شده‌اند که تا آخر عمر باقی مانده و گریبان‌گیر آنان بوده و می‌تواند منجر به مشکلات روانی و اجتماعی آنان گردد و از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای در مورد رضایت از زندگی در بیماران سوختگی مراجعه‌کننده به این مرکز صورت نگرفته است، لذا انجام این تحقیق ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به پیشرفت‌های صورت گرفته در درمان بیماران سوخته و کاهش مرگ‌ومیر آنان و نیز با عنایت به اینکه بیشترین گروه سنی مراجعه‌کننده به مرکز فوق تخصصی سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی ولایت شهر رشت را افراد در سنین جوانی و فعال تشکیل می‌دهند که دچار مشکلات و عوارض و بدشکلی‌هایی شده‌اند که تا آخر عمر باقی مانده و گریبان‌گیر آنان بوده و می‌تواند منجر به مشکلات روانی و اجتماعی آنان گردد و از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای در مورد رضایت از زندگی در بیماران سوختگی مراجعه‌کننده به این مرکز صورت نگرفته است، لذا انجام این تحقیق ضروری به نظر می‌رسد.

روش اجرا

این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است که طی مدت ۴ ماه از انتهای اسفندماه ۱۳۹۵ تا اوایل تیرماه ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه‌ی پژوهش در این مطالعه کلیه‌ی بیماران مبتلا به سوختگی مراجعه‌کننده به مرکز سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی شهر رشت در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بودند.

نمونه‌های پژوهش در این بررسی را ۳۷۹ بیمار دچار سوختگی مراجعه‌کننده به مرکز سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی شهر رشت در طی سال‌های

جهت اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسش‌نامه‌ی رضایت از زندگی استفاده شد که براساس پرسش‌نامه‌ی رضایت از زندگی داینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ است که این مقیاس ۵ گویه است. مقیاس پاسخگویی به سؤالات مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» است. اعتبار پرسش‌نامه‌ی رضایت از زندگی داینر در مطالعه‌ی بیانی و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش باز آزمایی ۰/۶۹ و روایی آن از طریق روایی همگرا تأیید شد.^{۱۱}

گردآوری داده‌ها در این پژوهش با استفاده از روش مصاحبه با بیماران و ثبت اطلاعات مندرج در پرونده انجام شد؛ به این ترتیب که پژوهشگر پس از اخذ مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ارائه‌ی آن به ریاست مرکز فوق تخصصی سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی ولایت شهر رشت جهت انجام پژوهش مجوز لازم را کسب نمود و جهت جمع‌آوری نمونه‌ها به مرکز فوق مراجعه نمود.

یافته‌ها

نتایج این پژوهش نشان داد که اکثر افراد مورد

ناراضی بودند درحالی که ۱۳/۴۶٪ راضی و ۳۱/۹۳٪ از زندگی نسبتاً راضی بوده‌اند.

در آنالیز چندگانه براساس مدل رگرسیون لجستیک از بین متغیرهای با سطح معنی‌داری ($P \leq 0.1$) در آنالیز تک‌متغیره، متغیرهای سطح تحصیلات ($P=0.003$)، آسیب شکستگی ($P=0.53$) مشکل هیپرپیگمانتاسیون ($P=0.550$) مشکل احساس گرما ($P=0.005$) و انجام گرافت پوستی ($P=0.006$) به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده‌ی مرتبط با رضایت از زندگی تلقی شده‌اند (جدول ۱).

بحث

هدف کلی این پژوهش تعیین رضایت از زندگی در بیماران مبتلابه سوختگی بود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اکثر موارد در مطالعه‌ی ما مردان بودند. بیشتر بیماران در شهر زندگی می‌کردند. هم‌چنین اکثریت این بیماران در زمان قبل از سوختگی متأهل و بعد از سوختگی نیز متأهل بوده‌اند. میزان تحصیلات بیشتر آن‌ها دیپلم بود. شغل قبل از سوختگی بیشتر این افراد آزاد و بیشتر آن‌ها به شغل قبل از سوختگی خود بازگشته بودند. در این راستا نتایج حاصل از مطالعه‌ی نیرومند زندی و همکاران در تهران بر روی ۱۶۴ بیمار مبتلا به سوختگی نشان داد که اکثریت موارد سوختگی (67.7%) مرد بودند. اکثر افراد شرکت‌کننده سن زیر ۳۰ سال داشتند (43.3%)، هم‌چنین اکثریت آن‌ها ساکن شهر (73.2%) بوده‌اند. بیشتر این افراد مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر (31.1%) داشته و شاغل بوده‌اند (84.2%)^۳ درحالی که مطالعه‌ی که توسط فاطمی و همکاران بر روی ۱۵۰ بیمار سوختگی در بیمارستان شهید مطهری تهران انجام شد نشان داد اکثریت بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش (53.3%) زن و میانگین سنی آن‌ها ۲۷/۶۹ سال و میانگین درصد سوختگی ۲۴/۵۷ بود. بیشتر نمونه‌ها مجرد (56%)، اکثریت آن‌ها ساکن شهر (79%) و 29.3%

پژوهش مرد (64.1%) و بیشتر آن‌ها ساکن شهر بوده‌اند (61.7%). میانگین سنی این بیماران ۳۵/۸۱ سال با انحراف معیار ۱۱/۲۶ که کمترین سن ۱۸ سال و بیشترین سن ۷۳ سال بوده است. هم‌چنین اکثر بیماران در زمان قبل از سوختگی متأهل (75.7%) و بعد از سوختگی نیز متأهل (74.7%) بوده‌اند. تحصیلات بیشتر آن‌ها (34.6%) دیپلم بود. هم‌چنین شغل قبل از سوختگی بیشتر این افراد آزاد (28.8%) و بیشتر آن‌ها (83.4%) به شغل قبل خود بازگشته بودند. در این بررسی عوامل سوختگی به چهار دسته‌ی حرارتی، شیمیایی، الکتریکی و سایر تقسیم‌شده بود که برحسب بیشترین میزان فراوانی به‌ترتیب عبارت بودند از سوختگی حرارتی (89.2%)، سوختگی شیمیایی (4.5%)، سوختگی الکتریکی (3.2%) و سایر (2.1%). در بررسی محل سوختگی مشخص شد که سوختگی در محل دست (79.7%) بیشترین اندام درگیر از لحاظ سوختگی و از لحاظ عمق، سوختگی درجه‌ی دو (94.5%) بیشترین موارد را در این مطالعه تشکیل داده است. میانگین مدت‌زمان گذشت از حادثه‌ی سوختگی در این گروه ۱۶/۵۷ ماه با انحراف معیار ۲۸/۴۵ که حداقل یک ماه و حداکثر ۲۹۶ ماه بوده است. میانگین وسعت سوختگی در این بیماران 19.7% با انحراف معیار ۱۱/۱ که کمترین درصد سوختگی ۱۰ و بیشترین درصد سوختگی ۷۰ بوده است. در این مطالعه هم‌چنین آسیب‌هایی که هم‌زمان با حادثه‌ی سوختگی رخ داده بودند به چهار دسته‌ی آسیب‌های استنشاقی، شکستگی، ضربه‌ی مغزی و سایر آسیب‌ها تقسیم شدند که بیشترین آسیب مربوط به سایر آسیب‌ها (19%) بوده است. در مطالعه‌ی حاضر میانگین مدت‌زمان اقامت در بیمارستان ۱۰/۱۳ روز با انحراف معیار ۱۱/۱ که کمترین مدت زمان اقامت یک روز و بیشترین آن ۹۰ روز بوده است. طول مدت سوختگی در پژوهش حاضر حداقل یک ماه و حداکثر ۲۹۶ ماه بوده است. در زمینه‌ی رضایت از زندگی نیز اکثریت افراد (54.62%)

جدول ۱: ضرایب رگرسیونی و شانس نسبی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به سوختگی

عوامل فردی و اجتماعی و مرتبط با بیماری و درمان	B*	انحراف معیار	سطح معنی دار	OR	فاصله‌ی اعتماد ۹۵٪ شانس نسبی	
					حداقل	حداکثر
محل سکونت			۰/۰۷			
شهر	۰/۶۳	۰/۳	۰/۰۳	۱/۸۸۲	۱/۰۴	۳/۳۹
حاشیه شهر	۰/۱۱	۰/۴۲	۰/۷۸	۱/۱۲	۰/۴۸	۲/۶۱
روستا (گروه مرجع)	۰			۱		
تحصیلات			۰/۰۳			
بی سواد	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۳۲	۲/۶۲	۰/۳۸	۱۸/۰۶
ابتدایی	-۰/۳۸	۰/۴۳	۰/۳۷	۰/۶۷	۰/۲۸	۱/۵۹
سیکل	-۱/۱۲	۰/۴۲	۰/۰۰۸	۰/۳۲	۰/۱۴	۰/۷۴
دیپلم	-۰/۵۳	۰/۳۸	۰/۱۶	۰/۵۸	۰/۲۷	۱/۲۴
فوق دیپلم	۰/۰۱	۰/۵۴	۰/۹۸	۱/۰۱	۰/۳۴	۲/۹۳
لیسانس و بالاتر (گروه مرجع)	۰			۱		
شغل بعد از سوختگی			۰/۰۹			
بازنشسته زودتر از موعد	-۱/۷۹	۱/۵۵	۰/۲۴	۰/۱۶	۰/۰۰۸	۳/۵۲
از کار افتاده	-۱/۳۶	۰/۶۳	۰/۰۳	۰/۲۵	۰/۰۷	۰/۸۸
بازگشت به شغل قبلی	-۰/۳۲	۰/۴۵	۰/۴۷	۰/۷۲	۰/۲۹	۱/۷۶
تغییر شغل (گروه مرجع)	۰			۰		
عدم مشکل اسکار هیپروتروفیک	۰/۴۴	۰/۲۳	۰/۰۵	۱/۵۶	۰/۹۸	۲/۴۹

*: آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه

تقسیم شدند که بیشترین آسیب مربوط به سایر آسیب‌ها (۱۹٪) بود. در همین راستا نتایج حاصل از مطالعه‌ی خراسانی و همکاران در ساری بر روی ۱۱۳ بیمار مبتلا به سوختگی نشان داد که سوختگی با شعله، ۵۳/۱٪ از کل موارد سوختگی‌ها را تشکیل داده و ۵۳٪ از موارد سوختگی درجه‌ی ۳ و ۵۲٪ از موارد سوختگی درجه‌ی ۲ و ۳ ناشی از شعله بود و در مجموع ۸۲٪ از بیماران سوختگی درجه‌ی ۲ و ۳ را توأم داشتند^{۱۱}.

در بررسی انجام‌شده توسط جعفری پرور و همکاران که بر روی ۶۲۶ بیمار دچار سوختگی در رشت انجام شد سوختگی حرارتی بیشترین میزان فراوانی را به خود اختصاص داده بود (۸۷/۱٪) درحالی که بیشترین اندام مبتلا به سوختگی پا (۲۱/۸) بوده است. از نظر عمق سوختگی، سوختگی‌های درجه‌ی ۲ و ۳ توأم با فراوانی ۴۳/۴٪ و سوختگی‌های درجه‌ی ۲ به‌تنهایی با

را زنان خانه‌دار تشکیل می‌دادند و از نظر تحصیلات نیز اکثریت این بیماران (۴۲/۷٪) زیر دیپلم بودند^۱.

در این پژوهش مشخص شد که سوختگی در محل دست بیشترین اندام درگیر از لحاظ سوختگی و از لحاظ عمق، سوختگی درجه‌ی دو بیشترین موارد تشکیل داده است. هم‌چنین بیشترین عامل سوختگی، مربوط به سوختگی حرارتی بود (۸۹/۲٪). میانگین و انحراف معیار مدت‌زمان گذشت از حادثه‌ی سوختگی ۱۶/۵۷±۲۸/۴۵ که حداقل یک ماه و حداکثر ۲۹۶ ماه بوده است. میانگین و انحراف معیار وسعت سوختگی ۱۱/۷۷±۱۹/۷٪ که کمترین درصد سوختگی ۱۰ و بیشترین درصد سوختگی ۷۰ بوده است. در این مطالعه هم‌چنین آسیب‌هایی که هم‌زمان با حادثه‌ی سوختگی رخ داده بودند به ۴ گروه آسیب‌های استنشاقی، شکستگی، ضربه‌ی مغزی و سایر آسیب‌ها

۲۷/۹٪ بیشترین موارد و آسیب استنشاقی بیشترین موارد آسیب همراه با حادثه سوختگی را به خود اختصاص داده بودند (۳۰/۶٪).^۵

از نظر عمق سوختگی در بررسی انجام شده در بلغارستان توسط Zayakova بیشترین عمق سوختگی از لحاظ فراوانی به ترتیب درجه‌ی دو نوع دوم (۵۷/۳٪)، درجه‌ی ۳ (۳۵/۵٪) و درجه‌ی دو نوع اول (۷/۲٪)^{۱۳} بود. با توجه به اینکه درجه‌ی سوختگی ۲ بیشترین میزان فراوانی را به خود اختصاص داده است، شاید یکی از دلایل آن را بتوان مراجعه‌ی به موقع بیماران سوختگی به مرکز سوختگی و هم‌چنین آگاهی آنان از اقدامات اولیه‌ی کافی و مناسب در سوختگی‌ها ذکر کرد. در مطالعه‌ی حاضر میانگین مدت زمان اقامت در بیمارستان ۱۰/۱۳ روز بوده است. این یافته نسبت به یافته‌ی جعفری‌پرور و همکاران در رشت که متوسط زمان اقامت بیماران در بیمارستان ۱۲/۶ بوده^۵ و هم‌چنین خراسانی و همکاران در ساری که متوسط مدت زمان اقامت بیماران در بیمارستان ۲۱/۶ روز بوده کمتر است^{۱۲} اما نسبت به بررسی انجام شده توسط کرمی و همکاران در کرمانشاه که متوسط مدت زمان اقامت بیماران در بیمارستان در مطالعه‌ی آن‌ها برابر ۹/۰۴ روز با کمترین میزان یک روز و بیشترین میزان ۵۶ روز بوده است، بیشتر است.^۵ به نظر پژوهشگر، کم‌تر بودن متوسط مدت زمان اقامت بیماران در بیمارستان نسبت به یافته‌های جعفری‌پرور و خراسانی شاید به این دلیل باشد که آن‌ها افراد مبتلابه سوختگی شدید (سوختگی بالای ۲۵٪، سوختگی همراه با مسمومیت‌های استنشاقی، تروما یا بیماران با ریسک بالا) را وارد مطالعه کردند؛ در حالی که در مطالعه‌ی حاضر بیماران با طیف سوختگی ۷۰٪-۱۰٪ شرکت کرده بودند.

در پژوهش حاضر ۸۳/۴٪ به شغل قبلی‌شان برگشته بودند. ۷۴/۷٪ از نمونه‌ها متأهل بوده و ۴۸/۳٪ دچار اسکار هیپرتروفیک، ۲/۴٪ دچار مشکل کلونید،

۱۶/۴٪ دچار کاهش حس، ۴۷/۸٪ دچار خارش، ۱۹/۸٪ احساس سرما، ۷۱/۵٪ هیپریگمانتاسیون، ۱۵/۸٪ احساس گرما، ۲/۹٪ احساس درد، ۲/۴٪ هیپوپیگمانتاسیون و ۱۹/۵٪ دچار عدم رویش مو در محل سوخته شده بودند. تنها ۳۷/۷٪ از نمونه پس از ترخیص از بیمارستان اعمال جراحی ترمیمی بر روی محل سوخته را انجام داده بودند در حالی که در بررسی انجام گرفته توسط جعفری‌پرور و همکاران در رشت طول مدت سوختگی حداقل دو سال و حداکثر ۶ سال بوده، ۷۹/۷٪ از نمونه‌های مورد بررسی به شغل قبلی‌شان برگشته بودند. ۹۰٪ از نمونه‌ها متأهل و ۳۵٪ دچار اسکار هیپرتروفیک، ۳۰٪ دچار کلونید، ۲۱/۷٪ دچار کاهش حس، ۴۸/۳٪ دچار خارش، ۶۰٪ دچار عدم رویش مو در محل سوخته، ۵۸/۳٪ دچار هیپوپیگمانتاسیون و ۴۸/۳٪ دچار هیپریگمانتاسیون در محل سوخته شده بودند و تنها ۳/۳٪ از نمونه‌ها پس از ترخیص از بیمارستان اعمال جراحی ترمیمی بر روی محل سوخته را انجام داده بودند.^۵

در بررسی انجام شده توسط Elsherbiny و همکاران بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سوختگی شدید در مصر، طول مدت سوختگی در بیشتر بیماران (۶۴٪) کمتر از یک سال بوده و طول مدت سوختگی در ۳۶٪ از بیماران در محدوده‌ی بیشتر از یک سال و کمتر از ۵ سال بوده است. کمتر از نصف بیماران در این بررسی (۴۲٪) دچار کنتراکچر شده و ۴۰٪ از آنان هیچ عارضه‌ای به دنبال سوختگی نداشتند و اسکار هیپرتروفیک تنها در ۱۸٪ از بیماران مورد بررسی آنان رخ داده بود. شاید بروز بیشتر اسکار هیپرتروفیک در پژوهش حاضر نسبت به بررسی Elsherbiny و همکاران در مصر به دلیل کمتر انجام شدن گرافت پوستی در نمونه‌های مورد بررسی در استان گیلان (۶۰/۷٪) نسبت به مصر باشد چراکه اکثریت نمونه‌های مورد بررسی در پژوهش Elsherbiny و همکاران در مصر تحت گرافت پوستی قرار گرفته بودند.^۵

گزارش شده بود.^۳ از آنجایی که انتظار می‌رفت حادثه‌ی سوختگی باعث نارضایتی بیشتر این بیماران شود، اما ممکن است عوامل دیگری غیر از سوختگی (مانند نیروی ایمان و راضی بودن به تقدیر و مشیت الهی، امید به زندگی بالا و غیره) در بالارفتن میزان رضایتمندی این بیماران نقش داشته باشند. در پژوهش حاضر متغیرهای محل سکونت ($P=0/0001$)، تحصیلات ($P=0/0001$)، وضعیت تأهل بعد از سوختگی ($P=0/005$)، شغل قبل از سوختگی ($P=0/016$)، شغل بعد از سوختگی ($P=0/014$)، انجام گرافت پوستی ($P=0/0001$) و بیمه ($P=0/0001$) به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده مرتبط با رضایت از زندگی تلقی گردیده‌اند. در بررسی پیش‌نمازی و همکاران بر روی کیفیت زندگی ۲۰۰ بیمار مبتلا به سوختگی در تهران نیز، ارتباط بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی با متغیرهای کیفی جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل نشان داده شد که ارتباط بین تحصیلات ($P=0/043$) و شغل افراد ($P=0/005$) با حیطه‌ی جسمی کیفیت زندگی از لحاظ آماری معنی دار بوده است در حالی که نمرات حیطه‌ی روانی تنها با متغیر شغل دارای ارتباط معنی دار بوده است ($P=0/004$) و هم‌چنین حیطه‌ی اجتماعی با متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل ارتباط آماری معنی‌داری داشته است ($P<0/001$)^{۱۵}. در مطالعه‌ی شاهینی نیز که با عنوان بررسی همبستگی حمایت اجتماعی، احساس تنهایی و رضایت از زندگی در بین دانشجویان علوم پزشکی گلستان انجام داده بود محل سکونت از عوامل تأثیرگذار در رضایت از زندگی بود.^{۱۶} هم‌چنین در مطالعه‌ی فاطمی با عنوان بررسی کیفیت زندگی در بیماران سوختگی نتایج نشان داد که کیفیت زندگی از بعد روان با متغیرهای وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات و محل زندگی ارتباط معنی‌دار داشت.^۱

در این مطالعه تحصیلات نیز به عنوان پیش‌بینی کننده رضایت از زندگی محسوب شده است،

در بررسی انجام شده توسط Pavoni و همکاران در ایتالیا بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به سوختگی شدید، هیچ کدام از نمونه‌های مورد بررسی به شغل قبلی خود برنگشتند (۳۶٪ بازنشسته و ۶۳/۲٪ بیکار شده بودند)^{۱۴}. بالاتر بودن میزان بازگشت به کار نمونه‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر نسبت به Pavoni و همکاران می‌تواند به دلیل متفاوت بودن معیارهای ورود بیماران مبتلا به سوختگی در دو پژوهش باشد چراکه در پژوهش حاضر کلیه‌ی بیماران مبتلا به سوختگی از ۷۰٪-۱۰٪ وارد مطالعه شدند در حالی که Pavoni و همکاران، تنها بیماران مبتلا به سوختگی شدید (بالای ۴۰٪) پذیرش شده در بخش آی‌سی‌یو و نیازمند تهویه‌ی مصنوعی را وارد مطالعه‌ی خود کرده بودند.

در بررسی انجام شده توسط Holavannahalli و همکاران بر روی ۹۸ بیمار سوخته در آمریکا نیز ۶۶٪ از نمونه‌های مورد بررسی دچار اسکار شده و در ۷۶٪ از موارد در نواحی گرافت شده، رویش مو رخ نداده بود. اسکار هیپرتروفیک در نواحی گرافت شده در ۹۲٪ موارد و در نواحی گرافت نشده (۵۵٪) دیده شد. حس بیماران در برابر سنجاق در نواحی گرافت شده در ۷۱٪ از نمونه‌ها، کاهش یافته و در ۶٪ از موارد از بین رفته بود و هیپریپگمانتاسیون در نواحی گرافت شده بیشتر از هیپوپگمانتاسیون بود (۵۳٪)^۵. یافته‌های پژوهش حاضر با توجه به این نکته که از لحاظ عمق سوختگی، درجات سوختگی ۲ و ۳ بیشترین موارد را در بررسی حاضر به خود اختصاص داده بودند، قابل قبول است چراکه با افزایش عمق سوختگی به سوختگی‌های با ضخامت نسبی و تمام ضخامت، خطر بروز اسکارهای هیپرتروفیک، کنتراکچر، نوروپاتی محیطی و عدم رویش مو در محل سوخته افزایش می‌یابد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بیشتر این بیماران (۴۸/۵٪) از زندگی راضی بوده‌اند. در مطالعه‌ی نیرومند زندی نیز میزان رضایت تصویر ذهنی از خود در افراد دچار سوختگی در سطح کمتر از حد متوسط

به‌گونه‌ای که افراد با تحصیلات سیکل نسبت به افراد با مدرک لیسانس و بالاتر از شانس رضایت‌مندی کمتری برخوردارند که شاید به این دلیل باشد که افراد تحصیل کرده برای مقابله با عوامل تنش‌زا از راه‌های مؤثرتری استفاده می‌کنند. هم‌چنین معمولاً از روابط و جایگاه اجتماعی بالاتری نسبت به افراد بی‌سواد و کم‌سواد برخوردارند که همه‌ی این عوامل می‌تواند به رضایت از زندگی بالاتر در این افراد کمک کند. در زمینه‌ی ارتباط وضعیت تأهل بعد از سوختگی با رضایت از زندگی نیز این‌گونه می‌توان برداشت کرد که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد یا مطلقه از حمایت بیشتری برخوردار هستند و حمایت بالاتر خانواده موجب بالاتر رفتن رضایت از زندگی در این افراد می‌گردد. در افراد مطلقه نبود یک فرد حامی سبب درک کمتر حمایت اجتماعی و آسیب‌پذیری بیشتر آن‌ها نسبت به مسائل روزمره زندگی شود. هم‌چنین ممکن است افراد جامعه طلاق را به‌عنوان نوعی ناکامی و عدم موفقیت در زندگی مشترک بدانند که با توجه به دلایل مختلف ایجاد آن ممکن است به نوعی بر رضایت از زندگی آن‌ها مؤثر باشد. چنانچه در مطالعه‌ی نیرومند زندی نیز افراد در وضعیت جداشده (مطلقه) نمرات کمتری را در حمایت اجتماعی و رضایت از تصویر ذهنی کسب کردند.^۳ هم‌چنین در مطالعه‌ی حیدری ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تأهل و حمایت اجتماعی گزارش گردید.^{۱۷}

شغل بعد از سوختگی نیز به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی تلقی شده است به‌طوری که بیمارانی که بعد از سوختگی از کارافتاده شده بودند نسبت به آن‌هایی که تغییر شغل داده بودند از شانس رضایت‌مندی کمتری برخوردار بودند. در این زمینه این‌گونه به‌نظر می‌رسد که افرادی که بعد از سوختگی هم‌چنان قادر به انجام کار هستند نسبت به افرادی که به‌علت سوختگی شغل خود را از دست داده‌اند و توانایی انجام کاری را ندارند احساس استقلال مالی و

خودکارآمدی بالاتری دارند که باعث افزایش رضایت از زندگی در آن‌ها می‌شود. در پژوهش حاضر محل سکونت به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی تلقی شده است طوری که بیمارانی که ساکن شهر بودند نسبت به بیماران ساکن روستا از شانس رضایت‌مندی بیشتری برخوردار بودند. در این زمینه مطالعه‌ای یافت نشد. به‌نظر پژوهشگر شاید به این دلیل باشد که افرادی که در روستاها زندگی می‌کنند نسبت به افراد ساکن شهر از امکانات کمتری برخوردارند و به‌دلیل فاصله‌ی زیاد تا مراکز درمانی و صرف هزینه‌های بالاتر گاهی از ادامه‌ی درمان منصرف می‌شوند که همین عوامل باعث کاهش رضایت‌مندی آن‌ها می‌شود.

در زمینه‌ی ارتباط انجام گرافت پوستی با رضایت از زندگی متأسفانه دسترسی به پژوهشی که در این زمینه انجام شده باشد، وجود نداشت. در این زمینه این‌گونه می‌توان تحلیل کرد که با توجه به اینکه انجام دبریدمان و گرافت به موقع باعث افزایش چشمگیر میزان بقای بیماران سوخته می‌شود. هم‌چنین منجر به بسته‌شدن سریع زخم سوختگی و کاهش میزان بروز عفونت و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان در این بیماران می‌شود، درنتیجه بر میزان رضایت از زندگی این بیماران مؤثر است.

تحت پوشش بیمه‌بودن کلیه‌ی نمونه‌های موردبررسی در پژوهش حاضر می‌تواند نشان‌دهنده‌ی حمایت بسیار خوب شرکت‌های بیمه‌ای از بیماران مبتلا به سوختگی در ایران باشد. این یافته هم‌سو با نتایج مطالعه‌ی جعفری‌پرور و همکاران است که تمامی واحدهای موردپژوهش تحت پوشش بیمه‌ای بودند^۵ اما با یافته‌ی کافی که بر روی بیماران سوختگی در رشت انجام داده بودند مغایرت دارد. نتایج مطالعه‌ی کافی نشان داد که ۴۴/۴٪ بیماران شغل خود را بعد از سوختگی از دست داده و درنتیجه از بیمه‌ی خدمات درمانی محروم شدند.^۲ این تفاوت می‌تواند به‌دلیل نتایج طرح تحول سلامت باشد که تمامی بیمارانی که

طریق، اطلاعات مربوط به بیماری سوختگی، رژیم غذایی مناسب و روش‌های درمانی مکمل مانند ورزش‌های هوازی، یوگا و آب‌درمانی به بیمار و خانواده‌های آنان در جهت ارتقای وضعیت جسمی و روانی آنان داده شود و به ایجاد و حفظ مهارت مقابله با هیجانات و فشارهای روانی در آن‌ها کمک کند. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که از طریق رسانه‌های جمعی به‌علت دسترس‌پذیری همگانی برنامه‌های آموزشی خاصی به‌صورت مداوم و دوره‌ای برای افزایش سطح آگاهی بیماران در جهت رعایت برنامه‌های خودکنترلی، ارائه شود که این امر می‌تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی در این بیماران شود.

بیمه ندارند تحت پوشش بیمه سلامت قرار می‌گیرند. هدف کلی این پژوهش تعیین رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به سوختگی بود. دلیل تفاوت نتایج این تحقیق با پژوهش‌های پیشین شاید به دلیل متفاوت بودن ماهیت بیماری سوختگی با بیماری‌های دیگر و تغییراتی که در ظاهر این بیماران ایجاد می‌کند، باشد که این بیماران تمایل به انزوای اجتماعی و گوشه‌گیری دارند. هم‌چنین ایجاد اسکار و بدشکلی در بیماران مبتلا به سوختگی، باعث سلب یک سری امتیازها از فرد سوخته می‌شود.

افراد سوخته از یکسری دغدغه‌ها رنج برده، مدام به‌ظاهر خویش اندیشیده و به‌شدت نگران زندگی و تعاملات آینده خود هستند. پیشنهاد ما این است که برنامه‌ها و کلاس‌هایی با محتوای مشاوره‌ای و آموزشی برای بیماران و خانواده‌ی آن‌ها برگزار شود تا از این

References

1. Fatemi MJ, Samimi R, Saberi M. Quality of life of burn patients after discharge from Shahid Motehari Hospital in 2013. *Iranian Journal of Surgery*. 2015; 23,2: 31-40 (Persian).
2. Kafi M, Atashkar R, Amir Alavi S, et al. The relationship between post traumatic stress disorder with psychological defenses styles in burn Patients. *Ofoqhe Danesh* 2014; 19(3): 156-60 (Persian).
3. Niroumand-Zandi K, Atashrazm Jirandeh T, Atashzadeh-Shoorideh F. Relationship between Socio familial supports with satisfaction of body imagein patients with burn. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2016 3(4): 2345-501 (Persian).
4. Jafariparvar lashe Z. Burn prevention. *Journal of Educational News Eltiyam-Velayat Burn & Plastic Surgery Center* 2014; 1: 25-30 (Persian).
5. Jafariparvar lashe Z: The Survey outcomes of burn and their predictors in patients with severe burns hospitalized in Velayat Sub-Speciality Burn and Plastic Surgery Center in Rasht City during 2008 to 2013. *MSC Nursing [dissertation]*. Rasht: Shahid Beheshti Nursing and Midwifery School of Rasht; 2013. (Persian).
6. Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth`s textbook of Medical-Surgical Nursing*. 13th, ed. Translated by: Shariat E, Namadi Vosoughi M, Movahedpour A. Tehran: Jameenagar; 2014 (Persian).
7. Pishnamazi Z, Kiyaniasiabar A, Heravi-Karimooi M, et al. Quality of life in burn pations. *Payesh*. 2011; 11(1): 103-10 (Persian).
8. Sheini-Jaberi P, Zarea K, Shariati A, et al. Holistic care as a response to the needs of burn patients: a qualitative content analysis. *J Clin Nurs Midwifery*. 2014; 3(1): 17-27 (Persian).
9. Tamannayi far M, Mansouri neek A. Relationship between personality characteristics, Social support and life Satisfaction with Academic performance of studens. *Journal of Research and Planning in Higher Education*. 71:149-66. (Persian).

10. Bakhshipoor Roodsari A, Peyravi H, Abediyan A. The Survey relationship between life satisfaction and social support with mental health in students. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2005; 7(27-28): 145-52. (Persian).
11. Bagheri-Nesami M, Sohrabi M, Ebrahimi M, et al. The relationship between life satisfaction with social support and self-efficacy in Community-dwelling Elderly in Sari, Iran, 2012. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences Sc*. 2013; 23(101): 38-47. (Persian).
12. Khorasani G, Salehifar E, Eslami G. Causes of burns and their outcomes in patients admitted to a hospital burn unit Zareh during 2006-2007. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2007; 17(61): 122-30. (Persian).
13. Zayakoka Y, Vajarov L, Stanev A, et al. Epidemiological analysis of burn patients in East Bulgaria. *BURN JL*. 2014(4094): 683-8.
14. Pavoni V, Giancesello L, Paparella L, et al. Outcome predictors and quality of life severe burn patients admitted to intensive care unit. *LWW Journal*. 2010; 18(24): 1-8.
15. Pishnamazi Z, Kiyaniasiabar A, Heravi-Karimooi M, et al. Quality of life in burn patients. *Payesh*. 2011; 11(1):103-10. (Persian).
16. Shahini N, Asayesh H, Ghobadi M, et al. Correlation between perceived social support and loneliness with life satisfaction among students of Golestan University of Medical Sciences. *Pejouhandeh* 2013; 17(6): 302-6 (Persian).
17. Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, et al. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. *Feyz* 2008; 12(2):15-22. (Persian).

Life satisfaction of patients with burn injuries admitted to Velayat Burn & Plastic Surgery Center in Rasht, 2017

Abdoulhossein Emami Sigaroodi, PhD
Zeynab Haghdoost, MSc
Mohammad Taghi Moghadamnia, PhD
Ehsan Kazemnezhad Leyli, PhD

Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Background and Aim: Burn is a risk, which threatens human beings every day in various forms. It is one of the most destructive injuries, associated with various physical and psychological complications. Burn affects the quality of life and life satisfaction. Evaluation of life satisfaction is very important due to its close relationship with physical and mental health. Given the high prevalence of burn in Iran and the presence of challenges in the treatment and rehabilitation of these patients, we decided to conduct this research to evaluate the life satisfaction in burned patients, admitted to Burn Injuries and Reconstructive Surgery Center in Rasht.

Methods: In this descriptive-analytical research, 379 burned patients were included in the study using convenient sampling method. The Diner Life Satisfaction Questionnaire was used to collect the data. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics. The significance level was considered to be less than 0.05.

Results: Most of the subjects were male (64.1%) and had high level of education (34.6%). Also, most of them returned to their previous jobs (83.4%). Most of patients (48.5%) were satisfied with their life and the variables of lodging ($P<0.0001$), educational level ($P<0.0001$), marital status after burn ($P=0.05$), pre-burn job ($P=0.016$), post-burn job ($P=0.014$), skin graft ($P<0.0001$) and insurance ($P<0.0001$) were considered as predictive variables related to life satisfaction.

Conclusion: Since burn injury was expected to cause more than obtained dissatisfaction, other factors such as the power of faith and satisfaction with divine providence, high life expectancy, etc may influence their state of satisfaction. Thus, it is recommended that supporting and charity institutions (such as welfare, relief committee, IRIB, etc.) provide more support for these patients. It is also recommended that programs and classes with advisory and educational content be held for patients and their families.

Keywords: patient, burn, life satisfaction

Received: Jan 21, 2019 Accepted: Feb 24, 2019

Dermatology and Cosmetic 2018; 9 (4): 261-271

Corresponding Author:
Zeynab Haghdoost, MSc

Faculty of Nursing and Midwifery,
Daneshjoo Ave, Shahid Beheshti Highway,
Rasht, Iran
Email: haghdoostzeynab18@gmail.com

Conflict of interest: None to declare