

بررسی کیفیت زندگی در بیماران سوختگی

نویسندگان: زهرا پishnamazi* آذیتاکیانی آسیابر - مجیده هروی کریموی - فرید

زائری - رضا نوروز زاده

* زهرا پishnamazi نویسنده مسئول و مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

آذیتاکیانی آسیابر: مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

مجیده هروی کریموی: استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

فرید زائری: استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رضا نوروز زاده: مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

آدرس نویسنده مسئول:

خیابان ولیعصر نرسیده به طالقانی - کوچه شهید رحمت رحیم زاده - پلاک 6 -

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد

تلفن محل کار: 02166418592 شماره: 02166418580

تلفن همراه: 09123899164 e mail: pishnamazi_shahed.ac.ir

چکیده

مقدمه:

سوختگی خطری است که همه روزه به اشکال مختلف اشخاص را تهدید می کند. پرستاران مهمترین اعضا تیم سوختگی بوده که از اولین لحظات پس از سوختگی تا سالها بعد از آن با قربانیان ارتباط داشته و حمایت عاطفی بیمار و خانواده وی و کنترل درمانها را نیز به عهده دارند. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران سوختگی مراجعه کننده به مراکز تخصصی سوختگی و ترمیمی شهر تهران» در سال 1387-1388 انجام گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی (cross sectional) می باشد. که با مطالعه بر روی 200 بیمار دارای سابقه سوختگی در بیمارستان ترمیمی حضرت فاطمه (س) و شهید مطهری انجام شد. ابزار گرد آوری داده ها شامل پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران دچار سوختگی (BSHS) (شامل حیطه های جسمی، روانی و اجتماعی) و برگه ثبت اطلاعات دموگرافیک بود. تحلیل داده ها با استفاده از آماره های توصیفی و تحلیلی (آنالیز واریانس، آزمون t، تست غیر پارامتری K-S و ضریب همبستگی اسپیرمن رو) انجام گرفت.

یافته ها:

نتایج پژوهش نشان داد که بیشترین نمره میانگین مربوط به حیطه جسمی کیفیت زندگی ($3/77 \pm 0/88$) سپس حیطه اجتماعی ($3/63 \pm 0/96$) و کمترین آن مربوط به نمره حیطه روانی بود ($2/88 \pm 1/06$). نتایج نشان داد که در صد سوختگی ($P=0/000$) و متغیر مدت گذشت از سوختگی ($P=0/003$) با حیطه های کیفیت زندگی ارتباط معنی دار نشان داد. در رابطه با تحصیلات ($P=0/043$) و شغل ($P=0/005$) ارتباط معنی دار آماری با کیفیت جسمی زندگی به دست آمد. همچنین حیطه اجتماعی کیفیت زندگی با متغیرهای جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل ارتباط معنی دار ($P=0/000$) نشان داد. در زمینه حیطه کلی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری با متغیر جنس ($P=0/041$)، تحصیلات ($P=0/035$) و شغل ($P=0/000$) وجود داشت. نتایج نشان داد که بین محل سوختگی با کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد ($P=0/000$). بین سوختگی صورت و تمام حیطه های کیفیت زندگی ارتباط معنی دار ($P=0/002$) وجود داشت.

نتیجه گیری:

نتایج پژوهش نشان می دهد کیفیت زندگی بیماران سوختگی در حیطه جسمی و اجتماعی نسبتاً مطلوب بوده است و در حیطه روانی بیماران کیفیت خوبی نداشته اند که این امر تحت تاثیر مشکلات تصویر ذهنی و عاطفی آنان می باشد. کیفیت زندگی در کل تحت تاثیر نواحی سوختگی، خصوصاً سوختگی صورت قرار می

گیرد. همچنین کیفیت زندگی در این بیماران با مرور زمان بهتر شده است. کاربرد نتایج این پژوهش در مراکز درمانی می تواند گام مهمی در پیشبرد اهداف مراقبتی در زمینه کیفیت زندگی قربانیان سوختگی داشته باشد.

مقدمه

سوختگی خطری است که همه روزه به اشکال مختلف اشخاص را تهدید می کند. طبق آمار گزارش شده جهانی از میزان سالانه وقوع سوختگی در سال 2004 نسبت به کل جمعیت، حاکی از آن است که در ایران از 67503205 نفر جمعیت 89468 مورد سوختگی، در امریکا از 293655405 نفر جمعیت حدود 389208 مورد سوختگی و در تایلند نیز از 64865523 نفر جمعیت سالانه حدود 85972 نفر دچار سوختگی شده اند (1) از مهرماه 1384 تا شهریور 1385 تعداد 1326 بیمار به بیمارستان سوانح و سوختگی شهید مطهری تهران مراجعه کرده اند، میانگین سنی بیماران 27/6 سال و میزان مرگ و میر نیز 28/8 درصد بوده است (2). سوختگی تمام جنبه های زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد. تجارب بالینی بازمانگان سوختگی گویای آن است که این سانحه با تنشی ویرانگر همراه است و می تواند منجر به تغییرات دائمی روحی، روانی، جسمی در فرد گردد (3). مطالعات نشان داده است چنانچه قربانی سوختگی زنده بماند، چالش جسمی و روانی عظیمی را پیش رو خواهد داشت و تمامی جنبه های زندگی وی دستخوش تغییرات عظیم خواهد شد، زیرا تقریباً تمام اعضاء بدن از سوختگی متاثر می گردد (5 و 4). به همین سبب است که سوختگی حداقل از نظر ناخوشی و ناتوانی دراز مدتی که ایجاد می کند در جهان و خصوصاً کشورهای در حال توسعه بصورت یک معضل عظیم بهداشتی باقی مانده است (6). سوختگی های وسیع و شدید تاثیر عمیقی بر ابعاد زندگی قربانی می گذارد، به طوری که 50 درصد بار سوختگی مربوط به عوارض آن است (علویان 7). امروزه در کشورهای پیشرفته کیفیت درمان تنها با زنده ماندن فرد سنجیده نمی شود، بلکه با عملکرد اعضا و شکل ظاهری مطلوب در طولانی مدت سنجیده می شود و حتی زخم های کوچک که تهدید کننده حیات نیز نیستند مورد توجه قرار گرفته و درمان می شوند (8). شواهد نشان می دهد سوختگی می تواند عمده ترین تاثیر را بر روی کیفیت زندگی بیماران گذاشته و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود (9). کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی از احساس خوب بودن و رضایتمندی از تجربیات زندگی

است که جنبه های مثبت و منفی زندگی فرد را در بر می گیرد و بیانگر روشی است که فرد وضعیت سلامت و سایر جنبه های زندگی خود را درک کرده و نسبت به آن واکنش نشان می دهد(10). ارزیابی کیفیت زندگی اطلاعات ذیقیمتی را در اختیار پرستاران قرار می دهد، زیرا پرستاران به عنوان مهم ترین اعضای تیم سوختگی از اولین لحظات پس از سوختگی تا سال ها پس از آن با بیماران ارتباط داشته و حمایت عاطفی بیمار و خانواده وی و کنترل درمانها را نیز به عهده دارند(11). بدین ترتیب ارزیابی کیفیت زندگی موجب غنای مداخلات بهداشتی- درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد شد و از طرفی بهبود کیفیت خدمات بر اساس نظر و درخواست بیماران سبب ایجاد نگرش و رویکرد مثبت و همچنین مشارکت موثر در انجام مداخلات بهداشتی- درمانی می گردد و این موضوع به صورت چرخه ای منتج به افزایش کیفیت زندگی بیمار می گردد(12). از آن جا که امروزه ارتقای کیفیت زندگی و متعاقب آن ارتقای سلامت جزء لاینفک توسعه اجتماعی و اقتصادی محسوب می گردد و با توجه به بالاتر بودن آمار حوادث سوختگی در کشور و بالتبع آن بیشتر بودن عوارض و با تاکید بر نقش مهم پرستاران در برگشت قربانیان سوختگی به زندگی طبیعی، این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران سوختگی مراجعه کننده به مراکز تخصصی سوختگی و ترمیمی شهر تهران انجام گرفت .

مواد و روش ها

حجم نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش یک مطالعه مقطعی (Cross-sectional) می باشد که بر روی 200 بیمار دارای سابقه سوختگی مراجعه کننده به بیمارستان های ترمیمی حضرت فاطمه (س) و شهید مطهری انجام گرفت. جهت تعیین حجم نمونه مطالعه مقدماتی انجام گرفت و بر اساس نتایج آن با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه کوکران ($\alpha = 0/05$ ، $p = 0/015$ و $d = 0/05$) تعداد 200 نفر محاسبه گردید.

انتخاب نمونه ها در این پژوهش به کمک روش نمونه گیری در دسترس انجام شد، به این شکل که پس از مراجعه به مراکز یاد شده بیماران دارای سابقه سوختگی پذیرش شده در درمانگاه یا بخش شناسایی شده و در صورت دارا بودن شرایط نمونه پژوهش و کسب موافقت بیمار در پژوهش شرکت داده می شدند. معیارهای پذیرش نمونه عبارت بودند از: 1- سن بالاتر از 18 سال 2- سابقه بستری در بیمارستان جهت درمان سوختگی 3- عدم ابتلا به بیماری روانی تایید شده و عقب ماندگی ذهنی 4- داشتن حداقل سوختگی 10 درصد از سطح بدن.

ابزار گردآوری داده ها

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه ای با دو بخش زیر بود:

1- پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سن، جنس، محل زندگی، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، زمان سوختگی، درصد و محل سوختگی بود.

2- پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی سوختگی (BSHS -B) است. این پرسشنامه شامل 40 سوال در زمینه های میزان حساسیت پوست به گرما- تصویر بدنی- عملکرد دست ها - چگونگی مراقبت از نواحی سوخته- شغل- ارتباطات - توانایی انجام فعالیت های ساده- عملکرد جنسی و بعد عاطفی است و دارای گزینه

های زیاد- متوسط - گاهی و هیچوقت می باشد که به ترتیب از 1 تا 5 امتیاز بندی شده است. به این ترتیب هر سوال پرسشنامه دارای حداقل یک و حداکثر پنج نمره می باشد. پایایی و روایی پرسشنامه مذکور توسط کیلدال¹ و همکارانش در سال 2001 با استفاده از تحلیل ابعاد آن سنجیده شده است. از 40 سوال پرسشنامه 18 سوال مربوط به بعد جسمی کیفیت زندگی، 11 سوال مربوط به بعد روانی کیفیت زندگی و 11 سوال مربوط به بعد اجتماعی کیفیت زندگی می باشند (13).

پس از ارایه اطلاعات کافی به بیماران در مورد اهداف مطالعه، رضایت افراد کسب می شد. در صورت تمایل افراد، پرسشنامه به روش خود ایفایی تکمیل شده و در صورت نداشتن سواد کافی یا عدم توانایی جهت نوشتن، با انجام مصاحبه توسط پرستار تکمیل گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

به منظور تدوین نسخه فارسی، ابتدا پرسشنامه توسط دو نفر از پژوهشگران به زبان فارسی ترجمه و سپس توسط دو نفر از آشنایان به زبان انگلیسی مجدداً به انگلیسی برگردانده شد و نزدیک ترین ترجمه به متن پرسشنامه اصلی انتخاب گردید. سپس ابعاد مختلف پایایی پرسشنامه (همسانی درونی و تکرارپذیری) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و روش آزمون- باز آزمون تعیین گردید.

امتیازهای مربوط به سنجش کیفیت زندگی در نرم افزار نسخه SPSS 16 محاسبه گردید و به منظور پس از ارایه آمارهای توصیفی، برای بررسی رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه با امتیازهای حاصله از آزمون های T-Test، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. مقادیر P-value کمتر از 0/05 به عنوان معنی دار آماری در نظر گرفته شد.

¹ - Kildal

یافته ها

در این پژوهش 124 نفر (62٪) زن و 76 نفر (38٪) مرد حضور داشتند. میانگین سنی این افراد 25 با انحراف معیار 6/8 سال (محدوده سنی بین 18 تا 51 سال) بود. سایر مشخصات جمعیتی نمونه های مورد مطالعه در جدول 1 نشان داده شده است.

جدول 1. مشخصات جمعیتی نمونه های مورد مطالعه (n =200)

مشخصات نمونه ها	تعداد	درصد
تحصیلات		
بی سواد	8	4/0
سیکل	89	44/7
دیپلم	81	40/7
دانشگاهی	21	10/5
تاهل		
متاهل	52	26
مجرد	148	74
شغل		
خانه دار	72	36
بی کار	32	16
محصل	24	12
کارگر	21	10/5
آزاد	19	9/5
کارمند	14	7
دانشجو	17	8/5

نتایج بررسی های آماری نشان داد که میانگین نمره حیطه روانی (2/88) از سایر حیطه ها کمتر بوده و بیشترین نمره کسب شده مربوط به نمره حیطه جسمی (3/77) بوده است (جدول 2).

جدول 2. آمارهای توصیفی برای حیطه های مختلف کیفیت زندگی

حیطه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
جسمی	1/68	5	3/77	0/88
روانی	1	5	2/88	1/06
اجتماعی	1/1	5	3/63	0/96
کل	1/48	4/95	3/43	0/86

برای بررسی ارتباط حیطه های مختلف با متغیرهای کمی (سن، درصد سوختگی، مدت گذشت از سوختگی) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول 3 آمده است.

جدول 3. ارتباط حیطه های مختلف با متغیرهای کمی

متغیر	حیطه			
	جسمی	روانی	اجتماعی	کل
سن	-0/229 (P=0/001)	-0/087 (P=0/223)	-0/1 (P=0/159)	-0/151 (P=0/032)
درصد سوختگی	-0/347 (P=0/000)	-0/192 (P=0/006)	-0/293 (P=0/000)	-0/307 (P=0/000)
مدت گذشت از سوختگی	0/306 (P=0/000)	0/081 (P=0/254)	0/186 (P=0/008)	0/207 (P=0/003)

در مورد ارتباط حیطة های مختلف با متغیرهای کیفی جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل نتایج نشان داد حیطة جسمی کیفیت زندگی با متغیر کیفی جنس ارتباط معنی دار آماری نداشته است ($P=0/238$). همچنین این حیطة با تاهل افراد نیز ارتباط معنی دار آماری نشان نداد ($P= 0/279$)، اما در رابطه با تحصیلات ($P=0/043$) و شغل ($P= 0/005$) ارتباط معنی دار آماری به دست آمد. در زمینه تحصیلات نیز گروه دیپلم و دانشگاهی میانگین بیشتری نسبت به گروه های دیگر کسب کردند. در زمینه شغل نیز گروه محصل و دانشجو دارای بالاترین میانگین ($4/24$) و گروه بیکار دارای کمترین میانگین ($3/43$) بوده اند. آزمون توکی نیز نشان داد که دو گروه بی سواد و سیکل میانگین نمرات کمتری از نظر بعد جسمی کیفیت زندگی نسبت به دو گروه دیپلم و دانشگاهی داشتند. اما گروه های بی سواد و سیکل و همچنین دو گروه دیپلم و دانشگاهی از این نظر تفاوت معنی داری نداشتند (جدول 4).

جدول 4. ارتباط حیطة جسمی کیفیت زندگی با متغیرهای مختلف کیفی

P	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	متغیر
0/238	0/92	3/64	76	مرد	جنسیت
	0/85	3/85	124	زن	
0/279	0/85	3/69	52	متاهل	تاهل
	0/89	3/8	148	مجرد	
0/043	0/67	3/54	8	بی سواد	تحصیلات
	0/83	3/6	89	سیکل	
	0/93	3/94	81	دیپلم	
	0/91	3/96	21	دانشگاهی	
0/005	0/78	3/75	72	خانه دار	شغل
	0/9	3/51	21	کارگر	
	0/94	3/43	32	بی کار	
	0/6	4/16	17	دانشجو	
	0/96	3/57	14	کارمند	
	0/87	3/93	19	آزاد	
	0/99	4/24	24	محصل	

نمرات حیطه روانی تنها با متغیر شغل دارای ارتباط معنی دار بوده است ($P=0/0004$).

همچنین حیطه اجتماعی با متغیرهای جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل ارتباط معنی دار نشان داده است ($P<0/001$).

بین متغیر محل سوختگی در بدن و نمره حیطه جسمی کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد ($P<0/001$). همچنین مشاهده شد که میانگین نمرات افراد دارای سوختگی تنه از سوختگی های سایر قسمت های بدن بیشتر می باشد (میانگین 4/51).

بررسی رابطه بین محل های سوختگی در بدن با نمره حیطه روانی کیفیت زندگی نمونه ها نتایج نشان داد که بین محل های سوختگی در بدن با نمره حیطه روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ($P=0/004$) به این صورت که افراد دارای سوختگی در پاها دارای بیشترین میانگین (3/47) و افراد دارای سوختگی در کل بدن دارای کمترین میانگین (2/41) می باشند.

رابطه محل های سوختگی در بدن با نمره حیطه اجتماعی کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش نتایج نشان می دهد که محل سوختگی در بدن دارای ارتباط معنی دار با حیطه اجتماعی می باشد ($P<0/001$) و میانگین نمرات افراد دارای سوختگی تنه از بقیه بالاتر است (4/34).

رابطه بین وجود یا عدم وجود سوختگی در صورت با تمامی حیطه های مختلف کیفیت زندگی معنی دار بوده است. جدول میانگین ها نمرات حاصله را نشان می دهد. بر این اساس نمونه های مورد پژوهش در حیطه روانی دارای کمترین امتیاز (2/75) بوده اند. (جدول 5)

جدول 5. رابطه سوختگی صورت با حیطه های مختلف کیفیت زندگی

P	انحراف معیار	میانگین	تعداد	سوختگی صورت	حیطه
0/003	0/84	4/03	68	ندارد	جسمی
	0/88	3/64	132	دارد	
0/019	1/05	3/12	68	ندارد	روانی
	1/05	2/75	132	دارد	
0/002	0/89	3/91	68	ندارد	اجتماعی
	0/97	3/48	132	دارد	
0/002	0/82	3/69	68	ندارد	کل
	0/86	3/3	132	دارد	

بحث

پژوهش ما بر روی کیفیت زندگی 200 قربانی سوختگی نشان داد میانگین امتیاز کیفیت زندگی در حیطه جسمی از حیطه های دیگر بیشتر و حیطه روانی از بقیه کمتر بود. قربانیان سوختگی در حیطه روانی و عاطفی دارای مشکلات بیشتری بوده و حادثه سوختگی در بعد روانی کیفیت زندگی آنان تاثیر بیشتری گذاشته است. شایان ذکر است حیطه روانی در دو بعد تصویر ذهنی و بعد عاطفی مورد بررسی قرار گرفت. این بدان معنا است که این بیماران در زمینه های تصویر ذهنی و بعد عاطفی مشکلات بیشتری را متحمل شدند. نتایج مطالعه قاسمی (1388) نیز نشان داد که بیماران دچار سوختگی در بعد روانی وضعیت سلامت بدتری نسبت به ابعاد دیگر داشتند (14). علی حسینی (1372) در پژوهش خود نشان داد تصویر ذهنی بیشتر بیماران دچار سوختگی نسبت به جسم خویش منفی می باشد. (15). همچنین رجیز³ و همکاران (1992) تصویر ذهنی بیماران سوخته را مورد مطالعه قرار داده و اظهار داشتند که تغییر شکل های ناشی از سوختگی باعث تغییر در تصویر ذهنی شده و می تواند مشکلات روانی برای این بیماران ایجاد کند (16). میانگین نمرات کیفیت زندگی با درصد سوختگی نشان داد که هر چه درصد سوختگی بیشتر باشد کیفیت زندگی خصوصا در حیطه جسمی کاهش می یابد. نتایج مطالعه پالوآ⁴ و همکاران (2003) نشان داد که افزایش درصد یا وسعت سوختگی با عملکرد جسمی بیماران در ارتباط بوده و افزایش درصد سوختگی منجر به کاهش عملکرد جسمی می گردد (17). آنزاروت و همکاران (2005) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیماران دارای سوختگی وسیع در حیطه های جسمی نمرات کمتری در مقایسه با گروههای سالم جامعه داشتند (18).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که متغیر سن با حیطه های کیفیت زندگی ارتباط منفی دارد. به عبارت دیگر نمونه های مورد مطالعه با سن کمتر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. پوپپی و همکارانش (2007) در پژوهش خود نشان دادند که نوجوانان دارای سابقه سوختگی رضایت مندی مثبت تری از وزن خود و کیفیت زندگی بالاتر از گروه کنترل داشتند (19). نتایج مطالعه حاضر نشان داد ارتباط معنی داری بین متغیر

مدت زمان گذشت از سوختگی با حیطه های کیفیت زندگی جسمی و اجتماعی وجود داشت. در این بین میانگین حیطه جسمی از سایر حیطه ها بیشتر بود. این بدان معنا است که با افزایش مدت زمان گذشت از حادثه سوختگی کیفیت زندگی نمونه ها ارتقا یافته است. کرومز و همکاران (2002) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در مدت 12 ماه پس از حادثه سوختگی، برگشت به اجتماع در مقایسه با مدت زمان 6 ماه بهتر بوده است (20).

نتایج تحقیق حاضر نشان دهنده ارتباط معنادار بین محل های سوختگی با نمره حیطه جسمی کیفیت زندگی بود است. همچنین نمونه های دارای سوختگی تنه نمرات کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به سایر مکان های سوختگی و افراد با سوختگی در کل بدن کمترین نمره را اخذ نمودند که نشان دهنده ارتباط وسعت سوختگی با کاهش کارآیی آنان می باشد. پالوآ و همکاران (2003) در پژوهش خود نشان دادند که سوختگی صورت و دست ها موجب انزوای بیماران و کاهش محدودیت عملکرد آنان به دلیل افسردگی گردید (17).

نتایج در رابطه با کیفیت زندگی و ارتباط آن با سوختگی صورت نشان داد که این ارتباط در تمام حیطه ها معنی دار بوده است لکن میانگین نمرات در حیطه روانی کیفیت زندگی نسبت به سایر ابعاد کمتر بود. به بیان دیگر بیماران دارای سوختگی در صورت دارای کیفیت زندگی خوب از نظر روانی نبوده و دارای مشکلات بیشتری در این حیطه می باشند پالوآ و همکاران (2003) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سوختگی صورت موجب انزوای بیماران می گردد (17). بالا بودن میانگین نمرات در بعد جسمی گویای این مطلب است که این افراد از نظر عملکرد جسمی دارای مشکل زیادی نبوده اند و بیشتر از نظر وجود اسکار سوختگی در صورت و بد شکلی دچار مشکلات روانی و اجتماعی شده اند.

در بررسی ارتباط متغیر شغل، میانگین نمره امتیاز های افراد بی کار در تمامی حیطه ها نسبت به شاغلین پایین تر بوده و تفاوت های معنا داری را از نظر آماری نشان داد. دیستر آس و همکاران (2004) نیز در پژوهش خود نشان دادند افرادی که پس از سوختگی بی کار بوده و شغل و در آمد مناسبی نداشتند، در تمام حیطه های

جسمی، روانی و اجتماعی از نمره های کمتری نسبت به اشخاص دارای شغل و درآمد برخوردار بودند(21).
بنابر این توجه به اشتغال بیماران به منظور ارتقای کیفیت زندگی ضروری به نظر می رسد.
در بررسی رابطه متغیر وضعیت تاهل، میانگین امتیازهای بخش کیفیت زندگی تفاوت معناداری را نشان نداد
این نتیجه ممکن است به دلیل تعداد کم متاهلین نسبت به افراد مجرد و تشابه آنان در بروز مشکلات باشد.
لاندولت و همکاران (2002) در رابطه با تاثیر و نقش خانواده در کیفیت زندگی بیماران دچار سوختگی به
این نتیجه رسیدند که ارتباطات خوب خانوادگی در کیفیت زندگی تاثیر مثبت دارد(22). در ضمن تعداد کم
متاهلین نسبت به مجردین خود بیانگر این مطلب است که قربانیان سوختگی به میزان زیاد شانس زندگی
مشترک را از دست می دهند.

نتیجه گیری نهایی

نتایج این پژوهش نشان داد که قربانیان سوختگی با مشکلات بسیاری روبرو هستند و این حادثه کیفیت
زندگی آنان خصوصا بعد روانی را تحت تاثیر قرار می دهد. کیفیت زندگی با وسعت سوختگی و همچنین
محل سوختگی در ارتباط است. وجود اسکار سوختگی می تواند موجب از دست دادن شغل و بیکاری و
تنهایی بیماران گردد. بنا براین ایجاد محیط حمایتی و توانمند سازی به منظور مواجهه با این عوامل ضروری به
نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی مرکز تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد انجام گرفت .
بدین وسیله سپاس و تشکر خود را از ریاست و مدیریت پرستاری و کلیه پرسنل بیمارستان های شهید مطهری
و حضرت فاطمه (س) اعلام می دا

فهرست منابع :

1-WD. Statistics by Country for Burns.

www.wrongdiagnosis.com/b/burns/stats-country.htm. 2004.

2- واسعی نرگس، بدوحی نصرت اله، مولوی ملیحه، جهانگیری کتایون، بابایی علیرضا. تعیین شاخص سطح

کشندگی در بیماران مبتلا به سوختگی. پایش. تابستان 1388; 8 (3) (پیاپی 31): 297-301.

3- liechukwu, s.t, psychiatry of the medically ill in the burn unit , psychiatr clin north am, 2002, 2(51): 129-147.

4- Herndon, DN. total burn care. (2 Ed) london: WB saunders, 2002.

5- National burn care review- committee report. Standards and strategy for burn care. A review of burn care in the British Isles. 2000.

6- Heimback, D. burn patients, then and now. Burns; 1995, 2(51), 1-2.

12-cobbn, g,G, silverstein p . patient perception of quality of life after bun injury , results of an eleven – year survey, j burn care rehabil 1990, jul – aug : 11(4): 330-3.

7- علویان موید. www.hamshahrionline.ir/News/?id=26982.

8- انجمن حمایت از بیماران سوختگی. www.ibca.ir/default.aspx?id=3. 1386.

9- cobbn, g,G, silverstein p . patient perception of quality of life after bun injury , results of an eleven – year survey, j burn care rehabil 1990, jul – aug : 11(4): 330-3.

10- دهقانزاده شادی. مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب با افراد سالم در شهر رشت، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی رشت، 1381.

11- رفیعی فروغ، طراحی تئوری مراقبت پرستاری از بیماران سوختگی، پایان نامه دکترای پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، 1383.

12- Rustoen T. et al. Quality Of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. J-Adv-Nur.1999:29(2): 490-98.

13-Kildal, M. Andersson, G. Fugl-Meyer, Axel R. Lannerstam, Kurt RN. Gerdin, B. Development of a Brief Version of the Burn Specific Health Scale (BSHS- B). The Journal of TRAUMA. 2001; 51: 740-746.

14- قاسمی فلاورجانی، مریم. بررسی همبستگی راهبردهای مقابله ای به کار گرفته شده پس از ترخیص و وضعیت سلامت بیماران دچار سوختگی مراجعه کننده به بیمارستان های سوختگی و ترمیمی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، 1388.

15- علی حسینی، طاهره. تصویر ذهنی بیماران زن سوخته با مرد سوخته ای که دچار تغییر شکل شده اند در بیمارستان های سوانح و سوختگی تهران. پایان نامه (کارشناسی ارشد) پرستاری، تهران. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، 1372.

16- Rijs A, Anderson.M. Pedersen M.B. Hall K. W. Long term psychosocial adjustment in patients with sever burn injuries. Burns 1992; 18(2): 121-26.

17- Pallua.N. Kunesbeck. H. w. noah E.M: psychosocial adjustments 5 years after bun injury. Burns, March 2003, 29(2): 143-152.

18- Anzarut A, Chen M, Shankowsky H, Tredget EE. Quality of life and Outcome predictors following massive burn injury. Plast Reconstr Surg. 2005 Sep; 116(3):791-7.

19- Pope SJ, Solomons WR, Done DJ, Cohn N, Possamai AM. Body image, mood and quality of life in young burn survivors. Burns. 2007 Sep; 33(6):747-55.

20- Cromes. Holavanahalli R, Kowalske K, Helm P. Predictors of quality of life as measured by the burn specific health scale in persons with major burn injury. J Burn Care Rehabil. 2002 May-Jun; 23(3):229-34.

21- Dyster-Aas J, Kildal M, Willebrand M, Gerdin B, Ekselius L. Work status and burn specific health after work-related burn injury. Burns 2004; 30(8):839-42

22- landolt MA. Grubenmann S, Meuli M. Family impact greatest: predictors of quality Of Life and psychosocial adjustment in pediatric burn survivors. J Trauma 2002; 53(6): 146-51

Abstract

the quality of life in burn patients

Objective:

The present study with aimed at evaluating the quality of life of burn patients admitted to specialized burn centers in Tehran was conducted in 1388-1387.

Methods:

This study is cross sectional. 200 patients' adults with burn history in hospital Hazrat Fatima (SA) and shahid Mottahari was done. Principal components factor analyses were used to derive an instrument with 40 items called the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B), this instrument consist of 3 domain of physical, mental, and social. Data analysis was descriptive analytic. ANOVA, t-test, non-parametric KS test and spearman correlation coefficient was performed.

Results:

The mean score of quality of life in sub domains were: physical domain (3.77 ± 0.88), social domain (3.63 ± 0.96), mental domain (2.88 ± 1.06) respectively. The percentage of burn ($P < 0.001$) and last time of burn ($P = 0.003$) were showed significant difference by quality of life domains. Also, education ($P = 0.043$) and job ($P = 0.005$) showed significant difference with physical domain. There was significant difference between Total domain of quality of life had with gender ($P = 0.041$), education ($P = 0.035$) and job ($P < 0.001$). Burn's site and quality of life had significant difference ($P = 0.002$).

Conclusion:

Research results show that burn patients have desirable quality of life in physical and social domains, relatively. Mental domain did not have good quality of life unlikely. We suppose that these results are affected by body imagel and emotional problems. Total quality of life is affected by burn's site, especially in burn of face. Generally, quality of life in these patents has improved overtime.

Key Word:

Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B), Burn patients, quality of life