کیفیت زندگی در بیماران سوختگی

زهرا پیشنمازی[1*]، آزیتا کیانی آسیابر[1]، مجیده هروی کریموی[1]، فرید زائری[2]، رضا نوروز زاده[1]

۱. گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد

۲. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره اول بهمن ـ اسفند ۱۳۹۰ صص ۱۱۰-۱۰۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۷/۱۱

[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۹ آذر ۱۳۹۰]

چکیده

سوختگی خطری است که همه روزه به اشکال مختلف اشخاص را تهدید می‌کند. آمار جهانی گزارش‌شده از میزان سالانه وقوع سوختگی در سال ۱۳۸۳ حاکی از آن است که در ایران از ۶۷۵۰۳۲۰۵ نفر جمعیت ۸۹۴۶۸ مورد دچارسوختگی شده‌اند. این سانحه با تنشی ویرانگر همراه بوده و می‌تواند منجر به تغییرات دائمی روحی، روانی وجسمی در فرد گردد و تمام جنبه‌های کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. از آنجائیکه در مورد کیفیت زندگی در بیماران دچار سوختگی در ایران تحقیقی مشاهده نشد، لذا مطالعه‌ای توصیفی ـ تحلیلی با هدف «بررسی کیفیت زندگی در بیماران دارای سابقه سوختگی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی سوختگی و ترمیمی شهر تهران» در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۷ انجام گرفت تا بتوان با استفاده از نتایج آن مداخلات اثر بخشی به منظور ارتقای کیفیت زندگی در این افراد انجام داد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران دچار سوختگی (BSHS) (شامل حیطه‌های جسمی، روانی و اجتماعی) همراه با برگه ثبت اطلاعات جمعیتی بودکه پس از تعیین روایی و پایایی آن مورد استفاده قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی در حیطه جسمی با میانگین (۳/۷۷±۰/۸۸) از بقیه بهتر بوده است وسپس حیطه اجتماعی (۳/۶۳ ±۰/۹۶) وپس ازآن حیطه روانی (۲/۸۸±۱/۰۶) است. کمترین درصد سوختگی نمونه‌های مورد مطالعه ۱۰ درصد و بیشترین آن ۸۵ درصد بود. از ۲۰۰ نمونه مورد پژوهش ،۱۳۲ نفرسوختگی در صورت داشتند. نتایج نشان داد که درصد سوختگی (P<۰/۰۰۱)، مدت گذشت از زمان سوختگی (P=۰/۰۰۳) و سوختگی صورت (P=۰/۰۰۲) با حیطه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار دارد. همچنین در این مطالعه بین تحصیلات (P=۰/۰۴۳) و شغل (P= ۰/۰۰۵) با کیفیت جسمی زندگی ارتباط معنی‌داری به دست آمد. حیطه اجتماعی کیفیت زندگی نیز با متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل ارتباط معنی‌دار (P<۰/۰۰۱) نشان داد. در زمینه حیطه کلی کیفیت زندگی نیز ارتباط معنی‌دارآماری بین جنسیت (P=۰/۰۴۱)، تحصیلات (P=۰/۰۳۵)، محل سوختگی (P<۰/۰۰۱) و شغل (P<۰/۰۰۱) نشان داد.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد کیفیت زندگی بیماران سوختگی درحیطه جسمی و اجتماعی نسبتاً مطلوب بوده است و در حیطه روانی بیماران کیفیت زندگی خوبی نداشته‌اند که این امر می‌تواند تحت تاثیر مشکلات تصویر ذهنی و عاطفی آنان باشد.

کلیدواژه‌ها: سوختگی،کیفیت زندگی، پرسشنامه BSHS-B

* تهران، خیابان ولیعصر نرسیده به طالقانی، کوچه شهید رحمت رحیم‌زاده، پلاک ۶، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد

تلفن:۶۶۴۱۸۵۹۲ نمابر: ۶۴۱۸۵۸۰

Email: pishnamazy@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.11.1.12.0]

مقدمه

سوختگی خطری است که همه روزه به اشکال مختلف اشخاص را تهدید می‌کند. بیش از ۹۵ درصد سوختگی‌ها در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته اتفاق می‌افتد [۴].

طبق آمار جهانی میزان سالانه وقوع سوختگی در سال ۱۳۸۳ نسبت به کل جمعیت، در ایران از ۶۷۵۰۳۲۰۵ نفر جمعیت ۸۹۴۶۸ مورد سوختگی، در امریکا از ۲۹۳۶۵۵۴۰۵ نفر جمعیت حدود ۳۸۹۲۰۸ مورد سوختگی و در تایلند نیز از ۶۴۸۶۵۵۲۳ نفر جمعیت سالانه حدود ۸۵۹۷۲ نفر دچارسوختگی شده‌اند [۲]. از مهرماه ۱۳۸۴ تا شهریور ۱۳۸۵ تعداد ۱۳۲۶ بیمار به بیمارستان سوانح و سوختگی شهید مطهری تهران مراجعه کرده‌اند، که میانگین سنی بیماران۲۷/۶ سال و میزان مرگ و میر آنان نیز ۲۸/۸ درصد بوده است [۳]. سوختگی ششمین علت مرگ در کشور است و آمار رسمی نیز حاکی از آن است که درسال ۱۳۸۵ تعداد ۴۸۰۰۰ مورد سوختگی منجر به بستری در کشور گزارش شده است [۴]. سوختگی تمام جنبه‌های زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. تجارب بالینی بازماندگان سوختگی گویای آن است که این سانحه با تنشی ویرانگر همراه است و می‌تواند منجر به تغییرات دائمی روحی، روانی، جسمی در فرد گردد [۵]. مطالعات نشان داده است چنانچه قربانی سوختگی زنده بماند، چالش جسمی و روانی عظیمی را پیش رو خواهد داشت و تمامی جنبه‌های زندگی وی دستخوش تغییرات عظیم خواهد شد؛ زیرا تقریباً تمام اعضاء بدن از سوختگی متاثر می‌گردد [۶]. به همین سبب است که سوختگی حداقل از نظر ناخوشی و ناتوانی دراز مدتی که ایجاد می‌کند در جهان وخصوصاً کشورهای در حال توسعه به صورت یک معضل عظیم بهداشتی باقی مانده‌است [۷]. سوختگی‌های وسیع و شدید تاثیر عمیقی بر ابعاد زندگی قربانی می‌گذارد، به طوری‌که ۵۰ درصد بار سوختگی مربوط به عوارض آن است [۸]. امروزه در کشورهای پیشرفته کیفیت درمان تنها با زنده ماندن فرد سنجیده نمی‌شود، بلکه با عملکرد اعضا و شکل ظاهری مطلوب در طولانی مدت سنجیده می‌شود و حتی زخم‌های کوچک که تهدیدکننده حیات نیز نیستند مورد توجه قرار گرفته و درمان می‌شوند [۹].

سوختگی از حوادثی است که در جسم و روحیه قربانی اثر می‌گذارد. اسکار سوختگی موجب بد شکلی می‌گردد و به‌دنبال آن افسردگی و اختلال استرس پس از حادثه در این بیماران شایع بوده ومشکلات تصویر ذهنی و فقدان اعتماد به‌نفس و احساس خجالت و گوشه‌گیری نیز قابل توجه است [۱۰]. شواهد نشان می‌دهد سوختگی می‌تواند عمده‌ترین تاثیر را بر روی کیفیت زندگی بیماران گذاشته و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود [۱۱].

کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی از احساس خوب بودن و رضایتمندی از تجربیات زندگی است که جنبه‌های مثبت و منفی زندگی فرد را در بر می‌گیرد و بیانگر روشی است که فرد وضعیت سلامت و سایر جنبه‌های زندگی خود را درک کرده و نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد [۱۲]. تصویر ذهنی از عوامل موثر در کیفیت زندگی و سلامتی است، تحقیقات نیز نشان داده است افرادی که تصویرذهنی مثبتی از بدن خویش نداشته‌اند کیفیت زندگی‌شان پس از سوختگی وسیع و یا سوختگی در صورت کاهش یافته است [۱۳]. ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران سوختگی اطلاعات ذی‌قیمتی را در اختیار پرستاران قرار می‌دهد، زیرا پرستاران به عنوان مهم‌ترین اعضای تیم سوختگی از اولین لحظات پس از سوختگی تا سال‌ها پس از آن با بیماران ارتباط داشته و حمایت عاطفی بیمار و خانواده وی و کنترل درمانها را نیز به عهده دارند [۱۴]. بدین‌ترتیب ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران سوختگی موجب غنای مداخلات بهداشتی ـ 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 ـ درمانی می‌گردد و این موضوع به صورت چرخه‌ای منتج به افزایش کیفیت زندگی بیمار می‌گردد [۱۵]. از آن‌جا که امروزه ارتقای کیفیت زندگی و متعاقب آن ارتقای سلامت جزء لاینفک توسعه اجتماعی و اقتصادی محسوب می‌گردد، اما علی رغم امتیازات متعدد سنجش کیفیت زندگی، هنوز این نوع مطالعات بخش کوچکی از تحقیقات را به خود اختصاص داده‌اند. با توجه به عدم انجام پژوهشی که در مورد کیفیت زندگی بیماران سوختگی در ایران که آمار حوادث سوختگی در کشور بالاتر از کشورهای پیشرفته بوده و بالتبع آن عوارض نیز بیشتر است و با تاکید بر نقش مهم پرستاران در برگشت قربانیان سوختگی به زندگی طبیعی، این پژوهش با استفاده از پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران سوختگی و با هدف تعیین کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی بیماران سوختگی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی سوختگی و ترمیمی شهر تهران انجام گرفت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.11.1.12.0]

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که با هدف تعیین کیفیت زندگی (در ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی) و بررسی ارتباط متغیرهای جنس، سن، تحصیلات، درصد سوختگی و نقاط سوختگی با کیفیت زندگی بیماران سوختگی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی سوختگی و ترمیمی شهر تهران انجام شد. سؤالات تحقیق در این پژوهش بدین‌ترتیب در نظر گرفته شد:

کیفیت زندگی بیماران سوختگی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی سوختگی و ترمیمی شهر تهران (در ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی) چگونه است؟ و آیا بین کیفیت زندگی بیماران سوختگی با متغیرهای دیگر (نظیر جنس، سن تحصیلات، درصد سوختگی و نقاط سوختگی) رابطه آماری معنی‌دار وجود دارد؟

این بررسی بر روی ۲۰۰ بیمار دارای سابقه سوختگی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های 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 (α=۰/۰۵، P=۰/۰۱۵ و d=۰/۰۵) تعداد ۲۰۰ نفر محاسبه گردید.

$$n = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2} \cong 196$$

انتخاب نمونه‌ها در این پژوهش به کمک روش نمونه‌گیری 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 می‌شدند.

به دلیل آنکه هدف بررسی کیفیت زندگی در بیماران دارای سابقه سوختگی بود، مدت زمان گذشت از سوختگی، سن و درصد سوختگی به شرح ذیل از معیارهای پذیرش نمونه لحاظ شد. ۱- گذشت حداقل ۶ ماه از حادثه ۲- سن بالاتر از ۱۸ سال ۳- سابقه بستری در بیمارستان جهت درمان سوختگی ۴- عدم ابتلا به بیماری روانی تایید شده و عقب ماندگی ذهنی ۵ - داشتن حداقل سوختگی ۱۰ درصد از سطح بدن بود. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه‌ای با دو بخش زیر بود: ۱- پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سن، جنس، محل زندگی، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، مدت زمان گذشت از سوختگی، وسعت (درصد) و محل سوختگی بود.۲ - پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی سوختگی (BSHS-B) است. این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال در زمینه‌های میزان حساسیت پوست به گرما، تصویر بدنی، عملکرد دست‌ها، چگونگی مراقبت از نواحی سوخته، شغل ـ ارتباطات، توانایی انجام فعالیت‌های ساده، عملکرد جنسی و بعد عاطفی است و دارای گزینه های شدید، زیاد، متوسط، کم و به‌هیچ وجه می‌باشد که به ترتیب از ۱ تا ۵ امتیازبندی شده‌است. به این ترتیب هر سوال پرسشنامه دارای حداقل یک و حداکثر پنج نمره است. از ۴۰ سوال پرسشنامه ۱۸ سوال مربوط به بعد جسمی کیفیت زندگی، ۱۱سوال مربوط به بعد روانی کیفیت زندگی و ۱۱ سوال مربوط به بعد اجتماعی کیفیت زندگی هستند [۱۶].

بر اساس این پرسشنامه کیفیت زندگی در هر حیطه به‌طور جداگانه و در کل حیطه‌ها نیز تعیین گردید به این ترتیب که چگونگی کیفیت زندگی بر اساس میانگین نمرات است. میانگین بیشتر یعنی کیفیت زندگی بهتر و میانگین کمتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است. پس از ارایه اطلاعات کافی به بیماران در مورد اهداف مطالعه، رضایت افراد کسب می‌شد. پرسشنامه توسط افراد نمونه تکمیل‌شده و در صورت نداشتن سواد کافی یا عدم توانایی جهت نوشتن، سؤالات توسط پرسشگر خوانده شده و با پاسخ بیمار تکمیل گردید.

به منظور بررسی روایی، پرسشنامه توسط دو نفر از پژوهشگران به زبان فارسی ترجمه گردید و سپس توسط دو نفر از آشنایان به زبان انگلیسی مجدداً به انگلیسی ترجمه شد (Backward-Forward) و نزدیکترین ترجمه به متن پرسشنامه اصلی انتخاب گردید.

پایایی پرسشنامه از طریق تکمیل پرسشنامه توسط ۲۰ نفر و تکرار آن با گذشت ۱۵ روز بعد و با استفاده از آزمون مجدد (روش test-retest) R=۰/۸۵ تعیین گردید. امتیازهای مربوط به سنجش کیفیت زندگی در نرم افزار نسخه SPSS ۱۶ محاسبه گردید و برای تحلیل داده‌ها، ابتدا آمارهای توصیفی به صورت تعداد و درصد ذکر شد و برای متغیرهای کیفی مقادیر میانگین و انحراف معیار(±) برای متغیرهای کمی ارائه شد. سپس برای مقایسه میانگین نمرات حیطه‌ها در دو گروه از آزمون T، در چند گروه از آزمون ANOVA و برای بررسی رابطه بین حیطه‌ها با متغیرهای کمی (نظیر سن) از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در صورت معنی‌دار شدن آزمون ANOVA از مقایسات چندگانه توکی برای انجام مقایسه زوجی بین گروهها استفاده شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.11.1.12.0]

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۲۴ نفر (۶۲ درصد) زن و ۷۶ نفر (۳۸ درصد) مرد حضور داشتند. میانگین سنی این افراد ۲۵ با انحراف معیار ۶/۸ سال (محدوده سنی بین ۱۸ تا ۵۱ سال) بود. مدت زمان گذشت از حادثه سوختگی حداقل ۶ ماه و حداکثر ۴۰ سال بوده است و میانگین مدت زمان گذشت از سوختگی نیز ۱۱/۱ سال با انحراف معیار ۸/۷۲ سال بود. میانگین و انحراف معیار درصد سوختگی بیماران در زمان وقوع حادثه بر اساس سطح بدن (TBSA) به ترتیب ۳۴/۹ و ۱۹/۶ درصد بود. کمترین درصد سوختگی نمونه‌های مورد مطالعه ۱۰ درصد و بیشترین آن ۸۵ درصد بود. در رابطه با محل سوختگی در بدن تقسیم‌بندی نواحی سوختگی در بدن بیماران به این صورت انجام گرفت و یافته‌ها نشان داد، از ۲۰۰ نمونه مورد پژوهش، ۱۳۲ نفر (۶۶ درصد) سوختگی در صورت ۴۸ نفر (۲۳/۵ درصد) در کل بدن (سوختگی پراکنده در نقاط کل بدن)، سوختگی دست‌ها ۱۶ نفر (۸ درصد)، سوختگی در ناحیه تنه ۱۳ نفر (۶ درصد) و ۱۰ نفر (۵ درصد) نیز در ناحیه پاها سوختگی داشته‌اند. نتایج بررسی‌های آماری نشان داد که میانگین نمره حیطه روانی (۲/۸۸) از سایر حیطه‌ها کمتر بوده و بیشترین نمره کسب شده مربوط به نمره حیطه جسمی (۳/۷۷) بوده است (جدول شماره ۱). برای بررسی ارتباط حیطه‌های مختلف با متغیرهای کمی (سن، درصد سوختگی، مدت زمان گذشت از سوختگی) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۲ آمده است.

در مورد ارتباط حیطه‌های مختلف با متغیرهای کیفی جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل نتایج نشان داد حیطه جسمی کیفیت زندگی با متغیر کیفی جنس ارتباط معنی‌دار آماری نداشته است (P=۰/۲۳۸). همچنین این حیطه با تاهل افراد نیز ارتباط معنی‌دار نشان نداد (P=۰/۲۷۹)، اما در رابطه با تحصیلات (P=۰/۰۴۳) و شغل (P=۰/۰۰۵) ارتباط معنی‌دار آماری به دست آمد. در زمینه تحصیلات نیز گروه دیپلم و دانشگاهی میانگین بیشتری نسبت به گروه‌های دیگر کسب کردند. در زمینه شغل نیز گروه محصل و دانشجو دارای بالاترین میانگین (۴/۲۴) و گروه بیکار دارای کمترین میانگین (۳/۴۳) بوده‌اند. آزمون توکی نیز نشان داد که دو گروه بی‌سواد و سیکل میانگین نمرات کمتری از نظر بعد جسمی کیفیت زندگی نسبت به دو گروه دیپلم و دانشگاهی داشتند. اما گروه‌های بی‌سواد و سیکل و همچنین دو گروه دیپلم و دانشگاهی از این نظر تفاوت معنی‌دار نداشتند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱- آمارهای توصیفی برای حیطه‌های جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی

حیطه	حداقل ـ حداکثر	میانگین (انحراف معیار)
جسمی	۱/۶۸-۵	۳/۷۷ (۰/۸۸)
روانی	۱-۵	۲/۸۸ (۱/۰۶)
اجتماعی	۱/۱-۵	۳/۶۳ (۰/۹۶)
کل	۱/۴۸-۴/۹۵	۳/۴۳ (۰/۸۶)

جدول شماره ۲- همبستگی حیطه‌های جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی با متغیرهای کمی

	روانی	جسمی
سن	(P=۰/۲۲۳) -۰/۰۸۷	(P=۰/۰۰۱) -۰/۲۲۹
درصد سوختگی	(P=۰/۰۰۶) -۰/۱۹۲	(P=۰/۰۰۰) -۰/۳۴۷
مدت زمان گذشت از سوختگی	(P=۰/۲۵۴) ۰/۰۸۱	(P=۰/۰۰۰) ۰/۳۰۶

جدول شماره ۳- ارتباط حیطه جسمی کیفیت زندگی با متغیرهای مختلف کیفی

	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	P (آزمون)
جنسیت			(t-test) ۰/۲۳۸
مرد	۷۶(۳۸)	۳/۶۴(۰/۹۲)	
زن	۱۲۴(۶۲)	۳/۸۵(۰/۸۵)	
تأهل			(t-test) ۰/۲۷۹
متأهل	۵۲(۲۶)	۳/۶۹(۰/۸۵)	
مجرد	۱۴۸(۷۴)	۳/۸(۰/۸۹)	
تحصیلات			(ANOVA) ۰/۰۴۳
بیسواد	۸(۴)	۳/۵۴(۰/۶۷)	
سیکل	۸۹(۴۴/۷)	۳/۶(۰/۸۳)	
دیپلم	۸۱(۴۰/۷)	۳/۹۴(۰/۹۳)	
دانشگاهی	۲۱(۱۰/۵)	۳/۹۶(۰/۹۱)	
شغل			(ANOVA) ۰/۰۰۵
خانه‌دار	۷۲(۳۶)	۳/۷۵(۰/۷۸)	
کارگر	۲۱(۱۰/۵)	۳/۵۱(۰/۹)	
بیکار	۳۲(۱۶)	۳/۴۳(۰/۹۴)	
دانشجو	۱۷(۸/۵)	۴/۱۶(۰/۶)	
کارمند	۱۴(۷)	۴/۱۶(۰/۶)	
آزاد	۱۹(۹/۵)	۳/۵۷(۰/۹۶)	
محصل	۲۴(۱۲)	۴/۲۴(۰/۹۹)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.11.1.12.0]

نمرات حیطه روانی تنها با متغیرشغل دارای ارتباط معنی‌دار بوده است (P=۰/۰۰۴). همچنین حیطه اجتماعی با متغیرهای جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل ارتباط معنی‌دار نشان داده است (P<۰/۰۰۱). بین متغیر محل سوختگی در بدن و نمره حیطه جسمی کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). همچنین مشاهده شد که میانگین نمرات افراد دارای سوختگی تنه از سوختگی‌های سایر قسمت‌های بدن بیشتر می‌باشد (میانگین ۴/۵۱). در بررسی رابطه بین محل‌های سوختگی در بدن با نمره حیطه روانی کیفیت زندگی نمونه‌ها، نتایج نشان دادکه بین محل‌های سوختگی در بدن با نمره حیطه روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود دارد (P=۰/۰۰۴) به این صورت که افراد دارای سوختگی در پاها دارای بیشترین میانگین (۳/۴۷) و افراد دارای سوختگی در کل بدن دارای کمترین میانگین (۲/۴۱) می‌باشند. رابطه محل‌های سوختگی در بدن با نمره حیطه اجتماعی کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش نتایج نشان می‌دهد که محل سوختگی در بدن دارای ارتباط معنی‌دار با حیطه اجتماعی است (P<۰/۰۰۱) و میانگین نمرات افراد دارای سوختگی تنه از بقیه بالاتر است (۴/۳۴). رابطه بین وجود یا عدم وجود سوختگی در صورت با تمامی حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی معنی‌دار بوده است. جدول میانگین ها نمرات حاصله را نشان می‌دهد. بر این اساس نمونه‌های مورد پژوهش در حیطه روانی دارای کمترین امتیاز (۲/۷۵) بوده‌اند (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴- رابطه سوختگی در صورت با حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی

	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	P
جسمی			۰/۰۰۳
سوختگی در صورت ندارد	۶۸	۴/۰۳ (۰/۸۴)	
سوختگی در صورت دارد	۱۳۲	۳/۶۴(۰/۸۸)	
روانی			۰/۰۱۹
سوختگی در صورت ندارد	۶۸	۳/۱۲ (۱/۰۵)	
سوختگی در صورت دارد	۱۳۲	۲/۷۵(۱/۰۵)	
اجتماعی			۰/۰۰۲
سوختگی در صورت ندارد	۶۸	۳/۹۱ (۰/۸۹)	
سوختگی در صورت دارد	۱۳۲	۳/۴۸ (۰/۹۷)	
کل			۰/۰۰۲
سوختگی در صورت ندارد	۶۸	۳/۶۹ (۰/۸۲)	
سوختگی در صورت دارد	۱۳۲	۳/۳ (۰/۸۶)	

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر بر روی کیفیت زندگی ۲۰۰ قربانی سوختگی، نشان داد میانگین امتیاز کیفیت زندگی در حیطه جسمی از حیطه‌های 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 عاطفی مورد بررسی قرار گرفت. این بدان معنا است که این بیماران در زمینه‌های تصویر ذهنی و بعد عاطفی مشکلات بیشتری را متحمل شدند. قاسمی نیز در مطالعه خود با هدف بررسی همبستگی راهبردهای مقابله‌ای به کارگرفته شده پس از ترخیص و وضعیت سلامت بیماران دچار سوختگی، به این نتیجه رسید که بیماران دچارسوختگی از نظر روانی وضعیت سلامت بدی داشتند [۱۷].

نتایج مطالعه کیلدال و همکاران نشان داد افراد دچار سوختگی عمیق و بیش از ۱۰درصد سطح بدن در تطابق دچار مشکل شده و فرد به سمت کناره‌گیری از اجتماع پیش می‌رود [۱۸]. همچنین ویلبراند و همکاران در بررسی کیفیت زندگی بیماران دارای سابقه سوختگی به این نتیجه رسیدند که اختلالات تصویر ذهنی با شدت سوختگی و میزان بد شکلی وتغییر شکل‌های ناشی از سوختگی رابطه داشته و می‌تواند مشکلات روانی برای این بیماران ایجاد کند[۱۹]. نتایج مطالعه تامبز و همکاران نشان داد بروز علائم افسردگی به علت اختلال در تصویر ذهنی در بیماران دچار سوختگی شایع و میزان آن در نمونه‌های زن مورد پژوهش بیشتر بوده است[۲۰].

همچنین در این مطالعه بررسی میانگین نمرات کیفیت زندگی با درصد سوختگی نشان داد که هر چه درصد سوختگی بیشتر باشد کیفیت زندگی خصوصاً در حیطه جسمی کاهش می‌یابد. این نتایج مشابه با تحقیقات دیگران بود. بطوریکه نتایج مطالعه پالوآ و همکاران نشان داد که افزایش درصد یا وسعت سوختگی با عملکرد جسمی بیماران در ارتباط بوده و افزایش درصد سوختگی منجربه کاهش عملکرد جسمی می‌گردد[۲۱]. آنزاروت و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیماران دارای سوختگی وسیع در حیطه‌های جسمی نمرات کمتری در مقایسه با گروههای سالم جامعه داشتند[۲۲]. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که متغیر سن با حیطه‌های کیفیت زندگی ارتباط منفی دارد. به عبارت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.11.1.12.0]

دیگر نمونه‌های مورد مطالعه که در سن پایین دچار سوختگی شدند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. پوپی و همکارانش نیز در پژوهش خود گزارش کردند که نوجوانان دارای سابقه سوختگی در کودکی رضایت‌مندی مثبت‌تری از وضع خود و کیفیت زندگی بالاتر از گروه کنترل داشتند [۲۳].

هم‌چنین نتایج مطالعه بیانگر آن بود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر مدت زمان گذشت از سوختگی با حیطه‌های کیفیت زندگی جسمی و اجتماعی وجود داشت. در این بین میانگین حیطه جسمی از سایر حیطه‌ها بیشتر بود. این بدان معنا است که با افزایش مدت زمان گذشت از حادثه سوختگی کیفیت زندگی نمونه‌ها ارتقا یافته است. بررسی‌ها نشان می‌دهد در برخی موارد یک نقص کوچک ممکن است سبب اضطراب شدید شود درحالی که افرادی با بد شکلی‌های ناشی از سوختگی در دراز مدت توانسته‌اند خود را تطبیق دهند [۲۴]. کرومز و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در مدت ۱۲ ماه پس از حادثه سوختگی، برگشت به اجتماع در مقایسه با مدت زمان ۶ ماه بهتر بوده است [۲۵]. بنابراین احتمالاً گذشت زمان، مشکلات را برای این بیماران کاهش می‌دهد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد ارتباط معنی‌دار آماری بین محل‌های سوختگی با نمره حیطه جسمی کیفیت زندگی وجود دارد. همچنین نمونه‌های دارای سوختگی تنه نمرات کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به سایر محل‌های سوختگی و افراد با سوختگی در کل بدن کمترین نمره را اخذ نمودند که نشان‌دهنده ارتباط وسعت سوختگی با کاهش کارآیی آنان می‌باشد . بریت و همکاران در مطالعه خود بر روی ۳۴۶ فرد دارای اسکار سوختگی به این نتیجه رسیدند که هر قدر شدت اسکار بیشتر باشد رضایت‌مندی فرد از وضعیت ظاهر خود و ارزیابی دیگران از ظاهر او کاهش می‌یابد [۲۶].

بررسی‌ها نیز بیانگر آن است که محل و وسعت سوختگی با اعتماد به‌نفس و افسردگی همبستگی دارد [۲۴]. پالوآ و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که سوختگی صورت و دست‌ها موجب انزوای بیماران وکاهش محدودیت عملکرد آنان به دلیل افسردگی می‌گردد [۲۱].

نتایج این بررسی در رابطه با کیفیت زندگی و ارتباط آن با سوختگی صورت نشان دادکه این ارتباط در تمام حیطه‌ها معنی‌دار بوده است، لیکن میانگین نمرات در حیطه روانی کیفیت زندگی نسبت به سایر ابعاد کمتر است. به بیان دیگر بیماران دارای سوختگی در صورت در حیطه روانی کیفیت زندگی خوب نداشته و دارای مشکلات بیشتری در این حیطه هستند. پالوآ و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سوختگی صورت موجب انزوای بیماران می‌گردد [۲۱].

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 امتیازهای افراد بیکار در تمامی حیطه‌ها نسبت به شاغلین پایین‌تر بوده وتفاوت‌های معنی‌داری را از نظر آماری نشان داد. دیسترآس و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند افرادی که پس از سوختگی بیکار بوده و شغل و درآمد مناسبی نداشتند، در تمام حیطه‌های جسمی، روانی و اجتماعی نمره‌های کمتری نسبت به اشخاص دارای شغل و درآمد داشتند [۲۷].

بنابر این توجه به اشتغال بیماران به منظور ارتقای کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد. در بررسی رابطه متغیر وضعیت تاهل، میانگین امتیازهای بخش کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار را نشان نداد. در صورتیکه لاندولت و همکاران 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 [۲۸].

کیلدال و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند عواملی مانند داشتن شغل، تاهل و شرایط زندگی مناسب در تطابق بیمار با آسیب سوختگی تاثیر مثبت داشته و عدم دریافت حمایت عاطفی موجب نتایج بد در حیطه روانی اجتماعی پرسشنامه BSHS-B خواهد بود [۱۸].

اختلاف نتایج این مطالعه با تحقیقات دیگران احتمالاً به دلیل تعداد کم متاهلین نسبت به افراد مجرد و تشابه آنان در بروز مشکلات بوده که نیاز به بررسی دیگری دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که قربانیان سوختگی با مشکلات بسیاری روبرو هستند و این حادثه کیفیت زندگی آنان خصوصاً بعد روانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد.کیفیت زندگی با وسعت سوختگی و همچنین محل سوختگی در ارتباط است. وجود اسکار سوختگی می‌تواند موجب از دست دادن شغل و بیکاری و تنهایی بیماران گردد. بنابراین ایجاد محیط حمایتی و توانمندسازی به منظور مواجهه با این عوامل ضروری به نظر می‌رسد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.11.1.12.0]

سهم نویسندگان

زهرا پیشنمازی: طراحی طرحنامه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله
آزیتا کیانی آسیابر: همکار اجرایی
مجیده هروی کریموی: نظارت علمی بر کلیه مراحل اجرای طرح
فرید زائری: مشاور آماری طرح
رضا نوروز زاده: تهیه و تدوین مقاله

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 بیمارستان‌های شهید مطهری و حضرت فاطمه (س) و همچنین تمامی مشارکت کنندگان اعلام می‌داریم.

منابع

1. Peck M, Molnar J. Swart D. A global plan for burn prevention and care. Bulletin of the World Health Organization 2009; 87: 733-35
2. Statistics by Country for Burns. [Cited 2009 Jun 15]. Available from: www.wrongdiagnosis.com/b/burns/stats-country.htm
3. Vasee N, Badoohi N, Molavi M, Jahangiri K, Babaee A, to determine LA50 in Shahid Motahari burn hospital, Tehran, Iran. Payesh 2009; 8: 297-301 [Persian]
4. Burns, the sixth cause of death in Iran. [Cited 2009 0ct 5].Available from:http://www.hamshahrionline.ir/news.aspx?id=92205
5. liechukwu s.t, psychiatry of the medically ill in the burn unit, Psychiatric Clinics of North America 2002; 2: 129-47
6. Herndon, DN. Total burn care. 2th Edition, WB saunders: london, 2007
7. Church D. Burn Wound Infections. Burns 2006; 19: 9-10
8. Www. hamshahrionline.ir/News/?id=26982
9. Iranian Burn Charity Association. [Cited 2007 Nov 10]. Available from: www.ibca.ir/default.aspx?id=3
10. Loey V, Son V. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. American Journal of Clinical Dermatology 2003; 4: 245-72
11. Druery M, Brown T, Muller M. Long term functional outcomes and quality of life following severe burn injury. Burns 2005; 31: 692-95
12. Dhqanzadh S. Quality of life in patients with congestive heart failure compared, with healthy subjects in Rasht. Nursing MS Thesis, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2002 [Persian]
13. Fauerbach J, Heinberg L, Lawrence J. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. Psychosomatic Medicine 2000; 62: 576-82
14. Rafii F, design theory, nursing care of burn patients. Nursing Dissertation: Tehran University of Medical Sciences, 2004 [Persian]
15. Heravi- Karimooi M, Pourdehghan M, Faghihzadeh S, Montazeri A, Milani JM. The effects of group counselling on symptom scale of quality of life in patients with breast cancer treated by chemotherapy. Behbood 2006; 10: 10-22 [Persian]
16. Kildal M. Andersson G. Fugl-Meyer Axel R, Kurt RN. Gerdin B. Development of a Brief Version of the Burn Specific Health Scale (BSHS- B). Truma 2001; 51: 740-46
17. Ghasemi M. Correlation between coping strategies and health status in burned patients in refer to burned centers of Tehran. Thesis for MS degree in Nursing Medical – Surgical Management. Faculty of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services, 2009
18. Kildal M, Willebrand M. Andersson G Gerdin B. Ekselius L. Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. Injury 2005; 36: 511-18
19. Willebrand M, Kildal A. Simplified Domain structure of the burn-specific health scale-brief (BSHS-B): a tool to improve its value in routine clinical work. Truma 2008; 64: 1581-86
20. Thombs B, Haines J, Bresnick M. Depression in burn reconstruction patients. General Hospital Psychiatry 2007; 29: 14-20
21. Pallua.N. Kunesbeck. H. w. Noah EM. psychosocial adjustments 5 years after bun injury. Burns 2003; 29: 143-52
22. Anzarut A, Chen M, Shankowsky H, Tredget EE. Quality of life and outcome predictors following massive burn injury. Plastic and Reconstructive Surgery 2005; 116: 791-7
23. Pope SJ, Solomons WR, Done DJ, Cohn N, Possamai AM. Body image, mood and quality of life in young burn survivors. Burns 2007; 33: 747-55

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.11.1.12.0]

24. Sainsbury D. Body Image and facial Burns.Advances in Skin & Wound Care Journal 2009; 22: 39-42
25. Cromes. Holavanahalli R, Kowalske K, Helm P. Predictors of quality of life as measured by the burn spicific health scale in persons with major burn injury. The Journal of Burn Care Rehabilitation 2002; 23:229-34
26. Thombsb B. Fauerbach J. A test of the moderating role of importance of appearance in the relationship between perceived scar severity and body-esteem among adult burn survivors. Body Image 2006; 3: 101-11
27. 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: 839-42
28. landolt MA. Grubenmann S, Meuli M. Family impact greatest: predictors of quality Of Life and psychosocial adjustment in pediatric burn survivors. Trauma 2002; 53: 146-51

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.11.1.12.0]