

تجربه زندگی با آسیب سوختگی: یک مطالعه کیفی

وحید زمان‌زاده^۱، لیلا ولیزاده^۲، مژگان لطفی^۳، فریدون صالحی^۴

تاریخ دریافت 1393/11/03 تاریخ پذیرش 1394/01/18

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: به دلیل چندبعدی بودن و وسعت دامنه اثرات مخرب سوختگی بر زندگی مبتلایان، تجربه زندگی پس از سوختگی عموماً انفرادی و ارتباط نزدیکی با بافت فرهنگی و مذهبی آن‌ها دارد. لذا این مطالعه باهدف بررسی تجارب بیماران سوختگی در گذر از حادثه تا بازگشت به جامعه؛ جهت برنامه‌ریزی‌های مراقبتی -توان‌بخشی منطبق با بستر موجود و نیاز جامعه ایران صورت گرفت.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر یک تحقیق کیفی است که با استفاده از تحلیل محتوای کیفی و مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار انجام‌شده با ۱۵ فرد نجات‌یافته از سوختگی انجام گرفت.

یافته‌ها: بر اساس عناصر موجود در مفاهیم متن، تشکیل کدها، دسته‌ها و زیر طبقات؛ سه طبقه (الف) تهدید، (ب) آشفتگی و (ج) عوامل بیرونی، درونی و بین فردی مؤثر به‌عنوان عصاره تجربه مشارکت‌کنندگان تشکیل یافتند. خطر مرگ، اختلال در روند زندگی، تعارض معنوی، مشغله روحی - روانی، تنهایی و جدایی و تغییر در تصور از خود زیر طبقات «تهدید» بود. طبقه «آشفتگی» نیز بر اساس زیر طبقات درد و عذاب، رنج و ناراحتی، رفتار تهاجمی و تغییر در باورهای خود از خویش شکل گرفت. طبقه عوامل بیرونی، درونی و بین فردی مؤثر نیز شامل زیر طبقات: اعتقادات و باورها، آرزوها و تمایلات، انگیزه‌ها، نگرش، ویژگی‌های دموگرافیک، ویژگی‌های شخصیتی، تصور از خود، عواطف و هیجانات، تعامل، آگاهی، فرهنگ و بالاخره بعد زمان و مکان بود. تجربه مبتلایان به سوختگی از تهدید و آشفتگی در گذر از حادثه تا بازگشت به جامعه از نظر زمانی و مکانی روندی خطی داشت که با تهدید جسمی و آشفتگی حسی و درد در مدت بستری آغاز می‌شد؛ با تهدید روحی، روانی، معنوی و آشفتگی در تصور از خود در جریان زندگی تداوم می‌یافت و به تهدید اجتماعی و آشفتگی‌های رفتاری و تغییر در باورهای خود از خویش در بازگشت به جامعه ختم می‌گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: درک عمیق این دو مفهوم به ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی کمک خواهد کرد علاوه بر مشکلات جسمی، مشکلات ذهنی و اجتماعی که هر فرد تجربه می‌کند را در برنامه‌ریزی‌های مراقبتی و توان‌بخشی مدنظر قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: سوختگی، نجات‌یافتگان، تجارب زنده، تحقیق کیفی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دوم، پی‌درپی 67، اردیبهشت 1394، ص 135-124

آدرس مکاتبه: گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۴۱۳۰۶۳۲
Email: Mojgan.lotfi@yahoo.com

مقدمه

سوختگی یکی از مشکلات اصلی و رایج سلامت در کل جهان به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه است (۱). در ایران نیز صدمات سوختگی شیوع و مرگ‌ومیر بالایی دارند به‌طوری‌که روزانه حداقل ۸ نفر به دلیل سوختگی فوت می‌کنند و بعد از حوادث رانندگی و تروما سومین عامل مرگ‌ومیر ناشی از حوادث هستند (۲).

شدت آسیب‌های حاصل از سوختگی از یک زخم سطحی پوست تا جراحات عمیق تهدیدکننده زندگی متفاوت است، مشکلات روان‌شناختی و تغییرات بدشکلی جسمی شامل اسکارها، کونترکچرها و قطع عضوها اغلب پیامد این سوختگی‌ها می‌باشند (۱) و به همین جهت از نظر اقتصادی نیز سوختگی از پرهزینه‌ترین آسیب‌ها است.

^۱ دانشیار گروه پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۲ دانشیار گروه پرستاری کودکان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ استادیار گروه پرستاری داخلی جراحی، گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسئول)

^۴ دانشیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

بالین وجود خسارت از دست رفتن طولانی مدت عملکرد جسمی یا آسیب‌های روانی و نقایص زیبایی به هیچ وجه قابل محاسبه نبوده (۳) و همین امر سیستم سلامت ایران را در درمان و توان بخشی این بیماران با چالشی بزرگ روبرو ساخته است (۴).

پیشرفت‌های اخیر در امر مراقبت از بیماران مبتلا به سوختگی اگرچه جان بسیاری از این بیماران را نجات داده است، با این وجود هنوز بسیاری از این بیماران از عوارض آن در رنج هستند (۵). مبتلایان به سوختگی هنگام حادثه، وقایع بسیار ترسناکی را تجربه می‌کنند و تجارب درمان‌های دردناک بیمارستان نیز بر ترس آن‌ها می‌افزاید. بیمار و خانواده ممکن است احساس خشم، گناه و ناامیدی شدیدی را تجربه کنند. کابوس‌های شبانه و یادآوری حادثه منجر به سوختگی اغلب باعث آزار آن‌ها شده و همین امر باعث می‌شود که هریک از بیماران تجارب ناراحت کننده و متفاوتی را تحمل نمایند که روی سلامت ذهنی و آمادگی آن‌ها برای شرکت در برنامه درمانی شان مؤثر است (۶).

پرستاران بخش‌های سوختگی روزانه از تعداد زیادی بیمار به‌طور همزمان مراقبت می‌کنند، این درحالی است که تجارب ناراحت کننده و متفاوت این بیماران نیاز به یک برنامه مراقبت فردی دارد (۶). پرسنل تخصصی مراقبت‌های سوختگی، اگرچه برای کمک به سازگاری این بیماران با جراحات بسیار وسیع و کسب مجدد حداکثر عملکردها، تلاش مستمری از خود نشان می‌دهند (۷)، با این وجود یافته‌ها حاکی از آن است که این تلاش‌ها در ایران کافی نبوده (۸) و عملاً مراقبت‌های پرستاری بدون فرصت درک آنچه بیماران تجربه می‌کنند انجام می‌شود، لذا این نگرانی همیشه باقی است که جراحات فوق چه تأثیراتی بر شکل گیری رشد و تکامل این بیماران در سال‌های آتی دارد (۹). مهم تر از همه اینکه قربانیان سوختگی با وجود همه آسیب‌های تخریب کننده، باید به نقش‌ها و مسئولیت‌های قبلی خود باز گردند. بازگشتی که تا آخر عمر بار داغ حاصل از سوختگی را به همراه خواهد داشت (۹، ۱۰).

در این زمینه مطالعات زیادی با رویکرد کمی در خصوص بررسی مسائل و مشکلات جسمی و روان شناختی بیماران بخش‌های سوختگی صورت گرفته است. این مطالعات گرچه نشان دهنده تأثیر قابل ملاحظه عوارض بر عملکرد فیزیکی و نیروی حیاتی بدن و در نتیجه پیامدهای جسمی، عاطفی، اجتماعی، شغلی (۱۱، ۱۲) و اقتصادی فراوان بر این بیماران (۳) است، اما در خصوص توصیف تجارب سوختگی به عنوان یک عامل مهم درک بیماران برای کاستن از رنج و عذابی که تجربه می‌کنند، دیدگاهی ارائه نمی‌کند (۱۳).

مطالعات کیفی انجام شده در طی ۳۰ سال گذشته نیز که در زمینه پاسخ بیماران به جراحی (۱۴، ۱۵) صورت گرفته است، پاسخ‌های ذهنی (۱۶) چون انکار (۱۷)، تسلیم (۱۸)، داغ^۱ (۱۹، ۲۰)، عدم اطمینان (۲۱)، فقدان (۲۲)، کنار آمدن (۱۷) و دردمزن (۲۳) را توصیف کرده‌اند که هیچ کدام توضیح شفاف و جامعی در خصوص تجارب زنده بیماران در زندگی پس از سوختگی ارائه نکرده است. این در حالی است که به دلیل محدودیت مطالعات در این زمینه (۲۴) محققین همواره به بررسی عمیق تأثیرات سوختگی بر فرد با تمرکز بر باورهای اجتماعی - فرهنگی و مذهبی موجود تشویق شده‌اند (۲۵). اندک بودن مطالعات کیفی در این زمینه (۲۶-۲۷) در کشور، همچنین بافت فرهنگی، مذهبی متفاوت در ایران (۲۶)؛ بررسی تجارب بیماران سوختگی را ضروری می‌سازد.

درک مفهوم و معنی آسیب جراحی برای بیمارانی که سوختگی را تجربه کرده‌اند، از طریق پژوهش‌های کیفی امکان پذیر است (۲۶-۲۸). این رویکرد برای کشف مقوله‌های این زمینه و درک عمیق تر مسائل و مشکلات بیماران سوختگی مفیدتر به نظر می‌رسد (۲۹). تئوری‌های حرفه پرستاری نیز که پایه آن بررسی پاسخ انسان در انحراف از سلامتی و مأموریت آن کمک به افراد در رنج و عذاب برای دستیابی به آرامش و راحتی است؛ اخیراً بر تجارب بیماری و یا پاسخ به بهبودی ناشی از یک بیماری خاص تمرکز کرده‌اند. این تمرکز بر افراد تا علت بیماری گواهی است بر اینکه این تجارب می‌تواند در توسعه یک تئوری جامع در خصوص پاسخ افراد به بیماری‌های حاد، مزمن و یا آسیب‌ها بکار گرفته شود تا بتوان از آن برای درک و حمایت از پاسخ‌های بیماران استفاده نمود. محققینی که بیماری‌ها را بر اساس تمرکز بر دیدگاه و تجارب بیماری مورد تبیین قرار می‌دهند، قادر خواهند بود به تأثیری که بیماری یا آسیب بر تمامیت فرد می‌گذارد واقف گردند (۲۸). لذا این مطالعه باهدف بررسی تجارب بیماران سوختگی برای یافتن دغدغه اصلی آن‌ها در گذر از حادثه تا بازگشت به جامعه؛ جهت برنامه‌ریزی‌های مراقبتی - توان بخشی منطبق با بستر موجود و نیاز جامعه ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک تحقیق کیفی است که با استفاده از تحلیل محتوای کیفی به منظور مشخص کردن معانی و درون مایه‌های صاحب‌های عمیق انجام شده با بیماران نجات یافته از سوختگی انجام گرفت (۳۰). بعد از کسب اجازه و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز، از روش نمونه‌گیری هدفمند برای دستیابی به

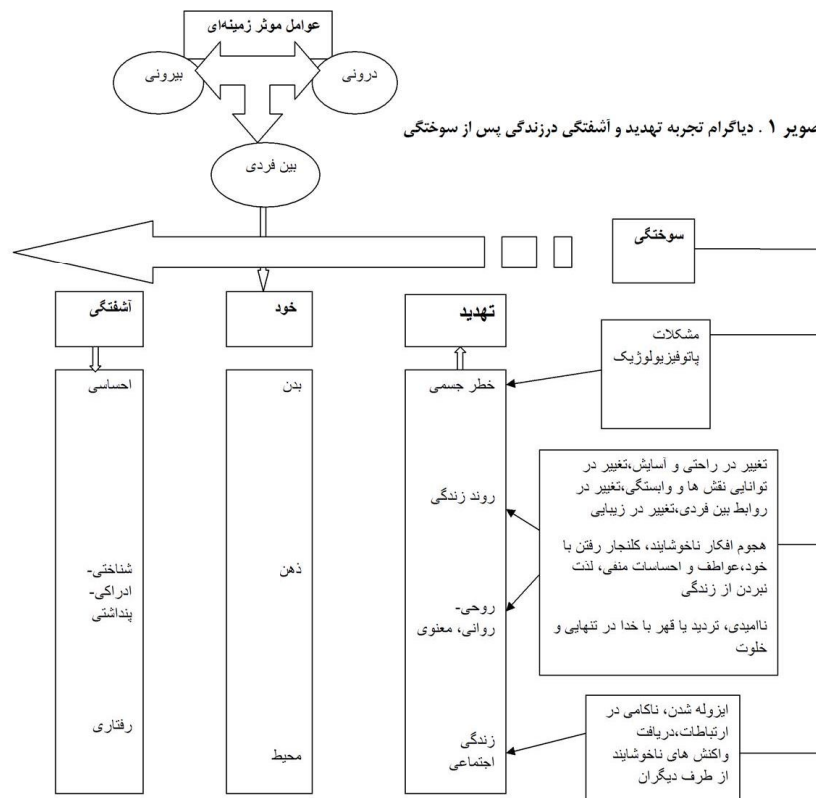
¹ Stigma

هدف مطالعه استفاده شد. منطق این روش اجازه می‌دهد که بتوان تمام الگوهای معمول که از افراد مختلف به دست می‌آید را استخراج نمود تا به بهترین درک نسبت به پدیده مورد بررسی رسید (۳۱). جهت دسترسی اولیه به شرکت‌کنندگان، از لیست کلیه بیماران سوختگی سنین بالای ۱۵ سال ترخیص شده از بخش‌های سوختگی مرکز آموزشی درمانی سینا که حداقل ۶ ماه از زمان سوختگی آن‌ها گذشته بود، برای انجام این مطالعه که در طی سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۱۲ انجام گرفت؛ استفاده شد. افرادی که بعد از تماس تلفنی تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند بعد از اطمینان بخشی از اینکه اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند، انتخاب شدند. سپس با توجه به عوامل تأثیرگذار بر تجربه بیماران سوختگی، برای دستیابی به حداکثر تنوع شرکت‌کنندگان از نظر جنسیت، سن، شغل و تحصیلات نوع، درصد و شدت سوختگی، زمان پس از سوختگی و همچنین تمایل آنان برای شرکت در پژوهش، ۱۵ نفر وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با اشیاع داده‌ها زمانی که محقق دریافت هیچ داده جدیدی در رابطه با سؤال پژوهش در کدها، زیرطبقات و ارتباط طبقات اضافه نمی‌شود، تعیین گردید. به این ترتیب که از طریق فرایند مقایسه مداوم مشاهده شد که هیچ داده جدیدی که سبب تغییر در طبقات تشکیل‌شده یا خصوصیات طبقات موجود شود؛ به پژوهش وارد

مطالعه در حین مصاحبه بکار رفت: تجارب و احساسات خودتان را بعد از حادثه سوختگی بیان کنید؟ چگونه شرایط بعد از سوختگی را تحمل کردید؟ چه تغییراتی در خودتان و روند زندگی شما ایجاد شد؟ سوختگی چه تأثیری روی درک شما از خودتان ایجاد کرد؟ کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس روی کاغذ پیاده شد. از روش تحلیل محتوی قرار دادی (Conventional Content Analysis) به منظور توصیف تجارب شرکت‌کنندگان استفاده گردید (۳۲). هر یک از مصاحبه‌ها به منظور درک کلی آن چندین بار مطالعه شدند. هر مصاحبه به عنوان واحد تحلیل تعیین شد (۳۳) و هر کلمه، جمله یا پارگراف با توجه به محتوای آشکار (Manifest content) به عنوان واحد معنی مورد توجه قرار گرفت و عناصر مفهومی خلاصه‌شده آن برچسب‌گذاری شد. کدهای مختلف بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه و سپس بر اساس تجانس محتوی، زیرطبقات و طبقات شکل گرفتند (۳۰). در صورت عدم توافق در خصوص طبقه‌بندی کدها؛ اصلاحات نهایی طی فرایند بازاندیشی از طریق بازگشت به متن اصلی، یافتن نمونه و اعتباربخشی کدها و بحث با دو محقق دیگر انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه سه طبقه (الف) تهدید، (ب) آشفتگی و (ج)



تصویر (۱): دیاگرام تجربه تهدید و آشفتگی در زندگی پس از سوختگی

الف) تهدید

تهدید سوختگی در گذر از مراحل لحظه حادثه، انتقال به بیمارستان، بستری شدن، ترخیص از بیمارستان، ورود به منزل، حضور در جمع، خلوت با خود و بازگشت به جامعه از نظر زمانی و مکانی روندی خطی داشت که با زیر طبقات خطر مرگ آغاز؛ با زیرطبقات اختلال در روند زندگی، تعارض معنوی، مشغله روحی - روانی تداوم یافته و به تصور نامطلوب از خود و تنهایی و جدایی و ختم می گردید.

الف - ۱) خطر مرگ

این طبقه شامل ویژگی هایی چون اختلال سلولی، فیزیولوژیک و ارگانیک بود که در طی گذر از حادثه، انتقال به بیمارستان و بستری شدن به وقوع می پیوست. تجربه سوختن برحسب شدت آسیب، در مرحله اول تهدیدی هولناک، سریع و غیرقابل پیش بینی برای حیات جسمی بود که مشارکت کنندگان را با پاسخ های ناآگاهانه و فیزیولوژیک مواجهه می ساخت. مشارکت کننده ای می گفت:

«شعله های آتش به من رسید، دست هام و صورتم سوخت، من دویدم درحالی که فقط جیغ می زدم ای وای سوختم، ای وای سوختم (ش ۶)».

در این مرحله، ترسناک و غیرقابل پیش بینی بودن حادثه فرصت هرگونه اقدام آگاهانه را از افراد گرفته و لذا اطرافیان را جهت نجات جان بیمار به واکنش های سریع روانی - حرکتی وادار می کرد:

«از ترس زبونم بند اومد، پاهام سست شد، نتوانستم فرار بکنم همه چی در عرض چند دقیقه، چند ثانیه اتفاق افتاد. اصلاً نمی دونید آدم چقدر زود می سوزه. تا اینکه یکی از فامیل من رو با پتو خاموش کرد (ش ۱)».

از طرفی معطلی و بلاتکلیفی در زمان انتقال و بستری شدن همچنین درمان در بیمارستان به دلیل درد شدید و غیرقابل تحمل و ماهیت ویرانگرش، در فضایی ناخوشایند و ناراحت کننده؛ تجربه ای توأم با ترس، اضطراب ورنج و عذاب را پدید می آورد که حتی بعد از گذشت سال ها از خاطر نرفته بود، یکی از شرکت کنندگان تعریف کرد:

«بعضی ها گفتند زنگ بز نیم ۱۱۵ ولی بعد یک ماشین اومد و من رو آوردند توی بیمارستان محل، اونجا هم یکسری آزمایشات انجام دادند، من ریه ام هم خونریزی کرده بود، ct اسکن و این ها انجام دادند. بعد وقتی دیدند دیگه نمی تونند کاری انجام دهند اعزام کردند. تقریباً ساعت ۱۲ و ربع ظهر اینجوری شدم، شب رسیدیم به مرکز استان اونجا هم هیچکاری واسمون نکردند. من خودم نه روز اونجا بودم، توی این نه روز هیچ کاری نکردند. هی می گفتم پام، می گفتند مشکلی نداره، بعد از ۹ روز ما رو مرخص

کردند بعد که پام بد تر شد اومدم مرکز تخصصی ولی بخش سوختگی مردان جا نداشت اونجا توی سالن هم خوابیده بودند. دکترش گفت جا نداریم. تا اینکه توی یک بخش دیگه بستری شدم (ش ۴)»

شرکت کننده های دیگر در خصوص درد و فضای حاکم بر بخش اظهار کردند:

«هر دفعه که پانسمان می کردند، مرفین می زدند. با این حال اثر نمی کرد. اصلاً اون آب رو که باز می کردند، وای! مثل این بود که آدم می مرد و زنده می شد (ش ۱)».

«صبح وقتی صبحانه را می آوردند دیگه من می گفتم یا حسین الان میان می شورند، خیلی درد داشت چون می بردن زیر آب و با تنظیف می شستند. قبل از من هم که مریض ها می رفتند، تمام پوست های کنده شده شون افتاده بود زمین، آدم می دید حالش بد می شد، خیلی بد بود (ش ۸)».

«توی بیمارستان دو تا اتاق داشتند اون ته سالن که مریض هایی رو که وضعشون خراب بود می بردند اونجا. از اونجا هم می مرده بود که می بردند بیرون (ش ۱)».

در چنین فضای سنگین عاطفی بیماران برای حفظ جان خود ناگزیر بودند که به درمان های سخت و عذاب آوری تن دهند که تجربه ای تلخ ازدوران خطر مرگ بود:

«شروع کردند به گرفت. عمل که کردند بقیه جاهای سالم رو پوستش رو کردند و خلاصه انداختند این یکی جاهام. ب عد از گرفت ها روش رو نیستند. باز نگه می داشتند. حالا فرض کنید یک بار از روی شکم گرفت برداشته بودند حالا نه به پشت می توانستم بخوابم و نه به شکم. (ش ۱)».

الف - ۲) اختلال در روند زندگی

این طبقه با ویژه گی های تغییر در راحتی، تغییر در توانمندی، نقش ها و وابستگی، تغییر در روابط شخصی و تغییر چهره، در گذر از بیمارستان و ورود به منزل مشخص می شد. اغلب شرکت کنندگان معتقد بودند که ورود به منزل و مواجه با تغییرات جدید و درک واقعیت اختلال در روند زندگی؛ خوشحالی آن ها از ترخیص را به یاس مبدل ساخت و تصور آن ها از بهبودی را تغییر داد.

«بعد از اومدن خونه می گفتم خوب می شوم، مثل بقیه می شوم، می روم بیرون، ولی دیدم که مشکلات بعد از اونه؛ مثلاً پوستم نگرفت، افتاد، بعد دست هام جمع شدند، هیچ کاری نمی تونستم بکنم حتی خوردن و حمام کردنم با کمک مامانم بود (ش ۷)».

«فکر می کردم اگر از بیمارستان مرخص بشم خوب میشم؛ یعنی همیشه همچین احساسی داشتم. ولی دیدم نه بابا حالا یک عالمه مونده که برگردم به وضع قبل. توی بیمارستان مشکلات

جسمی و درد سخت بود، توی خونه هم قرار گرفتن در شرایط تازه و کنار اومدن با آن سخت بود (ش ۱)».

«خودم رو در آینه نگاه کردم قیافه‌ام خیلی فرق کرده. یکی از دوست هام که دید گریه کرد (ش ۸)».

الف-۳) مشغله روحی-روانی

هجوم احساسات و افکار ناخوشایند، کلنجار رفتن با خود، تفکرات و احساسات منفی، لذت نبردن در جریان زندگی جدید و حضور نسبی در جمع از ویژگی‌های این طبقه بود. با قرار گرفتن در جریان معمول زندگی و مواجهه با تغییرات بوجود آمده، باوجودی که التیام نسبی زخم‌ها تا حد زیادی از شدت درد جسمی کاسته بود؛ مشغله روحی-روانی در مورد حادثه‌ای که زندگی مشارکت‌کنندگان را تحت‌تاثیر قرار داده بود تهدیدی برای این دوره بود. در این رابطه مشارکت‌کنندگان بیان کردند:

«بعد که یکم دردهای جسمانی تخفیف پیدا می‌کنه خوب اون یکی دردها به سراغ آدم می‌یاد. حالا تقصیر کی بود؟! قصور کجا بود؟! اتفاقی بود که بعدش هر چقدر هم آدم خرج می‌کرد برنمی‌گشت توی اون حالت اول فکر کنید یکی اصلاً زیبایی‌اش رو از دست داده بود، زندگی‌اش رو، جونی‌اش رو. (ش ۱)».

«خوابیدن سخت بود، بخاطر فکر بود، خواب گذشته رو می‌دیدم که نسوخته با دوستانم می‌رفتم بیرون (ش ۵)».

الف-۴) تعارض معنوی

تجاری چون ناامیدی و تردید نسبت به وجود یا لطف خدا از ویژگی‌های تعارض معنوی در حین خلوت با خود بود. تداوم فشارهای روحی روانی مشارکت‌کنندگان در جریان زندگی متفاوت با قبل از سوختن باعث می‌شد که شرایط سخت زندگی جدید آن‌ها را آنچنان نا امید سازد که حتی نسبت به وجود خدا یا ترحم او تردید پیدا کنند:

«وقتی به خودم نگاه می‌کردم فکر می‌کردم اصلاً خدایی نیست... یکی که می‌گفت به خدا توکل کن، یکی از خدا شفا گرفت، می‌گفتم نه اصلاً خدا واقعیت نداره. خدا باشه یک کاری واسم می‌کرد، اصلاً خدایی وجود نداره؛ به خانواده می‌گفتم، می‌گذاشتید اون موقع توی بیمارستان بمیرم از این بهتر بود (ش ۵)».

«می‌گفتم خوب نمی‌شوم، خیلی خیلی نا امید بودم، مامانم که می‌گفت بیا برویم بیرون می‌گفتم نه دیگه تمام شد سوخته (ش ۷)».

الف-۵) تنهایی و جدایی

در گذر به سوی جامعه؛ تهدید تنهایی و جدایی با ویژه‌گی‌هایی چون ایزوله شدن، ناکامی در تعاملات، دریافت واکنش‌های ناخوشایند از طرف دیگران و ناکامی مشخص گردید.

شرح تجربه مشارکت‌کنندگان در خصوص تعامل با دیگران و حضور اجتماعی‌شان نشان می‌داد که تنهایی و جدایی در آن‌ها با درجات خفیفی از ایزوله‌شدن در منزل آغاز و با دریافت واکنش‌های ناخوشایند از طرف دیگران و ناکامی در ارتباطات درحین ورود به اجتماع تداوم پیدا می‌کرد.

«از بیمارستان که اومدم خوابیدم توی خونه، بیرون نمی‌تونستم بروم، حیاط نمی‌تونستم بروم. بیرون هم که می‌رفتم مردم که می‌پرسیدن اون آدم رو ناراحت می‌کرد. می‌رفتم فیزیو تراپی، اونجا هم باز همه می‌پرسیدن که چی شده؟ مثلاً عروسی نمی‌تونستم بروم خیلی خجالت می‌کشیدم همه ازم می‌پرسیدند صورت تو چی شده؟ وای چقدر سوخته!! چقدر بد سوخته! (ش ۷)».

یک مشارکت‌کننده مذکر در خصوص ارتباط با جنس مخالف گفت:

«اوایل همه نگاه می‌کردند، می‌گفتند صورتش سوخته آدم اذیت می‌شد. بعدها هم دخترهاکلا از آدم... فرار می‌کردند. خیلی واسه آدم سخته...دیگه ما هم فکر می‌کردیم امیدی نیست (ش ۵)».

الف-۶) تصور نا مطلوب از خود

در مسیر گذر به سوی جامعه، ویژه‌گی‌هایی نظیر نا موفق بودن جراحی‌های زیبایی و ترمیمی، بجا ماندن بدشکلی اسکارها، واکنش‌های سؤال بر انگیز اجتماعی، عدم دریافت واکنش خوشایند از طرف دیگران، ناموفق بودن در برقراری ارتباط با جنس مخالف، فرار یا ترس کودکان از مشاهده زخم مشارکت‌کنندگان، احساس شرم از ظاهر و بالاخره تنش در تعاملات، تصور نامطلوب از خود را شکل می‌داد.

مشارکت‌کننده ای تجربه خود را در غالب جمله زیر بیان کرد:

«وضع قیافه‌ام خیلی خراب بود. فکر می‌کردم که اصلاً خوب نمی‌شه و فکر می‌کردم که تا آخر عمرم باید اینجوری بمونم، بعضی از دوستانم خجالت می‌کشیدن با من تو خیابون راه برن (ش ۸)».

«هر جا که می‌رفتم همه یک جوری نگاه می‌کردن، بعضی‌ها هم دلسوزی، بچه‌ها هم فوری می‌رفتن پیش مادرشون و در مورد من سؤال می‌کردند (ش ۱)».

ب) آشفتگی

ب-۱) درد و عذاب

تهدید خطر مرگ ناشی از پاسخ‌های ایمنی و التهابی در سطح سلولی و تأثیر آن بر اعضای مهم بدن و تجربه دریافت‌های حسی ناخوشایند به دنبال پانسمان‌های دردناک، مشاهده زخم‌های خود

و سایر بیماران، طعم بد غذا و بوی بیمارستان منجر به تجربه آشفته‌گی احساسی یا عذاب کشیدن در مشارکت‌کنندگان می‌شد.

«همش درد بود... دو ماه توی بیمارستان ...کلاً هیچ جا رو نبینی. همش عذاب بود. هیچ موقع از یادم نمی‌ره. اون لحظه‌ای که افتادم روی آتیش، اون لحظه‌ای که از روی آتیش برم داشتند، آوردند توی بیمارستان، حمام که می‌بردند. اون شرایط بد، نه یادم نمی‌ره! (ش ۵)».

ب-۲) رنج و ناراحتی

با ورود به منزل و تداوم تهدید ناشی از مشغله روحی روانی؛ آشفته‌گی‌های احساسی به سوی آشفته‌گی ادراکی شیفت پیدا می‌کرد. ادراکی چون عدم امنیت، دردهای عاطفی، نفرت از دیگران، سیر شدن از زندگی، عدم احساس امنیت، احساس گناه منجر به بروز رنج و ناراحتی می‌گردید. تجاربی نظیر ترس، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس بی‌عدالتی، تنفر، اختلال در خواب و راحتی از ویژه‌گی‌های این زیر طبقه بود. مشارکت‌کننده‌ای بیان کرد:

«شب‌ها بیدار می‌شدم گریه می‌کردم. از مغزم بیرون نمی‌رفت. سرگدشتم عوض شده بود. دلم پر از نفرت بود، تحمل نمی‌کردم؛ عقده‌ای شدم، افسرده شدم (ش ۶)».

ب-۳) رفتار تهاجمی

زمینه آشفته‌گی احساسی-ادراکی، ناکامی در تعاملات اجتماعی و تصور نامطلوب از خود منجر به رفتار تهاجمی در مشارکت‌کنندگان شده بود که با ویژه‌گی‌هایی نظیر پرخاشگری، خشم، تهدید خود و دیگران، فرار و رفتار آسیب‌رسان مشخص می‌شد. مشارکت‌کنندگان در خصوص رفتار خود چنین بیان کردند:

«عکس‌هام رو پاره کردم، قهر می‌کردم، گریه می‌کردم، جیغ می‌زدم با هیچکس قاطی نمی‌شدم. می‌گفتم خودم رو می‌کشم، ۷-۸ سال همین‌طور ادامه داشت (ش ۶)».

«مامان این‌ها می‌گن از وقتی که سوختی خیلی عصبی شدی. به شوخی می‌گه مثل اینکه مغزت تکون خورده چون مثلاً خیلی پرخاشگر شدم تا یک چیزی میشه زود عصبی میشم داد می‌کشم یا اینکه توی خیابون راه که می‌رم و ناراحتم با خودم همین‌طور حرف می‌زنم (ش ۹)».

ب-۴) تغییر در باورهای خود از خویش

احساس غیر طبیعی بودن، آدم دیگری شدن، احساس دوگانگی در خود، بدبختی و نیستی، داشتن آینده‌ای نامعلوم وعدم بازگشت به زندگی قبل از ویژه‌گی‌های تغییر در باورهای خود از خویش بود. در واقع تصور نامطلوب از خود تنها به ویژه‌گی‌های ظاهری محدود نشده، بلکه در لابلای تجارب مشارکت‌کنندگان ردپایی از آشفته‌گی در باورها، ارزش‌ها نسبت به خود و موقعیت‌های زندگی به چشم می‌خورد.

«آدم با هاش کنار می‌یاد ولی همون آدم قبلی نیست (ش ۴)».

«اگر نمی‌سوختم، افسرده نمی‌شدم، شاید من مدرکم از همه دوستان و همسن و سال هام بالاتر بود. شاید این زندگی و این موقعیت رو نداشتم (ش ۶)».

ج) عوامل بیرونی، درونی و بین‌فردی مؤثر بخشی از تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که عواملی نظیر فرهنگ، حوادث غیرقابل پیش‌بینی در مسیر زندگی، حمایت‌ها، ساختار اجتماعی موجود، تلاش برای مراقبت و درمان؛ اعتقادات و باورها، آرزوها و تمایلات، عوامل انگیزشی، نگرش، شخصیت، وضعیت اقتصادی، ویژه‌گی‌های دموگرافیک، آگاهی، عواطف و تعامل با دیگران به‌عنوان عوامل بیرونی، درونی و بین‌فردی در درک آن‌ها از تجربه آسیب سوختگی مؤثر بود، به نحوی که در مسیر بازگشت مشارکت‌کنندگان به جامعه هر جا که این عوامل به‌صورت منابع انرژی ظهور کمتری داشتند و یا شدت آسیب و عوارض ناشی از سوختگی بیشتر بود، فرد تهدید و آشفته‌گی بیشتری را تجربه می‌کرد. به طور مثال در مورد تأثیر فرهنگ و ویژه‌گی‌های اجتماعی بر تجربه مشارکت‌کنندگان به مورد زیر می‌توان اشاره کرد:

«به یک جای عمومی که می‌ری، مخصوصاً اون‌هایی که عوام هستند، از نظر سطح تحصیلات پایین هستند، می‌بینی که یکجوری نگاهت می‌کنند، انگار یک خبری هست که اینطور با دقت نگاه میکنن. بدتر از اون گاهی وقت‌ها یک سوالاتی می‌کنند که خوب بالاخره آدم ناراحت میشه (ش ۱)».

تأثیر حوادث پیش‌آمده زندگی و یا موقعیت اقتصادی نیز به‌صورت تجارب زیر بیان شد:

«من از بچه‌ام جدا شده بودم، فکر کنید اون موقع شیر می‌دادم بهش. درد سینه‌ام خیلی خیلی شدید بود. علاوه بر دردهایی که داشتم...حالا فکر می‌کردم الان چی شد؟. پیشه کی مونده؟ با این وجود اینهمه بلا سرم اومد من تسلیم نشدم، ولی وقتی مادرم مرد...[مکت...گریه] خیلی وابسته بودم بهش، بهم ریختم (ش ۱)».

«پدر نداشتم، مادرم پیر بود، سختش بود من رو برای ادامه درمان زخم‌هام به بره و بیاره، برای همین من رو بردند بابا باغی خوب بعد از اون گوشت اضافه اومد، بعدش هم هی هر دقیقه من رو بردند عمل، الان ۱۶ بار هست که عمل می‌کنم. (ش ۲)».

تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان نیز حاکی از تأثیر ساختارها و یا حمایت‌های اجتماعی بود:

«خوب الان باز هم مشکل دیگه ای دارم. من کارگرم، توی روستا می‌نشینم، توی شهر کار می‌کنم. دفترچه من بیمه روستاییه

و برای همین بیمارستان اون رو قبول نکرد. بیمه شرکتی هم که توش کار می‌کنم با بیمه اینجا قرار داد ندارند. (ش ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه که باهدف کاوش تجربه مبتلایان به سوختگی صورت گرفت نشان داد، حادثه سوختگی برای اغلب افراد تجربه‌ای ترسناک و بلقوه تهدیدکننده محسوب می‌گردد (۳۴). بر اساس یافته‌ها در مرحله اول، حادثه سریع و غیرقابل پیش‌بینی سوختگی (۳۵) منجر به بروز پاسخ‌های احساسی-حرکتی غیرارادی در فرد مصدوم نظیر جیغ‌زدن، استمدادطلبی و فرار و همچنین پاسخ‌های روانی-حرکتی اطرافیان برای نجات جان وی و تلاش برای انتقال او به مرکز درمانی می‌شود. بسیاری از حادثه دیدگان اظهار میکنندکه فرار از آتش تنها چیزی است که بعد از حادثه به خاطر می‌آورند و بعضی نیز خاطرات مبهمی از تصاویر و بوها را به یاد می‌آورند (۳۴). مروری بر اخبار حوادث نیز گویای این است که هنگام چنین حوادثی افراد ناظر در صحنه معمولاً برای نجات جان مصدومینی که به دلیل ترس از شعله‌های آتش فرار می‌کنند از آتش خاموش‌کن و یا پتو جهت خفه کردن آتش استفاده کرده و با همکاری تیم امداد یا کمک دیگران آن‌ها را از محل حادثه دور و به مرکز درمانی منتقل می‌نمایند (۳۶). از طرفی مطالعات کلینیکی نشان می‌دهد، به محض آسیب‌های سوختگی پاسخ‌های التهابی حاد مهمی بواسطه آزادسازی بعضی مواد در خون در مرحله حاد ایجاد می‌گردد (۳۷) که اختلالات عمومی سیستم ایمنی و شوک ناشی از آن به‌عنوان تجربه‌ای ناخودآگاه، عامل مهمی برای تهدید جسمی در ساعات و روزهای اول محسوب می‌شوند (۳۸، ۳۹). این نوع پاسخ‌ها امروزه به خوبی شناخته شده و در اغلب موارد با توجه به سن بیمار و درصد سوختگی قابل پیش‌بینی و درمان می‌باشند (۴۰).

تداوم تهدید جسمی، درد شدید و غیرقابل تحمل ناشی از زخم‌ها تجربه‌ای آگاهانه ازرنج و عذاب حادثه دیدگان در بیمارستان است که بر اساس اغلب مطالعات انجام‌شده تجربه‌ای جدا ناپذیر از سوختگی (۴۱-۴۳) است. ویازولی (۲۰۰۲) می‌نویسد، بیماران مبتلا به سوختگی شدید حداقل در همان روزهای ابتدایی بستری شدن با واقعیت ناامیدکننده و تخریب‌گر وابستگی به دیگران مواجه می‌شوند. واقعیتی که هیچ‌گونه کنترلی بر آن نداشته و باید به آن تن دهند (۴۴). دریافت‌های حسی ناخوشایند مکرر در مرحله تهدید جسمی، شامل درمان و مراقبت تهاجمی، دیدن زخم‌ها، مشاهده مرگ سایر بیماران، طعم بدغذا، بوی بیمارستان، فضای غم‌انگیز، محیط ترس‌آور بیمارستان و رویارویی با رنج خانواده در کنار خود، بخشی از تجربه مبتلایان است که آشفتگی احساسی یا عذاب کشیدن را با دامنه‌ای از یک غم خفیف و

دل‌تنگی برای بودن در کنار خانواده تا ترس و اضطرابی که منجر به اختلال در خواب و استراحت می‌شود، به دنبال دارد. بررسی متون نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد مبتلایان به سوختگی‌های شدید انواعی از مشکلات خواب نظیر اختلال دربه خواب رفتن، بیداری‌های مکرر، پایین بودن کیفیت خواب، بیداری در صبح زود و کابوس‌های شبانه را تجربه می‌کنند (۴۵). مطالعه اسفهلان و همکاران در سال (۲۰۱۰) نیز نشان داد که درد شدید تجربه شده با پاسخ‌های احساسی چون اضطراب، خستگی، بی‌اشتهایی، احساس بی‌دفاع بودن و اختلال استرسی حاد در زمان اقامت در بیمارستان ارتباط معنی داری دارد (۲۳).

برای مبتلایان به سوختگی، ترخیص از بیمارستان و رهایی از تهدیدات جسمی و آشفتگی‌های حسی، لحظه‌ای سرشار از امید به‌بهبودی و بازگشت به زندگی قبل است؛ اما طولی نمی‌کشد که این خوش‌حالی زود گذر با ورود به منزل و مواجه با تغییرات جدید درروندزندگی، تعارض‌های معنوی به آشفتگی در ادراک و تجربه رنج و ناراحتی تبدیل می‌گردد. برخلاف آنچه در بعضی متون مبنی بر تمایل ماندن بیماران در بیمارستان به دلیل ترس از ناتوانی در مراقبت‌ازخود وجود دارد (۳۴)، مشارکت‌کنندگان در این پژوهش برای بازگشت به منزل دقیقه شماری می‌کردند. بااین‌وجود، این حس مشترک در اغلب مبتلایان سوختگی که ضربه حاصل از سوختگی به محض ترخیص از بیمارستان به آن‌ها وارد شده است، در مطالعات متعددی با زمینه‌های مختلف فرهنگی به چشم می‌خورد (۳۴).

با ورود به منزل فرد گمان می‌کند که همه چیزخوب پیش‌خواهدرفت و شرایط تغییر خواهد کرد اما درک واقعیت فرایند طولانی توان‌بخشی، آغازگر تجربه مشکلات روان‌شناختی به شکل افسردگی، خشم و اضطراب است، همچنین آن‌ها ممکن است احساساتی چون فقدان و اندوه ناشی از تغییرات ایجاد شده درزندگی، هویت و عملکردشان را تجربه نمایند (۴). در این مرحله مبتلایان به سوختگی از تغییر در راحتی، تغییر در توانمندی، نقش‌ها و وابستگی، تغییر در روابط شخصی و تغییر چهره (۴۶) خود آگاهی می‌یابند. این تجربه در مطالعه پدیدارشناسی موی و همکاران (۲۰۰۸) با مقوله «آگاهی بدنی جدید» (A new bodily awareness) به‌عنوان عصاره تجربه زندگی مبتلایان به آسیب‌های سوختگی تبیین شده است. آگاهی تازه و سخت در زمینه محدودیت‌ها که با دیدن بدنی غریبه، آسیب پذیر، احساس ناراحتی، ناتوانی و ناامنی کسب شده است (۲۴).

مطالعات حاکی از آن است که تأثیر درد تنها محدود به زمان بستری نبوده بلکه خاطرات رنج جسمی آن دوران به‌عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده روحی روانی فرد در منزل، منجر به بروز آشفتگی ادراکی شده و تا مدت‌ها بعد به صورت اضطراب،

افسردگی (۴۷، ۴۸)، سندرم بعد از حادثه (۴۸) و سازگاری ضعیف (۴۹) مشاهده می‌گردد. باکمتر شدن شدت درد به دلیل بسته شدن زخم‌ها از طریق گرفت یا التیام خودبخودی و فرصت بیشتر مبتلایان برای تمرکز و فکر کردن به تأثیر سوختگی در روند زندگی خود (۴۵)، رنج جسمی به سوی رنج روحی شیفیت پیدا می‌کند. در چنین شرایطی با تهدید روحی - روانی از طریق هجوم احساسات و افکار ناخوشایند، کلنجار رفتن با خود، تفکرات و احساسات منفی، لذت نبردن از زندگی آن‌ها تلاش می‌کنند از طریق خلوت کردن با خود، شرایط بوجود آمده را تجزیه تحلیل نمایند تا بتوانند درمقابل شرایط بوجود آمده صبور باشند و به زندگی ادامه دهند.

در این زمینه تعدادی از محققین به تجربه «گفتگوی درونی» (Inner Dialogue) یا به عبارتی «شنیده‌هایی در سر» که بیماران را برای صبور بودن هدایت و کمک می‌کند، اشاره داشته‌اند (۵۰). اکثر مشارکت‌کنندگان در این مطالعه ذکر کردند از طریق دریافت حمایت‌های دیگران، اعتقادات و باورهایشان در زمینه قدرت پروردگار و ایمان به لطف و حکمت او و نقش سرنوشتی که توسط خدا برای بندگان در نظر گرفته شده است؛ توانسته‌اند بر احساس ناامیدی غلبه نمایند. مطالعات دیگر نیز نقش حمایت اجتماعی را برای کسب امید مورد تأیید قرار داده‌اند (۵۱).

در عین حال، چیره‌گی احساس ناامیدی و تردید نسبت به لطف خدا در حین گفتگوی درونی، معنویت افراد را مورد تهدید قرار می‌دهد. برای تعدادی از مبتلایان به سوختگی، تداوم فشار ناشی از تهدید روحی - روانی، تغییرات مهم پیش‌آمده بویژه در ظاهر فرد و ناکافی بودن حمایت‌ها جهت حفظ امید، چنان روی ادراک فردی تأثیر گذار است که به آشفتگی در تصور از خود منجر می‌شود. این پدیده با واکنش‌های عاطفی مثل غم، اضطراب، ترس و حساسیت نمود پیدا می‌کند. در این دوره، نقش نیروهای معنوی برای توانایی صبر کردن در برابر آشفتگی حائز اهمیت است. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد، در تجارب سازگاری مبتلایان سوختگی، از ایمان مذهبی و یا وجود خدا مکرراً نام برده می‌شود (۵۲). همچنین با افزایش امید، اختلالات رفتاری برون گرا کمتر و خودارزشی کلی بیشتر است (۵۱).

ورود به جمع و تدریجاً به جامعه درحالی‌که مبتلایان همچنان تجربه آشفتگی در تصور از خود را تحمل می‌کنند؛ قرار گرفتن در جوی مملو از تهدیدات اجتماعی نظیر ایزوله‌شدن، ناکامی در تعاملات و واکنش‌های ناخوشایند دیگران، منجر به ظهور آشفتگی‌های رفتاری - حرکتی چون دوری‌گزینی، قهرکردن، جیغ‌زدن، پاره‌کردن عکس‌های قبلی، فرار از خود و مردم، تلاش‌های ناموفق، راه نیامدن با دیگران، عدم معاشرت،

حضور اجباری و بی‌انگیزه در جمع، مشکلات تعاملی، پس‌زدن فرصت‌ها، چالش زناشویی و شغلی و کناره‌گیری از مردم می‌گردد. مطالعات زیادی نشان می‌دهد که وجود اسکارهای سوختگی خود به تنهایی عامل ایجاد و تداوم اختلالات اجتماعی نظیر ایزوله اجتماعی و تبعیض شغلی در مبتلایان به سوختگی است (۳۵). در این رابطه تحقیقات دیگری نشان داده است که مشکل سازگاری با رفتار دیگران در موقعیت‌های اجتماعی از چالش‌های اجتماعی این بیماران است که می‌تواند منجر به بلوکه شدن و تضعیف مهارت‌های اجتماعی گردد (۴۶). مشکل داشتن و اضطراب قرارگیری در موقعیت‌های اجتماعی بیشترین گزارش افراد دارای بد شکلی است (۵۳) و بیش از نیمی از آنها فشار اجتماعی مزمن و طولانی را تجربه می‌کنند (۵۴) که بازگشت مجدد آن‌ها را به جمع با دشواری روبرومی‌سازد (۵۵). درواقع مواجهه با موانع اجتماعی نظیر طعنه زدن کلامی، دلسوزی، مورد خیره شدن و سؤالات بیجا قرار گرفتن درباره اسکارها (۱۳)، باعث احساس داغ (Stigma) و ناراحتی از حضور در جمع، پاسخ‌های اجتنابی به واکنش‌های منفی دیگران مثل فرار از شرایط استرس‌زا شده که می‌تواند اضطراب دیسترس را افزایش دهد. (۵۶) همچنین سازگاری اجتنابی می‌تواند منجر به ترس اضطرابی در حین ورود به موقعیت‌های اجتماعی به‌ویژه در افراد دارای بدشکلی چهره شود (۵۷). نهایتاً این موارد با ایجاد کمرویی، اضطراب اجتماعی و طرد شدگی به رفتار خجالت زده و هراسناک منتهی می‌شود (۵۸). پیامد فقر مهارت‌های اجتماعی و تمایل به برداشت منفی از وقایع اجتماعی در رابطه با بدشکلی (۵۹) فرد را وارد چرخه معیوب عملکرد اجتماعی و ناراضی‌تی از زندگی می‌کند (۴۶).

پژوهش حاضر با موشکافی عمیق تجارب مشارکت‌کنندگان و با تمرکز برعوامل مؤثر درونی، بین فردی و بیرونی حاصل از این تجارب؛ دو مفهوم تهدید و آشفتگی را به‌عنوان عصاره تجربه مبتلایان در مراحل مختلف زندگی پس از سوختگی، در ایران شناسایی نمود. این دو پدیده با تأثیر از یکدیگر و بستر موجود، ابتدا به‌صورت مشکلات فردی با احساس عدم کنترل بر شرایطی جسمی چون درد، درمان و مراقبت تهاجمی؛ سپس با ناتوانی در انجام فعالیت‌ها و مراقبت از خود؛ تدریجاً با مواجهه با مشکلات بین فردی و اجتماعی و نهایتاً با تغییر در باورها و ارزش‌گذاری‌های خود از خویش نمود می‌یابد.

نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند به‌عنوان چارچوب پنداشتی برای درک چگونگی پاسخ مبتلایان به سوختگی و طراحی مدل‌های مراقبتی و توان‌بخشی منطبق با بافت فرهنگی موجود در کشور مورد استفاده قرار گیرد. هرچند برای فهم استراتژی‌های مورد استفاده آن‌ها برای بازگشت به جامعه مطالعات بیشتری پیشنهاد می‌گردد.

تقدیر و تشکر

دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأمین گردیده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

این مطالعه به‌عنوان بخشی از یافته‌های پایان‌نامه دکترای تخصصی آموزش پرستاری به شماره طرح مصوب ۵/۴/۷۱۹۹ می‌باشد که هزینه‌های این پژوهش توسط معاونت محترم پژوهشی

References:

- Costa B, Engrav L, Holavanahalli R, Lezotte D, Patterson D, Kowalske K, et al. Impairment after burns: a two-center, prospective report. *Burns* 2003;29(7):671-5.
- Abrahamian M. Epidemiology of Burn in Iran: What is Solution? National Congress on Burn. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2003. (persian)
- Cohen SS. Trauma nursing secrets: Hanley & Belfus; 2003.
- Shirkhoda M, Far K, Narouie B, Shikhezadeh A, Rad M, Bojd H. Epidemiology and evaluation of 1073 burn patients in the southeast of Iran. *Shiraz E Med J* 2011;12(1):11-21. (persian)
- Pereira C, Murphy K, Herndon D. Outcome measures in burn care: Is mortality dead? *Burns* 2004;30(8):761-71.
- Procter F. Rehabilitation of the burn patient. *Indian J Plast Surg* 2010;43(Suppl):S101-13.
- Munster AM. Measurements of quality of life: then and now. *Burns* 1999;25(1):25-8.
- Rafiee F HOS, Nikraves M. Condition Affecting Quality of Nursing Care in Burn Centers of Tehran. *Iran J Nurs* 2007;20:7-21. (persian)
- Herndon DN, Spies M, editors. Modern burn care. Seminars in pediatric surgery; 2001: Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1992.
- Herndon DN. Total burn care: WB Saunders Co; 2002.
- Leblebici B, Adam M, Bagis S, Tarim AM, Noyan T, Akman MN, et al. Quality of life after burn injury: the impact of joint contracture. *J burn Care Res* 2006;27(6):864-8.
- Wiechman SA. Psychosocial recovery, pain, and itch after burn injuries. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2011;22(2):327-45, vii.
- Thompson A, Kent G. Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*. 2001.
- Parsons T. Systems analysis: Social systems : Crowell Collier and Macmillan, Incorporated; 1968.
- Mechanic D. The concept of illness behavior. *J Chronic Diseases* 1962;15:189.
- Conrad P. The experience of illness: by Ray Fitzpatrick, John Hinton, Stanton Newman, Graham Scambler and James Thompson. Tavistock, London, 1984. 292 pp. \$16.95. Social Science & Medicine. 1987;24(8):700-1.
- Dorpat TL. Denial and defense in the therapeutic situation: J. Aronson; 1985.
- Hayes-Bautista DE. Modifying the treatment: Patient compliance, patient control and medical care. *Soc Sci Med* 1976;10(5):233-8.
- Goffman E. Stigma Englewood Cliffs. NJ: Spectrum. 1963.
- Scambler G. Perceiving and coping with stigmatizing illness. The experience of illness London: Tavistock; 1984. P. 26:203.
- Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. *Nurs Res* 1981;30(5):258-63.
- Schaefer KM. Women living in paradox: Loss and discovery in chronic illness. *Holistic Nurs Practice* 1995;9(3):63.
- Esfahlan AJ, Lotfi M, Zamanzadeh V, Babapour J. Burn pain and patients' responses. *Burns* 2010;36(7):1129-33.

24. Moi AL, Vindenes HA, Gjengedal E. The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *J Adv Nurs* 2008;64(3):278-86.
25. Askay SW, Magyar-Russell G. Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *Int Rev Psychiatry* 2009;21(6):570-9.
26. Rashidinejad M, Karimi A, Jafarpoor M, Mohammadi M. Psychosocial problems of clients suffering from burn deformities. *Iran J Nurs* 2001;13(26):44-9. (persian)
27. Rahzani K, Taleghani F, Nasrabadi AN. Disfiguring burns and the experienced reactions in Iran: Consequences and strategies—A qualitative study. *Burns* 2009;35(6):875-81. (Persian)
28. Morse JM. Responding to threats to integrity of self. *Adv Nurs Sci* 1997;19(4):21-36.
29. Williams NR, Davey M, Klock-Powell K. Rising from the ashes: stories of recovery, adaptation and resiliency in burn survivors. *Soc work health care* 2003;36(4):53-77.
30. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today* 2004;24(2):105-12.
31. Ranjbar H, Haghdooost A-A, Salsali M, Khoshdel A, Soleimani M, Bahrami N. Sampling in qualitative research: A Guide for beginning. *HBI J* 2012;10(3):238-50. (persian)
32. Kondracki NL, Wellman NS, Amundson DR. Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *J Nutrition Educ Behav* 2002;34(4):224-30.
33. Downe - Wamboldt B. Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care Women Int* 1992;13(3):313-21.
34. Gorga D, Johnson J, Bentley A, Silverberg R, Glassman M, Madden M, et al. The physical, functional, and developmental outcome of pediatric burn survivors from 1 to 12 months postinjury. *J Burn Care Rehabil* 1998;20(2):171-8.
35. Viazzoli C. Adult Burn Patients in the Post-Hospitalization phase of recovery; A Discussion of Psychotherapy Treatment Guidelines for Psychologists. Diss. Alliant International University, California School of Professional Psychology, San After the Fire [Internet]. 2012. Available from: www.jhu.edu/jhumag/0907web/burn.html.
36. Kowal-Vern A, Walenga JM, Hoppensteadt D, Sharp-Pucci M, Gamelli RL. Interleukin-2 and interleukin-6 in relation to burn wound size in the acute phase of thermal injury. *J Am College Surgeons* 1994;178(4):357-62.
37. Dehne MG, Sablotzki A, Hoffmann A, Mühling J, Dietrich FE, Hempelmann G. Alterations of acute phase reaction and cytokine production in patients following severe burn injury. *Burns* 2002;28(6):535-42.
38. Deitch EA, Ananthakrishnan P, Cohen DB, Feketeova E, Hauser CJ. Neutrophil activation is modulated by sex hormones after trauma-hemorrhagic shock and burn injuries. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2006;291(3):H1456-H65.
39. Pallua N, Künsebeck H, Noah E. Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. *Burns* 2003;29(2):143-52.
40. Latarjet J, Choinère M. Pain in burn patients. *Burns* 1995;21(5):344-8.
41. Atchison NE, Osgood PF, Carr DB, Szyfelbein SK. Pain during burn dressing change in children: relationship to burn area, depth and analgesic regimens. *Pain* 1991;47(1):41-5.
42. Patterson DR, Everett JJ, Burns GL, Marvin JA. Hypnosis for the treatment of burn pain. *J Consult Clin Psychol* 1992;60(5):713.
43. Viazzoli C. Adult Burn Patients in the Post-hospitalization Phase of Recovery: A Discussion of Psychotherapy Treatment Guidelines for

- Psychologists: Alliant International University, California School of Professional Psychology, San Francisco Bay; 2002.
44. Wiechman SA. Psychosocial recovery, pain, and itch after burn injuries. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2011;22(2):327-45.
 45. Corry N, Pruzinsky T, Rumsey N. Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: Social functioning, body image, and health policy perspectives. *Int Rev Psychiatry* 2009;21(6):539-48.
 46. Lončar Z, Braš M, Mičković V. The relationships between burn pain, anxiety and depression. *Collegium antropologicum* 2006;30(2):319-25.
 47. Difede J, Ptacek J, Roberts J, Barocas D, Rives W, Apfeldorf W, et al. Acute stress disorder after burn injury: a predictor of posttraumatic stress disorder? *Psychosom Med* 2002;64(5):826-34.
 48. Askay SW, Patterson DR. What are the psychiatric sequelae of burn pain? *Curr Pain Headache Rep* 2008;12(2):94-7.
 49. Noyes R, Kletti R. The experience of dying from falls. *OMEGA J Death Dying* 1972;3(1):45-52.
 50. Barnum DD, Snyder C, Rapoff MA, Mani MM, Thompson R. Hope and social support in psychological adjustment of children who have survived burn injuries and their matched controls. *Children's Health Care* 1998;27(1):15-30.
 51. Sadeghi-Bazargani H, Mohammadi R. Epidemiology of burns in Iran during the last decade (2000–2010): review of literature and methodological considerations. *Burns* 2012;38(3):319-29.
 52. Robinson E, Ramsey N, Partridge J. An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *Br J Plast Surg* 1996;49(5):281-9.
 53. Blakeney P, Partridge J, Rumsey N. Community integration. *J Burn care Res* 2007;28(4):598-601.
 54. Esselman PC, Ptacek J, Kowalske K, Cromes GF, Engrav LH. Community integration after burn injuries. *J Burn Care Res* 2001;22(3):221-7.
 55. Kent G. Understanding the experiences of people with disfigurements: an integration of four models of social and psychological functioning. *Psychol Health Med* 2000;5(4):117-29.
 56. Newell R, Marks I. Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. *Br J Psychiatry* 2000;176(2):177-81.
 57. Kapp-Simon KA, McGuire DE. Observed social interaction patterns in adolescents with and without craniofacial conditions. *Cleft palate-craniofacial J* 1997;34(5):380-4.
 58. Robinson E. Psychological research on visible differences in adults. *Visibly different: Coping with disfigurement*. 1997:102-11.

LIFE EXPERIENCE WITH BURN INJURIES: A QUALITATIVE STUDY

Zamanzadeh V¹, Valizadeh L², Lotfi M^{3*}, Salehi F⁴

Received: 23 Jan , 2015; Accepted: 7 Apr , 2015

Abstract

Background & Aim: Due to multifunctional and wide range of burning diverse effects on burned patients, life experience after burn is considered as an individual experience, and it has a close relationship with their cultural and religious context. This study was done to assess burn patient's experiences during accident till returning back to the society in order to improve rehabilitation-caring plan to match with the existing context and Iranian social needs.

Materials & Methods: This is a qualitative study which is done using qualitative content analysis and unstructured deep interviews with 15 participants who had burn experience.

Results: Based on the existing elements in the context, three categories is extracted: (A) Threat. (B) Disturbance. (C) External, internal and interpersonal factors as the essence of participants' experiences. 'Threat' was formed based on the risk of death, life procedures disorder, spiritual conflict, mental disorder, feeling loneliness and isolation, and changing of the self-image. 'Disturbance' was formed based on pain, suffering and enduring; violent behaviors and changes in self-confidence. 'External, internal and inter personal factors' was formed based on beliefs and values, wishes and tendencies, motivation, attitudes, demographic characteristics, personal properties, personal beliefs, affection and emotion, interactions , awareness, culture and finally being in a time and place frame.

Conclusion: Deep conception of these two concepts will help to health care providers to undertake mental and social problems beside physical problems in considering rehabilitation and caring plans.

Key words: Burn-survivors-live experience-qualitative research

Address: Tabriz University of Medical sciences, Nursing and Midwifery faculty

Tel: (+98):0413-4799946

Email: Mojgan.lotfi@yahoo.com

¹ Associated Professor, Nursing & Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences

² Associated Professor, Nursing & Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences

³ Assisstant Professor, Nursing & Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences (Corresponding author)

⁴ Associated Professor, Nursing & Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences