

ارتباط سلامت معنوی با درد در بیماران سوختگی شهر ارومیه ۱۳۹۶

مدینه جاسمی^۱، فردین آجودانی^۲، مهسا مردی^۳، فریبا حسین‌زادگان^۴، نسیم مددی‌پور^۵، فریده نمدی^{۶*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۱/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۲/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سوختگی یکی از شدیدترین تروماهای تجربه‌شده توسط انسان است که درد شدید به دنبال دارد. سلامت معنوی یکی از مفاهیم بنیادین در بیماری‌های مختلف است، که به نظر می‌رسد با ایجاد معنا و هدف در زندگی عاملی مهم در کاهش درد بیماران سوختگی نیز باشد. پژوهش حاضر باهدف بررسی ارتباط سلامت معنوی با درد در بیماران سوختگی سعی دارد زمینه‌ساز ارتقای فرایند مراقبت در بیماران سوختگی باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک تحقیق توصیفی-همبستگی بود که بر روی ۱۶۸ بیمار سوختگی بستری در مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی ارومیه که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند انجام شد. برای سنجش سلامت معنوی از مقیاس سلامت معنوی (SWB) استفاده گردید. شدت درد توسط مقیاس آنالوگ دیداری VAS بررسی شد. اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک و نرم‌افزار SPSS23 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی با شدت درد ($r = -0.522, p < 0.0001$) ارتباط معنی‌دار و معکوس وجود داشت. در خصوص ارتباط متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی داده‌ها نشان داد ارتباط معنی‌دار آماری بین سلامت معنوی با محیط زندگی وضعیت تأهل ($p < 0.001$) و سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان وجود داشت ($p = 0.004$). بین سطح تحصیلات، عمق و سطح سوختگی با شدت درد نیز ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p < 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به مطالعه فوق، ضرورت تقویت بعد معنوی سلامت به‌عنوان عاملی تأثیرگذار بر کاهش درد بیماران سوختگی و ارائه مراقبت‌های مبتنی بر فرهنگ، معناگرایی در بیماران مبتلا به سوختگی ضروری است.

کلیدواژه‌ها: سلامت، معنویت، درد، سوختگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره چهارم، پیاپی ۱۰۵، تیر ۱۳۹۷، صص ۲۶۳-۲۷۲

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۴۷۱۰۵۵۱

Email: namadi.farideh@yahoo.com

مقدمه

می‌میرند و یا معلول می‌شوند و در آمارهای ارائه‌شده سالیانه حدود ۱۵۰ هزار نفر می‌سوزند و حدود ۳ هزار نفر می‌میرند و تعداد زیادی دچار ناتوانی و معلولیت می‌شوند. در ایران سوختگی رتبه سیزدهم را در بار بیماری‌های سالیانه داشته است (۶). در ایران هنوز سیستم ثبت جامع اطلاعات بیماران سوختگی وجود ندارد به همین دلیل مطالعات اپیدمیولوژی متفرق و اطلاعات گردآوری‌شده مشابه نبوده و امکان نتیجه‌گیری یکسانی را به دست نمی‌دهد (۷). یکی از شایع‌ترین مشکلات بیماران سوختگی درد می‌باشد که به‌عنوان

سوختگی یکی از شدیدترین تروماهای تجربه‌شده توسط انسان و نگرانی عمده بهداشت عمومی جهانی است (۱، ۲) و در رده چهارم شایع‌ترین تروماها بعد از تصادفات رانندگی، سقوط‌ها و خشونت‌های بین فردی قرار گرفته است (۱). که سالانه بیش از ۱۱ میلیون نفر در جهان با آن مواجه و ۳۰۰۰۰۰ نفر جان خود را در اثر صدمات سوختگی از دست می‌دهند (۳-۵) هر ساله تعداد زیادی از مردم کشور ما در اثر سوختگی‌های حرارتی، الکتریکی و شیمیایی

^۱ استادیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۵ کارشناس علوم تربیتی، ارومیه، ایران

^۶ مربی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

بدترین تجربه بیماران سوختگی و شدیدترین و فرسایشی‌ترین نگرانی ایشان می‌باشد (۸). بیماران سوختگی دردشان را همچون «جهنم زنده» توصیف می‌کنند که بلافاصله پس از آسیب رخ می‌دهد (۹). تجربه مبتلایان به سوختگی با تهدید جسمی، آشفته‌گی حس و درد در مدت بستری، آغاز می‌شود و با تهدید روحی، روانی، معنوی و آشفته‌گی در تصور از خود ادامه یافته و به تهدید اجتماعی، آشفته‌گی‌های رفتاری و تغییر در باورهای خود از خویش در بازگشت به جامعه ختم می‌گردد (۱۰). ولی شدیدترین درد به هنگام انجام پروسیجر درمانی از جمله تعویض پانسمان آشکار می‌شود که در صورت عدم تسکین، منجر به افسردگی، ناامیدی، کاهش کیفیت زندگی، طولانی شدن پاسخ استرس بعد از آسیب سوختگی، ناراحتی و نارضایتی بیمار، تأخیر در بهبودی، طولانی شدن زمان بستری در بیمارستان و مشکلاتی در پذیرش درمان می‌شود و همچنین روی سلامت ذهنی آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد (۱۱، ۱۲). همچنین درد، افزایش متابولیسم بدن را به دنبال دارد که خود سوءتغذیه، نقص سیستم ایمنی و حساسیت به عفونت را تشدید می‌کند (۱۳).

برای کنترل درد در بیماران سوختگی روش‌های دارویی مختلفی وجود دارد. مخدرا جزو رایج‌ترین روش‌های دارویی مورد استفاده در بیماران سوختگی می‌باشند که از یک سو مقاوم شدن بیمار به داروهای ضد درد و از سوی دیگر وابستگی بیشتر ایشان به این داروها را به دنبال دارند (۱۴). دپرسیون تنفسی و درمان ناکافی درد نیز از دیگر عوارض مصرف داروهای فوق می‌باشند (۱۵). با توجه به عوارض ناشی از مصرف مقادیر بالا و طولانی مدت مخدرا و آرام‌بخش‌ها در درمان درد بیماران سوختگی، امروزه توجه اغلب محققین به روش‌های غیر دارویی و تلاش در جهت ارتقای این حوزه‌ها می‌باشد (۱۲، ۱۶). که یکی از این روش‌ها توجه به معنویت و ارتقای سلامت معنوی بیماران است که تطابق بیمار با وضعیت موجود را تسهیل می‌کند و همچنین سبب یکپارچگی و تمامیت سایر ابعاد آن شده، ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌نماید و جهت سازگاری با بیماری لازم است (۱۷). از سلامت معنوی به عنوان پیشگویی‌کننده مهم پیامدهای سلامتی انسان یاد می‌شود که اطلاعات مهمی درباره نیازهای مراقبت بهداشتی و توانایی افراد جهت تطابق با تنش و مداخلات لازم جهت سازگاری و مقابله با بحران ناشی از بیماری‌های شدید فراهم می‌کند (۱۸).

سلامت معنوی به عنوان یک مفهوم چندبعدی دارای مراتب گوناگون بوده است. شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی، ثمرات معنوی، تعالی معنوی و باورهای معنوی مؤلفه‌های اصلی تشکیل‌دهنده معنویت هستند که فرهنگ نیز تأثیر به سزایی در درک مفهوم آن دارد (۱۹). از دیدگاه سلامت کل‌نگر سلامت دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنویت است. که بعد

معنوی در مرکز این ابعاد قرار دارد (۲۰) و در کسب سلامتی اهمیت به سزایی دارد معنویت به زندگی انسان معنا و هدف می‌بخشد (۱۸). جستجوی معنا و یافتن حمایت از منابع معنوی یا مذهبی و ارتباط با قدرتی بالاتر، در زندگی می‌تواند یکی از راه‌های مؤثر مقابله با مشکلات زندگی و کاهش شدت علائم بیماری و بروز نتایج مثبت پزشکی باشد (۱۸، ۲۱). حتی در شرایط بسیار ناامیدکننده و سخت نیز انسان می‌تواند برای خود معنایی ایجاد کند و یکی از راه‌های ایجاد معنا و هدف، تقویت باورهای مذهبی و معنوی است (۲۲). دور ماندن از باورهای اصیل مذهبی می‌تواند فرد را دچار کشمکش‌های درونی و روانی، یاس، ناامیدی، افسردگی، احساس پوچی نماید (۲۳).

شناسایی دقیق سلامت معنوی با اثرات مشخص شده و اعتقادات گسترده مردم به آن می‌تواند به عنوان راهبرد مناسبی برای تأثیر بیشتر درمان‌های دارویی و غیر دارویی مورد استفاده قرار بگیرد، زیرا سلامت معنوی جدا از ابعاد مختلف وجودی انسان نیست، لذا با درک صحیح از آن می‌توانیم به نقش‌های هفت گانه پرستاری (درمانی، مراقبتی، آموزشی، مدیریتی، مشاوره‌ای، حمایتی و هماهنگ‌کنندگی)، نقش مراقبت معنوی را هم اضافه نماییم تا بتوانیم از این عنصر کم جلوه نموده در یافت مراقبتی درمانی خودمان نهایت استفاده و بهره روی را ببریم، زیرا ابهام و تصور غلط از مفهوم سلامت معنوی سبب جلوگیری از کاربرد این مفهوم در بالین و آموزش و پژوهش خواهد شد (۱۹) با توجه به اینکه بیماری‌های ناتوان‌کننده نظیر سوختگی فرد را با سؤالاتی درباره معنا و هدف در زندگی مواجه می‌کنند سلامت معنوی به عنوان عامل ایجاد کننده معنا و هدف در زندگی مطرح شده است و ارتباط آن با ابعاد مختلف فردی مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه محرابی نیز ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی گزارش شده است (۲۰).

اغلب مطالعات نقش سلامت معنوی بر ابعاد روانی را مورد توجه قرار داده‌اند اما نقش سلامت معنوی بر ابعاد جسمی با وجود آنکه در مطالعاتی نظیر مطالعه لی و خادم وطن و الله بخشیان جلوه گر شده است (۲۴-۲۶) اما در مطالعاتی نظیر مطالعه Blumental به این نتیجه رسیده‌اند که نقش سلامت معنوی بر ابعاد جسمی بسیار کم است (۲۷). که این امر باعث شده سلامت معنوی در فرایند مراقبت از بیماران آنطور که باید مورد توجه قرار نگیرد. دلیل این تناقضات را شاید بتوان ناشی از تأثیر عوامل فرهنگی و عقاید مذهبی و باورهای معنوی هر قوم و ملیت بر سلامت دانست. بیماران سوختگی نیز از این مسئله مستثنی نبوده، سلامت معنوی در فرایند مراقبت و کاهش درد ایشان کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد (۲۸)، لذا با توجه به نادیده گرفتن نقش سلامت معنوی در روند بهبود بیماران

سوختگی از یک سو و وجود موارد ضد و نقیض در زمینه ارتباط بین سلامت معنوی با ابعاد جسمی بیماران از سوی دیگر، بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با درد در بیماران سوختگی ضروری به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با درد در بیماران سوختگی انجام گردید.

مواد و روش کار

این پژوهش یک تحقیق توصیفی-همبستگی می‌باشد. برای انجام مطالعه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد حجم نمونه براساس مطالعه مقدماتی که بر روی ۱۰ نفر از بیماران انجام گرفت، با در نظر گرفتن $Z=1/96$ و $d=0/1$ و $p=0/7$ و از طریق فرمول کوکران ۱۶۸ نفر برآورد گردید. محیط پژوهش شامل بخش سوختگی مرکز آموزشی درمانی بیمارستان امام خمینی ارومیه بود. معیارهای ورود در مطالعه شامل: سوختگی درجه ۲ و ۳، سوختگی زیر ۶۰ درصد، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم اعتیاد به مواد مخدر و عدم وجود سایکوز بود. معیارهای خروج از مطالعه عبارتند از: عدم تمایل بیمار برای ادامه شرکت در مطالعه به هر دلیل، بدحال شدن بیمار به هر دلیل و خروج وی از بخش یا انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه، ترخیص بیمار با رضایت شخصی یا فوت بیمار. برای سنجش سلامت معنوی از مقیاس سلامت معنوی (SWB)^۱ که توسط پالوتزبان و الیسون (۱۹۸۳) طراحی شده و حاوی ۲۰ عبارت برطبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد استفاده گردید. که این پرسشنامه توسط خرمی مارکانی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ترجمه و تطبیق فرهنگی شده و روایی محتوایی و روایی صوری آن با شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا توسط پانل کارشناسان و نیز پایایی آن به روش پایایی همسانی درونی ($\alpha=0/74$) و پایایی ثبات در حد قابل قبول ($\alpha=0/72$) تعیین گردیده است (۲۹). مقیاس مذکور سلامت مذهبی و سلامت وجودی را می‌سنجد که عبارت‌های فرد سلامت مذهبی و عبارت‌های زوج سلامت وجودی را نشان می‌دهند. هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ۶۰-۱۰ را به خود اختصاص می‌دهد.

نمره کل سلامت معنوی جمع نمره‌های این دو زیر گروه می‌باشد که بین ۱۲۰-۲۰ خواهد بود. در عباراتی که فعل مثبت داشتند پاسخ "کاملاً مخالفم" نمره یک و "کاملاً موافقم" نمره شش و عباراتی که فعل منفی داشتند، پاسخ "کاملاً مخالفم" نمره شش و "کاملاً موافقم" نمره یک گرفتند. در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین ۲۰-۴۰ و متوسط ۴۱-۹۹ و بالا ۱۲۰- تقسیم‌بندی شد. شدت درد پانسمان سوختگی توسط مقیاس آنالوگ دیداری (VAS^۲) مورد بررسی قرار گرفت که از ۰-۱۰ بود و از نمونه‌ها خواسته شد تا شدت درد خود را بر اساس عدد انتخاب کنند. این ابزار به‌طور گسترده‌ای به کار برده شده و روایی و پایایی آن در درد حاد به اثبات رسیده است (۳۰). مقیاس فوق شکل تعدیل یافته مقیاس‌های رتبه بندی عددی جانسون است که اعتبار سازه و اعتبار همزمان خوبی دارد و برای بررسی شدت درد، دارای همبستگی مثبت می‌باشد (۳۱).

برای انجام تحقیق، پس از حضور در بالین با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس افراد واجد شرایط برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. اطلاعات مربوط به سلامت معنوی بیمار سوختگی با پرسشنامه تکمیل گردید. مقیاس‌های شدت درد در زمان تعویض پانسمان بیماران تکمیل گردید. پژوهش حاضر مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه قرار گرفت و برای حضور در بالین معرفی‌نامه به بیمارستان‌ها ارائه گردید. نمونه‌گیری با تنظیم برنامه زمانی مشارکت کنندگان انجام گرفت. هدف از مطالعه برای آنها توضیح داده شد و رضایت‌نامه‌ای مبنی بر استفاده از داده‌هایشان در راستای تحقیق تنظیم گردید. همچنین در زمان نمونه‌گیری به‌ویژه در زمان تعویض پانسمان برای بررسی شدت درد بیماران با در نظر گرفتن مسائل اخلاقی برای بیماران مرد و زن از پرسشگر هم جنس استفاده شد. جهت تحلیل و آنالیز داده‌ها از spss13 و آزمون‌های آماری تی مستقل، ANOVA، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

متغیرهای دموگرافیک	تعداد(%)	متغیرهای دموگرافیک	تعداد(%)
وضعیت بیمه	بدون بیمه (۸۱) ۱۳۶	جنسیت	مذکر (۵۲/۴) ۸۸
دارای بیمه	(۱۹۱) ۳۲	مؤنث	(۴۷/۶) ۸۰

¹ Spiritual well being

² Visual analogue scale

محل زندگی	روستایی	شهری	سن	Mean ± SD	31.4 ± 10.9
سطح درآمد	ضعیف	۵۰ (۲۹/۸)	سطح سوختگی	۱۵-۱	۴۰ (۲۳/۶۷)
	متوسط	۹۶ (۵۷/۱)		۳۰-۱۶	۷۹ (۴۷/۵۶)
	مناسب	۱۶ (۹/۵)		۴۵-۳۱	۳۱ (۱۸/۶۹)
	بالا	۶ (۳/۶)		۶۰-۴۶	۱۸ (۱۱/۸)
وضعیت شغلی	غیر شاغل	۵۸ (۳۴/۵)	عمق سوختگی	درجه I	۰ (۰)
	شاغل	۱۱۰ (۶۵/۵)		درجه II	۶۶ (۳۹/۳)
				درجه III	۱۰۲ (۶۰/۷)
سطح تحصیلات	بی سواد	۱۶ (۹/۵)	علت سوختگی	بخار	۱۱۲ (۶۶/۷)
	ابتدایی	۵۸ (۳۴/۵)		مایعات داغ	۳۴ (۲۰/۲)
	دبیرستان	۶۲ (۳۶/۹)		الکتریسته	۱۰ (۶)
	لیسانس	۲۶ (۱۵/۵)		مواد شیمیایی	۶ (۳/۶)
	فوق لیسانس	۶ (۳/۶)		تماس	۶ (۳/۶)

طبق داده‌های جدول ۱، ۵۲/۴٪ (۵۲/۴) مشارکت‌کنندگان مذکر بودند میانگین سنی آنها ۳۱/۴ ± ۱۰/۹ بود و ۶۰/۷ درصد مشارکت‌کنندگان دارای سوختگی درجه ۳ بودند علت ۶۶/۷ از سوختگیها بخار بود ۶۵/۵ شاغل و ۸۱ فاقد بیمه بودند و ۴۷/۵۶ درصد مشارکت‌کنندگان سوختگی ۳۰٪ داشتند (جدول شماره ۱)

جدول (۲): آمار توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیرهای مورد پژوهش	میانگین ± انحراف معیار
نمره کلی سلامت معنوی	۷۹/۴۱ ± ۲۳/۱۶
نمره بعد وجودی سلامت معنوی	۳۳/۲۴ ± ۵/۴۲
نمره بعد مذهبی سلامت معنوی	۴۶/۱۷ ± ۵/۴۲
نمره شدت درد	۶/۵۹ ± ۲/۴۶

جدول ۲ نمایانگر میانگین شدت درد، میانگین نمره کلی سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و وجودی) در بیماران سوختگی مورد مطالعه است. همانطور که ملاحظه می‌کنید نمره سلامت معنوی در سطح متوسط و نمره سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بود. میانگین نمره شدت درد بالاتر از حد متوسط و در سطح شدید قرار داشت.

جدول (۳): ارتباط نمره کلی و ابعاد سلامت معنوی با شدت درد در بیماران سوختگی

شدت درد	ضریب همبستگی	p-value
نمره کلی سلامت معنوی	r = -0.52	p < 0.0001
نمره سلامت معنوی بعد وجودی	r = -0.۲۳	p < 0.0001
نمره سلامت معنوی بعد مذهبی	r = -0.۴۸	p < 0.0001

در خصوص هدف اصلی پژوهش نتایج نشان داد که بین نمره کلی سلامت معنوی و بعد وجودی و بعد مذهبی سلامت معنوی با شدت درد (r = -0.522, p < 0.0001) ارتباط معنی‌دار و معکوس وجود داشت. به گونه‌ای که بیمارانی که سطح سلامت معنوی بالاتری داشتند شدت درد کم‌تری را گزارش می‌کردند (جدول ۳).

جدول (۴): ارتباط مشخصات دموگرافیک با متغیرهای مورد مطالعه

مشخصات دموگرافیک	سطح اطمینان	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	سطح اطمینان	میانگین و انحراف معیار	مشخصات دموگرافیک
سلامت معنوی	۰/۸۱	مذکر مؤنث	۷۸/۲۳±۲۲/۱۱ ۷۹/۶۱±۲۴/۱۹	درد	مذکر مؤنث	۴۲±۲۲/۵ ۲/۸۷±۵/۰۲
سلامت معنوی	۰/۵۶	درجه ۱ درجه ۲ درجه ۳	۸۰/۲۱±۲۲/۰۹ ۷۷/۹۸±۲۸/۹۹ ۷۴/۳۶±۲۴/۵۴	درد	درجه ۱ درجه ۲ درجه ۳	۹۳/۲±۳۷/۴ ۳/۶۱±۷/۱۴ ۲/۰۶±۶/۵۳
سلامت معنوی	۰/۶۲	بخار مایعات داغ الکتریسیته مواد شیمیایی تماس	۷۷/۸۵±۲۴/۶۲ ۷۹/۲۷±۲۵/۳۶ ۷۸/۷۵±۲۲/۱۰ ۷۶/۹۶±۲۴/۴۸ ۷۷/۲۱±۲۳/۵۲	درد	بخار مایعات داغ الکتریسیته مواد شیمیایی تماس	۳۷/۲±۲۱/۶ ۰۳/۲±۷۷/۵ ۳/۲۷±۵/۹۳ ۲/۱۶±۶/۱۱ ۱/۵۶±۶/۳۴
سلامت معنوی	۰/۰۰۴	بی سواد ابتدایی دبیرستان لیسانس فوق لیسانس	۷۹/۲۴±۲۲/۶۱ ۷۰/۵۲±۲۳/۱۵ ۶۸/۸۳±۲۴/۲۲ ۶۵/۲۱±۲۳/۶۰ ۸۶/۹۳±۲۴/۵۲	درد	بی سواد ابتدایی دبیرستان لیسانس فوق لیسانس	۳۷/۲±۰۹/۵ ۰۳/۲±۷۸/۴ ۲/۷۲±۵/۹۶ ۲/۴۱±۶/۳۳ ۲/۵۶±۷/۲۲
سلامت معنوی	۰/۱۸	غیر شاغل شاغل	۸۳±۵۱±۲۳/۱۰ ۷۶/۳۴±۲۴/۶۱	درد	غیر شاغل شاغل	۲/۱۳±۶/۳۵ ۲/۲۷±۶/۰۱
سلامت معنوی	۰/۶۴	ضعیف متوسط مناسب بالا	۷۶/۶۸±۲۳/۵۲ ۷۸/۸۳±۲۴/۶۴ ۷۹/۲۱±۲۳/۷۳ ۸۰/۹۳±۲۳/۲۶	درد	ضعیف متوسط مناسب بالا	۴۲/۲±۹۳/۵ ۹۵/۱±۱۱/۶ ۲/۶۳±۵/۴۳ ۲/۱۸±۶/۸۱
سلامت معنوی	۰/۰۸	بدون بیمه دارای بیمه	۷۸/۹۶±۲۳/۵۳ ۸۰/۳۱±۲۴/۰۷	درد	بدون بیمه دارای بیمه	۲/۹۲±۶/۱۷ ۲/۸۸±۶/۴۲
سلامت معنوی	۰/۲۴	۱-۱۵ ۱۶-۳۰ ۳۱-۴۵ ۴۶-۶۰	۸۱/۸۷±۲۴/۶۸ ۷۸/۲۰±۲۳/۱۹ ۷۵/۱۷±۲۵/۴۱ ۷۴/۸۷±۲۴/۳۶	درد	۱-۱۵ ۱۶-۳۰ ۳۱-۴۵ ۴۶-۶۰	۳۴/۲±۶۱/۵ ۳/۴۲±۶/۷۲ ۲/۰۶±۶/۸۸ ۲/۵۷±۷/۹۷
سلامت معنوی	<۰/۰۰۱	روستایی شهری	۸۷/۱۱±۲۳/۵۲ ۷۲/۹۴±۲۴/۳۷	درد	روستایی شهری	۲/۳۴±۵/۶۷ ۲/۲۱±۶/۹۴
سلامت معنوی	<۰/۰۰۱	مجرد متأهل بیوه	۷۴/۵۱±۲۲/۶۸ ۸۶/۲۴±۲۴/۱۳ ۷۱/۹۷±۲۵/۳۵	درد	مجرد متأهل بیوه	۲/۱۵±۶/۳۷ ۲/۰۳±۵/۹۵ ۲/۳۹±۶/۸۳

معنی دار آماری مستقیم محیط زندگی، وضعیت تأهل ($p < 0.001$) و سطح تحصیلات با سلامت معنوی بود ($p = 0.004$). بین سایر

بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و ANOVA حاکی از ارتباط

متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی ارتباط معنی‌دار آماری یافت نشد. بین سطح تحصیلات، عمق و سطح سوختگی با شدت درد ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($p < 0.001$). (جدول ۴)

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر سلامت معنوی در بیماران مورد بررسی در حد متوسط گزارش شد و نمره سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بود. در توجیه این یافته که نمره سلامت مذهبی بیماران سوختگی بالاتر از سلامت وجودی آنان بود، می‌توان نتایج را از یک سو به مسلم‌ان بودن اکثریت جامعه ایران و اوضاع فرهنگی مذهبی جامعه دانست چرا که در فرهنگ و فضای ایرانی اسلامی، مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر سلامت فرد مؤمن دریافتن سلامت معنوی، عرفان و معنویت اسلامی بوده است (۲۳) و از سوی دیگر می‌توان بیان داشت که رنج و درد ناشی از بیماری و قرارگیری در موقعیت استرس‌زا و شرایط بحرانی ناشی از بیماری و پیامدهای آن، منجر به گرایش بیشتر فرد به سمت مذهب می‌شود. در خلاف مطالعه حاضر، الله بخشیان و همکاران در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که نمره سلامت وجودی در بیماران مولتیپل اسکروزیس از سلامت مذهبی آنان بالاتر بوده که در دلیل آن بیان کرده است احتمالاً مبتلایان به بیماری‌های مزمن تغییرات اجتماعی و روانی و تنش‌زایی همچون کشمکش‌های وجودی مرتبط با معنا و هدف را متحمل می‌شوند (۳۲) و رنج و درد ناشی از بیماری غالباً معنای زندگی و هدف از زیستن را در آن‌ها را مورد چالش قرار می‌دهد (۲۶).

در مطالعه حاضر ارتباط معکوسی بین شدت درد با سلامت معنوی (کل و ابعاد آن) ملاحظه شد. به‌طوری که با افزایش سلامت معنوی، بیماران تحمل و مقاومت بیشتری در مقابل درد سوختگی داشتند. در مطالعه‌ای که لی و همکارانش انجام دادند نیز ارتباط منفی بین سلامت معنوی با شدت درد و افسردگی در بیماران سرطانی یافت شد (۲۴). مطالعه خادم وطن و همکاران نیز حاکی از ارتباط معنی‌دار معکوس بین سلامت معنوی و درد بیماران قلبی مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد بود (۲۵).

در خصوص ارتباط مشخصات دموگرافیک با شدت درد، نتایج نشان داد ارتباط معنی‌داری بین شدت درد با وضعیت تأهل و نیز سطح تحصیلات وجود دارد. البته درک شدت درد در افراد مختلف متفاوت است و به عوامل زیادی مانند سن و جنس و نژاد و وضعیت عاطفی و میزان حمایت بستگی دارد (۳۳) که می‌تواند درک شدت درد را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعه هانگریو و همکارانش نیز نتایج مشابهی در پی داشت و حاکی از شدت درد بیشتر در افراد بیوه و نیز سطح پایین‌تر تحصیلات بود (۳۴).

در خصوص بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین جنس و سلامت معنوی وجود ندارد. تفاوت معنویت در زنان و مردان می‌تواند تابع عوامل مختلف فرهنگی و اجتماعی و خانوادگی و نوع دیدگاه نسبت به معنویت باشد. در مطالعه bussing نیز گرچه سلامت معنوی در زنان بیشتر بود اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (۳۵).

همچنین در مطالعه حاضر ارتباط مستقیم و معنی‌دار بین متغیر وضعیت تأهل با سلامت معنوی وجود داشت. مطالعه رحیمی نیز حاکی از ارتباط معنی‌دار وضعیت تأهل با سلامت معنوی بود (۳۶). در این رابطه کلخوران و همکاران بر این باورند که تنهایی و انزوا موجب بی‌علاقگی می‌شود و سلامت معنوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۷). همچنین ارتباط معنی‌دار بین محل سکونت با سلامت معنوی وجود داشت به‌طوری که بیماران که در مناطق روستایی زندگی می‌کردند از سلامت معنوی بهتری برخوردار بودند و ارتباط معنی‌دار و معکوس بین سطح تحصیلات و سلامت معنوی بیماران سوختگی یافت شد. وجود ارتباط معنی‌دار بین سطح تحصیلات و سلامت معنوی موضوعی است که در مطالعه خادم وطن (۲۵) و اقایی پور (۳۸) نیز به تأیید رسیده است. در خلاف این یافته‌ها در مطالعه آقاسینی بین متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، نحوه زندگی، میزان مسئولیت اجتماعی و حمایت خانوادگی بیماران ارتباط آماری معنی‌دار با سلامت معنوی وجود نداشت (۳۹). درحالی‌که در مطالعه صدرالهی و خلیلی متغیرهای جنس و تأهل و تعداد فرزندان و میزان درآمد ماهیانه و دارا بودن شغل و فعال بودن با میانگین نمره سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری داشته است (۴۰) در مطالعه ای که توسط موسی الرضایی در بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شد، نیز ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت شناختی وجود نداشت (۴۱). دلیل این تناقض را شاید بتوان ناشی از تأثیر فاکتورهای فرهنگی، گرایش‌ات دینی، حجم نمونه، دقت در اجرای تحقیقات، نوع ابزارهای متفاوت، تفاوت در بیماران انتخاب شده و شیوه‌های نمونه‌گیری دانست، لذا در این زمینه نیاز به شفاف‌سازی بیشتری وجود دارد. همچنین به علت محدودیت‌های موجود در مطالعه من جمله استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، خودگزارشی، استفاده از روش مصاحبه در جمع‌آوری داده‌ها به خصوص در حیطه ارتباط مشخصات دموگرافیک با سلامت معنوی، تعمیم نتایج محدود می‌گردد.

بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان به تأثیر عقاید معنوی در زندگی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات ناشی از بیماری‌های سخت نظیر سوختگی پی برد. در جامعه‌ای که در آن مردم باورهای غنی و دیرینه‌ای دارند و از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند، توجه

پژوهش از نوع مستمر بوده و جامعه آماری تنها از میان بیماران بستری در بیمارستان امام خمینی ارومیه بوده است، انجام پژوهشی مشابه در مناطق مختلف توصیه می‌شود. انجام تحقیقات کیفی در راستای درک بهتر چگونگی اثر معنویت بر سلامت و تأثیر آن در بهبود کیفیت زندگی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است. بدین‌وسیله نویسندگان برخورد واجب می‌دانند از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بابت حمایت مالی و فراهم نمودن عرصه مطالعه و همچنین از کلیه بیمارانی که در تولید اطلاعات این پژوهش همکاری داشته‌اند صمیمانه قدردانی نمایند.

به معناگرایی به نظر راه آسان‌تر و مطلوب‌تری برای مراقبت‌های انسانی و چند بعدی است. همچنین مراقبت‌های مبتنی بر فرهنگ، معناگرایی و داشتن دیدگاه جامع نسبت به ابعاد مختلف بیماران می‌تواند به کادر بهداشتی و درمانی کمک کند تا خدمات مناسب‌تری به بیماران مبتلا به سوختگی ارائه دهند لذا توصیه می‌شود جهت کاهش درد و اضطراب درد بیماران سوختگی، کارکنان درمانی در فرایند درمان بر ارتقای سلامت معنوی بیماران توجه بیشتری داشته باشند. به علاوه پیشنهاد می‌شود دانشجویان علوم پزشکی به‌ویژه دانشجویان حرفه پرستاری با مقوله سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت آشنایی بیشتری پیدا کنند تا نگاه جامع‌تری نسبت به مددجو داشته باشند و بتوانند در سایه حفظ کرامت‌های انسانی و اخلاقی، خدمات و مراقبت‌های کامل‌تر و مناسب‌تری را به آنان ارائه دهند. از آن جایی که نمونه‌گیری در این

References:

1. Peck MD, Kruger GE, van der Merwe AE, Godakumbura W, Oen IM, Swart D, et al. Burns and injuries from non-electric-appliance fires in low-and middle-income countries: Part II. A strategy for intervention using the Haddon Matrix. *Burns* 2008;34(3):312-9.
2. Legrand M, Guttormsen AB, Berger MM. Ten tips for managing critically ill burn patients: follow the RASTAFARI! *Intensive Care Med* 2015;41(6):1107-9.
3. Peck M, Molnar J, Swart D. A global plan for burn prevention and care. *Bull World Health Organ* 2009;87:802-3.
4. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns* 2011;37(7):1087-100.
5. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the World. Part II: intentional burns in adults. *Burns* 2012;38(5):630-7.
6. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh MM, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Popul Health Metr* 2009;7(1):9.
7. Saberi M, Fatemi MJ, Soroush MR, Masoumi M, Niazi M. Burn Epidemiology in Iran: A Meta-Analysis Study. *Iran J Surg* 2016;24:47-61.
8. Kuipers HC, Bremer M, Braem L, Goemanne A-S, Middelkoop E, Van Loey NE. Itch in Burn Areas After Skin Transplantation: Patient Characteristics, Influencing Factors and Therapy. *Acta Derm Venereol* 2015;95(4):451-6.
9. Morse JM. Using qualitative methods to access the pain experience. *Br J Pain* 2015;9(1):26-31.
10. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Lotfi M, Salehi F. Life experience with burn injuries: A qualitative study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;13(2):124-35.
11. Procter F. Rehabilitation of the burn patient. *Indian J Plast Surg* 2010;43(Suppl):S101.
12. Hsu K-C, Chen LF, Hsieh PH. Effect of music intervention on burn patients' pain and anxiety during dressing changes. *Burns* 2016;42(8):1789-96.
13. Ghezeljeh TN, Ardebili FM, Rafii F. The effects of massage and music on pain, anxiety and relaxation in burn patients: Randomized controlled clinical trial. *Burns* 2017;43(5):1034-43.

14. Mendoza A, Santoyo FL, Agulló A, Fenández-Cañamaque JL, Vivó C. The management of pain associated with wound care in severe burn patients in Spain. *Int J Burns Trauma* 2016;6(1):1.
15. Black JM, Hawks JH. *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2009.
16. Chester SJ, Stockton K, De Young A, Kipping B, Tyack Z, Griffin B, et al. Effectiveness of medical hypnosis for pain reduction and faster wound healing in pediatric acute burn injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016;17(1):223.
17. Würtzen H, Dalton SO, Christensen J, Andersen KK, Elsass P, Flyger HL, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial. *Acta Oncol* 2015;54(5):712-9.
18. Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta - analysis. *Cancer* 2015;121(21):3760-8.
19. Hajiesmaeili MR, Abbasi M, Jafari NJ, Abdoljabari M, Fani M, Mesri M, et al. Spiritual health concept: A hybridized study. *Med History J* 2016;6(21):15-49.
20. mehrabi t, alijanpoor aghamaleki m, hosseiny rs, ziraki dana a, safaee z. A study on the relationship between spiritual well-being and quality of life in infertile women referred to infertility centers in Isfahan. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014;12(7):562-7.
21. Abbasian L, Abbasi M, Gooshki ES, Memariani Z. Survey on the Scientific Position of the Spiritual Health and its Role in Preventing from Diseases: A preliminary Study. *Med Ethics J* 2010;5(14):83-104.
22. Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians. *J Pain Symptom Manage* 2014;48(4):518-31.
23. Abbasi M, Azizi F, Gooshki ES, Rad MN, Lakeh MA. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. *Med Ethics J* 2012;6(20):11-44.
24. Lee YJ, Kim C-M, Linton JA, Lee DC, Suh S-Y, Seo A-R, et al. Association between spiritual well-being and pain, anxiety and depression in terminal cancer patients: a pilot study. *Korean J Hosp Palliat Care* 2013;16(3):175-82.
25. Khademvatani K, Aghakhani N, Esm-Hoseini G, Eghtedar S, Alinezhad V, Nazari H, et al. Study Of Relationship Between Spritual Health, Anxiety And Depression In Acute Myocardial Infarctionpatients Hospitalized In Seyyedoshohada Hospital In Urmia. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;25(12):1092-101.
26. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *ZJRMS* 2010;12(3):29-33.
27. Blumenthal JA, Babyak MA, Ironson G, Thoresen C, Powell L, Czajkowski S, et al. Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. *Psychosom Med* 2007;69(6):501-8.
28. Chan MF, Chung L, Lee AS, Wong WK, Lee G, Lau CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse Educ Today* 2006;26(2):139-50.
29. Khorami Markani A, Mokhtari L, Habibpour Z, Ghafari S, Zeinali E, et al. The role of spiritual health on health system staffs, job satisfaction. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017;15(5):329-38.

30. Seers K, Crichton N, Tutton L, Smith L, Saunders T. Effectiveness of relaxation for postoperative pain and anxiety: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2008;62(6):681-8.
31. Good M, Anderson GC, Stanton-Hicks M, Grass JA, Makii M. Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery. *Pain Manag Nurs* 2002;3(2):61-70.
32. Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol A, Moradian Sorkhkolaei M. The Impact Of Chronic Diseases On The Quality Of Life Among The Elderly People In The East Of Tehran. *Payavard Salamat J* 2012;6(3):225-35.
33. Wandner LD, Scipio CD, Hirsh AT, Torres CA, Robinson ME. The perception of pain in others: how gender, race, and age influence pain expectations. *J Pain* 2012;13(3):220-7.
34. Blanco-Hungria A, Rodríguez-Torronteras A, Blanco-Aguilera A, Biedma-Velázquez L, Serrano-del-Rosal R, Segura-Saint-Gerons R. Influence of sociodemographic factors upon pain intensity in patients with temporomandibular joint disorders seen in the primary care setting. *Med Oral J* 2012;17(6):e1034.
35. Büssing A, Matthiessen PF, Ostermann T. Engagement of patients in religious and spiritual practices: confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research. *HQLO* 2005;3(1):53.
36. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual well-being and attitude toward spirituality and spiritual care in nursing and midwifery students. *IJN* 2013;26(85):55-65.
37. Kalkhoran MA, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. *AGHP* 2007;6(1):17.
38. Aghaeipour Amshal E, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrissi D. Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety in Elderly Patients with Chronic Heart Failure who referred to allocated hospitals in Tehran city (2015). *IJNR* 2016;10(4):145-54.
39. Agha Hosseini S, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Asvadi Kermani I. Spiritual Health in Cancer Patients and its Related Factors. *Qom Univ Med Sci J* 2011;5(3):7-12.
40. Sadrollahi A, Khalili Z. Spiritual Well-being and its associated factors among elderly living in the city of Kashan. *JGN* 2015;1(2):94-104.
41. Andrykowski MA, Bishop MM, Hahn EA, Cella DF, Beaumont JL, Brady MJ, et al. Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2005;23(3):599-608.

RELATIONSHIPS BETWEEN SPIRITUAL WELL-BEING AND PAIN IN BURN PATIENTS 2016: A CROSS-SECTIONAL STUDY

*Madineh Jasemi¹, Fardin Ajudani², Mahsa Mardi³, Fariba Hosseinzadegan⁴,
Nasim Madadipour⁵, Farideh Namdi⁶*

Received: 07 Feb, 2018; Accepted: 28 Apr, 2018

Abstract

Background & Aim: Burn is one of the most painful injuries that can be experienced by the human being. Despite the fact that spiritual well-being plays an important role in the reduction of pain, the relationship is not well studied in burn patients.

Materials & Methods: This cross-sectional study is conducted to evaluate the relationships between spiritual well-being and pain in hospitalized burn patients. A total of 84 patients, who were hospitalized at the Imam Khomeini Hospital of Urmia selected as the sample for the study. To assess study variables, patients completed self-report measures: The Spiritual Well-Being Scale and Visual Analogue Scale (VAS). Additionally, demographic data gathered by a self-constructed questionnaire. At the morning of next day, intensity and quality of procedural pain assessed at bathing and dressing change time.

Results: the results showed a significant and inverse relationship between the spiritual health and pain intensity ($r = -0.522$ $p < 0.0001$). Regarding the demographic variables associated with spiritual health, data showed a statistically significant relationship between spiritual health and living environment with marital condition ($p < 0.001$) and education level of participants ($p = 0.004$). There was a significant correlation between education level, depth and level of pain intensity ($p < 0.001$).

Conclusion: according to the study, improve dimension of spiritual health as the influential factor in reducing the pain of burn patients and provide care based on culture are necessary.

Keywords: Spirituality, Well-being, Pain, Burn

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences Urmia, Iran

Tel: +98 9144710551

Email: namadi.farideh@yahoo.com

¹ Assistant Professor of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² MSc, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Nurse of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Ph.D. student of nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁵ Bsc Educational Sciences Urmia Iran

⁶ Nursing Instructor, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)