

# مراقبت انسانی نیاز مبتلایان به سوختگی: یک مطالعه تحلیل محتوا

سیما محمدحسینی<sup>۱</sup>، مهین غیبی زاده<sup>۲</sup>، امل ساکی مالچی<sup>۳</sup>، کوروش زارع<sup>۴\*</sup>

<sup>۱</sup>گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران، <sup>۲</sup>مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری در بیمارهای مزمن، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران، <sup>۳</sup>گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۵/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۱

## چکیده

**زمینه و هدف:** مراقبت یک علم است که بشر را در بر گرفته است، بیانگر تجارب و پدیده‌ها در مراقبت بوده و در برگیرنده هنر و انسانیت می‌باشد. انسانیت در تعاملات بین فردی قلب و روح مراقبت و مراقبت فرصتی برای ظهور انسانیت و رشد است، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین مراقبت‌های انسانی که نیاز مبتلایان به سوختگی می‌باشد، انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع کیفی می‌باشد که در آن از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع استفاده شد. داده‌ها از طریق ۱۸ مصاحبه عمیق فردی بدون ساختار با بیماران سوختگی درجه دو بستری، پرستار و روانشناس در بیمارستان سوختگی طالقانی اهواز انجام شد. شرکت‌کنندگان در مصاحبه به روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند، مشارکت کنندگان قبل از آغاز مصاحبه اولیه فرم رضایت آگاهانه شرکت در تحقیق پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی با روش الو و کینگاس آنالیز شدند.

**یافته‌ها:** از مجموع مصاحبه‌ها ۵۶۴ کد اولیه به دست آمد که این کدها در فرآیند تجزیه و تحلیل در ۱۰ زیر طبقه، ۴ طبقه اصلی و یک درونمایه قرار گرفتند. طبقات اصلی شامل نیاز به ارتباط مناسب، پاسخگو بودن در مراقبت، مراقبت با روش‌های نوین، رعایت انطباق جنسی در مراقبت و درونمایه مراقبت انسانی بودند.

**نتیجه‌گیری:** با استفاده از طبقات استخراج شده می‌توان گفت بیمار سوختگی به عنوان یک انسان حق دارد مراقبتی در خور دریافت کند و برای ارایه مراقبت انسانی ویژه بیماران به سوختگی باید اقداماتی جهت رفع موانع موجود و ارتقای تسهیلات لازم از سوی دست‌اندرکاران صورت گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** مراقبت انسانی، سوختگی، نیاز، تحلیل محتوا

\*نویسنده مسئول: کوروش زارع، اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری در بیمارهای مزمن  
Email: zarea\_k@ajums.ac.ir



## مقدمه

سوختگی یک مشکل عمده بهداشت عمومی در سراسر جهان، به ویژه در کشورهای در حال توسعه است (۱). از طرف دیگر سوختگی یکی از بدترین صدمات تروماتیک برجای ماندنی است، زیرا صدمه اولیه می‌تواند گسترش یابد و در طی زمان بدتر شود (۲). در خصوص آمار سوختگی در ایران اطلاعات دقیقی موجود نیست، اما برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوع سوختگی در جوانان، زنان و افراد بی‌سواد بالا بوده و میزان مرگ و میر آن ۲۷/۹ درصد تا ۳۴/۴ درصد می‌باشد (۳). بررسی دیگری نشان می‌دهد که سالانه در ایران ۱۰۰ هزار سوختگی اتفاق می‌افتد که منجر به بستری ۹۰۰ نفر می‌شود. همچنین بررسی‌ها نشان دهنده آمار غیر قابل قبول و بالای سوختگی کشور نسبت به کشورهای توسعه یافته می‌باشد (۴). بیماران مبتلا به سوختگی هنگام بروز حادثه، حالات و شرایط 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 اغلب باعث آزار آنها شده و همین امر باعث می‌شود که هر یک از بیماران تجارب ناراحت کننده و متفاوتی را تحمل کنند که روی سلامت ذهنی و آمادگی آنها برای شرکت در برنامه درمانی مؤثر است (۵).

با توجه به این که هر بیمار نیازمند مراقبت‌های مراقبتی فردی ویژه خود می‌باشد، آگاهی

از نیازها ملاک اصلی برای ارائه خدمات گوناگون و اجرای برنامه‌های متنوع در جهت رفاه و آسایش بیش‌تر گروه‌های هدف از جمله بیماران سوختگی می‌باشد. در تعریف نیاز، شکاف بین وضع موجود و مطلوب بیان شده است و نیازسنجی، فرآیند جمع‌آوری اطلاعات درباره نیازهای افراد، گروه‌ها و اولویت‌بندی آنها است تا از این رهگذر زمینه لازم برای برطرف کردن این نیازها فراهم شود (۶).

مراقبت یک نیاز و پدیده همگانی است و از آنجا که انسان موجودی اجتماعی معرفی می‌شود، مراقبت به عنوان یک مفهوم اساسی بشر که روابط انسانی را تحت تأثیر قلمداد می‌شود (۷). همچنین مراقبت به عنوان یک فضیلت در پرستاری (۸) و محرک اصلی تعامل پرستار با مددجو و روشی اساسی برای درک نیازها و اهداف مددجو تلقی می‌شود (۹). همچنین مراقبت انسانی به عنوان اصل و جوهره پرستاری دیده می‌شود (۱۰). به طور کلی مراقبت شامل اعتقاد به هر حس انسانی از جمله ارزش و انسانیت است (۱۱).

بویکین و شوانهافر مراقبت را یک علم انسانی معرفی و مراقبت را حضور آگاهانه و اعتبار بخش پرستار با فردی که زندگی و رشد فرد را به همراه دارد تعریف کرده‌اند (۱۲).

واتسون عنوان می‌کند که مراقبت یک علم است که بشر را فرا گرفته است، بیانگر تجارب و پدیده‌ها در مراقبت، بوده و در برگیرنده هنر و انسانیت می‌باشد (۱۳). مراقبت یک هنر در حال رشد و تکامل در پرستاری است (۱۴). سریگر و همکاران معتقدند از

نیازهای سایرین، توانایی‌ها و محدودیت‌ها، شناخت توانایی‌ها و محدودیت‌های فرد مقابل، شناخت معنای موقعیت وی و دانش در مورد چگونه راحت بودن و ارابه حضور دلسوزانه و مؤثق و نحوه حفظ کلیت دیگری می‌باشد، در حالی که آسیب‌پذیر شده، ضربه دیده، زخمی و رنجور است (۲۱).

همان‌طور که اشاره شد، مراقبت به عنوان یک جزء اساسی در زمینه خدمات بهداشتی - درمانی به حساب می‌آید و پرستاران در این امر دخیل بوده و ارابه مراقبت با کیفیت را هدف نهایی خویش می‌دانند. یکی از حیطة‌های تخصصی پرستاری بالینی، پرستاری سوختگی است. با توجه به این‌که پژوهش‌های کیفی در صدد کشف و درک دنیای درونی افراد هستند و با تبیین درک یا تجربه افراد مطلع، به شناسایی عمیق‌تر پدیده‌ها کمک می‌کنند (۲۲)؛ همچنین با توجه به اهمیت مقوله مراقبت انسانی در بیماران سوختگی، پژوهشی که به تبیین مفهوم مراقبت انسانی در بیماران سوختگی درجه دو بستری بر اساس تجارب بیماران و پرستاران در کشور ایران بپردازد یافت نشد، لذا هدف از این پژوهش مراقبت انسانی مورد نیاز مبتلایان به سوختگی بود.

#### روش بررسی

این پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا قراردادی می‌باشد، از آن جایی که محقق در صدد تبیین نیازهای انسانی مبتلایان به سوختگی درجه دو و ابعاد درونی این مفهوم می‌باشد، رویکرد یا طرح تحقیق کیفی با روش آنالیز محتوا (الو و کینگاس) را

پرستاران به عنوان اعضای حرفه‌ای مراقبتی، انتظار می‌رود تا از طریق رفتارهای دلسوزانه با بیماران ارتباط صمیمانه‌ای برقرار کنند تا بتوانند به درد و رنج آنها پاسخ دهند (۱۵). در کدهای ارابه شده به وسیله انجمن پرستاران آمریکا، از پرستاران خواسته شده است تا در برخورد با بیماران رفتار دلسوزانه‌ای داشته باشند (۱۶).

در نظریه مراقبت انسانی، مراقبت شامل تعاملات بین دو فرد با شرایط زندگی و حیطة‌های پدیدارشناختی متفاوت است. مراقبت یک ایده آل اخلاقی بوده و استفاده منحصر به فرد از خویشتن از طریق حرکات، احساسات و لمس است تا بین دو فرد وحدتی حاصل شده و در سایه آن التیام، قدرت درونی و خود کنترلی مددجو شکوفا شود (۱۷).

اوریلی و کارا در یک مطالعه پدیدارشناسی با استفاده از فلسفه مراقبت انسانی واتسون در مفهوم تجربه انسان با فرد مراقبت شونده و همچنین ادراک پرستاران از همراهی این تجربه در بازتوانی فرد مراقبت شونده، به عواملی همچون «ارتباط انسان با فرد مراقبت شونده، اهمیت ارزش‌های انسانی در ریشه مراقبت، ابعاد برقراری روابط مراقبتی، تجربه مراقبت اختصاصی و پیچیدگی‌های زمینه‌ای و ارتقای هماهنگی (هارمونی) جسم، روح و معنویت فرد مراقبت شونده و پرستار تأکید کردند» (۱۸). احترام به حقوق بشر، حق حیات و انتخاب، احترام و شأن و درمان توأم با احترام در پرستاری ذاتی است (۱۹). انسان‌گرایی در تار و پود پرستاری جاری است (۲۰). مراقبت نیازمند دانش در مورد نحوه پاسخگویی به

بدون ساختار با سؤالات باز استفاده شد. در مصاحبه مشارکت کنندگان تشویق می‌شدند که تجربیات خود را پیرامون مراقبت انسانی به اشتراک بگذارند و از آنها سوال می‌شد که «میشه لطفاً از تجارب مراقبتی رایج شده به وسیله پرسنل در هنگام بستری بودن برامون توضیح بدین؟» پژوهشگر با طرح یک سوال از گفته‌های وی، توجه او را به پدیده مورد نظر جلب می‌کرد. لازم به ذکر است که در حین و پایان هر مصاحبه با بیان مجدد و بازگرداندن نکات برجسته و یا خلاصه‌ای از پاسخ‌های مشارکت کنندگان، سعی می‌شد تا درستی داده‌ها به تأیید برسد و در صورت وجود از مشارکت کنندگان از آنان درخواست می‌شد تا شفاف‌سازی کنند.

در همه مصاحبه‌ها، محقق اجازه صحبت آزادانه را به مشارکت کنندگان می‌داد تا تجارب خود را در فضایی امن و راحت بیان کنند. در پایان مصاحبه‌ها محقق با طرح سوالی نظیر: چیز دیگری هست که نگفته باشید؟ آیا فکر می‌کنید سوالی هست که مطرح نشده باشد؟ به این ترتیب مشارکت کننده را تشویق به بیان تجارب خود می‌کرد. مصاحبه‌ها در محیطی آرام و مناسب انجام شد و مدت زمان مصاحبه از ۳۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. الگوی تحلیل استفاده شده در این پژوهش الگوی آنالیز الو و کینگاس است. معیار اصلی مدت زمان مصاحبه، تحمل، میزان اطلاعات و تمایل و توافق، مشارکت کنندگان بود. مصاحبه‌ها با رضایت شرکت کنندگان با استفاده از دستگاه ضبط صدا، ضبط و بلافاصله بعد

انتخاب کرده است. این روش برای پدیده‌هایی که اطلاعات کمی درباره آن وجود دارد توصیه شده است (۲۳). همچنین این روش منجر به رایج توصیف وسیع از پدیده مورد پژوهش تحت عنوان مفاهیم و طبقات می‌شود (۲۴).

محیط تحقیق کیفی زمینه یا عرصه است، عرصه همان محیط طبیعی است که پدیده در آن جا ظاهر شده است. پس تحقیق در عرصه، پدیده‌ها را در موقعیت طبیعی آنها یعنی محیط و موقعیت کنترل نشده و واقعی زندگی مورد مطالعه قرار می‌دهد (۲۵). معیارهای ورود به مطالعه؛ مبتلایان به سوختگی درجه دو بستری، قادر به انتقال تجربیات و تمایل به شرکت در مطالعه بود. بنابراین بیمارستان سوختگی طالقانی شهر اهواز به عنوان محیط پژوهش انتخاب و از بهمن ماه ۱۳۹۶ جمع‌آوری داده‌ها شروع شد و تا آذرماه ۱۳۹۷ ادامه یافت.

از آن جا که رایج کننده و دریافت کننده مراقبت دو جزء اساسی مراقبت هستند، بنابراین در این مطالعه هر دو گروه مورد توجه قرار گرفت. بیماران مبتلا به سوختگی درجه دو بستری، پرستاران و روانشناس مشغول به کار در بخش سوختگی به عنوان مشارکت کنندگان در نظر گرفته شدند. در روش نمونه‌گیری هدفمند در این مطالعه با ۱۵ بیمار سوختگی درجه دو، ۲ پرستار بخش سوختگی و روانشناس هر کدام یک مورد مصاحبه انجام شد. بعد از توضیح هدف مطالعه به مشارکت کنندگان و اخذ رضایت کتبی جهت جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه

از مصاحبه به طور دقیق کلمه به کلمه دست نویس و به وسیله نرم افزار کامپیوتری تایپ شدند. همچنین پژوهشگر خروج آگاهانه و قطع مصاحبه را برای مشارکت کنندگان آزاد گذاشت. پس از هر مصاحبه، تحلیل محتوای کیفی داده‌های حاصل از مصاحبه انجام شد. بر اساس نظر الوو کینگاس محتوای کیفی و ایجاد ارتباط با متن، گام‌های تحلیل محتوای کیفی در زمانی که به صورت استقرایی اجرا شده و فاقد فرضیه باشد به صورت زیر است؛ کدگذاری باز، فـهرست کردن کدها، گروه‌بندی کردن، دسته‌بندی کردن و انتزاع (۲۶).

#### یافته‌ها

شده اخذ و برای اطمینان از صحت کدها، مصاحبه‌ها به دو نفر از اساتید هیئت علمی داده شد تا نظر خود را اعمال کنند. همچنین در صورت وجود ابهام یا نیاز به بررسی بیشتر، به مشارکت کننده مورد نظر مراجعه و مجدداً مصاحبه انجام می‌شد. محقق زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفته و با رفت و برگشت‌های مکرر در داده‌ها، درگیری طولانی مدت خود را حفظ کرد که این امر باعث افزایش وسعت و عمق اطلاعات شد.

بر این اساس در فرآیند تحلیل محتوای کیفی؛ از میان مصاحبه‌ها، واحدهای تحلیل که قابل تحلیل و کدگذاری هستند جدا شده و به واحدهای کوچکتری که عبارتند از؛ واحد معنایی، کدها که شامل عنوان کدگذاری برای واحدهای معنایی است، مقوله‌ها یا طبقات که شامل گروهی از محتواهای دارای اشتراکات معنایی و مفهومی هستند و درون مایه اصلی تقسیم شدند.

در این پژوهش صحت و دقت مطالعه با استفاده از استاندارد طلایی عنوان شده از سوی گویا و لینکن بررسی شد. آن‌ها چهار مقیاس؛ مقبولیت، اعتمادپذیری، تأییدپذیری و انتقال پذیری مرتبط با تحقیق کیفی را عنوان کردند (۲۷).

برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها، از تحلیل هم زمان با فرآیند جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. موارد پس از آنالیز به مشارکت کنندگان عودت داده شد و تأیید آن‌ها در مورد صحت مطالب درک

در این مطالعه ۱۸ مشارکت کننده شامل؛ ۱۵ بیمار سوختگی درجه دو بستری، ۲ پرستار و یک روانشناس مقیم بخش سوختگی شرکت کردند. محدوده رنج سنی مشارکت کنندگان ۸۶-۲۲ سال، ۱۰ نفر مرد و ۸ زن، ۱۴ نفر متأهل و ۴ نفر مجرد، از نظر سطح تحصیلات ۹ نفر کارشناسی، ۳ نفر فوق دیپلم، ۴ نفر دیپلم، ۱ نفر زیر دیپلم، ۱ نفر بی سواد و از نظر شغلی ۱ نفر روانشناس، ۲ پرستار، ۳ خانه دار، ۲ بازنشسته، ۸ کارمند و ۲ نفر شغل آزاد بودند (جدول ۱).

از مجموع مصاحبه‌ها ۵۶۴ کد اولیه به دست آمد که این کدها در فرآیند تجزیه و تحلیل در ۱۰ زیر طبقه، ۴ طبقه اصلی و یک درونمایه قرار گرفتند. طبقات اصلی شامل؛ نیاز به ارتباط مناسب، پاسخگو بودن در مراقبت، مراقبت با روش‌های نوین، رعایت انطباق جنسی در مراقبت و درونمایه مراقبت انسانی

نمی‌کنند یعنی یجوری سگکش می‌کنن(مشارکت کننده شماره ۱۱).

پاسخگو بودن در مراقبت به معنای نیاز به پاسخگویی مناسب به درخواست بیمار، لزوم رسیدگی و توجه بیشتر به بیماران، حضور ناکافی بر بالین بیمار در شیفت شب و لزوم رعایت حق بیمار در مراقبت می‌باشد؛ ۱- نیاز به پاسخگویی مناسب به درخواست، اولین زیر طبقه است که مشارکت کنندگان در این خصوص چنین می‌گویند: خوب وقتی مریض میگه درد داره یه سری بهش بزنینم و مسکن بزنینم، سرمش تموم میشه براش عوض کنیم، خلاصه حواسمون به مریضمون باشه(مشارکت کننده شماره ۲). وقتی مریض کناری من می‌گفت پرستار آب بهم بده اگر ۱۰ بار هم صداش می‌کردن می‌اومد و بهش آب می‌داد. می‌گفت پرستار پتو بکش روم می‌کشید روش(مشارکت کننده شماره ۱۰).

۲- لزوم رسیدگی و توجه بیشتر به بیماران دومین زیر طبقه است که مشارکت کنندگان در این خصوص چنین می‌گویند، آره، ما رو بردن بیمارستان تأمین اجتماعی دو نفر شیفت شب اورژانس بودن، یکیشون شیفت اول بی‌داره؛ یکیشون هم شیفت دوم خب یکی از اونا خیلی زحمت کشید و اون یکی دیگه با غرولند گفت که وظیفه من نیست تو شیفت تو بوده! ببین خیلی چیز بدیه، دو نفر سوخته، اصلا یک نفر سوخته، یک سگی سوخته، آدم دلش میسوزه بیا کمکش کن. تو می‌خواستی بری بخوابی؟ دعواشون شد گفتم من اگر خوب شدم و برگشتم میام حق

که خلاصه درونمایه اصلی، طبقات اصلی و زیر طبقات در جدول ۲ ارایه شده است.

مراقبت انسانی، این درونمایه بیانگر ارتباط مناسب، پاسخگو بودن در مراقبت، مراقبت با روش‌های نوین، رعایت انطباق جنسی در مراقبت می‌باشد. نیاز به ارتباط مناسب به معنای لزوم ارتباط مناسب حین مراقبت و رفتار نامهربانانه حین مراقبت می‌باشد و شامل؛ الف - لزوم ارتباط مناسب حین مراقبت یکی از زیر طبقات می‌باشد که مشارکت کنندگان در این باره چنین می‌گویند؛ ۱- چون یه بیمار سوخته در واقع ۹۰ درصد از بهبودی، به محبت بستگی داره، اینجا واقعا از لحاظ برخوردی خوب رفتار می‌کنند و در حد توان و امکاناتی که دارن خیلی خوب میرسن(مشارکت کننده شماره ۸)، پرستارا مرتباً میان و میرن، خیلی با محبتند، هم انرژی به خودمون می‌دهند، هم کارشون عالیه(مشارکت کننده شماره ۶).

۲- رفتار نامهربانانه حین مراقبت دومین زیر طبقه است که مشارکت کنندگان در این خصوص چنین می‌گویند، قبل از هر چی باید بگم هرچه رفتارشون بهتر باشه درد کمتری متحمل می‌شیم. به بعضی از پرستاران همیشه گفت درد دارم چون عصبانی می‌شند(مشارکت کننده شماره ۱)، نتونستم کارهای اولی مو انجام بدم، یجوری هم می‌خواستم زنگ بزنینم، پرستارا کم محلی می‌کردن بنا به دلایلی(مشارکت کننده شماره ۴) و وقتی می‌خواهند جابجات کنند و نمی‌تونن بخوری، اصلا رعایت

خودموزت می‌گیرم (مشارکت کننده شماره ۷). اون چیزی که من دوست دارم در حد توانشون باشه واسم انجام بدن مثلاً پانسمانم خوب انجام بدن، به موقع شستشو رو انجام بدن و بهم محبت بکنند (مشارکت کننده شماره ۳). خوب پانسمان می‌کردند طوری که خیلی سفت نباشه، حتی غذا هم تو دهنمون می‌گذاشتند (مشارکت کننده شماره ۵).

۳- حضور ناکافی بر بالین بیمار در شیفت شب سومین زیر طبقه است که مشارکت کنندگان در این خصوص چنین می‌گویند: "اونا (پرستار) میرن می‌خوابن تا ۶-۵ صبح، این رو جدی میگم مریض‌ها رو با مسکن به خواب می‌کنن و میرن می‌خوابن تا ۶ صبح (مشارکت کننده شماره ۴). ما مریضیم، اذیت می‌شیم، زخم خورده‌ایم، توان نداریم شب‌ها هم که تعداد پرستار کمه، ببینید چی به سر ما میاد (مشارکت کننده شماره ۵).

۴- لزوم رعایت حق بیمار در مراقبت چهارمین زیر طبقه است که مشارکت کنندگان در این خصوص چنین می‌گویند: کشور ملیه و همه تک تک اعضای کشور چه عرب، چه ترک، چه لر، همه چیز باید ملی باشه و ازش استفاده کنن و تبعیض نژادی نباشه. اینو اول بهت بگم (مشارکت کننده شماره ۴). بعضی از مریضا می‌ترسن که اعتراض بکنند، ولی من بهشون هم می‌گم حقمه که درست ازم مراقبت بشه (مشارکت کننده شماره ۸).

مراقبت با روش‌های نوین به معنای نیاز به مراقبت به وسیله پرستاران آموزش دیده و مراقبت به

روز می‌باشد؛ ۱- نیاز به مراقبت به وسیله پرستاران آموزش دیده اولین زیر طبقه است که مشارکت کنندگان در این خصوص چنین می‌گویند، آره، من موقعی که پانسمانم را انجام می‌داد باهاش آشنا شدم اینقدر خوب کار می‌کرد و ز رنگ بود که حتی بهش گفتم شما دکتر هستین؟ اصلاً به عنوان یک دکتر قبولش دارم (مشارکت کننده شماره ۹). مثلاً قبلاً جای که بودم پرستاراشون همه یک یا دو سال سابقه کاری داشتن یا طرحی بودن خیلی وارد نبودن (مشارکت کننده شماره ۲). انتظارم اینه که، مثلاً طرف اگه میسوزه و سوختگیش در حدی باشه که انتظار برگشت داشته باشه، مراقبت و پانسمانش رو افراد با سابقه و مجرب انجام بدن (مشارکت کننده شماره ۱۵).

۲- نیاز به مراقبت به روز، دومین زیر طبقه است که مشارکت کنندگان در این خصوص چنین می‌گویند؛ یکسری پانسمان‌های مدرن هم هست که توی بیمارستان سوختگی استفاده میشه، البته در درصدهای پایین سوختگی بهتر جواب می‌دهند (مشارکت کننده شماره ۱۷). جای خوشحالی که پیشرفت‌های زیادی در خصوص پانسمان‌های سوختگی شده و الان از پرده آمینون به عنوان پانسمان استفاده میشه یا حتی استفاده از پوست مصنوعی (مشارکت کننده شماره ۱۴).

رعایت انطباق جنسی در مراقبت به معنای نیاز به مراقبت توسط مراقبین همجنس و نیاز به حفظ حریم خصوصی بیمار می‌باشد. ۱- نیاز به مراقبت به



۲- نیاز به حفظ حریم خصوصی بیمار دومین زیر طبقه است که مشارکت کنندگان در این خصوص چنین می‌گویند؛ مثلاً صبح از اتاق عمل آوردنش انداختنش اینجا، حتی پیرهن شام پوشیدن، خوب بنده خدا خودشم توان نداره، خجالت می‌کشه (مشارکت کننده شماره ۷). من دوست ندارم که هرکس هی تو اتاقم سرک بکشه ببینه چقدر سوختم و هی بگن بیچاره (مشارکت کننده شماره ۳).

وسيله مراقبين همجنس اولين زير طبقه است که مشارکت کنندگان در این خصوص چنین می‌گویند؛ کلاً ما هر صبح پانسمان می‌ریم، ولی چون پرستارا خانم هستند و من آقا یه کمی سخته دیگه، که ایشون ما رو حموم کنن (مشارکت کننده شماره ۷). بعضی اوقات پرستارای خانم از همراهمون کمک می‌گرفتند که ما رو حمام کنند چون سخته بهتره که مریضا رو پرستارای همجنس خودشون شستشو و پانسمان کنند (مشارکت کننده شماره ۵).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

| سن (سال)    | ۲۲-۸۶  |
|-------------|--|
| جنس         | ۱۰ نفر مرد، ۸ نفر زن   |
| تأهل        | ۱۴ نفر متأهل، ۴ نفر مجرد   |
| سطح تحصیلات | ۹ نفر کارشناسی، ۳ نفر فوق دیپلم، ۴ نفر دیپلم، ۱ نفر زیر دیپلم، ۱ نفر بی سواد |
| شغل         | ۱ نفر روانشناس، ۲ پرستار، ۳ خانه دار، ۲ بازنشسته، ۸ کارمند، ۲ نفر شغل آزاد   |

جدول ۲: خلاصه درونمایه، طبقات اصلی و زیر طبقات

| زیر طبقات   | طبقه اصلی                   | درونمایه      |
|---|-----------------------------|---------------|
| لزوم ارتباط مناسب حین مراقبت<br>رفتار نامهربانانه حین مراقبت<br>نیاز به پاسخگویی مناسب به درخواست بیمار       | نیاز به ارتباط مناسب        | مراقبت انسانی |
| لزوم رسیدگی و توجه بیشتر به بیماران<br>حضور ناکافی بر بالین بیمار در شیفت شب<br>لزوم رعایت حق بیمار در مراقبت | پاسخگو بودن در مراقبت       |               |
| نیاز به مراقبت به وسیله پرستاران آموزش دیده<br>نیاز به مراقبت به روز  | مراقبت با روش های نوین      |               |
| نیاز به مراقبت توسط مراقبین همجنس<br>نیاز به حفظ حریم خصوصی بیمار   | رعایت انطباق جنسی در مراقبت |               |

## بحث

مراقبت انسانی به عنوان اصل و جوهره پرستاری دیده می‌شود؛ به طور کلی مراقبت شامل اعتقاد به هر حس انسانی از جمله ارزش و انسانیت است (۹ و ۱۰)، لذا این مطالعه با هدف تبیین نیازهای مراقبت انسانی مبتلایان به سوختگی انجام شد.

یافته‌های مطالعه نشان داد که نیاز به ارتباط مناسب، پاسخگو بودن در مراقبت، مراقبت با روش‌های نوین و رعایت انطباق جنسی، در مراقبت انسانی از مبتلایان به سوختگی اهمیت دارند. در مراقبت انسانی به ندرت می‌توان به اهمیت یک نیاز منفرد اشاره کرد، بلکه مجموعه‌ای از نیازها در این مراقبت نقش دارند. در پاره‌ای نیازها، لزوم ارتباط مناسب حین مراقبت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ارتباط یکی از مفاهیم مرکزی در پرستاری و بخش مهم اقدام پرستاری محسوب می‌شود (۲۸). همچنین یک بخش اساسی از رضایت‌مندی بیماران که به طور دایم در یافته‌های پژوهشی ظاهر می‌شود، اهمیت ارتباط بیمار-درمان‌گر است (۲۹). در مطالعه آندرسون و همکاران ارتباط نامناسب بیشترین دلیل شکایات بود (۳۰). پرستاران باید توانایی برقراری ارتباط مناسب را داشته باشند تا بتوانند از نیازهای بیماران خود مطلع شده و دریابند که کدام اقدام پرستاری برای بیمار نیاز می‌باشد و در موقع ضرورت چگونه باید اقدامات را تغییر دهند تا ارتقای سلامت بیمار حاصل شود (۳۱). ارتباط مناسب به معنای گوش دادن به بیمار، ارایه وقت کافی به وی

برای سوال پرسیدن و ارایه پاسخ‌های شفاف به وی می‌باشد، لذا می‌بایست در هنگام مراقبت به ارتباط مؤثر و مناسب توجه داشت.

دومین زیر طبقه رفتار نامهربانانه حین مراقبت می‌باشد. برخورد مناسب در حیطه اخلاقیات همگام با مراقبت‌های درمانی می‌تواند در روند بهبودی بیماران مؤثر باشد (۳۲). در مطالعه رحمتی و همکاران نتایج نشان داد که برخورد نامناسب پرسنل یکی از اصلی‌ترین علل شکایات مراجعین بخش اورژانس بود. تجربه نشان می‌دهد که مراجعین در صورت عدم دریافت درمان مناسب، ولی برخورد مناسب پرسنل رضایت نسبی از کادر درمان خواهند داشت (۳۳). انتظار می‌رود با توجه به مشکلات عدیده در بیماران سوختگی و نیازهای متعدد آن‌ها از رفتارهای غیر اخلاقی هنگام مراقبت خودداری شود.

نیاز به پاسخگویی مناسب به درخواست بیمار یکی از زیر طبقات پاسخ‌گو بودن در مراقبت می‌باشد. پاسخ‌گویی به عنوان راهبردی اساسی برای سیستم‌های سلامت اثربخش است (۳۴). قلمروی پاسخ‌گویی به حوزه‌های بین فردی (شرافت، کرامت انسانی، استقلال و خودمختاری، محرمانگی و اعتماد، ارتباط با بیمار و حیطه‌های ساختاری (کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و مراقبت، قدرت انتخاب درمانگر و اقدام فوری و توجه) تقسیم می‌شود (۳۵). جولایی و همکاران معتقدند پاسخگویی مسئولانه یکی از پیش نیازهای رعایت حقوق بیمار است و توجه

حضور ناکافی بر بالین بیمار در شیفت شب سومین زیر طبقه پاسخگو بودن در مراقبت بود. که مشارکت کنندگان از این امر ناراضی بودند. حیدری و تبری به نقل از تیپراسرت می‌نویسند زمان صرف شده پرستاری برای بیماران نیازمند به مراقبت متوسط در بخش داخلی بیمارستانی در تایلند نشان داد که زمان ارایه مراقبت مستقیم و غیر مستقیم به ازای هر شیفت برای بیماران نیازمند دریافت حد متوسطی از مراقبت، متفاوت است (۴۱). انتظار می‌رود با افزایش پرستاران در شیفت شب رضایت‌مندی بیماران سوختگی از مراقبت را جلب نمود.

چهارمین زیر طبقه لزوم رعایت حق بیمار در مراقبت است. بیماران حق دارند از مراقبت پرستاری مطلوب و با کیفیت خوب برخوردار باشند. مشارکت کنندگان به رعایت حقوق شان در مراقبت اشاره داشتند و خواستار رعایت حقوق مراقبتی شان بودند. حقوق بیمار عبارت است از خدماتی که برای بیمار شایسته و سزاوار است (۴۲). بوکن و بوکن در مطالعه‌ای در مورد مشکلات بخش بهداشتی ترکیه که حقوق بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، نیز عواملی مثل مشکلات مربوط به بیمار، موسسه، سیستم مالی و به طور کلی سیستم بهداشتی - درمانی را به عنوان عواملی بیان کردند که مانع رعایت حقوق بیمار می‌شوند و حذف این عوامل در ارتقای بهداشت را ضروری دانستند (۴۳). با توجه به این که متن منشور حقوق بیمار در همه بیمارستان‌ها وجود دارد، باید

سیاست‌گذاران و مدیران به این مهم در بهبود کیفیت مراقبت‌های ارایه شده نقش بسزایی می‌تواند داشته باشد و می‌تواند بیماران را در دستیابی به این حقوق در سیستم خدمات بهداشتی درمانی کمک کند (۳۶). مطالعه حاجی نژاد و همکاران نشان می‌دهد که هر چند دیدگاه پرستاران این است که مراقبت را به خوبی انجام می‌دهند، اما دیدگاه بیماران این است که پرستاران نتوانسته‌اند انتظارات و نیازهای آن‌ها را برآورده سازند (۳۷). جلب رضایت بیمار در حقیقت، نشانه آگاهی کارکنان در سیستم ارایه خدمات بهداشتی - درمانی از اهمیت پاسخگویی به نیازهای انسان است.

لزوم رسیدگی و توجه بیشتر به بیماران دومین زیر طبقه پاسخگو بودن در مراقبت می‌باشد. بیمار در بیمارستان محور اصلی است و همه خدمات بیمارستانی برای او انجام می‌شود. رضایت بیمار نشان دهنده انجام صحیح خدمات است و این رضایت نمی‌تواند تنها به دلیل استفاده از تکنولوژی پیشرفته به دست آید، بلکه بیشتر ناشی از رفتار کارکنان بیمارستان و عملکرد آن‌ها است (۳۸). اقدام و توجه فوری به بیماران و انتظارات آنان نقطه قوت نظام بهداشت و درمان پاکستان است (۳۹). برخی مطالعات اشاره کرده‌اند که کاهش مدت زمان مراقبت می‌تواند درک بیماران از مراقبت را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار دهد (۴۰)، لذا بیماران سوختگی نیاز به توجه کافی و رسیدگی بیشتر هنگام مراقبت دارند.

مراقبت دهندگان این قوانین را هنگام انجام مراقبت مد نظر داشته باشند.

نیاز به مراقبت به وسیله پرستاران آموزش دیده از درخواست های مشارکت کنندگان بود. انسان دارای موجودیتی بی همتا و منحصر به فرد می باشد. در رشته پرستاری از آن جایی که این موجودیت بی مانند کانون مراقبت قرار می گیرد، نیاز است که پرستاران حرفه ای افرادی خبره و متخصص در حرفه خود باشند (۴۴). بیماران سوختگی می بایست در بخش های ویژه سوختگی بستری شوند و پزشکان و پرستاران با تجربه مراقبت آنها را به عهده گرفته و بهترین مراقبت ها را اریه دهند (۳۵). مطالعه کلارک و همکاران نشان داد که اکثریت پرستاران تازه کار در انجام عملکردهای حرفه ای خود به شکل مستقل و شایسته از آمادگی کافی برخوردار نیستند (۴۵). نظر به این که بیماران بخش سوختگی نیازهای ویژه ای دارند، می بایست پرستاران با تجربه کافی در این بخش به کار گرفته شوند.

در زیرطبقه نیاز به مراقبت به روز، مشارکت کنندگان تقاضای استفاده از روش های جدید و مدرن در درمان سوختگی را داشتند. آسیب های وارد شده به پوست به عنوان مشکلات اساسی در پزشکی مطرح شده و به علت محدودیت منابع انسانی پیوند و هزینه بالای آن از پانسمان های زیستی استفاده می شود. پرده آمیوتیک با داشتن خواصی چون جلوگیری از ایجاد زخم و اسکار، خاصیت ضد باکتریایی و ایمنی ذاتی پایین، به عنوان پانسمان زیستی مورد توجه قرار

گرفته است (۴۶). از جمله پرده آمیوتیک به عنوان جایگزین پوست برای اولین بار در سال ۱۸۹۰ برای درمان زخم قربانیان سوختگی مورد استفاده قرار گرفت. سپس داویس گزارش موفقیت آمیز استفاده بالینی از پرده آمیوتیک را در سال ۱۹۱۰ گزارش کرد (۴۷). روش های نوینی در صنعت پزشکی جهت درمان سوختگی ابداع شده است که می توان به انواع کرم سوختگی و فناوری سلول های بنیادی در این زمینه اشاره کرد. که نیاز است جهت درمان بیماران سوختگی مورد توجه قرار گیرند.

در خصوص نیاز به مراقبت به وسیله مراقبین همجنس، مشارکت کنندگان خواستار مراقبت به وسیله مراقبت دهندگان هم جنس بودند. راعی و عابدی به نقل از پیمانی می نویسند پرستاران می بایست مراقبت از بیمار به ویژه مراقبت های اختصاصی را به پرستار همجنس با بیمار بسپارند و در جهت پوشاندن کامل بدن بیمار در مقابل جنس مخالف و پوشاندن نواحی خاص حتی در مقابل افراد همجنس تلاش کافی را بنمایند (۴۸)، بنابراین ضروری به نظر می رسد کارکنان بخش درمان به خصوص پرستاران به این امر توجه داشته باشند.

در مقوله نیاز به حفظ حریم خصوصی بیمار، مشارکت کنندگان این پژوهش بیان کردند که حفظ حریم خصوصی آنها اهمیت ویژه ای دارد. حریم خصوصی به مفهوم محدودیت دسترسی دیگران به جسم، افکار و احساسات یک فرد می باشد و ارتباط خیلی نزدیک با ارزش های هنجاری دارد و چیزی است

### نتیجه‌گیری

از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان پاسخ به سوال پژوهش «نیاز مراقبت انسانی مبتلایان به سوختگی از دیدگاه بیماران، پرستاران و روانشناس چیست؟» را نتیجه گرفت. نتایج حاکی از آن است که مفهوم مراقبت انسانی «نیاز به ارتباط مناسب، پاسخگو بودن در مراقبت، مراقبت با روش‌های نوین، رعایت انطباق جنسی در مراقبت» می‌باشد که می‌بایست به وسیله تمامی کارکنان مورد توجه قرار گیرد. در حال حاضر افزایش سطح خدمات فوریتی، حجم کاری زیاد و کمبود تعداد پرستاران تأثیر به‌سزایی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری گذاشته است (۴۹). این امر نگرانی‌هایی را در جامعه پرستاری در خصوص ایمنی بیماران و کیفیت مراقبت‌ها در بیمارستان ایجاد کرده است (۵۰)، بنابراین برای ارایه مراقبت انسانی به مبتلایان به سوختگی باید اقداماتی جهت رفع موانع موجود و ارتقای تسهیلات لازم از سوی دست‌اندرکاران صورت گیرد.

### تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه دوره دکترای پرستاری می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز با کد اخلاق IR.AJUMS.REC.1396.877 تصویب و هزینه‌های آن مورد قبول واقع شده است، بدین وسیله از بیماران سوختگی، پرستاران و سایر کسانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند، سپاسگزاری و تشکر می‌نمایم.

که افراد به طور معمول میل دارند آن را محفوظ نگه داشته، از آن حفاظت کرده و برآن کنترل داشته باشند (۳۰). حفظ حریم فیزیکی در زمان انجام مراقبت برای بیماران بسیار اهمیت دارد (۳۱). نتایج مطالعه هاندرسون و همکاران نشان می‌دهد که علاوه بر کشیده نبودن پرده کنار تخت، بسیاری از موارد دیگر هم‌چون عدم توجه به میزان پوشیدگی بدن بیمار در حین انتقال به دستشویی یا کنجکاوای در مسایل شخصی و پرسیدن سوالات غیر ضروری از وی می‌تواند به منزله تعدی به ارزش انسانی بیمار باشد. بیماران سوختگی مشارکت‌کننده در این مطالعه نیز به رعایت حریم خصوصی نه تنها اشاره بلکه تأکید داشتند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه آن است که، شرکت‌کنندگان در این مطالعه از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اهواز که تنها یک بیمارستان است، انتخاب شدند، لذا نتایج این مطالعه شاید به دیگر بیماران کشور، تعمیم‌پذیر نباشد. گرچه به نظر می‌رسد این مطالعه، اولین تلاش جامعه پرستاری برای توسعه مفهوم مراقبت انسانی در مبتلایان به سوختگی درجه دو بستری می‌باشد، اما طبیعتاً آخرین تلاش نخواهد بود و پژوهش‌های بیشتری در این زمینه باید صورت بگیرد. انتظار می‌رود نتایج این پژوهش بتواند اطلاعاتی در مورد مفهوم و ساختار سنجش مراقبت انسانی مبتلایان به سوختگی درجه دو در بافت اجتماعی، فرهنگی و سازمانی کشورمان ارایه کند.

**REFERENCES:**

1. Poulos R, Stevenson M. Burns and Scalds. International Encyclopedia of Public Health. 2<sup>nd</sup> ed. Amsterdam, Neatherland: Eleziver; 2017; 310-5.
2. Brunner LS, Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. 12<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2014; 1310.
3. Shirkhoda M, Far KK, Narouie B, Shikhzadeh A, Rad M, Bojd H. Epidemiology and evaluation of 1073 burn patients in the southeast of Iran. Shiraz E Medical Journal 2011; 12(1): 11-21.
4. Saberi M, Fatemi MJ, Soroush MR, Masoumi M, Niazi M. Burn Epidemiology in Iran: A Meta-Analysis Study. Iranian Journal of Surgery 2016; 24(1): 47-61.
5. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Lotfi M, Salehi F. Self-disruption: Experiences of burn survivors. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2014; 3(3): 269-80.
6. Fathi K. Research assesment (models and techniques). 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Abeeze publication; 2013; 23-25.
7. Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. JONA'S healthcare law, ethics and regulation 2006; 8(3): 87-93.
8. McCance TV, McKenna HP, Boore JR. Caring: dealing with a difficult concept. International Journal of Nursing Studies 1997; 34(4): 241-8.
9. Husted JH, Husted GL. Ethical decision making in nursing and health care: the symphonological approach. 4<sup>th</sup> ed. New York: Springer; 2008; 235-45.
10. Jacobson N. Dignity and health: a review. Social Science & Medicine 2007; 64(2): 292-3.
11. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto & Contexto-Enfermagem 2007; 16(1): 129-35.
12. George JB. Nursing Theories: The base for professional nursing practice. 6<sup>th</sup> ed. USA: Upper Saddle River, N. J: Pearson Education; 2011; 345-60.
13. Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. Nurse Education Today 2005; 25(1): 31-40.
14. Pajnikihar M. Is caring a lost art in nursing? International Journal of Nursing Studies 2008; 45(5): 807.
15. Crigger NJ, Brannigan M, Baird M. Compassionate nursing professionals as good citizens of the world. Advances in Nursing Science 2006; 29(1): 15-26.
16. American Nurses Association. Code of ethics for nurses with interpretive statements. 2<sup>nd</sup> ed. USA: American Nurses Association; 2015; 7-10.
17. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. 8<sup>th</sup> ed. Boulder, Colo : University Press of Colorado; 2008; 243-64.
18. O'Reilly L, Cara C. Being with the person cared for in a rehabilitation context: A profound, therapeutic, and transformative human relationship. Recherche en Soins Infirmiers 2010; 4: 46-66.
19. Wainwright P, Gallagher A. On different types of dignity in nursing care: a critique of Nordenfelt. Nursing Philosophy 2008; 9(1): 46-54.
20. Fahrenwald NL, Bassett SD, Tschetter L, Carson PP, White L, Winterboer VJ. Teaching core nursing values. Journal of Professional Nursing 2005; 21(1): 46-51.
21. Watson J. Human caring science. 8<sup>th</sup> ed. Burlington, Massachusetts, United States: Jones & Bartlett Publishers; 2011; 20-25.
22. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research 2005; 15(9): 1277-88.
23. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 2008; 62(1): 107-15.
24. Kyngas H, Vanhanen L. Content analysis. Hoitotiede 1999; 11: 3-12.
25. Polit D, Beck C. Research manual for nursing research. Generafing and assessing evidence for nursing practive. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2012; 28-35.
26. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008; 62(1): 107-15.
27. Sloan G. Clinical supervision in mental health nursing. New Jersey: John Wiley & Sons 2006; 143-55.
28. Meleis AI. Theoretical nursing: Development and progress. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011; 434-68.

29. Naish J. The route to effective nurse-patient communication. *Nursing Times* 1996; 92(17): 27-30.
30. Anderson K, Allan D, Finucane P. A 30-month study of patient complaints at a major Australian hospital. *Journal of Quality in Clinical Practice* 2001; 21(4): 109-11.
31. Ito M, Lambert VA. Communication effectiveness of nurses working in a variety of settings within one large university teaching hospital in western Japan. *Nursing & Health Sciences* 2002; 4(4): 149-53.
32. Mojoyinola J. Effects of job stress on health, personal and work behaviour of nurses in public hospitals in Ibadan Metropolis, Nigeria. *Studies on Ethno-Medicine* 2008; 2(2): 143-8.
33. Rahmati F, Gholamalipoor H, Hashemi B, Forouzanfar MM, Hosseini F. The reasons of emergency department patients' dissatisfaction. *Iranian Journal of Emergency Medicine* 2015; 2(2): 59-63.
34. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health* 2005; 15(4): 355-60.
35. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social Science & Medicine* 2008; 66(9): 1939-50.
36. Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z. Iranian nurses, physicians and patients' lived experiences regarding patient's rights practice. *Iran Journal of Nursing* 2009; 22(60): 28-41.
37. Hajinezhad M, Rafii F, Jafarjalal E, Haghani H. Relationship between nurse caring behaviors from patients' perspectives & their satisfaction. *Iran Journal of Nursing* 2007; 20(49): 73-83.
38. Tavallaei S, Asari Sh, Habibi M, Khodami H, Siavoshi Y, Nouhi S, et al. Discharge against medical advice from psychiatric ward. *Journal Mil Med* 2006; 8(1): 24-30.
39. Naseer M, Zahidie A, Shaikh BT. Determinants of patient's satisfaction with health care system in Pakistan: a critical review. *Pakistan Journal of Public Health* 2012; 2(2): 52.
40. Wolf ZR, Colahan M, Costello A, Warwick F, Ambrose MS, Giardino ER. Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Medsurg Nursing* 1998; 7(2): 99-106.
41. Heydari F, Tabari R. Identify direct and indirect nursing care time in a medical and surgical ward. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2015; 25(1): 109.
42. Hadian Jazi Z, Dehghan Nayeri N. Barriers in the performance of patient's rights in Iran and appropriate offered solutions review article. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2014; 24(4): 69-79.
43. Büken NÖ, Büken E. Emerging health sector problems affecting patient rights in Turkey. *Nursing Ethics* 2004; 11(6): 610-24.
44. Urganci I, de Jongh T, Jamsek V, Mobil J, Atun R. Mobile phone messaging for communicating results of medical investigations. *Cochrane Database of System Review* 2012; 6: CD007456.
45. Clark T, Holmes S. Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44(7): 1210-20.
46. Kim SS, Song CK, Shon SK, Lee KY, Kim CH, Lee MJ, et al. Effects of human amniotic membrane grafts combined with marrow mesenchymal stem cells on healing of full-thickness skin defects in rabbits. *Cell and Tissue Research* 2009; 336(1): 59.
47. Sham E, Sultana NS. Biological wound dressing-role of amniotic membrane. *International Journal of Dental Clinics* 2011; 3(3): 71-2.
48. Raei Z, Abedi H. Nurses' perspectives on human dignity of hospitalized patients. *Iran Journal of Nursing* 2017; 29(104): 55-65.
49. Long LE. Imbedding quality improvement into all aspects of nursing practice. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9(5): 280-4.
50. Kunaviktikul W, Anders RL, Srisuphan W, Chontawan R, Nuntasupawat R, Pumarporn O. Development of quality of nursing care in Thailand. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 36(6): 776-84.

## Burn Patients' Need for Human Caring: Content Analysis Study

Mohammadhossini S<sup>1</sup>, Gheibizadeh M<sup>2</sup>, Saki Malehi A<sup>3</sup>, Zarea K<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran, <sup>2</sup>Nursing Care Research Center in Chronic Diseases, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran, <sup>3</sup>Department of Biostatistics and Epidemiology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Received: 23 July 2019 Accepted: 02 Sep 2019

### Abstract

**Background & aim:** Caring is a science that encompasses human beings, reflecting experiences and phenomena in caring including: art and humanity. Humanity in the interpersonal interactions of the heart and the spirit of care and is an opportunity care for humanity to emerge and grow. The purpose of this study was to determine the human care needs of burn victims.

**Methods:** This is a qualitative study in which purposeful sampling with maximum diversity was used. Data were collected through 18 unstructured in-depth interviews with second-degree burn patients admitted to Taleghani burn hospital in Ahvaz using purposive sampling method. In the research they answered. The collected data were analyzed using conventional content analysis approach by Elo and Kingas method.

**Results:** From the interviews, 564 initial codes were obtained. These codes were subdivided into 10 subcategories, four main categories and one theme in the analysis process. The main categories included the need for appropriate communication, accountability in care, care in new ways, observance of sexuality in care, and the theme of human care.

**Conclusion:** Using extracted classes, it can be said that patients, as a human being, have the right to receive care in their own blood, and measures should be taken by the stakeholders to provide human care to those suffering from burns.

**Keywords:** Human Care, Burn, Need, Content Analysis

---

**Corresponding author:** Zarea K, Department of Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

**Email:** zarea\_k@ajums.ac.ir

**Please cite this article as follows:**

Mohammadhossini S, Gheibizadeh M, Saki Malehi A, Zarea K. Burn Patients' Need for Human Caring: Content Analysis Study. Armaghane-danesh 2019; 24(3): 358-372