

## بررسی همبستگی راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده پس از ترخیص و وضعیت سلامت بیماران دچار سوختگی مراجعه کننده به بیمارستان های سوختگی و ترمیمی شهر تهران

زهرا صفوی بیات<sup>۱\*</sup>، مریم قاسمی<sup>۲</sup>، جمیله محتمشی<sup>۳</sup>، نادره نادری<sup>۴</sup>، دکتر علیرضا اکبرزاده باغبان<sup>۵</sup>

۱. مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. مربی، گروه روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** سوختگی سومین عامل مرگ زودرس بوده و سبب کاهش کیفیت زندگی و ناتوانی می شود. بد شکلی و اختلال در عملکرد بیماران دچار سوختگی، بازگشت آن‌ها را به جامعه مشکل می‌سازد. این بیماران غالباً از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب استفاده می‌نمایند که باعث عدم پذیرش بیماری، پی‌گیری نکردن درمان و اختلال در وضعیت سلامت خواهد شد. پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی راهبردهای مقابله‌ای پس از ترخیص و وضعیت سلامت در بیماران دچار سوختگی مراجعه کننده به بیمارستان های سوختگی و ترمیمی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

**مواد و روش ها:** در این پژوهش توصیفی همبستگی، ۸۹ بیمار دچار سوختگی که در هنگام سوختگی سن بالای ۱۵ سال و سوختگی متوسط یا بیشتر داشتند و از سوختگی آنان حداقل یک ماه و حداکثر ۵ سال گذشته بود، از طریق نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسش نامه‌های "مشخصات فردی"، "وضعیت سلامت مخصوص بیماران دچار سوختگی" و "راهبردهای مقابله‌ای مخصوص بیماران دچار سوختگی" استفاده شد. پس از تعیین اعتبار محتوا و صوری، پایایی ابزارها با روش ثبات درونی تعیین گردید. سپس داده ها با روش خود گزارش دهی و کسب برخی از اطلاعات از طریق پرونده جمع آوری شده و از طریق اس پی اس اس ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۴۱/۶ درصد)، از وضعیت سلامت متوسط برخوردار بودند. هیچ یک از این بیماران وضعیت سلامت بسیار خوب نداشتند. در بعد "جسمی" با میانگین ۴۴ درصد از وضعیت سلامت بهتری نسبت به ابعاد دیگر برخوردار بودند. بعد "روانی" با میانگین ۴۰/۲۱ درصد، در سطح دوم و بعد "اجتماعی - اقتصادی" با میانگین ۳۹/۳۲ درصد، در سطح سوم قرار گرفتند. علاوه بر این، نتایج نشان داد که بیشتر واحدهای مورد پژوهش (میانگین ۵۶/۸ درصد)، پس از ترخیص از "راهبرد مقابله‌ای اجتناب" و کم ترین آن ها (میانگین ۵۱ درصد) از "راهبرد مقابله ای مبتنی بر هیجان" استفاده کرده بودند. علاوه بر این، نتایج پژوهش بیانگر این مطلب بود که بین وضعیت سلامت و راهبردهای مقابله‌ای همبستگی وجود داشت. افرادی که از راهبرد مقابله‌ای "اجتناب" استفاده کرده بودند، وضعیت سلامت ضعیف‌تری داشتند که در بعد سلامت روانی معنی دار بود ( $P=0/01$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که واحدهای مورد پژوهش در بعد "جسمی" دارای بیشترین و در بعد "اجتماعی - اقتصادی" دارای کم ترین میانگین بودند و اکثر واحدهای مورد پژوهش از راهبرد مقابله‌ای اجتناب استفاده کرده بودند. هم چنین بین دو متغیر وضعیت سلامت و راهبردهای مقابله‌ای همبستگی وجود داشت.

**کلید واژه ها:** راهبردهای مقابله‌ای، وضعیت سلامت، ترخیص، بیمار دچار سوختگی

### مقدمه

آسیب سوختگی اولین و مهم ترین صدمه پوستی و مشکل بهداشتی شایع جهانی می‌باشد که همه روزه زندگی مردم را از نظر جانی، مالی، اجتماعی و سیاسی درگیر می‌کند (Pankhorest & Pakanavala, 2002).

\*نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا صفوی بیات؛ تهران، خیابان شریعتی، جنب بیمارستان مفید، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی،

Zahrasb16@yahoo.com

پست الکترونیک:

www.SID.ir

بدشکلی و اختلال در عملکرد بیماران دچار سوختگی، بازگشت آن‌ها را به جامعه مشکل ساخته، باعث مقابله نامناسب و کیفیت زندگی ضعیف این بیماران می‌شود (Taal & Faber, ۱۹۹۸). انتخاب راهبردهای مقابله‌ای مناسب در برابر آن می‌تواند از تاثیر تنش‌ها بر سلامت فرد بکاهد و در نتیجه به سازگاری چه بیشتر بیانجامد (شاکری و صادقی، ۱۳۸۰).

پرستار مهم ترین عضو تیم درمان سوختگی محسوب می‌گردد و مسئولیت حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و حالت خوب بودن بیمار به طور مستقیم بر عهده او می‌باشد (Tamsson و همکاران، ۲۰۰۲). بنابراین، پرستاران می‌توانند با برقراری ارتباطی صادقانه، در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله به بیمار کمک کنند (Smeltzer و همکاران، ۲۰۰۸).

با توجه به نتایج متفاوت گزارش شده در این زمینه، این پژوهش با هدف تعیین همبستگی راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده پس از ترخیص و وضعیت سلامت بیماران دچار سوختگی مراجعه کننده به بیمارستان‌های سوختگی و ترمیمی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. افرادی وارد مطالعه شدند که در هنگام سوختگی، سن بالای ۱۵ سال داشتند، با توجه به طبقه بندی انجمن سوختگی آمریکا، دارای سوختگی متوسط یا بیشتر بودند، سابقه ابتلاء به بیماری روانی حاد تشخیص داده شده را نداشتند و از سوختگی آنان حداقل یک ماه و حداکثر ۵ سال گذشته بود. داده‌ها از طریق خود گزارش‌دهی و به وسیله ۳ پرسش نامه "خصوصیات فردی"، "راهبردهای مقابله‌ای مخصوص بیماران دچار سوختگی" و "وضعیت سلامت مخصوص بیماران دچار سوختگی" جمع‌آوری گردید. اعتبار پرسش نامه‌ها به روش اعتبار محتوا، توسط ۳ نفر پرستار با تجربه در بخش سوختگی از هر بیمارستان، ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و ایران، ۲ نفر روانشناس و روانپزشک از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و تهران، هم چنین ۱۰ بیمار سوختگی، به عنوان نمونه ای از واحد‌های مورد پژوهش تعیین گردید. برای تعیین پایایی ابزار، همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ برای ابزار وضعیت سلامت ۰/۸۸ و برای ابزار راهبردهای مقابله‌ای ۰/۷۶

سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که هر ساله تقریباً ۶ میلیون نفر به علت سوختگی نیاز به درمان دارند و حدود ۳۰۰۰۰۰ نفر جان خود را از دست می‌دهند (Willebrand, ۲۰۰۳). پیشرفت تکنولوژی باعث افزایش میزان زنده ماندن قربانیان سوختگی شده است. امروزه در بخش‌های مجهز و مدرن مراقبت‌های سوختگی، بیشتر از ۵۰ درصد بیماران با سوختگی ۸۰-۷۰ درصد، به زندگی باز می‌گردند (Willebrand, ۲۰۰۳). افزایش تعداد بازماندگان سوختگی شدید باعث افزایش تمرکز بر مشکلات بازتوانی، استقلال و سازگاری روانی می‌شود (Bras و همکاران، ۲۰۰۱).

میزان شیوع کلی اختلالات روانی در بین بیماران دچار سوختگی ۷۵-۲۸ درصد و عوارض جسمی آنان ۹۰ درصد می‌باشد (Willebrand, ۲۰۰۳). سازگاری غیر مؤثر یکی از مشکلات روانی این بیماران است که پس از ترخیص از بیمارستان بسیار شایع است و نیاز به مقابله را در این افراد افزایش می‌دهد (Willebrand و همکاران، ۲۰۰۱).

فرایند کوشش برای کاهش تنش‌ها را مقابله نامیده‌اند (براهنی و همکاران، ۱۳۸۵). افراد در مقابله با شرایط تنش‌زا از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل، مبتنی بر هیجان و اجتناب استفاده می‌کنند. نظر قطعی در رابطه با راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده در این بیماران در دست نمی‌باشد. بعضی از صاحب نظران معتقدند که بیماران دچار سوختگی پس از ترخیص بیشتر از راهبرد اجتناب استفاده کردند (Willebrand و همکاران، ۲۰۰۳) در حالی که Liber و همکاران (۲۰۰۸)، نتیجه گرفتند که راهبردهای مبتنی بر هیجان در این افراد کاربرد بیشتری دارد.

استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب باعث بازگشت سریع‌تر بیماران دچار سوختگی به جامعه می‌شود در حالی که استفاده نامناسب از آن‌ها می‌تواند سلامت فرد را مختل نماید (Kildal و همکاران، ۲۰۰۵). Bras و همکاران (۲۰۰۸)، در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و اجتناب با علایم اختلال تنش پس از ضربه و کیفیت زندگی ضعیف مرتبط است. هم چنین نتایج مطالعه Kildal و همکاران (۲۰۰۵)، بیان گر آن بود که راهبرد مقابله‌ای اجتناب با وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بیماران دچار سوختگی مرتبط می‌باشد و افرادی که از راهبردهای مبتنی بر هیجان استفاده می‌کنند، وضعیت سلامت بهتری دارند.

## یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که از ۸۹ نفر واحدهای مورد پژوهش، ۶۱/۸ درصد را مردان و ۳۸/۲ درصد را زنان تشکیل دادند. میانگین و انحراف معیار سنی واحدهای مورد پژوهش  $۳۲/۵۷ \pm ۱۳/۰۵$  سال بود. ۵۸/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش از سوختگی شدید رنج می‌بردند و ۴۱/۵ درصد از آن‌ها دچار سوختگی متوسط بودند. وسعت سوختگی در ۳۹/۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش، ۲۰-۱۱ درصد بود و تنها ۲/۲ درصد، سوختگی بیشتر از ۷۰ درصد داشتند. هم‌چنین میانگین و انحراف معیار وسعت سوختگی  $۲۸/۴۵ \pm ۱۸$  درصد بود. سوختگی قفسه سینه همراه با شکم، کمر، دست، پا، صورت، گردن و ناحیه تناسلی ۱۳/۵ درصد و سوختگی شکم و کمر ۱/۱ درصد به خود اختصاص دادند. در ۷۴/۲ درصد از واحدهای مورد پژوهش، کمتر از یک سال و در ۲۵/۸ درصد از آن‌ها بین ۱ تا ۵ سال از سوختگی آن‌ها می‌گذشت. میانگین مدت زمان پس از سوختگی  $۳/۲۵$  سال بود.

بیشتر واحدهای مورد پژوهش یعنی ۳۴/۸ درصد، قبل از سوختگی فقط توسط والدین خود حمایت می‌شدند و فقط ۲/۲ درصد از فامیل خود حمایت دریافت می‌کردند. ۷۵/۲ درصد از آن‌ها حمایت بیشتری پس از سوختگی دریافت کرده بودند و در ۷/۸ درصد، کمتر حمایت شده بود. بیشترین میانگین درصد امتیاز حاصل از وضعیت سلامت واحدهای مورد پژوهش مربوط به بعد سلامت جسمی با میانگین و انحراف معیار  $۴۴ \pm ۲۰/۷۵$  درصد بود و کمترین آن مربوط به بعد سلامت اجتماعی و اقتصادی با میانگین و انحراف معیار  $۳۹/۳۲ \pm ۱۷/۱۷$  درصد به دست آمد.

به دست آمد. پس از آن پژوهشگر، با اخذ رضایت کتبی از مسئولین دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و ایران و هم‌چنین مراکز مورد مطالعه، به بیمارستان منتخب رفته و با بیماران بستری در بخش‌های سوختگی، ترمیمی یا مراجعه کننده به فیزیوتراپی و درمانگاه، ملاقات می‌کرد. پس از کسب رضایت شفاهی و شرح اهداف مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ها را از بین افراد واجد شرایط را انتخاب می‌نمود. پرسش‌نامه‌ها در اختیار بیماران قرار می‌گرفت، در مورد تکمیل آن توضیح کامل به آن‌ها داده و در حضور خود بیماران، توسط پژوهشگر تکمیل می‌گردید. هم‌چنین برای دستیابی به بعضی اطلاعات در مورد بیماران نظیر داروهای مصرفی و تشخیص بیماری حاد روانی، درصد سوختگی و... از پرونده آن‌ها نیز استفاده شد. لازم به ذکر است که پرسش‌نامه‌ها در دو نوبت و با فاصله ۱ ساعت تکمیل گردید.

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری اس‌پی‌اس‌اس ۱۴ و آمار توصیفی جهت دسته‌بندی خصوصیات فردی استفاده شد. بررسی ارتباط متغیر وابسته پژوهش با متغیرهای مستقل کمی، با ضریب همبستگی پیرسون و با متغیرهای کیفی با آزمون تی و آزمون آنالیز واریانس انجام شد. جهت تعیین رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و وضعیت سلامت، از مدل رگرسیون چندگانه استفاده گردید.

جدول ۱: توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری ابعاد وضعیت سلامت در بیماران دچار سوختگی

انحراف معیار	وضعیت سلامت											
	بسیار ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	بسیار خوب	میانگین	ابعاد سلامت					
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۲۰/۷۵	۱۱	۴/۱۲	۲۷	۳/۳۰	۳۳	۳۷/۱	۱۵	۹/۱۶	۳	۳/۴	۴۴	جسمی
۱۹/۰۲	۱۷	۱/۱۹	۲۹	۳۶/۶	۲۸	۵/۳۱	۱۳	۶/۱۴	۲	۲/۲	۴۰/۲۱	روانی
۱۷/۱۷	۹	۱/۱۰	۴۲	۴۲/۲	۲۴	۲۷	۱۳	۶/۱۴	۱	۱/۱	۳۹/۳۲	اجتماعی - اقتصادی
۱۵/۸۱	۸	۹	۳۴	۲/۳۸	۳۷	۴۱/۶	۱۰	۱۱/۲	۰	۰	۴۱/۳۲	کلی

بین سن و وضعیت تاهل و شغل با راهبرد مقابله‌ای همبستگی معنی داری دیده نشد. جنس و محل سکونت به ترتیب با راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر هیجان ( $P=0/03$ ) و اجتناب ( $P=0/05$ ) همبستگی معنی دار داشتند. محل سوختگی با راهبرد مقابله‌ای اجتناب ( $P=0/01$ )، وسعت سوختگی با راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر هیجان ( $P=0/04$ )، بیماری جسمی دیگر و استفاده از گروه‌های حمایتی با راهبردهای مبتنی بر هیجان و اجتناب همبستگی معنی دار داشت. متغیرهای فردی با هیچ یک از راهبردهای مقابله‌ای به صورت معنی دار همبستگی نداشتند.

همبستگی بین سلامت جسمی با راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مشکل مثبت معنی دار ( $P=0/001$ ) و با راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر هیجان و اجتناب منفی، که از نظر آماری معنی دار نبود. سلامت روانی با راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل و هیجان همبستگی مثبت و با راهبرد مقابله‌ای اجتناب همبستگی منفی داشت که در مورد راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل ( $P=0/02$ ) و اجتناب ( $P=0/03$ ) معنی دار بود.

همبستگی سلامت اجتماعی - اقتصادی و سلامت کلی با راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل و هیجان مثبت و با راهبرد مقابله‌ای اجتناب منفی که در مورد سلامت اجتماعی - اقتصادی با مقابله‌ای مبتنی بر هیجان ( $P=0/01$ ) و سلامت کلی با مقابله‌ای مبتنی بر مشکل ( $P=0/008$ ) معنی دار بود. به طور کلی، افرادی که از راهبرد مقابله‌ای اجتناب استفاده کرده بودند، وضعیت سلامت ضعیف تری داشتند که در بعد سلامت روانی معنی دار بود ( $P=0/03$ ).

### بحث

در مجموع تجزیه و تحلیل یافته‌های به دست آمده نشان داد که وضعیت سلامت بیماران سوختگی در حد متوسطی بود. هیچ یک از این بیماران وضعیت سلامت بسیار خوب نداشتند. علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد که بیماران دچار سوختگی در بعد جسمی وضعیت سلامت بهتری از ابعاد دیگر داشتند. بعد روانی در سطح دوم و سلامت اجتماعی - اقتصادی در سطح سوم قرار گرفت. Wilbrand (۲۰۰۳)، به این نتیجه رسید که بیماران دچار سوختگی به سازگاری در حیطه‌های جسمی، روانی و اجتماعی نیاز دارند. هم چنین در مطالعه Soltani و همکاران (۱۹۹۸)، بیشتر بیماران از سطح اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی پایینی برخوردار بودند.

هم چنین نتایج پژوهش نشان داد که واحدهای مورد پژوهش بیشتر از راهبرد مقابله‌ای اجتناب، پس از آن راهبرد مقابله‌ای

در بعد سلامت جسمی، بیشتر واحدهای مورد پژوهش یعنی ۳۷/۱ درصد، در حد متوسط و کمترین آن‌ها یعنی ۳/۴ درصد، در حد بسیار خوب بودند. ۳۶/۶ درصد، از سلامت روانی ضعیف و فقط ۲/۲ درصد، از سلامت روانی بسیار خوب برخوردار بودند. در بعد سلامت اجتماعی - اقتصادی، ۴۲/۲ درصد، در حد ضعیف و ۱/۱ درصد، در حد بسیار خوب بودند. ۴۱/۶ درصد، دارای سلامت کلی متوسط و تنها ۱۱/۲ درصد، دارای سلامت کلی خوب بودند. سلامت کلی بسیار خوب توسط هیچ یک از واحدهای مورد پژوهش گزارش نشد.

نمرات سلامت جسمی در زنان با میانگین ۴۹/۱۹ درصد، بیشتر از نمره‌های مردان با میانگین ۴۰/۷۷ درصد بود ( $P=0/06$ ). در ابعاد سلامت روانی، اجتماعی - اقتصادی و کلی، به ترتیب میانگین نمره‌های مردان ۴۳/۳، ۴۰/۹، ۴۲/۱۸ درصد و بیشتر از زنان با میانگین نمرات ۳۳/۶، ۳۶/۷۶، ۳۹/۹۵ درصد بود. این تفاوت، در بعد سلامت روانی معنی دار بود ( $P=0/009$ ) (جدول ۱).

نمرات افراد مجرد در همه ابعاد سلامت از افراد متأهل کمتر گزارش شد که در بعد سلامت روانی این تفاوت معنی دار بود ( $P=0/001$ ). هم چنین سن با بعد سلامت جسمی، همبستگی منفی ( $P=0/03$ ) و با بقیه ابعاد همبستگی مثبت داشت که در بعد روانی ( $P<0/001$ ) و اجتماعی - اقتصادی ( $P=0/05$ ) معنی دار بود.

وسعت و شدت سوختگی با همه ابعاد سلامت همبستگی منفی و معنی دار داشت. مدت زمان پس از سوختگی و با بعد جسمی به صورت همبستگی مثبت و معنی دار، با بعد روانی و اجتماعی - اقتصادی همبستگی منفی که معنی دار نبود.

در پژوهش حاضر، راهبرد مقابله‌ای اجتناب با میانگین ۵۶/۸ درصد، بیشترین کاربرد را داشت. پس از آن راهبرد مبتنی بر مشکل با میانگین ۵۱/۳ درصد و راهبرد مبتنی بر هیجان با میانگین ۵۱ درصد در سطح دوم و سوم قرار گرفتند. افراد مجرد بیشتر از راهبرد مقابله‌ای اجتناب و متأهلین از راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مشکل استفاده کرده بودند (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات راهبردهای مقابله‌ای واحدهای مورد پژوهش بر حسب انواع راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده در بیماران دچار سوختگی

نوع راهبرد مقابله‌ای	میانگین درصد نمرات	انحراف معیار
مبتنی بر مشکل	۵۱/۳	۱۲/۸
مبتنی بر هیجان	۵۱	۱۹/۷۷
اجتناب	۵۶/۸	۱۷/۶۸

بهتری دارند. در حالی که اجتناب با پی‌آمدهای بد ناشی از سوختگی همراه است (Kidal و همکاران، ۲۰۰۵) نتایج پژوهش انجام شده توسط (Wilbrand، ۲۰۰۱) نیز نشان داد که راهبرد مقابله‌ای اجتناب با وضعیت ضعیف سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی بیماران سوختگی مرتبط می‌باشد، که با پژوهش حاضر مطابقت داشته است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری خانم مریم قاسمی فلاورجانی و به راهنمایی خانم زهرا صفوی بیات و طرح پژوهشی مصوب به شماره ۱۳۸۸/۵/۲۶ مورخ ۱۲/۲۵/۱۰/۲۳۷ پ و مورخ ۱۳۸۸/۵/۲۶ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی می‌باشد. بدین وسیله از همکاری اساتید، کارکنان بیمارستان‌های سوختگی شهر تهران و بیماران دچار سوختگی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

مبتنی بر مشکل و در نهایت از راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر هیجان استفاده کردند. در مطالعه ای Liber و همکاران (۲۰۰۸)، بیماران دچار سوختگی بیشتر از راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر هیجان استفاده کرده بودند. در حالی که Wilbrand و همکاران (۲۰۰۱)، به این نتیجه رسیدند که این افراد پس از ترخیص بیشتر از راهبرد مقابله‌ای اجتناب استفاده کرده و از فعالیت‌ها و تعامل‌های اجتماعی دوری می‌کنند.

علاو بر این، نتایج پژوهش نشان داد که بین وضعیت سلامت و راهبردهای مقابله‌ای همبستگی وجود داشت. به طوری که افرادی که از راهبرد مقابله‌ای اجتناب استفاده می‌کردند، وضعیت سلامت ضعیف‌تری داشتند که در بعد سلامت روانی معنی دار بود. افرادی که از راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مشکل استفاده کرده بودند، وضعیت سلامت بهتری داشته که در همه ابعاد به جز بعد اجتماعی - اقتصادی معنی دار بود.

Bras و همکاران (۲۰۰۷) می‌نویسند استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و اجتناب با علایم اختلال تنش پس از سانحه و کیفیت زندگی ضعیف مرتبط است. افرادی که از راهبردهای مبتنی بر هیجان استفاده می‌کنند وضعیت سلامت

جدول ۳: بررسی همبستگی بین راهبردهای مقابله و ابعاد وضعیت سلامت در بیماران دچار سوختگی

وضعیت سلامت	مبتنی بر مشکل			مبتنی بر هیجان			اجتناب		R <sup>2</sup>
	P Value	CI	B	P Value	CI	B	P Value	CI	
سلامت جسمی	۰/۱۳	۰/۷۴ - ۱/۱۹	۰/۲۲	۰/۱۷	-۰/۱۵۶ - ۰/۱	-۰/۱۰۵	۰/۷۴	-۰/۳۶ - ۰/۲۶	۰/۷۴
سلامت روانی	۰/۲۷	۰/۴۲ - ۰/۸	۰/۵۷	۰/۶۸	-۰/۲۲ - ۰/۳۳	-۰/۲۸	۰/۴۲	-۰/۵۴ - (-۰/۰۲)	۰/۰۳
سلامت اجتماعی - اقتصادی	۰/۲۹	۰/۱۶ - ۰/۳	۰/۹۲	۰/۱	۰/۵۴ - ۰/۵۵	-۰/۲۳	۰/۱۶	-۰/۴۷ - (-۰/۰۰۴)	۰/۴۰
سلامت کلی	۰/۲۵	۰/۴۲ - ۰/۷۴	۰/۰۸	۰/۸۸	-۰/۲۱ - ۰/۲۵	-۰/۱۹	۰/۴۲	-۰/۴ - ۰/۰۳	۰/۰۹

### REFERENCES

- Bras M et al (2007). Coping with severe burns in the early stage after burn injury. *Collegium Antropologicum Journal*.31 (1) 159-163. (Abstract)
- Shakery G Sadeghi K (2004). [Assessment role of stressful and coping strategies on PTSD between imposed war weterans]. *Journal of Military Medicine*.5 (2) 111 – 116 ( Persian).
- Kidal M et al (2005).Coping strategies, injury characteristics and long- term outcome after burn injury. *Injury-International Journal of the Care of the Injured*. 36 (5) 511-518.
- Liber JM et al (2008).Coping style, personality and adolescent adjustment 10 years post –burn. *Burns*. 34 (2) 775-782.
- Pankhurst B Pakanawala T (2002). *Burn Trauma Management and Nursing Care* .2<sup>nd</sup> edition. London Whirr Publishers.
- Smeltzer SC et al (2008). *Brunner& Suddarth's Text book of Medical Surgical Nursing*.11<sup>th</sup> edition. Philladelphia, Lippincott Co.
- Soltani K et al (1998). Epidemiology and mortality of burns in Tehran/Iran. *Burns*. 4 (3) 325-328.

- Taal L Faber A (1998). Post traumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1 to 2 years post burn. *Burns*. 24 (3) 399-405.
- Tamson J et al (2002). The effect of burn nursing unit on burn wound infections. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 23 (4) 281-286.
- Willberand M (2003). Coping, Personality and Cognitive Process in Burn Injured Patients. Thesis of Doctor of Philosophy. Faculty of Medicine. Uppsala University. Sweden.
- Willberand M et al (2001). Development of the coping with burns questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 30 (7) 1059-1072.