

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^{۱*}، مریم قاسمی^۲، جمیله محتشمی^۳، نادره نادری^۴، دکتر علیرضا اکبرزاده باغبان^۵

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, ۲۰۰۲).

* 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،
پست الکترونیک: Zahrasb16@yahoo.com

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 ۳۰۰۰۰ 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 تنش زها 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.

یافته ها

یافته ها 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 $32/57 \pm 13/05$ سال بود. ۵۸/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش از سوختگی شدید رنج می بردند و ۴۱/۵ درصد از آن ها 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. هم چنین میانگین و انحراف معیار وسعت سوختگی $28/45 \pm 18$ 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 آن ها بین ۱ تا ۵ سال از سوختگی آن ها می گذشت. 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 می شدند و فقط ۲/۲ درصد از فامیل خود حمایت دریافت می کردند. ۷۵/۲ درصد از آن ها 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 $44 \pm 20/75$ درصد بود و کمترین آن مربوط به بعد سلامت اجتماعی و اقتصادی با میانگین و انحراف معیار $39/32 \pm 17/17$ درصد به دست آمد.

به دست آمد. پس از آن پژوهشگر، با اخذ رضایت کتبی از مسئولین دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی و ایران و هم چنین مراکز مورد مطالعه، به بیمارستان منتخب رفته و با بیماران بستری در بخش های سوختگی، ترمیمی یا مراجعه کننده به فیزیوتراپی و درمانگاه، ملاقات می کرد. پس از کسب رضایت شفاهی و شرح اهداف مطالعه با روش نمونه گیری در دسترس نمونه ها را از بین افراد واجد شرایط را انتخاب می نمود. پرسش نامه ها در اختیار بیماران قرار می گرفت، در مورد تکمیل آن توضیح کامل به آن ها داده و در حضور خود بیماران، توسط پژوهشگر تکمیل می گردید. هم چنین برای دستیابی به بعضی اطلاعات در مورد بیماران نظیر داروهای مصرفی و تشخیص بیماری حاد روانی، درصد سوختگی و... از پرونده آن ها نیز استفاده شد. لازم به ذکر است که پرسش نامه ها در دو نوبت و با فاصله ۱ ساعت تکمیل گردید.

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری اس پی اس اس ۱۴ و آمار توصیفی جهت دسته بندی 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 مقابله ای و وضعیت سلامت، از مدل رگرسیون چند گانه استفاده گردید.

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

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

در بعد سلامت جسمی، بیشتر واحدهای مورد پژوهش یعنی ۳۷/۱ درصد، در حد متوسط و کمترین آن ها 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 نمره های مردان با میانگین ۴۰/۷۷ درصد بود ($P=0/06$). در ابعاد سلامت روانی، اجتماعی - اقتصادی و کلی، به ترتیب میانگین نمره های 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 متاهل 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 ($P=0/3$) 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 مقابله ای 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 مقابله ای اجتناب و متاهلین از راهبرد مقابله ای مبتنی بر مشکل استفاده کرده بودند (جدول ۲).

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

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

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

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

همبستگی سلامت اجتماعی - اقتصادی و سلامت کلی با راهبردهای مقابله ای مبتنی بر مشکل و هیجان مثبت و با راهبرد مقابله ای اجتناب منفی که در مورد سلامت اجتماعی - اقتصادی با مقابله مبتنی بر هیجان ($P=0/01$) و سلامت کلی با مقابله مبتنی بر مشکل ($P=0/008$) معنی دار بود. به طور کلی، افرادی که از راهبرد مقابله ای 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 یافته های 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 حیطه های 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 مقابله ای اجتناب، پس از آن راهبرد مقابله ای

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 مقابله ای اجتناب با وضعیت ضعیف سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی بیماران سوختگی مرتبط می باشد، 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 پ و مورخ ۱۳۸۸/۵/۲۶ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی می باشد. بدین وسیله از همکاری اساتید، کارکنان بیمارستان های سوختگی شهر تهران و بیماران دچار سوختگی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

مبتنی بر مشکل و در نهایت از راهبرد مقابله ای مبتنی بر هیجان استفاده کردند. در مطالعه ای Liber و همکاران (۲۰۰۸)، بیماران دچار سوختگی بیشتر از راهبرد مقابله ای 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 مقابله ای اجتناب استفاده کرده و از فعالیت ها و تعامل های اجتماعی دوری می کنند.

علاو بر این، نتایج پژوهش نشان داد که بین وضعیت سلامت و راهبردهای مقابله ای همبستگی وجود داشت. به طوری که افرادی که از راهبرد مقابله ای اجتناب استفاده می کردند، وضعیت سلامت ضعیف تری داشتند که در بعد سلامت روانی معنی دار بود. افرادی که از راهبرد مقابله ای 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) می نویسند استفاده از راهبردهای مقابله ای 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 می کنند وضعیت سلامت

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

راهبردهای مقابله ای										وضعیت سلامت
مبتنی بر مشکل			مبتنی بر هیجان			اجتناب				
P Value	CI	B	P Value	CI	B	P Value	CI	B	R ²	
۰/۷۴	-۰/۳۶ - ۰/۲۶	-۰/۰۵	۰/۱۷	-۰/۵۶ - ۰/۱	-۰/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳ - ۱/۱۹	۰/۷۴	۰/۱۳	سلامت جسمی
۰/۰۳	-۰/۵۴ - (-۰/۰۲)	-۰/۲۸	۰/۶۸	-۰/۲۲ - ۰/۳۳	۰/۵۷	۰/۰۲	۰/۵۳ - ۰/۸	۰/۴۲	۰/۲۷	سلامت روانی
۰/۴۰	-۰/۴۷ - (-۰/۰۰۴)	-۰/۲۳	۰/۰۱	۰/۵۴ - ۰/۵۵	۰/۳	۰/۹۲	-۰/۳۴ - ۰/۳	۰/۱۶	۰/۲۹	سلامت اجتماعی - اقتصادی
۰/۰۹	-۰/۴ - ۰/۰۳	-۰/۱۹	۰/۸۸	-۰/۲۱ - ۰/۲۵	۰/۰۱	۰/۰۰۸	۰/۱۱ - ۰/۷۴	۰/۴۲	۰/۲۵	سلامت کلی

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 .2nd edition. London Whirr Publishers.
- Smeltzer SC et al (2008). Brunner& Suddarth's Text book of Medical Surgical Nursing.11th 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.