Iran Journal of Nursing
2025. Vol 38

Research Paper

Impact of Family-centered Education on the Caregiving Burden of Family Caregivers of Burn Victims

*Fatemeh Sadat Tajzadeh[1], Mahnaz Seyedoshohadaee[2], Hamid Haghani[3]

Use your device to scan and read the article online

Citation Tajzadeh F, Seyedoshohadaee M, Haghani H. [Impact of Family-centered Education on the Caregiving Burden of Family Caregivers of Burn Victims (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2025; 38:E3581. https://doi.org/10.32598/ijn.13581.1

https://doi.org/10.32598/ijn.13581.1

Received: 23 Jul 2025
Accepted: 22 Dec 2025
Available Online: 30 Dec 2025

Keywords:
Family-centered Education, Caregiver burden, Burns

ABSTRACT

Background & Aims Burn injuries can disrupt a person's daily life and require immediate and special treatment and care. In addition to the individual, their family caregivers are also affected. This study aimed to determine the effect of family-centered education on the caregiving burden of family caregivers of burn victims.

Materials & Methods This quasi-experimental study was conducted in 2024 on 80 caregivers of burn victims admitted to Shahid Motahari Hospital in Tehran, Iran, who were selected using a continuous sampling method. They were divided into two groups of intervention and control (40 in each group). Data collection tools included a demographic form and the Zarit Burden Interview (ZBI), 2-3 days after admission and one month after discharge. The intervention groups received family-centered training in subgroups of 5-10 at 4 sessions, in a lecture or question-and-answer format, each session lasting 45-60 minutes. Data analysis was performed in SPSS software, version 16 using descriptive and inferential statistics (Fisher's exact test, Chi-square test, independent t-test, paired t-test).

Results After the intervention, the mean ZBI score overall and in its domains were significantly different between the two groups, such that the score of the intervention group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). In the intervention group, the ZBI score, both overall and in its dimensions, decreased significantly after the intervention compared with pre-intervention ($P<0.001$), whereas this difference was not significant in the control group.

Conclusion Family-centered education can lead to a reduction in caregiving burden and its domains in family caregivers of burn victims.

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Statistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*** Corresponding Author:***
Fatemeh Sadat Tajzadeh
Address: Nursing and Midwifery Care Research Center, Health Management Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Tel: +98 (938) 5268498
E-Mail: fatemehsadattajzadeh@gmail.com

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Burn injuries can disrupt a person's daily life and require immediate treatment and care. In addition to the affected individual, their family caregivers are also affected. Given the relationships between family, both face challenges that can pose a care burden and cause physical and psychological problems in caregivers. This study aimed to determine the effect of family-centered education on the caregiving burden of family caregivers of burn victims in Iran.

Methods

This quasi-experimental study was conducted in 2024 on 80 caregivers of burn victims admitted to Shahid Motahari Hospital in Tehran, who were selected using a continuous sampling method. They were divided into two groups of intervention and control (40 in each group). Data collection tools included a demographic form and the 22-item Zarit Burden Interview (ZBI). Caregivers completed the ZBI 2-3 days after admission and one month after discharge. The intervention groups received family-centered training in subgroups of 5-10 at 4 sessions, in a lecture or question-and-answer format, each session lasting 45-60 minutes. The educational content provided information about the burn process, types and degrees of burns, wound care, proper nutrition, possible long-term effects of burns (scar care, psychological complications), how to adapt to the complications of the disease and rehabilitation stages, and when to refer to hospital again. Educational sessions were held in a room at the hospital clinic during dress changes in each session, and the total sampling period was two months. Data analysis was performed in SPSS software, version 16 using descriptive statistics (including frequency and percentage for qualitative variables and mean and standard deviation for quantitative variables) and inferential statistics (Fisher's exact test, Chi-square test, independent t-test, paired t-test).

Results

The two groups did not differ significantly in terms of demographic and burn characteristics and were homogeneous. The results of the independent t-test showed that the mean total ZBI score and the scores of its domains were not significantly different between the two groups before the intervention; however, after the intervention, this difference was statistically significant, such that the score of the intervention group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). The results of the paired t-test also showed that, in the intervention group, the ZBI score, both overall and in its dimensions, decreased significantly after the intervention compared with pre-intervention ($P<0.001$), whereas this difference was not significant in the control group.

Conclusion

According to the results, family-centered education can lead to a reduction in caregiving burden and its dimensions in family caregivers of burn victims..

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences (Code: IR.IUMS.REC.1403.277) and was registered by the Iranian Registry of Clinical Trials (ID: IRCT20240714062428N1)

Funding

This article was extracted from a master's thesis in Emergency Nursing funded by Iran University of Medical Sciences.

Authors' contributions

Writing the initial draft, data collection, project administration: Fatemeh Sadat Tajzadeh; Supervision, review & editing: Mahnaz Seyedoshohadaee; Statistical analysis: Hamid Haghani; Final approval: All authors.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants, the staff of the Emergency Department of Shahid Motahari Burn Hospital, and the Deputy for Research of Iran University of Medical Sciences for their cooperation, time, and support.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش خانواده‌محور بر بار مراقبتی مراقبین مصدومین سوختگی

*فاطمه سادات تاج‌زاده قهی[۱]، مهناز سیدالشهدایی[۲]، حمید حقانی[۳]

Use your device to scan and read the article online

Citation Tajzadeh F, Seyedoshohadaee M, Haghani H. [Impact of Family-centered Education on the Caregiving Burden of Family Caregivers of Burn Victims (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2025; 38:E3581. https://doi.org/10.32598/ijn.38.13581.1

https://doi.org/10.32598/ijn.38.13581.1

تاریخ دریافت: ۰۱ مرداد ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۰۱ دی ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۰۹ دی ۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف ماهیت تهاجمی و ناگهانی آسیب‌های سوختگی، فرایند عادی زندگی را تغییر می‌دهد و از موارد اورژانسی است که به درمان و مراقبت فوری نیاز دارد. علاوه‌بر فرد، مراقبین وی نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند و باتوجه‌به روابط پایدار و ناگسستنی فرد و خانواده، هردو با چالش‌هایی مواجه می‌شوند که بارمراقبتی و مشکلات جسمانی و روانی را به همراه دارد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش خانواده‌محور بر بار مراقبتی مراقبین مصدومین سوختگی صورت گرفت.

روش بررسی این مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع دو گروهی در سال ۱۴۰۳ بر روی ۸۰ نفر از مراقبین مصدومین سوختگی بیمارستان شهید مطهری در تهران با روش نمونه‌گیری مستمر انجام شد. جهت تعیین گروه مداخله و کنترل و پیشگیری از آلوده شدن اطلاعات در روزهای زوج نمونه‌های گروه مداخله و در روزهای فرد نمونه‌های گروه کنترل نمونه‌گیری شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه بار مراقبتی زاریت بود. گروه مداخله در ابتدا ۲ تا ۳ روز پس از پذیرش سرپایی و ۱ ماه پس از ترخیص بیمار از درمانگاه، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. سپس مداخله با آموزش خانواده‌محور به مراقبین در گروه های ۵ تا ۱۰ نفره طی ۴ جلسه با روش سخنرانی و پرسش‌وپاسخ در زمان ۴۵ الی ۶۰ دقیقه با محتوای آموزشی شامل ارائه اطلاعات درخصوص فرایند سوختگی، انواع و درجات سوختگی، نحوه مراقبت از زخم، تغذیه مناسب، اثرات احتمالی طولانی‌مدت سوختگی (مراقبت از اسکار زخم، عوارض سایکولوژی)، نحوه سازگاری باعوارض بیماری و مراحل توانبخشی، زمان ارجاع مجدد انجام شد. جلسات آموزشی در درمانگاه بیمارستان به هنگام تعویض پانسمان در هرجلسه انجام شد و درکل، مدت نمونه‌گیری ۲ ماه بود. ۱ ماه بعد از آموزش، مجدد پرسش‌نامه‌ها تکمیل شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ در دو بخش آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف‌معیار برای متغیرهای کمی پژوهش و آمار استنباطی شامل آزمون‌های دقیق فیشر، کای‌اسکوئر، آزمون تی مستقل و زوجی صورت گرفت.

یافته‌ها مراقبین و بیماران در دو گروه از نظر مشخصات جمعیت‌شناسی تفاوت معناداری نداشتند و همگن بودند. میانگین بار مراقبتی قبل از مداخله در این گروه ۱۴/۵۵ با انحراف‌معیار ۹/۷۵ و ۴ هفته بعد از مداخله ۹/۶۰ با انحراف‌معیار ۶/۹۹ بود. در گروه کنترل قبل از مداخله ۸۵ درصد از مراقبین و ۴ هفته بعد ۸۲/۵ درصد عدم بار مراقبتی یا بار مراقبتی در حد کم داشتند و میانگین بارمراقبتی قبل از مداخله در این گروه ۱۳/۷۰ با انحراف‌معیار ۶/۳۴ و ۴ هفته بعد ۱۴/۱۰ با انحراف‌معیار ۶/۳۰ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره بار مراقبتی مراقبین و حیطه‌های آن قبل از مداخله در دو گروه موردبررسی تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند اما بعد از مداخله این اختلاف در دو گروه معنی‌دار بوده است، به‌طوری‌که میانگین نمره کسب‌شده در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود (P<۰/۰۵). نتایج آزمون تی زوجی نیز نشان‌دهنده آن بود که در گروه مداخله فشار مراقبتی و ابعاد آن بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش معنی‌دار آماری داشته است (P<۰/۰۰۱) اما این اختلاف در گروه کنترل معنی‌دار نبوده است.

نتیجه‌گیری خانواده و مراقبین نقش اصلی در ارائه مراقبت‌ها از مرحله حاد تا توانبخشی ایفا می‌کنند که در این مسیر با مشکلات زیادی روبه‌رو می‌شوند و بار مراقبتی را برای آنان به همراه دارد؛ و برآورده کردن نیاز اطلاعاتی آنان از چالش‌های مهم مراقبتی است. مطابق نتایج مطالعه، مراقبینی که علاوه‌بر آموزش‌های مرسوم، آموزش خانواده‌محور را دریافت کردند کاهش بار مراقبتی و ابعاد آن را نشان دادند.

کلیدواژه‌ها:
آموزش خانواده محور، بار مراقبتی مراقبین، مصدومین سوختگی

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* **نویسنده مسئول:**
فاطمه سادات تاج‌زاده قهی
نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، پژوهشکده مدیریت سلامت، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی.
تلفن: ۵۲۶۸۴۹۸ (۹۳۸) ۹۸+
رایانامه: fatemehsadattajzadeh@gmail.com

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

حوادث از مهم‌ترین مشکلات مرتبط با سلامتی محسوب می‌شوند [۱]. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی[1]، ۳۰۰ هزار نفر بر اثر سوختگی و عوارض پس از آن جان خود را از دست می‌دهند و بیش از ۹۵ درصد از مرگ‌ومیرهای ناشی از آتش‌سوزی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ می‌دهد [۲]. سوختگی چهارمین علت اصلی تروما در سراسر جهان است [۳]. ضایعات ناشی از سوختگی، سومین علت مرگ‌های تصادفی در تمام گروه‌های سنی و دومین علت آسیب در گروه‌های سنی (۰ تا ۴ ساله) محسوب می‌شود. براساس برخی گزارش‌ها، در کشور ایران سالیانه حدود ۱۵۰ هزار نفر دچار سوختگی می‌شوند و تعداد موارد مرگ‌ومیر نیز ۳۰۰۰ مورد می‌باشد [۴].

انجمن سوختگی اروپا[2]، آسیب سوختگی را به‌عنوان یک ترومای پیچیده که نیازمند درمان بین رشته‌ای است تعریف می‌کند [۵]. پرستاران بخشی جدایی‌ناپذیر از یک تیم چندرشته‌ای مراقبت از بیماران سوختگی هستند و در مقایسه با سایر اعضای تیم سوختگی زمان بیشتری را برای مراقبت از آن‌ها صرف می‌کنند [۶]. تأثیر صدمات ناشی از سوختگی به تأثیر آن بر فرد محدود نمی‌شود، زیرا اعضای خانواده‌هایی که مراقب هستند نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند [۳]. درک پرستار از چالش‌های مراقبین، ارزیابی بار مراقب و قضاوت درمورد تأثیر بر کیفیت زندگی بیمار همگی می‌تواند پرستار را در مراقبت از بیمار راهنمایی کند [۷]. تا به امروز، ادبیات از این ایده حمایت می‌کند که بارمراقب به‌دلیل ساختار چندبعدی آن مفهومی پیچیده است.

ونیگ و همیلتون ابتدا مفهوم بار را مطرح کردند و معتقد بودند بار را می‌توان به بار ذهنی و عینی تقسیم کرد. بار ذهنی در درجه اول شامل احساسات شخصی مراقبین در حین انجام وظیفه مراقبت ایجاد می‌شود، درحالی‌که بارعینی به‌عنوان رویدادها یا فعالیت‌های مرتبط با تجربیات منفی مراقبت تعریف می‌شود. کالینز و همکاران پیشنهاد کردند بار مراقب به دردهای روانی، مسائل سلامت جسمانی، فشارهای مالی و اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی، احساس ناامیدی و سایر پیامدهای منفی وظایف مراقبت اشاره دارد [۸]. مراقبین مسئولیت‌هایی را برعهده می‌گیرند که بر زندگی شخصی، وضعیت مالی و رفاه روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. بسیاری از مراقبین نیازهای حمایتی برآورده‌نشده را تجربه می‌کنند، ازجمله اطلاعات ناکافی مربوط به مراقبت، حمایت عاطفی رضایت‌بخش و مشکل در حفظ روابط [۹]. نیازی که برای اعضای خانواده بیشترین اهمیت را دارد در مطالعات مختلف متفاوت است و پیشینه فرهنگی ممکن است بر نحوه ارزش‌گذاری نیازها تأثیر داشته باشد. بااین‌حال، نیاز به دریافت اطلاعات اغلب دارای رتبه بالایی است [۱۰].

مراقبت خانواده‌محور منعکس‌کننده فلسفه ارائه خدمات بهداشتی است که در آن مراقبت به جای بیمار، حول خانواده برنامه‌ریزی می‌شود [۱۱]. نتایج برخی مطالعات نشان داده ۱۹ درصد از بیماران سوختگی به‌دلیل دریافت اطلاعات ناکافی پس از ترخیص دچار عوارض جبران‌ناپذیری شده‌اند. باتوجه‌به نقش مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران نظیر کاهش اقامت در بیمارستان و مراجعه کمتر جهت بستری مجدد، در حدود دو سوم مراقبین اذعان داشته‌اند جهت ارائه مراقبت به بیمارشان با آن‌ها هماهنگی نشده است. به‌علاوه ۸۴ درصد از مراقبین خانوادگی گزارش کرده‌اند که درخصوص مراقبت از بیمارشان یا خودشان آموزش خاصی توسط کارکنان مراکز درمانی یا بهداشتی دریافت نکرده‌اند [۴]. باوجود اهمیت آگاهی‌بخشی به بیمار سوختگی و خانواده وی، برنامه‌های آموزشی جامع و کاملی برای بیماران و مراقب خانوادگی آنان به هنگام ترخیص در ایران وجود نداشته و بیماران و خانواده‌های آنان چندان مورد پیگیری قرار نمی‌گیرند [۱۲].

اهمیت حمایت خانواده در ادبیات مراقبت از سوختگی تأیید شده است، اما تلاش کمی برای روشن شدن مسائلی که آن‌ها با آن مواجه هستند انجام شده است. درنتیجه، توسعه مداخله خاص برای حمایت خانواده دشوار بوده است. بنابراین، ضرورت دارد مسائل و نگرانی‌های خانواده‌های بیماران سوختگی به‌طور روشن و دقیق ترسیم شود تا این اطلاعات بتواند مطالعات آینده را هدایت کرده و به توسعه راهبردهای حمایتی مناسب کمک نماید [۱۳]. باتوجه‌به موارد پیش‌گفت و براساس تجربه بالینی پژوهشگر در زمینه درمان زخم بیماران سوختگی، خانواده‌ها غالباً به‌دلیل فقدان آگاهی کافی درخصوص مراقبت از زخم، نحوه پانسمان و روند ترمیم آن، با سطح بالایی از استرس مواجه می‌شوند که این امر موجب نگرانی و اضطراب آنان می‌گردد. علاوه‌براین، بار مراقبتی سنگین بر دوش مراقبین و کمبود اطلاعات کافی هنگام ترخیص، چالش‌های متعددی را در مسیر مراقبت ایجاد می‌کند. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش خانواده‌محور بر بار مراقبتی مراقبین بیماران سوختگی انجام گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی دو گروهی بود. نمونه پژوهش را مراقبین مصدومین سوختگی مراجعه‌کننده به بخش اورژانس به‌صورت سرپایی در مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری از مراقبین به‌طور مستمر بود. برای تعیین حداقل حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه تأثیر آموزش خانواده‌محور بر بار مراقبتی مراقبین بیماران سوختگی در مقایسه با گروه کنترل ۵ نمره باشد (یک‌دهم میانگین نمره ابزار در مطالعات مشابه امینی وهمکاران [۴]) تا این تأثیر ازنظر آماری معنی‌دار تلقی گردد؛ حجم

1. World Health Organization (WHO)
2. European Burns Association Congress (EBAC)

نمونه درکل ۸۰ نفر، درهر گروه حداقل ۳۶ نفر برآورد گردید که با احتساب افت نمونه ۴۰ نفرمحاسبه گردید. براساس مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر بارمراقبتی مادران کودکان بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه جراحی قلب باز انحراف‌معیار بار مراقبتی ۷/۶ برآورد گردید [۱۴].

معیارهای ورود به مطالعه برای مددجو شامل سن بالای ۱۸ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا مددجو به بیماری‌های مزمن یا اختلالات روانی و خودسوزی (خودگزارشی)، سوختگی زیر ۳۰ درصد و عدم اندیکاسیون بستری و سوختگی درجه ۲ و ۳ بود.

معیارهای ورود به مطالعه برای مراقب شامل سن بالای ۱۸ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، توانایی حضور در تمامی جلسات، مسئول اصلی مراقبت از بیمار و عضو اصلی و درجه ۱ از خانواده بیمار بود.

معیارهای خروج از مطالعه فوت مددجو و تغییر در روند درمان، عدم تمایل برای شرکت در ادامه مطالعه باوجود موافقت اولیه، انتقال مددجو به مرکز درمانی دیگر و مراقبت از یکی دیگر از اعضای خانواده غیر از فرد دچار سوختگی را دربر می‌گرفت.

در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات جمعیت‌شناختی دارای دو بخش مربوط به مددجو و مراقب وی و پرسش‌نامه بار مراقبتی زاریت (zarit) بود [۱۵]. در فرم مشخصات جمعیت‌شناختی اطلاعات مربوط به مراقب شامل متغیرهای سن، جنسیت، سطح تحصیلات، محل سکونت، وضعیت تأهل، سطح درآمد، نسبت با بیمار، سابقه مراقبت، بیمه، سابقه بیماری بود و اطلاعات مربوط به بیمار شامل نوع سوختگی، درصد سوختگی، درجه سوختگی و بیماری‌های همراه را شامل می‌شد.

پرسش‌نامه بار مراقبتی زاریت شامل ۲۲ سؤال در مورد فشارهای اجتماعی-عملکردی و عاطفی-روانی است. پاسخ مراقبین برای هر عبارت در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (هرگز تا همیشه) اندازه‌گیری می‌شد که به‌ترتیب از (۰) تا (۴) نمره‌گذاری شد. واحدهای موردپژوهش در پاسخ به هر سؤال یکی از حالات هرگز (امتیاز ۰)، به‌ندرت (امتیاز ۱)، بعضی اوقات (امتیاز ۲)، اغلب (امتیاز ۳) و همیشه (امتیاز ۴) را انتخاب کردند. براین‌اساس، مجموع نمرات حاصل از (۰) تا (۸۸) متغیر بود. نمره پایین‌تر، نشان‌دهنده بار مراقبتی کمتر است. نمره‌های (۰) تا (۲۰) کم بودن یا عدم بار مراقبتی، نمره (۲۱) تا (۴۰) بار مراقبتی متوسط و نمره (۴۱) تا (۸۸) بارمراقبتی شدید را نشان می‌دهد [۱۶].

برای تعیین روایی و پایایی فرم مشخصات جمعیت‌شناختی، از روایی محتوا استفاده شد. به این صورت که فرم جمع‌آوری اطلاعات پس از مطالعه منابع و کتب مربوط به موضوع پژوهش تهیه شد و سپس با استفاده از نظرات علمی ۳ نفر از اعضای محترم هئیت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران اصلاحات انجام شد. ضریب پایایی نسخه اصلی ابزار بار مراقبتی زاریت به روش آزمون مجدد ۰/۷۱ و همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ می‌باشد [۱۷]. روایی این پرسش‌نامه در تحقیق پهلوان‌زاده و همکاران از طریق آزمون مجدد، ۹۴ درصد گزارش شد و در تحقیق تبریزی ۷۷ درصد به دست آمد. علاوه‌براین در مطالعه دلیر و همکاران نیز پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شد که ۰/۸۲ به دست آمد و نشان‌دهنده قابل‌قبول بودن این ابزار است [۱۴].

در این مطالعه پایایی این ابزار در نمونه ۳۰ نفری از افراد که مشابه نمونه موردنیاز برای مطالعه بودند، بررسی شد و آلفای کرونباخ سنجیده شد که ۰/۸۲ به دست آمد. این ۳۰ نفر جزء نمونه نهایی مطالعه نبودند. بررسی روایی توسط سه نفر عضو هیئت علمی دانشکده و گروه تحقیق انجام شد. روایی کتابچه آموزشی به روش روایی محتوا بود به‌این‌ترتیب که تیم پژوهشی با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و منابع موجود شامل کتب، مجلات، سایت‌های اینترنتی معتبر و پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با موضوع پژوهش، محتوای آموزشی را تنظیم و سپس روایی آن توسط نظرات ۳ نفر از اعضای هیئت علمی پرستاری انجام شد.

پس از کسب اجازه از مسئولین مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری، ۲ یا ۳ روز پس از مناسب شدن شرایط جسمی و روانی بیمار توضیحات لازم برای اخذ رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه به مراقبین اصلی بیماران سوختگی داده شد. جهت تعیین گروه مداخله و کنترل و پیشگیری از آلوده شدن اطلاعات در روزهای زوج نمونه‌های گروه مداخله و در روزهای فرد نمونه‌های گروه کنترل وارد مطالعه شدند که نمونه براساس معیارهای ورود از جامعه پژوهش انتخاب شدند و ریزش نمونه در این مطالعه وجود نداشت. گروه مداخله (مراقبین) در ابتدا ۲ تا ۳ روز پس از پذیرش) به‌صورت سرپایی و ۱ ماه پس از ترخیص از درمانگاه پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. مراقبین گروه کنترل در ابتدا و ۴ هفته پس از دریافت آموزش‌های مرسوم بخش پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. مراقبین گروه مداخله علاوه‌بر دریافت آموزش‌های مرسوم، برنامه آموزش خانواده‌محور را نیز دریافت کردند.

آموزش خانواده‌محور برای مراقبین در قالب چهار جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای، در گروه‌های ۵ تا ۱۰ نفره و به روش سخنرانی و پرسش‌وپاسخ برگزار شد. محتوای آموزشی شامل ارائه اطلاعات درخصوص فرایند سوختگی، نحوه مراقبت از زخم و پانسمان، انواع و درجات سوختگی، تغذیه مناسب، اثرات احتمالی طولانی‌مدت سوختگی (مانند مراقبت از اسکار زخم و پیامدهای روان‌شناختی)، شیوه‌های سازگاری با عوارض بیماری، مراحل توانبخشی و زمان ارجاع مجدد بود. جلسات آموزشی درمانگاه بیمارستان و هم‌زمان با تعویض پانسمان بیماران اجرا گردید. پس از پایان جلسات، پرسش‌نامه‌ها مجدداً توسط مراقبین تکمیل شدند. به‌منظور

رعایت اصول اخلاق پژوهش، محتوای آموزشی مراقبتی در اختیار مراقبین گروه کنترل نیز قرار گرفت.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی و از میانگین و انحراف‌معیار برای متغیرهای کمی پژوهش استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های دقیق فیشر[3]، کای‌اسکوئر[4]، همچنین از آزمون تی مستقل[5] و تی زوجی[6] استفاده شد. سطح معنی‌داری در مطالعه حاضر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به مشخصات فردی مراقبین بیماران سوختگی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. براساس یافته‌ها، ۶۲/۵ درصد (۲۵نفر) از مراقبین در گروه مداخله و ۵۵ درصد (۲۲نفر) در گروه کنترل زن بودند. میانگین سنی مراقبین در گروه مداخله سال و در گروه کنترل سال بود. همچنین، ۴۲/۵ درصد (۱۷ نفر) از مراقبین گروه مداخله دارای تحصیلات دانشگاهی بودند، درحالی‌که ۵۵ درصد (۲۲نفر) از مراقبین گروه کنترل تحصیلات در سطح دیپلم داشتند. اکثر افراد موردپژوهش در گروه مداخله ۹۷/۵ درصد (۳۹ نفر) و تمامی افراد در گروه کنترل ساکن شهر بودند. وضعیت تأهل نشان داد ۷۰ درصد (۲۸ نفر) از مراقبین گروه مداخله و ۶۷/۵ درصد (۲۷ نفر) از مراقبین گروه کنترل متأهل بودند.

نتایج همچنین نشان داد اکثر مراقبین در هر دو گروه، به‌ترتیب ۷۲/۵ درصد (۲۹ نفر) گروه مداخله و ۷۰ درصد (۲۸نفر) در گروه کنترل، درآمدی در سطح متوسط داشتند. ازنظر نسبت خویشاوندی با بیمار، ۴۰ درصد (۱۶نفر) از مراقبین گروه مداخله و ۶۲/۵ درصد (۲۵نفر) از مراقبین گروه کنترل فرزند بیمار بودند که بیشترین فراوانی را در این پژوهش داشتند. بیش از نیمی از مراقبین در هر دو گروه سابقه مراقبت از بیمار را گزارش کردند. اغلب مراقبین در هر دو گروه تحت پوشش بیمه بودند و اکثریت آنان سابقه بیماری زمینه‌ای نداشتند.

نتایج آزمون‌های آماری نشان داد دو گروه موردبررسی در هیچ‌یک از مشخصات فردی تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند و از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن بودند.

یافته‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد ۴۷/۵ درصد از بیماران در گروه مداخله و ۵۵ درصد در گروه کنترل زن بودند. میانگین سنی بیماران در گروه مداخله ۱۸/۲۹±۴۷/۱۵ سال و در گروه کنترل ۲۲/۳۰±۴۶/۸۷ سال بود. ازنظر سطح تحصیلات، ۳۲/۵ درصد از بیماران گروه مداخله و ۴۲/۵ درصد از بیماران گروه کنترل دارای تحصیلات کمتر از دیپلم بودند. بیشتر بیماران گروه مداخله (بیش از ۹۰ درصد) و تمامی بیماران گروه کنترل ساکن شهر بودند. همچنین، ۶۰ درصد از بیماران گروه مداخله و ۴۰ درصد از بیماران گروه کنترل متأهل بودند.

ازنظر وضعیت اقتصادی، ۵۵ درصد از بیماران در هر دو گروه درآمدی در سطح متوسط داشتند. اغلب بیماران در هر دو گروه تحت پوشش بیمه بودند و اکثریت آنان سابقه بیماری زمینه‌ای نداشتند. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد دو گروه موردبررسی در هیچ‌یک از مشخصات فردی بیماران تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند و از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن بودند.

طبق نتایج جدول شماره ۳ نوع سوختگی ۶۷/۵ درصد از بیماران در گروه مداخله و ۵۷/۵ درصد در گروه کنترل گرمایی بوده است و درصد سوختگی بیشتر بیماران در هر دو گروه یعنی ۹۰ درصد در گروه مداخله و ۹۲/۵ درصد در گروه کنترل ۱۰ تا ۲۵ درصد بوده است که بیشتر آن‌ها یعنی ۸۰ درصد در گروه مداخله و ۸۵ درصد در گروه کنترل سوختگی از نوع درجه ۲ داشتند. نتایج نشان‌دهنده آن است که دو گروه ازنظر مشخصات سوختگی تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند.

نتایج جدول شماره ۴ نشان‌دهنده آن است که در گروه مداخله قبل از مداخله ۷۵ درصد از مراقبین و ۴ هفته بعد از مداخله ۹۰ درصد عدم بار مراقبتی یا بار مراقبتی در حد کم داشتند؛ در گروه کنترل قبل از مداخله ۸۵ درصد از مراقبین و ۴ هفته بعد ۸۲/۵ درصد عدم بار مراقبتی یا بار مراقبتی در حد کم داشتند.

طبق نتایج جدول شماره ۵ در گروه مداخله قبل از مداخله بار مراقبتی اجتماعی و عملکردی بالاتر از بار مراقبتی عاطفی و روانی بود، همچنین ۴ هفته بعد از مداخله نیز بار مراقبتی اجتماعی و عملکردی بالاتر از بار مراقبتی عاطفی و روانی بود. در گروه کنترل نیز قبل از مداخله و ۴ هفته بعد بار مراقبتی اجتماعی و عملکردی بالاتر از بار مراقبتی عاطفی و روانی بود.

در گروه مداخله، پیش از اجرای آموزش، بار مراقبتی اجتماعی و عملکردی بالاتر از بار مراقبتی عاطفی و روانی بود و ۴ هفته پس از مداخله نیز بار مراقبتی اجتماعی و عملکردی همچنان بالاتر از بار مراقبتی عاطفی و روانی گزارش شد. در گروه کنترل نیز نتایج نشان داد پیش از مداخله بار مراقبتی اجتماعی و عملکردی بالاتر از بار مراقبتی عاطفی و روانی بود و ۴ هفته بعد از مداخله نیز بار مراقبتی اجتماعی و عملکردی بالاتر از بار مراقبتی عاطفی و روانی باقی ماند.

همچنین نتایج برون‌گروهی نشان‌دهنده آن است که بار مراقبتی و ابعاد آن قبل از مداخله در دو گروه موردبررسی تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند، اما بعد از مداخله این اختلاف در دو گروه معنی‌دار بوده، به‌طوری‌که میانگین نمره کسب‌شده در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است ($P<0/05$). نتایج آزمون درون‌گروهی نیز نشان‌دهنده آن بود

3. Fishers exact test
4. Chi-squared test
5. Independent-Samples T Test
6. Paired-samples T Test

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی در دو گروه مراقبین مصدومین سوختگی

مشخصات فردی مراقبین		تعداد (درصد)/ انحراف‌معیار± میانگین/بیشینه- کمینه		نتایج آزمون
		مداخله	کنترل	
جنسیت	مرد	۱۵(۳۷/۵)	۱۸(۴۵)	χ^2=۰/۴۶۴* df=۱ P=۰/۴۹۶
	زن	۲۵(۶۲/۵)	۲۲(۵۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
سن(سال)	زیر ۳۰	۱۰(۲۵)	۱۰(۲۵)	t=۰/۴۲۵** df=۷۸ P=۰/۶۷۲
	۳۰-۳۹	۹(۲۲/۵)	۸(۲۰)	
	۴۰-۴۹	۱۰(۲۵)	۱۰(۲۵)	
	۵۰-۵۹	۸(۲۰)	۷(۱۷/۵)	
	۶۰ و بالاتر	۳(۷/۵)	۵(۱۲/۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
	-	۴۰/۵۵±۱۳/۴۶ ۱۸-۷۰	۴۱/۸۵±۱۳/۸۷ ۱۹-۶۶	
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۸(۲۰)	۸(۲۰)	χ^2=۳/۱۳۹* df=۲ P=۰/۲۰۸
	دیپلم	۱۵(۳۷/۵)	۲۲(۵۵)	
	دانشگاهی	۱۷(۴۲/۵)	۱۰(۲۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
محل سکونت	شهر	۳۹(۹۷/۵)	۴۰(۱۰۰)	P=۰/۹۹۸**
	روستا	۱(۲/۵)	۰(۰)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱(۲۷/۵)	۱۳(۳۲/۵)	P=۰/۸۰۸**
	متأهل	۲۸(۷۰)	۲۷(۶۷/۵)	
	مطلقه	۱(۲/۵)	۰(۰)	
	جمع کل	۴(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
درآمد	خوب	۴(۱۰)	۷(۱۷/۵)	χ^2=۱/۱۶۹* df=۲ P=۰/۵۵۷
	متوسط	۲۹(۷۲/۵)	۲۸(۷۰)	
	ضعیف	۷(۱۷/۵)	۵(۱۲/۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
نسبت	همسر	۱۱(۲۷/۵)	۴(۱۰)	χ^2=۵/۴۰۹* df=۲ P=۰/۰۶۷
	فرزند	۱۶(۴۰)	۲۵(۶۲/۵)	
	سایر	۱۳(۳۲/۵)	۱۱(۲۷/۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	

مشخصات فردی مراقبین		تعداد (درصد)/ انحراف‌معیار± میانگین/بیشینه – کمینه		نتایج آزمون
		مداخله	کنترل	
سابقه مراقبت	بله	۲۴(۶۰)	۲۱(۵۲/۵)	χ^2=۰/۴۵۷* df=۱ P=۰/۴۹۹
	خیر	۱۶(۴۰)	۱۹(۴۷/۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
بیمه	دارد	۲۵(۶۲/۵)	۳۲(۸۰)	χ^2=۲/۹۹۰* df=۱ P=۰/۰۸۴
	ندارد	۱۵(۳۷/۵)	۸(۲۰)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
سابقه بیماری زمینه‌ای	دارد	۴(۱۰)	۶(۱۵)	χ^2=۰/۴۵۷* df=۱ P=۰/۴۹۹
	ندارد	۳۶(۹۰)	۳۴(۸۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	

* آزمون کای‌اسکوئر، ** آزمون دقیق فیشر، ***آزمون تی مستقل

نشریه پرستاری ایران

که در گروه مداخله بارمراقبتی و ابعاد آن بعد نسبت به قبل از مداخله کاهش معنی‌دار آماری داشته است (P<۰/۰۰۱) اما این اختلاف در گروه کنترل معنی‌دار نبوده است.

جدول شماره ۶ تغییرات بار مراقبتی و ابعاد آن را در دو گروه موردبررسی نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود تغییرات در گروه مداخله کاهشی بوده که به معنای کاهش بار مراقبتی و ابعاد آن در این گروه بوده اما در گروه کنترل این تغییرات بسیار کم و البته مثبت بوده است. نتیجه آزمون تی مستقل نشان‌دهنده آن بود که این اختلاف در دو گروه ازنظر آماری نیز معنی‌دار بوده است (P<۰/۰۰۱).

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر وجود بار مراقبتی در مراقبین مصدومین سوختگی می‌باشد که بارمراقبتی اجتماعی و عملکردی بالاتر از بار مراقبتی عاطفی و روانی است. بار مراقبتی و ابعاد آن قبل از مداخله در دو گروه موردبررسی تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند، اما بار مراقبتی و ابعاد آن در گروه مداخله پس از آموزش، نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود که نشان‌دهنده تأثیر آموزش خانواده‌محور بر بهبود بار مراقبتی و حیطه‌های آن در مراقبین است. مطالعه حاضر با مطالعه بایو و وانگ در هنگ‌کنگ همسو است که نتایج آن‌ها هم نشان داد؛ سوختگی یک آسیب خانوادگی است که نیاز به مراقبت خانواده‌محور را ایجاد می‌کند. اعضای خانواده نقش اصلی را به‌عنوان مراقب غیررسمی بر عهده می‌گیرند. بهبودی اعضای خانواده در مدیریت حادثه سوختگی از مرحله حاد تا مرحله توانبخشی نیازمند توجه بیشتر است و مطالعات آینده به بررسی ماهیت پریشانی روانی، مسیرهای بهبودی اعضای خانواده و چگونگی آماده شدن اعضای خانواده برای نقش‌های خود در دوره پس از ترخیص نیاز دارد [۱۳].

همسو با مطالعه حاضر، رنکن و همکاران در سال ۲۰۲۱ مطالعه‌ای در کوازولو-ناتال، آفریقای جنوبی را انجام دادند که نشان می‌دهد مشکلات زندگی مراقبان و بیماران پس از ترخیص به‌دلیل آسیب سوختگی برجسته است. این مطالعه ازنظر نیازمندی به مراقبت مصدومین سوختگی توسط مراقبین با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. قابل‌توجه‌ترین این بحث‌ها مربوط به انگ، دشواری در پذیرش تصویر از خود، از دست دادن روابط، بازگشت به کار و موانع در دریافت مراقبت‌های طولانی‌مدت پس از آن در کلینیک سرپایی بیمارستان بود [۱۸].

علاوه‌بر آن لطفی و همکاران در سال ۱۳۹۸ برنامه‌های پیگیری پس از ترخیص بیماران سوختگی براساس مراقبت خانواده‌محور را در ایران انجام دادند که طی چهار مرحله فاز ۱: بازتاب اولیه و برنامه‌ریزی، فاز ۲: عمل، فاز ۳: مشاهده کردن، فاز ۴: بازتاب در تمامی تیم‌های سوختگی تغییرات مثبتی در ارائه آموزش‌ها و خدمات بهداشتی و همچنین بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌هایشان مشاهده شد که نتایج آن با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۱۲].

جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات فردی در دو گروه مصدومین سوختگی

مشخصات فردی بیمار	گروه	تعداد (درصد)/ انحراف±معیار± میانگین /بیشینه- کمینه		نتایج آزمون
		مداخله	کنترل	
جنسیت	مرد	۲۱(۵۲/۵)	۱۸(۴۵)	χ^2=۰/۴۵۰* df=۱ P=۰/۵۰۲
	زن	۱۹(۴۷/۵)	۲۲(۵۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
سن(سال)	زیر ۳۰	۸(۲۰)	۱۲(۳۰)	t=۰/۰۶۰*** df=۷۸ P=۰/۹۵۲
	۳۰-۳۹	۷(۱۷/۵)	۴(۱۰)	
	۴۰-۴۹	۷(۱۷/۵)	۵(۱۲/۵)	
	۵۰-۵۹	۸(۲۰)	۶(۱۵)	
	۶۰ و بالاتر	۱۰(۲۵)	۱۳(۳۲/۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
	-	۴۷/۱۵±۱۸/۲۹ ۱۸ -۸۵	۴۶/۸۷±۲۲/۳۰ ۱۸-۸۹	
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۱۳(۳۲/۵)	۱۷(۴۲/۵)	χ^2=۱/۱۴۹* df=۲ P=۰/۵۶۳
	دیپلم	۱۲(۳۰)	۱۲(۳۰)	
	دانشگاهی	۱۵(۳۷/۵)	۱۱(۲۷/۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
محل سکونت	شهر	۳۹(۹۷/۵)	۴۰(۱۰۰)	P=۰/۹۹۸**
	روستا	۱(۲/۵)	۰(۰)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
وضعیت تأهل	مجرد	۹(۲۲/۵)	۱۴(۳۵)	χ^2=۳/۲۱۶* df=۲ P=۰/۲۰۰
	متأهل	۲۴(۶۰)	۱۶(۴۰)	
	مطلقه	۷(۱۷/۵)	۱۰(۲۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
درآمد	خوب	۵(۱۲/۵)	۶(۱۵)	χ^2=۰/۱۳۱* df=۲ P=۰/۹۳۷
	متوسط	۲۲(۵۵)	۲۲(۵۵)	
	ضعیف	۱۳(۳۲/۵)	۱۲(۳۰)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
بیمه	دارد	۲۸(۷۰)	۳۴(۸۵)	χ^2=۲/۵۸۱* df=۱ P=۰/۱۰۸
	ندارد	۱۲(۳۰)	۶(۱۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
سابقه بیماری زمینه‌ای	دارد	۹(۲۲/۵)	۱۵(۳۷/۵)	χ^2=۲/۱۴۳* df=۱ P=۰/۱۴۳
	ندارد	۳۱(۷۷/۵)	۲۵(۶۲/۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	

* آزمون کای‌اسکوئر، ** آزمون دقیق فیشر، *** آزمون تی مستقل

جدول ۳. توزیع فراوانی مشخصات سوختگی مصدومین سوختگی

مشخصات سوختگی	گروه	تعداد (درصد)		نتایج آزمون
		مداخله	کنترل	
نوع سوختگی	شیمیایی	۱۱(۲۷/۵)	۱۴(۳۵)	P=۰/۵۹۵**
	الکتریکی	۱(۲/۵)	۲(۵)	
	گرمایی	۲۷(۶۷/۵)	۲۳(۵۷/۵)	
	اصطکاکی	۰(۰)	۱(۲/۵)	
	پرتویی	۱(۲/۵)	۰(۰)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
درصد سوختگی	۱۰-۲۵	۳۶(۹۰)	۳۷(۹۲/۵)	P=۰/۹۹۸**
	۲۵-۵۰	۴(۱۰)	۳(۷/۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	
درجه سوختگی	درجه دو	۳۲(۸۰)	۳۴(۸۵)	χ^2=۰/۳۴۶* df=۲ P=۰/۵۵۶
	درجه سه	۸(۲۰)	۶(۱۵)	
	جمع کل	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	

* آزمون کای اسکوئر، ** آزمون دقیق فیشر

نشریه پرستاری ایران

همچنین مطالعه همسو وانگ و همکاران در سال ۲۰۲۳ در دانشگاه لانژو در چین، موضوعات مربوط به اعضای خانواده، دیدگاه‌های متفاوت خانواده در مورد پیش‌آگهی و درمان، عدم تعادل بین کار و زندگی، مسائل روانی و عدم حمایت چند انبه را نشان می‌دهد که در مطالعه حاضر هم از چالش‌های مراقبین بیماران بود و اگر چالش‌های فوق حل نشود، حمایت از بیماران سوختگی ممکن است تحت تأثیر نامطلوب قرار گیرد [۱۹].

به‌طور مشابه نتایج انتشاریافته از مطالعه امینی و همکاران در سال ۱۳۹۸در بیمارستان بعثت همدان نشان داد آموزش مراقبت از بیمار به مراقبان بیماران سوختگی به افزایش دانش مراقبتی آنان منجر می‌گردد، بنابراین اهمیت آموزش خانواده‌محور باید بیش‌ازپیش مورد توجه قرار گیرد [۴]. در مطالعه مشابه دیگری، نصیری و همکاران در سال ۱۳۹۹ نشان دادند توانمندسازی خانواده باعث افزایش دانش، نگرش و بهبود عملکرد می‌شود، توان

جدول ۴. توزیع فراوانی، میانگین و انحراف‌معیار بار مراقبتی در مراقبین مصدومین سوختگی در دو گروه کنترل و مداخله قبل و ۴ هفته بعد از مداخله

بار مراقبتی	گروه	تعداد (درصد)			
		مداخله		کنترل	
		قبل	بعد	قبل	بعد
کم بودن یا عدم بار مراقبتی		۳۰(۷۵)	۳۶(۹۰)	۳۴(۸۵)	۳۳(۸۲/۵)
بار مراقبتی متوسط		۱۰(۲۵)	۴(۱۰)	۶(۱۵)	۷(۱۷/۵)
جمع کل		۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	۴۰(۱۰۰)	۴(۱۰۰)
میانگین±انحراف‌معیار		۱۴/۹±۵۵/۷۵	۹/۶±۶۰/۹۹	۱۳/۶±۷۰/۳۴	۱۴/۶±۱۰/۳۰
بیشینه-کمینه		۴۰-۰	۳۰-۰	۳۴-۳	۲۷-۳

نشریه پرستاری ایران

جدول ۵. بار مراقبتی و ابعاد آن در مراقبین مصدومین سوختگی در دو گروه کنترل و مداخله قبل و ۴ هفته بعد از مداخله

بارمراقبتی و ابعاد آن	کمینه	مداخله			کنترل			نتیجه آزمون تی مستقل
		میانگین±انحراف‌معیار	کمینه	بیشینه	میانگین±انحراف‌معیار	کمینه	بیشینه	
عاطفی و روانی	قبل	۶/۴۵±۵/۰۲	۰	۲۱	۶/۲۵±۳/۲۱	۰	۱۵	t=۰/۲۱۳ df=۷۸ P=۰/۸۳۲
	بعد	۴/۲۵±۳/۹۰	۰	۱۷	۶/۲۵±۳/۲۲	۰	۱۳	t=۲/۴۹۹ df=۷۸ P=۰/۰۱۵
	نتیجه آزمون تی زوجی	t=۸/۱۲۴ df=۳۹ P<۰/۰۰۱			t=۰/۰۰۱ df=۳۹ P=۰/۹۹۹			–
اجتماعی و عملکردی	قبل	۸/۱۰±۵/۲۷	۰	۲۱	۳/۶۷±۷/۴۵	۲	۲۰	t=۰/۶۳۹ df=۷۸ P=۰/۵۲۵
	بعد	۳/۵۹±۵/۳۵	۰	۱۴	۷/۸۵±۳/۵۸	۳	۱۵	t=۳/۱۱۶ df=۷۸ P=۰/۰۰۳
	نتیجه آزمون تی زوجی	t=۷/۸۰۸ df=۳۹ P<۰/۰۰۱			t=۱/۰۱۶ df=۳۹ P=۰/۳۱۶			–
بارمراقبتی	قبل	۹/۷۵±۱۴/۵۵	۰	۴۰	۱۳/۷۰±۶/۳۴	۳	۳۴	t=۰/۴۶۲ df=۷۸ P=۰/۶۴۵
	بعد	۶/۹۹±۹/۶۰	۰	۳۰	۶/۳۰±۱۴/۱۰	۳	۲۷	t=۳/۰۲۲ df=۷۸ P=۰/۰۰۳
	نتیجه آزمون تی زوجی	t=۸/۵۷۴ df=۳۹ P<۰/۰۰۱			t=۰/۵۶۷ df=۳۹ P=۰/۵۷۴			–

نشریه پرستاری ایران

خودمراقبتی را افزایش داده و به بهبود کیفیت مراقبت و تسریع در بهبود بیماران وکاهش عوارض بیماری منجر می‌گردد [۲۰].

عالیه یادی و همکاران نیز در مطالعه خود نقش خانواده، بار، چالش‌ها و استراتژی‌ها را در روند بهبودی و افزایش نتایج درمان از طریق مشارکت خانواده ارائه و مورد بحث قرار دادند. نتایج نشان داد مشارکت خانواده که در مطالعه حاضر نیز به آن پرداخته شده بود می‌تواند میزان عوارض را به حداقل برساند، تبعیت از درمان را افزایش دهد و توانبخشی بیمار را تسریع بخشد که با این مطالعه همسو است [۲۱]. مطالعه همسو کوین و همکاران نیز وضعیت سلامت روان بیماران و مراقبین را بعد از مداخلات روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار دادند و نتایج نشان داد مقیاس افسردگی و اضطراب خودارزیابی به‌طور معنی‌داری کاهش یافت و وضعیت سلامت روان مراقبین با وضعیت سلامت روان بیماران مرتبط است [۲۲].

جدول ۶. میانگین و انحراف‌معیار تغییرات درون گروهی بار مراقبتی و ابعاد آن در مراقبین مصدومین سوختگی

تغییرات بارمراقبتی و ابعاد آن	میانگین±انحراف معیار		نتیجه آزمون تی مستقل
	مداخله	کنترل	
عاطفی و روانی	-۲/۲۰±۱/۷۱	۰/۰۰۱±۲/۳۲	t=۴/۸۳۴ df=۷۸ P<۰/۰۰۱
اجتماعی و عملکردی	-۲/۷۵±۲/۲۲	۰/۴۰۰±۲/۴۸	t=۵/۹۶۵ df=۷۸ P<۰/۰۰۱
بارمراقبتی	-۴/۹۵±۳/۶۵	۰/۴۰۰±۴/۴۶	t=۵/۸۶۶ df=۷۸ P<۰/۰۰۱

نشریه پرستاری ایران

مطالعه بایوئو و آگبکو در سال ۲۰۲۳ در هنگ‌کنگ توسعه مراقبت خانواده‌محور ویژه سوختگی را انجام دادند. نتایج نشان داد به‌طور کلی مراقبت خانواده‌محور (حمایت خانواده، آموزش، همکاری و ارتباطات) با در نظر گرفتن این که آسیب یک آسیب خانوادگی است، مراقبت از خانواده را تضمین می‌کند که با این مطالعه همخوانی دارد [۱۱]. کاراهان و تونچبیلک نیز در سال ۲۰۲۳ در ترکیه و در مطالعه خود نشان دادند مراقبانی که آموزش ترخیص مبتنی بر شبیه‌سازی را دریافت می‌کنند، نسبت به گروهی که آموزش استاندارد دریافت می‌کنند، آمادگی بهتری برای مراقبت خواهند داشت و بار مراقبتی کمتری دارند که با این مطالعه همسو است [۷]. ازسوی‌دیگر حیدری‌خیاط و همکاران در مطالعه همسوی خود در ایران گزارش کردند وضعیت سلامت، وضعیت روانی و مدیریت اسکار به‌دلیل پیگیری پس از ترخیص بهبود یافت. بااین‌حال، بیماران سوختگی به مراقبت مداوم برای درد، سلامت روانی و مشکلات خارش نیاز داشتند [۲۳].

نتیجه‌گیری

باتوجه‌به این‌که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد آموزش خانواده‌محور بر بار مراقبتی مراقبین مصدومین سوختگی مؤثر است و با نظر به اینکه پرستار ارتباط مستقیمی با مددجو و مراقبین دارد و با آموزش و آگاهی از مراقبت‌ها، نگرانی و بار مراقبتی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد، پیشنهاد می‌شود هنگام ترخیص مصدومین سوختگی توسط پرستاران بالینی علاوه‌بر آموزش‌های روتین بخش، آموزش با رویکرد توانمندسازی و خانواده‌محور بودن را نیز دریافت کنند؛ و به نظر می‌رسد در حیطه مراقبت تاکنون بیشتر توجهات به بیمار بوده و مراقبین کمتر در نظر گرفته شده‌اند. لذا پیشنهاد می‌شود دستورالعمل‌هایی جهت مشارکت بیشتر خانواده و آموزش‌های وسیع‌تر، مورد توجه مدیران و مسئولین پرستاری قرار گیرد و مداخلات نوآورانه‌تر و وسیع‌تری در تحقیقات آتی صورت پذیرد. حمایت‌های پس از ترخیص نیز در منزل ادامه یابد و پرستاران حین ترخیص نیازهای اطلاعاتی بیماران و مراقبین آن‌ها را بررسی کنند. می‌توان از نتایج این مطالعه برای بهبود شرایط مراقبین و بیماران دیگر در پژوهش‌های بعدی نیز استفاده نمود.

این مطالعه در بخش سوختگی که محیطی پرتنش برای پرسنل، بیماران و همراهان آنان محسوب می‌شود، انجام گرفت. براین‌اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در محیط‌هایی غیر از بخش سوختگی (بخش ویژه مانند آی‌سی‌یو) اجرا و نتایج آن‌ها مقایسه گردد. نمونه‌های این مطالعه شامل مراقبین بیماران سوختگی با وسعت کمتر از ۳۰ درصد بودند که به‌صورت سرپایی درمان می‌شدند؛ بنابراین، انجام مطالعه مشابه در مراقبین بیماران با سوختگی بیش از ۳۰ درصد و بستری در بخش نیز توصیه می‌شود. در این پژوهش، آموزش به‌صورت حضوری و با استفاده از محتوای آموزشی ارائه شد؛ ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، آموزش به‌صورت آنلاین نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین باتوجه‌به یافته پژوهش که بیشترین درصد سوختگی گرمایی بوده است در اورژانس پیش‌بیمارستانی باید آمادگی بیشتری برای این نوع سوختگی وجود داشته باشد و می‌توان مطالعات و دوره‌های بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

محدودیت‌ها

ازآنجایی‌که تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌صورت خودگزارش‌دهی بود، ممکن بود به‌طور ناقص تکمیل شوند که برای کاهش چنین محدودیتی توضیحات لازم برای تکمیل ابزار به شرکت‌کنندگان داده شد و در زمان تحویل تکمیل بودن آن کنترل شد.

از محدودیت‌های دیگر این پژوهش وجود عوامل مداخله‌گر غیرقابل‌کنترل نظیر مواجهه مراقبین گروه کنترل و مداخله با سایر منابع اطلاعاتی بود و برای کنترل آن در روزهای زوج و فرد نمونه‌گیری شد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله با کد اخلاقی (IR.IUMS.REC.1403.277) در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران و با کد کارآزمایی بالینی (IRCT20240714062428N1) در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران تصویب و ثبت شده است.

حامی مالی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری اورژانس،دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران صورت گرفت.

مشارکت نویسندگان

نگارش اولیه مقاله، مدیریت پروژه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و نگارش: فاطمه سادات تاج‌زاده قهی، نظارت، بازبینی و ویرایش و تأیید نهایی: مهناز سیدالشهدایی؛ تحلیل آماری: حمید حقانی؛ بازبینی و تأیید نهایی: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از مشارکت و همراهی نمونه‌های پژوهش، بخش اورژانس بیمارستان سوختگی شهید مطهری و معاونت دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران تشکر قدردانی می‌شود.

References

[1] Koohi M, Bagheri-Nesami M, Esmaeili R, Mousavinasab N, Hosseini H. [Effect of family participation in primary care provision to reduce pain anxiety among burn ICU patients (Persian)]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2017; 26(146):88-99. [Link]

[2] World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. [Link]

[3] Jones TM, Bhanji A, Ahuja G, Bakhtari R, Cai XC, Garfinkel S, et al. Examination of Health Information Needs of Caregivers of and Individuals with Burn Injuries. J Burn Care Res. 2022; 43(4):846-51. [Link]

[4] Amini R, Barkhordar A, Sadegi A, Tapak L. [The effect of family-centered education on the knowledge of caregivers of patients in the burn ward of besat hospital in hamadan, 2019 (Persian)]. Nurs Midwifery J. 2020; 17(12):985-94. [Link]

[5] Moghimian M, Moieni M, Farzi S, Aboutalebi MS, Shahriari M, Yousefi H, Mosleh S. Explain experiences of physicians and nurses' perspectives on burn injury care priorities. J Mil Med. 2022; 24(1):1047-56. [Link]

[6] Shivanpour M, Firouzkouhi M, Abdollahi Mohammad A, Naderifar M, Mohammadi M. Nurses experiences in the burn unit: A qualitative research. Iran J Nurs Midwifery Res. 2020;25(3):232-6. [DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR_162_19] [PMID]

[7] Karahan S, TunÇBİLek Z. The effect of simulation based training on caregivers of burn patients' preparedness of care and caregiving burden: Study protocol for a randomised controlled trial. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2023; 25(1-2):61-75. [Link]

[8] Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. Int J Nurs Sci. 2020; 7(4):438-45. [Link]

[9] Coffey NT, Cassese J, Cai X, Garfinkel S, Patel D, Jones R, et al. Identifying and understanding the health information experiences and preferences of caregivers of individuals with either traumatic brain injury, spinal cord injury, or burn injury: A qualitative investigation. J Med Internet Res. 2017; 19(5):e159. [Link]

[10] Bäckström J, Willebrand M, Sjöberg F, Haglund K. Being a family member of a burn survivor–experiences and needs. Burns Open. 2018; 2(4):193-8. [Link]

[11] Bayuo J, Agbeko AE. Developing a burn-specific family-centered care (BS-FCC) framework: A multi-method study. Eur Burn J. 2023;4(3):280-91. [DOI:10.3390/ebj4030025]

[12] Lotfi M, Zamanzadeh V, Ostadi A, Jalili Fazel M, Nobakht A, Khajehgoodari M. Development of family-based follow-up care system for patients with burn in Iran: Participatory action research. Nurs Open. 2020; 7(4):1101-9. [Link]

[13] Bayuo J, Wong FKY. Issues and concerns of family members of burn patients: A scoping review. Burns. 2021; 47(3):503-24. [Link]

[14] Dalir M, Mashouf S, Esmailpourzanjani S. The effect of spiritual self-care education on the care burden of mothers with children hospitalized in intensive care units for open heart surgery. Complement Med J. 2020;10(1):34-45. [Link]

[15] Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. Gerontologist. 1986; 26(3):260-6. [Link]

[16] Talebi M, Mokhtari Lakeh N, Rezasoltani P, Kazemnejad leili E, Shamsizadeh m. [Caregiver burden in caregivers of renalf patients under hemodialysis (Persian)]. J Holistic NursMidwifery. 2016; 26(2):59-68. [Link]

[17] Shabani M, Jarareh J. [The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on caregiver burden and mental fatigue of autistic children's mothers (Persian)]. J Soc Work. 2020; 9(1):5-12. [Link]

[18] Rencken CA, Harrison AD, Aluisio AR, Allorto N. A qualitative analysis of burn injury patient and caregiver experiences in Kwazulu-Natal, South Africa: Enduring the transition to a post-burn life. Eur Burn J. 2021; 2(3):75-87. [DOI:10.3390/ebj2030007]

[19] Wang Y, Wong FKY, Bayuo J, Chung LYF, Zhang L, Wang T. Challenges of nurses and family members of burn patients: Integrative review. Nurs Open. 2023; 10(6):3547-60. [Link]

[20] Nasiri S, Heydari N, Rafiee S, Paran M. Effect of family-centered education on patient's self-care. Sadra Med J. 2020; 8(3):311-20. [DOI:10.30476/smsj.2020.81889.1009]

[21] Alia Yadi D, Isabella Hostanida Purba C, Pahria T, Ropii B, Bethasari M, Tri Prasetyo A. Enhancing burn management outcomes through family support: A literature review of current evidence and best practices. Burns Open. 2024; 8(4):100375. [Link]

[22] Qin B, Li X, Zhang H, Zhang C, Zhao L. Mental health condition of caregivers affected metal health of burn injury patients. Int Wound J. 2023; 20(5):1448-58. [Link]

[23] Heydarikhayat N, Ashktorab T, Rohani C, Zayeri F. Effect of post-hospital discharge follow-up on health status in patients with burn injuries: A randomized clinical trial. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2018; 6(4):293-304. [PMID]