

گسیختگی خود: تجربه نجات یافتگان سوختگی

وحید زمان زاده^۱، لیلا ولی زاده^۲، مژگان لطفی^۳، فریدون صالحی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ماهیت ویرانگر سوختگی و رنج حاصل از تجربه دشوار زندگی پس از آن به هسته اصلی وجودی فرد مبتلا به سوختگی ضربه می‌زند. محققین پرستاری که بیماری‌ها را بر اساس تمرکز بر دیدگاه و تجارب بیمار مورد بررسی قرار می‌دهند، قادر خواهند بود به تأثیری که بیماری یا آسیب بر تمامیت خود می‌گذارد بهتر واقف گردند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی تجارب بیماران مبتلا به سوختگی از تغییر خود در زندگی پس از سوختگی انجام گرفت.

روش: این مطالعه از نوع کیفی بود که با استفاده از تحلیل محتوای کیفی و مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار انجام شده با ۱۵ فرد نجات یافته از سوختگی در تبریز انجام گرفت.

یافته‌ها: در طی فرایند تحلیل کیفی محتوا، مقوله «گسیختگی خود» به عنوان عصاره اصلی تجربه مشارکت کنندگان و بر اساس سه زیرطبقه [حمله به یکپارچگی خود (قدرت آسیب‌زایی و ماهیت تهاجمی سوختگی)، تهدید و آشفتگی (تهدید حیات، تهدید روند زندگی، تهدید اجتماعی و تهدید ارزشی) و ماتریکس خود (بافت ذهنی، عاطفی، دموگرافیک و محیطی)] استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر با توصیف مقوله گسیختگی خود درک تازه‌ای از تجارب بیماران مبتلا به سوختگی فراهم ساخت. همچنین با اشاره به تأثیر منابع انرژی موجود در «ماتریکس خود» فرضیاتی را درخصوص تفاوت روند بازگشت نجات یافتگان به زندگی معمول مطرح می‌کند.

کلید واژه‌ها: آسیب سوختگی، نجات یافتگان، خود، درک از خود، تحقیق کیفی

ارجاع: زمان زاده وحید، ولی زاده لیلا، لطفی مژگان، صالحی فریدون. گسیختگی خود: تجربه نجات یافتگان سوختگی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۳): ۲۸۰-۲۶۹.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۲۳

اگرچه پیشرفت‌های اخیر در امر مراقبت از بیماران مبتلا به سوختگی باعث نجات جان بسیاری از بیماران مبتلا به سوختگی‌های شدید شده است (۳)، با این وجود هنوز بسیاری از این بیماران از عوارض این بیماری در رنج هستند (۴). مبتلایان به سوختگی هنگام حادثه وقایع بسیار ترسناکی را تجربه می‌کنند و تجارب درمان‌های دردناک بیمارستان نیز بر ترس آن‌ها می‌افزاید. بیمار و خانواده ممکن است احساس

مقدمه

سوختگی یکی از پرعارضه‌ترین و هزینه‌برترین صدماتی است که کیفیت زندگی مبتلایان را در کل جهان به ویژه در کشورهای در حال توسعه تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی مبتلایان به سوختگی و هزینه‌های تحمیلی آن، ایران را با یکی از چالش‌های مهم در سیستم سلامت روبه‌رو ساخته است (۲).

۱- دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳- مربی، دانشجوی دکتری، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴- دانشیار، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

Email: valizadehl@tbzmed.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر لیلا ولی زاده

به همین دلیل پایه حرفه پرستاری بر اساس بررسی پاسخ انسان در انحراف از سلامتی شکل گرفته است تا مأموریت خود را برای کمک به افراد در رنج و عذاب و فراهم کردن آرامش و راحتی بیماران به انجام رساند. در این راستا، تئوری‌های اخیر حرفه پرستاری بر تجارب بیماری و یا پاسخ به بهبودی ناشی از یک بیماری خاص متمرکز شده‌اند. این تمرکز بر افراد تا علت بیماری گواهی است بر این که تجارب می‌تواند در توسعه یک تئوری جامع در خصوص پاسخ افراد به بیماری‌های حاد، مزمن و یا آسیب‌ها به کار گرفته شود تا بتوان از آن برای درک و حمایت از پاسخ‌های بیماران استفاده نمود. محققانی که بیماری‌ها را بر اساس تمرکز بر دیدگاه و تجارب بیماری مورد بررسی قرار می‌دهند، قادر خواهند بود به تأثیری که بیماری یا آسیب بر تمامیت خود (Self integrity) می‌گذارد، واقف گردند (۱۸) که این امر از طریق پژوهش‌های کیفی امکان‌پذیر است (۱۹). رویکرد کیفی برای کشف مقولات این زمینه و درک عمیق‌تر مسایل و مشکلات بیماران مبتلا به سوختگی مفید است (۲۰). یافته‌های حاصل از مطالعات (۱۴)، محققان را به بررسی عمیق‌تر زندگی پس از سوختگی با توجه به باورهای اجتماعی- فرهنگی و مذهبی موجود تشویق می‌نماید (۲۱).

با توجه به این که مراقبت، درمان و توان‌بخشی بیماران مبتلا به سوختگی در ایران همراه با چالش می‌باشد (۲) و از طرف دیگر مطالعات اندکی در کشور به بررسی چگونگی زندگی نجات یافتگان سوختگی با تمرکز بر تجارب زنده آن‌ها صورت گرفته است (۲۲، ۱۹)، بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی تجارب نجات یافتگان از زندگی پس از سوختگی انجام گرفت.

روش

این مطالعه از نوع کیفی بود که با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی به منظور مشخص کردن معانی و درون‌مایه‌های مصاحبه‌های عمیق انجام شده با بیماران نجات یافته از سوختگی انجام گرفت (۲۳). بعد از کسب اجازه و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز، از روش نمونه‌گیری هدفمند برای دستیابی به نمونه‌ها استفاده شد. منطق این روش اجازه می‌دهد که بتوان تمام الگوهای معمول را که از افراد

خشم، گناه و ناامیدی شدیدی را تجربه کنند. کابوس‌های شبانه و یادآوری حادثه آزار دهنده است و همین امر باعث می‌شود که هر یک از بیماران تجارب ناراحت کننده و متفاوتی را تحمل نمایند که روی سلامت ذهنی و آمادگی آن‌ها برای شرکت در برنامه درمانی‌شان مؤثر است (۵). رنج حاصل از تجربه آسیب‌زا (۶)، تخریب عملکرد و زیبایی (۴)، تغییر در تصویر ذهنی از خود و نقش‌های اجتماعی (۷) به هسته اصلی وجودی فرد و به ویژه مفهوم خود (Self concept) (۷) ضربه می‌زند و این در حالی است که قربانیان سوختگی با وجود همه آسیب‌های تخریب کننده باید به نقش‌ها و مسؤولیت‌های قبلی خود بازگردند. بازگشت مجدد این افراد به جامعه در حالی است که بار داغ حاصل از سوختگی را تا آخر عمر با خود حمل می‌کنند (۸، ۹).

مفهوم خود شکل گرفته از باورهای فرد در مورد خویش (۱۰) و منحصر به فرد، پویا و به طور معمول رو به توسعه می‌باشد و بر هویت شخص، اعتماد به نفس، تصویر ذهنی و نقش وی در اجتماع تأثیرگذار است (۱۱). مفهوم خود شکل دهنده تمام انگیزه‌های رفتاری می‌باشد (۱۲) و عواملی مانند تجارب زندگی، مراحل رشد، فرهنگ و وراثت، استرس و سازگاری و وضعیت سلامت بر آن تأثیرگذار است (۱۱).

از میان تمام خصایص و ویژگی‌های انسانی، مفهوم خود از پیچیده‌ترین و غیر قابل لمس‌ترین مفاهیم می‌باشد (۱۳). از منظر فلسفی «خود» عبارت از خصایص ویژه‌ای که سازنده یک شخص منحصر به فرد و یا اساس بودن آن و عامل تفکرات، عملکردها و ماهیت ذاتی یک شخص و منبع وحدت و کسب هوشیاری است (۱۴). در حیطه روان‌شناسی به نقش جدایی‌ناپذیر خود در انگیزه‌ها، شناخت، عواطف و هویت اجتماعی اشاره شده است (۱۵). دیدگاه‌های مذهبی نیز نسبت به خود به طور گسترده‌ای متفاوت هستند (۱۶). نظریه‌پردازان «خود» عقیده دارند که شناخت کامل یک فرد یا حتی پیش‌بینی دقیق رفتارهای او بدون درک چارچوب «خود» و ملاک‌های درونی آن غیر ممکن می‌باشد. رسیدن به این مقصود مستلزم یکی شدن با دنیای مفهومی فرد و دیدگاه‌ها و نقطه نظرات او از خود می‌باشد. بنابراین درک تجارب بیمار یکی از اجزای ضروری تمام مراقبت‌ها است (۱۷).

هر یک از مصاحبه‌ها به منظور درک کلی آن چندین بار مطالعه و هر مصاحبه به عنوان واحد تحلیل تعیین گردید (۲۶). هر کلمه، جمله یا پاراگراف با توجه به محتوای آشکار و پنهان به عنوان واحد معنی مورد توجه قرار گرفت و عناصر مفهومی خلاصه شده آن برجسب‌گذاری شد. کدهای مختلف بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه و سپس بر اساس تجانس محتوا، زیرطبقات و طبقات شکل گرفتند (۲۳). در صورت عدم توافق در خصوص طبقه‌بندی کدها، اصلاحات نهایی طی فرایند بازاندیشی از طریق بازگشت به متن اصلی و یافتن نمونه و اعتباربخشی کدها و بحث با دو محقق دیگر انجام شد. همچنین تلاش گردید با صرف وقت کافی در هنگام مصاحبه، خواندن مکرر و غرق شدن در متن مصاحبه‌ها بر اعتبار داده‌ها افزوده شود. نتایج تحقیق به تعدادی از افراد با سابقه سوختگی ارایه و قابلیت اعتماد داده‌ها نیز بررسی شد.

یافته‌ها

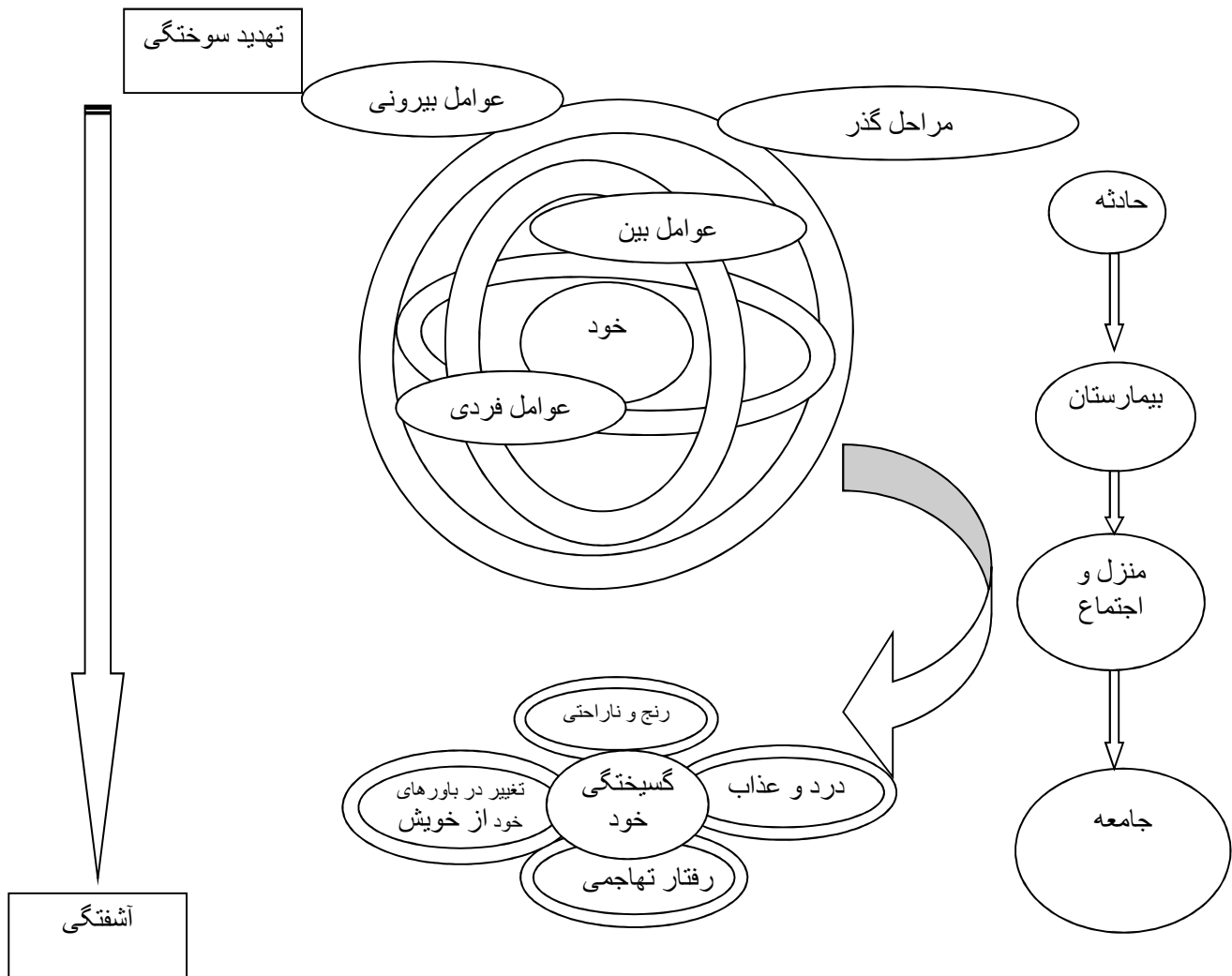
در مطالعه حاضر ۱۵ مشارکت‌کننده که دارای تجربه سوختگی بودند به عنوان واحد مورد تحلیل انتخاب شدند. در طی فرایند تحلیل محتوای کیفی، مقوله «گسیختگی خود» به عنوان عصاره اصلی تجربه مشارکت‌کنندگان در زندگی پس از سوختگی و بر اساس سه زیرطبقه «حمله به یکپارچگی خود، تهدید و آشفته‌گی و ماتریکس خود» استخراج گردید (شکل ۱).

گسیختگی خود

یافته‌های حاصل نشان داد که ماهیت تهاجمی سوختگی تهدیدی برای یکپارچگی خود در ابعاد مختلف جسمی، روحی- روانی، معنوی و ارزشی بود. تهدید با بروز آشفته‌گی احساسی- ادراکی و پنداشتی، نجات یافتگان را با پدیده «گسیختگی خود» مواجه می‌کرد که تجربه‌ای از ناتوانی در کنترل و مدیریت صحیح برای سازماندهی دنیای فردی، بین فردی و بیرونی مربوط به خود بود. مشارکت‌کننده شماره ۱ در خصوص ناتوانی در کنترل و مدیریت دنیای فردی خود چنین بیان کرد: «درد زخم‌ها و پانسمان قابل تحمل نبود، گریه می‌کردم، گاهی داد می‌زدم... جاهای سالمرو هم

مختلف به دست می‌آید، استخراج نمود تا به بهترین درک نسبت به پدیده مورد مطالعه رسید (۲۴). جهت دسترسی اولیه به شرکت‌کنندگان، از لیست همه بیماران مبتلا به سوختگی بالای ۱۵ سال ترخیص شده از بخش‌های سوختگی مرکز آموزشی- درمانی سینا در شهر تبریز که حداقل ۶ ماه از زمان سوختگی آن‌ها گذشته بود، برای انجام این مطالعه که در طی سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ انجام گرفت، استفاده شد. افرادی که بعد از تماس تلفنی تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند-بعد از اطمینان‌بخشی از این‌که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند- انتخاب شدند. سپس با توجه به عوامل تأثیرگذار بر تجربه بیماران مبتلا به سوختگی و برای دستیابی به حداکثر تنوع مشارکت‌کنندگان از نظر جنسیت، سن، شغل، تحصیلات، نوع، درصد و شدت سوختگی، زمان پس از سوختگی و همچنین تمایل آنان برای شرکت در پژوهش، ۱۵ نفر وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با اشیاع داده‌ها و زمانی که محقق هیچ داده جدیدی در رابطه با سؤال پژوهش در کدها، زیرطبقات و ارتباط طبقات اضافه دریافت نکرد، تعیین گردید؛ به این ترتیب که از طریق فرایند مقایسه مداوم مشاهده شد هیچ داده جدیدی که سبب تغییر در طبقات تشکیل شده یا خصوصیات طبقات موجود شود به پژوهش وارد نشده است (۲۴).

از روش مصاحبه بدون ساختار برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. سؤالات باز با توجه به هدف مطالعه در حین مصاحبه به کار رفت: «تجارب و احساسات خودتان را بعد از حادثه سوختگی بیان کنید؟ چگونه شرایط بعد از سوختگی را تحمل کردید؟ چه تغییراتی در خودتان و روند زندگی شما ایجاد شد؟ و سوختگی چه تأثیری روی درک شما از خودتان ایجاد کرد؟». همه مصاحبه‌ها در محل دفتر کار محقق، منزل بیمار، بیمارستان و با توافق مشارکت‌کنندگان انجام گردید. مدت زمان هر مصاحبه به طور متوسط ۱۲۰-۴۵ دقیقه به طول انجامید. متن هر مصاحبه ابتدا ضبط و سپس روی کاغذ پیاده شد. فقط در دو مورد مصاحبه مجدد صورت گرفت. روش مقایسه مداوم و یادآورهای نگارش شده در حین تحلیل هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، تنوع مشارکت‌کنندگان را تعیین می‌نمود. از روش تحلیل محتوای قراردادی (Conventional content analysis) به منظور توصیف تجارب مشارکت‌کنندگان استفاده گردید (۲۵).



شکل ۱: پدیده گسیختگی خود در زندگی نجات یافتگان سوختگی

از نظر درصد، شدت، محل آسیب، عامل سوختگی و همچنین زخم‌ها و جراحات جسمی مطرح می‌ساخت. مشارکت کننده شماره ۱ بیان کرد: «می‌تونید تصور کنید چقدر زود آدم می‌سوزه. همین که بدنم آتش گرفت به سرعت سوختم، از ترس زبونم بند اومده بود... سوختگی همه چیز آدم رو می‌گیره؛ زندگی، جونی، زیبایی...».

ب. تهدید و آشفتنگی

تهدید سوختگی در گذر از مراحل حادثه، انتقال، بستری شدن، ترخیص از بیمارستان، ورود به منزل، حضور در جمع و در نهایت بازگشت به جامعه از نظر زمانی و مکانی روندی خطی داشت که با تهدید حیات جسمی آغاز، با تهدید روند زندگی و تهدید روحی- روانی و تهدید معنوی تداوم یافت و به تهدید

پوستش رو کردند تا زخم‌های سوخته را بپوشانند... آن‌قدر ناتوان بودم که حتی برای خوردن و تکان خوردن در تخت نیاز به کمک دیگران داشتم».

مشارکت کننده شماره ۶ در مورد کنترل بر دنیای بین فردی و بیرونی خود چنین گفت: «سوختگی همه چیزم رو خراب کرد... هیچی نشدم، عقب ماندم. اون کسی رو که می‌خواستم باهاش ازدواج نکردم. این هم شغل من نمی‌شد! برای همین توی محل کار زود عصبی می‌شوم و سر دیگران خالی می‌کنم».

الف. حمله به یکپارچگی خود

قدرت آسیب‌زایی و ماهیت تهاجمی سوختگی از ویژگی‌های این زیرطبقه بود که به طور کل مشخصات آسیب سوختگی را

اجتماعی و تهدید ارزش‌ها ختم می‌گردید.

تهدید در همه ابعاد «خود» به صورت آشفتگی در زمینه احساسات، ادراک، هویت و رفتار بیماران تجربه شده بود. برخلاف طبقه تهدید، طبقه آشفتگی سیر خطی نداشت. با این وجود تجربه مشارکت کنندگان نشان داد هر جا که تهدید جسمی شدیدتر بود (مانند آنچه که در حین حادثه، انتقال و بستری شدن در بیمارستان تجربه شده بود)، به طور عمده آشفتگی در احساسات به چشم می‌خورد و هر جا که در مسیر ورود به منزل، خلوت با خود و بازگشت به جمع و جامعه، تهدیدهای روحی-روانی، معنوی و اجتماعی افزایش می‌یافت، آشفتگی ادراکی و هویتی نیز تشدید می‌گردید.

تهدید حیات جسمی و آشفتگی احساسی

تجربه سوختن بر حسب شدت آسیب در مرحله اول تهدیدی هولناک، سریع و غیر قابل پیش‌بینی برای حیات جسمی بود که مشارکت کنندگان را با پاسخ‌های غیر ارادی و فیزیولوژیک مواجه می‌ساخت.

مشارکت کننده شماره ۶ گفت: «وقتی شعله‌های آتش به من رسید، دست‌ها و صورتم سوخت. من دویدم در حالی که فقط جیغ می‌زدم ای وای سوختم، ای وای سوختم».

مشارکت کننده شماره ۸ در خصوص درد و فضای حاکم بر بخش اظهار کرد: «هر دفعه که پانسمان می‌کردند مرفین می‌زدند، اما با این حال اثر نمی‌کرد. مثل این بود که آدم می‌مرد و زنده می‌شد. تمام پوست‌های کنده شده مریض‌های قبل از من توی اتاق پانسمان افتاده بود روی زمین... آدم می‌دید حالش بد می‌شد، خیلی بد بود».

در چنین فضای سنگین عاطفی بیماران برای حفظ جان خود ناگزیر بودند که به درمان‌های سخت و عذاب‌آوری تن دهند که تجربه‌ای تلخ از دوران تهدید حیات جسمی بود: «شروع کردند به گرافت. عمل که کردند بقیه جاهای سالم‌رو هم پوستش رو کردند تا زخم‌های سوخته را بپوشانند. بعد روی زخم‌ها رو باز نگه می‌داشتند، نه به پشت می‌توانستم بخوابم و نه به شکم (مشارکت کننده شماره ۱)».

تهدید حیات جسمی و تجربه دریافت‌های حسی ناخوشایند حاصل از آن مانند درد شدید، مشاهده زخم‌های خود و سایر بیماران، طعم بد غذا و بوی بیمارستان منجر به آشفتگی احساسی

یا عذاب کشیدن در مشارکت کنندگان می‌شد. احساساتی همچون ترس، اضطراب، ناراحتی، تنهایی، غم و نگرانی از ویژگی‌های آن بود. «همش درد بود، دو ماه توی بیمارستان کلاً هیچ جارو نبینی، همش عذاب بود... هیچ موقع از یادم نمی‌ره. اون لحظه‌ای که افتادم روی آتیش، اون لحظه‌ای که از روی آتیش برم داشتند و آوردند توی بیمارستان، حمام که می‌بردند... نه یادم نمی‌ره! (مشارکت کننده شماره ۵)».

تهدید روند زندگی (تهدید روحی-روانی و معنوی) و آشفتگی در پنداشت از خود

بیشتر مشارکت کنندگان معتقد بودند که ورود به منزل و مواجه شدن با تغییرات جدید و درک واقعیت خوشحالی آن‌ها از ترخیص را به یأس مبدل ساخت و تصور آن‌ها از بهبودی را تغییر داد. مشارکت کننده شماره ۷ در این باره بیان کرد: «بعد از اومدن خونه می‌گفتم خوب می‌شم، مثل بقیه می‌شم، می‌رم بیرون، ولی دیدم که مشکلات بعد از اونه. مثلاً پوستم نگرفت، بعد دست‌هام جمع شدند، هیچ کاری نمی‌تونستم بکنم حتی خوردن و حمام کردنم با کمک مامانم بود».

قرار گرفتن در جریان معمول زندگی، حضور در جمع خانوادگی و مواجهه با تغییرات به وجود آمده و در عین حال کاهش شدت درد جسمی به دنبال التیام نسبی زخم‌ها فرصتی را برای مشارکت کنندگان فراهم آورد که با تمرکز بر چربی و چگونگی آن‌چه که بر آن‌ها گذشته بود، مورد هجوم احساسات و افکار ناخوشایند قرار بگیرند. کلنجار رفتن با خود، تسلط تفکرات و احساسات منفی و در نهایت لذت نبردن از زندگی تهدیدی برای وضعیت روحی-روانی آن‌ها بود. در این رابطه مشارکت کننده شماره ۶ گفت: «بعد که به کم دردهای جسمانی تخفیف پیدا می‌کنه خوب اون یکی دردها به سراغ آدم میاد... شب‌ها بیدار می‌شدم و گریه می‌کردم... از مغزم بیرون نمی‌رفت».

ناامیدی و تردید نسبت به خدا در حین خلوت با خود از ویژگی‌های تهدید معنوی بود. فشار روحی-روانی در جریان زندگی تازه و متفاوت با قبل از سوختن باعث می‌شد که شرایط سخت زندگی جدید مشارکت کنندگان را آن‌چنان ناامید سازد که حتی نسبت به وجود خدا یا ترحم او تردید پیدا کنند: «وایلی وقتی به خودم نگاه می‌کردم فکر می‌کردم اصلاً

خدایی نیست... یکی که می‌گفت به خدا توکل کن یکی از خدا شفا گرفت، می‌گفتم نه اصلاً خدا واقعیت ندارد، خدا بود یک کاری واسم می‌کرد (مشارکت کننده شماره ۵)».

تداوم تهدیدات روحی- روانی و معنوی در زندگی مشارکت کنندگان، آشفتگی ادراکی و پنداشت از خود را در پی داشت. بروز احساساتی مانند عدم امنیت، دردهای عاطفی، نفرت از دیگران، افسردگی، سیر شدن از زندگی، عدم احساس امنیت، احساس گناه، احساس غیر طبیعی بودن، آدم دیگری شدن، احساس دوگانگی در خود، بدبختی و نیستی، داشتن آینده نامعلوم و عدم بازگشت به زندگی قبل از ویژگی‌های این آشفتگی بود. مشارکت کننده شماره ۴ در این خصوص بیان کرد: «آدم باهوش کنار میاد، ولی همون آدم قبلی نیست. بعد از یک مدت فهمیدم من همون آدم نیستم و تغییر کردم. خیلی وضعم خراب شد».

تهدید اجتماعی و آشفتگی رفتاری

تجربه مشارکت کنندگان در خصوص تعامل با دیگران و حضور در اجتماع نشان داد که تهدید اجتماعی در آن‌ها با درجات خفیفی از ایزوله شدن در منزل آغاز و با دریافت واکنش‌های ناخوشایند از طرف دیگران و ناکامی در ارتباطات در حین ورود به اجتماع تداوم پیدا می‌کرد. «ز بیمارستان که اومدم خوابیدم توی خونه، نمی‌تونستم بیرون بروم، حیاط نمی‌تونستم بروم... بیرون هم که می‌رفتیم مردم یک جور نگاه می‌کردن یا وقتی که سؤال می‌کردن ناراحت می‌شدم (مشارکت کننده شماره ۷)».

تهدید اجتماعی منجر به آشفتگی‌های رفتاری در مشارکت کنندگان می‌شد که با رفتار تهاجمی مانند خشم، پرخاشگری، تهدید خود و دیگران، فرار و رفتار آسیب‌رسان مشخص می‌شد. «والله مثل دیونه‌ها شدم بگم کنار اومدم؟ نیومدم، بگم نیومدم که اومدم که تا الان زنده‌ام. می‌رم جلو نزدیکانم می‌گن از وقتی که سوختی خیلی عصبی شدی. ما مانم با شوخی می‌گه مثل این که مغزت تکون خورده، چون مثلاً خیلی پرخاشگر شدم... تا یک چیزی می‌شه زود عصبی می‌شم، داد می‌کشم (مشارکت کننده شماره ۹)».

تهدید ارزش‌گذاری و آشفتگی در باورهای خود از خویش

ویژگی‌هایی مانند تغییرات جسمی، تغییر در وضعیت سلامت،

نقش‌ها و شرایط زندگی قبل تهدیدی برای ارزش‌گذاری و قضاوت مشارکت‌کنندگان در مورد رضایت از خود و زندگی بود. این تهدید منجر به بروز آشفتگی در مورد باورهای خود از خویش می‌شد که با خصوصیتی مانند محکوم شدن به بدشکلی و محدودیت‌های جسمی، عقب ماندگی اجتماعی و فاصله گرفتن از اهداف زندگی، بی‌اعتقادی، کوچک شماری خود، اجبار به یک زندگی از سر جبر، احساس ناکارآمدی و نداشتن یک زندگی پویا همراه بود. مشارکت کننده شماره ۶ در این باره گفت: «سرگندشتم عوض شده، نمی‌تونم شرایطم رو تحمل کنم. باز همون نفرت توی دلم هست که چرا این جور شد؟! الان من عقده‌ای‌ام، افسرده شدم، ارتباطم با دیگران خیلی کمه، زندگی‌مون اونیه که می‌خواستیم نشد».

ج) ماتریکس خود

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که ویژگی‌هایی مانند بافت ذهنی (اعتقادات، باورها و نگرش‌ها)، بافت عاطفی (آرزوها، تمایلات، احساسات و انگیزه‌ها)، مشخصات دموگرافیک، شخصیت، پنداشت از خود، تعاملات، هوشیاری و عوامل تأثیرگذار بیرونی شامل عوامل فرهنگی، ساختارهای اجتماعی، حمایت‌کننده‌ها، عوامل موقعیتی و در نهایت مراحل گذر اساس شکل‌گیری ماتریکس خود در مشارکت کنندگان بود. این ویژگی‌ها نه تنها عامل یکپارچه‌ساز خود قبل از حادثه محسوب می‌شدند، بلکه بر چگونگی زندگی بعد از سوختگی نیز تأثیرگذار بودند. در مسیر بازگشت مشارکت کنندگان به جامعه هر جا که این عوامل به صورت منابع انرژی تقویت کننده ظهور کمتری داشتند، تجربه گسیختگی خود بیشتر بود. تجربه مشارکت کننده شماره ۱ از تأثیر رنج عاطفی به این شکل بیان شد: «من از بچه‌ام جدا شده بودم، اون موقع شیر می‌دادم. علاوه بر دردهایی که داشتم درد سینه‌ام خیلی شدید بود، فکر می‌کردم الان بچه چی شد؟ پیشه کی مونده؟ با این حال این همه بلا سرم اومد من تسلیم نشدم، ولی وقتی مادرم مرد به هم ریختم».

در زیر به تجارب دیگری در خصوص تأثیر خود بیرونی اشاره می‌شود: «من کارگرم، در شهر کار می‌کنم ولی ساکن روستا هستم و برای همین بیمه من بیمه روستایی است و بیمارستان این بیمه را قبول نمی‌کنه. این مشکل هم سوار به مشکلات و

بدبختی‌های دیگرم شد (مشارکت کننده شماره ۵)».

«پدر نداشتم، مادرم پیر بود و کس دیگری نبود که بعد از آمدن به خانه از زخم‌هام مراقبت کند. شش ماه طول کشید که زخم‌هام خوب شد، ولی برای عوارض و چسبندگی‌ها ۱۶ بار زیر عمل رفتم (مشارکت کننده شماره ۲)».

و در نهایت تجربه مشارکت کننده شماره ۷ در خصوص خود بین فردی به این صورت بیان شد: «وقتی می‌رفتم بیرون همه به صورتم نگاه می‌کردن، بعضی‌ها هم می‌پرسیدن صورتت چی شده، هیچ جا نمی‌رفتم نه عروسی نه مهمونی. دلم نمی‌خواست هیچ کس رو ببینم».

بحث

در مطالعه حاضر که در راستای هدف بررسی تجارب مبتلایان به سوختگی از تغییر خود در زندگی پس از سوختگی صورت گرفت، یافته‌ها نشان داد که حادثه سوختگی برای بیشتر افراد تجربه‌ای ترسناک و بالقوه تهدید کننده محسوب می‌گردد. سایر متون نیز ترس و اضطراب را اولین واکنش به سوختگی ذکر کرده‌اند (۲۷). همسو با نتایج دیگر مطالعات، در ابتدا تهدید جسمی ناشی از این حادثه سریع و غیر قابل پیش‌بینی (۲۸) منجر به بروز پاسخ‌های احساسی- حرکتی غیر ارادی فرد مصدوم مانند جیغ زدن، استمداد طلبی و فرار و همچنین پاسخ‌های روانی- حرکتی اطرافیان برای نجات جان وی و تلاش برای انتقال او به مرکز درمانی می‌شود. بسیاری از حادثه دیدگان به جز خاطرات مبهم چیز دیگری به یاد نمی‌آورند (۲۷). مصدومین به طور معمول توسط افراد ناظر در صحنه و با همکاری تیم امداد یا کمک دیگران از محل حادثه دور و به مرکز درمانی منتقل می‌شوند (۲۹).

مطالعات کلینیکی نشان می‌دهد که به محض آسیب سوختگی، پاسخ‌های التهابی حاد به واسطه آزادسازی بعضی مواد در خون ایجاد می‌گردد (۳۰) که اختلالات عمومی سیستم ایمنی و شوک ناشی از آن در قالب یک تجربه غیر آگاهانه عامل مهمی برای تهدید حیات جسمی در ساعات و روزهای اول محسوب می‌شود (۳۱، ۳۲). امروزه این نوع پاسخ‌ها به خوبی شناخته شده و در بیشتر موارد با توجه به سن بیمار و درصد سوختگی قابل پیش‌بینی و درمان می‌باشند (۳۳).

تداوم تهدید جسمی و درد شدید و غیر قابل تحمل ناشی از زخم‌ها، تجربه‌ای آگاهانه از رنج و عذاب مشارکت کنندگان در بیمارستان است که بر اساس بیشتر مطالعات انجام شده، تجربه‌ای جداناپذیر از سوختگی است (۳۴-۳۶). Viazzoli (به نقل از Morse و Carter) بیان کرد، بیماران مبتلا به سوختگی شدید حداقل در همان روزهای ابتدایی بستری شدن با واقعیت ناامید کننده و تخریب‌گر وابستگی به دیگران برای رفع نیازهایشان مواجه خواهند شد؛ واقعیتی که هیچ‌گونه کنترلی بر آن وجود ندارد و باید به آن تن دهند (۲۸). دریافت‌های حسی ناخوشایند مکرر در مرحله تهدید جسمی شامل درمان و مراقبت تهاجمی، دیدن زخم‌ها، مشاهده مرگ سایر بیماران، طعم بد غذا، بوی ناخوشایند، فضای غم‌انگیز و محیط ترس‌آور بیمارستان و همچنین رویارویی با رنج خانواده در کنار خود بخشی از تجربه مشارکت کنندگان است. این تجارب آشفتگی احساسی یا عذاب کشیدن را با دامنه‌ای از غمی خفیف و دلتنگی برای بودن در کنار خانواده تا ترس و اضطرابی که منجر به اختلال در خواب و استراحت می‌شود، به دنبال دارد.

بررسی متون نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد مبتلایان به سوختگی‌های شدید، انواعی از مشکلات خواب مانند اختلال در به خواب رفتن، بیداری‌های مکرر، پایین بودن کیفیت خواب، بیداری در صبح زود و کابوس‌های شبانه را تجربه می‌کنند (۳۷). مطالعه Klett و Noyes نیز نشان داد که درد شدید با پاسخ‌های احساسی همچون اضطراب، خستگی، بی‌اشتهایی، احساس بی‌دفاع بودن و اختلال استرسی حاد در زمان اقامت در بیمارستان ارتباط معنی‌داری دارد (۳۸).

رہایی از تهدیدات جسمی و آشفتگی‌های حسی به دنبال ترخیص از بیمارستان برای مبتلایان به سوختگی نقطه‌ای سرشار از امید به بهبودی و بازگشت به زندگی قبل است، اما با ورود به منزل و مواجهه آن‌ها با تغییرات جدید و درک واقعیت تهدید روند زندگی، امید به یک آشفتگی در ادراک و پنداشت از خود تبدیل می‌گردد. این وضعیت در بیشتر مطالعات با زمینه‌های فرهنگی مختلف به چشم می‌خورد (۲۷). درک این واقعیت که توان بخشی فرایندی طولانی است منجر به افسردگی، خشم و اضطراب می‌گردد. همچنین

پیشگویی پیامدهای روانی- اجتماعی بزرگسالان مبتلا به سوختگی نیز نشان می‌دهد که با افزایش امید، اختلالات رفتاری گسیختگی‌زا (Externalizing behaviors) کمتر و خودارزشی کلی بیشتر می‌شود (۴۱).

ورود به جمع و قرار گرفتن در جوی پر از تهدید اجتماعی مانند مواجهه با واکنش‌های ناخوشایند دیگران و ناکامی در تعاملات منجر به ظهور آشفتگی‌های رفتاری همچون دوری کردن، قهر کردن، جیغ زدن، فرار از خود و مردم، راه نیامدن با دیگران، عدم معاشرت، حضور اجباری و بی‌انگیزه در جمع، مشکلات تعاملی، پس زدن فرصت‌ها، چالش زناشویی و شغلی و کناره‌گیری می‌گردد. مطالعات زیادی نشان می‌دهد که وجود اسکارهای سوختگی خود به تنهایی عامل ایجاد و طولانی کردن اختلالات اجتماعی مانند ایزوله اجتماعی و تبعیض شغلی در مبتلایان به سوختگی است (۲۸). در این رابطه تحقیق دیگری نشان داد که مشکل سازگاری با رفتار دیگران در موقعیت‌های اجتماعی از چالش‌های اجتماعی این بیماران است که می‌تواند منجر به ممانعت‌ها و نامطلوب شدن مهارت‌های اجتماعی گردد (۳۹).

مشکل و اضطراب قرارگیری در موقعیت‌های اجتماعی بیشترین گزارش افراد دارای بد شکلی بوده است (۴۳) و بیش از نیمی از آن‌ها تجربه مزمن و طولانی فشار اجتماعی را داشته‌اند (۴۴) که بازگشت مجدد آن‌ها را به جمع با مشکل روبه‌رو می‌سازد (۴۵). در واقع مواجهه با موانع اجتماعی مانند طعنه زدن کلامی، دلسوزی، خیره شدن، سوالات بی‌جا در مورد اسکارها و نام‌گذاری باعث احساس ننگ (Stigma) و ناراحتی از حضور در جمع و پاسخ‌های اجتنابی (Avoidant responses) به واکنش‌های منفی دیگران مثل فرار از شرایط استرس‌زا شده که می‌تواند اضطراب و دیسترس را افزایش دهد (۴۶). همچنین سازگاری اجتنابی می‌تواند منجر به ترس اضطرابی در حین ورود به موقعیت‌های اجتماعی به ویژه در افراد دارای بدشکلی صورت گردد (۴۶). در نهایت این موارد با ایجاد کم‌رویی، اضطراب اجتماعی و طرد شدگی به رفتار خجالت زده منتهی می‌شود (۴). پیامد فقر مهارت‌های اجتماعی و تمایل به برداشت منفی از وقایع اجتماعی در رابطه با بدشکلی (۴۷) فرد را وارد چرخه معیوب عملکرد اجتماعی و نارضایتی از زندگی می‌سازد (۳۹).

ممکن است مبتلایان به سوختگی احساساتی چون فقدان و اندوه را تجربه نمایند (۴). یافته‌های مطالعه حاضر همسو با سایر مطالعات (۳۹) نشان داد که مبتلایان به سوختگی با ورود به منزل متوجه حقیقت تغییرات ایجاد شده در توانایی، نقش‌ها، روابط شخصی و تغییر چهره در خود می‌شوند. Moi و همکاران در یک مطالعه پدیدارشناسی، «آگاهی بدنی جدید» (New bodily awareness) را به عنوان عصاره تجربه زندگی مبتلایان به آسیب‌های سوختگی استخراج کردند. آگاهی تازه و دشوار در زمینه محدودیت‌ها که با دیدن بدنی غریبه، آسیب‌پذیر و احساس ناراحتی، ناتوانی و ناامنی کسب می‌شود (۱۴).

با کمتر شدن شدت درد به دلیل بسته شدن زخم‌ها از طریق گرفت یا التیام، نجات یافتگان فرصت بیشتری را برای فکر کردن به تأثیر سوختگی در روند زندگی‌شان به دست می‌آورند (۳۷). در این شرایط هجوم احساسات و افکار ناخوشایند و منفی منجر به کلنجار رفتن با خود و لذت نبردن از زندگی شده و تهدید کننده روح و روان آن‌ها است. در این مرحله که رنج جسمی به سوی رنج روحی تغییر پیدا می‌کند، آن‌ها تلاش می‌کنند از طریق گفتگو با خود شرایط به وجود آمده را تجزیه و تحلیل نمایند تا بتوانند در مقابل موقعیت تازه صبور بوده و به زندگی ادامه دهند. در این زمینه تعدادی از محققین به تجربه «گفتگوی درونی» یا به عبارت دیگر مکالماتی در سر که آن‌ها را برای صبر کردن هدایت و کمک می‌کرده است، اشاره داشتند (۴۰). در کنار وجود شواهدی که بیان می‌کند احساس ناامیدی و تردید نسبت به لطف خدا در این گفتگوی درونی معنویت افراد را مورد تهدید قرار می‌دهد (۴۱)، بیشتر مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر ذکر کردند که از طریق دریافت حمایت‌های دیگران، اعتقاد به قدرت پروردگار، ایمان به لطف و حکمت او و باور به نقش سرنوشتی که توسط خدا برای بندگان در نظر گرفته شده است، توانسته‌اند بر احساس ناامیدی غلبه نمایند.

مطالعات کیفی نشان می‌دهد که بسیاری از مبتلایان به سوختگی در حین بیان تجارب خود در مورد سازگاری به طور مکرر از نقش ایمان مذهبی و یا خدا نام برده‌اند (۴۲). پژوهش‌های کمی انجام شده در زمینه بررسی متغیر امید در

نشان می‌دهد که گسیختگی می‌تواند در هر مرحله از تهدید و بر حسب هر یک از انواع آشفته‌گی‌های ایجاد شده و حتی در افرادی که به ظاهر به بهبودی کامل دست یافته‌اند، رخ دهد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر مفهوم تازه‌ای تحت عنوان «گسیختگی خود» را در عرصه آسیب‌های جسمی معرفی نمود. همچنین مطالعه حاضر با اشاره به تأثیر منابع انرژی موجود در «ماتریکس خود» می‌تواند زمینه‌ای را برای بیان فرضیاتی در خصوص آن دسته از بیمارانی که بعد از تجربه یک آسیب شدید به سرعت و کامل بهبود می‌یابند، مطرح نماید. هرچند مطالعات بیشتری لازم است که به راهبردهای این گروه از بیماران برای حفاظت از خود در مقابل این پدیده بپردازد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از یافته‌های پایان‌نامه دکتری تخصصی آموزش پرستاری به شماره طرح مصوب ۵/۴/۷۱۹۹ بود که هزینه‌های آن توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأمین گردید. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مشارکت کنندگان پژوهش که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

بر اساس آنچه ذکر گردید، مقوله «گسیختگی خود» پاسخی است که به صورت ناتوانی در کنترل و سازماندهی دنیای درونی، بین فردی و بیرونی نجات یافتگان سوختگی در برابر تهدید و آشفته‌گی جسمی، ذهنی، اجتماعی و ارزشی در مسیر زندگی پس از سوختگی بروز می‌کند.

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که حادثه تخریب‌گر سوختگی در بسیاری از جنبه‌های مهم زندگی مبتلایان مانند زیبایی ظاهری، ارتباط با دیگران و عملکرد جسمی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (۴۸). با این وجود تئوری‌های اندکی توانسته‌اند این نوع پاسخ‌های انسانی به آسیب را توضیح دهند (۱۸). Morse و O'Brien در طی یک مطالعه اکتشافی گراند تئوری، فرایندی ۴ مرحله‌ای شامل آمادگی (Vigilance)، گسیختگی (Disruption)، شکیبایی (Enduring the Self) و تلاش برای بازیابی خود (Striving to regain self) را مشخص نمودند (۴۹). در این تئوری گسیختگی به عنوان مرحله بعد از بیداری (حادثه و فرار از محل) و دوره‌ای که درد فوق‌العاده زیاد، شوک فیزیولوژیک و داروها بیمار را به سوی واقعیت شکسته شدن می‌برد، معرفی شده است. در تئوری فوق تجربه گسیختگی تنها به وضعیت حاد جسمی محدود شده و این در حالی است که ماهیت چند بعدی «گسیختگی خود» در تجربه درک شده مشارکت کنندگان این پژوهش

References

1. Costa BA, Engrav LH, Holavanahalli R, Lezotte DC, Patterson DR, Kowalske KJ, et al. Impairment after burns: a two-center, prospective report. *Burns* 2003; 29(7): 671-5.
2. Shirkhoda M, Kaviani Far K, Narouie B, Shikhzadeh A, Ghasemi Rad M, Hanfi Bojd H. Epidemiology and Evaluation of 1073 Burn Patients in the Southeast of Iran. *Shiraz E Med J* 2011; 21(1): 11-21.
3. Klein MB, Lezotte DL, Fauerbach JA, Herndon DN, Kowalske KJ, Carrougher GJ, et al. The National Institute on Disability and Rehabilitation Research burn model system database: a tool for the multicenter study of the outcome of burn injury. *J Burn Care Res* 2007; 28(1): 84-96.
4. Pereira C, Murphy K, Herndon D. Outcome measures in burn care. Is mortality dead? *Burns* 2004; 30(8): 761-71.
5. Leblebici B, Adam M, Bagis S, Tarim AM, Noyan T, Akman MN, et al. Quality of life after burn injury: the impact of joint contracture. *J Burn Care Res* 2006; 27(6): 864-8.
6. van Loey NE, van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(4): 245-72.
7. Sideli L, Prestifilippo A, Di Benedetto B, Farrauto R, Grassia R, Mule A, et al. Quality of life, body image, and psychiatric complications in patients with a burn trauma: preliminary study of the italian version of the burn specific health scale-brief. *Ann Burns Fire Disasters* 2010; 23(4): 171-6.
8. Wiechman SA. Psychosocial recovery, pain, and itch after burn injuries. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2011; 22(2): 327-45, vii.
9. Cohen SS. *Trauma Nursing Secrets*. Amsterdam, Netherlands: Hanley & Belfus; 2003.
10. Charon JM. *Ten Questions: A Sociological Perspective*. 8th ed. Stamford, CT: Cengage Learning; 2012.

11. Leflot G, Onghena P, Colpin H. Teacher-child interactions: relations with children's self-concept in second grade. *Infant and Child Development* 2010; 19(4): 385-405.
12. Franken RE. *Human Motivation*. 6th ed. Stamford, CC: Thomson/Wadsworth; 2007.
13. Freshwater D. *Therapeutic Nursing: Improving Patient Care Through Self-Awareness and Reflection*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2002.
14. Moi AL, Vindenes HA, Gjengedal E. The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *J Adv Nurs* 2008; 64(3): 278-86.
15. Sedikides C, Spencer SJ. *The Self*. East Sussex, UK: Psychology Press; 2011.
16. Palmer Hall M. *Self-unfoldment by Disciplines of Realization: Releasing and Developing Inward Perceptions, Practical Instructions in the Philosophy of Disciplined Thinking and Feeling*. Los Angeles, CA: Philosophical Research Society; 1970.
17. Wylie The Self-concept: Theory and research on selected topics. Lincoln, Nebraska: U of Nebraska Press; 1979.
18. Morse JM. Responding to threats to integrity of self. *ANS Adv Nurs Sci* 1997; 19(4): 21-36.
19. Rashidinejad M, Karimi A, Jafarpoor M, Mohammadi M. Psychosocial problems of clients suffering from burn deformities. *Iran J Nurs* 2001; 13(26): 44-9.
20. Williams NR, Davey M, Klock-Powell K. Rising from the ashes: stories of recovery, adaptation and resiliency in burn survivors. *Soc Work Health Care* 2003; 36(4): 53-77.
21. Wiechman AS, Magyar-Russell G. Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *Int Rev Psychiatry* 2009; 21(6): 570-9.
22. Rahzani K, Taleghani F, Nikbakht NA. Disfiguring burns and the experienced reactions in Iran: consequences and strategies--a qualitative study. *Burns* 2009; 35(6): 875-81.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
24. Ranjbar H, Haghdoost A, Salsali M, Khoshdel A, Soleimani M, Bahrami N. Sampling in qualitative research: A Guide for beginning. *J Army Univ Med Sci I R Iran* 2012; 10(3): 238-50.
25. Kondracki NL, Wellman NS, Amundson DR. Content analysis: review of methods and their applications in nutrition education. *J Nutr Educ Behav* 2002; 34(4): 224-30.
26. Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care Women Int* 1992; 13(3): 313-21.
27. Gorga D, Johnson J, Bentley A, Silverberg R, Glassman M, Madden M, et al. The physical, functional, and developmental outcome of pediatric burn survivors from 1 to 12 months postinjury. *J Burn Care Rehabil* 1999; 20(2): 171-8.
28. Morse JM, Carter B. The essence of enduring and expressions of suffering: the reformulation of self. *Sch Inq Nurs Pract* 1996; 10(1): 43-60.
29. Morse JM, Bottorff JL, Hutchinson S. The phenomenology of comfort. *J Adv Nurs* 1994; 20(1): 189-95.
30. Bottorff JL, Gogag M, Engelberg-Lotzkar M. Comforting: exploring the work of cancer nurses. *J Adv Nurs* 1995; 22(6): 1077-84.
31. Morse J, Johnson J. Learning to live again: the process of adjustment following a heart attack. In: Morse J, Johnson J, editors. *The illness experience: Dimensions of suffering*. London, UK: Sage Publications; 1991. p. 13-88.
32. Chassé M. The experiences of women having a hysterectomy. In: Morse J, Johnson J, editors. *The Illness Experience: Dimensions of Suffering*. London, UK: SAGE Publications; 1991. p. 89-139.
33. Carter BJ. Surviving breast cancer: a problematic work re-entry. *Cancer Pract* 1994; 2(2): 135-40.
34. Rumsey N, Harcourt D. Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image* 2004; 1(1): 83-97.
35. Corry N, Pruzinsky T, Rumsey N. Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: social functioning, body image, and health policy perspectives. *Int Rev Psychiatry* 2009; 21(6): 539-48.
36. Pruzinsky T. Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image* 2004; 1(1): 71-81.
37. Robinson E. Psychological research on visible differences in adults. In: Lansdown R, Rumsey N, Carr A, Partridge J, editors. *Visibly different: Coping with disfigurement*. Oxford: UK: Butterworth-Heinemann; 1997. p. 102-11.
38. Noyes R, Kletti R. The Experience of Dying From Falls. *OMEGA--Journal of Death and Dying* 1972; 3(1): 45-52.
39. Falder S, Browne A, Edgar D, Staples E, Fong J, Rea S, et al. Core outcomes for adult burn survivors: a clinical overview. *Burns* 2009; 35(5): 618-41.

40. Lawrence JW, Heinberg LJ, Roca R, Munster A, Spence R, Fauerbach J. Development and validation of the Satisfaction With Appearance Scale: Assessing body image among burn-injured patients. *Psychological Assessment* 1998; 10(1): 64-70.
41. Patterson DR, Questad KA, Boltwood MD, Covey MH, de Lateur BJ, Dutcher KA, et al. Patient self-reports three months after sustaining a major burn. *J Burn Care Rehabil* 1987; 8(4): 274-9.
42. Brown T, Mills S, Muller M. If it can't be measured it can't be managed. The paucity of outcome measures in burn care. *Burns* 2003; 29(8): 757.
43. Robinson E, Rumsey N, Partridge J. An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *Br J Plast Surg* 1996; 49(5): 281-9.
44. Kielhofner G. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. Philadelphia, PA: F.A. Davis; 2009.
45. Akbari M. Epidemiology of burn in Iran :What is solution? *Proceedings of National Congress of Burn Injuries*. 2002 Dec 1-3; Tehran, Iran.
46. Blumenfeld M, Reddish PM. Identification of psychologic impairment in patients with mild-moderate thermal injury: small burn, big problem. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9(2): 142-6.
47. Kishman MC. *The lived experience of adolescents with burn injuries [Thesis]*. Cincinnati, OH: University of Cincinnati; 2004.
48. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns* 2011; 37(7): 1087-100.
49. Morse JM, O'Brien B. Preserving self: from victim, to patient, to disabled person. *J Adv Nurs* 1995; 21(5): 886-96.

Self-Disruption: Experiences of Burn Survivors

Vahid Zamanzadeh¹, Leila Valizadeh², Mojgan Lotfi³, Feridoon Salehi⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Burn injury is a devastating experience which affects a person's essence. Nursing researchers who study diseases based on patients' view will be able to better understand the effect of injuries or illnesses on self integrity. Therefore, this study was conducted with the aim of investigating burn patients' experiences regarding life after suffering a burn injury.

Method: This qualitative study was carried out using qualitative content analysis and in-depth, unstructured interviews with 15 burn survivors in Sina Hospital of Tabriz, Iran.

Results: During the qualitative content analysis process, the theme of "self-disruption" as the essence of the participants' experience was extracted based on the following subcategories: A) Attack on self-integrity (pathogenic power of burn, aggressive nature of burn); B) Threat and disturbance (life, living, social, and value threatening); C) Matrix of self (mental, emotional, demographic, and environmental properties).

Conclusion: The present study has provided a new understanding of burn survivors' experiences by describing the concept of "self-disruption". Moreover, by pointing to the impact of energy in the matrix of self, it has provided theories about the differences between burn survivors' process of returning to a normal life.

Keywords: Burn, Survivors, Self, Self-concept, Qualitative study

Citation: Zamanzadeh V, Valizadeh L, Lotfi M, Salehi F. **Self-Disruption: Experiences of Burn Survivors.** J Qual Res Health Sci 2014; 3(3): 269-80.

Received date: 14.07.2014

Accept date: 24.08.2013

1- Associated Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2- Associated Professor, Department of Pediatrics Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3- Lecturer, PhD Student, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- Associated Professor, Department of Surgery, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Corresponding Author: Leila Valizadeh PhD, Email: valizadehl@tbzmed.ac.ir