

## اثربخشی امیددرمانی ترکیبی اسنایدر و اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سوختگی

رضا دریاییگی<sup>۱</sup>، لقمان عبدالمحمدی<sup>۲</sup>، دکتر نصرالله علیمحمدی<sup>۳\*</sup>، زهرا قضاوی<sup>۴</sup>

۱. مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری بزرگسالان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری بزرگسالان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. \*نویسنده‌ی مسئول: استادیار، دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. مربی، کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۳

### چکیده

**مقدمه:** این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ی امیددرمانی گروهی (برنامه‌ی اسنایدر به همراه امید در اسلام) بر کیفیت زندگی مبتلایان به سوختگی انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۴، با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. نمونه‌ها از بین مبتلایان به سوختگی شدید (۶۰-۲۵٪) مراجعه‌کننده به بیمارستان امام موسی کاظم (ع) اصفهان انتخاب گردیدند. پس از دریافت رضایت‌نامه‌ی کتبی، نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه ۲۵ نفره‌ی آزمون و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمون از ۸ جلسه‌ی دوساعته‌ی برنامه‌ی امیددرمانی و گروه کنترل از دو جلسه‌ی غیر اختصاصی بهره‌مند شدند. داده‌های قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله با استفاده از چک‌لیست و پرسش‌نامه‌ی اختصاصی کیفیت زندگی بیماران سوختگی (Burn Specific Health Scale) جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، آنالیز واریانس مکرر و تی مستقل تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد؛ قبل از مداخله، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون (۱۵۵/۳±۱۶/۰۲) و کنترل (۱۵۶/۸±۱۴/۶) اختلاف معنادار آماری نداشت (p=۰/۳۷) ولی بلافاصله بعد از پایان مداخله و همچنین یک ماه بعد، در گروه آزمون (۱۷۶/۹±۹/۵) به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل (۱۵۶/۹±۱۴/۴) بود و اختلاف معنی دار آماری وجود داشت (p > ۰/۰۰۱). همچنین آزمون آنالیز واریانس مکرر نشان داد اثربخشی آن پس از یک ماه پایدار مانده است (p=۰/۳۸).

**نتیجه‌گیری:** امیددرمانی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سوختگی بیانجامد؛ بنابراین بهره‌گیری از این رویکرد در کلیه بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن توصیه می‌گردد.

**کلیدواژه‌ها:** سوختگی، کیفیت زندگی، امیددرمانی، کارآزمایی بالینی.

\*نویسنده‌ی مسئول: E.mail: Alimohammadi@nm.mui.ac.ir

## مقدمه

سوختگی یکی از مخرب‌ترین صدمات بوده و به‌عنوان یک بحران سلامتی جهانی مطرح است (۱). در ایران صدمات ناشی از آن، هنوز شیوع مرگ‌ومیر بالایی دارد. سالانه قریب به ۷۲۴ هزار مورد سوختگی اتفاق می‌افتد که بهبودی ۳۳۵ هزار مورد آن با خوددرمانی است، ۳۴۸ هزار مورد آن با مراجعه‌ی مبتلایان به مراکز بهداشتی - درمانی و دریافت خدمات سرپایی بهبود می‌یابد، ۳۸۲۰۰ مورد به بستری در بیمارستان و ۲۹۲۰ مورد نیز به فوت بیمار می‌انجامد (۲). نتایج مطالعات نشان می‌دهند روزانه حداقل ۸ نفر به علت سوختگی فوت می‌کنند (۳). در مرگ‌ومیر ناشی از حوادث در ایالات متحده‌ی آمریکا سوختگی سومین علت مرگ‌ومیر بعد از تصادفات و غرق‌شدگی است و در ایران نیز ششمین علت مرگ‌ومیر به شمار می‌رود (۴). سوختگی آغاز یک فاجعه برای خانواده و جامعه است؛ زیرا شخص سوخته - صرف نظر از اینکه مدت‌ها گرفتار درمان می‌شود - ممکن است برای همیشه دچار ناهنجاری‌های ظاهری و ناتوانی‌های متعدد گردد (۵). کاهش تعداد دوستان نیز به دلیل بدشکلی بیمار، باعث کناره‌گیری وی از زندگی اجتماعی و نگرش خصمانه‌ی او به محیط شده او را در معرض کناره‌گیری اجتماعی (۶) و همچنین مشکلات روحی و روانی مانند افسردگی و استرس بعد از حادثه قرار می‌دهد (۷). شواهد بیان‌گر این است که سوختگی می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را بر روی کیفیت زندگی بیماران بگذارد و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود (۸). نتایج مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند که بیش از ۵۰٪ مبتلایان به سوختگی شدید انواعی از مشکلات خواب مانند اشکال در به خواب رفتن، بیداری‌های مکرر، پایین بودن کیفیت خواب، بیدار شدن‌های صبح زود و کابوس‌های شبانه را تجربه می‌کنند (۹). همچنین این افراد در مواجهه با افراد جدید و دوست‌یابی مشکل دارند و در توسعه‌ی ارتباطات نگران هستند و به کرات در مورد ظاهر خود و تأثیری که ظاهر آنان بر دیگران دارد فکر می‌کنند؛ در نتیجه تعاملات آنان کمتر از

حد معمول می‌گردد و واکنش‌های مختلفی نظیر خجالت، پرخاش‌گری و یا اجتناب اجتماعی افراطی را از خود نشان می‌دهند. از این رو طراحی برنامه‌های حمایتی مناسب جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنان ضروری به نظر می‌رسد. در این میان، استفاده از درمان‌های مکمل از جمله امیددرمانی گروهی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و علی‌رغم اهمیت این درمان‌ها در ایجاد انگیزش و پدیدایی رفتار، در حیطه‌های مرتبط با سلامت توجه چندانی به آن‌ها نشده و فقر تحقیقاتی در این زمینه مشهود است (۱۰). این در حالی است که برنامه‌ی امیددرمانی اشنایدر، افزایش امید را به‌عنوان هدف اصلی خود در درمان بسیاری از بیماری‌ها مد نظر قرار داده است (۱۱). امید، توانایی طراحی گذرگاه‌هایی است به‌سوی اهداف مطلوب و یا عامل ایجاد انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌هاست (۱۲). به گفته‌ی اشنایدر، امید مفهومی است شناختی که متوجه آینده است؛ بنابراین اگر بیمار دچار سوختگی امیدوار به آینده باشد ممکن است در ابعاد مختلف کیفیت زندگی خویش وضعیت بهتری را احساس کند. امیددرمانی گروهی از درمان رفتاری، درمان راه حل مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود و هدف از این روش درمانی برانگیختن افراد برای غلبه بر چالش‌ها و به دست آوردن پیروزی است (۱۳). اشنایدر اشاره می‌کند که امیددرمانی گروهی به دلیل تأثیر شگرفی که در درمان بسیاری از بیماری‌های جسمانی و روانی انسان دارد می‌تواند رویکرد بیمارنگر را به رویکردی سلامت‌نگر تبدیل کند (۱۴). افراد برخوردار از امید بالا، در دستیابی به راه‌حل‌های جایگزین و اهداف خود خلاق‌تر بوده‌اند؛ انگیزه بیشتری را برای دنبال کردن آن‌ها دارند؛ مهم‌تر اینکه قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی برای دسترسی به اهداف آینده نیز هستند (۱۵). در دین اسلام نیز، امید از جمله مقوله‌های مهم است. چنانکه خداوند متعال همواره انسان را به امیدواری و خوش‌بین بودن به نظام زندگی دعوت کرده و یاس و ناامیدی را بسیار قبیح و زشت شمرده است (۱۶)؛ بنابراین به‌کارگیری آموزه‌های دینی می‌تواند نقش چشم‌گیری در

مراجعه‌کننده به بیمارستان امام موسی کاظم (ع) شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی<sup>۱</sup> سه مرحله‌ای (قبل از مداخله، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله) و دو گروهی (آزمون و کنترل) است که تأثیر برنامه‌ی «امیددرمانی گروهی» را به‌عنوان متغیر مستقل بر «کیفیت زندگی بیماران سوخته» به‌عنوان متغیر وابسته مورد سنجش قرار داده است. نمونه‌های مورد مطالعه را بیماران دچار سوختگی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام موسی کاظم (ع) در سال ۱۳۹۴ تشکیل داده‌اند که به تعداد (N= ۵۰) نفر به و به‌صورت آسان از بین افراد در دسترسی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند انتخاب شدند. سپس اهداف مطالعه برای آنان توضیح داده شد و بعد از اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی از آنان، به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. بدین‌منظور از کارت‌هایی که بر روی آن‌ها کلمات «آزمون و کنترل» نوشته و در یک جعبه قرار داده شده بود استفاده شد. از واحدهای مورد مطالعه درخواست شد که به‌طور تصادفی یکی از کارت‌ها را انتخاب کنند. افراد دارای کارت آزمون در گروه آزمون (N= ۲۵) و افراد دارای کارت کنترل در گروه کنترل (N= ۲۵) قرار داده شدند و با استفاده از ابزار مینی مایزیشن<sup>۲</sup> علاوه بر تصادفی‌سازی، از یکسان بودن متغیرهای مورد مطالعه‌ی آن‌ها همچون سن، جنس، درصد و محل سوختگی اطمینان حاصل شد. ضمناً آزمون کولموگروف - اسمیرنوف<sup>۳</sup> نشان داد که متغیرهای اصلی مطالعه (کیفیت زندگی بیماران) از توزیع نرمال برخوردار بوده است.

معیارهای ورود به مطالعه بدین شرح بود: علاقه‌مند به شرکت در مطالعه باشند، بین ۴۵-۱۸ سال سن داشته باشند، حداقل دو ماه از زمان سوختگی آن‌ها گذشته باشد، قادر به بیان خاطرات و تجربیات خود باشند، دارای سوختگی شدید (حداقل ۲۵ و حداکثر ۶۰٪) (۲۴) بوده

تقویت رفتارهای مثبت و پیش‌گیری از بیماری‌های روانی و جسمی داشته باشد (۱۸، ۱۷). مطالعات بیان‌گر این است که با استناد به قرآن کریم و دیگر آموزه‌های دینی و الگوگیری از اولیای الهی و اعتقاد به معاد می‌توان امید را تحکیم بخشید (۱۹). نیایش، خواندن کتاب‌های وحی، داستان‌های پیامبران و حضور در مراسم مذهبی از جمله منابعی هستند که بعضی از افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی استرس کمتری را متحمل شوند (۱۸). همچنین دیگر آموزه‌های دینی و روایات منقول از ائمه و اولیای الهی (حضرت یوسف و ایوب) و انتظار فرج می‌تواند به تحکیم امید کمک کند. بیان داستان‌های امیدبخش از منظر قرآن کریم تأثیر بسیار زیادی در احیا و بازسازی امید از دست رفته‌ی آدمی دارد (۱۹، ۲۰) و عاملی مهم برای تلاش و تحرک در زندگی و مانعی برای دوری از افسردگی و خودکشی و طغیان است (۲۱)؛ از این روست که برنامه‌ی امیددرمانی اسنایدر به همراه امید در دین اسلام، باعث افزایش امید و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت شده است (۲۲). همچنین مداخلات امیدبخشی مبتنی بر آموزه‌های دینی، تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی داشته است (۱۹). لذا این سؤال برای محقق مطرح گردیده است که آیا امیددرمانی گروهی اسنایدر به همراه برنامه‌ی امید در اسلام، بر کیفیت زندگی بیماران سوخته تأثیر دارد؟ پاسخ این سؤال، در صورت مثبت بودن، از یک طرف موجب غنای مداخلات بهداشتی - درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد شد و از طرف دیگر بهبود کیفیت خدمات بر اساس نظر، باورها و اعتقادات این مصدومان سبب ایجاد نگرش و روی کرد مثبت و همچنین مشارکت مؤثر آنان در مداخلات بهداشتی - درمانی می‌گردد؛ در نهایت، این موضوع به‌صورت فرآیندی منتج به افزایش کیفیت زندگی آنان می‌گردد (۲۳). لذا این پژوهش، با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ی امیددرمانی اسنایدر به همراه امید در دین اسلام به‌صورت گروهی، بر کیفیت زندگی بیماران سوختگی

<sup>۱</sup> - RCT= Randomised control trial

<sup>۲</sup> - Minimisation

<sup>۳</sup> - Kolmogorov-Smirnov test

استفاده از آزمون مجدد<sup>۵</sup>  $I = 0/85$  تعیین گردید (۷). سپس با تخصیص تصادفی شرکت کنندگان در دو گروه آزمون و کنترل، گروه آزمون به مدت ۸ جلسه‌ی دوساعته (جدول شماره ۱) در معرض متغیر مستقل (برنامه‌ی امیددرمانی گروهی) قرار گرفت؛ اما گروه کنترل برنامه‌ی امیددرمانی را دریافت نکردند و صرفاً با حضور در دو جلسه‌ی غیر اختصاصی در خصوص برنامه‌های روزانه زندگی صحبت کردند. برنامه‌ی درمانی از ترکیب برنامه‌ی امیددرمانی شنایدر و امید در اسلام تشکیل شده است. این برنامه به‌وسیله‌ی خالدی سردشتی نیز در سال ۱۳۹۲ برای بیماران دیابتی بومی‌سازی شده است (جدول شماره ۱) (۲۲). هر جلسه از چهار بخش تشکیل شده است. در حدود ۲۵ دقیقه‌ی اول در مورد فعالیت‌ها و تکالیف گذشته‌ی مراجعان بحث می‌شد و افراد ترغیب می‌شدند تا همدیگر را در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند. همچنین شامل مواردی مانند ثبت حالات هیجانی، بیان نقاط قوت و توانایی، کسب تجارب از بقیه‌ی اعضا، تمرین روش‌ها و مهارت‌های امید، تهیه‌ی لیست اهداف و اولویت‌بندی آن‌ها و انتخاب یک هدف برای کار در گروه می‌شد. سپس حدود ۳۰ دقیقه مهارت‌های مربوط به امید را یاد می‌گرفتند؛ در این بخش مراجعان هر جلسه یک مهارت جدید مربوط به امید را می‌آموختند؛ از جمله مهارت‌هایی مانند القای امید، امیدسازی، امیدبایی و تحکیم امید. در مرحله‌ی سوم که حدود ۵۰ دقیقه طول می‌کشید شیوه‌های به‌کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره‌ی فرد مورد بحث قرار می‌گرفت. همچنین شرکت کنندگان ترغیب می‌شدند تا مسائل را به‌صورت عینی و روشن مطرح کنند و به یکدیگر کمک کنند تا با استفاده از مهارت‌های امید، آن مسائل را حل کنند. در ۱۵ دقیقه‌ی پایانی جلسه، تکالیف مربوط به جلسات آینده ارائه می‌شد.

نمونه‌های منتخب پس از کسب اطلاعات کامل از روش انجام مطالعه و اهداف آن وارد پژوهش شدند. قبل از شروع فرآیند درمان و بلافاصله بعد از آن، هردو گروه پرسش‌نامه

توانایی خواندن و نوشتن داشته باشند، ساکن شهر اصفهان، ایرانی و مسلمان باشند.

معیارهایی همچون عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری، شرکت در برنامه‌های روان‌درمانی دیگر در حین مطالعه، استفاده از داروهای روان‌پزشکی در حین مطالعه بنا بر خود اظهاری، غیبت بیش از دو جلسه در کلاس‌ها و وقوع حادثه‌ی استرس‌زای ناگهانی مثل طلاق و فوت بستگان درجه‌یک به‌عنوان معیارهای خروج از مطالعه برای شرکت کنندگان در نظر گرفته شد.

در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بود از چک‌لیست محقق‌ساخته‌ی مربوط به مشخصات فردی و بالینی و پرسش‌نامه‌ی استاندارد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران سوختگی. چک‌لیست محقق‌ساخته‌ی مربوط به مشخصات فردی و بالینی مواردی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت‌زمان ابتلا به سوختگی و محل ایجاد عارضه‌ی ناشی از سوختگی را در بر می‌گرفت و پرسش‌نامه‌ی استاندارد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران سوختگی - که به‌وسیله‌ی کلیدال و همکاران<sup>۴</sup> در سال ۲۰۰۱ اصلاح شده است - دارای ۴۰ آیتم (۱۸ سؤال مربوط به بعد جسمی کیفیت زندگی، ۱۱ سؤال مربوط به بعد روانی کیفیت زندگی، ۱۱ سؤال مربوط به بعد اجتماعی کیفیت زندگی و ۹ سؤال در زمینه‌های میزان حساسیت پوست به گرما، تصویر بدنی، عملکرد دست‌ها، چگونگی مراقبت از نواحی سوختگی، شغل، ارتباطات، توانایی انجام فعالیت‌های ساده، عملکرد جنسی و بعد عاطفی) است که در قالب گزینه‌های «شدید، زیاد، متوسط، کم و به‌هیچ‌وجه» تعریف شده و به ترتیب از ۱ تا ۵ امتیازبندی شده است (۲۵). پرسش‌نامه، جهت تعیین روایی، به‌وسیله‌ی پیشنهادی و همکاران در سال ۱۳۹۰ به فارسی ترجمه شد و مجدداً به‌وسیله‌ی دو نفر از آشنایان به زبان انگلیسی ترجمه شد. در نهایت نزدیک‌ترین ترجمه به پرسش‌نامه‌ی اصلی انتخاب شد. پایایی پرسش‌نامه، با

<sup>5</sup> Test-retest

<sup>4</sup> -Kildal

ندارد ( $p=0/73$ )، ولی بعد از پایان مداخله ( $p<0/001$ ) و یک ماه بعد از مداخله ( $p/001$ )، میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات (جدول شماره‌ی ۳) نشان داد که در گروه کنترل میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی بین سه زمان اختلاف معنادار ندارد ( $p=0/77$ )؛ اما در گروه آزمون میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی بین سه زمان اختلاف معنادار دارد ( $p<0/001$ ).

آزمون تی مستقل (جدول شماره‌ی ۴) نشان می‌دهد که میانگین تغییر نمره‌ی کلی کیفیت زندگی و تمامی حیطه‌های آن، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله، در گروه آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده است ( $P<0/001$ ). این موضوع نشان می‌دهد که برنامه‌ی ترکیبی امیددرمانی اسنایدر به همراه امید در دین اسلام، نه تنها بر روی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بیماران تأثیر معنی‌داری داشته بلکه به‌طور کلی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوختگی شده است.

امروزه، دولت‌ها و سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان به بهبود کیفیت زندگی مردم توجه دارند و می‌کوشند تا با به‌کارگیری خدمات بهداشتی-درمانی و شیوه‌های نوین درمانی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد و جامعه را تأمین کنند و آثار ابتلا به بیماری‌ها را کاهش دهند (۲۸، ۲۷). از آنجایی که سوختگی موجب کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به سوختگی می‌گردد نتایج این پژوهش که با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ی امیددرمانی گروهی بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوختگی انجام گرفته است نشان داد که برنامه‌ی امیددرمانی گروهی ترکیبی (برنامه‌ی اسنایدر با تلفیق امید در اسلام) کیفیت زندگی مبتلایان به سوختگی را بهبود بخشیده است؛ به‌نحوی که نتایج حاصل از مطالعه حاکی از تداوم تأثیر این مداخله نیز بود. یافته‌ها همچنین نشان داد که امیددرمانی بر کلیه‌ی ابعاد وجودی جسمی، روانی و اجتماعی انسان اثرگذار است. در اثر از دست رفتن امید در زندگی بسیاری

را تکمیل کردند. همچنین جهت بررسی میزان ماندگاری مداخله، یک ماه بعد نیز مجدداً پرسش‌نامه به دو گروه آزمون و کنترل جهت تکمیل ارائه شد و نتایج آن با قبل و بلافاصله بعد از مداخله مورد مقایسه قرار گرفت.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهش‌گر مجوز و معرفی‌نامه‌ی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را به مسئولان مربوط ارائه داد و پس از کسب رضایت آگاهانه از کلیه‌ی بیماران، اطمینان بخشی به آنان مبنی بر محرمانه ماندن گفته‌ها و اطلاعات آن‌ها، اعلام آزاد بودن آن‌ها برای حضور در این جلسات، آزادی آن‌ها در بیان و ترک ادامه‌ی جلسات در صورت عدم تمایل، و رایگان بودن کلیه‌ی جلسات، اقدام به انجام پژوهش نمود. همچنین به گروه کنترل اعلام شد که بعد از انجام پژوهش، جلسات درمانی در صورت تمایل هریک از آنان، به‌صورت رایگان خواهد شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و آزمون‌های آماری کای اسکوتر و آنالیز کوواریانس تعقیبی انجام شد.

### یافته‌ها

تعداد ۵۰ بیمار مبتلا به سوختگی شدید (۶۰-۲۵٪) در دو گروه آزمون و کنترل، مورد مطالعه قرار گرفتند. سن گروه آزمون در فاصله‌ی  $4/4 \pm 30/1$  بود و سن گروه کنترل در فاصله‌ی  $6/1 \pm 30/3$  قرار داشت. اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به نمونه‌ها (جدول شماره‌ی ۲) با استفاده از آزمون کای اسکوتر نشان داد که جنسیت بیماران بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ( $p=0/57$ ) و دو گروه از لحاظ سن، جنس و تحصیلات همگن بودند. متغیرهای مدت‌زمان گذشت از سوختگی، مدت‌زمان بستری، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت درآمد، عامل سوختگی، محل ایجاد سوختگی و درصد سوختگی بین دو گروه کنترل و آزمون اختلاف معناداری نداشت ( $p>0/05$ ).

همان‌گونه که در جدول شماره‌ی ۳ مشاهده می‌شود آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که قبل از مداخله، میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی بین دو گروه اختلاف معناداری

پژوهش خود دریافت که امید به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر در کنار آمدن با یک بیماری دشوار یا اختلال مؤثر است (۳۶). نتایج پژوهش قزل‌سفلو و اثباتی نیز نشان داد که برنامه‌ی گروه‌درمانی امیدمحور سبب بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز شده است (۳۷). نتایج پژوهش رسولی و همکاران نیز نشان داد که امیددرمانی سبب بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است (۳۸). با تأمل بر این پژوهش‌ها در می‌یابیم که نتایج آن‌ها، هم‌سو با پژوهش حاضر بیان‌گر این است که امیددرمانی می‌تواند به عنوان یک میانجی روان‌شناختی، سبب افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن گردد؛ با این تفاوت که در مطالعات انجام‌شده محتوای جلسات صرفاً بر اساس نظریه‌ی امید شناسی بوده و از برنامه‌ی امید در دین اسلام استفاده نشده درحالی‌که در پژوهش حاضر از برنامه‌ی ترکیبی امید شناسی و امید در دین اسلام استفاده شده است. مداخلات ارتقادهنده‌ی امید بر اساس آموزه‌های دینی و قرآن هم انجام می‌شود؛ چرا که آموزه‌های اسلامی، تمام آنچه را که برای رشد و کمال انسانی لازم است در بر دارند (۱۷). پیامبر (ص) در اهمیت امید می‌فرماید: امید و آرزو برای امت من رحمت است و اگر امید و آرزو نبود هیچ مادری فرزندش را شیر نمی‌داد و هیچ باغبانی نهالی نمی‌کاشت. اگر روزی امید را از مادر بگیرند با همه‌ی عطف و خود نسبت به فرزندش، حتی حاضر نخواهد شد که نوزادش را شیر بدهد (۳۹). در تعبیر اسلامی و قرآنی، ناامیدی مطرود واقع شده است. خداوند در قرآن کریم می‌فرماید «از رحمت خدا مأیوس نشوند جز گروه کافران» (سوره‌ی یوسف، آیه‌ی ۸۷) (۲۶). نتیجه می‌گیریم که در دین اسلام منشأ ناامیدی غفلت از خدا و آیات اوست و معرفت به خدا مقدمه و شرط لازم در پیدایش حالت «رجا» یا امید می‌باشد. ملا احمد نراقی در کتاب معراج السعاده می‌گوید: از منظر اسلام امید در سلامت روانی نقش مهمی بر عهده دارد. امید به زندگی معنا می‌بخشد و مانع استیلا یاس و دل‌سردی بر

از ناراحتی و فشارهای جسمی ایجاد خواهند شد، لذا امیددرمانی قادر است سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد را بهبود بخشد (۲۹). نتایج تحقیقات شنایدر و لوپز<sup>۶</sup> نشان می‌دهد که مداخله‌ی امیددرمانی می‌تواند برخی از توانایی‌های روان‌شناختی را نیز افزایش داده و علائم آسیب‌شناسی روانی را کاهش دهد (۳۰)؛ از جمله افسردگی که از آسیب‌های روانی‌ای است که بیماران مبتلا به سوختگی را درگیر خود ساخته و بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی دارد (۳۱).

هان کینس<sup>۷</sup> در پژوهشی جهت بررسی مداخله‌های مبتنی بر امید برای بزرگسالان دارای تشخیص افسردگی نشان داد که امیددرمانی منجر به کاهش علائم افسردگی و افزایش امید می‌شود (۳۲). یافته‌های مطالعات نشان دادند که افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردارند، عزت نفس زیادتر و تعهد بیشتری را در فعالیت‌هایی که به بهداشت و سلامتی بیشتر می‌انجامد نشان می‌دهند (۳۳). از سوی دیگر افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آن‌ها درس می‌گیرند و در پیگیری اهداف آینده از آن‌ها استفاده می‌کنند (۳۴). همچنین چوانز<sup>۸</sup> و همکاران نشان دادند که امیددرمانی می‌تواند تفکر عامل (یکی از مؤلفه‌های تفکر امیدوارانه) معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد که خود به بهبود افراد و افزایش کیفیت زندگی آنان کمک می‌کند (۳۵).

در مجموع، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، هم‌راستا با سایر مطالعات، حاکی از تأثیر امیددرمانی بر کلیه‌ی ابعاد وجودی انسان و در نهایت فعالیت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی اوست. یافته‌های پژوهش شنایدر و آندرسون<sup>۹</sup> نشان می‌دهد که ارتقاء امید راه مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن است؛ از نظر این محققان، امید افزایشی، باعث افزایش سطح خودمراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی این دسته از بیماران می‌شود (۱۴). همچنین فویز<sup>۱۰</sup> در

6 - Snyder&Lopez

7 -Hankins

8 -Cheaveens

9 -Snyder&Anderson

10 -Feuz

انسان می‌گردد و بدون امید زندگی بی‌معنا و مبهم می‌شود (۴۰).

در پژوهشی که عبادی به بررسی تأثیر آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن پرداخت، نتایج نشان داد که مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن سبب افزایش امید در زنان مطلقه شده است (۱۶). در مطالعه‌ی سردشتی و همکاران که به‌صورت برنامه‌ی ترکیبی امید اسنایدر و امید در دین اسلام در بیماران مبتلا به دیابت انجام شد نتایج نشان داد که این برنامه سبب افزایش امید و بهبود کیفیت زندگی در بیماران دیابتی شده است (۲۲). از آنجا که پژوهش حاضر نیز از همین برنامه الگوبرداری کرده است نتایج آن با نتایج مطالعه‌ی سردشتی و همکاران هم‌سو می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش بینایی و همکاران نشان داد که مداخلات امیدبخشی مبتنی بر آموزه‌های دینی تأثیر مثبتی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارد (۱۹). چیمیک و نکولایچاک<sup>۱۱</sup> نشان دادند که امیدواری می‌تواند روند رویارویی با ناملایمات زندگی را آسان کند و کیفیت زندگی را ارتقا بخشد (۴۱). بنسون<sup>۱۲</sup> در مرور مطالعات مربوط به امید می‌گوید سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روان‌شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی - که از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی محسوب می‌شود - رابطه‌ی مثبت دارد؛ این یافته‌ها با نتایج پژوهش کنونی هم‌خوانی دارد (۴۲). در تبیین یافته‌های ذکرشده می‌توان گفت که امید، هم‌بسته‌های زیست‌شناختی متعددی دارد؛ مثلاً کارکرد مؤثر دستگاه ایمنی و افزایش اکسی-توسین اندروفینی که به فرد در تحمل فشار و سختی کمک می‌کند (۴۳)؛ بنابراین ترکیب روان‌شناختی و زیست‌شناختی در مبتلایان به سوختگی به افزایش کارآمدی، کنار آمدن مؤثر با فشارهای زندگی و جست‌وجوی حمایت اجتماعی منجر شده و رفتار ارتقادهنده‌ی سلامت را پیش‌بینی می‌کند. نتایج تحقیقات گروپمن<sup>۱۳</sup>، روی بیماران مبتلا به اختلالات بدخیم نشان داد که باور و انتظار مانند دارونما

می‌تواند اثرات بالقوه‌ی مثبتی روی سیستم اعصاب مرکزی بگذارد؛ به همین دلیل بیماران امیدوار به بهبود و سلامتی، به دلیل ایمان مذهبی و باور و انتظارات مثبت از نتیجه‌ی درمان با سرعت بیشتری بهبود می‌یابند (۴۴). در تأیید این یافته‌ها اسنایدر و لویز<sup>۱۴</sup> امید را به‌عنوان یک دارونما در درمان بیماری‌های جسمی و روانی مورد توجه قرار داده و بیان داشته‌اند که امید باعث ایجاد تغییرات مثبت در فیزیولوژی انسان می‌گردد. امید از نظر فیزیولوژیک و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند. امیددرمانی باعث افزایش سطح خودمراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی بیماران می‌شود (۱۱).

### نتیجه‌گیری

آنچه مطالعات بر آن تأکید دارند بهبود کیفیت زندگی از راه امید و امیددرمانی است؛ لذا نتایج حاضر تأکید مجددی بر ضرورت پیوند شاخه‌های مختلف علوم به‌منظور افزایش اثربخشی مداخله‌های امیددرمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران سوختگی است.

در این مطالعه همانند هر مطالعه‌ی دیگر، محدودیت‌هایی وجود داشته است که پژوهش‌گر به استناد آن‌ها، پیشنهاد می‌کند پژوهشی با یک دوره‌ی درمانی طولانی‌تر و همچنین پیگیری‌های طولانی و متعدد صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد برای جمع‌آوری داده علاوه بر پرسش‌نامه از روش‌های دیگر همچون مصاحبه استفاده شود؛ زیرا استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند تجربه‌ی روانی آزمودنی‌ها را منعکس کند.

پژوهش حاضر نشان داد که بهره‌گیری از برنامه‌ی امیددرمانی توانسته است به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوختگی کمک کند و کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد. روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد کند، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدّی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد. نتایج، مؤید همراهی امید و خود متکی بودن با انتظارات مطلوب

<sup>11</sup> -Chimick&Nekolaichak

<sup>12</sup> -Banson

<sup>13</sup> -Groopman

<sup>14</sup> -Snyder&Lopez

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری به شماره طرح ۳۹۴۳۰۰ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کد کارآزمایی بالینی ۶ IRCT۲۰۱۵۰۹۱۳۱۴۴۶۳ N است. از کلیه‌ی بیمارانی که با وجود مشکلات فراوان ناشی از بیماری در این پژوهش شرکت کردند تشکر می‌گردد. همچنین از استادان راهنما، مشاور و همه‌ی مسئولان بیمارستان امام موسی کاظم (ع) شهر اصفهان که در به ثمر رسیدن این مطالعه ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

می‌باشد که یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده برای درمان‌پذیری است؛ لذا استفاده از این روی‌کرد و سایر روی‌کردهای روان‌درمانی، روان‌شناسی مثبت و برنامه‌ی امید در اسلام - که به‌نوعی با نیازهای درونی و فطری انسان عجین گشته‌اند- به‌منظور کمک به بیماران مزمن و همچنین بیماران سوختگی در جهت بهبود کیفیت زندگی آنان باید مورد توجه قرار گیرد.

از این رو با توجه به نتیجه‌ی این پژوهش و سایر پژوهش‌های مبنی بر اثربخشی امیددرمانی، لازم است که به درمان‌های پزشکی اکتفا نشود و با تأسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی و استفاده از مداخلات روان‌شناختی در بیمارستان‌ها، در روند بهبود کیفیت زندگی و ابعاد گوناگون عملکرد این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آن‌ها کمک مؤثری ارائه شود.



جدول شماره‌ی (۱) طرح کلی برنامه‌ی امیددرمانی ترکیبی اسنایدر و اسلامی در افراد مبتلا به سوختگی

| زمان جلسه<br>(دقیقه) | محتوای جلسات  | جلسه         |
|----------------------|---|--------------|
| ۹۰                   | آشنایی اولیه، برقراری ارتباط درمانی، ایجاد اعتمادسازی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تشریح اهداف و قوانین گروه، ارائه‌ی توضیحاتی پیرامون جلسات درمانی، بیان تأثیر سوختگی بر سلامت روان، شناخت مشکلات کلی هر یک از مراجعان در زمینه‌ی سلامت روان و امید در زندگی.   | جلسه‌ی اول   |
| ۹۰                   | تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن، تأثیر آن بر ناامیدی و پوچی، اهمیت وجود امید در زندگی، نقش آن در روند حل مشکلات، آشنا کردن افراد با ویژگی‌ها و آثار امید و ناامیدی از منظر اسلام (قرآن: داستان حضرت ایوب) و (قرآن: بیان داستان‌های قرآنی نظیر داستان یوسف و یونس) (۲۶).   | جلسه‌ی دوم   |
| ۹۰                   | بیان داستان زندگی به‌وسیله‌ی هریک از اعضای گروه، توجه دادن افراد به نقاط قوت و توانایی‌های خود به‌صورت بیان نقاط قوت و توانایی‌هایشان به زبان خود و با نظر بر تأکید خداوند بر توانایی‌های انسان در قرآن کریم (بقره، آیه‌ی ۷۸) (۲۶).   | جلسه‌ی سوم   |
| ۹۰                   | تبیین داستان‌های مراجعان بر اساس برنامه‌ی امیددرمانی اسنایدر و دین اسلام و قالب‌بندی مجدد داستان‌ها، شناسایی مواردی از امید و موفقیت‌های گذشته‌ی اعضا، همچنین بیان نقاط قوت هر یک از اعضا از دید دیگر اعضای گروه (۲۲).  | جلسه‌ی چهارم |
| ۹۰                   | مطرح کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی به‌وسیله‌ی هر یک از مراجعان و بیان میزان اهمیت و رضایت مراجعان از هر یک از این اتفاقات (بیان حداقل ۵ تا ۱۰ تجربه و خاطره‌ی مثبت برای اعضای گروه).   | جلسه‌ی پنجم  |
| ۹۰                   | طرح ویژگی اهداف مناسب در افراد امیدوار بر اساس نظریه‌ی اسنایدر و سپس ترغیب افراد به انتخاب اهداف مناسب. استفاده از مکانیسم‌هایی مانند خنده، شادی و ورزش.  | جلسه‌ی ششم   |
| ۹۰                   | طرح ویژگی گذرگاه‌های مناسب و راه‌یابی به سمت امید به‌وسیله‌ی پژوهش‌گر. سپس از افراد خواسته شد تا برای رسیدن به اهداف تعیین‌شده راهکارهای مناسب را انتخاب کنند و به آن‌ها آموزش داده شد تا گذرگاه‌ها را به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک بشکنند و گذرگاه‌های جانشین را تعیین کنند و همچنین راهکارهایی را برای ایجاد و حفظ عامل ارائه کنند. | جلسه‌ی هفتم  |
| ۹۰                   | مروری بر مداخلات انجام‌شده در طی جلسات قبل و بررسی نظریات اعضا در مورد جلسات و رسیدن آن‌ها به اهدافشان و همچنین ارزیابی میزان دستیابی هریک از اعضا به مهارت‌های امید. تعیین زمان اجرای پس‌آزمون و آزمون پیگیری و تقدیر و تشکر از اعضا.  | جلسه‌ی هشتم  |

جدول شماره ۲) مقایسه‌ی توزیع فراوانی جنسیت، میانگین سن، مدت زمان گذشته از سوختگی و مدت بستری بیماران مبتلا به سوختگی در دو گروه آزمون و کنترل

| P-value |          | گروه کنترل   | گروه آزمون   | گروه |
|---------|----------|--------------|--------------|------|
| P-value | $\chi^2$ | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |      |
|         |          | ۱۲ (۴۸)      | ۱۴ (۵۶)      | مرد  |
| ۰/۵۷    | ۰/۳۹     | ۱۳ (۵۲)      | ۱۱ (۴۴)      | زن   |
|         |          | ۲۵ (۱۰۰)     | ۲۵ (۱۰۰)     | کل   |

  

| P-value |      | T | انحراف معیار $\pm$ میانگین | انحراف معیار $\pm$ میانگین | متغیر                            |
|---------|------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| ۰/۶۷    | ۰/۴۲ |   | ۳۱/۳ $\pm$ ۶/۱             | ۳۰/۶ $\pm$ ۴/۴             | سن (سال)                         |
| ۰/۳۴    | ۰/۹۷ |   | ۲/۸ $\pm$ ۱/۲              | ۳/۲ $\pm$ ۱/۷              | مدت زمان گذشته از سوختگی (ماه)   |
| ۰/۷۶    | ۰/۳۱ |   | ۱/۲ $\pm$ ۰/۶              | ۱/۱ $\pm$ ۰/۳              | مدت بستری جهت درمان سوختگی (ماه) |

جدول شماره ۳) مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی بیماران سوختگی در دو گروه آزمون و کنترل در زمان‌های مختلف

| P-value ** |      | T                          | گروه کنترل                 | گروه آزمون                 | زمان                   |
|------------|------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| P-value ** | T    | انحراف معیار $\pm$ میانگین | انحراف معیار $\pm$ میانگین | انحراف معیار $\pm$ میانگین |                        |
| ۰/۷۳       | ۰/۳۵ | ۱۵۶/۸ $\pm$ ۱۴/۶           | ۱۵۵/۳ $\pm$ ۱۶/۰۲          |                            | قبل از مداخله          |
| ۰/۰۰۱      | ۵/۹۸ | ۱۵۷/۲ $\pm$ ۱۴/۳           | ۱۷۷/۹ $\pm$ ۹/۹            |                            | بلافاصله بعد از مداخله |
| ۰/۰۰۱      | ۵/۸۹ | ۱۵۶/۹ $\pm$ ۱۴/۲           | ۱۷۶/۹ $\pm$ ۹/۵            |                            | یک ماه بعد از مداخله   |
|            |      | ۰/۲۶                       | ۵۱/۶۷                      | F                          |                        |
|            |      | ۰/۷۷                       | < ۰/۰۰۱                    | P-value *                  |                        |

\* درون گروهی - آزمون انالیز واریانس با تکرار مشاهدات

\*\* بین گروهی - آزمون تی مستقل

جدول شماره ۴) مقایسه‌ی میانگین تغییرات نمره‌ی حیطه‌های کیفیت زندگی (جسمی، روانی و اجتماعی) بیماران سوختگی در دو گروه آزمون و کنترل، در زمان‌های مختلف

| P-value* | T     | گروه کنترل             |                        | زمان   | حیطه    |
|----------|-------|------------------------|------------------------|--|---------|
|          |       | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین |  |         |
| ۰/۰۰۱    | ۴/۴۲  | -۰/۳±۱/۸               | ۵/۹۴±۶/۳               | بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله | جسمی    |
| ۰/۰۰۱    | ۴/۷۶  | -۱/۱±۲/۷               | ۵/۴۱±۶/۳               | یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله   |         |
| ۰/۰۰۱    | ۱۱/۰۶ | ۰/۴±۲/۴                | ۱۲/۳±۴/۸               | بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله | روانی   |
| ۰/۰۰۱    | ۱۰/۲۸ | ۰/۷±۲/۵                | ۱۱/۶±۴/۷               | یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله   |         |
| ۰/۰۰۱    | ۶/۲۳  | ۰/۲±۱/۷                | ۴/۸±۳/۳                | بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله | اجتماعی |
| ۰/۰۰۱    | ۵/۱۵  | ۰/۵±۱/۸                | ۴/۶±۳/۶                | یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله   |         |
| ۰/۰۰۱    | ۹/۴۵  | ۰/۳±۴                  | ۲۲/۶±۱۱/۱              | بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله | کل      |
| ۰/۰۰۱    | ۹/۴۳  | ۰/۰۲±۴/۸               | ۲۱/۶±۱۰/۴              | یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله   |         |

\*آزمون تی مستقل

## References

1. Peck MD, Molnar J, Swart D. A global plan for burn prevention and care. *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 87: 733-735
2. Akbari M. Burns ratios and proportions in Iran; the comparison with area and world (what is resolution ?). *Burns congress*. Tehran: Iran University of medial sciences; 2002. [Persian]
3. Naghavi M, Akbari M. Epidemiology of the losses resulted by the external factors of the events. Ministry of Health and Medical Education. Barg Rezvan Publication. Tehran. 2004. [Persian]
4. Skandari SH. Public education and community safety in burns. *Proceedings of the 1<sup>st</sup> National Congress of Burn*; 2003 Dec 10-12; Tehran, Iran. Tehran: Ebadifar Publication; 2003:326. [ Persian]
5. Farajollah chabi I. Survey of the burn status of self-Inflicted Female. *General Psychology*. 2011;3(4 ): 74-82. [Persian]
6. Pallua N, Kunsebeck H, Noah E. Psychosocial adjusments 5 years after burn injury. *Burns* .2003 ;29 (2): 143-152.
7. Pishnamazi Z, Kiani AA, Heravi KM, Zaeri F, Reza NZ. Quality of life in burn patients. *Journal of burns* .Faculty of nursing & midwifery, shahed university. Tehran, Iran. 2012;11 (1):91-98. [Persian]
8. 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):618-641.
9. Rumsey N, Harcourt D. Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body image*. 2004;1(1):83-97.
10. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. *Positive psychology: An introduction*: Springer; 2014: 221-278.
11. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*. 2002; 13(4): 249-275.
12. Porghaznin T, Ghafari F. Relationship between hope and self-esteem of clients with kidney transplantation in Hospital Emam Reza Mashhad. *Journal Yazd Medical science University*. 2005;1:52-61. [Persian]
13. Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. *Psychological inquiry* .2002; 13:249-275.
14. Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and Health: measuring the will and ways ,*Handbook of social and clinical psychology: the health persoective*. New York: pergamon press .1991;12 (4):285-305.
15. Kavradim ST, Özer ZC, Bozcuk H. Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey. *Journal of advanced nursing*. 2013;69(5):1183-96.
16. Ebadi N, Faghihi A, Efficacy of positivism (optimism) on increase hope of widow Ahvaz woman with emphasis on Quran. *journal psychology Religious*. 2010; (2) 61-74. [Persian]
17. Farhadian F. Mental health in the perspective of practica I responsibility acceptance towards the religious teachings. *Payam Zan Quarterly*. 2011; 236: 70-73. [Persian]
18. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. A survey on relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and

- quality of life in patients with cancer. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University, Uremia Medical Branch .2011; 1: 51-61. [Persian]
19. Binaeei N. Analyzing the effects of hope-giving interventions which are based on religious teachings of patient-family on the life quality of the patients affected to heart failure referring the hospitals and clinics of Isfahan University of Medical Sciences on 2013. MA Thesis in of Isfahan University of Medical Sciences, Department of Nursing and Midwifery. [Persian] .
  20. Parcham A, Mohagheghian Z. Comparative analysis of the approaches of hopefulness and its increase from the view point of optimistic psychology and Quran. Journal of Marefat; 2011; 20(164): 79-99. [Persian]
  21. Khodayarifard M. The application of being optimistic in psychotherapy by focusing on Islamic approaches. Psychology and Educational Sciences Journal; 2007, 5(1): 140-164. [Persian]
  22. Ghazavi z, Khaledi-Sardashti F, Kajbaf M B, Esmailzadeh M . Effect of hope therapy on the diabetic patients. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2013;20 (1):75-80. [Persian]
  23. Manzari Z.S., Memarian R.\*, Vanaki Z.. Effect of therapeutic communication on pain anxiety and burn wounds healing status. Quarterly of the Horizon of Medical Science.2013; 19 (2) :59-65. [Persian]
  24. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2013; 13: 43
  25. Kildal M, Andersson G, Fugl-Meyer AR, Lannerstam K, Gerdin B. Development of a brief version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B).Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2001; 51(4): 740-746.
  26. Quran, Surah yousof -Arabic, persian Translation by Elahi Ghomshei, Publications Osve, Qom. 2010 [Persian]
  27. Deyo RA. The quality of life, research, and care. Annals of internal medicine. 1991;114 (8):695-697.
  28. Reynolds K, Chan J, Duan X. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in china. Hypertension cancer and nutrition (EPIC), study population and data .2002;40 (6): 920-927.
  29. Snyder C, Rand K. Hopelessness and health. N Anderson (Ed), Encyclopedia of health and behavior. 2005. <http://sk.sagepub.com/reference/behavior/n128.xml>
  30. Snyder CR , Rand KL. Hopelessness and depression: A light in the darkness. Journal social clinical Psychology.2004;347-351
  31. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Lotfi M, Salehi F. Self-Disruption: Experiences of Burn Survivors. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2014;3(3):269-80. [Persian]
  32. Hankins SJ. Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an impatient population. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the University of Mississippi; 2004.
  33. Dezutter j, casalin S, Wachholtz A, Luyckx K, Hekking J, Vandewiele W. Meaning life: An important factor for the

- psychological well-being for chronically ill patients? *Journal of Rehabilitation Psychology* .2013; 58 (4): 334-341.
34. Snyder CR, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Sympson S. The role of hope in cognitive behavior therapies. *Journal of Cognitive Therapy and Research*. 2002; 24 (6): 747-762.
35. Cheavens JS, Feldman DB, Woodward JT, Snyder C. Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2006; 20(2): 135-45.
36. Feuz C. Hoping for the best while preparing for the worst: a literature review of the role of hope in palliative cancer patients. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2012; 43(3): 168-174.
37. Ghezselfloo M, Esbati M. The effectiveness of hope-oriented group-therapy. on improving the life quality of men infected to HIV. *Journal of thought and behavior*. 2011; 6(22): 89-97. [Persian]
38. Rasouli M, Bahramian J, Zaharakar K. The effect of grouped hope-therapy of the patient affected to multiple sclerosis. *Psychosomatic Journal of Kharazmi University*. 2013; 1(4): 54-65. [Persian]
39. Khansari M. Description Ghurar al-Hikam wa Durar al-Kalim, Tehran University Press. 2004: 127-136. [Persian]
40. Mansouri KH. "influences in human life expectancy" of Quranic culture center base. 2008: 72-80. [Persian]
41. Chimich WT, Nikolaichuk CL. Exploring the links between depression, integrity, and hope in the elderly. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2004; 49(7): 428-433.
42. Banson W. The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students highschool and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication. Ankara: East Technical University. 2006.
43. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust H, Kalantari M, Talebi H, Khosravi A. Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. *Journal of clinical psychology*. 2010; 1(5): 27-34. [Persian]
44. Groopman J. the anatomy of hope: how people prevail in the face of illness. The sixth report of joint national committee on prevention detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. 2005; 125 (2) : 2413 – 2446.

## The Effect of Group Hope-Therapy Program on the Improvement of Life in Burnt Patients of Isfahan –Imam Mousa Kazem Hospital: Clinical Trial Study

Daryabygi R<sup>1</sup>, Abdolmohamadi L<sup>2</sup>, Alimohammadi N<sup>\*3</sup>, Gazavi Z<sup>4</sup>

1. Msn in Nursing, Nursing Instructor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.
2. Msn Student in nursing, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran
3. Correspondence: Assistant Professor, PhD in Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Msn in Nursing, Nursing Instructor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.

Received: 10 January, 2016: Accepted: 23 May, 2016

### Abstract

**Introduction:** Burning is one of the most important causes of the fall in the world's life and death quality. This study has been done aiming the analysis of the effect of group hope therapy (Snyder's group hope therapy together with hope in Islam) on life quality of the burnt patients.

**Methods:** The survey was clinical trial that has been done based on the convenient sampling method. Samples were selected among sever burn-patients(25-60%) who referred Imam Mousa Kazem Hospital(2015) .After getting the consent , the participators were categorized into experimental and control groups with 25 in each group. The experimental group received the program in 8 sessions-2 hours and the control group received routine interventions .The demographic checklist and a unique questionnaire of life quality of burn patients (Burn Specific Health Scale) which had been used before, right after, and one month after the remedial intervention were collected, and analyzed by the use of SPSS software, Version 16. Chi-Square statistical tests, covariance analysis and T- test.

**Result:** As the results show, before the intervention, there was not any significant difference between the mean score of the life quality between two groups ( $p= 0.37$ ). Right after the intervention ( $P < 0.001$ ) and also one month after the intervention in experimental group ( $179 \pm 9/5$ ) is significantly more than the control group ( $15 \pm 14/4$ ). Also testing the frequent variance analysis show that its effectiveness stayed the same after a month, so there was no significant statistical difference between "right after" and "a month after" the intervention ( $p=0.38$ )

**Conclusion:** Hope-therapy program can cause improving the life quality of for burn patients and other ones affected to the chronic diseases.

**Keywords:** Burn, quality of life, Hope-therapy, clinical trial.

\*Corresponding author: E.mail: Alimohammadi@nm.mui.ac.ir