

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

معاونت پژوهشی

کمیته تحقیقات دانشجویی

دانشگاه علوم پزشکی قزوین



کمیته تحقیقات دانشجویی

## پرسشنامه طرح تحقیقاتی دانشجویی

نام و نام خانوادگی مجری/مجریان: **tina talakoob** – تینا طلاکوب

نام و نام خانوادگی: دکتر لیلی یکه فلاح – **Leili yekefallah**

دانشکده: پرستاری و مامایی

**عنوان طرح (فارسی):** مقایسه استرس پس از حادثه، ترس از تصویر بدنی با پیامدهای سوختگی در بیماران سوختگی

معتاد و غیر معتاد در بیمارستان آموزشی درمانی شهید رجایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر قزوین در سال ۱۳۹۸

**عنوان طرح (انگلیسی):** Comparison Of Post-traumatic stress, Fear Of Body Image With The

outcomes\_of burns In addicted and non-addicted burn patients In Shahid Rajaei Hospital of Qazvin University of Medical Sciences in 2019.

تاریخ پیشنهاد: 24 ماه

تاریخ تصویب در شورای پژوهشی دانشکده:

آیا طرح در راستای اولویت پژوهشی است؟.....بله – حیطة: بیماری‌های غیرواگیر اولویت شماره ۱:

آیا موازین و دستورالعمل‌های اخلاقی وزارت متبوع، مندرج در سایت دانشگاه به آدرس زیر را مطالعه کرده اید؟

کمیته ۲۰٪ اخلاق / <http://vcr.qums.ac.ir/Portal/home/?172148>



بلی

خیر

آیا طرح نیاز به مطرح شدن در کمیته اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه را دارد؟

۱-۱ مشخصات مجریان طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی و درجه علمی	آدرس و تلفن همراه	ایمیل *	کد ملی	امضاء
۱	لیلی یکه فلاح	هیئت علمی ،استاد راهنما				
۲	تیناطلاکوب	دانشجو کارشناس پرستاری				

**\*در خصوص استاد راهنما ایمیل شخصی و دانشگاهی هر دو قید شود.**

۱-۲ مشخصات همکاران اصلی

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری	کد ملی	امضای همکار
۱	دکتر سجاد نوریان	هیئت علمی	استادیار گروه امار دانشگاه قم	مشاور آماری، تجزیه و تحلیل داده‌ها، نگارش گزارش آماری		
۲	عباس احمدی	کارشناسی ارشد پرستاری	پرستاری	نمونه گیری		
۳	نرگس حسینی	کارشناسی پرستاری	پرستاری	اصلی		

۲-۱ نوع طرح: بنیادی – کاربردی

۲-۲ مقدمه و معرفی طرح:

سوختگی یکی از دلایل عمده آسیب دیدگی در سراسر جهان است (1). سالانه نزدیک به ۳۰۰ میلیون بیمار در سراسر جهان دچار سوختگی می شود. (2) سوختگی به عنوان صدماتی که به دنبال استفاده از گرما، مواد شیمیایی، جریان الکتریکی به خارج یا داخل سطح بدن که باعث تخریب بافت می شود، تعریف شده است که هم سلامت جسمی و هم روانی قربانی را تحت تأثیر قرار می دهند (۳). فراوانی سوختگی های شدید و نتایجی که این آسیب در قالب مرگ و میر، ناخوشی و هزینه های اجتماعی اقتصادی بر جامعه دارد، دلیل موجهی برای داشتن توجه ویژه به قربانیان سوختگی توسط کارشناسان بهداشتی و

درمانی است (۴). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سالانه ۱۸۰۰۰۰ مرگ و میر مربوط به آسیب سوختگی است (۵). در ایران ششمین علت و در آمریکا سومین علت مرگ و میر به حساب می آید (۶). آسیب های سوختگی معمولاً در گروه های آسیب پذیر اجتماعی رخ می دهد (۷).

در این میان، آمارها میزان وابستگی به مواد مخدر را در بین بیماران سوختگی از ۱۰ تا ۳۰ درصد در ایران گزارش کرده اند، که بسیار متفاوت از آنچه در آمریکا (۳،۳٪) گزارش شده است (۸). به طور کلی مطالعات متعدد نشان داده اند که بین ۳ تا ۵ درصد از بیماران سوختگی بستری در بیمارستان سوء مصرف کنندگان مواد مخدر هستند (۹، ۱۰). این نشان می دهد که وابستگی به دارو در بین بیماران سوختگی به خصوص در ایران، یک مسئله مهم است (۸). در واقع، سوء استفاده از الکل و مواد مخدر در بروز اختلال در ذهن و رفتارهای بی احتیاط نقش دارد و وضعیت روحی فرد را تغییر می دهد (۱۱) و به طور خاص یک عامل خطر برای سوختگی و سایر صدمات آسیب زا شناخته شده است (۱۲). به عنوان مثال، کوکائین کراک اغلب از طریق لوله شیشه ای دود و مصرف می شود و ممکن است کاربران از نگه داشتن لوله های شکسته دچار سوختگی و بریدگی در دست خود شوند (۱۳). هم چنین، ممکن است عوارض و مرگ و میر ناشی از سوختگی را افزایش دهد، اما هنوز مشخص نیست که این یک عامل خطر برای بیماران سوختگی چقدر است و مقالات اندکی در مورد سوء مصرف مواد و نقش اعتیاد در آسیب سوختگی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۴).

تا کنون نشان داده شده است که مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر تأثیر منفی بر نتایج بیمار و همچنین افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی می گذارد. در واقع، مصرف مواد مخدر به عنوان یکی از قابل توجه ترین پیش بینی کننده های استفاده از مراقبت های بهداشتی مشکل ساز است (۱۵). در این راستا، تامس و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر با افزایش مدت بستری در بیمارستان همراه بوده اند (۱۶). از دیدگاه متفاوت، هاشمی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بیماران معتاد نسبت به نتایج بدتر مقاومت دارند و همچنین در مقایسه با بیماران غیر معتاد میزان زنده ماندن بالاتری دارند که توسط مطالعات کمی مورد حمایت قرار گرفته است (۱۷). بنابراین تعیین تاثیر مواد مخدر در موارد پیش بینی کننده های مرگ و میر در بیماران سوختگی مانند: آسیب راه هوایی، هماتوکریت پایین، سپسیس، نیاز به حمایت از اینوتروپیک، تعداد پلاکت کمتر از ۲۰,۰۰۰، وابستگی و نیتلاتور در هنگام بستری در بیمارستان و بهبود زخم های سوختگی در مشاوره بیماران مفید خواهد بود (۱۸). در این راستا، به طور دقیق تر در مورد نقش مصرف مواد مخدر در تروما یا زخم مطالعات اندکی وجود دارد (۱۴).

زخم های سوختگی بر اساس عمق به صورت سطحی (درجه یک)، با ضخامت نسبی (درجه دوم) یا ضخامت کامل (درجه سوم) طبقه بندی می شوند (۱۹) که سوختگی های شدید درجه دو و درجه سوم نیاز به دبریدمان جراحی و پیوند زدن دارد (۲۰). پیوندهای پوستی برای پوشاندن زخم مناسب هستند. زیرا، یک روش مؤثر است که می تواند خونریزی جراحی و عفونت را کاهش و سبب جلوگیری از تغییر شکل و تسریع بهبود زخم شود (۲۱). پس زدن پیوند به طور معمول در چند روز اول رخ می دهد و ممکن است به دلیل از دست دادن تماس با بستر زخم به دلیل هماتوم، عفونت یا آسیب مکانیکی به پیوند باشد (۲۲). مسیر بهبودی مورد انتظار نیز بسته به ضخامت پیوند گرفته شده (۲۳) و شرایط بیمار (۲۴) متغیر خواهد بود. مورفین سرکوب کننده فعالیت سیتولیتیک سلول های کشنده طبیعی و پاسخ تکثیر کننده لنفوسیت ها به میتوزن ها می باشد، که به طور بالقوه می تواند باعث بهبودی زخم شود. به طور کلی، مواد مخدر با تغییر وضعیت التهابی، واسطه ترمیم زخم است. هم چنین، درمان مهمی برای کنترل درد در بیماران سوختگی هم برای صدمه اولیه و هم برای روش هایی مانند دبریدمان زخم و تغییر پانسمان ها است. با این حال، تحقیقات اندکی در مورد تأثیر مخدرها در بهبودی زخم های سوختگی

<sup>1</sup> World Health Organisation (WHO)

<sup>2</sup> Thombs et al

<sup>3</sup> Hashmi et al

وجود دارد (25). از نگاهی دیگر، آسیب های سوختگی علاوه بر مشکلات جسمی طولانی مدت می تواند منجر به عوارض روحی روانی شود (26).

صدمات سوختگی با وقایع وحشتناکی همراه است که بسیار استرس زا هستند و توانایی فرد را برای مقابله با آن ها تحت تاثیر قرار می دهد که سبب می شود، بیشتر بیماران سوختگی دچار اختلال استرس پس از حادثه (PTSD)<sup>4</sup> باشند (27). مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش 4)، اختلال استرس پس از حادثه نوعی اختلال اضطراب است که به دنبال یک رویداد آسیب زا (معیار A) است. با تکرار مجدد رویداد آسیب زا مشخص می شود (معیار B)، همراه علائم اجتناب مداوم از محرک های مربوط به تروما و بی حس شدن احساسات (معیار C) و علائم مداوم بیش از حد است (معیار D). علاوه بر این، علائم باید حداقل برای 1 ماه شیوع داشته باشد (معیار E) و حداقل در یک حیطه مهم زندگی منجر به اختلال در عملکرد شود (معیار F). شیوع اختلال استرس پس از حادثه پس از گذشت 12 ماه از سوختگی بین 9 تا 45 درصد در بیماران سوختگی متفاوت است (28). استانداردها و استراتژی مراقبت از سوختگی (2011) توصیه می کند که کلیه بیماران سوختگی به دلیل پریشانی روانی در چهار روز اول بستری در بخش سوختگی از نظر اختلال استرس پس از حادثه مورد آزمایش قرار گیرند. با این حال، ارزیابی مجدد بسیار حیاتی است، زیرا ممکن است تا 15٪ از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه با تأخیر ایجاد شوند. ارزیابی مجدد باید در 4 هفته پس از سوختگی اتفاق بیفتد. زیرا، این آستانه تشخیص اختلال استرس پس از حادثه است (29) و معمولاً 3 تا 6 ماه بعد از آسیب دیدگی در سوختگی یا حتی سال ها بعد از آن ادامه می یابد (27). چندین فاکتور خطرات پیشنهادی برای اختلال استرس پس از حادثه وجود دارد که برخی از آن ها به طور مستقیم با تروما همراه هستند. شدت آسیب دیدگی و تهدید زندگی در طول تجربه آسیب زا یکی از آن ها هستند. برخی نیز قبل از آسیب واقعی است، به عنوان مثال، تاریخچه تجربیات آسیب زا و وقایع استرس زای زندگی قبلی مانند اعتیاد به مواد مخدر (28).

شیوع اختلال استرس پس از حادثه فعلی در مصرف کنندگان کوکائین بین 8 تا 43٪ است. دلیل این شیوع بالا درگیر و شاهد بودن حوادثی است که آسیب زا هستند، مانند: رفتارهای پرخطر در به دست آوردن و معامله مواد. بنابراین، استفاده از کوکائین می تواند به آسیب پذیری در ایجاد اختلال استرس پس از حادثه کمک کند. همراهی استرس پس از حادثه و مصرف مواد مخدر در طیف وسیعی از جمعیت شیوع دارد و سبب یک دوره بالینی پیچیده تر و پرهزینه تر از شرایطی که تنها با هر یک از اختلالات باشد. افزایش مشکلات مزمن سلامت جسمی، عملکرد اجتماعی ضعیف تر، میزان بالاتر از اقدام به خودکشی، مشکلات حقوقی بیشتر، افزایش خطر خشونت، تبعیت از رفتار بدتر و بهبود کمتری در طول درمان نمونه هایی از تاثیرات آن می باشد (30). از این رو، آمارها نشان دهنده نیاز به سیاستی در زمینه غربالگری، پیشگیری و درمان اختلال استرس پس از حادثه به طور خاص برای بیماران سوختگی دارد (29). علاوه بر آسیب های ذکر شده، مشاهده شده است که بیماران مبتلا به علائم اختلال استرس پس از حادثه نسبت به محرک های خاص سوختگی مانند تغییر در تصویر بدن، توجه بیش از حد نشان می دهند (28).

ممکن است اختلال در تصویر بدن تغییر و شخصیت بیمار سوختگی به دنبال ایجاد تغییراتی در عملکردهای فیزیولوژیکی، عزت نفس فرد و جراحی که بر روی پوست بیمار باشد و بیمار فکر کند که یکپارچگی بدن مختل شده است. به عنوان مثال، بیماران فکر می کنند که بعد از سوختگی بدن آن ها به صورت برگشت ناپذیر تغییر کرده است و آن ها از آینده نگران می شوند و محدودیت های جسمی را تجربه می کنند. تصویر بدن واکنش های مثبت و منفی، کلیت ادراکات و ارزیابی های یک فرد در ذهن در مورد بدن خود تعریف می شود (31)، که ساختاری چند بعدی با مؤلفه های شناختی عاطفی، رفتاری و

<sup>4</sup> post-traumatic stress disorder (PTSD)

ادراکی (۳۲). کروگر و همکاران<sup>۵</sup> نیز به تفصیل توضیح و نشان می دهد تصویر بدن بازنمایی هویت ناشی از تجربیات جمعی داخلی و خارجی بدن است و ترس از تصویر بدن در مدل اجتناب از ترس نیول<sup>۶</sup> را دو واکنش شدید تلقی می کند: رویارویی و اجتناب. این استدلال می کند که پنج عنصر فردی و محیطی زندگی یک بیمار یعنی رویدادهای زندگی، شخصیت، تاریخچه تغییر در تصویر بدن، استراتژی های مقابله با تصویر بدن، ترس از تغییر بدن و واکنش دیگران به چنین تغییراتی را ترکیب کنید تا زمینه روانی اجتماعی ایجاد شود که در آن اجتناب یا رویارویی رخ می دهد (۳۳). درک فرد از تصویر بدن توسط موقعیت اجتماعی، ارزش ها، احترام به خود متفاوت است که تحت تأثیر ارزیابی دیگران نیز می باشد. بیماران سوختگی تمایل به درک منفی از بدن خود دارند (۳۱). بنابراین، یکی از موارد مهم در مراقبت از افراد مبتلا به جراحات سوختگی اهمیت به تصویر بدن بیمار است (۳۳).

باتوجه به فراوانی سوختگی های شدید، مشکلات سلامت روانی و جسمی طولانی مدت، پیامدهایی در قالب مرگ و میر، ناخوشی و هزینه های اجتماعی اقتصادی، دشوار بودن درمان بیماری های سوختگی دلیل موجهی برای داشتن توجه ویژه به قربانیان سوختگی توسط کارشناسان بهداشتی و درمانی است. شناسایی عوامل خطری که می تواند با صدمات سوختگی همراه باشد و بر عوارض و مرگ و میر تاثیر گذار باشد، برای بیماران مفید خواهد بود. مانند اعتیاد به مواد مخدر که به عنوان یک عامل خطر در نظر گرفته شده است، اما هنوز مشخص نیست که این یک عامل خطر برای بیمار سوختگی چگونه تاثیرگذار است. بنا براین، با توجه به محدودیت مطالعات انجام شده در زمینه بررسی تاثیر مواد مخدر بر پیامدهای ناشی از سوختگی در بیماران به مطالعات بیشتری نیاز است. در همین راستا تیم پژوهشی در نظر دارد که به مقایسه و ارتباط استرس پس از حادثه، ترس از تصویر بدنی با پیامدهای سوختگی در بیماران سوختگی معتاد و غیر معتاد بپردازد.

\* پژوهش بنیادی پژوهشی است که عمدتاً در جهت گسترش مرزهای دانش بدون در نظر گرفتن استفاده علمی خاص برای کاربرد آن انجام می گیرد.  
\*\* پژوهش کاربردی پژوهشی است به منظور کسب دانش جدید که استفاده علمی خاصی برای نتایج حاصل از آن در نظر گرفته شده و در جهت حصول به هدف کاربردی خاص انجام می گیرد.  
\*\*\* پژوهش تجربی - توسعه ای یک کار سیستماتیک می باشد که با بهره گیری از دانش موجود حاصل از تحقیق و تجربه علمی در جهت تولید مواد و وسایل جدید، و یا اصلاح آنچه قبلاً تولید و یا اجرا می شده انجام می گیرد.

#### ۴-۲ بررسی متون ( در صورت نیاز می توانید از صفحات اضافی استفاده نمایید ) Literature review ( با ذکر مراجع )

برای جستجوی مقالات از پایگاه های مختلفی از جمله پاب مد، اس آی دی، گوگل اسکولار و ساینس دایرکت با کلیدواژه های استرس پس از حادثه، تصویر بدنی، سوختگی، معتاد و معادل انگلیسی این کلمات استفاده کردیم و مقالاتی را که برای مرور متون انتخاب کردیم، مقالاتی هستند که در بازه زمانی سال ۲۰۱۰-۲۰۱۹ چاپ شده اند و بیشترین ارتباط را با عنوان مورد پژوهش ما دارند.

۱. وقاص<sup>۷</sup> و همکاران (2018) مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی با عنوان "پیش بینی کننده اختلال استرس پس از سانحه در میان بیماران سوختگی در پاکستان: نقش جراحی بازسازی در تنظیم روانی اجتماعی بعد از سوختگی" بر روی ۳۴۳ بیمار سوختگی در چهار بیمارستان آموزشی در استان پنجاب پاکستان انجام دادند. داده ها با استفاده از پرسشنامه

<sup>5</sup> Krueger et al

<sup>6</sup> fear-avoidance model (FAM)

<sup>7</sup> Waqas et al

دموگرافیک، ویژگی‌های بالینی، پرسشنامه تجدید نظر شده تاثیر رویداد<sup>۸</sup>، پرسشنامه تاب آوری نفس<sup>۹</sup> و حمایت اجتماعی<sup>۱۰</sup> جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از رگرسیون سلسله مراتبی<sup>۱۱</sup> و پیرسون<sup>۱۲</sup> نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که شیوع اختلال استرس پس از حادثه در میان گروه ما ۶۹٪ بود. سطح تحصیلات پایین، وضعیت اقلیت قومی، بیکاری، سطح وسیع سوختگی، ایده خودکشی قبلی و خشونت خانگی همه با افزایش علائم اختلال استرس پس از حادثه همراه بودند. از طرف دیگر جراحی بازسازی همه با کاهش علائم اختلال استرس پس از حادثه همراه بود (۳۴).

۲. سوین<sup>۱۳</sup> و همکاران (2011) مطالعه آینده نگری با عنوان "یک مطالعه طولی آینده نگر از علائم اختلال استرس پس از حادثه پس از آسیب سوختگی" بر روی ۹۵ بیمار سوختگی مراجعه کننده به مرکز سوختگی با روش نمونه گیری به صورت آسان در سوئد انجام دادند. داده‌ها با چک لیست لیست دموگرافیک و مقیاس علائم استرس پس از حادثه با مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد<sup>۱۴</sup> در ۳، ۶ و ۱۲ ماه پس از سوختگی مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل خوشه‌ای<sup>۱۵</sup> برای ارتباط سنجی داده‌ها استفاده شد. هم چنین جهت مقایسه عوامل خطر شناخته شده برای اختلال استرس پس از حادثه با استفاده از واریانس غیر پارامتری<sup>۱۶</sup> انجام شد. نتایج میانگین نمرات کل مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد در ۳، ۶ و ۱۲ ماه پس از آسیب نشان دادند که آن‌ها با گذشت زمان تفاوت معنی داری ندارند ( $P > 0.05$ ). بر اساس علائم اختلال استرس پس از حادثه به چهار گروه طبقه بندی شدند. در گروه اول دارای روحیه انعطاف پذیر، با سطح پایین علائم اختلال استرس پس از حادثه که با گذشت زمان کاهش یافته است. گروه دوم که در حال بهبود بوده اند و با سطح بالایی از علائم که به تدریج کاهش یافته است. گروه سوم با تاخیر، علائم متوسط اختلال استرس پس از حادثه در آن‌ها با گذشت زمان افزایش یافته است. گروه چهارم که اختلال استرس پس از حادثه برای آن‌ها به صورت مزمن با علائم زیاد تبدیل شد (۳۵).

۳. داهل و همکاران (2016) مطالعه آینده نگر با عنوان "ارزیابی اولیه و شناسایی اختلال استرس پس از سانحه، رضایت از ظاهر و مقابله در بیماران سوختگی" بر روی بیمار ۳۶ با درجات مختلف سوختگی در سه، شش و دوازده ماه پس از ترخیص در بیمارستان دانشگاه کارولینسکا انجام دادند. داده‌ها با استفاده از چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تجدید نظر شده تاثیر رواد، رضایت از مقیاس ظاهری<sup>۱۷</sup>، پرسشنامه مقابله با سوختگی<sup>۱۸</sup> گرد آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن<sup>۱۹</sup> نرم افزار SPSS نسخه ۲۰،۰ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که تقریباً در نیمی از بیماران خطر ابتلا به اختلال استرس پس از حادثه سه ماه بعد از ترخیص از بیمارستان وجود دارد و نارضایتی از تصویر بدن به طور بالقوه خطر ابتلا به اختلال استرس پس از حادثه در طول پیگیری پیش بینی کرد (۳۶).

۴. معتمد الشریعتی و همکاران (2016) در مطالعه کوهورت همسان آینده نگر با عنوان "اعتیاد به تریاک و مرگ و میر در بیماران سوختگی" بر روی ۱۵۲ بیمار سوختگی به صورت نمونه گیری در دسترس که به دو گروه معتاد و غیر معتاد

<sup>8</sup> Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

<sup>9</sup> Ego Resiliency Scale (ER89)

<sup>1</sup> Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

<sup>1</sup> A series of hierarchical regression analyses

<sup>1</sup> Pearson

2

<sup>1</sup> Sveen et al

3

<sup>1</sup> Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

5

<sup>1</sup> a cluster analysis

<sup>1</sup> non-parametric analysis

6

<sup>1</sup> Dahl et al

7

<sup>1</sup> Satisfaction with Appearance Scale (SWAP-Swe)

<sup>1</sup> Coping with Burns Questionnaire (CBQ)

<sup>2</sup> Spearman's rho

0

تقسیم و بین آن‌ها آزمون مطابقت‌سازی صورت گرفته بود، در واحد سوختگی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. داده‌ها بوسیله اطلاعات دموگرافیک، مصاحبه پزشک با بیمار برای تایید تشخیص اعتیاد با استفاده از روش تشخیصی و راهنمای آماری اختلالات روانی برای اختلالات مصرف مواد (DSM) نسخه پنجم،<sup>۱</sup> پرونده بیمار، معاینه بالینی و جمع‌آوری اطلاعات در زمینه ویژگی‌های آسیب دیدگی سوختگی، مرگ و میر و پیامد بیماری انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها برای مقایسه مرگ و میر و عوارض ناشی از سوختگی بین دو گروه با استفاده از آزمون مک‌نمار،<sup>۲</sup> مدل رگرسیون لجستیک شرطی<sup>۳</sup> و روش کاپلان-مایر<sup>۴</sup> در SPSS نسخه ۱۵ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که چهارده (۹۰٫۲٪) بیمار در واحد سوختگی درگذشتند که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه معتاد و غیرمعتاد وجود دارد. میانگین زمان بقا 59.02 (CI 95%: 41.83 - 76.21) برای بیماران غیرمعتاد و ۱۱۸٫۷۸ برای بیماران معتاد (CI 95%: 106.52 - 131.04) تخمین زده شده بود. نسبت شانس مرگ و میر ۰٫۵۲۴ برابر بیماران معتاد در مقایسه با بیماران غیرمعتاد بیشتر است (۸).

۵. زینالی نژاد و همکاران (2011) مطالعه تجربی با عنوان "تأثیر وابستگی به تریاک در بهبودی سوختگی در مدل موش: یک مطالعه تجربی" بر روی ۲۴ موش به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل انجام دادند. در گروه آزمایش، تریاک به مدت ۲۱ روز به آب آشامیدنی اضافه شد. گروه کنترل تریاک دریافت نکردند. برای اثبات وابستگی به تریاک در موش‌ها، نالوکسان به صورت داخل صفاقی تزریق شد. زخم‌های سوختگی با ضخامت کامل با استفاده از یک میله آهنی گرم شده در دمای ۹۴ درجه سانتیگراد به سمت قسمت کلیه موش‌ها در مدت ۲۰ ثانیه ایجاد شد. در روز ۱۴ پس از آسیب دیدگی سوختگی، بیوپسی با ضخامت کامل انجام شد. ارزیابی هیستوپاتولوژی کور برای ارزیابی طول و ضخامت منطقه اپیتلیالیزه مجدد، تعداد نوتروفیل‌ها، فیبروبلاست‌ها، سلول‌های تک هسته‌ای و عروق جدید و درصد بافت در ترمیم (اگزودات نوتروفیل و گرانول و بافت فیبری) انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که سطح زخم در گروه شاهد  $95 \pm 43.35$  میلی‌متر مربع و در گروه آزمایش  $120.4 \pm 50.12$  میلی‌متر مربع بود ( $P = 0.224$ ). یافته‌ها نشان می‌دهد که وابستگی به تریاک هیچ تأثیر معنی‌داری در بهبود زخم‌های سوختگی در موش‌ها به جز تعداد مونوسیت‌ها در روز ۱۴ ندارد ( $P < 0.05$ ) (25).

۶. مقصودی و همکاران (2010) در مطالعه آینده‌نگر با عنوان "بررسی اتیولوژیکی سوختگی در سوء استفاده از انواع مواد مخدر بستری در بخش سوختگی بیمارستان سینا تبریز در ایران" بر روی ۳۳۰ بیمار سوختگی معتاد به صورت نمونه‌گیری در بخش سوختگی بیمارستان سینا تبریز در ایران انجام شد. داده‌ها از طریق چک لیست اطلاعات دموگرافیک، معاینه بالینی و اطلاعات آزمایشگاهی جمع‌آوری و سپس بیماران بر اساس اطلاعات دموگرافیک، انواع مواد سوء استفاده و علت سوختگی و ... شناسایی و طبقه‌بندی شدند. سپس داده‌ها با استفاده از آنالیز همبستگی پیرسون، آزمون کای دو<sup>۵</sup>، رگرسیون لجستیک و رگرسیون چندگانه لجستیک<sup>۶</sup> در برنامه SPSS نسخه 10.5 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که درصد مرگ و میر بیماران به دنبال سوختگی ۱۸٫۱۸٪ بود. میزان مرگ و میر به طور معنی‌داری در سوء مصرف کنندگان چند دارو نسبت به سوء مصرف کنندگان تک دارو بالاتر بود. میانگین اندازه سوختگی ۳۰٫۹٪ بود که به طور معنی‌داری در افراد غیر بازماندگان از بازماندگان بزرگ‌تر بود (۵۷/۸٪ در مقابل ۲۷/۸ درصد؛  $p < 0.001$ ). در بیماران معتاد به مواد مخدر: استفاده نادرست از فندک و کبریت و افتادن بر روی یک منقل آتش شایع‌ترین دلایل

<sup>2</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)-V criteria

<sup>2</sup> McNemartest

<sup>2</sup> conditional logistic regression model

<sup>2</sup> Kaplan-Meier method

<sup>2</sup> chi-square test

<sup>2</sup> logistic regression and multiple logistic regressions