مقاله پژوهشی

روند کیفیت زندگی در بیماران با آسیب عصب دست ناشی از تروما

افضل شمسی[۱]، *سیده صبا ضیاء[۲]، راضیه شهابی‌نژاد[۳]

چکیده

مقدمه: تروما علت اصلی از کارافتادگی و معلولیت جمعیت فعال در کشورهای در حال توسعه است. در این بین آسیب‌های دست، یکی از شایع‌ترین تروماها در این دنیای صنعتی می‌باشد. این آسیب‌ها بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر دارد.

هدف: هدف از این مطالعه تعیین روند کیفیت زندگی در بیماران با آسیب عصب دست ناشی از تروما می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی بیماران دچار آسیب به عصب دست انجام یافته است. نمونه‌ها به تعداد ۱۰۰ نفر و به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (SF۳۶) و پرسشنامه ناتوانی بازو، شانه و دست (DASH-۳۸) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آزمون آماری کروسکال والیس استفاده گردید و P<۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی واحدهای پژوهش ۷/۲۱±۲۷/۶۹ سال بود. آزمون آماری کروسکال والیس نشان داد نمره کیفیت زندگی بیماران (بدو مراجعه؛ ۱۴/۲۷±۴۲/۱۸، ۳ ماه بعد؛ ۱۲/۸۹±۵۸/۱۰ و ۶ ماه بعد از جراحی؛ ۸/۲۵±۷۸/۹۸) به‌طور معنی‌داری با گذشت زمان افزایش یافته بود (P=۰/۰۰۰). همچنین نمره ناتوانی عملکردی دست (بدو مراجعه؛ ۱۷/۹۸±۶۵/۴۳، ۳ ماه بعد؛ ۱۸/۱۶±۳۶/۰۴ و ۶ ماه بعد از جراحی؛ ۱/۲۹±۳/۰۳) با گذشت زمان کاهش یافته بود (P=۰/۰۰۰).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد روند کیفیت زندگی در بیماران با آسیب به دست به دنبال تروما بعد از عمل جراحی روند صعودی داشت. با این وجود کیفیت زندگی این بیماران حتی بعد از عمل جراحی نیز پایین است؛ بنابراین انجام برنامه‌ریزی اساسی در این زمینه توسط مسئولین مربوطه ضرورت دارد.

کلمات کلیدی: آسیب، بیمار، تروما، کیفیت زندگی.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال پنجم ■ شماره ۳ ■ پاییز ۱۳۹۷ ■ شماره مسلسل ۱۷ ■ صفحات ۱۶۵-۱۷۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱
تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۱۲/۲۴

مقدمه

تروما عامل اصلی مرگ و میر در افراد ۱ تا ۴۶ سال و عامل ۳۰ درصد از تمام سال‌های زندگی از دست رفته در سطح جهان است (۱). سالیانه ۴۱ میلیون نفر به دنبال تروما به بخش‌های اورژانس مراجعه و بیش از ۲ میلیون نفر در بخش‌های بیمارستان بستری می‌شوند که بار اقتصادی آن بیش از ۶۷۱ میلیارد دلار در سال است (۲). تروما علت اصلی از کارافتادگی و معلولیت جمعیت فعال در کشور ایران است که هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اقتصادی و اجتماعی زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند؛ بنابراین نیاز به اتخاذ تدابیری اساسی توسط سیاست گذاران و دست اندرکاران سیستم بهداشتی و درمانی در این زمینه می‌باشد (۳).

در این بین آسیب‌های دست یکی از شایع‌ترین تروماها در این

۱ـ دکترای تخصصی پرستاری (آموزش داخلی - جراحی)، استادیار، گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲ـ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات سوختگی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیکی: Sabaazia@gmail.com
۳ـ کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی، تهران، ایران.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-06]
[DOI: 10.29252/mcs.5.3.165]

دنیای صنعتی می‌باشد (۴). به طوری که ۵ تا ۱۰ درصد از کل مراجعات اورژانس در سراسر کشور مربوط به آسیب‌های دست است (۵). بسیاری از آسیب‌های دست می‌تواند حین کار به علت بی‌تجربگی، عدم آموزش، انجام کار غیرمعمول، اضافه‌کاری، نگرانی‌های شخصی، آشفتگی و عجله کردن ایجاد شوند (۴، ۵). از طرف دیگر تمام این آسیب‌ها قابل پیشگیری هستند و اگر بتوانیم از چنین آسیب‌هایی جلوگیری کنیم، فرد را از بستری شدن غیرضروری، عدم حضور در محل کار، بار ناخوشایند اجتماعی و اقتصادی و زندگی معلول دور می‌کنیم (۵). آسیب‌های دست ناشی از تروما بر ظرفیت کار، فعالیت‌های روزانه و متفرقه‌ی بیماران تأثیر منفی می‌گذارد (۶). همچنین این آسیب‌ها می‌تواند باعث حوادث ناگوار، تغییر زندگی، بیماری‌های عملکردی، تنش‌های روانی و محدودیت‌های اجتماعی شود (۷). اگرچه پیشرفت در بازسازی و ترمیم عصب موجب بهبود قابل ملاحظه‌ای در نتایج حرکتی بیماران می‌شود با این حال حتی در صورت موفقیت جراحی، عوارضی نظیر بی‌حسی و درد می‌تواند منجر به ادامه ناتوانی و کیفیت پایین زندگی این بیماران شود (۷، ۸).

از نظر سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است و این درک به طرق مختلف تحت تأثیر وضعیت جسمی، روانی، باورها، ارزش‌ها و ارتباطات اجتماعی فرد قرار دارد (۹). کیفیت زندگی به عنوان یک ابزار عملیاتی برای سنجش سلامتی و رفاه کلی استفاده می‌شود (۱۰). در واقع کیفیت زندگی میزان تأثیر آسیب بر میزان سلامتی بیماران را از نظر خود بیماران مطرح می‌کند (۱۱). امروزه توجه به کیفیت زندگی بیماران دچار تروما افزایش یافته است چرا که شواهد نشان داده کیفیت زندگی بعد از تروما در مقایسه به قبل از تروما به شدت کاهش پیدا می‌کند (۱۲). نتایج تحقیقات در بیماران با آسیب دست نشان داده کیفیت زندگی این بیماران بعد از جراحی و بهبود یافتن به طور معنی‌داری نسبت به قبل از جراحی افزایش یافته است (۱۳، ۱۴). کواکس (Kovacs) در این باره می‌نویسد: رضایت عمیق از زندگی در گروه بیماران با آسیب دست، وابسته به رضایت بیمار از سلامت و ظاهر خود و همچنین اعتماد به نفس است. نتایج کیفیت زندگی با گذشت زمان بهبود می‌یابد و علی‌رغم شواهدی از ادامه اختلال در دست زخمی، اکثریت بیماران کیفیت زندگی طبیعی را تجربه می‌کنند (۱۵). در زمینه کیفیت زندگی در بیماران با آسیب به دست در داخل کشور تحقیقی انجام نشده است. با این وجود نتایج مطالعات خارجی نشان داد کیفیت زندگی این بیماران بعد از عمل جراحی به طور معنی‌داری پایین است (۱۵، ۱۶). فانیان و همکاران در این زمینه می‌نویسند: کیفیت زندگی پایین بیماران بعد از عمل جراحی شکستگی ممکن است ناشی از پیگیری ناکافی بیماران بعد از ترخیص یا هزینه‌های سنگین درمانی یا حمایت ناکافی اجتماعی، جسمانی و عاطفی باشد عدم انجام اقدامات توانبخشی کافی بعد از اعمال جراحی ارتوپدی نیز می‌تواند در کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. این امر می‌تواند ما را متوجه ضرورت پیگیری و اهمیت دادن به تحقیقات در این زمینه کند (۱۷).

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در بیماران با آسیب دست به دنبال تروما و عدم وجود تحقیقی که روند کیفیت زندگی این بیماران را پیگیری کند بر آن شدیم تا پژوهشی با هدف تعیین روند کیفیت زندگی در بیماران با آسیب عصب دست ناشی از تروما انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۶ در شهر تهران انجام شد. جامعه پژوهش را بیماران دچار آسیب به دست مراجعه کننده به بیمارستان حضرت فاطمه (س) تهران تشکیل می‌داد. حجم نمونه با استفاده از فرمولی و احتساب ۱۵ درصد ریزش ۱۰۰ نفر محاسبه گردید.

$$n = z^{۲}\left(۱-\frac{\alpha}{۲}\right)\frac{s^{۲}}{d^{۲}}$$

ضریب اطمینان ۹۵ درصد و Z=۱/۹۶ در نظر گرفته شد. بر اساس مطالعه مشابه، انحراف از معیار ۱۰ در نظر گرفته شد (۱۸). نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی که آسیب به دست آن‌ها نیاز به جراحی داشت، عدم سابقه بیماری مزمن، نداشتن بیماری‌های ذهنی، داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش و تکمیل

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-06]
[DOI: 10.29252/mcs.5.3.165]

ناقص پرسشنامه‌ها بود. انجام این پژوهش توسط کمیته اخلاق (IR.IUMS.REC.۱۳۹۱-۲۴۳۷۴) دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد تائید قرار گرفت. نمونه‌گیری پس از توضیح در مورد مراحل تحقیق، مفاهیم مورد نیاز و پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی از بیماران، در سه مرحله (طی ۴۸ ساعات اول آسیب، سه ماه و شش ماه بعد از عمل جراحی) انجام شد. همچنین در مورد ناشناس بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم شخصی به واحدهای مورد پژوهش اطمینان کافی داده شد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (SF-۳۶) و پرسشنامه ناتوانی بازو، شانه و دست (DASH: -۳۸ Disabilities of the Arm Shoulder and Hand) بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی یک فرم پژوهشگر ساخته بود که شامل اطلاعات فردی از جمله: سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، سابقه قبلی تروما به دست، ابتلا به بیماری خاص، سابقه مصرف سیگار، وضعیت آسیب به دست بود. پرسشنامه SF-۳۶ یک پرسشنامه استاندارد بین المللی است که توسط منتظری و همکاران ترجمه، روایی و پایایی آن مورد تائید قرار گرفته است (۱۹). این پرسش نامه ابعاد مختلف کیفیت زندگی را مانند کارآیی فیزیکی، محدودیت‌های ایفای نقش دردهای جسمانی، سلامتی عمومی، سرزندگی و شادابی، کارآیی اجتماعی و سلامت روانی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره گذاری پرسشنامه به روش لیکرت انجام می‌شود که در دامنه صفر تا صد می‌تواند نوسان داشته باشد. صفر نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح و صد بالاترین سطح کیفیت زندگی است (۲۰). اگر نمره صفر تا صد را در پرسشنامه SF-۳۶ مبنا قرار دهیم، میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را می‌توان به‌عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول در نظر گرفت (۱۰). پرسشنامه DASH-۳۸ نیز پرسشنامه استاندارد بین المللی است که توسط محمودی و همکارانش بومی سازی شده و روایی و پایایی (آلفا کرونباخ =۰/۹۱) آن مورد تائید قرار گرفته است (۲۱). پرسشنامه استاندارد و بومی سازی شده (DASH-۳۸) حاوی ۳۸ سؤال است که آسیب‌های عملکردی اندام فوقانی (بازو، شانه و دست) را از نظر عملکردی شناسایی و در چهار بخش، ناتوانی (Impairment)، محدودیت حرکتی (Activity limitation)، محدودیت در زندگی روزمره (Participation Restriction) و محدودیت حرکتی و محدودیت در زندگی روزمره (Activity limitation & Participation Restriction) طبقه‌بندی می‌نماید. هر یک از سؤالات دارای ۵ گزینه است که دامنه آن از ۱ به معنای بدون سختی و بدون علائم تا ۵ به معنای عدم توانایی در انجام فعالیت و شدیدترین علائم می‌باشد. امتیاز نهایی حاصل جمع نمرات بر حسب ۱۰۰ است که افزایش آن نشانه درگیری بیشتر (امتیاز ۱۰۰ به معنای ناتوانی شدید) و کاهش آن نشانه درگیری کمتر (امتیاز صفر به معنای بدون ناتوانی) اندام فوقانی است. علاوه بر ۳۰ سؤال این پرسشنامه، دو سری سؤال با ۴ آیتم وجود دارد که پاسخ دادن به آن‌ها انتخابی است و تحت عنوان DASH ورزشی/ هنری و DASH کار نیز می‌باشد و مشابه بالا امتیازدهی می‌شود (۲۱). در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آزمون آماری کروسکال والیس (Kruskal-Wallis) استفاده گردید و P<۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌ها، میانگین سن واحدهای پژوهش ۷/۲۱±۲۷/۶۹ سال بود. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیر	وضعیت	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۸۸ (۰/۸۸)
	زن	۱۲ (۰/۱۲)
شغل بیماران	آزاد	۵۶ (۰/۵۶)
	کارمند	۱۳ (۰/۱۳)
	خانه‌دار	۵ (۰/۵)
	بیکار	۲۶ (۰/۲۶)
تحصیلات	بی‌سواد	۲ (۰/۲)
	باسواد	۹۸ (۰/۹۸)
سابقه قبلی تروما به دست	دارد	۹۳ (۰/۹۳)
	ندارد	۷ (۰/۷)
ابتلا به بیماری خاص	دارد	۹۴ (۰/۹۴)
	ندارد	۶ (۰/۶)
سابقه مصرف سیگار	دارد	۵۰ (۰/۵)
	ندارد	۵۰ (۰/۵)

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-06]

[DOI: 10.29252/mcs.5.3.165]

کلیه مشارکت کنندگان در بدو مراجعه از درد و بی‌حسی دست آسیب دیده شکایت داشتند. از مجموع بیماران، ۶۰ درصد از نمونه‌ها آسیب به دست راست و ۴۰ درصد آسیب به دست چپ را ذکر می‌کردند. از نظر محل آسیب دست بیماران، ۹۰ درصد مربوط به مچ دست، ۷ درصد کف دست و ۳ درصد انگشتان بود. وضعیت دست آسیب دیده بیماران در جدول شماره ۲ آورده شده است.

آزمون آماری کروسکال والیس نشان داد، نمره کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل جراحی با گذشت زمان افزایش یافته بود، به طوری که کمترین نمره کیفیت زندگی بیماران در بدو مراجعه (۴۲/۱۸±۱۴/۲۷) و بیشترین نمره مربوط به ۶ ماه بعد از عمل جراحی (۷۸/۹۸±۸/۲۵) بود (P=۰/۰۰۰) (جدول ۳).

نتایج آزمون آماری کروسکال والیس نشان داد نمره ناتوانی عملکردی دست با گذشت زمان کاهش یافته بود به طوری که بیشترین و کمترین نمره ناتوانی عملکردی دست به ترتیب مربوط به بدو مراجعه (۶۵/۴۳±۱۷/۹۸) و ۶ ماه بعد از عمل جراحی (۳/۰۳±۱/۲۹) بود (P=۰/۰۰۰) (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین روند کیفیت زندگی در بیماران با آسیب عصب دست ناشی از تروما انجام شد. در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران دچار آسیب دست در بدو مراجعه در سطح نامطلوب (کمتر از ۵۰) قرار داشت. کواکس

جدول ۲- فراوانی وضعیت دست آسیب دیده در واحدهای مورد پژوهش

وضعیت دست آسیب دیده		طبیعی	غیرطبیعی
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
حس عصب دست	در قسمت رادیال (Radial)	۹۱(۹۱/۰)	۹(۹/۰)
	در قسمت اولنار (Ulnar)	۴۸(۴۸/۰)	۵۲(۵۲/۰)
	در قسمت مدین (Median)	۴۲(۴۲/۰)	۵۸(۵۸/۰)
	در قسمت دیجیتال (Digital)	۲(۲/۰)	۹۸(۹۸/۰)
حرکت عصب دست	در قسمت رادیال	۹۷(۹۷/۰)	۳(۳/۰)
	در قسمت اولنار	۴۹(۴۹/۰)	۵۱(۵۱/۰)
	در قسمت مدین	۴۲(۴۲/۰)	۵۸(۵۸/۰)
	در قسمت دیجیتال	۸(۸/۰)	۹۲(۹۲/۰)

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی در بدو مراجعه، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از عمل جراحی

ابعاد کیفیت زندگی		۴۸ ساعت اول	۳ ماه بعد جراحی	۶ ماه بعد جراحی	آزمون آماری ویلکاکسون P-value
		میانگین+ انحراف معیار	میانگین + انحراف معیار	میانگین + انحراف معیار	
جسمی	عملکرد فیزیکی	۷۰/۲۰±۱۰/۱۷	۷۹/۴۵±۱۱/۴۳	۹۹/۷۰±۱/۱۹	Z=-۸/۴۳۲ P=۰/۰۰۰
	محدودیت در نقش فیزیکی	۸/۵۰±۲۵/۴۳	۲۹/۳۳±۲۶/۸۳	۷۳/۲۵±۸۴	
	درد جسمانی	۳۲/۰±۴۵/۱۷	۵۵/۳۳±۳۶/۴۵	۹۱/۳۳±۲۴/۸۹	
	درک سلامت عمومی	۴۷/۱۵±۱۴/۶۰	۵۸/۱۰±۱۵/۶۱	۵۸/۷۰±۹۶/۱۱	
روانی	انرژی و نشاط	۴۹/۴۰±۱۱/۶۶	۵۶/۴۵±۱۰/۰۸	۶۱/۵۰±۱۳/۰۳	Z=-۸/۴۹۶ P=۰/۰۰۰
	عملکرد اجتماعی	۴۴/۷۵±۲۰/۱۱	۷۱/۶۲±۱۷/۱۲	۹۲/۵۰±۱۵/۴۸	
	محدودیت در نقش احساسی	۵۰/۶۵±۱۷/۵۸	۷۹/۹۲±۱۵/۸۵	۹۹/۳۵±۳/۴۵	
	سلامت روان	۴۹/۴۸±۱۱/۷۵	۵۵/۴۸±۱۰/۵۰	۵۸/۲۸±۱۲/۸۹	
نمره کل کیفیت زندگی		۴۲/۱۸±۱۴/۲۷	۵۸/۱۰±۱۲/۸۹	۷۸/۹۸±۸/۲۵	Z=-۸/۴۶۵ P=۰/۰۰۰

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-06]

[DOI: 10.29252/mcs.5.3.165]

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره ناتوانی عملکردی دست در بدو مراجعه، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از عمل جراحی

ابعاد ناتوانی عملکردی دست	۴۸ ساعت اول	۳ ماه بعد جراحی	۶ ماه بعد جراحی	آزمون آماری ویلکاکسون P-value
	میانگین + انحراف معیار	میانگین + انحراف معیار	میانگین + انحراف معیار	
فعالیت‌های فیزیکی	۶۷/۱۸±۱۹/۵۵	۱۸/۳۳±۱۴/۴۳	۴/۲۸±۲/۳۶	
فعالیت و یا کار خاص	۴۱/۶۶±۵۲/۰۴	۳۶/۳۹±۱۹/۶۰	۲/۱۲±۲/۳۲	*Z= -۸/۶۲۱
تأثیر بیماری بر روند زندگی	۶۳/۵۴±۱۷/۴۴	۳۵/۳۹±۱۷/۷۲	۳/۴۶±۱/۵۸	P=۰/۰۰۰
نمره کل ناتوانی*	۶۵/۴۳±۱۷/۹۸	۳۶/۰۴±۱۸/۱۶	۳/۰۳±۱/۲۹	

(Kovacs) و همکاران در مطالعه‌ای بر روی بیماران با آسیب دست گزارش کردند کیفیت زندگی این بیماران به‌طور معنی‌داری نسبت به افراد سالم در سطح پایین‌تری قرار دارد. همچنین میزان کیفیت زندگی این بیماران در سطح نامطلوب قرار دارد (۱۵). فکور و همکاران در مطالعه‌ای بر روی بیماران شکستگی اینترتروکانتریک (Intertrochanteric) فمور نشان دادند کیفیت زندگی این بیماران در حد متوسط رو به پایین قرار دارد (۲۲). در تحقیق حاج باقری و همکاران نیز کیفیت زندگی بیماران مبتلا به شکستگی گردن ران در سطح نامطلوب (کمتر از ۵۰) قرار داشت. این محققین گزارش کردند شکستگی‌ها به شدت کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. فانیان و همکاران در مطالعه‌ای بر روی بیماران با شکستگی فمور نشان دادند کیفیت زندگی پایین این بیماران می‌تواند به دلیل نقصان مراقبت‌ها و پیگیری‌های پس از عمل، عدم انجام اقدامات توانبخشی کافی بعد از عمل جراحی، اثرات بیماری، اختلال در فعالیت‌های روزمره و مشاغل بیماران و اثر هزینه‌های درمان بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران باشد (۱۷).

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی بیماران بعد از جراحی به طور معنی‌داری روند صعودی داشت به طوری که کیفیت زندگی بیماران با گذشت زمان افزایش قابل توجهی پیدا کرده بود. از دلایل این یافته می‌توان (جدول ۴) به کاهش ناتوانی عملکردی دست بیماران با گذشت زمان اشاره نمود. به طوری که میزان فعالیت فیزیکی و انجام دادن کار در این بیماران با گذشت زمان بعد از انجام عمل جراحی بیشتر شده بود. هم‌چنین تأثیر منفی بیماری بر روند زندگی آن‌ها نیز کمتر شده بود. حمید و همکاران در تحقیقی نشان دادند اقدامات درمانی، مراقبتی و پیگیری‌های بعد از تروما و شکستگی‌ها می‌تواند به طور قابل توجهی باعث افزایش کیفیت زندگی این بیماران شود (۱۴). علوی و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند بازسازی جراحی باعث افزایش کیفیت زندگی قابل توجهی در بیماران دچار تروما به دست شده است. این محققان بیان داشتند نوع پروتز، میزان موفقیت جراحی و عملکرد اندام نقش بسزایی در رضایتمندی و کیفیت زندگی بیماران دارد (۱۶)؛ که با نتایج تحقیق حاضر همسو است. البته با وجود افزایش نمره کل کیفیت زندگی در بیماران مطالعه ما، بعد از عمل جراحی و بهبودی، سایر نتایج تحقیق حاضر نشان داد نمره کیفیت زندگی این بیماران در ابعاد (محدودیت در نقش فیزیکی، درک سلامت عمومی، انرژی و نشاط، سلامت روان) پس از ۶ ماه بعد از عمل جراحی و بهبودی در سطح پایین قرار دارد. فانیان و همکاران در این باره می‌نویسند: بیماران دچار شکستگی حتی در صورت بدون عارضه بودن و بهبود کامل، افت قابل توجه در کیفیت زندگی دارند (۱۷). کیفیت زندگی در مطالعه فکور و همکاران کیفیت زندگی بیماران (۴۸/۵±۱۷/۷) بعد از عمل جراحی شکستگی اینترتروکانتریک فمور (۲۲) و در مطالعه حاج باقری و همکاران نیز کیفیت زندگی بیماران (۴۳/۵۸±۱۵/۷۶) (۲۳) بعد از درمان جراحی شکستگی گردن ران در سطح پایین قرار داشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. با این وجود نمره کیفیت زندگی در مطالعه ما نسبت به مطالعات فوق در سطح بالاتری قرار دارد که از دلایل آن می‌توان به تفاوت در نوع اندام دچار شکستگی ناشی از تروما اشاره کرد.

در مطالعه حاضر، بیشترین کاهش کیفیت زندگی در بیماران در بدو مراجعه از جنبه محدودیت در نقش فیزیکی بود. گراب (Grob) در مطالعه‌ای بر روی بیماران با آسیب دست نشان دادند

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-06]

[DOI: 10.29252/mcs.5.3.165]

که بیشترین تأثیر آسیب دست بر کیفیت زندگی این بیماران مربوط به محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی بود (۲۴)؛ که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. با این وجود در مطالعه حاضر بعد از گذشت ۶ ماه از جراحی و کسب بهبودی، بیشترین کاهش کیفیت زندگی بیماران به جنبه سلامت روان تغییر پیدا کرده بود. بات (Bot) و همکاران در تحقیقی نشان دادند عوامل روانشناختی نظیر سلامت روان و اضطراب، قوی‌ترین عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی و رضایت بیماران مبتلا به تروما می‌باشند (۲۵). ترومای شدید دست با ایجاد نقایص اسکلتی و بافتی گسترده منجر به اختلال در عملکرد، کاهش بهره‌وری و بازده کار افراد می‌شود که نیاز به بازسازی جراحی دارد با این حال، نتایج جراحی گاهی اوقات الزامات و انتظارات بیماران را برآورده نمی‌کند و سبب ایجاد فشار روانی و اختلالات روانشناختی در آن‌ها می‌شود (۲۶). علوی و همکاران در این باره می‌نویسند: آسیب به دست به دلیل افت عملکردی و مشکلات حسی، می‌تواند همراه با اختلالات روانشناختی نظیر افسردگی اساسی، تصویر ذهنی پایین فرد از خود، روحیه پایین و مشکلات سازگاری در بیماران باشد که در این زمینه توجه ویژه ضرورت دارد (۱۶). از جمله محدودیت‌های این مطالعه، نمونه‌گیری با استفاده از روش در دسترس و مبتنی بر هدف به جای تصادفی بوده است. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه عدم مراجعه بیماران طی ۳ ماه و ۶ ماه بعد از جراحی بود که برای رفع این مشکل محقق به محل سکونت این بیماران جهت جمع‌آوری اطلاعات مراجعه نمود.

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد روند کیفیت زندگی در بیماران با آسیب به دست به دنبال تروما بعد از عمل جراحی روند صعودی دارد. با این وجود کیفیت زندگی این بیماران حتی بعد از عمل جراحی نیز پایین است. این امر ممکن است ناشی از پیگیری ناکافی بیماران بعد از ترخیص یا هزینه‌های سنگین درمانی یا حمایت ناکافی اجتماعی، جسمانی و عاطفی باشد؛ بنابراین به منظور ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی بیماران با آسیب دست باید برنامه‌ریزی اساسی در جهت حمایت همه جانبه خصوصاً پیگیری برنامه‌های درمانی و توانبخشی این بیماران بعد از جراحی و ترخیص انجام گیرد. پیشنهاد می‌گردد تحقیقات بیشتر در ارتباط با کیفیت زندگی خصوصاً تعیین علل کیفیت زندگی پایین در این بیماران علی رغم درمان جراحی انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مرکز تحقیقات سوختگی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.۱۳۹۱-۲۴۳۷۴ می‌باشد لذا، از کلیه پرسنل این مرکز و همچنین کلیه بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1- L.M N. Advances in Trauma-2016. Critical Care Clinical. 2017;33:6-8.
2- Prevention CfDCa. National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WIS- QARS) 2015. Available at: http://www.cdc.gov/injury/wisqars . Accessed September 8, 2016.
3- Zamani M, Esmailian M, Mirazimi M, Ebrahimian M, K G. Cause and Final Outcome of Trauma in Patients Referred to the Emergency Department; a Cross Sectional Study. Iran J Emerg Med. 2014;1(1):22–7.
4- Gupta R, Mahajan S, Dewan D, Gupta R. Pattern of hand injuries reported in a tertiary care setting of North India. Int J Res Med Sci. 2017 5(3):880-4.
5- Rabiul I. Acute Occupational Hand Injuries With Their Social and Economic Aspects: A Hospital Based Cross Sectional Study. IJMS. 2017;1(2):15-8.
6- Rosberg H, Steen Carlsson K, Cederlund R, Ramel E, Dahlin LB. Costs and outcome for serious hand and arm injuries during the first year after trauma- a prospective study. BMC public health. 2013;13:501. DOI: 10.1186/1471-2458-13-501 PMID: 23706070
7- Davis G, Curtin C. Management of Pain in Complex Nerve Injuries. Hand Clin. 2016;32(2):257-62. DOI: j.hcl.2015.12.011 PMID: 27094896
8- Fatemi MJ, Frootan SK, Rajabi F. Comparison of the sensory return after repair of Ulnar and Median nerve in the wrist. Iranian Journal of Surgery. 2010;18(1):36-44.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-06]
[DOI: 10.29252/mcs.5.3.165]

9- Theofilou P. Quality of Life: Definition and measurement. Eur J Psychol. 2013(9):150–62.
10- Shamsi A, Refahi A, Malmir M, Mollahadi M, Ebadi A. Comparison of quality of life in military personnel with and without hypertension. Ann Mil Health Sci Res. 2012;10(3):213-8.
11- Prignitz Sluys K, Shults J, Richmond TS. Health related quality of life and return to work after minor extremity injuries: A longitudinal study comparing upper versus lower extremity injuries. Injury. 2016;47(4):824-31. DOI: j.injury.2016.02.019 PMID: 26965363
12- Tqien K, Bredal S, Skogstad L, Myhren H, Ekeberg Q. Health related quality of life in trauma patients.Data from a one-year follow up study compared with the general population. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2011;19(22).
13- Satbha N, Doi K, Hattori Y, Sakamoto S. Functional outcome and quality of life after traumatic total brachial plexus injury treated by nerve transfer or single/double free muscle transfers: a comparative study. Bone Joint J. 2016;98:209–17. DOI: 10.1302/0301-620X.98B2.35101 PMID: 26850426
14- Hamid Raut P, Ahmed B, Eardley W. Orthopedic Trauma and Recovery of Quality of Life: An Overview of the Literature. Clinical Medicine Insights: Trauma and Intensive Medicine. 2016;7:1-8.
15- Kovacs L, Grob M, Zimmermann A, Eder M, Herschbach P, Henrich G. Quality of life after severe hand injury. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011;64(11):1495-502. DOI: j.bjps.2011.05.022 PMID: 21705290
16- Alawi S, Werner D, Könneker S. Quality of life and reconstructive surgery efforts in severe hand injuries. Innovative Surgical Sciences. 2019;3(2):147-56.
17- Fanian H, Bouzari Pourbuinini B, Shamandi Z. Comparison of quality of life of patients with fractures of the femoral neck and healthy people in Kashani and Alzahra hospitals in Isfahan. JSUMS. 2005;7(2):9-14.
18- Shahsavari H, Matory P, Zare Z. [Correlation between Quality of Life and Individual Factors in the Patients with Breast Cancer in Seied Alshohada Hospital in Isfahan in 2013]. Commun Health J. 2015;9(1):58-67.
19- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdani Nia MS. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2005;5(1):49-56. PMID: 16022079
20- Yadla M. Quality of Life Assessment using Sf-36 Questionnairre in Maintenance Hemodialysis Patients Supported by Government Funded Cashless Scheme. J Clin Nephrol Res. 2017;4(3):1069.
21- Mahmoudi Hashemi F, Mousavi SJ, Attarbashi Moghaddam B, Talebian S, Mousavi S. Cross cultural adaptation, Validity and Reliability study of the Persian version of the American shoulder and elbow surgeons (ASES)Questionnaire for evaluation of shoulder function in injured athletes. MRJ. 2013;7(1):34-9.
22- Fakoor M, Atshani M, Ghasemi M. Return to Previous Activities and Quality of Life in Patients with Femoral Intertrochanteric Fracture Surgery. Jundishapur Sci Med J. 2016;15(4):415-22.
23- Adib-Hajbaghery M, Abasinia M. Assessing Quality of life of elders with femoral neck fractures, using SF36 and EQ5D. IJNR. 2010;4(15):71-9.
24- Grob M. Quality of life assessment after severe hand injury. Munich: Rechts der Isar University Munich; 2007.
25- Bot A, Bossen J, Herndon J, Ruchelsman D, Ring D, Vranceanu A. Informed shared decision-making and patient satisfaction. Psychosomatics. 2014;55(6):586–94.
26- Aszmann O, Vujaklija I, Roche A, Salminger S, Herceg M, Sturma A. Elective amputation and bionic substitution restore functional hand use after critical soft tissue injuries. Sci Rep. 2016;6:34960. DOI: 10.1038/srep34960 PMID: 27721419

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-06]

[DOI: 10.29252/mcs.5.3.165]

Trend of Quality of Life in Patients with Traumatic Hand Injury

Shamsi. A[1], *Ziya. SS[2], Shahabinejad. R[3]

Abstract

Introduction: Trauma is the main cause of the disability of the active population in developing countries. In the meantime, hand injuries are one of the most common traumas in the world. These injuries affect the quality of life of patients.

Objective: This study aimed to determine the trend of quality of life patients with traumatic hand injury".

Material and Methods: This cross-sectional study was performed on patients with hand injuries in 2016. Samples were selected from 100 patients and through convenience sampling. The instruments used in this study included demographic information questionnaire, health-related quality of life questionnaire (SF36), and instrumental arm, shoulder and hand disability questionnaire (DASH-38). Data were analyzed by SPSS 22 and Kruskal Wallis statistical test. P<0.05 was considered as significant level.

Results: Based on the results, the mean age of the units was 27.69 ± 7. 21 years. Kruskal Wallis statistical test showed that the scores of quality of life (42.21 ± 14.27, 3 months later, 58.10 ± 12.88 and 6 months following the surgery, 78.88 ± 8.25) were significantly increased over time (P = 0.000). Also, the handicapped hand score (65.34 ± 17.98, 3 months later, 36.44 ± 18.16, and 6.3 months after the surgery, 3.33 ± 1.29) decreased over time (P=0.000).

Discussion and Conclusion: The results of this study showed that the quality of life in patients with a traumatic hand injury after the surgery was upward. However, the quality of life of these patients is low even after the surgery. Therefore, the given authorities are required to have a fundamental plan in this regard.

Keywords: Injury, Patient, Quality of life, Trauma.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-06]

[DOI: 10.29252/mcs.5.3.165]

Shamsi A, Ziya SS, Shahabinejad R. Trend of Quality of Life in Patients with Traumatic Hand Injury. Military Caring Sciences. 2018; 5 (3). 165-172.
Submission: 4/1/2019 Accepted: 21/1/2019 Published: 15/3/2019

1- PhD of Nursing (Medical Surgical Education), Assistant Professor, Anesthetics Group, Faculty of Allied Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- (*Corresponding Author) MSc Student of Nursing, Burn Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Email: Sabaazia@gmail.com
3- BSc of Midwifery, Islamic Azad University Tehran Medical, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran.