العوامل المؤثرة على تصميم الملابس الطبية المخصصة لمرضى الحروق

روابي عبد الله محمد الحربي
طالبة ماجستير
جامعة الملك عبد العزيز
rmohammedalharbi0001@stu.kau.edu.sa

د. إلهام نور أحمد مقصود
أستاذ مساعد
جامعة الملك عبد العزيز
emaqsood@kau.edu.sa

المستخلص:

الحروق هي إصابات في أنسجة الجسم والتي قد تعتبر مشكلة صحية خطيرة مما يوجب معالجتها سريعاً للحد من أضرارها الجسدية والنفسية على المدى الطويل. ويتضمن علاج الحروق في المستشفى العديد من الإجراءات اليومية المؤلمة، يتعين على المريض خلالها ارتداء الملابس الطبية التي يجب أن تكون مناسبة له ولحالته الصحية. لذلك، من المهم تحديد العوامل التي تؤثر على مرضى الحروق لتصميم الملابس الطبية المناسبة لهم وهو ما يمثل هدف هذه الدراسة والتي تعد الأولى في سلسلة من الدراسات. اتبعت الدراسة المنهج النوعي، من خلال مقابلة إحدى عشر مقدم للرعاية الصحية لمرضى الحروق، بالإضافة إلى إجراء ملاحظة لعملية علاج وتغيير الملابس لأحد المرضى في قسم الحروق بمستشفى الملك فهد بالمدينة المنورة، مع اتباع أسلوب تحليل المحتوى التقليدي لتحليل البيانات والتوصل إلى النتائج. توصلت الدراسة إلى تحديد العوامل التي تؤثر على تصميم الملابس الطبية لمرضى الحروق والتي تمثلت في طبيعة إصابات مرضى الحروق، وأسلوب علاجهم، والبيئة التي يتم علاجهم فيها. ولهذه المعلومات أهمية كبيرة في فهم حالة المريض وتصور كيف تؤثر الملابس الطبية المستخدمة حالياً عليهم وعلى احتياجاتهم. توصي الدراسة بالقيام بأبحاث يدرس فيها أثر هذه العوامل على احتياجات مرضى الحروق، وتصميم ملابس طبية لهم بناءً على هذه الاحتياجات والعوامل المؤثرة عليها.

تاريخ استلام البحث: 2024/3/20 تاريخ إجازة البحث: 2024/5/25

الكلمات المفتاحية: الملابس الطبية؛ مرضى الحروق؛ جودة الرعاية الصحية.

تمهيد:

الحروق هي أضرار تحدث لأنسجة الجسم نتيجة تعرضها لحرارة شديدة كاللهب، أو بالتعرض لأشعة الشمس لفترة طويلة، أو لمواد كيميائية، أو تيار كهربائي، أو أي عوامل أخرى (وزارة الصحة، 2019). وهي مشكلة صحية كل فرد في العالم قابل للتعرض لها، ومن المهم معالجتها بسرعة وبفعالية للحد من أضرارها الجسدية والنفسية على المدى الطويل (Carpenter, 2019). تشير درجة وعمق الحرق إلى خطورة حالة المريض واحتمالية تعرضه للمضاعفات، مثل التهاب الحروق، الذي يمكن أن يؤدي إلى إقامة المريض لفترات طويلة في المستشفى، يتعين عليه خلالها ارتداء الملابس الطبية الخاصة بالمستشفى (Rowan et al., 2015).

وعليه فمن المهم توفير الراحة والشعور بالأمان للمريض، مما يعزز من قدرته على التعافي بصورة أسرع. فالمريض ليس مجرد كيان مستقل عن بيئة الرعاية الصحية، بل هو جزء لا يتجزأ من البيئة المحيطة به، والتي تشمل الملابس الطبية التي يرتديها (Topo & Iltanen-Tähkävuori, 2010). يؤكد على ذلك ما توصلت له دراسة أحمد (2010)، التي أكدت على العلاقة الوثيقة بين الملابس وصحة الإنسان والبيئة المحيطة به، والتي تتفاعل مع بعضها البعض مما قد يترتب عليه أضراراً صحية، أو التأثير على راحة الإنسان أثناء ارتدائه للملابس. كما أشارت دراسة Vaskooi-Eshkevari et al. (2019) أن البيئة المحيطة بالمريض، والأجهزة المستخدمة في علاجه، والإجراءات المتبعة فيه، تؤثر بشكل كبير على تلبية احتياجات المرضى في الملابس الطبية.

يتطلب علاج الحروق بالمستشفى إجراءات خاصة مثل وضع المراهم الطبية وتغيير الضمادات باستمرار للحفاظ على رطوبة الحرق، والتي غالباً ما تكون مؤلمة للغاية للمرضى نظراً لتلف وموت الأنسجة وخلايا الجلد الناتج عن الحرق (Shen et al., 2015). إذ تتسبب إصابات الحروق بالألم الشديد للمريض والذي يجعل من أي حركة أو إجراء أثناء العلاج سبباً في زيادته، لاسيما أن إجراءات العلاج طويلة ومؤلمة، ويتم تنفيذها على عدة مراحل قد يعاني خلالها المريض من الاكتئاب والعزلة والقلق والإحراج وفقدان الكرامة (Tehranineshat et al., 2021). ونظراً لأن الحروق تصيب الجلد الذي يعمل بمثابة جدار يحمي الأنسجة من الميكروبات الموجودة في البيئة المحيطة، فإن إصابته قد تعرض المريض إلى خطر الإصابة بالعدوى الميكروبية التي أكدت

العديد من الدراسات على خطورتها (Carpenter, 2019; Hambraeus & Ransjö, 1977). لذلك، يجب الاهتمام بتحديد هذه العوامل التي تؤثر على مريض الحروق وتصميم الملابس الطبية المناسبة له، والتي توفر له الراحة والاحتشام، وتخفف معاناته، وتقلل خطر تعرضه للمضاعفات نتيجة لإصابته.

للتأكد من وجود عوامل تؤثر على تصميم الملابس الطبية لمرضى الحروق، أجرت الباحثة دراسة استطلاعية حيث تم مقابلة عدد من العاملين في تمريض الحالات المصابة بالحروق بمستشفى الملك فهد بالمدينة المنورة. توصلت الدراسة إلى توحيد الملابس الطبية المستخدمة في المستشفيات السعودية لجميع المرضى على الرغم من اختلاف العوامل المؤثرة على حالاتهم الصحية، والتي تختلف باختلاف حالة المريض وقسم المستشفى الذي يشرف على علاجه. ووجدت الباحثة أن هناك الكثير من العوامل تؤثر على المرضى في المستشفى والتي لم يتم دراستها بشكل كافي في الدراسات السابقة. لذا فإن تحديد هذه العوامل هو الخطوة الأولى نحو التحسين والتطوير في تصميم الملابس الطبية. وبالتالي، تعد هذه الدراسة الأولى في سلسلة من الدراسات المتعلقة بملابس مرضى الحروق والعوامل المؤثرة عليها.

ونتيجةً لاهتمام وزارة الصحة بسلامة المريض وتوفير الأمان والخصوصية له خلال فترة إقامته في المستشفى للعلاج، فقد واجهت الباحثة صعوبة في الوصول إلى المرضى في المستشفى لجمع المعلومات. حيث وضعت وزارة الصحة عددًا من الإجراءات والاشتراطات التي يجب تحقيقها لإشراك المرضى في الأبحاث والدراسات (وزارة الصحة، 2022). لذلك، ستركز الدراسة على مقدمي الرعاية الصحية لتحديد وفهم العوامل المؤثرة على تصميم الملابس الطبية لمرضى الحروق.

مشكلة البحث:

تتمثل مشكلة الدراسة في ندرة الدراسات التي توضح العوامل المؤثرة على تصميم الملابس الطبية المخصصة لمرضى الحروق المقيمين في المستشفيات، وأهمية هذه العوامل في فهم حالة المرضى وتصور كيف تؤثر الملابس الطبية المستخدمة حالياً عليهم وعلى احتياجاتهم الملبسية.

تساؤل البحث:

ماهي العوامل المؤثرة على تصميم الملابس الطبية المخصصة لمرضى الحروق؟

هدف البحث:

تحديد العوامل المؤثرة على تصميم الملابس الطبية المخصصة لمرضى الحروق.

أهمية البحث:

تسلط نتائج هذه الدراسة الضوء على أهمية تحديد العوامل المؤثرة على تصميم الملابس الطبية لمرضى الحروق. مما يعزز تجربة المريض ويساهم في تحقيق نتائج أفضل في إجراءات العلاج والتأهيل. وبالتالي تسهيل عمل مقدمي الرعاية الطبية خاصة فيما يتعلق بالتدابير المتبعة في خدمة وعلاج مرضى الحروق. وذلك لرفع جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات والذي يعد عاملاً مهماً لتحقيق أحد مبادرات رؤية المملكة للتحول الوطني (2030) في مجال الصحة العامة وسلامة المريض وجودة الخدمات الطبية.

حدود البحث:

- حدود مكانية: قسم الحروق بمستشفى الملك فهد في المدينة المنورة.

- حدود زمانية: من (29 يناير) إلى (13 أبريل) من عام 2023م، الموافق من (7 رجب) إلى (22 رمضان) من عام 1444 هـ.

- حدود موضوعية: العوامل المؤثرة على الملابس الطبية لمرضى الحروق البالغين (نساء، ورجال) من سن (18 إلى 65) سنة، والمقيمين في قسم الحروق بمستشفى الملك فهد في المدينة المنورة لتلقي العلاج مع اتباع قاعدة التسعة في تحديد نسبة الحرق.

- حدود بشرية: مقدمي الرعاية الصحية الذين لديهم خبرة في علاج الحروق.

منهج البحث:

تتبع الدراسة المنهج النوعي الذي عرفه Creswell (2009) بأنه أسلوب استكشافي يصف فيه الباحث ظاهرة أو مشكلة أو موضوع ما من خلال الاعتماد على البيانات التي يتم جمعها من المشاركين في البيئة والظروف الطبيعية للظاهرة محل الدراسة، ومن ثم يتم تحليل البيانات بشكل استقرائي من الجزء إلى الكل، للوصول إلى تفسيرات واستنتاجات لمعانيها. تتميز الدراسات النوعية بتفسير وفهم مشكلة أو ظاهرة الدراسة بصورة عميقة، والإحاطة بجميع جوانبها من خلال التواجد في بيئتها وظروفها الطبيعية، والتواصل مباشرة مع المشاركين وتقدير الاختلاف والاتفاق في آرائهم وخبراتهم حول موضوع الدراسة (الزهراني، 2020). يعود السبب وراء اتباع

الدراسة لهذا المنهج كونه يلائم طبيعة المشكلة التي تتطلب جمع وتحليل البيانات للتوصل إلى إجابات دقيقة وتفصيلية لتساؤل الدراسة. إلى جانب أنه يوفر فهماً أعمق لمشكلة الدراسة مما يتيح مجالاً أكبر للابتكار في أسلوب عرض النتائج.

مصطلحات البحث:

1- العوامل:

لغة: من "عَمَل، وهو المهنة والفعل. والعامِل في العربية: ما عَمِل عملاً ما، فرفع أو نصب أو جر كالفعل الرافع والناصب والجازم. والعوامل: هي بقر الحرث والدّيَاسة" (المرسي، 2000، ص 179-180).

اصطلاحاً: "يُراد بِه: الأسباب المؤثرة والقوى والمواد التي تحدث تغييراً" (مركز رواد الترجمة، 2019، ص 82).

2- المريض:

لغة: "من المرض: الميم والدال والضاد أصل صحيح يدل على ما يخرج به الإنسان عن حد الصحة في أي شيء كان. وجمع المريض مرضى. وأمْرَضَه: أعله" (زكريا، 1979، ص 311).

اصطلاحاً: "الشخص الذي خرج عن حال الاعتدال والصحة" (مركز رواد الترجمة، 2019، ص 439).

3- الحروق:

لغة: من الحَرَقُ: وهي النار. الحَرَقُ والحَرِيقُ: اضطرام النار وتحرقها. ويحْرِقه حَرْقاً وحَرِيقاً وحُرُوقاً: فعل ذلك من غيظ وغضب. وقيل الحُرُوق مُحْدَث. (المرسي، 2000، ص 572-574)

اصطلاحاً: هي "أضرار تلحق بالجلد أو أجزاء أخرى من الجسم، بسبب الحرارة الشديدة، أو اللهب، أو التلامس مع أجسام أو مواد كيميائية ساخنة (Paterson & McLaughlin, 2012, p.1) ".

4- الملابس الطبية:

اصطلاحاً: "هي الملابس الوظيفية للرعاية الصحية والتي تتميز بخصائص معينة، كالامتصاص، ونفاذية الهواء، والمتانة. وتصنف إلى ملابس الرعاية الصحية، والملابس الجراحية، والملابس العلاجية، والملابس الوظيفية الذكية. والتي تخضع لمواصفات وفقاً للمتطلبات الوظيفية أو للحماية من المخاطر الصحية المحتملة" (Geršak, 2013, p. 11).

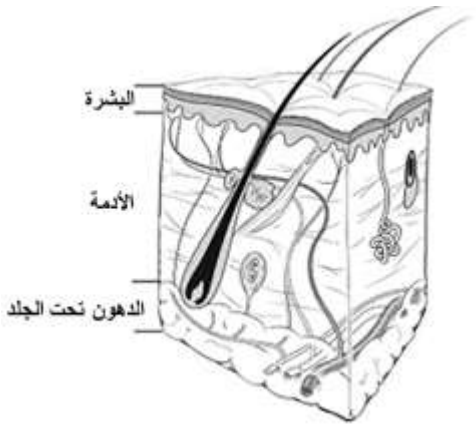
ويقصد بالملابس الطبية في هذه الدراسة: ما يغطي جسم المريض من ثياب ذات مواصفات معينة تفرضها المتطلبات الطبية والعلاجية من الناحية التصميمية والمكونات المادية (الخامة) التي تتميز بخصائص معينة، كالمتانة وامتصاص السوائل.

الدراسات السابقة:

1- المحور الأول: الحروق

الجلد هو أكبر عضو في جسم الإنسان، فهو يغطي كامل الجسم، ويقوم بإرسال واستقبال المنبهات الحسية، كالحرارة، والبرودة، والألم والاستجابة لها (Rosenthal & Vanderbeke, 2015). يتكون جلد الإنسان من طبقتين رئيسيتين هما البشرة، والأدمة، كما هو موضح من خلال الشكل (1). تقوم البشرة وهي الطبقة الخارجية بحماية الجسم من البيئة الخارجية والحرارة والميكروبات، كما تحتوي على المسامات وبصيلات الشعر (Jablonski, 2013). تسمى الطبقة القاعدية من الجلد الأدمة، وتقع أسفل البشرة، وهي مسؤولة عن تغذية طبقة البشرة ودعمها، وتحتوي على الأوعية الدموية، والأعصاب، والغدد العرقية والدهنية (الخطيب، 2011؛ Reuter et al., 2017).

بما أن الجلد هو الحاجز الخارجي للجسم، فهو يواجه عوامل الإجهاد الخارجية المختلفة مما يجعله عرضةً للتلف والإصابة المستمرة وتعد الحروق شكل من أشكال هذه الإصابات (Eming et al., 2014). تعتبر الحرائق واللهب من أكثر مسببات الحروق شيوعاً، إلى جانب ارتباطها بأعلى نسب الوفيات والإصابات الناتجة عن الحروق. أما الحروق الناتجة عن السوائل الساخنة أو ملامسة الأجسام الساخنة فتعد شائعة في حروق الأطفال. وتتسبب الإصابات الكهربائية بأكثر أنواع الحروق خطورة في مراكز الحروق، وهي متكررة لدى البالغين أكثر من الأطفال. بينما الحروق الكيميائية هي أقل أنواع الحروق شيوعاً (Hettiaratchy & Dziewulski, 2004; Humphries, 2014).



شكل (1) طبقات الجلد (Jeffrey & William, 2015, pp.7).

يختلف سمك الجلد لدى الأفراد حسب الموقع التشريحي للجسم وعمر المصاب، واللذان

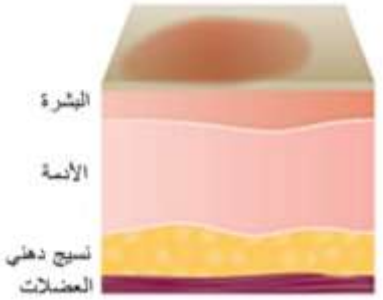
يشكلان عاملين رئيسين للتأثير على عمق وشدة الحرق. إذ يكون الجلد أكثر سماكة في بعض مناطق الجسم، مثل باطن اليد والقدم، وأعلى منطقة الظهر. كما أنه يصبح أرق مع تقدم الإنسان في العمر (Tintinalli et al., 2020). لذا فقد تم تصنيف الحروق إلى عدة درجات مرتبة تصاعدياً من الأقل إلى الأكثر عمقاً وخطورة.

1-1- تصنيف عمق الحروق

تصنف الحروق عادةً إلى ثلاث درجات بناءً على عمق الحرق، ودرجة تضرر الجلد والأنسجة التي تقع أسفله (Humphries, 2014; Lee et al., 2020). وفيما يلي توضيح لدرجات الحروق وعلامات كل درجة:

1-1-1- حروق الدرجة الأولى (حروق سطحية)

هي الحروق التي تقتصر على البشرة مسببةً احمرار الجلد وجفافه، كما يتضح في الشكل (2). فيشعر الشخص بالألم حتى بدون لمس أو تحفيز الإصابة؛ وذلك لاحتواء البشرة على النهايات العصبية التي تستشعر الألم. غالباً لا تحتاج حروق الدرجة الأولى إلى عناية طبية فورية. كما أنها تمتاز بسرعة التئامها (Humphries, 2014; Jeffrey & William, 2015;).

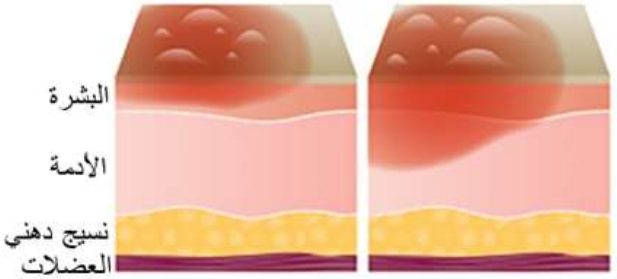


شكل (2) حروق الدرجة الأولى (حروق سطحية) (Jeschke et al., 2020, p.2)

1-1-2- حروق الدرجة الثانية (حروق السماكة الجزئية)

تعرف بأنها الحروق التي تصيب سطح البشرة وتمتد إلى طبقة الأدمة، وتصنف حروق هذه الدرجة إلى حروق سطحية وعميقة، كما هو موضح في الشكل (3). حيث تكون الحروق السطحية وردية أو حمراء اللون ومؤلمة، وتبيض عند الضغط عليها. إلى جانب أنها ذات ملمس زلق، ورطبة بسبب الإفرازات البروتينية، وتحتوي على بثور أو فقاقيع. رغم كل ذلك فهي تلتئم

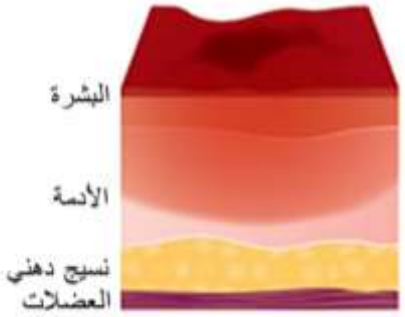
بدون الحاجة إلى تدخل جراحي في مدة تصل إلى ثلاث أسابيع، ولكن قد ينتج عنها ندوب. أما حروق الدرجة الثانية العميقة فتكون حمراء أو بيضاء اللون وجافة. وقد يتأثر إحساس المصاب بالألم فيقل، وذلك نتيجة لتضرر الأدمة. تحتاج حروق الدرجة الثانية إلى استخدام مضادات الميكروبات الموضعية؛ نظراً لإمكانية تعرضها للكائنات الدقيقة من البيئة المحيطة (قطاش وآخرون، 2018؛ Humphries, 2014; Kartal & Bayramgurler, 2018).



شكل (3) حروق الدرجة الثانية السطحية والعميقة (حروق السماكة الجزئية) (Jeschke et al., 2020, p.2).

1-1-3- حروق الدرجة الثالثة (حروق السماكة الكاملة)

هي الحروق التي تشمل جميع طبقات الجلد ومنها الأدمة والبشرة بالكامل، لذا يطلق عليها حروق السماكة الكاملة. حيث يمتد الحرق إلى الأنسجة التي تحت الجلد، وقد تصل إلى العضلات والأعصاب والعظام كما يتضح في الشكل (4). تكون حروق هذه الدرجة سوداء، أو بنية، أو بيضاء، كما أنها جافة ولا تبيض عند الضغط عليها. علاوة على ذلك فالمصاب بها لا يشعر بالألم؛ لتسببها بتدمير الأعصاب في طبقة الأدمة. لذا فهي تستغرق وقتاً طويلاً للالتئام، مع الحاجة إلى العناية الطبية المكثفة Jeffrey & William, 2015; Smeltzer et al., (2010).



شكل (4) حروق الدرجة الثالثة (حروق السماكة الكاملة) (Jeschke et al., 2020, p.2).

1-1-4- حروق الدرجة الرابعة

هذه الدرجة من الحروق تخترق الجلد وتصل إلى العظام والعضلات والأوتار وتتلفها (Lee et al., 2020). حيث يظهر في الشكل (5) عمق حروق الدرجة الرابعة. إذ يصبح الجلد أسود اللون، وفي كثير من الأحيان يفقد المريض العضو أو الجزء المحترق من جسمه. تحتاج هذه الدرجة من الحروق إلى رعاية طبية دقيقة مع استخدام الضمادات المضادة للميكروبات، وفي الغالب تحتاج إلى إجراءات الجراحية (Jeschke et al., 2020).

شكل (5) حروق الدرجة الرابعة (Jeschke et al., 2020, p. 2).

تعتبر مساحة الحرق أهم من عمقه، فيكون الحرق خطيراً إذا كانت مساحته واسعة وقد يؤدي للوفاة، حتى لو كان من حروق الدرجة الأولى (رويحه، 1964؛ قطاش وآخرون، 2018؛ Baartmans et al., 2020). لذا لابد أن يتم تحديد مساحة الحروق بدقة وذلك باستخدام عدة طرق لتحديد النسبة المئوية لمساحة الحرق في جسم المريض.

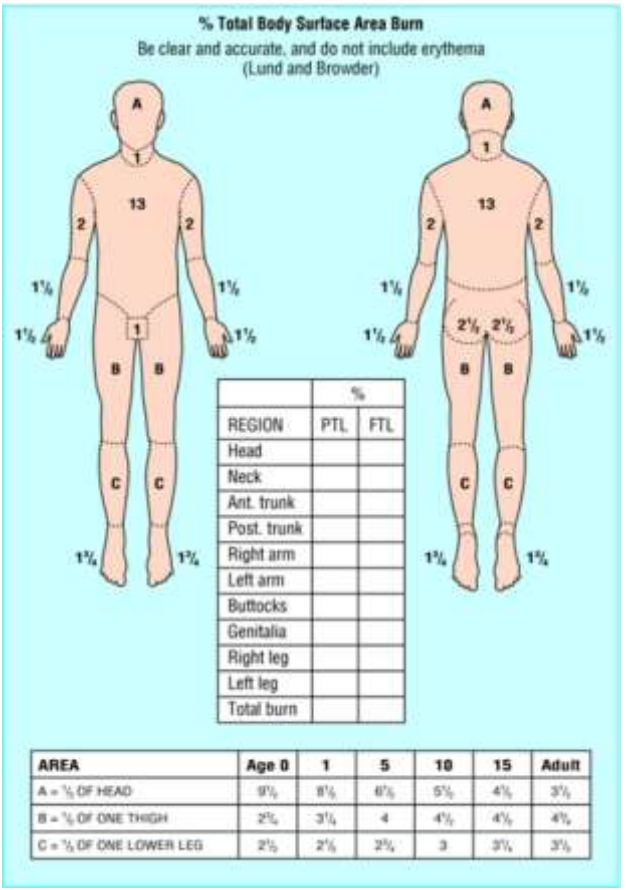
1-2- طرق تحديد نسبة الحرق (TBSA%)

يعتمد الأطباء على عدة طرق لتحديد نسبة مساحة سطح الجسم كمعيار لتحديد نسبة الحروق. إذ ترتبط تقديرات النسبة المئوية لمساحة حروق سطح الجسم (٪ TBSA) ارتباطاً وثيقاً بمقدار احتياج الحرق لإنعاش السوائل عند العلاج. حيث يهدف إنعاش السوائل إلى استعادة حجم الأوعية الدموية للحفاظ على وظيفة الأعضاء المصابة (Shahrokhi, 2021). هناك ثلاث طرق شائعة الاستخدام لتقدير مساحة الحروق، وهي كالتالي:

1-2-1- نموذج لوند- براودر

تعتمد هذه الطريقة على تقدير النسبة المئوية لمساحة الحرق من خلال تقسيم المساحة التشريحية لجسم المريض من حيث علاقتها بعمره. تقوم هذه الطريقة بتقسيم مساحة جسم

المريض إلى أجزاء صغيرة، وتقدير مساحة كل جزء بالنسبة لمساحة الجسم الكلي كما هو موضح في الشكل (6) (Hettiaratchy & Papini, 2004; Migloiore, 2008).

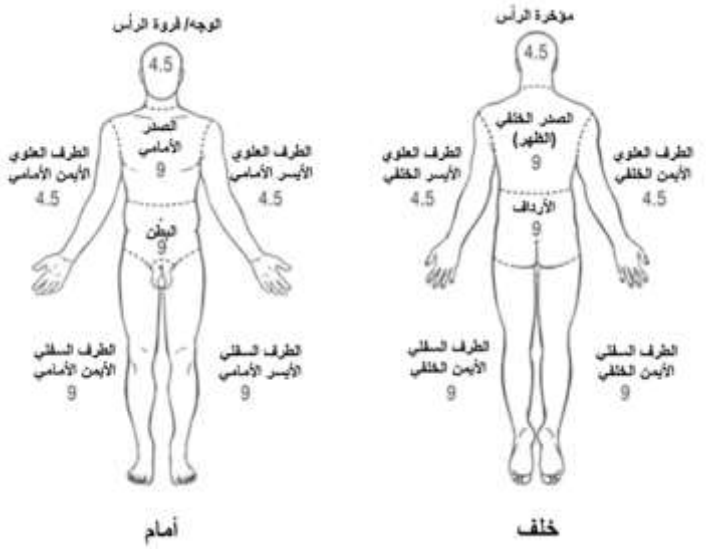


شكل (6) نموذج لوند براودر لتقدير نسبة مساحة الحرق (Hettiaratchy & Papini, 2004, p. 101).

1-2-2- قاعدة التسعة

هي طريقة سريعة وشائعة لتقدير مساحة الحروق، وتعتمدها معظم مراكز الحروق والمستشفيات. يتم فيها تقسيم الجسم إلى مضاعفات العدد تسعة، فتشكل كل منطقة (9%) من مساحة الجسم، وتتضمن هذه المناطق الرأس والذراعين، كما تشكل الساقين والرقبة والجذع الأمامي والخلفي نسبة (18%) من مساحة الجسم لكل منطقة منها على حدة كما يتضح

في شكل(7) (Hettiaratchy & Papini, 2004; Paterson & McLaughlin, 2012).



شكل (7) قاعدة التسعة: رسم تخطيطي لتقدير نسبة مساحة الحرق لدى البالغين في الجزء الأمامي والخلفي من الجسم (Jeffrey & William, 2015, p. 19).

1-2-3- طريقة راحة اليد (بالمر Palmar)

تعتمد هذه الطريقة على استخدام راحة يد المريض في تقدير نسبة الحروق. حيث تبلغ مساحة سطح يد المريض مع إغلاق الأصابع ما يقارب (1%) من مساحة جسمه. تستخدم هذه الطريقة في تقدير مساحة الحروق الصغيرة، والمتفرقة، أو للتقييم المبدئي لمساحة الحروق قبل دخول المريض للمستشفى (Golden & McManus, 2020; Kane et al.,2019) .

1-3- الإجراءات الطبية في حالات الحروق

الإسعافات الأولية هي الرعاية والعلاج الطارئ الذي يجب أن يتلقاه المريض قبل وصوله للمستشفى وحصوله على الرعاية الطبية المنتظمة. إذ يتم فيها تسكين الألم، والسيطرة على تطور الحرق عن طريق إبعاد المرضى من منطقة الحادث، وتبريد منطقة الحرق بالمياه الباردة، ثم نقل المريض إلى المستشفى (Paterson & McLaughlin., 2012). في البداية يتم إجراء المسح الابتدائي والإنعاش للمريض عند وصوله للمستشفى؛ وذلك للتأكد من عدم وجود إصابات

أخرى مصاحبة للحرق، مثل إصابات الرأس، والعضلات، وكسور العظام، والنزيف الحاد، والصعق الكهربائي، وإصابة استنشاق الدخان (Stewart & Marik., 2008).

بعد ذلك يجب تحديد مساحة وعمق الحرق. حيث تعتبر الحروق خطيرة وتستلزم العناية الطبية العاجلة، عندما تشمل أكثر من 20% من مساحة سطح جسم المريض، أو تكون مصحوبة بإصابات أخرى كما تم ذكره سابقاً. بناءً على ذلك تشمل الإجراءات الطبية عدة أساليب لعلاج مرضى الحروق منها: التحكم بالألم، والإنعاش بالسوائل، وتغذية المريض عن طريق الحقن، والعلاج بمضادات الميكروبات، واستئصال الأنسجة المحترقة الميتة (D'Cruz et al., 2013; Kinter et al., 2021; Kim et al., 2012). بعد ذلك ينتقل المريض إلى مرحلة إعادة التأهيل الجسدي والنفسي. والتي تركز على ضمان التئام الحروق والجروح المصاحبة لها (Godleski & Yelvington, 2021).

خلال جميع مراحل العلاج يعتبر الألم مشكلة رئيسية لمرضى الحروق لاسيما أثناء عملية العناية بالحرق أو تمارين العلاج الطبيعي للمريض. بالإضافة إلى الألم النفسي المصاحب لجميع مراحل العلاج، مما يستلزم أخذ أدوية مسكنة للألم ومضادات للاكتئاب قبل جلسات العلاج المؤلمة للسيطرة على قلق المريض. لذا فمن المهم تعليم مريض الحروق السيطرة على الألم، وذلك لأنه من المهم مشاركة مريض الحروق في عملية التعافي قدر الإمكان، وتأقلمه مع عمليات العلاج ومع وضعه الجسدي (Hall, 2005; Niekerk et al., 2020). حيث إن إجراءات العلاج المؤلمة تسبب العديد من الأضرار النفسية لمريض الحروق، والتي أكدت عليها العديد من الدراسات (Foglia et al., 2004; Tehranineshat et al., 2021).

ونظراً لطول مدة علاج مرضى الحروق، واستمراره حتى بعد التئام الحروق، وشموله لجميع أوجه الرعاية الصحية التي يحتاجها المريض من علاج وتأهيل (Sorensen & O'Neill, 2022). لذا، فإنه لا بد من دراسة وتحديد القائمين على رعاية مرضى الحروق في كل مرحلة من مراحل الرعاية الصحية المقدمة لهم.

1-4- فريق الرعاية الصحية في مراكز الحروق

يتكون فريق رعاية الحروق من مجموعة من الأفراد الذين يتبعون توجيهات قائد الفريق، ولكلٌ منهم دور حاسم ومهم لتقديم الرعاية الصحية. إذ يتألف الفريق عادةً من طاقم طبي من

الجراحين، وأطباء التخدير، والممرضين، وأخصائيين إعادة التأهيل (Butler, 2013). يقع على عاتق الطبيب الجراح قيادة الفريق وتوجيهه واتخاذ القرارات (Herndon, 2012). وعادةً ما يكون جراحو الحروق متخصصين في التجميل أو الجراحة سواء كانت العامة أو جراحة الأطفال. بالإضافة إلى كونهم ذو خبرة في تقديم الرعاية الطارئة والتعامل مع الحالات الحرجة (Brown & Mills, 2004). كما يشارك أطباء التخدير في رعاية مرضى الحروق وتسهيل إجراءات العلاج من خلال الحد من شعور المريض بالألم، وبالتالي تقليل قلقه، مما ينتج عنه تحسين استجابته للعلاج (Ebach et al., 1999). في كثير من الأحيان يستلزم الاستعانة بأخصائي العلاج التنفسي عند حاجة مريض الحروق إلى رعاية تنفسية؛ نتيجة لانسداد مجرى الهواء كما في حروق الوجه، أو وجود إصابات ناتجة عن استنشاق الدخان (Greenhalgh, 2019).

إضافة إلى ذلك، يشكل الممرضون جزءاً أساسياً من الفريق، فالممرض مسؤول عن رعاية المرضى وتغيير الضمادات لهم، ومتابعة خطوات العلاج والمستجدات في حالة المريض، والسيطرة على الألم مع توفير الدعم النفسي والعاطفي له (Butler, 2013). إذ تفرض طبيعة عملهم المركزية تعاملهم مع معاناة المرضى يومياً بما في ذلك تغيير ملابسهم والتخفيف عنهم (Cronin, 2001). ونتيجة لقرب الممرضين من المرضى واتصالهم الدائم بهم، فهم دائماً ما يكونون على دراية بحالة المريض، لذا يتعين عليهم مراقبتها وإعلام أعضاء الفريق بأي تغيرات تطرأ عليها (Moghimian et al., 2022).

في مرحلة تأهيل مرضى الحروق تتجلى جهود فريق التأهيل الذي يتكون من أخصائي التحكم في الألم الذي يقوم بتصميم الأدوية حسب حالة المريض. إضافة إلى أخصائي التغذية، والمعالج الفيزيائي، وأخصائي العلاج النفسي الذي يمثل عنصراً مهماً في الفريق (Collings, 2004). إلى جانب الأخصائي الاجتماعي الذي يقدم الدعم والمشورة لكلاً من المريض وأسرته، لمساعدتهم على التعامل مع الصعوبات التي تواجههم، مثل تكاليف العلاج، والمشاكل التي يتعرضون لها في المنزل أو العمل (Knighton, 2013). لذلك فإن قرب مقدمي الرعاية الصحية من تلمس حاجات المريض ومعرفة ما يقلقهم، يجعلهم الجسر الذي ينقل احتياجات ومتطلبات ومعاناة المريض، خاصةً عندما يكون في حالة لا تسمح له بالتعبير عما يواجه.

1-5- جودة الرعاية الصحية للحروق وعلاقتها بالملابس الطبية

أدت التطورات الحديثة في المجال الصحي إلى زيادة الاهتمام بجودة الرعاية الصحية

وتحقيق معاييرها. حيث أصبح هناك تركيز كبير على شمولها لجميع أوجه الرعاية والتنوع في قياس نتائجها للوصول إلى الجودة المطلوبة، وبالتالي تحقيق متطلبات العملاء ورضاهم (Marimon et al., 2019; Naidu, 2009; Pereira et al., 2004). إذ تتضمن الرعاية كل ما يدخل في تجربة المريض من أحداث، ومشاهد، وتجارب، وتفاعل مع مقدمي الرعاية الطبية. يتم التعبير عن رأي وتصور المريض عن الرعاية على أنه رضا المريض الذي يعد مؤشراً على جودة الرعاية الشاملة التي تتضمن الاهتمام براحة المريض الجسدية والنفسية (Press, 2006).

ساهمت جهود الباحثين في مجال علاج ورعاية مرضى الحروق، والتقدم الكبير والمستمر في مجال الرعاية الصحية في انخفاض معدل الوفيات الناتجة عنها إلى مستويات لم تكن ممكنة (Smeltzer et al., 2010). وعلى الرغم من هذا الانخفاض إلا أن المرضى في المستشفيات بحاجة إلى رعاية صحية متعددة التخصصات تبعاً لاحتياجاتهم، مع الأخذ بالاعتبار العوامل الجسدية والنفسية خاصة مرضى الحروق نظراً للطبيعة المعقدة لإصاباتها (Mohammadhossini et al., 2019). إذ أن إصابة الحروق من أكثر الإصابات المروعة التي تتبعها عادةً آثار نفسية واجتماعية خطيرة ناتجة عن تجربة المريض المؤلمة أثناء الحادث، وتبعات ذلك من ندوب أو تشوهات أو إعاقة، مما يستلزم الاستشارة والتأهيل النفسي كجزء أساسي من عملية العلاج. لذلك فقد زاد اهتمام أبحاث وممارسات رعاية الحروق بالجانب النفسي والاجتماعي للرعاية (Cavaleri et al., 2009; Hurren, 1995).

كما أثبتت الدراسات وجود علاقة طردية وثيقة بين رضا المريض عن الرعاية الصحية، والإدارة الجيدة للألم (Jane et al., 2019). فالألم هو سمة ملازمة للحروق تنتج عن الإصابة بها وأساليب العلاج المتبعة من جراحة واستئصال للجلد، والأنشطة الروتينية كتحريك المريض أو تناوله للطعام، إلى جانب تغيير الضمادات الذي يتم بشكل يومي تقريباً كجزء أساسي من رعاية الحروق. وتعد هذه العملية مؤلمة للمريض بشكل كبير بما يكفي لاقتران هذا الجزء من الرعاية بالتخدير وتناول الأدوية المسكنة للألم (Foglia et al., 2004; Ulmer, 1997). لذا ونظراً لارتباط الملابس الطبية بالجانب الجسدي والنفسي لإصابات الحروق، فلها أثر كبير في تحقيق رضا المريض، والذي يعتبر عاملاً مؤثراً في تحديد معايير جودة الرعاية الصحية التي تستخدمها المستشفيات كأساس للمنافسة والتميز (Zeithaml et al., 2010). لذا من المهم مراعاة العوامل المؤثرة على تصميم الملابس الطبية لمريض الحروق، والمتعلقة بحالته الصحية، وإجراءات

علاجه. بما يساهم في ضمان تلبية جميع احتياجاته المختلفة، وهذا ما تسعى هذه الدراسة إلى تحقيقه.

الدراسة:

1- جمع البيانات وأدوات الدراسة:

i. استمارة المقابلة

استخدمت الدراسة المقابلة المقفلة المفتوحة "وهي التي تكون الأسئلة فيها مزيجاً من النوعين (مقفلة ومفتوحة). وفيها تعطي الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب لمزيد من التوضيح" (المشهداني، 2019، ص.160). كما تتصف المقابلة حسب طبيعة أسئلتها بأنها شبه مقننة والتي تعطي للباحث مقداراً المرونة عند طرح الأسئلة بالتغيير في تسلسلها، أو الحذف والإضافة عليها، وذلك بناء على المعلومات التي يرغب في التوصل إليها أو مجريات المقابلة (قنديلجي، 2012). تم اختيار المقابلة لأنها الأكثر ملائمة لجمع المعلومات من أفراد العينة في ظل اختلاف التخصصات بينهم وبين الباحثة.

تكونت استمارة المقابلة من جزئين رئيسيين (ملحق رقم 1)، بحيث تضمن الجزء الأول معلومات عامة حول مقدمي الرعاية الصحية ومرضى الحروق الذين يقومون برعايتهم وذلك بهدف فهم طبيعة الحالات التي يستقبلها المستشفى، وتحديد مجال وخبرة مقدم الرعاية الصحية في التعامل مع مرضى الحروق، مما يسمح للمشاركين بوصف خبراتهم المعرفية حول طبيعة إصابات الحروق التي يستقبلونها. أما الجزء الثاني فيتعلق بتحديد أنواع الإجراءات الطبية التي يقوم بها مقدم الرعاية الصحية لمرضى الحروق في المستشفى، وتحديد أنواع الأنشطة التي يقوم بها المريض. بهدف تحديد متطلبات علاجهم.

ii. استمارة الملاحظة

في هذه الدراسة تم استخدام الملاحظة دون المشاركة في الأنشطة ذات العلاقة بالمرضى وذلك من خلال المراقبة والاستماع فقط لأفراد العينة. يعد هذا النوع من الملاحظة كما وضحه Kuada (2012) هو الأنسب في حال لم يكن لدى الباحث الخبرة والكفاءة المطلوبة للمشاركة في أنشطة العينة، وهو ما ينطبق على الدراسة الحالية. حيث تساعد الملاحظة على رؤية مشكلة الدراسة والإحساس بها بطريقة مماثلة لما يواجه أفراد العينة.

استخدمت الباحثة نفس بنود استمارة المقابلة لتسجيل ملاحظاتها عليها وذلك لدعم

وتوضيح الإجابات على تساؤل الدراسة. يرجع سبب الاستعانة بالملاحظة إلى التأكد من شمولية استمارة المقابلة لجميع الجوانب المؤثرة في الإجابة على تساؤل الدراسة على أرض الواقع، وقد حققت الملاحظة ذلك. إلى جانب التأكد من الحصول على إجابات دقيقة وحازمة من خلال استخدام الملاحظة إلى جانب إجابات أفراد العينة أثناء المقابلة؛ وذلك لحسم اختلاف الإجابات في المواضع المهمة في استمارة المقابلة.

تم ملاحظة عملية علاج وتغيير الملابس لمريض في قسم الحروق. كان المريض ذكر شاب في العشرينات من العمر، مصاب بحروق من الدرجة الثانية السطحية والعميقة بنسبة 50% من الجسم في منطقة القدمين بالكامل، والوجه، والكفين، والمرفقين، ومناطق متفرقة من الكتفين والبطن. ساعدت الملاحظة الباحثة في التصور الفعلي للإجراءات الطبية الروتينية التي تتكرر مرتين في اليوم لكل مريض، ومدتها، وردة فعل المريض واستجابته خلال العملية كاملة.

2- التحقق من صلاحية وموثوقية أدوات الدراسة:

يطلق على صدق الأداة في الدراسات النوعية مصطلح المصداقية (الصلاحية) والتي عرفها Creswell (2009) بأنها الإجراءات التي يقوم بها الباحث للتحقق من دقة النتائج. تم استخدام صدق المحكمين والذي يعرف بأنه "عرض الأداة على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال الدراسة للتأكد من سلامة صياغة بنودها ومدى مناسبتها للمجال المراد قياسه" (المشهداني، 2019، ص.168). حيث تم عرض استمارة المقابلة على (5) متخصصين من أعضاء هيئة التدريس في مجال الدراسة لتحكيمها باستخدام (6) محاور وهي: ملائمة عدد العبارات، وضوح صياغتها، واتباعها للتسلسل الصحيح، وصحة العبارات لغوياً، وملائمة محاور الاستمارة وشمولها للهدف منها. كما تم تخصيص جزء يمكن فيه للمحكم اقتراح أي تعديل على عبارات الاستبانة وإضافة ملاحظاته. حصلت استمارة المقابلة على تقييم جيد بدون أي تعديلات من جميع المحكمين ماعدا محكم واحد، الذي أضاف بعض التعديلات على صياغة بعض عبارات الاستمارة (ملحق رقم2).

أما الاعتمادية (الموثوقية) في استمارة المقابلة، فتقابل الثبات في البيانات الكمية، وتعرف بأنها "مدى تكرار نفس نتائج الدراسة عند تطبيقها مرة أخرى في ذات السياق، والظروف" (Bloor & Wood, 2006, p.147). للتوصل إلى الاعتمادية في استمارة المقابلة، تم تقديم تفاصيل دقيقة حول منهج الدراسة، وأدواتها، وتصميم إجراءات الدراسة، وتفاصيل العينة، وطريقة اختيارها، وتوثيق المقابلات والملاحظات، مع توضيح المبررات لجميع خطوات الدراسة. حيث اتفق كلا من

الزهراني (2020)، و Bloor & Wood (2006)، على أن تقديم معلومات شاملة ودقيقة عن الإجراءات التي تم اتباعها في جميع مراحل الدراسة، يسهم في وصول أي باحث آخر إلى نتائج مماثلة لنتائج الدراسة أو مشابهة لها، وذلك عند اتباع المسار الذي تم استخدامه في الدراسة، وفي ضوء المعلومات التي تم تقديمها فيها ومن منظور الباحث وموقفه. إلى جانب تمكين القارئ من فهم طرق الدراسة وفعاليتها في الوصول إلى النتائج، وبالتالي تحقيق الاعتمادية فيها.

3- عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة الحالية من (١١) مقدم رعاية صحية لديهم خبرة في تمريض الحروق بمستشفى الملك فهد بالمدينة المنورة، وهم (4) ممرضات، و(6) أطباء، وممارس للعلاج الطبيعي. تم استخدام أسلوب العينة القصدية للوصول إلى أفراد العينة، وهي طريقة يتم فيها انتقاؤهم بشكل مقصود ومتعمد وفقاً لما يراه الباحث مناسباً لتحقيق أهداف الدراسة (أبو سمرة والطيطي، 2020). تم اختيار هذا النوع من العينات لكونه يعتمد على التجربة الذاتية للباحث، وتقدير الموقف والوعي بطبيعة مجتمع الدراسة وأهدافها. إذ إن العينة القصدية هي الأكثر ملائمة لتقديم إجابات على تساؤلات الدراسة الحالية. فمن خلال زيارة موقع المستشفى تم حصر جميع الأشخاص ذو العلاقة بالملابس الطبية في قسم الحروق، والذين لديهم القدرة تقديم معلومات حولها، وبالتالي تقييمها والوقوف على العوامل المؤثرة عليها.

اعُتُبِرَ المشاركين مؤهلين للدراسة إذا كانوا مستمرين في العمل في قسم الحروق، لمدة لا تقل عن شهرين، أو يتعاملون مباشرة مع الملابس الطبية المستخدمة في القسم. حيث يتعامل الأطباء مع الملابس الطبية في غرفة العمليات، أو أثناء عملية تضميد الحروق في القسم. في حين أن الممرضات هن المسؤولات عن وضع الملابس على المريض، وإغلاقها، وتغييرها. بناء على ما سبق، تم اختيار مقدمي الرعاية الصحية كعينة للدراسة حيث إنهم الأكثر تعامل ودراية بها. فالتعامل مع الملابس الطبية من مسؤوليات مقدمي الرعاية الصحية وذلك من بداية استلامها من قسم التموين واستخدامها إلى حين اتلافها.

4- إجراءات الدراسة:

حصلت هذه الدراسة على الموافقة الأخلاقية برقم (IRB23-001)، وذلك يوم الأحد 8/يناير/2023م، الموافق 15/ جمادى الآخرة /1444هـ. واتبعت الدراسة عدة طرق لحماية بيانات وهوية المشاركين وضمان سريتها. حيث تم طلب موافقة المشاركين على تسجيل الصوت قبل البدء

بالمقابلة. تم حفظ جميع الملفات الصوتية في هاتف محمول خاص مع الحماية برمز سري. وتم ترميز هويات المشاركين والإشارة إليهم من خلال أسماء وهمية لحماية هوياتهم.

قبل البدء بإجراء المقابلات، قامت الباحثة بإعطاء جميع المشاركين المؤهلين شرحاً بسيطاً للدراسة ودعوتهم شخصياً للمشاركة فيها. أعطى جميع المشاركين في الدراسة الذين شملتهم العينة موافقتهم وفقاً للوائح الموافقة الأخلاقية بدون أي تعويض مالي. استغرقت مقابلات الممرضات من (31 إلى 54) دقيقة، بينما استغرقت مقابلات الأطباء من (16 إلى 41) دقيقة. وبلغت مدة مقابلة ممارس العلاج الطبيعي (10) دقائق. بالإضافة إلى أنه تم زيارة قسم الحروق عدة مرات إضافية لطرح عدد من الأسئلة والاستفسارات الإضافية على المشاركين؛ لغرض زيادة نطاق المعلومات وكفايتها وملاءمتها.

بعد الانتهاء من كل مقابلتين أو ثلاث، تم تفريغ المعلومات التي تم جمعها سواء كانت مسجلة صوتياً أو مدونة كتابةً في استمارة المقابلة، وكتابتها في ملف (word)، مع مراعاة تدوين وقت وتاريخ المقابلة للبدء في تحليلها. وبعد كل مقابلة استقطعت الباحثة وقتاً لتوثيق معلومات وتصورات إضافية من المقابلة قبل البدء بإجراء المقابلة التالية. أثناء إجراء المقابلات مع أفراد العينة، قامت الباحثة بملاحظة بعض الموضوعات المرتبطة بالدراسة بالاستعانة باستمارة المقابلة. حيث قامت بدراسة تصميمات الملابس الطبية المستخدمة حالياً في قسم الحروق، بهدف الفهم الشامل للعوامل المؤثرة على تصميم الملابس الطبية لمرضى الحروق والتحديات المرتبطة باستخدامها. وفيما يلي وصف لهذه التصميمات:

- التصميم الأول: ثوب مفتوح من خط منتصف الخلف يغلق بشرائط قماشية مصنوعة من نفس قماشه. له أكمام واسعة طويلة تصل إلى المعصم أو قصيرة تصل إلى المرفق، وفتحة رقبة مستديرة متوسطة الاتساع، ويصل الطول الكلي له إلى منتصف الساق. يتوفر هذا التصميم بجميع المقاسات (XL-L-M-S)، وهو مصنوع من نسيج مخلوط بنسب مختلفة من القطن والبوليستر (50%قطن - 50%بوليستر) أو (35% قطن-65% بوليستر). يتوفر التصميم بعدة ألوان، بعضها بلون واحد مثل الزهري أو الأزرق الفاتح، وبعضها يحتوي على نقوش صغيرة بلون أزرق أو بلونين (أزرق-أحمر).
- التصميم الثاني: ثوب بفتحات على طول خط الجنب والكتف، تغلق بكباسين بلاستيكية أو معدنية. له أكمام قصيرة تصل إلى المرفق أو مافوقه بقليل، وفتحة رقبة مستديرة

متوسطة الاتساع، كما يصل طول الثوب الكلي إلى الركبة. يتوفر هذا التصميم بجميع المقاسات (XL-L-M-S)، وهو مصنوع من نسيج مخلوط بنسب مختلفة من القطن والبوليستر، واللون المتاح هو الزهري الفاتح فقط.

- التصميم الثالث: ثوب واسع بفتحات تمتد من بداية خط الكتف إلى نهاية الأكمام، وفتحة بطول 25-30 سم تقريباً في خط منتصف الأمام يستخدم لغلق جميع الفتحات كباسين معدنية. يحتوي الثوب على جيب واحد على الجهة اليسرى من الصدر مطرز بشعار وزارة الصحة، وأكمام طويلة تصل إلى المعصم، وفتحة رقبة مستديرة متوسطة الاتساع. يصل طول الثوب الكلي إلى أسفل الركبة، كما يتوفر هذا التصميم بجميع المقاسات (XL-L-M-S). وهو مصنوع من نسيج مخلوط بنسب مختلفة من القطن والبوليستر. اللون الأساسي للثوب هو الأبيض، ويحتوي على نقوش صغيرة باللون الأزرق.

بعد الانتهاء من تدوين الملاحظة والمقابلات، تأتي مرحلة التحليل النوعي للمعلومات حيث تم استخدام تحليل المحتوى التقليدي من خلال اشتقاق فئات الترميز من النصوص مباشرة. يتميز هذا الأسلوب بعدم الاعتماد على فئات ترميز سابقة، والتوصل إلى فهم أفضل للظاهرة محل الدراسة (Hsieh & Shannon, 2005).

بدأت الباحثة بقراءة نصوص المقابلات المكتوبة بتمعن من البداية إلى النهاية، مع التركيز على الكلمات الدقيقة التي قد تعبر عن المفاهيم والأفكار الرئيسية، وعلى كل عبارة تشكل خاصية تحمل أهمية أو معنى أساسي في التصميم. ومن ثم كتابة كلمات أو عبارات (رموز أولية) تعبر عن العوامل في مستند منفصل. ومن ثم تم تصنيف كل عبارة من نصوص المقابلات أسفلها، مع الإشارة إلى مصدرها. وإضافة رموز جديدة عند وجود أي معلومات لا تتناسب مع الرموز الموجودة.

النتائج:

توصلت الباحثة إلى تحديد العوامل التي تؤثر على تصميم الملابس الطبية لمرضى الحروق والتي تكونت من ثلاث فئات رئيسية وهي طبيعة إصابات مرضى الحروق، وأسلوب علاجهم، والبيئة التي يتم علاجهم فيها .

1- طبيعة إصابات مرضى الحروق:

1-1- عدد المرضى:

أظهرت النتائج أن قسم الحروق في مستشفى الملك فهد هو القسم الوحيد لعلاج الحروق في منطقة المدينة المنورة، لذا يتم تحويل جميع حالات الحروق إليه من كل أنحاء المنطقة. يُتَّبع هذا النظام عادة في عدد من الدول مثل الولايات المتحدة الأمريكية حيث يتركز علاج مرضى الحروق في عدد قليل من المراكز الصحية بحيث تستقبل حالات الحروق من منطقة جغرافية واسعة، مما يجعل أعداد المرضى بها كبيرة (Klein et al., 2007).

صرح المشاركون أثناء المقابلات أن عدد حالات الحروق التي استقبلها القسم في عام 2022م بلغ ما يقارب (92) حالة. وهذا العدد غير ثابت ولا يمكن التنبؤ به، فقد يصل عدد الحالات الجديدة خلال الأسبوع من (2) إلى (9) حالات. أوضحت طبيبة1 ذلك عند سؤالها عن عدد حالات الحروق خلال السنة بقولها:

" خلال السنة الواحدة؟! أقول لك أنا خلال الأسبوع اضربها واحسبها فيها. يعني هنا على الأقل مثلا قولي 4 أو 5 كل أسبوع يكون عندنا 4 أو 5 جدد، إذا مو أكثر، أقول لك هذا أقل شيء، أقل شيء يكون 4-5 جدد، يمكن أقصى شيء توصل ثمانية وتسعة في الأسبوع، وبعدين أضربها بأيش؟ بالسنة".

كما أجابت ممرضة3 بقولها: "في اليوم يعني بتتغير، كل يوم بيتغير حالات الحروق، يعني مرضى بتخرج ومرضى بتدخل، يعني مثلاً زي النهاردة أربعة مرضى حروق كدا، في أمس مثلاً كانوا إثنين حروق، وفي الأسبوع اللي فات كانوا سبعة تمانية".

لذلك، فإن تركز الحالات في قسم الحروق يتطلب تعزيز استعداده لاستقبال عدد أكبر من مرضى الحروق، والارتقاء بكفاءة الخدمات المقدمة لهم. مما يُمَكّن قسم الحروق من خدمة عدد كبير من المرضى بكفاءة أكبر وبأقل مجهود. وذلك كما أثبتته دراسة Nickel et al. (2020) هي دراسة طولية في كندا تهدف إلى تقييم جودة رعاية الحروق على مدى أربعين عاماً. حيث أجريت الدراسة في مستشفى مسؤول حالات الحروق في مقاطعة يبلغ عدد سكانها أكثر من خمسة ملايين شخص. وتوصلت إلى أن زيادة مستوى راحة المرضى وكفاءة الخدمات المقدمة لهم زاد من قدرة المستشفى على استقبال أعداد كبيرة من مرضى الحروق.

2-1- درجات الحروق:

أكد 40% من مقدمي الرعاية الصحية خلال المقابلات على أنه يتم استقبال جميع حالات الإصابة بالحروق في قسم الطوارئ في المستشفى والذي يمثل نقطة الفرز الأولى. بعد فحص الأطباء المختصين للحالات وتشخيصها، يتم تحديد ما إذا كانت تحتاج إلى الإقامة في قسم الحروق لتلقي العلاج أم يكتفى بالتعامل معها في قسم الطوارئ وعلاجها، ثم تخرج من المستشفى مباشرة مثل حالات الحروق من الدرجة الأولى البسيطة. أما بالنسبة لحروق الدرجة الأولى التي تغطي نسبة كبيرة من الجسم، والحروق من الدرجة الثانية السطحية إلى الثالثة فتنقل إلى قسم الحروق، شرط أن تكون حالة المريض مستقرة. يتم عادة نقل الحالات الحرجة إلى قسم العناية المركزة المجاور لقسم الحروق إلى أن تستقر حالة المريض.

ويتضح ذلك من خلال أقوال المشاركين، حيث صرح طبيب4: "الأولى ما بتدخل المستشفى، والغالبية ما بين الثانية والثالثة، والثانية أكثر". وقالت ممرضة2: "حنا نستقبل كل الدرجات، بس لما تكون الحالة حرجة جداً يودوها العناية وبعد ما تستقر يجيبوها، يعني أيش ما كانت الدرجة يستقبلونها أهم شي هي مستقرة". بينما قال طبيب1:

"لا احنا مافيش درجة أولى تتنوم عدنا، الدرجة الأولى ماتتنوم عندنا، حتى الدرجة الثانية السطحية ما تتنوم عندنا، عادة الدرجة الثانية أو الدرجة الثالثة يعني الشي اللي يستحق التنويم، ما هو الدرجة الأولى وحتى السطحية درجة ثانية ممكن ما تستحق بس إنه أكتر شي تكون عميقة درجة ثانية عميقة أو درجة ثالثة، أو تكون مثلاً نسبة كبيرة من جسمهم يعني نسبة تكون فوق نسبة معينة".

يتضح من ذلك أنه كلما ازدادت درجة الحروق زاد احتياجها لرعاية طبية متخصصة في قسم الحروق. وهذا يتوافق مع دراسة Shaizadanova et al. (2023) التي تم فيها تحديد درجات الحروق للمرضى المقيمين في قسم الحروق، لتوفير رعاية صحية متخصصة لهم تتلائم مع إجراءات العلاج التي تختلف بإختلاف درجة الحرق.

3-1- النسبة المئوية لمساحة الحرق:

يتبع قسم الحروق بمستشفى الملك فهد قاعدة التسعة في تحديد النسبة المئوية لمساحة الحرق، وذلك حسب بروتوكولات المستشفى. أظهرت نتائج المقابلات أن متوسط النسبة المئوية لحالات الحروق التي يستقبلها القسم هي (40%) من مساحة الجسم الكلية. صرح 50% من

مقدمي الرعاية الصحية أن النسبة المئوية لمساحة الحرق ترتبط ارتباطاً وثيقاً بدرجة الحروق، وذلك عند تقدير خطورة الحرق ومدى حاجة المريض إلى العناية في قسم الحروق. حيث تتطلب حروق الدرجة الثالثة إحالة المريض إلى قسم الحروق، حتى لو كانت بنسبة قليلة من مساحة الجسم، إضافة إلى النسبة الكبيرة من حروق الدرجة الأولى كما تم ذكره سابقاً في عامل درجات الحروق. أوضحت ممرضة1 ذلك بقولها: "تعتمد على درجة الحروق ونوعها. مثلا أحيانا نقبل 5% أو 9% أو 7% أو إذا كانت حروق كيميائية لأنها تكون حروق معقدة. نحن نقبل أيضاً ما يزيد عن 60% بعد خروجه من العناية المركزة، كذلك 70% أو 30% أو 29% يوجد حالات مختلفة لدينا".

بشكل عام، يستقبل القسم جميع نسب الحروق مادامت حالة المريض مستقرة، والتي عادة ما تكون بنسبة 15% فما فوق للبالغين، وذلك حسب أقوال 60% من مقدمي الرعاية الصحية. وقد تصل نسبة الحروق في بعض الحالات إلى 90% من مساحة الجسم الكلية، والتي عادة يتم نقلها إلى قسم العناية المركزة مباشرة إلى أن تستقر ثم تنقل إلى قسم الحروق. حيث قالت طبيبة1 عند سؤالها عن النسبة المئوية لمعظم حالات الحروق في القسم:

"للكبير 15% من جسمه انحرق أو فوق، وبالنسبة للطفل من 10% وما فوق، يعني يومياً يجونا في الطوارئ يعني حروق بسيطة، يعني انحرقت يده انحرقت رجله بس أنه لما تكون أكثر من 15% من جسمه انحرق هذا ميه بالميه لازم يتنوم، عشان أفضل عشان مايصير له جلطات ما يصيبه التهابات من شدة الألم، كل الأسباب".

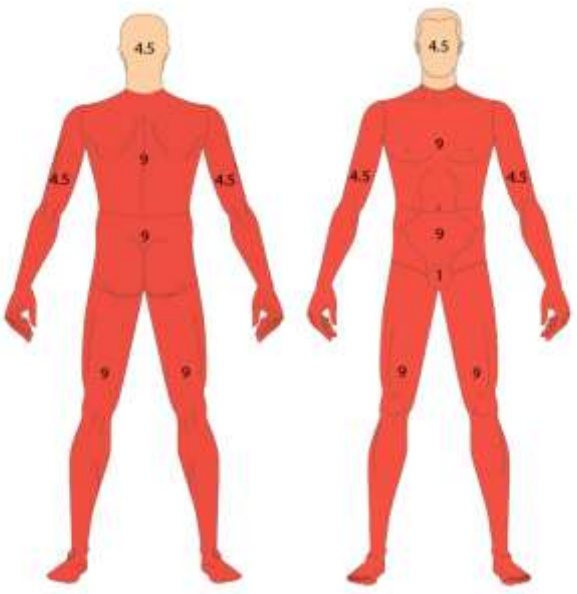
كما أجاب طبيب2: "الأطفال ماهو أكتر من 10% يحتاج رعاية في القسم، والكبار اللي أكتر من 20% محتاجين رعاية في القسم. متوسطها 40% يعني فيه ناس بتبقى 50% و70% وفيه ناس 10% و12%، ففي المتوسط 40%".

مما سبق، يتبين أن قسم الحروق يتعامل مع مساحات مختلفة للحروق، سواء كانت تلك المساحات واسعة أو صغيرة. حيث تتطلب كل منها رعاية طبية وإجراءات علاجية خاصة ومتعددة. أكدت على ذلك نتائج الدراسة التي توصلت إلى أن زيادة نسبة الحروق عامل يؤثر على احتياجات المرضى وتكاليف علاجهم حيث تؤدي إلى زيادة مدة إقامة المريض في المستشفى وبالتالي الحاجة إلى المزيد من مقدمي الرعاية الصحية (Ahn & Maitz, 2012).

4-1- موقع الحرق:

تختلف مناطق الحروق بين مريض وآخر، وقد أظهرت النتائج أن معظمها يكون في منطقة الجذع (البطن، والصدر، والظهر)، والأطراف العلوية (الذراعين)، والسفلية (القدمين) والتي تم توضيحها بالشكل (8). وهذا ما أكده المشاركون عند سؤالهم عن مناطق الحروق في معظم الحالات التي يستقبلها القسم، فأجاب طبيب4: "غالبية الحالات تكون منطقة الحرق في الجذع والأطراف العليا والسفلى". وقالت ممرضة3: "هو دايماً المناطق الأكثر عندنا من الأول هنا مثلاً، أول هنا (تشير إلى الصدر) لحد تحت، يعني أكثر شي اليدين والظهر والصدر دي أكتر شيء عندنا". وأضافت ممرضة1: "مثلاً عند المفاصل والإبط من الأماكن التي تتطلب عناية لمنع أي تقلصات أو إعاقة لذا يحتاجون للبقاء في المستشفى والمراقبة وأخذ العلاج والمعالجة الطبيعية (التأهيل)".

وبذلك يتضح أن جميع مناطق الجسم تكاد تكون عرضةً للإصابة بالحروق، مما يجعل من الصعب تحديد منطقة واحدة. ينعكس هذا التحدي على مقدمي الرعاية لمرضى الحروق. وقد وصف طبيب6 ذلك بقوله: "يعني زي ما بقولك احنا مش زي الجراحة العامة بنتعامل مع البطن، مش زي المخ والأعصاب بنتعامل مع الراس، لا احنا بنتعامل مع كل حاجة". تتفق مع ذلك دراسة Shaizadanova et al. (2023)، التي حللت مناطق الحروق في جسم المريض، مؤكدةً على أهمية هذا



العامل في تقديم رعاية متخصصة لمرضى الحروق.

شكل (8) مناطق الجسم التي يكثر إصابتها بالحروق وفقاً لغالبية الحالات في قسم الحروق (الباحثة).

1-5- فترة الإقامة في قسم الحروق:

اتفق جميع الأطباء والممرضات على أن تحديد مدة إقامة المريض في قسم الحروق يعتمد على نسبة الحروق، ودرجتها، وموقعها، ونوعها، إلى جانب مدى استجابة المريض للعلاج، ومدى احتياجه للعمليات الجراحية. لذلك نجد أن بعض مرضى الحروق بحاجة إلى رعاية طبية طويلة الأجل في القسم. فعلى سبيل المثال، يحتاج مرضى الحروق من الدرجة الثالثة إلى الإقامة في قسم الحروق لمدة قد تصل إلى شهرين أو ثلاثة، يحتاج فيها المريض إلى إجراء عدة عمليات ترقيع للجلد، سيتم توضيحها لاحقاً في إجراءات العلاج. كما أنه كلما زادت نسبة مساحة الحرق، زادت فترة بقاء المريض في القسم.

إضافة إلى أن موقع الحرق قد يزيد من فترة بقاء المريض في قسم الحروق، خاصةً إذا كانت الحروق في القدمين أو اليدين أو الوجه أو في مناطق المفاصل في الجسم التي تتطلب عناية خاصة لمنع حدوث أي تقلصات أو إعاقة للمريض وعمليات ترقيع للجلد. كما صرح كلاً من طبيب5 وممرضة1 أن الحروق الكيميائية من أنواع الحروق المعقدة التي تحتاج إلى عناية طبية طويلة في قسم الحروق. وعندما تكون حالة مريض الحروق مستقرة وتلتئم حروقه بشكل جيد، بدون أن يصاب بالتهابات أو مضاعفات، تقل فترة إقامته في المستشفى.

وفقاً لأقوال المشاركين، أقل مدة يبقى فيها المريض في قسم الحروق هي يومين، وأطول مدة تتراوح ما بين (3) أو (4) أشهر، وقد تزيد عن ذلك. وغالباً تتراوح مدة إقامة معظم مرضى الحروق ما بين أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع يتلقى فيها المريض العلاج الطبي والتأهيلي. حيث صرح المشاركون بأقل مدة يقيم فيها مريض الحروق في القسم وأطول مدة حسب معظم الحالات التي تصل إليهم، "أقل شيء عادة أقل شيء أربعة إلى خمسة أيام، طيب؟ وأقصى شيء ممكن تكون يعني يعني في ناس قعدت أكثر من شهر" (طبيبة1). "أطول مدة في حدود من ثلاث أسابيع لاربعة وفيه ناس بتقعد ثلاث شهور أربعة شهور" (طبيب3). وقال طبيب4: "أقل مدة ممكن يومين، لكن أطول مدة، والله ممكن تكون أكثر من أكثر من شهرين، وفي بعض الحالات حرجة، وبعضهم حالات تنتهي بوفاة، ولكن غالبية المرضى في حدود الأسبوعين، أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع هذا الغالبية". وأضافت ممرضة 3 على ذلك:

"على حسب استجابة الجسم وعلى حسب عمره إذا كان طفل، ولا كبير، وغالباً يجلسوا شهر، شهر ونص، فيه ناس يجلسوا شهرين ثلاثة. يعني على حسب هو استجابته. تقريباً أقل شيء ممكن شهر أو ثلاث أسابيع، أقل شي. والعميقة (تعني الحروق) راح يجلسوا شهور كثيرة إلا لو سووا له عملية، إذا سووا له عملية ممكن يخرج أسرع".

يتضح من ذلك أنه يمكن أن تمتد إقامة مرضى الحروق في القسم لفترة طويلة، وتتضمن العديد من الإجراءات الطبية. مما يزيد من حاجة المريض إلى الشعور بالراحة والعناية خلال فترة تلقيه العلاج. وتتفق مع ذلك بعض الدراسات التي توصلت إلى أن مدة الإقامة تؤثر على توقعات المريض لمستوى الرفاهية والراحة المطلوبة من المستشفى خلال فترة علاجه (Topo & Iltanen-Tähkävuori, 2010; Vaskooi-Eshkevari et al., 2019).

1-6- الألم:

أكدت ممرضة1 أن للألم تأثير كبير على راحة مريض الحروق، واتضح تأثير ذلك خلال عملية علاج وتغيير الضمادات والملابس الطبية لأحد مرضى الحروق. حيث لاحظت الباحثة أن المريض بدأ بالإرتعاش بشكل شديد وذلك قبل البدء بالعملية مما اضطر الطبيب لتخديره. مع ذلك، كان المريض يرجو الطبيب أن يتوقف خلال العلاج من شدة الألم. وعند قيام الممرضات بوضع الملابس الطبية على المريض، احتجن لتعاونه لإدخال ذراعيه في الثوب، لكنه لم يتمكن من ذلك بسبب المخدر والألم، مما اضطر الممرضات لرفع ذراعيه لإدخال الثوب. وصرح عدد من المشاركين حول التأثير الكبير للألم على مريض الحروق، فقالت ممرضة1: "للحروق لا يوجد شيء مريح بسبب الحروق نفسها والألم". وقال ممارس1:

"والله أنا يعني يمكن أصعب الحالات عندي الحروق، يعني عشان كذا. الشباب لما مسكوني القسم قلت لهم مو أنا أحسن واحد، لأن أنا الألم يوقفني عن الشغل، يعني لما أشوف المريض يتألم ما أجي على نفسي واضغط يعني مع إنه مع مصلحته إنه خاصة الحروق".

بناءً على ذلك، يتبين أن درجة تعرض مرضى الحروق للألم تكون عالية، هذا ما أدى إلى تحديد الألم كعامل مؤثر على حاجة مرضى الحروق إلى ملابس طبية تتميز بخصائص تقلل من آلامهم. ودور ذلك في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة لهم من خلال تقليل انزعاجه أثناء إجراءات العلاج، وتجاوبه بشكل إيجابي مع مقدمي الرعاية وإجراءات العلاج مما يساهم في سرعة شفائه. وذلك كما أثبتته دراسة Tehranineshat et al. (2021) التي أكدت على أن

إجراءات علاج الحروق طويلة ومؤلمة، وقد تسبب القلق والاكتئاب وفقدان الخصوصية للمرضى، مما يؤثر على شفائهم. كما أكدت دراسة Foglia et al. (2004) على أن الألم والقلق الناتج عن الحروق جعل من التخدير جزءً رئيسياً من العناية اليومية لمرضى الحروق.

2- أسلوب علاج مرضى الحروق:

2-1- إجراءات علاج مرضى الحروق:

تتنوع الإجراءات الطبية الرئيسية التي تقدم لمرضى الحروق كما وصفها المشاركون بين تنظيف الحروق، وضع وتغيير الضمادات والمراهم الطبية، العمليات الجراحية، العلاج الطبيعي. وقد أظهرت نتائج المقابلات والملاحظة أن أكثر الصعوبات التي تواجه مقدمي الرعاية الصحية هي الوصول لمنطقة الصدر لتطبيق الإجراءات الطبية فيها. إضافةً إلى ذلك، أوضحت ممرضة2 وطبيب 3 أنه قد يحتاج بعض مرضى الحروق إلى تدخلات طبية طارئة تستلزم الوصول السريع إلى جسم المريض مما يؤكد توفر المرونة في ملابس مرضى الحروق.

كما يحتاج بعض مرضى الحروق لإجراء عمليات الترقيع، وهي إجراء جراحي يتم فيه استئصال الجلد المحترق واستبداله بأجزاء رقيقة من الجلد لإغلاق الجرح (Lee et al., 2012). وذلك في الحروق الشديدة أو عند عدم التئام الحرق أو في مناطق المفاصل من الجسم. أضاف طبيب 6 بأن المريض بعد إجراء هذه العملية يحتاج لوضع جبيرة، الغرض منها منع المريض من تحريك المنطقة بطريقة أو باتجاه محدد؛ لأن ذلك سيسبب سقوط التطعيم (رقعة الجلد الجديدة). تستخدم الجبيرة بعد عمليات الترقيع لمدة أسبوع إلى عشرة أيام تقريبا إلى أن يتم الاطمئنان على حالة المريض، بعدها يمكن تحريك منطقة الحرق بشكل طبيعي.

وفقاً لممارس1، يحتاج مريض الحروق إلى العلاج الطبيعي (التأهيل البدني) منذ بداية علاجه مباشرةً تبعاً لتعليمات الأطباء. ولكن في العادة يتم البدء بإجراء تمارين العلاج الطبيعي للمريض في نهاية الأسبوع الأول أو الثاني وتستمر يومياً طوال مدة إقامته في قسم الحروق وحتى بعد تسريحه من المستشفى، كما يحتاج بعض المرضى إلى إجراء تمارين التأهيل مرتين باليوم. تتراوح مدة جلسات العلاج الطبيعي لكل مريض ما بين (30 إلى 45) دقيقة. أكثر المناطق التي يتم إجراء التمارين لها هي الأطراف العلوية والسفلية. أما في الحالات التي تحتاج إلى عملية ترقيع للجلد، تؤجل جلسات العلاج الطبيعي بعد العملية إلى أن يتم التئام منطقة الجراحة. وحسب

أقوال طبيب6، قد يستغرق ذلك من أسبوع إلى 10 أيام تقريباً، يمكن بعدها استئناف العلاج الطبيعي للمريض.

تتكون تمارين العلاج الطبيعي لمرضى الحروق من التمارين الحركية، والتي وصفها ممارس1 بأنها تمارين المدى الحركي التي تركز على توصيل الحركة إلى الطرف أو منطقة الحرق، ووضح ذلك بقوله "عادة نسوي اللي هو تمارين الحركية إللي هي المدى الحركي، لإنه يا إما إن هو ما يقدر يحركه بسبب محدودية الجلد يعني احنا نقوم نساعده أو بسبب المسبب الألم". وذلك لأنه في حال التئام الحرق على وضع ثابت فمن الممكن أن يسبب ذلك قصور في حركة الطرف. لذا يجب توصيل المدى الحركي لجميع المفاصل الصغيرة والكبيرة من الأصابع إلى الكتف في جميع الاتجاهات.

إلى جانب ذلك، يتم إجراء تمارين الإطالة لمريض الحروق بشكل مكثف لإيصال المدى الحركي. في الغالب، يقوم ممارس العلاج الطبيعي بإجراء تمارين التأهيل لمرضى الحروق وهم مستلقين على السرير، أما إذا كانت الحروق في النصف العلوي من الجسم فيمكن إجراء التمارين في وضعية الجلوس أو الوقوف.

بناءً على ذلك، تتنوع وتتعدد الإجراءات الطبية لمرضى الحروق وتختلف مناطق تطبيقها، وهذا يبرز حاجة مقدم الرعاية للمرونة في ملابس المريض والتي تساعد على تسهيل وتسريع تنفيذ هذه الإجراءات. وتؤكد دراسة Vaskooi-Eshkevari et al. (2019) على التأثير المتبادل بين عامل الإجراءات الطبية وملابس المرضى، مما يؤثر على رضى المريض، والتزامه بإجراءات العلاج، وثقته وعلاقته في مقدمي الرعاية وامتثاله لتوجيهاتهم.

2-2- الأجهزة المستخدمة في قسم الحروق ومناطق استخدامها:

حدد مقدمي الرعاية الصحية خلال المقابلات الأدوات والأجهزة الطبية التي تستخدم عند علاج مريض الحروق. حيث يتم استخدام الحُقن والمحاليل الطبية للمريض في الذراعين سواء عند المرفق أو الكف. وعند إصابة الذراعين بالحروق فيتم الحَقن في القدمين، أو في الرقبة في حال كان المريض مصاباً بحروق في جميع أطرافه. إلى جانب جهاز قياس ضغط الدم (Blood Pressure) وهو جهاز يعمل بطريقة آلية أو نصف آلية أو يدوية، عن طريق تضخم الكفة ومن ثم انكماشها واستشعار ضغط الدم (Asmar et al., 2019). ويستخدم على الذراع مباشرة مع مراعاة عدم وجود أي طبقات من القماش أسفله، للوصول إلى قراءة دقيقة، أما في حالة حروق

الذراعين فيتم استخدامه في القدم. وقد أشارت طبيبة1 إلى استخدام هذا الجهاز في غرفة العمليات وقسم الحروق، مؤكدةً على حاجتهم إلى وضعه على جسم المريض مباشرة.

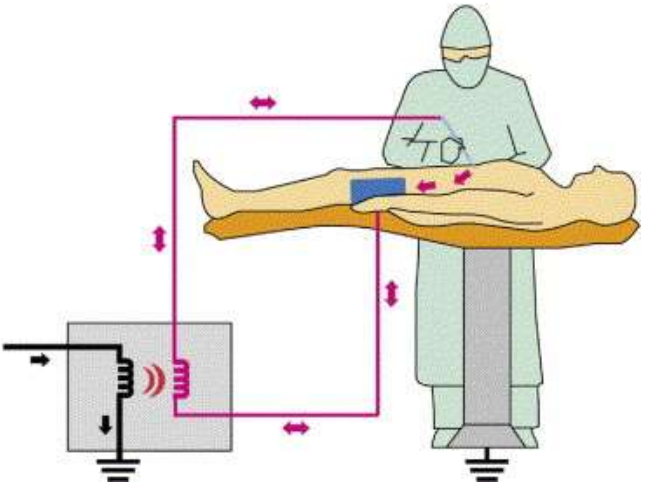
أفاد 33% من الأطباء و50% من الممرضات بأن بعض مرضى الحروق يحتاجون إلى تركيب قسطرة بولية (Urinary catheter) في منطقة الفخذ، وهي إجراء طبي يسمح للمثانة بالتصريف المباشر عن طريق أنبوب متصل في كيس أو حاوية يتم إخراجه من فتحة الملابس (Siracusano et al., 2011). كذلك يحتاج بعض المرضى إلى جهاز تخطيط كهربية القلب (Electrocardiography) والذي يتم تركيبه في منطقة الصدر. ووضحت ممرضة2 كيف يتم تركيب هذا الجهاز بقولها: "هو لازم يشيل الملابس كلها أو يرفعها عشان راح يكون بالصدر" وأضافت " هو النساء أكيد ينزعجون أكثر من الرجال".

كما قد يحتاج مريض الحروق إلى إجراء تصوير بالرنين المغناطيسي (magnetic resonance imaging-MRI)، والذي يتم فيه استخدام جهاز مُكَون من مغناطيس كبير الحجم، يعتمد على الإشعاع الكهرومغناطيسي لإنتاج صورة لبنية جسم المريض الداخلية (Katti et al., 2011). لذلك حذر طبيب3 من وجود أي قطع معدنية في ملابس المريض الطبية عند استخدام هذا الجهاز "لازم مايكون فيه حاجات معدنية تظهر مع الأشعة لازم يكون ماهي موجودة، نتجنبها يعني أثناء التصوير نتجنبها، عرفتي كيف؟، تنخلع منه أو يشلحها".

وفقاً لطبيب6، يستخدم أطباء الحروق والتجميل في غرفة العمليات الجراحة الكهربائية (electrosurgery) والتي يتم فيها إنتاج تيار كهربائي يخرج من خلال قطب كهربائي ويتحول إلى حرارة بواسطة مولد لتسخين أنسجة الجسم المستهدفة لقطعها أو تخثرها (إغلاقها). يشكل كلاً من المولد وأداة الجراحة الكهربائية والمريض والقطب الكهربائي الدائرة الكهربائية (Van Way & Hinrichs, 2000). يتضح ذلك في شكل (9).

بناءً على ما سبق، يتضح بأن تنوع الأجهزة الطبية واختلاف مناطق استخدامها يتطلب تسهيل وصول مقدم الرعاية الصحية للمنطقة المطلوبة لتركيب هذه الأجهزة، وضمان عدم وجود ما يعيق ذلك. وهذا من شأنه أن يقدم الدعم المناسب لعمليات العلاج وتقليل العبء على مقدمي الرعاية الصحية، ويضمن راحة المريض في كل مراحل العلاج. وقد أكدت بعض الدراسات على أهمية دعم إجراءات العلاج المختلفة، مع ضمان رضى المريض وراحته وسلامته

عند إجراء الفحوصات السريرية، وعدم وجود مشكلات أثناء استخدام الأجهزة والمعدات الطبية مثل الأنابيب الوريدية (Jha, 2009; Syed et al., 2022).



شكل (9) الدائرة الكهربائية التي التي يتم توليدها عن إجراء الجراحة الكهربائية (Massarweh et al., 2006).

3- البيئة التي يتم فيها علاج مرضى الحروق (نظام قسم الحروق):

لاحظت الباحثة بأن قسم الحروق يتميز بأنه عبارة عن منطقة مغلقة بنظام الكتروني لايمكن الدخول والخروج منها إلا بإذن من مقدمي الرعاية الصحية في القسم. واستناداً على تصريح 50% من الممرضات وملاحظة الباحثة، يحتوي القسم على غرف فردية، وأخرى مشتركة بين مرضى الحروق من نفس الجنس تتميز جميعها بكونها شديدة النظافة والتعقيم. وضح طبيب6 أهمية ذلك بقوله:

"لأن مشكلة الحروق مثلاً أنها ربنا خالق الجلد ده أكبر عضو في الجسم. وهو نظام دفاعي، يعني هو معمول عشان يمنع إن الحاجات تدخل جوا. الحرق بيعمل إيه؟ بيشيل الطبقة دي، ويبقى الجسم مفتوح. فبالتالي ببساطة أي ميكروب مكنش يقدر يدخل قبل كده يقدر يدخل بسهولة، عشان كذا دايماً مرضى الحروق بيبقى ليهم مكان لوحدهم مش عارف إيه، نظام معين برتوكولات وكدا".

أظهرت النتائج أنه لا يوجد فصل كامل بين الجنسين (نساء، ورجال) من مرضى الحروق سواء داخل القسم أو أثناء نقل المريض. وقد أكدت ممرضة1 على ذلك: "لدينا نساء ورجال في

القسم بحاجة إلى المشي لذا يمشي كل واحد منهم في القسم جنباً إلى جنب". مما يجعل بيئة المستشفى عاملا مهما يؤثر على مرضى الحروق. وهو ما يتوافق مع نتائج الدراسات السابقة التي توصلت إلى أن السمات الهيكلية للمستشفى أو غرفة العلاج عاملاً مهماً ومؤثراً على رضى المريض وراحته سواءً عند الفحص أو في الأماكن التي يتواجد فيها المرضى الآخرين أو الزوار (Topo & Iltanen-Tähkävuori, 2010; Vaskooi-Eshkevari et al., 2019).

بناء على ذلك، تؤثر هذه العوامل سلباً أو إيجاباً على تصميم الملابس الطبية لمرضى الحروق، وتتمحور هذه العوامل حول مرضى الحروق أو إجراءات علاجهم أو البيئة التي يتلقون فيها العلاج.

الاستنتاجات:

يتضح من خلال هذه الدراسة أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر على مريض الحروق وتستلزم توفر خصائص ومميزات متعددة في تصميم الملابس الطبية واختيار المواد المستخدمة فيها. حيث تؤثر العوامل المتعلقة بالمرضى على تصميم الملابس الطبية وتتأثر بها، مثل عدد المرضى الذين يستقبلهم القسم، ومدة إقامتهم فيه، ودرجة الحروق، ومساحتها، وموقعها في الجسم، والألم الناتج عن الحروق وإجراءات العلاج المختلفة. بالإضافة إلى العوامل المتعلقة بإجراءات العلاج لمرضى الحروق والأجهزة المستخدمة فيها والبيئة التي يتلقى فيها المريض العلاج. تحتاج هذه العوامل أن يتم مراعاتها عند وضع التصميم واختيار خطوطه ومواده. من جانب آخر، ترتبط هذه العوامل ببعضها البعض حيث تشكل معاً عملية وبيئة متكاملة تمثل الرعاية الصحية لمرضى الحروق. وبذلك تسلّط هذه الدراسة الضوء على أهمية مراعاة العوامل المتعددة التي تؤثر على تصميم واختيار الملابس الطبية لمرضى الحروق. بالنظر إلى الظروف الصحية للمرضى، بالإضافة إلى العوامل الطبية والبيئية المحيطة، مما يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية والخدمات المقدمة لهم.

ملخص النتائج:

مما سبق، تتلخص العوامل المؤثرة على تصميم الملابس الطبية المخصصة لمرضى الحروق في:

1- طبيعة الإصابات: وتشمل عدد المرضى، ودرجات الحروق، والنسبة المئوية لمساحة الحرق، وموقع الحرق، وفترة الإقامة في قسم الحروق، والألم.

2- أسلوب العلاج المقدم: ويشمل إجراءات العلاج المتنوعة لمرضى الحروق، والأجهزة الطبية المتعددة التي تستخدم في العلاج.
3- البيئة التي يتم فيها العلاج (نظام قسم الحروق).

التوصيات:

1- دراسة أثر هذه العوامل على احتياجات مرضى الحروق في الملابس الطبية.
2- وضع تصميمات لمرضى الحروق بناءً على احتياجاتهم والعوامل المؤثرة عليها.

المراجع

أولًا: المراجع العربية

1. أبو سمرة، محمود أحمد، والطيطي، محمد عبد الإله. (2020). **مناهج البحث العلمي من التبيين الى التمكين**. دار اليازوري.
2. أحمد، منال البكري المتولي. (2010). الملابس وصحة الإنسان في القرن الحادي والعشرون. **مجلة بحوث التربية النوعية، 2010 (17)، 489-516** . 10.21608/mbse.2010.143775
3. الخطيب. (2011). **الجلد والأظافر وشعر في الإنسان**.ikitab .
4. رويحه، أمين. (1964). **الإسعافات الطبية**. دار الأندلس.
5. زكريا، أبي الحسين أحمد فارس. (1979). **معجم مقاييس اللغة** (الجزء الخامس). دار الفكر.
6. الزهراني، محمد عبد الله عطية. (2020). معايير تقييم جودة البحوث النوعية في العلوم الإنسانية. **المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، 8(3)، 605-622** . http://doi.org/10.31559/EPS2020.8.3.4
7. قطاش، رشدي حمدان، قطاش، أحمد حمدان، وحسن، نوال. (2018). **الإسعافات الأولية**. مؤسسة الوراق.
8. قنديلجي، عامر إبراهيم. (2012). **منهجية البحث العلمي**. دار اليازوري.
9. المرسي، أبي الحسن علي إسماعيل. (2000). **المحكم والمحيط الأعظم** (جزء2). دار الكتب العلمية.
10. مركز رواد الترجمة. (2019). **موسوعة المصطلحات الإسلامية** (الجزء الثالث). مسترجع بتاريخ ديسمبر 18، 2024، المكتب التعاوني للدعوة والإرشاد وتوعية الجاليات بالربوة.
11. المشهداني، سعد سلمان. (2019). **منهجية البحث العلمي**. دار أسامة.
12. وزارة الصحة. (2019، يوليو 29). **الإسعافات الأولية - الحروق**. وزارة الصحة. مسترجع بتاريخ مارس 5، 2024، من موقع https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/Firstaid/Pages/006.aspx

13.وزارة الصحة. (2022). **وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى.** https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/HealthTips/Documents/Patient-Bill-of-Rights-and-Responsibilities.pdf

ثانيًا: المراجع الأجنبية

1. Ahn, C. S., & Maitz, P. K. (2012). The true cost of burn. *Burns*, *38*(7), 967-974. https://doi.org/10.1016/j.burns.2012.05.016
2. Asmar, R., Kollias, A., Palatint, P., Parati, G., Shennan, A., Stergiou, G. S., Topouchian, J., Wang, J., White, W., & O'Brien, E. (2019). **Devices for Home Blood Pressure Monitoring. In G. S. Stergiou, G. Parati, & G. Mancia** (Eds.), *Home Blood Pressure Monitoring* (pp. 1-12). Springer Nature.
3. Baartmans, M. G. A., Stas, H. G., van der Vlies, C. H. (2020**). Care and (First) Aid of Children with Burns**. In M. A. Shiffman, & M. Low (eds.), *Burns, Infections and Wound Management* (pp. 15–23). Springer. https://doi.org/10.1007/15695_2017_21
4. Bloor, M., & Wood, F. (2006). ***Keywords in Qualitative Methods: A vocabulary of research concepts***. SAGA Publications.
5. Brown, T. L. H., & Mills, S. (2004). **Where are all the burn surgeons?: A survey of plastic surgical trainees in Australasia**. *Burns*, *30*(6), 577-580. https://doi.org/10.1016/j.burns.2004.04.003
6. Butler, D. P. (2013). **The 21st century burn care team. *Burns***, *39*(3), 375–379. https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1016/j.burns.2013.01.004
7. Carpenter, M. E. (2019). ***Development and Optimization of Medicinal Infused Hydrogel Patch and Cloth for the Treatment of Burn Patients*** [Bachelor's Thesis, Oregon State University]. Oregon State University. https://ir.library.oregonstate.edu/concern/honors_college_theses/6q182r83h
8. Cavaleri, V., Epifanio, M. S., Benigno, A., Conte, F., & Di Pasquale, A. (2009). The attack on psychosomatic integrity: A

study of the psychological sequelae of burn trauma. ***Annals of Burns and Fire Disasters, 22*(2), 83-87.**

9. Collings, M. J. (2004). Reflections on rehabilitation: the AB Wallace lecture to the British Burn Association April 2003. ***Burns, 30*(1), 49-56**. https://doi.org/10.1016/j.burns.2003.09.001
10. Creswell, J. W. (2009). ***Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods* Approaches** (3rd ed.). Sage Publications.
11. Cronin, C. (2001). How do nurses deal with their emotions on a burn unit? Hermeneutic inquiry**. *International Journal of Nursing Practice, 7*(5), 342-348**. https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2001.00319.x
12. D'Cruz, R., Martin, H. C., & Holland, A. J. (2013). Medical management of paediatric burn injuries: Best practice part 2. ***Journal of Paediatrics and Child Health, 49*(9), E397–E404**. https://doi.org/10.1111/jpc.12179
13. Ebach, D. R., Foglia, R. P., Jones, M. B., Langer, J. C., Skinner, M. A., Moushey, R., & Meadows, L. (1999). Experience with procedural sedation in a pediatric burn center. ***Journal of Pediatric Surgery, 34*(6), 955-958.** https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1016/S0022-3468(99)90767-4
14. Eming, S. A., Martin, P., & Tomic-Canic, M. (2014). Wound repair and regeneration: Mechanisms, signaling, and translation. ***Science translational medicine, 6*(265), 265sr6**. https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3009337
15. Foglia, R. P., Moushey, R., Meadows, L., Seigel, J., & Smith, M. (2004). Evolving treatment in a decade of pediatric burn care. ***Journal of Pediatric Surgery, 39*(6), 957-960**. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2004.04.001
16. Geršak, J. (2013). ***Design of Clothing Manufacturing Processes:*** *A Systematic Approach to Planning, Scheduling and Control*. Elsevier.
17. Godleski, M., Yelvington, M. L. (2021). **Rehabilitation and Therapy of the Burn Patient.** In M. G. Jeschke, LP. Kamolz, S. Shahrokhi (eds.), *Burn Care and Treatment* (pp. 137–145). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39193-5_10

18. Golden, B. M., & McManus J. G. (2020). **Burn Management. D. W. Callaway, & J. L. Burstein, (Eds.),** ***Operational and Medical Management of Explosive and Blast Incidents*** (pp. 583-596). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-40655-4
19. Greenhalgh, D. G. (2019). Management of burns. *New England* ***journal of medicine, 380*****(24), 2349-2359.** https://doi.org/10.1056/NEJMra1807442
20. Hall, B. (2005). Wound care for burn patients in acute rehabilitation settings. *Rehabilitation Nursing :* ***The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses, 30*****(3), 114**–119. https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1002/j.2048-7940.2005.tb00374.x
21. Hambraeus, A., & Ransjö, U. (1977). **Attempts to control clothes-borne infection in a burn unit**: I. Experimental investigations of some clothes for barrier nursing. *Epidemiology & Infection*, *79*(2), 193-202.
22. Herndon, D. N. (2012). ***Total Burn Care: Fourth Edition*****.** Elsevier Inc. https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1016/C2009-0-42513-3
23. Hettiaratchy, S., & Dziewulski, P. (2004). ABC of burns. Introduction. *BMJ (Clinical research ed.)*, *328*(7452), 1366–1368. https://doi.org/10.1136/bmj.328.7452.1366
24. Hettiaratchy, S., & Papini, R. (2004**). Initial management of a major burn: II—assessment and resuscitation**. *Bmj*, *329*(7457), 101–103.
25. Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). **Three approaches to qualitative content analysis.** *Qualitative health research*, *15*(9), 1277-1288. 10.1177/1049732305276687
26. Humphries, R. E. (2014). ***Burns: Epidemiology, Management and Impact on Muscle and Joint Functions***. Nova Science Publishers, Inc; eBook Collection (EBSCOhost). http://sdl.edu.sa/middleware/Default.aspx?USESDL=true&PublisherID=AllPublishers&BookURL=https://sdl.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=692253&site=eds-live

27. Hurren, J. S. (1995). **Rehabilitation of the burned patient**: James Laing Memorial Essay for 1993. *Burns, 21*(2), 116-126. https://doi.org/10.1016/0305-4179(95)92136-Z
28. Jablonski, N. G. (2013). *Skin : A Natural History*. University of California Press.
29. Jane, C. B., Scott, M. F., & James, P. R. (2019). ***Bonica's Management of Pain. Vol. (5th edition)*.** Wolters Kluwer Health.
30. Jeffrey, J. R, & William B. H. (2015). *The Essential Burn Unit Handbook:* (2nd ed). Thieme; eBook Collection (EBSCOhost). http://sdl.edu.sa/middleware/Default.aspx?USESDL=true&PublisherID=AllPublishers&BookURL=https://sdl.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1504972&site=eds-live
31. Jeschke, M. G., van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S. (2020**). Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers,* 6(1), 1-25.** https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5
32. Jha, S. (2009). ***Exploring design requirements for a functional patient garment: Hospital caregivers' perspective***. [Master Thesis, North Carolina State University]. NC STATE University Libraries. http://www.lib.ncsu.edu/resolver/1840.16/20
33. Kane, J. M., Wolfson, R., Berger, S., & Hageman, J. R. (2019). ***Pediatric Critical Care: A Primer for All Clinicians***. Nova Medicine and Health.
34. Kartal, S. P., & Bayramgurler, D. (Eds.). (2018). ***Hot topics in burn injuries*.** IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.69253
35. Katti, G., Ara, S. A., & Shireen, A. (2011). Magnetic resonance imaging (MRI)–A review. ***International journal of dental clinics, 3*(1), 65-70.**
36. Kim, L. K., Martin, H. C., & Holland, A. J. (2012). Medical management of paediatric burn injuries: Best practice. ***Journal of Paediatrics and Child Health, 48*(4), 290–295**. https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2011.02128.x
37. Kinter, K., Alfaro, R., Sutherland, M., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2021). **The Impact of Ambient Temperature Control Across Various Care Settings on Outcomes in Burn Patients**: A

Review Article. *The American surgeon*, *87*(12), 1859–1866. MEDLINE Complete. https://doi.org/10.1177/00031348211038561

38. Klein, M. B., Nathens, A. B., Emerson, D., Heimbach, D. M., & Gibran, N. S. (2007). An analysis of the long-distance transport of burn patients to a regional burn center. ***Journal of Burn care & research*, *28*(1), 49-55**. https://doi.org/10.1097/BCR.0B013E31802C894B
39. Knighton, J. (2013). **Nursing Management of the Burn-Injured Person**. In M. G. Jeschke, LP. Kamolz, S. Shahrokhi (eds.), *Burn Care and Treatment* (pp. 111–147). Springer. https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1007/978-3-7091-1133-8_8
40. Kuada, J. (2012). ***Research Methodology : A Project Guide for University Students***. Samfunds litteratur.
41. Lee, J. O., Dibildox, M., Jimenez, C. J., Gallagher, J. J., Sayeed, S., Sheridan, R. L., & Herndon, D. N. (2012). **Operative wound management. In D. N. Herndon** (Ed.), *Total Burn Care* (4th ed.) (pp. 157-172). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-2786-9.00013-8
42. Lee, S., Rahul, Ye, H., Chittajallu, D., Kruger, U., Boyko, T., Lukan, J. K., Enquobahrie, A., Norfleet, J., & De, S. (2020). **Real-time Burn Classification using Ultrasound Imaging.** *Scientific Reports*, *10*(1), 1–13. https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1038/s41598-020-62674-9
43. Marimon, F., Gil-Doménech, D., & Bastida, R. (2019). **Fulfilment of expectations mediating quality and satisfaction**: the case of hospital service. *Total Quality Management & Business Excellence*, *30*(1-2), 201–220. https://doi.org/10.1080/14783363.2017.1401458
44. Massarweh, N. N., Cosgriff, N., & Slakey, D. P. (2006). Electrosurgery: History, Principles, and Current and Future Uses. ***Journal of the American College of Surgeons*, 202(3), 520-530**. https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1016/j.jamcollsurg.2005.11.017
45. Migloiore, S. F. (2008). **Rehabilitation of the Child with Burns. In J. S.** Tecklin (Ed.), *Pediatric Physical Therapy* (4th ed.) (pp. 556-588). Lippincott Williams & Wilkins.

46. Moghimian, M., Moieni, M., Farzi, S., Aboutalebi, M. S., Shahriari, M., Yousefi, H., & Mosleh, S. (2022). Explain Experiences of Physicians and Nurses' Perspectives on Burn Injury Care Priorities. ***Journal of Military Medicine, 24*(1), 1047–1056.** https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.30491/JMM.24.1.1047
47. Mohammadhossini, S., Ahmadi, F., Gheibizadeh, M., Malehi, A. S., & Zarea, K. (2019). **Comprehensive physical domain care needs of burn patients: a qualitative study**. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology, 12,* 573–581. https://doi.org/10.2147/CCID.S215517
48. Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. ***International journal of health care quality assurance. 22*(4). 366-381**. https://doi.org/10.1108/09526860910964834
49. Nickel, K. J., Omeis, T., & Papp, A. (2020). Demographics and clinical outcomes of adult burn patients admitted to a single provincial burn centre: a 40-year review**. *Burns, 46*(8), 1958-1967.** https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.06.020
50. Niekerk, A. V., Jacobs, R., Hornsby, N., Singh-Adriaanse, R., Sengoelge, M., & Laflamme, L. (2020). **Enablers of psychosocial recovery in pediatric burns: perspectives from the children, parents and burn recovery support staff.** *BMC Pediatrics*, *20*(1), 1–11. https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1186/s12887-020-02180-z
51. Paterson, A. O., & McLaughlin, E. S. (2012). ***Burns: Prevention, Causes and Treatment.*** Nova Biomedical; eBook Collection (EBSCOhost). http://sdl.edu.sa/middleware/Default.aspx?USESDL=true&PublisherID=AllPublishers&BookURL=https://sdl.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=541723&site=eds-live
52. Pereira, C., Murphy, K., & Herndon, D. (2004). Outcome measures in burn care: is mortality dead?. ***Burns, 30*(8), 761-771.** https://doi.org/10.1016/j.burns.2004.05.012
53. Press, I. (2006). ***Patient Satisfaction Understanding and Managing the Experience of Care*** (2nd ed.). Health Administration Press.

54. Reuter, C., Walles, H., & Groeber, F. (2017). **Preparation of a three-dimensional full thickness skin equivalent**. In *3D Cell Culture* (pp. 191-198). Humana Press, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-7021-6_14
55. Rosenthal, C., & Vanderbeke, D. (Ed.). (2015). ***Probing the Skin: Cultural Representations of Our Contact Zone***. Cambridge Scholars Publishing.
56. Rowan, M. P., Cancio, L. C., Elster, E. A., Burmeister, D. M., Rose, L. F., Natesan, S., ... & Chung, K. K. (2015). **Burn wound healing and treatment: review and advancements**. *Critical care*, *19*(1), 1-12.
57. Shahrokhi, S. (2021). **Initial Assessment, Resuscitation, Wound Evaluation, and Early Care**. In M.G. Jeschke , LP. Kamolz, S. Shahrokhi (Eds.) *Burn Care and Treatment* (pp. 1–12). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39193-5_1
58. Shaizadanova, G., Kucharbaeva, K., Abilkalamova, K., Baizhanova, Z., & Sabitova, A. (2023). Development of Special Clothing for Burn Patients. *Eastern-European* ***Journal of Enterprise Technologies, 121*(1), 6-13.**
59. Shen, Y. I., Song, H. H. G., Papa, A. E., Burke, J. A., Volk, S. W., & Gerecht, S. (2015). Acellular hydrogels for regenerative burn wound healing: translation from a porcine model. ***Journal of Investigative Dermatology, 135*(10), 2519-2529.**
60. Siracusano, S., Ciciliato, S., Ollandini, G., & Visalli, F. (2011). **Catheters and Infections. In A. Nikibakhsh (Ed.),** ***Clinical*** *Management of Complicated Urinary Tract Infection* (pp. 83-98). BoD – Books on Demand.
61. Smeltzer, S. C. O., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). ***Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*.** Lippincott Williams & Wilkins.
62. Sorensen, D., & O'Neill, R. (2022). **Evaluation and Management of Burn Injuries.** *Trauma Reports, 23*(3), 1–17.
63. Stewart, R. M., & Marik, P. E. (2008). **Trauma: Systems and Injury Prevention. In R. S. Irwin, & J. M. Rippe** (Eds.), *Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine* (6th ed.) (pp. 1874-1877). Lippincott Williams & Wilkins: Wolters Kluwer Health.

64. Syed, S., Stilwell, P., Chevrier, J., Adair, C., Markle, G., & Rockwood, K. (2022). **Comprehensive design considerations for a new hospital gown:** a patient-oriented qualitative study. *CMAJ Open*, *10*(4), E1079-E1087–E1087. https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.9778/cmajo.20210271
65. Tehranineshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., Fararouei, M., & Gillespie, M. (2021). **The dignity of burn patients: a qualitative descriptive study of nurses, family caregivers, and patients**. BMC Nursing, *20*(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00725-w
66. Tintinalli, J. E., Ma, O. J., Yealy, D. M., Meckler, G. D., Stapczynski, J. S., Cline, D., & Thomas, S. H. (2020). **Tintinalli's emergency medicine : a comprehensive study guide.** McGraw-Hill Education LLC.
67. Topo, P., & Iltanen-Tähkävuori, S. (2010). Scripting patienthood with patient clothing. ***Social Science & Medicine, 70*(11), 1682–1689.** https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.050
68. Ulmer, J. F. (1997). An exploratory study of pain, coping, and depressed mood following burn injury. ***Journal of Pain and Symptom Management, 13*(3), 148-157**. https://doi.org/10.1016/S0885-3924(96)00301-6
69. Van Way, C. W., & Hinrichs, C. S. (2000). **Electrosurgery 201: basic electrical principles.** *Current Surgery*, *57*(3), 261-264. https://doi.org/10.1016/S0149-7944(00)00234-8
70. Vaskooi-Eshkevari, K., Mirbazegh, F., Soltani-Kermanshahi, M., Sabzali-Poursarab-Saeedi, M., & Alipour, S. (2019). Customized patient clothing and patient satisfaction. ***International Journal of Health Care Quality Assurance, 32*(3), 635–644**._https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1108/IJHCQA-02-2018-0047
71. Zeithaml, V. A. Parasuraman, A., Berry, L. L. (2010). ***Delivering Quality Service*.** Simon and Schuster. https://books.google.com.sa/books?id=kyvhCLoVmHgC&pg=PT80&dq=Delivering+Quality+Service&hl=ar&sa=X&ved=2ahUKEwjf7frn-OD7AhWNyIUKHT2lAm4Q6AF6BAgGEAI#v=onepage&q=Delivering%20Quality%20Service&f=true

الملاحق

ملحق (1) استمارة مقابلة مقدم الرعاية الصحية

تقوم الباحثة/ روابي عبدالله الحربي، طالبة ماجستير بقسم الأزياء والنسيج في كلية علوم الإنسان والتصاميم بجامعة الملك عبد العزيز بجدة، بإعداد رسالة الماجستير بعنوان: **(العوامل المؤثرة على الملابس الطبية المخصصة لمرضى الحروق)**. تهدف الدراسة إلى تحديد العوامل التي تؤثر على تصميم الملابس الطبية لمرضى الحروق. تأمل الباحثة تعاونكم في الإجابة على أسئلة المقابلة، لتحقيق أهداف دراستها وخدمة مرضى الحروق. مع العلم أن الدراسة حاصلة على **"الموافقة الأخلاقية من لجنة أخلاقيات البحث الصحي والعلمي بصحة منطقة المدينة المنورة (IRB)"**. وستعامل المعاملات بسرية وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط. في حال وجود أي ملاحظات او استفسارات برجاء التواصل مع الباحثة على الإيميل rmohammedalharbi0001@stu.kau.edu.sa، أو مع المشرفة على الرسالة د.إلهام نور أحمد مقصود على الإيميل emaqsood@kau.edu.sa.

ولكم جزيل الشكر والتقدير.

الباحثة

الجزء الأول: معلومات عامة

فيما يلي معلومات عامة حول مقدم الرعاية الصحية ومرضى الحروق. الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة.

1) معلومات عامة حول مقدم الرعاية الصحية:

1- جنس مقدم الرعاية الصحية:

☐ ذكر ☐ أنثى

2- ما المدة التي قضيتها في العمل كمقدم للرعاية الصحية (ممرض/ة، طبيب/ة) في المستشفى؟

_____سنة/ سنوات

_____ شهر/ أشهر

3- ما المدة التي قضيتها في العمل كمقدم للرعاية الصحية (ممرض/ة، طبيب/ة) في قسم الحروق؟

_____سنة/ سنوات

_____ شهر/ أشهر

4- ماهي الأقسام التي عملت فيها كمقدم للرعاية الصحية؟

معلومات عامة حول----------

مرضى الحروق:

5- كم يبلغ عدد الحالات التي يستقبلها المركز من مرضى الحروق تقريباً خلال العام؟

6- حدد الفئات العمرية التي تكثر فيها إصابات الحروق:

○ مواليد إلى ثلاث سنوات ○ أطفال من 3 إلى 9 سنوات ○ من 10 إلى 18سنة

○ من 19 إلى 39 سنة ○ من 40 إلى 64 سنة ○ أكثر من 64 سنة

7- حدد فئات درجة الحروق التي تحتاج للرعاية الطبية اللازمة في المستشفى:

□ الدرجة الأولى. □ الدرجة الثانية. □ الدرجة الثالثة. □ الدرجة الرابعة.

8- ماهي النسبة المئوية للحروق (٪ TBSA) في معظم الحالات المقيمة في المستشفى؟

9- كم مدة بقاء معظم مرضى الحروق في المستشفى؟

بشكل عام:

أطول مدة ---------- يوم / أسبوع /شهر أقل مدة ---------- يوم / أسبوع / شهر

درجات الحروق	أقصر مدة	أطول مدة
الدرجة الأولى		
الدرجة الثانية		
الدرجة الثالثة		
الدرجة الرابعة		

الجزء الثاني: نشاط مقدم الرعاية الصحية ومريض الحروق:

ستساعد الأسئلة التالية في تحديد أنواع الإجراءات الطبية التي يقوم بها مقدم الرعاية الصحية لمرضى الحروق في المستشفى، وتحديد أنواع الأنشطة التي يقوم بها المريض.

إذا واجهتك أنت ومريضك أي مشكلات جعلتك غير مرتاح بسبب الملابس الطبية عند القيام بالنشاط، يرجى توضيح ذلك في المساحة المتوفرة.

1) نشاط مقدم الرعاية الصحية:

أنشطة العلاج الطبي	المشكلة (المشكلات) التي جعلتك غير مرتاح عند القيام بهذا النشاط بسبب الملابس الطبية
الحقن	
قياس ضغط الدم	
قياس درجة حرارة الجسم	
تضميد الجروح وتغيير الضمادات	
وضع المراهم الطبية	
أجهزة التنفس الصناعي	
أجهزة تخطيط القلب	
التأهيل البدني	
تصريف البول	
أخرى، تذكر:	

2) نشاط مريض الحروق:

الأنشطة	المشكلة (المشكلات) التي تجعل المريض غير مرتاح عند أداء هذا النشاط بسبب الملابس
النوم	
الاكل	
الاستحمام	
الذهاب إلى الحمام	
المشي	

الاستلقاء على السرير (مستيقظ)	
تغيير وضعية الاستلقاء على السرير	
الجلوس على الأريكة أو الكرسي	
الجلوس على السرير	
الجلوس على كرسي متحرك	
زيارة مريض (مرضى) آخرين في المستشفى	
استقبال زوار من خارج المستشفى	
الإجراءات الطبية	
التمارين (مثلاً العلاج التأهيلي)	
أخرى، تذكر:	

شكرا لمشاركتكم

ملحق (2) ملخص رأي السادة المختصين محكمين استمارة المقابلة

م	المحور	رأي المحكمين (عدد الأصوات)			نسبة الاتفاق بين المحكمين
		متوفر	متوفر إلى حد ما	غير متوفر	
1	عدد العبارات كافي.	5			%100
2	صياغة العبارات سهلة وواضحة.	4	1		%80
3	تتبع العبارات للتسلسل الصحيح.	4	1		%80
4	العبارات صحيحة لغوياً.	4	1		%80
5	تلائم محاور استمارة المقابلة للهدف منها.	4	1		%80
6	شمول استمارة المقابلة للهدف المراد قياسه.	5			%100

*ملاحظة: مجموع عدد محكمين استمارة المقابلة= 5 محكمين.

Factors influencing burns patient’s medical gowns

Rawabi Abdulalah Mohammad Alharbi
Master's student at Clothing and Textiles Department, King Abdulaziz University
Elham Nour Ahmad Maqsood
Assistant Professor at Clothing and Textiles Department, King Abdulaziz University

Abstract:

Burns are injuries that affect the body's tissues and could be considered as a dangerous health problem that requires prompt treatment to minimize their long-term physical and psychological damage. In the hospitals, burns’ patients experience many painful daily procedures, and providing suitable medical gowns for these procedures is a must. This study is the first in a series of studies, and it aims to identify factors that affect burns’ patients to design appropriate medical gown for them. The study is qualitative, so eleven interviews with healthcare providers for burns’ patients, and an observation for the process of dressing and changing a patient’s gown in the burn’s unit at King Fahd Hospital in Al-Madinah Al-Munawwarah were conducted. Content analysis was used to analyze the data and draw conclusions. The study identified factors influencing the design of burns patient’s medical gowns, which are the nature of their injuries, their treatment approach, and the environment in which they are treated. This information is crucial to understanding the patient's condition and envisioning how current medical gowns affect them and their needs. The study recommends conducting research on the impact of these factors on the needs of burn patients and designing medical gowns for them based on these needs and factors.

Keywords: Medical gowns; burns patients; healthcare quality.