



## تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی بر بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح سوختگی

**یوسف اعظمی:** دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران  
**فرامرز سهرابی:** استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران  
**احمد برجعلی:** دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران  
**نورعلی فرخی:** دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.  
\***سیامک فرخ‌فرقانی:** استادیار و متخصص جراحی ترمیمی و پلاستیک، مرکز تحقیقات سوختگی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان حضرت فاطمه (س)، تهران، ایران  
(\*نویسنده مسئول. [siamakfarokh@yahoo.com](mailto:siamakfarokh@yahoo.com))

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

درمان روانی - اجتماعی،  
کیفیت زندگی،  
اختلال استرس پس از ضربه،  
سوختگی

تاریخ دریافت: ۹۷/۳/۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۲۶

**زمینه و هدف:** سوختگی عمده‌ترین تأثیر را روی کیفیت زندگی بیماران گذاشته و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان می‌شود. این پژوهش با هدف تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی بر بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (Posttraumatic stress disorder-PTSD) ناشی از سوانح سوختگی انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان سوانح سوختگی شهید مطهری تهران در سال ۱۳۹۶ بود که با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰ بیمار با تشخیص PTSD، در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارها شامل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی بر اساس DSM-5، فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL-5) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-26) بود. برنامه درمانی در طی ۱۲ جلسه برگزار شد و پس از گذشت دو ماه مجدد از گروه آزمایش پیگیری به عمل آمد و نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره و تی همبسته تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد مقدار F به‌دست آمده برای ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد جسمی ( $p > 0.04$ )، بعد روانی ( $p > 0.03$ )، بعد اجتماعی ( $p > 0.09$ ) و بعد محیط فیزیکی ( $p > 0.04$ )، در سطح  $0.05$  معنی‌دار است و برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی بر ابعاد کیفیت زندگی مؤثر است. نتایج آزمون t وابسته جهت بررسی میزان ماندگاری تأثیر برنامه درمانی هم در سطح  $0.05$  معنی‌دار است.

**نتیجه‌گیری:** برنامه درمانی روانی - اجتماعی به‌عنوان درمانی مؤثر و ویژه می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی افراد دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از سوختگی استفاده شود.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران

### شیوه استناد به این مقاله:

Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Farrokhi N, Farokh Forghani S. The effect of treatment program based on psycho-social model on improving life quality in individuals affected by PTSD resulting from burn. Razi J Med Sci. 2018;25(7):81-93.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 1.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) صورت گرفته است.



## The effect of treatment program based on psycho-social model on improving life quality in individuals affected by PTSD resulting from burn

**Yousef Aazami**, PhD student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

**Faramarz Sohrabi**, PhD, Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

**Ahmad Borjali**, PhD, Associate Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

**Noorali Farrokhi**, PhD, Associate Professor of Psychometrics, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

**\*Siamak Farokh Forghani**, MD, Assistant Professor of Plastic and Plastic Surgery, Burn Research Center, Hazrat Fatemeh Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding author) [siamakfarokh@yahoo.com](mailto:siamakfarokh@yahoo.com)

### Abstract

**Background:** Burn has a major impact on the life quality of patients and disrupts their physical, mental, social and spiritual well-being. The aim of the present study was to investigate the effect of treatment program based on psycho-social model on improving life quality in individuals affected by PTSD resulting from burn.

**Methods:** The research method was quasi-experimental with pretest-post-test design with control group. The statistical population included all patients referring to Tehran Shahid Motahari Burn Hospital in 2017. 30 patients with PTSD diagnosis were replaced in two experimental and control groups using a simple randomized sampling method. The research tools were as follows: a diagnostic structured interview based on DSM-5, post-traumatic stress disorder checklist (PCL-5) and World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-26). The treatment program was conducted during 12 sessions and was followed up after two months of the experimental group. The results were analyzed using multivariable analysis of covariance and paired-samples T Test.

**Results:** The results of multivariate covariance analysis showed that the F value was significant for dimensions of life quality including physical dimension (F=4.398), mental dimension (F=4.810), social dimension (F=8.120), and then, physical environment (F=10.49) ( $p \leq 0.05$ ). Therefore, the treatment program based on psycho-social model is effective on the dimensions of the life quality. The results of dependent t-test were significant to investigate the survival rate of the treatment program.

**Conclusion:** The psycho-social treatment program can be used as an effective and special treatment to improve the life quality of individuals with post-traumatic stress disorder due to burns.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** Deputy of Research and Technology of Iran University of Medical Sciences

### Cite this article as:

Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Farrokhi N, Farokh Forghani S. The effect of treatment program based on psycho-social model on improving life quality in individuals affected by PTSD resulting from burn. Razi J Med Sci.2018;25(7):81-93.

\*This work is published under [CC BY-NC-SA 1.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

### Keywords

Psycho-social treatment,  
Quality of life,  
Post-traumatic stress disorder,  
Burn

Received: 05/24/2018

Accepted: 09/17/2018

## مقدمه

بیماران شایع است (۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تقریباً ۳۱ درصد بیماران سوختگی در زمان بستری بودن در بیمارستان و ۲۹ درصد با گذشت ۱۲ ماه از بستری بودن به اختلال استرس پس از سانحه (Post-traumatic stress disorder-PTSD) دچار می‌شوند. به علاوه ۷۸ درصد از بیماران پس از مرخص شدن نشانه‌های PTSD را نشان می‌دهند (۱۰ و ۱۱). این اختلال غالباً با افسردگی، سایر اختلالات اضطرابی و با کیفیت پایین زندگی همراه می‌باشد (۱۲-۱۴).

کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی از احساس خوب بودن و رضایت‌مندی از تجربیات زندگی است که جنبه‌های مثبت و منفی زندگی فرد را در بر می‌گیرد (۱۵). به عبارتی، کیفیت زندگی یک نوع احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم‌رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم هستند، ناشی می‌شود (۱۶). ابعاد کیفیت زندگی دربرگیرنده سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی است؛ بعد جسمی کیفیت زندگی به عملکرد کامل بدن اشاره دارد و به میزان ادراک فرد از توانمندی‌هایش دلالت می‌کند؛ بعد روانی، به میزان سازگاری فرد با خود و دیگران اشاره دارد و بعد اجتماعی، به توانایی فرد در ارتباط برقرار کردن با اعضاء خانواده، دوستان و سایر گروه‌های اجتماعی مرتبط است. تصویر ذهنی (که به ادراک فرد و تصویری که فرد از خودش دارد اشاره می‌کند) از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی است و مطالعات نشان داده است افرادی که تصویر ذهنی منفی از بدن خود دارند کیفیت زندگی‌شان پس از سوختگی در اعضای بدن یا صورت، کاهش یافته است (۱۷). شواهد نشان می‌دهد سوختگی می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را بر روی کیفیت زندگی بیماران گذاشته و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود (۱۳ و ۱۸).

کیفیت زندگی یکی از متغیرهایی است که پیش‌آگهی مهمی در موقعیت‌های درمانی دارد و افرادی که دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از سوختگی می‌شوند

صدمات سوختگی یکی از مهم‌ترین دلایل ناتوانی و مرگ به شمار می‌آید و دارای تبعات اقتصادی و اجتماعی شدید در جوامع بشری است (۱ و ۲). سوختگی‌ها به‌عنوان چهارمین اتفاق غیرمترقبه در دنیا پس از تصادفات جاده‌ای، سقوط‌ها و درگیری‌های بین افراد به شمار می‌رود (۳). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization - WHO) هر ساله بیش از ۳۰۰ هزار نفر در اثر سوختگی و عوارض پس از آن جان خود را از دست می‌دهند و بیش از ۹۵ درصد مرگ‌ومیرهای ناشی از آتش در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ می‌دهد (۳). در ایران سالانه حدود ۱۵۰ هزار نفر می‌سوزند و حدود سه هزار نفر می‌میرند و تعداد زیادی دچار ناتوانی و معلولیت می‌شوند و طبق مطالعات فراتحلیل صورت گرفته سوختگی از میزان مرگ‌ومیر بالایی برخوردار است (۴). به دلیل پیشرفت‌های تکنولوژیکی پزشکی درمان سوختگی در قرن بیستم، مرگ‌ومیر ناشی از سوختگی تا حد زیادی کاهش یافته است و امروزه بیماران متحمل سوختگی شدید نیز شانس بقای بالایی دارند (۵ و ۶). اما افرادی که شانس زنده ماندن دارند، در سازگاری با شرایط جدید دچار مشکل می‌شوند که این موضوع موجب تمرکز متخصصان بر مشکلات توان‌بخشی و سازگاری روانی - اجتماعی آنان به‌همراه درمان جسمی شده است (۶). مطالعات نشان داده است چنانچه قربانی سوختگی زنده بماند، چالش جسمی و روانی عظیمی را پیش‌رو خواهد داشت و تمامی جنبه‌های زندگی وی دستخوش تغییرات عظیم خواهد شد؛ زیرا تقریباً تمام اعضای بدن از سوختگی متأثر می‌گردد (۷). به همین سبب است که سوختگی حداقل از نظر ناخوشی و ناتوانی درازمدتی که ایجاد می‌کند در جهان و خصوصاً در کشورهای در حال توسعه به‌صورت یک معضل عظیم بهداشتی باقی مانده است (۸).

أسکار سوختگی موجب بدشکلی می‌گردد و به‌دنبال آن افسردگی و اختلال استرس پس از ضربه در این

از بُعد کیفیت زندگی دچار آسیب می‌گردند که این اختلال نه تنها بر کیفیت زندگی خود فرد سوخته بلکه بر کیفیت زندگی دیگر اعضای خانواده و حتی افراد جامعه‌ای که در تماس با آن هاست، تأثیر می‌گذارد و علائم آن با ناسازگاری و خشونت بین‌فردی در مبتلایان ارتباط دارد. این امر سبب کاهش عملکرد اجتماعی فرد، از هم‌پاشیدگی سیستم خانواده، عصبانیت، اضطراب، افسردگی، مشکلات روانی - اجتماعی و ترس در سایر افراد خانواده بیمار و مشکل در سیستم اجتماعی می‌شود که فرد با آن در ارتباط است (۱۹).

نتایج مطالعه پره‌نا و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران سوختگی تحت‌تأثیر شدت سوختگی قرار گرفته و این بیماران در ابعاد روانی و اجتماعی از کیفیت زندگی پایینی برخوردار می‌باشند (۲۰). نتایج مطالعه فاطمی و همکاران (۲۱) نشان داد که کیفیت زندگی قربانیان سوختگی در بُعد روانی و اجتماعی نسبتاً نامطلوب بوده که این امر می‌تواند ناشی از تأثیر سوختگی بر تصویر ذهنی آنان باشد. نتایج مطالعه یاسمی، باقری یزدی، خواصی و کافی (۲۲) نشان داد که خدمات حمایت روانی می‌تواند به‌طور معناداری از شدت علائم اختلال استرس پس از ضربه بکاهد. نتایج مطالعه حجتی، کربلایی، رفیعی و کریملو (۲۳) هم، نشان داد که مداخلات روانی - اجتماعی بر رضایت از زندگی، فعالیت اشتغالی، سلامت و آسایش روانی، سلامت جسمانی، کیفیت زندگی و روابط اجتماعی تأثیر معناداری دارد. بنابراین نتایج این مطالعات بیانگر این است که کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه در نتیجه مداخلات روانی - اجتماعی باعث کاهش مشکلات اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی افراد می‌شود.

بر اساس مطالعات انجام شده، به‌نظر می‌رسد افراد دچار سوانح سوختگی به‌دلیل ماهیت متفاوت آسیب‌دیدگی و بدشکلی‌های ظاهری که پیدا می‌کنند علاوه بر بُعد روان‌شناختی، از بعد اجتماعی هم دچار آسیب می‌شوند و بنابراین درمان‌های روان‌شناختی صرف موجود، به‌نظر نمی‌رسد که بتواند منجر به بهبود کامل این افراد و بازگرداندن آن‌ها به اجتماع و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها گردد. بنابراین، درمان افراد دچار سوانح سوختگی شامل درمان و بهبود عملکرد بهینه‌بازماندگان تا مشارکت کامل در اجتماع به لحاظ

روان‌شناختی و جسمانی است (۲۴). احتمال بالای بقای جسمانی باعث نگرانی بیشتر در مورد مشکلات روان‌شناختی بالقوه برای بازماندگان سوختگی شده است. بر اساس سال‌ها تجربه متخصصان فرآیند بهبودی را از پذیرش از طریق مراقبت‌های ویژه، بهبودی بیماران بستری و انسجام مجدد بعد از ترخیص از بیمارستان در نظر گرفته‌اند (۲۴). رویکرد کلی در ارزیابی و بهبودی بازماندگان سوختگی یک رویکرد رفتاری مبتنی بر اصول یادگیری (مانند شرطی‌سازی عامل، بازسازی شناختی و نظریه‌های یادگیری اجتماعی) است جایی که خود رفتار ناسازگار هدف درمان است. ارزیابی و درمان به‌طور یکپارچه‌ای با هم ارتباط دارند و هر دو به‌طور همزمان در سراسر فرآیند بهبودی و توانبخشی با هم اتفاق می‌افتند (۲۴). بنابراین یکی از ضرورت‌های تحقیق حاضر از جنبه پژوهشی این است که با توجه به بالا بودن آمار حوادث سوختگی و پیامدهای روان‌شناختی بلندمدتی که بعدها این افراد در زندگی با آن مواجه می‌شوند لزوم تدوین مداخلاتی که هم جنبه روانی و هم جنبه اجتماعی این افراد را مورد توجه قرار داده و بررسی تأثیر آن بر بهبود کیفیت زندگی این افراد که هدف اصلی پژوهش حاضر است، را بیش از پیش نمایان می‌سازد. همچنین می‌توان گفت از آنجا که افراد دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از سوختگی دچار تغییرات ظاهری و بدشکلی می‌شوند، از لحاظ پردازش هیجانی و روابط بین‌فردی و اجتماعی دچار مشکل می‌شوند که این مسائل بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد و با توجه به مطالعات صورت گرفته بر این افراد، مداخلاتی که ابعاد روانی و اجتماعی آن‌ها را مدنظر قرار دهد بهتر می‌تواند بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار باشد. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی بر بهبود کیفیت زندگی افراد دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از سوانح سوختگی انجام شد.

### روش کار

این پژوهش دارای گواهی اخلاق با کد IR.IUMS.REC1396.30200 از مرکز تحقیقات سوختگی است. همچنین از تمامی بیماران رضایت‌نامه

اخلاقی جهت شرکت در پژوهش اخذ شده است. پژوهش حاضر طی دو مرحله انجام شد که در مرحله اول پس از مرور ادبیات و نظریه‌های درمانی و مفاهیم موجود در حوزه دیدگاه روانی- اجتماعی اقدام به تدوین برنامه درمانی گردید. سپس، جهت اعتباریابی برنامه از نظر متخصصان و صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی سلامت به تعیین اعتبار و روایی محتوایی برنامه درمانی مورد بررسی، اقدام شد. در مرحله دوم پس از تدوین و اعتباریابی برنامه درمانی، از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران زن دچار سوختگی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مطهری در سال ۱۳۹۶ بودند.

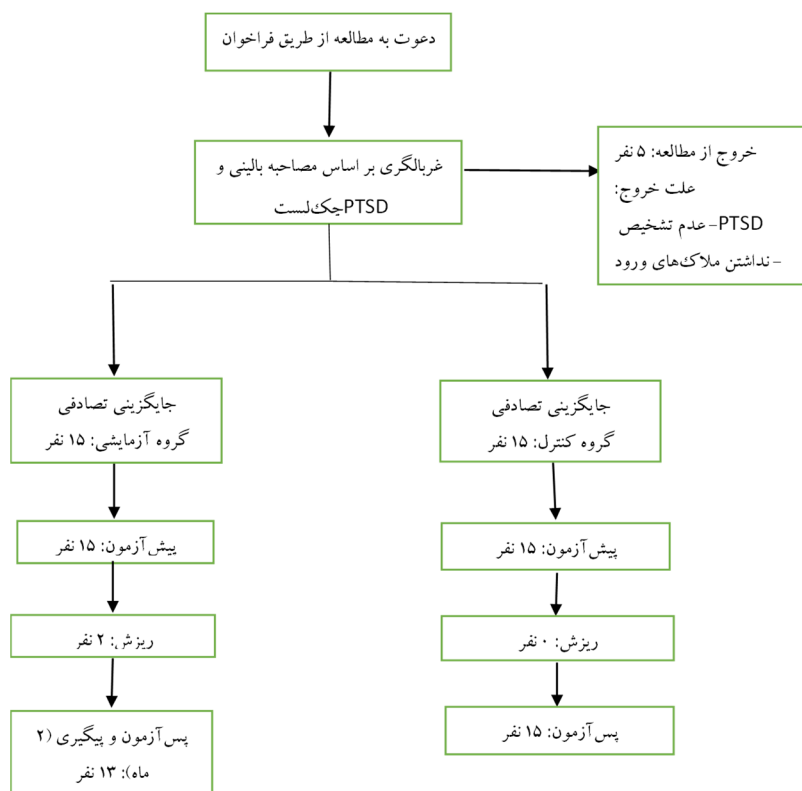
ملاک‌های ورود به برنامه مداخله شامل: برای افراد دچار سوختگی بالای ۵۰ درصد حداقل یک سال و برای افراد دچار سوختگی زیر ۵۰ درصد حداقل ۶ ماه از درمان‌های پزشکی گذشته باشد، افرادی که دچار سوختگی در صورت، دست‌ها و سایر قسمت‌های قابل رؤیت بدن شده‌اند، سوختگی در سطح درجه ۲ و ۳ بوده و به اندام‌های داخلی فرد آسیب جدی وارد نشده باشد، سوختگی در اثر حوادث اتفاقی و غیر عمد رخ داده باشد، براساس مصاحبه ساختاریافته تشخیصی و چک‌لیست غربالگری واجد ملاک‌های PTSD باشد، بیمار آمادگی و توانایی شرکت در برنامه مداخله را داشته باشد، به غیر از سوختگی فرد به بیماری دیگری دچار نباشد، بیمار سابقه سوء مصرف مواد و الکل نداشته باشد، بیمار دارای حداقل تحصیلات راهنمایی جهت شرکت در برنامه و انجام تکالیف درمانی باشد، سن بیمار کمتر از ۱۵ و بیش از ۵۰ سال نباشد، زن بودن، موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی. ملاک‌های خروج از برنامه شامل: سابقه مصرف داروهای مخدر و الکل، ناتوانی جهت حضور در حداقل ۳ جلسه، شرکت بیمار همزمان در برنامه‌ها و درمان‌های روان‌شناختی دیگر، آسیب‌دیدگی دستگاه‌های بینایی و شنوایی بیمار، خودسوزی و سوختگی‌های عمدی.

از آنجا که مبنای انتخاب نمونه در تحقیقات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر است (۲۵) بر این اساس، نمونه پژوهش شامل ۳۰ بیمار زن دچار سوختگی می‌باشد که

پس از کسب رضایت آگاهانه در قالب دو گروه آزمایش و کنترل در پژوهش شرکت کردند (از دو روش اقدام به بیماریابی شد؛ یکی از طریق نصب آگهی در بُرد و تقاضای مشارکت در طرح و جلسات درمانی در صورت تمایل و روش دیگر هم صحبت با متخصصان و پرسنل درمانی جهت اطلاع به بیماران که در صورت تمایل در این جلسات شرکت نمایند). بدین ترتیب روش نمونه‌گیری در طی دو مرحله انجام گرفت که در مرحله اول بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده، پس از انجام مصاحبه ساختاریافته تشخیصی براساس ملاک‌های DSM-5 توسط روانشناس بالینی و اجرای چک‌لیست PTSD به اجرای غربالگری بر بیماران سوختگی اقدام شد، سپس در مرحله دوم از بین افرادی که ملاک‌های اختلال استرس پس از ضربه را داشتند بر اساس روش تصادفی ساده ۳۰ نفر انتخاب گردید (هر گروه ۱۵ نفر که با ریزش در مرحله پس‌آزمون از گروه آزمایش ۱۳ نفر و از گروه کنترل ۱۵ نفر باقی ماند). قبل از اجرای درمان، در طی یک جلسه از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس برنامه درمانی در طی ۱۲ جلسه به صورت هفته‌ای دو جلسه در طی یک ماه و نیم برگزار گردید، در مرحله بعد، پس از اتمام جلسات برای سنجش تأثیر درمان، مجدداً در طی یک جلسه از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای ارزیابی تأثیر مداخله در دوره پیگیری پس از گذشت دو ماه از اجرای پس‌آزمون، با اجرای ابزارها بر گروه آزمایش، اقدام به ارزیابی و سنجش مجدد مراجعان گشت (در نمودار ۱ دیگرام مراحل نمونه‌گیری نشان داده شده است).

برای غربالگری و جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده گردید: مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی با استفاده از ملاک‌های DSM-5؛ یک مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلال‌های عمده روانشناختی بر اساس DSM-5 به کار می‌رود. این ابزار بیش از هر مصاحبه تشخیصی معیار شده دیگری در بررسی‌های روانپزشکی به کار رفته است، زیرا روایی محتوایی و پایایی آن توسط متخصصان و صاحب نظران تایید شده است (۲۶).

فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PTSD checklist-5): این فهرست، یک مقیاس



نمودار ۱- فلوجارت آزمودنی‌ها در طول مطالعه

بعد از ترجمه فهرست، روایی محتوایی ابزار به تایید متخصصان روان‌شناسی بالینی و روان‌سنجی رسیده است. همچنین پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ  $0.77$  به دست آمده است (۲۸). پایایی ابزار در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ  $0.80$  به دست آمد. پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم ۲۶ سوالی (WHOQOL-26): در این پژوهش از فرم کوتاه ۲۶ سوالی پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده گردیده است. این فرم دارای ۲۶ سوال ۵ گزینه‌ای است و نمره‌گذاری آن‌ها به صورت لیکرت بین ۱ (اصلاً) تا ۵ (خیلی زیاد) است. لازم به ذکر است که سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر و بالاتر است. این پرسش نامه دارای ۴ بُعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی می‌باشد که به عنوان یک مقیاس جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی است. استانداردسازی، ترجمه و هنجاریابی نسخه‌ی ایرانی این پرسش نامه توسط نجات،

خودگزارش‌دهی است، که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن بیماران دچار اختلال استرس پس از ضربه و سایر افراد به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. این فهرست توسط وترز و همکاران (۲۷) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 برای مرکز ملی اختلال استرس پس از ضربه آمریکا (American PTSD National Center for PTSD) تهیه شده است و شامل ۲۰ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، ۲ ماده مربوط به اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا، ۷ ماده آن مربوط به تغییرات منفی در شناخت و خلق مرتبط با رویداد و ۶ ماده آن مربوط به برانگیختگی و واکنش‌پذیری در ارتباط با رویداد آسیب‌زا است. روش نمره‌گذاری شامل: جمع نمرات از دامنه نمره (۰-۸۰) که می‌تواند از طریق جمع نمرات عبارات ۲۰ گانه بر اساس مقیاس لیکرت به دست آید. نقطه برش برای تشخیص نمره ۳۸ تعیین شده است (اصلاً=۰، خیلی کم=۱، متوسط=۲، زیاد=۳، خیلی زیاد=۴). این پرسشنامه در ایران توسط طلابیگی ترجمه و هنجاریابی شده است (۲۸). بدین صورت که

منتظری، هلاکویی، محمد و مجدزاده صورت گرفت که مقدار آلفای کرونباخ در تمام حیثه‌ها بالای ۰/۷۰ به دست آمده است (۲۹). میزان پایایی در پژوهش حاضر برای بُعد جسمی ۰/۵۶، بُعد روانی ۰/۶۴، بُعد اجتماعی ۰/۶۷، بُعد محیط فیزیکی ۰/۹۵ و برای کیفیت زندگی کل ۰/۸۲ به دست آمد.

برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی- اجتماعی بر اساس اصول یادگیری (از جمله شرطی‌سازی عامل،

بازسازی شناختی و نظریه یادگیری اجتماعی) تدوین شده است (۲۴). جهت تعیین اعتباریابی صوری و محتوایی برنامه درمانی روانی- اجتماعی، این ابزار در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی سلامت قرار گرفته و بر اساس تجارب و مشاهدات خود به ترتیب اهمیت، مهم‌ترین مؤلفه‌ها و ابعاد را شناسایی کنند و سپس به اصلاح محتوای برنامه درمانی اقدام نمایند (خلاصه جلسات درمانی در جدول

جدول ۱- خلاصه جلسات برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی- اجتماعی

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی، اجرای پیش‌آزمون و بیان منطق درمان	در این مرحله ابتدا درمانگر و بیماران با معرفی خود رابطه درمانی اولیه را ایجاد می‌کنند، سپس پیش‌آزمون اجرا و در ادامه به بحث در مورد منطق درمان روانی- اجتماعی، اهداف جلسات، تعداد جلسات، زمان جلسات و تکالیف هر جلسه پرداخته می‌شود.
دوم	بازگویی روانشناختی، بهنجارسازی و آموزش راهبرد حل مسأله	در این جلسه ابتدا بیماران به بازگویی و بیان جزئیات رخدادی که باعث سوختگی آن‌ها شده می‌پردازند، سپس به بیان مشکلات خود و اولویت‌بندی آن‌ها می‌پردازند. در ادامه درمانگر به بهنجارسازی هیجانات بیماران و آموزش راهبرد حل مسأله مبادرت می‌کند.
سوم	کاهش برانگیختگی و ارتقای خودآگاهی ۱	به بیماران در مورد اضطراب اطلاعات مختصری داده می‌شود، سپس به روش‌های کاهش اضطراب اشاره کرده، در ادامه به‌طور عملی روش آرمیدگی عصبی- عضلانی به بیماران آموزش داده می‌شود. سپس به بحث مقدماتی در مورد خودآگاهی پرداخته می‌شود.
چهارم	کاهش برانگیختگی و ارتقای خودآگاهی ۲	در این جلسه به ادامه بحث در مورد خودآگاهی، با مروری بر ابعاد خود، فواید خودآگاهی، ویژگی‌های افراد خودآگاه، تمرین‌های کسب خودآگاهی و فنون توانمند شدن پرداخته می‌شود.
پنجم	آموزش آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی هدایت شده	به آموزش فنون تن‌آرامی به‌منظور کاهش سطح اضطراب و برانگیختگی بیماران پرداخته می‌شود، در ادامه به آموزش و اجرای تمرین تصویرسازی ذهنی هدایت شده اقدام می‌شود و در نهایت به بحث پیرامون ورزش کردن روزانه و فواید آن پرداخته می‌شود.
ششم	فراهم کردن حمایت اجتماعی	ابتدا به بحث پیرامون اهداف حمایت‌های اجتماعی و روان‌شناختی و لزوم حمایت اعضای خانواده از بیماران پرداخته می‌شود، در ادامه به بحث پیرامون حمایت اجتماعی، انواع حمایت اجتماعی، تأثیرات آن و حساسیت‌زدایی ترس‌های اجتماعی پرداخته می‌شود.
هفتم	مشاوره درباره تصویر بدنی ۱	ابتدا از بیماران خواسته می‌شود تا در مورد تن‌انگاره‌اش صحبت کنند و درمانگر به صحبت در مورد تصویر و ظاهر بدنی می‌پردازد، در ادامه به نمایش تصاویری از افراد مشهور و محبوب که دارای نوعی معلولیت هستند پرداخته می‌شود.
هشتم	مشاوره درباره تصویر بدنی ۲	در این جلسه ضمن مروری بر مباحث جلسه قبلی، به بحث در مورد تغییر ساختار هویت شخصی از «تن‌انگاره» به «خودانگاره» پرداخته می‌شود، در ادامه بیماران با برخی افکار منفی تحریف شده آشنا شده و به جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت می‌پردازند.
نهم	آموزش مهارت‌های کنترل خود و هشیاری	در این جلسه در ابتدا به آموزش مهارت‌های کنترل خود و هشیاری پرداخته می‌شود، در ادامه به بیماران در مورد منبع کنترل، انواع آن و ویژگی‌های افراد دارای منبع کنترل درونی و بیرونی و لزوم حفظ منبع کنترل درونی پرداخته می‌شود.
دهم	آموزش مهارت‌های اجتماعی ۱	در این جلسه به آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بین‌فردی و آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر با مشارکت آزمودنی‌ها پرداخته می‌شود.
یازدهم	آموزش مهارت‌های اجتماعی ۲	در این جلسه، درمانگر ضمن مروری بر مباحث جلسه قبلی و بررسی تکالیف آزمودنی‌ها، به ادامه بحث در مورد مهارت‌های اجتماعی (بحث در مورد قاطعیت و جرات‌ورزی) می‌پردازد.
دوازدهم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	در این جلسه به جمع‌بندی مطالب جلسات قبلی و بررسی و ارزیابی تکالیف انجام شده با مشارکت کلیه بیماران پرداخته می‌شود، در ادامه بر لزوم حفظ مهارت‌های آموخته شده و اجرای آنها در مواقع ضروری در موقعیت‌های واقعی زندگی تأکید می‌گردد. در انتها از بیماران پس‌آزمون گرفته شده و از آن‌ها جهت مشارکت در جلسات تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

روش‌های آماری مشابه از توان آماری بالاتری برخوردار است. همچنین برای سنجش میزان ماندگاری اثر درمان در دوره پیگیری، با توجه به اینکه فقط از گروه آزمایش سنجش به عمل می‌آید، از روش  $t$  همبسته استفاده شد که با مقایسه نتایج دوره پیگیری با مرحله پیش‌آزمون گروه آزمایش، اقدام به تحلیل داده‌ها و بررسی میزان ماندگاری درمان گردید.

### یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش در زیر آمده است. از لحاظ وضعیت تأهل در گروه کنترل ۱۰ نفر مجرد و ۵ نفر متأهل است و در گروه آزمایش نیز ۴ نفر مجرد، ۷ نفر متأهل و ۲ نفر مطلقه می‌باشد. از لحاظ درجه سوختگی در گروه کنترل ۴ نفر دارای سوختگی درجه ۲ و ۱۱ نفر سوختگی درجه ۳ بودند و در گروه آزمایش نیز ۵ نفر دارای سوختگی درجه ۲ و ۸ نفر سوختگی درجه ۳ بودند. از نظر عامل سوختگی، ۱ نفر از اعضای گروه کنترل به وسیله عامل الکتریکی، ۸ نفر شعله، ۱ نفر جسم داغ و ۵ نفر نیز به وسیله مایعات دچار سوختگی شده بودند و در گروه آزمایش نیز ۱ نفر به وسیله عامل شیمیایی، ۱ نفر الکتریکی، ۶ نفر شعله و

۱ آمده است). شاخص نسبت روایی محتوایی (Content validity ratio) بر اساس روش لاوشه برای برنامه درمانی ۰/۸۵ به دست آمده است و با مقایسه این شاخص با مقدار مورد قبول برای تعداد ۱۰ نفر متخصص بر اساس روش لاوشه (که حداقل میزان برای این تعداد متخصص ۰/۶۲ است)، میزان روایی محتوایی برنامه بالاتر و قابل قبول می‌باشد. میزان شاخص روایی محتوایی (content validity index) بر اساس روش Waltz & Bausell برای برنامه درمانی ۰/۹۲ به دست آمده است و با مقایسه این میزان با مقدار مورد قبول (که حداقل ۰/۷۹ است)، شاخص روایی محتوایی برنامه قابل قبول می‌باشد (۳۰).

تعداد جلسات تشکیل شده ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در روزهای شنبه و سه‌شنبه در ماه‌های آذر و دی سال ۱۳۹۶ در محل سالن کنفرانس و اتاق مشاوره بیمارستان و درمانگاه سوانح سوختگی شهید مطهری تهران برگزار می‌شد و آزمون پیگیری هم آخر اسفندماه ۱۳۹۶ با گذشت ۲ ماه از پس‌آزمون بر گروه آزمایش اجرا شد.

روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره بود که نسبت به

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	جسمانی	۲۲/۰۷۶	۴/۵۱۷	۲۷/۶۹۲	۴/۳۰۸
	روانی	۱۳/۹۲۳	۳/۲۷۷	۲۰/۱۵۳	۴/۲۷۸
	اجتماعی	۷/۳۸۴	۲/۳۹۹	۱۱/۲۳۰	۲/۷۴۳
	محیط فیزیکی	۲۳/۶۹۲	۳/۴۲۵	۲۹/۲۳۰	۴/۸۱۵
کنترل	کیفیت زندگی	۶۷/۰۷۶	۹/۴۲۹	۸۸/۳۰۷	۱۲/۵۲۵
	جسمانی	۲۶/۲۰۰	۱۳/۸۳۱	۲۳/۵۳۳	۳/۴۴۰
	روانی	۱۸/۹۳۳	۳/۳۹۰	۱۹/۵۳۳	۴/۷۴۸
	اجتماعی	۱۱/۰۶۶	۱/۹۴۴	۱۱/۰۶۶	۲/۹۱۴
	محیط فیزیکی	۲۵/۳۳۳	۳/۹۵۸	۲۵/۶۶۶	۴/۳۳۶
	کیفیت زندگی	۸۱/۵۳۳	۱۸/۴۵۰	۷۹/۸۰۰	۱۰/۵۹۷

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمونها	مقادیر	F	سطح معناداری	eta
گروه	اثر پیلایی	۰/۴۲۰	۳/۴۴۰	۰/۰۲۸	۰/۴۲۰
	لامبدای ویلکز	۰/۵۸۰	۳/۴۴۰	۰/۰۲۸	۰/۴۲۰
	اثر هتلینگ	۰/۷۲۴	۳/۴۴۰	۰/۰۲۸	۰/۴۲۰
	بزرگترین ریشه روی	۰/۷۲۴	۳/۴۴۰	۰/۰۲۸	۰/۴۲۰

زندگی (۰/۷۹۵)، و ابعاد جسمی (۰/۹۵۲)، روانی (۰/۹۷۰)، اجتماعی (۰/۹۶۳) و محیط فیزیکی (۰/۹۵۲) بدست آمد. همچنین نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف هم برای تمام ابعاد کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کل بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود. برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد که عدم معناداری مقدار لوین برای تمام ابعاد کیفیت زندگی، مؤید برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد.

در جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل آمده است.

همان‌طور که مشاهده می‌گردد سطح معنی‌داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰/۰۵ است ( $p < 0/05$ ). بدین ترتیب بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط به کیفیت زندگی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و بر این اساس می‌توان گفت برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی بر بهبود کیفیت زندگی مؤثر بوده است.

به‌منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، آزمون اثرات بین‌آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است.

در جدول ۴ نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه ابعاد کیفیت زندگی، در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است. با

۵ نفر نیز به‌وسیله مایعات دچار سوختگی شده‌اند. از نظر مدت زمان سوختگی، در گروه کنترل ۱۱ نفر کمتر از ۱۰ سال، ۳ نفر ۱۱ تا ۲۰ سال و ۱ نفر نیز بین ۲۱ تا ۳۰ سال است و در گروه آزمایش نیز ۷ نفر کمتر از ۱۰ سال، ۳ نفر ۱۱ تا ۲۰ سال و ۳ نفر نیز بین ۲۱ تا ۳۰ سال از زمان سوختگی آن‌ها گذشته بود. همچنین، در گروه کنترل بیشترین سوختگی مربوط به ناحیه صورت و در گروه آزمایش نیز بیشترین سوختگی مربوط به نواحی گردن و اندام فوقانی است.

در ادامه پژوهش به بررسی میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته کیفیت زندگی در مراحل، پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شد و نتایج پیش‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

در جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیر وابسته کیفیت زندگی و ابعاد آن به تفکیک برای افراد گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه آزمایش، شاهد افزایش بیشتر نمرات در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم.

برای بررسی تأثیر برنامه درمانی بر کیفیت زندگی، از روش تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. سطح معناداری آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس‌ها برابر با ( $F=15/177, p > 0/228$ ) بود که نشانه برقراری این مفروضه است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد که برای کیفیت

جدول ۴- آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	eta
جسمانی	بین گروهی	۶۸/۸۷۴	۱	۶۸/۸۷۴	۴/۳۹۸	۰/۰۴۸	۰/۱۶۷
	درون گروهی	۳۴۴/۵۰۱	۲۲	۱۵/۶۵۹			
روانی	بین گروهی	۷۱/۷۲۶	۱	۷۱/۷۲۶	۴/۸۱۰	۰/۰۳۹	۰/۱۷۹
	درون گروهی	۳۲۸/۰۷۴	۲۲	۱۴/۹۱۲			
اجتماعی	بین گروهی	۳۶/۸۰۱	۱	۳۶/۸۰۱	۸/۱۲۰	۰/۰۰۹	۰/۲۷۰
	درون گروهی	۹۹/۷۰۰	۲۲	۴/۵۳۲			
محیط فیزیکی	بین گروهی	۱۳۹/۷۲۲	۱	۱۳۹/۷۲۲	۱۰/۴۹۵	۰/۰۰۴	۰/۳۲۳
	درون گروهی	۲۹۲/۸۹۳	۲۲	۱۳/۳۱۳			

**جدول ۵- نتایج آزمون t وابسته برای بررسی ماندگاری تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی در مرحله پیگیری**

متغیر	تفاوت میانگین	t	سطح معنی‌داری
جسمانی	۲/۷۶	۲/۲۱۳	۰/۰۴۷
روانی	۳/۳۰	۲/۴۸۳	۰/۰۲۹
اجتماعی	۱/۷۶	۲/۳۷۹	۰/۰۳۵
محیط فیزیکی	۳/۹۲	۲/۳۵۰	۰/۰۳۷

سوانح سوختگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی باعث بهبود کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی در گروه آزمایش می‌شود و این تأثیر پس از گذشت دو ماه پیگیری ماندگار است. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های قبلی است (۲۲، ۲۳، ۳۲-۳۵).

نتایج مطالعه اوزدمیر، بویسان، اوزدمیر و یلماز (۳۱) نشان داد که افراد دچار اختلال استرس پس از ضربه از لحاظ کیفیت زندگی دچار آسیب می‌شوند و درمان این اختلال می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شود. نتایج مطالعه رنبرگ و همکاران (۳۲) هم که با هدف مطالعه کیفیت زندگی و پیش‌بینی‌کننده‌های پیامد طولانی‌مدت بعد از صدمه سوختگی شدید انجام شد، نشان داد که در طی یک دوره سه ساله، بیماران بهبودی ناچیزی را از لحاظ کیفیت زندگی جسمی گزارش کردند. به‌طور کلی نتایج مطالعات انجام شده بیانگر این است که افراد دچار اختلال استرس پس از ضربه دچار افت کیفیت زندگی می‌شوند و مداخلات روانشناختی و توانبخشی که بر ابعاد روانی و اجتماعی تأکید داشته باشد می‌تواند بر بهبود و ارتقای کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار باشد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان اذعان داشت که افراد دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از سوختگی پس از درمان بستری و ورود به جامعه به‌دلیل تغییرات ظاهری که پیدا می‌کنند با واکنش‌هایی از سوی دیگران مواجه می‌گردند که این واکنش‌ها از یک سو و بازخوردها و تفسیرهای خود بیماران از این نوع واکنش‌ها که گاهاً جنبه کنجکاوانه دارد اما از سوی بیماران سوءبرداشت می‌شود از سوی دیگر، باعث می‌گردد تا بیماران سوختگی دچار افت کیفیت زندگی در ابعاد مختلف به‌ویژه ابعاد روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی شوند. همچنین بُعد جسمی کیفیت زندگی این

توجه به نتایج، مقدار F به دست آمده، برای تمامی ابعاد کیفیت زندگی، در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. بنابراین با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، چنین نتیجه می‌شود که برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی مؤثر بوده و موجب بهبود کیفیت زندگی در ابعاد جسمی ( $F=4/398, P>0/04, \eta^2=0/167$ )، روانی ( $F=4/810, P>0/09, \eta^2=0/120$ )، اجتماعی ( $F=8/120, P>0/03, \eta^2=0/179$ ) و محیط فیزیکی ( $F=10/495, P>0/04, \eta^2=0/270$ ) در افراد دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از سوانح سوختگی می‌شود.

جهت بررسی میزان ماندگاری تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی بر کیفیت زندگی در مرحله پیگیری، از آزمون t وابسته (برای مقایسه پیش‌آزمون با دوره پیگیری گروه آزمایش) استفاده شد که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است (به‌دلیل اینکه آزمون پیگیری فقط بر گروه آزمایش اجرا شد لذا، نتایج گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری با هم مقایسه شد و معناداری آن اشاره به ماندگاری تأثیر مداخله در مرحله پیگیری داشت).

در جدول ۵ نتایج آزمون t وابسته جهت بررسی میزان ماندگاری تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی بر کیفیت زندگی در مرحله پیگیری ارائه شده است. بر اساس نتایج به دست آمده مقادیر t بدست آمده در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. از این‌رو تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی ماندگار بوده و موجب بهبود کیفیت زندگی پس از گذشت دو ماه در مرحله پیگیری می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی - اجتماعی بر بهبود کیفیت زندگی افراد دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از

ارتقای پذیرش کلی از ناتوانی تمرکز دارد. بنابراین به نظر می‌رسد در تمامی پژوهش‌های انجام شده بر آسیب به کیفیت زندگی بیماران دچار اختلال استرس پس از ضربه در بیماران سوختگی تاکید شده و برای بهبود آن به برنامه‌های درمانی جامع که دارای ابعاد روانی و اجتماعی باشد، نیاز است و نتایج مطالعه حاضر هم مؤید این مسأله بود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به وجود مشکلات در هماهنگی برای حضور همزمان بیماران در جلسات اشاره کرد. همچنین عدم استفاده از ابزار دقیق‌تری برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران همانند مشاهده رفتاری را می‌توان محدودیت دیگر پژوهش دانست. این پژوهش تنها بر زنان دچار اختلال استرس پس از ضربه ناشی از سوختگی انجام شده است و در تعمیم نتایج به سایر بیماران باید احتیاط شود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود این برنامه را در بیماران دچار خودسوزی که ماهیت مشکلات آن‌ها با مشکلات افراد دچار سوختگی متفاوت است اجرا نمایند، برای ارزیابی کیفیت زندگی علاوه بر پرسش‌نامه از روش‌های مشاهده‌ای و مصاحبه استفاده شود. همچنین لازم است در پژوهش‌های آتی این برنامه درمانی با سایر مداخلات مقایسه شود تا تأثیرگذاری آن بهتر مشخص گردد و تأثیر آن‌ها بر متغیرهای روانی دیگر هم مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد کاربردی پژوهش، برگزاری برنامه درمانی روانی- اجتماعی در قالب کارگاه‌های فشرده و کوتاه‌مدت برای کلیه بیماران سوختگی به‌ویژه افراد دچار اختلال استرس پس از ضربه است.

### تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی است که با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات سوختگی و با حمایت مالی این معاونت انجام شده است. بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه بیماران محترم و پرسنل بیمارستان شهید مطهری که در انجام طرح مشارکت داشتند، سپاس‌گزاری می‌نماید.

افراد هم به دلیل تغییرات ناشی از آسکار سوختگی دچار آسیب می‌شود و در صورت عدم مداخله برای سازگار شدن و بهبود مجدد، نیاز به گذشت زمان دارد. بنابراین لزوم توجه به تمام ابعاد این بیماران ضروری است و بر اساس مطالعات صورت گرفته برای بهبود کیفیت زندگی این افراد لازم است مداخلات روانی- اجتماعی صورت گیرد تا بتواند تأثیر عمیق‌تر و ماندگارتری روی این افراد داشته باشد. بر همین اساس برنامه درمانی روانی- اجتماعی با تأکید بر جنبه‌های مختلف شامل آموزش راهبرد حل مسأله، ارتقای خودآگاهی، آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی هدایت شده، حمایت اجتماعی، مشاوره تصویر بدنی، آموزش مهارت‌های کنترل خود و مهارت‌های اجتماعی توانست باعث بهبود کیفیت زندگی این بیماران گردد.

در مطالعه‌اشنایدر و همکاران (۳۶) که با هدف بررسی تأثیرات طولانی‌مدت جسمی و هیجانی ناشی از حادثه سوختگی انجام شد، نتایج نشان داد که بازماندگان سوختگی شکست‌های معناداری را در زندگی تجربه می‌کنند که از جمله آن‌ها می‌توان عواقب حرفه‌ای، روانشناختی و مشکلاتی در کیفیت زندگی را نام برد. یافته‌ها همچنین نشان دادند که کیفیت زندگی، افسردگی، و استرس پس از ضربه با آسیب هیجانی و نه صدمه جسمی ارتباط دارند. اما صدمه جسمی با پیامدهای اشتغال و استخدام ارتباط داشت. نتایج مطالعه اسکافی نوغانی و همکاران (۳۳) با هدف بررسی ارتباط اختلال استرس پس از ضربه با حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و شادمانی ذهنی در همسران مبتلایان به PTSD نشان داد که شادمانی ذهنی و کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی رابطه مستقیم و با شدت اختلال استرس پس از ضربه رابطه معکوس داشتند. همچنین نتایج پژوهش نشان دادند که بالا رفتن سطح حمایت اجتماعی ادراک شده و شدت پایین‌تر ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه، میزان شادکامی و کیفیت زندگی همسران را افزایش می‌دهد. مک‌نولتی (۳۷) هم در مطالعه‌ای که با هدف بررسی بهبودی هیجانی و روان‌شناختی در صدمه سوختگی شدید انجام داد به این نتیجه رسید که مداخلات مشاوره توانبخشی بر ایجاد حمایت اجتماعی، مقابله با درد و ناتوانی، ایجاد یک خودپنداره و تن‌انگاره مثبت و

Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2002. (Persian)

16. King CR, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives. Jones & Bartlett Publishers; 2011.

17. Fauerbach JA, Heinberg LJ, Lawrence JW, Munster AM, Palombo DA, Richter D, et al. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosom Med*; 2000. 62(4):576-82.

18. Druery M, Brown TL, Muller M. Long term functional outcomes and quality of life following severe burn injury. *Burns*; 2005. 31(6):692-5.

19. Pour Aboli B, Hosseini SV, Miri S, Tirgari B, Arab M. The relationship between spiritual health and quality of life in veterans with post traumatic stress disorder. *J Veterans Med*; 2015. 7(4):233-39. Persian

20. Malik P, Garg R, Sharma KC, Jangid P, Gulia A. Quality of life in burn injury patients. *Delhi Psychiatr J*; 2012. 15:308-14.

21. Fatemi MJ, Samimi R, Saberi M, Namazi P, Pahlavanpour P, Moshiri Sh. Quality of life of burn patients after discharge from Shahid Motahari Hospital in 2013. *Iranian J Surg*; 2015. 23(2):31-40. (Persian)

22. Bagheri Yazdi A, Yasemi M, Khavasi L, Kafi A. Effectiveness of psycho-social support intervention in Qazvin earthquake survivors. *Quart Sci J Rescue Relief*; 2010. 2(2):1-10. (Persian)

23. Hojjati-Abad E, Karbalaeei-nouri A, Rafiei H, Karimlou M. The efficacy of psychosocial occupational therapy services on quality of life of chronic psychiatric patients. *J Rehab*; 2010. 11(1):23-28. (Persian)

24. Blakeney PE, Rosenberg L, Rosenberg M, Faber AW. Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*; 2008. 34(4):433-40.

25. Biabangard I. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. First volume. seventh edition, Tehran: Doran; 2012. (Persian)

26. Nasbum A. *A Practical Guide to Diagnostic Interviews Using DSM-5 Criteria*. Translation by Farzin Rezaee and Ali Akbar Foroughi (2015), First edition. Tehran: Arjmand; 2013. (Persian)

27. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). Scale available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov). 2013 Aug.

28. Talebigi F. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on reducing experience avoidance in veterans with impact stress disorder in Kerman. Master's thesis of clinical psychology, Allameh Tabataba'i University; 2015. (Persian)

29. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF)

## References

1. Mohammadi-Barzelighi H, Alaghebandan R, Motevallian A, Alinejad F, Soleimanzadeh-Moghadam S, Sattari M, et al. Epidemiology of severe burn injuries in a Tertiary Burn Centre in Tehran, Iran. *Ann Burns Fire Disast*; 2011. 24(2):59-62.

2. Alaghebandan R, Azimi L, Lari AR. Nosocomial infections among burn patients in Teheran, Iran: a decade later. *Ann Burns Fire Disast*; 2012. 25(1):3.

3. Kumar S, Ali W, Verma AK, Pandey A, Rathore S. Epidemiology and mortality of burns in the Lucknow Region, India—a 5 year study. *Burns*; 2013. 39(8):1599-605.

4. Saberi M, Fatemi MJ, Soroush MR, Masoumi M, Neazi M. Burn Epidemiology in Iran: A Meta-Analysis Study. *Iran J Surg*; 2016. 24(1):47-61.

5. Park SY, Choi KA, Jang YC, Oh SJ. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*; 2008. 34(1):24-31.

6. Wisely JA, Tarrrier N. A survey of the need for psychological input in a follow-up service for adult burn-injured patients. *Burns*; 2001. 27(8):801-7.

7. Herndon DN. *Total burn care*. 2nd Edition. WB Saunders: London; 2007.

8. Church D. *Burn Wound Infections*. *Burns*; 2006. 19:9-10.

9. Van Loey NE, Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. *Am J Clinic Dermatol*; 2003. 4(4):245-72.

10. Haden SC, Scarpa A, Jones RT, Ollendick TH. Posttraumatic stress disorder symptoms and injury: The moderating role of perceived social support and coping for young adults. *Personal Individ Differ*; 2007. 42(7):1187-98.

11. Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsä E. Mental disorders after burn injury: a prospective study. *Burns*; 2011. 37(4):601-9.

12. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

13. Martz E, Livneh H, Southwick SM, Pietrzak RH. Posttraumatic growth moderates the effect of posttraumatic stress on quality of life in US military veterans with life-threatening illness or injury. *J Psychosom Res*; 2018. 109:1-8.

14. Fidel-Kinori SG, Eiroa-Orosa FJ, Giannoni-Pastor A, Tasqué-Cebrián R, Arguello JM, Casas M. The Fenix II study: A longitudinal study of psychopathology among burn patients. *Burns*; 2016. 42(6):1201-11.

15. Dehghanzade SH. Comparative study of quality of life in patients with congestive heart failure with healthy people in Rasht. Master's Degree of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery,

questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Sjsph*; 2006. 4(4):1-12. (Persian)

30. Aazami Y. The Design and Validation of psychosocial model-based treatment plan and its effectiveness in emotion regulation, social skills and improving the quality of life of people with PTSD resulting from burn. Doctoral dissertation in Psychology, Allameh Tabataba'i University; 2018. (Persian)

31. Ozdemir O, Boysan M, Ozdemir PG, Yilmaz E. Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatr Res*; 2015. 228(3):598-605.

32. Renneberg B, Ripper S, Schulze J, Seehausen A, Weiler M, Wind G, et al. Quality of life and predictors of long-term outcome after severe burn injury. *J Behav Med*; 2014. 37(5):967-76.

33. Eskafi Noghani M, Nateghian S, Shirin-Zadeh Dastgiri S, Mohammadzadeh A, Najafi M.

Relationship of post-traumatic stress disorder with social support, quality of life and mental happiness in spouses of veterans with post traumatic stress disorder. *Quart J vet Med*; 2015. 8(1):17-23. (Persian)

34. Penaghi L, Mohammadi S, Ansari F, Mostafavi F. The study of quality of life in women attempts to self-burn in comparison with the control group. *Soc Psychol Stud Women*; 2013. 11(1):55-70. (Persian)

35. Asli Neghad MA, Allah Verdi R, Ekrami A. The effect of psychosocial interventions on the mental health of victims over 15 years of earthquake in Boroujerd. *J Kermanshah Univ Med Sci*; 2010. 14(2):148-55. (Persian)

36. Schneider JC, Trinh NH, Selleck E, Fregni F, Salles SS, Ryan CM, et al. The long-term impact of physical and emotional trauma: the station nightclub fire. *PLoS One*; 2012. 7(10):e47339.

37. McNulty KL. Psychological and emotional recovery to severe burn injury. *J Appl Rehabil Couns*; 2002. 33(1):7-12.