

## بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی بیماران دچار سوختگی

زهرا مرادی

کارشناسی ارشد، گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

zahra59.moradi@gmail.com

### چکیده

زمینه و هدف: هدف اصلی این پژوهش عبارت از بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی بیماران دچار سوختگی است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مداخله‌ای (کارآزمایی بالینی) بر روی مصدومین دارای سوختگی درجه ۲ و بالاتر می‌باشد. جهت تعیین تصویر بدنی از پرسشنامه روابط چند بعدی خود-بدن (۱۹۹۰) (MBSRQ) توسط مشارکت‌کنندگان قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۵ تجزیه و تحلیل خواهند شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مطالعه نشان داد میانگین نمره تصویر بدنی قبل از مداخله در گروه مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا و کنترل به ترتیب ۳۸/۳، ۴۰/۱۷ بود و بین گروه‌های مداخله و کنترل قبل از مداخله از نظر میانگین نمره کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $p = ۰/۰۱۷$ ). همچنین میانگین نمره تصویر بدنی مصدومین سوختگی بعد از مداخله در گروه مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا و کنترل به ترتیب ۴۱/۷ و در گروه کنترل ۴۳/۱۷ بود آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در پس آزمون تصویر بدنی و زیرمقیاس‌های آن مفروضه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > ۰/۰۵$ ).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان می‌دهد افرادی که از مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا برخوردار بودند، بهبودی در تصویر بدنی خود در بازه‌ی زمانی تعیین شده را تجربه نمی‌کنند. مطالعه حاضر نشان داد، با به کارگیری روش مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا تأثیری بر تصویر بدنی بیماران سوختگی ندارد.

کلیدواژه‌ها: سوختگی، مشاوره، روانشناسی مثبت‌گرا، تصویر بدنی

## مقدمه

سوختگی همواره به عنوان یکی از مخرب‌ترین آسیب‌ها در نظر گرفته می‌شود که منجر به مرگ و ناتوانی می‌گردد و نه تنها باعث آثار روانی و اقتصادی عمده می‌شود، بلکه عوارض جسمی دراز مدت شدیدی را به دنبال دارد (۱). هرساله افزون بر ۵۰۰۰۰ بیمار، نیاز به کمک‌های پزشکی به دنبال سوختگی‌های حاد دارند و حدود ۴۰۰۰۰۰ نفر در آمریکا در سال نیاز به بستری پیدا می‌کنند (۲). میانگین هزینه درمان و مراقبت هر بیمار سوختگی در بیمارستان (۱۷۰۷۱۸۰۳ ریال) و برای هر روز بستری در بیمارستان (۸۵۰۱۹۴۶ ریال) بود. هزینه‌های مستقیم درمانی، هزینه‌های مستقیم غیردرمانی و هزینه‌های غیرمستقیم به ترتیب ۱/۴، ۹۴/۱ و ۴/۵ درصد کل هزینه‌ی درمان و مراقبت بیماران سوختگی در بیمارستان را تشکیل دادند. هزینه‌های جراحی، داروها و خدمات تشخیصی به ترتیب بیشترین هزینه مستقیم درمانی را شامل می‌شدند. سهم پرداخت از جیب بیمار از هزینه‌های مستقیم ۷/۷٪ بود (۳). بازماندگان از حوادث سوختگی دچار تنش و فرآیند طولانی بهبود می‌باشند. نشانه‌های جسمی به طور کلی مداوم و پایا هستند و اختلالات روانی مانند اختلال استرس و افسردگی در این بیماران به طور مکرر تکرار شونده هست. سوختگی شروع یک فاجعه برای خانواده و جامعه است؛ زیرا شخص سوخته، جدا از این که مدت‌ها گرفتار مراحل درمان است، ممکن است برای همیشه دچار ناهنجاری‌های ظاهری و ناتوانایی‌های متعدد گردد (۴). بدشکلی و اختلال عملکرد در بیماران سوخته، باعث مقابله نامناسب و کیفیت زندگی اضعیف این بیماران می‌شود. به علت همبستگی راهکارهای مقابله‌ای در درمان این بیماران برنامه حمایتی مناسب جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران ضروری است (۵). همچنین تأثیر مستقیم بر بعد معنوی فرد دارد؛ چرا که کاهش عملکرد بدنی حالت آگاهی نسبت به مرگ را افزایش می‌دهد (۶).

متغیرهای میانجی مانند حمایت اجتماعی پایین، احساسات و سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و ویژگی‌های شخصیتی مانند روان رنجوری و برونگرایی کم، بر تنظیم بعد از آسیب سوختگی تأثیر منفی می‌گذارد (۷). به عقیده اسنایدر<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) امید، نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل (اراده‌های هدفمند) و مسیرها (طرح‌های هدفمند) است و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری و موج سازگاری و سلامت جسمی و روانی است. مارتین سلیگمن بنیان‌گذار روانشناسی مثبت‌گرا و شاگردش، روان درمانی مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا را مطرح کردند و استفاده از آن را در درمان افسردگی و نیز کاربرد فنون آن را در افزایش شادی و نشاط انسان هزاره سوم عرضه داشتند. سلیگمن را می‌توان نسخه به روز شده شناختی، پست مدرن میانه‌رو و انسان‌گرایی نو فرویدی هم چون آلفرد آدلر<sup>۳</sup> به شمار آورد (۸). مشاوره<sup>۴</sup> مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا نویدبخش، برای تلقین خصوصیات است که بیشتر برای تأثیرات مثبت بر نتیجه مددجویان تأکید دارد. این نتایج نشان می‌دهد که مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا می‌تواند یک روش برجسته برای آموزش مداخلات مثبت باشد که می‌تواند در کارهای بالینی مورد استفاده قرار گیرد (۹).

بیماران سوختگی در مورد ناامیدی با دوره‌های طولانی بستری شدن در بیمارستان، امید ایجاد شده از طریق تعامل با کارکنان بیمارستان، ارتباط بین سلامت روانی و جسمی، نشخوار فکری درباره آسیب‌های آن‌ها و چگونگی تأثیر این امر بر آینده، کاهش ارزش شخصی، افزایش تمرکز بر مرگ و میر و خانواده خود بحث کردند (۱۰). اما وضعیت جسمی افراد دچار سوختگی به علت مواردی همچون اسکار، بدشکلی و اختلال عملکرد که از مهمترین عوارض سوختگی می‌باشند، می‌تواند سبب اختلال

در تصویر ذهنی شود و تغییر در تصویر ذهنی از جسم سبب بروز علائمی از قبیل غم، اندوه، دوری از مردم، حساسیت افراطی، احساس حقارت و اختلال درک از خود می‌گردد(۱۱).

بیماری مزمن بیشتر ناتوان کننده است و مستلزم دوباره‌سازی و بازسازی مداوم تصویر ذهنی در سیر بیماری می‌باشد. بیش از ۴۰ درصد بیماران که دچار سوختگی می‌شوند در ۲ سال اول بعد از سوختگی از اختلالات روانی رنج می‌برند و افرادی که از حمایت اجتماعی خانوادگی کمتری برخوردارند، استرس و درد بیشتری را احساس می‌کنند(۱۲). همچنین افرادی که تصویر ذهنی مثبتی از بدن خویش نداشته باشند کیفیت زندگیشان پس از سوختگی وسیع کاهش می‌یابد(۱۳). نتایج مطالعه نشان می‌دهد افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند رضایت بیشتری نیز از تصویر ذهنی خود دارند. بر این اساس می‌توان حمایت اجتماعی خانواده را به عنوان یک راهبرد مؤثر و مقرون به صرفه جهت ایجاد سازگاری با عوارض سوختگی در این افراد مورد نظر قرار داد(۱۴). همچنین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خود پنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی موجب بهبود تصویر بدنی و افزایش خودپنداشت در زنان سوخته می‌شود برگزاری کلاس‌های بازآموزی و نظارت مستمر برای ثبات تغییرهای به وجود آمده، ضروری به نظر می‌رسد(۱۵).

روانشناسی مثبت‌گرا بر پیشگیری از اختلالات بهداشت روان و ارتقاء آن متمرکز است در ایجاد تأثیرات مثبت و پیشگیری از افسردگی مؤثر است، جهت مشاوره از موضوعاتی از قبیل صرفه‌جویی، قدردانی، خود شفقت، استفاده می‌شود، تا به روند بهبود و بازگشت به جامعه مددجو کمک کند(۱۶). افسردگی و سایر مشکلات روحی و روانی در ۳۲٪ موارد نیاز به تشخیص و بیماران آسیب‌دیده ناشی از سوختگی را نشان می‌دهد. بنابراین توانبخشی و مشاوره برای کنترل علائم افسردگی اعم از این که این علائم خفیف یا شدید باشد، برای همه موارد سوختگی ضروری است(۱۷). روانشناسی مثبت‌گرا هدف اصلی خود را بر روی توانایی‌ها و هیجان‌های مثبت افراد قرار داده است. روانشناسی مثبت‌گرا مطالعه علمی تجربیات مثبت، صفت فردی مثبت و نهادهایی است که رشد آنها را تسهیل می‌کند، بر اساس این نگرش تغییر توجه و آگاهی فرد به سمت توانایی‌های مثبت و امکانات بالابرنده خلق در مقابل عوامل ایجادکننده افسردگی، می‌تواند به فرد در مقابله با افسردگی کمک شایانی کرده و از عود آن جلوگیری کند. تمرین‌های مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرایی به گونه‌ای طراحی شده است که سبب کاهش افسردگی میشوند. برای مثال تمرین "سه چیز خوب" باعث خنثی کردن نشخوار ذهنی فرد افسرده، به رویدادهای منفی می‌شود. یا تمرین "ملاقات قدردانی" می‌تواند حافظه را از جنبه‌های منفی روابط گذشته بیمار به سمت لذت بردن از چیزهای خوبی که دوستان و خانواده‌اش برای او انجام داده‌اند تغییر دهد(۱۸).

بیماران این پژوهش به دلیل سوختگی در درجات ۲ و بالاتر دچار سوختگی شده‌اند و این امر باعث اختلال در تصویر بدنی این بیماران شده و حضور فعال مانند گذشته در جامعه، از آنها سلب شده است و خود ایجاد کننده مشکلات روحی و روانی نظیر استرس، اضطراب، بی‌خوابی، نگرانی از آینده، عدم برگشت به کار و... می‌گردد، که این امر نه تنها روند بهبود را کند کرده، بلکه روحیه بازگشت به خانواده و اجتماع را مختل کرده است و در نتیجه احساس ناکامی، افسردگی و اضطراب این بیماران افزایش می‌یابد. سلیگمن شادکامی را موضوع اصلی روانشناسی مثبت‌گرا دانسته و آن را به سه مؤلفه تقسیم می‌کند: هیجان مثبت<sup>۱</sup> (زندگی لذت بخش)<sup>۲</sup>، مجذوب شدن<sup>۳</sup> (زندگی جذاب)<sup>۴</sup> و معنی<sup>۵</sup> (زندگی با معنی) بر اساس این رویکرد،

راهبردهایی که به فرد کمک می‌کند تا یک زندگی لذت بخش، جذاب و با معنا را بسازد مداخله‌های روانشناسی مثبت‌گرا نامیده می‌شود (۱۹). که در این پژوهش سعی بر آن بوده است، به این افراد کمک شود تا منابع و نقاط قوت خود را کشف کنند و به آن‌ها کمک کنیم تا در راه رسیدن به اهداف خود به روشی عملکردی‌تر، ترغیب شوند.

#### سوختگی‌ها:

سوختگی به عنوان یک آسیب تروماتیک به پوست یا سایر ارگان‌ها به دنبال آسیب دمایی یا سایر رُخ داده‌های حاد تعریف می‌شود. سوختگی زمانی رخ می‌دهد که تمام یا قسمتی از سلول‌های پوست یا سایر بافت‌ها به دنبال حرارت، سرما، الکتریسیته، تشعشعات، عوامل شیمیایی از بین رود (۲۰).

#### تصویر بدنی:

تصویر بدنی یا Body image به معنی درک و احساسی است که فرد از زیبایی و کشش جنسی بدن خودش دارد. جامعه انسانی در تمامی دوران‌ها جایگاه ویژه‌ای برای زیبایی بدن انسان قایل بوده‌است، اما دیدگاهی که فرد در مورد بدنش دارد ممکن است مطابق با استانداردهای جامعه نباشد. تصویر بدن، مربوط به ادراک شخص است، احساسات و افکار در مورد بدن او و معمولاً به عنوان بدنه ای تخمین اندازه، ارزیابی جذابیت بدن و احساسات مرتبط با فرم بدن ترکیب می‌شود (۲۱). می‌توان آن را به «شکلی که فرد بدن خودش را در آینه یا در ذهنش می‌بیند» تعریف کرد. این تصویر در واقع ترکیبی از خاطرات، تجربیات، مفروضات و مقایسات یک فرد از ظاهرش و نگرش کلی او نسبت به قد، شکل و وزنش است. همچنین تصور فردی هر شخصی از بدنش، محصولی از ایده‌آل‌های کشت شده توسط ایده‌آل‌های فرهنگی است. تصویر بدن، نماینده تصویری است که فرد از بدن خود دارد. مطالعه Thompson و همکارانش نشان داد که بین نارضایتی از بدن و اختلالات خوردن، اعتماد به نفس پایین و بروز افسردگی، ارتباط مستقیمی وجود دارد (۲۲).

سوختگی به علت ایجاد بدشکلی‌ها و فقدان عملکرد قبلی اندام‌ها موجب اختلال‌های فیزیولوژیک و روانشناختی می‌شود یکی از مهمترین این اختلال‌ها آشفتگی در خودپنداشت و تصویر بدنی است که باعث ایجاد اثرهای مخربی بر بهزیستی روانی فرد سوخته می‌شود. به عبارتی دیگر، بدشکلی و اختلال در عملکرد اندام‌ها موجب اختلال در خودپنداشت و تصویر بدنی فرد سوخته می‌شود، تصویر بدنی به معنی درک و احساسی است که فرد از زیبایی و کشش جنسی بدن خودش دارد. افراد با بدشکلی قابل رؤیت، با یک برجسب نامناسب رو به رو می‌شوند، تعبیرهای بدی را در مورد ظاهرشان می‌شنوند و با سؤال‌های ضد اجتماعی زیادی درباره علت بدشکلی برخورد می‌کنند و یا با رفتارهای اجتنابی مواجه می‌شوند. سوختگی روی بهزیستی روانی فرد تأثیر می‌گذارد و موجب طرد، اضطراب، افسردگی، اضطراب اجتماعی و تنیدگی مزمن پس از سانحه در فرد می‌شود؛ به طوری که با گذشت چندین سال از حادثه سوختگی، تنش‌های ناشی از آن همچنان ادامه دارد. به طور کلی تصویر بدن در زمینه تحولی و روان تحلیل‌گری، به طور کاربردی به عنوان بازنمایی‌های ذهنی خودبدنی تعریف می‌شود، این بازنمایی‌ها به تصویرهای دیداری (مانند تصویر بدن فرد در مغز) محدود نمی‌شود. بلکه شامل طرح واره تمام دروندادهای حسی است که به طور درونی و بیرونی برانگیخته شده یا در واقع تجاربی است که به طور فزاینده‌ای در گستره تحول روانی، نمایان شده است. عسگری و شباکی ۱۳۸۹ در پژوهشی نشان دادند که تصویر بدنی، عنصری اساسی از شخصیت و خودپنداره هر فرد است که بر زندگی روانی و نگرش‌های او تأثیر می‌گذارد. این تصویر می‌تواند مثبت یا منفی بوده، بر بهزیستی روانی فرد تأثیر بگذارد و به منبعی برای هیجان‌های مثبت و منفی تبدیل شود. چنین پژوهش‌هایی نشان می‌دهد که ظاهر فیزیکی افراد با جنبه‌های مختلف کارکرد اجتماعی نیز مرتبط است (۲۳).

از این رو پذیرش تصویر بدنی و خودپنداشت در این افراد از مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد. فرد سوخته نه تنها باید با ظاهر جدید خود کنار بیاید، بلکه از نظر اجتماعی و روانی نیز باید با این تصویر جدید سازگاری حاصل کند. نداشتن

هیجان‌های مثبت و لذت‌درد زندگی، تنها نشانه‌های آسیب‌های روانشناختی نیستند، بلکه از عوامل ایجادکننده آنها هستند. بنابراین داشتن هیجان‌های مثبت و افزایش آنها در زندگی از اهمیتی ویژه برخوردار است (۲۴).

#### روانشناسی مثبت‌گرا:

شاخه‌ای جدید در علم روانشناسی است که به صورت رسمی در سال ۲۰۰۰ توسط پروفیسور مارتین سلیگمن، رئیس وقت انجمن روانشناسی آمریکا بنیان‌گذاری شد. روان‌شناسی مثبت‌گرا مطالعه علمی تجربیات مثبت، صفات فردی مثبت و نهادهایی است که رشد این تجربیات و صفات را تسهیل می‌کند. سلیگمن خودکارآمدی را موضوع اصلی رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا دانسته و بر اساس این رویکرد، راهبردهایی که به آزمودنی‌ها کمک می‌کنند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و با معنا را بسازند، مداخله مثبت‌گرا گفته می‌شود. هدف روان‌شناسی مثبت‌گرا ایجاد تسهیل در تغییر تمرکز روان‌شناسی از اشتغال صرف با ترمیم بدترین چیزها در زندگی، به سمت به وجود آوردن کیفیت‌های مثبت و گسترش دادن تمرکز روان‌شناسی به فراتر از رنج کشیدن و تسکین مستقیم آن است. روان‌شناسی مثبت‌گرا به دنبال توانایی‌های سالم، جاه‌طلبی‌ها، تجربیات زندگی مثبت و توانایی‌های منش افراد و اینکه چگونه آنها به‌عنوان سپری در مقابل اختلال عمل می‌کنند، است (۲۵).

#### نوع پژوهش:

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی دو سو کور بود که به صورت یک گروه مداخله و یک گروه کنترل قبل و بعد انجام گردید و با کد IRCT20210308050629N1 در سایت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده است. محیط پژوهش درمانگاه سوختگی واقع در مرکز سوختگی بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه بود. جامعه پژوهش، شامل کلیه مصدومین دچار سوختگی درجه دو و بالاتر که پس از ترخیص به صورت منظم جهت ادامه درمان به صورت جلسات هفتگی به این مرکز مراجعه می‌کردند و نیازمند به مراقبت‌های پیگیر به مدت حداقل یک ماه بودند. بیماران مراجعه‌کننده به مرکز سوختگی امام خمینی (ره) کرمانشاه در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ که برای شرکت در برنامه آموزشی رضایت داشتند و دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. در مرحله بعد نیز انتساب به گروه‌ها به صورت تصادفی صورت گرفت. پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه مرکز سوختگی مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)، نمونه‌ها را از بین مراجعینی که جهت شرکت در برنامه رضایت داشتند، به صورت دسترس انتخاب نمود و انتساب به گروه‌ها به صورت تصادفی صورت گرفت.

پژوهش حاضر، یک مطالعه مداخله‌ای (کارآزمایی بالینی) است که جامعه آماری آن بر روی مصدومین دارای سوختگی با جامعه آماری ۶۰ نفر بیمار واجد شرایط مراجعه‌کننده به بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی (ره) انجام شد. پژوهشگر پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، از بین بیماران سوختگی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه، بیمارانی که سوختگی درجه ۲ و بالاتر داشتند و همچنین نیازمند به مراقبت‌های درمانی پیگیر به مدت حداقل یک ماه بودند، انتخاب شدند.

در ابتدا، جامعه آماری که در بخش درمانگاه سوختگی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، پس از بررسی معیارهای ورود و خروج تعیین شد و افراد مورد نظر انتخاب شدند، هدف و نحوه انجام پژوهش برای آنها توسط پژوهشگر توضیح داده شد و از آنان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه گرفته شد و به صورت تصادفی به دو گروه A و B (هر گروه شامل ۳۰ نفر) تقسیم شدند و در ابتدا به هر دو گروه پرسشنامه پیش‌آزمون تصویر بدنی داده شد (این پرسشنامه یک آزمون ۴۶ سؤالی است). سؤال‌های آزمون شش بُعد روابط بدن - خود شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی را بر حسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت<sup>۱</sup> (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) می‌سنجد، تا آن را تکمیل کردند و در ادامه گروه A که شامل ۳۰ بیمار منتخب تصادفی است، با توجه به شرایط بیماران، جلسات مشاوره مبتنی

<sup>45</sup>likert

بر روانشناسی مثبت‌گرا توسط محقق با تأیید اساتید مربوطه در محیط ساکت و آرام واقع در اتاق معاینه درمانگاه سوختگی، در زمان انتظار بیماران جهت ویزیت پزشک و انجام اقدامات درمانی طبق توافق با بیماران، برگزار گردید. جهت عدم ملاقات گروه A و B، زمان جلسات گروه A روزهای زوج و زمان جلسات گروه B روزهای فرد در نظر گرفته شد. محتوای جلسات آموزشی پس از استخراج از منابع و کُتبی همچون روان‌شناسی مثبت‌گرا (۱۳۹۱/۲۰۰۴ ترجمه شریفی و همکاران)، (فنون روان‌شناسی مثبت‌گرا مگیار- مویی<sup>۱</sup> ۱۳۹۱/۲۰۰۹ ترجمه براتی سده)، شادمانی درونی (سلیگمن، ۱۳۹۳/۲۰۰۲ ترجمه تبریزی، کریمی و نیلوفری) همچنین مشاوره با اساتید طی ۶ جلسه طراحی شد. در گروه آموزش مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا محتوای آموزشی به صورت هفتگی طی ۶ جلسه (۲ بار در هفته طی ۳ هفته) بر طبق جدول طراحی شده جلسات آموزش توسط محقق با تأیید اساتید مربوطه (جدول ۳-۱) برگزار شد. نوع آموزش تعیین شده به صورت گروهی طراحی شد که توسط پژوهشگر طی مدت ۶۰ دقیقه ارائه شد. در صورت نیاز در هر جلسه مدت زمان بیشتری اختصاص داده می‌شد. در پایان هر جلسه، به مدت پنج الی ده دقیقه فرصت جهت پرسش و پاسخ به بیماران داده شد و زمان و موضوع جلسه بعدی نیز مشخص گردید.

جدول ۱- خلاصه‌ای از پروتکل شش جلسه‌ای مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا

جلسه	عنوان	زمان
اول	معارفه و مقدمه: آشنایی با اعضا-توضیح پیرامون جلسات-بحث در مورد خویشتن‌پنداره	۶۰ دقیقه
دوم	آموزش مهارت‌های شادکامی: مرور تکالیف مربوط به شناسایی نقاط قوت	۶۰ دقیقه
سوم	معرفی مفهوم قدردانی: مرور تمرین‌های جلسات قبل- تبیین مفهوم، فواید و روش‌های ابراز قدردانی و سپاسگزاری	۶۰ دقیقه
چهارم	معرفی مفهوم امید: بحث در مورد مفهوم و اهمیت امید-کمک به اعضا برای تقسیم کردن زندگی به حیطه‌های مختلف و..	۶۰ دقیقه
پنجم	معنادار بودن زندگی: مرور راهبردهای افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی ارائه‌ی نمونه رفتار خودکارآمد در افراد	۶۰ دقیقه
ششم	جمع بندی جلسات: تشکر از اعضا، ارائه خلاصه‌ای از مباحث جلسات	۶۰ دقیقه

لازم به ذکر است که جدول فوق محورهای اصلی آموزش بود و بعضاً در هر کدام از جلسات جابجایی آموزشی رخ داد. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش ابتدا اهداف پژوهش توسط پژوهش‌گر به مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آنان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه کسب شد. کورسازی به جهت کاهش میزان خطا در مطالعات کارآزمایی بالینی انجام می‌شود. این مطالعه به صورت دوسوکور بود به این ترتیب که محقق که تخصیص تصادفی را انجام داد و تحلیل‌گر نیز بود. امکان کورسازی بیماران وجود ندارد.

#### یافته‌ها

##### بررسی وضعیت نرمالیتی مقیاس تصویر بدنی

در این بخش ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف به بررسی وضعیت نرمال بودن نمرات مقیاس تصویر بدنی و زیر مقیاس‌های آن شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی پرداخته شد (جدول ۲).

جدول ۲- بررسی وضعیت نرمالیتی مقیاس تصویر بدنی بیماران سوختگی بر حسب گروه‌های مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

کنترل				مداخله				زمان	متغیر / گروه
چولگی	کشدگی	P-value	آماره آزمون	چولگی	کشدگی	P-value	آماره آزمون		
۰/۷۸۱	-۰/۷۸۷	۰/۰۲۸	۰/۱۷۵	-۰/۰۵۱	-۱/۱	۰/۰۹۵	۰/۱۴۳	قبل از مداخله	ارزشیابی قیافه
۰/۳۳۷	-۰/۶۳۷	۰/۰۰۹	۰/۱۹۲	۱/۳	-۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵۳	بعد از مداخله	
-۰/۴۸۶	-۰/۲۱۷	۰/۲۰۰	۰/۱۰۷	۰/۴۹۰	۰/۴۶۹	۰/۲۰۰	۰/۱۰۵	قبل از مداخله	جهت گیری قیافه
-۰/۰۳۸	۰/۳۶۶	۰/۰۹۴	۰/۱۵۳	-۰/۴۸۶	-۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶۳	بعد از مداخله	
-۰/۷۰۵	۰/۲۹۱	۰/۰۳۷	۰/۱۷۰	۱/۹	-۰/۸۵۱	۰/۰۰۳	۰/۱۹۸	قبل از مداخله	ارزشیابی تناسب اندام
۰/۴۲۹	-۰/۶۲۸	۰/۰۴۶	۰/۱۶۶	۱/۲	-۱/۶	۰/۰۲۵	۰/۱۶۶	بعد از مداخله	
-۰/۳۶۳	۰/۴۴۰	۰/۲۰۰	۰/۱۲۹	-۰/۲۹۳	-۰/۰۴۵	۰/۲۰۰	۰/۱۰۶	قبل از مداخله	جهت گیری تناسب اندام
-۰/۱۲۵	۰/۳۷۸	۰/۲۰۰	۰/۱۰۵	۰/۸۳۳	-۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۲	بعد از مداخله	
-۰/۹۳۲	-۰/۲۵۸	۰/۰۰۲	۰/۲۱۷	-۰/۰۵	-۰/۳۲۸	۰/۰۱۲	۰/۱۷۸	قبل از مداخله	وزن ذهنی
-۰/۱۵۲	-۰/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴۲	۱/۱	-۱/۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵۵	بعد از مداخله	
۰/۸۲۳	-۱/۱	۰/۰۹۳	۰/۱۵۳	-۰/۳۷۶	-۰/۱۳۲	۰/۲۰۰	۰/۱۰۰	قبل از مداخله	رضایت بدنی
۰/۸۴۵	-۰/۴۹۷	۰/۲۰۰	۰/۱۱۲	۰/۱۳۶	۰/۲۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵۷	بعد از مداخله	
۰/۳۷۹	-۰/۴۴۸	۰/۲۰۰	۰/۱۳۰	-۰/۳۳۲	-۰/۰۸۰	۰/۲۰۰	۰/۱۲۴	قبل از مداخله	تصویر بدنی (نمره کل)
۰/۴۲۷	۰/۳۷۳	۰/۰۳۱	۰/۱۷۳	۱/۵	-۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶۶	بعد از مداخله	

با توجه به نتایج جدول ۴-۵ در صورتی که سطح معناداری از ۰/۰۵ کوچکتر باشد، توزیع نمرات غیرنرمال و در غیر این صورت دارای توزیع نرمال می‌باشد. در این پژوهش با توجه به بالا بودن حجم نمونه ( $n \geq 30$ ) برای آزمون نرمال بودن داده‌ها، از خطای استاندارد ضریب چولگی و خطای استاندارد ضریب کشدگی استفاده شده است. با توجه به اینکه خطای استاندارد چولگی و کشدگی برای تمامی متغیرها بین (۲+ و ۲-) می‌باشد لذا توزیع متغیرهای مذکور نرمال فرض می‌گردد.

**فرضیه تحقیق:** تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی بیماران سوختگی

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار مقیاس تصویر بدنی بیماران سوختگی بر حسب گروه‌های مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

شاخص آماری	کنترل	مداخله	زمان	متغیر / گروه
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار		
P-value=۰/۲۶۹ t=۱/۱	۲۲ $\pm$ ۲/۴	۲۲/۸ $\pm$ ۳/۵	قبل از مداخله	ارزشیابی قیافه
P-value=۰/۰۵۰ t=-۱/۹	۲۴/۵ $\pm$ ۱/۹	۲۲/۷ $\pm$ ۴/۷	بعد از مداخله	
	P-value=۰/۰۰۱ t=-۴/۳	P-value=۰/۸۷۳ t=۰/۱۶۱	شاخص آماری	
P-value=۰/۰۰۳ t=۳/۰۵	۳۱/۱ $\pm$ ۴/۰۷	۳۴/۶ $\pm$ ۴/۷	قبل از مداخله	جهت گیری قیافه
P-value=۰/۴۴۹ t=۰/۷۶۲	۳۹/۷ $\pm$ ۳/۷	۳۸/۵ $\pm$ ۸/۰۵	بعد از مداخله	
	P-value =۰/۰۰۱	P-value=۰/۰۲۱	شاخص آماری	

	$t=-۱۰/۰۴$	$t=-۲/۴$		
P-value= $۰/۴۷۰$ $t=-۰/۷۲۸$	$۹/۴ \pm ۲/۰۹$	$۹/۰۳ \pm ۲/۵$	قبل از مداخله	ارزشیابی تناسب اندام
P-value= $۰/۱۰۵$ $t=-۱/۶$	$۱۰/۴ \pm ۱/۸$	$۹/۵ \pm ۲/۵$	بعد از مداخله	
	P-value= $۰/۰۸۷$ $t=-۱/۷$	P-value= $۰/۴۳۱$ $t=-۰/۷۹۸$		شاخص آماری
P-value= $۰/۰۱۱$ $t=۲/۶$	$۳۷/۱ \pm ۴/۴$	$۳۹/۹ \pm ۳/۶$	قبل از مداخله	جهت گیری تناسب اندام
P-value= $۰/۹۰۶$ $t=۰/۱۱۹$	$۳۸/۴ \pm ۴/۲$	$۳۸/۶ \pm ۸/۲$	بعد از مداخله	
	P-value= $۰/۲۲۱$ $t=-۱/۲$	P-value= $۰/۴۷۲$ $t=۰/۷۲۸$		شاخص آماری
P-value= $۰/۵۰۵$ $t=-۰/۶۷۱$	$۶/۱ \pm ۱/۱$	$۵/۹ \pm ۱/۱$	قبل از مداخله	وزن ذهنی
P-value= $۰/۰۶۷$ $t=-۱/۸$	$۶/۶ \pm ۰/۷۷$	$۶/۰۳ \pm ۱/۴$	بعد از مداخله	
	P-value= $۰/۰۶۲$ $t=-۱/۹$	P-value= $۰/۷۱۷$ $t=۰/۳۶۶$		شاخص آماری
P-value= $۰/۷۶۳$ $t=-۰/۳۰۲$	$۲۸/۳ \pm ۲/۵$	$۲۸/۰۶ \pm ۳/۳$	قبل از مداخله	رضایت بدنی
P-value= $۰/۵۱۷$ $t=-۰/۶۵۲$	$۳۱/۴ \pm ۲/۶$	$۳۰/۶ \pm ۶/۱$	بعد از مداخله	
	P-value= $۰/۰۰۱$ $t=-۴/۹$	P-value= $۰/۰۴۸$ $t=-۲/۰۶$		شاخص آماری
P-value= $۰/۰۱۷$ $t=۲/۴$	$۱۳۴/۱ \pm ۸/۳$	$۱۴۰/۴ \pm ۱۱/۲$	قبل از مداخله	تصویر بدنی (نمره کل)
P-value= $۰/۳۴۴$ $t=-۰/۹۵۵$	$۱۵۱/۲ \pm ۸/۴$	$۱۴۶/۰۳ \pm ۲۸/۶$	بعد از مداخله	
	P-value= $۰/۰۰۱$ $t=-۷/۶$	P-value= $۰/۳۱۴$ $t=-۱/۰۲$		شاخص آماری

در جدول ۳ نتایج توصیفی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس تصویر بدنی زیرمقیاس‌های آن در گروه مداخله و کنترل آمده است. براین اساس در گروه مداخله بحث گروهی نمرات در همه‌ی شاخص‌ها به ترتیب در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون افزایش و در برخی زیر مقیاس‌ها کاهش محسوس‌تری دارند که این وضعیت در گروه کنترل روندی افزایشی داشته است. جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه‌ی میانگین زیرمقیاس‌های تصویر بدنی در گروه‌های مداخله و

#### کنترل

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P-value	میزان تأثیر
گروه	ارزشیابی قیافه	۴۳/۸	۱	۴۳/۸	۳/۱	۰/۰۸۳	۰/۰۵۷
	جهت گیری قیافه	۳۳/۸	۱	۳۳/۸	۰/۸۴۳	۰/۳۶۳	۰/۰۱۶
	ارزشیابی تناسب اندام	۵/۶	۱	۵/۶	۱/۰۷	۰/۳۰۵	۰/۰۲۰



۰/۰۰۱	۰/۹۴۹	۰/۰۰۴	۰/۱۹۷	۱	۰/۱۹۷	جهت‌گیری تناسب اندام
۰/۰۴۵	۰/۱۲۲	۲/۴	۳/۴	۱	۳/۴	وزن ذهنی
۰/۰۰۹	۰/۵۰۱	۰/۴۵۹	۱۰/۶	۱	۱۰/۶	رضایت بدنی

منظور از گروه مقایسه‌ی گروه مداخله و کنترل بعد از انجام مداخله است. به تفکیک هر زیر مقیاس و پی ویلیو نشان می‌دهد که گروه‌ها تفاوتی با هم نداشتند.

با توجه به طرح پژوهش که از نوع پیش آزمون و پس آزمون بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون، از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری<sup>۱</sup> استفاده شد. جهت استفاده از این روش آماری رعایت مفروضه‌های همسانی ماتریس‌های واریانس\_کواریانس، تجانس واریانس‌ها و همگنی ضرائب رگرسیون در مراحل پس آزمون ضروری است. برای نشان دادن رعایت مفروضه‌های همسانی ماتریس‌های واریانس\_کواریانس از آزمون باکس<sup>۲</sup> استفاده شده است. میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس واریانس - کوواریانس همگن هستند. برای تعیین همگونی واریانس دو گروه در مرحله‌ی پس آزمون از همگونی واریانس لوین<sup>۳</sup> استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در پس آزمون تصویر بدنی و زیرمقیاس‌های آن مفروضه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ( $P > 0.05$ ).

مفروضه‌ی دیگر تحلیل کواریانس چندمتغیری، همگونی ضرائب رگرسیون است. لامبدای ویلک<sup>۴</sup> در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار نبود. بنابراین مفروضه همگنی ضرائب رگرسیون نیز برقرار است.

آماره‌ی چند متغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکس در سطح اطمینان ۹۵ درصد در مرحله‌ی پس آزمون معنی‌دار نمی‌باشد ( $P\text{-value}=0.127$  و  $f=1/1$ ). بدنی ترتیب فرض صفر آماری پذیرفته و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیر پاسخ تصویر بدنی از مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا در بیماران دچار سوختگی تأثیری نپذیرفته است. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که تحلیل کواریانس تک متغیری به بررسی این موضوع پرداخته است که تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته در مرحله‌ی پس آزمون چقدر بوده است.

جدول ۴-۷ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره را به منظور بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی در مرحله‌ی پس آزمون را نشان می‌دهد. بر این اساس در ابتدا اثر پیش آزمون حذف شد، سپس میانگین دو گروه مداخله و کنترل در مرحله‌ی پس آزمون در حیطه‌های مختلف مانند شامل ارزشیابی قیافه (مجذور اتا برابر ۰/۰۵۷،  $F=43/8$ ,  $P>0.05$ )، جهت‌گیری قیافه (مجذور اتا برابر ۰/۰۱۶،  $F=33/8$ ,  $P>0.05$ )، ارزشیابی تناسب اندام (مجذور اتا برابر ۰/۰۲۰،  $F=5/6$ ,  $P>0.05$ )، جهت‌گیری تناسب اندام (مجذور اتا برابر ۰/۰۰۰۰۱،  $F=0.197$ ,  $P>0.05$ )، وزن ذهنی (مجذور اتا برابر ۰/۰۴۵،  $F=3/4$ ,  $P>0.05$ ) و رضایت بدنی (مجذور اتا برابر ۰/۰۰۹،  $F=10/6$ ,  $P>0.05$ ) مقادیر ذکر شده به دست آمد که با ضریب اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری از نظر آماری بین میانگین‌های دو گروه در این شاخص‌ها وجود نداشت.

## نتیجه گیری:

این مطالعه به شیوه‌ی توصیفی - تحلیلی با هدف بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی بیماران سوختگی به انجام رسیده است. در این پژوهش تلاش کردیم با مقایسه بیماران در دو گروه ۳۰ نفره مداخله و کنترل بررسی کنیم که آیا مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی بیماران سوختگی مؤثر هست یا نه؟ و آیا می‌توان به عنوان ابزاری کمک‌کننده در این بیماران مورد استفاده قرار گیرد؟؟ که نتایج به دست آمده نشان داد در بازه‌ی زمانی ۳ هفته‌ای با ۶ جلسه مشاوره مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا، نمی‌توان در تصویر بدنی این بیماران تغییر ایجاد کرد و به نظر نویسندگان نیاز به صرف زمان بیشتری برای حصول به نتیجه مطلوب دارد. در این خصوص می‌توان با توجه به شرایط خاص روحی، روانی و اجتماعی بیماران سوختگی و طی شدن زمان، جهت ترمیم آثار جسمی و روحی که متحمل شده‌اند، باید این امر در طولانی مدت و در کنار سایر کارشناسان مربوطه مورد بررسی و اثر بخشی قرار بگیرد تا نتیجه مطلوب حاصل شود.

## منابع

- 1- Farrokh-Eslamlou HR, Khorasani-Zavareh D, Oshnouei S, Mokhtarpour S. Epidemiology of burns injury among women in reproductive age in the West Azerbaijan Province of Iran: a three year case-study. Safety promotion and injury prevention (Tehran). 2014
- 2- Walkosz BJ, Scott MD, Buller DB, Andersen PA, Beck L, Cutter GR. Prevalence of sun protection at outdoor recreation and leisure venues at resorts in North America. American journal of health education. 2017;48(2):90-9.
- 3- Mosadeghrad AM, Pourreza A, Yaghubi-Fard F. Economic burden of burn injuries in Taleghani Hospital, Ahvaz, Iran. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2019;16(4).
- 4- Chabi IF. Survey of the burn status of self-inflicted female. Jundishapur journal of health sciences. 2011;3(1):73-82.
- 5- Daryabeigi R, Abdolmohammadi L, Alimohammadi N, Ghazavi Z. The effectiveness of combination therapy Snyder and Islamic hope to improve the quality of life for people with burns: clinical tria. Complementary Medicine Journal. 2016;6(1):1395-409.
- 6- Pool MK, Nadrian H, Pasha N. Effects of a self-care education program on quality of life after surgery in patients with esophageal cancer. Gastroenterology Nursing. 2012;35(5):332-40.
- 7- Van Loey NE, Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. American journal of clinical dermatology. 2003;4(4):245-72.
- 8- Boykin RB. Integrating positive psychology techniques into rehabilitation counselor education. Rehabilitation Research, Policy, and Education. 2010;24(1/2):25.
- 9- Yöntemi FBDNA. Effects of an Online Positive Psychotherapy Class on Future Counselors: Consensual Qualitative Research.
- 10- Barnett BS, Mulenga M, Kiser MM, Charles AG. Qualitative analysis of a psychological supportive counseling group for burn survivors and families in Malawi. Burns. 2017;43(3):602-7.
- 11- Cleary M, Visentin DC, West S, Andrews S, McLean L, Kornhaber R. Bringing research to the bedside: Knowledge translation in the mental health care of burns patients. International journal of mental health nursing. 2018;27(6):1869-76.
- 12- Abd Elalem SM, Shehata O, Shattla SI. The effect of self-care nursing intervention model on self-esteem and quality of life among burn patients. Clin Nurs Stud. 2018;6(2):79-90.

- 13- Citron I, Amundson J, Saluja S, Guilloux A, Jenny H, Scheffer M, et al. Assessing burn care in Brazil: an epidemiologic, cross-sectional, nationwide study. *Surgery*. 2018;163(5):1165-72.
- 14- Winkler JC. The relationship between social support and body image in the primipara woman's first three weeks postpartum: Oral Roberts University; 1986.
- 15- MR J. < The > effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-concept and body image in burnt women. 2012.
- 16- Wong PT. Second wave positive psychology's (PP 2.0) contribution to counselling psychology. *Counselling Psychology Quarterly*. 2019;32(3-4):275-84.
- 17- Ali H, Pervaiz M. Depression in adults post burn injury: a descriptive study conducted in the burn centre of a tertiary care hospital in Karachi. *Annals of burns and fire disasters*. 2019;32(1):33.
- 18- Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American psychologist*. 2006;61(8):774.
- 19- Hamm JS, Carlson J, Erguner-Tekinalp B. Adlerian-based positive group counseling interventions with emotionally troubled youth. *The Journal of Individual Psychology*. 2016;72(4):254-72.
- 20- Hassan AJ. Case Fatality Rate, Determination and Causes of Death in Al Nassiriay Burn Center at 2015 and 2016. *Thi-Qar Medical Journal*. 2018;15(1):29-42.
- 21- Keefe-Cooperman K, Brady-Amoon P. Psychology, counseling psychology, and professional counseling: Shared roots, challenges, and opportunities. *The European Journal of Counselling Psychology*. 2017;6(1):41-62.
- 22- Kim H, Doiron K, Warren M, Donaldson S. The international landscape of positive psychology research: A systematic review. *International Journal of Wellbeing*. 2018;8(1).
- 23- Pondehnezhadan A, Fard RJ. Effectiveness of schema therapy on body-image, self-concept, maladaptive schemas in patients with body dysmorphic disorder. *World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine*. 2018;99(5641):1-8.
- 24- Greenhalgh DG. Management of burns. *New England Journal of Medicine*. 2019;380(24):2349-59.
- 25- Küpper T, Steffgen J, Jansing P. Cold exposure during helicopter rescue operations in the Western Alps. *Annals of occupational hygiene*. 2003;47(1):7-16.