

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خود پنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی

مهرک رهبریان*

دکتر مرتضی ترخان**

دکتر محمدرضا جلالی***

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بیمارستان ۲۲ بهمن دانشگاه علوم پزشکی قزوین
 ** استادیار گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه پیام نور رامسر
 *** استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین

آدرس نویسنده مسؤول: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، بیمارستان ۲۲ بهمن، گروه روان‌شناسی، تلفن ۰۲۸۱-۲۵۵۵۰۵۴

Email: Rahbarian2007@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۱۸

تاریخ دریافت: ۸۹/۲/۲۸

* چکیده

زمینه: 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.

هدف: این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خودپنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۸۸ به روش دو گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بر روی ۳۰ نفر از زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله انجام شد. این افراد در بیمارستان شهید رجایی قزوین بستری و دچار سوختگی درجه دو و سه بودند که مرحله حاد را پشت سر گذاشته و به روش در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمون و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمون درمان شناختی- رفتاری و گروه شاهد درمان معمول پزشکی را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از دو پرسش‌نامه تصویر بدنی فرد سوخته و خودپنداشت بک جمع‌آوری و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کوواریانس و تی مقایسه میانگین‌های مستقل، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تفاوت بین دو گروه آزمون و شاهد در نمره تصویر بدنی ($F=۸/۹۲$) و در نمره خودپنداشت ($F=۹/۲۳$) از نظر آماری معنی‌دار بود ($P \leq 0/05$). همچنین تفاوت بین دو گروه آزمون و شاهد در متغیر تصویر بدنی در پی‌گیری یک ماه بعد ($t=۳/۶۹$) معنی‌دار بود ($P \leq 0/05$). اما در متغیر خودپنداشت در پی‌گیری یک ماه بعد ($t=۱/۶۴$) معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری گروهی موجب بهبود تصویر بدنی و افزایش خودپنداشت در زنان سوخته می‌شود و برگزاری کلاس‌های بازآموزی و نظارت مستمر برای ثبات تغییرهای به وجود آمده، ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری گروهی، خودپنداشت، تصویر بدنی، زنان دچار سوختگی

* مقدمه

خودپنداشت یک روند پویای شناختی و درک سازمان یافته از جسم فرد است که تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و متغیرهای روانی قرار می‌گیرد و تصور از بدن که یکی از اجزای خاص خودپنداشت است، درک آگاهانه و ناآگاهانه از جسم در ارتباط با جنسیت، ظاهر، سلامتی، سن، فعالیت بدنی، تمامیت جسمی و غیره را شامل می‌شود.^(۳)

سالانه ده‌ها هزار نفر به علت سوختگی به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند. اکثر این افراد در اثر سوختگی دچار بدشکلی در اندام‌ها می‌شوند. در این میان سوختگی صورت و اندام‌هایی که پوشیده نیست، بیش از سایر اندام‌ها فرد را دچار پریشانی و تنش می‌کند.^(۱) به عبارتی دیگر، بدشکلی و اختلال در عملکرد اندام‌ها موجب اختلال در خودپنداشت و تصویر بدنی فرد سوخته می‌شود.^(۲)

با توجه به این که زنان حساسیت بسیار بالا و آسیب‌پذیری بیش‌تری نسبت به تصویر بدنی و پذیرش خود دارند و در صورت آسیب‌دیدگی دچار اختلال‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی می‌شوند،^(۱۱) مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خودپنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مداخله‌ای به روش دو گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در بخش سوختگی بیمارستان شهید رجایی قزوین در سال ۱۳۸۸ انجام شد. از بین زنان دچار سوختگی درجه دو و سه بستری در این بخش، ۳۰ نفر از آنان که در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند و مراحل حاد بیماری را پشت سر گذاشته و نمره تصویر بدنی منفی و خودپنداشت خنثی تا منفی داشتند، به روش در دسترس انتخاب شدند.

ابتدا در مورد پژوهش، چگونگی شرکت در آن، کسب رضایت آگاهانه و کتبی، چگونگی پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه و محرمانه بودن آن اطلاعاتی در حد درک شرکت‌کنندگان به آن‌ها داده شد. سپس آزمون خودپنداشت بک و تصویر بدنی فرد سوخته (علی حسینی) انجام و مشخصه‌های جمعیتی آن‌ها نیز ثبت شد.^(۶) سپس افراد به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های ۲۵ نفری شاهد و آزمون قرار گرفتند. گروه آزمون درمان شناختی- رفتاری گروهی را به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه توسط روان‌شناس بالینی که در زمینه درمان شناختی- رفتاری مهارت کافی داشت، دریافت کردند و گروه شاهد تنها مراقبت‌های معمول پزشکی را دریافت کردند سپس برای تمامی آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً آزمون خودپنداشت بک و تصویر بدنی فرد سوخته انجام شد. بیماران بعد از یک ماه جهت پی‌گیری به درمانگاه

افراد با بد شکلی قابل رویت با یک برچسب 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.^(۴)

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.^(۵)

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.^(۶)

در نتیجه توان بخشی در حیطه روان درمانی در مورد این افراد بسیار اهمیت دارد.^(۱)

مداخله‌های متعددی از جمله درمان‌های شناختی- رفتاری جهت بیماران دچار بدشکلی وجود دارد.^(۷) این روش درمانی سعی دارد ادراک و شناخت فرد آسیب دیده از خود را تغییر دهد.^(۸) اساس درمان شناختی- رفتاری این است که افکار خودآیند، علت رفتارهای غیرانطباقی هستند. افراد باید راه‌های جدید تفکر را بیاموزند تا ناامیدی در این افراد کاهش یابد و بتوانند در طرح مراقبت از خود شرکت نمایند.^(۹) در گروه درمانی نیز بیماران می‌آموزند که اختلال آن‌ها منحصر به فرد و شرم‌آور نیست و می‌توانند از حمایت و تفاهم دیگر اعضای گروه برخوردار شوند. همچنین فرصتی برای بیماران فراهم می‌شود تا بتوانند افکار، دل مشغولی و تجربه‌های خود را با یکدیگر در میان بگذارند و زمینه طرح و بحث در مورد ترس‌های اجتماعی زیربنایی مانند ترس از رنجاندن دیگران یا مورد انتقاد قرار گرفتن را فراهم آورند.^(۱۰)

پاسخ‌دهنده می‌خواهد که خود را با افرادی که می‌شناسد، مقایسه کند. این پرسش‌نامه حاوی ۲۵ سؤال است که هر قسمت ۵ جزء دارد و دامنه آن ۲۵ تا ۱۲۵ است. جهت تعیین اعتبار از روایی هم زمان استفاده شد که ضریب همبستگی آن ۵۵ درصد بود و جهت تعیین پایایی از همسانی درونی استفاده شد که بازآزمایی آن ضریب همبستگی ۸۸ درصد داشت. برای تعیین اعتبار علمی در ایران از روش اعتبار محتوا استفاده شد و اعتماد علمی آن به علت استاندارد بودن پرسش‌نامه در ایران به اثبات رسید. این دو پرسش‌نامه پس از توضیحات کافی و یکسان به آزمودنی‌ها در حضور پژوهش‌گر توسط نمونه‌های مورد پژوهش تکمیل شد سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری کوواریانس و تی تجزیه و تحلیل شدند.

* یافته‌ها:

از ۳۰ بیمار زن سوخته مورد بررسی، بیش‌تر افراد (حدود ۴۶ درصد) در هر دو گروه آزمون و شاهد در رده سنی ۳۶ تا ۴۰ سال بودند و میانگین سنی افراد گروه آزمون $30/7 \pm 7/63$ و گروه شاهد $30/6 \pm 7/03$ سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان هر دو گروه (۷۳/۳ درصد) خانه‌دار و متأهل بودند و قسمت‌های سوخته آن‌ها کاملاً قابل رویت بود. بیش‌ترین میزان سوختگی در گروه آزمون ۱۵ تا ۲۰ درصد و در گروه شاهد ۲۱ تا ۳۰ درصد بود. حداکثر میزان تحصیلات در هر دو گروه نیز ششم ابتدایی بود. با توجه به این که همگنی واریانس (۵/۱۴) و نسبت واریانس‌ها محاسبه شده (۸/۹۲) در سطح $P \leq 0/05$ معنی‌دار بود، پس با لحاظ میانگین تعدیل شده، درمان شناختی- رفتاری موجب بهبود تصویر بدنی در زنان سوخته شد (جدول شماره ۱).

بیمارستان یا مطب پزشکان معالج خود مراجعه می‌کردند و محقق در همان جا دوباره آزمون خودپنداشت بک و تصویر بدنی فرد سوخته را برای تمام آن‌ها اجرا می‌کرد. طی مرحله‌های درمانی، آزمودنی‌ها با افکار خودآیند، تحریف‌های شناختی، طرح‌واره‌ها، مثلث شناختی آشنایی حاصل کردند و به ارتباط بین افکار خودآیند با احساس و رفتار غیرمنطقی پی بردند، همچنین به شناسایی این افکار در خود پرداختند و سنجش و اعتبار این افکار را به چالش گذاشتند. آن‌ها از فنون مختلف تحلیل عینی، تحلیل سودمندی، تزریق فکر و بازسازی شناختی، فنون آرام‌سازی کاربردی، جرأت‌ورزی، تنفس عمیق، توقف فکر، الگوسازی و ایفای نقش و برنامه‌های خودگردانی و مهارت حل مسأله استفاده کردند. در هر جلسه تکلیف‌های مناسبی به آزمودنی‌ها داده شد که طی جلسه‌های درمانی به درمانگر ارایه می‌کردند. در هر جلسه نیز مرور کلیه آموزش‌ها با مشارکت فعال همه اعضا انجام می‌شد.

پرسش‌نامه تصویر بدنی فرد سوخته شامل ۲۲ سؤال است و در مقیاس لیکرت بین صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. جهت تعیین اعتبار این ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. ابتدا از طریق مطالعه منابع مختلف، پرسش‌نامه تهیه و سپس نظر افراد صلاحیت‌دار و متخصص اخذ شد. جهت اعتماد علمی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد و جهت پی بردن به نقاط ضعف و اشکال در جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه در دو نوبت به فاصله ۱۰ روز به گروهی که دارای شرایط و مشخصه‌های همگون با نمونه مورد پژوهش بودند، داده شد و پاسخ‌ها از نظر تشابه و توجه به نکته‌های اساسی بررسی شد که ضریب همبستگی آن ۹۵ درصد بود.

پرسش‌نامه خودپنداشت بک یک معیار خود گزارش‌دهی از نگرش منفی نسبت به خود است و از

جدول ۱- تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر تصویر بدنی

منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	نسبت واریانسها	سطح معنی داری	همگنی واریانس	میانگین تعدیل شده
پیش آزمون	۱۴۲/۴۲	۱	۱۴۲/۲۴	۵/۶۹	۰/۲۰	۵/۱۴	۱۱/۹۷
گروه	۲۲۲/۶۹	۱	۲۲۲/۶۹	۸/۹۲	۰/۰۰۶		
خطا	۶۷۳/۸۸	۲۷	۲۴/۹۵				
کل	۸۲۰/۱۰۰	۳۰					

جدول ۲- تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر خودپنداشت

منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	نسبت واریانسها	سطح معنی داری	همگنی واریانس	میانگین تعدیل شده
پیش آزمون	۶۲۰/۷/۰۱	۱	۶۲۰/۷/۰۱	۴۳/۰۷	۰/۰۲	۱/۰۱	۷۵/۸۷
گروه	۱۳۳۰/۴۱	۱	۱۳۳۰/۴۱	۹/۲۳	۰/۰۰۵		
خطا	۳۸۹۰/۳۱	۲۷	۱۴۴/۰۸				
کل	۲۰۶۶۳۹/۰۰	۳۰					

(جدول شماره ۲).

آموزش درمان شناختی- رفتاری در پی گیری یک ماه بعد از مداخله در بهبود تصویر بدنی مؤثر بود، اما t در افزایش خودپنداشت اثر باثباتی نداشت (جدول شماره ۳).

با توجه به این که همگنی واریانس ۱/۰۱ و نسبت واریانس محاسبه شده (۹/۲۳) در سطح $P \leq 0.05$ معنی دار بود. پس با لحاظ میانگین تعدیل شده، درمان شناختی- رفتاری موجب بهبود خودپنداشت در زنان سوخته شد

جدول ۳- آزمون تی مقایسه میانگینهای مستقل با نمره افتراقی در تصویر بدنی و خودپنداشت یک ماه بعد از مداخله

متغیر	گروه	درجه آزادی	آزمون تی	سطح معنی داری
تصویر بدنی	شاهد	۲۸	۳/۶۹	۰/۰۰۲
	آزمون			
خودپنداشت	شاهد	۲۸	۱/۶۴	۰/۱۲
	آزمون			

* بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد درمان شناختی- رفتاری نقش مؤثری در افزایش تصویر بدنی زنان دچار سوختگی داشت. تامپسون و کنت عنوان کردند که درمان شناختی- رفتاری به افرادی که دچار تغییر در طرح واره تصویر بدنی هستند کمک می‌کند تا کم‌تر به نظرهای دیگران توجه کنند و نسبت به رفتارهای آن‌ها حساسیت کم‌تری نشان دهند.^(۷)

کش و همکاران معتقدند، افراد طرح واره تصویر بدنی را نتیجه اجتماعی شدن و تجربه‌های میان فردی می‌دانند و چنین طرح واره‌ای شامل یک جزء خود ارزیابی‌کننده است.^(۱۲) همچنین افراد براساس این که ظاهرشان تا چه حد برایشان اهمیت دارد، با یکدیگر تفاوت دارند.^(۱۳) طرح واره تصویر بدنی مراحل پردازش اطلاعات را هدایت می‌کند؛ برای مثال افرادی که ظاهرشان را به صورت نشانه‌دار تصور می‌کنند به تفسیرهای دیگران راجع به ظاهرشان بیش‌تر اهمیت می‌دهند و اکثر آن‌ها را دال بر طرد شدن، تفسیر می‌کنند.^(۷)

برخی محققین برای تصویر بدنی سیمای شناختی- رفتاری در نظر گرفته و عنوان کرده‌اند که بین تصویر بدنی و خصوصیات فیزیکی واقعی بدن فرد ارتباط وجود دارد.^(۱۳و۱۲)

درمان شناختی- رفتاری مهارت‌های لازم جهت کنترل را به فرد آموزش می‌دهد، تا بتواند بر مشکلات ناشی از سوختگی فائق آید که شامل بدشکلی، فقدان عملکرد قبلی اندام‌ها و آشفتگی‌های معنی‌دار روانی است.^(۸)

این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از سایر مطالعه‌ها همخوانی داشت.^(۱۴و۱۵و۱۶)

در مطالعه حاضر درمان شناختی- رفتاری نقش مؤثری در افزایش خودپنداشت زنان دچار سوختگی داشت. برخی محققین معتقدند بیماران سوخته دچار درماندگی ناشی از ستیز درونی با خود هستند.^(۱۲) این درک و اطلاع

از درماندگی بر واکنش‌های رفتاری و هیجانی نفوذ دارد و باعث ایجاد اثرات رفتاری و روان شناختی منفی می‌شود.^(۱۴) درمان شناختی- رفتاری با استفاده از بازبینی تجربه‌های فرد از موفقیت‌هایش موجب افزایش خودکارآمدی وی می‌شود؛ به طوری که بیمار از یک حس درماندگی به سمت کنترل پیش می‌رود و حس امید در وی تقویت می‌شود. بندورا معتقد است درمان شناختی- رفتاری باعث درک مثبت شخص از تصویر خود و کاهش حس درماندگی اکتسابی می‌شود.^(۱۷)

آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری یک حس بهینه از کارایی را در فرد به وجود می‌آورد و این منابع شناختی و رفتاری کسب شده باعث می‌شود فرد این تغییرات را در درون خود بیابد. در نتیجه، این تغییر به موقعیت‌های دیگر هم تعمیم و خودپنداشت فرد افزایش می‌یابد.^(۱۷) همچنین طبق نظریه خود مغایرتی‌هایچین که یک الگوی مفید جهت تأثیر بدشکلی بر خودپنداشت است، عنوان شده که خود پنداشت شامل درک ناشی از خودهای واقعی، ایده آل و الزامی است و اختلاف بین هر یک از اجزاء خود با هیجان‌های خاص ارتباط دارد.

به طور مثال میزان اختلاف موجود بین خود ایده‌آل درونی شده فرد با خود واقعی وی، همچنین میزان ارزشی که فرد برای ظاهر خود قایل است، موجب آشفتگی‌های روان شناختی (از جمله افسردگی و اضطراب) می‌شود.^(۱۲) در حقیقت بدشکلی‌ها موجب افزایش این اختلاف می‌شوند. این تفاوت‌ها ناشی از ارزیابی‌های ضعیف از خود واقعی یا تقاضای بیش از حد از خود ایده‌آل و یا هر دو عامل است.^(۷)

درمان شناختی- رفتاری موجب می‌شود افراد کم‌تر جذب اختلاف بین خود واقعی و خود ایده‌آل شوند. این آموزش با پایش افکار، کاهش خود مشغولی و افزایش خودکارآمدی به وسیله بازسازی شناختی انجام می‌شود. در بازسازی شناختی منشأ اعتبار باورهای خاص مورد آزمایش قرار می‌گیرد. مدارکی دال بر موافقت یا مخالفت

به طور کلی این مطالعه نشان داد که درمان شناختی- درمانی گروهی در افزایش تصویر بدنی و خودپنداشت مؤثر است و برای ثبات تغییرهای مثبت به وجود آمده، برگزاری کلاس‌های بازآموزی و نظارت مستمر ضروری به نظر می‌رسد.

از محدودیت‌های این پژوهش انجام بررسی و مطالعه بر روی زنان بود که تعمیم یافته‌ها به مردان را دشوار می‌سازد.

* مراجع:

1. Atkinson A. Body image disturbance in burns. *J NMD* 1997; 154: 352-62
2. Rumsey N, Harcourt D. Body image and disfigurement issues and interventions. *J Body Image* 2004; 1: 83-97
3. Moss TP, Carr T. (2004) Understanding adjustment to disfigurement: the role of self concept. *J psychology and health*; 19, 737-48
4. Rahzani K, Taleghani F, Nikbakht Nasrabadi A. Disfiguring burns and the experienced reactions in Iran: consequences and strategies - a qualitative study. *Burns* 2009 Sep; 35 (6) 875-81
5. Thombs BD, Notes LD, Lawrence JW, et al. From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *J Psychosom Res* 2008 Feb; 64 (2): 205-12
6. Alihosseni M. (1991) Survey comparison on body image of burnt women with burnt men that have deformity and admitted in Tehran Hospital. MS thesis, Shahid Beheshti University of Medical Sciences
7. Thompson A, Kent G. Adjustment to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clin Psychol Rev* 2001 Jul; 21 (5): 663-82
8. Greeck H, Kiskler S. (2000) Hand book Cognitive - behavioral therapy. Practical

با آن جمع‌آوری و قوانین پایه‌ای که موجب افکار خودکار معیوب می‌شود، تغییر می‌کند. افراد با به چالش طلبیدن و جای‌گزین کردن افکار غیرمنطقی با باورهای منطقی‌تر موجب افزایش خودپنداشت و کاهش عوامل تهدیدکننده خود می‌شوند.^(۱۳) این یافته با سایر مطالعه‌ها همخوانی داشت.^(۱۶و۱۵و۷)

در این پژوهش، درمان شناختی- رفتاری در پی‌گیری یک ماه بعد نیز در بهبود تصویر بدنی مؤثر بود که با یافته‌های کاویانی، نیوول و کلارک، رابینسون و همکاران همسو است.^(۱۸) فنون شناختی- رفتاری مانند تزریق فکر، توقف فکر، مهارت‌های حل مسأله، تنش زدایی و مهارت‌های مقابله فردی، باعث منطقی‌تر شدن پردازش شناختی می‌شوند. افکار خودکار منفی به افکار هدفمندی که با واقعیت عینی سازگاری بیش‌تری دارند، تبدیل می‌شوند، قطعیت فرایندهای شناختی معیوب کم‌رنگ‌تر می‌شود و سامانه واقعیت‌سنجی فرد جان و انرژی تازه‌ای می‌گیرد.

در این مطالعه، آموزش درمان شناختی- رفتاری در افزایش خودپنداشت زنان سوخته در پی‌گیری یک ماه پس از درمان اثر با ثباتی نداشت. طبق الگوی سلسله مراتب خودپنداشت، در رأس این هرم خودپنداشت کلی وجود دارد که شامل مجموعه‌ای از باورهای شخص در مورد خود بوده و تغییر آن دشوار است.^(۳) یعنی ثبات تغییر ایجاد شده در خودپنداشت به گذشت زمان نیاز دارد و تحت آموزش و مداخله تنها می‌توان تغییر فوری در خودپنداشت به وجود آورد. ولی برای ماندگاری اثر قراردادن تعداد جلسه‌های آموزشی بیش‌تر یا نظارت مستمر ماهانه ضروری است. به علت تغییر شکل دائمی و فقدان عملکرد اندام‌ها، انتظار بهبودی حتی در طولانی مدت برای سوختگی وجود ندارد. پس تنش در افراد سوخته حتی در سال‌های پس از سوختگی همچنان ادامه دارد که این خود گواهی بر ادعای تأثیر صرف زمان بر تغییرات ایجاد شده در خودپنداشت و حفظ اثرات آموزشی ناشی از آن است.

- guidline in therapy.(translator; Ghasemzadeh, Habiboallah, 2003). 5th ed. Tehran: Arjmand press. [In Persian]
9. Gonzales VM, Goepfinger J, Lorig k. 1990. Four psychosocial theories and their application to patient education and clinical practice. *AJN.*; 3 (3): 132-43
10. Dadsetan P. Developmental psychopathology. 5th ed. Tehran: Samt press. (2000). [Vol 2] [In Persian]
11. Meland E, Haugland M. (2007) Body image and perceived health in adolescent. *J health education research*; 22 (3): 342-50
12. Cash TF, Melnyk F. 2004 The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schema. *J of eating disorder*; 35, 305-16
13. Cash TF. Cognitive - behavioral perspective on body image. *A hand book of theory, researeh and clinical Practice*. 2th ed. Newyork: Guilford, 2002, 385-411
14. Rupke B, Blecke D, Renfrow M. (2006) Cognitive theory for depression. *Am Fam Physician* Jan 1; 73 (1): 83-6
15. Raigan N, Shoeiry M, Asghary M. Effeciveness of CBT (Cash model) on modifided body image in face burn. *J Daneshvar va Raftar*; 2006. 19: 11-22 [In Persian]
16. Yonessi J, Salajegheh A. Body image in fertility and infertility women *J Fertility and Infertility*. 2001; 8: 14 [In Persian]
17. Bandura A. *Adaptation, learning and effect*. 3th ed. New York: Raven Press. 2000 114-20
18. Newell R, Clarke M. Evaluation of a self-help leaflet n treatment of social difficulties following facial disfigurement. *Int J Nurse Student* 2000; 37: 381-9