

## Research Paper: The Effectiveness of Psychosocial Model-Based Therapy on Social Skills in People With PTSD After Burn



Yousef Aazami<sup>1</sup>, Faramarz Sohrabi<sup>1</sup>, \*Ahmad Borjali<sup>1</sup>, Noorali Farrokhi<sup>2</sup>, Siamak Farokh Forghani<sup>3,4</sup>

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
2. Department of Assessment and Measurement, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3. Department of Burn and Reconstructive, Hazrat Fatemeh Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Burn Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



**Citation** Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Farrokhi N, Farokh Forghani S. [The Effectiveness of Psychosocial Model-Based Therapy on Social Skills in People With PTSD After Burn (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2018; 19(3):206-219. <http://dx.doi.org/10.32598/rj.19.3.206>

**doi**: <http://dx.doi.org/10.32598/rj.19.3.206>

Funding: See Page 216

Copyright: The Author(s)

Received: 17 Jan 2018

Accepted: 05 Jun 2018

Available Online: 01 Oct 2018

### ABSTRACT

**Objective** Because burns are one of the traumatic events that causes Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and the scar caused by an accident causes changes in the skin and the appearance of the patient, these people will have problems in their social relationships that affect their lives and social skills. Therefore, the present study was conducted with the aim of evaluating the effectiveness of psychosocial model-based treatment plan on social skills of people with PTSD resulting from burn.

**Materials & Methods** The present study was carried out in two stages. In the first stage, following the review of literature and therapeutic theories and concepts based on the psychosocial perspective, a plan was developed. Then, in order to validate the treatment program, 10 specialists and experts in clinical and health psychology department were consulted to determine the validity of the proposed plan. In the second stage, after designing and validating the program, a quasi-experimental design with pre-test and post-test design with control group was implemented. The statistical population included all female patients referring to Tehran Shahid Motehari Burn Rescue Hospital in 2017. They were evaluated in a two stage sampling. In the first step, according to simple random sampling method, a semi-structured diagnostic interview was conducted based on DSM-5 psychiatric disorders criteria by a clinical psychologist and by performing a PTSD checklist screening. In the second stage based on simple random sampling method, 30 patients were selected from the subjects with PTSD (In each group of 15 people, with a drop in the post-test phase, 13 patients in examination group and 15 in the control group remained). The psychosocial treatment program was conducted in 12 sessions and followed up for two months in the experimental group. Measurement tools including semi-structured diagnostic interviews based on DSM-5, PTSD Checklist-5 (PCL-5) and Social Skills Inventory (SSI) were used to collect data, and the results were analyzed in SPSS V. 22 by performing MANCOVA to examine the effect of intervention and dependent t test on the survival of the treatment.

**Results** The results showed that the program had acceptable content validity so that the Content Validity Index (CVI) based on the Lawshe method for the treatment program was 0.85 (with a minimum acceptable value of 0.62 for this number of specialists), and the CVI based on the Waltz and Bausell method for the treatment program was 0.92 (The minimum acceptable value is 0.79). Accordingly, the content validity and the CVI of the program are acceptable. The results of the treatment intervention showed that considering the higher mean scores of the experimental group compared to control group in the post-test and follow up stage, the psychosocial model-based program improved social skills, including social expression, emotional expression, social sensitivity, emotional sensitivity, social control, and emotional control in people with PTSD due to burn injuries ( $P < 0.05$ ). The results of t dependent test to determine the survival rate of treatment by comparing pretest and follow-up of the experimental group showed that the effect of the plan on improving social skills remained in the follow-up phase ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion** Based on the results, patients with PTSD due to burned scar have a disadvantage in terms of proper social communication and social skills. Also a psychosocial model-based therapeutic program can effectively improve the social skills of patients with PTSD due to burns.

#### Keywords:

Psychosocial treatment, Social skills, Post-Traumatic Stress Disorder, Burn

#### \* Corresponding Author:

Ahmad Borjali, PhD

Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 3273811

E-Mail: [borjali@atu.ac.ir](mailto:borjali@atu.ac.ir)

## اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح سوختگی

یوسف اعظمی<sup>۱</sup>، فرامرز سهرابی<sup>۱</sup>، \*احمد برجعلی<sup>۱</sup>، نورعلی فرخی<sup>۲</sup>، سیامک فرخ فرقانی<sup>۳،۴</sup>

- ۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
- ۲- گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
- ۳- گروه سوختگی و ترمیمی، بیمارستان حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۴- مرکز تحقیقات سوختگی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

### چکیده

**هدف:** از آنجا که سوختگی یکی از حوادث آسیب‌زایی است که باعث اختلال استرس پس از سانحه می‌شود و جوش خوردگی ناشی از حادثه سوختگی باعث تغییراتی در پوست و ظاهر بیمار می‌شود، افراد آسیب‌دیده بعد از سوختگی در برقراری ارتباط با دیگران و روابط اجتماعی دچار مشکلاتی می‌شوند. این مسئله بر زندگی این افراد تأثیر خواهد گذاشت و آن‌ها را از لحاظ مهارت‌های اجتماعی آسیب‌پذیر می‌سازد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح سوختگی انجام شد.

**روش بررسی:** 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، برنامه درمانی تدوین شد. سپس ۱۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی و سلامت، روایی محتوایی برنامه درمانی را تعیین کردند. در مرحله دوم، از روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران زن دچار سوختگی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مطهری تهران در سال ۱۳۹۶ بودند که با نمونه‌گیری دو مرحله‌ای ارزیابی شدند. در مرحله اول بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده، پس از انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم توسط روانشناس بالینی و اجرای چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه، غربالگری در بیماران سوختگی اجرا شد. در مرحله دوم از بین افراد واجد ملاک‌های اختلال استرس پس از سانحه، بر اساس روش تصادفی ساده ۳۰ نفر بیمار انتخاب شد. هر گروه شامل ۱۵ نفر بود که با ریزش در مرحله پس‌آزمون از گروه آزمایش ۱۳ نفر و از گروه کنترل ۱۵ نفر باقی ماند. برنامه درمانی روانی اجتماعی طی ۱۲ جلسه برگزار شد و پس از گذشت دو ماه، مجدداً از گروه آزمایش پیگیری به عمل آمد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای اندازه‌گیری شامل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم، فهرست اختلال استرس پس از سانحه و پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی استفاده شد. نتایج با کمک نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر مداخله و t وابسته، برای بررسی ماندگاری درمان تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد برنامه درمانی اعتبار محتوایی قابل قبولی دارد؛ به طوری که شاخص نسبت روایی محتوایی بر اساس روش لاوشه برای برنامه درمانی ۰/۸۵ (که حداقل میزان مورد قبول برای این تعداد متخصص ۰/۶۲ است)، و میزان شاخص روایی محتوایی بر اساس روش والتز و باسل برای برنامه درمانی ۰/۹۲ (که حداقل مقدار مورد قبول ۰/۷۹ است) به دست آمد. بر این اساس، میزان روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی برنامه قابل قبول است. نتایج مداخله درمانی نشان داد با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی موجب بهبود مهارت‌های اجتماعی شامل بیان هیجانی، حساسیت اجتماعی، حساسیت هیجانی، کنترل اجتماعی و کنترل هیجانی در افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح سوختگی می‌شود ( $P < 0/05$ ). نتایج t وابسته برای بررسی میزان ماندگاری درمان با مقایسه پیش‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش هم نشان داد تأثیر برنامه درمانی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی در مرحله پیگیری ماندگار بوده است ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج حاصل از این تحقیق بیماران دچار اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوختگی به دلیل جوش خوردگی سوختگی از لحاظ برقراری ارتباط درست اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دچار نقصان می‌شوند. برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی می‌تواند به عنوان برنامه‌های روا و کارآمد برای بهبود مهارت‌های اجتماعی این بیماران استفاده شود.

تاریخ دریافت: ۲۷ دی ۱۳۹۶

تاریخ پذیرش: ۱۵ خرداد ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۰۱ مهر ۱۳۹۷

### کلیدواژه‌ها:

درمان روانی اجتماعی،  
مهارت اجتماعی،  
اختلال استرس پس از  
سانحه، سوختگی

\* نویسنده مسئول:

دکتر احمد برجعلی

نشانی: تهران، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۳۲۷۳۸۱۱ (۹۱۲) ۹۸+  
رایانامه: borjali@atu.ac.ir

## مقدمه

در پوست و ظاهر بیمار می‌شود، این افراد بعد از سوختگی در برقراری ارتباط با دیگران و روابط اجتماعی دچار مشکلاتی می‌شوند که این مسئله در زندگی آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت و آن‌ها را از لحاظ مهارت‌های اجتماعی آسیب‌پذیر می‌سازد. اجتماعی شدن، حاصل سازوکار اصلی روانی اجتماعی تکوین شخصیت است و دو سازوکار بنیادین این فرایند عبارتند از: یادگیری و درونی کردن [۹].

بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده، مهارت‌های اجتماعی مناسب موجب افزایش سلامت روان می‌شود. افرادی که مهارت‌های اجتماعی بهتری دارند، در مقابله با موقعیت‌های سخت و تنش‌زا از راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری استفاده می‌کنند [۱۰]. مهارت‌های اجتماعی عبارت است از: توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران در زمینه اجتماعی خاص و به شیوه خاص که در جامعه قابل قبول و ارزشمند باشد [۱۱]. مهارت‌های اجتماعی و روابط بین‌فردی، از مهم‌ترین مؤلفه‌های زندگی انسان از آغاز تولد تا هنگام مرگ است. هیچ‌یک از توانمندی‌های بالقوه انسان جز در سایه روابط بین‌فردی رشد نمی‌کند [۱۲].

فراگیری روابط اجتماعی صحیح، اهمیت بسزایی در سلامت روانی، رشد شخصیت، هویت‌یابی، افزایش بهره‌وری شغلی، افزایش کیفیت زندگی، افزایش سازگاری و خودشکوفایی دارد. افرادی که مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی ضعیف‌تری دارند کمتر از سوی اطرافیان پذیرفته می‌شوند و با مشکلات کوتاه‌مدت و بلندمدت زیادی روبه‌رو هستند [۱۶-۱۲]. پیامد چنین ارتباطی در بیشتر موارد تنهایی، مشکلات خانوادگی، عدم صلاحیت و ناراضی‌ت شغلی، فشار روانی، بیماری جسمی و حتی مرگ خواهد بود.

نتایج مطالعات نه‌تنها وضعیت بیماران را بعد از درمان گزارش می‌کنند، بلکه می‌توانند شاخص‌هایی از این عوامل را فراهم کنند که به نظر می‌رسد برای بهبود ضروری و مهم است [۱۷]. نتایج مطالعه فاطمی و همکاران نشان داد کیفیت زندگی قربانیان سوختگی در بُعد روانی و اجتماعی نسبتاً نامطلوب است که این امر می‌تواند ناشی از تأثیر سوختگی بر تصویر ذهنی آنان باشد. لذا آن‌ها پیشنهاد می‌کنند تا به این بیماران مهارت‌های برقراری ارتباط، مقابله با هیجانات و استرس آموزش داده شود [۱۸].

در پژوهش‌های مختلف، درمان‌های مختلفی برای افراد مبتلا به PTSD و آسیب‌های عمدی و غیرعمدی مختلف از قبیل جنگ، تصادفات، زلزله، تجاوز جنسی و غیره به کار رفته است. که از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان شناختی رفتاری [۱۹]، مواجهه‌درمانی به عنوان نوعی درمان رفتاری [۲۰]، حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد [۲۱] و درمان نوروفیدبک [۲۲] اشاره کرد. نتایج برخی از مطالعات حاکی از تأثیر متفاوت این درمان‌ها بر روی افراد مبتلا به PTSD بوده است [۲۳، ۱۹].

سوختگی یکی از شایع‌ترین صدماتی است که در اثر بحران‌های غیرطبیعی و در نتیجه اقدامات انسانی ایجاد می‌شود. این بحران صدمات جبران‌ناپذیری را روی افراد قربانی، خانواده‌های آن‌ها و جامعه به دنبال دارد که هم باعث ناتوانی و مرگ می‌شود و هم تبعات اقتصادی و اجتماعی شدیدی در جوامع دارد [۱]. سوختگی در کشورهای در حال توسعه به‌مراتب بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته شیوع دارد. سوختگی به عنوان چهارمین اتفاق غیرمترقبه در دنیا پس از تصادفات جاده‌ای، سقوط‌ها و درگیری‌های بین افراد به شمار می‌رود [۲].

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> هر ساله بیش از ۳۰۰ هزار نفر بر اثر سوختگی و عوارض پس از آن جان خود را از دست می‌دهند و بیش از ۹۵ درصد از مرگ‌ومیرهای ناشی از آتش‌سوزی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ می‌دهد [۲]. در ایران سالانه نزدیک به ۷۲۵ هزار حادثه منجر به سوختگی پیش می‌آید. با توجه به گزارش‌های قبلی، در ایران میزان مرگ‌ومیر در بیماران دچار سوختگی بستری‌شده در بیمارستان، بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته است [۳]. بر همین اساس قربانیان سوختگی در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته است.

مطالعات نشان داده است چنانچه قربانی سوختگی زنده بماند، چالش جسمی و روانی عظیمی را پیش‌رو خواهد داشت و تمامی جنبه‌های زندگی فرد دست‌خوش تغییرات عظیم خواهد شد؛ زیرا تقریباً تمام اعضای بدن از سوختگی متأثر می‌شود [۴]. جوش خوردگی سوختگی موجب بدشکلی می‌شود و به دنبال آن افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۲</sup> در این بیماران ایجاد می‌شود. مشکلات تصویر ذهنی، از دست دادن اعتماد به نفس، احساس خجالت و گوشه‌گیری نیز قابل توجه است [۵].

بازماندگان سوختگی با فرایندهای دردناک و بدشکلی‌های ناشی از اثر زخم مواجه می‌شوند و اغلب مشکلات عمده‌ای را تجربه می‌کنند. دامنه گسترده این ابعاد شامل مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی است و در اکثر آنان ناسازگاری روان‌شناختی طی بازتوانی به وجود می‌آید [۶]. این مشکلات بعد از سوختگی به مدت طولانی باقی می‌ماند و به مشکلات مزمن تبدیل می‌شود [۷]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد تقریباً ۳۱ درصد از بیماران سوختگی در زمان بستری بودن در بیمارستان و ۲۹ درصد با گذشت ۱۲ ماه از بستری بودن به PTSD دچار می‌شوند. همچنین ۷۸ درصد از بیماران پس از مرخص شدن نشانه‌های PTSD را نشان می‌دهند [۸].

از آنجا که سوختگی و جوش خوردگی سوختگی باعث تغییراتی

1. World Health Organization (WHO)  
2. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

برای هر گروه ۱۵ نفر است [۲۵]، نمونه پژوهش شامل ۳۰ بیمار زن دچار سوختگی بود که پس از کسب رضایت آگاهانه در قالب دو گروه آزمایش و کنترل در پژوهش شرکت کردند. برای یافتن بیماران از دو روش استفاده شد که عبارت بود از: نصب آگهی روی بُرد و تقاضای مشارکت در طرح و جلسات درمانی در صورت تمایل و روش دیگر صحبت با متخصصان و کارکنان درمانی برای اطلاع دادن به بیماران که در صورت تمایل در این جلسات شرکت کنند.

نمونه‌گیری طی دو مرحله انجام شد. در مرحله اول بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده، پس از انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم<sup>۳</sup> توسط روانشناس بالینی و اجرای چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه<sup>۴</sup>، غربالگری بیماران سوختگی اجرا شد. در مرحله بعد از بین افرادی که ملاک‌های PTSD را داشتند، به روش تصادفی ساده ۳۰ نفر انتخاب شدند. هر گروه ۱۵ نفر بود که با ریزش در مرحله پس‌آزمون، از گروه آزمایش ۱۳ نفر و از گروه کنترل ۱۵ نفر باقی ماند. قبل از اجرای درمان، طی یک جلسه از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس برنامه درمانی طی ۱۲ جلسه به صورت هفته‌ای دو جلسه و طی یک ماه و نیم برگزار شد.

در مرحله بعد، پس از اتمام جلسات برای سنجش تأثیر درمان، مجدداً 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 ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی، فهرست PTSD و پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش، مجدداً مراجعان ارزیابی و سنجش شدند. در **تصویر شماره ۱** مراحل نمونه‌گیری نشان داده شده است.

ملاک‌های ورود به برنامه مداخله عبارت بود از: باید حداقل یک سال از درمان‌های پزشکی افراد دچار سوختگی بالای ۵۰ درصد و حداقل ۶ ماه از درمان‌های پزشکی افراد دچار سوختگی زیر ۵۰ درصد گذشته باشد؛ افراد باید دچار سوختگی در صورت، دست‌ها و سایر قسمت‌های قابل رؤیت بدن شده باشند؛ سوختگی سطح درجه ۲ و ۳ باشد و به اندام‌های داخلی فرد آسیب جدی وارد نشده باشد؛ سوختگی در اثر حوادث اتفاقی و غیر عمد رخ داده باشد؛ بر اساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی و چک‌لیست غربالگری، واجد ملاک‌های PTSD باشند؛ بیمار آمادگی و توانایی شرکت در برنامه مداخله را داشته باشد؛ به غیر از سوختگی، فرد به بیماری دیگری دچار نباشد؛ بیمار سابقه سوء‌مصرف مواد و الکل نداشته باشد؛ بیمار برای شرکت در برنامه و انجام تکالیف درمانی حداقل تحصیلات راهنمایی داشته باشد؛ سن بیمار کمتر از ۱۵ و بیش از ۵۰ سال نباشد؛ بیمار برای شرکت در پژوهش موافق باشد و رضایت‌نامه کتبی را امضا کند.

بر اساس مطالعات انجام‌شده [۴-۶]، به نظر می‌رسد افراد دچار سوانح سوختگی به دلیل ماهیت متفاوت آسیب‌دیدگی و بدشکلی‌های ظاهری علاوه بر بُعد روان‌شناختی، از بُعد اجتماعی هم دچار آسیب می‌شوند. بنابراین به نظر نمی‌رسد که درمان‌های روان‌شناختی صرف، بتواند منجر به بهبودی کامل این افراد و بازگرداندن آن‌ها به اجتماع شود. بنابراین، درمان افراد دچار سوانح سوختگی شامل درمان و بهبود عملکرد بهینه بازماندگان تا مشارکت کامل در اجتماع به لحاظ روان‌شناختی و جسمانی است. احتمال بالای بقای جسمانی باعث نگرانی بیشتر در زمینه مشکلات روان‌شناختی بالقوه برای بازماندگان سوختگی شده است.

متخصصان فرایند بهبودی را شامل پذیرش، بهبودی و انسجام مجدد بعد از تریخیص از بیمارستان در نظر گرفته‌اند. رویکرد کلی در ارزیابی و بهبودی بازماندگان سوختگی، رویکرد رفتاری مبتنی بر اصول نظریه یادگیری (مانند شرطی‌سازی عامل، بازسازی شناختی و نظریه‌های یادگیری اجتماعی) است؛ جایی که خود رفتار ناسازگار هدف درمان است. ارزیابی و درمان به طور یکپارچه‌ای با هم ارتباط دارند و هر دو به طور هم‌زمان در سراسر فرایند بهبودی و توانبخشی با هم اتفاق می‌افتند [۲۴].

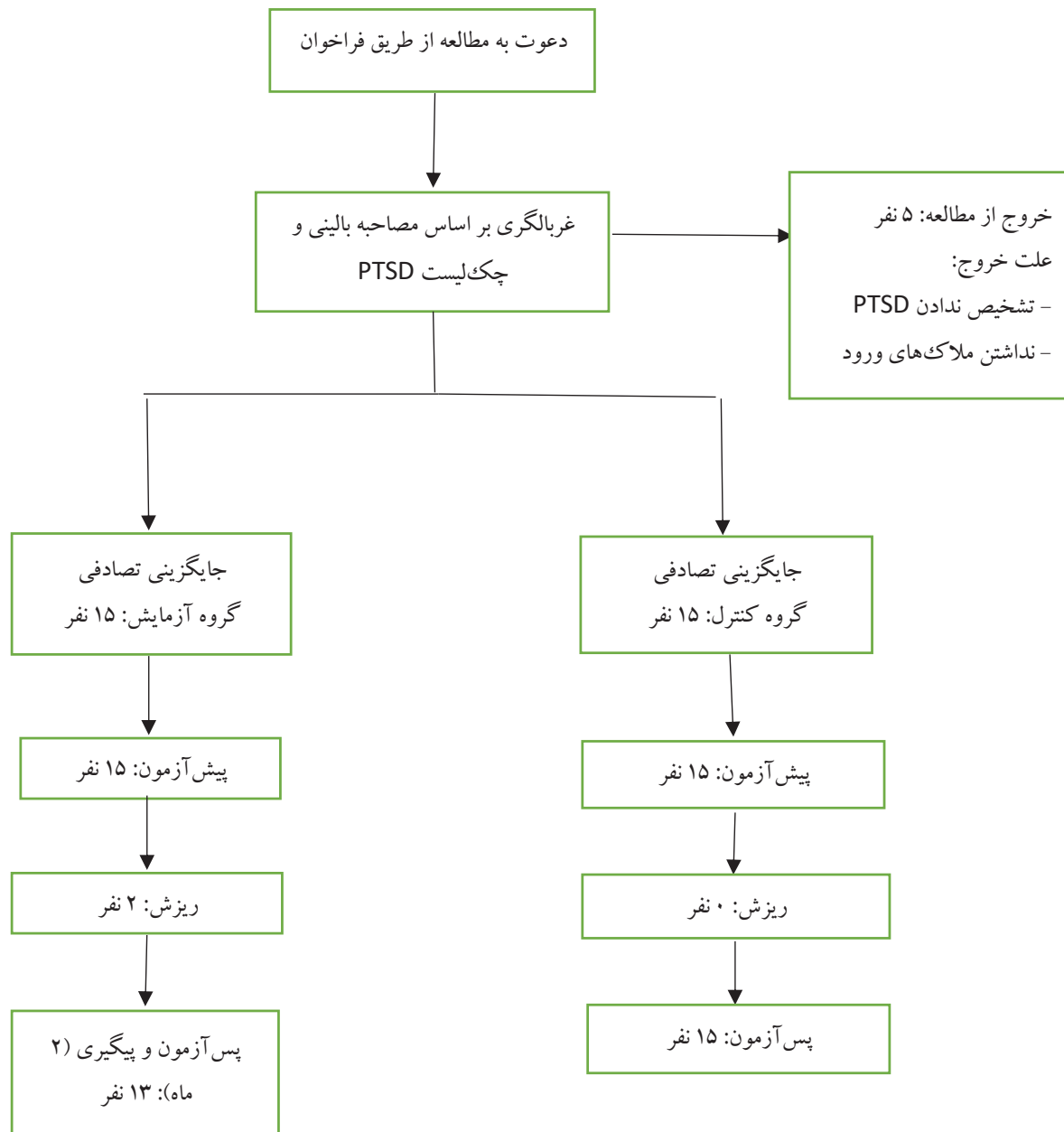
از سوی دیگر، بر اساس مطالعات انجام‌شده، از آنجا که این بیماران از لحاظ مهارت‌های اجتماعی و بین‌فردی دچار مشکل می‌شوند، به نظر می‌رسد مداخلات درمانی برای بهبود افراد دچار PTSD ناشی از سوانح سوختگی باید ابعاد روانی و اجتماعی را دربرگیرند. همچنین از آنجا که مطالعات پژوهشی انجام‌شده در حوزه سوختگی تاکنون مهارت‌های اجتماعی و تدوین برنامه‌های درمانی ویژه و متناسب با شرایط این افراد را بررسی نکرده‌اند، لذا خلأ پژوهشی موجود در این زمینه باعث انجام پژوهش حاضر شد. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی افراد دچار PTSD ناشی از سوانح سوختگی انجام شد.

## روش بررسی

پژوهش حاضر طی دو مرحله انجام شد؛ در مرحله اول پس از مرور ادبیات و نظریه‌های درمانی و مفاهیم موجود در حوزه دیدگاه روانی اجتماعی، برنامه درمانی تدوین شد. سپس به منظور اعتباریابی برنامه، از نظر متخصصان و صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی سلامت استفاده و اعتبار و روایی محتوایی برنامه درمانی بررسی و تعیین شد. در مرحله دوم پس از تدوین و اعتباریابی برنامه درمانی، از روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران زن دچار سوختگی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مطهری تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. از آنجا که مبنای انتخاب نمونه در تحقیقات آزمایشی

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)  
4. PTSD Checklist



## توانبخشی

تصویر ۱. فلوچارت آزمودنی‌ها در طول مطالعه

### مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی با استفاده از ملاک‌های DSM-5

مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی با استفاده از ملاک‌های DSM-5 یک مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته است که کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی برای تشخیص‌گذاری اختلال‌های عمده روان‌شناختی بر اساس DSM-5 انجام داد. این ابزار بیش از هر مصاحبه تشخیصی دیگری در بررسی‌های روان‌پزشکی به کار رفته است، زیرا روایی محتوایی و پایایی آن را متخصصان صاحب‌نظران تأیید کرده‌اند [۲۶].

ملاک‌های خروج از برنامه عبارت بود از: سابقه مصرف داروهای مخدر و الکل، ناتوانی برای حضور در حداکثر ۳ جلسه، شرکت هم‌زمان در برنامه‌ها و درمان‌های روان‌شناختی دیگر، آسیب‌دیدگی دستگاه‌های بینایی و شنوایی بیمار، خودسوزی و سوختگی‌های عمدی.

### ابزارهای پژوهش

برای غربالگری و جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:



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 درباره منطق درمان روانی اجتماعی، اهداف جلسات، تعداد جلسات، زمان جلسات و تکالیف هر جلسه بحث می‌شود.
دوم	بازگویی روان‌شناختی، بهنجارسازی و آموزش راهبرد حل مسئله	در این جلسه ابتدا بیماران جزئیات رخدادی را که باعث سوختگی آن‌ها شده است بیان می‌کنند، سپس مشکلات خود را بیان و اولویت‌بندی می‌کنند. در ادامه درمانگر به بهنجارسازی هیجانات بیماران و آموزش راهبرد حل مسئله مبادرت می‌کند.
سوم	کاهش برانگیختگی و ارتقای خودآگاهی ۱	به بیماران درباره اضطراب، اطلاعات مختصری داده می‌شود، سپس به روش‌های کاهش اضطراب اشاره و به طور عملی روش آرمیدگی عصبی عضلانی به بیماران آموزش داده می‌شود. سپس به بحث مقدماتی در زمینه خودآگاهی پرداخته می‌شود.
چهارم	کاهش برانگیختگی و ارتقای خودآگاهی ۲	در این جلسه به ادامه بحث درباره خودآگاهی، با مروری بر ابعاد خود، فواید خودآگاهی، ویژگی‌های افراد خودآگاه، تمرین‌های کسب خودآگاهی و فنون توانمندشدن پرداخته می‌شود.
پنجم	آموزش آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده	به منظور کاهش سطح اضطراب و برانگیختگی بیماران، فنون تن‌آرامی به آن‌ها آموزش داده می‌شود، در ادامه به آموزش و اجرای تمرین تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده اقدام می‌شود و در نهایت درباره ورزش کردن روزانه و فواید آن بحث می‌شود.
ششم	فراهم کردن حمایت اجتماعی	ابتدا به بحث پیرامون اهداف حمایت‌های اجتماعی و لزوم حمایت اعضای خانواده از بیماران پرداخته می‌شود، در ادامه درباره حمایت اجتماعی، انواع حمایت اجتماعی، تأثیرات آن و حساسیت‌زدایی ترس‌های اجتماعی بحث می‌شود.
هفتم	مشاوره درباره تصویر بدنی ۱	ابتدا از بیماران خواسته می‌شود در زمینه تن‌انگارشان صحبت کنند و درمانگر درباره تصویر و ظاهر بدنی صحبت می‌کند. در ادامه تصاویری از افراد مشهور و محبوب که نوعی معلولیت دارند نمایش داده 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 «تن‌انگار» به «خودانگار» پرداخته می‌شود، در ادامه بیماران با برخی افکار منفی تحریف‌شده آشنا می‌شوند 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 درباره منبع کنترل، انواع آن و ویژگی‌های افراد دارای منبع کنترل درونی و بیرونی و لزوم حفظ منبع کنترل درونی اطلاعات داده می‌شود.
دهم	آموزش مهارت‌های اجتماعی ۱	در این جلسه به آزمودنی‌ها مهارت‌های مقابله‌ای بین‌فردی و مهارت‌های ارتباط مؤثر آموزش داده می‌شود.
یازدهم	آموزش مهارت‌های اجتماعی ۲	در این جلسه درمانگر ضمن مروری بر مباحث جلسه قبل و بررسی تکالیف آزمودنی‌ها، به ادامه بحث در مورد مهارت‌های اجتماعی (بحث در مورد قاطعیت و جرئت‌ورزی) می‌پردازد.
دوازدهم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	در این جلسه به جمع‌بندی مطالب جلسات قبل و بررسی و ارزیابی تکالیف انجام‌شده با مشارکت تمام بیماران پرداخته می‌شود، در ادامه بر لزوم حفظ مهارت‌های آموخته‌شده و اجرای آن‌ها در مواقع ضروری در موقعیت‌های واقعی زندگی تأکید می‌شود. در انتها از بیماران پس‌آزمون گرفته و از آن‌ها برای مشارکت در جلسات تقدیر و تشکر می‌شود.

توانبخشنی

فهرست اختلال استرس پس از سانحه

ماده آن مربوط به نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، ۲ ماده مربوط به اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا، ۷ ماده مربوط به تغییرات منفی در شناخت و خلق مرتبط با رویداد، ۶ ماده مربوط به برانگیختگی و واکنش‌پذیری در ارتباط با رویداد آسیب‌زا است. روش نمره‌گذاری شامل جمع نمرات از دامنه نمره (۸۰-۰) است 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 (اصلا=۰، خیلی کم=۱، متوسط=۲،

این فهرست، مقیاسی خودگزارش‌دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن بیماران دچار PTSD و سایر افراد به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. ودرز<sup>۵</sup> و همکاران [۲۷] این فهرست را بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 برای مرکز ملی PTSD آمریکا<sup>۶</sup> تهیه کردند که شامل ۲۰ ماده است؛ ۵

- 5. Weathers
- 6. American National Center for PTSD

محتوایی<sup>۱۱</sup> بر اساس روش والتز و باسل<sup>۱۲</sup> برای برنامه درمانی ۰/۹۲ به دست آمد. با مقایسه این میزان با مقدار مورد قبول (که حداقل ۰/۷۹ است)، شاخص روایی محتوایی برنامه قابل قبول به دست آمد. تعداد جلسات تشکیل شده ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در روزهای شنبه و سه‌شنبه در ماه‌های آذر و دی سال ۱۳۹۶ در سالن کنفرانس و اتاق مشاوره بیمارستان و درمانگاه سوانج سوختگی شهید مطهری تهران برگزار می‌شد. آزمون پیگیری هم آخر اسفند ماه ۱۳۹۶ با گذشت ۲ ماه از پس‌آزمون در گروه آزمایش اجرا شد.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره بود که نسبت به روش‌های آماری مشابه، توان آماری بیشتری دارد. همچنین برای سنجش میزان ماندگاری اثر درمان در دوره پیگیری، با توجه به اینکه فقط از گروه آزمایش سنجش به عمل آمد، از روش *t* همبسته استفاده شد. با مقایسه نتایج دوره پیگیری با مرحله پیش‌آزمون گروه آزمایش، داده‌ها تحلیل و میزان ماندگاری درمان بررسی شد. برای تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

### یافته‌ها

از نظر وضعیت تأهل، در گروه کنترل ۱۰ نفر مجرد و ۵ نفر متأهل بودند. در گروه آزمایش نیز ۴ نفر مجرد، ۷ نفر متأهل و ۲ نفر مطلقه بودند. از لحاظ درجه سوختگی در گروه کنترل ۴ نفر با سوختگی درجه ۲ و ۱۱ نفر سوختگی با درجه ۳ بودند. در گروه آزمایش نیز ۵ نفر با سوختگی درجه ۲ و ۸ نفر با 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 با مایعات دچار سوختگی شده بودند. در گروه آزمایش نیز ۱ نفر به وسیله عامل شیمیایی، ۱ نفر الکتریکی، ۶ نفر شعله و ۵ نفر نیز با مایعات دچار سوختگی شده بودند. 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 بود که دچار سوختگی شده بود. 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 بیشترین سوختگی مربوط به نواحی گردن و اندام فوقانی بود.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته پژوهش ارائه شده است. نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد میانگین مهارت‌های اجتماعی شامل بیان اجتماعی، بیان هیجانی،

زیاد=۳، خیلی زیاد=۴).

در ایران طلابیگی این پرسش‌نامه را ترجمه و هنجاریابی کرده است [۲۸]. بدین صورت که بعد از ترجمه فهرست، روایی محتوایی ابزار به تأیید متخصصان روان‌شناسی بالینی و روان‌سنجی رسیده است. همچنین، پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمده است [۲۸]. پایایی ابزار در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ به دست آمد.

### پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی<sup>۷</sup>

برای سنجش مهارت‌های اجتماعی از پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی ریگیو و کاناری<sup>۸</sup> استفاده شد [۲۹]. این پرسش‌نامه ابتدا توسط ریگیو ساخته و در سال ۲۰۰۳ اصلاح شد. پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی ۲۹ سؤال ۵ گزینه‌ای دارد که بر اساس مقیاس لیکرت (از تقریباً همیشه نادرست=۱ تا تقریباً همیشه درست=۵) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه به منظور سنجش میزان مهارت‌های اجتماعی جوانان و بزرگسالان ۱۸ تا ۸۷ سال تهیه شده است. نمره بالا نشان‌دهنده مهارت اجتماعی بالا و نمره پایین نشان‌دهنده مهارت اجتماعی پایین است. ریگیو و کاناری پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند [۲۹]. در ایران یزدخواستی این پرسش‌نامه را هنجاریابی و ضریب همسانی درونی آزمون را ۰/۷۰ گزارش کرده است [۳۰]. میزان پایایی ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۲ محاسبه شد.

### درمان مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی

برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی بر اساس اصول نظریه یادگیری (از جمله شرطی‌سازی عامل، بازسازی شناختی و نظریه یادگیری اجتماعی) تدوین شده است [۲۴]. برای اعتباریابی صوری و محتوایی برنامه درمانی روانی اجتماعی، این ابزار در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی و سلامت قرار گرفت تا بر اساس تجارب و مشاهدات خود، به ترتیب اهمیت، مهم‌ترین مؤلفه‌ها و ابعاد را شناسایی و سپس محتوای برنامه درمانی را اصلاح کنند. خلاصه جلسات درمانی در جدول شماره ۱ آمده است.

شاخص نسبت روایی محتوایی<sup>۹</sup> بر اساس روش لاوشه<sup>۱۰</sup> برای برنامه درمانی ۰/۸۵ به دست آمد. با مقایسه این شاخص با مقدار مورد قبول برای 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 است. میزان شاخص روایی

7. Social Skills Questionnaire

8. Riggio and Canary

9. Content Validity Ratio (CVR)

10. Lawshe

11. Content Validity Index (CVI)

12. Waltz and Bausell

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر مهارت‌های اجتماعی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
آزمایش	بیان اجتماعی	۱۲/۳۰۷	۲/۳۲۳	۱۵/۳۸۴	۲/۷۸۵	۲/۶۹۱
	بیان هیجانی	۶/۰۷۶	۲/۰۱۹	۱۰/۳۰۷	۲/۰۱۵	۱/۹۶۴
	حساسیت اجتماعی	۱۳/۶۱۵	۳/۲۰۲	۱۸/۲۳۰	۳/۱۹۲	۳/۴۰۰
	حساسیت هیجانی	۱۰/۲۳۰	۲/۴۸۸	۱۳/۸۴۶	۳/۹۷۵	۲/۴۰۹
	کنترل اجتماعی	۱۳/۴۶۱	۲/۹۸۹	۱۸/۳۰۷	۳/۱۴۶	۳/۴۹۱
	کنترل هیجانی	۱۰/۳۸۴	۱/۹۳۸	۱۵/۰۷۶	۲/۱۰۰	۱/۸۰۱
	مهارت‌های اجتماعی کل	۶۶/۰۷۶	۴/۶۸۰	۹۱/۱۵۳	۹/۹۰۶	۷/۴۷۸
کنترل	بیان اجتماعی	۱۳/۰۶۶	۳/۳۴۸	۱۴	۲/۹۷۶	
	بیان هیجانی	۹/۸۰۰	۲/۶۵۱	۹/۱۳۳	۲/۸۹۹	
	حساسیت اجتماعی	۱۹/۲۰۰	۲/۱۴۴	۱۹/۴۶۶	۲/۰۶۵	
	حساسیت هیجانی	۱۱/۴۰۰	۲/۸۹۸	۱۱/۶۶۶	۳/۳۷۳	
	کنترل اجتماعی	۲۰/۶۰۰	۲/۹۴۷	۱۹/۴۶۶	۴/۰۸۵	
	کنترل هیجانی	۱۶/۲۰۰	۳/۰۲۸	۱۶/۵۳۳	۲/۵۵۹	
	مهارت‌های اجتماعی کل	۹۰/۲۶۶	۹/۶۶۱	۹۱/۵۴۹	۱۰/۶۰۶	

توانبخشنی

حساسیت اجتماعی، حساسیت هیجانی، کنترل اجتماعی و کنترل هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است، در صورتی که در گروه کنترل تغییر نیافته است. بیشترین تغییر میانگین در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش مربوط به مهارت کنترل اجتماعی (۱۸/۳۰۷) و در مرحله پیگیری مربوط به مهارت حساسیت اجتماعی (۱۶/۶۹۲) است.

برای بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای بر مهارت‌های اجتماعی، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. سطح معناداری آزمون باکس برای همسانی ماتریس کوواریانسها  $Box's = 22/626$ ،  $F = 0/133$ ،  $P > 0/718$ ، حساسیت اجتماعی ( $F = 0/509$ ،  $P > 0/066$ )، بیان هیجانی ( $F = 0/180$ ،  $P > 0/720$ ) بود که نشانه برقراری این فرض است. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمام مهارت‌های اجتماعی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

برای بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای بر مهارت‌های اجتماعی، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. سطح معناداری آزمون باکس برای همسانی ماتریس کوواریانسها  $Box's = 22/626$ ،  $F = 0/133$ ،  $P > 0/718$ ، حساسیت اجتماعی ( $F = 0/509$ ،  $P > 0/066$ )، بیان هیجانی ( $F = 0/180$ ،  $P > 0/720$ ) بود که نشانه برقراری این فرض است. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمام مهارت‌های اجتماعی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

برای بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای بر مهارت‌های اجتماعی، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. سطح معناداری آزمون باکس برای همسانی ماتریس کوواریانسها  $Box's = 22/626$ ،  $F = 0/133$ ،  $P > 0/718$ ، حساسیت اجتماعی ( $F = 0/509$ ،  $P > 0/066$ )، بیان هیجانی ( $F = 0/180$ ،  $P > 0/720$ ) بود که نشانه برقراری این فرض است. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمام مهارت‌های اجتماعی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

برای بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای بر مهارت‌های اجتماعی، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. سطح معناداری آزمون باکس برای همسانی ماتریس کوواریانسها  $Box's = 22/626$ ،  $F = 0/133$ ،  $P > 0/718$ ، حساسیت اجتماعی ( $F = 0/509$ ،  $P > 0/066$ )، بیان هیجانی ( $F = 0/180$ ،  $P > 0/720$ ) بود که نشانه برقراری این فرض است. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمام مهارت‌های اجتماعی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلای	۰/۵۷۹	۳/۴۴۵	۶	۱۵	۰/۰۲۴	۰/۵۷۹
	لامبدای ویلکز	۰/۴۲۱	۳/۴۴۵	۶	۱۵	۰/۰۲۴	۰/۵۷۹
	اثر هتلینگ	۱/۳۷۸	۳/۴۴۵	۶	۱۵	۰/۰۲۴	۰/۵۷۹
	بزرگترین ریشه روی	۱/۳۷۸	۳/۴۴۵	۶	۱۵	۰/۰۲۴	۰/۵۷۹

توانبخشنی



جدول ۴. آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بیان اجتماعی	بین‌گروهی	۱۳/۴۹۱	۱	۱۳/۴۹۱	۵/۵۹۸	۰/۰۲۸	۰/۲۱۹
	درون‌گروهی	۴۸/۱۹۷	۲۰	۲/۴۱۰			
بیان هیجانی	بین‌گروهی	۳۲/۱۳۶	۱	۳۲/۱۳۶	۶/۳۴۷	۰/۰۲۰	۰/۲۴۱
	درون‌گروهی	۱۰۱/۲۷۲	۲۰	۵/۰۶۴			
حساسیت اجتماعی	بین‌گروهی	۱۷/۴۰۱	۱	۱۷/۴۰۱	۶/۳۳۱	۰/۰۲۱	۰/۲۴۰
	درون‌گروهی	۵۵/۰۵۴	۲۰	۲/۷۵۳			
حساسیت هیجانی	بین‌گروهی	۸۲/۲۵۰	۱	۸۲/۲۵۰	۶/۴۴۴	۰/۰۲۰	۰/۲۴۴
	درون‌گروهی	۲۵۸/۳۶۶	۲۰	۱۲/۹۱۸			
کنترل اجتماعی	بین‌گروهی	۳۹/۰۴۱	۱	۳۹/۰۴۱	۴/۹۶۸	۰/۰۳۷	۰/۱۹۹
	درون‌گروهی	۱۵۷/۱۶۶	۲۰	۷/۸۵۸			
کنترل هیجانی	بین‌گروهی	۹/۷۴۱	۱	۹/۷۴۱	۷/۴۸۲	۰/۰۱۳	۰/۲۷۲
	درون‌گروهی	۲۶/۰۴۰	۲۰	۱/۳۰۲			

## توانبخشی

گفت برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی در بهبود مهارت‌های اجتماعی مؤثر بوده است.

به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از مهارت‌های اجتماعی از آزمون اثرات بین‌آزمودنی استفاده شد. در جدول شماره ۴ نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه مهارت‌های اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است. با توجه به نتایج، مقدار F به‌دست‌آمده برای مهارت‌های اجتماعی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. بنابراین برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی، بر مهارت‌های اجتماعی مؤثر بوده است و موجب ارتقای مهارت‌های اجتماعی شامل بیان اجتماعی، بیان هیجانی، حساسیت اجتماعی،

حساسیت هیجانی ( $P > 0/0482$ ،  $F = 1/277$ )، کنترل اجتماعی ( $P > 0/0709$ ،  $F = 1/553$ ) و کنترل هیجانی ( $P > 0/0224$ ) مؤید برقراری مفروضه همگنی واریانس‌هاست.

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، در جدول شماره ۳ و ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر مداخله آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری هر چهار آماره چندمتغیری 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 مهارت‌های اجتماعی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان

جدول ۵. نتایج آزمون t وابسته برای میزان ماندگاری تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی در مرحله پیگیری

متغیر	درجه آزادی	تفاوت میانگین	t	سطح معنی‌داری
بیان اجتماعی	۱۲	۲/۶۱	۲/۵۹	۰/۰۲۴
بیان هیجانی	۱۲	۱/۶۹	۳/۶۹	۰/۰۰۳
حساسیت اجتماعی	۱۲	۳/۰۷	۲/۴۳	۰/۰۳۱
حساسیت هیجانی	۱۲	۱/۶۱	۲/۲۹	۰/۰۴۰
کنترل اجتماعی	۱۲	۲/۷۶	۲/۸۲	۰/۰۱۵
کنترل هیجانی	۱۲	۱/۵۳	۲/۸۵	۰/۰۱۴

## توانبخشی

کیفیت زندگی و روابط اجتماعی تأثیر معناداری دارد. بنابراین این مداخلات باعث افزایش رضایت از زندگی و روابط اجتماعی این بیماران می‌شود. نتایج این مطالعه بیانگر این است که اختلالات مزمنی همانند PTSD را می‌توان با درمان‌های روانی اجتماعی بهبود بخشید که نتیجه آن بهبود روابط اجتماعی افراد است.

نتایج مطالعه باقری یزدی و همکاران [۳۵] نیز نشان داد خدمات حمایت روانی می‌تواند به طور معناداری از شدت علائم PTSD بکاهد. بنابراین بر اساس نتایج این پژوهش، ارائه خدمات حمایت روانی اجتماعی به آسیب‌دیدگان سوانح می‌تواند تا حد زیادی از علائم PTSD و همچنین آسیب‌شناسی اختلالات روانی در بازماندگان بکاهد و از بروز و شیوع مشکلات اجتماعی در آن‌ها پیشگیری کند. نتایج این مطالعه بیانگر آن است که کاهش علائم PTSD در نتیجه مداخلات روانی اجتماعی باعث کاهش مشکلات اجتماعی افراد می‌شود.

در تبیین نتایج این یافته می‌توان بیان داشت که افراد دچار PTSD ناشی از سوختگی به چند دلیل از برقراری ارتباط با دیگران و مهارت‌های اجتماعی دچار آسیب می‌شوند. یکی اینکه این افراد به دلیل نشخوارهای فکری و افکار منفی ناشی از ابتلا به اختلال، نسبت به واکنش‌های عادی دیگران تفسیرهای مختلف و گاه منفی به عمل می‌آورند و رفتارهای دیگران را به دلیل سوء برداشت، آزارنده احساس می‌کنند و از برقراری هرگونه تعامل اجتماعی با دیگران امتناع می‌ورزند. دلیل دوم این است که این افراد به دلیل تغییرات ظاهری ناشی از سوختگی و جوش خوردگی سوختگی، از قرار گرفتن در جمع و برقراری ارتباط با دیگران احساس شرم و خجالت می‌کنند و نگاه‌ها و گاه سؤالات کاوشگرانه دیگران را دال بر احساس ترحم و دلسوزی می‌دانند. به همین دلیل از لحاظ برقراری ارتباط درست اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دچار نقصان می‌شوند و نیازمند مداخله هستند.

افراد دچار PTSD ناشی از سوختگی به دلیل تنش و استرسی که احساس می‌کنند، در برقراری ارتباط با دیگران دچار بی‌قراری می‌شوند و با احساس بی‌زاری از دیگران و گاه رفتارها و واکنش‌های پرخاشگرانه در تعاملات واکنش نشان می‌دهند که این رفتارها طرد بیشتر این افراد از سوی دیگران را به دنبال دارد. از سوی دیگر، نایمن ادراک کردن محیط باعث عدم اعتماد به دیگران، گوشه‌گیری و مشکلات در روابط بین‌فردی و به‌سختی انس گرفتن با دیگران می‌شود که همه این عوامل در برقراری ارتباط و مهارت‌های اجتماعی این افراد تأثیر می‌گذارد و این افراد را در چرخه معیوب تعامل، بی‌قراری، پرخاشگری و طرد قرار می‌دهد.

در همین راستا، نتایج مطالعه مارتین و همکاران [۳۷] نشان داد موانع هیجانی ایجادشده برای بیماران سوختگی شامل ترس از طرد شدن، احساسات خودهشیاری، خجالت و تحقیر است. موانع موقعیتی شامل سؤالات کنجکاوانه، نظرات و رفتارهای دیگران است. پاسخ‌های

حساسیت هیجانی، کنترل اجتماعی و کنترل هیجانی در افراد دچار PTSD ناشی از سوانح سوختگی می‌شود.

به منظور بررسی میزان ماندگاری تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی در مرحله پیگیری، از آزمون t وابسته (برای مقایسه پیش‌آزمون با دوره پیگیری گروه آزمایش) استفاده شد که نتایج آن در **جدول شماره ۵** ارائه شده است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده مقادیر t به‌دست‌آمده در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. از این‌رو نتیجه می‌شود که تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی ماندگار بوده است؛ به عبارت دیگر، تأثیر مداخله بر بهبود مهارت‌های اجتماعی شامل بیان اجتماعی، بیان هیجانی، حساسیت اجتماعی، حساسیت هیجانی، کنترل اجتماعی و کنترل هیجانی در دوره پیگیری ماندگار بوده است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی در افراد دچار PTSD ناشی از سوانح سوختگی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی مؤثر است و موجب ارتقای مهارت‌های اجتماعی شامل بیان اجتماعی، بیان هیجانی، حساسیت اجتماعی، حساسیت هیجانی، کنترل اجتماعی و کنترل هیجانی در افراد دچار PTSD ناشی از سوانح سوختگی می‌شود و این تأثیر در دوره پیگیری هم ماندگار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو است [۳۶-۳۱].

هرچند پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه متغیرهای پژوهش را به صورت مستقیم بررسی نکرده‌اند، اما نتیجه‌گیری حاصل و برون‌دادهای این پژوهش‌ها حاکی از آن است که مداخلات روانی اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی می‌تواند مهارت‌های اجتماعی بیماران سوختگی و افراد دچار PTSD را بهبود بخشد و نتایج ناهمسویی در این زمینه یافت نشده است.

نتایج مطالعه سیرتی‌نیر و همکاران با عنوان «پیامدهای زندگی با PTSD» نشان داد پیامدهای زندگی در این اختلال شامل سه طبقه اصلی پیامدهای روانی شامل نقصان اعتماد به نفس، نقصان در تفریح و سرگرمی و احساسات و عواطف منفی؛ پیامدهای جسمی شامل مشکلات خواب، تغییر عملکرد جنسی، درد اعضای مختلف بدن، محدودیت در فعالیت فیزیکی؛ و پیامدهای اجتماعی شامل روابط بین‌فردی معیوب، نقصان درآمد و شغل و محدودیت در انجام وظایف است [۳۳].

در مطالعه حجتی و همکاران [۳۴] که با هدف بررسی تأثیر خدمات روانی اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن انجام شد، نتایج نشان داد مداخلات روانی اجتماعی بر رضایت از زندگی، فعالیت شغلی، سلامت و آسایش روانی، سلامت جسمانی،

تأثیرگذاری برنامه درمانی بر ارتقای مهارت‌های اجتماعی در این افراد بود. افراد دچار PTSD ناشی از سوانح سوختگی دچار مشکلاتی در برقراری ارتباط با دیگران و موقعیت‌های اجتماعی و بین فردی می‌شوند و به دلیل ناآگاهی از مهارت‌های مورد نیاز در چنین موقعیت‌هایی، دچار مشکلات عدیده‌ای می‌شوند که عدم تمایل به دیگران و برقراری ارتباط با آن‌ها و انزوا و گوشه‌گیری از جمله این مشکلات است. بنابراین برنامه‌های درمانی باید بتواند با هدف قرار دادن این مشکلات، باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی در افراد دچار PTSD ناشی از سوانح سوختگی شود که این یافته در پژوهش حاضر تأیید شد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل وجود مشکلات در هماهنگی برای حضور هم‌زمان بیماران در جلسات، عدم امکان اجرای این پژوهش در جامعه مردان برای کنترل متغیر جنسیت به عنوان متغیر مزاحم و مشکل در تعمیم نتایج به جامعه مردان دچار PTSD ناشی از سوانح سوختگی محسوب می‌شود. همچنین ابزارهای ارزیابی در پژوهش عمدتاً به مصاحبه و ابزارهای خودگزارشی متکی بوده است و بخشی که افراد قادرند به صورت صحیحی مهارت‌های اجتماعی خود را گزارش دهند زیر سؤال است؛ برای مثال، این گزارش‌ها ممکن است نیاز به بینش و فراشناخت بیشتری از توانایی افراد داشته باشد و به این ترتیب آنچه را که شرکت‌کنندگان در طول زمان و در بافت‌های متفاوت انجام می‌دهند، اندازه‌گیری نمی‌کنند.

پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه مردان نیز اجرا شود تا تأثیر برنامه درمانی بر این گروه مشخص شود و بتوان با اطمینان بیشتری در مورد تعمیم نتایج به بیماران سوختگی دچار PTSD اظهار نظر کرد. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود این برنامه را در بیماران دچار خودسوزی که ماهیت مشکلات آن‌ها با مشکلات افراد دچار سوختگی اتفاقی متفاوت است اجرا کنند. همچنین برگزاری این برنامه درمانی در قالب کارگاه‌های فشرده و کوتاه‌مدت برای تمام بیماران سوختگی به‌ویژه افراد دچار PTSD پیشنهاد می‌شود.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش از مرکز تحقیقات سوختگی گواهی اخلاق با کد IR.IUMS.REC ۱۳۹۶،۳۰۲۰۰ دارد. برای شرکت در پژوهش از تمام بیماران رضایت‌نامه اخلاقی گرفته شده است.

#### حامی مالی

این پژوهش از رساله دکتری نویسنده اول در گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی گرفته شده است که با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات سوختگی و با حمایت مالی این معاونت انجام شده است.

بیماران به این سؤالات و کنجکاو‌ی‌ها، بستگی به رابطه با فرد (سؤال‌کننده)، نحوه پرسیدن آن‌ها و وضعیت اجتماعی سؤال‌کننده دارد. راهبردهای مقابله‌ای فعال شامل اصلاح مثبت<sup>۱۳</sup>، شوخی و طنز، تغییر دادن خود و سؤالات پیش‌پافتاده بود. راهبردهای مقابله‌ای منفی در چنین موقعیتی از سوی بیمار سوختگی شامل اجتناب از تماس چشمی، زبان بدن بسته، پنهان کردن جوش خوردگی، و یادگیری پایان دادن به مکالمات بود.

بر اساس نتایج این پژوهش موانع هیجانی و موقعیتی، ارتباطات اجتماعی را کاهش می‌دهند و راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی تعامل افراد دچار سوختگی را با دیگران کاهش می‌دهد. لذا لازم است راهبردهای مقابله‌ای فعال و مهارت‌های اجتماعی به منظور تعامل اجتماعی با دیگران به آن‌ها آموزش داده شود. بنابراین بیماران نیازمند حمایت‌های اجتماعی از سوی همسالان، خانواده و درمانگران هستند. همسو با این بحث در برنامه درمانی روانی اجتماعی هم روی ابعاد حمایت اجتماعی و انواع آن و آموزش مهارت‌های اجتماعی چون قاطعیت و جرئت‌ورزی، راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل در افراد تأکید شد تا افراد بتوانند در موقعیت‌های اجتماعی عملکرد بهتری داشته باشند.

نتایج مطالعه مروری مارتین و همکاران [۳۷] با عنوان «چالش‌های اجتماعی جوش خوردگی قابل مشاهده پس از سوختگی شدید» نشان داد جوش خوردگی قابل مشاهده پس از سوختگی عامل چالش‌ها و مشکلات اجتماعی است که در تعامل بین فردی و اجتماعی فرد سوخته تأثیر می‌گذارد. همچنین نتایج مطالعه راهزانی و همکاران [۳۸] با موضوع رویکردی کیفی بر مشکلات اجتماعی افراد دارای بدشکلی سوختگی نشان داد مشکلات اجتماعی این افراد در پنج محور اصلی و تعدادی محور اولیه طبقه‌بندی می‌شوند که عبارتند از: رفتار و پندارهای اجتماع (شماقت، کناره‌گیری، افکار و باورهای نادرست، انگشت‌نما شدن و ترحم)، مشکلات روحی (تأثر و اندوه، شرمساری، ترس از طرد شدن، بی‌میلی و انزجار، نومی‌دی)، ارزیابی واکنش‌ها (ارزیابی‌های منفی و مثبت)، رهیافت (اختفا، انفصال، خودنمایی، خشونت) و فرسودگی.

به طور کلی یافته‌های این پژوهش بیانگر آن هستند که رفتارها و پندارهای منفی مردم زمینه‌ساز برخی مشکلات روحی در افراد بدشکل و اتخاذ تدابیر نامناسب برای مقابله با آن‌هاست. بنابراین نیاز به طراحی برنامه‌های حمایتی مناسب برای آموزش جامعه، فرد و خانواده به منظور ارتقای سطح آگاهی، بینش و عملکرد آنان ضروری به نظر می‌رسد.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارتقای مهارت‌های اجتماعی افراد دچار PTSD ناشی از سوانح سوختگی انجام شد. نتایج پژوهش مؤید

13. Positive reframing

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمام بیماران محترم و کارکنان بیمارستان شهید مطهری که در انجام طرح مشارکت داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

## References

- [1] Alaghebandan R, Azimi L, Lari AR. Nosocomial infections among burn patients in Teheran, Iran: A decade later. *Annals of Burns and Fire Disasters*. 2012; 25(1):3-7. [PMID] [PMCID]
- [2] World Health Organization. The global burden of disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008.
- [3] Aghakhani K, Aram S, Mehrpishah S, Memarian A, Hoseini R, Ghorbani M. [Evaluating the role of gender in the etiology, demographic features and prognosis of burn patients admitted to Shahid Motahari hospital: A five-year retrospective study (Persian)]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2015; 21(127):95-101.
- [4] Guillory AN, Porter C, Suman OE, Zapata-Sirvent RE, Finnerty CC, Herndon DN. Modulation of the hypermetabolic response after burn injury. *Total Burn Care*. 2018;301-6. [DOI:10.1016/B978-0-323-47661-4.00029-0]
- [5] Van Loey NE, Van Son MJM. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2003; 4(4):245-72. [DOI:10.2165/00128071-200304040-00004] [PMID]
- [6] Park SY, Choi KA, Jang Yc, Oh SJ. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*. 2008; 34(1):24-31. [DOI:10.1016/j.burns.2007.03.012] [PMID]
- [7] Wisely J, Tarrner 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. [DOI:10.1016/S0305-4179(01)00058-4]
- [8] Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsä E. Mental disorders after burn injury: A prospective study. *Burns*. 2011; 37(4):601-9. [DOI:10.1016/j.burns.2010.06.007] [PMID]
- [9] Shokoogi-Yekta M, Akbari-Zardkhaneh S, Ghahvechi F. Effectiveness of psycho-social skill training packages for drivers on their emotional management and mental health. *International Journal of Research in Psychological Health*. 2015; 9(1):61-77.
- [10] Kholghi H, Ghanbari S, Habibi M. [Social skills and hopelessness of teenagers: The function of mediator coping strategies (Persian)]. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2014; 8(4):307-15.
- [11] Taghinezhad Z, Eghlima M, Arshi M, Pourhossein Hendabad P. [Effectiveness of Social Skills Training on Social Adjustment of Elderly People (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(3):230-41. [DOI:10.21859/jrehab-1803230]
- [12] Nouri Qasem Abadi R. [Communications and social links guarantee the health of the individual and society (Persian)]. *Kar va Kargar*. 1998; 1-2.
- [13] Ostadian Khani Z, Fadie Moghadam M. [Effect of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and social phobia among physically-disabled persons (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(1):63-72. [DOI:10.21859/jrehab-180163]
- [14] Ghaderi Rammazi M, Askarizadeh G, Ahmadi G, Divsalar K. The Role of Psychiatric Symptoms, Social Support and Meaning in Life in Predicting Internet Addiction Among University Students: A Causal Model. *Practice in Clinical Psychology*. 2018; 6(2):101-10. [DOI:10.29252/nirp.jpcp.6.2.101]
- [15] Barati H, Pourmohamadreza Tajrishi M. The effect of social skills training on socialization skills in children with down syndrome. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2012; 10 (15):35-8.
- [16] Karami B GM, Tayarani Rad A, Qasemi S. The matson evaluation of social skills with youngsters-II (MESSY-II) and its adaptation for Iranian children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2013; 1(4):239-45.
- [17] 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 PTAS resulting from burn (Persian)] [PhD dissertation]. Tehran: University of Allameh Tabataba'i; 2018.
- [18] Fatemi MJ SR, Samimi R. Saberi M, Namazi P, Pahlavanpour P, Moshiri Sh. [Quality of life of burn patients after discharge from Shahid Motahari Hospital in 2013 (Persian)]. *Iranian Journal of Surgery*. 2015; 23(2):31-40.
- [19] Narimani M, Sadeghieh Ahari S, Rajabi S. Comparison of efficacy of eye movement, desensitization and reprocessing and cognitive behavioral therapy methods in the Treatment of stress disorder. *Journal of Applied Sciences*. 2008; 8(10):1932-37. [DOI:10.3923/jas.2008.1932.1937]
- [20] Soleimani M, Ahmadi K, Mohammadi A. [Virtual Reality Exposure Therapy in Anxiety Disorders and Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of Literature (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2016; 14(1): 111-24.
- [21] Maredpour A NM. [The effectiveness of therapeutic method eye movement desensitization and reprocessing in women suffering from posttraumatic stress disorder arising from non-military events (Persian)]. *Clinical Psychological Studies*. 2016; 6(23):41-60.
- [22] Akbari Yeganeh Z, Dolatshahee B, Rezaee Dogahesh E. The effectiveness of neurofeedback training on reducing symptoms of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2016; 4(1):17-24.
- [23] Ahmadi Zadeh MJ AK, Anisi J. [The survey of comparative effectiveness of skills problem solving education and prolonged exposure on treatment of post traumatic stress disorder (Persian)]. *Military Psychology*. 2011; 1(4):11-23.
- [24] Blakeney PE, Rosenberg L, Rosenberg M, Faber A. Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*. 2008; 34(4):433-40. [DOI:10.1016/j.burns.2007.08.008] [PMID]
- [25] Sadipour Biabangard I. [Research Methods in Psychology and Educational Sciences (Persian)]. Tehran: Doran; 2012.
- [26] Nasbun A. A Practical Guide to Diagnostic Interviews Using DSM-5 Criteria [F Rezaei, AA Forooghi, Persian trans]. Tehran: Arjmand; 2013.
- [27] Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The ptsd checklist for DSM-5 (pcl-5) [Internet]. 2017 [Updated 2017 May 11]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- [28] Talebigi F. [The Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on reducing experience avoidance in veterans with impact stress disorder in Kerman (Persian)] [MA thesis]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2015.



- [29] Riggio RE. The Social Skills Inventory (SSI): measuring nonverbal and social skills. In: Manusov VL, editor. *The Sourcebook of Nonverbal Measures: Going Beyond Words*. New York: Psychology Press; 2005.
- [30] Yazd Khasti F. [Interactive styles and psychological tests (Persian)]. Esfahan: Payam-e Alavi; 2010.
- [31] O'Connor M. Patients' psychosocial adjustment to burn injury (family support, coping). In: Xerox University Microfilms, University Microfilms International, editors. *Dissertation Abstracts International B, The Sciences and Engineering*. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms; 1974.
- [32] Eskafi Noghani M NS, Shirin-Zadeh Dastgiri S, Mohammadzadeh A, Najafi M. [Correlation of post-traumatic stress disorder with social support, quality of life and mental happiness in wives of veterans with post-traumatic stress disorder (Persian)]. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2016; 8(1):17-23.
- [33] Sirati nir M, Ebadi A, Fallahi Khoshknab M, Tavallaie A. [Consequences of living with posttraumatic stress disorder: A qualitative study (Persian)]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2012; 1(2):92-101.
- [34] Hojjati-Abed E, Karbalaeei-nouri A, Rafiei H, Karimlou M. [The efficacy of psychosocial occupational therapy services on quality of life of chronic psychiatric patents (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2010; 11(1):23-28.
- [35] Bagheri Yazdi A, Yasemi M, Khavasi L, Kafi A. Effectiveness of psycho-social support intervention in qazvin earthquake survivors. *Quarterly Scientific Journal of Rescue and Relief*. 2010; 2(2):1-10.
- [36] Torabi Momen E, Raheb G, Ali Pour F, Biglarian A. [The effectiveness of group social work intervention with developmental approach on psychosocial empowerment of female-headed households (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(3):242-53. (persian) [DOI:10.21859/jrehab-1803242]
- [37] Martin L, Byrnes M, McGarry S, Rea S, Wood F. Social challenges of visible scarring after severe burn: A qualitative analysis. *Burns*. 2017; 43(1):76-83. [DOI:10.1016/j.burns.2016.07.027] [PMID]
- [38] Rahzani K, Taleghani F, Nikbakht Nasrabadi A, Omrani fard M. . Qualitative approach on social problems in burned disfigurement individuals. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2008; 11(3):37-48.