

رابطه اختلال استرس پس از سانحه با سبک‌های دفاعی روانی در بیماران سوختگی

سیدموسی کافی* PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

سیده‌رقیه آتشکار MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

سیروس امیرعلوی MD

گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

سحر رضوانی MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

چکیده

اهداف: بازماندگان سوختگی با فرآیندهای دردناک و بدشکلی‌های ناشی از اثر زخم مواجه می‌شوند و اغلب مشکلات عمده‌ای را تجربه می‌کنند. هدف این پژوهش شناسایی روابط بین PTSD و سبک‌های دفاعی-روانی در بیماران سوختگی بود.

روش‌ها: این پژوهش همبستگی مقطعی پس‌رویدادی در ۹۰ بیمار بستری در مرکز سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی ولایت رشت در سال ۱۳۹۰ انجام شد و ۶۳ بیمار به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و وارد پژوهش شدند. از فرم مشخصات جمعیت‌شناختی، مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی و پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی برای جمع‌آوری داده استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS 16 و با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون انجام شد.

یافته‌ها: شدت سوختگی با بخش‌های سوخته بدن، PTSD، سبک دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته، همبستگی مثبت و با سبک دفاعی رشدنیافته همبستگی منفی داشت. همچنین بخش‌های سوخته بدن با PTSD ارتباط مستقیم و با سبک رشدنیافته ارتباط معکوس و با سبک‌های روان‌آزرده و رشدنیافته ارتباط مستقیم داشت. ۱۷/۷٪ واریانس PTSD از طریق متغیر سبک دفاعی رشدنیافته، ۴۴/۳٪ از طریق متغیر سبک دفاعی روان‌آزرده و ۷۳٪ از طریق متغیر سبک دفاعی رشدنیافته قابل پیش‌بینی بود.

نتیجه‌گیری: بین شدت سوختگی، PTSD و سبک‌های دفاعی-روانی ارتباط وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: سوختگی، اختلال استرس پس از سانحه، سبک‌های دفاعی-روانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۵/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۵/۲۱

*نویسنده مسئول: mosakafie@yahoo.com

مقدمه

سوختگی یکی از مشکلات مهم بهداشتی-درمانی در سرتاسر جهان، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه است. بررسی‌های

انجام‌شده نشان می‌دهد که حدود ۱/۸ میلیون بیمار سوختگی در ایالات متحده و یک میلیون در اروپا، سالانه خدمات و مراقبت‌های درمانی دریافت می‌کنند. در ایران، شیوع سوختگی و مرگ‌ومیر ناشی از آن همچنان بالاست. سالانه حدود ۷۲۴ هزار سوختگی اتفاق می‌افتد که ۳۳۵ هزار نفر توسط خوددرمانی بهبود می‌یابند، ۳۴۸ هزار نفر از مراکز پزشکی خدمات سرپایی دریافت می‌کنند، ۳۸۲ هزار نفر در بیمارستان بستری می‌شوند و ۲۹۲۰ نفر می‌میرند [۱]. به دلیل پیشرفت‌های تکنولوژی پزشکی درمان سوختگی در قرن بیستم، مرگ‌ومیر ناشی از سوختگی تا حد زیادی کاهش یافته است. امروزه بیماران متحمل سوختگی شدید نیز شانس بقای بالایی دارند [۲-۶]. مقایسه مطالعات اپیدمیولوژیک صورت‌گرفته در ایران نیز موید این ادعا است [۱]. اما افرادی که شانس زنده‌ماندن دارند، در سازگاری با شرایط جدید دچار مشکل می‌شوند که این موضوع موجب تمرکز متخصصان بر مشکلات توانبخشی و سازگاری روانی-اجتماعی آنان به همراه درمان جسمانی شده است [۲].

بازماندگان سوختگی با فرآیندهای 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 [۳] و در اکثر آنان ناسازگاری روان‌شناختی طی بازتوانی به‌وجود می‌آید [۴]. این مشکلات بعد از سوختگی به‌مدت طولانی باقی می‌ماند و به مشکلات مزمن تبدیل می‌شود [۲]. افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در میان کسانی که متحمل سوختگی می‌شوند، نسبتاً شایع است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تقریباً ۳۱٪ بیماران سوختگی در زمان بستری بودن در بیمارستان و ۲۹٪ با گذشت ۱۲ ماه از بستری‌بودن به PTSD دچار می‌شوند. به علاوه ۷۸٪ بیماران پس از مرخص شدن نشانه‌های PTSD را براساس ملاک‌های چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) نشان می‌دهند [۷-۹]. اختلال استرس پس از سانحه به دنبال مواجه‌شدن با رویدادهای استرس‌زای بسیار شدید پدید می‌آید. تجربه جنگ، شکنجه، بلایای طبیعی، حمله و سوانح جدی نظیر تصادف و آتش‌سوزی از جمله عوامل ایجادکننده PTSD شناخته می‌شوند [۱۰]. نشانه‌های بالینی این اختلال شامل تجربه مجدد رویداد استرس‌زای، کرحتی در پاسخ‌دادن به محرک‌ها، بی‌حسی نسبت به درگیر شدن با دنیای بیرونی و انواع نشانه‌های شناختی، رفتاری و فعالیت بیش از اندازه دستگاه عصبی اتونومیک است [۱۱].

داده‌های تجربی در مورد پیامدهای بلندمدت سوختگی نشان می‌دهد که ۳۰٪ بزرگسالان نجات‌یافته از سوختگی مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی متوسط تا شدید را گزارش می‌کنند. این مشکلات می‌تواند PTSD، اضطراب، افسردگی، احساس درماندگی، خشم، احساس گناه، کناره‌گیری از دیگران و نظایر آن

شامل نوع دوستی کاذب، تشکل واکنشی، آرمانی‌سازی و ابطال است [۲۳، ۲۴]. سبک‌های دفاعی رشدنیافته عبارت از عقلانی‌سازی، فرافکنی، انکار، همه‌کارخوانی، نازنده‌سازی، گذار به عمل، جسمانی‌کردن، خیال‌پردازی اوتیستیک، جسمانی‌کردن و جابه‌جایی هستند [۲۳، ۲۴].

مشکل زمانی بروز می‌کند که راهبرد مقابله‌ای نامناسب در رابطه با موقعیتی اتخاذ شود که لازم است رویداد استرس‌زا به طرز موثری اداره شود [۲۵]. بنابراین دفاع‌های رشدنیافته و روان‌آزرده سازگاری روان‌شناختی فرد آسیب‌دیده را با مشکل مواجه می‌کنند [۲۴]. مطالعات نشان می‌دهد که اگرچه دفاع روان‌شناختی در کوتاه‌مدت به اشخاص کمک می‌کند، اما باعث سازگاری بلندمدت آنها نمی‌شود، چون مساله‌مدار نیست و بر مشکل تمرکز ندارد [۲۴]. دفاع روان‌شناختی بر سیستم ایمنی تاثیر می‌گذارد و مانند یک فیلتر عمل می‌کند. این فیلتر توسط نادیده‌گرفتن میزان تهدید محرک، تهدید را ناهوشیار نگه می‌دارد و موجب می‌شود که پاسخ به استرس کاهش یابد. آزمایشات نشان می‌دهد آزمودنی‌هایی که در شرایط استرس در آزمایشگاه از مکانیزم‌های دفاعی - روانی به‌طور افراطی استفاده می‌کنند، سطوح نوراپی‌نفرین بالاتری دارند و فعالیت سمپاتیک آنها بالاست، درحالی‌که سطح کورتیزول و ACTH پایین است. سطح بالای نوراپی‌نفرین و سطح پایین کورتیزول موجب افزایش کم سلول‌های B می‌شود که موجب تضعیف سیستم ایمنی می‌شود [۲۶، ۲۷]. از آنجایی که پیامدهای روان‌شناختی PTSD سلامت روانی افراد را به‌خطر می‌اندازد، در عملکرد آنان اختلال ایجاد می‌کند، مشکلات شغلی و خانوادگی به‌وجود می‌آورد و طول دوره بهبودی بیماران سوختگی را افزایش می‌دهد، می‌تواند ناشی از سبک‌های دفاعی - روانی افراد در مواجه‌شدن با رویداد استرس‌زا باشد [۹]. در مجموع می‌توان چنین عنوان کرد که با شناسایی درست و به‌موقع PTSD به دنبال رویدادهایی مانند سوختگی، می‌توان از شکل‌گیری آن جلوگیری به عمل آورد. این کار به منزله نوعی پیشگیری اولیه است که از اهمیت بیشتری نسبت به درمان برخوردار است و حتی می‌تواند سبب کاهش میزان شیوع اختلال PTSD و اختلال‌های روانی همراه با آن مانند اضطراب و افسردگی شود [۲۸] و به دلیل اینکه سبک‌های دفاعی - روانی فرآیند مقابله‌ی هیجان‌مدار در برابر اضطراب و استرس هستند و استفاده افراطی از آنها ناسازگاری روان‌شناختی را به همراه دارد، به‌نظر می‌رسد بیماران سوختگی که نشانه‌های PTSD بیشتری را گزارش می‌کنند، از سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده بیشتر استفاده کنند و در مقابل، بیمارانی که نشانه‌های PTSD کمتری را نشان می‌دهند، از سبک دفاعی رشد یافته‌تر بهره‌گیرند.

با توجه به اهمیت مساله و فقدان پژوهش در این زمینه، هدف این پژوهش شناسایی روابط بین PTSD و سبک‌های دفاعی - روانی در بیماران سوختگی بود.

باشد [۵]. در حالی که مطالعات دیگر نشان می‌دهند که مشکلات روانی - اجتماعی بیماران سوختگی با فاکتورهای مرتبط با سوختگی و جمعیت شناختی ارتباط دارد [۶]. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که بیماران سوختگی از صفات شخصیتی آسیب‌پذیر، سبک‌های مقابله‌ای ضعیف، آشفتگی‌های خانوادگی و هزینه‌های مالی سنگین ناشی از سوختگی رنج می‌برند. در واقع توان عامل‌های خطر ساز در همه جنبه‌های زندگی (از زندگی درونی تا زندگی اجتماعی) بیمار مخفی می‌ماند و بر روند بهبودی کامل تاثیر بسیار می‌گذارد [۶] و بیماران سوختگی شدید را در معرض خطر جدی PTSD قرار می‌دهد [۷، ۸، ۱۲، ۱۳]. براساس نتایج چندین مطالعه، بیماران سوختگی در مقایسه با جمعیت عمومی، افسردگی و PTSD بسیار بالاتری دارند [۸، ۹، ۱۲، ۱۴].

در بررسی عوامل مرتبط با افزایش خطر PTSD پس از سوختگی نتایج متناقضی به‌دست آمده است [۹، ۱۴]. برای مثال، ۲۳/۳٪ بیماران بخش سوختگی، PTSD و ۵۵٪ افسردگی اساسی دارند و PTSD با سن، انفجار گاز هنگام تهیه غذا، افسردگی و عملکرد اجتماعی ضعیف ارتباط دارد اما با جنسیت، طول مدت بستری‌بودن در بیمارستان و شدت سوختگی ارتباط ندارد [۱۵] یا ارتباط معنی‌داری بین PTSD و نوع سوختگی و طول مدت بستری‌بودن در بیمارستان وجود ندارد [۱۶]؛ درحالی‌که براساس مطالعات دیگر، بین PTSD و جنسیت [۱۷، ۱۸] و نیز بین شدت نشانه‌های PTSD با شدت جراحت و نوع رویداد استرس‌زا ارتباط وجود دارد [۷، ۸، ۹، ۱۹، ۲۰]. برخی پژوهش‌ها به نقش تعدیل‌کننده رفتار مقابله‌ای در کاهش نشانه‌های PTSD در میان قربانیان شرایط استرس حاد اشاره دارد [۷].

مهارت‌های مقابله افراد در پاسخ به موقعیت استرس‌زا می‌تواند بر سلامت روان آنان تاثیر بگذارد [۸]. در شرایط استرس شدید مانند سوختگی، منابع مقابله افراد صدمه‌دیده بسیار محدود می‌شود [۷] و عمدتاً هم از رفتارهای ارادی هوشیارانه (مقابله) و هم از سبک‌های دفاعی - روانی استفاده می‌کنند [۲۱]. براساس رویکرد روانکاوی چنین نیرویی که تدبیر ناخودآگاه "من" است، فرد را برای مقابله با اضطراب و استرس آماده می‌سازد [۲۲]. این سبک‌ها براساس میزان رشدیافتگی به رشدنیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده تقسیم می‌شوند [۲۳]. سبک دفاعی رشدنیافته به انطباق بهینه در رویارویی با عوامل استرس‌زا منجر می‌شود. این دفاع‌ها معمولاً کامرواسازی یا رضایت‌مندی را به حداکثر می‌رسانند و آگاهی هوشیارانه از احساس‌ها، افکار و پیامدها را موجب می‌شوند. آنها همچنین تعادل بهینه‌ای را میان انگیزه‌های متضاد ایجاد می‌کنند، این دفاع‌ها شامل والایش، شوخ‌طبعی، پیشاپیش‌نگری و فرونشانی هستند [۲۳، ۲۴]. سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته موجب عدم رویارویی متناسب با رویداد استرس‌زا می‌شوند، تعادل روانی را به‌هم‌ریخته و سازگاری فرد را با مشکل مواجه می‌سازند. دفاع‌های روان‌آزرده

روش‌ها

این پژوهش همبستگی مقطعی، پس‌رویدادی در جامعه آماری ۹۰ بیمار بستری در مرکز سوانح سوختگی و جراحی ترمیمی ولایت رشت در سال ۱۳۹۰ انجام شد. براساس جدول مورگان، ۶۳ بیمار به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و وارد پژوهش شدند. کلیه نمونه‌ها حداقل ۱۹ سال داشتند و سابقه اختلال روانی به غیر از PTSD و سوءمصرف مواد قبل و بعد از سوختگی نداشتند با رضایت‌نامه کتبی آگاهانه وارد پژوهش شدند.

از فرم مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تحصیلی، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سابقه بیماری و غیره)، مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی و پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) برای جمع‌آوری داده استفاده شد. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی توسط کین ساخته شده است و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به کار برده می‌شود. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه ۳۵ عبارت دارد که در ۵ گروه تجربه مجدد، کناره‌گیری، کرحتی، بیش‌انگیزگی و خودآزاری طبقه‌بندی می‌شود. این مقیاس ضریب همسانی درونی بالایی دارد. ضریب پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به دست آمده است [۲۹]. نسخه ۴۰ سئوالی پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی براساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها توسط آندروز و همکاران تدوین شد که ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنا یافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۳۰]. این پرسش‌نامه در ایران توسط حیدری‌نسب هنجاریابی شده است. نسخه ایرانی پرسش‌نامه همانند نسخه اصلی از پایایی مطلوبی برخوردار است. بالاترین آلفای کرونباخ کل در مردان دانشجو ۰/۸۱ و پایین‌ترین آلفای کرونباخ کل در زنان دانش‌آموز ۰/۶۹ گزارش شده است. در سبک‌های دفاعی، بالاترین آلفای کرونباخ مربوط به سبک رشدنا یافته ۰/۷۲ و کمترین مربوط به سبک روان‌آزرده ۰/۵۰ بود. پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی در گروه‌های مورد مطالعه از اعتبار مناسبی برخوردار و استاندارد است [۳۱].

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS 16 و با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون انجام شد.

نتایج

۳۷ بیمار مرد و ۲۶ بیمار زن و میانگین سنی کل بیماران ۳۸/۷±۱۴/۰۷ سال بود (جدول ۱).

بین سن، جنسیت و PTSD ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. شدت سوختگی با بخش‌های سوخته بدن، PTSD، سبک دفاعی روان‌آزرده و رشدنا یافته همبستگی مثبت معنی‌دار (p<۰/۰۱) و با سبک دفاعی رشدیافته همبستگی منفی معنی‌دار (p<۰/۰۱) داشت.

بخش‌های سوخته بدن با PTSD ارتباط مستقیم معنی‌دار (p<۰/۰۱) داشت. PTSD با سبک رشدیافته ارتباط معکوس معنی‌دار (p<۰/۰۱) و با سبک‌های روان‌آزرده و رشدنا یافته ارتباط مستقیم معنی‌دار (p<۰/۰۱) داشت (جدول ۲).

جدول ۱) اطلاعات دموگرافیک ۶۳ بیمار سوختگی

شاخص	زن (۲۶ نفر)		مرد (۳۷ نفر)	
	مطلق	نسبی	مطلق	نسبی
سن	۳۶/۹۶±۱۴/۵۶		۳۹/۹۷±۱۳/۷۹	
وضعیت تاهل				
مجرد	۴	۶/۴	۱۰	۱۵/۸
متاهل	۲۲	۳۴/۹	۲۷	۴۲/۸
سطح تحصیلات				
بی‌سواد	۵	۷/۹	۱۲	۱۹/۰
ابتدایی	۸	۱۲/۷	۱۴	۲۲/۲
متوسطه	۳	۴/۸	۸	۱۲/۷
کارشناسی و بالاتر	۷	۱۱/۱	۳	۴/۸
محل سکونت				
شهر	۱۲	۱۹/۰	۱۹	۳۰/۲
حومه شهر	۳	۴/۷	۰	۰
روستا	۱۱	۱۷/۵	۱۸	۲۸/۶
وضعیت شغلی				
شغل قبلی	۱۳	۲۰/۶	۲۱	۳۳/۳
از دست داده	۱۳	۲۰/۶	۱۵	۲۳/۸
وضعیت بیمه				
ندارد	۹	۱۴/۳	۱۹	۳۰/۲
دارد	۱۷	۲۷/۰	۱۸	۲۸/۶
سابقه بیماری جسمانی				
دارد	۴	۶/۳	۲	۳/۲
ندارد	۲۲	۳۵/۰	۳۵	۵۵/۵
سابقه بیماری روانی				
دارد	۰	۰	۳	۴/۸
ندارد	۲۶	۴۱/۳	۳۴	۵۴/۰

براساس تحلیل رگرسیون، ۱۷/۷٪ واریانس PTSD از طریق متغیر سبک دفاعی رشدیافته (F=۱۲/۴۴؛ t=-۳/۵۳؛ p<۰/۰۱)، ۴۴/۳٪ واریانس PTSD از طریق متغیر سبک دفاعی روان‌آزرده (F=۴۶/۱۶؛ t=۶/۷۹؛ p<۰/۰۰۱) و ۷۳٪ واریانس PTSD از طریق متغیر سبک دفاعی رشدیافته (F=۱۵۱/۳۲؛ t=۱۲/۳۰؛ p<۰/۰۰۱) قابل پیش‌بینی بود.

بحث

براساس نتایج، ۴۴/۴٪ بیماران سوختگی شغل خود را از دست می‌دهند و به تبع آن از بیمه خدمات درمانی محروم می‌شوند. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است که نشان می‌دهد این بیماران علاوه بر درد سوختگی و جای زخم ناشی از آن، مشکلات

رابطه اختلال استرس پس از سانحه با سبک‌های دفاعی روانی در بیماران سوختگی ۱۵۹
 روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی متعددی را تجربه می‌کنند که در روند بهبودی کامل آنان موانعی جدی ایجاد می‌کند [۳، ۶، ۱۳].

جدول ۲) همبستگی سوختگی با PTSD و سبک‌های دفاعی - روانی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. سن									
۲. جنسیت	۰/۱۱								
۳. سطح تحصیلات	۰/۴۷**	-۰/۴۰**							
۴. نوع سوختگی	۰/۰۲	-۰/۲۴	-۰/۱						
۵. شدت سوختگی	۰/۰۳۵	-۰/۰۶	۰/۲۹*	۰/۱۵					
۶. بخش‌های سوخته بدن	-۰/۱۴	۰/۴۴**	-۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۴۱**				
۷. اختلال استرس پس از سانحه	-۰/۱۶	-۰/۲۳	۰/۲۸*	۰/۲۴	۰/۵۹**	-۰/۳۲**			
۸. سبک رشدیافته	۰/۱۱	۰/۲۴	-۰/۱۱	۰/۱۶	-۰/۳۶**	-۰/۲۲	-۰/۴۲**		
۹. سبک روان‌آزرده	-۰/۱۱	-۰/۲۲	۰/۳۰*	۰/۱۰۵	۰/۴۱**	۰/۲۸*	۰/۶۷**	-۰/۳۱*	
۱۰. سبک رشدنا یافته	-۰/۲۲	-۰/۲۷*	۰/۲۸**	۰/۱۲۷	۰/۴۸**	۰/۲۷*	۰/۱۸۵**	-۰/۴۵**	۰/۹۰**

*p<۰/۰۱؛ **p<۰/۰۰۵

سطح نیاز به مراقبت فیزیولوژیک کمتر می‌شود اما سطح نیاز به مراقبت روانی تغییر نمی‌کند و بعد از ترخیص از بیمارستان همچنان ادامه می‌یابد تا بهبودی کامل حاصل شود [۳۴].

براساس نتایج به دست آمده، PTSD با سبک دفاعی رشدیافته ارتباط معکوس معنی‌دار (p<۰/۰۱) و با سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنا یافته ارتباط مستقیم معنی‌دار (p<۰/۰۱) دارد. این نتایج حاکی از این است که انسان‌ها وقتی با رویدادی استرس‌زا مانند سوختگی که بسیار ناگوار و دردناک است، مواجه می‌شوند، اغلب برانگیخته می‌شوند موقعیت را به گونه‌ای بازسازی کنند تا درک آن آسان‌تر شود و بتوانند با آن کنار بیایند، در حالی که این راه‌اندازی هیجانات منفی، انبوهی از مکانیزم‌های دفاعی - روانی و بسیج منابع شناختی و زیستی را فرا می‌خواند تا به فرد برای مقابله با رویداد استرس‌زا کمک کند. کاربرد چنین منابعی عموماً نیاز به کمی تحریف واقعیت عینی دارد. مکانیزم‌های دفاعی این خدمت را به افراد می‌کنند و آنها را از اضطراب مفرط درونی و بیرونی حفاظت می‌نمایند. چنین نیروی روانی در کوتاه‌مدت کمک کننده است اما به دلیل این که هیجان مدارند و بر رفع مشکل تمرکز ندارند، سازگاری بلندمدت بیماران را با مشکل مواجه ساخته [۲۴] و نشانه‌های آشفتگی و اختلال‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی و PTSD بروز می‌یابد [۸، ۹]. براساس نتایج مطالعه حاضر، سبک دفاعی رشدیافته ۱۷/۷٪، سبک دفاعی روان‌آزرده ۴۴/۳٪ و سبک دفاعی رشدنا یافته ۷۳٪ قادر به پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه بودند.

این نتایج نشان داد که در گام نخست درمان بیماران سوختگی تعیین سبک‌های دفاعی - روانی آنان که پیش‌بینی‌کننده مهمی برای بروز PTSD هستند تا چه اندازه ضرورت دارد. به عبارت دیگر، با بررسی و تشخیص نوع سبک‌های دفاعی - روانی بیماران

همچنین نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که PTSD با سن و جنسیت ارتباط معنی‌دار ندارد، در حالی که با سطح تحصیلات ارتباط مستقیم معنی‌دار (p<۰/۰۱) دارد. به عبارت دقیق‌تر، PTSD در تمام سنین و در هر دو جنس بعد از سوختگی بروز می‌کند و هر چه میزان تحصیلات بیماران سوختگی بالاتر باشد احتمال اینکه به PTSD مبتلا شوند بیشتر است. این یافته همسو با برخی از پژوهش‌های پیشین است که در آن به بررسی ارتباط PTSD با سن، جنسیت و میزان تحصیلات پرداختند. یافته‌ها حاکی از آن است که با افزایش سطح تحصیلات، مهارت‌های شناختی و سطح تجزیه و تحلیل افراد افزایش یافته و احتمال بروز اختلال PTSD را افزایش می‌دهد [۱۵، ۳۳].

شدت سوختگی با بخش‌های سوخته بدن و PTSD ارتباط مستقیم معنی‌دار (p<۰/۰۰۱) دارد. این یافته علاوه بر همسویی با برخی از پژوهش‌های پیشین حاکی از این است که نشانه‌های روان‌شناختی و ناراحتی جسمانی پیوند بسیار نزدیکی در بیماران سوختگی دارد [۷، ۸، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۰]. این یافته نشان می‌دهد، شدت جراحات که منعکس‌کننده سطوح منطقه سطحی کل بدن است با نشانه‌های PTSD مرتبط است [۸، ۱۵، ۱۹، ۲۰]. این در حالی است که اختلال‌های روانی اغلب توسط پزشکان نادیده گرفته می‌شود، بدون تشخیص و درمان باقی می‌ماند و در روند بهبودی بیماران مانعی جدی ایجاد می‌کند [۱۵] و از طرف دیگر بیماران از بیان دقیق مشکلاتشان عاجز هستند و در پذیرش وضعیت بعد از سوختگی که با درد و جای زخم ناشی از آن همراه است با دشواری‌های بسیاری مواجه می‌شوند. بنابراین ضرورت مراقبت روانی به همراه مراقبت فیزیولوژیک که بر عهده کادر پزشکی است، آشکار می‌شود. در این راستا پژوهش‌لینگ و همکاران [۳۴] در مورد سطوح مختلف درمان بیماران سوختگی بر این مساله مهم تاکید دارد که با گذشت زمان

- 11- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. NIKKHOV MR, translator. Tehran: Sokhan Publication; 2002. [Persian]
- 12- Palmu R, Suminen K, Vuola J, Isometsa E. Mental disorders among acute burn patients. *J Burns*. 2010;36(7):1072-9.
- 13- Falder S, Browne A, Edgar D, Staples E, Fong J, Rea S, et al. Core outcomes for adult burn survivors: A clinical overview. *J Burns*. 2009;35(5):618-41.
- 14- Smitten MH, Graaf R, Van Loey NE. Prevalence and co-morbidity of psychiatric disorders 1-4 years after burn. *J Burns*. 2011;37(5):753-61.
- 15- El hamaoui Y, Yaalaoui S, Chihabeddine K, Boukind E, Mossaoui D. Post-traumatic stress disorder in burned patients. *J Burns*. 2002;28:647-50.
- 16- Powers PS, Cruse CW, Daniels S, Stevens B. Post-traumatic stress disorder in patients with burns. *J Burn Care Rehabil*. 1994;15(2):147-53.
- 17- Fauerbach JA, Lawrence JW, Richter D. Pre-burn psychiatric history affects post-trauma morbidity. *Psychosoma*. 1997;38(4):374-85.
- 18- Fauerbach JA, Lawrence JW, Munster AM. Prolong adjustment difficulties among those with acute post-trauma disorder following burn injury. *J Behav Med*. 1999;22(4):359-78.
- 19- Van Loey NE, Faber AW, Taal LA. Do burn patients need burn specific multidisciplinary outpatient after care: Research results. *J Burns*. 2001;27(2):103-10.
- 20- Patterson DR, Carrigan L, Robinson R, Questad KA. Posttraumatic stress disorder in hospitalized patients with burn injuries. *J Burn Care Rehabil*. 1990;11:181-4.
- 21- Straub RO. Health psychology coping with stress. New York: Cambridge University Press; 2002.
- 22- Azad H. Psychopathology. Tehran: Besat Publication; 2000. [Persian]
- 23- Vaillant GE. Mental health. *Am J Psychiat*. 2003;160(8):1373-84.
- 24- Cramer P. Protecting the SELF. New York: Guilford Press; 2006.
- 25- Curtis A J. Health psychology. Fathi AA, Azimi AH, translators. Tehran: Besat Publication; 2006. [Persian]
- 26- Olf M. Stress, depression and immunity: The role of defense and coping styles. *Psychiat Res*. 1999;85(1):7-15.
- 27- Bowins B. Hypomania: A depressive inhibition override defense mechanism. *J Affect Disord*. 2008;109(3):221-32.
- 28- Nixon RD, Resick PA, Nishith P. An exploration of co morbid depression among female victims of intimate partner violence with PTSD. *J Affect Disord*. 2004;82(2):315-20.
- 29- Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests. Tehran: Tehran Press; 2005.
- 30- Sinha BK, Watson DC. Gender, age and cultural differences in the defense style questionnaire-40. *J Clin Psychol*. 1998;54(1):67-75.
- 31- Heidarinassab L. Comparison defense mechanisms in clinical and nonclinical samples according to (DSQ-40) [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Moddares University; 2006. [Persian]
- 32- Esfahlan AJ, Lotfi M, Zamanzadeh V, Babapour J. Burn pain and patients' responses. *J Burns*. 2010;36(7):1129-33.
- 33- Khajehmoghahi N, Nazemi S. The investigation of post-traumatic syndrome disease symptoms among children less than 6 years, 3 months after bombing in Ahvaz. *J Med Sci*. 2008;7:520-5.
- 34- Liang CY, Wang HJ, Yao KP, Pan HH, Wang KY. Predictors of health-care needs in discharged burn patients. *J Burns*. 2012;38(2):172-9.

سوختگی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مساله‌مدار به بیماران و کمک به سازگاری روان‌شناختی آنان، می‌توان از بروز PTSD و سایر اختلال‌های روانی همراه آن جلوگیری کرد [۷]. این پیش‌گیری اولیه نسبت به درمان اختلال PTSD از اهمیت بیشتری برخوردار است و در کنار درمان جسمانی به روند بهبودی و ارتقای سلامت این بیماران بسیار کمک‌کننده است. در مراقبت از بیماران سوختگی، روان‌درمانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند به عنوان راهکاری مناسب برای درمان همه جانبه این بیماران در نظر گرفته شود و نقش روان‌درمان‌گران را به همراه کادر پزشکی در کمک به تسریع بهبودی بیماران سوختگی آشکار می‌سازد.

نتیجه‌گیری

بین شدت سوختگی، PTSD و سبک‌های دفاعی- روانی ارتباط وجود دارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی بیماران و کارکنان بیمارستان فوق تخصصی سوانح و سوختگی ولایت رشت که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Rahzani K, Taleghani F, Nasrabadi AN. Disfiguring burns and the experienced reaction in Iran: Consequences and strategies: A qualitative study. *J Burns*. 2009;35(6):875-81.
- 2- Wisely JA, Tarrier N. A survey of the need for psychological input in a follow-up service for adult burn-injured patients. *J Burns*. 2001;27(8):801-7.
- 3- Baar MEV, Essink-Bot ML, Oen IMM, Dokter J, Boxma H, Beek EFV. Functional outcome after burns: A review. *J Burns*. 2006;32(1):1-9.
- 4- Moi AL, Larsen TW, Salemark L, Hanestad BR. Long-term risk factor for impaired burn-specific health and unemployment in patients' thermal injury. *J Burns*. 2007;33(1):37-45.
- 5- Blakeney PE, Rosenberg L, Rosenberg M, Faber AW. Psychosocial care of persons with severe burns. *J Burns*. 2008;34(4):433-40.
- 6- Park SY, Choi KA, Jang YC, Oh SJ. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *J Burns*. 2008;34(1):24-31.
- 7- Haden CH, Scarpa A, Jones RT, Ollendick TH. Posttraumatic stress disorder symptoms and injury: The moderating role of perceived social support and coping for young adults. *Pers Indiv Differ*. 2007;42:1187-98.
- 8- Tedstone JE, Tarrier N, Faragher EB. An investigation of the factors associated an increased risk psychological morbidity in burned patients. *J Burns*. 1998;24:407-15.
- 9- Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsa E. Mental disorders after burn injury: A prospective study. *J Burns*. 2011;37(4):601-9.
- 10- Barlow K, Grenyer B, Ilkw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust Psychiat*. 2000;34(6):967-74.