

تدوین الگوی رشد پس از ضربه در بیماران سازگار با سوختگی

یوسف اعظمی^۱، سیامک فرخ فرقانی^۲، ابوالقاسم عیسی مراد^۳، فرامرز سهرابی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تدوین الگوی رشد پس از ضربه در بیماران سازگار با سوختگی انجام شد. روش پژوهش کیفی از نوع نظریه زمینه‌ای بود و جامعه آماری پژوهش بیماران سوختگی بودند که از طریق انجمن حمایت از بیماران سوخته (ققنوس)، درمانگاه و بیمارستان شهید مطهری در سال ۱۳۹۹ شناسایی و به پژوهشگران معرفی شدند. روش نمونه‌گیری ابتدا به صورت هدفمند انجام شد و به تدریج به صورت نمونه‌گیری نظری ادامه یافت. حجم نمونه بر اساس روش اشباع نظری داده‌ها ۱۵ نفر شد که مورد مصاحبه قرار گرفتند. برای غریبالگری از پرسش‌نامه رشد پس از ضربه استفاده شد و کسانی که نمره بالاتر از میانگین در این مقیاس کسب کردند و سایر ملاک‌های ورود را داشتند، انتخاب شدند. کلیه مصاحبه‌ها با رویکرد تحلیل محتوای گرانیم و لاندمن و با کدگذاری باز، محوری و انتخابی مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها در ارتباط با مفاهیم تشکیل‌دهنده رشد پس از ضربه شامل مفاهیم اصلی باورهای مثبت دینی و نگاه جدید به زندگی بود، یافته دوم در ارتباط با عوامل تأثیرگذار (موانع و تسهیل‌کننده‌ها) رشد پس از ضربه نشان داد که موانع شامل مفاهیم اصلی واکنش‌های جامعه، محدودیت‌های فردی، اختلال در سبک زندگی و حالات روانی فردی و تسهیل‌کننده‌ها شامل حمایت چندکانونی، دیگرخواهی، انگیزش، الگوسازی، امنیت ذهنی و اجتماعی، تعامل پویا با دیگران بود. یافته آخر پژوهش در ارتباط با چگونگی فرایند رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی نشان داد که این فرایند شامل مفاهیم اصلی تحولات مثبت، تغییرات معنوی و توان شخصی (تاب‌آوری) است. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند به عنوان الگویی برای تدوین مداخله‌های درمانی و توان‌بخشی منطبق با بافت فرهنگی موجود برای بیماران سوختگی مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: بیماری سوختگی، رشد پس از ضربه، سازگاری، الگو.

۱. دکترای روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه

طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) aazami67@gmail.com

۲. استادیار گروه جراحی ترمیمی و پلاستیک، مرکز تحقیقات سوختگی، بیمارستان حضرت فاطمه (س)،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

Design of post-traumatic growth model in burn-compatible patients

Yousef Aazami¹, Siamak Farrokh Forghani²,
Abolghasem Issa Morad³, Faramarz Sohabi⁴

Abstract

The present study was conducted with the aim of design the post-traumatic growth pattern in burn patients. The qualitative research method was based on grounded theory, and the statistical population of the research was burn patients who were identified and introduced to the researchers through the support Association for Support of Burned Patients (Phoenix), Shahid Motahari Clinic and Hospital in 2019. The sampling method was initially purposeful and gradually continued as theoretical sampling. Based on the theoretical data saturation method, the sample size was 15 people who were interviewed. The post-traumatic growth questionnaire was used for screening, and those who scored higher than the average in this scale and met other entry criteria were selected. All the interviews were analyzed with Granheim and Landmann content analysis approach and with open, central and selective coding. The findings related to the concepts of post-traumatic growth included the main concepts of positive religious beliefs and a new outlook on life, The second finding in relation to the influencing factors (barriers and facilitators) of post-traumatic growth showed that the barriers include the main concepts of society's reactions, individual limitations, lifestyle disorders and individual mental states, and the facilitators include multifocal support, altruism. , motivation, modeling, mental and social security, dynamic interaction with others. The last finding of the research regarding the process of post-traumatic growth in burn patients showed that this process includes the main concepts of positive developments, spiritual changes and personal strength (resilience). The results of this research can be used as a model for formulating therapeutic and rehabilitation interventions in accordance with the existing cultural context for burn patients.

Keyword: Burn Disease, Post-Traumatic Growth, Adaptation, Pattern.

-
1. PhD in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author): Email: aazami67@gmail.com
 2. Assistant Professor, Department of Reconstructive and Plastic Surgery, Burn Research Center, Hazrat Fatemeh Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
 4. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

مقدمه

در قلمرو علم روان‌شناسی، پژوهش‌های زیادی در زمینه تأثیر حوادث و سوانح ناگوار بر انسان انجام شده که عمدتاً این گونه بررسی‌ها در جهت شناسایی آثار سوء این رویدادها بوده است. از سال ۱۹۸۰، رشته «روان‌پزشکی» به‌طور رسمی آثار روانی منفی سانحه را مطرح کرده است و تشخیص اختلال استرس پس از ضربه^۱ در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ در چاپ سوم بررسی شد (سیدمحمودی، رحیمی، محمدی و هادیان‌فرد، ۱۳۸۹). اما این اختلال تنها بخشی از واکنش افراد به مشکلات سخت زندگی را توجیه می‌کند و در بسیاری مواقع، ممکن است پس از اینکه فرد رخداد ناگوار و یا بیماری خاصی را تجربه کند، رشد پس از ضربه^۳ را تجربه نماید. در واقع، هنگامی که فردی با ضربه یا وقایع آسیب‌زا مواجه می‌شود سه نوع واکنش روان‌شناختی ممکن است نشان دهد: ۱) بروز نشانگان اختلال استرس پس از ضربه (تسلیم شدن در برابر آسیب)، ۲) تاب‌آوری یا بهبود، و ۳) رشد پس از ضربه. در تاب‌آوری، افراد به خط پایه^۴ عملکردی قبل از وقوع حادثه آسیب‌زا برمی‌گردند و بهبود حاصل می‌شود که مشابه شرایط قبل از ضربه است اما در رشد پس از ضربه، افراد از سطح قبلی فراتر می‌روند و رشد می‌کنند (هفرن و بونیول^۵، ۲۰۱۱). رشد پس از ضربه می‌تواند به‌عنوان تغییرات روانی، شناختی و عاطفی مثبت پس از تجربه مبارزه با بحران‌های چالش‌انگیز زندگی تعریف شود (باگلاما و اتاک^۶، ۲۰۱۵). این پدیده قرن‌هاست شناسایی شده (تدشی و کالهن^۷، ۲۰۰۴)، اما فقط طی دو دهه اخیر موضوع پژوهش تجربی قرار گرفته است.

تدشی و کالهن (۲۰۰۴) نظریه‌ای را مطرح می‌کنند که در آن حوادث آسیب‌زا چالش‌هایی را برای طراحان‌های پیش از ترومای افراد درباره خودشان، دیگران، ارتباطات و جهان ایجاد می‌کند که این امر از طریق تخریب فرض‌هایشان درباره جهان و تلاش برای ترکیب‌بندی دوباره اهداف، اعتقادات و به‌طور وسیع‌تر، جهان‌بینی فرد انجام می‌شود. بر اساس نظر تدشی و کالهن (۲۰۰۴) فرایندی که در آن این ترکیب‌بندی دوباره و رشد اتفاق می‌افتد به استرس زیاد و نشخوار شناختی خودکار نیاز دارد که فشار را بر روی فرد

1. post-traumatic stress disorder
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
3. Post Traumatic Growth (PTG)
4. baseline
5. Hefferon & Boniwell
6. Baglama, & Atak
7. Tedeschi & Calhoun

نگه می‌دارد و باعث تلاش‌هایی برای مقابله از جمله نشخوار ارادی می‌شود، و تصور می‌شود که این نشخوار فکری عمدی مولد بوده و دربرگیرنده توسعه روایت تروما در یک تلاش برای وفق دادن تروما با دنیای بازنمایی‌شده شخص یا خلق معنا از تروماست (میرسون، گرانت، کارتر و کیلمر^۱، ۲۰۱۱). بر همین اساس، کالهن، تدشی، کان و هانکس^۲ (۲۰۱۰) معتقدند که متغیرهایی ممکن است احتمال رشد روانی پس از یک رویداد آسیب‌زا را افزایش دهند که عبارت‌اند از: الف) فرایند شناختی، مشغولیت یا نشخوار فکری، ب) فاش‌سازی یا ابراز نگرانی‌ها در مورد حوادث آسیب‌زا، ج) واکنش دیگران به خود-افشاسازی، د) بافت فرهنگی-اجتماعی که تروما در آن رخ داده است و تلاش‌ها برای پردازش، آشکارسازی و حل و فصل تروما، ه) آمادگی شخصی بازماندگان و میزان تاب‌آوری آنها، و) میزان اجازه یا سرکوبی به فرایندهای فوق در حوادث و تروماها (تدشی و مک‌نالی^۳، ۲۰۱۱). مطالعات گوری، تاپینو، ستی و کرامر^۴ (۲۰۲۱) با هدف بررسی مسیرهای رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که سطح تاب‌آوری رشد پس از ضربه یا علائم پس از ضربه را به صورت مستقیم و غیرمستقیم، همراه با راهبردهای مقابله‌ای مختلف به عنوان متغیر واسطه، پیش‌بینی می‌کند.

حوادثی که مشکلات پایداری را ایجاد می‌کنند، تنش‌های بیشتری را موجب می‌شوند. برخی حوادث غیرقابل بازگشت‌اند و آثار مخرب آنها برای همیشه باقی می‌ماند، برای مثال معلولیت‌هایی که از نظر پزشکی غیرقابل درمان هستند، باعث می‌شوند که آثار منفی و دائمی آنها تا پایان عمر باقی بمانند و زندگی روزمره فرد را تحت تأثیر قرار دهند. تنش‌هایی که شرایط غیرقابل برگشتی را به وجود می‌آورند، آثار روانی مخرب‌تری را در فرد ایجاد می‌کنند (زولنر و مارکر^۵، ۲۰۰۶). بیماری سوختگی از جمله ناتوانی‌هایی است که تأثیرات گسترده‌ای بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا می‌گذارد و زندگی بیمار را دچار مشکلات عدیده‌ای می‌سازد (اعظمی، ۱۳۹۷).

نتایج مطالعات هوبس^۶ (۲۰۱۵) با هدف مرور نظام‌مند عوامل تأثیرگذار بر شدت اختلال استرس پس از ضربه در بیماران سوختگی نشان داد که عواملی چون جنسیت

1. Meyerson, Grant, Carter, & Kilmer
2. Calhoun, Tedeschi, Cann, & Hanks
3. Tedeschi, & McNally
4. Gori, Topino, Sette, & Cramer
5. Zoellner, & Maercker
6. Hobbs

(جنسیت مؤنث)، صفات شخصیتی برون‌گرایی پایین و روان‌رنجورخویی بالا، مقصر دانستن (مقصر دانستن خود با سازگاری بهتر و مقصر دانستن دیگران با سازگاری ضعیف روان‌شناختی ارتباط دارد)، ظرفیت بخشش (بخشش بالا با سازگاری روان‌شناختی مثبت و بخشش پایین با خطر اختلال ارتباط دارد)، میزان فاجعه‌آمیز یا غیرفاجعه‌آمیز بودن حادثه (فردی که در اثر یک فاجعه مثل آتش‌سوزی دچار سوختگی شده است بیشتر از فردی که در اثر یک رخداد کمتر فاجعه‌آمیز مثل ریختن آب جوش، دچار اختلال می‌شود)، مصرف الکل و پاسخ هیجانی پیش از سانحه (هر چه پاسخ هیجانی و اضطراب پیش از حادثه شدیدتر باشد میزان بروز اختلال بیشتر خواهد بود)، همه بر خطر افزایش شدت اختلال استرس پس از سانحه در بیماران سوختگی تأثیر می‌گذارد. هر چند نتایج این مطالعه نقطه مقابل هدف پژوهش حاضر است، اما خود این موضوع می‌تواند چشم‌اندازهایی را از تأثیر این عوامل بر رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی فراهم نماید.

نتایج مطالعه واکز^۱ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که عواملی چون حمایت اجتماعی، تاب‌آوری قبلی، و جراحی ترمیمی با کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و افزایش سازگاری بیماران دچار سوختگی ارتباط مثبت دارد. نتایج مطالعه کیم و همکاران^۲ (۲۰۲۰) با عنوان رابطه بین نشانگان بیماری، تاب‌آوری، رشد پس از ضربه و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی به این نتیجه دست یافتند که تاب‌آوری به‌طور مثبتی با رشد پس از ضربه در بیماران سرطانی ارتباط دارد و به‌طور منفی با شدت نشانگان ارتباط دارد. پژوهش‌های انجام‌شده در ارتباط با عوامل مؤثر و دخیل در رشد پس از ضربه در سایر بیماران هم نشان داده است که عواملی چون معنویت، ارتباط با دیگران، بالا بودن میزان درآمد و سطح تحصیلات با رشد پس از ضربه در بیماران سرطانی ارتباط مثبت دارد (حیدرزاده و همکاران، ۱۳۹۴). رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس را می‌توان بر اساس متغیرهایی چون باورهای مذهبی، سخت‌رویی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی کرد (سالمی، رشیدی، زهتاب نجفی و سید موسوی، ۱۳۹۶). نتایج مطالعه احمدی و دارابی (۱۳۹۶) حاکی از آن است که بین صبر و رشد پس از ضربه رابطه وجود دارد و آموزش صبر می‌تواند بر تمام مؤلفه‌های رشد پس از ضربه تأثیرگذار باشد. همچنین عواملی مانند ادراک حمایت، معنویت، ویژگی‌های شخصیتی، دلبستگی ایمن، تجربه گذر از بحران و متغیرهای

1. Waqas,

2. Kim & et al.

جمعیت‌شناختی از جمله تسهیل‌کننده‌های رشد پس از ضربه در بیماران کرونایی است (فاضلی مهرآبادی، بهرامی احسان، حاتمی و عادل، ۱۴۰۱).

هر چند پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی انجام نشده است، اما مطالعات انجام‌شده در این زمینه در سایر بیماری‌ها و مطالعات مشابه در بیماران سوختگی حاکی از این است که رشد پس از ضربه پدیده‌ای است که گاهی در افرادی که با یک رویداد آسیب‌زا یا تروما مواجه شده‌اند رخ می‌دهد (کالهن و همکاران، ۲۰۱۰) و عواملی چون جنسیت، معنویت و مذهب، سخت‌رویی و تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و نگرش و عملکرد اطرافیان از عوامل تأثیرگذار بر رشد پس از ضربه هستند. لذا در مطالعات گذشته اغلب وجود پدیده رشد پس از ضربه و ارتباط آن با متغیرهای دیگر مورد بررسی قرار گرفته است اما خلأهایی در ارتباط با الگوی چگونگی رشد پس از ضربه که بر اساس تجربیات واقعی بیماران سازگار با سوختگی اتفاقی (در این پژوهش بیمارانی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که اولاً دچار حادثه سوختگی اتفاقی شده‌اند نه خودسوزی و ثانیاً پس از تجربه سوختگی توانسته‌اند با شرایط زندگی پس از تجربه بحران سازگاری پیدا کنند) باشد، وجود دارد. بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به سؤالات زیر است: ۱) مفاهیم و عناصر تشکیل‌دهنده رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی کدام‌اند؟، ۲) عوامل تأثیرگذار (موانع و تسهیل‌کننده‌ها) بر رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی کدام‌اند؟، ۳) فرایند رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی چگونه است؟.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر از روش نظریه زمینه‌ای^۱ استفاده شد. برای پژوهشگرانی که از رویکرد کوربین و استروس^۲ (۱۹۹۸) در پژوهش نظریه زمینه‌ای استفاده می‌کنند، مشارکت‌کنندگان باید بر اساس تجاربشان درباره فرایند اجتماعی مورد مطالعه، انتخاب شوند. بنابراین، جامعه پژوهش حاضر با توجه به هدف اصلی پژوهش شامل بیماران دچار سوختگی اتفاقی بودند که توانسته بودند با بیماری سوختگی سازگار شوند و از طریق انجمن حمایت از بیماران سوخته (ققنوس)، درمانگاه و بیمارستان شهید مطهری در سال ۱۳۹۹ شناسایی و به پژوهشگران معرفی شدند. در این مطالعه نمونه‌گیری ابتدا به صورت هدفمند انجام شد و به تدریج به صورت نمونه‌گیری نظری

1. Grounded Theory
2. Strauss & Corbin

ادامه یافت. در نمونه‌گیری هدفمند، نیاز به انتخاب افرادی است که درباره پدیده مورد نظر، آگاه و مطلع باشند و علاوه بر تمایل، قادر باشند جزئیات اطلاعات تجربی خود را درباره پدیده مورد مطالعه با مصاحبه‌کننده مطرح کنند. در این مطالعه، نمونه‌ها در ابتدا طی نمونه‌گیری هدفمند از مشارکت‌کنندگان شامل بیماران سوختگی که توسط دیگران از جمله اعضای خانواده، اطرافیان، انجمن ققنوس، پزشکان و پرسنل درمانگاه و بیمارستان و سازمان‌های مرتبط با این بیماران به‌عنوان افراد سازگار و رشد یافته، شناخته شده بودند، انتخاب شدند تا بتوانند بیشترین اطلاعات را در خصوص پدیده مورد نظر در اختیار پژوهشگر قرار دهند (در انتخاب هدفمند اولیه تنها ملاک، بیماری سوختگی اتفاقی، سازگار و رشد یافته بودن افراد مهم است و عوامل دیگر همچون سن، جنس، سطح سوختگی، علت سوختگی و غیره جزو ملاک‌های اولیه انتخاب نیست). حجم نمونه در این مطالعه نیز، بر اساس روند مطالعات کیفی، تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت و این اشیاع در بیمار ۱۵ به دست آمد. لذا حجم نمونه پژوهش حاضر براساس روش اشیاع ۱۵ نفر از بیماران سازگار با سوختگی بود. محرمانه بودن اطلاعات بیماران و محتوای مصاحبه، اخذ رضایت‌نامه کتبی، ارائه خدمات درمانی در صورت خارج شدن از پژوهش از جمله ملاحظات اخلاقی شرکت در پژوهش بود.

روش اجرای پژوهش

روش اصلی جمع‌آوری اطلاعات، استفاده از مصاحبه‌های عمیق و باز بود. بدین صورت که پس از معرفی و غربالگری بیماران از طریق پرسش‌نامه رشد پس از ضربه، با آنها مصاحبه شد. همچنین به دلیل شیوع کرونا و مراجعه نکردن برخی بیماران به بیمارستان، با توافق آنها به صورت تلفنی با آنها مصاحبه گردید. میانگین مدت زمان مصاحبه‌ها ۴۰ دقیقه و تعداد آنها ۲-۳ بار برای هر مشارکت‌کننده بود. مصاحبه‌ها با یک سؤال کلی «لطفاً از گذران زندگی و هر آنچه بر شما گذشته از زمانی که دچار سوختگی شدید، برایم تعریف کنید» شروع و سؤال‌های بعدی متمرکزتر و بر اساس پاسخ‌های قبلی طراحی می‌شد. فرایند نمونه‌گیری تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت و بدین ترتیب با ۱۵ نفر مصاحبه شد. کلیه مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط گردید و سپس کلمه به کلمه دست‌نویس شد و با رویکرد تحلیل محتوای گرانهیم و لاندمن^۱ (۲۰۰۴) مورد تحلیل قرار گرفت. گام‌های اصلی این

رویکرد عبارت از برگرداندن کلمه به کلمه مصاحبه‌های ضبط شده و مرور چندباره آنها جهت درک معنای کلی آن، تقسیم کردن متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی مستتر در آن، انتزاعی کردن واحدهای معنایی و اختصاص کد به آنها، الحاق کردن کدهای اولیه به داخل زیرطبقات و طبقات اصلی بر پایه تشابهات و تفاوت‌ها و فرموله کردن موضوعات آشکار شده از محتوای پنهان متن‌هاست (گرانهم و لاندمن، ۲۰۰۴).

از آنجا که هدف از بررسی صحت و استحکام داده‌ها در مطالعات کیفی آن است که اطمینان حاصل شود یافته‌های مطالعه به‌طور دقیق بیانگر تجربه‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش است نه براساس تفسیرهای شخصی محقق (پولیت و بک^۱، ۲۰۰۸)؛ در مطالعه حاضر جهت ارزیابی اعتبار یافته‌ها از معیارهای چهارگانه گوبا و لینکولن^۲ (به نقل از: اسپیزل و همکاران، ۲۰۱۱) شامل مقبولیت^۳، انتقال‌پذیری^۴، قابلیت اطمینان^۵ و تأییدپذیری^۶ استفاده شد (اسپیزل، استروبرت و کارپنتر^۷، ۲۰۱۱). در این راستا، محقق علاوه بر ارتباط نزدیک با شرکت‌کنندگان جهت ارزیابی مقبولیت، از بازنگری توسط شرکت‌کنندگان^۸، بازنگری ناظران خارجی^۹ و از نظرات تکمیلی استادان به دفعات در مراحل مختلف کار نیز استفاده کرد. تنوع مشارکت‌کنندگان^{۱۰} و بازنگری ناظران خارجی بیانگر تأییدپذیری یافته‌ها بود. به این معنی که در این مرحله از بیمارانی به‌عنوان نمونه استفاده شد که که از نظر جنسیت، تحصیلات، علت و درجه سوختگی متفاوت بودند و متخصصان هم پس از تدوین الگو، آن را مورد بررسی و اصلاح قرار دادند.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در جدول ۱ آمده است. میانگین سنی نمونه ۳۵/۱۲ سال با انحراف معیار ۵/۲۲ بود.

1. Polit & Beck
2. Guba & Lincoln
3. Credibility
4. Transferability
5. Dependability
6. Confirmability
7. Speziale, Streubert, & Carpenter
8. Member checks
9. External checks
10. Maximum case variance

جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی نمونه پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۵۳/۳
	مرد	۴۶/۷
مدرک تحصیلی	زیر دیپلم	۶۰
	لیسانس	۲۶/۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۳/۳
وضعیت تأهل	مجرد	۳۳/۳
	متأهل	۲۶/۷
	مطلقه	۴۰
نواحی دچار سوختگی	سر، صورت و گردن	۳۳/۳
	کف یا پشت دست‌ها	۲۰
	قدام و خلف تنه	۴۰
	اندام تحتانی	۶/۶

در ادامه به تحلیل مصاحبه‌های انجام‌شده در پژوهش حاضر براساس سؤالات پژوهش پرداخته خواهد شد.

سؤال اول پژوهش: مفاهیم و عناصر تشکیل‌دهنده رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی کدام‌اند؟

نتایج تحلیل داده‌های مصاحبه با افرادی که دچار سوختگی شدند نشان داد که دو مؤلفه اصلی نقش اساسی و مهمی در شکل‌گیری رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی دارند. این دو مؤلفه شامل باورهای دینی مثبت و نگاه جدید به زندگی بود.

الف) باورهای دینی مثبت: باورهای منتج از نظام اعتقادی، بر میزان پذیرش و سازگاری فرد با رخدادها و وقایع زندگی تأثیرگذار است. دین و معنویت از جنبه‌های گوناگون با سلامت در ارتباط‌اند. لذا شناسایی عوامل نشئت گرفته از دین و معنویت، نحوه تأثیرگذاری و ارتباط آن با سایر عوامل مؤثر بر سلامت از مقوله‌های مهم و ضروری هستند. «باورها و اعتقادات»، «ارزش‌ها»، «اخلاق» و «سرمایه دینی معنوی در جامعه» که از جمله عوامل نشئت گرفته از دین و معنویت فرد و جامعه هستند بر تمامی متغیرهای مؤثر بر سلامت تأثیر زیربنایی، زمینه‌ساز و همه‌جانبه دارند (خدایاری‌فرد، ۱۳۸۸). در این زمینه سه شاخص به عنوان شاخص‌های اصلی شناسایی شدند که این شاخص‌ها عبارت بودند از

توسل به دین و خدا، شکرگزاری و باور قضا و قدر. در این زمینه یکی از مصاحبه‌شوندگان در ارتباط با توسل به دین و خدا اذعان داشت که:

من نگاهم به دین و مذهب خیلی عمیق‌تر شد. قبلاً هم البته نماز می‌خوندم ولی الآن ارتباطم با خدا خیلی بهتر شده. خدا مثل یک دوست می‌مونه برام، همیشه باهش حرف می‌زنم و درد دل می‌کنم، اونم به حرفام گوش می‌ده و واقعاً به هم آرامش می‌ده.

همچنین در بحث شکرگزاری یکی از بیماران دچار سوختگی در این مورد که

بیشتر باید شکرگزار باشیم بیان داشت:

اینکه قدر لحظه‌ها مونو بدونیم و به خاطر تمام چیزهایی که داریم شکرگزار باشیم. به چیزهایی که نداریم فکر نکنیم. فقط قدر همینارو بدونیم. من الان قدر همین شرایط جسمیم رو می‌دونم و خدا را شکر می‌کنم که پدر مادرم سالمند و هوامو دارند و اینکه خودم می‌تونم راه برم می‌تونم نفس بکشم می‌تونم کارامو خودم انجام بدم. و اینکه چشمم سالمند و می‌تونم ببینم.

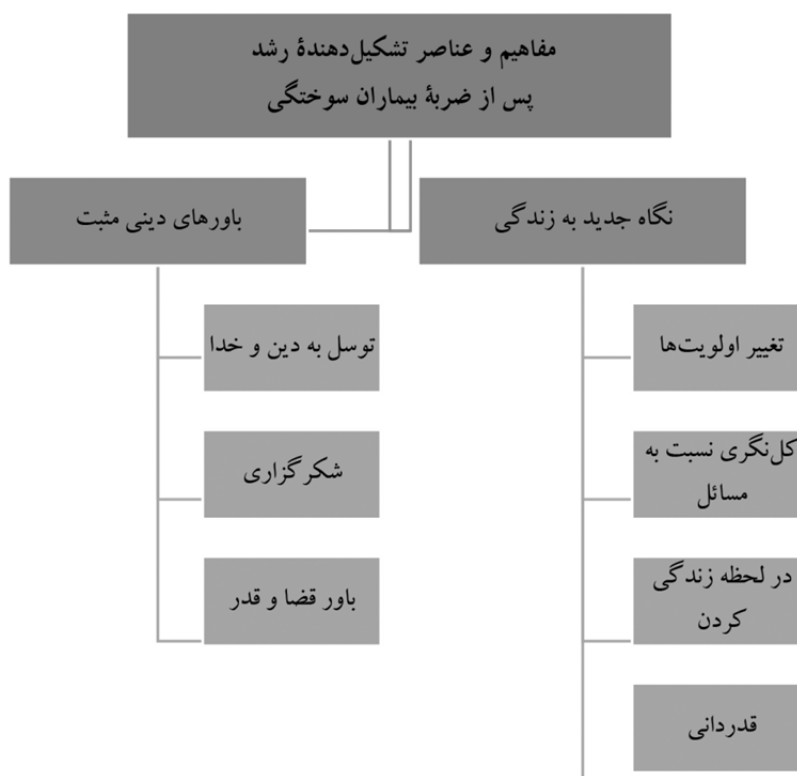
ب) نگاه جدید به زندگی: دومین مؤلفه اصلی نگاه جدید به زندگی است. اینکه بعد از یک حادثه تلخ نگاه و دیدگاه خود را به اطراف تغییر دهیم، بسیار حائز اهمیت است. افکار انسان اهمیت بسزایی در زندگی خواهد داشت. در واقع، همان‌گونه که قدرت تفکر، انسان را از سایر موجودات متمایز می‌سازد و تأثیرات عمیقی نیز روی زندگی او خواهد گذاشت، هر اتفاقی که در زندگی ما پیش می‌آید از نظر ما یا خوشایند است یا ناخوشایند. پس هر امری می‌تواند باعث خوشحالی و خوشبختی ما و یا باعث ناکامی و ناراحتی ما شود. تغییر دادن اولویت‌ها، کل‌نگری به مسائل، در لحظه زندگی کردن و قدردانی از جمله شاخص‌های نگاه جدید به زندگی است (خدایاری‌فرد، ۱۳۸۸) که مصاحبه‌شوندگان این موارد را بر شمردند و تأیید کردند. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها در خصوص تغییرات در اولویت‌های زندگی بیان کرد:

آدم یاد می‌گیره که در یک ثانیه همه چیز می‌تونه تغییر کنه. یعنی چیزهایی که مهم بوده الان مهم نباشه یا برعکس چیزهایی که مهم نبوده الان مهم‌تر باشه.

و یا اینکه یکی از بیماران در زمینه اینکه باید در لحظه زندگی کرد گفته است:

آدم سعی می‌کنه در لحظه زندگی کنه، درسته یسری هدف‌های بلندمدت هر کس داره ولی یه چیزایی هست که ممکنه بگی برای بعدا، اما این بعداً ممکنه به وقوع نپیونده. پس باید سعی کنه در لحظاتهش بهترین استفاده را بکنه.

براساس تحلیل انجام شده انگاره مربوط به سؤال اول چنین است:



شکل ۱ مفاهیم و عناصر تشکیل دهنده رشد پس از ضربه بیماران سوختگی

سؤال دوم: عوامل تأثیرگذار (موانع و تسهیل‌کننده‌ها) بر رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی کدام‌اند؟

به منظور پاسخ‌گویی به سؤال فوق مصاحبه‌ها و کدگذاری حاصل از آن‌ها به دو بخش موانع و تسهیل‌کننده تقسیم‌بندی شده‌اند. در بخش موانع می‌توان به مؤلفه‌های واکنش‌های جامعه، محدودیت‌های فردی، اختلال در سبک زندگی و حالات روانی فردی اشاره داشت و در بخش تسهیل‌کننده‌ها نیز به حمایت چندکانونی، دیگرخواهی، انگیزش و الگوسازی، تعامل پویا با دیگران و امنیت ذهنی و اجتماعی اشاره کرد.

الف) موانع: بررسی مصاحبه‌ها نشان داد که موانع مؤثر بر رشد پس از ضربه در

بیمارن سوختگی شامل واکنش‌های جامعه، محدودیت‌های فردی، اختلال در سبک زندگی و حالات روانی-فردی است که در ادامه به تشریح آن‌ها می‌پردازیم.

واکنش‌های جامعه: واکنش‌های جامعه در قبال افراد دارای سوختگی شامل عدم حمایت سازمانی و واکنش‌های منفی اطرافیان بود. تقریباً کلیه مشارکت‌کنندگان مطرح می‌کردند واکنش‌های مردم باعث می‌شود احساس شرمندگی داشته باشند و از مردم خجالت بکشند.

برخی از مشارکت‌کنندگان مطرح کردند که دیگران از آن‌ها فاصله می‌گیرند و نوع نگاه آن‌ها بسیار آزاردهنده است:

نگاه‌های مردم خیلی منو اذیت می‌کنه به خاطر دور بودن از این نگاه‌ها دوست ندارم برم بیرون.

و یا اینکه مشارکت‌کنندگان در زمینه عدم حمایت سازمانی بیان کردند که:

محدودیت‌های فردی: در زمینه محدودیت‌های فردی مشارکت‌کنندگان کدهای همچون ناحیه آسیب‌دیده، جنسیت؛ عدم آزادی در فعالیت و پوشش و وضعیت بد اقتصادی را بیان کردند.

یکی از مشارکت‌کنندگان در زمینه ناحیه آسیب‌دیده بیان داشت که:

خدا رو شکر سوختگی من فقط دستام و قسمتی از پهلوهام بود درسته زجر زیادی کشیدم ولی اگر صورتم بود علاوه بر زجر و درد جسمانی درد اجتماعی هم همراه بود و نمی‌تونستم وارد اجتماع بشم و برام سخت بود.

اختلال در سبک زندگی: این طبقه با ویژگی‌های تغییر در راحتی، تغییر در توانمندی، نقش‌ها و وابستگی، تغییر در روابط شخصی و تغییر چهره، در گذر از بیمارستان و ورود به منزل مشخص می‌شد. اغلب شرکت‌کنندگان معتقد بودند که ورود به منزل و مواجهه با تغییرات جدید و درک واقعیت اختلال در روند زندگی؛ خوشحالی آن‌ها از ترخیص را به یأس مبدل ساخت و تصور آن‌ها از بهبودی را تغییر داد و بعد از مدتی با شرایط نابسامانی همچون کابوس دیدن، درخواست مداوم کمک از دیگران، و خانه‌نشینی همراه بوده است. یکی از مشارکت‌کنندگان درباره کابوس شبانه چنین گفت که:

تعبیرش اینه که یک بدشمنی بود. خیلی کابوس بدیه خیلی. من تمام مدتی که بیمارستان بودم ازم می‌پرسیدن که تصویرت چیه یا مددکار می‌پرسید خوابشو می‌بینی و تصویرت چیه. من واقعاً هیچ واکنشی روش نداشتم مثل یک اتفاقی بود مثل یک آبی که ریخته بود و دیگه گذشته. ولی از وقتی که به زندگی طبیعی برگشتم یعنی کارامو خودم می‌تونم انجام

بدم، برم پیام و بتونم پاشم بشینم خودم، و وابسته به کسی نباشم، بعد از این جریان تازه این کابوسه اومده بود سراغم که اگر اینکه من ماتومو در نمی اوردم و اگه اون آدمه اونجا نبود که ماتو را از تن من بکشه بیرون خب چه اتفاق بدتری می تونست بیفته. حالا یا می مردم یا اینکه صورتم کامل از بین می رفت، تمام اینها وحشت هاییه که دایم میاد سراغم. وحشت اینکه چجوری بخیر گذشته، و چجوری اینکه من الان هنوز هستم. اینا چیزاییه که هنوز با من هست.

حالات روانی فردی: تجربه واکنش های منفی مردم یک سری پیامدهای روحی را برای فرد به دنبال داشت. آنان به دنبال واکنش های منفی مردم از نظر روانی تحت تأثیر قرار می گرفتند که با عنوان مشکلات روحی مطرح شده است. مشکلات روحی که این افراد به دنبال رفتارها و پندارهای اجتماع داشتند شامل این موارد بود: درگیری های ذهنی، احساس بی ارزشی، نپذیرفتن حادثه.

همه افراد به دنبال تجربه واکنش ها در جاتی از درگیری ها را تجربه می کردند و اندوهگین می شدند. تجربه واکنش ها برای آنان ناخوشایند بود و به ناراحتی آنها منجر می شد. واقعاً ذهن و روان ما درگیره خیلی سوختگی بده من وقتی میرم جلو آینه انگار آدم دیگه ای هستم حداقل دسترسی مارو به روان شناسان و مشاوران آسون کنن تا از این درگیری های ذهنی خلاص بشیم تا بتونیم به زندگی عادی برگردیم واقعاً آماده کردن ذهن خیلی مهمه.

ب) تسهیل کننده ها: در بخش تسهیل کننده های رشد پس از ضربه مؤلفه های حمایت چندکانونی، دیگرخواهی، انگیزش و الگوسازی به عنوان مقوله های اصلی شناسایی شدند. **حمایت چنه کانونی:** براساس نظر مشارکت کنندگان حمایت نشدن از طرف اطرافیان، به از دست دادن روحیه خواهد انجامید. چون مشکلات اجتماعی از مؤلفه هایی است که به از دست دادن امید و خوش بینی منجر خواهد شد. این حمایت ها شامل حمایت دوستان، خانواده، همسر، و سازمان ها می شود. یکی از مشارکت کنندگان در زمینه حمایت همسر خود که در این مسیر کمک کرده بود بیان داشت که:

خدا را شکر همسرم خیلی منو دوست داره و خیلی حامی و پشتیبان منه، و این باعث شده که منم بیشتر امید داشته باشم و انگیزه بیشتری داشته باشم که زودتر حالم خوب بشه و یا یکی از افراد در این مورد که دوستان باعث دلگرمی می شوند بیان کرد:

اوایل خیلی بدم میومد که دوستان منو ببینن اما اونا همش تماس می گرفتن و حال منو جویا میشدن، بهم روحیه می دادن، امیدوارم می کردن و وقتی میومدن پیشم واقعاً اون لحظه همه چیز رو فراموش می کردم.

دیگرخواهی: یکی از دلخوشی‌های مشارکت‌کنندگان که باعث شده بود راحت‌تر با ادامه زندگی کنار بیایند و از انگیزه و امید زیادی برای ادامه مسیر برخوردار باشند زندگی دیگران و کمک به دیگران و آینده زندگی اطرافیان بود. یکی از مشارکت‌کنندگان در مورد آینده فرزند خود چنین گفت:

الان من فقط برای بچه‌ام زندگی می‌کنم و تمام تلاشم را برای اون می‌کنم. دلخوشی که دیگه وجود نداره، تنها دلخوشیم دخترمه. اینکه برم سرکار و براش لباس بخرم و تیپ بزنم براش و همین.

انگیزش: داشتن انگیزه در بین افراد دچار سوختگی همواره در روند درمان و مسیر پیش روی زندگی بسیار کمک‌کننده است. داشتن امید، خودباوری، عزت نفس از شاخص‌های مهمی است که انگیزه افراد را افزایش می‌دهد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه بیان کرد که:

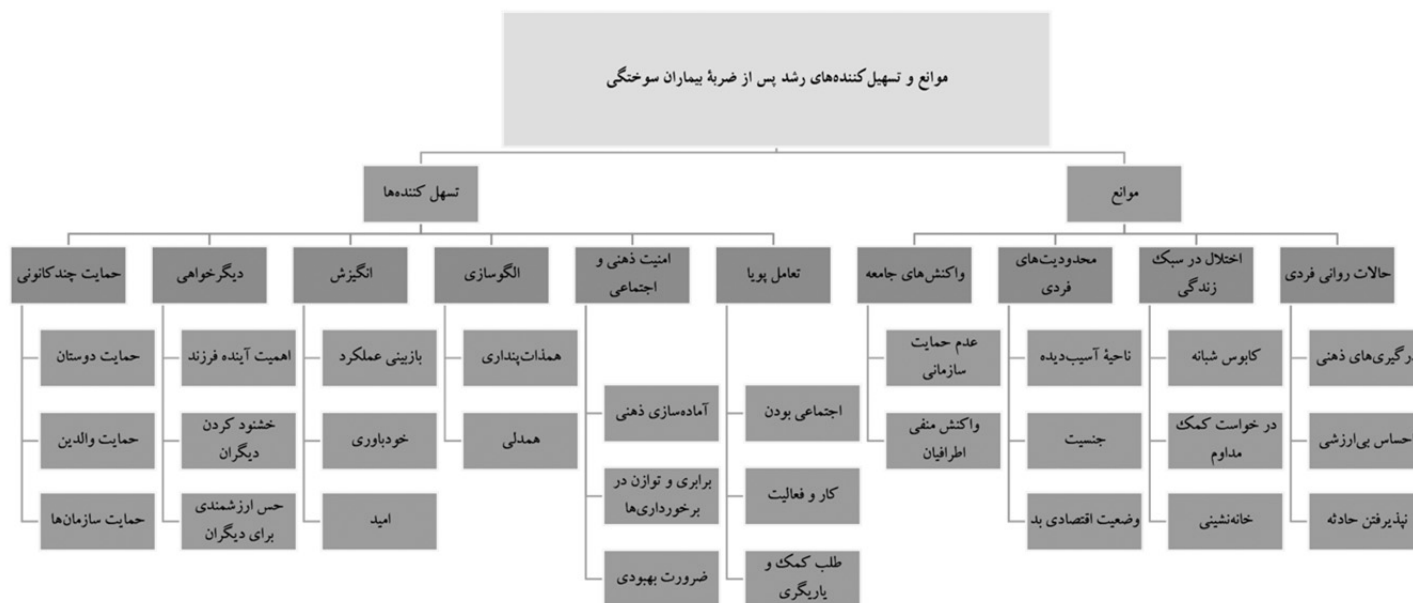
قبلاً فکر می‌کردم صاحب بچه بشم و به زندگی متاهلیم بیشتر برسم اما در حال حاضر به شرایط جسمیم بیشتر فکر می‌کنم اینکه بهتر شم و سوختگی‌هام بهتر بشه. و سعی کنم توی این مسیر دنبال چیزهایی باشم که بهم دلخوشی بده و امیدوارترم کنه. و یا اینکه یکی از مشارکت‌کنندگان از خودباوری و امیدواری خود گفت:

سعی می‌کنم مثل قبل بشم و مثل قبل رفتار کنم. حداقل برای خشنودی خانوادم و اینکه حداقل اونها کمتر غصه بخورند. الان توجهم بیشتر شده و دوست دارم بیشتر خوشحالشون کنم. **الگوسازی:** داشتن تجربه‌های مشابه دیگران و اینکه مشاهده افرادی که قبلاً با همین مشکلی روبه‌رو شده‌اند و الگو گرفتن از آنها یکی از عوامل تسهیل‌کننده فرایند رشد پس از ضربه افراد دچار سوختگی است. از طریق همدلی و مقایسه کردن با دیگران و ایجاد الگو شرایط رشد پس از ضربه افراد دچار سوختگی تسهیل می‌شود؛ یکی از مشارکت‌کنندگان همذات‌پنداری را چنین بیان کرد که:

۵ سال پیش یکی از آشنایانمون همین اتفاقی براش افتاد رفتم پیشش خیلی باهاش درد دل کردم صحبت کردم بهش امید دادم.

تعامل پویا با دیگران: داشتن ارتباط با دیگران و اینکه قطع نکردن ارتباط شرایط تسهیل‌کننده‌ای را برای فرد سوخته به وجود می‌آورد. مشارکت‌کنندگان اجتماعی بودن، کار و فعالیت را به عنوان تعامل پویا با دیگران قلمداد کردند:

دوباره به سرکارم برگشتم و مثل قبل زندگی می‌کنم. هرچند درد بیشتری دارم سختی‌های بیشتری دارم قاعدتاً ولی خودمو نباختم و این اتفاق رو باهاش کنار اومدم و پذیرفتم.



شکل ۲ موانع و تسهیل کننده‌های رشد پس از ضربهٔ بیماران سوختگی

امنیت ذهنی و اجتماعی: هجوم احساسات و افکار ناخوشایند، کلنجار رفتن با خود، تفکرات و احساسات منفی، لذت نبردن در جریان زندگی جدید و حضور نسبی در جمع از شرایطی است که باعث می‌شود فرد احساس کند از امنیت ذهنی و اجتماعی برخوردار نیست. با قرار گرفتن در جریان معمول زندگی و مواجهه با تغییرات به وجود آمده، باوجودی که التیام نسبی زخم‌ها تا حد زیادی از شدت درد جسمی کاسته بود؛ امنیت ذهنی و اجتماعی در مورد حادثه‌ای که زندگی مشارکت‌کنندگان را تحت‌تأثیر قرار داده بود شرایط تسهیل‌کننده برای این دوره بود. در این رابطه مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که:

واقعاً ذهن و روان ما در گیره خیلی سوختگی بده من وقتی میرم جلو آینه انگار آدم دیگه‌ای هستم حداقل دسترسی ما رو به روان‌شناسان و مشاوران آسون کنن تا از این درگیری‌های ذهنی خلاص بشیم تا بتونیم به زندگی عادی برگردیم واقعاً آماده کردن ذهن خیلی مهمه.

سؤال سوم: فرایند رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی چگونه است؟

بررسی مصاحبه‌ها و نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که سه مؤلفه اصلی تحولات مثبت، تغییرات معنوی و توان شخصی به عنوان فرایند رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی شناسایی شدند.

الف) تحولات مثبت: برخی تغییرات مانند مثبت‌اندیشی، بلوغ عاطفی؛ به معنای تجربه احساسات مثبت مانند بخشش و خوشبختی، عشق‌ورزی، قدردانی از زندگی؛ استفاده از فرصت‌های جدید، ارزش‌دهی به زندگی از جمله تحولات مثبت فرایند رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی است. وقوع اتفاق ناگوار فرصتی برای پی‌بردن به ارزش زندگی با کنار گذاشتن مسائل بی‌اهمیت و همچنین ارزش افرادی مثل خانواده و دوستان صمیمی با محبت‌ورزی بیشتر در اختیار آن‌ها گذاشته است. به همین دلیل به تشخیص ارزش‌های واقعی زندگی خود مثل خانواده و روابط، سلامت، مذهب، تحصیل، کار و ترتیب اهمیت‌شان رسیدند و بر اساس آن‌ها اهداف بلند و کوتاه‌مدت تنظیم کردند. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این زمینه بیان داشت که:

در این مدت به شناخت اطرافیانم پرداختم فهمیدم که برخلاف اون‌ی ک فکر می‌کردم آدم‌های دوروبرم خوب هستند و در این مدت خیلی کمکم کردن.
افرادی که دچار سوختگی شده‌اند راحت‌تر با بعضی از مسائل برخورد می‌کنند احساسات خود به دیگران را ساده‌تر به زبان می‌آورند و علائق و سلیقه‌های شخصی را

سرکوب نمی کنند. مصاحبه شونده‌ای در این زمینه اذعان کرد که:

من قبلاً کمتر ابراز علاقه می کردم ینی به زبون نمی‌اوردم اما بعد این اتفاق خیلی تغییر کردم و عشق و علاقه ام رو ابراز می کنم و به زبون میارم.

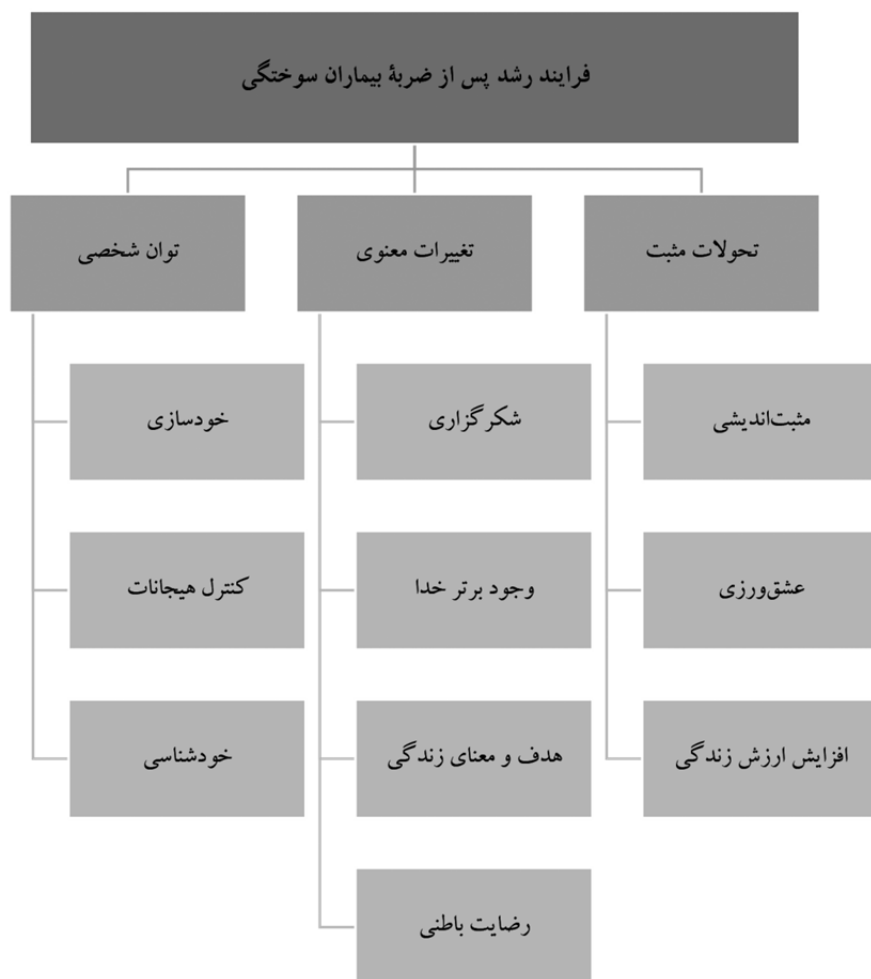
ب) تغییرات معنوی: کشف معنای زندگی و راهبردهای معنوی که منظور از آن شکرگزاری، اعتقاد به وجود برتر خدا، تقویت هدف و معنای زندگی، ایجاد رضایت باطنی از خود، ارتباط نزدیک با خدا، دریافت کمک معنوی و تقویت باورهای معنوی است، که پس از تجربه آسیب‌زای سوختگی به دنبال یافتن معنایی برای زندگی کردن بودند. برخی به تغییر ارتباطشان با خدا و احساس عشق بیشتر نسبت به او اشاره کردند؛ به گونه‌ای که وقت بیشتری برای دعا و عبادت کردن اختصاص می‌دادند و حتی درصدد افزایش اطلاعات مذهبی خود هم بودند. عقاید برخی از مصاحبه‌شوندگان در این رابطه در زیر آمده است:

اینکه قدر لحظه‌ها مونو بدونیم و به خاطر تمام چیزهایی که داریم شکرگزار باشیم. به چیزهایی که نداریم فکر نکنیم. فقط قدر همینارو بدونیم. من الان قدر همین شرایط جسمیم می‌دونم و خدا را شکر می‌کنم که پدر مادرم سالم و هوامو دارند و اینکه خودم می‌تونم راه برم می‌تونم نفس بکشم می‌تونم کارامو خودم انجام بدم. و اینکه چشمم سالم و می‌تونم ببینم.

من به عنوان یک مسلمان به خدا ایمان دارم و این اتفاقی هم که برام افتاده حتماً حکمتی داشته و راضی هستم.

ج) توان شخصی: افزایش توان شخصی و اصلاح خودپنداره همان تحولات فردی است که بر باطن فرد تأثیر می‌گذارد. توان شخصی به عبارتی، احساس قدرت درونی است که دربردارنده خودسازی، کنترل هیجانات، خودشناسی، خوش‌بینی و تفکر مثبت، توانایی حل مسئله و تاب‌آوری است. از طرفی توان شخصی در فرد آسیب‌دیده می‌تواند به افزایش خودآگاهی، عبور او از موانع و به‌چالش کشیدن خود، شناسایی نقاط قوت خود، پذیرش خود و رسیدن به خودشکوفایی منجر شود. یکی از افراد در زمینه توان شخصی بیان داشت که:

تجربه‌هام بیشتر در مورد شناخت دیگران و شناخت خودمم بود. اینکه کیا بیشتر بهم کمک کردند. کیا بیشتر به فکرم بودند. و واقعاً خانوادم خیلی کمک کردند که حال من خوب بشه. دوستانم همینطور. من توی مدتی هم که بیرون نمی‌رفتم خیلی فکر می‌کردم به خودم و به رفتارهام و بیشتر شاید خودمو شناختم.



شکل ۳ فرایند رشد پس از ضربه بیماران سوختگی

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تدوین الگوی رشد پس از ضربه در بیماران سازگار با سوختگی صورت گرفت. یافته اول پژوهش نشان داد که افراد سازگار با سوختگی، دو مؤلفه شامل باورهای مثبت دینی و نگاه جدید به زندگی را به‌عنوان مفاهیم و عناصر تشکیل‌دهنده رشد پس از ضربه قلمداد کردند. چان و رودس (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود راهبردهای مذهبی مثبت را به‌عنوان یکی از عوامل‌های همراه با رشد پس از ضربه نشان داد. موریس،

شکسپیر-فینچ و اسکات^۱ (۲۰۱۲) در مطالعه خود احساس قدردانی از زندگی، قدرت شخصی، منافع مرتبط با سلامت، دلسوزی و شفقت برای دیگران، تقویت روابط و اولویت‌ها را به عنوان رشد و پیامدهای مثبت عنوان کردند که این نتایج در پژوهش حاضر نیز تأیید شد.

ارتباط بین معنویت و رشد پس از ضربه در پژوهش‌های زیادی مورد توجه قرار گرفته است و در جامعه ایران که جامعه‌ای مذهبی است این ارتباط پررنگ‌تر است. پژوهش‌های برنتون (۲۰۱۶)؛ چندارمانی و خان (۲۰۱۳) و مک‌گینس (۲۰۱۱) همگی مؤید نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر بود. همچنین در پژوهش هوساین و بوشان^۲ (۲۰۱۳) محققان دریافتند که جذب مذهبی پناهندگان، به هیچ طریقی آن‌ها را درمانده و ناامید نمی‌کند؛ آن‌ها قدرت را از طریق ارتباط با یکدیگر و مذاهشان و همچنین قابلیت آن‌ها برای پذیرفتن موقعیت‌هایی که نمی‌توانند تغییر دهند، کسب می‌کردند. همچنین اسمعیلی (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان داد که مرور زندگی با تأکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی موجب کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه می‌گردد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که اغلب مردم ایران افراد متدین و پایبند به اصول معنوی هستند، چنانچه در زندگی با رویداد ناگواری مواجه شوند، معنویت نقش بارزی در عبور از این بحران‌ها برای آنها فراهم می‌نماید که این نتیجه دور از انتظار نبود. دلیل دیگر شاید این باشد که نجات‌یافتگان از حوادث سوختگی به دلیل پشت سر گذاشتن مرحله بحرانی، به زندگی امیدوارانه‌تر نگاه می‌کنند و نسبت به بیماران با بیماری‌های مزمن مانند سرطان، امید بیشتری به زندگی دارند. همچنین باورهای مذهبی منبعی برای معنا و امید در انسان‌ها ایجاد می‌کند. معنویت می‌تواند از طریق پیشرفت سازگاری و انعطاف‌پذیری هیجانی افراد، تجربه احساسات مثبت و درک سلامتی، بر سبک و کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارد. دلیل دیگر که ممکن است معنویت بر سلامت تأثیر داشته باشد، حمایت اجتماعی است؛ به طوری که حمایت اجتماعی، می‌تواند منبع ارزشمندی برای عزت نفس، کسب اطلاعات، همیاری و کمک باشد و این حمایت‌ها به افراد کمک می‌کند تا استرس‌هایشان را کاهش دهند و رضایت بیشتری از سبک زندگی‌شان داشته باشند و همگی این موارد باعث افزایش امید به زندگی در آنان می‌گردد.

1. Morris, Shakespeare-Finch, & Scott

2. Hussain, & Bhushan

یافته دوم پژوهش نشان داد که عوامل تأثیرگذار رشد پس از ضربه به دو بخش موانع و تسهیل‌کننده‌ها تقسیم‌بندی شده‌اند. در بخش موانع می‌توان به مؤلفه‌های واکنش‌های جامعه، محدودیت‌های فردی، اختلال در سبک زندگی و حالات روانی فردی اشاره داشت و در بخش تسهیل‌کننده‌ها نیز حمایت چندکانونی، دیگرخواهی، انگیزش و الگوسازی، تعامل پویا با دیگران و امنیت ذهنی و اجتماعی اشاره کرد.

در پژوهش حاضر برخی از عوامل فردی به‌عنوان موانع رشد پس از ضربه شناسایی شدند. در کنار عوامل فردی، افکار و احساسات کارآمدی چون احساس ارزشمندی و احساس کفایت و نیز برخی از نگرش‌ها نسبت به مشکلات، اهداف و انتظارات و نحوه رضایت از زندگی از لحاظ عاطفی و شناختی به‌عنوان عوامل نیروبخش فرد برای رسیدن به رشد و خودشکوفایی استخراج گردیدند. پژوهش‌های زیادی به تأثیر عوامل شخصیتی و افکار و احساسات کارآمد در رشد پس از ضربه پرداخته‌اند. برخی از پژوهش‌های همسو به شرح زیر است: نگرش مثبت (از قبیل خوش‌بینی، پذیرش و شوخ‌طبعی) عزت‌نفس بالا، احساس خودکارآمدی و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای فعال (للورین و همکاران، ۲۰۱۰)، و عوامل شخصیتی (مرکز، وازکوزکا و ویزاک^۱، ۲۰۱۲). در این مطالعه سوختگی و تغییرات ظاهری حاصل از سوختگی باعث سلب یکسری امتیازها از فرد می‌شد. از دست دادن این امتیازها و در نتیجه عدم تناسب میان زندگی موجود با انتظارات فرد از یک زندگی طبیعی، بیانگر تباهی زندگی فرد بود. سوختگی و پنداشت منفی حاصل از آن باعث می‌شد فرد اعتماد به نفس خود را از دست داده، از قابلیت‌های خویش غافل شده، تصمیم‌گیری امور مربوط به خود را به دیگران واگذار نموده و به آنان وابسته شود. از سوی دیگر فرد، خود و سوختگی خویش را از مردم پنهان نموده و خود را در چارچوب‌های خاص محصور می‌کند. گرچه به‌مرور زمان فرد سعی می‌کرد به تدریج وارد جامعه شود، ولی حضور وی کم‌رنگ‌تر از سایر افراد جامعه است. او روابط خود را به رابطه با خانواده و نزدیکان محدود می‌نماید و سعی می‌کند با افراد ناآشنا تعامل کمتری داشته باشد. این افراد از یکسری دغدغه‌ها رنج برده، مدام به‌ظاهر خویش اندیشیده، به‌شدت نگران زندگی و تعاملات آینده است. از این‌رو از برقراری روابط جدید هراسان و بیمناک است.

کو و لبول^۲ (۲۰۰۱) می‌گویند گرچه اختلالات پوستی و بدشکلی‌ها تهدیدکننده

1. Merecz, Waszkowska, & Wezyk

2. Koo, & Lebowohl

حیات نیستند اما به دلیل مشهود بودن می‌توانند زندگی را مختل کنند. آن‌ها ابعاد مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار داده، تصویر ذهنی فرد از جسم خویش، سبک زندگی، شغل و روابط بین فردی را مختل نموده و باعث افسردگی و ترس از مردم شوند (کو و لبول، ۲۰۰۱). گریس (۲۰۰۶) نیز به تداعی خاطرات، از دست دادن افراد مورد علاقه، مشکلات خانوادگی و اختلال در روابط زناشویی، مشکلات کاری و اختلال در روال عادی زندگی پس از سوختگی اشاره می‌نماید. لازم به ذکر است که اکثر این مشکلات در افرادی بوده است که دارای سوختگی در ناحیه صورت بوده‌اند. رمزی و هارکورت^۱ (۲۰۰۴) عنوان می‌کند بدشکلی اثرات مخربی بر تصویر ذهنی فرد از جسم خویش، کیفیت زندگی و اعتماد به نفس دارد. علاوه بر آن، تعاملات اجتماعی فرد را مختل می‌کند. لذا مشکلات حاصل از پنداشت منفی از خود و اختلال در تعاملات اجتماعی که باعث ناتوانی اجتماعی فرد می‌شوند؛ مسائل عدیده‌ای هستند که به کرات در افراد بدشکل دیده می‌شوند.

یکی از نتایج به دست آمده نقش اطرافیان و نزدیکان به عنوان شرایط تسهیل کننده در رشد پس از سانحه بود. از آنجایی که جامعه ایران برخلاف جوامع غربی جامعه‌ای خانواده محور است، لذا نقش خانواده به ویژه همسر و مادر در شکوفایی خویشتن نقشی ممتاز دارد و تقریباً همسان با نقش عوامل شخصی است. با توجه به اینکه بیماری سوختگی بیماری فرسایشی است و نیازمند مراقبان ویژه می‌باشد بدیهی است که نزدیکان و اطرافیان مراقبت کننده که در جامعه ایرانی عموماً مادران و همسران می‌باشند نه تنها در بهبود بیماری بلکه در رشد و بالندگی پس از بیماری نیز نقش بسزایی دارند. نتایج پژوهش حاضر در مورد نقش خانواده و اطرافیان با پژوهش‌های توگاس، جو تراس، بیگراس و توراپنی^۲ (۲۰۱۶)، افراسیابی فرحسنی، فلاحی خشک‌ناب و یغمایی (۱۳۹۰) همخوان است.

در پژوهش حاضر عوامل مربوط به جامعه، امنیت مالی و امنیت شغلی و عوامل مربوط به پرسنل درمانی، عواملی اجتماعی هستند که در رشد پس از ضربه مؤثر هستند. نتایج این پژوهش نشان داد شایسته است برای پرسنل درمانی به ویژه پرستاران دوره‌های مناسب برقراری ارتباط با بیماران سوختگی در نظر گرفته شود و خدمات آنان صرفاً به بخش مراقبت جسمی و درمانی بیماران ختم نشود. نتایج پژوهش حاضر در مورد حمایت

1. Rumsey, N., & Harcourt

2. Tougas, Jutras, Bigras, & Tourigny

اجتماعی با سایر پژوهش‌های صورت گرفته توسط یونگ و لو^۱ (۲۰۱۸)، و باگلاما و اتک (۲۰۱۵) منطبق بود.

یافته سوم پژوهش در ارتباط با چگونگی فرایند رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی حاکی از آن بود که سه مؤلفه اصلی تحولات مثبت، تغییرات معنوی و توان شخصی به عنوان فرایند رشد پس از ضربه در بیماران سوختگی شناسایی شدند. چیرگی احساس ناامیدی و تردید نسبت به لطف خدا در حین گفتگوی درونی، معنویت افراد را مورد تهدید قرار می‌دهد. برای تعدادی از مبتلایان به سوختگی، تداوم فشار ناشی از تهدید روحی-روانی، تغییرات مهم پیش آمده به ویژه در ظاهر فرد و ناکافی بودن حمایت‌ها جهت حفظ امید، چنان روی ادراک فردی تأثیرگذار است که به آشفتگی در تصور از خود منجر می‌شود. این پدیده با واکنش‌های عاطفی مثل غم، اضطراب، ترس و حساسیت نمود پیدا می‌کند. در این دوره، نقش نیروهای معنوی برای توانایی صبر کردن در برابر آشفتگی حائز اهمیت است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد، در تجارب سازگاری مبتلایان سوختگی از ایمان مذهبی و با وجود خدا مکرراً نام برده می‌شود (رابینسون، رمزی و پارتیج،^۲ ۱۹۹۶).

مقولات پذیرش، آرامش، تغییر نگرش، پیدا کردن هدف‌های جدید و توانمندی، مقولاتی است که خویشتن بیمار را توسعه می‌دهد و مقولات الگو شدن، مراقبت از دیگران و مقوله عشق، مقولاتی است که بیماران را به سوی فراتر از خویشتن سوق می‌دهد، بیماری که تاکنون محصور نیازها، مشکلات و اهداف خود بود به سمت دیگران تغییر جهت می‌دهد. فردی که دچار سوختگی شده است دیگر کسی نیست که به دنبال مراقب باشد بلکه او به مراقبت از دیگران می‌پردازد. او در این مرحله به جای جستجوی الگو و سرمشق، خود الگو و سرمشق دیگران می‌گردد و سرانجام عاشقانه خداوند و خانواده را دوست دارد که این نشان‌دهنده کنار گذاشتن خودخواهی می‌باشد و همگی این مقولات در حقیقت اوج شکوفایی خویشتن است. مفاهیم کشف شده به عنوان پیامد توسط مطالعات کیفی زیادی تأیید شده است برای نمونه راف، بوشی، مورگلی، زاهلن و جنوین^۳ (۲۰۰۹) در بخش نتایج کیفی سه طبقه اصلی نگرش به زندگی، قوی شدن فردی، و ارتباطات را

1. Yeung, & Lu

2. Robinson, Ramsey, & Partridge

3. Ruf, Büchi, Moergeli, Zwahlen, & Jenewein

گزارش کردند و یا در پژوهش جودیسی (۲۰۱۰) چهار موضوع اساسی: ۱. خانواده و اجتماع، ۲. خدا و معنویت، ۳. هدف متمرکز شده به سوی فکر کردن، و ۴. استفاده از حادثه برای یک شخص بهبود یافته، از باورهای شرکت کنندگان استخراج گردید که همگی مؤید نتایج این پژوهش است.

طبق یافته‌های پژوهش، توان شخصی (تاب‌آوری) یکی از ساختارهایی بود که رشد پس از ضربه در آن اتفاق می‌افتد. می‌توان گفت منظور از توان شخصی، همان استقامت در برابر مشکلات و حوادث گوناگون است که نقطه مقابل آن از دست دادن مقاومت و تسلیم شدن در برابر مشکلات است. در این پژوهش شرکت کنندگان اظهار کردند که حس امید به آن‌ها کمک کرده است تا مشکلات ناشی از این اتفاق را تحمل کنند. امید به زندگی می‌تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود که نقش مهمی در سازش یافتگی با فقدان دارد (علی‌پور، دهکردی، امینی و هاشمی، ۱۳۹۵). باقری زنجانی اصل منفرد و انتصار فومنی (۱۳۹۵) نشان دادند که امید درمانی می‌تواند تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان را افزایش دهد. از طرفی، همه ما می‌دانیم که تنها حضور افراد مهم زندگی می‌تواند در هنگام مواجهه با مشکلات به ما در پیدا کردن راه حل و تحمل سختی‌ها کمک کند. نتایج مطالعه گلدشتاین و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که صرف حضور شریک عاطفی موجب همگامی طول نوعی از امواج مغزی که در تمرکز و توجه دخیل است، می‌شود. بر این اساس می‌توان گفت که توان شخصی یکی دیگر از ابعاد الگوی رشد پس از ضربه را شکل می‌دهد.

نتایج به دست آمده از پژوهش مربوط به یک دوره زمانی است که داده‌ها جمع‌آوری شده است و با گذشت زمان ممکن است در نتایج تغییر حاصل شود. همچنین دشوار بودن هماهنگی‌های لازم برای انجام مصاحبه از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌گردد سازه رشد پس از ضربه در بازماندگان حوادث استرس‌زای دیگر و از نظرگاه خانواده و نزدیکان مورد بررسی قرار گیرد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند به عنوان چارچوب پنداشتی برای درک چگونگی پاسخ مبتلایان به سوختگی و طراحی مدل‌های درمانی و توان بخشی منطبق با بافت فرهنگی موجود در کشور مورد استفاده قرار گیرد. آگاهی کارکنان درمانی از مسائل و مشکلات این افراد باعث می‌شود ضمن پیش‌بینی واکنش‌های احتمالی مددجویان، برنامه‌ریزی مناسبی جهت چگونگی برخورد با این واکنش‌ها داشته باشند و با آگاه نمودن خانواده و مددجو از واکنش‌های

احتمالی و نیازهای آنان در رفع مشکل آنان اقدام کنند و با مداخلات مناسب (مشاوره، روان‌درمانی، درمان‌های طبی و جراحی) به موقع نیازهای مددجو را مرتفع نمایند.

قدردانی

این پژوهش با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات سوختگی و با حمایت مالی این معاونت انجام شده است و دارای گواهی اخلاق با کد IR.IUMS.REC.1398.520 از این معاونت است.

منابع

- احمدی، خ. دارابی، ع. (۱۳۹۶)، «اثربخشی آموزش صبر بر کاهش سوگ و تسهیل رشد پس از ضربه»، *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱(۱)، ۱۱۴-۱۳۱.
- اسمعیلی، م. (۱۳۸۹)، «مطالعه اثربخشی درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه»، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱(۲)، ۲۰-۱.
- اعظمی، ی. (۱۳۹۷). *تدوین و اعتباریابی برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی-اجتماعی و اثربخشی آن بر تنظیم هیجان، مهارت‌های اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به PTSD ناشی از سوانح سوختگی*. رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- افراسیابی فر، ا. حسنی، پ؛ فلاحتی خشک‌ناب، م. یغمایی، ف. (۱۳۹۰)، «اثرات مثبت بیماری پس از سکت قلبی»، نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی، ۲۴(۷۰)، ۳۸-۳۰.
- باقری زنجانی اصل منفرد، ل. انتصار فومنی، غ. (۱۳۹۵)، «اثر امیددرمانی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر زنجان»، نشریه مدیریت ارتقاء سلامت، ۵(۴)، ۶۴-۵۸.
- حیدرزاده، م. رسولی، م. محمدی شاه‌بلاغی، ف. علوی مجد، ح. میرزایی، ح. ر. و طهماسبی، م. (۱۳۹۴)، «روان‌سنجی نسخه فارسی رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان»، نشریه پایش، ۱۴(۴)، ۴۶۷-۴۶۳.
- خدایاری فرد، م. (۱۳۸۸). *آماده‌سازی مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقشار مختلف جامعه ایران*. تهران: دانشگاه تهران.
- سالمی، ص. رشیدی، ع. زهتاب نجفی، ع. و سید موسوی، س. ا. (۱۳۹۶)، «رابطه ساده و چندگانه باورهای مذهبی، سخت‌رویی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس»، *روان‌شناسی و دین*، ۱۰(۲)، ۹۶-۸۵.
- سیدمحمودی، س. ج. رحیمی، چ. محمدی، ن. و هادیان‌فرد، ح. (۱۳۸۹)، «افزایش رشد پس از سانحه در طی زمان و رابطه‌ی آن با سبک‌های مقابله‌ای و خوش‌بینی در افراد مبتلا به HIV مثبت»، *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۱۷(۲)، ۱۸۶-۱۶۵.

علیپور، ا. علی اکبری دهکردی، م. امینی، ف. هاشمی جشنی، ع. (۱۳۹۵)، «رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و امید»، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۰(۲)، ۶۷-۵۳.

فاضلی مهرآبادی، ع. بهرامی احسان، ه. حاتمی، ج. عادل، س. ح. (۱۴۰۱)، «بررسی عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به کرونا: تحلیل مضمون»، روان‌شناسی فرهنگی، ۱۶(۱)، ۹۴-۷۶.

Baglama, B., & Atak, I. E. (2015). Posttraumatic growth and related factors among postoperative breast cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 190, 448-454.

Brinton, C. (2016). *A mixed methods analysis of the relationship between attachment, post-traumatic stress, and post-traumatic growth among United States service members* (Doctoral dissertation, James Madison University).

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Hanks, E. A. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1&2), 125-143.

Chan, C. S., Rhodes, J. E. (2013). Religious coping, posttraumatic stress, psychological distress, and posttraumatic growth among female survivors four years after Hurricane Katrina. *Journal of traumatic stress*, 26(2), 257-65.

Chandiramani, K., & Khan, W. (2013). Post-traumatic growth and subjective well-being among breast cancer patients. *Indian Journal of Positive Psychology*, 4(3), 401-406.

Goldstein, P., Weissman-Fogel, I., & Shamay-Tsoory, S. G. (2017). The role of touch in regulating inter-partner physiological coupling during empathy for pain. *Scientific reports*, 7(1), 1-12.

Gori, A., Topino, E., Sette, A., & Cramer, H. (2021). Pathways to post-traumatic growth in cancer patients: moderated mediation and single mediation analyses with resilience, personality, and coping strategies. *Journal of affective disorders*, 279, 692-700.

Grace, S. A. I. (2006). *Functional, psychological and community integration changes over time in persons with major burn injury* (Doctoral dissertation).

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.

Gudici, M. L. (2010). *Post traumatic growth, positive assets, and strengths in post Hurricane Katrina survivors*. A Doctoral Dissertation in PHILOSOPHY IN PSYCHOLOGY With an Emphases in Media Psychology. University of California.

Hefferon, K., & Boniwell, I. (2011). *Positive psychology: Theory, research and applications*. McGraw-Hill Education (UK).

Hobbs, K. (2015). Which factors influence the development of post-traumatic stress disorder in patients with burn injuries? A systematic review of the literature. *Burns*, 41(3), 421-430.

Hussain, D., & Bhushan, B. (2013). Posttraumatic growth experiences among Tibetan refugees: A qualitative investigation. *Qualitative Research in Psychology*, 10(2), 204-216.

Kim, S. R., Kim, H. Y., Nho, J. H., Ko, E., Moon, K. S., & Jung, T. Y. (2020). Relationship among symptoms, resilience, post-traumatic growth, and quality of life in patients with glioma. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101830.

Koo, J., & Lebwohl, A. (2001). Psychodermatology: the mind and skin connection. *American family physician*, 64(11), 1873-1879.

Leloirain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 14-22.

McGinnis, C. K. (2011). *Finding the silver lining: Posttraumatic growth after traumatic brain*

- injury* (Doctoral dissertation, Chestnut Hill College).
- Merecz, D., Waszkowska, M., & Wezyk, A. (2012). Psychological consequences of trauma in MVA perpetrators—Relationship between post-traumatic growth, PTSD symptoms and individual characteristics. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 15(5), 565-574.
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical psychology review*, 31(6), 949-964.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., & Scott, J. L. (2012). Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 749-756.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Robinson, E., Ramsey, N., & Partridge, J. (1996). An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British journal of plastic surgery*, 49(5), 281-289.
- Ruf, M., Büchi, S., Moergeli, H., Zwahlen, R. A., & Jenewein, J. (2009). Positive personal changes in the aftermath of head and neck cancer diagnosis: a qualitative study in patients and their spouses. *Head & neck*, 31(4), 513-520.
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body image*, 1(1), 83-97.
- Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2th ed. USA: SAGE.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., & McNally, R. J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans?. *American Psychologist*, 66(1), 19.
- Tougas, A. M., Jutras, S., Bigras, M., & Tourigny, M. (2016). The potential role of benefit and burden finding in school engagement of young leukaemia survivors: an exploratory study. *Child: care, health and development*, 42(1), 68-75.
- Waqas, A., Raza, N., Zahid, T., Rehman, A., Hamid, T., Hanif, A., ... & Chaudhry, M. A. (2018). Predictors of post-traumatic stress disorder among burn patients in Pakistan: The role of reconstructive surgery in post-burn psychosocial adjustment. *Burns*, 44(3), 620-625.
- Yeung, N. C., & Lu, Q. (2018). Perceived stress as a mediator between social support and posttraumatic growth among Chinese American breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 41(1), 53-61.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology-A critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*, 26(5), 626-653.