

الله اعلم

١٣٨٩ هـ - ٢٠١٣ م

بسمه تعالی



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی  
گروه روانشناسی

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی عمومی

عنوان

« مقایسه اختلالات روانشناختی و شخصیتی بیماران مبتلا به سوختگی و غیر سوختگی »

استاد راهنما

دکتر میر تقی گروسی فرشی

استادان مشاور

دکتر همایون صادقی بازرگانی

دکتر جلیل باباپور خیرالدین

پژوهشگر

محسن سودمند نیری

۱۳۸۹ / ۲ / ۲۸

بمجهز اطلاعات مذکور عملی بزرگ  
تست درگ

دی ۸۸

۱۳۵۹۰۲

## به نسیم عزیز

اولین ها و آخرین ها

آنان که نخستین گفتار را می یابند

بس لوند برای دل

بس آسان برای مغز

بس روان برای زبان

و تنها زندگی است که سخن می گوید!

و باشکر ویژه از تمام بیماران و پرستاران بخش سوختگی مردان و زنان بیمارستان سینا تبریز که در این پژوهش

همکاری داشته اند. همچنین دکتر کروی، دکتر صادقی و دکتر باباپور به عنوان اساتید راهنما و مشاور و خانم دکتر

خانجانی که زحمات داور این پایان نامه را بر عهده داشتند.

نام خانوادگی دانشجو : سودمند نیری	نام : محسن
عنوان پایان نامه : مقایسه اختلالات روانشناختی و شخصیتی بیماران مبتلا به سوختگی و غیر سوختگی	
استاد راهنما : دکتر میر تقی گروسی فرشی	
استاد مشاور اول : دکتر همایون صادقی بازرگانی	استاد مشاور دوم : دکتر جلیل باباپور خیرالدین
مقطع تحصیلی : کارشناسی ارشد	رشته : روانشناسی گرایش : عمومی
دانشکده : علوم تربیتی و روانشناسی	تاریخ فارغ التحصیلی : ۸۸/۱۰/۲۳
تعداد صفحه : ۱۱۵	
کلید واژه ها : اختلالات روانشناختی، اختلالات شخصیت، سوختگی، پرسشنامه میلون ۳	
<p><b>چکیده</b></p> <p>حوادث و آسیب های مختلف همیشه جزو لاینفکی از زندگی بشر در طول تاریخ بوده است و چنین حوادثی گاهاً به تروماهای جبران ناپذیری تبدیل می شوند که تحمل و پذیرش آنها فوق العاده سخت و طاقت فرسا است. به منظور بررسی اختلالات روانشناختی و اختلالات شخصیت بیماران مبتلا به سوختگی و غیر سوختگی، ۵۸ بیمار بستری در بیمارستان سینا تبریز به صورت در دسترس و با احراز شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند. گروه کنترل این پژوهش را نیز ۵۸ بیمار غیر سوخته (آسیب های چشم) تشکیل داده اند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه و بررسی اولیه روانشناختی، تمامی بیماران پرسشنامه میلون ۳ را تکمیل کردند. برای تحلیل داده ها از میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی اسپیرمن و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شده است. نتایج تحلیل داده ها نشان می دهد که بین اختلالات شخصیتی و سوختگی در سطح <math>P &lt; 0/005</math> رابطه معناداری وجود دارد. همچنین در همین سطح، بین اختلالات روانشناختی و سوختگی نیز رابطه معناداری گزارش شده است. اما بین اختلالات روانشناختی و اختلالات شخصیتی با شدت سوختگی رابطه معناداری بدست نیامده است. آزمون همبستگی اسپیرمن حاکی از این است که وضعیت تاهل بیشترین ارتباط را با اختلالات روانشناختی و شخصیتی دارد. جنسیت و وضعیت اشتغال نیز به ترتیب با وسواس و مانیک در سطح <math>P &lt; 0/005</math> معنادار می باشد. اما بین سایر اطلاعات دموگرافیک و اختلالات روانشناختی و شخصیتی رابطه معناداری بدست نیامده است.</p>	

## فهرست

صفحه	عنوان
۱	فصل اول: کلیات پژوهش.....
۱	مقدمه.....
۲	بیان مساله.....
۶	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۸	اهداف تحقیق:.....
۸	اهداف اختصاصی طرح:.....
۹	فرضیه های پژوهش :.....
۹	سوالات پژوهش:.....
۹	متغیر ها :.....
۹	سوختگی.....
۱۰	اختلالات روانشناختی:.....
۱۰	اطلاعات دموگرافیک.....
۱۱	اختلالات شخصیت.....
۱۲	فصل دوم: پیشینه نظری و تجربی.....
۱۲	مقدمه.....
۱۲	تعریف اختلال روانی.....
۱۴	مدل چند محوری DSM-IV.....
۱۷	سوء مصرف مواد:.....
۱۸	اختلالات اضطرابی.....
۱۹	اختلال استرس پس از سانحه (PTSD).....
۲۱	اختلالات خلقی (اختلال افسردگی اساسی ، اختلال افسرده خویی، مانیک).....
۲۲	اختلالات جسمانی شکل.....
۲۳	اختلال تفکر.....
۲۳	اختلال هذیانی.....
۲۴	شخصیت.....
۲۶	اختلالات شخصیت.....

۲۹	شیوع اختلالات شخصیت و تفاوت های دموگرافیک
۳۳	سیر
۳۳	تفاوت های جنسیتی
۳۳	شیوع
۳۳	اختلال
۳۶	دیدگاه تکاملی - عصب رشدی میلون
۳۶	نظریه سیستم ها
۴۳	مفهوم تکامل
۴۸	مفهوم تکامل از دیدگاه میلون
۵۰	قطب بندی های تکاملی در نظریه میلون
۵۷	سوختگی
۵۸	طبقه بندی سوختگی
۵۸	عمق سوختگی
۶۰	وسعت سوختگی
۶۰	انواع سوختگی
۶۰	همه گیر شناسی
۶۱	توزیع جنسی و سنی سوختگی
۶۳	زمان و مکان سوختگی
۶۴	مدت بستری
۶۵	وسعت و شدت سوختگی
۶۶	عوامل خطر سوختگی
۶۷	رابطه بین اختلالات روانشناختی با سوختگی
۷۳	شیوع بیماری های روانشناختی در بیماران سوختگی
۷۷	فصل سوم: روش شناسی
۷۸	طرح پژوهش
۷۸	جامعه آماری و نمونه
۷۹	حجم نمونه
۷۹	ابزار جمع آوری اطلاعات

۸۰.....پرسشنامه CDID

۸۱.....روش پژوهش

۸۳.....فصل چهارم: نتایج پژوهش

۸۴.....مقدمه

۸۴.....یافته های توصیفی

۹۰.....نتایج استنباطی:

۹۰.....تحلیل فرضیه ها و سوالات پژوهش

۹۰.....فرضیه اول

۹۱.....فرضیه دوم

۹۴.....فرضیه سوم

۹۴.....سوال اول

۹۵.....سوال دوم

۹۶.....یافته های جانبی

۹۷.....فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۹۸.....مقدمه

۹۸.....بحث و نتیجه گیری

۹۸.....فرضیه اول

۱۰۰.....فرضیه دوم

۱۰۳.....فرضیه سوم

۱۰۴.....سوال اول

۱۰۴.....سوال دوم

۱۰۵.....یافته های جانبی

۱۰۶.....محدودیت های پژوهش:

۱۰۶.....پیشنهادات:

# فصل اول

## کلیات پژوهش



## مقدمه

از آغاز زندگی بشری و در طول تاریخ تکاملی ، بشر نگرانی های بسیاری در مورد حوادث وحشتناک و کشنده محیط اطراف خود داشته است. روزها در گذر خود می توانستند آنقدر خطرناک و آسیب زا باشند که زندگی گونه های انسانی و حیوانی را کاملا به خطر بیندازند. این ترس به مرور زمان باعث شده تا همیشه از هر گونه خطر ، آسیب و سانحه ای که بتواند کوچکترین تهدیدی در راستای بقای انسان ایجاد کند اجتناب کنیم.

از سوی دیگر متاسفانه کلمه " تصادف<sup>۱</sup> " خود به خود القا کننده این طرز فکر نا آگاهانه است که ما در کنترل و پیش بینی حوادث نقش چندانی نداشته و نخواهیم داشت و حوادث بدون آگاهی و اراده ما ایجاد می شوند و ما از تغییر اوضاع نابه سامان اطراف خود کاملا ناتوان هستیم. پس از گذار از دوره ای که تمامی حوادث را نوعی نفرین خدایان دانسته یا محصول اراده الهه ها و اسطوره ها می می پنداشتند که بر موجودات نازل شده و بشر نیز عاجز از مقاومت در برابر آن است ، امروزه در عصری به سر می بریم که مفهوم سازی سنتی و جادویی از حوادث ، بیماری ها و اختلالات پزشکی و روانشناختی جای خود را به تبیین صحیح ، علمی و منطقی وقایع و رویدادها سپرده است.

امروزه می توانیم با شناخت عوامل موثر بر یک رویداد گام مهمی در امر پیشگیری نیز برداریم. در حوزه ی پزشکی و اختلالات روانشناختی پیشرفت های بسیاری رخ داده و اکنون، تبیین و فرمول بندی هر اختلال فهم و درک فعلی ما را نیز از مفهوم بیماری و آسیب، بهبود بخشیده و فرایند تشخیص ، طبقه بندی و درمان نیز سهل تر شده است.

در راس تمام این این مباحث ، حوزه بسیار مهمتری نیز وجود دارد که اساسا می تواند در راستای ممانعت از هر گونه ابتلا و مواجهه با بیماری ها و اختلالات ، کمک کننده باشد و آنهم حوزه پیشگیری از آسیب و افزایش ایمنی و سلامت عمومی افراد است. امید است تحقیق حاضر در امر مسائل بالینی مفید بوده و آغازگر پژوهش ها و مطالعات راهگشا در این زمینه باشد.

<sup>1</sup> Accident

## بیان مساله

حوادث و آسیب های مختلف همیشه جزو لاینفکی از زندگی بشر در طول تاریخ بوده است و چنین حوادثی گاهاً به تروماهای جبران ناپذیری تبدیل می شوند که تحمل و پذیرش آنها فوق العاده سخت و طاقت فرسا است . وقایعی هستند که با نادیده گرفتن میزان پیش بینی پذیری و گاهاً قابل کنترل بودن آنها، ناخواسته میزان وقوع شان نیز افزایش پیدا می کند. هر ساله بیش از ۵ میلیون نفر در جهان در نتیجه آسیب های ناشی از حادثه ها جان خود را از دست می دهند که این رقم، یک دهم تمام مرگ و میرها را شامل می شود. دهها میلیون نفر نیز در نتیجه حوادث غیرعمدی نظیر حوادث جاده ای، غرق شدگی، سوختگی، سقوط، مسمومیت یا حادثه های عمدی از قبیل قتل، خودکشی، جنگ و تجاوز به مراکز فوریت های پزشکی مراجعه می نمایند. قربانیان چنین حوادثی علاوه بر تبعات جسمی متحمل پیامدهای ناخوشایند روانی بسیاری نیز می شوند که به نوعی بار اضافی بر مشکل اولیه آنها محسوب می شود. در این میان، حوادث ناشی از سوختگی جزو آسیب های تاثیرگذاری محسوب می شوند که زندگی روانی و جسمی و به نوعی سبک زندگی<sup>۱</sup> افراد را کاملاً تغییر می دهد.

نوع، میزان و عوامل ایجاد کننده سوختگی ها با توجه به گوناگونی سبک زندگی در مناطق مختلف جهان متفاوت است. بررسی های انجام شده نشان داده است که مواردی چون سبک زندگی، سطح اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه و نیز منبع انرژی مورد استفاده در محیط کار و زندگی می تواند میزان و نوع سوختگی ها را تغییر دهد ( هگرس<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶).

سوختگی ها می توانند تبعات روانشناختی بسیاری را ایجاد کنند. از جمله آنها می توان به اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و سوء مصرف مواد و الکل اشاره کرد. اختلالات اضطرابی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی در ایالات متحده و بسیاری از جمعیت های دیگری است که مورد مطالعه قرار گرفته اند. به علاوه، مطالعات همواره حاکی از آن بوده است که

<sup>۱</sup> Life style

<sup>۲</sup> Heggors

این اختلالات مشکلات و عوارض زیادی را سبب شده، مقادیر بالایی از خدمات مراقبت های بهداشتی را صرف خود کرده، و اختلالات زیادی را در کارکرد افراد بوجود می آورند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). شواهد به روشنی حاکی از آنند که رویدادهای آسیب زای زندگی و فشارهای روانی در سبب شناسی اختلالات اضطرابی اهمیت زیادی دارند و باید در فرایند پیشگیری و درمان مورد توجه قرار گیرند.

باید در نظر داشت که علاوه بر تاثیر آسیب سوختگی در بیماران، وضعیت خود بیماران نیز می

تواند عامل سبب زای سوختگی باشد. تقریباً  $\frac{1}{3}$  بیماران مبتلا به سوختگی قبل از آسیب، مشکلات جسمی، روانپزشکی یا وابستگی به الکل داشته اند که به نحوی آنها را نسبت به سانحه آسیب پذیرتر می کند. محرومیت از شرایط اجتماعی چون وضعیت اقتصادی و مسکن مطلوب نیز احتمال آسیب های سوختگی را بیشتر می کند (پارتریج<sup>۱</sup> و رایبسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵).

پژوهشگران در ارزیابی نقش عوامل اجتماعی- فرهنگی در ایجاد اختلالاتی چون PTSD، به نحوه ای که محیط های اقتصادی محروم زمینه را برای افزایش آسیب پذیری آماده می کنند، توجه خاصی داشته اند. معلوم شده است افرادی در بستر های اجتماعی - فرهنگی خاصی زندگی می کنند، به احتمال بیشتری دچار PTSD می شوند. زندگی در محله های شهری پر از جرم، احتمال قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب زا را افزایش می دهد و دریافت خدمات را برای افراد، مخصوصاً برای زنان کم درآمد، دشوار می کند (باسوک و همکاران، ۲۰۰۱). زندگی در محله های فقیر نشین در کشور های در حال توسعه که خدمات حمایتی و سلامت روانی در صورت وقوع نا ملایمات، نا کافی است، می تواند پاسخ های روانی تعداد زیادی از افراد را تشدید کند (لیما، پای، سانتا کروز، و لوزانو، ۱۹۹۱).

افسردگی نیز اختلالی است که همبندی بالایی با سوختگی و اختلالات اضطرابی و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) دارد. استرس روانی - اجتماعی ممکن است در ایجاد اولیه اختلالات خلقی چون افسردگی نقش داشته باشد. مشکلات روانشناختی و بخصوص اضطراب، در بیماران

<sup>1</sup> Partridge

<sup>2</sup> Robinson

سوختگی با سطح کیفیت زندگی و مشارکت این بیماران در فعالیت های باز توانی ارتباط دارد. ومی توان گفت که اضطراب پاسخ شایع افراد بعد از ترومای جسمی و عاطفی است که به میزان زیادی در مبتلایان به سوختگی گزارش شده است ( فائرباخ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). غیر از اضطراب و افسردگی مساله مهمی که اکثر قربانیان سوختگی را درگیر می کند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است. این اختلال سندرمی است که پس از مشاهده ، درگیر شدن یا شنیدن یک عامل استرس زای تروماتیک بسیار شدید روی میدهد و در بیماران مبتلا به سوختگی بسیار شایع است.

نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی، به طور معنی داری ناراحتی ناشی از زندگی با بیمار را دارند ( مارتینز و همکاران ۲۰۰۱). همچنین تأمین مراقبت بیماری مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار یا سختی مراقبین شده که خود باعث کاهش کیفیت زندگی اعضای خانواده می گردد ( سالس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) از اختلالات روانشناختی شایعی که پس از آسیب های سوختگی احتمال وقوع آن افزایش می یابد است. متأسفانه این مشکل روانشناختی در ایران بیشتر بر روی بازماندگان جنگ و زلزله بررسی شده و پژوهش خاصی که به میزان احتمال وقوع این اختلال پس از آسیب های سوختگی پرداخته باشد وجود ندارد. علاوه بر این ،دیگر اختلالات مهم روانشناختی نیز طی سالهای بسیاری مورد غفلت و بی توجهی واقع شده اند. چراکه غیر از PTSD مشکلات دیگری نیز گریبان گیر بیماران مبتلا به سوختگی می باشد. مشکلات خواب و اجتناب از افکار تداعی شده با سوختگی، افسردگی، درد، اضطراب و غیره نیز از عوارض دردناک چنین تروماهایی هستند (اهده<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). در واقع، میانگین سطح آسفتگی های روانشناختی در میان بیماران مبتلا به سوختگی به طور معنی داری از گروه نمونه هنجار جامعه بالاتر گزارش شده است (پترسون<sup>۴</sup>، پتاسک<sup>۵</sup>، کرومس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

<sup>1</sup> Fauerbach

<sup>2</sup> salse

<sup>3</sup> ehde

<sup>4</sup> patterson

<sup>5</sup> ptacek

<sup>6</sup> cromes

متاسفانه در ایران مطالعات مدونی در زمینه عواقب روانشناختی سوختگی در دسترس نیست . با توجه به تحقیقات بسیار اندک در حوزه اثرات روانشناختی آسیب های سوختگی این تحقیق بر آن امید است تا با بررسی اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به سوختگی، در راستای کاهش هزینه های خدمات درمانی و افزایش بهداشت روانی بیماران و خانواده های آنان کمک کننده باشد.

### اهمیت و ضرورت پژوهش

سوختگی ها از مهمترین حوادث و سوانح مرتبط با سلامت انسان می باشند که به دلیل عوارض شدید و میزان مرگ و میر بالا مورد توجه بسیار هستند. طبق آمار هر ساله ۳۰۰۰ کودک در ایالات متحده آمریکا در اثر سوختگی می میرند ( باسیل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). هزینه آسیب های سوختگی هم شامل هزینه های درمانی می شود وهم فقدان تولید در جامعه. در سال ۲۰۰۰ سوختگی ها منجر به صرف هزینه ۱/۳۴۵ بلیون دلار در مراقبت های بهداشتی شده و خسارت ناشی از عدم تولید در جامعه نیز حدود ۶/۲۰۲ بلیون دلار تخمین زده می شود(هرندان، ۲۰۰۸).

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۴۵۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به بیماری های عصبی و روانی هستند و طبق تحقیقات ، در هر زمان ۱۰ درصد افراد بالغ، دچار اختلالات روانی و رفتاری و ۳۰ درصد مراجعین به نظام خدمات بهداشت اولیه، یک یا چند اختلال روانی رانشان می دهند( اکبری ، ۱۳۸۲). از این بین، ۶۵٪ بیماران مبتلا به اختلالات روانی نیز با خانواده خود زندگی می کنند( استوارت و همکاران، ۲۰۰۱) که این امر لزوم مداخلات اولیه و پیشگیری در این حوزه را دو چندان می کند. چرا که آسیب یک فرد در خانواده براحتی می تواند بهداشت روانی سایر اعضا خانواده را نیز درگیر کرده و مشکلات را دو چندان کند.

باید در نظر داشت که در جوامع مختلف ، سوختگی ها همواره خسارات جسمی ، روانی و اقتصادی فراوانی ایجاد می نمایند و به عنوان یکی از معضلات جدی بهداشت و درمان محسوب میگردند ( پارتیج<sup>۲</sup> ، ۲۰۰۵). نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی، به طور

<sup>1</sup> Basil

<sup>2</sup> Partidge

معنی داری ناراحتی ناشی از زندگی با بیمار را دارند. همچنین تأمین مراقبت بیماری مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار یا سختی مراقبین شده که خودباعث کاهش کیفیت زندگی اعضای خانواده می گردد .

سوختگی پنجمین دلیل مرگ و میر ناشی از حوادث در آمریکا می باشد و سالانه ۱.۲۵ میلیون نفر دچار سوختگی می شوند که نیاز به توجهات پزشکی دارند و تقریباً ۵۰ هزار نفر از آنان در بیمارستان بستری شده و هزینه ای بالغ بر ۷ بلیون دلار صرف آنها می گردد ( بادگر<sup>۱</sup> ، ۲۰۰۱).

تحمل یک آسیب ناشی از سوختگی اغلب تجربه تروماتیکی است که تبعات اجتماعی، فیزیکی و روانی بسیاری در پی دارد (تدستون و تاریخ<sup>۲</sup> ، ۱۹۹۷). افراد مبتلا به سوختگی ممکن است پس از آسیب، شغل قبلی خود را از دست داده و نیازمند جراحی های سخت پزشکی و مراقبت های روانشناختی و توانبخشی باشند. بسیاری نیز ممکن است دچار دلیریوم، افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه<sup>۳</sup> (PTSD) شده و از چهره و اندام بی نقص قبلی خود محروم شوند.

یافته های متا آنالیز اشاره بر این دارند که اختلالات روانشناختی با هزینه های خدمات درمانی بسیار بالایی همراه است و انجام مداخلات اولیه و روشهای موثر پیشگیری در مورد این گروه بیماران بسیار ضروری است (مک کین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). سیستم های مربوط به سلامت و مراقبت بایستی در راستای کاهش عوارض چنین بیماری هایی نهایت وقت و هزینه خود را صرف کنند. تشخیص و درمان سریع چنین بیمارانی نه تنها اثرات ناتوان کننده این اختلالات را کاهش می دهد بلکه می تواند به بازتوانی این بیماران نیز کمک کننده باشد (دایمسدل<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹).

مطالعات انجام شده در برخی مناطق کشور حاکی از این است که سوختگی در جوانان، زنان و افراد با سطح تحصیلات پایین بیشتر بوده و میزان مرگ و میر از ۳۴/۴ تا ۲۷/۹ درصد متغیر ذکر شده است (افراسیابی فر، ۱۳۸۱).

<sup>1</sup> Badger

<sup>2</sup> Tarrier

<sup>3</sup> Post traumatic stress disorder

<sup>4</sup> Mckibben

<sup>5</sup> Dimsdle

در ایران بعد از حوادث ترافیکی، سوختگی و سقوط عاملی اصلی مرگ و میر را تشکیل می دهند (زارع، ۱۳۸۲؛ تقوی ۱۳۸۸). علی رغم بار زیاد سوختگی در کشورهای در حال توسعه و بویژه کشورهای آسیایی، مطالعات انجام گرفته در این کشورها اغلب، با نارسایی ها و ضعف های بسیاری همراه است. و این حوزه مطالعاتی در ایران نیز مورد غفلت پژوهشگران و پزشکان واقع شده است. چرایی این امر می تواند به نوعی ناشی از وضعیت بسیار تاسف انگیز و چهره و اندام بد شکل بیماران باشد. حتی جراحان و متخصصین سوختگی نیز با توجه به لوکس و پردرآمد بودن، بیشتر به جراحی های زیبایی و پلاستیک گرایش دارند. حوزه مطالعات روانشناختی نیز در این مورد با کاستی های بسیاری همراه است و هنوز اطلاعات ما در مورد وضعیت روانشناختی و شخصیتی بیماران بسیار ابتدایی و ناقص است.

مطالعات خاص در زمینه سوختگی در ایران چندان گسترده نبوده و بسیاری از عوامل موثر در سوختگی و بسیاری از تبعات روانشناختی آن نیز مورد غفلت واقع شده است. در واقع تقریباً غیر از اضطراب و مقوله خودسوزی، پژوهشهایی که با متغیرهای روانشناختی در ارتباط باشند بسیار اندک است. در زمینه خودسوزی نیز اکثر مطالعات به بررسی اپیدمیولوژیک این پدیده و توزیع جغرافیایی آن بسنده شده است. تداوم پیشرفت ها در زمینه شناخت و درمان سوختگی ها و تبعات آن می تواند در بازتوانی بیماران و بازگرداندن آنان به زندگی دوباره مفید واقع شود (هرندان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). لذا با توجه به خلاء اطلاعاتی لازم در این زمینه، این تحقیق بر آن است تا گامی هرچند کوچک در راستای افزایش آگاهی های لازم در این خصوص برداشته و میزان و چگونگی اختلالات روانشناختی را در بین بیماران مبتلا به سوختگی بررسی کند.

#### اهداف تحقیق:

هدف کلی: تعیین میزان اختلالات روانشناختی و اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به سوختگی و مقایسه آن با گروه کنترل.

<sup>۱</sup> Herndon

**اهداف اختصاصی طرح:**

- ۱- تعیین ارتباط اختلالات شخصیتی بین افراد سوخته و غیر سوخته
- ۲- تعیین ارتباط اختلالات روانشناختی بین افراد سوخته و غیر سوخته
- ۳- تعیین ارتباط بین اختلالات شخصیتی و روانشناختی با شدت سوختگی
- ۴- تعیین ارتباط بین اختلالات شخصیتی و روانشناختی با نوع سوختگی
- ۵- تعیین ارتباط بین اختلالات شخصیتی و روانشناختی با ویژگی های دموگرافیک بیماران

**فرضیه های پژوهش :**

- ۱- بین اختلالات شخصیتی افراد مبتلا به سوختگی و بیماران غیر سوختگی تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین اختلالات روانشناختی افراد مبتلا به سوختگی و بیماران غیر سوختگی تفاوت وجود دارد.
- ۳- بین میزان اختلالات روانشناختی و اختلالات شخصیت با شدت سوختگی رابطه وجود دارد.

**سوالات پژوهش:**

- ۱- آیا بین میزان اختلالات روانشناختی و اختلالات شخصیت با نوع سوختگی رابطه وجود دارد؟
- ۲- آیا بین میزان اختلالات روانشناختی و اختلالات شخصیت با ویژگی های دموگرافیک بیماران رابطه وجود دارد؟

**متغیر ها :****سوختگی:**

- تعریف مفهومی:  
در این تحقیق هر نوع آسیب پوستی یا مخاطی که در اثر تماس با مایع، جامد و هوای داغ ایجاد شود را سوختگی می نامیم. سوختگی های شیمیایی محض که در اثر دمای اولیه ماده تماس یافته روی نداده باشد مد نظر نخواهد بود.

- تعریف عملیاتی: سوختگی در این مطالعه بر اساس مرجع جراحی شوارتز تعریف خواهد شد.



**اختلالات روانشناختی:**

• تعریف مفهومی: در چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) یا DSM-IV که نظام تشخیصی رسمی اختلالات روانی آمریکا محسوب می شود، در خصوص اختلال روانی گفته شده است که:

اختلال روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روانشناختی دارای اهمیت بالینی است که فرد دچارش می شود و توأم با ناراحتی (مثلا داشتن یک نشانه دردناک) یا ناتوانی (بروز اختلال در یک یا چند کارکرد مهم) و یا افزایش خطر درد، مرگ، رنج، ناتوانی و از دست رفتن آزادی است. در ضمن، این الگو یا سندرم نباید قابل انتظار و پاسخی فرهنگی به یک واقعه خاص (مثلا مرگ یک عزیز) باشد. این الگو یا سندرم با هر علت اولیه ای باید تظاهر یک بدکاری رفتاری، روانشناختی یا زیست شناختی قلمداد شود. رفتارهای انحرافی (مثلا رفتارهای دینی، سیاسی یا جنسی) و تعارض های فرد و جامعه اختلال روانی محسوب نمی شود مگر آنکه انحراف یا تعارض مورد نظر نشانه نوعی بدکاری در فرد باشد.

• تعریف عملیاتی: نمره ای که فرد در مقیاس های نشانگان بالینی پرسشنامه MCMI-III بدست می آورد. این مقیاس ها شامل مقیاس A (اختلال اضطراب) با ۱۴ گویه، مقیاس H (اختلال شبه جسمی) با ۱۲ گویه، مقیاس N (دوقطبی: اختلال مانیک) با ۱۳ گویه، مقیاس D (اختلال افسرده خویی) با ۱۴ گویه، مقیاس B (وابستگی به الکل) با ۱۵ گویه، مقیاس T (وابستگی دارویی) با ۱۴ گویه، مقیاس R (اختلال استرس پس از سانحه) با ۱۶ گویه، و سه مقیاس مربوط به نشانگان شدید بالینی می شود که عبارتند از مقیاس SS (اختلال تفکر) با ۱۷ گویه، مقیاس CC (افسردگی اساسی) با ۱۷ گویه و مقیاس PP (اختلال هذیانی) با ۱۳ گویه.

**اطلاعات دموگرافیک**

تعریف مفهومی: مجموعه اطلاعات درباره نام و نام خانوادگی، سن، جنس، تحصیلات، وضعیت

تاهل و.... شخص.

تعریف عملیاتی: منظور اطلاعاتی است که مطابق با پرسشنامه محقق ساخته بدست می آید و شامل نام و نام خانوادگی، سن، جنس، وضعیت تحصیلی و تاهل و ... می شود.

### اختلالات شخصیت

تعریف مفهومی: متن بازنگری شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) اختلالات شخصیت را تجارب ذهنی پایدار و رفتاری تلقی می کند که خارج از معیارهای فرهنگی است، به گونه ای انعطاف ناپذیر نافذ هستند، شروع آنها در نوجوانی یا اوان جوانی است، در طول زمان ثابت هستند و به ناخشنودی و اختلال می انجامد(کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری).

تعریف عملیاتی: نمره ای است که آزمودنی در مقیاس های الگوهای بالینی شخصیت پرسشنامه میلون ۳ کسب می کند. و شامل مقیاس های زیر می باشد: مقیاس ۱ (شخصیت اسکیزوئید) با ۱۶ گویه، مقیاس ۲A (شخصیت دوری گزین) با ۱۶ گویه، مقیاس ۲B (شخصیت افسرده) با ۱۵ گویه، مقیاس ۳ (شخصیت وابسته) با ۱۶ گویه، مقیاس ۴ (شخصیت نمایشی) با ۱۷ گویه، مقیاس ۵ (شخصیت خودشیفته) با ۲۴ گویه، مقیاس ۶A (شخصیت ضداجتماعی) با ۱۷ گویه، مقیاس ۶B (شخصیت دیگرآزار) با ۲۰ گویه، مقیاس ۷ (شخصیت وسواسی) با ۱۷ گویه، مقیاس ۸A (شخصیت منفی گرا) با ۱۶ گویه، مقیاس ۸B (شخصیت خودآزار) با ۱۵ گویه، و سه مقیاس مربوط به آسیب های شدید شخصیت شامل مقیاس S (شخصیت اسکیزوتیپال) با ۱۶ گویه، مقیاس C (شخصیت مرزی) با ۱۶ گویه و مقیاس P (شخصیت پارانوئید) با ۱۷ گویه.

## فصل دوم

پیشینه نظری و پژوهشی

## مقدمه

هدف از این پژوهش، تعیین میزان اختلالات روانشناختی و اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به سوختگی و مقایسه آن با گروه کنترل است. در این فصل به بررسی مباحث نظری و تحقیقی در راستای اهداف پژوهشی پرداخته می‌شود. نخست در بخش نظری، تعاریف، مفاهیم و برخی رویکردهای موجود در زمینه متغیرهای پژوهش (متغیرهای روانشناختی، شخصیت، شدت و نوع سوختگی) ارائه می‌گردد، سپس در بخش پیشینه تجربی، به پژوهش‌های انجام شده در زمینه متغیرهای مذکور، نحوه ارتباط آنها با هم و عوامل دموگرافیک دخیل در این امر اشاره می‌شود.

## تعریف اختلال روانی

توانایی ما در مفهوم سازی و بحث در مورد بیماری‌های روانی در گستره ۵۰ سال گذشته بسیار بهبود یافته است. با این وجود، هنوز سوالات بی‌پاسخ مهمی در مورد تعاریف، دلایل و درمان بیماری‌ها وجود دارد (دیویسون و نیل، ۲۰۰۷).

گرچه عنوان کتاب DSM، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است، ولی متأسفانه اصطلاح اختلال روانی دلالت بر تمایز میان اختلال‌های «روانی» و اختلال‌های «بدنی» دارد که نوعی کاهش‌گری و بحث‌کهنه دوگانه‌نگری تن و روان است. آثار منتشر شده قانع‌کننده‌ای وجود دارد که از وجود جنبه‌های بدنی زیاد در اختلال‌های روانی و جنبه‌های روانی زیاد در اختلال‌های بدنی حکایت دارد. از آنجا که جانشین بهتری برای آن پیدا نشده است، لذا این اصطلاح در DSM-IV نیز حفظ شده است. علاوه بر این گرچه DSM نوعی طبقه‌بندی از اختلال‌های روانی ارائه می‌کند، ولی هیچ تعریفی حدود دقیق مفهوم «اختلال‌های روانی» را به اندازه کافی مشخص نکرده است. مفهوم اختلال‌های روانی همچون بسیاری از سایر مفاهیم پزشکی و علمی فاقد یک تعریف عملیاتی منسجم است که بتواند دربرگیرنده همه موارد باشد. تمام اختلالات پزشکی با درجه‌های متفاوتی از انتزاع تعریف می‌شوند. به عنوان مثال، آسیب‌شناسی ساختاری (مانند زخم‌های کولیت)، جلوه‌نشانه