

## Research Paper

## Perceived Stigmatization in Iranian Children With Deformities or Scars Caused by Burns Referred to Treatment Centers in Tehran, Iran

Mahboobe Aliakbari<sup>1</sup> , \*Mahnaz Shoghi<sup>1</sup> , Fatemeh Rahimi Nasrabadi<sup>2</sup> 

**Citation** Aliakbari M, Shoghi M, Rahimi Nasrabadi F. [Perceived Stigmatization in Iranian Children With Deformities or Scars Caused by Burns Referred to Treatment Centers in Tehran, Iran (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2024; 36(146):562-575. <https://doi.org/10.32598/ijn.36.146.813.1>

**doi** <https://doi.org/10.32598/ijn.36.146.813.1>

Received: 24 Jan 2024

Accepted: 20 Feb 2024

Available Online: 01 Mar 2024

## ABSTRACT

**Background & Aims** Experiencing stigmatization behaviors in children with post-burn deformities can leave lasting negative effects on their mental and social health, and is considered an important issue in the child's growth and development. This research aims to investigate the perceived stigmatization in children with deformities or visible scars caused by burns referred to treatment centers in Tehran, Iran.

**Materials & Methods** In this cross-sectional study, 190 children aged 8-18 years with a history of burns resulted in deformities or visible scars participated. Sampling was done using a convenience method from October 20, 2021, to October 20, 2022. The 21-item perceived stigmatization questionnaire (PSQ) was used to collect information. Data analysis was performed in SPSS software, version 21 using independent T-tests and analysis of variance.

**Results** The mean total score of PSQ was  $2.199 \pm 0.562$ . The domain of confusing/staring behaviors had the highest score of  $2.517 \pm 0.820$ . Perceived stigmatization showed significant relationships with children's age ( $P=0.030$ ), gender ( $P=0.010$ ), educational level ( $P<0.001$ ), time since burn ( $P<0.001$ ), and frequency of reconstructive burn surgery ( $P=0.009$ ). Moreover, perceived stigma in children was significantly correlated with their mothers' education level ( $P=0.007$ ) and occupation ( $P=0.003$ ).

**Conclusion** Female children with deformities or visible scars caused by burns tend to experience stigmatization behaviors more frequently than males. These children experience these behaviors mostly during early adolescence. Additionally, a higher number of reconstructive surgeries and a shorter time since the burn accident are linked to high perception of stigmatization in these children. Moreover, children of employed mothers and those whose mothers have higher educational levels report more perceived stigmatization. It is important for nurses to identify these issues and refer the cases who require additional support to available social treatment centers for further assistance.

### Keywords:

Stigmatization, Burns, Children

1. Nursing and Midwifery Research Center Care, Nursing and Midwifery School, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Nursing and Midwifery School, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### \* Corresponding Author:

Mahnaz Shoghi, Associate Professor.

**Address:** Department of Pediatric and Intensive Care Nursing, Nursing and Midwifery Research Center Care, Nursing and Midwifery School, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Tel:** +98 (912) 3176343

**E-Mail:** [shoghi.m@iums.ac.ir](mailto:shoghi.m@iums.ac.ir)



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

## Extended Abstract

### Introduction

The occurrence of burns is a potential trauma that affects an individual's life in various physical and psychological aspects. Visible deformities and scars can lead to rejection by others, social isolation, decreased self-esteem, stigma, and feelings of anxiety and depression. Stigmatization behaviors are different; they can be obvious or hidden to the individual. These behaviors may include avoiding from getting close, staring, showing confusing, unfriendly, and disrespectful behaviors, avoiding eye contact, asking annoying questions, making fun of the person, and aggressive and bullying behaviors. The studies on perceived stigma in children with burn injuries is very limited. Most of them have focused on acute burn conditions and children's problems during hospitalization. This study aims to determine the perceived stigmatization in Iranian children with deformities or visible scars caused by burns.

### Methods

In this descriptive cross-sectional study, 190 children with visible burn scars referred to reconstructive surgery and burn treatment centers in Tehran in Tehran, Iran, participated. The inclusion criteria were a the experience of burn injuries for at least 6 months, a burn scar greater than 1 cm, a visible scar or deformity caused by burns, and no use of a mask or any other things to cover the scar or deformity before and during the study.

Data collection was done from October 20, 2021, to October 20, 2022. The children completed the questionnaire when their mothers were beside them. The questionnaires included a demographic form and the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) which has 21 items rated on a 5-point Likert scale as 1 (never), 2 (almost never), 3 (sometimes), 4 (often) and 5 (always). A higher score indicates a greater level of perceived stigmatization. The PSQ has 3 subscales: Absence of friendly behaviors (8 items), confusing/staring behaviors (8 items), and hostile behaviors (5 items). Data were analyzed in SPSS software, version 21 using independent t-test and one-way ANOVA.

### Results

Among the participants, 111 (58%) were male, with a mean age of  $12.3 \pm 3.43$  years; 77 (40.5%) were studying in the middle school; 52 (52.6%) had burns in multiple areas (face, neck, hands). The most common causes were flames (44.7%) and boiling water (42.1%). The mean score of PSQ was  $2.19 \pm 0.56$ . The subscale of confusing/staring behaviors had the highest score ( $2.51 \pm 0.82$ ).

Among the items of PSQ, the highest scores were for "People I don't know say Hi to me" ( $3.31 \pm 1.157$ ), "People I don't know act surprised or startled when they see me" ( $3.15 \pm 1.31$ ), "People feel sorry for me" ( $2.95 \pm 1.31$ ), and "People I don't know smile at me in a friendly way" ( $2.84 \pm 1.8$ ).

Perceived stigmatization showed significant correlation with age ( $P=0.010$ ), gender ( $P=0.030$ ), educational level ( $P<0.001$ ), frequency of reconstructive burn surgery ( $P=0.009$ ), time since the burn accident ( $P<0.001$ ), the burn site ( $P<0.001$ ), and the cause of burn ( $P<0.001$ ). Additionally, perceived stigmatization was significantly correlated with the mother's education level ( $P=0.007$ ) and occupation ( $P=0.003$ ). Girls tended to experience these behaviors more frequently than boys. Children experienced the behaviors mostly during early adolescence. Additionally, a higher number of reconstructive surgeries and a shorter time since the burn accident were linked to increased perception of stigmatization. Moreover, children of employed mothers and those whose mothers had higher educational levels reported more perceived stigmatization.

### Conclusions

Based on the results, confusing/staring behaviors were the most perceived stigmatization behaviors in Iranian children with deformities or visible scars caused by burns. Paying attention to this issue is essential for maintaining the mental and social health of these children. Creating a positive attitude in children, especially in the new generation through social media or in kindergartens and schools towards interacting with people with deformities or scars, seems crucial. On the other hand, it is very important for the families of these children to receive psychological counseling and supportive social services, because the psychological effects caused by perceived stigmatization can involve the children and their families in deeper and more complicated issues and problems. Nurses play a crucial role in addressing this issue. It is important for them to identify these issues and refer cases that need additional support to available social centers for further assistance.

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

Before the study, the study objectives were explained to the participants and they were assured of the confidentiality of their information. A written informed consent was obtained from them. This study was approved by the Ethics committee of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1398.1169).

### Funding

This article was extracted from the master's thesis of Fatemeh Rahimi Nasrabadi, funded by [Iran University of Medical Sciences](#).

### Authors' contributions

Sampling, data analysis, and initial draft preparation: Fatemeh Rahimi Nasrabadi; Conceptualization, data collection, supervision, editing & review: Mahnaz Shoghi and Mahboobe Ali Akbari

### Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

### Acknowledgments

The authors would like to thank the Deputy for Research and Technology of [Iran University of Medical Sciences](#), the clinical research development units and the cosmetics surgery clinics of 15 Khordad, Hazrate Fatemeh Zahra, and Shahid Motahari hospitals in Tehran, and all children and their mothers participated in this study for their support and cooperation.



مقاله پژوهشی

بررسی انگ درک‌شده در کودکان دارای بدشکلی ناشی از سوختگی مراجعه‌کننده به مراکز ترمیمی شهر تهران

محبوبه علی‌اکبری<sup>۱</sup>، مهناز شوقی<sup>۱</sup>، فاطمه رحیمی نصرآبادی<sup>۲</sup>

Use your device to scan and read the article online



**Citation** Aliakbari M, Shoghi M, Rahimi Nasrabadi F. [Perceived Stigmatization in Iranian Children With Deformities or Scars Caused by Burns Referred to Treatment Centers in Tehran, Iran (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2024; 36(146):562-575. <https://doi.org/10.32598/ijn.36.146.813.1>

**doi** <https://doi.org/10.32598/ijn.36.146.813.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۴ بهمن ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۱ اسفند ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ اسفند ۱۴۰۲

**زمینه و هدف:** تجربه انگ در کودکان دارای بدشکلی‌های اکتسابی حاصل از سوختگی می‌تواند تأثیرات ماندگاری بر سلامت روان کودک برجای گذارد و موضوعی مهم در رشد و تکامل کودک به شمار می‌رود. این تحقیق با هدف تعیین انگ درک‌شده در کودکان دارای بدشکلی ناشی از سوختگی مراجعه‌کننده به مراکز ترمیمی شهر تهران انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی ۱۹۰ کودک ۸ تا ۱۸ سال با سابقه سوختگی دارای بدشکلی یا اسکارهای ظاهری شرکت کردند. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد و پژوهشگر با توجه به معیارهای ورود از شرکت‌کنندگان برای حضور در مطالعه دعوت کرد. نمونه‌گیری از مهر سال ۱۴۰۰ الی مهر سال ۱۴۰۱ ادامه داشت. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه انگ درک‌شده استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ بیانیه در طیف لیکرت ۵ بخشی است. پرسش‌نامه در اختیار مادر و کودک قرار داده شد و از آن‌ها خواسته شد با خواندن جمله، پاسخ صحیح را علامت‌گذاری کنند. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده رفتارهای انگ‌آمیز درک‌شده بیشتر بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس انجام شد.

**یافته‌ها:** مطابق نتایج میانگین و انحراف معیار انگ درک‌شده در کودکان شرکت‌کننده ۲/۱۹۹±۰/۵۶۲ بود. رفتارهای گنج‌کننده با میانگین و انحراف معیار ۲/۵۱۷±۰/۸۲۰ بیشترین نوع انگ درک‌شده بود. انگ درک‌شده با سن ( $P=۰/۰۳۰$ )، جنس ( $P=۰/۰۱۰$ )، پایه تحصیلی ( $P<۰/۰۰۱$ )، زمان سپری‌شده از سوختگی ( $P<۰/۰۰$ ) و دفعات جراحی ( $P=۰/۰۰۹$ ) ارتباط معنی‌داری داشت. انگ درک‌شده همچنین با سطح تحصیلات مادر ( $P=۰/۰۰۷$ ) و شغل مادر ( $P=۰/۰۰۳$ ) ارتباط معنی‌داری داشت.

**نتیجه‌گیری:** کودکان دارای سوختگی با اسکار قابل مشاهده انگ درک‌شده متعددی از سوی دیگران تجربه می‌کنند. دختران نسبت به پسران بیشتر انگ درک‌شده را تجربه کرده بودند و نیز این تجربه در اوایل دوره نوجوانی بیشتر بود. دفعات جراحی بیشتر و فاصله زمانی کمتر از حادثه سوختگی با افزایش تجربه انگ درک‌شده همراه بود. همچنین کودکان دارای مادران شاغل و با سطح تحصیلات بالاتر انگ درک‌شده بیشتری تجربه کرده بودند. پرستاران باید به این موضوع مهم که بر رشد و تکامل کودک تأثیر ماندگاری دارد، توجه داشته باشند و ضمن شناسایی مشکل، موارد نیازمند ارجاع را به مراکز اجتماعی در دسترس ارجاع دهند.

کلیدواژه‌ها:

انگ درک‌شده، سوختگی

۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول:

دکتر مهناز شوقی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، پژوهشکده مدیریت سلامت، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، گروه کودکان و مراقبت ویژه نوزادان.

تلفن: ۳۱۷۶۳۴۳ (۹۱۲) +۹۸

رایانامه: [shoghi.m@iums.ac.ir](mailto:shoghi.m@iums.ac.ir)



Copyright © 2024 The Author(s).

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

## مقدمه

اجتماعی و تماس با دیگران برای افراد دچار سوختگی با اسکار و یا تغییرات ظاهری شدید رنج آور بوده و می‌تواند شرایط روانی- اجتماعی این افراد را به شدت تحت تأثیر قرار دهد [۱۱، ۱۲]. با پیشرفت تکنولوژی، درمان و مراقبت شانس نجات یافتن افراد دچار سوختگی با درجات بالا و شدید افزایش یافته است [۶]. از سوی دیگر استفاده از تکنیک‌های درمانی و جراحی‌های ترمیمی پیشرفته این امکان را فراهم کرده تا افراد دچار بدشکلی‌ها و اسکارهای ناشی از سوختگی تا حدودی بتوانند تغییرات حاصله را بهبود بخشند، اما در بیشتر موارد جراحی ترمیمی نیز نمی‌تواند مشکل را به‌طور کامل مرتفع و ظاهری کاملاً طبیعی، مشابه آنچه پیش از سوختگی وجود داشته، برای فرد ایجاد کند [۷، ۱۳، ۱۴].

تجربه سوختگی در دوران کودکی ممکن است با تغییرات ظاهری و بدشکلی‌های ماندگار همراه باشد. این تغییرات می‌تواند با تأثیر منفی بر رشد و تکامل طبیعی کودک، زندگی و آینده او را از جوانب مختلف تغییر دهد. تکامل اجتماعی کودک با برقراری تعامل و ارتباط با افراد خانواده، همسالان و افراد حاضر در محیط‌های اجتماعی نزدیک به کودک شکل می‌گیرد و وجود یک نقص می‌تواند با ایجاد تغییر در رفتارهای اجتماعی کودک، او را در معرض انزوا، افسردگی و اضطراب قرار دهد و مانعی برای رسیدن وی به اهدافش محسوب شود [۸]. امروزه در جوامع مختلف بر برخورداری از ظاهر و وضعیت جسمانی طبیعی بسیار تأکید می‌شود و تعاملات اجتماعی فرد بسیار تحت تأثیر وضعیت ظاهری اوست. به همان میزان که داشتن ظاهر مناسب و زیبا می‌تواند بر اعتمادبه‌نفس فرد تأثیر مثبت داشته باشد و پذیرش او از سوی دیگران را افزایش می‌دهد، برخورداری از یک ظاهر متفاوت و غیرطبیعی ممکن است روابط اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و توانایی‌های او را از دید دیگران پنهان کند [۱۵].

انگ‌های اجتماعی در طیف فرایند سازگاری نقطه مقابل عادی شدن بوده<sup>۲</sup> و به‌ندرت این دو به‌طور هم‌زمان رخ می‌دهند. کودکان دارای ظاهر غیرطبیعی طیفی از رفتارهای انگ‌آمیز را در خانواده، جامعه و مدرسه تجربه می‌کنند. مطابق گزارش خانواده این کودکان، ورود به هر شرایط اجتماعی جدید کودک را بیشتر در معرض تجربه انگ از سوی دیگران قرار می‌دهد و مانعی برای دستیابی به عادی شدن ایجاد می‌کند [۱۶]. این‌گونه رفتارها بسیار متنوع بوده و می‌تواند کاملاً آشکار و یا به‌صورت غیرواضح نسبت به فرد انجام شود. از این‌گونه رفتارها می‌توان به اجتناب از نزدیک شدن به فرد، خیره شدن به وی، نشان دادن رفتارهای گیج‌کننده، غیردوستانه و فاقد احترام، برقرار نکردن تماس چشمی با او، پرسیدن سؤالات آزاردهنده، دست انداختن فرد و زورگویی و قلدری در برابر او اشاره کرد [۱۶-۱۸].

سوختگی یکی از حوادث مهم در ایران بوده و مطابق آمار موجود، شیوع سوختگی در ایران ۸ برابر متوسط جهانی است و سالانه ۲۲ تا ۲۸ هزار نفر بر اثر سوختگی در بیمارستان‌های کشور بستری می‌شوند و در سال ۲ هزار نفر از آن‌ها فوت می‌کنند [۱]. سالانه در کشور در حدود ۳۰ هزار نفر از دچار سوختگی‌های شدید به بستری منجر می‌شوند و از این تعداد ۳ هزار نفر فوت می‌کنند [۲]. سوختگی در کودکان بسیار شایع بوده و تقریباً ۴۰ درصد موارد سوختگی در کشور را کودکان تشکیل می‌دهد [۳].

وقوع سوختگی بالقوه یک تراوما است که زندگی فرد را در ابعاد مختلف جسمی و روانی تحت تأثیر قرار می‌دهد [۴]. توانبخشی درازمدت این کودکان، با ترخیص بیمار از بیمارستان و روبه‌رو شدن فرد با دنیای اجتماعی آغاز می‌شود. فرد در این مرحله از بیماری با چالش‌های زیادی در برگشت به زندگی طبیعی روبه‌رو شده و باید با پذیرش تغییرات ماندگار آن‌ها را با زندگی روزمره تلفیق کند [۵]. فاز نخست و دوم توانبخشی در بیمارستان از زمان بستری شروع و همراه با اجرای برنامه درمانی اجرا می‌شوند. در فاز نخست هدف حفظ اعضا و تلاش برای ترمیم با حداقل تغییرات در توانمندی فرد می‌باشد. فاز دوم بعد از مرحله بحرانی اولیه با هدف حفظ دامنه حرکتی اعضای دچار سوختگی و حفظ استقلال اجرا می‌شود، فاز سوم یا توانبخشی پس از ترخیص بیمار یکی از مراحل مهم در فرایند مراقبت از بیماران دچار سوختگی به شمار می‌رود، چراکه بازگشت فرد به زندگی معمول می‌تواند با چالش‌های زیادی همراه شود [۶].

تغییر در تصویر ذهنی فرد از بدن خود<sup>۱</sup> به دنبال عوارض ماندگار سوختگی یکی از پیامدهایی است که می‌تواند وضعیت روانی او را دچار آسیب کند. بدشکلی‌ها و اسکارهای ماندگار خارج از استانداردهای قابل قبول جامعه می‌تواند موجب پذیرفته نشدن فرد از سوی دیگران، انزوا، اجتماعی، کاهش اعتمادبه‌نفس، تجربه رفتارهای انگ‌آمیز و اضطراب و افسردگی شود [۷، ۸]. شواهد نشان می‌دهد تغییرات ظاهری ماندگار به دنبال سوختگی با افت تصویر ذهنی، کیفیت زندگی، اعتمادبه‌نفس و رفتارهای مرتبط با سلامتی کودک همراه بوده و با وجود اسکار در ناحیه صورت، شانس ابتلا به مشکلات روانی اجتماعی کودک افزایش می‌یابد [۹].

مطابق گزارش افراد دچار سوختگی، درک آن‌ها از تغییرات ظاهریشان دارای دو نقطه بحرانی است. یکی از آن‌ها زمانی است که فرد ظاهر خود در آینه را مشاهده می‌کند و تغییرات ایجادشده در ظاهر خود را می‌بیند و دیگری هنگامی است که با مردم مواجه شده و متوجه می‌شود دیگران او را چگونه می‌بینند و درک آن‌ها از ظاهر او چیست [۱۰]. ایجاد و تداوم تعاملات

بود. نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت در دسترس انجام شد. پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های ترمیمی از مادران و کودکان جهت شرکت در مطالعه دعوت کرد. کودکان مراجعه‌کننده به بخش‌های ترمیمی بیمارستان‌های موردبررسی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، پس از دریافت رضایت‌نامه آگاهانه وارد مطالعه شدند و نمونه‌گیری تا تکمیل حجم نمونه ادامه داشت.

#### محاسبه حجم نمونه

حجم نمونه لازم به منظور برآورد میانگین نمره رفتارهای انگ‌آمیز درک‌شده در کودکان دارای بدشکلی‌های ناشی از سوختگی در سطح اطمینان ۹۵ درصد و بادقت برآورد ۰/۱ نمره محاسبه شد. حجم نمونه حداقل ۱۸۹ کودک دارای بدشکلی‌ها و اسکارهای قابل‌مشاهده ناشی از سوختگی برآورد شد. براساس مطالعه لارنس<sup>۲</sup> و همکاران [۱۷] انحراف معیار نمره انگ درک‌شده ۰/۷ برآورد شد [۱۷]. درنهایت ۱۹۰ کودک در مطالعه شرکت کردند.

پرسش‌نامه مورداستفاده در این پژوهش شامل دو بخش بود. بخش نخست شامل سؤالاتی درمورد اطلاعات جمعیت‌شناختی والدین (سن، جنس، شغل، تحصیلات و تعداد فرزندان) و کودک (سن، جنس، سطح تحصیلات، اندازه اسکار، محل اسکار و سابقه انجام جراحی ترمیمی) است. در بخش دوم سؤالات مرتبط با انگ درک‌شده گنجانده شد. برای سنجش انگ درک‌شده از پرسش‌نامه انگ درک‌شده<sup>۱</sup> استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ بیانیه در طیف لیکرت ۵ بخشی بوده (۱: هرگز، ۲: تقریباً هیچ‌وقت، ۳: گاهی اوقات، ۴: غالباً، ۵: همیشه) می‌باشد که از کودک خواسته شد با خواندن جمله پاسخ صحیح را علامت‌گذاری کند. امتیاز بیشتر انگ درک‌شده بیشتری را نشان می‌دهد. پرسش‌نامه فوق دارای ۳ خرده‌مقیاس (رفتارهای غیردوستانه: ۸ بیانیه، رفتارهای گیج‌کننده یا خیره‌گی: ۸ بیانیه، رفتارهای خصمانه: ۵ بیانیه) است. بیانیه‌های ۱، ۵، ۷، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۰ دارای امتیازدهی معکوس بود. خرده‌مقیاس رفتارهای غیردوستانه (۱، ۷، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۰)، رفتارهای گیج‌کننده یا خیره‌گی (۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۹، ۲۱)، رفتارهای خصمانه (۲، ۸، ۱۱، ۱۶، ۱۸) که جهت تعیین امتیاز هر بخش تعداد جمع سؤالات بر تعداد آن‌ها تقسیم شد. فقدان رفتارهای دوستانه جمع سؤالات مربوطه تقسیم بر ۸، رفتارهای گیج‌کننده یا خیره‌گی جمع سؤالات مربوطه تقسیم بر ۸، رفتارهای خصمانه جمع سؤالات مربوطه تقسیم بر ۵ با جمع کل امتیازات سؤالات پرسش‌نامه تقسیم بر ۲۱ نمره کلی کسب‌شده فرد محاسبه شد. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس و جمع کل نشان‌دهنده سطح بالاتر رفتارهای انگ‌آمیز درک‌شده بود [۲۱، ۲۲].

عدم پذیرش فرد از سوی همسالان و مشاهده رفتارهای نشان‌دهنده انگ از سوی آن‌ها، افراد نزدیک در خانواده و آشنایان و محیط‌های اجتماعی برای کودک تنش‌زا بوده و می‌تواند کیفیت زندگی او را کاهش دهد [۱۹]. تجربه این قبیل رفتارها در تمام رده‌های سنی حائز اهمیت است، اما مواجهه با آن در دوران کودکی به‌ویژه کودکان سنین مدرسه و دوران نوجوانی می‌تواند بسیار مخرب و همراه با پیامدهای منفی روانی متعددی باشد [۱۸]. کودکان دچار تغییرات ظاهری به دنبال طرد شدن از شبکه‌های اجتماعی دوستان و همسالان ممکن است در خطر ابتلا به دیسترس روانی اجتماعی قرار گیرند. مطالعات نشان می‌دهد بیش از ۵۰ درصد از کودکان تجربه آزار و اذیت و قلدری از سوی دیگران را به افراد بزرگسال حاضر در زندگی خود گزارش نمی‌کنند، والدین از بیشتر این رفتارها مطلع نیستند و غالباً پیامدهای تجربه این‌گونه رفتارها را بسیار جدی نمی‌گیرند و رفتارهای انگ‌آمیز تجربه‌شده توسط کودک از سوی همسالان و دیگر افراد را کمتر از آنچه رخ می‌دهد و کودکان‌شان گزارش کرده‌اند، تخمین می‌زنند [۱۷]. خانواده‌ها غالباً سعی می‌کنند مشکلات ظاهری کودک را با انجام جراحی‌های ترمیمی تا حد ممکن رفع کنند و تمام تمرکز خود را متوجه اصلاح کامل اسکار یا بدشکلی می‌کنند، اما مطابق شواهد در بیشتر موارد دستیابی به ظاهری کاملاً طبیعی میسر نخواهد بود [۱۳].

توجه به مشکلات روانی-اجتماعی کودکان دچار سوختگی پس از رفع مشکلات حاد و انجام درمان‌های اولیه یکی از موضوعاتی است که باید در کنار تلاش برای اصلاح مشکلات جسمی و ظاهری کودک مدنظر قرار گیرد و بررسی فراوانی تجربه انگ درک‌شده اجتماعی و شناخت اشکال رایج آن در جامعه و ایجاد حساسیت به این موضوع در اعضای تیم درمان و خانواده‌ها یکی از موضوعاتی است که باوجود اهمیت فراوان کمتر موردتوجه محققین و صاحب‌نظران قرار گرفته است [۲۰]. محقق بر آن شد تا مطالعه حاضر را باهدف تعیین رفتارهای انگ‌آمیز درک‌شده در کودکان دارای بدشکلی یا اسکار قابل‌مشاهده ناشی از سوختگی در مراکز ترمیمی شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام دهد.

#### روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود که در آن ۱۹۰ کودک ۸-۱۸ سال با سابقه سوختگی دارای بدشکلی یا اسکارهای ظاهری دارای معیارهای ورود مراجعه‌کننده به مراکز ترمیمی شهر تهران (بیمارستان ۱۵ خرداد، بیمارستان حضرت فاطمه زهرا(س) و سوانح و سوختگی شهید مطهری) نمونه پژوهش را تشکیل دادند. معیارهای ورود و خروج از مطالعه شامل گذشت حداقل ۶ ماه از سوختگی، داشتن اسکار بالای ۱ سانتی‌متر، قابل‌مشاهده بودن اسکار یا بدشکلی، استفاده نکردن از ماسک یا هر پوشش دیگر جهت مخفی کردن اسکار یا بدشکلی قبل و حین مطالعه

3. Lawrence

4. Perceived Stigmatization Questionnaire

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای توصیف داده‌ها از ترسیم جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی و گزارش میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل<sup>۶</sup> و آنالیز واریانس<sup>۷</sup> استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. سطح معناداری در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ لحاظ شده است.

### یافته‌ها

مطابق نتایج (۵۸/۴) ۱۱ شرکت‌کنندگان پسر و میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۲/۳±۲/۴۳ سال بود؛ (۴۰/۵) ۷۷ نفر در مقطع متوسطه مشغول به تحصیل بودند. ۵۲/۶ درصد از کودکان در محل‌های متعدد (صورت، گردن و دست‌ها) دچار سوختگی بودند و بیشترین علت سوختگی شعله (۴۴/۷) و آب جوش (۴۲/۱) بود. میانگین مدت‌زمان پس از سوختگی ۴۴/۳۶±۴۷/۰۳ ماه بود. ۱۴۸ نفر (۷۷/۹) دچار سوختگی بین ۶-۲۰ درصد بودند و ۱۴۱ نفر (۷۷/۲) دفعات جراحی بین ۱-۵ بار داشتند. ۱۸۴ نفر از مادران (۹۶/۸) و ۱۰۱ نفر از پدران (۵۶/۸) تحصیلات زیر دیپلم داشتند. بیشتر مادران خانه‌دار و بیشتر پدران شغل آزاد (۱۰ نفر (۵۳/۲) داشتند. مشخصات جمعیت‌شناختی والدین و کودکان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

مطابق یافته‌ها بیشتر انگ درک‌شده از سوی کودکان عبارت بود از: در جمع‌های مدرسه افرادی که آن‌ها را نمی‌شناسم، به من «سلام کرده و با من ارتباط برقرار می‌کنند» (۳/۳۱±۱/۱۵۷)، افرادی که آن‌ها را نمی‌شناسم وقتی مرا می‌بینند متعجب یا شوکه می‌شوند (۳/۱۵±۱/۳۱). دیگران برای من احساس تأسف می‌کنند (۲/۹۵±۱/۳۱)، افرادی که آن‌ها را نمی‌شناسم، به شکلی دوستانه به من لبخند نمی‌زنند (۲/۸۴±۱/۸) (جدول شماره ۲).

براساس اطلاعات جدول، با استفاده از آزمون واریانس یک‌طرفه و تی مستقل، ارتباط معنی‌داری بین نمره استیگمای درک‌شده با جنس (P=۰/۰۳۰) و سن کودک (P=۰/۰۱۰)، سطح تحصیلات (P<۰/۰۰۱)، دفعات ترمیم (P≥۰/۰۰۰) و مدت‌زمان پس از سوختگی (P<۰/۰۰۰)، محل سوختگی (P<۰/۰۰۱)، دفعات جراحی (P=۰/۰۰۹)، علت سوختگی (P<۰/۰۰۱) وجود داشت. نتایج نشان داد بیشترین انگ درک‌شده مربوط به رفتارهای گپیج‌کننده (۲/۵۱۷±۰/۸۲۰) و سپس رفتارهای غیردوستانه (۲/۴۳±۰/۵۵) بود (جدول شماره ۳). همچنین آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه ارتباط معنی‌داری بین نمره استیگمای درک‌شده و شغل مادران (P=۰/۰۰۳) و سطح تحصیلات مادران (P=۰/۰۰۷\*) نشان داد (جدول شماره ۱).

لارنس در سال ۲۰۰۶ پرسش‌نامه انگ درک‌شده را ساخته و برای کودکان دچار سوختگی روانسنجی کرده است [۲۲]. مسناری<sup>۵</sup> در مطالعه خود ضریب همبستگی درون ابزار را ۸۱ درصد گزارش کرده است [۱۸]. در مطالعه دیگری در کشور ایران همبستگی درونی ابزار در هر سه خرده‌قیاس مطلوب و بالای ۰/۷۲ گزارش شده است [۲۳]. روایی صوری و محتوای پرسش‌نامه توسط ۳ نفر از اساتید پرستاری کودکان تأیید و همبستگی درونی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۱۰ کودک دارای اسکار سوختگی سنجیده شد (α=۰/۸). ضریب آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس‌های رفتارهای غیردوستانه (α=۰/۷۵)، رفتارهای گپیج‌کننده یا خیره‌گی (α=۰/۸۵) و رفتارهای خصمانه (α=۰/۷۶) بود.

### روش کار

به‌منظور انجام این مطالعه، پژوهشگر پس از دریافت مجوز از کمیته اخلاق و مجوز اجرای پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، طبق برنامه زمانی از قبل تعیین‌شده (طی ۱ سال از مهر ماه سال ۱۴۰۰ الی مهر ماه سال ۱۴۰۱) به بیمارستان‌های حضرت شهید مطهری، حضرت فاطمه و ۱۵ خرداد مراجعه و پس از معرفی خود به مسئولین با بیان اهداف و نحوه انجام پژوهش، اجازه نمونه‌گیری در درمانگاه و بخش‌های انجام جراحی ترمیمی را دریافت کرد. نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس انجام شد و از مادران و کودکان با در نظر گرفتن معیارهای ورود برای حضور در مطالعه دعوت و بعد از دریافت رضایت آگاهانه کتبی وارد مطالعه شدند. پژوهشگر در تمام روزهای هفته، در ساعات مختلف روز «غالباً» صبح‌ها (مراجعه به درمانگاه‌ها صبح‌ها بود و اغلب کودک صبح روز جراحی بستری می‌شدند) برای نمونه‌گیری به بیمارستان‌های فوق مراجعه کرده و ابتدا از شرکت‌کنندگان می‌خواست پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه انگ درک‌شده را تکمیل کنند. ابتدا تصمیم بر آن بود که کودکان بزرگسال به تنهایی اقدام به تکمیل پرسش‌نامه کنند اما طی هفته اول دریافتیم تقریباً هیچ مادری اجازه شرکت در مطالعه را به فرزندش نمی‌دهد مگر آنکه حین تکمیل پرسش‌نامه در کنار فرزندش باشد و بر پاسخدهی آن به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم نظارت کند. بنابر ملاحظات اخلاق پژوهش، در نظر گرفتن این خواسته الزامی بود. بنابراین در ادامه از مادر و کودک خواستیم بدون نگرانی در کنار یکدیگر پرسش‌نامه (شامل مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه انگ درک‌شده) تکمیل کنند. پژوهشگر در طول انجام پژوهش در محیط حضور داشت تا به هر گونه ابهام یا سؤال پیش‌آمده حین تکمیل پرسش‌نامه پاسخ دهد. در پایان پس از تکمیل هر پرسش‌نامه محقق آن را از نظر تکمیل تمام سؤالات کنترل می‌کرد.

6. Independent Samples T-Test  
7. Analysis of variance

5. Masnari

جدول ۱. توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار مشخصات فردی کودکان و والدین شرکت کننده در مطالعه (n=۱۹۰)

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	آزمون آماری
جنس کودک	دختر	۲/۳۲ $\pm$ ۰/۵۹	t=۰/۲/۶۱ P=۰/۰۱*
	پسر	۱۱۱ (۵۸/۴)	۲/۱۱ $\pm$ ۰/۵۲
سن کودک (سال)	۱۱-۸	۸۸ (۴۶/۳)	F=۳/۵۷۷ df=۲ P=۰/۰۳۰*
	۱۵-۱۲	۷۳ (۳۸/۴)	
	۱۸-۱۶	۲۹ (۱۵/۳)	
مقطع تحصیلی کودک	ابتدایی	۱۰۱ (۵۳/۲)	F=۰/۸۳۷ df=۲ P<۰/۰۰۱*
	راهنمایی	۷۷ (۴۰/۵)	
	دیپریستان	۱۲ (۶/۳)	
محل سوختگی	صورت	۲۶ (۱۳/۷)	F=۱۱/۳۹۵ df=۳ P<۰/۰۰۱*
	گردن	۱۳ (۶/۸)	
	روی دستها	۵۱ (۲۶/۸) ۵۱	
	محل های متعدد قابل مشاهده	۱۰۰ (۵۲/۶)	
علت سوختگی	آب جوش	۸۰ (۴۲/۱)	F=۴۶۱۰ df=۲ P<۰/۰۰۱*
	برق گرفتگی	۶ (۳/۲)	
	شعله	۸۵ (۴۴/۷)	
	انفجار گاز	۱۹ (۱۰)	
مدت زمان بعد از سوختگی (ماه)	۲۰-۶	۸۵ (۵۴/۲)	F=۲۵/۱۱ df=۳ P<۰/۰۰۰*
	۲۵-۲۱	۱۸ (۹/۵)	
	۵۰-۳۶	۲۴ (۱۳/۷)	
	$\geq 51$	۶۳ (۳۲/۶)	
وسعت سوختگی (درصد)	۲۰-۶	۲/۱۸ $\pm$ ۰/۵۷	F=۰/۹۹۵ df=۲ P=۰/۳۷۲
	۴۰-۲۱	۳۱ (۱۶/۳)	
	۶۵-۴۱	۱۱ (۵/۸)	
دفعات جراحی	۵-۱	۲/۱۳ $\pm$ ۳/۸۹	t=۲/۶۵ P=۰/۰۰۹*
	۱۵-۶	۲/۳۸ $\pm$ ۰/۵۴	
شغل مادر	خانه دار	۲/۱۷ $\pm$ ۰/۵۵	t=۲/۹۶ P=۰/۰۰۳*
	کارمند	۲/۸۵ $\pm$ ۰/۰۰	
شغل پدر	آزاد	۴۴/۳۵ $\pm$ ۱۰/۸۸	F=۲/۹۷۲ df=۲ P=۰/۰۵۴
	کارمند	۲۴ (۱۲/۶)	
	کارگر	۶۵ (۳۴/۲)	



متغیر	تعداد (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	آزمون آماری
زیر دیپلم	۱۱۱ (۵۸/۴)	۲/۱۴ $\pm$ ۰/۶۴	F=۰/۰۰۴ df=۲ P=۰/۰۰۳*
دیپلم الی کاردانی	۷۳ (۳۸/۴)	۲/۲۳ $\pm$ ۰/۳۹	
کارشناسی و بالاتر	۶ (۳/۲)	۲/۸۵ $\pm$ ۰/۵۶	
زیر دیپلم	۱۰۸ (۵۶/۸)	۲/۱۴ $\pm$ ۰/۶۴	F=۰/۵۴۷ df=۲ P=۰/۵۸۰
دیپلم الی کاردانی	۷۰ (۳۶/۸)	۲/۲۳ $\pm$ ۰/۳۹	
کارشناسی و بالاتر	۱۲ (۶/۴)	۲/۸۵ $\pm$ ۰/۵۶	

نشریه پرستاری ایران

F: آتووا، تی مستقل

## بحث

اجتماعی و فرهنگی کودک لطمه می‌زند و افت عزت نفس و بروز علائم افسردگی در کودک را تسهیل می‌کند [۲۵، ۲۲].

ارتباط معنی‌داری بین انگ درک‌شده کودک با جنس، سن، دفعات جراحی، سطح تحصیلات و شغل مادر کودک وجود داشت. میانگین انگ درک‌شده در دختران به‌طور معنی‌داری بیشتر از پسران بود. همسو با مطالعه فوق نتایج مطالعه استراوس<sup>۸</sup> در ۴ ایالت کشور آمریکا نشان داد دختران به‌طور معنی‌داری رفتار انگ‌آمیز درک‌شده بیشتری نسبت به پسران تجربه می‌کنند [۲۴]؛ درحالی‌که در مطالعه‌ای ناهمسو با یافته این مطالعه نشان داده شده است پسران انگ درک‌شده بیشتری در مدرسه تجربه می‌کنند [۲۰]، نویسندگان در مطالعه خود گزارش کردند ارتباط معنی‌داری بین انگ درک‌شده از سوی کودکان و تطابق روانی با این موضوع و جنسیت آن‌ها وجود نداشت [۱۸].

مسئلاً درک کودک از انگ بسیار در گرو فرهنگ و انتظارات جامعه از آن کودک با در نظر گرفتن نقش جنسیتی اوست. فرهنگ در دو وضعیت جامع و خرده‌فرهنگ‌های حاکم بر جامعه و خانواده‌ها بر رفتارها و پذیرش کودکان و واکنش دیگران به ظاهر آن‌ها تأثیرگذار است. نمی‌توان انتظارات و تعاریف موجود در جامعه در مورد زیبایی، شغل، ارتباطات و تعاملات کودک در این باره را نادیده گرفت و به همین دلیل مهم ممکن است دختران و پسران جوامع مختلف واکنش‌های متفاوتی به نقص ظاهری خود نشان دهند و این امر بر کیفیت زندگی، تطابق روانی و درک آن‌ها از مسائل پیرامون تأثیرگذار است [۶].

مطالعه حاضر نشان داد بین انگ درک‌شده و سن و پایه تحصیلی کودک ارتباط معنی‌داری وجود داشت. میانگین نمره انگ‌آمیز درک‌شده کودکان در سنین اوایل نوجوانی و دوره تحصیلی راهنمایی به‌طور معنی‌داری بیشتر از سایر گروه‌ها بود. مطالعات موجود نیز معتقدند نوجوانان به‌طور معنی‌داری بیش از سایر گروه‌های سنی رفتار انگ‌آمیز را تجربه می‌کنند [۱۸]. نوجوانی دوران بحرانی برای هر انسانی به شمار می‌رود. داشتن

در مطالعه مقطعی فوق که با هدف تعیین انگ درک‌شده در کودکان دارای بدشکلی یا اسکار قابل مشاهده ناشی از سوختگی در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام شد، ۱۹۰ کودک با میانگین سنی  $۱۲/۰۳ \pm ۳/۴۳$  شرکت کردند. مطابق نتایج رفتارهای گیج‌کننده بیشترین رفتار انگ‌آمیز درک‌شده از سوی کودکان بود. بیشترین رفتارهای گزارش‌شده در ابعاد مختلف عبارت بود از: از سلام نکردن افراد غریبه به کودک (بعد رفتار غیردوستانه)، دریافت نکردن لبخند دوستانه از سوی افراد ناشناس (بعد رفتار غیردوستانه)، احساس راحتی دیگران با کودک (بعد رفتار غیردوستانه)، متعجب یا شوکه شدن افراد ناشناس با دیدن ظاهر کودک (بعد خیره‌گی یا رفتارهای گیج‌کننده)، اظهار تأسف نسبت به شرایط کودک (بعد خیره‌گی یا رفتارهای گیج‌کننده) و دریافت انتقادهای غیرعادلانه و خطاب کودک با الفاظ توهین‌آمیز (بعد رفتارهای خصمانه). مطالعات دیگر در کشورهای آمریکا، سوئیس و آلمان نیز نشان داده‌اند خیره‌گی به کودک و سؤال در مورد ظاهر وی و اسم گذاشتن بر روی او در مدرسه و توسط همسالان به دلیل ظاهر غیرطبیعی از رفتار انگ‌آمیز درک‌شده تجربه‌شده از سوی کودکان بوده است [۲۴، ۱۸].

مطالعات انجام‌شده همسو با نتایج مطالعه فوق نشان داده‌اند کودکان دچار سوختگی رفتارهای همراه با انگ متعددی را از سوی همکلاسی‌ها، افراد غریبه، افراد آشنا و خانواده دریافت می‌کنند. آن‌ها سعی در پنهان کردن اسکار سوختگی از سایرین دارند، اما در مواردی که اسکار قابلیت پنهان‌سازی ندارد از اثرات منفی ناشی از تجربه رفتارهای همراه با انگ از سوی دیگران مصون نیستند [۲۵، ۱۸]. صدمات ناشی از سوختگی بر تصویر فیزیکی و احساس سلامت کودک تأثیر می‌گذارد. مطالعات دیگر نشان داده‌اند کودکان دارای اسکار غالباً لباس‌هایی می‌پوشند تا ضایعات را پنهان کنند و زمانی که این امر غیرممکن باشد، به دلیل کنجکاوی دیگران از بیرون رفتن احساس شرم می‌کنند. این شرایط به وضعیت سلامت روانی و وضعیت جسمانی و رشد

جدول ۲. فراوانی و میانگین و انحراف معیار انگ درک شده کودکان به تفکیک بیانیه‌ها هر بعد

بیانیه	تعداد (درصد)					میانگین $\pm$ انحراف معیار
	هرگز	به ندرت	گاهی	غالباً	همیشه	
۱. دیگران با من رفتار دوستانه‌ای دارند.	۷۲(۳۷/۹)	۴۹(۲۵/۸)	۲۴(۱۲/۶)	۳۹(۲۰/۵)	۶(۳/۲)	۲/۲۵ $\pm$ ۱/۲۱
۵. دیگران با من خوب هستند.	۹۷(۵۱/۱)	۳۴(۲۲/۲)	۳۷(۱۹/۵)	۶(۳/۲)	۶(۳/۲)	۱/۸۴ $\pm$ ۱/۰۴
۷. در جمع‌های مدرسه افرادی که آن‌ها را نمی‌شناسم، به من «سلام و با من ارتباط برقرار» می‌کنند.	۱۲(۶/۳)	۳۲(۱۶/۸)	۶۸(۳۵/۸)	۴۰(۲۱/۱)	۳۸(۲۰)	۲/۳۱ $\pm$ ۱/۱۵
۹. دیگران با من راحت هستند.	۴۰(۲۱/۱)	۳۰(۱۵/۸)	۸۰(۴۲/۱)	۱۹(۱۰)	۲۱(۱۱/۱)	۲/۷۴ $\pm$ ۱/۲۱
۱۲. افرادی که آن‌ها را نمی‌شناسم، به شکلی دوستانه به من لبخند می‌زنند.	۲۶(۱۳/۷)	۵۰(۲۶/۳)	۵۱(۲۶/۸)	۴۶(۲۴/۲)	۱۷(۸/۹)	۲/۸۴ $\pm$ ۱/۸
۱۵. دیگران با من مهربان هستند.	۴۰/۵(۴۰/۵)	۵۱(۲۶/۸)	۳۰(۱۵/۸)	۲۶(۱۳/۷)	۶(۳/۲)	۲/۱۲ $\pm$ ۱/۱۷
۱۷. افراد غریبه با من رفتار مؤدبانه‌ای دارند.	۷۹(۴۱/۶)	۳۲(۲۲/۶)	۴۲(۲۲/۱)	۱۴(۷/۴)	۱۲(۶/۳)	۲/۱۴ $\pm$ ۱/۲۱
۲۰. دیگران با احترام با من رفتار می‌کنند.	۶۴(۳۳/۷)	۶۶(۳۴/۷)	۴۰(۲۱/۱)	۲۰(۱۰/۵)	۰(۰)	۲/۰۸ $\pm$ ۰/۹۸
۳. دیگران از نگاه کردن به من پرهیز می‌کنند.	۱۱۰(۵۷/۹)	۱۸(۹/۵)	۴۹(۲۵/۸)	۶(۳/۲)	۷(۳/۷)	۱/۸۵ $\pm$ ۱/۱۳
۴. افرادی که آن‌ها را نمی‌شناسم وقتی مرا می‌بینند، متعجب یا شوکه می‌شوند.	۳۳(۱۷/۴)	۱۲(۶/۳)	۷۶(۴۰/۰)	۳۰(۱۵/۸)	۳۹(۲۰/۵)	۲/۱۵ $\pm$ ۱/۳۱
۶. افراد نمی‌دانند که به من چه بگویند.	۵۵(۲۸/۹)	۳۴(۱۷/۹)	۷۱(۳۷/۴)	۱۸(۹/۵)	۱۲(۶/۳)	۲/۴۶ $\pm$ ۱/۱۸
۱۰. دیگران برای من احساس تأسف می‌کنند.	۴۰(۲۱/۱)	۳۰(۱۵/۸)	۳۵(۱۸/۴)	۶۸(۳۵/۸)	۱۷(۸/۹)	۲/۹۵ $\pm$ ۱/۳۱
۱۳. افراد نمی‌دانند که چگونه با من رفتار کنند.	۱۸(۹/۵)	۸۴(۴۴/۲)	۶۳(۳۲/۲)	۱۳(۶/۸)	۱۲(۶/۳)	۲/۵۶ $\pm$ ۰/۹۷
۱۴. دیگران نسبت به من با تأخیر واکنش نشان می‌دهند یا به شکلی عجیب به من نگاه می‌کنند.	۳۶(۱۹/۹)	۵۷(۳۰)	۶۳(۳۲/۲)	۱۸(۹/۵)	۶(۳/۲)	۲/۳۷ $\pm$ ۱/۰۵
۱۹. افرادی که آن‌ها را نمی‌شناسم به من خیره می‌شوند.	۵۷(۳۰)	۲۶(۱۳/۷)	۵۹(۳۱/۱)	۱۷(۸/۹)	۳۱(۱۶/۳)	۲/۶۷ $\pm$ ۱/۴۰
۲۱. وقتی به دیگران نگاه می‌کنم آن‌ها از نگاه من خجالت‌زده شده و از نگاه به من دوری می‌کنند.	۸۶(۴۵/۳)	۳۱(۱۶/۳)	۴۹(۲۵/۵)	۱۸(۹/۸)	۶(۳/۲)	۲/۰۸ $\pm$ ۱/۱۷
۲. دیگران به من می‌خندند.	۱۱۵(۶۰/۵)	۳۹(۲۰/۵)	۰(۰)	۱۹(۱۰)	۱۷(۸/۹)	۱/۸۶ $\pm$ ۱/۳۴
۱۱. افراد مکرراً از من به شکلی ناعادلانه انتقاد می‌کنند.	۵(۱/۶)	۱۵(۸)	۲۲(۱۱)	۱۰(۵)	۰(۰)	۱/۹ $\pm$ ۱/۰۶
۱۶. دیگران مرا تهدید و ارباب می‌کنند.	۱۴۱(۷۴/۲)	۳۱(۱۶/۳)	۱۲(۶/۳)	۶(۳/۲)	۰(۰)	۱/۲۸ $\pm$ ۰/۷۴
۱۸. دیگران مرا مورد تمسخر قرار می‌دهند.	۱۰۳(۵۴/۲)	۴۵(۲۳/۷)	۳۶(۱۸/۹)	۰(۰)	۶(۳/۲)	۱/۷۴ $\pm$ ۰/۹۷
۸. دیگران مرا با الفاظ توهین‌آمیز خطاب می‌کنند.	۱۰۱(۵۳/۲)	۴۱(۲۱/۶)	۲۳(۱۲/۱)	۱۹(۱۰/۰)	۶(۳/۲)	۱/۸۸ $\pm$ ۱/۱۵

نشریه پرستاری ایران

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار انگ درک شده در ابعاد رفتارهای خصمانه، رفتار غیردوستانه و رفتارهای گیج‌کننده یا خیره شدن به فرد در کودکان با بدشکلی ناشی از سوختگی

ابعاد	میانگین $\pm$ انحراف معیار
رفتارهای غیردوستانه	۲/۴۳ $\pm$ ۰/۵۵
رفتارهای خصمانه	۱/۷۵ $\pm$ ۰/۷۶
رفتارهای گیج‌کننده	۲/۵۱ $\pm$ ۰/۸۲
جمع کل انگ درک شده	۲/۱۹ $\pm$ ۰/۵۶

نشریه پرستاری ایران

می‌تواند سلامت کودک را در ابعاد روانی و جسمی به مخاطره بیندازد. پرستار کودکان در دو بعد مراقبت در شرایط بستری و مراجعات بعدی با این کودکان و خانواده‌های آن‌ها در تماس مستقیم هستند و باید از تأثیرات این حادثه بر کودک و خانواده او آگاه باشند و منابع در دسترس را برای برقراری حمایت روانی به این خانواده‌ها معرفی و اقداماتی در جهت تسهیل دسترسی به آن‌ها انجام دهند. از سوی دیگر پرستار کودکان در سطح اجتماع و محیط‌هایی مانند مهدکودک‌ها، مدارس و مراکز اجتماعی مشغول به فعالیت بودند و باید به این موضوع مهم توجه کنند. تغییر فرهنگ مستلزم فعالیت در سطح جامعه است. تنها با آموزش در سطح وسیع و مدنظر قرار دادن تأثیرات مهم رفتارهای همراه با انگ و نحوه پیشگیری و کنترل آن می‌توان این قبیل برخوردها را کاهش داد. پرستاران در مدارس باید به این‌گونه کودکان توجه داشته باشند و هرگونه رفتارهای همراه با انگ دیگر همسالان را شناسایی و با روش مثبت نسبت به رفع آن و افزایش پذیرش کودک توسط همسالان اقدام کنند.

پرداختن و به چالش کشیدن این رفتارهای همراه با انگ برای ایجاد محیطی فراگیرتر و حمایتی برای کودکان مبتلا به ناهنجاری و آثار سوختگی قابل مشاهده بسیار مهم است. اردوهای آموزش و آگاهی می‌توانند نقش مهمی در ارتقای همدلی، درک و پذیرش داشته باشند. آموزش تنوع و تفاوت‌ها به کودکان از سنین پایین می‌تواند به پرورش فرهنگ پذیرش افراد متفاوت و احترام به دیگران با وجود تفاوت‌های ظاهری کمک کند.

علاوه بر این، ارائه پشتیبانی و منابع برای کودکان آسیب‌دیده، مانند مشاوره، گروه‌های حمایت از همسالان و برنامه‌های مربیگری، می‌تواند به آن‌ها در توسعه تاب‌آوری و راهبردهای مقابله کمک کند. تشویق بحث‌های آزاد در مورد تغییر شکل و زخم‌های سوختگی نیز می‌تواند به شکستن کلیشه‌ها و باورهای غلط کمک کند و این موضوع در جامعه‌ای فراگیرتر شود.

پرداختن به موضوع انگ درک‌شده نسبت به کودکان دارای بدشکلی و زخم‌های قابل مشاهده سوختگی، نیازمند تلاش جمعی از سوی والدین، مربیان، متخصصان مراقبت‌های سلامتی به‌ویژه پرستاران کودکان و جامعه در کل است. با ترویج همدلی، درک و پذیرش، می‌توانیم محیطی حمایت‌کننده‌تر و فراگیرتر برای همه کودکان، صرف‌نظر از ظاهر جسمانی آن‌ها ایجاد کنیم.

باتوجه به نتایج باید گفت یکی از موضوعات مؤثر در بروز رفتارهای همراه با انگ نسبت به کودکانی که دچار بدشکلی و آثار سوختگی قابل مشاهده هستند، آگاهی ناکافی و درک در بین همسالان و بزرگسالان آن‌هاست. افراد ممکن است با ترس، ناراحتی یا کنجکاوی زمانی که با فردی با تفاوت قابل مشاهده روبه‌رو می‌شوند، واکنش نشان دهند که به اظهارنظرهای غیرحساس یا اجتناب منجر می‌شود. این می‌تواند احساس انزوا

ظاهری زیبا و قابل قبول، پیوستن به گروه همسالان، اهمیت یافتن نظر جنس مخالف نسبت به ظاهر فیزیکی، توجه و مهم دانستن واکنش دیگران نسبت به خود و تلاش برای کسب هویت اجتماعی موضوعاتی مهم در دوران نوجوانی به‌ویژه اوایل و اواسط نوجوانی است و برخورد و تجربه رفتارهای همراه با انگ از سوی دیگران می‌تواند تأثیر عمیقی بر روان و عملکرد کودک برجای بگذارد [۶، ۹]. شواهد نشان می‌دهد قابل مشاهده بودن اسکار و حتی اندازه آن تأثیر بسیاری بر انگ درک‌شده از سوی کودک دارد. هرچند در مطالعه حاضر همه اسکارها قابل مشاهده بودند و ارتباطی بین وسعت جراحت و رفتار انگ‌آمیز درک کودک وجود نداشت.

نتایج نشان داد کودکان در فاصله زمانی کم پس از سوختگی، انگ درک‌شده بیشتری را تجربه کرده بودند. مطالعات همسو با نتایج این مطالعه نشان می‌دهد افراد دچار سوختگی در ماه‌ها و سال‌های نزدیک به زمان وقوع سوختگی به مشکلات روانی-اجتماعی بیشتری دچار هستند و البته مسلماً انجام جراحی‌های ترمیمی و اصلاح وضعیت ظاهری در طول زمان ممکن است در کمتر شدن حس انگ تأثیر داشته باشد [۲۶، ۲۷]. مطالعه‌ای انجام‌شده در ۶ مرکز سوختگی در کشورهای استرالیا و نیوزلند نشان داد با اصلاح وضعیت ظاهری کودک کیفیت زندگی و فرایند اجتماعی شدن او ارتقای چشمگیری می‌یابد [۲۸].

مطابق نتایج دفعات جراحی ترمیمی با میانگین نمره انگ درک‌شده ارتباط داشت و کودکان با سابقه جراحی‌های بیشتر به‌طور معنی‌داری انگ درک‌شده بالاتری داشتند. در تفسیر این یافته می‌توان گفت کودکان با نقایص ظاهری بیشتر نیازمند انجام جراحی‌های ترمیمی متعددی برای بهبود وضعیت ظاهری هستند و معمولاً عمق و شدت جراحت بیشتری را تجربه کرده‌اند و به دلیل داشتن نقص آشکارتر و ظاهری غیرطبیعی‌تر در معرض رفتارهای همراه با انگ بیشتری از سوی دیگران هستند [۹، ۲۸].

مطابق نتایج بین سطح تحصیلات مادر و شغل او با انگ درک‌شده کودک ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ به‌طوری‌که مادران با تحصیلات بالاتر و شاغل کودکانشان انگ درک‌شده بالاتری داشتند. در مطالعات دیگر کمتر به این موضوع پرداخته شده است اما در مطالعه‌ای نشان داده شد وضعیت اقتصادی بهتر با تطابق روانی مطلوب کودک دارای بدشکلی ناشی از سوختگی ارتباط دارد [۱۸].

مطابق شواهد، انگ درک‌شده توسط کودکان موجب اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، ترک تحصیل و حتی مشکلات خاص مانند اختلال لکنت هیجانی، اختلال خواب و تمایل نداشتن به شرکت در فعالیت‌های بدنی و ورزش می‌شود [۸، ۲۵، ۲۹، ۳۰]. اثرات منفی حاصل از داشتن بدشکلی ظاهری ماندگار

طرح توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران صورت گرفته است.

## مشارکت نویسندگان

نمونه‌گیری، تحلیل و نگارش نسخه اولیه: فاطمه رحیمی نصرآبادی؛ عنوان طرح، نظارت و اصلاح نسخه اولیه و انجام ویرایش‌های پایانی: مهناز شوقی و محبوبه علی اکبری.

## تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی گزارش نکردند.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان ۱۵ خرداد، حضرت فاطمه زهرا و شهید مطهری، تقدیر و تشکر می‌کنند. همچنین از کلیه کودکان و مادرانی که در پیشبرد این طرح ما را یاری کردند، تشکر می‌شود.

و بیگانگی را برای کودکان آسیب‌دیده ایجاد کند و ایجاد روابط معنادار و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی را برای آن‌ها دشوار کند [۳۱-۳۳].

## نتیجه‌گیری

یافته‌ها دانش پایه‌ای را برای آگاهی از وضعیت انگ درک‌شده توسط کودکان دچار سوختگی فراهم کرده است. به نظر می‌رسد توجه به این موضوع برای حفظ سلامت روانی و اجتماعی این کودکان ضروری باشد. ایجاد نگرش مثبت در سطح جامعه به‌ویژه در کودکان نسل جدید از طریق رسانه‌ها، مهدکودک‌ها و مدارس نسبت به برخورد با افرادی با ظاهر متفاوت و به‌ویژه دارای بدشکلی ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر بسیار ضروری است که این خانواده‌ها در کنار انجام درمان معمول در دوران حاد سوختگی و پس از آن در دوران درمان‌های تکمیلی از مشاوره‌های روانشناسی و حمایت‌کننده‌های اجتماعی مانند مددکاران، روانشناسان، پرستاران روان و مشاورین متخصص بهره‌مند شوند، چراکه تأثیرات روانی ناشی تجربه انگ درک‌شده می‌تواند کودک و خانواده درگیر مسائل و مشکلات عمیق و پیچیده‌تری قرار دهد.

با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای با هدف انگ زدایی در این کودکان انجام شود. انجام مطالعات مداخله‌ای دیگر بر روی کودکان سالم دارای همکلاسی دچار اسکار سوختگی با هدف ارتقای سطح فرهنگ و پذیرش افراد با ظاهری متفاوت ضروری به نظر می‌رسد. قابل ذکر است پیش از پژوهش تصمیم بر این بود که کودک به تنهایی به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دهد اما در غالب موارد مادران حاضر نشدند که کودک به تنهایی به سؤالات پاسخ دهد و در نتیجه تمام پرسش‌نامه‌ها در اختیار مادر و کودک قرار داده شد تا در کنار یکدیگر آن را تکمیل کنند که می‌تواند یک محدودیت در اجرای این طرح باشد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و ضمن اطمینان‌بخشی در مورد محرمانه بودن مشخصات آن‌ها، از تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه رضایت‌نامه کتبی دریافت شد.

طرح پژوهشی در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران با کد (IR.IUMS. REC.1398.1169) تأیید شده است.

## حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد فاطمه رحیمی نصرآبادی، رشته کارشناسی ارشد پرستاری کودکان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است. حمایت مالی این

## References

- [1] Bagheri T, Fatemi MJ, Hoveidamanesh S, Ghadimi T, Asgari M, Rahbar A, et al. Epidemiology and etiology of pediatric burns in Iran. *J Burn Care Res.* 2024; 45(2):292-6. [DOI:10.1093/jbcr/irac140] [PMID]
- [2] Mobayen M, Ghaffari ME, Shahriari F, Gholamrezaie S, Dogahe ZH, Chakari-Khiavi A. The epidemiology and outcome of burn injuries in Iran: A ten-year systematic review and meta-analysis. 2021. [Link]
- [3] Keshavarz M, Javanmardi F, Mohammadi AA. A decade epidemiological study of pediatric burns in South West of Iran. *World J Plast Surg.* 2020; 9(1):67-72. [PMID]
- [4] Moehrlen T, Szucs T, Landolt MA, Meuli M, Schiestl C, Moehrlen U. Trauma mechanisms and injury patterns in pediatric burn patients. *Burns.* 2018; 44(2):326-34. [DOI:10.1016/j.burns.2017.07.012] [PMID]
- [5] Rossi LA, Vila Vda S, Zago MM, Ferreira E. The stigma of burns: Perceptions of burned patients' relatives when facing discharge from hospital. *Burns.* 2005; 31(1):37-44. [DOI:10.1016/j.burns.2004.07.006] [PMID]
- [6] Hockenberry MJ, Bryant R, Hellsten MB. Wong's clinical manual of pediatric nursing E-Book. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2023. [Link]
- [7] King ICC. Body image in paediatric burns: A review. *Burns Trauma.* 2018; 6:12. [DOI:10.1186/s41038-018-0114-3] [PMID]
- [8] Heath J. Depression: An antecedent and consequence of burn-injuries to children. *Austin J Emerg Crit Care Med.* 2016; 3(1):1046. [Link]
- [9] Stubbs TK, James LE, Daugherty MB, Epperson K, Barajaz KA, Blakeney P, et al. Psychosocial impact of childhood face burns: A multicenter, prospective, longitudinal study of 390 children and adolescents. *Burns.* 2011; 37(3):387-94. [DOI:10.1016/j.burns.2010.12.013] [PMID]
- [10] Ren Z, Chang WC, Zhou Q, Wang Y, Wang H, Hu D. Recovery of lost face of burn patients, perceived changes, and coping strategies in the rehabilitation stage. *Burns.* 2015; 41(8):1855-61. [DOI:10.1016/j.burns.2015.08.033] [PMID]
- [11] Bergamasco EC, Rossi LA, da CG Amancio A, de Carvalho E. Body image of patients with burns sequellae: evaluation through the critical incident technique. *Burns.* 2002; 28(1):47-52. [DOI:10.1016/S0305-4179(01)00065-1] [PMID]
- [12] Kornhaber R, Wilson A, Abu-Qamar MZ, McLean L. Coming to terms with it all: Adult burn survivors' lived experience of acknowledgement and acceptance during rehabilitation. *Burns.* 2014; 40(4):589-97. [DOI:10.1016/j.burns.2013.08.038] [PMID]
- [13] Nguyen NT, Lorrain M, Pognon-Hanna JN, Elfassy C, Calva V, de Oliveira A, et al. Barriers and facilitators to work reintegration and burn survivors' perspectives on educating work colleagues. *Burns.* 2016; 42(7):1477-86. [DOI:10.1016/j.burns.2016.05.014] [PMID]
- [14] Wang Y, Maitz P. Advances and new technologies in the treatment of burn injury. *Adv Drug Deliv Rev.* 2018; 123:1-2. [PMID]
- [15] Sadeghi-Bazargani H, Zare Z, Ranjbar F. Factor structure of the Persian version of general, social, and negative self-consciousness of appearance domains of Derriford Appearance Scale 59: An application in the field of burn injuries. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017; 13:147-54. [DOI:10.2147/NDT.S121250] [PMID]
- [16] Lehna C. Stigma perspective of siblings of children with a major childhood burn injury. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2013; 25(10):557-62. [DOI:10.1111/1745-7599.12007] [PMID]
- [17] Lawrence JW, Rosenberg L, Mason S, Fauerbach JA. Comparing parent and child perceptions of stigmatizing behavior experienced by children with burn scars. *Body Image.* 2011; 8(1):70-3. [DOI:10.1016/j.bodyim.2010.09.004] [PMID]
- [18] Masnari O, Schiestl C, Rössler J, Gütlein SK, Neuhaus K, Weibel L, et al. Stigmatization predicts psychological adjustment and quality of life in children and adolescents with a facial difference. *J Pediatr Psychol.* 2013; 38(2):162-72. [DOI:10.1093/jpepsy/jss106] [PMID]
- [19] Simons M, Price N, Kimble R, Tyack Z. Patient experiences of burn scars in adults and children and development of a health-related quality of life conceptual model: A qualitative study. *Burns.* 2016; 42(3):620-32. [DOI:10.1016/j.burns.2015.11.012] [PMID]
- [20] Rimmer RB, Foster KN, Bay CR, Floros J, Rutter C, Bosch J, et al. The reported effects of bullying on burn-surviving children. *J Burn Care Res.* 2007; 28(3):484-9. [DOI:10.1097/BCR.0B013E318053D3E3] [PMID]
- [21] Lawrence JW, Fauerbach JA, Heinberg LJ, Doctor M, Thombs BD. The reliability and validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample. *Psychol Assess.* 2006; 18(1):106-11. [DOI:10.1037/1040-3590.18.1.106] [PMID]
- [22] Lawrence JW, Rosenberg L, Rimmer RB, Thombs BD, Fauerbach JA. Perceived stigmatization and social comfort: Validating the constructs and their measurement among pediatric burn survivors. *Rehabil Psychol.* 2010; 55(4):360-71. [DOI:10.1037/a0021674] [PMID]
- [23] Farzan R, Hosseini SJ, Firooz M, Tabarian MS, Jamshidbeigi A, Samidoust P, et al. Perceived stigmatization and reliability of questionnaire in the survivors with burns wound: A systematic review and meta-analysis. *Int Wound J.* 2023; 20(8):3391-403. [DOI:10.1111/iwj.14176] [PMID]
- [24] Strauss RP, Ramsey BL, Edwards TC, Topolski TD, Kapp-Simon KA, Thomas CR, et al. Stigma experiences in youth with facial differences: a multi-site study of adolescents and their mothers. *Orthod Craniofac Res.* 2007; 10(2):96-103. [DOI:10.1111/j.1601-6343.2007.00383.x] [PMID]
- [25] Zhang J, Ding L, Wu Y, Yao M, Ma Q. Perceived stigma in burn survivors: Associations with resourcefulness and alexithymia. *Burns.* 2023; 49(6):1448-56. [DOI:10.1016/j.burns.2022.12.018] [PMID]
- [26] Woolard A, Hill NT, McQueen M, Martin L, Milroy H, Wood FM, et al. The psychological impact of paediatric burn injuries: A systematic review. *BMC Public Health.* 2021; 21(1):2281. [DOI:10.1186/s12889-021-12296-1] [PMID]

- [27] Bakker A, Maertens KJ, Van Son MJ, Van Loey NE. Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: A review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev.* 2013; 33(3):361-71. [DOI:10.1016/j.cpr.2012.12.006] [PMID]
- [28] Maskell J, Newcombe P, Martin G, Kimble R. Psychosocial functioning differences in pediatric burn survivors compared with healthy norms. *J Burn Care Res.* 2013; 34(4):465-76. [DOI:10.1097/BCR.0b013e31827217a9] [PMID]
- [29] Patterson KN, Beyene TJ, Lehman K, Verlee SN, Schwartz D, Fabia R, et al. Evaluating effects of burn injury characteristics on quality of life in pediatric burn patients and caregivers. *Burns.* 2023; 49(6):1311-20. [DOI:10.1016/j.burns.2023.01.010] [PMID]
- [30] Sheridan RL, Hinson MI, Liang MH, Nackel AF, Schoenfeld DA, Ryan CM, et al. Long-term outcome of children surviving massive burns. *JAMA.* 2000; 283(1):69-73. [DOI:10.1001/jama.283.1.69] [PMID]
- [31] Lawrence JW, Rosenberg LE, Fauerbach JA. Comparing the body esteem of pediatric survivors of burn injury with the body esteem of an age-matched comparison group without burns. *Rehabil Psychol.* 2007; 52(4):370-9. [DOI:10.1037/0090-5550.52.4.370]
- [32] Ryan CM, Lee A, Kazis LE, Schneider JC, Shapiro GD, Sheridan RL, et al. Recovery trajectories after burn injury in young adults: Does burn size matter? *J Burn Care Res.* 2015; 36(1):118-29. [DOI:10.1097/BCR.000000000000214] [PMID]
- [33] Thombs BD, Lawrence JW, Magyar-Russell G, Bresnick MG, Fauerbach JA. From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *J Psychosom Res.* 2008; 64(2):205-12. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2007.09.003] [PMID]