

Social Consequences of Burns in Married Women

Mansour Fathi (Corresponding author) 

Associate Professor, Department of social work, Faculty of social sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (fathi@atu.ac.ir)

Toktam Delsouz 

M.A in Social Work, Faculty of social sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (tk.delsouz@gmail.com)

Abstract

Burns, as one of the serious physical accidents, in addition to physical injuries, have profound effects on the mental health and social relationships of individuals. This study was conducted with the aim of investigating the social consequences of burns in married women. In this study, qualitative methods and semi-structured interviews were used to collect data. The participants were 19 married women with burns who had a case file in Shahid Motahari Hospital, Fatemeh Zahra (S), Firoozgar Laser Center, and Qoqnos Association in 1403 and were selected through purposive sampling. Thematic analysis was used to analyze the data. The findings show that women with burns often see their bodies as a burden and a burden that limits them in their daily lives and social roles. The huge costs of treatment against a small recovery have placed additional economic pressure on these individuals and their families. In addition, some women have expressed dissatisfaction with the inattention and lack of responsibility of medical centers. Challenges in marital and family relationships have been identified as another important outcome; after burns, women face a decrease in the quality of marital relationships and difficulties in fulfilling their roles as mothers and wives. Also, societal attitudes and negative labeling exacerbate the feelings of rejection and isolation in women with burns. These labels have a particularly severe impact when these women also face a lack of emotional support from their families and husbands. This lack of support, empathy, and companionship from family members doubles their mental stress and causes them to gradually withdraw from their social and marital roles and duties.

Keywords: Burns, married women, psychological erosion, burn scars, irresponsible medical centers.



Social Problems of Iran, Vol. 17, No. 1, Spring 2026

Received: 14/08/2025 Accepted: 28/11/2025 Pages 127-166



Extended Abstract

1. Introduction

Burn injuries, as serious physical traumas, have profound effects not only on physical health but also on the mental health and social relationships of affected individuals. Statistics indicate that approximately 2.4 million people worldwide suffer burns annually, of whom 650,000 require specialized treatment. According to the World Health Organization, over 300,000 people die each year from burns or their complications, with more than 95% of these deaths occurring in low- and middle-income countries. In Iran, burn statistics are alarming; between 100,000 and 150,000 people sustain burns each year, many of whom experience varying degrees of disability. Burns are a multi-dimensional phenomenon that simultaneously affect the body, psyche, quality of life, and social interactions. Severe pain, altered appearance, anxiety, depression, reduced social engagement, and impaired occupational and family functioning are only some of the consequences. Although some survivors achieve partial physical recovery, the psychological, social, and emotional effects of burns may persist for years. Numerous studies emphasize the reduced quality of life and disrupted social relationships among women after burns. Burn wounds-especially in visible areas such as the face and limbs-can cause body image disturbances, feelings of social rejection, social anxiety, and mental disorders including posttraumatic stress disorder. Many of these individuals encounter staring, repeated questions, and distressing labels regarding their appearance, leading to avoidance behaviors and increased social isolation. Research findings also indicate experiences of rejection, isolation, and social stigma as common consequences of burns in women. Married women, in particular, bear the greatest psychological and social pressure from burns.

Burns not only disrupt their body image but also bring challenges such as difficulty fulfilling spousal and maternal roles, fear of social acceptance, and efforts to balance family and professional responsibilities. These pressures are compounded in societies that emphasize physical beauty and traditional gender roles. Despite the severity and breadth of these consequences, there remains a noticeable research gap regarding the effects of burns on married women. Many studies are limited to physical and clinical aspects, while social dimensions, especially gender-related ones, remain underexplored. This research neglect may lead to overlooking the specific needs of this group and perpetuating the cycle of harm. Therefore, a deeper understanding of the social consequences of burns for married women can inform targeted intervention programs, provide psychosocial support, and shape practical policies to facilitate their return to normal life, improve social interactions, and enhance quality of life. Accordingly, the main research question is: What social consequences do married women who have survived burns face?

2. Methodology

This qualitative study aimed to deeply explore the social consequences of burns on married women. Participants were 19 married women with burn injuries who had records in 2024 at Shahid Motahari Hospital, Fatemeh Zahra Hospital, Firouzgar Laser Center, and the Qoqnu Association, and were selected through purposive sampling. Data were collected via semistructured interviews. Interviews began with general questions and proceeded to more detailed ones. Sample interview questions included: How has your experience been of others' gazes on your appearance after the burn? How has your marital relationship with your spouse changed? How have your relationships and interactions with family, relatives, and strangers changed after the burn? What effect has the burn had on your employment and the economic status of you and your family? Thematic analysis based on Braun and Clarke (2006) was used to analyze the qualitative data. MAXQDA version 20 was employed to manage the coding process and ensure accuracy and reliability.

Participants were aged 22–53 years and had different current life situations. All had at least a high school diploma. Ten were employed before the burn, of whom six lost their jobs afterward. Burn percentages ranged from 13% to 65%, with most burns in visible areas such as the face and hands. To achieve trustworthiness, the study used: 1) prolonged engagement with the field and trustbuilding through a six-month period with multiple meetings and follow-up phone conversations; 2) expert auditing and supervision of the data analysis process; and 3) member checking, whereby analysis results were shared with some participants to resolve ambiguities. Ethical principles were observed by providing participants with information about the research objectives, confidentiality, anonymity, and the right to withdraw.

3. Findings

From the analysis of interviews with married women who survived burns, five main themes were extracted: burn stigma, body as a burden, enormous treatment costs with little recovery, irresponsible treatment centers, and challenges in marital and family relationships, each with corresponding subthemes and codes. The theme of burn stigma refers to the labels, discriminatory attitudes, and exclusionary actions of society toward these women. This theme encompasses distressing behaviors as well as the continuous decline of social interactions and relationships. In many cases, negative encounters and hurtful behaviors have led to a significant reduction in self-confidence, feelings of helplessness, and an identity crisis among the women studied. Due to differences in appearance and the visible effects of burns, these individuals face unwanted reactions in public settings—such as staring, taunts, and withdrawal by those around them—which make daily life doubly difficult for them. One of the most critical crises faced by these women is the identity crisis resulting from burns, which itself is a direct consequence

of social rejection and physical changes. Sudden alterations in appearance and reduced social acceptance lead to profound confusion regarding oneself and one's social roles. The findings indicate that the transformation of body appearance due to burns fundamentally challenges feminine identity, which in many cases is defined by societal standards of beauty and appearance.

Women with burns often perceive their own bodies as a burden that limits them in everyday life and social roles. The enormous costs of treatment contrasted with minimal recovery impose additional economic pressure on these individuals and their families. Moreover, some women have expressed dissatisfaction with the neglect and irresponsibility of treatment centers. Challenges in marital and family relationships were identified as another major consequence; after burns, women experience reduced quality of marital relations and difficulties in fulfilling maternal and spousal roles. Furthermore, societal attitudes and negative labeling intensify feelings of rejection and isolation among women with burns. These labels have even more severe effects when these women also lack emotional support from their families and spouses. This absence of support, empathy, and companionship from family members doubles their psychological distress and gradually leads them to withdraw from their social and marital roles and responsibilities.

4. Conclusion

The results indicate that married women with burn injuries face extensive challenges at individual, family, and social levels. Burns, as a traumatic experience, not only deeply affect their bodies but also create lasting consequences in identity, social relationships, and marital life. The most important challenges include identity crisis, social rejection, feeling like a burden to the family, and high treatment costs. These factors interact to severely impact the women's quality of life and limit their ability and willingness to actively and effectively participate in social and family spheres. Based on intersectionality theory, understanding the experience of women with burns requires not only focusing on gender but also simultaneously examining how gender interacts with marital status, economic class, education level, and other conditions. Practical recommendations include strengthening psychosocial support, public education and awareness, supporting families, establishing multidisciplinary postburn specialty clinics, improving treatment services and reducing costs, and developing standard ethical and professional protocols for healthcare staff.

Keywords: Burns, married women, psychological erosion, burn scars, irresponsible medical centers.

پیامدهای اجتماعی سوختگی برای زنان متأهل

منصور فتحی^۱  نکتم دلسوز^۲ 

چکیده

سوختگی به عنوان یکی از حوادث جسمانی جدی، علاوه بر آسیب‌های فیزیکی، اثرات عمیقی بر سلامت روانی و روابط اجتماعی افراد دارد. این پژوهش با هدف واکاوی پیامدهای اجتماعی سوختگی در زنان متأهل انجام شده است. در این پژوهش از روش کیفی و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۹ نفر از زنان متأهل دچار سوختگی بودند که در سال ۱۴۰۳ در بیمارستان شهید مطهری، فاطمه زهرا (س)، مرکز لیزر فیروزگر و انجمن ققنوس دارای پرونده بودند و از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از تکنیک تحلیل مضمون استفاده شد. یافته‌ها نشان داد زنان دچار سوختگی اغلب بدن خود را به عنوان وبال و سربار می‌بینند که آن‌ها را در زندگی روزمره و نقش‌های اجتماعی محدود می‌کند. هزینه‌های هنگفت درمان در برابر بهبودی اندک، فشار اقتصادی مضاعفی بر این افراد و خانواده‌هایشان وارد کرده است. علاوه بر این، برخی از زنان از بی‌توجهی و عدم مسئولیت‌پذیری مراکز درمانی ابراز نارضایتی کرده‌اند. چالش‌های روابط زناشویی و خانوادگی به عنوان یکی دیگر از پیامدهای مهم شناسایی شده است؛ زنان پس از سوختگی با کاهش کیفیت روابط زناشویی و مشکلات در ایفای نقش‌های مادری و همسری مواجه می‌شوند. همچنین نگرش‌های جامعه و برچسب‌گذاری‌های منفی، احساس طرد و انزوا را در زنان دچار سوختگی تشدید می‌کند. این برچسب‌ها به‌ویژه زمانی اثرات شدیدتری دارند که این زنان با کمبود حمایت‌های عاطفی از سوی خانواده و همسرانشان نیز مواجه می‌شوند. این فقدان حمایت، همدلی و همراهی از سوی اعضای خانواده، فشارهای روحی آنان را دوچندان می‌کند و باعث می‌شود که به تدریج از نقش‌ها و وظایف اجتماعی و زناشویی خود نیز کناره‌گیری کنند.

کلیدواژگان: سوختگی، زنان متأهل، فرسایش روانی، داغ سوختگی، مراکز درمانی غیرمسئول.

۱. دانشیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) / fathi@atu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران / tk.delsouz@gmail.com



۱. مقدمه و بیان مسئله

سوختگی به‌عنوان یکی از مخرب‌ترین و شایع‌ترین آسیب‌های ناشی از حوادث، پس از تصادفات جاده‌ای، سقوط و نزاع، در رتبه چهارم حوادث غیرمترقبه جهان قرار دارد (سوسی^۱ و دیگران، ۲۰۱۹). این آسیب با درد و آسیب فیزیکی شدید همراه است و پیامدهای روانی و اجتماعی گسترده و بلندمدتی را نیز برای فرد به دنبال دارد. بر اساس آمار، سالانه حدود ۲/۴ میلیون نفر در جهان دچار سوختگی می‌شوند که از این تعداد، ۶۵۰ هزار نفر نیاز به درمان‌های تخصصی دارند (عبدالالم،^۲ ۲۰۱۸). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالانه بیش از ۳۰۰ هزار نفر در اثر سوختگی یا عوارض ناشی از آن جان خود را از دست می‌دهند و بیش از ۹۵ درصد این مرگ‌ومیرها در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط رخ می‌دهد (چنگ^۳ و دیگران، ۲۰۱۷).

در ایران نیز آمار سوختگی نگران‌کننده است؛ سالانه بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار نفر دچار سوختگی می‌شوند که بسیاری از آنان به درجات مختلفی از ناتوانی و معلولیت دچار می‌گردند (شهمیری و دیگران، ۲۰۱۷). سوختگی در میان بیماری‌های سالیانه، رتبه سیزدهم را داراست و از منظر مرگ‌ومیر و ناتوانی، در میان مردان در رتبه یازدهم و در میان زنان در رتبه دهم قرار دارد. بر اساس گزارش سازمان پزشکی قانونی، تنها در سال ۱۳۹۷، تعداد ۱۵۸۱ مورد مرگ ناشی از سوختگی ثبت شده است (حق شناس، ۱۳۹۹).

سوختگی پدیده‌ای چندبُعدی است که هم‌زمان بر جسم، روان، کیفیت زندگی و روابط اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد. درد شدید، تغییرات ظاهری، اضطراب، افسردگی، کاهش تعاملات اجتماعی و اختلال در عملکرد شغلی و خانوادگی، تنها بخشی از پیامدهای این آسیب هستند (مصدق راد و دیگران، ۱۳۹۷). اگرچه برخی از بازماندگان از نظر جسمی بهبودی نسبی می‌یابند، اما آثار روانی، اجتماعی و عاطفی سوختگی ممکن است برای سال‌ها باقی بماند (گیلوری و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات متعددی از جمله اسپرونک^۴ و همکاران (۲۰۱۸)، کاظم‌زاده و همکاران (۲۰۱۹)، فریتاس^۵ و همکاران (۲۰۲۰) و هاتر^۶ و همکاران

1. Soussi
2. Abd Elalem
3. Cheng
4. Spronk
5. Freitas
6. Hutter

(۲۰۲۲) بر کاهش کیفیت زندگی و مختل شدن روابط اجتماعی زنان پس از سوختگی تأکید دارند.

زخم‌های ناشی از سوختگی به‌ویژه در نواحی قابل مشاهده مانند صورت و اندام‌ها، می‌توانند باعث اختلال در تصویر بدنی، احساس طرد اجتماعی، اضطراب اجتماعی و بروز اختلالات روانی از جمله اختلال استرس پس از سانحه شوند (ون لویی، ۲۰۰۳؛ پارک و همکاران، ۲۰۰۸). بسیاری از این افراد با نگاه‌های خیره و سنگین، پرسش‌های مکرر و برچسب‌های ناراحت‌کننده درباره ظاهر خود روبه‌رو شوند که این امر منجر به رفتارهای اجتنابی و انزوای اجتماعی بیشتر می‌شود (رهبریان و دیگران، ۱۳۹۰). یافته‌های مطالعاتی نیز از تجربه احساس طرد و انزوا (نیکبخت، ۱۴۰۱) و آنگ اجتماعی به‌عنوان یکی از پیامدهای شایع سوختگی در زنان حکایت دارند (صدیقی^۱ و همکاران، ۱۴۰۲).

در این میان، زنان به‌ویژه زنان متأهل یکی از گروه‌هایی هستند که بیشترین فشار روانی و اجتماعی ناشی از سوختگی را متحمل می‌شوند سوختگی در زنان تصویر بدنی آنان را دچار اختلال می‌کند و با چالش‌هایی نظیر دشواری در ایفای نقش همسری و مادری، نگرانی از پذیرش اجتماعی و تلاش برای حفظ تعادل میان مسئولیت‌های خانوادگی و حرفه‌ای همراه می‌شود (نیرومند زندی و همکاران، ۱۳۹۴). این فشارها، به‌ویژه در بستر جوامعی که بر زیبایی ظاهری و نقش‌های جنسیتی سنتی تأکید دارند، مضاعف است.

با وجود شدت و گستردگی این پیامدها، همچنان در حوزه اثرات سوختگی بر زنان متأهل، خلأ پژوهشی محسوسی وجود دارد. بسیاری از مطالعات به ابعاد جسمی و بالینی سوختگی محدود شده‌اند و ابعاد اجتماعی آن، به‌ویژه در زمینه جنسیت، کمتر مورد کاوش قرار گرفته است. این غفلت پژوهشی می‌تواند به نادیده گرفته شدن نیازهای ویژه این گروه و تداوم چرخه آسیب منجر شود. از این رو، شناخت عمیق‌تر پیامدهای اجتماعی سوختگی در زنان متأهل می‌تواند زمینه‌ساز تدوین برنامه‌های مداخله‌ای هدفمند، ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های کاربردی برای تسهیل بازگشت این افراد به زندگی عادی و بهبود تعاملات اجتماعی و کیفیت زندگی آنان باشد.

بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که زنان متأهل بازمانده از سوختگی با چه پیامدهای اجتماعی روبه‌رو می‌شوند؟

1. Van Loey

2. Siddiqui

۲. چارچوب مفهومی

بر اساس نظریه مقایسه اجتماعی، مشاهده الگوهای زیبایی در رسانه‌ها، باعث مقایسه میان افراد، به ویژه زنان، می‌شود (ریچینز،^۱ ۱۹۹۱). تحقیقات نشان می‌دهد که مقایسه با دیگران و الگوهای ارائه شده در رسانه‌ها و محیط اطراف، زمینه‌ساز نگرانی و نارضایتی از وضعیت بدنی فرد می‌شود (اسکاتز، پاکستون و ورتایم،^۲ ۲۰۰۲). بنابراین مشاهده الگوهای زیبایی در رسانه‌ها می‌تواند زنان متأهل دچار سوختگی را به مقایسه خود با این معیارها وادار کند؛ مقایسه‌هایی که ممکن است منجر به افزایش استرس روانی و نارضایتی از بدن آنان شود. رسانه‌ها همچنین نقشی کلیدی در شکل‌دهی برچسب‌های اجتماعی ایفا می‌کنند و زنان دچار سوختگی اغلب در روایت‌های رسانه‌ای به عنوان «قربانی» یا «ناتوان» تصویر می‌شوند. مطابق نظریه‌های برساخت‌گرایی اجتماعی (برگر و لاکمن،^۳ ۱۹۶۶) و نظریه کاشت (گربرنر،^۴ ۱۹۷۶)، رسانه صرفاً یک آینه منفعل نیست، بلکه یک عامل فعال و سازنده در تولید و بازتولید معناست. رسانه به عنوان «سازنده واقعیت اجتماعی» تنها گزارشگر واقعیت «زیبایی» یا «سلامتی» نیست. رسانه فقط ارزش‌های جامعه را به صورت منفعلانه بازنمایی نمی‌کند بلکه با تکرار و برجسته‌سازی تصاویر خاصی از بدن‌های «بی‌عیب» و «ایدئال»، به طور فعال در حال تعریف و طبیعی‌سازی این استانداردها هستند. زمانی که بدن یک زن سوخته در تقابل با این واقعیت رسانه‌ای ساخته شده قرار می‌گیرد، نه تنها به دلیل ناهمسانی با هنجار جامعه، بلکه به دلیل ناهمسانی با هنجاری که رسانه خودش ساخته و همه‌گیر کرده است، دچار طرد و بحران هویت می‌شود. رسانه به عنوان بخشی از ساختار قدرت، در چارچوب بندی مسئله سوختگی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. بر اساس نظریه کاشت، تماس بلندمدت با محتوای رسانه‌ای که در آن بدن‌های آسیب‌دیده یا متفاوت غایب هستند یا به صورت حاشیه‌ای و عجیب نمایش داده می‌شوند، در مخاطب این حس را ایجاد می‌کند که چنین بدن‌هایی، ناهنجار و خارج از دایره عادی است. بنابراین، زمانی که یک زن با بدن سوخته خود در جامعه حاضر می‌شود، با بار معنایی سنگینی که رسانه از قبل برای چنین بدن‌هایی ساخته است، مواجه می‌شود. بنابراین رسانه صرفاً ارزش‌های موجود را تشدید نمی‌کند، بلکه خود یکی دیگر از عوامل اصلی ساخت و تحمیل این ارزش‌ها و هنجارهاست.

1. Richins
2. Scotts, Paxton & Wertime
3. Berger & Lackman
4. Gerbner

در نظریه هویت اجتماعی، تاجفل به وضوح نشان می‌دهد که افراد قادرند خود را به عنوان اُبژه‌ای در نظر بگیرند و در ارتباط با مفاهیم اجتماعی، حوزه‌ها یا گروه‌ها، طبقه‌بندی و نام‌گذاری به صورت متنوعی مشخص کنند. این فرآیند که به نام شناسایی اجتماعی یا طبقه‌بندی خود شناخته می‌شود، منجر به شکل‌گیری هویت اجتماعی افراد می‌شود که بر آگاهی فرد از تعلق به یک گروه یا مفهوم اجتماعی خاص استوار است (یوسکین و کاردلیس، ۲۰۰۵). عضویت افراد در گروه‌های اجتماعی (مانند جنسیت، قومیت، خانواده) به شکل‌گیری هویت و عزت نفس آنان کمک می‌کند. افراد برای تقویت عزت نفس خود، به مقایسه مطلوب «گروه درون» خود با «گروه‌های برون» می‌پردازند. هرگونه تهدیدی این هویت گروهی مطلوب، می‌تواند به عزت نفس فرد آسیب برساند.

وقوع سوختگی، به‌ویژه برای زنان متأهل، می‌تواند به عنوان یک رویداد آسیب‌زا، فرآیندهای هویت اجتماعی را به‌طور جدی مختل کند. ظاهر فیزیکی یکی از مؤلفه‌های کلیدی در تعریف هویت اجتماعی، به‌ویژه برای زنان در بسیاری از فرهنگ‌ها است. تغییرات ناگهانی در ظاهر بدن بر اثر سوختگی، هویت زنانه فرد را که اغلب با معیارهای اجتماعی خاصی گره خورده، با چالش مواجه می‌سازد. این تغییر، فرد را از «گروه درون» زنانی که دارای ظاهر طبیعی یا هنجار هستند، خارج کرده و به سمت یک گروه اجتماعی حاشیه‌نشین به نام بازماندگان سوختگی یا دارای نقص ظاهری سوق می‌دهد. این فرآیند، انزوای اجتماعی بازمانده را تشدید می‌کند. برای یک زن متأهل، هویت اجتماعی تا حد زیادی از طریق نقش‌هایی مانند همسر و مادر تعریف می‌شود. سوختگی می‌تواند با ایجاد محدودیت‌های حرکتی، فرسودگی روانی و تغییر در تصویر بدنی، عملکرد فرد در این نقش‌ها را مختل کند.

طرد اجتماعی یک نشانه از نابرابری و تبعیض در جامعه است که افراد یا گروه‌ها را از دسترسی به منابع، مشارکت در جامعه و استفاده از حقوق خود محروم می‌کند. طرد زمانی رخ می‌دهد که یک فرد عمداً از یک رابطه یا تعامل اجتماعی رانده شود. طرد شدن توسط یک گروه کامل از مردم می‌تواند اثر منفی ویژه‌ای داشته باشد، به خصوص زمانی که سبب انزوای اجتماعی شود. طرد اجتماعی فقط حاصل طرد شدن مردم نیست بلکه ممکن است نتیجه کناره‌گیری داوطلبانه افراد از ابعاد و جنبه‌های گوناگون جریان امور جامعه باشد (گیدنز و بردسال، ۱۳۹۱). افرادی که دچار سوختگی می‌شوند، اغلب دچار طرد اجتماعی می‌شوند. تجربه طرد شدن می‌تواند منجر به احساس ناامنی و افزایش حساسیت نسبت به طرد شدن در آینده شود.

بیگانگی از خود، پدیده‌ای است که در زنان متأهل دچار سوختگی به دلایل گوناگونی بروز می‌کند؛ از جمله کاهش ارتباط با همسر به علت مشکلات جسمانی و روانی، فشارهای ناشی از مسئولیت‌های خانوادگی، مشکلات مالی و تغییرات ظاهری ناشی از سوختگی. این عوامل ممکن است به انزوای و احساس بیگانگی از خود و دیگران بینجامد. از منظر اجتماعی، این زنان با داغ ننگ (به تعبیر گافمن) روبه‌رو هستند؛ زیرا جامعه به دلیل ظاهر متفاوتشان، آن‌ها را نمی‌پذیرد. این طرد اجتماعی می‌تواند باعث کاهش اعتماد به نفس، افسردگی و در نهایت انزوای اجتماعی شود.

بر پایه نظریه فاصله نقش گافمن، این مفهوم به درجه کناره‌گیری از نقش‌های محوله‌شان اطلاق می‌شود و مواقعی پیش می‌آید که به فرد نقشی محول می‌شود که نمی‌تواند از عهده آن برآید و دچار تضاد و مشکل می‌شود (ریتزر، ۱۳۹۸). زنان دچار سوختگی ممکن است به دلایل مختلف پس از سوختگی نقش‌های خود را از دست بدهند یا به خوبی قبل نقش خود را نتوانند ایفاء نمایند. این شکاف میان نقش‌های ارائه شده و توانایی‌های واقعی، می‌تواند منجر به تضاد درونی و تشدید مشکلات روانی و اجتماعی گردد. همچنین انتظارات جامعه از زنان، فشارهای مضاعفی را بر آنان وارد می‌کند که بر هویت اجتماعی‌شان تأثیرگذار است.

بر پایه نظریه تلاقی یا تقاطع‌گرایی کیمبرلین کِرِنشاول (۱۹۸۹)، مقوله‌های مختلف (مانند جنسیت، قومیت، طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل و...) به صورت مستقل عمل نمی‌کنند، بلکه در تقاطع با یکدیگر، یک سیستم منحصربه‌فرد و چندبُعدی از تبعیض و محرومیت را ایجاد می‌کنند. از این منظر، برای درک تجربه یک زن متأهل از سوختگی، نمی‌توان تنها به جنسیت او توجه کرد؛ بلکه باید نحوه تعامل جنسیت با موقعیت تأهل، طبقه اقتصادی، سطح تحصیلات و سایر هویت‌هایش را به طور هم‌زمان بررسی نمود.

بر اساس نظریه شیء‌انگاری، اجتماع زنان را وادار می‌کند تا خود را به عنوان اشیائی بر اساس ظاهرشان ببینند. هرچه جوامع بر بدن‌های آرمانی لاغر و ظریف زنان ارزش بیشتری قائل شوند، بدن زنان نیز بیشتر به عنوان یک شیء مورد توجه قرار می‌گیرد و باعث افزایش بیشتری در نارضایتی زنان از بدنشان می‌شود. همچنین، تبلیغات موجود در جوامع یا تمرکز بر اجزای جسمانی زنان باعث می‌شود که هم زنان خود و هم دیگران به آنان به عنوان اشیاء نگاه کنند (کاظم‌زاده، ۱۳۹۳). زنان دچار سوختگی ممکن است به شیء تقلیل یابند. این نگرش می‌تواند موجب افزایش نارضایتی از بدن و تشدید مشکلات روانی شود.

فشار اجتماعی برای داشتن بدنی ایدئال، به ویژه در مورد زنان، تضادی میان «خود واقعی» و «خود آرمانی» ایجاد می‌کند که ممکن است به نارضایتی عمیق‌تر از بدن بینجامد. علاوه بر این، فشارهای فرهنگی و اجتماعی به ویژه انتظارات جنسیتی و زیبایی شناسانه، زنان دچار سوختگی را در موقعیت‌های دشوار و آسیب‌پذیری قرار می‌دهد. این فشارها می‌تواند روابط زناشویی و خانوادگی آنان را دچار چالش کند. همچنین، زنان در فرآیند بهبود جسمی و روانی خود، ممکن است با تبعیض‌های جنسیتی و بی‌توجهی جامعه به نیازها و تجربیاتشان مواجه شوند. در نهایت، تعارضات شخصی و بحران‌های روانی ناشی از سوختگی می‌تواند فرآیند رشد فردی این زنان را مختل کند. بنابراین، سوختگی تأثیراتی عمیق، چندوجهی و پیچیده بر هویت اجتماعی، روانی و روابط زنان متأهل بر جای می‌گذارد.

۳. پیشینه تجربی

مطالعات متعددی در حوزه داخلی و خارجی به بررسی تأثیرات و پیامدهای ناشی از سوختگی به ویژه بر زنان پرداخته‌اند. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که سوختگی، کیفیت زندگی زنان را به طور محسوسی تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعاتی از جمله راهزنی و همکاران (۱۳۹۱)، فاطمی و همکاران (۱۳۹۴)، ربیع‌پور و همکاران (۲۰۱۸)، اسپرونک و همکاران (۲۰۱۸)، کاظم‌زاده و همکاران (۲۰۱۹)، فریتاس و همکاران (۲۰۲۰) و هاتر و همکاران (۲۰۲۲) همگی بر کاهش کیفیت زندگی زنان پس از سوختگی تأکید دارند. به عنوان مثال، یافته‌های هاتر و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که زنان در مقایسه با مردان، به جز در بُعد درد جسمانی، از کیفیت زندگی و رضایت از زندگی پایین‌تری برخوردارند. این اثرات منفی زمانی عمیق‌تر می‌شود که با عواملی مانند پوست تیره، تحصیلات پایین، درآمد کم و محدودیت حرکتی ترکیب شود و به اختلال در انجام وظایف روزانه بینجامد (فریتاس و همکاران، ۲۰۲۰). البته باید خاطر نشان کرد که در مطالعه فاطمی و همکاران (۱۳۹۴) رابطه معناداری بین جنسیت و کیفیت زندگی پس از سوختگی مشاهده نشده است.

از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران سوختگی می‌توان به شدت سوختگی، افسردگی، استرس پس از سانحه، سبک مقابله‌ای اجتنابی، کمبود حمایت اجتماعی، بیکاری و روان‌رنجوری اشاره کرد که در یک مرور سیستماتیک توسط اسپرونک و همکاران (۲۰۱۸) شناسایی شدند. یافته‌ها حاکی از آن بود که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پس از سوختگی تحت تأثیر شدت سوختگی و پاسخ روانی به تروما قرار می‌گیرد.

نتایج مطالعه نیکبخت (۱۴۰۱) احساس طرد و انزوا و صدیقی و همکاران (۲۰۲۳) آنگ اجتماعی را به عنوان یکی از پیامدهای سوختگی در زنان و بازماندگان سوختگی نشان داد. بر اساس مطالعه صدیقی و همکاران (۲۰۲۳) زنان به مراتب بیش از مردان، آنگ اجتماعی را تجربه کرده‌اند و جنسیت یک عامل تأثیرگذار کلیدی بوده است؛ به طوری که ۹۱٫۷٪ زنان در مقابل ۷۵٪ مردان، تجربه این آنگ را گزارش کرده‌اند. عواملی مانند وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل و قابلیت رؤیت زخم‌ها در انظار عمومی و نیز سن در زمان آسیب، با درک شدت آنگ اجتماعی ارتباط معناداری داشته‌اند.

از سوی دیگر بار مالی ناشی از درمان، یکی از دغدغه‌های اصلی زنان دچار سوختگی است (مصدق‌راد، ۱۳۹۷؛ نیکبخت، ۱۴۰۱؛ چینویبا^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). هزینه‌های سنگین درمان و مراقبت‌های طولانی مدت، فشار اقتصادی قابل توجهی بر بیمار و خانواده او وارد می‌کند.

در این میان، حمایت روانی-اجتماعی ارائه شده از سوی خانواده، نقشی تعیین‌کننده در کاهش عوارض سوختگی و بهبود کیفیت زندگی زنان ایفا می‌کند (نیرومندی‌زند و همکاران، ۱۳۹۴؛ هودر^۲ و همکاران، ۲۰۱۴؛ دروری^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). این حمایت به کاهش احساس تفاوت ظاهری و ارتقای تصویر بدنی افراد کمک شایانی می‌کند؛ به طوری که بین سطح حمایت اجتماعی و رضایت از تصویر ذهنی، رابطه مثبت وجود دارد. اثربخشی چنین حمایت‌هایی در مطالعه اعظمی و همکاران (۱۳۹۷) نیز نشان داده شد؛ آنان با به‌کارگیری مداخله‌ای مبتنی بر الگوی روانی-اجتماعی، بهبود معناداری در مهارت‌های اجتماعی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوختگی مشاهده کردند. این بیماران اغلب به دلیل جوش خوردگی‌ها و تغییرات ظاهری، در برقراری ارتباطات اجتماعی صحیح با چالش مواجه می‌شوند.

پیشینه پژوهش هرچند به جنسیت به عنوان یک متغیر تأثیرگذار اشاره دارد، اما عمدتاً به "زنان" به عنوان یک گروه کلی پرداخته است و تأهل به عنوان یک وضعیت اجتماعی خاص که نقش‌ها، مسئولیت‌ها و انتظارات ویژه‌ای از جمله نقش همسری، مادری، مدیریت خانه و ارتباطات با خانواده شوهر را در پی دارد، به طور مستقیم و عمیق مورد بررسی قرار نگرفته است.

1. Chinweuba

2. Hodder

3. Druery

پیامدهای سوختگی برای زنان متأهل می‌تواند پیچیده‌تر و متفاوت‌تر از زنان مجرد باشد. درحالی‌که پژوهش‌های صدیقی و همکاران به "انگ اجتماعی" و نیکبخت به "احساس طرد و انزوا" به عنوان یکی از پیامدهای سوختگی اشاره کرده‌اند، این بررسی‌ها عمدتاً به صورت کلی انجام شده و در بستر روابط عاطفی و زناشویی تحلیل نشده‌اند.

پیشینه موجود به "حمایت خانواده" به طور عمومی اشاره کرده است، اما این پژوهش می‌تواند به طور خاص نقش محوری همسر را به عنوان مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی یا حتی منبع اصلی استرس مورد کاوش قرار دهد. کیفیت این رابطه می‌تواند به عنوان یک عامل تعیین‌کننده در تعدیل یا تشدید پیامدهای اجتماعی دیگر عمل کند.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنای علمی برای مداخلات روانی اجتماعی، طراحی برنامه‌های مشاوره زناشویی، مداخلات خانوادگی و آموزش‌های ویژه برای همسران و خانواده‌ها فراهم آورد. این امر می‌تواند به ارتقای تاب‌آوری خانواده و بهبود کیفیت زندگی این زنان منجر شود. مزیت اصلی این پژوهش در تغییر کانون توجه از پیامدهای فردی و روان‌شناختی به پیامدهای بین فردی و اجتماعی زمینه‌مند نهفته است؛ به طوری که در این رویکرد، زن دچار سوختگی نه تنها به عنوان یک "بیمار"، بلکه به عنوان یک "همسر" در مرکز توجه قرار می‌گیرد.

۴. روش‌شناسی

این مطالعه یک پژوهش کیفی است که با هدف کشف عمیق پیامدهای اجتماعی سوختگی بر زنان متأهل صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان ۱۹ نفر از زنان متأهل دچار سوختگی بودند که در سال ۱۴۰۳ در بیمارستان‌های شهید مطهری، فاطمه زهرا (س)، مرکز لیزر فیروزگر و انجمن ققنوس دارای پرونده بوده و از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

معیارهای ورود زنان متأهل دچار سوختگی، عبارت بود از:

- حداقل یک سال از زندگی مشترک آن‌ها گذشته باشد.
- در روند زندگی متأهلی دچار سوختگی شده باشند.
- سوختگی از مرحله حاد گذشته و در مرحله ترمیمی باشد.
- اعضای از بدن درگیر سوختگی باشند که بیشتر از اعضای دیگر در نمایش عمومی است؛ مانند دست و صورت.
- تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند.

روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. اشباع اطلاعات در مصاحبه ۱۶ به دست آمد اما برای اطمینان بیشتر ۳ مصاحبه دیگر انجام شد که البته داده جدیدی به دست نیامد. پژوهشگر برای جمع‌آوری داده‌های موردنیاز، به انجمن‌ها، کلینیک‌ها و بیمارستان‌های سوختگی شهر تهران مراجعه و ضمن تشریح جزئیات پژوهش برای مسئولین مربوط هماهنگی‌ها و مجوزهای لازم اخذ شد. سپس با اطلاعات داده‌شده با افراد تماس گرفته و مراحل انتخاب نمونه انجام شد. درنهایت ضمن ارتباط با شرکت‌کنندگان و اخذ رضایت آگاهانه از ایشان، مصاحبه‌ها در بهار و تابستان ۱۴۰۳ انجام و ضبط صوتی شد. مدت زمان انجام مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۱۰۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌ها با سؤالات کلی شروع و با سؤالات جزئی‌تر دنبال می‌شد. از جمله سؤالات مصاحبه چنین بودند: تجربه شما از نگاه دیگران به ظاهر تان پس از سوختگی چگونه بوده است؟ روابط زناشویی شما با همسر تان چه تغییری کرده است؟ روابط و تعاملات شما بعد از سوختگی با خانواده، بستگان و افراد غریبه چه تغییری کرده است؟ سوختگی چه تأثیری بر اشتغال و وضعیت اقتصادی شما و خانواده‌تان گذاشته است؟

در این پژوهش، برای تحلیل داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها، از تکنیک تحلیل مضمون (تماتیک) بر اساس رویکرد براون و کلارک (۲۰۰۶) استفاده شد. فرآیند کدگذاری به این شرح انجام گرفت. مرحله اول، آشنایی با داده‌ها: متن تمام مصاحبه‌ها بارها و به دقت مطالعه و برای تحلیل اولیه آماده شد. مرحله دوم، تولید کدهای اولیه: داده‌ها به صورت سطر به سطر و با دقت بررسی شدند و کدهای اولیه مرتبط با پیامدهای اجتماعی سوختگی استخراج گردید (مانند کناره‌گیری از مهمانی‌ها، نگاه‌های ترحم‌آمیز، کاهش صمیمیت با همسر). مرحله سوم، جستجوی مضامین (تم): در این مرحله، کدهای اولیه مشابه در دسته‌های بزرگ‌تر دسته‌بندی شدند تا مضامین فرعی و اصلی شکل گیرند. برای مثال، کدهای مربوط به کناره‌گیری از مهمانی‌ها و اجتناب از حضور در پارک ذیل مضمون فرعی انزوای اجتماعی اجباری و درنهایت ذیل مضمون اصلی انزوا و طرد اجتماعی قرار گرفتند. این فرآیند (کدگذاری ثانویه) معادل کدگذاری محوری است که در آن ارتباط بین کدها و مضامین شناسایی و سازمان‌دهی می‌شود. مرحله چهارم، بازبینی و تعریف مضامین: مضامین استخراج‌شده بازبینی و به وضوح تعریف شدند تا اطمینان حاصل شود که به خوبی بازتاب‌دهنده داده‌ها هستند. برای مدیریت و سازمان‌دهی فرآیند کدگذاری و تضمین دقت و قابلیت اعتماد تحلیل، از نرم‌افزار مکس کیودا نسخه ۲۰ استفاده شد.

مشارکت‌کنندگان در بازه سنی ۲۲ الی ۵۳ سال بودند و در حال حاضر وضعیت زندگی متفاوتی داشتند. از نظر سطح تحصیلات، دیپلم و بالاتر بودند. ۱۰ نفر از این افراد قبل از سوختگی شاغل بودند که ۶ نفر از آن‌ها بعد از سوختگی شغلشان را از دست داده‌اند. میزان سوختگی مشارکت‌کنندگان بین ۱۳ الی ۶۵٪ است و اکثر نواحی دچار سوختگی در قسمت‌هایی چون صورت و دست بوده که قابل دیدن هستند.

جدول شماره ۱: مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان

شماره مشارکت‌کننده	سن	تحصیلات	سال تأهل	سال سوختگی	تعداد فرزندان	شغل قبل سوختگی	شغل بعد سوختگی	علت سوختگی	نواحی دچار سوختگی	درصد سوختگی	وضعیت سلامت روانی
۱	۳۷	لیسانس علوم تربیتی	۱۳۸۹	۱۴۰۰	۲	معلم	معلم	الکل	شکم شانه پهلوی گردن تاروی چونه	۳۵	متأهل
۲	۲۳	نامشخص	۱۳۹۶	۱۴۰۲	۰	مربی بدن‌سازی	ترک شغل بعد از مدتی مجدد مربی بدن‌سازی	تصادف	صورت هر دو دست از آرنج به پایین ران پا پشت پا	۶۵	طلاق
۳	۳۹	دیپلم	۱۳۸۲	۱۴۰۰	۲	خانه‌دار	خانه‌دار	بنزین	هر دو دست قسمتی از بازو روی هر دو پا	۲۴	متأهل
۴	۲۲	نامشخص	۱۳۹۸	۱۴۰۱	۱	خانه‌دار	خانه‌دار	تینر	صورت بازوها سینه ساق پاها	۳۵	متأهل
۵	۲۳	دیپلم	۱۳۹۸	۱۴۰۱	۰	آرایشگر	بیکار	استون	صورت و دست‌ها	۱۳	متأهل

مشارکت‌کننده	سن	تحصیلات	سال تأهل	سال سوختگی	تعداد فرزندان	شغل قبل سوختگی	شغل بعد سوختگی	علت سوختگی	نوعی دچار سوختگی	درصد سوختگی	وضعیت زندگی (تاهل، متاهل، یتیم و زناشویی)
۶	۳۵	نامشخص	۱۳۹۶	۱۴۰۱	۱	کارمند شرکت	بیکار	شعله	صورت دست‌ها شکم و سینه	۳۰	متاهل
۷	۳۶	لیسانس حسابداری	۱۳۹۴	۱۳۶۷	۰	حسابدار	بیکار		دست‌ها بازوها پیشانی و نقاط دیگر به صورت اندک	۴۵	طلاق
۸	۳۶	لیسانس کامپیوتر	۱۳۹۸	۱۴۰۰	۰	برنامه‌نویس شرکت	برنامه‌نویسی در خانه	روغن	صورت گردن	۳۰	متاهل
۹	۳۹	نامشخص	۱۳۹۷	۱۴۰۰	۰	خانه‌دار	خانه‌دار		صورت سینه گردن مچ دست به پایین نقاطی از شکم	۳۵ یا ۴۰	متاهل
۱۰	۴۴	کارشناس ارشد ادبیات	۱۳۸۶	۱۴۰۱	۲	مدرس دانشگاه	بیکار	انفجار آبگرم‌کن	سینه و صورت دست‌ها	۳۵	متاهل
۱۱	۵۰	نامشخص	۱۳۸۰	۱۳۹۵	۲	کارمند	بیکار	روغن داغ	سر و صورت سینه و بازو دست	؟	طلاق (ترک همسر)
۱۲	۲۷	لیسانس	۱۳۹۹	۱۴۰۱	۰	خانه‌دار	خانه‌دار	ژل آتش‌زا	صورت و سینه	؟	طلاق
۱۳	۳۵	لیسانس	۱۳۹۶	۱۴۰۰	۱	خانه‌دار	خانه‌دار	زغال	صورت و بازو	۲۵	متاهل
۱۴	۲۸	دانشجو	۱۳۹۶	۱۳۹۹	۰	خانه‌دار	دانشجو	آبجوش	دست و پا	۳۰	متاهل
۱۵	۴۷	لیسانس	۱۳۸۳	۱۴۰۲	۲	معلم	معلم	زودپز	صورت سینه‌ها شانه‌ها	۴۵	متاهل

مشارکت‌کننده	سن	تحصیلات	سال تأهل	سال سوختگی	تعداد فرزندان	شغل قبل سوختگی	شغل بعد سوختگی	علت سوختگی	نوعی دچار سوختگی	درصد سوختگی	زناشویی و صنعت زندگی
۱۶	۲۵	لیسانس	۱۳۹۷	۱۳۹۹	۰	خانه‌دار	خانه‌دار	تینر	دست‌ها گردن گوش‌ها	۳۸	متأهل
۱۷	۵۳	نامشخص	۱۳۷۸	۱۴۰۱	۳	خانه‌دار	خانه‌دار	نشست گاز	صورت دست و پا نقاط دیگر	۴۸	متأهل
۱۸	۳۱	لیسانس اقتصاد	۱۳۹۷	۱۴۰۱	۰	ایراتور	بیکار	آبجوش	دست راست	۲۰	متارکه موقت
۱۹	۲۸	دانشجوی ارشد	۱۳۹۸	۱۴۰۱	۰	خانه‌دار	دانشجو	تصادف	اکثر نقاط بدن	۳۵ یا ۴۰	متأهل

به منظور رسیدن به قابلیت اعتماد یا اعتبارپذیری در این پژوهش از این رویه‌ها استفاده شد:

- تماس طولانی با میدان پژوهش و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان: فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به صورت متمرکز نبود، بلکه در طول یک دوره ۶ ماهه و از طریق جلسات متعدد و گفتگوهای تلفنی پیگیر با مشارکت‌کنندگان انجام شد. این فرصت به محقق داد تا به تدریج وارد فضای زندگی آنان شده و جلب اعتماد نماید. به عنوان مثال یکی از مشارکت‌کنندگان در جلسه اول مصاحبه، تنها به کلیات بسنده کرد. اما در جلسه دوم و پس از برقراری اعتماد، به طور مشخص به تأثیر سوختگی بر رابطه جنسی با همسرش و ترس از طلاق اشاره کرد؛
- استفاده از تکنیک ممیزی و نظارت افراد متخصص بر فرایند تحلیل اطلاعات؛
- استفاده از تکنیک کنترل اعضاء که از این طریق نتایج تحلیل اطلاعات در اختیار برخی از مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و برخی ابهامات با نظرات آن‌ها مرتفع شد.
- به منظور رعایت اصول اخلاقی، ابتدا اطلاعات لازم در خصوص اهداف پژوهش، حفظ گمنامی و هویت شخصی و حق خروج از پژوهش در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت.

۵. یافته‌ها

تحلیل مصاحبه‌ها با تکنیک تحلیل مضمون نشان داد که سوختگی نه تنها بر کیفیت زندگی زنان دچار سوختگی تأثیر می‌گذارد، بلکه می‌تواند زندگی اطرافیان و حتی سایر افراد جامعه را نیز تحت تأثیر قرار دهد. نتایج به دست آمده بیان‌گر آن است که تجربه‌های این افراد با ابعاد عمیق و پیچیده‌ای از پیامدهای خانوادگی و اجتماعی همراه بوده است که اغلب به شکلی پایدار در زندگی شان باقی می‌ماند. در این راستا، مضامین اصلی شامل داغ سوختگی، بدن و بال و سربار، هزینه‌های هنگفت درمان و بهبودی اندک، مراکز درمانی غیرمسئول و چالش‌های روابط زناشویی و خانوادگی استخراج شدند که هر کدام دارای مضامین فرعی و کدهای مربوطه هستند.

جدول شماره ۲: مضامین پیامدهای اجتماعی زنان دچار سوختگی

مضمون اصلی	مضامین فرعی	کدها
داغ سوختگی	رفتارهای آزاردهنده	نگاه‌های آزاردهنده، ترحم دیگران، نگرانی از قضاوت مردم، نگاه منفی جامعه به زنان دچار سوختگی، احساس اجبار به توضیح دادن به دیگران
	کاهش مراودات اجتماعی	انزوای اجتماعی، سعی در ادامه کار، تلاش برای بازگشت به فعالیت‌های اجتماعی، محدودکردن روابط با دیگران، کاهش تفریحات، ترک شغل، محدودیت در روابط اجتماعی
بدن و بال و سربار	بحران هویت	از دست دادن هویت، حسرت برای خود قبلی، حسرت زیبایی از دست رفته، تنفر از ظاهر خود، انکار ظاهر جدید، فروریختن تصویر یک زن قوی، فرار از خود، دل‌تنگی برای خود، عصبانیت، ترحم برای خود
	محدودیت‌های جسمانی	دردهای جسمی، محدودیت‌های حرکتی، محدودیت در پوشیدن لباس در عروسی، محدودیت رفتن به باشگاه یا استخر
	زیبایی از دست رفته	آرزوی برگشت به زیبایی قبلی، اهمیت حفظ زیبایی ظاهری برای زنان، از دست دادن بدن زیبا
	پنهان کردن تن سوخته	پنهان کردن بخش‌های سوخته بدن، پوشاندن بدن با لباس یا زیورآلات، پوشاندن سوختگی‌ها با عینک آفتابی و ماسک، کاورکردن پوست با کرم، استفاده از تئو برای پوشاندن سوختگی، سختی پوشش در تابستان

مضمون اصلی	مضامین فرعی	کدها
هزینه‌های هنگفت درمان و بهبودی اندک	هزینه‌های سرسام‌آور	هزینه‌های بالای درمان، هزینه درمان مستمر، نبود بیمه کافی، عدم پوشش بیمه، فروش خانه برای تأمین هزینه‌ها، قطع درمان به دلیل هزینه‌ها، فروش خانه برای تأمین هزینه‌ها و عدم امکان خرید مجدد خانه، هزینه‌های بالای لیزر
مراکز درمانی غیر مسئول	رفتارهای غیر حرفه‌ای	بی‌نتیجه‌بودن درمان، رنج‌های درمان، پایین بودن آستانه تحمل درد، تصور کوتاه‌بودن رنج، زمان‌بری‌بودن درمان
چالش‌های روابط زناشویی و خانوادگی	در اولویت نبودن درمان	باج‌دادن به کادر درمان، گلایه پرستاران از عدم پرداخت به‌موقع حقوق رفتار غیر حرفه‌ای و طرح مسائل شخصی در حضور بیماران، آگاهی پایین پزشکان، رفتار نامناسب پرستاران
	افول روابط زناشویی	فریب با درمان‌های الکی، معتادکردن به داروهای آرام‌بخش، فریب درمان‌های تجاری و گول‌زننده، جای خالی حمایت‌های روانی و مشاوره
کاهش همدلی و همراهی	رنج‌های مادرانه	کاهش میل جنسی، کاهش کیفیت رابطه جنسی، سرد شدن رابطه جنسی با همسر، احساس خجالت در رابطه جنسی، کاهش روابط جنسی، عدم امکان مخفی کردن سوختگی از همسر، بروز مشکلات در روابط با همسر، کاهش روابط جنسی، آزردهنده‌بودن ترحم همسر، مقصردانستن همسر، طلاق، جدایی موقت و خیانت همسر
	کاهش همدلی و همراهی	احساس گناه نسبت به بچه‌ها، محدود کردن خود به خاطر فرزندان، عدم بیان احساس درد و رنج به خاطر بچه‌ها، برآورده‌نشدن انتظارات از فرزندان، شب‌ادرازی بچه بعد از سوختگی، احساس گناه از کوتاهی در تربیت بچه، تحمل درد برای وانمود کردن شرایط عادی، شادی‌های الکی
		فقدان همدلی دیگران و خانواده، کمک‌های موقت دیگران، انتظار حمایت بیشتر از فامیل و جامعه، کاهش ارتباطات فامیلی، مساعدت کم همسر، برآورده‌نشدن انتظارات از دیگران، لبریز شدن کاسه صبر (آستانه تحمل)

۱-۵. داغ سوختگی

داغ سوختگی به‌عنوان یکی از دردناک‌ترین و ماندگارترین آثار جسمی و روانی، تجربه‌ای عمیق و چندبُعدی است که نه‌تنها بر جسم، بلکه بر روان و هویت اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد. در زنان متأهل دچار سوختگی، این تأثیرات می‌تواند به‌طور چشمگیری با نقش‌های اجتماعی و خانوادگی آن‌ها گره خورده باشد. زنانی که با داغ سوختگی زندگی می‌کنند ممکن است با نگاه‌ها و برخوردهای تبعیض‌آمیز مواجه شوند.

این برخوردها می‌تواند از سوی جامعه، دوستان و حتی خانواده باشد. در چنین شرایطی، زنانی که تجربه سوختگی دارند، احساس طردشدن اجتماعی را تجربه می‌کنند و در مواردی ممکن است از حضور در فضاهای اجتماعی دوری کنند. این انزوای اجتماعی نه تنها از نگاه‌های دیگران، بلکه از احساس شرم و خجالت ناشی می‌شود که زنان در مواجهه با بدن آسیب‌دیده خود تجربه می‌کنند. زنان متأهل، به‌ویژه در جوامعی که نقش‌های زنانه و زناشویی به شدت درگیر مسائلی چون ظاهر فیزیکی و پذیرش اجتماعی هستند، با چالش‌های جدی‌تری مواجه‌اند.

• رفتارهای آزاردهنده

رفتارهای آزاردهنده یکی از مضامین مهم و دردناک است که زنان دچار سوختگی به‌طور مستمر با آن مواجه می‌شوند. این نوع رفتارها می‌توانند از طرف افراد مختلف، اعم از خانواده، دوستان، همکاران و غریبه‌ها، بروز یابند و تأثیرات روانی بسیار عمیقی بر این زنان بگذارند. این زنان، اغلب با واکنش‌های منفی و ناپسندی از سوی دیگران روبه‌رو می‌شوند که به‌مرورزمان باعث ایجاد احساس انزوا، شرم و اضطراب در آن‌ها می‌شود. یکی از جنبه‌های آزاردهنده‌ای که زنان دچار سوختگی با آن مواجه می‌شوند، قضاوت‌های منفی درباره ظاهر فیزیکی‌شان است.

ترحم یکی دیگر از جنبه‌های آزاردهنده‌ای است که زنان دچار سوختگی با آن روبه‌رو می‌شوند. شرم از تغییرات جسمانی و ترس از قضاوت‌های دیگران، به انزوای بیشتر این افراد دامن می‌زند و آن‌ها را از مشارکت فعال در جامعه دور می‌کند. این احساس شرم می‌تواند به خودپنهانی یا حتی تلاش برای پنهان کردن زخم‌ها و بدنشان از دید دیگران منجر شود. تجربه مداوم چنین رفتارهایی، زنان را به‌سوی انزوا، خودپنهانی و حتی ترک فعالیت‌های اجتماعی و حرفه‌ای سوق می‌دهد. به‌مرورزمان زنان احساس می‌کنند که دیگر موردپذیرش یا درک دیگران نیستند. این عدم پذیرش اجتماعی باعث می‌شود آن‌ها به‌تنهایی با غم و سوگ خود دست‌وپنجه نرم کنند، بدون این‌که حمایت عاطفی یا اجتماعی لازم را دریافت کنند. بسیاری از این زنان احساس می‌کنند که این دردها قابل درک یا اشتراک‌گذاری نیستند و به همین دلیل ترجیح می‌دهند در سکوت و انزوا با آن‌ها مواجه شوند.

«من اولین بار که تونستم کم‌کم راه برم و برم بیرون، دوست صمیمی‌م اومد دنبالم و من رو برد یه کافه. از همون اول ورودی کافه نگاه‌های مردم اون قدر بد و سنگین بود که من گفتم من رو برگردون خونه؛ من نمی‌خوام بیرون باشم، نگاه‌ها خیلی داره اذیتم می‌کنه و حس بدی دارم.»

یکسری از حرفایی که می شنیدم و می دیدم پیچ پیچ می کنن یا مثلاً یادم نمی ره مثلاً به بچه داشت راه می رفت به من نگاه کرد، گفت مامان این خانمه رو ببین! بعد مامانش گفت وای مامان نترس بیا این ور و این خیلی اذیتم کرد (۲۳ ساله با ۶۵ درصد سوختگی صورت و پاها به دلیل تصادف)»

• کاهش مراودات اجتماعی

کاهش مراودات اجتماعی یکی از پیامدهای اجتماعی قابل توجه برای زنان دچار سوختگی است که تحت تأثیر تغییرات جسمانی و نگرانی‌های روانی آن‌ها شکل می‌گیرد. این مضمون فرعی به آفت چشم‌گیر تعاملات اجتماعی و کاهش حضور این زنان در جمع‌های خانوادگی، دوستانه و عمومی اشاره دارد. زنان دچار سوختگی به دلیل تغییرات ظاهری، احساسات منفی و قضاوت‌های نادرست دیگران، دچار اضطراب و نگرانی درباره تصویر ذهنی خود می‌شوند. این اضطراب به تدریج آن‌ها را از مشارکت در روابط اجتماعی دور می‌کند و منجر به احساس تنهایی و بی‌پناهی، انزوای بیشتر و مشکلات روحی می‌شود. کاهش مراودات اجتماعی و دوری از فعالیت‌های روزمره، فرصت‌های شغلی و حرفه‌ای زنان دچار سوختگی را نیز محدود می‌کند.

زنانی که دچار سوختگی می‌شوند، اغلب نسبت به آینده خود و چالش‌های پیش‌رو، نگرانی‌های زیادی دارند. این نگرانی‌ها می‌تواند شامل عدم بازگشت به زندگی عادی، ازدست دادن توانایی‌های جسمی، ناتوانی در ایفای نقش‌های اجتماعی یا خانوادگی (مانند مادری) و حتی ترس از طردشدن توسط همسر یا جامعه باشد. زنان دچار سوختگی به دلیل تغییرات ظاهری و نگرانی از قضاوت‌های دیگران، از اجتماع کناره‌گیری می‌کنند. این دوری از اجتماع به نوبه خود باعث تشدید انزوای آن‌ها می‌شود.

«نمی‌تونستم توی جمع برم و هرروز تنهاتر از قبل می‌شدم... مهمونی و پارک و تفریح و رفتن توی جمع دوستانم کلاً تموم شد (۲۷ ساله، سوختگی صورت و سینه با ژل آتش‌زا)»

• بحران هویت

هویت شخصی، به‌ویژه در زنان، اغلب با ظاهر فیزیکی، نقش‌های اجتماعی و برداشت‌های فرهنگی از زیبایی و زنانگی گره خورده است. برای بسیاری از زنان، از دست دادن زیبایی یا سلامت جسمانی به معنای از دست دادن هویت زنانه یا اجتماعی‌شان تلقی می‌شود. بحران هویت در این زنان غالباً با انکار ظاهر جدیدشان همراه است. آن‌ها نمی‌توانند تغییرات جسمانی خود را بپذیرند. این انکار می‌تواند در قالب تلاش برای پنهان کردن بدن

خود، امتناع از مواجهه با واقعیت‌های جسمی و حتی تلاش برای بازگشت به ظاهر قبلی از طریق درمان‌های پزشکی و زیبایی نمایان شود.

علاوه بر از دست دادن هویت فردی، زنان دچار سوختگی در نقش‌های اجتماعی خود نیز دچار بحران می‌شوند. برای مثال، نقش همسری، مادری یا حتی مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و حرفه‌ای تحت تأثیر قرار می‌گیرد. آن‌ها احساس می‌کنند که دیگر نمی‌توانند به‌عنوان همسر، مادر یا عضوی از جامعه همان عملکرد قبلی را داشته باشند. این بحران نقش‌ها نیز می‌تواند هویت آن‌ها را به چالش بکشد و احساس ناتوانی و بی‌ارزشی در آن‌ها ایجاد کند.

«اولین بار که رفتم جلوی آینه، واقعاً شوکه شدم. نمی‌تونستم باور کنم این منم! وقتی خودم رو دیدم، انگار دنیا دورویم تار شد. اصلاً نمی‌دونستم باید چیکار کنم یا چطور باید با این وضعیت کنار بیام... حس ناتوانی خیلی اذیتم می‌کرد. همش نگران بودم که چطور می‌تونم دوباره به حالت عادی برگردم و چه تأثیری روی زندگی خانوادم می‌ذاره. احساس می‌کردم که یه قسمتی از خودم رو گم کرده‌ام... (۳۵ ساله، با ۳۰ درصد سوختگی صورت و دست‌ها توسط شعله)»

۲-۵. بدن وبال و سربار

بدن وبال و سربار به تجربه‌ای اشاره دارد که در آن زنان متأهل که دچار سوختگی شده‌اند، بدن خود را به‌عنوان مانعی یا باری بر دوش خود و دیگران احساس می‌کنند. برای این زنان، بدن به جای آن‌که منبع قدرت و توانمندی باشد، به عاملی تبدیل می‌شود که آن‌ها را در انجام فعالیت‌های روزانه و ایفای نقش‌های خانوادگی و اجتماعی‌شان محدود می‌کند. آن‌ها احساس کنند که به دلیل ناتوانی‌ها و تغییرات فیزیکی ناشی از سوختگی، به دیگران وابسته هستند و این وابستگی می‌تواند به احساس شرم یا کاهش عزت‌نفس منجر شود. علاوه بر این، از دست دادن بخشی از زیبایی ظاهری، در جامعه‌ای که معمولاً بر جذابیت فیزیکی تأکید می‌شود، می‌تواند باعث شود که فرد بدن خود را به‌عنوان باری روانی و اجتماعی نیز ببیند. در نتیجه، این احساس که بدنشان «دیگر همانند قبل نیست»، به رفتارهایی مثل پنهان کردن بدن سوخته یا دوری از جمع‌های اجتماعی و حتی صمیمیت زناشویی منجر می‌شود. این دوری از دیگران، خود باعث تقویت احساس انزوا و سربار بودن می‌شود و چرخه‌ای از فشار روانی و عاطفی را ایجاد می‌کند.

• محدودیت‌های جسمانی

محدودیت‌های جسمانی یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی است که زنان دچار سوختگی با آن مواجه می‌شوند و این مضمون فرعی به ناتوانی‌ها و مشکلات جسمی اشاره دارد که به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی روزمره آن‌ها تأثیر می‌گذارد. سوختگی‌های شدید به دلیل آسیب به لایه‌های عمیق پوست و بافت‌های زیرین می‌تواند به محدودیت‌های حرکتی و ناتوانی‌های مختلف منجر شود. زنان دچار سوختگی به دلیل آسیب‌های جسمانی معمولاً در انجام فعالیت‌های روزمره مانند آشپزی، لباس پوشیدن، غذا خوردن، دوش گرفتن و حتی حرکت کردن و نیز در اشتغال در بیرون از خانه با مشکل مواجه می‌شوند و ممکن است کار خود را از دست بدهند. مجموعه این محدودیت‌های جسمانی، از ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره گرفته تا دردهای مزمن، باعث کاهش کیفیت زندگی در زنان دچار سوختگی می‌شود.

«خیلی از فعالیت‌های روزمره و کارهایی که قبلاً برام ساده بودن، یه دفعه خیلی سخت شده بودن... هنوز هم بعضی کارها برام سختن. مثلاً بعضی از کارهای خانه‌داری یا فعالیت‌هایی که نیاز به استفاده زیاد از دست‌ها دارن، برام سخته. بعضی وقت‌ها هم به خاطر درد یا محدودیت‌های حرکتی که دارم، نمی‌تونم راحت کارام رو انجام بدم. (۳۵ ساله، با ۳۰ درصد سوختگی صورت و دست‌ها توسط شعله)»

• زیبایی‌ازدست‌رفته

این مضمون به احساسی اشاره دارد که زنان پس از تغییرات ظاهری ناشی از سوختگی، با خود و زیبایی‌شان به مشکل برمی‌خورند. در جامعه‌ای که زیبایی به‌عنوان یک ارزش مهم تلقی می‌شود، از دست دادن این ویژگی به شدت به اعتمادبه‌نفس و هویت افراد آسیب می‌زند، به‌ویژه برای زنان که زیبایی و جذابیت ظاهری نقشی مهم در تعاملات اجتماعی، روابط عاطفی و حتی احساس ارزشمندی شخصی آن‌ها دارد. زیبایی‌ازدست‌رفته می‌تواند بر روابط عاطفی و زناشویی زنان نیز تأثیر بگذارد. برخی از زنان دچار سوختگی نگران این هستند که دیگر برای همسر یا شریک زندگی خود جذاب نباشند که این موضوع می‌تواند به تنش‌های زناشویی و حتی دوری عاطفی منجر شود.

«سعی کردم عکسایی که قبلاً روگوشی‌م داشتم رو پاک کنم تا کم‌تر یادآوری شه برام. دردناکه که قبلاً اون همه زیبا بودم و الان خب این طوری شدم. به نظرم توی جامعه امروز این‌که می‌گن باید سیرت زیبا باشه، شعار و توهمی بیش نیست، تو آگه صورتت خوشگل نباشه، هیچ

جایی توی این دنیا نداری (۴۴) ساله با ۳۵ درصد سوختگی صورت، سینه و دست‌ها با انفجار آبگرمکن»

• پنهان کردن تن سوخته

پنهان کردن تن سوخته یکی از مضامین مهمی است که به تلاش زنان دچار سوختگی برای مخفی کردن آثار جسمانی ناشی از سوختگی اشاره دارد. این پنهان‌کاری به دلیل فشارهای روانی و اجتماعی و ترس از قضاوت‌های منفی دیگران شکل می‌گیرد. زنان اغلب با احساس شرم، خجالت و نگرانی از واکنش‌های دیگران نسبت به ظاهرشان مواجه می‌شوند و در نتیجه تلاش می‌کنند تا با روش‌های مختلف، زخم‌ها و تغییرات جسمانی خود را پنهان کنند. پنهان کردن تن سوخته تنها به پوشاندن زخم‌ها محدود نمی‌شود؛ این زنان رفتار و تعاملات اجتماعی خود را نیز تغییر می‌دهند.

آن‌ها از قرارگرفتن در موقعیت‌هایی که زخم‌هایشان دیده می‌شود، مانند استخرها، باشگاه‌های ورزشی، یا حتی مهمانی‌ها و جمع‌های خانوادگی خودداری کنند. پنهان کردن تن سوخته می‌تواند بر روابط عاطفی و زناشویی زنان نیز تأثیر بگذارد. آن‌ها در روابط نزدیک و عاطفی خود نیز تمایل به پنهان کردن بدنشان داشته‌اند، حتی از همسر یا شریک زندگی‌شان. این پنهان‌کاری نه تنها به احساس شرم و نگرانی از قضاوت‌های منفی مرتبط است، بلکه به انزوای اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس نیز منجر می‌شود.

«من الان یه تیکه گردنمه که اونم شبیه جای بخیه‌ماننده. من مثلاً یه دونه سینه‌ریزه کپ گرفتم که دور گردن حلقه می‌شه، همیشه اونو می‌بندم توی مهمونی یا مراسم. بعد همه به من می‌گن اصلاً مشخص نیست خودت حساسی. ولی مثلاً وقتی یه باشگاهی می‌رم، هرکی من رو می‌بینه می‌گه تیروید عمل کردی؟ روی گردنت انگار جای بخیه‌ست! مثلاً این شکلی باز اون من رو آزار می‌ده (۳۷) ساله با ۳۵ درصد سوختگی گردن و شانه با الکل»

۳-۵. هزینه‌های هنگفت درمان و بهبودی اندک

هزینه‌های مالی مربوط به درمان سوختگی می‌تواند بسیار سنگین باشد و در بسیاری از موارد حتی به فراتر از توان مالی خانواده‌ها برسد. این هزینه‌ها شامل جراحی‌های ترمیمی متعدد برای بهبود ظاهر، مراقبت‌های پوستی مداوم برای جلوگیری از عفونت و تسریع روند بهبودی، استفاده از داروهای تخصصی و گران‌قیمت و جلسات مشاوره برای مقابله با ضربه‌های روانی ناشی از حادثه است. با وجود صرف وقت و هزینه‌های سرسام‌آور، بهبودی جسمانی

اغلب کند و محدود است. بیماران به مرور متوجه می‌شوند که با وجود تمام تلاش‌ها و هزینه‌هایی که صرف شده، بهبودی کامل و بازگشت به حالت قبلی ممکن نیست.

• هزینه‌های سرسام‌آور

هزینه‌های سرسام‌آور به بار مالی شدید و سنگینی اشاره دارد که زنان دچار سوختگی و خانواده‌هایشان به دلیل مراقبت‌های پزشکی و درمانی تجربه می‌کنند. این بار مالی در اثر مجموعه‌ای از هزینه‌های متعدد، از جمله داروها، جراحی‌های ترمیمی، لیزرهای پوستی و مراقبت‌های ویژه به وجود می‌آید. درمان سوختگی معمولاً طولانی‌مدت است و نیازمند مراحل مختلفی از جراحی‌های تخصصی و ترمیمی، فیزیوتراپی و مشاوره‌های روانی است. هر یک از این موارد به‌طور جداگانه هزینه‌های بالایی دارند و در کنار هم فشار مالی بزرگی ایجاد می‌کنند.

در بسیاری از موارد، زنان دچار سوختگی به دلیل عدم پوشش کامل بیمه‌ای یا نبود حمایت‌های مالی کافی، مجبور به پرداخت هزینه‌های درمانی از جیب خود می‌شوند. این فشار مالی، به‌خصوص برای خانواده‌هایی که از لحاظ اقتصادی وضعیت ضعیفی دارند، بسیار سنگین است و می‌تواند به بحران‌های مالی و حتی توقف روند درمان منجر شود.

«هزینه‌های مالی که خیلی زیاده، یعنی من همین الان هم با مادرم داریم کار می‌کنیم، داریم بدهی‌های بیمارستان مون رو می‌دیم. ما توی بیمارستان که بودیم، شبی ۱۵ میلیون ازمون می‌گرفتن، یه هفته من اونجا بودم. سر اون، دایی‌هام کلی پول به ما قرض دادن و ماشین‌هاشون و موتورهایشون رو فروختن که به ما کمک بکنن که ما فقط اون لحظه کارمون راه بیفته. ولی خب ما همچنان وام گرفتیم و با کارکردن هنوز داریم قسطاش رو می‌دیم. الان هم چند تا عمل دارم ولی نمی‌تونم برم (۲۳ ساله با ۶۵ درصد سوختگی دست‌ها و پاها بر اثر تصادف)»

• ناامیدی از درمان

ناامیدی از درمان به احساس یأس و بی‌اعتمادی اشاره دارد که زنان دچار سوختگی پس از طی مراحل طولانی و پُرهزینه‌ی درمان تجربه می‌کنند. احساس ناامیدی زمانی شدت می‌گیرد که تلاش‌های متعدد درمانی مانند جراحی‌های ترمیمی، استفاده از داروها و درمان‌های فیزیکی، بهبود چشمگیری در ظاهر یا عملکرد بدن ایجاد نکند. این زنان که معمولاً در آغاز مسیر درمان با امیدواری و انگیزه وارد می‌شوند، به تدریج درمی‌یابند که روند بهبودی بسیار کند و حتی در برخی موارد بدون نتیجه ملموس است.

یکی از دلایل اصلی این ناامیدی، انتظاراتی است که در ابتدا نسبت به درمان وجود دارد. همچنین، ناامیدی از درمان به دلایل دیگری نظیر مشکلات مالی و عدم دسترسی به امکانات درمانی پیشرفته تشدید می‌شود.

«امید داشتم با جراحی خوب بشه، اما خوب نشد... هنوز افسردگی دارم، احساس تنهایی دارم و مثل یه آدم شکست خورده توش مونده‌ام. سوختگی هیچ وقت از بین نمی‌ره. یه لحظه‌ای ایجاد می‌شه، اما همیشه عواقبش هست (۳۶ ساله با ۴۵ درصد سوختگی دست‌ها و پیشانی)»

۴-۵. مراکز درمانی غیرمسئول

مراکز درمانی غیرمسئول به محیط‌هایی اشاره دارد که در آن‌ها بیمارانی که دچار سوختگی‌های شدید هستند، با رفتارهای غیرحرفه‌ای، بی‌مسئولیتی و حتی سوءاستفاده‌هایی از سوی کادر درمان روبه‌رو می‌شوند. در برخی از موارد، بیماران یا خانواده‌های آن‌ها مجبور می‌شوند برای دریافت خدمات بهتر یا سریع‌تر به کادر درمانی رشوه بدهند. این رفتارها باعث کاهش اعتماد به مراکز درمانی و افزایش استرس روانی و تحمیل فشارهای مالی بر بیماران و خانواده‌ها می‌شود.

برخی از پزشکان و پرستاران اطلاعات کافی و شفاف را در مورد درمان‌ها و روند بهبودی در اختیار بیماران قرار نمی‌دهند و بیماران را با وعده‌های بهبودی کامل به مراکز خصوصی ترغیب می‌نمایند. این رفتارهای غیرحرفه‌ای و مشکلات سیستم درمانی، نه تنها روند بهبودی جسمانی فرد را مختل می‌کند، بلکه باعث می‌شود بیماران از نظر روانی و اجتماعی نیز تحت فشارهای بیشتری قرار بگیرند.

• رفتارهای غیرحرفه‌ای

رفتارهای غیرحرفه‌ای به عملکرد نادرست و غیراخلاقی برخی از کادر درمانی و مراکز درمانی اشاره دارد، جایی که منافع مالی بر نیازهای واقعی بیماران ارجحیت پیدا می‌کند. در این موارد، اولویت اصلی این مراکز به جای بهبود وضعیت بیماران، کسب درآمد بیشتر است. چنین رفتارهایی در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های درمانی، به خصوص در برخورد با زنان دچار سوختگی که نیاز به مراقبت‌های ویژه و تخصصی دارند، دیده می‌شود. به جای ارائه درمان‌های مؤثر و موردنیاز، بیماران به انجام جراحی‌ها یا درمان‌هایی تشویق می‌شوند که ضرورت پزشکی ندارند یا به بهبود معناداری منجر نمی‌شوند. علاوه بر این، برخی از اعضای

کادر درمانی رفتارهایی از خود نشان می دهند که از نظر حرفه‌ای و اخلاقی ناپسند است. به عنوان مثال، عدم ارائه اطلاعات کامل به بیماران در مورد خطرات و عواقب درمان‌های پیشنهادی، یا عدم توجه به نیازهای روانی و عاطفی آنان.

«با همه شرایط، به بیمارستان باج می دادم. زنگ می زدم مثلاً سفارش می دادم برایش فلان چیز می آوردن. بعد شوهرم بلند می شد می اومد (پرستارها) بهش می گفتن که صبحونه باهاش می خورای بخوری، من اتاقم خالی بود برای ما هم کله پاچه بگیر بیار یا برای ما نون تازه بگیر بیار. همه اینا به نظر من وقتی تو این کارا رو می کنی، بعدش حالت تحقیر بهت دست می ده (۳۷ ساله با ۳۵ درصد سوختگی شانه و شکم بر اثر الکل)»

• در اولویت نبودن درمان

در اولویت نبودن درمان به رفتار و سیاست‌هایی در برخی مراکز درمانی اشاره دارد که در آن‌ها به جای آن‌که نیازهای فوری و حیاتی بیماران دچار سوختگی در اولویت قرار گیرد، تمرکز اصلی بر کسب درآمد و افزایش سودآوری است. این مراکز به جای ارائه خدمات درمانی مؤثر و ضروری، به بیماران درمان‌هایی را پیشنهاد می دهند که یا ضروری نیستند و یا اثربخشی کمی دارند.

جراحی‌های غیرضروری، داروهای پرهزینه و تجویز روش‌های درمانی که نتیجه ملموسی ندارند، تنها به افزایش بار مالی بیماران و خانواده‌های آن‌ها منجر می شود. در مواردی، بیماران سوختگی که به خدمات تخصصی و فوری نیاز دارند، به دلیل اولویت بندی نادرست و تلاش برای کسب درآمد بیشتر، به درمان‌های غیرضروری سوق داده می شوند و در نتیجه، زمان و منابع مالی تلف می شود.

«پیوند پوست، بدترین کاریه که برای مریض انجام می دن، چون که مریض رو واقعاً دچار یه شوکی می کنن. باید توضیح بدن بگن کامل ما می خوایم پوست پای تو رو ورداریم، پارو داغون بکنیم! بیان توضیح بدن ما می خوایم این کار رو بکنیم، آیا تو راضی هستی یا نیستی؟ (۲۹) ساله با ۲۴ درصد سوختگی دست‌ها و پاها بر اثر بنزین»

۵-۵. چالش‌های روابط زناشویی و خانوادگی

چالش‌های روابط زناشویی و خانوادگی یکی از مهم‌ترین پیامدهای روانی اجتماعی سوختگی در زنان متأهل است، زیرا این حادثه می تواند به تغییرات عمیق در دینامیک‌های

خانوادگی و زناشویی منجر شود. سوختگی‌های شدید معمولاً نه تنها روی فرد مبتلا، بلکه بر تمامی اعضای خانواده و به ویژه رابطه زن و شوهر تأثیرگذار است. این چالش‌ها به صورت‌های مختلفی ظاهر می‌شوند. سوختگی می‌تواند رابطه زناشویی را از جنبه‌های مختلف تحت تأثیر قرار دهد. برخی از تغییرات فیزیکی ناشی از سوختگی، به ویژه تغییرات در ظاهر یا توانایی‌های جسمانی، به کاهش صمیمیت یا حتی ایجاد فاصله در روابط جنسی منجر می‌شود. برخی از زنانی که مادر هستند، به دلیل محدودیت‌های جسمانی ناشی از سوختگی، در ایفای نقش‌های مادری خود دچار مشکل می‌شوند. عدم توانایی در مراقبت از فرزندان، احساس ناتوانی و حتی سرخوردگی می‌تواند باعث بروز احساس گناه و رنج شدید در مادر شود.

• افول روابط زناشویی

افول روابط زناشویی به تغییرات اساسی و پیچیده‌ای اشاره دارد که در پی سوختگی در زندگی زناشویی زنان رخ می‌دهد. این تغییرات به طور مستقیم تحت تأثیر مسائل جسمانی، روانی و اجتماعی ناشی از سوختگی قرار می‌گیرد و دینامیک رابطه بین زن و شوهر را به شدت تحت فشار قرار می‌دهد. ازدست دادن زیبایی ظاهری، کاهش اعتماد به نفس و اضطراب‌هایی که این زنان تجربه می‌کنند، بر روابط عاطفی و جنسی آنان تأثیر زیادی دارد. زنان دچار سوختگی با ترس از قضاوت همسر و احساسات منفی نسبت به خود روبه‌رو می‌شوند.

این نگرانی‌ها می‌تواند باعث شود که آن‌ها از روابط جنسی فاصله بگیرند و حتی از ابراز عشق و محبت خودداری کنند. این فاصله عاطفی به مرور زمان می‌تواند به سردی رابطه زناشویی منجر شود و فاصله عاطفی میان زوجین را بیشتر کند. در مواردی، همسران این زنان قادر به پذیرش تغییرات جسمانی و روانی همسرانشان نیستند و به مرور زمان، ارتباط خود را از لحاظ عاطفی و جنسی کاهش می‌دهند. این فاصله عاطفی و روانی می‌تواند به خیانت منجر شود و در برخی موارد، به جدایی یا طلاق ختم شود.

«بعد از یه مدت که همسرم دید خوب نمی‌شم، خیانت کرد... بعد از سوختگی، همسرم نیازهای جنسی من رو برطرف نمی‌کرد و می‌گفت نمی‌خوام اذیتت کنم و بعدش کلاً قطع شد. رابطه‌اش سرد شد کاملاً. از یه جا به بعد، فقط حس ترس ازدست دادن بود، حس رهاشدگی. شاید اگه همسرم می‌موند، من این قدر از چهارم بدم نمی‌اومد (۳۶ ساله با ۴۵ درصد سوختگی دست‌ها و پایشانی)»

• رنج‌های مادرانه

رنج‌های مادرانه به فشارهای روانی و عاطفی شدیدی اشاره دارد که مادران دچار سوختگی به دلیل تأثیر وضعیت جسمانی و روانی خود بر زندگی و رشد فرزندانشان تجربه می‌کنند. این زنان با احساس گناه عمیقی دست و پنجه نرم می‌کنند، چراکه توانایی برآورده کردن نیازهای عاطفی و جسمانی فرزندان خود را همانند قبل از دست داده‌اند. این مادران نمی‌توانند به درستی در فعالیت‌های فرزندانشان شرکت کنند، در مواقع بیماری یا نیازهای عاطفی، حضور مؤثر و حمایتی داشته باشند و حتی گاهی از انجام ساده‌ترین وظایف مادری مانند بازی کردن یا بردن فرزندان به مدرسه عاجز می‌شوند.

ترس از آینده فرزندان نیز بخشی از این رنج‌های مادرانه است. مادران دچار سوختگی دائماً نگران‌اند که وضعیت آن‌ها چگونه بر روان و اعتماد به نفس فرزندانشان اثر می‌گذارد. نگرانی از این‌که فرزندان با دیدن زخم‌ها و محدودیت‌های مادر خود دچار ترس یا احساس شرمندگی شوند، یا این‌که در محیط اجتماعی از طرف دوستان و جامعه به دلیل وضعیت مادرشان مورد تمسخر یا قضاوت قرار گیرند، به شدت این مادران را تحت فشار قرار می‌دهد.

«احساس می‌کردم که به خاطر نیاز به درمان و مراقبت از خودم، شاید نتوانم به اندازه قبل به دخترم توجه کنم و وقت کافی برایش بذارم، برای همین سعی کردم زودتر درمانم رو تموم کنم تا دوباره پاشم (۳۵ ساله با ۳۰ درصد سوختگی صورت و دست‌ها بر اثر شعله)»

• کاهش همدلی و همراهی

زنان دچار سوختگی اغلب با احساساتی همچون ترس، غم و ناامیدی دست و پنجه نرم می‌کنند. این احساسات به‌طور طبیعی نیاز به همدلی و درک عمیق از سوی نزدیکان را تقویت می‌کند. با این حال، اگر اعضای خانواده یا همسران قادر به درک این احساسات نباشند و به جای همدردی، بی‌تفاوتی نشان دهند، زنان دچار سوختگی با احساس عدم امنیت و تنهایی بیشتری مواجه می‌شوند. در نتیجه، این افراد احساس می‌کنند که هیچ‌کس به جز خودشان نمی‌تواند بار این درد را به دوش بکشد. در روابط زناشویی، عدم همدلی و همراهی می‌تواند به سرعت به سردی عاطفی منجر شود.

کاهش همدلی تنها به روابط زناشویی محدود نمی‌شود. این موضوع در روابط اجتماعی و فامیلی نیز دیده می‌شود. زنانی که با مشکلاتی چون سوختگی دست و پنجه نرم می‌کنند، به تدریج ممکن است ارتباطات خود را با دیگران کاهش دهند، زیرا احساس می‌کنند که دیگران آن‌ها را درک نمی‌کنند یا نسبت به شرایطشان بی‌توجه هستند. این انزوا می‌تواند

به تنهایی عمیق تری منجر شود و آن‌ها را از فرصت‌های اجتماعی و ارتباطی محروم کند:

«انتظار داشتم بدون دلسوزی کمکم کنند... فکر می‌کردم پذیرش بیشتر باشه ... انتظار پذیرش بدون قضاوت داشتم (۵۰ ساله، سوختگی صورت و سر بر اثر روغن داغ)»

۶. بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس تحلیل کیفی داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختارمند، پنج مضمون اصلی به‌عنوان پیامدهای اجتماعی تجربه‌شده توسط زنان متأهل دچار سوختگی شناسایی شد. یکی از این مضامین، «مضمون داغ سوختگی» است که به برجسب‌ها، نگرش‌های تبعیض‌آمیز و کنش‌های پردکننده جامعه نسبت به این زنان اشاره دارد. این مضمون دربرگیرنده رفتارهای آزاردهنده و نیز کاهش مداوم مرادوات و تعاملات اجتماعی است. برخوردهای منفی و رفتارهای آزاردهنده، در موارد متعددی به کاهش چشمگیر اعتمادبه‌نفس، ایجاد احساس ناتوانی و وقوع بحران هویت در زنان مورد مطالعه انجامیده است. به دلیل تفاوت در ظاهر و آثار عینی سوختگی، این افراد در موقعیت‌های عمومی با واکنش‌های ناخواسته‌ای همچون نگاه‌های خیره، طعنه و کناره‌گیری اطرافیان مواجه می‌شوند که زندگی روزمره را برای آنان با دشواری‌های مضاعف روبه‌رو می‌سازد. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات صدیقی و همکاران (۱۴۰۲) و اعظمی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است که بر «آنگ اجتماعی» به‌عنوان یکی از پیامدهای محوری سوختگی در زنان اشاره دارند. در این میان، جنسیت به‌عنوان عاملی کلیدی عمل کرده است؛ به‌طوری‌که زنان به‌مراتب بیش از مردان، بار سنگین آنگ اجتماعی را تجربه می‌کنند. همچنین، این بیماران به دلیل آثار سوختگی، در زمینه برقراری ارتباطات اجتماعی مؤثر و مهارت‌های اجتماعی با کاستی‌های جدی روبه‌رو هستند.

یکی از اصلی‌ترین بحران‌های پیش روی این زنان، بحران هویت ناشی از سوختگی است که خود پیامد مستقیم طرد اجتماعی و تغییرات جسمانی است. تغییرات ناگهانی در ظاهر و کاهش پذیرش اجتماعی، به سردرگمی عمیق نسبت به خود و نقش‌های اجتماعی منجر می‌شود. یافته‌ها حاکی از آن است که دگرگونی ظاهر بدن بر اثر سوختگی، هویت زنانه را که در بسیاری موارد با معیارهای اجتماعی زیبایی و ظاهر تعریف می‌شود، با چالشی بنیادین مواجه ساخته است. از آنجا که ظاهر فیزیکی در بسیاری از فرهنگ‌ها یکی از مؤلفه‌های محوری در

تعریف هویت اجتماعی زنان به شمار می‌رود، سوختگی با ایجاد محدودیت‌های حرکتی، فرسودگی روانی و دگرگونی تصویر بدنی می‌تواند فرد را به مرز یک بحران هویتی سوق دهد. در چارچوب نظریه‌های داغ‌ننگ و طرد اجتماعی، می‌توان چنین استنباط کرد که برچسب‌زدن و عدم پذیرش از سوی جامعه، تأثیری به شدت مخرب بر روحیه و روان افراد داشته و آنان را به سمت بحران هویت و انزوای اجتماعی پیش می‌برد. این فرآیند نه تنها بازتابی از رنج فردی که نمایانگر شکافی عمیق در بافت اجتماعی است که این زنان را در حاشیه نگه می‌دارد.

زنان متأهل دچار سوختگی، بدن خود را به مثابه مانعی در مسیر زندگی طبیعی و روابط اجتماعی و خانوادگی تجربه می‌کنند. این تجربه در سه مؤلفه محدودیت‌های جسمانی، زیبایی از دست رفته و پنهان کردن تن سوخته نمایان می‌شود. این زنان به دلیل آسیب‌های جسمی ناشی از سوختگی، اغلب قادر نیستند به طور کامل به مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی خود عمل کنند. از منظر نظری، این وضعیت را می‌توان با مفهوم از خود بیگانگی تبیین نمود؛ چنانچه افراد در نتیجه محدودیت‌های جسمانی، احساس می‌کنند از خویشتن و قابلیت‌های پیشین خود جدا افتاده‌اند. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه فریتاس و همکاران (۲۰۲۰) همسو است که نشان می‌دهد سوختگی‌های شدید، تأثیرات عمیقی بر توانایی‌های فیزیکی، وضعیت عاطفی و سلامت روان قربانیان بر جای گذاشته و انجام وظایف روزمره و فعالیت‌های حرفه‌ای را با دشواری مواجه ساخته است.

از دست دادن زیبایی فیزیکی، به عنوان یکی از عمیق‌ترین و دردناک‌ترین پیامدهای سوختگی، تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت روان و تعاملات اجتماعی زنان متأهل دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از سوختگی در ظاهر فیزیکی، به طور مستقیم به کاهش اعتماد به نفس و شکل‌گیری احساس نارضایتی از خود در این زنان منجر شده است. این پدیده را می‌توان بر اساس نظریه شیء‌انگاری تحلیل کرد که بر ارزش‌گذاری جامعه بر بدن زنان به مثابه یک کالا تأکید دارد. از دست دادن معیارهای زیبایی مورد پذیرش جامعه، زنان آسیب‌دیده را به سمت احساس بی‌ارزشی، ناکارآمدی و در نهایت انزوای اجتماعی فراینده سوق می‌دهد.

علاوه بر این، فشارهای فرهنگی و اجتماعی به ویژه انتظارات جنسیتی و زیبایی‌شناسانه، موقعیت زنان دچار سوختگی را به مراتب دشوارتر و آسیب‌پذیرتر می‌سازد. این یافته با نتایج مطالعه نیرومندزندی و همکاران (۱۳۹۴) که نشان داد میزان رضایت از تصویر ذهنی بدن در افراد دچار سوختگی به طور معناداری پایین‌تر از حد متوسط است، همسویی کامل دارد.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سوختگی نه تنها یک آسیب فیزیکی، بلکه یک بحران هویتی عمیق است که از طریق مکانیسم‌های اجتماعی مانند شیء‌انگاری تشدید می‌شود و به کاهش کیفیت کلی زندگی این زنان می‌انجامد. این مسئله لزوم توجه جدی به بازتوانی روانی-اجتماعی و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای جامع برای این گروه از بیماران را بیش از پیش آشکار می‌سازد.

زنان دچار سوختگی به دلیل فشارهای اجتماعی و برجسب‌های منفی، سعی می‌کنند بدن آسیب دیده خود را از دیگران پنهان کنند. بر اساس نظریه داغ ننگ، افراد دارای نقص جسمی برای فرار از آنگ بی‌اعتباری، خود را از دید عموم مخفی می‌کنند. یافته‌های پژوهش فاطمی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که افراد از پوشاندن نواحی سوخته از دید مردم و دوری‌گزینی از آن‌ها خسته و کلافه شده بودند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که چگونه نگرش‌های جامعه و برجسب‌گذاری‌های منفی، احساس طرد و انزوا را در زنان دچار سوختگی تشدید می‌کند. این برجسب‌ها به‌ویژه زمانی اثرات شدیدتری دارند که این زنان با کمبود حمایت‌های عاطفی از سوی خانواده و همسرانشان نیز مواجه می‌شوند. این فقدان حمایت، همدلی و همراهی از سوی اعضای خانواده، فشارهای روحی آنان را دوچندان کرده و باعث می‌شود که به تدریج از نقش‌ها و وظایف اجتماعی و زناشویی خود نیز کناره‌گیری کنند.

یکی دیگر از پیامدهای تعیین‌کننده سوختگی در زنان متأهل، مواجهه با بار مالی سنگین درمان و ناامیدی از دستیابی به بهبودی کامل است. این مضمون که دربرگیرنده هزینه‌های سرسام‌آور درمانی و یأس ناشی از روند طولانی و اغلب ناکامل بهبودی است، فشارهای مالی و روانی قابل توجهی بر زندگی این زنان و خانواده‌هایشان وارد می‌سازد. هزینه‌های مستقیم درمان اعم از جراحی‌های ترمیمی پیچیده، داروهای تخصصی و مراقبت‌های ویژه از زخم، غالباً فراتر از توان مالی خانواده‌ها بوده و می‌تواند به بروز مشکلات اقتصادی جدی، کاهش استانداردهای زندگی و حتی فروپاشی بنیان مالی خانواده منجر شود. از منظر نظریه کیفیت زندگی، این بار مالی مضاعف، تأثیر مستقیم و عمیقی بر ابعاد مختلف رفاه فردی و خانوادگی داشته و به کاهش معنادار شاخص‌های کیفیت زندگی می‌انجامد. این یافته با نتایج مطالعات چینویبا و همکاران (۲۰۲۱) و مصدق‌راد و همکاران (۱۳۹۷) همسو است که بر هزینه‌های مراقبت از سوختگی و پیامدهای آن از جمله کاهش شدید درآمد، افزایش هزینه‌های درمانی مستمر و افت محسوس در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأکید کرده‌اند. بنابراین، بار اقتصادی سوختگی نه تنها به‌عنوان یک دغدغه معیشتی، بلکه به‌عنوان عاملی کلیدی در تداوم چرخه محرومیت و کاهش کیفیت زندگی این زنان قلمداد می‌شود.

نامیدی از بهبودی کامل، یکی از چالش برانگیزترین ابعاد تجربه زنان متأهل پس از سوختگی است. بسیاری از این زنان، در مواجهه با فرآیند درمان طولانی و نتایج نه چندان امیدوارکننده، به تدریج احساس ناتوانی و سرخوردگی عمیقی را تجربه می‌کنند. این وضعیت را می‌توان در چارچوب نظریه تاب‌آوری تحلیل نمود که بر نقش امیدواری و پذیرش شرایط جدید به عنوان عوامل کلیدی در سازگاری مؤثر تأکید دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تداوم ناامیدی می‌تواند روند بهبودی روانی-اجتماعی این زنان را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. این نتایج با مطالعه راهزنی و همکاران (۱۳۹۱) همسو است که نشان داد کیفیت زندگی بازماندگان سوختگی حتی سال‌ها پس از حادثه، در سطحی پایین باقی می‌ماند و شرایطی مشابه «زندگی در خفقان» را برای آنان ایجاد می‌کند.

مواجهه با برخوردهای نامناسب و بی‌توجهی به نیازهای خاص، یکی از چالش‌های نظام سلامت برای زنان متأهل دچار سوختگی است. این مسئله در قالب دو مضمون قابل بررسی است: «رفتارهای غیرحرفه‌ای پرسنل درمانی» و «در اولویت نبودن درمان جامع» این بیماران. بسیاری از این زنان با رفتارهای غیرحرفه‌ای و سطوح مختلف تبعیض در مراکز درمانی مواجه می‌شوند که این موضوع را می‌توان در چارچوب نظریه فمینیسم تحلیل کرد. این نظریه با تأکید بر نقش تبعیض جنسیتی در کاهش کیفیت خدمات سلامت، نشان می‌دهد که چگونه نیازهای خاص زنان در نظام درمانی نادیده گرفته می‌شود. در مواردی نیز شاهد سوءاستفاده از ناآگاهی این بیماران از فرآیند بهبودی هستیم؛ با وعده بهبودی کامل، آنان به مراکز خصوصی خاص ارجاع داده می‌شوند که انگیزه‌های مالی در آن بر مصالح بیمار اولویت دارد.

این مشکلات درمانی در کنار تأثیرات گسترده سوختگی بر جسم و روان، روابط زناشویی و خانوادگی این زنان را نیز با چالش‌های متعددی مواجه می‌سازد. افول تدریجی روابط زناشویی، رنج‌های مادرانه ناشی از ناتوانی در ایفای نقش‌های سنتی و کاهش محسوس همدلی و همراهی در کانون خانواده، از مهم‌ترین این چالش‌ها هستند که در نهایت به ایجاد شکاف‌های عمیق در روابط خانوادگی و کاهش کیفیت زندگی زناشویی می‌انجامد.

این زنان به دلیل تغییرات در ظاهر و کاهش اعتماد به نفس، ممکن است در ارتباط با همسر خود دچار مشکلات عمیقی شوند. بر اساس نظریه نقش، تغییرات در ظاهر و هویت افراد می‌تواند به تغییر در روابط زناشویی منجر شود و باعث بروز تضاد و کاهش رضایت زناشویی گردد. نیکبخت و همکاران (۱۴۰۱) و ربیع پور و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند

که احساس طرد، آسیب روانی، مشکلات مالی و درمانی در بین زنان دچار سوختگی از عوامل تشدیدکننده تعارضات زناشویی است و تدابیر مداخله‌ای برای بهبود رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان رهیده از سوختگی اهمیت دارد. این زنان ممکن است در ایفای نقش‌های مادرانه خود دچار ناتوانی شوند که این امر باعث احساس ناکامی و نارضایتی می‌شود. بر مبنای نظریه فاصله نقش، این زنان به دلیل عدم تطابق با انتظارات اجتماعی و فرهنگی در نقش مادری، احساس گناه، نارضایتی و عذاب وجدان دارند.

کاهش همدلی و همراهی از سوی اعضای خانواده، به‌ویژه همسر، یکی دیگر از چالش‌های جدی است. تغییرات ناشی از سوختگی ممکن است به کاهش سطح حمایت‌های عاطفی در خانواده منجر شده و این زنان را به انزوای بیشتر سوق دهد. بر اساس نظریه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و همدلی اعضای خانواده نقش کلیدی در افزایش رضایت از زندگی و بهبود کیفیت زندگی دارد. پژوهش هودر و همکاران (۲۰۱۴) مؤید این است که حمایت اجتماعی می‌تواند در بهبود تصویر بدنی و کیفیت زندگی بازماندگان سوختگی مؤثر باشد. نتایج سایر مطالعات هم نشان می‌دهد که حمایت روانی-اجتماعی ارائه شده از سوی خانواده، نقشی تعیین‌کننده در کاهش عوارض سوختگی و بهبود کیفیت زندگی زنان ایفا می‌کند (نیرومندی‌زندی و همکاران، ۱۳۹۴؛ هودر^۱ و همکاران، ۲۰۱۴؛ دروری^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). این حمایت به کاهش احساس تفاوت ظاهری و ارتقای تصویر بدنی افراد کمک شایانی می‌کند، به طوری که بین سطح حمایت اجتماعی و رضایت از تصویر ذهنی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که زنان متأهل دچار سوختگی با چالش‌های گسترده‌ای در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی روبرو هستند. سوختگی به‌عنوان یک تجربه آسیب‌زا، نه تنها بر جسم این زنان تأثیرات عمیقی بر جای می‌گذارد، بلکه پیامدهای پایداری در ابعاد هویتی، روابط اجتماعی و زناشویی آنان ایجاد می‌کند. مهم‌ترین این چالش‌ها شامل بحران هویت، طرد اجتماعی، احساس سربرابر بودن برای خانواده و هزینه‌های درمانی سنگین است. این عوامل در تعامل با یکدیگر، کیفیت زندگی این زنان را به شدت تحت تأثیر قرار داده و توانایی و تمایل آنان برای حضور فعال و مؤثر در عرصه‌های اجتماعی و خانوادگی را محدود می‌سازد. بر اساس نظریه تقاطع‌گرایی برای درک تجربه زنان دچار سوختگی، نمی‌توان تنها

1. Hodder
2. Druery

به جنسیت او توجه کرد؛ بلکه باید نحوه تعامل جنسیت با وضعیت تأهل، طبقه اقتصادی، سطح تحصیلات و سایر شرایط را به طور هم‌زمان بررسی نمود.

از جمله پیشنهادهای کاربردی این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- تقویت حمایت‌های روانی - اجتماعی: مددکاران اجتماعی می‌توانند با برگزاری جلسات مشاوره فردی، خانوادگی و گروهی، کارگاه‌های آموزشی، ارائه خدمات روانی، تقویت ارتباطات اجتماعی از طریق شبکه‌های اجتماعی و تسهیل دسترسی به منابع مالی و آموزشی، به این زنان کمک کنند تا از انزوای فشارهای روانی رهایی یابند.

- آموزش و آگاهی‌رسانی به جامعه: برای کاهش طرد اجتماعی و برچسب‌های منفی نسبت به زنان دچار سوختگی، برنامه‌های آموزشی گسترده‌ای باید از طریق رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی و مجازی و کمپین‌های آگاهی‌بخش برای عموم جامعه اجرا شود.

- مداخلات فرهنگی: در جوامعی که زیبایی ظاهری اهمیت زیادی دارد، تغییرات فرهنگی در مورد نگاه به زیبایی و ارزش‌های اجتماعی به شدت ضروری است. می‌توان با تشویق به زیبایی‌های درونی و توانمندی‌های فردی به جای تمرکز بر ظاهر، فشارهای اجتماعی را به طور قابل توجهی بر زنان دچار سوختگی کاهش داد.

- حمایت از خانواده‌ها: با آموزش همسران و خانواده‌ها در زمینه چگونگی ارائه حمایت عاطفی و روانی مؤثر، می‌توان کیفیت زندگی فرد آسیب‌دیده را به طرز قابل توجهی بهبود بخشید. ایجاد شبکه‌های حمایتی خانواده‌محور که در آن‌ها اعضای خانواده‌های بیماران با هم تعامل کنند، تجارب خود را به اشتراک بگذارند و از حمایت مشاوره‌ای برخوردار شوند، نیز اهمیت دارد.

- ایجاد «کلینیک‌های تخصصی چندرشته‌ای پسا سوختگی» در بیمارستان‌های دارای مرکز سوختگی. این کلینیک‌ها علاوه بر خدمات ترمیمی، باید دسترسی به خدمات مشاوره روان‌شناسی، روان‌پزشک متخصص در تروما و مددکار اجتماعی را فراهم کنند.

- بهبود خدمات درمانی و کاهش هزینه‌ها: افزایش میزان پوشش بیمه‌ای، ارائه خدمات درمانی رایگان یا با هزینه کمتر در مراکز درمانی دولتی، توسعه برنامه‌های توان‌بخشی رایگان، دسترسی به تسهیلات مالی یا وام‌های کم‌بهره و ایجاد مراکز درمانی تخصصی جامع برای سوختگی.

- تدوین پروتکل‌های استاندارد اخلاقی و حرفه‌ای برای کادر درمانی: این پروتکل‌ها باید شامل آموزش‌های جامعی برای پزشکان و پرستاران در زمینه نحوه برخورد حرفه‌ای و همدلانه

با بیماران، مهارت‌های ارتباطی، درک نیازهای عاطفی بیماران و همچنین نحوه ارائه اطلاعات به صورت شفاف و محترمانه تمرکز کنند.

از محدودیت این پژوهش می‌توان به آزردهنده بودن یادآوری خاطرات برای مشارکت‌کنندگان (البته همدلی و مشاوره‌های لازم بر اساس اصول اخلاقی انجام شد) و زمان بر بودن دسترسی به مشارکت‌کنندگان و جلب اعتماد و هماهنگی با آن‌ها برای انجام مصاحبه اشاره نمود.

ملاحظات اخلاقی

در راستای رعایت اصول اخلاقی ابتدا مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی به شماره ۱۴۰۲،۰۷۴ اخذ شد و در فرایند پژوهش، ابتدا اطلاعات لازم در خصوص اهداف پژوهش، حفظ گمنامی و هویت شخصی و حق خروج از پژوهش در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و همچنین رضایت شفاهی آنان برای ضبط و استفاده از اطلاعات جهت این پژوهش اخذ شد. در این مقاله نکات اخلاقی، به ویژه عدم دستکاری و تحریف داده و نیز احترام به حقوق مشارکت‌کنندگان رعایت شده است.

منابع

- اعظمی، یوسف، سهرابی، فرامرزی، برجعلی، احمد، فرخی، نورعلی و فرخ فرقانی، سیامک (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح سوختگی. مجله توان بخشی، ۱۹(۳): ۲۰۶-۲۱۹.
- حق شناس، مجید، فارسی، زهرا و امینیان، ندا (۱۳۹۹). مروری بر کلیات مراقبتی درمانی سوختگی و معرفی یک بیمارستان نظامی پیشرو در مدیریت بیماران سوختگی، نشریه علوم مراقبتی نظامی، ۷(۳): ۲۷۶-۲۶۱.
- راهزنی، کبرا، طالقانی، فریبا، نیکبخت نصرآبادی، علیرضا، ملکی‌راد، علی‌اکبر و رضایی کورش (۱۳۹۱). کیفیت زندگی افراد دارای بدشکلی سوختگی همچون زندگی در خفقان - یک مطالعه کیفی. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۷(۲۶): ۱۱-۲۲.
- رهبریان، مهرک، ترخان، مرتضی و جلالی، محمدرضا (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خودپنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۵(۴): ۴۶-۵۲.
- ریتزر، جورج (۱۳۹۸). نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: علمی.
- فاطمی، محمدجواد، صمیمی، رقیه، صابری، محسن، نمازی، پرویز، پهلوانپور، پریسا و مشیری، شهلا (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی بیماران سوختگی پس از ترخیص از بیمارستان شهید مطهری در سال ۱۳۹۲. نشریه جراحی ایران، ۲۳(۲): ۳۱-۴۰.

– گیدنز، آنتونی؛ کارن بردسال (۱۳۹۱). گزیدهٔ جامعه‌شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نی.
 – مصدق‌راد، علی محمد، پوررضا، ابوالقاسم، یعقوبی فرد، فاطمه (۱۳۹۷). بار اقتصادی درمان و مراقبت جراحات سوختگی در بیمارستان طالقانی اهواز، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۶(۴)، ۳۵۰-۳۴۱.
 – نیرومند زندی، کیانوش، آتش‌رزم جیرنده، طاهره، آتش‌زاده شوریده، فروزان، حسین‌آبادی فراهانی، محمدجواد، طالبی، الهه و بلورچی فرد، فریبا (۱۳۹۴). ارتباط بین حمایت اجتماعی خانواده و رضایت از تصویر ذهنی در بیماران سوختگی، نشریه روان پرستاری، ۴(۱۲)، ۲۵۰۱-۲۳۴۵.
 – نیک‌بخت، نیکان، اله‌یاری، طلعت و دهمرده‌ای، مصطفی (۱۴۰۱). تشدیدکننده‌ها و تعدیل‌کننده‌های تعارضات زناشویی حاصل از سوختگ. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۹(۳۲)، 189-259 doi: 10.22054/rjsw.2023.71294.641

- Abdelalem, S. M., Shehata, O., & Shattla, S. I. (2018). The effect of self-care nursing intervention model on self-esteem and quality of life among burn patients. *Clinical Nursing Studies*, 6 (2), 79–90. <https://doi.org/10.5430/cns.v6n2p79>
- Cheng, W., Wang, S., Shen, C., Zhao, D., Li, D., & Shang, Y. (۲۰۱۷). Epidemiology of hospitalized burn patients in China: A systematic review. *Burns Open*, ۲ (۱), ۱۶–۸. <https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.burnso.۲۰۱۷/۱۰.۰۰۳>
- Chinweuba, A. U., Chinweuba, I. S., Diorgu, F. C., Ubochi, N. E., Ezeruigbo, C. S., Wasini, K. B., & Nnabuenyi, A. I. (2021). Economic burden of moderate to severe burns and its association with health-related quality of life of Nigerian women. *BMC Women's Health*, 21 (1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01232-5>
- Druery, M., Newcombe, P. A., Cameron, C. M., & Lipman, J. (2017). Factors influencing psychological, social and health outcomes after major burn injuries in adults: Cohort study protocol. *BMJ Open*, 7, e017545. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017545>
- Freitas, S. M. S. M., Lima, C. F., Albuquerque, A. K., Freitas Júnior, R. A., Souza, G. F. A., & Souza, A. S. R. (2020). Impact of profound burn on the quality of life of women attended at the referral outpatient clinic in the state of Pernambuco. *Journal of Burn Care & Research*, 41(3), 550–559. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irz187>
- Guillory, A. N., Porter, C., Suman, O. E., Zapata-Sirvent, R. E., Finnerty, C. C., & Herndon, D. N. (2018). Modulation of the hypermetabolic response after burn injury. *Total Burn Care*. 301-6.
- Hodder, K., Chur-Hansen, A., & Parker, A. (2014). A thematic study of the role of social support in the body image of burn survivors. *Health Psychology Research*, 13;2(1):1196. doi: 10.4081/hpr.2014.1196.

- Hutter, M. F., Smolle, C., & Kamolz, L. P. (2022). Life after burn, part I: Health-related quality of life, employment and life satisfaction. *Medicina (Kaunas)*, 58(5), 599. <https://doi.org/10.3390/medicina58050599>.
- Kazemzadeh, J., Rabiepoor, S., & Alizadeh, S. (2019). The quality of life in women with burns in Iran. *World Journal of Plastic Surgery*, 8(1), 33-42. <https://doi.org/10.29252/wjps.8.1.33>.
- Park, S. Y., Choi, K. A., Jang, Y. C., & Oh, S. J. (2008). The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*, 34(1), 24-31.
- Rabiepoor, S., Kazemzadeh, J., & Alizadeh, S. (2018). The relationship between quality of life and sexual satisfaction in women with severe burns. *Maedica (Bucur)*, 13(2), 137-142. <https://doi.org/10.26574/maedica.2018.13.2.137>.
- Shahmiri, S. S., Kolahdouzan, M., Omrani, A., Khazaei, M., Salehi, H., & Motavalian, A. (2017). Determinants of mortality and the lethal area 50 index (LA50) in burn patients admitted to a large burn center: A single center experience. *Bulletin of Emergency and Trauma*, 5(3), 184. Official URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28795063>.
- Siddiqui, S. S., Shah, I. H., Riaz, M., & Khan, Q. J. (2023). Living with visible scars: The social stigmatization of burn survivors. *Professional Medical Journal*, 30(12), 1514-1519. <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2023.30.12.7831>.
- Soussi, S., Taccori, M., De Tymowski, C., Depret, F., Chaussard, M., & Fratani, A. (2019). Risk factors for acute mesenteric ischemia in critically ill burns patients: A matched case-control study. *Shock*, 51(2), 153-160. <https://doi.org/10.1097/SHK.0000000000001140>.
- Spronk, I., Legemate, C. M., Dokter, J., van Loey, N. E. E., van Baar, M. E., & Polinder, S. (2018). Predictors of health-related quality of life after burn injuries: A systematic review. *Critical Care*, 22(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2071-4>.
- Thombs, B. D., Notes, L. D., Lawrence, J. W., Magyar-Russell, G., Bresnick, M. G., & Fauerbach, J. A. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.003>.
- Van Loey, N. E., & Van Son, M. J. M. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(4), 245-272.

References in Persian

- Aazami, Y., Sohrabi, F., Borjali, A., Farrokhi, N., & Farokh Forghani, S. (2018). The effectiveness of psychosocial model-based therapy on social skills in peo-

- ple with PTSD after burn. *Journal of Rehabilitation*, 19(3), 206–219. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2389-fa.html>. [In Persian]
- Haghshenas, M., Farsi, Z., & Aminian, N. (2020). A review of the generalities of burns care and the introduction of a leading military hospital in the management of burned patients. *MCS*, 7(3), 261–276. <http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-339-fa.html>. [In Persian]
- Rahzani, K., Taleghani, F., Nikbakht Nasrabadi, A., Maleki Rad, A. A., & Rezaee, K. (2012). Quality of life in burn disfigurement individuals as life in suffocation – a qualitative study. *IJNR*, 7(26), 11–22. <http://ijnr.ir/article-1-1052-fa.html>. [In Persian]
- Rahbarian, M., Tarkhan, M., & Jalali, M. R. (2011). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy training on self-concept and body image of women with burns. *Scientific Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 15(4). (Serial No. 61) [In Persian]
- Ritzer, G. (2019). *Sociological theory in the contemporary era* (M. Salsali, Trans.) (22nd ed.). Elmi Publications. [In Persian]
- Fatemi, M. J., Samimi, R., Saberi, M., Namazi, P., Pahlavanpour, P., & Moshiri, S. (2015). Investigating the quality of life of burn patients after discharge from Shahid Motahari Hospital in 2013. *Iranian Journal of Surgery*, 23(2), 31–40. <https://sid.ir/paper/112900/fa> [In Persian]
- Giddens, A., & Birdsall, K. (2012). *Selections from sociology* (H. Chavoshian, Trans.). Tehran: Ney Publications. [In Persian]
- Mosadeghrad, A. M., Pourreza, A., & Yaghubi-Fard, F. (2019). Economic burden of burn injuries in Taleghani Hospital in Ahvaz. *Sjsph*, 16(4), 341–350. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5704-fa.html> [In Persian]
- Niroumand-Zandi, K., Atashrazm Jirandeh, T., Atashzadeh-Shoorideh, F., Hoseinabadi-farahani, M., Talebi, E., & Bolourchifard, F. (2016). Relationship between socio familial support with satisfaction of body image in patients with burn. *IJPN*, 3(4), 1–9. <http://ijpn.ir/article-1-680-fa.html> [In Persian]
- Nickbakht, N., a, T., & d, M. (2022). Intensifiers and moderators of marital conflicts resulting from burns. *Journal of Social Work Research*, 9(32), 189–259. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2023.71294.641>. [In Persian]

[DOI: 10.61882/jspi.17.1.1.127]

[DOR: 20.1001.1.24766933.1405.17.1.4.5]

[Downloaded from jspi.khu.ac.ir on 2026-05-22]