



Original Article

Care Needs of Children with Severe Burns from the Perspective of Nurses and Parents: A Qualitative Content Analysis

Marjan Kordi¹, Sepideh Moradi², Ali Akbari³, Ali Afshari⁴, Mehdi Molavi Vardanjani^{4*} 

¹ Department of Internal Surgery, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Department of Rehabilitation Nursing, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran

⁴ Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Institute of Cancer, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Abstract

Article History:

Received: 15 November 2025

Revised: 02 February 2026

Accepted: 04 February 2026

ePublished: 20 March 2026

***Corresponding author:** Mehdi Molavi Vardanjani, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Institute of Cancer, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

E-mail: m.molavi@umsha.ac.ir

Background and Objectives: Severe burns in children are one of the most common traumatic injuries, leading to extensive physical, psychological, and social complications. Despite therapeutic advances, research gaps exist in understanding the multidimensional care needs of these children, especially from the perspectives of nurses and parents. This qualitative study aimed to explain the care needs of children with severe burns using conventional content analysis.

Materials and Methods: This qualitative study, utilizing a conventional content analysis approach, was conducted in the burn ward of Besat Hospital in Hamadan, Iran, in 2025. Purposeful sampling with maximum variation was employed, including eight nurses and ten parents of hospitalized children. This study investigated the care needs of children with burns covering more than 25% of their body surface area, classified as second and third-degree burns. Data were collected through semi-structured interviews (30-45 minutes) and analyzed using the Graneheim and Lundman method with MAXQDA software (version 10). Data saturation was achieved after 18 interviews. Trustworthiness was ensured according to Guba and Lincoln's criteria (transferability, credibility, dependability, and confirmability).

Results: The analysis and categorization of 530 primary codes revealed three themes, seven categories, and 17 subcategories. Multidimensional physical needs included pain and discomfort management (acute procedural pain, skin discomfort, and itching in the repair phase, need for combination medications), wound care and complication prevention (daily dressing and aseptic technique, infection control and vital signs monitoring, specialized nutrition and fluid replacement), and maintaining motor function (daily physiotherapy, use of assistive mobility devices). The psychological-emotional needs theme comprised the categories of reducing fear and anxiety (separation anxiety from parents, fear of new appearance, worry about the future) and supporting parents and family (home care education, group psychological counseling). The social and rehabilitation needs theme included the categories of readiness for community reintegration (support for returning to school, social skills training) and follow-up and post-discharge care (regular burn clinic visits, financial and insurance support). The findings emphasized the necessity of combined pharmacological-non-pharmacological interventions, early physiotherapy, parental presence, home care education, school coordination, and financial-insurance support.

Conclusion: Children with severe burns require comprehensive, family-centered, and multidisciplinary care from the acute phase to long-term rehabilitation. Integrating nutritional protocols, group counseling, structured physiotherapy, and regular clinical follow-up can reduce secondary complications. These results provide a basis for developing clinical guidelines and nursing education programs.

Keywords: Burns, Children, Care, Nurse, Qualitative research

Please cite this article as follows: Kordi M, Moradi S, Akbari A, Afshari A, Molavi Vardanjani M. Care Needs of Children with Severe Burns from the Perspective of Nurses and Parents: A Qualitative Content Analysis. *Pajouhan Scientific Journal*. 2026; 24(1): 58-69 DOI: 10.53208/psj.24.1.58



Extended Abstract

Background and Objective

Severe burns in children are devastating traumatic injuries with profound physical, psychological, and social effects. Despite treatment advances, the multidimensional care needs of these children, particularly from the combined perspectives of nurses and parents, remain underexplored in the Iranian context. This qualitative study aimed to identify and describe the care needs of children with severe burns (>25% total body surface area, second- and third-degree) hospitalized in a specialized burn ward.

Materials and Methods

A conventional qualitative content analysis was conducted in 2025 in the pediatric burn ward of Besat Hospital, Hamadan, Iran. Purposeful sampling with maximum variation was continued until data saturation. The participants comprised eight experienced burn nurses and ten parents of children with severe burns. In-depth semi-structured interviews (30–45 minutes) were audio-recorded, transcribed verbatim, and analysed simultaneously using Graneheim and Lundman's method with MAXQDA software (version 10). Trustworthiness was established through member checking, external audits, maximum variation sampling, and a detailed audit trail. This study was approved by the Ethics Committee of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (IR.UMSHA.REC.1404.368).

Results

Analysis of 530 initial codes extracted from 18 interviews generated three main themes, seven categories, and 17 subcategories that together depict the complex, interconnected care needs of severely burned children. Multidimensional physical needs emerged as the most immediate and dominant theme. Both nurses and parents described pain as the greatest source of suffering: children screamed and trembled during dressing changes "as if they were burning again," while persistent itching in the healing phase prevented sleep. Participants unanimously demanded multimodal analgesia combining opioids, non-opioids, topical agents, and non-pharmacological techniques (distraction, music, and warm hugs). Wound care and prevention of complications required rigorous daily aseptic dressing, constant vigilance for infection, aggressive fluid and electrolyte replacement, and high-calorie, high-protein specialized nutrition to counter the extreme catabolic state. Maintaining motor function was repeatedly highlighted as critical yet painful; early and daily physiotherapy, splints, and assistive devices were deemed essential to prevent contractures, with nurses stating, "if we lose the first weeks, the child may never open the hand or walk normally again." Psychological-emotional and developmental needs formed the second major theme. Separation anxiety was intense; children cried continuously when parents left the room, and many hid under sheets because they feared their "new, scary face" in the mirror. Preschool and early-school-age children exhibited developmental regression and

intense fear of medical staff in "white coats." Nurses emphasized unrestricted parental presence, play therapy, storytelling, and a child-friendly environment as more effective than medication in reducing terror. Parents felt overwhelming guilt and helplessness, expressing urgent need for structured home-care training (scar massage, pressure garments, and signs of infection) and regular group psychological counselling to prevent burnout and depression. Social and rehabilitative needs constituted the third theme and revealed the longest-lasting burden. Parents feared bullying and social rejection upon return to school, pleading "please talk to the teachers and classmates first so my child is not stared at or isolated." Children needed to learn coping phrases and social skills to handle curious or cruel questions from peers. Post-discharge follow-up was described as fragmented; most families discontinued clinic visits because pressure garments, silicone sheets, and reconstructive surgeries were not covered by insurance, leaving scars hypertrophied and joints contracted. Nurses frequently became informal care coordinators, highlighting the absence of systematic long-term rehabilitation programs.

Discussion

The findings illustrate that care for severely burned children cannot be reduced to wound healing and infection control; it demands an integrated, phase-specific, family-centred approach. Pain management, early physiotherapy, and nutritional support must be initiated immediately and continued seamlessly after discharge. The intensity of procedural and chronic itch-related pain reported here exceeds many international reports, probably reflecting limited access to advanced analgesics and adjuvant therapies in the study setting. The critical role of unrestricted parental presence and play-based interventions aligns with global evidence, yet adds strong evidence for its feasibility and effectiveness even in resource-constrained Iranian burn units. Psychologically, the early age of participants (mostly preschool and primary-school children) revealed developmental regression and separation trauma more prominently than studies focused on adolescents. The call for structured group counselling for parents is a practical, low-cost intervention that could substantially reduce long-term family distress. Social reintegration emerged as a uniquely challenging issue in the Iranian cultural context, where physical appearance carries heavy social weight; school preparation programs and peer education were repeatedly requested but are currently nonexistent in most centres. Compared with the existing literature, this study is distinctive in simultaneously capturing nurse and parent voices from the same unit, providing concrete, culturally sensitive recommendations: mandatory early physiotherapy protocols, parent training workshops, school coordination guidelines, and advocacy for insurance coverage of pressure garments and reconstructive procedures.

Conclusion

Children with severe burns require comprehensive, family-centred, multidisciplinary care that extends

from the acute phase to long-term rehabilitation. Effective interventions must include multimodal pain management, rigorous infection prevention, mandatory early physiotherapy, unrestricted parental presence, structured home-care education, group psychological support for families, school reintegration programs, and sustainable financial

assistance. Implementing these elements into national burn care protocols and nursing curricula can significantly reduce physical disability, psychological trauma, and social exclusion, ultimately improving long-term quality of life for burned children and their families.

نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی‌های شدید از دیدگاه پرستاران و والدین: یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی

مرجان کردی^۱، سپیده مرادی^۲، علی اکبری^۳، علی افشاری^۴، مهدی مولوی وردنجانی^{۴*} 

^۱ گروه داخلی جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۲ گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۳ گروه پرستاری توان بخشی، دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی تهران، تهران، ایران
^۴ مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن (مراقبت در منزل)، پژوهشکده سرطان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: سوختگی‌های شدید در کودکان یکی از شایع‌ترین آسیب‌های ترومایی است که عوارض جسمانی، روانی و اجتماعی گسترده‌ای به همراه دارد. باوجود پیشرفت‌های درمانی، شکاف‌های تحقیقاتی در درک نیازهای چندبعدی مراقبتی این کودکان، به‌ویژه از دیدگاه پرستاران و والدین، مشهود است. این مطالعه کیفی با هدف تبیین نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی شدید، از طریق تحلیل محتوای قراردادی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی در بخش سوختگی بیمارستان بعثت همدان در سال ۱۴۰۴ اجرا شد. نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع شامل ۸ پرستار و ۱۰ نفر از والدین کودکان بستری انجام شد. در این مطالعه نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی بالاتر از ۲۵ درصد با درجه دو و سه بررسی شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته (۳۰ تا ۴۵ دقیقه) جمع‌آوری و با روش گرانهایم و لاندمن و نرم‌افزار مکس کیو نسخه ۱۰ دسته‌بندی و تحلیل شد. اشباع داده‌ها پس از ۱۸ مصاحبه حاصل شد. اعتبار با معیارهای گوبا و لینکلن (قابلیت انتقال، اعتبار، اطمینان‌پذیری، تأییدپذیری) تضمین شد.

یافته‌ها: پس از تحلیل و طبقه‌بندی ۵۳۰ کد اولیه، سه درون‌مایه، هفت طبقه و هفده زیرطبقه را آشکار کرد. نیازهای جسمانی چندبعدی شامل طبقات مدیریت درد و ناراحتی (درد حاد پروسیجرها، ناراحتی پوستی و خارش در فاز ترمیم، نیاز به داروهای ترکیبی)، مراقبت از زخم و پیشگیری از عوارض (پانسمان روزانه و تکنیک آسپتیک، کنترل عفونت و علائم حیاتی، تغذیه تخصصی و جبران مایعات) و حفظ عملکرد حرکتی (فیزیوتراپی روزانه، استفاده از وسایل کمک حرکتی) بود. درون‌مایه نیازهای روانی - عاطفی و تکاملی مشتمل بر طبقات کاهش ترس و اضطراب (اضطراب جدایی از والدین، ترس از ظاهر جدید، نگرانی از آینده) و حمایت از والدین و خانواده (آموزش مراقبت در منزل، مشاوره روان‌شناختی گروهی) شناسایی شد. درون‌مایه نیازهای اجتماعی و بازتوانی نیز طبقات آمادگی برای بازگشت به جامعه (حمایت از بازگشت به مدرسه، آموزش مهارت‌های اجتماعی) و پیگیری و مراقبت پس از ترخیص (ویزیت‌های منظم کلینیک سوختگی، حمایت مالی و بیمه) را در بر گرفت. یافته‌ها بر ضرورت مداخلات ترکیبی دارویی - غیردارویی، فیزیوتراپی زودرس، حضور والد، آموزش مراقبت خانگی، هماهنگی با مدرسه و حمایت مالی - بیمه‌ای تأکید داشت.

نتیجه‌گیری: کودکان با سوختگی شدید نیازمند مراقبت جامع، خانواده‌محور و چندرشته‌ای از فاز حاد تا بازتوانی بلندمدت هستند. ادغام پروتکل‌های تغذیه‌ای، مشاوره گروهی، فیزیوتراپی ساختاریافته و پیگیری کلینیکی منظم می‌تواند عوارض ثانویه را کاهش دهد. نتایج مبنایی برای تدوین دستورالعمل‌های بالینی و برنامه‌های آموزشی پرستاری فراهم می‌آورد.

واژگان کلیدی: سوختگی، کودک، مراقبت، تحقیق کیفی، پرستار

استناد: کردی، مرجان؛ مرادی، سپیده؛ اکبری، علی؛ افشاری، علی؛ مولوی وردنجانی، مهدی. نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی‌های شدید از دیدگاه پرستاران و والدین: یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی. مجله علمی پژوهان، زمستان ۱۴۰۴؛ ۲۴(۱): ۶۹-۵۸

مقدمه

سوختگی یکی از شایع‌ترین حوادث مخاطره‌آمیز در کودکان زیر ده سال به‌ویژه کودکان بین ۱۲ تا ۲۴ ماه است. برطبق آمار سازمان جهانی

سوختگی یکی از شایع‌ترین حوادث مخاطره‌آمیز در کودکان زیر ده سال به‌ویژه کودکان بین ۱۲ تا ۲۴ ماه است. برطبق آمار سازمان جهانی

سوختگی‌های شدید از دیدگاه پرستاران و والدین به کار گرفته شد. این رویکرد امکان تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی را، بدون اعمال طبقات ازپیش‌تعیین شده یا دیدگاه‌های نظری قبلی، از طریق طبقه‌بندی نظام‌مند، کدگذاری و استخراج درون‌مایه‌ها فراهم می‌کند و اطلاعات مستقیماً از مشارکت‌کنندگان استخراج می‌شود. [۹، ۱۰]. در این عرصه، پژوهش بخش سوختگی بیمارستان بعثت همدان بود که خدمات درمانی و مراقبتی تخصصی سوختگی ارائه می‌دهد.

پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان، نمونه‌گیری هدفمند برای دستیابی به اهداف مطالعه انجام شد. قبل از شروع مصاحبه‌ها، اهداف مطالعه به‌صورت کامل و قابل درک برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده و از آن‌ها رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد. در این مطالعه، نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی بالاتر از ۲۵ درصد با درجه دو یا سه، که به علت سوختگی با مایعات داغ، شعله آتش و ... در بخش سوختگی بستری بودند، ارزیابی شد. جمع‌آوری داده‌ها از خردادماه تا مهرماه ۱۴۰۴ صورت گرفت. برای تضمین تنوع در جنسیت، سن، شغل، تحصیلات و تجربه مرتبط با سوختگی کودکان، ۱۸ نفر (۸ پرستار و ۱۰ نفر از والدین کودکان با سوختگی شدید بستری در بخش) مشارکت کردند. معیارهای ورود شامل تجربه حداقل یک‌ساله پرستاران در بخش سوختگی، ۴۸ ساعت گذشتن از زمان بستری‌شدن کودک در بخش، کودک دارای سوختگی بالاتر از ۲۵ درصد، توانایی فارسی صحبت کردن والدین و پرستاران و تمایل به مشارکت آن‌ها بود. معیار خروج شامل تمایل‌نداشتن به ادامه یا انتقال بیمار به بخش دیگر بود.

مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق به‌صورت چهره‌به‌چهره با سؤالات باز مانند «نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی شدید از دیدگاه شما چیست؟»، «چه عواملی به شما کمک می‌کند تا مراقبت بهتری ارائه دهید؟»، «چه چیزهایی مانع آن می‌شود؟» و «در دوران بستری فرزندتان، درک شما درباره مهم‌ترین نیازهای مراقبتی کودکان چیست؟» آغاز شد و با سؤالات اکتشافی مانند «می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟» یا «مثالی بزنید.» ادامه یافت. مصاحبه‌ها ۳۰ تا ۴۵ دقیقه طول کشید و با اجازه، ضبط صوتی و پیاده‌سازی کلمه‌به‌کلمه انجام شد. اشباع داده‌ها پس از انجام شانزده مصاحبه صورت گرفت. برای اطمینان، دو مصاحبه دیگر نیز انجام شد، اما داده جدیدی ظاهر نشد. تحلیل هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها با روش گرانهایم و لاندمن [۱۱] انجام شد. پیاده‌سازی فوری مصاحبه‌ها، خواندن مکرر برای درک کلی، تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه، گروه‌بندی کدهای مشابه در زیرطبقات و طبقات و در نهایت، استخراج درون‌مایه‌های نهفته. کدگذاری با نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام شد.

اعتبار داده‌ها براساس معیارهای گوبا و لینکلن تضمین شد. برای اطمینان از اعتبار داده‌ها، چهار معیار قابلیت انتقال، اعتبار، اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری به کار گرفته شد. در طول مطالعه، تیم پژوهشی جلسات منظم برگزار کرد تا فرایند مطالعه را ارزیابی و تأیید

بهداشت و یونیسف، سوختگی بر اثر آتش علت مرگ ۹۶ هزار کودک در سال است [۱، ۲]. میزان مرگومیر بر اثر سوختگی در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط یازده برابر بیشتر از کشورهای پردرآمد است. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سالانه حدود ۱۸۰,۰۰۰ مرگ ناشی از سوختگی در جهان رخ می‌دهد که بیش از ۹۵ درصد این مرگ‌ها در کشورهای درحال توسعه گزارش شده است [۳]. در ایران، آمارهای اپیدمیولوژیک نشان‌دهنده شیوع بالای سوختگی در کودکان است، به‌طوری که سوختگی‌های ناشی از مایعات داغ، شعله آتش و تماس با سطوح داغ از شایع‌ترین علل گزارش شده‌اند [۴]. مطالعه‌ای در بیمارستان سوانح سوختگی شهید مطهری تهران نشان داد که از ۳۳۵ بیمار بستری‌شده، بخش قابل توجهی کودکان بودند [۵].

پرستاران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اعضای تیم درمان، در مراقبت از کودکان دچار سوختگی‌های شدید، نقش محوری ایفا می‌کنند [۶]. آن‌ها نه تنها در ارائه مراقبت‌های جسمانی مانند مدیریت زخم، کنترل درد و پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی دخیل هستند، بلکه در حمایت روانی از کودک و خانواده و تسهیل فرایند بازتوانی نیز نقش کلیدی دارند [۷]. باوجود پیشرفت‌های قابل توجه در درمان سوختگی‌ها، گپ‌های تحقیقاتی متعددی در زمینه درک نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی‌های شدید وجود دارد. بسیاری از مطالعات موجود بر جنبه‌های اپیدمیولوژیک و پزشکی سوختگی‌ها متمرکز بوده است و کمتر به نیازهای روانی، اجتماعی و عاطفی کودکان و خانواده‌هایشان پرداخته‌اند [۶]. همچنین، اکثر پژوهش‌ها از روش‌های کمی استفاده کرده‌اند که اگرچه در ارائه آمار و ارقام مفید هستند، توانایی محدودی در تبیین ادراک و احساسات و نیازهای عمیق کودکان و پرستاران دارند [۷].

مطالعات کیفی، به‌ویژه تحلیل محتوای کیفی، می‌توانند با بررسی عمیق دیدگاه‌ها و ادراک پرستاران، والدین و حتی خود کودکان، به درک بهتری از نیازهای مراقبتی منجر شوند. این رویکرد امکان شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های مراقبت را فراهم می‌کند و می‌تواند به تدوین مداخلات هدفمند و سیاست‌های مؤثرتر در نظام سلامت کمک کند [۸]. این مطالعه با تمرکز بر درک نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی‌های شدید از طریق تحلیل محتوای کیفی، می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری، کاهش عوارض جسمی و روانی و ارتقای سلامت کودکان و خانواده‌هایشان کمک کند. هدف از طراحی و اجرای این مطالعه، بررسی ادراک نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی شدید از دیدگاه والدین و پرستاران بود. نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای تدوین دستورالعمل‌های بالینی و برنامه‌های آموزشی برای پرستاران استفاده شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر نوعی مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بود که در سال ۱۴۰۴ در شهر همدان انجام شد. روش تحلیل محتوای قراردادی برای کاوش نیازهای مراقبتی کودکان با

یافته‌ها

در این مطالعه، با هجده نفر (هشت پرستار و ده والد) مصاحبه شد. پرستاران شامل شش زن (۷۵ درصد) و دو مرد (۲۵ درصد) با میانگین سنی $37 \pm 7/9$ سال و میانگین $5/4 \pm 2/8$ سال سابقه کار در بخش سوختگی کودکان بودند (جدول ۱). والدین شامل شش مادر (۶۰ درصد) و چهار پدر (۴۰ درصد) با میانگین سنی $33/1 \pm 6/3$ سال بودند که اکثریت (۹۰ درصد) متأهل و دارای تحصیلات دیپلم تا لیسانس بودند (جدول ۲). اشباع داده‌ها پس از مصاحبه شانزده حاصل شد، اما برای اطمینان، دو مصاحبه دیگر انجام شد، ولی اطلاعات جدیدی ظاهر نشد.

کند. برای تسهیل قابلیت انتقال داده‌ها، شرکت‌کنندگان با حداکثر تنوع انتخاب شدند. اعتبار داده‌ها از طریق بررسی توسط شرکت‌کنندگان تأیید شد. برخی از مصاحبه‌ها به همراه کدهای استخراج‌شده به شرکت‌کنندگان مربوطه ارائه شد تا با درک و تجربیات خودشان مقایسه کنند. برای تأیید اطمینان‌پذیری، نوعی مصاحبه کدگذاری‌شده به متخصص پژوهش کیفی ارائه شد تا فرایند کدگذاری را بررسی و تأیید کند. برای تأییدپذیری، پژوهشگر فرایند مطالعه را به‌دقت مستندسازی کرد تا خوانندگان بتوانند مراحل و تصمیمات را دنبال و درک کنند [۱۲، ۱۳].

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه

شماره	جنس	سن	سابقه شغلی	تحصیلات	وضعیت تأهل	سابقه کار در بخش سوختگی
P1	زن	۳۲	۸	لیسانس	متأهل	۴
P2	زن	۴۸	۲۳	لیسانس	متأهل	۱۱
P3	زن	۴۷	۲۲	لیسانس	متأهل	۸
P4	مرد	۳۱	۶	لیسانس	متأهل	۲
P5	مرد	۲۹	۵	فوق لیسانس	مجرد	۳
P6	زن	۳۴	۱۰	لیسانس	متأهل	۶
P7	زن	۴۴	۲۰	لیسانس	متأهل	۴
P8	زن	۳۱	۸	لیسانس	متأهل	۵

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک والدین کودکان بستری در بخش سوختگی

شماره	سن	جنس	نسبت با کودک	وضعیت تأهل	سطح تحصیلات	وضعیت اشتغال
P1	۲۸	زن	مادر	متأهل	دیپلم	خانه‌دار
P2	۳۲	زن	مادر	جداشده	لیسانس	راننده اسنپ
P3	۲۴	زن	مادر	متأهل	دیپلم	خانه‌دار
P4	۳۰	زن	مادر	متأهل	دیپلم	خانه‌دار
P5	۴۲	مرد	پدر	متأهل	لیسانس	کارمند شرکت
P6	۴۰	مرد	پدر	متأهل	دیپلم	مغازه‌دار
P7	۳۳	زن	مادر	متأهل	لیسانس	مدرس زبان
P8	۳۹	مرد	پدر	متأهل	دیپلم	کارگر
P9	۲۶	زن	مادر	متأهل	فوق لیسانس	دانشجو
P10	۳۷	مرد	پدر	متأهل	دیپلم	کارگر

روانی - عاطفی و تکاملی» و «نیازهای اجتماعی و بازتوانی» بودند. یافته‌ها بر پیچیدگی‌های مراقبت در مراحل مختلف بستری، ترمیم و بازتوانی تأکید داشت و لزوم رویکردی جامع، فازمحور و خانواده‌محور را در مدیریت سوختگی کودکان برجسته کردند.

تحلیل محتوای قراردادی مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، به استخراج سه درون‌مایه اصلی، هفت طبقه و هفده زیرطبقه در زمینه نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی‌های شدید منجر شد (جدول ۳). این درون‌مایه‌ها شامل «نیازهای جسمانی چندبعدی»، «نیازهای

جدول ۳. فرایند استخراج درون‌مایه‌های اصلی مطالعه

درون‌مایه	طبقات	زیر طبقات
نیازهای جسمانی چند بعدی	مدیریت درد و ناراحتی	درد حاد پروسیجرها (تعویش پانسمان) ناراحتی پوستی و خارش در فاز ترمیم نیاز به داروهای ترکیبی

پانسمان روزانه و تکنیک آسپتیک کنترل عفونت و علائم حیاتی تغذیه تخصصی و جبران مایعات فیزیوتراپی روزانه استفاده از وسایل کمک حرکتی	مراقبت از زخم و پیشگیری از عوارض حفظ عملکرد حرکتی
اضطراب جدایی از والدین ترس از ظاهر جدید نگرانی از آینده آموزش مراقبت در منزل مشاوره روانشناختی گروهی حمایت از بازگشت به مدرسه آموزش مهارت‌های اجتماعی ویزیت‌های منظم کلینیک سوختگی حمایت مالی و بیمه	کاهش ترس و اضطراب حمایت از والدین و خانواده آمادگی برای بازگشت به جامعه پیگیری و مراقبت پس از ترخیص
	نیازهای روانی - عاطفی و تکاملی نیازهای اجتماعی و بازتوانی

بود، باید تعویض بشه. نباید گذاشت شیفت بعدی عوض کنن. این زخم‌ها خیلی راحت عفونی می‌شن و مریض می‌ره تو فاز سپسیس. اون موقع واقعاً سخته درمان... شاید همین تعویض به موقع پانسمان و شست‌وشوی خوب، از سپسیس شدن مریض پیشگیری کنه» (مشارکت‌کننده ۲).

پرستار دیگری این‌گونه بیان کرد: «پانسمان این بچه‌ها خیلی مهمه که سر وقت انجام بشه. فقط یه پماد زدن و گاز گذاشتن روی زخم نیست. باید حتماً حواسمون به تب مریض هم باشه. باید مراقب باشیم وارد فاز سپسیس نشن. اون موقع واقعاً دیگه سخت می‌شه کار. شستن دست‌ها موقع کار کردن اهمیت زیادی داره» (مشارکت‌کننده ۱).

طبقه حفظ عملکرد حرکتی (زیرطبقه: فیزیوتراپی روزانه، استفاده از وسایل کمک حرکتی): این طبقه بر مداخلات حرکتی زودرس و پیشگیری از کنتراکچر اسکار تأکید داشت. استفاده از اسپلینت و فیزیوتراپی ساختاریافته به عنوان اجزای ضروری در حفظ عملکرد بلندمدت شناسایی شد.

مادری احساسات خود را در این زمینه این‌گونه بیان کرد: «پسرم دست‌هاش سفت شده، نمی‌تونه لیوان بگیره... فیزیوتراپ می‌گه باید تمرین کنه، ولی بچه درد می‌کشه، نمی‌تونه، می‌ترسه... من چطور مجبورم کنم هر روز...» (مشارکت‌کننده ۱).

پرستاری درباره اهمیت نیازهای عملکرد حرکتی کودکان ادراک خود را این‌گونه بیان کرد: «همیشه به خانواده‌ها می‌گم سخت‌ترین قسمت کارمون همین جاست. بچه از درد حرکت دادن دست و پاهاش گریه می‌کنه، ولی اگر امروز رو تحمل نکنه، فردا نمی‌تونه دستش رو باز کنه. ما داریم روی دامنه حرکتی کامل مفاصل کار می‌کنیم تا مفاصل سفت و خشک نشه» (مشارکت‌کننده ۴).

درون‌مایه نیازهای روانی - عاطفی و تکاملی: این درون‌مایه شامل دو طبقه اصلی بود که جنبه‌های عاطفی و حمایتی مراقبت را در محیط بستری پوشش می‌داد.

طبقه کاهش ترس و اضطراب (زیرطبقه: اضطراب جدایی

درون‌مایه نیازهای جسمانی چندبعدی: این درون‌مایه شامل سه طبقه اصلی بود که چالش‌های بالینی هم‌زمان در مدیریت درد، مراقبت از زخم و حفظ عملکرد حرکتی را پوشش می‌داد.

طبقه مدیریت درد و ناراحتی (زیرطبقه: درد حاد پروسیجرها، ناراحتی پوستی و خارش در فاز ترمیم، نیاز به داروهای ترکیبی): این طبقه بر ضرورت مداخلات چندلایه در کنترل درد پروسیجرال و علائم مزمن فاز ترمیم تأکید داشت. نیاز به ترکیب داروهای سیستمیک، موضعی و روش‌های غیردارویی به عنوان ضرورت بالینی در کاهش بار درد کودکان با سوختگی شدید شناسایی شد.

مشارکت‌کننده‌ای (والد) احساسات خود را این‌گونه بیان کرد: «هر بار که پانسمان عوض می‌کنن، بچه‌ها تا ۴۵ دقیقه بعدش هنوز بدنش می‌لرزه. انگار دوباره سوخته. بدنش می‌سوزه. مورفین یه کمی می‌زنن، اصلاً اثر نداره. اگه داروی دیگه‌ای هست، یا پمادی چیزی که دردش رو کمتر کنه، بعد پانسمان بگیرن بزنی... شبم از خارش بدنش خوابش نمی‌بره، من فقط تا صبح بغلش کنم» (مشارکت‌کننده ۳).

پرستاری ادراک خود را درباره نیازهای کودکان درباره تسکین درد این‌گونه بیان کرد: «واقعیتش رو بخواین، بزرگ‌ترین نیاز این بچه‌ها اینه که بفهمن دوستشون دارن. بعضی روزها یه بغل گرم بیشتر از ده تا مسکن بهشون آرامش می‌ده. ما باید پشتشون باشیم، نه فقط تو بیمارستان، بلکه بعد از مرخص شدن هم باید بدونن همه مثل قبل دوستشون دارن. باید بهشون امید بدیم» (مشارکت‌کننده ۷).

طبقه مراقبت از زخم و پیشگیری از عوارض (زیرطبقه: پانسمان روزانه و تکنیک آسپتیک، کنترل عفونت و علائم حیاتی، تغذیه تخصصی و جبران مایعات): این طبقه بر اهمیت پایش و آماده‌سازی بستر زخم برای بهبودی یا پیوند پوست، تمرکز داشت. جبران عوارض متابولیک و مایعات به عنوان عوامل کلیدی در پیشگیری از سپسیس و تسریع ترمیم زخم‌ها برجسته شد.

پرستاری این‌گونه درباره نیازهای مراقبت از زخم سوختگی کودکان صحبت کرد: «به نظرم هر وقت که واقعاً پانسمان بیمار خیس

از والدین، ترس از ظاهر جدید، نگرانی از آینده): این طبقه بر تأثیر جدایی والد - کودک و تغییرات ادراک بدنی بر اضطراب کودکان تمرکز داشت. نیاز به مداخلات مبتنی بر حضور والد و روش‌های حواس‌پرتی به‌عنوان عوامل کاهش‌دهنده استرس روانی در فاز حاد بستری شناسایی شد.

پرستاری احساس خود را درباره اهمیت توجه به ظاهر کودکان با سوختگی این‌گونه ابراز کرد: «خیلی از بچه‌ها از واکنش پدر و مادر و اطرافیان به سر و صورت سوخته کودک می‌ترسن و ما باید این رو در برنامه‌های آموزشی درون‌بخشی‌مون بذاریم. مثلاً آموزش رفتار والدین با کودک سوخته. این در روحیه کودک تأثیر زیادی داره. بچه‌ها تو این بخش حتی از قیافه بچه‌های دیگه هم می‌ترسن. موضوع خیلی پیچیده‌ایه» (مشارکت‌کننده ۶).

«همیشه به پدر و مادرها می‌گم نگرانی شما به بچه منتقل می‌شه. اگر شما آرام باشین، بچه هم می‌فهمه خطری نیست. ما اینجا با بازی و موسیقی و قصه سعی می‌کنیم فضای بخش رو شاد کنیم. وقتی بچه موقع پانسمان بخنده، دیگه نصف درد و اضطرابش فراموش می‌شه. جنگ ما با اضطراب، از جنگ با عفونت و درد کمتر نیست» (مشارکت‌کننده ۷).

طبقه حمایت از والدین و خانواده (زیرطبقه): آموزش مراقبت در منزل، مشاوره روان‌شناختی گروهی: این طبقه بر توانمندسازی والدین از طریق آموزش مهارت‌های مراقبتی و حمایت همتامحور تأکید داشت. مشاوره گروهی به‌عنوان ابزاری برای کاهش بار عاطفی والدین و افزایش پایبندی به رژیم مراقبتی پس از ترخیص برجسته شد.

پدری درباره نیاز والدین به حمایت، این‌گونه ابراز احساسات کرد: «اینجا در بخش سوختگی خیالمون راحت‌تر همیشه شما دکترها و پرستارا هستین، رسیدگی می‌کنین. بعد از این، از اینجا رفتیم، زخم‌هاش رو باید چیکار کرد؟ اگه خون‌ریزی کرد یا عفونتی چیزی کرد؟ اگه می‌شه بگین مثلاً چه دارویی، پمادی تو خونه باید بزنیم که عفونت نکنه، جای زخم‌ها نمونه. همه‌ش نگرانیم، به‌خصوص مادرش که جای این زخم‌ها تا کی می‌مونه» (مشارکت‌کننده ۵).

درون‌مایه نیازهای اجتماعی و بازتوانی: این درون‌مایه شامل دو طبقه اصلی بود که چالش‌های پس از ترخیص و بازگشت به جامعه را پوشش می‌داد.

طبقه آمادگی برای بازگشت به جامعه (زیرطبقه): حمایت از بازگشت به مدرسه، آموزش مهارت‌های اجتماعی: این طبقه بر ضرورت راهنمایی پیش‌بینی‌شده برای مواجهه با استیگما و آزار هم‌سالان تمرکز داشت. هماهنگی با سیستم آموزشی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به‌عنوان عوامل کلیدی در تسهیل بازاجتماعی‌سازی کودکان شناسایی شد.

مادری ترس و نگرانی خود را درباره بازگشت کودک به مدرسه و نیاز به حمایت این‌گونه بیان کرد: «می‌ترسم روز اول مدرسه، بچه‌ها زل بزنن و بگن چرا دست و صورتت این‌جوریه، ولی من نگرانم دیگه

نره... ای کاش می‌شد مثلاً یه کاری کرد که معلم‌ها و معاون‌های مدرسه قبلیش با هم کلاسی‌هاش صحبت کنن، هماهنگ بشن که مثلاً اتفاقی نیفتاده... یه‌جوری رفتار کنن که طفلی خجالت نکشه، درسش عقب نمونه» (مشارکت‌کننده ۷).

مادر دیگری این‌گونه ادراک خود را بیان کرد: «به نظر من، باید چند ماه پیام اینجا پیش مشاور که با دخترم صحبت کنه مثلاً این زخم‌ها چی هستن. کم‌کم خوب می‌شن، بعداً مثل بقیه دوستاش می‌شه دست‌و‌صورتش. از الان باید یه مشاور بگیریم که روحیه بچه‌م خراب نشه، بتونه بره بیرون، بره مدرسه» (مشارکت‌کننده ۹).

طبقه پیگیری و مراقبت پس از ترخیص (زیرطبقه): **ویزیت‌های منظم کلینیک سوختگی، حمایت مالی و بیمه:** این طبقه بر اهمیت پیگیری ساختاریافته و مداخلات چندجانبه در پیشگیری از عوارض اسکار و مشکلات روان‌شناختی بلندمدت تأکید داشت. حمایت اقتصادی به‌عنوان نوعی تعیین‌کننده اجتماعی در پایبندی به برنامه‌های بازتوانی برجسته شد.

پرستاری دیدگاه خود را درباره نیاز کودکان بیان کرد: «یه بخش مهمی از درمان و مراقبت سوختگی وقتی هستش که این مریض‌ها مرخص می‌شن. دوره بازتوانی منظورمه، مثلاً مشاوره روان‌شناسی مراجعه به پزشک معالج. شاید نیاز باشه مجدداً بستری بشن واسه جراحی اسکارها... خیلی‌ها دیگه برنمی‌گردن، مراجعه نمی‌کنن؛ چون نمی‌دونن اگه مثلاً پیگیری کنن، شاید جای اسکارها باقی نمونه، ولی خب به‌خاطر مسائل مالی و هزینه‌های جراحی زیبایی، بیمه‌ها هم که زیر بار نمی‌رن، خیلی‌ها مجبورن تا آخر عمر با جای سوختگی زندگی کنن. دولت باید یه فکری به حال این مریض‌ها بکنه. مثل انجمن مریض‌های سوختگی...» (مشارکت‌کننده ۴).

«داستان این بچه‌ها بعد از ترخیص تازه شروع می‌شه. مرخص‌شدن از بیمارستان به معنای تمام‌شدن ماجرا نیست، به پدر مادرهاشون می‌گیم شما الان مراقب اصلی شدید. باید فشار لباس‌ها رو روی بدن بچه مدام چک کنید، برای جلوگیری از اسکار زدن از ماساژ و کرم‌های مخصوص دقیق طبق دستور استفاده کنید و هر تغییر کوچک در زخم رو مثل یک زنگ خطر جدی بگیرید و سریع به ما گزارش بدید. پیگیری منظم، کلید موفقیت درازمدت است» (مشارکت‌کننده ۳).

بحث

تحلیل محتوای کیفی مصاحبه‌های عمیق با ۸ پرستار و ۱۰ نفر از والدین کودکان با سوختگی‌های شدید در این مطالعه، سه درون‌مایه اصلی «نیازهای جسمانی چندبعدی»، «نیازهای روانی - عاطفی و تکاملی» و «نیازهای اجتماعی و بازتوانی بلندمدت» را همراه با هفت طبقه و بیست زیرطبقه استخراج کرد. این یافته‌ها، که از ادراک مشارکت‌کنندگان در بخش سوختگی به دست آمد، نشان‌دهنده پیچیدگی‌های مراقبتی در این گروه سنی است و بر لزوم رویکردی جامع، خانواده‌محور و چندرشته‌ای تأکید دارد.

«عاملیت» حرفه‌ای خود را نشان می‌دهند. توصیفات عینی و استعاری والدین از رنج کودکان، علاوه بر شدت درد جسمانی، بار عاطفی و آسیب روانی مراقبت را آشکار می‌کند که ضرورت رویکرد خانواده‌محور و ارائه حمایت‌های روانی موازی را نشان می‌دهد. این داده‌های کیفی با ارائه توصیفات ادراک مشارکت‌کنندگان، ابعاد پنهان و انسانی چالش‌های مراقبت از سوختگی را عمق می‌بخشد.

درون‌مایه دوم، یعنی نیازهای روانی - عاطفی و تکاملی، بر اضطراب جدایی، ترس از تغییر ظاهر و پیشگیری از تأخیر رشدی تمرکز داشت. والدین در مطالعه ما جدایی را به‌عنوان عامل تشدیدکننده گریه مداوم کودک توصیف کردند و پرستاران بر بازی‌درمانی و نقاشی‌کردن و حضور مداوم والد برای کاهش اضطراب تأکید داشتند. این یافته‌ها نشان‌دهنده درک عمیق شرکت‌کنندگان از تأثیر محیط بیمارستان در روان کودک است. همسو با نتایج مطالعه ما، Wickens و همکاران در استرالیا گزارش دادند که مادران بر PTSD، گناه والدینی و نیاز به حضور مداوم برای کاهش اضطراب تمرکز دارند [۱۹]. مطالعه ما این حمایت خانوادگی را تأیید می‌کند، اما با افزودن مشاوره گروهی والدین و فعالیت‌های متناسب با سن (مانند نقاشی برای کودکان)، جنبه تکاملی را غنی‌تر کرد؛ این تفاوت به دلیل میانگین سن پایین‌تر کودکان در مطالعه ماست که تأخیر در رشد را اولویت داد، در مقابل کودکان بزرگ‌تر (تا هفده سال) در ویکنز که نگرانی‌های ظاهری در نوجوانی را برجسته کرد.

همسو با نتایج مطالعه ما، درخشان‌پور و همکاران در مطالعه خود نشان دادند یکی از مهم‌ترین مشکلات قابل پیگیری کودکان بستری در بیمارستان، ترس و اضطراب ناشی از آسیب جسمی است [۲۰]. همچنین، همسو با نتایج مطالعه حاضر، Santos و همکاران در پرتغال بر نیاز به مراقبت یکپارچه در فاز بستری برای کاهش اضطراب والدین و همچنین کودکان تأکید کردند [۲۱]. مطالعه ما این نیاز را با استخراج زیرطبقه «حمایت از والدین از طریق آموزش مراقبت در منزل» گسترش داد که نشان‌دهنده دیدگاه عملی پرستاران برای برطرف کردن نیازهای عاطفی و تکاملی کودکان است. این موضوع مطالعه ما را از Santos و همکاران متمایز می‌کند که بیشتر بر بار عاطفی والدین تمرکز داشت. Egberts و همکاران نیز در هلند بر تجربیات زیسته و حمایت والدی در نوجوانان تأکید کردند [۲۲]، اما مطالعه ما بر جنبه‌هایی همچون اضطراب جدایی کودکان کوچک‌تر تمرکز داشت و آن را برجسته کرد، اما مطالعه اگبرت بیشتر بر مشکلات پس از سوختگی (پس از ترخیص) و نیازهای حمایتی والدین تمرکز بیشتری داشت.

Patel و همکاران در مرور نظام‌مند بر پیامدهای روانی در کودکان ۵ تا ۱۸ ساله گزارش دادند که استرس پس از سانحه و اضطراب شایع است [۲۳] که این با نتایج مطالعه ما همسو و مؤید آن است. تحلیل کیفی یافته‌ها نشان می‌دهد که درون‌مایه نیازهای روانی - عاطفی و تکاملی، بر ضرورت رویکردی یکپارچه و مبتنی بر مرحله رشدی کودک تأکید دارد. درک عمیق پرستاران از پیچیدگی‌های روانی سوختگی،

درون‌مایه اول، یعنی نیازهای جسمانی چندبعدی، بر چالش‌های بالینی مانند درد حاد پروسیجرها، عفونت زخم و حفظ عملکرد حرکتی تمرکز داشت. پرستاران در مطالعه ما بر راهبردهای ترکیبی دارویی (مانند مورفین همراه با سایر داروهای غیرمخدر) و فیزیوتراپی زودرس با اسپلینت برای پیشگیری از چسبندگی تأکید کردند که این موضوع نشان‌دهنده درک عمیق آن‌ها از پیامدهای بلندمدت سوختگی است. والدین نیز درد را به‌عنوان «فریاد کودک هنگام تعویض پانسمان و احساس سوختگی مجدد» توصیف کردند که این احساس شدت رنج جسمانی کودکان را برجسته می‌کند. این یافته‌ها با مطالعه Nyarko و همکاران و چراغی و همکاران هم‌خوانی دارد. آن‌ها گزارش دادند که درد پروسیجرال یکی از اصلی‌ترین شکایات والدین و کودکان است و مدیریت مؤثر آن رضایت از مراقبت را افزایش می‌دهد [۱۴]. همچنین، همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه فاتح و همکاران یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های مادران کودکان بستری در بیمارستان درد کودکان در پروسیجرهای تهاجمی و ادراک افزایش یافته آن‌ها از درد است [۱۶].

همچنین درباره موضع کنترل عفونت زخم سوختگی، در مطالعه ما، کمبود تجهیزات پیشرفته مانند پانسمان‌های هیدروژل یا درمان با فشار منفی، مانع از اجرای بهینه مراقبت زخم بود، درحالی‌که Nyarko و همکاران بر پروتکل‌های استاندارد در مرکز تخصصی تمرکز داشتند. این تفاوت احتمالاً ناشی از محدودیت منابع در ایران و کمبود تجهیزات در مقایسه با سیستم بهداشت توسعه‌یافته‌تر در غنا است. همچنین، همسو با نتایج مطالعه ما، Ghasemi و همکاران نیز در ایران بر کمبود نیروی متخصص و تجهیزات در مراکز تخصصی تأکید کردند که عفونت را افزایش می‌دهد [۱۷]. مطالعه ما این چالش را تأیید می‌کند، اما افزودن فیزیوتراپی زودرس به‌عنوان زیرطبقه کلیدی، جنبه پیشگیری از ناتوانی را غنی‌تر کرد. این موضوع مطالعه ما را از Ghasemi و همکاران متمایز می‌کند که بیشتر بر مشکلات سیاست‌گذاری سلامت مانند کمبود آموزش در برنامه درسی پرداختند. Marwa و همکاران در تانزانیا استفاده از روش‌های نوین پانسمان زخم سوختگی را به‌عنوان عامل تسریع‌کننده بهبود زخم معرفی کردند [۱۸]. مطالعه ما این روش را تأیید می‌کند، اما با تأکید بر تغذیه تخصصی و جبران مایعات و مکمل‌ها (مانند ویتامین‌های ث، آ، مکمل زینک و ...) در کودکان با TBSA بالای ۲۰ درصد، نیازهای تغذیه‌ای را نیز برجسته کرد؛ این تفاوت به دلیل تمرکز جامع مطالعه ما بر جنبه‌های چندبعدی جسمانی است.

پرستاران در این مطالعه رویکردی آینده‌نگر و کل‌نگر داشته‌اند که فراتر از مدیریت علائم حاد، به پیامدهای بلندمدت سوختگی توجه دارد. تأکید بر راهبردهای ترکیبی دارویی و مداخلات زود هنگام، مانند فیزیوتراپی و تغذیه تخصصی، نشان‌دهنده درک عمیق ابعاد پیچیده سوختگی است. داده‌های کیفی نشان می‌دهد پرستاران در شرایط محدودیت منابع، به «مدیریت کمبودها» و «سازگاری خلاقانه» می‌پردازند و از طریق شناسایی راهکارهای عملی در سطح خرد،

در تدوین مداخلاتی همچون بازی درمانی و مشاوره گروهی والدین تبلور یافته است که علاوه بر کاهش اضطراب جدایی، به پیشگیری از تأخیر رشدی در کودکان خردسال می‌انجامد. این نگاه پیشگیرانه و تکاملی، نقطه تمایز مطالعه حاضر از پژوهش‌های متمرکز بر جمعیت بزرگسالان است.

همچنین، تغییر کانون توجه از بار عاطفی والدین به نقش فعالانه آنان در قالب حمایت از والدین از طریق آموزش مراقبت در منزل، نشان‌دهنده گذر از نگاه منفعل به مدل مشارکتی در مراقبت است. این یافته ضمن همسویی با مطالعات بین‌المللی در زمینه اهمیت حمایت خانوادگی، با ارائه راهکارهای عملیاتی و زمینه‌محور، خلأ موجود در ادبیات پژوهش را پر می‌کند. تأکید هم‌زمان بر نیازهای عاطفی کودک و توانمندسازی والدین به عنوان چرخه حمایتی یکپارچه، الگویی جامع برای مراقبت از کودکان سوخته ارائه می‌دهد که هم به پیامدهای کوتاه‌مدت (کاهش اضطراب) و هم بلندمدت (پیشگیری از تأخیر رشدی) می‌پردازد.

درون‌مایه سوم، یعنی نیازهای اجتماعی و بازتوانی، بر آمادگی بازگشت به جامعه، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری پس از ترخیص تمرکز داشت. والدین هزینه‌های ماهانه پانسمان و کمبود حمایت‌های بیمه را مانع پیگیری دانستند و پرستاران بر هماهنگی با مدرسه برای بازگشت کودک تأکید کردند. این یافته‌ها نشان‌دهنده شکاف موجود در مراقبت پس از ترخیص است. همسو با نتایج مطالعه ما، پیروزی و همکاران در مطالعه خود آموزش مهارت‌های زندگی و اجتماعی و تسهیل ارائه خدمات مشاوره‌ای و پزشکی را از مهم‌ترین نیازهای کودکان دارای مشکلات جسمی عنوان کردند [۲۴]. Lernevall و همکاران در نروژ بر مشکلات و موانع موجود خانواده‌های کودکان سوخته پس از ترخیص از بیمارستان و لزوم توجه به نیاز به پیگیری مستمر پس از ترخیص از بیمارستان تمرکز داشتند [۲۵]. مطالعه ما این چالش را با افزودن نیاز آموزش مهارت‌های اجتماعی برای مقابله با نگاه‌های هم‌سالان، به‌ویژه در مدرسه، گسترش داد که این موضوعی فرهنگی است. Woolard و همکاران در استرالیا بر ترس تکرار ترومای سوختگی و همچنین لزوم حمایت اجتماعی کودکان تأکید کردند [۲۶].

نتایج تحلیل داده‌ها در مطالعه ما لزوم ایجاد بستر و آمادگی برای بازگشت به مدرسه را تأیید می‌کند. همچنین، مطالعه ما به دلیل حضور پرستاران در مطالعه، با تمرکز بر پیگیری منظم کلینیکی، جنبه‌های پزشکی و مراقبتی را غنی‌تر کرد. McGarry و همکاران نیز در استرالیا بر استرس پس از سانحه کودکان پس از ترخیص تمرکز داشتند [۲۷]. اما مطالعه ما بر بازتوانی بلندمدت پس از ترخیص برای ورود به جامعه و مدرسه و آموزش مهارت‌های اجتماعی و مقابله با رفتارها و نگاه‌های متفاوت هم‌سالان تأکید کرد، که این تفاوت ممکن است به دلیل متفاوت بودن زمان انجام پژوهش (مطالعه ما در فاز بستری بودن کودکان و مطالعه McGarry در فاز پس از ترخیص) باشد.

تحلیل کیفی یافته‌های این درون‌مایه نشان می‌دهد که چالش‌های اجتماعی و بازتوانی کودکان سوخته، پیچیدگی‌هایی فراتر

از ابعاد پزشکی دارد. تمرکز هم‌زمان بر موانع اقتصادی (مانند هزینه‌های پانسمان و کمبود حمایت‌های بیمه‌ای) و چالش‌های روانی - اجتماعی (مانند نیاز به آموزش مهارت‌های مقابله‌ای)، گویای شکاف عمیق در نظام مراقبت تداومی و پشتیبانی اجتماعی است. درحالی‌که پرستاران با درک این خلأ، به‌طور غیررسمی نقش «هماهنگ‌کننده مراقبت» را بین بیمارستان، خانواده و مدرسه ایفا می‌کنند. نکته متمایزکننده این مطالعه، تأکید بر آموزش مهارت‌های اجتماعی برای مقابله با نگاه هم‌سالان به‌عنوان نیاز فرهنگی - اجتماعی است. این یافته نشان می‌دهد که بازگشت به جامعه تنها با بهبودی فیزیکی محقق نمی‌شود، بلکه بازسازی هویت اجتماعی کودک و تجهیز او به ابزارهای روانی برای مواجهه با واکنش‌های محیطی ضروری است. این نگاه، مراقبت را از چهارچوب کلینیک فراتر می‌برد و آن را به عرصه زندگی روزمره کودک گسترش می‌دهد. اگرچه مطالعات پیشین بر اهمیت پیگیری پس از ترخیص تأکید داشته‌اند، داده‌های کیفی حاضر با برجسته‌سازی جنبه‌های عملیاتی مانند هماهنگی با مدرسه و تمرین مهارت‌های مقابله‌ای، راهکارهای ملموسی برای تسهیل بازگشت کودک به بافت اجتماعی ارائه می‌دهد. این موضوع نشان می‌دهد که پرستاران نه تنها به نیازهای بالینی، بلکه به بستر زندگی کودک و الزامات بازادغام‌سازی اجتماعی او اشراف دارند.

یکی از نقاط قوت برجسته پژوهش حاضر، بهره‌گیری از دیدگاه‌های متنوع پرستاران و والدین به‌عنوان مشارکت‌کنندگان کلیدی است که این رویکرد غنای اطلاعاتی مصاحبه‌ها را به حداکثر رسانده و امکان دستیابی به درک عمیق‌تری از نیازهای مراقبتی کودکان با سوختگی‌های شدید را فراهم آورده است. بااین‌حال، همچون سایر مطالعات کیفی، محدودیت‌های ذاتی این روش‌شناسی، ازجمله حجم محدود نمونه (۱۸ مشارکت‌کننده) و تمرکز بر یک عرصه جغرافیایی خاص (بخش سوختگی کودکان بیمارستان همدان)، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جمعیت‌های گسترده‌تر یا زمینه‌های متفاوت را کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

کودکان با سوختگی‌های شدید، به‌عنوان گروهی آسیب‌پذیر، نیازمند مراقبت‌های جامع و پیوسته‌ای هستند که فراتر از مدیریت اولیه زخم و درد، جنبه‌های روانی - عاطفی، تغذیه‌ای، تکاملی و اجتماعی آن‌ها را نیز در بر گیرد. یافته‌های این مطالعه تأکید می‌کند که عدم توجه به نیازهای چندبعدی این کودکان، ازجمله کاهش اضطراب ناشی از جدایی و تغییر ظاهر، حمایت تغذیه‌ای، فیزیوتراپی زودرس برای پیشگیری از ناتوانی و برنامه‌ریزی دقیق برای بازگشت به جامعه و پیگیری بلندمدت، می‌تواند به پیامدهای پایدار جسمانی، روانی و اجتماعی منجر شود. بنابراین، الزامی است که سیستم‌های درمانی و مراقبتی، با ادغام رویکرد خانواده‌محور، آموزش مستمر والدین، مشاوره گروهی و پروتکل‌های تغذیه‌ای تخصصی، از مرحله بستری تا بازتوانی خانگی را پوشش دهند؛ این

سهم نویسندگان

مرجان کردی، سپیده مرادی، علی اکبری، شیوا سوری و مهدی مولوی وردنجانی: نوشتن پروپوزال طرح، انجام مصاحبه و جمع‌آوری داده‌ها؛ علی افشاری و مهدی مولوی وردنجانی: بازنگری داده‌ها، استخراج و تحلیل داده‌های کیفی و تدوین مقاله

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان (IR.UMSHA.REC.1404.368) اجرا شد. رضایت آگاهانه کتبی از تمامی والدین و پرستاران اخذ و محرمانگی اطلاعات تضمین شد. مشارکت‌کنندگان در هر مرحله حق انصراف بدون پیامد را داشتند.

حمایت مالی

این طرح با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری با شماره ۱۴۰۴۰۵۲۱۴۳۰۸ انجام شد.

موضوع نه تنها کیفیت زندگی کودک را ارتقا می‌بخشد، بلکه بار عاطفی و اقتصادی خانواده را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالات ثانویه مانند استرس پس از سانحه، تأخیر در رشد و تکامل و انزوای اجتماعی پیشگیری می‌کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری و مدیریت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و همچنین کارکنان بخش سوختگی بیمارستان بعثت، به‌ویژه پرستاران و والدینی که با مشارکت ارزشمند خود در مصاحبه‌ها، امکان دستیابی به داده‌های غنی را فراهم آوردند، ابراز می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافع مالی و حرفه‌ای مرتبط با این پژوهش وجود ندارد.

REFERENCES

- Cheraghi F, Khalili A, Sharifian P. Comparison of the effect of visual and auditory distractions on physiological parameters during dressing change procedure in 6–12-year-old children. *Pajouhan Sci J*. 2021;19(3):48–55. DOI: 10.61186/psj.19.3.48
- Dehghani M, Hakimi H, Mosazadeh S, Zeinali Z, Shafiepour SZ. Survey of factors related to burns in 1–6-year-old children referred to Velayat Burn Center, Rasht. *Pajouhan Sci J*. 2018;16(3):1–10. DOI: 10.21859/psj.16.3.1
- Ivanko A, Garbuzov AE, Schoen JE, Kearns R, Phillips B, Murata E, et al. The burden of burns: an analysis of public health measures. *J Burn Care Res*. 2024;45(5):1095–7. PMID: 38609187 DOI: 10.1093/jbcr/irae053
- Alaghebandan R, Rossignol AM, Lari AR. Pediatric burn injuries in Tehran, Iran. *Burns*. 2001;27(2):115–8. PMID: 11226645 DOI: 10.1016/s0305-4179(00)00083-8
- Aghakhani K, Shojaei L, Moradi O. Epidemiology of burn patients admitted to intensive care unit of Motahari Hospital in Tehran (2008–2013). *J Med Counc Islam Repub Iran*. 2019;37(2):88–93. [Link]
- Azizi A, Zarei J, Nabovati E, Vakili-Arki H, Abbasi E, Razavi A. Determining factors affecting mortality in burn patients using a decision tree data mining algorithm. *J Health Adm*. 2013;16(54):34–45. [Link]
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12. PMID: 14769454 DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Farrokhi NA, Forghani SF. Effectiveness of psychosocial treatment on emotion regulation in people with posttraumatic stress disorder after burn injuries. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2018;22(4):51–62. [Link]
- Dabaghi S, Zandi M, Abbaszadeh A, Ebadi A. A content analysis of patient perception of feeling safe during hospitalization. *Evid Based Care*. 2020;10(2):37–47. PMID: 10.22038/ebci.2020.47330.2284
- Lyhne CN, Thisted J, Bjerrum M. Qualitative content analysis: framing the analytical process of inductive content analysis to develop a sound study design. *Qual Quant*. 2025;59(6):5329–49. DOI: 10.1007/s11135-025-02220-9
- Vardanjani MM, Borzou SR, Shamsaei F, Soltanian AR, Sadeghi A. Burn injury and fear of rejection: a qualitative study. *Burns*. 2024;50(9):107278. PMID: 39413469 DOI: 10.1016/j.burns.2024.09.017
- Enworo OC. Application of Guba and Lincoln's parallel criteria to assess trustworthiness of qualitative research on indigenous social protection systems. *Qual Res J*. 2023;23(4):372–84. DOI: 10.1108/QRJ-08-2022-0116
- Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Educ Today*. 2017;56:29–34. PMID: 28651100 DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Nyarko AA, Benjamin-Damons N, Pilusa S. Experiences of paediatric burn patients and their caregivers on burn management at Ghana's premier burns center: a qualitative study. *Burns*. 2025;51(7):107620. PMID: 40700804
- Cheraghi F, Khalili A, Soltanian A, Eskandarlou M, Sharifian P. The effect of visual aberration on burn dressing replacement pain in children aged 6–12 years: a clinical trial study. *Pajouhan Sci J*. 2020;19(1):16–23. DOI: 10.52547/psj.19.1.16
- Fateh Z, Khalili A, Khodabakhshi A, Azimi F. Comparing the accuracy of nurses and mothers in estimating pain and anxiety intensity of 3–6-year-old children during venous catheter insertion. *Pajouhan Sci J*. 2024;22(3):173–80. DOI: 10.32592/psj.22.3.173
- Ghasemi H, Omranifard M, Bahrami M, Moghimian M, Farzi S. Challenges in burn care management: a qualitative study of health professionals' and patients' perspectives. *Sci Rep*. 2025;15(1):33401. PMID: 41023224 DOI: 10.1038/s41598-025-18722-3
- Marwa NP, Tarimo EA. Provision of care to hospitalized pediatric burn patients: a qualitative study among nurses at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Nurs*. 2019;18(1):8. PMID: 30911285 DOI: 10.1186/s12912-019-0335-1
- Wickens N, van Rensburg EJ, de Gouveia Belinelo P, Milroy H, Martin L, Wood F, et al. "It's a big trauma for the family": a qualitative insight into the psychological trauma of paediatric burns from the perspective of mothers. *Burns*. 2024;50(1):262–74. DOI: 10.1016/j.burns.2023.06.014
- Derakhshanpour F, Alipour N, Maghsoudloo Nejad A. Anxiety disorders in children aged 6–12 years after the COVID-19 pandemic in Gorgan city. *Pajouhan Sci J*.

- 2024;**22**(4):267–78. DOI: [10.32592/psj.22.4.267](https://doi.org/10.32592/psj.22.4.267)
21. Santos M, Ferraz A, Garcia M, Pereira MG. Perceptions and experiences of parents of burn-injured children during hospital stay: a need for integrated care. *Healthcare*. 2024;**12**(6):614. PMID: [38540578](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38540578/) DOI: [10.3390/healthcare12060614](https://doi.org/10.3390/healthcare12060614)
 22. Egberts MR, Geenen R, de Jong AE, Hofland HW, van Loey NE. The aftermath of burn injury from the child's perspective: a qualitative study. *J Health Psychol*. 2020;**25**(13-14):2464–74. PMID: [30270662](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30270662/) DOI: [10.1177/1359105318800826](https://doi.org/10.1177/1359105318800826)
 23. Patel KF, Rodríguez-Mercedes SL, Grant GG, Rencken CA, Kinney EM, Austen A, et al. Physical, psychological, and social outcomes in pediatric burn survivors aged 5–18 years: a systematic review. *J Burn Care Res*. 2022;**43**(2):343–52. PMID: [34922361](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34922361/) DOI: [10.1093/jbcr/irab225](https://doi.org/10.1093/jbcr/irab225)
 24. Piroozzi B, Moradi G, Zokaei M, Safari H, Hematpour S, Moshfeq M, et al. Identifying strategies to improve care for children with disabilities in Iran: a Q-methodology study. *Pajouhan Sci J*. 2024;**22**(4):299–312. DOI: [10.32592/psj.22.4.299](https://doi.org/10.32592/psj.22.4.299)
 25. Lernevall LST, Moi AL, Gjengedal E, Dreyer P. Parents' lived experience of living with and caring for their burn-injured child in a home setting. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;**18**(1):2216032. PMID: [37234023](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37234023/) DOI: [10.1080/17482631.2023.2216032](https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2216032)
 26. Woolard A, Wickens N, McGivern L, de Gouveia Belinelo P, Martin L, Wood F, et al. "I just get scared it's going to happen again": psychosocial impact of pediatric burns from the child's perspective. *BMC Pediatr*. 2023;**23**(1):280. PMID: [37277713](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37277713/) DOI: [10.1186/s12887-023-04105-y](https://doi.org/10.1186/s12887-023-04105-y)
 27. McGarry S, Elliott C, McDonald A, Valentine J, Wood F, Girdler S. "This is not just a little accident": a qualitative understanding of paediatric burns from the perspective of parents. *Disabil Rehabil*. 2015;**37**(1):41–50. PMID: [24576308](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24576308/) DOI: [10.3109/09638288.2014.892640](https://doi.org/10.3109/09638288.2014.892640)