احساس تنگنا و محدودیت اجتماعی بیماران ترومایی در تطابق با آمپوتاسیون: یک مطالعه کیفی

بهروز دادخواه[1]، ناصر مظفری[2]، شاهرخ علی نیا[3]، محمد علی محمدی[4]

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۲-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران۳- گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی سنندج۴-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، نویسنده مسئول.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
مقاله پژوهشی

تاریخچه مقاله
تاریخ ارسال: ۹۳/۵/۲۳
پذیرش نهایی: ۹۴/۲/۸

کلید واژگان :
آمپوتاسیون
احساسات
مطالعه کیفی

نویسنده مسئول :
EMAIL:
m.mohammadi@arums.ac.ir

چکیده

مقدمه: تاثیری که آمپوتاسیون بر وضعیت روانی و اجتماعی بر جای می گذارد غیر قابل انکار است زیرا ناتوانی جسمی علاوه بر سازگاری روانی- اجتماعی بر سلامت روان فرد نیز تاثیر گذاشته و این گونه افراد در مقایسه با افراد عادی بیشتر دچار انزوای اجتماعی می شوند. از طرفی تعامل اجتماعی به عنوان قوی ترین نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز با آمپوتاسیون و شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند.

روش کار: مطالعه حاضر با رویکرد تحقیق کیفی وروش تحلیل محتوا انجام گردیده است. مشارکت کنندگان شامل ۲۰ نفر آمپوتاسیون اندام تحتانی ناشی از تروما بودند. نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع شد و تا اشباع داده ها ادامه یافت. مصاحبه بدون ساختار، روش اصلی جمع آوری داده بود. داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی و به صورت مقایسه مداوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: درون مایه اصلی اســتخراج شــده از داده ها تنگنا و محدودیت اجتماعی بود. طبقات شامل " مداقه دیگران در زندگی "، " احساس طرد شدن "، " اختلال در عملکرد روزانه "، " پنهان کاری جسمی -روانی"، " ترحم گریزی" و"کاهش مراوده با دیگران" بودند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به تعدد مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی در بیماران ترومایی، شناسایی و تعدیل عوامل موثر در تنگنا و محدودیت اجتماعی می تواند در تطابق این افراد با بیماری و ارتقای کیفیت زندگی آنها موثر باشد.

مقدمه

امروزه تروما به عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی در هر جامعه‌ای با هر وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی محسوب میشود. تروما عامل حدود۱۲درصد از کل عوامل منجر به مرگ و میر در سراســر جهان محسوب شده است. علاوه بر مرگ و میر میلیونها نفر، این عوامل موجب بروز ناتوانیهای موقت یا دائمی برای میلیون ها نفر دیگر نیز شــده است. این مسئله نه تنها خود فرد را بلکه در ابعاد گســترده‌تری، خانواده، منابع جامعه و سیستمهای درگیر این مسئله را نیز متوجه خود می‌کند. تاجایی که این مســئله یکی از اولویتهای سازمان جهانی بهداشت معرفی گردیده است (۱-۴). اگرچه تلفات جانی به عنوان یک شاخص اصلی جهت بیان اهمیت صدمات ازدیدگاه سلامت وجامعه میباشد، با این حال توجه به این موضوع گاه از دیده پنهان است که به ازای هر تلفات جانی ناشی ازآسیب‌ها، تعداد زیادی صدمات از جمله آمپوتاسیون درموازات آن ایجاد میشود که منجر به بستری شدن، دریافت خدمات بیمارستانی و پیش بیمارستانی، وبکارگیری امکانات انسانی وتجهیزاتی درزمینه درمان و توانبخشی این مصدومین میشود.

تروما یکی از مهمترین علت قطع عضو در دنیاست در عین حال افراد قطع عضو ناشی از تروما از کشوری به کشور دیگر متفاوت میباشد. اغلب قطع عضوهای افراد زیر ۵۰ ســال به علت تروما و آســیب های مرتبط با تصادفات، حوادث صنعتی یا جنگ در کشــورهای در حال توسعه اتفاق میافتد (۵). تاثیری که آمپوتاسیون بر وضعیت روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی بر جای می گذارد غیر قابل انکار است زیرا ناتوانی جسمی علاوه بر سازگاری روانی- اجتماعی بر ســلامت روان فرد نیز تاثیر گذاشته و این گونه افراد در مقایسه با افراد عادی بیشــتر دچار انزوای اجتماعی می شوند (۶, ۷). بازگشت دوباره به زندگی بعد از قطع عضو در این افراد با مشکلات زیادی همراه است این افراد بدلیل عدم تطابق با شرایط جدید دچار مشکلات روانی – اجتماعی، همچون افسردگی، احســاس ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس، خستگی، اضطراب، سرخوردگی و عملکرد ضعیف اجتماعی می شــوند (۸, ۹). مشــکلات اقتصادی، اجتماعی، فردی، خانوادگی و محیطی از مشکلاتی هستند که فرد مبتلا به قطع عضو با آن روبرو بوده و زندگی را ســخت تر می کند (۶). از طرفی عدم تحرک باعث اختلال در عملکرد سیستم قلبی- تنفسی، دستگاه گوارش، سیستم کلیوی، کاهش تراکم استخوانی و تاخیر در بهبود اسپاستیسیتی و کونتراکچر می شود (۱۰). بسیاری از افراد با قطع عضو اندام تحتانی بیماریهای عروقی، تنفسی و مشــکلات نورولوژیک دیگر هم دارند (۱۱). نظر به اینکه تعدیل عوامل موثر در تنگنــا و محدودیت اجتماعی افراد قطع عضو بــه عنوان عامل مهمی در سازگاری و تطابق با آمپوتاســیون شناخته شده است. لذا هدف این پژوهش تبیین احساس تنگنا و محدودیت اجتماعی بیماران ترومایی در خلال فرایند تطابق با آمپوتاسیون اندام تحتانی است.

روش کار

در این مطالعه با اســتفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف تعداد ۲۰ مشارکت کننده بنیاد شــهید و جانبازان و اداره بهزیســتی اردبیل، کــه بدنبال تروما، دچارآمپوتاسیون اندام تحتانی شده بودند در سال ۹۲-۹۳ انتخاب و تا رسیدن به مرحله اشباع داده، مصاحبه انجام شد. شرکت کنندگان با حداکثر تنوع (از لحاظ مدت امپوتاســیون، سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل و...) انتخاب شــده بودند. روش اصلی جمع آوری داده ها، مصاحبه عمیق و بدون

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

ساختار با استفاده از سئوالات باز بود در این نوع مصاحبه که بدون سئوالات راهنما است، به دلیل انعطاف و عمیق بودن، مناسب پژوهش کیفی است (۱۲). کلیه مصاحبه ها توسط پژوهشگر اصلی انجام شد مصاحبه ابتدا با یک سوال کلی و باز مبنی بر اینکه در مورد قطع اندامتان برام توضیح دهید شروع می‌شد. سئوالات بعدی و پی گیر کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت کننده ارائه می کرد به سمت روشن شدن سئوال اصلی پژوهش یعنی فرایند تطابق با امپوتاسیون اندام تحتانی هدایت و متمرکز می شد. طول مدت مصاحبه بین ۳۰ الی ۱۲۰ دقیقه بود که به صورت فردی انجام شد. تمامی مصاحبه ها ضبط شدند و سپس بلافاصله به صورت کلمه به کلمه با استفاده از نرم افزار مکس کیو[1] تجزیه و تحلیل گردید. با توجه به اینکه در تحقیق کیفی نیاز است محقق در اطلاعات غوطه ور شود (۱۳). لذا پژوهشگر مصاحبه ها را در چندین نوبت گوش کرد و متن تایپ شده آن ها را بارها مرور نمود. در این تحقیق، تجزیه و تحلیل داده ها هم زمان با جمع اوری داده ها و به روش تحلیل محتوای کیفی[2] و به صورت مقایسه مداوم داده ها[3] انجام شد تحلیل محتوای کیفی روش تحلیلی است که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده های متنی به کار می رود (۱۴). دراین روش ازطریق فرایند طبقه بندی نظام مند، کدها و طبقات مستقیماً و به صورت استقرایی از داده های خام استخراج می شوند (۵و ۱۵). تحلیل محتوا چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته ازداده های متنی است (۱۵). در این روش، محقق درراستای پاسخگویی به سؤالات پژوهش به منظورجمع آوری داده های جدید به صورت رفت و برگشت اطلاعات را جمع آوری وتحلیل می کند (۱۴). همچنین واحدهای تحلیلی ازمتن مصاحبه انتخاب می شوند. واحد تحلیل، بخش قابل تحلیل متن درراستای رسیدن به اهداف پژوهش است. کدهای اولیه از واحدهای معنا که بخش مهم و قابل استناد واحدهای تحلیل هستنداستخراج خواهند شد. اینک داده های اولیه می توانند در برگیرنده عین محتوای مصاحبه شرکت کننده یا انتزاع محقق از محتوا باشند سپس کدهای اولیه براساس تفاوت ها وشباهت ها (۱۶) به زیرطبقه ها و در نهایت زیرطبقه ها به طبقات انتزاعی و به مفاهیم کلیدی تقلیل می یابند (۱۷). روش تجزیه تحلیل به صورت تحلیل محتوا براساس ۵ گام لاندمن و گرانهیم[4] صورت گرفت (۱۶). درگام اول متن مصاحبه ها بر روی نوار ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه پیاده وبه عنوان داده اصلی پژوهش استفاده شد. درگام دوم نوارصدای ضبط شده به دفعات گوش داده شد ومتن های دست نویس چندین بار مرورگردید و تصمیم گیری درمورد تقسیم متن به واحدهای معنی صورت گرفت. درگام سوم طراحی جهت انتزاعی نمودن واحدهای معنی و انتخاب کدها انجام شد. باتوجه به تجارب مشارکت کنندگان مفاهیم آشکار و پنهان به صورت جملات یا پاراگراف ازکلمات آن ها وکدهای دلالت کننده مشخص شد، سپس کدگذاری وخلاصه سازی انجام گرفت و درگام چهارم براساس مقایسه مداوم تشابهات، تفاوت ها و تناسب، کدهایی که برموضوع واحدی دلالت می کردند، دریک طبقه قرارگرفتند و زیرطبقات و طبقات دسته بندی شد.

بااستفاده ازنظرات وپیشنهادات اعضای گروه نقاط مبهم و نیازمند توجه درمصاحبه های بعدی مشخص می شد و در مصاحبه های بعد مورد بررسی قرارمی گرفت، به نحوی که نقاط ابهام برطرف شده وجایگاه کدها در هرطبقه کاملا مشخص می شد. سپس درسطح تفسیری، طبقات تلخیص شد تا مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص گردید و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج گردید. مفاهیم براساس شرح مضامین درونی درمتن مشخص شد و با توجه به کل داده ها این مضامین درونی مورد بازبینی قرارگرفت.

درطول مطالعه، روش هایی برای اطمینان ازصحت واستحکام داده ها مورد استفاده قرارگرفت. ارتباط طولانی مدت با افراد دچار امپوتاسیون باعث افزایش اعتماد آن ها و ایجاد تمایل بیشتر برای گفتن حقایق می شد و تولید داده های حقیقی و معتبر را افزایش داد. از بازنگری مشارکت کنندگان برای تأیید صحت داده ها وکدهای استخراج شده و تضمین اعتبارداده ها استفاده شد. پژوهشگر قسمت هایی ازمصاحبه و تفسیر خود از صحبت های مشارکت کنندگان را در اختیار آنها قرار می‌داد و با آنها درمورد تفسیر خود و معنای کلمات مشارکت‌کنندگان بحث می کرد تا به عقاید و مفاهیم یکسان دست می یافت. بازبینی توسط اعضاء، خواندن متن مصاحبه ها، تجدید نظرروی کدهای اولیه، طبقات و مفاهیم و دریافت بازخورد ازروش های تعیین اعتبار داده‌ها بود. مقبولیت داده ها، با بازنگری ناظرین، تأیید استفاده شد و متن مصاحبه ها، کدها و طبقات استخراج شد.

علاوه بر پژوهشگر اصلی، نتایج توسط سه نفر دیگر از اعضای هیأت علمی مورد بررسی قرارگرفت و توافق درمیان نتایج استخراج شده وجود داشت. پژوهشگر، یافته ها را با برخی از افراد دچار آمپوتاسیون که درپژوهش شرکت نداشتند درمیان گذاشت و آنها هم تناسب یافته ها را مورد تأیید قرار دادند. مصاحبه با مشارکت کنندگان متفاوت و ارایه نقل قول های مستقیم و مثال ها و تبیین غنی داده ها، قابلیت انتقال و تناسب داده ها را امکان پذیرنمود. اطمینان یا ثبات یافته ها با نسخه نویسی دراسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران و مطالعه مجدد کل داده ها فراهم گردید. در این مطالعه منظور از P مشارکت کننده است.

یافته ها

محدودیت های محیطی و مشکلات ناشی از قطع عضو این باور و احساس را در آنها ایجاد نموده که مثل افراد عادی جامعه نیستند و نمی توانند همانند روزهای قبل از حادثه در جامعه حضور و روابط اجتماعی پررنگ و برجسته داشته باشند. این مفهوم محوری (احساس تنگنا و محدودیت اجتماعی) درونداد طبقات مداقه دیگران در زندگی، احساس طرد شدن، اختلال در عملکرد روزانه، پنهان کاری روانی- روحی، کاهش مراوده با اطرافیان استخراج شده و معنا پیدا کرده است.

۱: مداقه دیگران در زندگی

یکی از علل زمینه ای و اصلی احساس تنگنا و محدودیت اجتماعی را مشارکت کنندگان، مداقه دیگران در زندگی تلقی می نمایند و این رفتار باعث می شود که آنها احساس تنگنا و محدودیت اجتماعی پیدا کنند. مشارکت کنندگان چنین برداشت می کردند برخی از افراد جامعه در زندگی آنها مداقه کرده، و به گونه دیگر آنها را نگریسته و برداشت می کنند

"عذر میخام آقای .... زندگی منو نگاه کن، به وضعیت زندگی همسایگانم نگاه، آیا وضعیت زندگی من ازلحاظ مادّی از آنها بهتر است؟ هر وقت ما یه چیز می خریم مردم کنجکاو میشند از کجا آوردید ؟ انتظار دارند برای آنها هم با جزئیات شرح دهیم! "(P8).

۲:احساس طرد شدن

احساس طرد شدن بدنبال نوع رفتار دوستان با افراد قطع عضو در تعاملات و روابط جامعه بخصوص در مراسم های خاص مانند عروسی نیز سبب تقویت حس حقارت می شود. در این راستا مشارکت کننده ای تحت حمایت بهزیستی

1-MAXq10 .

2-qualitative content analysis .

3-Constant comparison .

4-Lundman & Granheim .

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

بیان می کند:
"شـخصی که در آستانه ازدواج اسـت با من هیچوقت نمی ره پیش معشوقه اش که ببینه مثلا با انسانی آمده که مشکل جسمی داره و این‌ها هست واقعاً هست"(81P).

۳:اختلال در عملکرد روزانه

افراد مبتلا به آمپوتاسیون اندام تحتانی معمولاً یک زندگی مملو از محدودیت های عملکردی را تجربه می کند و احساس می کنند که دیگر نمی توانند کارها و عملکردهای روزانه ای که قبلاً توانایی انجام آن را داشتند به نحو مطلوب انجام دهند "خیلی مشکلات ایجاد کرده است بخام تحرک داشته باشم دستشویی برم مجبورم پایم مصنوعی ام را بپوشـم هم اذیت و هم فشاری که ایجاد می کنه " (P8).

" یکی از بزرگترین مشکل ما، مشکلات وسیله ایاب و ذهاب است که میبینی برای یه کارکوچک خیلی وقت میگذاریم"(P12).

"میخواهیم جایی بریم در نماز جماعت و اجتماعات و.... شرکت کنیم محدودیت ایجاد میکنه"(P8).

۴:پنهان کاری

مشارکت کنندگان بیان کردند نهایت تلاش را بعمل می‌آورند تا کسی متوجه نقص عضو آنها نشه چرا که بیشتر افراد دنبال علت حادثه بوده و بیان این مسئله هم در مواردی باعث ناراحتی اطرافیان و خود فرد می شود.

"ذهنم اینه که پام زیاد چشـم نباشـه، برای اینکه درسـته از صد نفر ۷۰ نفر میدونند مشکل من چیه آن سی نفر که نمیدونند اولاً میپرسند که چی شده یه ذره به خاطر آن ناراحت میشوم در ثانی، کسی به خاطر ناراحتی من ناراحت نشه «(P14).

۵:ترحّم گریزی

رفتار دلسوزانه همراه با ترحم، موجب آزار روحی فراوان اکثر مشارکت کنندگان در تمام مراحل قطع عضو شده بود طوری که اکثر مشارکت کنندگان از برخورد غلط مردم نسبت به قطع عضو خود ناراحت و ناراضی بودند.

"ترحم باعث شکسته شدن شخصیت، اعتماد به نفس، شالوده ذهنی میشه آدم خورد میشه"(P5).

"واقعا هر انسانی از ترحم متنفر است مگر انسانی که خودش را به بی‌خیالی، بی توجهی بزنه آن امر دیگرست"(P6).

۶:کاهش مراوده با اطرافیان

احساس تنگنا و محدودیت اجتماعی تحت تاثیر عوامل زمینه‌ای مانند مداقه دیگران در زندگی، احسـاس طردشدن، ترحّم گریزی شکل گرفته و منجر به پنهان کاری جسمی و روانی شده و نتیجه این عملکردها باعث کاهش مرادوده با محیط و اطرافیان گردیده است.

" مجالسی هست که باید حضور داشته باشم چون نمیتوانم مثل آنها برم، بیام میخام براحتی نمیتوانم بلند شـوم خوب آدم آن موقع اذیت میشه شاید نگاه مردم یا نگاه کردن دیگران باعث اذیت بشه"(P8).

با توجه به محدودیت حرکتی افراد قطع عضو که باید از حداقل زمان حداکثر اسـتفاده را بکنند حتی در صورت استفاده از ماشین جهت انجام امور روزمره بدلیل سهل انگاری و ضعف نظارتی از طرف مسئولین ذیربط، قادر به استفاده از مکان‌های محدود پارک مخصوص معلول هم نیسـتند و در مواردی شامل جریمه‌های هنگفتی هم شده‌اند.

" در شـهر آمدنـد بعضی جاها تابلـو مخصوص جانبـازی و معلولین زده اند متاسفانه هیچ گونه جانبازی نمیتواند آنجا نگه داره چون ماشین های معمولی نگه میدارند من حتی در بغل اش نگه داشتم منو جریمه کلان کردند "(P13).

هر چند یکی از مشارکت کنندگان از امکانات رفاهی فرودگاه جهت افراد معلول رضایت داشتند. البته فرودگاهها به لحاظ جدید التاسیس و محدود بودن دارای این امکانات هسـتند ولی این همه عرصه اجتماعی نیست و همه مصدومین امکان اسـتفاده از این امکانات را ندارند و افراد دارای تمّکن مالی نسبتاً خوب، ممکن است از این امکانات رفاهی استفاده نمایند.

"یک مورد مثبت که به فکر جانبازان و معلولین بودند و مشکل خاصی نداریم فرودگاه‌ها اسـت با بالابر راحت میریم یا در دستشویی امکانات برای معلول و جانباز لحاظ کردند "(P8).

بحث و نتیجه گیری

یکی از زیرطبقاتِ احسـاس تنگنا و محدودیـت اجتماعی، مداقه دیگران در زندگی بود. این یافته ها در مطالعات پژوهشـی قبلی نیز گزارش شـده است. برای مثال، در مطالعه گریتن و ماسید نیز مشارکت کنندگان بیان نموده اند که برخی از اطرافیان و همکاران احسـاس می کنند که آنها بر خلاف دیگران از تسهیلاتی استفاده می کنند که مستحق آن نیستند. زنان با بیماری مزمن بدلیل سوء برداشت اطرافیان مبنی بر کوتاهی و تنبلی آنان در انجام وظایف، طرد شـدن از سوی همکاران را تجربه نموده اند (۱۸). البته در مطالعه حاضر برخلاف مطالعه فوق، مشارکت کنندگان هیچ اشاره ای به مداقه همکاران در امور زندگی یا طرد شـدن از سـوی آنها را ذکر نکرده اند و حتی در مواردی همکاران خود را به عنوان حامی و چراغ راه هدایت در فائق آمدن بر مشکلات ناشی از قطع عضو هم معرفی نموده اند.

مشارکت کنندگان در مطالعه حسن‌خانی و همکاران بر روی مصدومیت شیمیایی در جانبازان ایران، بیان کرده اند برخی افراد جامعه در زندگی آنها مداقه کرده، به گونه ای دیگر آنها را نگریسته و رفتار می کنند زیرا تصور کلیشه ای در مورد جانبازان داشته و چنین می پندارند که آنها با استفاده از تسهیلات دولتی از سطح رفاه بسیار بالایی در زندگی برخوردار هستند (۱۹). البته باید توجه داشت که نتایج مطالعه حاضر ضمن تایید یافته‌های مطالعات قبلی، این مساله را نیز واضح می‌نماید که نه تنها جانبازان بلکه، سـایر مصدومین ترومایی و تحت پوشش سـازمان بهزیسـتی نیز در ارتباط با مداخله دیگران در زندگـی با جانبازان همنوایی و احساس همدلی داشتند.

پنهان کاری نیز یکی از زیر طبقاتی بود که باعث دلتنگی و محدودیت اجتماعی در مشارکت کنندگان می شد چرا که احساس می کردند بیشتر افراد دنبال خیره شـدن به قطع عضو و علت حادثه بوده و بیان این مسـئله در مواردی موجب به هم خوردن تعادل روحی و روانی آنها می شـود. نکته خیره شـدن اطرافیان در متون مربوط به بیماری مزمن و ناتوانی اشاره شده است (۲۰). در مطالعه چاو و همکاران نیز بیماران آسیب نخاعی از جلب توجه و خیره شدن اطرافیان، احساس خجالت و آزردگی نموده و این عاملی برای کناره گیری از اجتماع بوده است (۲۱).

نتایج مطالعه حاضر تا حدودی متفاوت از این مطالعه می باشد چرا که مشارکت کننـدگان با جدیت درمان خـود را پی گیری و از حضـور در جمع معمولاً احسـاس شـرمندگی و خجالت نمی کردند و با تعامـل و ارتباط اثربخش با خانواده و دوسـتان از حمایت هـای و راهنمایی‌های آنان در تعدیل و کنترل شـدت بیماری بهره می جستند این مورد بخصوص در مورد جانبازان پررنگ و برجسـته بود که قطع عضو را افتخار و غرور ملی برای خود و خانواده شـان تلقی می نمودند.

نتایج مطالعه پاترسـون و ثورنه بر روی فرایند توانمندی افراد مبتلا به دیابت نشان داد آن ها در مرحله ای از زندگی که نویسندگان از آن به عنوان سرکشی نام برده اند در حضور دیگران دیابت را به دلیل جلوگیری از احساس متفاوت نبودن و طرد شدن و انزوا انکار می کنند (۲۲). هرچند یافته ها مشابه دلایلی اسـت که افراد مبتلا به آمپوتاسیون اندام تحتانی در این پژوهش برای پنهان

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

کردن بیماری در حضور دیگران داشته اند، اما به نظر می رسد این رفتار بیشتر از آن که نشـــانه سرکشی باشد تنها تلاشـــی برای حفظ موقعیت قبلی است. یافته های مطالعه عبدلی بر روی توانمندی ســـازی بیماران دیابتی نشان داد افراد با اجتناب از گفتن تلاش می کنند تا بیماری را در زندگی خود نگه دارند وگاه برای جلوگیری از واکنش های مبنی بر دلســـوزی دیگران دیابت را بروز نمی دهند چرا که به گفته مشارکت کنندگان نمی خواهند تا شاهد «آخیش آخیش» گفتن هایی باشـــند که از سر دلسوزی، نادانی و ترحمی ناخوشایند است (۲۳) که ارتباط نزدیکی با یافته مطالعه حاضر دارد. یکی از مهمترین عللی که باعث پنهان کردن قطع عضو از دیگران می شـــد جستجوی علت حادثه و بدنبال آن ترحم و دلسوزی دیگران بود.

ابراز ترحم و دلســـوزی از طرف اطرافیـــان، در مطالعه اکثر بیماری‌های مزمن گزارش شـــده اســـت به عنوان نمونه در مطالعه عبدی بر روی توانمندسازی بیمـــاران دیابتی، حســـنخانی فرایند زندگی با مصدومیت شـــیمیایی بر روی جانبازان، رویتر، هایس و تم پیلار در بررسی ارتباط بین تجربیات منفی و نتایج روانشناختی آن در بین بیماران بیان کرده اند (۱۹, ۲۴, ۲۵،۲۶). مطالعه حاضر ضمن تایید نتایج مطالعات قبلی، تفاوت هایی نیز با این مطالعات داشته است چرا که در این مطالعه، مشـــارکت کنندگان در مقابل احساس ترحم دیگران تلاش می نمودند بدون اینکه حالت تدافعی در مقابل آنها داشته باشند با نشان دادن توانمندی و عملکرد خود به آنها بفهمانند که مشکلی نداشته و متفاوت از آنها نیستند.

در تمام کشـــورها ی جهان، معلولان جسمی و حرکتی، بخشی از جمعیت را تشـــکیل می دهند که همانند دیگر مردم بایســـتی برای رفع احتیاجات خود بتوانند در ســـطح شهر حرکت کرده و به تکاپو بپردازند. مناسب سازی سطح عبور و کیفیت دسترسی به خدمات رفاهی مقدم بر هر خدمت دیگری به این گروه از جامعه قرار دارد.

مطالعه حاضر نشان داد که یکی از مهمترین عاملی که سبب احساس تنگنا و محدودیت در فعالیت اجتماعی می شد ضعف و نبود امکانات رفاهی در اماکن عمومی بود این مورد توسط مطالعه بهمن پور و همکاران تایید شده بطوریکه از میان معیارها و ضوابط ۳۰ گانه در نظر گرفته شده برای پارک لاله، تنها ۳۰ درصد از آنها در تمامی بخش های پارک رعایت شده اند، ۱۶/۷ درصد در برخی از قسمت ها رعایت شده اند و ۵۳/۳ درصد نیز در هیچ نقطه ای از پارک دیده نشده اند. عمده مشکلات این پارک در بخش سرویس و خدمات ویژه معلولان می باشد. بطوریکه سرویس های بهداشتی موجود در پارک از لحاظ کمّیت و کیفیت به هیچ وجه دارای شـــرایط مناسب و مطلوب معلولان نمی باشند که این امر قابل اصلاح نیز هست (۲۷).

یافتـــه هـــای پژوهـــش نشـــان داد علی رغـــم مشـــکلات عدیده بـــه دنبال محدودیت‌های ناشی از قطع عضو، محدودیت و عوامل محیطی از جمله ضعف خدمات در اماکن عمومی فرایند چرخه تلاش جهت تطابق و کنار آمدن با قطع اندام را برای افراد مبتلا به آمپوتاسیون اندام تحتانی کند نموده است. بنابراین نظارت و شناسایی محدودیت های محیطی جهت تطابق بهتر و ارتقاء کیفیت زندگی افراد قطع عضو لازم و ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

نویســـندگان از کلیه مشـــارکت کنندگان قطع اندام تحتانی در این مطالعه و همچنین از جناب آقای داریوش یحیوی مسئول واحد بهزیستی و آقای علی منصـــور لکورچ معاون درمان بنیاد شـــهید و ایثارگران و خانم منیژه قوامی کارشناش صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایند.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

Referencess

1)Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. American journal of public health. 2000;90(4):523.

2)Saxena S, Sharan P, GARRIDO M, Saraceno B. World Health Organization's mental health atlas 2005: implications for policy development. World Psychiatry. 2006;5(3):179.

3)Sharma B. Development of pre-hospital trauma-care system—an overview. Injury. 2005;36(5):579-87.

4)West R, French D, Kemp R, Elander J. Direct observation of driving, self reports of driver behaviour, and accident involvement. Ergonomics. 1993;36(5):557-67. Epub 1993/05/01.

5)Green B. Personal construct psychology and content analysis. Personal Construct Theory & Practice. 2004;1(3):82-91.

6)Ebrahimzadeh MH, Rajabi MT. Long-term outcomes of patients undergoing war-related amputations of the foot and ankle. The Journal of foot and ankle surgery. 2007;46(6):429-33.

7)Warmuz A, Szeliga D, Krzemień G, Stemplewska B, Witanowska J. Rehabilitation of patients after lower limb amputation as a basic element of adaptation to normal life]. Wiadomości lekarskie (Warsaw, Poland: 1960). 2004;57:331.

8)Desmond D, MacLachlan M. Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: a 25 year review of psychology in Prosthetics and Orthotics International. Prosthetics and orthotics international. 2002;26(3):182-8.

9)Liu F, Williams RM, Liu HE, Chien NH. The lived experience of persons with lower extremity amputation. Journal of clinical nursing. 2010;19(15-16):2152-61.

10)Scivoletto G, Mancini M, Fiorelli E, Morganti B, Molinari M. A prototype of an adjustable advanced reciprocating gait orthosis (ARGO) for spinal cord injury (SCI). Spinal cord. 2003;41(3):187-91. Epub 2003/03/04.

11)Rommers GM, Vos LD, Groothoff JW, Eisma WH. Mobility of people with lower limb amputations: scales and questionnaires: a review. Clinical rehabilitation. 2001;15(1):92-102. Epub 2001/03/10.

12)Speziale HS, Streubert HJS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Wolters Kluwer health; 2011.

13)Polit D, Beck C, Hungler B. Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization. 2006. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.23-2:11.

14)Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research. 2005;15(9):1277-88.

15)Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. Applications of social research methods to questions in information and library science. 2009:30819-.

16)Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-12.

17)Priest H, Roberts P, Woods L. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: Theoretical issues. Nurse Res. 42-30:(1)10;2002. Epub 2002/10/31.

18)Grytten N, Måseide P. What is expressed is not always what is felt': coping with stigma and the embodiment of perceived illegitimacy of multiple sclerosis. Chronic illness. 2005;1(3):231-43.

19)Hassankhani H, Taleghani F, Mills J, Birks M, Francis K, Ahmadi F. The challenges experienced by Iranian war veterans living with chemical warfare poisoning: a descriptive, exploratory study. Scandinavian journal of caring sciences. 2010;24(2):290-8.

20)Thomson RG. Extraordinary bodies: Figuring physical disability in American culture and literature: Columbia University Press; 1997.

21)Chau L, Hegedus L, Praamsma M, Smith K, Tsukada M, Yoshida K, et al. Women living with a spinal cord injury: perceptions about their changed bodies. Qual Health Res. 2008;18(2):209-21. Epub 2008/01/25.

22)Paterson BL, Russell C, Thorne S. Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. J Adv Nurs. 2001;35(3):335-41. Epub 2001/08/08.

23)Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers to and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2009;10(5):455-64.

24)de Ruiter JH, de Haes JC, Tempelaar R. Cancer patients and their network: The meaning of the social network and social interactions for quality of life. Supportive Care in Cancer. 1993;1(3):152-5.

25)Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. Patient Education and Counseling. 2004;54(3):299-306.

26)Edwards CR, Thompson AR, Blair A. An 'overwhelming illness': women's experiences of learning to live with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. J Health Psychol. 2007;12(2):203-14. Epub 2007/02/08.

27)Bahmanpour H, Salajegheh B. Quantities and Qualitative survey of Tehrans ,urban Space from disables perspective case study:laleh Park.Urban management.2008.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

Feeling impasse and social Restriction in adjustment with Amputation by Trauma patients: A qualitative study

Dadkhah B (PhD), Mozaffari N (Ph.D.Candidate), Alinia S (MSc), Mohammadi M.A (Ph.D.Candidate) *

Abstract

Introduction: The effect of amputation on an individual's psychological condition as well as family and social relationships is undeniable because physical disability affects not only the psycho-social adjustment, but also the mental health. When compared to normal people, such people are mostly experiencing social isolation. On the other hand, social interaction as the most powerful force to deal successfully coping with the amputation Amputation and stressful conditions known to facilitate tolerance problems for patients.

Methods: The present study was conducted using qualitative content analysis. Participants included 20 patients with lower limb amputation due to trauma. Sampling was purposive initially and continued until data saturation. Unstructured interviews were used as the main method of data collection. Collected data was analyzed using qualitative content analysis and constant comparison methods.

Results: The main theme extracted from the data was Feeling impasse and social Restriction. The classes include "Scrutiny of others in live"," Feelings of rejection ", "Impairment in daily functioning ", "Secrecy Physical - Mental ", "Compassion aversion'' and "Reduce dealings with others"

Conclusions: Given the high number of physical, mental and social problems in trauma patients, identifying and strengthening Feeling impasse and social Restriction can be effective in their adaptation with the disease and improvement of the quality of their life.

Keywords: Amputation, Emotion, qualitative study

---

* Corresponding author: Nursing Department, Nursing and Midwifery Faculty, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran EMAIL: m.mohammadi@arums.ac.ir

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]