

تجربه بیماران از قطع اندام تحتانی

نادره نادری روش^۱، ژیلایا عابد سعیدی^۲، محمد علی بشارت^۳، علی درویش پور کاخکی^۴، حمید علوی مجد^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: فقدان عضو به میزان زیادی می‌تواند بر روی عملکرد فیزیکی و روانی-اجتماعی بیمار تأثیرگذار باشد، تا آن جا که افراد مبتلا به قطع اندام ممکن است در آینده نیز تحت تأثیر این تجربه قرار گیرند. این مطالعه با هدف تبیین تجربه افراد مبتلا به قطع اندام مراجعه کننده به مرکز توانبخشی هلال احمر تهران انجام گردید.

روش: این مطالعه با رویکرد کیفی انجام شد. ۱۶ فرد مبتلا به قطع اندام تحتانی (زیر زانو) مراجعه کننده به مرکز توانبخشی هلال احمر تهران که حداقل ۶ ماه از زمان قطع عضو آن‌ها گذشته بود، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوا انجام گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از بررسی، ۵ درون مایه شامل درک تهدید فقدان عضو، تغییر در زندگی، اختلال در بهزیستی، نیاز به درک شدن، پذیرش فقدان عضو و پروتز را نشان داد.

نتیجه‌گیری: افراد شرکت کننده نیاز به کسب اطلاعات صحیح و حمایت روانی قبل از قطع عضو داشتند. حمایتی را که افراد از کادر درمان دریافت نموده بودند، به اندازه آن چه که انتظار داشتند، نبود که این موضوع بر نگرانی‌های آن‌ها افزوده بود. بنابراین، نقش افراد تیم درمان و توانبخشی در آموزش و حمایت آنان به خصوص حمایت روانی ضروری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: تجربه، قطع اندام، اندام تحتانی، مطالعه کیفی

ارجاع: نادری روش نادره، عابد سعیدی ژیلایا، بشارت محمد علی، درویش پور کاخکی علی، علوی مجد حمید. تجربه بیماران از قطع اندام تحتانی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۱): ۹۳-۱۰۳.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۹

را مختل سازد (۲). قطع عضو را به عنوان یک واقعه‌ای که به طور معمول منجر به تغییرات چندی در زندگی شخص می‌شود، توصیف می‌نمایند که بهزیستی فرد، کیفیت زندگی و استقلال فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). افراد مبتلا به قطع اندام تحتانی علاوه بر نقص جسمی، تجربه مهمی در

مقدمه

قطع اندام تحتانی یک روش جراحی است که به علت وضعیت‌های درمانی جدی مانند دیابت، صدمات فیزیکی و سرطان انجام می‌شود (۱). صرف نظر از علت قطع عضو، قطع اندام تحتانی می‌تواند عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی فرد

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، شعبه بین‌الملل، شهر قشم و مربی، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: Darvishpoor @sbmu.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر علی درویش پور کاخکی

به پژوهش، به صورت هدفمند انتخاب شدند. معیارهایی که افراد بر اساس آن‌ها وارد مطالعه می‌شدند، به شرح زیر بودند:

- ۱- علاقمند برای ارتباط و بیان تجربیات خود بودند.
- ۲- از نظر روحی در وضعیتی بودند که بتوانند با پژوهشگر ارتباط برقرار کنند و تجارب خود را بیان کنند و فاقد اختلالات عصبی و شناختی بودند.
- ۳- مراجعه کننده به مرکز جامع توانبخشی هلال احمر تهران بودند.
- ۴- حداقل ۱۸ سال سن داشتند و قطع اندام در آن‌ها به طور کامل از زیر زانو و یک طرفه بود.
- ۵- افرادی که به تازگی قطع اندام شده و به مرکز توانبخشی جهت دریافت پروتز مراجعه کرده بودند و یا افرادی که جهت تعویض پروتز به آن‌جا آمده بودند.
- ۶- حداقل ۶ ماه از زمان قطع اندام آن‌ها گذشته بود. انتخاب این معیار به دلیل آن بود که افراد فرصت کسب تجربه نسبت به قطع اندام را به دست آورده باشند تا تجارب آنان در شرایط مناسب‌تری مورد بررسی قرار گیرد.
- جهت انجام مصاحبه با هماهنگی قبلی به صورت ملاقات حضوری یا تماس تلفنی، مکان و زمان مصاحبه توسط آنان انتخاب می‌گردید و محل انجام مصاحبه، مرکز توانبخشی جامع توانبخشی هلال احمر تهران بود. لازم به ذکر است که به هنگام مصاحبه، از مشارکت کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه می‌ماند و به جز تیم پژوهش کسی از آن‌ها آگاه نخواهد شد. حفظ بی‌نامی، رازداری و اختیار مشارکت کنندگان برای خروج از مطالعه، از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. با استفاده از پرسش‌نامه جمعیت شناختی اطلاعاتی چون سن، جنس، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، بیوه و مطلقه)، سطح تحصیلات (بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاهی)، محل سکونت، وضعیت اشتغال (خانه‌دار، شاغل، بی‌کار) و علت قطع عضو جمع‌آوری گردید که ویژگی‌های شرکت کنندگان در جدول ۱ آورده شده است. جهت پی بردن به تجربه افراد مبتلا به قطع اندام تحتانی، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته انجام شد. سؤالات مصاحبه شامل موارد زیر بود:

خصوص تغییر در عملکرد، احساسات و تصویر بدنی دارند (۴). مروری بر مطالعات نیز نشان می‌دهد که قطع اندام تحتانی به میزان زیادی بر روی عملکرد فیزیکی و روانی- اجتماعی بیمار تأثیرگذار می‌باشد و آن‌ها اغلب فرایند سازگاری را به منظور برگشت به عملکرد خود طی می‌نمایند (۵).

آمار موجود در زمینه، شیوع معلولیت جسمی در ایران را طی سال‌های ۷۷-۱۳۷۲، ۲۳ در ۱۰۰۰ نفر نشان می‌دهد که حدود ۱۰ درصد این رقم اختصاص به قطع عضو دارد و با فرض این که جمعیت ایران را ۷۰ میلیون نفر در نظر بگیریم، می‌توان تخمین زد که بیش از ۱۵۰۰۰۰ فرد مبتلا به قطع عضو در کشور وجود دارد (۶). مطالعات چندی نیز در خصوص درک فقدان اندام تحتانی در بالغین انجام شده است؛ به طوری که مطالعه جامعی توسط Horgan و MacLachlan با تأکید بر اثرات فقدان عضو بر روی زندگی افراد مبتلا به قطع عضو انجام شده و نتایج نشان داده است که این افراد، به حمایت‌های روانی- اجتماعی نیاز دارند (۷). از این رو بررسی تجربه افراد مبتلا به قطع اندام و خواسته‌ها و دغدغه‌های آن‌ها بایستی با حساسیت بیشتری مورد توجه قرار گیرد.

تفاوت‌های اقلیمی، فرهنگی و اجتماعی می‌تواند در تجربه افراد مبتلا به قطع اندام مؤثر باشد؛ از طرفی، چالش‌های پیش روی این گروه از افراد در جوامع مختلف یکسان نیست و عوامل مختلفی بر وجود این معضلات تأثیر دارند (۵). از این رو به نظر می‌رسد که تبیین تجربه افراد مبتلا به قطع عضو، واجد ارزش باشد. در مرور پایگاه‌های جستجوی متون فارسی، مطالعه‌ای در این زمینه مشاهده نشد. با توجه به توانایی پژوهش‌های کیفی در تبیین تجارب افراد از یک پدیده در فرهنگ متفاوت (۸) استفاده از رویکرد کیفی برای بررسی تجربه افراد مبتلا به قطع اندام مفید به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب افراد مبتلا به قطع عضو در مرکز توانبخشی هلال احمر تهران انجام شد.

روش

این پژوهش بر اساس الگوی طبیعت‌گرایی و به روش کیفی انجام شد. برای انجام این مطالعه، افراد دارای معیارهای ورود

۱- چطور شد که پای شما قطع شد؟ ۲- یادتان می‌آید وقتی پزشک به شما گفت پای شما باید قطع بشود، چه احساسی به شما دست داد؟ ۳- بعد از این که پایتان قطع شد، چه احساسی به شما دست داد؟ ۴- چه مشکلاتی بعد از قطع پای شما ایجاد شد؟ ۵- زندگی شما در قبل و بعد از قطع عضو چه تغییراتی داشته است؟ ۶- در این مدت چه کسی یا کسانی به شما کمک کردند؟ در صورتی که نیاز به توضیح بیشتری بود، از مشارکت کنندگان پرسیده می‌شد که آیا می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ به این ترتیب افراد تشویق می‌شدند تا تجارب خود را در خصوص قطع اندام و درکی را که از خود بعد از قطع اندام داشته‌اند، بیان نمایند. گاهی اوقات نیز از سؤالات غیر مستقیم استفاده می‌گردید. به عنوان مثال، به نظر شما فردی که دچار قطع اندام می‌شود چه احساسی نسبت به خود دارد و خود را چگونه می‌بیند و چه مشکلاتی دارد؟ بعد سؤال ادامه پیدا می‌کرد که آیا شما هم همین احساس را دارید؟ و یا همین مشکلات را تجربه کرده‌اید؟ پژوهشگر همواره سعی می‌کرد شنونده فعال باشد. زمان مصاحبه‌ها بین ۴۵-۶۰ دقیقه به طول می‌انجامید. مصاحبه‌ها ضبط و سپس خط به خط دست نویس گردیدند. قبل از انجام مصاحبه، به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش اختیاری بوده است و امکان خروج آن‌ها در هر مرحله از پژوهش وجود دارد. همچنین اطلاعات به دست آمده از آن‌ها محرمانه می‌ماند و به جز تیم پژوهش، کسی از آن‌ها اطلاع پیدا نمی‌کند و در نهایت، تجارب مشترک آن‌ها به صورت مقاله پژوهشی ارایه خواهد گردید.

در مطالعات کیفی، رسیدن به اشباع داده‌ها (Saturation data) نشان دهنده زمان اتمام مصاحبه‌ها می‌باشد (۹)؛ به این معنی که اطلاعات قبلی تکرار شود و داده جدید به دست نیاید. بنابراین، قبل از رسیدن به اشباع، تعیین تعداد نمونه امکان پذیر نمی‌باشد. در انتخاب نمونه‌ها سعی شد افراد مبتلا به قطع اندام به صورت هدفمند انتخاب شوند (۱۰)؛ یعنی افرادی انتخاب شدند که دارای تجربه در این زمینه بودند. با توجه به امکان هم‌زمانی جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش‌های کیفی (۱۱)، پس از

انجام هر مصاحبه و بازنویسی متن آن، تحلیل داده‌ها آغاز گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوا استفاده شد. مراحل این روش به این شرح است که اولین قدم در تحلیل محتوا، داشتن یک واحد تحلیل است. مناسب‌ترین واحد تحلیل (Analysis unit) داشتن کل مصاحبه و یا یادداشت مشاهدات است؛ به نحوی که این مصاحبه به قدر کافی جامع باشد که بتواند به عنوان یک کل در تحلیل به حساب آید و از طرفی، انسجام کافی برای نشان دادن واحدهای معنی (Meaning units) را داشته باشد (۱۲). در این بررسی، سعی شد هر چه سریع‌تر متن کل مصاحبه با دقت دست نویس شود. سپس بعد از چند بار خواندن کل مصاحبه و درک عمیق از داده‌ها، پژوهشگر اقدام به تعیین واحدهای معنی نمود. این واحدها به تعابیر متفاوتی بیان گردیده است. واحدهای معنی عبارت از کلمات کلیدی (۱۳) و یا واحدهای تجزیه و تحلیل (۱۴) می‌باشد که از سخنان مشارکت کنندگان استخراج می‌شود و سپس خلاصه می‌گردد. خلاصه کردن به معنای کاهش اندازه واحدهای معنی است و تغییری در کیفیت اطلاعات ایجاد نمی‌کند. سپس واحدهای معنی گروه‌بندی شدند (Grouping together) و به آن‌ها عنوانی داده شد. طبقه‌بندی به این معنی است که کدهایی که بیشترین شباهت را با هم دارند، در یک طبقه قرار می‌گیرند (۱۵). سعی گردید بیشترین همگنی در درون طبقات و بیشترین ناهمگنی بین طبقات وجود داشته باشد. به این ترتیب که در هنگام طبقه‌بندی دقت شد که داده‌ای در دو طبقه قرار نگیرد و طبقات به اندازه کافی تکامل یافته باشند که فقط در برگزیده ویژگی خاصی باشند. یک طبقه می‌تواند دارای چند زیرطبقه نیز باشد. در مرحله بعد، موضوع‌های موجود استخراج شد. موضوع دارای معانی متعددی است. Polit و Tatano Beck معتقدند که از ارتباط بین اجزای طبقات، معانی آن که نشان دهنده موضوع است، به دست می‌آید (۱۶). Van Manen موضوع را ساختار یک تجربه می‌داند. او معتقد است که موضوع یک شیء یا یک چیز نیست، بلکه معنای نهفته در طبقات است که نشان دهنده تجارب یا دیدگاه‌های مشارکت کنندگان می‌باشد (۱۷).

و تهدیدی را برای اولین بار احساس می‌کند. داده‌ها نشان می‌دهد که مرحله تشخیص قطع عضو، از بحرانی‌ترین مراحل مواجهه فرد با آن می‌باشد که چالش‌های زیادی را برای آنان و خانواده‌هایشان ایجاد می‌کند و تمام ابعاد زندگی آن‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.

الف- احساس شوکه شدن

برخی از بیماران اشاره کردند که بعد از شنیدن مسأله قطع عضو، شوکه شدند. شرکت کننده‌ای در این باره می‌گوید: «این مشکل که واسم پیش اومد، به قول معروف یک شوک واسم بود... فکر نمی‌کردم که این جور بشه... دکتروم بهم گفت باید پات قطع بشه، خیلی برام سنگین بود و از لحاظ روحی خیلی برام ضربه زیادی بود... و تا چند دقیقه به حال خودم نبودم و تمام بدنم دچار به ضعفی شده بود».

ب- ترس

اکثر مشارکت کنندگان بیان نمودند که به دنبال شنیدن قطع عضو دچار ترس و وحشت شده بودند و نگران آینده خود بودند. مشارکت کننده‌ای در این باره بیان داشت که «وقتی شنیدم که پامو می‌خوان قطع کنن، خیلی ترسیدم و شب سختی اون شب تا صبح به من گذشت... همش از آیندم می‌ترسیدم که بالاخره با نداشتن به پا چه کار می‌خوام بکنم...».

ج- ناباوری و انکار

مشارکت کنندگان به دنبال شنیدن قطع عضو آن را باور نکرده و انکار نموده بودند؛ به طوری که درخواست نموده بودند تا از پزشکان دیگر نیز نظر خواهی شود. مشارکت کننده‌ای در این خصوص بیان داشته بود که «وقتی دکتروم بهم گفت پات باید قطع بشه، توجهی نکردم به خانوادم گفتن از یه دکتر دیگه بخواین منو ببینه و معاینه کنه من که قبول ندارم پام باید قطع بشه».

د- ناامیدی

مشارکت کنندگان بعد از قطع عضو دچار یأس و ناامیدی در زندگی شده بودند؛ به طوری که یکی از آنان بیان داشت که «وقتی پامو قطع کردن، از زندگی سیر شدم چون فکر می‌کردم نقشه‌هایی را که برای آینده واسه خودم ریخته بودم دیگه نمی‌تونم بهشون برسم».

جهت تأمین صحت علمی داده‌ها از بازنگری ناظرین استفاده شد. به این ترتیب که مصاحبه‌ها، کدهای استخراج شده و طبقه‌بندی‌ها به طور مرتب با همه افراد در تیم پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. همچنین سعی شد ضمن تماس طولانی با داده‌ها، مقایسه مداوم انجام گردد و تا حد امکان سعی شد پیش داشته‌های ذهنی پژوهشگران کنار گذاشته شود. بدین منظور، سعی بر آن بود که موارد احتمالی تأثیرگذار بر یافته‌ها جداگانه نوشته شود.

جدول ۱. ویژگی‌های شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	اطلاعات به دست آمده
جنس	۴ نفر زن و ۱۲ نفر مرد
سن	۲۰ تا ۵۶ سال میانگین سنی ۳۵ سال
مدت زمان قطع عضو	از ۶ ماه تا ۲۰ سال میانگین زمانی ۶/۶ سال
محل سکونت	۵ نفر تهران، ۴ نفر اصفهان، ۳ نفر کاشان، ۲ نفر خرم‌آباد، ۲ نفر همدان
وضعیت تأهل	۱۲ نفر متأهل، ۴ نفر مجرد
تحصیلات	۳ نفر بی‌سواد، ۱۰ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۳ نفر کاردانی و کارشناسی

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۶ فرد (۴ نفر زن و ۱۲ نفر مرد) مبتلا به قطع اندام تحتانی، که مراجعه کننده به مرکز توانبخشی هلال احمر تهران بودند و حداقل ۶ ماه از زمان قطع اندام آن‌ها گذشته بود و حداقل سن ۱۸ سال داشتند و قطع اندام آن‌ها یک طرفه و از زیر زانو و قطع اندام آن‌ها نیز به علت حادثه اتفاق افتاده بود، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در نهایت، ۵ درون‌مایه اصلی شامل درک تهدید فقدان عضو، تغییر در زندگی، اختلال در بهزیستی، نیاز به درک شدن، پذیرش فقدان عضو و پروتز استخراج گردید:

۱) درک تهدید فقدان عضو

این طبقه از ۴ زیرطبقه شامل «احساس شوکه شدن»، «ترس»، «ناباوری و انکار» و «ناامیدی» استخراج شده است. این طبقه واکنش‌ها و رفتار فرد را در شروع قطع عضو و نیاز به داشتن پروتز توصیف می‌نماید؛ بدین معنا که فرد پس از شنیدن ضرورت انجام قطع عضو و نیاز به داشتن پروتز، خطر

۲) تغییر در زندگی

بیشتر بیماران احساسات و عقاید خود را در مورد زندگی بعد از فقدان عضو بیان نمودند و بیشتر بیماران تغییراتی را در زندگی خود بیان نمودند: این طبقه شامل ۳ زیرطبقه «محدودیت در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی»، «فقدان استقلال» و «تغییر در پنداشت از خود» بود.

الف- محدودیت در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی

یکی از دغدغه‌های اصلی مشارکت کنندگان در این پژوهش، عدم توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی بود که منجر به نگرانی افراد مبتلا به قطع اندام شده بود. «بعد از این که پام قطع شد؛ دیگه نتونستم به کارم ادامه بدم و بسیاری از کارهای دیگه رو هم انجام بدم... حتی بتونم به وسیله را خودم بردارم. اگه می‌خواستم دستسویی برم به سختی باید واکرم را بر می‌داختم و با به بدبختی با اون راه برم. اگه با عصا هم می‌خواستم راه برم، همین مشکل را داشتم. خلاصه خیلی اذیت می‌شدم. برای هر کارم مجبور بودم از دیگران کمک بگیرم و این مسأله منو خیلی ناراحت می‌کرد...».

ب- فقدان استقلال

اکثر افراد مبتلا به قطع اندام از این که به دیگران وابسته شدند و نمی‌توانستند بدون کمک دیگران کاری انجام دهند، اظهار ناراحتی می‌کردند و مایل بودند زودتر پروتز دریافت نمایند تا از وابستگی به دیگران خارج شوند. شرکت کننده‌ای در این باره بیان نمود که «قبل از این که پام قطع بشه، من خیلی کار می‌کردم و آدم فعالی بودم و برای انجام کارام اصلا به کسی نیاز نداختم. خودم از پس همه کارها به تنهایی بر می‌اومدم، اما حالا من خیلی از کارها رو نمی‌تونم بکنم و حتی برای کوچک‌ترین کار نیاز به دیگران دارم. به خاطر همین من خیلی به خانوادم وابسته شدم و به خاطر همین مسایل و مشکلات خیلی زود عصبی و پرخاشگر می‌شم».

ج- تغییر در پنداشت از خود

اکثر افراد مبتلا به قطع اندام، بیان نمودند که تا مدتی خود را طور دیگری تصور می‌کردند. به عبارتی، تصور دیگری از خود داشتند و خود را فرد دیگری می‌دیدند. مشارکت کننده‌ای در

این زمینه اظهار داشت که «وقتی خودمو تو آینه می‌دیدم، احساس می‌کردم به آدم دیگه‌ای شدم. تو خلوت خودم هم خودمو به آدم دیگه می‌دیدم و با قبل از عملم ظاهر من خیلی فرق کرده و این منو خیلی رنج می‌داد. حتی از دیگران هم می‌پرسیدم که من بعد از عمل از نظر ظاهری از نظر شماها فرق کردم و رغبتی به دیدن پای از دست رفته خود نداختم و از دیدن خود در آینه دچار ترس و وحشت می‌شدم».

۳) اختلال در بهزیستی

این درون مایه از ۳ زیرطبقه «واکنش‌ها و احساسات نسبت به قطع عضو»، «بروز تغییرات منفی در زندگی» و «اختلال در فعالیت جنسی» استخراج گردید:

الف- واکنش‌ها و احساسات نسبت به قطع عضو

بیشتر افراد مبتلا به قطع عضو اغلب از درد، غمگین بودن، خلق افسرده، اضطراب و تحریک پذیری ناشی از وضعیت درمانی شکایت داشتند و همه آنان درد اندام خیالی (Phantom limb pain) یا درد در ناحیه استامپ (Pain stump) و عضو خیالی (Phantom limb) را تجربه نموده بودند که مانع آرامش آن‌ها در زندگی شده بود.

«اخیرا من به سختی به خواب می‌رم! من کمی افسرده شدم، خیلی زودرنج شدم. این حالت‌ها از زمانی که پام قطع شده شروع شده... من مرتبا احساس می‌کنم پای قطع شدم درد می‌کنه و یا می‌خاره و همین چیزا خواب و آرامش رو از من گرفته. دیگه مثل سابق زندگی راحتی ندارم... چند قدم با پروتزم راه می‌رم خسته می‌شم و پام درد می‌گیره. سربالایی رو نمی‌تونم برم، نمی‌تونم سر پا زیاد وابسم و خلاصه مثل قبل دیگه آسایش ندارم...».

ب- بروز تغییرات منفی در زندگی

افراد مبتلا به قطع اندام تغییراتی را در زندگی خود مطرح نمودند که باعث عقب ماندگی آن‌ها در کار و زندگی و بروز تغییرات منفی در زندگی آنان شده بود. مشارکت کننده‌ای در این زمینه بیان داشت که «من مسؤوَل انجام کارهای بیرون از شرکت بودم و درآمد خوبی هم داشتم، ولی بعد از این اتفاق دیگه نتونستم سر کار برم و کارم را از دست دادم».

ج- اختلال در فعالیت جنسی

افراد در تجربه خود با قطع عضو بیان نمودند که تمایلات جنسی آنان نیز کاهش یافته بود. مشارکت کنندگان در این زمینه بیان داشتند که «بعد از این که پام قطع شد، روابطم با همسرم تغییر کرد... از اون نمی‌دونم چرا کناره می‌گرفتم و همش تو خودم بودم و حتی این مسأله روی روابط جنسی ما نیز تأثیر گذاشته بود و میلی به برقراری رابطه جنسی با همسرم نداشتم».

۴) نیاز به درک شدن

این درون مایه شامل ۳ زیرطبقه از جمله «نیاز به حمایت از سوی خانواده»، «نیاز به حمایت از سوی تیم سلامت» و «نیاز به دریافت تجربه همتایان» بود.

الف- نیاز به حمایت از سوی خانواده

مشارکت کنندگان در این پژوهش بیان کردند که به دلیل تغییرات متعددی که در زندگی شخصی و خانوادگی آن‌ها به علت قطع اندام ایجاد شده بود، قادر به انجام نقش‌های خود نبودند و نیازمند حمایت از طرف خانواده و همچنین ارایه دهندگان خدمات سلامتی بودند. هر چند که اکثر مشارکت کنندگان حمایت‌هایی را از طرف خانواده دریافت کرده بودند، اما اغلب آنان غیر از همسر، نیاز به کمک سایر اعضای خانواده مانند پدر و مادر و یا خواهر و برادر را نیز بیان نمودند. «همسرم تو این مدتی که من از بیمارستان اومدم خونه، خیلی به من کمک کرد ولی من توقع داشتم خواهرم و یا برادرم هم بیان بهم سر بزنند، ببینند من چی لازم دارم. فقط تلفنی می‌گفتن هر کاری داری بگو، تازه می‌دونستم اگر هم می‌گفتم، در جواب بهم می‌گفتن ما فعلا کار داریم. این مدت خیلی به من سر نزدن و کار خاصی برای من نکردن. من تو این مدت از روی همسرم خجالت می‌کشیدم». بودن در خانه بعد از ترخیص از بیمارستان و عدم توانایی در انجام کارهای روزمره، از جمله دلایلی بودند که از طرف خانواده بیشتر بایستی درک می‌شدند. «من چون نمی‌تونم راه برم و یا راه رفتن با واکر و یا عصا برام سخته، در این موقعیت بیشتر نیاز به کمک خانوادم به خصوص برادرم دارم. چون خانمم خیلی تو این مدت خسته شد و ضعیف شد. اونا هم باید می‌اومدن و کمک حال من می‌شدن».

ب- نیاز به حمایت از سوی تیم سلامت

بین حمایتی که افراد مبتلا به قطع عضو نیاز داشتند و حمایتی که از طرف ارایه کنندگان خدمات سلامتی ارایه می‌شد، فاصله زیادی وجود داشت. آن‌ها بیان کردند که نیاز دارند احساسات خود را با افرادی که آن‌ها در ک کاند، در میان بگذارند و انتظارانشان در این زمینه از کادر درمان به خصوص پزشکان، پرستاران و تیم توانبخشی زیاد بود؛ اما به اعتقاد آن‌ها، این خواسته‌ها توسط آنان برآورده نمی‌شد. «تو این بخشی که بستری بودیم، توجهی به ما نمی‌کردن و اگر سؤالی می‌کردیم، درست و حسابی جوابی هم به ما نمی‌دادن و اصلا مریض‌های اون بخش را درک نمی‌کردن و خیلی از سؤالات ما بی‌جواب موند. تو مرکز توانبخشی هم که اومدیم همین‌طور. درست جواب به ما نمی‌دادن و اصلا انگار نمی‌فهمیدن ما چی می‌گیم. فقط اون سری کارهایی را که باید انجام بدن، می‌دادن و توجهی به خواسته‌ها و سؤالات ما نمی‌کردن».

ج- نیاز به دریافت تجربه همتایان

عدم آگاهی و تجربه قبلی در خصوص قطع عضو، همچنین نگرانی افراد در مورد وضعیت آینده خود برای آنان سؤالاتی را ایجاد کرده و سبب شده بود که افراد مبتلا به قطع عضو، تمایل به اشتراک تجارب خود با افراد دارای وضعیت مشابه خود داشته باشند. صحبت کردن با سایر افراد مبتلا به قطع عضو و در میان گذاشتن احساسات و تجارب خود با یکدیگر، سبب کمک به آن‌ها برای کنار آمدن با موضوع و یافتن راه‌هایی برای پذیرش وضعیت خود شده بود. مشارکت کنندگانی بیان داشت که «تو مرکز توانبخشی که می‌اومدم با آدمای مثل خودم صحبت می‌کردم ببینم اونا وقتی پاشونو قطع کردن، چطوری شدن و چه حالی بهشون دست داد و تا حالا چه کارهایی کردن و چطور با این قضیه کنار اومدن و کلا چه کارهایی تا حالا کردند. وقتی با اونا صحبت می‌کردم و می‌دیدم اونا هم مشکلاتی مثل من دارن، آروم می‌شدم».

۵) پذیرش فقدان عضو و پروتز

این طبقه از ۳ زیرطبقه شامل «درک واقعیت فقدان عضو»، «ضرورت دریافت پروتز» و «تلاش جهت کسب اطلاعات»

رنج بردن (Suffering) نام برده شده است و آنان اشاره نموده‌اند که رنج بردن، تجربه ذهنی فرد است که موجودیت فرد را مورد تهدید قرار می‌دهد و دامنه‌ای از شدت هیجانات، ناراحتی‌های جسمی و معنوی را در بر می‌گیرد. در این مطالعه نیز بیماران در رابطه با تهدید آینده خود رنج می‌بردند (۱۸). بسیاری از مشارکت کنندگان از درد جسمی رنج می‌بردند و بعضی دیگر حتی بدون وجود ناراحتی جسمی، رنج را تجربه نموده بودند و آن بدین دلیل بوده است که تصور می‌نمودند هرگز دیگر یک فرد معمولی نخواهند بود.

نتایج مطالعه نیز نشان داد که تجربه قطع عضو در میان زنان و مردان متفاوت می‌باشد. در واقع، با تفاوت جنسی، تجربه قطع عضو نیز متفاوت بوده است؛ به طوری که زنان به نسبت مردان تحریک پذیرتر بودند و بیشتر احساسات و واکنش‌های خود را بروز می‌دادند که این مسأله شاید مربوط به فرهنگ کشور ما ایران باشد که مردان به دلیل غرور خاصی که دارند احساسات و هیجانات خود را کمتر بروز می‌دهند و در برابر مشکلات مقاوم‌تر می‌باشند. Desmond و MacLachlan نیز نشان دادند که فقدان توان جسمی و بروز احساسات مربوط به آن، ممکن است تهدیدی برای حس مردانگی مردان باشد. بنابراین، مردان از بروز احساسات و واکنش‌ها نسبت به ناتوانی جسمی تا حد امکان خودداری می‌نمایند (۱۹). در حالی که مطالعه Liu و همکاران در چین نشان داده است که مردان به نسبت زنان تحریک پذیری بیشتری دارند و احساسات خود را بیشتر نشان می‌دهند که طبق نظر پژوهشگران مطالعه، این مسأله شاید مربوط به فرهنگ مردم چین باشد (۲۰).

بیشتر مشارکت کنندگان تغییرات در زندگی خود را به صورت بروز مشکلات در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، از دست دادن حس استقلال و تغییراتی در هویت خود بیان نمودند که با یافته‌های مطالعه Liu و همکاران در یک راستا بوده است (۲۰). همه مشارکت کنندگان با قطع عضو تجربه درد، غمگین بودن، خلق افسرده، اضطراب و تحریک پذیری را بیان نمودند و از وضعیت زندگی خود شکایت داشتند و بیشتر آنان درد اندام خیالی، درد در ناحیه استامپ و عضو خیالی را تجربه نموده بودند که در بعضی از آنان با گذشت

استخراج گردید. پذیرش فقدان عضو و پروتز، آغاز یک رویداد و یک روند اساسی روانی- اجتماعی مهمی است؛ یعنی آغاز یک تلاش را در جهت رسیدن به سازگاری را نشان می‌دهد و فراهم می‌کند.

الف- درک واقعیت فقدان عضو

در ابتدای قطع عضو، بیماران بعد از طی کردن واکنش‌های مختلف، به این خود آگاهی می‌رسیدند که چاره‌ای جز پذیرش واقعیت قطع عضو ندارند. شرکت کنندهای در این باره می‌گوید: «دیگه چاره‌ای ندارم، با به مشکل‌هایی می‌شه مبارزه کرد و حل کرد؛ اما به مشکلاتی هست که چاره‌ای نداری باید تحملش کنی، این مشکلات را من حس می‌کنم، دیگه بایستی تحمل کنیم».

ب- ضرورت دریافت پروتز

بیماران به دنبال خود آگاهی به مرحله‌ای رسیدند که ضرورت دریافت پروتز را درک نموده بودند و حتی برخی از بیماران بیان نمودند که از روی ناچاری پروتز را تحمل می‌کنند. مشارکت کنندهای در این زمینه بیان داشت که «من اصلا از پروتز خوشم نمی‌اومد، ولی چاره‌ای نداشتم که اونو بگیرم و استفاده کنم. بالاخره باید اونو می‌گرفتم تا بتونم زندگیمو ادامه بدم».

ج- تلاش جهت کسب اطلاعات

بسیاری از مشارکت کنندگان جهت ادامه زندگی خود تلاش می‌کردند تا اطلاعاتی کسب نمایند تا به ادامه زندگی آنان به شکل مناسب کمک نماید. شرکت کنندهای در این زمینه بیان داشت که «از هر جا که فکر می‌کردم بهم کمک می‌کنه، استفاده می‌کردم. مثلا کتاب می‌گرفتم و می‌خوندم، از پرسنل توانبخشی سؤال می‌کردم، از کسانی که به اون جا می‌اومدن مثل خودم بودن، کمک می‌گرفتم. حتی تو اینترنت می‌رفتم تا بالاخره زودتر بتونم کار و زندگیم رو شروع کنم».

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به قطع عضو، با چالش‌های روانی و فیزیکی مختلفی از جمله شوک، انکار و ناباوری، ترس و ناامیدی روبه‌رو شده بودند که در مطالعه Bhuvanewar و همکاران این واکنش‌ها تحت عنوان

در خصوص این که قطع عضو چه تأثیری بر روی آینده آنان خواهد گذاشت و این که چه کارهایی را باید یا نباید انجام دهند، تمرکز داشته است و به دنبال نداشتن اطلاعات در زمینه‌های مختلف، بعد از قطع عضو دچار نگرانی‌های شدیدی شده بودند. حتی آن‌هایی هم که عمل جراحی موفقیت‌آمیزی داشتند و نیز مشارکت کنندگان، دچار یک عدم قطعیتی شده بودند که با گذشت زمان، کمتر شده بود.

بسیاری از مشارکت کنندگان بیان نمودند که دریافت و استفاده از پروتز، یکی از عوامل کلیدی در برگشت حس استقلال آن‌ها بوده است و به دلیل همین مسأله، افراد از پروتز خود رضایت داشتند و نسبت به آن وابستگی خاصی را احساس می‌نمودند. اما به هر حال، مشارکت کنندگان از هر دو جنس، نیازهای شدیدی را در خصوص داشتن عملکرد مستقل بیان نمودند و به دلیل کمک گرفتن از دیگران جهت انجام فعالیت‌های روزانه زندگی، دچار وابستگی شدید به دیگران و عزت نفس منفی شده بودند که با دریافت پروتز، حس استقلال آنان دوباره بازگشته بود. این یافته با یافته‌های مطالعه Sebaee و Mohamed همسو می‌باشد (۲۱).

با توجه به این که اکثر مشارکت کنندگان، از نظر جسمی و مشکلات عدیده روحی وضعیت مناسب نداشتند، در سخنان خود نیاز به حمایت‌های عاطفی را از سوی خانواده مطرح می‌کردند. موضوع نیاز به حمایت در مطالعات دیگر هم مورد توجه افراد مبتلا به قطع عضو قرار گرفته است. نتایج یک مطالعه با روش پدیدارشناسی نیز نشان داد که افراد مبتلا به قطع عضو، در ابتدای قطع عضو، احساساتی مانند عدم امنیت، نگرانی و ترس از آینده داشتند که به مرور زمان از این علائم کاسته شد و کم‌کم نیازهایی از قبیل حمایت دیگران جهت سازگاری و کسب اطلاعات را بیان نمودند (۵). مرور متون نشان می‌دهد که اغلب به دنبال قطع عضو، افراد خانواده تلاش می‌کنند از بیمار حمایت نمایند، اما گاهی به دلیل قرار گرفتن در شرایط بحرانی، این نقش را به خوبی ایفا نمی‌کنند.

به اعتقاد مشارکت کنندگان در این پژوهش، یکی دیگر از منابع حمایتی که می‌تواند در حل مشکلات این بیماران نقش

زمان دردهای آنان از بین رفته بود. آنان عقب ماندگی از تحصیل و کار را نیز تجربه نموده بودند و فعالیت‌های جنسی آنان نیز کاهش یافته بود. این یافته‌ها نیز با یافته‌های مطالعه Sebaee و Mohamed در یک راستا قرار دارد. در این زمینه Liu و همکاران نیز بیان نموده‌اند که بروز مشکلات جسمی و روانی - اجتماعی منجر به عدم توانایی فرد به ادامه کار و زندگی خواهد شد که با بروز مشکلات روانی و تغییر در تصویر ذهنی، فرد دچار کاهش تمایلات جنسی می‌گردد. این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۱).

تجربه مشارکت کنندگان نشان داد که قطع عضو بر روی تصویر ذهنی و عزت نفس تأثیر به‌سزایی داشته است و میزان استقلال افراد نیز ممکن است بر روی تصویر ذهنی از خود و عزت نفس مؤثر باشد که زیرطبقه «پنداشت از خود» را به خود اختصاص داد. این نتایج با نتایج مطالعه Horgan و MacLachlan همخوانی داشت. پژوهش ایشان نشان داد که هر چه افراد ناتوانی‌های جسمی بیشتر و استقلال کمتری داشته باشند، در نهایت عزت نفس کمتر و تصویر ذهنی منفی را تجربه خواهند نمود.

افراد مبتلا به قطع عضو توصیف نمودند که به دلیل تغییر در ظاهر خود، احساس خجالت و شرمساری داشتند و تصور می‌نمودند که از نظر اجتماع طرد شده هستند. یافته جالب این مطالعه آن بود که افراد، گوشه‌گیر و دچار انزوای اجتماعی شده بودند تا خطری از طرف جامعه متوجه آنان نشود و به طوری که آنان بیان نمودند، تمایل نداشتند که به بیرون از منزل بروند و یا کسی را ملاقات نمایند؛ زیرا آن‌ها از واکنش دیگران نسبت به خود ترس و وحشت خاصی داشتند (۶).

تجربه افراد مبتلا به قطع عضو در مطالعه حاضر، برخی از موارد عدم برقراری ارتباط بین مراقبین بهداشتی و بیماران در قبل و بلافاصله بعد از قطع عضو را مطرح می‌نمود. مشارکت کنندگان بیان نمودند که مراقبین بیشتر بر روی جراحی، جلوگیری از بروز عوارض جراحی و بهبود زخم تمرکز داشتند تا برقراری ارتباط روانی با آنان. مشارکت کنندگانی که مرحله حاد بعد از جراحی را سپری کرده بودند، بیان نمودند که در آن زمان بیشتر دچار ترس و اضطراب شده بودند و سؤالات آنان

را درک نموده بودند و حتی برخی از بیماران بیان نمودند که از روی ناچاری پروتز را تحمل می‌کنند و جهت ادامه زندگی خود تلاش می‌کردند تا اطلاعاتی کسب نمایند تا به ادامه زندگی آنان به شکل مناسب کمک نماید. این امر، خود نمایانگر پذیرش واقعیت فقدان عضو در آنان بود. مطالعه Horgan و Maclachlan نیز نشان داده است که افراد مبتلا به قطع عضو، جهت پذیرش فقدان عضو با چالش‌های زیادی روبه‌رو می‌شوند، اما در نهایت، جهت برگشت به زندگی عادی خود، واقعیت فقدان عضو را پذیرفته‌اند و به دنبال آن با پذیرش پروتز توانسته‌اند زندگی خود را ادامه دهند (۷).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه از این نظر اهمیت دارد که به دنبال فقدان عضو ارابه دهندگان خدمات سلامتی بایستی ضمن ارائه خدمات توانبخشی به فرد، به وی کمک نمایند تا از مرحله شوک و ناباوری به مرحله پذیرش، گذر نماید و برنامه‌های حمایتی و توانبخشی جهت آنان طراحی و به اجرا گذاشته شود. از جمله برنامه‌های حمایتی که برای این گروه از افراد پیشنهاد می‌گردد، تشکیل گروه‌های رسمی حمایتی و برنامه‌های رسمی حمایتی هم‌تایان می‌باشد که بایستی به عنوان یک مراقبت معمول پر قدرت در نظر گرفته شود و هزینه‌های چندانی را نیز در بر نخواهد داشت.

بحث‌های گروهی در مورد نحوه مدیریت خود، راهبردهای مقابله‌ای، مهارت‌های حل مسأله، روش‌های آرام‌سازی و مهارت مراقبت از خود از جمله برنامه‌های حمایتی می‌باشد که در تمام مراحل قطع عضو بایستی به بیماران آموزش داده شود. با توجه به تجربیات این افراد، طراحی اهداف توانبخشی و حمایتی، مشاوره و آموزش به بیمار جهت پیگیری‌های بالینی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. این برنامه‌ها می‌تواند اهمیت خاصی در زمینه رفع مشکلات جسمی و روانی - اجتماعی بیمار داشته باشد؛ به طوری که برنامه‌های مراقبتی و حمایتی، کل نگر و متناسب با تجارب و نیاز بیماران طراحی و اجرا شود تا در نهایت، از بروز بسیاری از مشکلات جسمی و روانی - اجتماعی در آنان جلوگیری به عمل آورد.

مؤثری داشته باشد، کارکنان تیم درمان و توانبخشی هستند که در امر درمان و توانبخشی فرد مشارکت داشته‌اند. به نظر آنان همراهی این گروه با افراد مبتلا به قطع عضو، جهت شنونده فعال بودن، آموزش و راهنمایی آنان می‌تواند در پذیرش فقدان عضو و پروتز مؤثر باشد. Behel و همکاران بیان نمودند که توانایی اعضای تیم سلامت در برقراری ارتباط و حمایت از افراد مبتلا به قطع اندام، یکی از مهارت‌های پایه است که این افراد باید آن را به خوبی یاد گرفته باشند. (۲۲) برداشت از نقش تیم درمان و توانبخشی در این مطالعه به گونه‌های متفاوتی بوده است. برخی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان از همراهی آنان حکایت داشته است و برخی از وقت نگذاشتن برای آن‌ها جهت توضیح در خصوص اطلاعات لازم بوده است. مرور متون نشان می‌دهد که افراد مبتلا به قطع اندام، نقش حمایت کادر درمان و توانبخشی را مثبت ارزیابی نموده بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افراد مبتلا به قطع عضو، برای غلبه به مشکلات ناشی از فقدان عضو، علاوه بر نیاز به حمایت از سوی خانواده و کارکنان تیم سلامت و توانبخشی، نیازمند برقراری ارتباط با هم‌تایان هستند که تجربه مشترک با آن‌ها دارند تا روش‌های مقابله با استرس وارده را از یکدیگر یاد بگیرند. یافته‌های مطالعه Hamill و همکاران نیز نشان داده است که حمایت از طرف هم‌تایان فرصتی را برای بیماران فراهم می‌نماید تا در احساسات یکدیگر شریک شوند. در نتیجه، بسیاری از نگرانی‌های آنان رفع می‌شود و حس انزوای آن‌ها نیز کاهش می‌یابد و دیدگاه مثبتی نسبت به قطع عضو برای آنان ایجاد می‌شود. آنان احساس حمایت بیشتری می‌کردند و تصور می‌کردند که به دلیل یادگیری از هم‌تایان خود، قادرند شرایط استرس‌زای ناشی از فقدان عضو را بهتر کنترل نمایند. در ایالات متحده آمریکا گروه‌های رسمی هم‌تایان، مسؤولیت حمایت بیماران را عهده‌دار می‌باشند (۲۳).

در ابتدای قطع عضو، بیماران به دنبال طی کردن واکنش‌های مختلف به این خود آگاهی می‌رسیدند که چاره‌ای جز پذیرش واقعیت قطع عضو ندارند و ضرورت دریافت پروتز

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری افراد مبتلا به قطع اندام تحتانی که در این پژوهش شرکت نمودند و

همچنین از ریاست و معاونت مرکز توانبخشی جامع هلال احمر تهران به دلیل همکاری با انجام پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Amputation [Online]. [cited 2001]; Available from: URL: dps.missouri.edu/resources/Handbook/amputation.pdf
2. Atherton R, Robertson N. Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disabil Rehabil* 2006; 28(19): 1201-9.
3. Unwin J, Kacperek L, Clarke C. A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clin Rehabil* 2009; 23(11): 1044-50.
4. Hosain GM, Atkinson D, Underwood P. Impact of disability on quality of life of rural disabled people in Bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2002; 20(4): 297-305.
5. Mosaku KS, Akinyoola AL, Fatoye FO, Adegbehingbe OO. Psychological reactions to amputation in a sample of Nigerian amputees. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31(1): 20-4.
6. Shahryar SH. The monitor of health booklet: The lower limb amputee veterans [Online]. [cited 2004]; Available from: URL: www.isaarsci.ir/.../physicianarticle/.../sciebook11.pdf. [In Persian].
7. Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disabil Rehabil* 2004; 26(14-15): 837-50.
8. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health* 1995; 18(2): 179-83.
9. Lichtman M. *Qualitative Research in Education: A User's Guide*. New York, NY: Sage; 2010.
10. Saneei A, Nikbakht Nasrabadi A. *Methodology of qualitative research in health sciences*. Tehran, Iran: Baraye-Farda; 2005. [In Persian].
11. Salsali M, Parvizi S, Hagbagheri AM. *Qualitative research methods*. Tehran, Iran: Boshra; 2005. [In Persian].
12. 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.
13. Streubert Speziale H, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
14. Lichstein PR, Young G. "My most meaningful patient". *Reflective learning on a general medicine service*. *J Gen Intern Med* 1996; 11(7): 406-9.
15. Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care Women Int* 1992; 13(3): 313-21.
16. Polit DF, Tatano Beck C. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
17. Van Manen M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York, NY: SUNY Press; 2010.
18. Bhuvaneshwar CG, Epstein LA, Stern TA. Reactions to amputation: recognition and treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9(4): 303-8.
19. Desmond DM, MacLachlan M. Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, traumatic limb amputations. *Journal Pain Symptom Manage* 2006; 31(4): 362-8.
20. Liu F, Williams RM, Liu HE, Chien NH. The lived experience of persons with lower extremity amputation. *Journal Clinical Nursing* 2010; 19(15-16): 2152-61.
21. Sebaee HEA, Mohamed LA. Stressors and Positive Coping Strategies among Patients with New Limb Amputation. *Journal of American Science* 2011; 7(9): 726-36.
22. Behel JM, Rybarczyk B, Elliott TR, Nicholas JJ, Nyenhuis D. The role of perceived vulnerability in adjustment to lower extremity amputation: A preliminary investigation. *Rehabilitation Psychology* 2002; 47(1): 92-105.
23. Hamill R, Carson S, Dorahy M. Experiences of psychosocial adjustment within 18 months of amputation: an interpretative phenomenological analysis. *Disability of Rehabilitation* 2010; 32(9): 729-40.

Experience of Patients with Lower Limb Amputation

Nadereh Naderiravesh¹, Jila Abed Saeedi², Mohammad Ali Besharat³,
Ali Darvish Poorkhaki⁴, Hamid Alavi Majd⁵

Original Article

Abstract

Introduction: The impact of lower limb amputation is great on patient's physical and psychosocial functioning. In fact, the future of patients can even be affected by this experience. This study aimed to explain the experience of patients with lower limb amputation in the Red Crescent Rehabilitation Center in Tehran, Iran.

Method: In a qualitative study, purposive sampling method was used to select 16 patients with lower limb amputation (below knee) in the Red Crescent Rehabilitation Center in Tehran for at least having lower limb amputated within 6 months. Data were collected through semi-structured interview. The data were analyzed based on the content analysis.

Results: The results of this study revealed five main themes including perceived threats for the loss of a limb, changes in life, well-being problem, need to be understood and acceptance of loss of a limb and prosthesis.

Conclusion: The patients with lower limb amputation participating in this research required adequate and correct knowledge about amputation and psychological needs and supports. The support that those receive from family and healthcare team members was unexpected for them and this issue concerns them about the amputation. Thus, the role of family and healthcare team members and rehabilitation in the training and support, especially emotional support, is essential.

Keywords: Experience amputee, Lower limb, Amputation, Qualitative study

Citation: Naderiravesh N, Abed Saeedi J, Besharat MA, Darvish Poorkhaki A, Alavi Majd H. **Experience of Patients with Lower Limb Amputation.** J Qual Res Health Sci 2014; 3(1): 93-103.

Received date: 09.01.2014

Accept date: 19.02.2014

- 1- PhD Student, Department of Nursing, International Branch, Gheshm AND Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 3- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
- 4- Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 5- Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Para-Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Darvish Poorkakhki, PHD: Email: Darvishpoor @sbmu.ac.ir