Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol 1 Issue 1 No1 Fall 2014

Rehabilitation needs of patients with physical disabilities due to traffic accidents for returning to the community: a qualitative study

Pashaei Sabet F[1], Norouzi Tabrizi K[2], Khankeh HR[3], Fallahi Khoshknab M[4]

Abstract

Introduction: Increase in road traffic accidents has led to increase in various degrees of injuries and disabilities with various physical limitations and disabilities. Fortunately, increasingly advances in sophisticated medical, nursing and rehabilitation sciences has led to most people with physical disabilities, would have be enable to return to the society. In order to return to the community the needs of people with disabilities should be well known as well as their presence in the community to be provided. The purpose o f this study was to understand the rehabilitation needs of patients with physical disabilities from road traffic accidents to return to the community.

Methods: A qualitative approach using conventional content analysis was adopted. 12 participants of both genders and age ranged between 18-45 years old with at least 3months physical disability in upper and lower limbs or spinal cord injury of two specialized hospitals and clinics affiliated to Tehran and Iran Universities of Medical Sciences were selected through purposive sampling. Data collected through in-depth semi-structured interviews and continued until data saturation. Data analysis was done continuously and simultaneously with data collection. Also constant comparison method with conventional content analysis approach was used.

Findings: Three themes emerged from the data analysis, including: (a) the need to be under the umbrella of support, (b) the need for continuity of care and (c) achieving independence. In fact, the needs of the clients were getting support from others, including family and community, continuity of care throughout their disability and the need for independence.

Conclusion: The needs identified in this study should be included in the designing of client care plans. Therefore, to achieve the independence of the physically disabled due to traffic accidents, providing sufficient support as well as the availability and continuity of care is suggested. Also a multi-dimensional rehabilitation model with the family and community-based rehabilitation approach should be used to provide the necessary cover to these three categories.

Keywords: Accidents, Physical disability, Traffic accident, Qualitative research, Rehabilitation, Nursing, community

1- PHD student of Nursing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2- Assistant Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. **(Corresponding author)**
E-mail: dr.kian_nourozi@yahoo.com
3- Associate Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4- Associate Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

پژوهش توانبخشی در پرستاری شماره ۱ پاییز ۱۳۹۳ ۸۷-۷۴

نیازهای توانبخشی بیماران با ناتوانی جسمی ناشی از حوادث ترافیکی برای بازگشت به جامعه: یک مطالعه کیفی

فاطمه پاشایی ثابت[۱]، *کیان نوروزی تبریزی[۲]، حمیدرضا خانکه[۳]، مسعود فلاحی خشکناب[۴]

مقدمه: افزایش روزافزون حوادث و سوانح ترافیکی منجر به افزایش مصدومین و معلولین گردیده که بدرجات مختلفی دارای انواع محدودیتها و معلولیتهای جسمی هستند، خوشبختانه پیشرفتهای روز افزون علوم پزشکی، پرستاری و توانبخشی منجر گردیده بیشتر افراد با ناتوانیهای جسمی، توان بازگشت به جامعه را بدست آورند، برای بازگشت به جامعه باید نیازهای افراد ناتوان بخوبی شناخته شود تا با رفع آنها زمینه حضور در جامعه برای آنها فراهم گردد. هدف از این مقاله بررسی و درک نیازهای توانبخشی بیماران با ناتوانی جسمی ناشی از حوادث ترافیکی برای بازگشت به جامعه است.

روش پژوهش: این مطالعه با رویکرد تحقیق کیفی و با روش تحلیل محتوای کیفی انجام گردید، ۱۲ مشارکت کننده از هر دو جنس با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ ساله با سابقه حداقل ۳ ماه ناتوانی جسمی اندام فوقانی ، تحتانی،و یا صدمات طناب نخاعی با روش نمونه گیری هدفمند از دو مرکز تخصصی بیمارستانی و کلینیکهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران انتخاب شدند. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختارمند جمع آوری و تا اشباع داده ها ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده ها به طور مستمر و همزمان با جمع آوری داده ها و به صورت مقایسه ایی با رویکرد تجزیه و تحلیل محتوای قراردادی انجام گردید.

یافته ها: بر اساس یافته های این مطالعه سه طبقه اصلی این مطالعه شامل نیازبه قرار گیری درچتر حمایتی، نیاز به تداوم مراقبتی، و نیل به استقلال مشخص گردید. در حقیقت نیازهای این مددجویان مورد حمایت قرار گرفتن از سوی دیگران شامل خانواده و جامعه، استمرار مراقبتها در سراسر دوران معلولیت و نیاز به استقلال بوده است.

نتیجه گیری: نیازهای شناخته شده در این تحقیق باید در طراحی برنامه های مراقبتی مددجویان گنجانده شود. لذا پیشنهاد می گردد، برای دستیابی ناتوانان جسمی ناشی از سوانح ترافیکی به استقلال، فراهم نمودن حمایت کافی آنها و همچنین در دسترس قراردادن و تداوم مراقبتها برای آنها، از رویکرد توانبخشی خانواده و جامعه محور با مدل توانبخشی چند بعدی فراگیر که می تواند هر سه دسته نیاز فوق تامین نموده و پوشش دهد، استفاده گردد.

کلید واژه ها: سوانح، ناتوانی جسمی، حوادث ترافیکی، نیاز مراقبتی، مطالعه کیفی، توانبخشی، پرستاری.

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، گروه پرستاری ،دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران. **(نویسنده مسؤول)**
پست الکترونیکی: dr.kian_nourozi@yahoo.com
۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
۴- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

مقدمه

سوانح در حال حاضر به عنوان یکی از مهم ترین و شایعترین تهدیدها به رسمیت شناخته شده است. بررسی داده ها از سال ۲۰۰۱ تا سال ۲۰۰۵ از بانک اطلاعات ملی تروما نشان داد که اکثریت صدمات غیر عمدی، با بیشترین درصد (۴۱/۳ درصد) مربوط به حوادث ترافیکی است (۱) در آمریکا سالانه ۵۰۰ هزار نفر بر اثر تروماهای ناشی از وسایل نقلیه جان خود را از دست داده‌اند و حوادث ترافیکی خودرو سومین علت مرگ ومیر در این کشور است. در ایران از ۴ میلیون نفر بستری سالیانه در سال ۱۳۸۰، ۱/۵ میلیون نفر مربوط به تروماها بوده است و روزانه ۳۲ نفر براثر تروماهای رانندگی جان خود را از دست می‌دهند (۲). ترومای ناشی از حوادث رانندگی، علاوه بر مرگ و میر، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اقتصادی و اجتماعی زیادی را از قبیل هزینه درمان، هزینه ازدست‌دادن درآمد خانواده در طول دوران بستری، هزینه و زمان صرف‌شده برای آموزش حرفه جدید به بیمارانی که بر اثر تروما قادر به انجام حرفه قبلی خود نیستند و همچنین، کاهش بهره‌وری جامعه، توقف فعالیت‌ها و مدیریت سازمان‌های تحت مسئولیت بیماران ترومایی یا فوت‌شده به جامعه تحمیل می کند (۶،۵،۴،۳) .همچنین ،بیماران با صدمات تروماتیک ممکن است تجربه ناتوانی، درد مزمن، و تغییر دائم در کیفیت زندگی را تجربه کنند (۷). راسل Russel (۲۰۰۸) نیز، بیان میکند که بیماران با ناتوانی جسمی در بازگشت به زندگی نرمال با مشکلات جسمی و روانی متعددی مواجه می شوند که در مقابله با این موانع، تعدادی از مکانیسم ها مانند استراتژیهای سازگاری در کاهش استرس، ارتقاء عملکرد خانوادگی، افزایش کیفیت زندگی و استقلال بیماران نقش زیادی داشته و عدم بکارگیری و تقویت این استراتژیها و تواناییها در این بیماران ممکن است باعث افت کیفیت زندگی آنان گردد (۸). همچنین محدودیت های عملکردی بعلت مشکلات فیزیکی و پیامدهای اقتصادی ناشی از توانبخشی به علت از کار افتادگی موقت و دائم ناشی از آن ممکن است باعث اختلال کیفیت زندگی در مصدومین و خانواده های آنان شود (۱۰،۹،۴)که باعث نیاز به، خدمات پرستاری، پزشکی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، حمایت روانی و خدمات مددکاری اجتماعی از همان زمان بستری دربیمارستان تا پس از ترخیص می شود (۹). همچنین، اثرات بلند مدت مصدومیت جسمی در زندگی اشخاص، عوارضی همچون تاخیر در بازگشت به زندگی اجتماعی و حرفه ایی بعلت محدودیتهای عملکردی وسیع در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتمایی گزارش می شود (۱۱) و بالاخره با وجود پیشرفتهای اخیر مبنی بر امکان برگشت موفقیت آمیز مصدومین جسمی به جامعه، آنان ممکن است در برگشت خود به زندگی اجتماعی خود با مشکلات و نیازهای متعددی مواجه شوند و با وجود تاکید اخیر محققین بر برگشت به جامعه ممکن است پیامدهای زیادی همچون عوارض اقتصادی و اجتماعی در مسیر بازگشت بر شخص عارض گردد و بازگشت به جامعه که هدف نهایی بازتوانی می باشد را با مسائلی روبرو سازد (۱۲،۱۳). بعضی مطالعات نیز گزارش می کنند عدم ثبات عاطفی، ناسازگارهای اجتماعی ممکن است تطبیق فرد با زندگی و جامعه را با مشکلات و نیازهایی مواجه سازد (۱۵،۱۴). باچر و راستون نیز بیان میکنند که برگشت به جامعه و بهبودی در بیماران با ناتوانی جسمی به نیازهای بیماربستگی داشته و پرستاران برای ارائه مراقبت توانبخشی مبتنی برجامعه مناسب به بیمار صدمه دیده ، نیاز به درک نیازهای جسمی روانی اجتماعی و شخصی او دارند (۱۶) از آنجا که نیازهای بازگشت به جامعه در بیماران با ناتوانی جسمی ناشی از تصادفات هنوز در پرده ابهام بوده و مطالعات انجام درایران تنها در زمینه آمار و ارقام مصدومیت و ناتوانی جسمی ناشی از حوادث ترافیکی بوده و از سویی دیگر هیچ مطالعه ایی با متدولوژی کیفی در این زمینه در ایران.وجود ندارد بنابراین، لزوم درک تجربه واقعی نیازهای توانبخشی دربیماران با ناتوانی جسمی ناشی از حوادث ترافیکی منجر به برنامه ریزی بهتر برای بهبود مراقبت از آنان خواهد شد. لذا، این مقاله با هدف درک و کشف نیازهای توانبخشی بیماران با ناتوانی جسمی ناشی از حوادث ترافیکی برای بازگشت به جامعه نگارش گردید.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

روش مطالعه

این مطالعه بروش کیفی و با رویکرد تجزیه و تحلیل محتوی با هدف درک و کشف نیازهای مراقبت توانبخشی بیماران با ناتوانی جسمی ناشی از حوادث ترافیکی انجام شد. تحلیل محتوا نیز به عنوان، یکی از روشهای تجزیه و تحلیل داده ها در این مطالعه کیفی مورد استفاده قرارگرفت (۱۷). مشارکت کنندگان در این پژوهش از بیماران بستری در دو بیمارستان تخصصی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران و کلینیک‌های بازتوانی وابسته به این مراکز، به روش نمونه گیری هدفمند گزینش شدند. این دو مرکز از مراکز ارجاعی عمده و مهم برای درمان و توانبخشی مصدومین ترافیکی از سراسر ایران می باشند. معیارهای ورود مشارکت کنندگان به مطالعه شامل کلیه مصدومین ترافیکی آسیب دیده با تجربه تصادف با وسیله نقلیه موتوری، دارای معلولیت و یا آمپوتاسیون اندام فوقانی و تحتانی و یا ضایعه نخاعی با توانایی درک و صحبت با زبان فارسی و تمایل به شرکت در مطالعه بود، مشارکت کنندگان از محدوده سنی بین ۱۸سال تا ۴۵ سال و از هر دوجنس زن و مرد ، و با شدت آسیب بالای ۱۶ (Injury Severity Score) و گذشت حداقل ۳ ماه از حادثه ترافیکی انتخاب شدند. شرکت کنندگان با آسیب سر و یا بیماران با مشکلات شناختی و روانی از مطالعه حذف شدند. مشارکت کنندگان با استناد به دفتر پذیرش و ثبت بیماران در بخش آی سی یو، ارتوپدی و اعصاب در دو بیمارستان تخصصی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و کلینیک‌های وابسته به این مراکز و منزل بیماران، با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه های عمیق نیمه ساختاری به صورت فردی و چهره به چهره انجام شده است. مصاحبه به روش نیمه ساختارمند و با یک سئوال باز بر اساس سئوال اصلی پژوهش آغاز می شد و بتدریج بر اساس تحلیل داده ها، سوالات ژرف کاو و پی گیر در خصوص نیازهای مراقبت توانبخشی در برگشت به جامعه در بیماران با ناتوانی جسمی ناشی از حوادث ترافیکی، پیش رفت. جمع آوری داده ها حدود ۹ ماه به طول انجامیده است. مدت مصاحبه ها بین ۴۵- ۲۵ دقیقه بسته به میزان توانایی بیمار برای ادامه مصاحبه متفاوت بوده است. مصاحبه ها بر روی ضبط صوت ثبت و پس از هر جلسه به صورت کلمه به کلمه پیاده شده اند. سوالات اصلی مصاحبه شامل این سوالات بوده است: از ماجرای تصادفتون برام بگین؟ میشه بگین بعد از حادثه چه اتفاقی افتاد؟ چه وضعیتی داشتید؟ تا چه حد می توانستید کارهایتان را خودتان بکنید؟ علاوه بر این از سوالات کاوشگرانه نیز به منظور روشن شدن پاسخ های شرکت کنندگان درجریان مصاحبه استفاده شده است. روش پژوهش بدین شکل بود که پس از انتخاب مشارکت کنندگان هدف و روش مطالعه برای بیماران شرکت کننده در مطالعه توضیح داده می شد و در صورتی که موافقت می کردند که در تحقیق وارد شوند رضایت نامه تحقیق برایشان قرائت و پاسخ سئوالات انها داده می شد و ذکر می گردید که بیماران می توانند در هر زمانی که تمایل داشتند بدون هیچ گونه جریمه و ضرر و زیان از شرکت در مطالعه انصراف دهند. از آن ها برای ضبط مصاحبه اجازه گرفته شد و به بیماران شرکت کننده در مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات آنان ها محرمانه خواهد ماند، و در نهایت بیماران فرم رضایت نامه را امضا می نمودند و در مرحله بعدی قرار ملاقات جهت مصاحبه تنظیم و هماهنگ می شد مصاحبه ها در محلی که مورد تمایل بیمار بود از جمله کلینیک، بیمارستان، منزل انجام گردید .سپس تمام مصاحبه با موافقت مشارکت کنندگان با دستگاه ضبط دیجیتال ضبط و طی ۲۴ ساعت کلمه به کلمه در نرم افزار word نسخه نویسی گردید سپس متن تایپ شده چندین بار مرور، کدگذاری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل اطلاعات از رویکرد آنالیز محتوی قراردادی استفاده شد. تحلیل محتوا به مثابه تکنیکی پژوهشی شامل شیوه های تخصصی در پردازش داده های علمی است. متن حاصل از مصاحبه ها به واحدهای معنایی که خلاصه سازی (Condense) شده بودند تقسیم شدند. واحدهای معنایی خلاصه شده انتزاعی و به وسیله کدها برچسب گذاری شدند. در ادامه کدها بر اساس مقایسه از نظر شباهت ها و تفاوت ها به زیر تم و تم ها مرتب شدند (۱۸). برای اطمینان از صحت و

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

پایایی داده های کیفی از معیارهای دقت علمی مانند اعتبار credibility، قابلیت اعتماد dependability، قابلیت انتقال transferability قابلیت تأیید confirmability، گوبا و لینکون Guba & Lincoln استفاده شد (۱۹). در این مطالعه به منظور دستیابی به صحت داده ها از روش درگیری طولانی مدت در پدیده مورد بررسی استفاده شد و محققین در طول مطالعه به مدت یک سال با داده ها درگیری مداوم داشتند، همچنین یافته های معنایی حاصل از تحلیل محتوا به رویت و تایید مشارکت کنندگان پژوهش می رسید و در صورت برداشت نادرست اصلاح می گردید member check، روش دیگری که جهت استحکام داده ها بکار رفت استفاده از ناظرین بیرونی همچنین برای حسابرسی تحقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را به طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. جهت انتقال پذیری یافته ها سعی شد، نقل قول های مشارکت کنندگان به همان صورتی که گفته شده، ارایه گردد. در ضمن این مقاله قسمتی از یافته های تز دکتری است که توسط کمیته اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تصویب شده و اجازه نا مه کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه در خرداد ماه ۹۲ جهت نمونه گیری گرفته شد.

یافته ها

مشارکت کنندگان شامل ۱۲ نفر بوند که شامل ، ۹ مرد (۷۵ درصد) و ۳ زن (۲۵ درصد) بودند. متوسط سن بیماران ۳۰ سال بود. جوانترین بیمار ۲۰ سال و مسن ترین آنها ۴۵ سال داشت .مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان بشرح ذیل بوده است (جدول ۱).

جدول ۱: جدول وضعیت جمعیت شناختی مشارکت کنندگان تحقیق

جنس	مرد ۹ نفر (۷۵ درصد)	زن ۳ نفر (۲۵ درصد)	
وضعیت تاهل	مجرد ۴ نفر (۳۳ درصد)	متاهل ۸ نفر (۶۷ درصد)	
سن	میانگین ۳۰ سال	حداقل ۲۰ سال	حداکثر ۴۵ سال
محل ناتوانی جسمی	اندام تحتانی ۵ نفر (۴۲ درصد)	تحتانی و فوقانی ۳ نفر (۲۵ درصد)	ضایعه نخاعی ۴ نفر (۳۳ درصد)
مدت مصدومیت	میانگین ۱۲ ماه	حداقل ۳ ماه	حداکثر ۲۴ ماه
وضعیت تحصیلی	سیکل ۲ نفر (۱۷ درصد)	دیپلم ۵ نفر (۴۱/۵ درصد)	لیسانس ۵ نفر (۴۱/۵ درصد)
وضعیت شغلی	شاغل ۱۰ نفر (۸۳ درصد)	خانه دار ۲ نفر (۱۷ درصد)	بیکار ۰ (۰ درصد)

بر اساس یافته های مطالعه سه طبقه اصلی این مطالعه شامل نیاز به قرار گیری درچتر حمایتی ،نیاز به تداوم مراقبتی، و نیل به استقلال ظاهر گردید که هر کدام دارای زیر طبقاتی بشرح ذیل بودند:

نیاز به قرارگیری درچتر حمایتی: چتر حمایتی، طبقه اصلی استحصال شده در این مطالعه بود که شامل زیر طبقات، نیاز به حمایت توسط تیم مراقبتی ،نیاز به حمایت اجتماعی و گرایش به معنویات بود.

نیاز به حمایت توسط تیم مراقبتی: یکی از زیر طبقات مشخص شده از تجارب مشارکت کنندگان، حمایت توسط تیم مراقبتی بود. مشارکت کنندگان حمایت اشخاصی همچون پزشکان، پرستاران، فیزیوتراپیست ها و غیره را عامل مهمی در بازگشت به جامعه تلقی می کردند.

«اگر اونها بمن توجه بیشتری میکردن من شاید زودتر خوب می شدم میومدن یک ویزیت سریع می کردند پرستار هم سریع دارو میداد و می رفت نه به حرفامون گوش میکردن، نه هیچ وقتی می اومدند تو اتاق و میرفتن گاهی از درد پاهام شکایت میکردم و بهشون می گفتم اونهام با بی اعتنایی رد می شدند و می رفتند ». (شرکت کننده مرد ۳۰ ساله با معلولیت پا).

«تو این مشکلی که برام پیش اومده بود نیاز به رسیدگی و توجه بیشتری کادر درمانی داشتم، بیان پیشم بهم دلداری بدن، بالاخره من قبلا سالم بودم مثل اونها و حالا این بلا سرم اومده بود، احساس تنهایی میکنم کاش اینجام مث کشورهای پیشرفته بیشتر بداد مریض می رسیدن ». (شرکت کننده مرد ۳۳ ساله با معلولیت دست و پا).

نیاز به حمایت اجتمایی: حمایت اجتماعی به عنوان یکی از اجزاء مهم برای توانبخشی موفقیت آمیزاز ناتوانی جسمی بعداز تصادف بود. مشکلات وعوارض مصدومیت جسمی بدنبال حادثه ترافیکی استرس فوق العاده‌ای را بر بیمار و اعضا خانواده

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-09-13]

او وارد کرده بود و نیاز به حمایت اجتماعی قوی توسط شرکت کنندگان در این پژوهش تجربه شده بود:

«هیچ منبع حمایتی در برای کم کردن بار این رنج و سانحه خسارات بار ما رو نمیده ». (شرکت کننده زن ۲۸ ساله با ضایعه نخاعی و معلولیت یک پا).

«ما موندیم و یه عالمه قرض و قوله واسه کارهام. دفعه اول هزینه ها رایگان شد ولی بقیه کارهام همه با مشکلات متعددی همراه بود و مجبور بودم واسه همه اینکارا خودم هزینه هاشو بپردازم». (مشارکت کننده مرد ۳۳ ساله با معلولیت دست و پا).

«سازمان بهزیستی اصلا کمکی به ما نمی کنه تو این موقعیت یکی باید دستتو بگیره» (مشارکت کننده مرد۳۳ساله با معلولیت دست و پا).

مشارکت کنندگان بیان کردند که هیچ مرکز قوی و مشاوره ایی که متشکل از تیم های قوی و متخصص و آشنابه امور بیماران تصادفی و خانوادهاشون که در موقع نیاز برای بسیاری از آنها دچار مشکلات مالی و خانوادگی بتوانند به آنان مشاوره بدهند وجود ندارد:

«ما در سطح جامعه هم تنهاییم، وقتی مشکل پیدا می کنیم کسی نیست که به مشکلات ما رسیدگی کنه، ببینید مشکلات ما یکی دو تا نیست مثلا اکثر ما مشکلات روحی پیدا کردیم نیاز به مشاوره داریم، بازم اینکه بیشتر ما مشکلات مالی پیدا کردیم، رفت و آمد از یه طرف، از دست دادن کارایی و شغلهامون از طرف دیگه، تازه کلی هم مشکلات خانوادگی تو این بین برامون بوجود اومده که به یه منبع همیشگی مشاوره و حمایت نیازه که نیست». (مشارکت کننده مرد ۳۵ ساله با معلولیت دست و پا).

برخی شرکت کنندگان نیاز به مشاوره و شرکت درگروه و انجمن همتایان را در بهبودی خود موثر می دانستند:

"وقتی تنها بودم واقعا احساس می کردم که دیگه یه آدم بیخود شدم که دیگه از پس هیچ کاری بر نمیام ولی بعد از آشنایی با انجمن و دوستام واقعا احساس میکنم آدم مفیدی هستم و هیچ کس مثل همدردای آدم نمیتونه به آدم کمک کنن، اینجا دیگه همه بهم کمک می کنیم و احساس میکنم مثل آدمهای عادی شدم». (مشارکت کننده مرد ۲۸ ساله با معلولیت پا).

گرایش به معنویات: یکی از زیر طبقات استخراج شده از تجربیات مشار کت کنندگان در پژوهش حاضر، حامی درونی بود. توجه به معنویات در مراقبت از بیماران باعث تقویت برگشت سریعتر بیماربه حالت عادی بود.

«خداشفام داده، من حالم خیلی بد بود، با ویلچر می رفتم و خدا بهم کمک کرد، اصلا نمی تونستم راه برمو وکارامو انجام بدم، ولی الان خدارو شکر همه چی خوبه و من شکر گذارم». (مشارکت کننده مرد ۲۴ ساله با مصدومیت پا)

«تو بخش که بودم شیخی که بهشون اعتقاد داشتم اومد پیشم، با هام صحبت کرد، قبلش من نمیتونستم قبول کنم پا مو برا همیشه از دست دادم ولی بعد از اون واقعا احساس کردم که بدون پا هم میتونم زندگی کنم». (مشارکت کننده مرد ۳۰ ساله با مصدومیت نخاعی).

شرکت کنندگان در این پژوهش نیروی مافوق بشری را در رسیدن به سازگاری و رضایت خود می دانستند و از این بابت شکر گذار بودند:

«در صورتی که نقش معنویات یعنی اونچه که به بیمار ازنظر روحی کمک و به آدم آرامش میده ازبعد برگردوندن شخص بسیار مهم و حائز اهمیت هست و با تمام اون چیزی که بیمار به اون اعتقاد داره به او کمک کردن است قرآن خووندن و گرایشم به توسل به معنویات در بازتوانی و برگشت بهترم به زندگیم اتفاق افتاد و منو به حالت عادیم برگردوند ». (مشارکت کننده مرد۴۲ ساله با معلولیت پا).

نیاز به تداوم مراقبتی: یکی از طبقات اصلی این مطالعه نیاز به تداوم مراقبتی بعنوان یکی از دغدغه های اصلی مشارکت کنندگان مطالعه اخیر بود. این طبقه اصلی شامل زیر طبقات رهایی در جامعه و جستجوی دانش مراقبتی بود.

رهایی در جامعه: رهایی در جامعه یکی از مهم ترین دغدغه های مشارکت کنندگان بود بطوریکه بعد از خروج بیمار از بخش امکان دستیابی به بیمارستان یا مرکز درمانی با کادر

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

متخصص برای ادامه دریافت مراقبت را بسیار ضعیف می پنداشتند:

«ما محدودیت داریم بعد از ویزیت ها اول بعد از ترخیص با همین معلولیتها تو جامعه رها میشیم و نمیتونیم به جایی دسترسی پیدا کنیم، ما میخواهیم که بتونیم کارها و مشکلات پزشکیمونو پیگیری کنیم ولی نمیدونم چطوری ». (مشارکت کننده مرد ۲۷ ساله با معلولیت پاها).

«بعد از تصادف ما با صدمات و ناتوانیهایی میریم خوونه و مشکل یکدفعه باعث ایجاد مشکل در جسم روان و زندگیمون میشه و بایدکسانی باشند که حمایتمون کنن، کمک کنن مریض سریعتر بهبودی پیدا کنه». (مشارکت کننده مرد ۲۸ ساله با معلولیت دست و پا).

مشارکت کنندگان بیان کردند ایجاد مشکل و ناتوانی جسمی در آنان تا مدتی پیگیری مرتب میطلبد ولی این حمایتها متاسفانه بعد از ترخیص قطع میشود و بیمار باید با مسائل مختلف سلامتی مواجه و مجبور به مواجهه با آنها به تنهایی یا بشکل دریافت مراقبت خصوصی، غیر متمرکز با صرف هزینه گزاف و چالشهای فراوان می باشد.

جستجوی دانش مراقبتی: مشارکت کنندگان برای بازگشت موفقیت آمیز به جامعه در این مطالعه به جستجوی دانش مراقبتی توسط تیم مراقبتی برای کمک به بهبودی خود نیاز داشتند:

«نمیدونم چطور باید با عصا راه برم دوست دارم خودم کارهامو انجام بدم ولی نمیدونم چطوری باید کارهامو انجام بدهم هیچ کسی نحوه مراقبت از خودم رو بمن یاد نداد، در صورتی که اگه اطلاعاتی که بهم میدادن من سریعتر راه می افتادم و کارهای روزمره رو انجام و به کارم برمی گشتم». (مشارکت کننده مرد ۳۳ ساله با معلولیت دست و پا)

«وقتی میخوام از خودم مراقبت کنم باید اطلاعات داشته باشم یه دفترچه هایی برای مراقبت بهمون دادند ولی کاش بیشتر از اینا بهمون توجه می شد، من بتونم با این مسئله ایی که برام پیش اومده چکار کنم زخم بستر نشم، چطور باید تو خونه مواظب این باشم که عفونت تنفسی نگیرم، عفونت تنفسی منو چند ماه از همه چی انداخت و تاسر حد مرگ رفتم در صورتی که با کوچکترین اطلاعات و وقت گذاشتن پرسنل زودتر سر پا می شدم». (شرکت کننده مرد ۲۰ ساله با ضایعه نخاعی).

با جستجوی اطلاعات لازم در مشارکت کنندگان امکان مشارکت آنان در خود مراقبتی افزایش می یافت و یکی از نیاز های اساسی این بیماران برای برگشت به وضعیت قبلی تامین می شد ولی متاسفانه بدلیل غفلت از اموزش در بسیاری موارد عوارضی متوجه شرکت کنندگان شده بود که فرآیندهای برگشت آنان به جامعه را مختل کرده بود.

نیل به استقلال: نیل به استقلال یکی از طبقات اصلی مطرح شده در این مطالعه بود. شرکت کنندگان بیان می کردند که بتدریج به توانایی لازم در فعالیتها و مراقبت از خود دست یافتند:

«الان خودمم با عصا راه میرم. تنهایی میتونم حموم برم، در صورتی که قبلا اینطوری نبودم و تو شش ماه قبل انقدر ضعف جسمی داشتم که نمیتونستم از در خونه حتی برم تو کوچه». (مشارکت کننده مرد ۳۵ ساله با معلولیت دست و پا).

«روزهای اول همش تو رختخواب بودم ولی بتدریج از رختخواب بلند شدم به خودم میگفتم اینطوری که نمیشه کارامو دیگران انجام بدن، خودم باید بتونم همه کارامو انجام بدم». (مشارکت کننده ۴۲ ساله مرد با معلولیت پا).

برخی شرکت کنندگان برای نیل به خودمراقبتی، بیشتر از توانائیهای باقیمانده خود استفاده می کردند:

«الان هم با عصا راه میرم و میام سر کار، راه میرم با این وضعیت چون باعث میشه عضلات پام تقویت بشه و روحیم بهتر و زودتر به حالت عادی برگردم، آمدن به محل کار با وجود به اتمام نرسیدن روزهای استعلاجی ام بود، خیلی خوشحالم میام ..... انشاءالله سالم باشم و بیام». (مشارکت کننده مرد ۲۴ساله با معلولیت دست و پا).

همچنین تعدادی از یافته های تحقیق بهمراه نقل قول هایی مددجویان در جدول ۲ آمده است.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

جدول شماره ۲: طبقات و زیر طبقات و نمونه هایی از نقل قول های استخراج شده از یافته ها

منتخبی از نقل قول ها	کدها	زیر طبقات	طبقات اصلی
خدا باید کمک کنه تا همه چی درست بشود واسه همین من فقط از خدا می خوام. (مشارکت کننده مرد ۴۲ ساله)	استعانت از خدا،	گرایشات معنوی	نیاز به قرارگیری درچتر حمایتی
قسمت همین بوده است راضی هستم به رضای خدا (مشارکت کننده زن ۳۲ ساله)	پذیرش معلولیت بواسطه اعتقادات مذهبی		
وقتی برای کوچکترین کارها مثل رفتن از روی تخت روی ویلچر نیاز به کمک داری و روت هم نمی شود دائم مزاحم دیگران شوی یک مشکل بزرگی است (مرد ۳۵ ساله)	نیاز به توجه بیشتر کادر درمان به مشکلات جسمی بیمار،	نیاز به حمایت توسط تیم مراقبتی	
خیلی خوبه که پرستاران با ما حرف بزنند و حرفهای ما را گوش کنند ولی سرشون شلوغه و کمتر این اتفاق می افته (زن ۲۸ ساله)	نیاز به رسیدگی و توجه بیشتر از طرف کادر درمانی		
کمتر کسی ما را می فهمه بیشتر به ما نگاه ترحم امیز دارند و احساس می کنم کسی ما را درک نمی کنه داشتم یک نفر که همدلی کنه خیلی مهمه (مرد ۳۶ ساله)	تنها بودن در سطح جامعه،	نیاز به حمایت اجتماعی	
ما تفریح و سرگرمی نداریم، دوستان چندانی نداریم، گردش نداریم، کلوپ نداریم از امکاناتی که افراد سالم دارند نمی توانیم استفاده کنیم و امکانات خاص ما هم وجود ندارد (مرد ۴۰ ساله)	نیاز به رسیدگی به مشکلات اجتماعی		
خرج دارو درمان ما زیاده، هزینه رفت و امد برای توانبخشی و فیزیوتراپی و... زیاده، خانواده جورکش ما شده گاهی موقع از خانواده ام خجالت می کشم که این همه زحمت بهشون می دم (زن ۲۰ ساله)	خسارات قابل توجه ،بار مالی بر خانواده		
تنها وقتی که یک کم غم هایمان یادمان می رود وقتی هست که با بچه های انجمن هستیم (مرد ۴۰ ساله)	کم شدن آلام با بودن در جمع همتایان، سرپرستی در انجمن		
اگر بدونیم که چطوری باید از خودمون مراقبت کنیم ، مثلا چکار کنیم عفونت اداری نگیریم یا چکار کنیم که پامون زخم نشه کمک بزرگیه (مرد ۳۳ ساله)	جامعیت ناکافی اطلاعات برای انجام مستقلانه امور،	جستجوی دانش مراقبتی	
ما خیلی کارها را برای مراقبت از خودمون الابختکی یاد گرفتیم یا از بقیه مریض ها یاد گرفتیم کسی یادمون نداد (زن ۲۰ ساله)	نیاز به آموزش		نیاز به تداوم و استمرار مراقبت
در سطح جامعه مراکزی که به معلولین خدمات خاص به انها ارائه می ده وجود نداره و مراکزی هم که هست بیشتر برای افراد عادی است تا معلول (زن ۲۸ ساله)	دریافت ناکافی خدمات بازتوانی ،	رهایی در جامعه	
کسی احوال ما را نمی پرسه مگر اینکه خودمون بریم دکتر وگرنه کسی بفکر وضعیت ما نیست (مرد ۲۰ ساله)	فقدان خدمات پیگیری		
در بیمارستان وقتی بستری هستی بیشتر بهت می ولی وقتی مرخص می شی و میری خانه دیگه از یادها می ری از قدیم گفتند از یاد برود هر انکه از دیده برفت (مرد ۳۶ ساله)	بها ندادن به سرنوشت بیمار در منزل ،		
سرکار رفتن، خرید کردن و تو مردم بودن خودش نعمتی است (زن ۲۰ ساله)	توانایی تدریجی جهت انجام امور خارج از خانه		نیل به استقلال
اینکه بتونی کارات را خودت بکنی مثلا بتونی حمام کنی و یا لباسات را عوض کنی و یا بری در کوچه را باز کنی نعمت بزرگیه، من الان قدر اینها را می دونم (مرد ۳۰ ساله)	تمایل به انجام مستقلانه امور شخصی	زیر طبقه ندارد	

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

بحث

بر اساس یافته های این مطالعه سه طبقه اصلی این مطالعه شامل نیازبه قرار گیری درچتر حمایتی ،نیاز به تداوم مراقبتی، و نیل به استقلال، مفهوم پردازی شد.

یافته های این مطالعه نشان داد که نیاز به قرارگیری در چتر حمایتی یکی از طبقات اصلی مطرح می باشد بطور یکی یکی از ارکان مهم بازگشت به جامعه در مصدومین نیاز به حمایت است. این طبقه اصلی شامل سه زیرطبقات شامل نیاز به حمایت تیمی ، گرایش به معنویات و حمایت اجتماعی میباشد. اصولا ماهیت صدمه باعث، تغییر و محدودیت در روتینهای زندگی و کسب یکسری تغییرات منفی در بیمار همچون محدودیت توانایی جسمی ، محدودیت کنترل، تغییر در نقشهای خانوادگی و اجتماعی می شود (۲۱،۲۰). طبق گزارشات حمایت اجتماعی و حمایت مالی بیماران باعث حس اعتماد بنفس در بیمارمی شود (۲۱،۲۲). نتایج مطالعه اوهار والیس و مورفی (۲۰۱۱) گزارش می کند که حمایت اجتماعی به هر شکل (درک شده، واقعی، ساختاری)، با عملکرد بهتر متعاقب با صدمه همراه بوده و بهترین شاخصهای پیامد های موفقیت آمیز (فعالیتهای کاری و خانه داری، بیرون رفتن ، خود مراقبتی ، مشارکت در جامعه، درک و برقراری ارتباط) میباشد .نتایج مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی احساس رفاه را ارتقاء می بخشد ..حمایت اجتماعی ساختاری همانند پیوستن به جامعه اثر مستقیمی بر روی سلامتی با افزایش دسترسی به حمایت اجتماعی ایجاد کرده و یک وضعیت ذهنی مطلوب را تولید می نماید (۲۳). از منابع دیگر مطرح شده توسط بیماران که از آن بعنوان نیروی حمایتی یاد کردند، بهره‌گیری از انجمن حمایتی و حمایت همتایان بود که شرکت کنندگان این پژوهش آنها در کاهش استرس و تحمل شرایط آسیب زا و ناتوان کننده خود موثر می دانستند؛ که در این زمینه یافته های این مطالعه با مطالعه وین رایت همخوانی دارد زیرا وی معتقد است که گروه‌های حمایتی همتایان یک تریبون آزاد برای بحث در مورد مسایلی که متقابلاً دغدغه افراد است و در نتیجه بیماری آنها به وجود آمده است، فراهم می‌کند و همین طور فرصتی را برای افراد فراهم می‌کند تا در عکس العمل‌های عاطفی یکدیگر شریک و سهیم شوند. وی تاکید می‌کند که حمایت بیماران از یکدیگر باید تشویق شود و به وسیله بیمارستانها مساعدت و یاری لازم انجام پذیرد بیمارستانها باید منابعی را در نظر بگیرند و حمایتی را فراهم کنند تا گروه‌های حمایتی رونق بگیرند، اما مسئله مهم در مورد این گروه‌های حمایتی این است که این گروه‌ها باید دارای رهبران آموزش دیده برای پیشگیری از ترویج و اشاعه اطلاعات غلط یا فضای منفی بین اعضاء گروه باشند علاوه بر این رهبر ماهر و متخصص قادر است که اعضای گروه را مدیریت کند (۲۴)، همچنین شرکت کنندگان در این مطالعه، نیاز به حمایت تیمی را عامل موفقیت بزرگی در سازگاری با مسائل و ناتوانیهای بوجود آمده بعد از تصادف می دانستند. و تعامل مطلوب تیم مراقبتی را عامل بازیابی دوباره سلامتی و تعادل در آنها بیان می کردند، که البته این یافته ها با یافته ها مطالعه فرازن و همکاران (۲۰۰۶) و همچنین پدن (۲۰۰۴) همخوانی دارد. یافته های این دو مطالعه گزارش می کنند که مصدومین جسمی حوادث ترافیکی در بازگشت مجدد سلامتی خود در شک و ابهام بوده و برای بازگشت به زندگی عادی تلاش زیادی می کنند ولی نیاز شدید به در یافت حمایت و امنیت توسط تیم توانبخشی خصوصا پرستاران را از ضروریات بازگشت به زندگی نرمال تلقی می کنند (۲۵،۶) گرایش به معنویات نیز از منابع حمایتی دیگر برای بیماران بوده است. یافته های این مطالعه حاکی از آن بود که مشارکت کنندگان با استناد بر اعتقادات مذهبی و تقویت حس معنویت باعث کنار آمدن و حمایت درونی آنان در برابر صدماتی افزون بر ناتوانی فیزیکی آنان و در نتیجه تسلیم در برابر خداوند و سازگاری با این نوع زندگی شده بود، در مطالعه پاشایی و همکاران (۱۳۹۰) که در درک تجربه بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد معنویت بعنوان یک جنبه درونی و مکمل در شخص با بیماری مزمن مرتبط که مرتبط با کیفیت زندگی در مددجو است، معرفی گردید (۲۶). همچنین،در مطالعه ایی دیگر معنویت عامل موثر در همه جنبه‌های سلامت شخصی می باشد (۲۷) و در مطالعه بابا محمدی (۱۳۹۱) هم بیماران با ضایعات نخاعی گرایش به معنویات را از عوامل موثر

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

در سازگاری خود دانسته اند. معنویات و تسلیم شدن در برابر امر خداوند را از موارد مهم کنار آمدن با بیماری و عوارض ناشی از بیماری مطرح نمودند (۲۲) که البته یافته های این مطالعه با یافته های مطالعات مذکور هم راستا می باشد.

از یافته های مهم دیگر این مطالعه، نیل به استقلال بود. در این مطالعه ،بیشتر مشارکت کنندگان از استراتژی نیل به کسب استقلال برای بازگشت موفقیت آمیز به زندگی استفاده کردند.این یافته ها با مطالعه پریور و بازیو (۲۰۱۰) و مک کینلی (۲۰۰۲) نیز تطابق دارد که استقلال مشارکت پذیری بیمار با ناتوانی جسمی را افزایش داده و او را به سمت زندگی مستقل سوق می دهد (۲۸،۲۹). همچنین، نیاز به کسب اطلاعات به عنوان یکی از نیازهای بسیار مهم در مشارکت پذیری بیمار بوده و باعث کاهش آسیب پذیری بیماران و پیامدهای ناشی از بیماری گزارش شده است (در حقیقت، کسب بینش و شناخت در زمینه صدمه و چالشهای پیرامون آن باعث روشن شدن نقاط مبهم و تاریک شکل گرفته در اذهان مبتلایان، کاهش تنش و ترس و متعاقبا توانایی تطابق بهتر با شرایط پیش رو ومتعاقبا توانایی تطابق بهتر با شرایط پیش رو میگردد (۳۰). مسئله دیگر نیل به خود مراقبتی برای سازگاری با موقعیت جدید بود که شرکت کنندگان در این پژوهش، آن را به عنوان تلاشی برای کاهش آسیب پذیری ناشی از بیماری و افزایش کیفیت زندگی خود تجربه کردند. آنان بتدریج با مشکلات و ناتوانی بوجود آمده بوسیله صدمه کنار آمده و به استقلال و خود یابی دست یافتند که این مسئله نشاندهنده تطابق موثر آنان با ناتوانی بوجود آمده و پذیرش موقعیت فعلی بود. این مسئله میتوانست بدلیل رضایتمندی شرکت کنندگان مطالعه از موقعیت جدیدی باشد که باعث کنار آمدن آنان با خود و کاهش فشارهای وارده بر آنها باشد. مسئله دیگر در آنان، ایجاد حس یک شخص جدید و دگرگون شدن زندگی آنان در نتیجه اعطای این شانس دوباره ودرک ارزش زندگی بدست آمده باشد. نیاز به تداوم مراقبتی در بیماران ،یافته دیگری بود که توسط بیماران با ناتوانی فیزیکی دیده می شد. شرکت کنندگان بیان میکردند که بیمار تا زمانی که در بیمارستان است، تحت مراقبت و درمان قرار می گیرد و پس از ترخیص در جامعه رها می شود. این یافته های این مطالعه با مطالعه کریستین و همکاران در سال ۲۰۱۱ با عنوان بررسی نیازهای بازتوانی بیماران ترخیص شده از مرکز ترومای ناحیه ایی آفریقا تطابق داشت نتایج این مطالعه حاکی از ان بود که تنها مددجویانی که نقص عملکرد جسمانی قابل توجه داشتند تحت پیگیری پس از ترخیص قرارمی گیرند و بیشتر بیماران با صدمات ناشی از ناتوانی عملکرد جسمانی تا زمان بازگشت به وضعیت عادی تحت پیگیری تحت قرار نمی گیرند (۳۱). در حالیکه در مدل سیستمی تروما بصورت زنجیره وار تاکید بر تمامی مراحل مراقبت از مراقبت حاد تا بازگشت به جامعه است (۳۲,۳۳). آنچه یافته های این مطالعه گزارش می کنند مبتنی بر عدم پیگیری درمانی بیمار پس از ترخیص است و این مسئله برخلاف آنچه در مدل سیستمی تروما مطرح و اعتقاد بر این اصل که مراقبت توانبخشی و توجه به نیازهای بیمار از زمان صدمه تا برگشت به جامعه ادامه دارد، می باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

نیازهای شناخته شده در این تحقیق شامل، قرارگرفتن در چتر حمایتی، نیل به استقلال و تداوم مراقبت ها باید در طراحی برنامه های مراقبتی مددجویان سوانح ترافیکی گنجانده شود. لذا پیشنهاد می گردد، برای دستیابی ناتوانان جسمی ترافیکی به استقلال، فراهم نمودن حمایت کافی آنها و در دسترس قراردادن و تداوم مراقبتها برای ناتوانان جسمی حوادث ترافیکی، از رویکرد توانبخشی خانواده و جامعه محور با استفاده از مدل توانبخشی جند بعدی فراگیر (۳۴) که می تواند هر سه دسته نیاز فوق تامین نموده و پوشش دهد، استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل یافته های رساله دکتری پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بوده که توسط کمیته اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تصویب و مجوز کتبی جهت انجام تحقیق اخذ گردیده است. تیم تحقیق ضروری می داند که از کلیه دست اندرکاران دانشگاه علوم بهزیستی و

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

توانبخشی، مسئولین محترم دو بیمارستان تخصصی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران و کلینیک‌های بازتوانی وابسته به این مراکز و همچنین مشارکنندگان تحقیق که بدون همکاری آنها، انجام این مطالعه ممکن نبود تشکر و قدردانی بعمل می آید.

منابع

1- Khan F, Amatya B, Hoffman K. Systematic review of multidisciplinary rehabilitation in patients with multiple trauma. Br J Surg. 2012;99 (1):88-96.

2- World Health Organization. Global status report on road safety: time for action. Geneva: WHO, 2009.

3- Finkelstein EA, Corso PS, Miller TR. The Incidence and economic burden of injuries in the united States. New York: Oxford University Press, 2006.

4-Helene Lundgaard S, Erik B. Roise O, Arnstein F. Long-Term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care.2007;62(2): 461-470

5-Wraa C.(2012). Caring for the patient with multiple-system trauma. http://www. amtrauma.org/- American Trauma Society.

6- Solberg HL, Bautz-Holter E, Raise O, Fin set A. Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. J Trauma. 2007;62(2):461-70.

7- Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder A, Jarawan E. World report on road traffic injury prevention. Geneva: WHO, 2004.

8- Russell AN .How individuals with traumatic injuries manage their lives following a motor vehicle accident crash, PhD thesis, Kent -State University ,College of Nursing;2008.

9- Kosar S, Seelen HA, Hemmen B, Evers SM, Brink PR. Cost-effectiveness of an integrated 'fast track' rehabilitation service for multi-trauma patients involving dedicated early rehabilitation intervention programs: design of a prospective, multi-centre, non-randomised clinical trial. J Trauma Management Outcomes; 2009:30;3:1.

10- CooperG.HRSA model trauma systems planning and evaluation. from http://www.emsa.ca.gov/systems/files/trauma/ModelTraumaPlan. Model Trauma Systems Planning & Evaluation,2008.

11- Douglas B. Pattern of injury in motor vehicle accidents .world wide wound.2002.

12- Wood J P, Connelly DM, Maly M R. Getting back to real living: a qualitative study of the process of community reintegration after stroke. Clinical Rehabilitation.2010; 24(11): 1045-1056.

13- Miller A, Clemson L, Lannin N. Measurement properties of a modified Reintegration to Normal Living Index in a community-dwelling adult rehabilitation population. Disability and Rehabilitation.2011; 33(21): 1968-1978.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]

14- McColl MA., Davies D, Carlson P, Johnston J, Minnes P. The community integration measure: Development and preliminary validation. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,2001; 82(4): 429-434.

15- Samuelkamaleshkumar S, Radhika S, Cherian B, Elango A, Winrose W, Suhany B T, Prakash M H. Community Reintegration in Rehabilitated South Indian Persons With Spinal Cord Injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2010; 91(7): 1117-1121.

16- Butcher H, Ruston S. The perceptions and expectations for rehabilitation and return to work, in orthopedic road trauma victims: a qualitative study in north Queensland.10th national rural conference;17-20 may 2009.

17- Hsieh HF, Shannon E.S. Three approaches to qualitative content analysis, Journal of Qualitative health research,2005; 15(9): 1277-128.

18- Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. Qual Saf Health Care. 2002;11:148–152.

19- Holloway I, wheeler. Qualitative research in nursing . 2th ed .London . Blackwell science. ;2010.

20- Jenkinson C, Coulter A, Bruster A, Richards N, ChandalaT. Patients experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. Quality and Safety in Health Care. 2002;11,335–339.

21- Webster RA, thompson DR, mayou RA. the experiences and needs of Gajarati hindiu patients and partner in the first month after a myocardial infarction , 2000, 1(1): 69-7.

22- Babamohamadi H, Negarandeh R, Dehghan-Nayeri N. Coping strategies used by people with spinal cord injury: a qualitative study. spinal Cord. 2011;49(7):832-7.

23- Ohare MA, walls L, Murphy GC. social support paris predict daily functioning following traumatic spinal cord injury: An exploratory study, the open rehabilitation journal,2011;4:51-58.

24- Wainwright SP, Fallon M, Gould D. Psychosocial recovery from adult kidney transplantation: a literature review. J Clin Nurs. 1999 ;8(3):233-45.

25- Franzén C, Björnstig U, Jansson L. Injured in traffic: Experiences of care and rehabilitation, Accident and Emergency Nursing. 2006; 14 :104-110

26- Pashaee F, nikbakht nasrabadi AR, karami kabir N. life with hemodialysis machine, Iranian Journal of Critical Care Nursing .2011; 4(2): 59-66..(Persian)

27- Lubkin I, Larson PD. Chronic illness: Impact and interventions (5th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.2002.

28- Pryor J, Buzio A. Enhancing Inpatient Rehabilitation Through the of Patients and Nurses. Advanced Nursing J. 2010;66(5): 978 – 987.

29- McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M., Hudson J. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. Intensive and Critical Care Nursing . 2002 ;18: 27–36.

30- Pryor J. A Nursing perspective on the relationship between nursing and Allied Health in inpatient rehabilitation. Disability & Rehabilitation. 2008; 30 (4):314-22.

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-09-13]

31- Christian A, González-Fernández M, Samuel Mayer R, J Ha A. Rehabilitation needs of persons discharged from an African trauma center, Pan Afr Med J. 2011; 10:32.

32- Delprado M. Trauma systems in Australia. Journal of trauma nursing.2007; 14(2):93.

33- Harms. After the accident: survivors perceptions of recovery following road trauma. Australian Social Work. 2004;57(2):101–213.

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-09-13]

کد	سن	جنس	میزان تحصیلات	وضعیت تاهل	شغل	نوع ضایعه	مدت مصدومیت
۱	۲۷	مرد	لیسانس	متاهل	شغل آزاد	معلولیت پاها	۴ ماه
۲	۲۸	مرد	دیپلم	متاهل	کارگر	ضایعه نخاعی	۳ ماه
۳	۳۳	مرد	لیسانس	متاهل	مهندس	معلولیت پاها	۱۲ماه
۴	۳۵	مرد	دیپلم	متاهل	کارمند	معلولیت دست و پا	۵ماه
۵	۲۸	زن	لیسانس	مجرد	پرستار	معلولیت دست و پا	۲۰ ماه
۶	۲۰	زن	دیپلم	مجرد	خانه دار	ضایعه نخاعی	۱۸ ماه
۷	۴۵	زن	دیپلم	متاهل	خانه دار	ضایعه نخاعی	۱۲ماه
۸	۴۲	مرد	لیسانس	مجرد	متصدی بانک	معلولیت پا	۶ ماه
۹	۲۸	مرد	سیکل	متاهل	کارگر	ضایعه نخاعی	۲۴ماه
۱۰	۳۰	مرد	دیپلم	مجرد	کارگر	معلولیت پا	۱۵ ماه
۱۱	۳۶	مرد	لیسانس	متاهل	مهندس	معلولیت پا	۱۰ ماه
۱۲	۲۴	مرد	سیکل	متاهل	کارگر	معلولیت دست و پا	۳ماه

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-09-13]