

Research Paper

Coping Strategies of the Families of Critically Ill Trauma Patients in Iran During the Hospitalization of Their Patients: A Qualitative Study



Hanie Dahmardeh¹ , Zahra Hezbiyan² , Abbas Moghadam³ , Mohammad Abbasinia⁴ , Atye Babaii⁴ , Hossein Asgarpour⁵ , Bahman Aghaie⁴ , Afsaneh Mafi³ 

1. Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
2. Department of Midwifery, Faculty of Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
3. Department of Anatomical Sciences, School of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
4. Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
5. Department of Internal Medicine-Surgery, School of Health Sciences, Çanakkale University, Çanakkale, Turkey.



Citation Dahmardeh H, Hezbiyan Z, Moghadam A, Abbasinia M, Babaii A, Asgarpour H, et al. [Coping Strategies of the Families of Critically Ill Trauma Patients in Iran During the Hospitalization of Their Patients: A Qualitative Study (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2024; 18:E2933.1. <https://doi.org/10.32598/qums.18.2933.1>

 <https://doi.org/10.32598/qums.18.2933.1>

Received: 01 Sep 2023

Accepted: 23 Oct 2023

Available Online: 26 Nov 2024

ABSTRACT

Background and Objectives Trauma is an unexpected event with various physical and psychological consequences for the individuals and their families. The family caregivers of traumatic patients tolerate heavy physical and mental pressure which leads to the emergence of negative behaviors. This study aims to investigate the coping strategies of the families of critical trauma patients during the hospitalization of their patients.

Methods This is a qualitative study using contractual content analysis, conducted in 2023 on the family members of patients hospitalized in the trauma departments of hospitals in Qom, Iran. Eighteen family members were selected in a purposeful way and underwent in-depth semi-structured interviews. The data analysis was done using Zhang and Widelmuth's qualitative content analysis method.

Results The results led to the extraction of two main themes of non-constructive and constructive coping strategies, each with five sub-themes.

Conclusion The families of critically ill trauma patients in Iran use constructive and non-constructive strategies during the hospitalization of their patients to cope with the conditions. Strengthening their constructive and positive strategies by nurses and helping them to correct negative non-constructive strategies can help with managing the mental-psychological conditions of family members of these patients during hospitalization.

Keywords:

Coping strategies,
Family, Trauma
patient, Qualitative
content analysis

* Corresponding Author:

Bahman Aghaie

Address: Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Tel: +98 (912) 4526820

E-Mail: bahman.aghai@gmail.com



Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Trauma is an unexpected event with various physical and psychological consequences for the individuals and their families. The family caregivers of traumatic patients tolerate heavy physical and mental pressure which leads to the emergence of negative behaviors. One of the ways to deal with stress is to have coping skills. Caregiving duties and responsibilities are stressful for caregivers. The impact of stress on caregivers' well-being depends on their use of coping strategies. The results of studies have shown that families use emotion-focused or problem-focused coping strategies such as denial, avoidance, spirituality and acceptance against stress, which are different in different people according to cultural contexts. Cultural beliefs may affect stress assessment, perceived social support, and use of coping strategies in caregivers. Family members use different strategies to cope with their patient's disease and hospitalization in treatment centers. Some family members adopt negative coping strategies such as avoidance or crying, while others may use positive coping strategies such as information/support seeking and problem solving. The adoption of these strategies by family caregivers is influenced by factors such as educational level, income level, and relationship with the patient. This study aims to investigate the coping strategies used by the families of critically ill trauma patients during the patient's hospitalization.

Methods

This study using contractual content analysis, which was conducted in 2023 on the family members of patients hospitalized in the trauma departments of hospitals in Qom, Iran. Participants were 18 family members of these patients who were selected with maximum diversity until data saturation in a purposeful way. The data were collected using in-depth and individual semi-structured interviews. Data analysis was done using Zhang and Widemuth's qualitative content analysis method. The inclusion criteria were: being the main member of the family (father, mother, brother, sister, wife/husband, or child), being over 18 years old and no mental illness.

Results

The results led to the extraction of two main themes:

a) Non-constructive coping strategies with five sub-themes (not accepting the deterioration of the patient's

condition, pretending to be satisfied with the patient's slow recovery, having false hope for the full and quick recovery of the patient, cutting off relations with relatives, using tobacco for mental relaxation) and b) Constructive coping strategies with five sub-themes (Maximum family engagement in patient care, frequent visits with the patient, accepting the support and help of relatives, resorting to spirituality, taking auxiliary measures).

Conclusion

The families of critically ill trauma patients use constructive and non-constructive strategies during the hospitalization of their patients to cope with the conditions. Strengthening their constructive and positive strategies by nurses and helping them to correct negative non-constructive strategies can help with managing the mental-psychological conditions of family members of these patients during hospitalization.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

To consider ethical principles, the autonomy of participants was maintained and their confidentiality was protected. Explanations about the study objectives and methods were given to them and their verbal and written informal consent were obtained.

This study was approved by the Ethics Committee of [Qom University of Medical Sciences](#) (Code: IR.MUQ.REC.1399.198).

Funding

This study was financially supported by [Qom University of Medical Sciences](#).

Authors contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants in this research for their cooperation.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

راهبردهای مقابله‌ای خانواده بیماران ترومایی بدحال در طی روزهای بستری بیمار: یک مطالعه کیفی

هانیه دهمرده^۱، زهرا حزبیان^۲، عباس مقدم^۳، محمد عباسی‌نیا^۴، عطیه بابایی^۵، حسین عسگری^۵، بهمن آقائی^۶، افسانه مافی^۶

۱. گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۳. گروه تشریح، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۴. گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۵. گروه داخلی-جراحی، دانشکده علوم سلامت، دانشگاه چنانکاله، چنانک قلعه، ترکیه.

Use your device to scan
and read the article online**Citation** Dahmardeh H, Hezbiyan Z, Moghadam A, Abbasinia M, Babaii A, Asgarpour H, et al. [Coping Strategies of the Families of Critically Ill Trauma Patients in Iran During the Hospitalization of Their Patients: A Qualitative Study (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2024; 18:E2933.1. <https://doi.org/10.32598/qums.18.2933.1>**doi** <https://doi.org/10.32598/qums.18.2933.1>

چکیده

زمینه و هدف: تروما حادثه‌ای پیش‌بینی نشده با پیامدهای گوناگون جسمی و روانی برای فرد و خانواده اوست. در این شرایط خانواده به‌عنوان مراقب اصلی، تحت فشارهای سنگین جسمانی و روانی قرار می‌گیرد که منجر به بروز رفتارهایی می‌شود که برون‌داد فشارهای روانی روزهای بستری است. از این رو در مطالعه حاضر راهبردهای مقابله‌ای خانواده بیماران ترومایی بدحال در طی روزهای بستری بیمار بررسی شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۴۰۲ بر روی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ترومای بیمارستان‌های شهر قم در ایران انجام شد. ۱۸ عضو خانواده بیماران به روش هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند عمیق و انفرادی جمع‌آوری شدند و هم‌زمان آنالیز داده‌ها با استفاده از الگوی آنالیز محتوا کیفی ژانگ ویدلموث انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌های ۱۸ مشارکت‌کننده عضو خانواده بیماران ترومایی منجر به استخراج ۲ طبقه اصلی با عنوان راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده با ۵ زیرطبقه و راهبردهای مقابله‌ای سازنده با ۵ زیرطبقه شد.

نتیجه‌گیری: خانواده بیماران ترومایی بدحال در طی روزهای بستری بیمارشان در بیمارستان، راهبردهای مقابله‌ای سازنده و غیرسازنده‌ای را جهت سازگاری با شرایط انجام می‌دهند. تقویت راهبردهای مقابله‌ای سازنده و مثبت توسط پرستاران و کمک به اصلاح راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده منفی می‌تواند در مدیریت وضعیت روحی‌روانی اعضای خانواده در طی روزهای بدحالی بیمارشان کمک‌کننده باشد.

تاریخ دریافت: ۰۴ مرداد ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۲۶ مهر ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۰۶ آذر ۱۴۰۳

کلیدواژه‌ها:

راهبردهای مقابله‌ای، خانواده، بیمار ترومایی، تحلیل محتوای کیفی

* نویسنده مسئول:

بهمن آقائی

نشانی: قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده پرستاری، گروه داخلی-جراحی.

تلفن: +۹۸ (۹۱۲) ۴۵۲۶۸۲۰

رایانامه: bahman.aghai@gmail.com

Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

تروما واژهای برای توصیف برخی شرایط پاتولوژیک و روانی است [۱] که از نظر پزشکی به معنای، هر نوع زخم یا آسیب نافذ یا غیرنافذ گفته می‌شود که در اثر عوامل خارجی به‌طور عمدی یا غیرعمدی در بدن انسان ایجاد شود [۲]. مطابق با آمارها، تروما یکی از علل مهم ناتوانی در جوامع مدرن [۳] و علت اصلی مرگومیر زیر ۴۵ سال در ایالات متحده و در سراسر جهان محسوب می‌شود. به‌طوری‌که تقریباً ۵/۸ میلیون نفر سالانه در اثر جراحات ناشی از تروما جان خود را از دست می‌دهند. تروما همچنین ۱۰ درصد از مرگومیرهای جهان را به خود اختصاص می‌دهد که بیشتر از مجموع مرگومیر ناشی از مالاریا، سل و ایدز است [۴]. همچنین براساس تخمین سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۳ با افزایش ۴۰ درصدی در مرگومیر ناشی از تروما مواجهه خواهیم شد [۳]. ایران نیز یکی از بالاترین آمار تروما را در جهان را داراست [۵]. میزان مرگومیر ناشی از تروما در ایران ۵۸ مورد در هر ۱۰۰۰۰ نفر است که رتبه دوم را در جهان دارد [۶].

علاوه بر مرگومیر، تروما پیامدهای گوناگون همچون هدر رفتن سال‌های فعال عمر را به دنبال دارد [۷، ۸]. همچنین به دلیل ناگهانی بودن و نداشتن هیچ‌گونه اخطار و هشدار برای فرد، سبب می‌شود که فرد و خانواده وی زمانی برای مهیا و آماده شدن نداشته باشند. حتی ممکن است بیمار در بخش مراقبت ویژه بستری شود که این امور منجر به بروز آشفتگی و به‌هم‌ریختگی عاطفی، اضطراب، شک و تردید و ترس از دست دادن فرد موردعلاقه در خانواده می‌شود [۹]. بنابراین قرار گرفتن در معرض حوادث ترومایی، تنش‌زاست [۱۰] و در بسیاری از موارد برای خانواده‌ها فاجعه‌آمیز است [۹]. چراکه خانواده‌ها در طی مراقبت از این بیماران (بیماران ترومایی)، ممکن است با اختلالاتی نظیر حمایت ناکافی، استرس‌های متعدد، سطوح بالای اضطراب، الگوهای ارتباطی نامناسب، ناتوانی در بیان احساسات و الگوهای تکراری تعامل نظیر گلایه از دیگران یا نسبت دادن مسئولیت خود به دیگران مواجه شوند [۱۱]. بنابراین علاوه بر ناتوانی‌های موقت یا دائمی ناشی از تروما برای بیمار، اعضای خانواده او نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند [۱۲]. در این راستا، نتایج مطالعه ربیع سیاهکالی و همکاران نشان داد اکثریت اعضای خانواده بیماران از اضطراب [۱۳] رنج می‌برند که احساس مبهم ترس و نگرانی است.

یکی از روش‌های مقابله با استرس، راهبردهای مقابله‌ای است [۱۴]. وظایف و مسئولیت‌های مراقبتی برای مراقبین استرس‌زا است و میزان تأثیر استرس بر زندگی مراقبین به راهبردهای مقابله‌ای آنان بستگی دارد [۱۵]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد خانواده‌ها از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار یا مشکل‌محور، مانند انکار، اجتناب، معنویت و پذیرش در مقابل استرس استفاده می‌کنند [۱۵] که در افراد مختلف با توجه به زمینه‌های فرهنگی

متفاوت است [۱۴] و باورهای فرهنگی ممکن است بر ارزیابی استرس، دریافت حمایت اجتماعی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای توسط مراقبین تأثیر بگذارد [۱۵]. اعضای خانواده در مواجهه با بدحالی و بستری بیمار خود در مراکز درمانی، طیف وسیعی از راهبردهای مقابله‌ای را به کار می‌گیرند. تعدادی از اعضای خانواده‌ها، راهبردهای مقابله‌ای منفی، مانند اجتناب از پذیرش واقعیت یا گریه و ناراحتی را اتخاذ می‌کنند و عده‌ای دیگری از خانواده‌ها در سویی دیگر، از راهبردهای مقابله‌ای مثبت، مانند جست‌وجوی اطلاعات و حمایت و حل مسئله استفاده می‌کنند. اتخاذ این راهبردها تحت تأثیر عواملی چون سطح سواد، درآمد و میزان نسبت خویشاندوی با بیمار قرار دارد. اتخاذ هر نوع از این راهبردها بر تجارب و کارکرد خانواده تأثیر دارد [۱۶، ۱۷].

توجه به این نکته ضروری است که بروز هرگونه بیماری در اعضا، می‌تواند خانواده را وارد بحران کند [۱۸]. مواجهه با این وضعیت می‌تواند سبب افزایش غم و اندوه، کاهش امیدواری و توانمندی خانواده‌ها شود. بنابراین توجه به نیازهای خانواده جهت نگهداری از بیماران بسیار حائز اهمیت است [۱۹]. زیرا خانواده مهم‌ترین نهاد اجتماعی و درواقع بنیادی‌ترین نهاد اجتماع است که بیشترین تأثیر را بر اعضای خود دارد. اعضای یک خانواده به‌طور مستقیم تحت تأثیر مجموعه خانواده قرار می‌گیرند و تعهد خاصی نسبت به یکدیگر دارند [۲۰]. بنابراین در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران به خانواده به‌عنوان اساسی‌ترین نهاد اجتماعی که دارای نقش ویژه‌ای در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اعضای خود است، معطوف شده است [۲۱].

اهمیت توجه به خانواده بیماران ترومایی و راهبردهای مقابله‌ای آنان در مواجهه شرایط ایجادشده برای بیمارشان در طی روزهای بستری و محدودیت مقالات موجود در این خصوص، ایجاب می‌کند مطالعه‌ای با هدف تبیین راهبردهای مقابله‌ای خانواده‌های بیمار ترومایی بدحال در طی روزهای بستری بیمار، با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی جهت درک بهتر این راهبردهای مقابله‌ای توسط اعضای خانواده بیماران انجام شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب خانواده‌های بیماران ترومایی بدحال در طی روزهای بستری بیمار در بیمارستان انجام شد.

رویکرد مطالعه، تحلیل محتوای قراردادی انتخاب شد، زیرا تحلیل محتوا به‌عنوان یک رویکرد نظام‌مند با هدف رسیدن به عمق و وسعت توصیف پدیده‌ای که اطلاعات زیادی درمورد آن وجود ندارد، به کار می‌رود که موجب بازنگری، استنتاج‌های معتبر از اطلاعات و تولید دانش و بصیرت‌های جدید می‌شود. این رویکرد جهت بررسی تجارب و نگرش اشخاص نسبت به موضوع خاصی مناسب است [۲۲].

مشارکت‌کنندگان

مشارکت‌کنندگان از میان خانواده‌های بیماران بستری در بخش‌های تروما در بیمارستان‌های شهید بهشتی و خیرین سلامت شهر قم در سال ۱۴۰۲ در طی روزهای بستری انتخاب شدند. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و تدریجی با حداکثر تنوع تا رسیدن به اشباع داده‌ها صورت گرفت. معیارهای ورود: عضو اصلی خانواده بودن (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر/ شوهر و فرزند) و دارا بودن سن بالای ۱۸ سال و نداشتن بیماری روانی تشخیص داده‌شده.

قبل از شروع مطالعه هر یک از شرکت‌کنندگان نسبت به هدف و روش مطالعه و نحوه مصاحبه آگاه شدند. در نهایت ۱۸ مصاحبه تا اشباع داده‌ها صورت گرفت و از مصاحبه ۱۶ به بعد هیچ‌کد جدیدی به دست نیامد و با تصمیم تیم تحقیق به اشباع در داده‌ها رسیدیم.

جمع‌آوری داده‌ها

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند به صورت انفرادی و حضوری جمع‌آوری شد. مصاحبه توسط نویسنده اول با یک سؤال کلی تحت عنوان «شما خود را با بیماری بیمارتان چگونه وفق دادید؟» شروع و در صورت نیاز از سؤالات کاوشگرانه، مانند «خواهش می‌کنم بیشتر توضیح دهید یا مثال بزنید»، استفاده شد. براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، سؤالات روشن‌کننده و عمق‌دهنده مصاحبه، مانند: «در این رابطه بیشتر برایم توضیح دهید، این مطلب یعنی چه؟ لطفاً بیشتر توضیح دهید و منظورتان از این گفته چیست؟» مطرح شد.

زمان و مکان مصاحبه براساس خواست شرکت‌کنندگان بعد از شیفت‌های کاری در بیمارستان تعیین شد. مدت زمان هر مصاحبه به‌طور میانگین بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه براساس میزان تحمل مشارکت‌کنندگان بود. با رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط می‌شدند.

تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل ژانگ ویدلموث هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت (جدول شماره ۱). در این روش کدها و طبقات مستقیماً و به صورت استقرایی از داده‌های خام استخراج شد. از طریق فرایند نظام‌مند و شفاف ۸ مرحله‌ای کدها و طبقات مورد شناسایی قرار گرفتند. در هر جلسه مراجعه به محل پژوهش فقط یک مصاحبه انجام می‌شد. بلافاصله بعد از هر مصاحبه، نویسنده اول مصاحبه را کلمه‌به‌کلمه پیاده و تایپ می‌کرد. برای تشخیص واحدهای معنایی، هر مصاحبه چندین بار توسط تمامی تیم تحقیق مطالعه و مرور می‌شد. سپس واحدهای معنایی چندین بار مرور شده و کدگذاری بر روی آن‌ها

انجام می‌شد. کدهای استخراج‌شده براساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه‌بندی شدند و زیرطبقات شکل گرفتند. زیرطبقات شکل گرفته در ادامه با هم مقایسه شدند و براساس اشتراک معنایی در طبقاتی دسته‌بندی شدند [۲۳].

ریگور مطالعه

در این مطالعه به منظور بالا بردن اعتبار داده‌ها از روش‌های گوناگون استفاده شد: تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها به مدت ۳ ماه، درگیری مداوم به صورت روزانه با موضوع و داده‌های پژوهش با انجام هر هفته ۱ مصاحبه و تحلیل آن و سپس انجام مصاحبه‌های دیگر، بررسی مداوم داده‌های استخراج‌شده توسط تیم پژوهش و بررسی‌کننده خارجی در تمامی طول تحقیق که از متخصصان مطالعات کیفی بود. تمامی داده‌ها به صورت دوره‌ای توسط افراد مذکور بررسی می‌شد. جهت تأییدپذیری داده‌ها از نظرات همه اعضای تیم مطالعه و بررسی‌کننده خارجی در قالب چند جلسه در طی مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای انتقال‌پذیری داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع از نظر جنسیت، سن و نسبت با بیمار (جدول شماره ۱) و ۱ نوبت چک کردن داده‌ها توسط ۸ نفر از مشارکت‌کنندگان انجام شد [۲۴].

یافته‌ها

۳ نفر از مشارکت‌کنندگان مادر، ۴ نفر پدر، ۲ نفر برادر، ۳ نفر خواهر، ۳ نفر فرزند و ۳ نفر از همسران بیماران ترومایی بودند که مصاحبه قرار گرفتند. نتایج تحلیل‌ها منجر به استخراج ۲ طبقه اصلی «راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده» با ۵ زیرطبقه و «راهبردهای مقابله‌ای سازنده» با ۵ زیرطبقه شد (جدول شماره ۲).

راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده

این طبقه شامل این زیرطبقات بود: مخفی‌سازی وخامت حال بیمار، راضی کردن خود به وضعیت بهبودی کم بیمار، امیدوار کردن کاذب خود به بهبودی کامل و سریع بیمار، قطع رابطه با خویشاندان، استفاده از دخیالت جهت آرام‌سازی روانی. این دسته از خانواده‌ها در تمامی روزهای بستری بیمار خود با استفاده از این راهبردهای شخصی و ابداعی خود سعی در مطلوب نگه داشتن شرایط و سلامت روانی خود و سایر اعضای خانواده بیمار داشتند.

مخفی‌سازی وخامت حال بیمار

اعضای ارشد خانواده بیمار که در جریان کامل و مستمر حال بالینی و روند درمانی بیمار خود بودند با هدف جلوگیری از ایجاد استرس شدید در سایر اعضای خانواده و ملتهب شدن شرایط داخل خانوادگی بیمار، اقدام به مخفی کردن واقعیت‌هایی موجود در خصوص حال وخیم فعلی بیمار و روند بهبودی نه چندان مطلوب بیمار می‌کردند. در این خصوص مشارکت‌کننده شماره ۶ بیان کرد:

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان

متغیر/نسبت با بیمار	تعداد
نسبت با بیمار	مادر ۳
	پدر ۴
	برادر ۲
	خواهر ۳
	فرزند ۳
	همسر ۳
جنسیت	مرد ۱۰
	زن ۸

زیاد می‌زنن تا فشارش نیفته و کلی بهش اسپری تنفسی می‌دن.»

امیدوار کردن کاذب خود به بهبودی کامل و سریع بیمار

اعضای خانواده بیمار در طی روزهای بستری با علم به بدحال بودن بیمار خود و امیدوارکننده نبودن پاسخ بدن بیمار به درمان‌های انجام‌شده، با امیدوار کردن خود به کسب بهبودی در آینده در و مطلوب‌تر شدن شرایط بیمار سعی در آرام‌سازی روانی خود جهت تطابق با شرایط ایجاد شده داشتند. مشارکت‌کننده شماره ۵ بیان کرد:

«دکتر می‌گه شکستگی خیلی بدی داشته و شاید دیگه نتونه روی پای شکسته‌اش وایسه و نمی‌تونه پاشو تگون بده. فعلاً داره فیزیوتراپی می‌شه و خودم هر روز با کلی روغن زیتون پاشو ماساژ می‌دم. اینا خیلی خوبه و انشالله با کمک خدا و ائمه اطهار بهتر هم می‌شه.»

قطع رابطه با خویشاندان

تعدادی از خانواده برای سازگاری با شرایط نامطلوب، مانند فلجی عضوی از بدن بیمار خود جهت جلوگیری از اظهار ترحم‌ها، حرف‌های ناامیدکننده و یا همدردی نکردن زیاد خویشاندان، اقدام به قطع رابطه حضوری و تلفنی با آن‌ها می‌کردند. آن‌ها اظهار می‌کردند که این کار موجب کمک به آن‌ها در وفق دادن خود با شرایط روزهای بستری بود. مشارکت‌کننده شماره بیان کرد:

«از روزی که پسر دم دستش این‌جوری شده و گفتن باید قطع بشه، با خیلی از فامیل‌ها قطع رابطه کردم. نه تلفنشون رو جواب می‌دم نه می‌ذارم بیان ملاقات. آخه حرف‌هاشون آدم رو بیشتر به هم می‌ریزه تا کمک کننده باشه. ما همین که یه کم حالمون

«من هر روز سر ویزیت پزشک هستم و وضعیت بهبودی و اینکه مریضم چقدر احتمال بهبودی داره رو از دکترش می‌پرسم، ولی همه‌چیز رو به بقیه خانواده‌ام نمی‌گم...اون‌ها تحمل شنیدن چیزهای نگران‌کننده‌ای که دکترها و آزمایش‌ها می‌گن رو ندارن. اگه بگم خیلی به هم می‌ریزن.»

اعضای ارشد خانواده با ارائه اطلاعات غلط به سایر اعضای خانواده سعی در جلوگیری از ایجاد نگرانی شدید در آن‌ها می‌کردند. مشارکت‌کننده‌های شماره ۴ بیان کرد:

«منی که پسر بزرگ خانواده هستم، زیر فشار اطلاعات ناامیدکننده‌ای که بیمارستان به ما می‌ده دارم له می‌شم، چه برسه به خواهر و مادرم. هر موقع می‌گن دکترها چی گفتن، به دروغ بهشون می‌گم می‌گن حال مریض خوبه و فلج شدنش موقتی هست. یه چیز کلی بهشون می‌گم.»

راضی کردن خود به وضعیت بهبودی کم بیمار

اعضای خانواده با بزرگ‌نمایی حداقل وضعیت نسبی خوب بیمار برای خود و راضی کردن خود از حاصل شدن بهبودی بیمار، با وضعیت فعلی بیمار که موقتاً با دارودرمانی و استفاده از تجهیزات پزشکی حاصل شده، سعی در سازگار شدن با وضعیت بحرانی روزهای بستری بیمار بدحال خود می‌کردند. آن‌ها با تکرار و یادآوری اندک وضعیت پایدار فعلی بیمار برای خود و دیگر اعضای خانواده، سعی در سازگاری با شرایط بیمار فعلی و وضعیت در پیش‌روی بیمار خود داشتند. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۴ بیان کرد:

«همین که شوهرم نمرده و سایه‌اش بالای سر ما هستش راضی هستیم و خدا رو شکر می‌کنیم. فعلاً شوهرم نفس می‌کشه و فشار و ضربان قلبش خوب هستش. البته بهش دارو توی رگی

جدول ۲. طبقات و زیرطبقات استخراج شده

طبقات	زیرطبقات
	مخفی سازی وخامت حال بیمار
	راضی کردن خود به وضعیت بهبودی کم بیمار
راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده	امیدوار کردن کاذب خود به بهبودی کامل و سریع بیمار
	قطع رابطه با خویشانان
	استفاده از دخانیات جهت آرام سازی روانی
	مشارکت حداکثری خانواده در مراقبت از بیمار
	ملاقاتات مکرر بیمار
راهبردهای مقابله‌ای سازنده	پذیرش حمایت و کمک‌های خویشانان
	متوسل شدن به معنویات
	اتخاذ اقدامات کمکی


 مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

مشارکت حداکثری خانواده در مراقبت از بیمار

تعدادی از اعضای خانواده بیماران با پذیرش شرایط وخیم بالینی یا معلولیت در اثر ترومای ایجادشده، سعی در سازگاری با شرایط ایجادشده با تلاش در مشارکت حداکثری در مراقبت از بیمار خود داشتند. این مشارکت موجب کمک به آرامش روانی در آن‌ها و ایجاد سازگاری مؤثر در آن‌ها می‌شد. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد:

«سعی می‌کنم تا جایی که بتونم برم پیش برادرم بمونم و توی تخت جابه‌جاش کنم و پشتش رو ماساژ بدم. این کار آرومم می‌کنه و این جوری حتی می‌تونم مریضمم آروم کنم.»

در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۱۰ نیز بیان کرد:

«خیلی از دستم کاری برنمی‌آد، ولی همین که توی یه سری کارهای ساده می‌تونم به پسرکم کمک کنم خیلی حس خوبی به هم می‌ده. خدا می‌دونه چقدر ناراحت بودم و گریه کردم، ولی وقتی پیشش می‌مونم و کمکش می‌کنم، آرومم می‌کنه و بهم کمک می‌کنه راحت دیدن این همه میله و پلاتین توی بدن پسرکم رو قبول کنم.»

ملاقاتات مکرر با بیمار

اعضای خانواده بیماران با مشاهده تأثیرات مثبت ملاقات‌های مکرر بیمار خود، اقدام به برنامه‌ریزی جهت ملاقات‌های روزانه و مکرر با بیمار خود می‌کردند. آن‌ها این اقدام را در پذیرش و متعاقب آن سازگاری با شرایط ایجادشده کمک‌کننده می‌دیدند. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۱۵ بیان کرد:

خوب می‌شه و داریم یواش یواش به خودمون می‌قبولونیم که باید دستش قطع بشه یه حرف‌هایی می‌زنن که اعصابم آدم به هم می‌ریزه.»

استفاده از دخانیات جهت آرام سازی روانی خود

تعدادی از اعضای خانواده بیماران جهت کمک به خود با هدف کنار آمدن راحت‌تر خود با شرایط پیش‌رو با باور به اینکه مصرف دخانیات در ایجاد آرامش کمک‌کننده است اقدام به مصرف دخانیات می‌کردند. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ بیان کرد:

«سیگاری نبودم، ولی از بس روم فشار هستش که در روز چند بار سیگار می‌کشم تا آروم بشم.»

مشارکت‌کننده شماره ۱۳ نیز در طی تجربه‌ای مشترک بیان می‌کند:

«شاید اصلاً تأثیری هم نداشته باشه، ولی سیگار می‌کشم تا شاید توی بیمارستان روی مریضم بتونم تمرکز کنم.»

راهبردهای مقابله‌ای سازنده

این طبقه شامل ۵ زیرطبقه است: مشارکت حداکثری خانواده در مراقبت از بیمار، ملاقاتات مکرر با بیمار، پذیرش حمایت و کمک‌های خویشانان، متوسل شدن به معنویات و اتخاذ اقدامات کمکی.

بحث

این مطالعه باهدف تبیین راهبردهای مقابله‌ای خانواده بیمار ترومایی بدحال در طی روزهای بستری بیمار با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی جهت درک بهتر انجام و منجر به ایجاد ۲ طبقه اصلی شد. طبقه اول: راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده با ۵ زیرطبقه مخفی کردن حال بد بیمار از سایر اعضای خانواده بیمار، راضی کردن خود به حداقل شرایط بالینی خوب بیمار، امیدواری کاذب دادن به خود درمورد بهبودی کامل و سریع بیمار، قطع رابطه با خویشاندان و استفاده از دخانیات جهت آرام‌سازی روانی خود. طبقه دوم: راهبردهای مقابله‌ای سازنده با ۵ زیر طبقه مشارکت حداکثری عضو خانواده در مراقبت از بیمار، ملاقات مکرر بیمار، پذیرش حمایت و کمک‌های خویشاندان، رازونیز کردن بیشتر با خدا و اقدام به گرفتن پرستار خصوصی.

در پژوهش حاضر سؤال اصلی چگونگی درک راهبردهای مقابله‌ای توسط اعضای خانواده بیماران ترومایی بدحال در طی روزهای بستری بیمار بود که نتایج مطالعه نشان‌دهنده درک خانواده بیماران از راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده (منفی) است که این راهبردها به نوعی واکنش به سانحه محسوب می‌شوند. این بدین معناست که افراد در مواجهه با چنین رویدادهای ناگهانی‌ای ابتدا با هیجانات مختلف و دشوار روبه‌رو می‌شوند که به نوعی پاسخ منفی به استرس و اضطراب درونی آنان به موقعیت ایجادشده است و آن را با اعمالی چون مخفی کردن حال بد بیمار از دیگر اعضای خانواده، امید دادن کاذب به خویش در راستای بهبودی سریع و حتی استعمال دخانیات جهت آرام‌سازی روانی خویش نشان می‌دهند.

همسو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه ونگ نشان‌دهنده آن است که اولین هیجانی که افراد پس از آسیب با آن روبه‌رو می‌شوند، ناامیدی است که به دنبال نپذیرفتن واقعیت ایجاد می‌شود [۲۵]. واکنش‌های عاطفی دیگر، مانند احساس گناه، پشیمانی، خشم، ترس، شرم و درماندگی موجب ناراحتی بیشتر می‌شود و فرد را دچار انزوای اجتماعی، نشخوار ذهنی با افکار و احساسات منفی می‌کند [۲۶]. ازجمله شباهت‌های این مطالعه با مطالعه حاضر توجه به واکنش ناامیدانه افراد به دنبال آسیب‌ها و اتفاقات ناخواسته است. چنان‌که خانواده بیماران ترومایی در مطالعه حاضر که دچار ناامیدی می‌شدند سعی بر این داشتند تا از راهبرد امیدواری دادن کاذب به خود درمورد بهبودی کامل و سریع بیمار استفاده کنند. از دلایل این ناامیدی می‌توان به احتمال بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه (ICU) اشاره کرد که منجر به بروز آشفتگی و به‌هم‌ریختگی عاطفی و ترس از دست دادن فرد موردعلاقه در خانواده می‌شود [۹].

«هر روز ۲ بار می‌آم برادرم رو ملاقات می‌کنم تا آرام بشم. خیلی نگرانش هستم و دارم داغون می‌شم، ولی دارم روی خودم کار می‌کنم تا مریضی برادرم رو راحت‌تر بتونم قبول کنم. وقتی هر روز چند بار می‌آم ملاقاتش و براش غذای خونگی می‌آرم آرامم می‌کنه.»

پذیرش حمایت و کمک‌های خویشاندان

تعدادی از اعضای خانواده پذیرش کمک و حمایت‌های مالی و غیرمالی، مانند کمک در مراقبت از بیمار و پیگیری‌های آزمایشات و اقدامات درمانی بیمار ازطرف خویشاندان را بسیار کمک‌کننده و آرام‌کننده می‌دانستند. آن‌ها این پذیرش را باعث تسریع در سازگاری خود با شرایط بیمار و کمک مؤثرتر به بیمار خود می‌دانستند. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ در بیان تجربه خود اظهار کرد:

«هر روز فامیل‌ها زنگ می‌زنن و با صحبت‌هاشون آدم رو آرام می‌کنن. به‌عنوان همراه بیمار می‌آن پیشش می‌مونن. اگه فامیل‌هام نبودن، نمی‌دونم توی این شرایط چی کار می‌خواستم بکنم.»

متوسل شدن به معنویات

اعضای خانواده در کنار تمامی اقدامات بیان‌شده با رازونیز بیشتر به خدا و متوسل شدن به اعتقادات شخصی خود، سعی در کسب کمک از خدا جهت افزایش صبوری خود و قبول کردن راحت‌تر وضعیت بیمار خود داشتند. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۱۶ بیان کرد:

«این روزا بیشتر سعی می‌کنم تا نماز بخونم و ذکر بگم. دائم از خدا می‌خوام که کمکم کنه بتونم این وضع رو تحمل کنم.»

انخاذ اقدامات کمکی

خانواده‌های بیماران ترومایی با اقدام به گرفتن پرستار خصوصی جهت مراقبت بیشتر و تخصصی‌تر سعی در کمک به روند مراقبت و بهبودی بیمار خود می‌کردند. آن‌ها با مشاهده اقدامات انجام‌شده توسط پرستار خصوصی موجبات سازگار شدن راحت و سریع‌تر خود را با شرایط فعلی فراهم می‌کردند. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۸ بیان کرد:

«من مشکل مالی ندارم و با اینکه هر روز یکی از خودمون پیش مریضمون می‌مونیم، ولی یه پرستار خصوصی از بخش می‌گیریم تا بهمون کنه. بودن پرستار خصوصی خیلی بهمون کمک می‌کنه.»

ملاقات هر روزه و مکرر با بیمار خود می‌کردند. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج کاراجیورگی و همکاران مبین آن است که خوش‌بینی یا نگرش مثبت و «احتمالات جدید» منجر به بروز چنین رفتارهایی خواهد شد [۲۹]. از شباهت‌های این مطالعه توجه به خوش‌بینی و دید مثبت به احتمال بهبودی بیمار است.

برخی مشارکت‌کنندگان که عضوی از خانواده آنان دچار ترومای شدید شده و در بیمارستان و بخش‌هایی همچون بخش مراقبت ویژه (ICU) بستری بود، از راهبردهای مقابله‌ای همچون خوش‌بینی و امید که یک باور فرهنگی است استفاده می‌کردند. مشارکت‌کنندگان سعی کردند شرایط سخت مراقبت را تحمل کنند، خود را کنترل و صبورانه رفتار کنند که این اقدامات می‌تواند ناشی از احساس تعهد (تعهد به مراقبت در خانواده‌ها) و مسئولیت در قبال مراقبت از بیمار باشد [۱۵]. این افراد نیاز بیشتری به حمایت‌های اجتماعی و فرهنگی از خود نشان می‌دهند [۱۴] و از این راهبردها برای مقابله با رنج و فشار استفاده می‌کنند.

در پژوهش حاضر معنویت نقش مهمی در مواجهه خانواده‌ها با موقعیت‌های استرس‌زا در مراقبت داشت. اعتقادات معنوی و اعمال مذهبی در ایجاد آرامش، انرژی‌بخشی، صبر و همچنین امید به بهبودی بیمار مؤثر بود. می‌توان گفت فرهنگ دینی جامعه ایرانی باعث شده است که معنویت در گفتار، رفتار و اعتقادات آنان دیده شود. علاوه بر این‌ها از آن به‌عنوان یک راهبرد مهم در مقابله با استرس استفاده می‌کنند. نتایج مطالعات در سایر فرهنگ‌ها نیز نشان داد ایمان به خدا، خواست خداوند و کمک او و نیز دعا از عوامل مهم مقابله با استرس در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های قلبی و بیماری‌های مزمن است. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر نتایج مطالعه زامورا و همکاران [۳۰]، مارتین ککوا و همکاران [۳۱] و خانجانی و همکاران [۳۲] نشان‌دهنده تقویت باورهای معنوی به دنبال چنین حوادثی است.

از طرفی اعضای خانواده به دنبال دریافت حمایت از دیگران برای یافتن آرامش روحی و روانی نیز هستند که در ایران بیشتر حمایت توسط اعضای خانواده و بستگان ارائه می‌شود و سایر منابع اجتماعی و حرفه‌ای پشتیبانی نقش کمتری دارند که می‌تواند به دلیل عدم آگاهی و عدم دسترسی به آن‌ها باشد [۱۵]. نتایج مطالعه پالمر و همکاران همسو با نتایج مطالعه حاضر بوده و نشان‌دهنده آن است که گذشت زمان، پذیرش کمک، ارتباط با دیگران با تجربه مشابه و شبکه حمایتی آگاه، راهبردهای به کار برده شده هستند [۲۸]. همچنین نتایج مطالعه زامورا و همکاران نشان‌دهنده افزایش رابطه با دیگران با ۲ زیرمقوله صمیمیت خانوادگی و همدلی با دیگران است [۳۰].

طبق نتایج مطالعه حاضر خانواده بیماران ترومایی سعی در مخفی کردن شرایط بیمارشان با اعمالی همچون قطع ارتباط با دیگران داشتند. راهبردهای اجتناب و فرار از واقعیت راهی برای فرار افراد از مشکلات است که می‌تواند یک رویارویی منفی تلقی شود، زیرا به افکار غیرواقعی با هدف راه‌حلی جادویی برای مشکل اشاره دارد [۱۴]. همسو با نتایج مطالعه حاضر نتایج مطالعه فروتا و همکاران نشان‌دهنده آن است که خانواده بیماران از راهبردهایی همچون اجتناب و فرار از واقعیت استفاده می‌کنند [۱۴]. از جمله شباهت‌های این مطالعه می‌توان به استفاده خانواده بیماران ترومایی از راهبردهای اجتناب و فرار از واقعیت اشاره داشت.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر در طبقه راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده، استفاده از دخانیات جهت آرام‌سازی روانی است که خانواده بیماران ترومایی از این راهبرد بهره بردند. ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر نتایج مطالعه دلیر و همکاران نشان‌دهنده بهره بردن اعضای خانواده بیمار از راهبردهایی همچون معاشرت با دوستان و مصرف داروهای آرام‌بخش جهت مدیریت شرایط بود [۱۵]. از تفاوت‌های مطالعه مذکور با مطالعه حاضر بهره‌گیری اعضای خانواده بیماران از راهبردهای مقابله‌ای جهت کنار آمدن با اتفاق پیش‌آمده است، اما در مطالعه حاضر از راهبردهای منفی و غیرسازگارانه جهت کنار آمدن با شرایط ایجادشده بهره برده شده بود.

مطابق نتایج حاصل از پژوهش حاضر دومین طبقه، «راهبردهای مقابله‌ای سازنده» است که مطابق با یافته‌ها نیاز به زمان برای پذیرش آنچه اتفاق افتاده است را نشان می‌دهد. گذشت زمان به‌مرور از اضطراب فرد کاسته و با فراهم کردن امکان پردازش شناختی لازم، منجر به درک واقعیت می‌شود [۲۷]. از این رو فرد سعی دارد اعمالی همچون مشارکت حداکثری در مراقبت از بیمار خویش، ملاقات مکرر بیمار، پذیرش حمایت و کمک‌های خوشایند، رازونیز کردن بیشتر با خدا و اقدام به گرفتن پرستار خصوصی را از خود نشان دهد.

زیر طبقه «مشارکت حداکثری عضو خانواده در مراقبت از بیمار» نشان‌دهنده این موضوع است که خانواده با پذیرش شرایط وخیم بالینی یا معلولیت در اثر ترومای ایجادشده، سعی در سازگاری با شرایط ایجادشده با تلاش در مشارکت حداکثری در مراقبت از بیمار خود داشتند. نتایج مطالعه پالمر و همکاران (۲۰۱۶) نشان‌دهنده آن است که این شرایط حاکی از درک واقعیت، شامل پردازش آنچه اتفاق افتاده است که مصادیق آن گذشت زمان، پذیرش کمک، ارتباط با دیگران با تجربه مشابه، شبکه حمایتی آگاه و درک واکنش‌های به آسیب بود [۲۸].

از دیگر زیرطبقه‌ها حاصله در این طبقه «ملاقات مکرر بیمار» است. بدین معنی که اعضای خانواده بیماران با مشاهده تأثیرات مثبت ملاقات‌های مکرر بیمار خود، اقدام به برنامه‌ریزی جهت

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان چنین بیان کرد که براساس نتایج مطالعه حاضر خانواده بیماران ترومایی بدحال در طی روزهای بستری بیمارشان در بیمارستان راهبردهای مقابله سازنده و غیرسازنده‌ای را جهت سازگاری با شرایط مواجهه‌شده انجام می‌دهند. تقویت راهبردهای سازنده و مثبت توسط پرستاران و کمک به اصلاح راهبردهای غیرسازنده منفی می‌تواند در مدیریت وضعیت روحی‌روانی اعضای خانواده در طی روزهای بدحالی بیمارشان کمک‌کننده باشد.

پژوهش حاضر کیفی است و یافته‌ها درک راهبردهای مقابله‌ای خانواده بیماران ترومایی در طی روزهای بستری بیمارشان را نشان می‌دهد که امکان دستیابی به آن در مطالعه‌های کمی وجود ندارد. یافته‌ها، متعلق به جامعه موردبررسی بوده و از قابلیت تعمیم‌پذیری برخوردار نیست. برخلاف این محدودیت‌ها، تنوع در نمونه‌برداری یکی از مزیت‌های پژوهش حاضر بود. خانواده بیماران با تنوع سنی، جنسیتی و وابستگی متفاوت با بیمار همچون خواهر، برادر، مادر و پدر بیمار انتخاب شدند که این مسئله انتقال‌پذیری و امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها را در همان جامعه تا حدی بهبود و افزایش می‌دهد. به‌علاوه داده‌ها به‌درستی آنالیز شدند و یافته‌ها توسط نظرات متخصصین تأیید شد.

کاربرد یافته‌ها

با داشتن درک و شناخت کامل‌تری که این مطالعه نسبت به درک خانواده بیماران ترومایی از راهبردهای مورد استفاده آنان ایجاد کرده، می‌توان برای برنامه‌ریزی و کمک به این گروه هدف و حتی بیمارشان بهره برد. یافته‌های این مطالعه در ابعاد مختلف پرستاری، شامل آموزش، پژوهش، عملکرد و سیاست‌گذاری کاربرد دارد و پایه‌ای برای برنامه‌ریزی و انجام تحقیقات جدیدتر را محقق می‌کند. همچنین در عملکرد بالینی پرستاری می‌توان با تمرکز بر ابعاد مراقبت کل‌نگر موجب بهبودی و اثرات آن بر سطح سلامت بیماران شد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در روند مطالعه اصول اخلاقی اختیار، استقلال و محرمانگی درمورد مشارکت‌کنندگان مدنظر قرار گرفت. جهت ورود به مطالعه از کلیه مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی کسب شد و شرکت آن‌ها در مطالعه اختیاری بود. همچنین در زمینه محرمانه ماندن اطلاعاتشان به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. قبل از انجام مصاحبه، آگاهی‌های لازم در زمینه هدف و روش مطالعه به شرکت‌کنندگان داده شد و همچنین جهت ضبط صدا و یادداشت‌برداری حین مصاحبه نیز از آن‌ها رضایت کتبی اخذ شد و اجازه خروج آزادانه از مطالعه را داشتند. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم با شماره MUQ.REC.1399.198 تأیید شده است.

حامی مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شد.

مشارکت‌نویسندگان

همه نویسندگان در تمامی مراحل تحقیق مشارکت یکسان داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری همه شرکت‌کنندگان در این تحقیق تشکر می‌کنند.

References

- [1] Carley S, Driscoll P. Trauma education. *Resuscitation*. 2001; 48(1):47-56. [DOI:10.1016/s0300-9572(00)00317-8] [PMID]
- [2] Aas M, Andreassen OA, Aminoff SR, Færden A, Romm KL, Nesvåg R, et al. A history of childhood trauma is associated with slower improvement rates: Findings from a one-year follow-up study of patients with a first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:126. [DOI:10.1186/s12888-016-0827-4] [PMID] [PMCID]
- [3] Norouzinia R, Ahmadi M, Seidabadi M. [Knowledge and clinical competence of medical emergencies students in facing trauma (Persian)]. *Iran J Emerg Med*. 2016; 3(2):73-7. [Link]
- [4] Sakran JV, Greer SE, Werlin E, McCunn M. Care of the injured worldwide: Trauma still the neglected disease of modern society. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012; 20:64. [DOI:10.1186/1757-7241-20-64] [PMID] [PMCID]
- [5] Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with merleau-pontian perspective. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011; 27(5):273-80. [DOI:10.1016/j.iccn.2011.08.001] [PMID]
- [6] Yadollahi M, Mohammadinia L, Norouzi M. Epidemiology of trauma in children and adolescents based on emergency medical services (EMS 115) in Shiraz, 2017. *J Health Sci Surveillance Sys* October. 2022; 10(4):488-94. [DOI:10.30476/jhsss.2021.92240.1329]
- [7] Azami-Aghdash S, Sadeghi-Bazargani H, Shabaninejad H, Abolghasem Gorji H. Injury epidemiology in Iran: A systematic review. *J Inj Violence Res*. 2017; 9(1):27-40. [DOI:10.5249/jivr.v9i1.852] [PMID]
- [8] Azami-Aghdash S, Gorji A, Sadeghi-Bazargani H, Shabaninejad H. Epidemiology of road traffic injuries in iran: Based on the data from disaster management information system (DMIS) of the Iranian Red Crescent. *Iran Red Crescent Med J*. 2017; 19(1):e38743. [DOI:10.5812/ircmj.38743]
- [9] Telman MD, Overbeek MM, de Schipper JC, Lamers-Winkelmann F, Finkenauer C, Schuengel C. Family functioning and children's post-traumatic stress symptoms in a referred sample exposed to interparental violence. *J Fam Violence*. 2016; 31:127-36. [DOI:10.1007/s10896-015-9769-8] [PMID] [PMCID]
- [10] Rippin A. Evidence-based design: Structuring patient and family-centered ICU care. *AMA J Ethics*. 2016; 18(1):73-6. [DOI:10.1001/journalofethics.2016.18.1.sect1-1601] [PMID]
- [11] Mann CM, Ward DS, Vaughn A, Benjamin Neelon SE, Long Vidal LJ, Omar S, et al. Application of the Intervention Mapping protocol to develop Keys, a family child care home intervention to prevent early childhood obesity. *BMC Public Health*. 2015; 15:1227. [DOI:10.1186/s12889-015-2573-9] [PMID] [PMCID]
- [12] Moattari M, Alizadeh Shirazi F, Sharifi N, Zareh N. Effects of a sensory stimulation by nurses and families on level of cognitive function, and basic cognitive sensory recovery of comatose patients with severe traumatic brain injury: A randomized control trial. *Trauma Mon*. 2016; 21(4):e23531. [DOI:10.5812/traumamon.23531] [PMID] [PMCID]
- [13] Rabie S, Khaleghduost T, Paryad E, Atrkar Ruoshan Z. Family and anxiety in intensive care units. *J Holistic Nurs Midwifery*. 2007; 17(2):1-8. [Link]
- [14] Frota OP, de Sene AG, Ferreira-Júnior MA, Giacon-Arruda BCC, Teston EF, Pompeo DA, et al. Coping strategies of family members of intensive care unit patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021; 63:102980. [DOI:10.1016/j.iccn.2020.102980] [PMID]
- [15] Dalir Z, Heydari A, Kareshki H, Manzari ZS. Coping with caregiving stress in families of children with congenital heart disease: A qualitative study. *Int J Commun Based Nurs Midwifery*. 2020; 8(2):127-39. [DOI:10.30476/IJCBNM.2020.83029.1113]
- [16] Harlan EA, Miller J, Costa DK, Fagerlin A, Iwashyna TJ, Chen EP, et al. Emotional experiences and coping strategies of family members of critically ill patients. *Chest*. 2020; 158(4):1464-72. [DOI:10.1016/j.chest.2020.05.535] [PMID] [PMCID]
- [17] Gurbuz H, Demir N. Anxiety and depression symptoms of family members of intensive care unit patients: A prospective observational study and the lived experiences of the family members. *Avicenna J Med*. 2023; 13(2):89-96. [PMID]
- [18] Cottrell L, Zatezalo J, Bonasso A, Lattin J, Shawley S, Murphy E, et al. The relationship between children's physical activity and family income in rural settings: A cross-sectional study. *Prev Med Rep*. 2015; 2:99-104. [DOI:10.1016/j.pmedr.2015.01.008] [PMID] [PMCID]
- [19] Parent K, Jones K, Phillips L, Stojan J, House J. Teaching patient- and family-centered care: Integrating shared humanity into medical education curricula. *AMA J Ethics*. 2016; 18(1):24-32. [DOI:10.1001/journalofethics.2016.18.1.medu1-1601]
- [20] Abazari A, Abbaszadeh F. Comparison of the attitudes of nurses and relatives of ICU and CCU patients towards the psychological needs of patients relatives. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2001; 19:58-63. [Link]
- [21] Farzadmehr M, Fallahi Khoshknab M, Hosseini M, Khankeh H. [The effect of nursing consultation on anxiety and satisfaction of patient's families at the cardiac surgical intensive care unit (Persian)]. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2016; 4(2):56-63. [DOI:10.21859/ijpn-04027]
- [22] Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008; 62(1):107-15. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x] [PMID]
- [23] Zhang Y, Wildemuth B. Qualitative analysis of content. In: Wildemuth BM, editor. *Applications of social research methods to questions in information and library science*. London: Libraries Unlimited; 2009. [Link]
- [24] Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Los Angeles: SAGE Publications; 1985. [Link]
- [25] Wang Y, Wang H, Wang Z, Xie H, Shi J, Zhao X. The process of posttraumatic growth in individuals with traumatic spinal cord injury in Mainland China: An interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol*. 2017; 22(5):637-49. [DOI:10.1177/1359105315610812] [PMID]

- [26] Fazel M, Bagestani H, Farahbakhsh K, Esmaeili M. [Post traumatic growth model in cancer patients: A grounded theory study (Persian)]. *Couns Cult Psychotherapy*. 2017; 8(29):79-105. [DOI:10.22054/qccpc.2017.17946.1422]
- [27] Asgari Z, Naghavi A. [Explaining post-traumatic growth: Thematic synthesis of qualitative research (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2019; 25(2):222-35. [DOI:10.32598/ijpcp.25.2.222]
- [28] Palmer E, Murphy D, Spencer-Harper L. Experience of post-traumatic growth in UK veterans with PTSD: A qualitative study. *J R Army Med Corps*. 2017; 163(3):171-6. [DOI:10.1136/jramc-2015-000607] [PMID]
- [29] Karagiorgou O, Evans JJ, Cullen B. Post-traumatic growth in adult survivors of brain injury: A qualitative study of participants completing a pilot trial of brief positive psychotherapy. *Disabil Rehabil*. 2018; 40(6):655-9. [DOI:10.1080/09638288.2016.1274337] [PMID]
- [30] Zamora ER, Yi J, Akter J, Kim J, Warner EL, Kirchhoff AC. 'Having cancer was awful but also something good came out': Post-traumatic growth among adult survivors of pediatric and adolescent cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2017; 28:21-7. [DOI:10.1016/j.ejon.2017.02.001] [PMID] [PMCID]
- [31] Martinčėková L, Klatt J. Mothers' grief, forgiveness and post-traumatic growth after the loss of a child. *Omega*. 2017; 75(3):248-65. [DOI:10.1177/0030222816652803] [PMID]
- [32] Khanjani MS, Younesi SJ, Khankeh HR, Azkhosh M. Exploring facilitators of post-traumatic growth in patients with spinal cord injury: A qualitative study. *Electron Physician*. 2017; 9(1):3544-53. [DOI:10.19082/3544] [PMID] [PMCID]