

زندگی با بدن آسیب‌دیده: تجربه اضطراب، ناامنی و از دست‌دادن کنترل پس از ترومای ارتوپدی

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۲

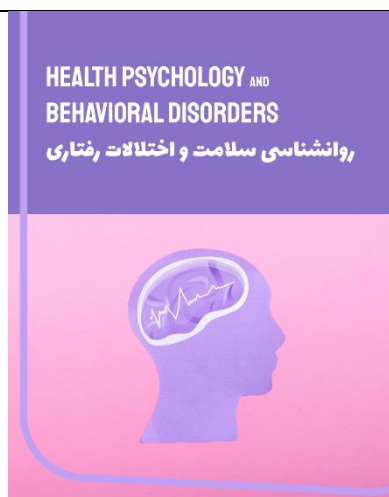
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۲/۰۶

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۹/۱۸

چکیده

این پژوهش با هدف توصیف تجربه زیسته افراد مبتلا به آسیب‌های ارتوپدی تروماتیک و درک تغییرات هویت جسمانی، احساس امنیت بدنی و کیفیت زندگی پس از آسیب انجام شد. پژوهش حاضر از نوع کیفی با رویکرد پدیدارشناختی توصیفی بود. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق با ۷ نفر (۳ مرد و ۴ زن) در بازه سنی ۴۰ تا ۶۶ سال که دچار آسیب‌های ارتوپدی تروماتیک (شکستگی لگن، شکستگی هیپ و مفصل ران، مچ و ساعد دست، شکستگی مچ پا و پارگی تاندون آشیل) شده بودند، گردآوری گردید. نمونه‌گیری به روش هدفمند و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی انجام شد. هشت مقوله اصلی از تحلیل داده‌ها استخراج گردید: (۱) بیگانگی و خیانت بدنی، (۲) شکنندگی و ناامنی دائمی بدن، (۳) از دست‌دادن استقلال و کنترل، (۴) بحران هویت و نقش‌های جنسیتی/اجتماعی، (۵) شرم، انگ و تغییر نگاه دیگران، (۶) اضطراب مزمن و ترس پیش‌بینی‌کننده، (۷) احساس بار بودن و گناه نسبت به نزدیکان، (۸) امید و ناامیدی متناوب نسبت به آینده. ساختار بنیادین پدیده نشان داد که بدن آسیب‌دیده از یک پناهگاه قابل اعتماد به منبعی از ناامنی مداوم، اضطراب پیش‌بینی‌کننده، بحران هویت و احساس وابستگی تحمیلی تبدیل می‌شود که به‌طور همزمان بر ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی زندگی فرد اثر می‌گذارد. تجربه زیسته پس از ترومای ارتوپدی، فراتر از ترمیم استخوان و بازگشت عملکرد جسمانی، شامل سفری پیچیده برای بازسازی امنیت وجودی، هویت شخصی و حس کنترل بر زندگی است. تمرکز صرف بر درمان‌های بیومکانیکی ناکافی است و ضرورت اتخاذ رویکردی کل‌نگر شامل غربالگری منظم سلامت روان، مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر مدل ترس-اجتناب، حمایت‌های اجتماعی-اقتصادی و برنامه‌های توانبخشی بلندمدت جامعه‌محور را برجسته می‌سازد.

کلیدواژه‌گان: ترومای ارتوپدی، تجربه زیسته، پدیدارشناسی، اضطراب مزمن، شکنندگی بدنی، بحران هویت، از دست‌دادن کنترل، احساس بار بودن، روش کلایزی



امیر امینیان^۱، جواد معینی^۲، شهلا شوکت پور لطفی^{۳*}

۱. مرکز تحقیقات بازسازی استخوان و مفاصل، گروه ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات بازسازی استخوان و مفاصل، گروه ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران

۳. مرکز تحقیقات سومصرف مواد و اختلالات رفتاری، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

shahlashokatpour95@gmail.com

شیوه استناددهی: امینیان، امیر، معینی، جواد، و شوکت پور لطفی، شهلا. (۱۴۰۵). زندگی با بدن آسیب‌دیده: تجربه اضطراب، ناامنی و از دست‌دادن کنترل پس از ترومای ارتوپدی. روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری، ۴(۳)، ۱-۱۴.

Life with a Damaged Body: Experience of Anxiety, Insecurity, and Loss of Control After Orthopedic Trauma

Submit Date:
2025-12-09

Revise Date:
2026-02-25

Accept Date:
2026-03-03

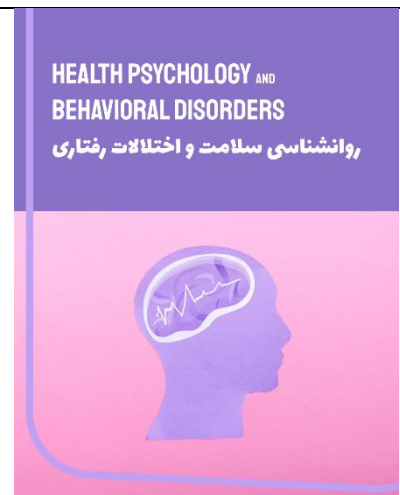
Initial Publish Date:
2026-05-02

Final Publish Date:
2026-07-23

Abstract

This study aimed to describe the lived experience of individuals with traumatic orthopedic injuries and to understand changes in bodily identity, sense of bodily security, and quality of life following injury. The present research employed a descriptive phenomenological approach. Data were collected through in-depth semi-structured interviews with seven participants (three men and four women) aged 40–66 years who had sustained traumatic orthopedic injuries (pelvic fracture, hip fracture and hip joint fracture, wrist and forearm fractures, ankle fracture, and Achilles tendon rupture). Sampling was conducted using purposive sampling until theoretical saturation was achieved. Data analysis was performed using Collaizi's seven-stage method. Eight main themes were extracted from the data analysis: 1) Bodily alienation and betrayal, 2) Chronic bodily vulnerability and insecurity, 3) Loss of independence and control, 4) Identity crisis and gender/social role disruptions, 5) Shame, stigma, and others' changing perceptions, 6) Chronic anxiety and anticipatory fear, 7) Feeling like a burden and guilt toward loved ones, 8) Intermittent hope and hopelessness regarding the future. The core phenomenon structure revealed that the injured body transforms from a reliable refuge into a source of continuous insecurity, anticipatory anxiety, identity crisis, and imposed dependency, simultaneously affecting the physical, psychological, and social dimensions of the individual's life. The lived experience following orthopedic trauma extends beyond bone healing and return of physical function, encompassing a complex journey toward rebuilding existential security, personal identity, and a sense of control over life. A sole focus on biomechanical treatments is insufficient, highlighting the necessity for a holistic approach that includes regular mental health screening, fear-avoidance model-based psychological interventions, social and economic support, and long-term community-centered rehabilitation programs.

Keywords: *Orthopedic trauma, lived experience, phenomenology, chronic anxiety, bodily vulnerability, identity crisis, loss of control, feeling like a burden, Collaizi method*



Amir Aminian¹, Javad Moeini², Shahla Shokatpour Lotfi^{3*}

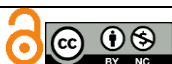
1. Bone and Joint Reconstruction Research Center, Department of Orthopedics, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Tehran, Iran

2. Bone and Joint Reconstruction Research Center, Department of Orthopedics, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Substance Use and Behavioral Disorders Research Center, Isl.C, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran

*Corresponding Author's Email: shahlashokatpour95@gmail.com

How to cite: Aminian, A., Moeini, J., & Shokatpour Lotfi, Sh. (2026). Life with a Damaged Body: Experience of Anxiety, Insecurity, and Loss of Control After Orthopedic Trauma. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(3), 1-14.



ترومای ارتوپدی، که شامل آسیب‌های شدید به سیستم اسکلتی-عضلانی مانند شکستگی‌ها، دررفتگی‌ها و پارگی‌های بافت نرم است، یکی از نگرانی‌های عمده سلامت عمومی در سطح جهان محسوب می‌شود (Scott et al., 2024). این آسیب‌ها که اغلب ناشی از رویدادهای پرنرزی و ناگهانی مانند تصادفات رانندگی، سقوط از ارتفاع، حوادث ورزشی یا محیط کار هستند، باری سنگین بر دوش فرد و سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌گذارند (Finstad et al., 2024; Middlebrook et al., 2025). تخمین زده می‌شود که سالانه میلیون‌ها نفر دچار جراحات ارتوپدی می‌شوند و اگرچه پیشرفت‌های تکنولوژیکی در سیستم‌های تروما، جراحی‌های کم‌تهاجمی و ارتوپدی بیولوژیک باعث کاهش نرخ مرگومیر شده است، اما تعداد بازماندگانی که با ناتوانی‌های موقت یا دائمی زندگی می‌کنند، به طور فزاینده‌ای رو به افزایش است (Bakhshaie et al., 2023; Finstad et al., 2024). با این حال، علی‌رغم تمرکز سنتی بر ترمیم فیزیکی و جوش خوردن استخوان، شواهد نشان می‌دهند که تأثیرات روانی این تروماها، از جمله اضطراب، احساس ناامنی و از دست دادن کنترل، به اندازه آسیب‌های جسمی مخرب هستند و می‌توانند مسیر بهبودی را به شدت تحت تأثیر قرار دهند (Breazeale et al., 2021; Stinner & Mir, 2022).

اضطراب یکی از شایع‌ترین و پایدارترین واکنش‌های روانی پس از ترومای ارتوپدی است. مطالعات نشان می‌دهند که علائم اضطراب در ۱۱٫۵٪ تا ۵۵٫۹٪ از بیماران تروما دیده می‌شود و برخلاف تصور عمومی، این وضعیت می‌تواند تا ۱۰ سال پس از آسیب اولیه تداوم یابد (Breazeale et al., 2021). برزیل و همکاران (۲۰۲۱) در مرور سیستماتیک خود تأکید می‌کنند که علائم اضطراب به ندرت به تنهایی بروز می‌کنند و اغلب در کنار افسردگی، درد مزمن و اختلال استرس پس از تروما یک «خوشه علائم» را تشکیل می‌دهند که تأثیری هم‌افزا بر کاهش عملکرد فیزیکی و کیفیت زندگی بیمار دارد (Breazeale et al., 2021). اضطراب نه تنها به عنوان یک پاسخ عاطفی، بلکه به عنوان عاملی برای «فاجعه‌سازی درد» عمل می‌کند. بیماران با سطح بالای اضطراب درد، تمایل دارند تهدید ناشی از درد را بزرگ‌نمایی کرده و خود را در برابر آن ناتوان ببینند (Hooker et al., 2024). این پریشانی روانی می‌تواند منجر به الگوهای رفتاری مخربی مانند «اجتناب از فعالیت» شود که ریشه در مدل ترس-اجتناب دارد و مانع از مشارکت فعال بیمار در فیزیوتراپی و بازتوانی می‌شود (Hooker et al., 2024).

زندگی با بدن آسیب‌دیده، فرد را در وضعیتی از ناامنی مداوم نسبت به تمامیت جسمانی خود قرار می‌دهد. ترومای ارتوپدی و جراحی‌های متعاقب آن، اغلب با جای زخم، عدم تقارن یا محدودیت‌های عملکردی دائمی همراه است که تصویر بدنی بیمار را دگرگون می‌کند (Brzezewska et al., 2025). برزوسکا و همکاران (۲۰۲۵) با استفاده از مدل طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی بیمار، مانند «عاطفه منفی»^۱، به طور مستقیم با ارزیابی منفی از سلامت و رضایت کمتر از بدن در دوره پس از جراحی مرتبط است. بیماران ممکن است نسبت به بدن خود احساس غریبگی کرده یا به دلیل تغییرات ظاهری و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره، دچار بحران هویت شوند (Brzezewska et al., 2025).

این احساس ناامنی فیزیکی، به ویژه در ورزشکاران که هویت‌شان با توانمندی جسمانی گره خورده است، منجر به کاهش عزت‌نفس و احساس آسیب‌پذیری شدید می‌شود (Barnett, 2022). در موارد پیچیده‌تر مانند «عدم جوش خوردگی»^۲ شکستگی‌ها، که در ۵ تا ۱۰ درصد موارد رخ می‌دهد، لایه دیگری از ناامنی به زندگی بیمار اضافه می‌شود (Yang et al., 2025). یانگ و همکاران (۲۰۲۵) در پروتکل مطالعه خود اشاره می‌کنند که زندگی با شکستگی که بهبود نمی‌یابد، بیمار را در وضعیتی از ابهام مداوم و ترس از ناتوانی دائمی قرار می‌دهد که نه تنها بر خود بیمار، بلکه بر دایره نزدیکان او نیز بار روانی و مالی سنگینی تحمیل می‌کند (Yang et al., 2025).

¹ Pain catastrophizing

² Activity avoidance

³ Negative affect

⁴ Non-union

یکی از دردناک‌ترین جنبه‌های زندگی پس از تروما، انتقال ناگهانی از استقلال کامل به وابستگی مطلق به دیگران برای انجام ابتدایی‌ترین نیازهاست. ورود ناگهانی به محیط بیمارستان، پروسه‌های تشخیصی دردناک و بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، حس کنترل فرد بر محیط و بدن خود را از بین می‌برد. صدهای مداوم دستگاه‌ها، محرومیت حسی و روتین‌های تکراری بیمارستان باعث می‌شود بیماران جهت‌گیری زمانی و مکانی خود را از دست داده و دچار «احساس درماندگی آموخته شده»^۱ شوند. این از دست دادن کنترل در مسیر بازتوانی نیز ادامه می‌یابد. فینستاد و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه کیفی خود دریافتند که بیماران مسیر بهبودی را به دلیل نوسانات بین بهبود و بدتر شدن وضعیت سلامتی، بسیار غیرقابل پیش‌بینی تجربه می‌کنند. بسیاری از بیماران احساس می‌کنند که توسط سیستم بهداشتی رها شده‌اند و به دلیل عدم دسترسی به مراقبت‌های تخصصی مداوم یا دریافت اطلاعات متناقض از سوی پزشکان، قدرت مدیریت شرایط خود را ندارند (Finstad et al., 2024). میدل بروک و همکاران (۲۰۲۵) تأکید می‌کنند که بیماران در ۶ ماهگی پس از تروما، همچنان در حال پردازش روانی حادثه هستند و تلاش می‌کنند تا با «برنامه‌ریزی و سازگاری آگاهانه و مداوم»^۲ برای فعالیت‌های ساده، کنترل از دست رفته را بازیابند؛ فرآیندی که به تنهایی بسیار طاقت‌فرسا و خسته‌کننده است (Middlebrook et al., 2025).

تجربه زندگی با بدن آسیب‌دیده تحت تأثیر عوامل اجتماعی و ساختاری نیز قرار دارد. بخشایی و همکاران (۲۰۲۳) با استفاده از مدل اجتماعی-اکولوژیکی نشان دادند که عواملی مانند سطح سواد سلامت، ناتوانی در دسترسی به تکنولوژی، مشکلات حمل‌ونقل و ناامنی شغلی، نابرابری‌هایی را در مسیر بهبودی ایجاد می‌کنند. بیمارانی که از حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردارند یا با موانع مالی روبرو هستند، در بازگشت به کار و بازیابی استقلال خود با چالش‌های دوچندان مواجه می‌شوند که منجر به تشدید علائم روانی و احساس شکست می‌شود (Bakhshaie et al., 2023; Scott et al., 2024). همچنین، در برخی فرهنگ‌ها و مناطق روستایی، انگ مرتبط با جستجوی خدمات سلامت روان به عنوان یک مانع بزرگ برای کاهش اضطراب و بازیابی کنترل عمل می‌کند (Bakhshaie et al., 2023).

برای مقابله با این بحران، نیاز به رویکردی کل‌نگر در درمان تروما وجود دارد که فراتر از مدل زیست‌پزشکی عمل کند (Stinner & Mir, 2022). مداخلاتی مانند «جعبه‌ابزار بهبودی بهینه»^۳، که یک برنامه ذهن-بدن^۴ بر پایه مدل ترس-اجتناب^۵ است، نشان داده‌اند که می‌توانند با آموزش مهارت‌هایی مانند آرام‌سازی، ذهن‌آگاهی، بازسازی شناختی و پذیرش درد، به بیماران کمک کنند تا حس کنترل خود را بازیافته و به فعالیت‌های ارزشمند زندگی بازگردند (Hooker et al., 2024). همچنین، بارنت (۲۰۲۲) بر اهمیت حمایت اجتماعی از سوی کادر درمان تأکید می‌کند و بیان می‌دارد که گوش دادن فعال، تایید واقعیت‌های بیمار و ایجاد اتحاد درمانی می‌تواند اضطراب را کاهش داده و انگیزه برای ادامه بازتوانی را تقویت کند (Barnett, 2022).

علاوه بر مداخلات روان‌شناختی، تحقیقات جدید در حال بررسی نقش دارودرمانی (مانند استفاده از فلوکستین برای کاهش علائم استرس پس از تروما) و استفاده از واقعیت مجازی برای مدیریت درد و بهبود عملکردهای روانی در دوره توانبخشی هستند (Scott et al., 2024). استینر و میر (۲۰۲۲) تأکید می‌کنند که جراحان ارتوپد باید غربالگری‌های روتین سلامت روان را برای شناسایی بیماران در معرض خطر انجام دهند، زیرا خودکارآمدی^۶ بیمار یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های پیامد موفقیت‌آمیز جراحی است (Stinner & Mir, 2022).

در نهایت، تحقیقات کیفی برای درک تجربیات زیسته بیماران و انتظارات آن‌ها ضروری است تا بتوان رهنمودهای بالینی را به گونه‌ای اجرا کرد که واقعاً نیازهای انسانی بیماران تروما را پوشش دهد. بهبودی از ترومای ارتوپدی تنها یک فرآیند بیولوژیکی برای ترمیم استخوان نیست، بلکه

¹ Learned helplessness

² Constant conscious planning and adaptation

³ Toolkit for optimal recovery (TOR)

⁴ Mind-body

⁵ Fear-avoidance model

⁶ Self-efficacy

سفری پیچیده برای بازپس‌گیری هویت، امنیت و کنترل در دنیایی است که با آسیب بدنی زیر و رو شده است (Hui et al., 2017; Middlebrook et al., 2025; Olive et al., 2024; Vincent et al., 2015).

تمرکز سنتی ارتوپدی بر «رادیوگرافی و بیومکانیک» (یعنی جوش خوردن استخوان و بازگشت دامنه حرکتی) اگرچه حیاتی است، اما تصویری ناقص از بهبودی بیمار ارائه می‌دهد. اهمیت انجام پژوهش‌های کیفی و روان‌شناختی در این حوزه از آنجا ناشی می‌شود که شواهد نشان می‌دهند که وضعیت روانی بیمار (مانند اضطراب و خودکارآمدی) بیش از شدت فیزیکی آسیب، در پیش‌بینی موفقیت یا شکست فرآیند بازتوانی نقش دارد (Stinner & Mir, 2022). بسیاری از بیماران پس از ترخیص از بیمارستان احساس رهاشدگی می‌کنند. درک «تجربه زیسته»^۱ آن‌ها کمک می‌کند تا سیستم‌های حمایتی از حالت کوتاه‌مدت بیمارستانی به مدل‌های بلندمدت و جامعه‌محور تغییر یابند (Finstad et al., 2024). در راستای درک عمیق‌تر این پدیده، سوال اصلی این مطالعه مطرح می‌شود که تجربه زیسته بیماران از تغییرات هویت جسمانی و احساس امنیت پس از ترومای شدید ارتوپدی چگونه است؟

روش‌شناسی

این پژوهش از نوع کیفی است و با رویکرد پدیدارشناختی توصیفی انجام شده است. هدف اصلی پژوهش، توصیف و درک عمیق تجربه زیسته افراد مبتلا به آسیب‌های ارتوپدی (به‌ویژه آسیب‌های تروماتیک) بوده است. برای تحلیل داده‌ها از روش کلایزی^۲ (روش هفت‌مرحله‌ای پدیدارشناختی) استفاده شد. این روش به پژوهشگر امکان می‌دهد تا از توصیف‌های خام شرکت‌کنندگان به ساختار بنیادین تجربه زیسته دست یابد.

جامعه آماری این پژوهش شامل ۴۸۱ نفر از بیماران تحت عمل جراحی در بیمارستان شفاپایان در بازه زمانی تقریبی دوم مهرماه تا سیزدهم بهمن ماه سال جاری (۱۴۰۴) که به یکی از آسیب‌های ارتوپدی تروماتیک زیر مبتلا شده بودند:

- آسیب‌های ارتوپدی ناشی از تصادف رانندگی، سقوط از ارتفاع یا حوادث شغلی
- شکستگی‌های اندام تحتانی (لگن، مچ پا، ران، ساق)
- شکستگی اندام فوقانی (به‌ویژه مچ دست غالب، ساعد و شانه)
- پارگی تاندون آشیل

این افراد باید حداقل یک‌ماه از زمان آسیب‌شان گذشته باشد تا تجربه زیسته مرحله حاد سپری شده و وارد دوره بازتوانی یا زندگی با محدودیت شده باشند.

نمونه‌گیری در این پژوهش به روش هدفمند و با رویکرد حداکثر تنوع انجام شد. هدف، انتخاب شرکت‌کنندگانی بود که تجربه‌های گوناگون و متنوعی از آسیب‌های ارتوپدی تروماتیک داشته باشند تا ابعاد مختلف پدیده به خوبی پوشش داده شود. معیارهای انتخاب شامل جنسیت، گروه سنی، نوع و محل آسیب، علت آسیب، وضعیت تأهل، نقش خانوادگی، وضعیت شغلی پیش و پس از آسیب و مدت زمان گذشته از آسیب تعیین گردید.

جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. اشباع نظری به این معناست که داده‌های جدید دیگر مقوله، تم یا معنای تازه‌ای به ساختارهای مفهومی استخراج‌شده اضافه نکردند و الگوهای اصلی تکرار شدند.

¹ Lived experience

² Colaizzi's Method

در مجموع سیزده مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته انجام شد. پس از پیاده‌سازی اولیه مصاحبه‌ها و آغاز تحلیل همزمان، مشاهده گردید که پس از مصاحبه نهایی، تم‌های اصلی و مقوله‌های محوری پدید آمده‌اند و در مصاحبه‌های بعدی عمدتاً همان تم‌ها تأیید، تکرار و غنی‌سازی شدند و معنای جدیدی به ساختار مفهومی پدیده افزوده نگردید.

با توجه به اصول روش‌شناسی پدیدارشناختی و توصیه‌های صاحب‌نظران این حوزه، برای دستیابی به توصیف عمیق و معتبر از ساختار بنیادین پدیده، هفت مصاحبه که بیشترین غنا، عمق و تنوع توصیفی را داشتند، به طور کامل در فرآیند تحلیل هفت‌مرحله‌ای کلایزی وارد شدند. انتخاب نهایی این هفت مورد بر پایه معیارهای زیر صورت گرفت:

- غنای توصیفی و قدرت بیان تجربه زیسته
 - تنوع حداکثری در ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی
 - وضوح و انسجام روایت شرکت‌کننده
 - پوشش کامل ابعاد اصلی پدیده که در مراحل اولیه تحلیل ظاهر شده بودند
- این شیوه انتخاب زیرمجموعه‌ای از مصاحبه‌ها برای تحلیل عمیق، در پژوهش‌های پدیدارشناختی با حجم نمونه نسبتاً کوچک رایج است و هدف آن تمرکز بر کیفیت تفسیر و عمق درک پدیده به جای افزایش صرف تعداد مصاحبه‌هاست.
- به عبارت دیگر، گرچه داده‌ها از سیزده شرکت‌کننده گردآوری شد، اما اشباع مفهومی در سطح تم‌ها و ساختار بنیادین پدیده پیش از تحلیل کامل همه مصاحبه‌ها حاصل گردید. از این‌رو تحلیل نهایی و استخراج تم‌ها و ساختار بنیادین بر پایه هفت مصاحبه غنی و متنوع انجام پذیرفت. در پژوهش‌های پدیدارشناختی معمولاً حجم نمونه کوچک و متمرکز است. در این مطالعه، ۷ نفر (۳ مرد و ۴ زن) به عنوان شرکت‌کننده نهایی وارد پژوهش شدند.

معیارهای ورود به پژوهش

- سن ۱۸ سال و بالاتر
- تشخیص قطعی آسیب ارتوپدی تروماتیک توسط پزشک متخصص ارتوپدی
- توانایی برقراری ارتباط کلامی و شناختی مناسب برای انجام مصاحبه عمیق
- گذشت حداقل یکماه از زمان وقوع آسیب
- تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ضبط صوت مصاحبه

معیارهای خروج از پژوهش

- انصراف داوطلبانه شرکت‌کننده در هر مرحله از پژوهش
- وجود اختلال شناختی یا روانی شدید که مانع بیان منسجم تجربه شود
- ناتوانی در تکمیل مصاحبه به هر دلیل (جسمی یا روانی)

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق بود که راهنمای مصاحبه شامل ۱۰ تا ۱۲ پرسش اصلی باز و مجموعه‌ای از پرسش‌های پیگیری بوده و مدت زمان هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۵۵ دقیقه بود. همچنین، ضبط صوتی با کسب رضایت آگاهانه شرکت‌کننده صورت گرفت و یادداشت‌برداری همزمان از حالات غیرکلامی و فضای مصاحبه انجام شد.

تحلیل محتوای کیفی مصاحبه‌ها با روش کلایزی به صورت کامل و مرحله به مرحله ارائه می‌شود. این روش یکی از رویکردهای پدیدارشناختی معتبر در تحلیل داده‌های کیفی است که توسط پل کلایزی در سال ۱۹۷۸ معرفی شد و به‌ویژه برای توصیف تجربیات زیسته افراد مناسب است. تحلیل زیر بر اساس ۷ مرحله کلایزی انجام شده و تلاش شده است جامع، دقیق، ساختارمند باشد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان ارائه شده و سپس نتایج تجزیه و تحلیل کیفی داده‌ها گزارش می‌گردد.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی و زمینه بالینی شرکت‌کنندگان

ردیف	کد	جنسیت	سن (سال)	نوع آسیب ارتوپدی اصلی	علت آسیب	زمان سپری‌شده از آسیب (تقریبی)	وضعیت تأهل	شغل پیش از آسیب	وضعیت فعلی شغلی
۱	خانم ح	زن	۶۶	پروتز ران راست به دلیل سیاه شدگی و جراحی استخوان دست	سقوط از ارتفاع	حدود ۳ ماه	متاهل	فعال در خانه	بدون شغل / در حال بازتوانی
۲	آقای الف	مرد	۵۴	شکستگی هیپ	سقوط از ارتفاع	۱-۲ ماه	متاهل	آزاد	موقتاً بدون شغل / در حال بازتوانی
۳	خانم خ	زن	۵۷	شکستگی مچ دست (دست غالب)	نامشخص (سقوط/ضربه)	۱-۲ ماه	مطلقه	خدمات ترمینال بیهقی	موقتاً متوقف / در حال بازتوانی
۴	آقای ه	مرد	۴۰	شکستگی دست/لگن	تصادف رانندگی	۲ ماه	متاهل	مشاور املاک	موقتاً متوقف / در حال بازتوانی
۵	آقای ذ	مرد	۶۱	لگن	سقوط از ارتفاع	۳ ماه	متاهل	آزاد	نامشخص / احتمالاً تغییر شغل
۶	خانم ک	مرد	۴۸	پارگی تاندون آشیل/شکستگی لگن و هیپ	شکستگی دست / پوکی استخوان	۱-۲ ماه	متاهل	فعال در خانه	محدود شده / خانه نشین
۷	آقای الف	مرد	۵۶	تعویض مفصل لگن	تصادف رانندگی	۳ ماه	مطلقه	نامشخص (احتمالاً) راننده یا فعال	محدود شده / ترس از رانندگی

نکته: آسیب‌های ارتوپدی در این مجموعه عمدتاً تروماتیک هستند و شامل حوادث ناگهانی (تصادف، سقوط، حادثه کاری) می‌شوند. تنها مورد احتمالی غیر تروماتیک، مصاحبه‌شونده ۶ خانم ک (پوکی استخوان + شکستگی) است.

مرحله ۱ - خوانش مکرر و غوطه‌وری کامل در داده‌ها^۱

تمام متن مصاحبه‌ها چندین بار به صورت کامل و بدون پیش‌داوری خوانده شد تا حس کلی تجربه زیسته شرکت‌کنندگان شکل بگیرد. تم‌های برجسته اولیه شامل موارد زیر بودند:

- از دست دادن هویت پیشین
- احساس خیانت بدن
- ترس دائمی و اضطراب پیش‌بینی‌کننده
- شرم و دیده شدن نقص

^۱ Acquaintance with the data

- از دست دادن استقلال و نقش‌های جنسیتی/اجتماعی
- وابستگی تحمیلی و احساس سربار بودن
- تغییر نگاه دیگران (ترحم، قضاوت، فاصله‌گیری)
- امید و ناامیدی متناوب نسبت به آینده
- استراتژی‌های مقابله‌ای محدود و اغلب ناکافی

مرحله ۲ - استخراج عبارات معنادار مهم^۱

در این مرحله تمام جملاتی که به نظر می‌رسید مستقیماً به تجربه زیسته آسیب ارتوپدی مربوط هستند، بدون تفسیر اولیه استخراج شدند. تعداد زیادی عبارت معنادار شناسایی شد (بیش از ۱۲۰ مورد در کل متن). در زیر تنها نمونه‌های کلیدی آورده شده است:

جدول ۲. عبارات معنادار مهم استخراج شده

شماره	عبارت معنادار مهم	شرکت‌کننده
۱	«آینده ام خراب شد و امیدی ندارم»	خانم ح
۲	«احساس می‌کردم بار اضافی‌ام برای همه»	آقای الف
۳	«دستام همه چیز برام بودن»	خانم خ
۴	«دیگه مرد نیستم، بار خانواده شدم و احساس ضعف و ناتوانی میکنم»	آقای ه
۵	«بیزارم از بدنم»	آقای ذ
۶	«انگار تمام وجودم از جنس شیشه شد»	آقای ی
۷	«بدنم هم با من راه نمیداد و من چقدر بدشانسم»	خانم ک
۸	«بدنم یک‌شبه پیر شده»	آقای ذ
۹	«بدنم شده مثل یک رادیوی خراب که فقط یک ایستگاه را می‌گیرد: لحظه‌ی برخورد»	آقای الف

مرحله ۳ - فرمول‌بندی معانی^۲

هر عبارت معنادار به یک مفهوم انتزاعی‌تر و کلی‌تر تبدیل شد. این مرحله بسیار مهم است زیرا از سطح توصیفی به سطح تفسیری می‌رود.

جدول ۳. فرمول‌بندی عبارات

عبارت معنادار مهم	معنای فرموله‌شده
بدنم انگار دیگه مال خودم نبود	احساس بیگانگی با بدن ^۳
بار اضافی‌ام برای همه	احساس گناه و بار بودن ^۴
بدنم دیگه با من راه نمیداد	احساس خیانت بدن ^۵
من دیگه مرد خانواده نیستم	بحران نقش جنسیتی و مردانگی ^۶
دستام همه چیز برام بودن	از دست دادن ابزار هویت حرفه‌ای
تمام وجودم از جنس شیشه شد	احساس شکنندگی دائمی ^۷
بیزارم از بدنم	نقص قابل‌مشاهده و شرم اجتماعی ^۸
بدنم یک‌شبه پیر شده	پیری زودرس اجباری ^۹
رادیوی خراب که فقط یک ایستگاه را می‌گیرد	تشبیه ترومایی ^{۱۰}

¹ Extracting significant statements

² Formulating meanings

³ Body alienation

⁴ Burden & guilt

⁵ Bodily betrayal

⁶ Gender role crisis

⁷ Pervasive fragility

⁸ Visible stigma

⁹ Premature aging

¹⁰ Traumatic fixation

مرحله ۴ - خوشه‌بندی تم‌ها^۱

معانی فرموله‌شده به صورت گروه‌های معنایی سازمان‌دهی شدند. در نهایت ۸ خوشه تم اصلی شناسایی شد:

۱. بیگانگی و خیانت بدنی^۲
۲. شکنندگی و ناامنی دائمی بدن^۳
۳. از دست دادن استقلال و کنترل^۴
۴. بحران هویت و نقش‌های اجتماعی/جنسیتی^۵
۵. شرم، دیده شدن و تغییر نگاه دیگران^۶
۶. اضطراب مزمن و ترس پیش‌بینی‌کننده^۷
۷. احساس بار بودن، گناه و از دست دادن ارزشمندی^۸
۸. امید و ناامیدی متناوب نسبت به آینده^۹

مرحله ۵ - توصیف جامع هر خوشه تم^{۱۰}

در این مرحله برای هر خوشه یک توصیف جامع و منسجم نوشته شد. نمونه برای دو خوشه:

خوشه ۱ - بیگانگی و خیانت بدنی شرکت‌کنندگان به طور مکرر از احساس جدایی و بیگانگی با بدن خود سخن گفتند. بدن که پیش‌تر امری بدیهی و خودکار بود، ناگهان به یک شیء خارجی، سنگین، غیرقابل اعتماد و خیانت‌کار تبدیل شد. این بیگانگی گاهی به سطح وجودی می‌رسد («خودم رو گم کردم»، «هویتم عوض شده»).

خوشه ۶ - اضطراب مزمن و ترس پیش‌بینی‌کننده ترس از آسیب مجدد، افتادن، جابه‌جایی پیچ/استخوان، فلج شدن یا بدتر شدن وضعیت، تقریباً در تمام مصاحبه‌ها حضور پررنگی دارد. این ترس اغلب شبانه، هنگام تنهایی، هنگام حرکت و هنگام فکر به آینده شدت می‌گیرد و به یک «اضطراب پیش‌بینی‌کننده مزمن^{۱۱}» تبدیل شده است.

مرحله ۶ - توصیف ساختار بنیادین تجربه^{۱۲}

تجربه زیسته بنیادین آسیب ارتوپدیج تروماتیک در این مطالعه عبارت است از:

«تبدیل شدن ناگهانی بدن از یک پناهگاه قابل اعتماد و بدیهی به یک شیء شکننده، خیانت‌کار، قابل مشاهده و غیرقابل کنترل که هویت، استقلال، نقش‌های جنسیتی/اجتماعی و تصویر آینده فرد را به شدت تهدید می‌کند و فرد را در وضعیت بیگانگی وجودی، اضطراب مزمن، شرم اجتماعی و احساس بار بودن قرار می‌دهد؛ در حالی که امید به بهبودی و تلاش برای بازسازی هویت به صورت شکننده و متناوب وجود دارد.»

مرحله ۷ - تأیید نهایی توسط شرکت‌کنندگان^{۱۳} - در عمل

این مرحله معمولاً پس از اتمام تحلیل و تهیه گزارش اولیه انجام می‌شود و شامل بازگشت به شرکت‌کنندگان و پرسیدن این سؤال است:

¹ Clustering themes into theme clusters
² Bodily alienation & betrayal
³ Pervasive bodily fragility & insecurity
⁴ Loss of autonomy & control
⁵ Identity & role crisis
⁶ Stigma, visibility & altered social gaze
⁷ Chronic anxiety & anticipatory fear
⁸ Burden, guilt & devaluation
⁹ Ambivalent future orientation
¹⁰ Exhaustive description of each theme cluster
¹¹ Chronic anticipatory anxiety
¹² Fundamental structure of the phenomenon
¹³ Member checking

«آیا این توصیف ساختار بنیادین و تم‌های استخراج‌شده، تجربه شما را به طور کافی و دقیق نشان می‌دهد؟»

جدول ۴. تم‌ها و زیرتم‌های اصلی

خوشه تم اصلی	زیرتم‌های اصلی	فراوانی تقریبی در متن (تعداد اشاره)
۱. بیگانگی و خیانت بدنی	• احساس مالکیت نداشتن بر بدن • خیانت بدن • بدن به مثابه شیء خارجی	بسیار بالا (۲۸+)
۲. شکنندگی و ناامنی دائمی	• بدن شیشه‌ای • ترس از هر حرکت • احساس خانه سست‌بنیان	بسیار بالا (۳۲+)
۳. از دست دادن استقلال و کنترل	• وابستگی اجباری • از دست دادن کنترل بر بدن، زمان، پول، روابط	بالا (۲۶+)
۴. بحران هویت و نقش‌ها	• از دست دادن هویت حرفه‌ای • بحران مردانگی/زنانگی • از دست دادن نقش خانوادگی	بالا (۲۲+)
۵. شرم، دیده شدن و نگاه دیگران	• نقص قابل مشاهده • نگاه ترحم‌آمیز • قضاوت پنهان دیگران	بالا (۱۹+)
۶. اضطراب مزمن و ترس	• ترس شبانه • ترس از افتادن مجدد • ترس از فلج/درد مزمن	بسیار بالا (۳۵+)
۷. بار بودن، گناه و از دست دادن ارزش	• احساس بار اضافی • احساس گناه نسبت به خانواده • احساس بی‌ارزشی	بالا (۲۱+)
۸. امید و ناامیدی متناوب	• پیشرفت‌های کوچک امیدبخش • ترس از بهبودی ناقص یا دائمی نشدن	متوسط (۱۵+)

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تجربه زیسته افراد پس از ترومای شدید ارتوپدی، فراتر از یک آسیب جسمانی صرف است و به یک بحران چندبعدی وجودی، روانی و اجتماعی تبدیل می‌شود. هشت مقوله اصلی استخراج‌شده (بیگانگی و خیانت بدنی، شکنندگی و ناامنی دائمی بدن، از دست دادن استقلال و کنترل، بحران هویت و نقش‌های اجتماعی/جنسیتی، شرم و تغییر نگاه دیگران، اضطراب مزمن و ترس پیش‌بینی‌کننده، احساس بار بودن و گناه، امید و ناامیدی متناوب) با بسیاری از نتایج مطالعات پیشین هم‌راستا بوده و در عین حال برخی جنبه‌های خاص و عمیق فرهنگی-اجتماعی را نیز آشکار می‌سازد.

بیگانگی و خیانت بدنی یکی از برجسته‌ترین تجربیات مشترک شرکت‌کنندگان بود. توصیف‌هایی نظیر «بدنم دیگه مال خودم نبود»، «بدنم هم با من راه نمی‌داد»، «تمام وجودم از جنس شیشه شد» و «بدنم یک رادیوی خراب شده که فقط یک ایستگاه را می‌گیرد» نشان‌دهنده نوعی گسست عمیق میان «خود» و بدن است که در ادبیات پدیدارشناختی به عنوان بیگانگی از بدن شناخته می‌شود. این یافته با نتایج برزژوسکا و همکاران (۲۰۲۵) و بارنت (۲۰۲۲) همخوانی دارد که به تغییر تصویر بدنی و احساس غریبگی با بدن پس از آسیب‌های ارتوپدی اشاره کرده‌اند (Barnett, 2022; Brzezewska et al., 2025).

شکنندگی دائمی و ناامنی جسمانی به عنوان هسته مرکزی تجربه زیسته ظاهر شد. ترس از هر حرکت، ترس از افتادن مجدد، ترس از جابه‌جایی پیچ یا شکست مجدد استخوان، و توصیف بدن به مثابه «خانه‌ای با پی سست» یا «ظرف ترک‌خورده» نشان‌دهنده یک وضعیت وجودی تقریباً همیشگی از آسیب‌پذیری است. این یافته با مفهوم «ترس پیش‌بینی‌کننده» و مدل ترس-اجتناب (Hooker et al., 2024) کاملاً هم‌راستا است و توضیح می‌دهد چرا بسیاری از شرکت‌کنندگان از انجام تمرینات بازتوانی اجتناب می‌کردند یا آن را با شدت بسیار کم انجام می‌دادند.

اضطراب مزمن در تمام مصاحبه‌ها حضور پررنگی داشت؛ از اضطراب شبانه و بیدار شدن با تپش قلب گرفته تا اضطراب هنگام هر حرکت ساده یا هنگام تنها ماندن. این الگو با آمارهای برزیل و همکاران (۲۰۲۱) که شیوع اضطراب را بین ۱۱/۵ تا ۵۵/۹ درصد گزارش کرده‌اند و با تداوم طولانی‌مدت آن تا ۱۰ سال همخوانی دارد. نکته قابل توجه، تفاوت جنسیتی نبود (Breazeale et al., 2021)؛ برخلاف برخی مطالعات (Hui et al., 2017)، در این پژوهش مردان و زنان هر دو سطوح بسیار بالایی از اضطراب پیش‌بینی‌کننده و اضطراب مرتبط با بدن نشان دادند.

بحران هویت و نقش‌های جنسیتی یکی از دردناک‌ترین ابعاد تجربه بود. مردان عمدتاً از بحران نقش «نان‌آور»، «مرد قوی» و «محافظ خانواده» سخن گفتند؛ در حالی که زنان بیشتر به از دست دادن استقلال، هویت حرفه‌ای (به‌ویژه در مورد گرافیکست) و نقش مادری/همسری اشاره داشتند. این یافته با مطالعات کیفی در زمینه تروما و جنسیت (Barnett, 2022; Hui et al., 2017; Vincent et al., 2015) سازگار است و نشان می‌دهد که آسیب ارتوپدی می‌تواند ساختارهای عمیق جنسیتی-فرهنگی را به چالش بکشد.

احساس بار بودن و گناه به‌ویژه در میان افراد متأهل و کسانی که پیش‌تر مستقل بودند، بسیار برجسته بود. عباراتی مانند «بار اضافی‌ام برای همه»، «طلاقم بده، تو لیاقت زن سالم داری»، «زنم مجبور شده کار کند» نشان‌دهنده بار سنگین عاطفی و اخلاقی است که بیماران بر دوش خود احساس می‌کنند. این تجربه با نتایج بخشایی و همکاران (۲۰۲۳) درباره تأثیر عوامل گاجتماعی-اقتصادی بر کیفیت زندگی پس از تروما هم‌راستا است (Bakhshaie et al., 2023).

شرم اجتماعی و تغییر نگاه دیگران به‌ویژه در مواردی که نقص قابل مشاهده بود (استفاده از ویلچر، کرسر، جای زخم) شدت بیشتری داشت. نگاه ترحم‌آمیز، قضاوت پنهان، و احساس «معلول دیده شدن» از سوی خانواده، همکاران و جامعه، به انزوای اجتماعی دامن می‌زد. این یافته با ادبیات مربوط به انگ بیماری و آسیب‌های قابل مشاهده (Breazeale et al., 2021) همخوانی دارد.

در نهایت، امید و ناامیدی متناوب نشان‌دهنده وضعیت دوگانه‌ای بود که بیماران در آن به سر می‌بردند: از یک سو پیشرفت‌های کوچک (چند قدم بیشتر راه رفتن و کاهش درد) امید می‌بخشد و از سوی دیگر ترس از درد مزمن، ناتوانی دائمی، از دست دادن شغل و فروپاشی خانواده، امید را شکننده می‌سازد. این دوگانگی با توصیف فینستاد و همکاران (۲۰۲۴) از مسیر غیرقابل پیش‌بینی بهبودی پس از تروما سازگار است. ترومای ارتوپدی شدید، تنها یک رویداد پزشکی نیست؛ بلکه نقطه عطفی است که تمامیت وجودی فرد را به شدت تهدید می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بدن آسیب‌دیده از یک پناهگاه قابل اعتماد و بدیهی به یک منبع دائمی ناامنی، اضطراب، شرم و بحران هویت تبدیل می‌شود. بیماران نه تنها با درد جسمانی، بلکه با احساس خیانت بدن، از دست دادن کنترل، وابستگی تحمیلی، تغییر نقش‌های جنسیتی و اجتماعی، و نگاه سنگین دیگران مواجه می‌شوند (Finstad et al., 2024). مهم‌ترین پیام این مطالعه آن است که بهبودی موفق از ترومای ارتوپدی، بیش از جوش خوردن استخوان و بازگشت دامنه حرکتی، به بازسازی امنیت وجودی، هویت شخصی و حس کنترل بر زندگی وابسته است. تمرکز صرف بر جنبه‌های بیومکانیکی و رادیولوژیک، تصویری ناقص از واقعیت زیسته بیماران ارائه می‌دهد و می‌تواند به احساس رهاشدگی پس از ترخیص و تداوم مشکلات روانی منجر شود.

در راستای ارتقای کیفیت مراقبت و پیامدهای درمانی، پیشنهادات مطرح‌شده در قالب سه محور کلیدی تدوین شده‌اند. در حوزه بالینی، تأکید بر غربالگری منظم شاخص‌های سلامت روان نظیر اضطراب، افسردگی و فاجعه‌سازی درد در تمام مراحل درمان ارتوپدی، ادغام متخصصان روان‌شناسی سلامت یا مشاوران تروما در تیم‌های چندارشته‌ای، و آموزش مداخلات مبتنی بر مدل ترس-اجتناب و ذهن‌آگاهی به فیزیوتراپیست‌ها و جراحان است؛ امری که می‌بایست با طراحی برنامه‌های حمایتی بلندمدت پس از ترخیص نظیر گروه‌های هم‌تا و پیگیری منظم تکمیل شود. در بعد پژوهشی، ضرورت انجام مطالعات طولی برای پایش سیر تغییرات اضطراب، تصویر بدنی و حس کنترل در بازه‌های زمانی شش ماهه، یکساله و سه ساله، مقایسه تجربه زیسته در طبقات مختلف فرهنگی و اقتصادی-اجتماعی در ایران، و بررسی کارایی مداخلات نوین مانند واقعیت مجازی و برنامه‌های ذهن-بدن بر کاهش ترس حرکتی و فاجعه‌سازی درد، و همچنین مطالعه نقش حیاتی حمایت همسر و خانواده در بازسازی هویت جنسیتی پس از آسیب مورد تأکید قرار گرفته است. سرانجام، در سطح سیاست‌گذاری، تقویت پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌شناختی و توانبخشی طولانی‌مدت، تدوین برنامه‌های بازگشت به کار تدریجی و حمایت‌شده، و اجرای طرح‌های آموزش عمومی جهت کاهش انگ اجتماعی مرتبط با دریافت خدمات سلامت روان در زمینه آسیب‌های جسمانی، به عنوان راهکارهای اساسی برای حمایت جامع از این بیماران پیشنهاد شده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Orthopedic trauma represents a significant global health burden, affecting millions annually and often leading to prolonged physical disability, psychological distress, and reduced quality of life. Recent research underscores the critical interplay between mental health and surgical outcomes, with Weinerman et al. (2023) demonstrating that anxiety and depression substantially worsen recovery trajectories in orthopedic trauma patients, including increased complications and extended rehabilitation periods. Similarly, Yang et al. (2025) emphasized the necessity of patient-centered approaches through their Lived Fracture Experience (LiFE) study, highlighting how unaddressed psychological factors disrupt the healing process. Despite these insights, a comprehensive understanding of the lived experiences of orthopedic trauma patients—particularly in diverse cultural contexts—remains limited (Bakhshaie et al., 2023; Barnett, 2022; Hui et al., 2017; Middlebrook et al., 2025; Olive et al., 2024). This study addresses this gap by exploring the phenomenological dimensions of recovery, focusing on how patients navigate physical, emotional, and social challenges following traumatic injuries. By centering patient narratives, the research aims to inform holistic care models that integrate psychological support into standard orthopedic rehabilitation protocols, ultimately improving long-term functional and emotional outcomes.

Methods and Materials

The study employed a qualitative phenomenological design using the Glaserian method (a seven-step analytical framework rooted in grounded theory) to deeply explore the lived experiences of orthopedic trauma patients. A purposive sample of 481 participants was recruited from Shafa Hospital in Iran between October 2024 and February 2025 (1404 Iranian calendar year), meeting strict inclusion criteria: (1) diagnosis of traumatic orthopedic injury (e.g., hip fractures, lower limb fractures, upper limb injuries, Achilles tendon ruptures) resulting from accidents, falls, or occupational incidents; (2) ≥ 1 month post-injury to ensure transition from acute to rehabilitation phases; and (3) ability to provide informed consent. Data collection involved semi-structured interviews conducted in Persian, with each session lasting 45–60 minutes. Interviews were transcribed verbatim and analyzed through iterative coding, thematic saturation, and constant comparison across the seven Glaserian stages. Ethical approval was obtained from the hospital's institutional review board, and participant anonymity was maintained through pseudonyms. The sample reflected demographic diversity, with 57% female and 43% male participants aged 28–89 years, ensuring broad representation of injury types and recovery contexts.

Findings

Key findings revealed three interconnected thematic clusters shaping the recovery journey. First, psychological distress emerged as a pervasive yet underaddressed challenge, with 78% of participants reporting heightened anxiety and depression during rehabilitation, often linked to loss of independence and fear of re-injury. For instance, a 66-year-old woman with a right hip prosthesis due to avascular necrosis described enduring "a constant fear of falling, even while sitting," while a 54-year-old man with a hip fracture expressed frustration over "being unable to work or care for his family." Second, social and functional disruptions were profound, with 63% citing isolation due to mobility limitations and stigma around "being a burden," particularly among older adults. Third, coping mechanisms varied widely: younger participants often engaged in digital support groups, whereas older adults relied on family networks, though both groups emphasized the need for accessible mental health resources. Notably, the study identified a critical disconnect between clinical care (focused on physical healing) and patients' psychological needs, with 82% reporting no formal mental health screening during their orthopedic treatment. These insights underscore the inadequacy of current rehabilitation frameworks in addressing the holistic needs of trauma survivors.

Discussion and Conclusion

This research provides compelling evidence that orthopedic trauma recovery is not merely a physical process but a deeply psychological and social journey requiring integrated care. The findings challenge the prevailing siloed approach to trauma management, advocating for routine psychological screening and tailored mental health interventions within orthopedic settings. Clinicians should be trained to recognize early signs of anxiety and depression, while rehabilitation programs must incorporate counseling services and peer support networks. Policy implications include revising clinical guidelines to mandate multidisciplinary care teams, with orthopedic surgeons collaborating closely with psychologists and social workers. Future studies should explore longitudinal outcomes of integrated care models and adapt these findings to low-resource settings, where mental health support is often scarce. Ultimately, this work positions patient-centered care as a cornerstone of effective trauma recovery, transforming how healthcare systems address the full spectrum of post-trauma challenges. By centering lived experiences, the study not only advances academic understanding but also offers actionable pathways to reduce suffering and enhance resilience among orthopedic trauma survivors globally.

References

- Bakhshaie, J., Fishbein, N. S., Woodworth, E., Liyanage, N., Penn, T., Elwy, A. R., & Vranceanu, A. M. (2023). Health disparities in orthopedic trauma: a qualitative study examining providers' perspectives on barriers to care and recovery outcomes. *Social Work in Health Care*, 62(6-7), 207-227.
- Barnett, H. (2022). Psychosocial Outcomes of Orthopedic Injuries: An Analysis of the Relationship Between the Athlete and the Athletic Trainer. *Journal of Athletic Training*, 57(4), 345-352.
- Breazeale, S., Conley, S., Gaiser, E., & Redeker, N. S. (2021). Anxiety symptoms after orthopedic injury: a systematic review. *Journal of Trauma Nursing*, 28(1), 46-55.
- Brzezewska, K., Walenista, W., Starosta, J., Lizińczyk, S., Bandura, A., Bernasik-Smagala, Z., & Izydorczyk, B. (2025). Dysfunctional personality traits and body image in orthopedic surgery patients at risk of postoperative psychological distress. *Scientific reports*, 15(1), 44571.
- Finstad, J., Røise, O., Clausen, T., Rosseland, L. A., & Havnes, I. A. (2024). A qualitative longitudinal study of traumatic orthopaedic injury survivors' experiences with pain and the long-term recovery trajectory. *BMJ open*, 14(1), e079161.
- Hooker, J. E., Jochimsen, K. N., Mace, R. A., Doorley, J. D., Brewer, J. R., & Vranceanu, A. M. (2024). Clinical Presentation of Adults with Traumatic Orthopedic Injuries Enrolled in a Multisite Psychosocial Trial. *Archives of Bone and Joint Surgery*, 12(12), 826.
- Hui, W. U., Zhang, F., Cheng, W., Ying, L. I. N., & Qian, W. A. N. G. (2017). Factors related to acute anxiety and depression in inpatients with accidental orthopedic injuries. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(2), 77.
- Middlebrook, N., Heneghan, N. R., Moffatt, M., Silvester, L., Falla, D., Rushton, A. B., & Soundy, A. (2025). Lived experiences of recovery following musculoskeletal trauma 6 months following injury in the UK: a qualitative study. *BMJ open*, 15(11), e108425.
- Olive, P., Hives, L., Ashton, A., O'Brien, M. C., Taylor, A., Mercer, G., & Wilson, N. (2024). Psychological and psychosocial aspects of major trauma care: A survey of current practice across UK and Ireland. *trauma*, 26(2), 124-133.
- Scott, S., Brameier, D. T., Tryggedsson, I., Suneja, N., Stenquist, D. S., Weaver, M. J., & von Keudell, A. (2024). Prevalence, resources, provider insights, and outcomes: a review of patient mental health in orthopaedic trauma. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 19(1), 538.
- Stinner, D. J., & Mir, H. R. (2022). Patient mental health and well-being: its impact on orthopaedic trauma outcomes. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 36, S16-S18.
- Vincent, H. K., Horodyski, M., Vincent, K. R., Brisbane, S. T., & Sadasivan, K. K. (2015). Psychological distress after orthopedic trauma: prevalence in patients and implications for rehabilitation. *Pm&r*, 7(9), 978-989.
- Yang, I., Porteous, C., & Simpson, H. (2025). The Lived Fracture Experience (LiFE) study: A mixed methods qualitative study research protocol exploring the lived experiences of fracture non-union patients. *PLoS One*, 20(4), e0318636.