ISSN: 2008-2630 *Iranian Journal of War & Public Health*
2019;11(2):109-115. DOI: 10.29252/ijwph.11.2.109

Comparing the Quality of Life and the Ability to Perform Daily Activities in Elderly and Middle-Aged Monocular Veterans

ARTICLE INFO

Article Type
Descriptive Study

Authors
Minooiefar J.[1] *MD,*
Ghasemi Borumand M.[2] *MD,*
Masoumi M.[1] *MSc,*
Haghani H.[1] *PhD,*
Sahaf R.*[3] *PhD*

How to cite this article
Minooiefar J, Ghasemi Borumand M, Masoumi M, Haghani H, Sahaf R. Comparing the Quality of Life and the Ability to Perform Daily Activities in Elderly and Middle-Aged Monocular Veterans. Iranian Journal of War & Public Health. 2019;11(2):109-115.

ABSTRACT

Aims Aging is an inevitable part of human life, which is associated with reduced ability, increased dependence, and susceptibility to a variety of diseases. Those who experience this period with previous long-term injuries are exposed to more difficulties. The aim of this study was to compare the quality of life and the ability to perform daily activities in elderly and middle-aged monocular veterans.

Instruments & Methods This descriptive cross-sectional study was conducted in 2015 among 1271 monocular veterans in 19 provinces of the country, who were selected by available sampling. The participants were divided into two groups: middle-aged (between 40 and 59 years) and elderly (60 years and older). The research tools were quality of life, activities of daily living (ADL), and instrumental activities of daily living (IADL). The data were analyzed by SPSS 23 software, using independent t-test and Mann-Whitney test.

Findings The mean age of the middle-aged and elderly veterans was 46.3±4.1 and 68.7±7.9 years, respectively. There was a significant difference in vitality (p=0.002), physical functioning (p<0.001) and limitation in role physical (p=0.003) between two groups .In ADL, in both groups, the least independence was related to transfer and mobility on uneven surfaces. Except for the bowel control, there was a significant difference between two groups on all activities (p<0.001). In IADL, the highest dependency was on laundry and except for housekeeping, there was a significant difference between the two groups in all areas (p<0.05).

Conclusion The levels of quality of life, the ability to perform daily activities, and instrumental daily activities are lower in elderly monocular veterans compared to the middle-aged group

Keywords Elderly; Middle-aged; Blindness; Quality of Life; Veteran

[1]Janbazan Medical & Engineering Research Center, Tehran, Iran
[2]Optometry Department, Rehabilitation Sciences Faculty, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3]Iranian Research Center on Ageing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Correspondence
Address: Aging Department, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Koodakyar Dead-end, Daneshjoo Boulevard, Evin, Tehran, Iran. Postal Code: 1985713871
Phone: +98 (21) 22180154
Fax: +98 (21) 22180154
ro.sahaf@uswr.ac.ir

Article History
Received: April 24, 2018
Accepted: February 16, 2019
ePublished: May 15, 2019

CITATION LINKS

[1] War & public health in the twenty ... [2] Armed conflict as a public health ... [3] Comparison of life regard index between veterans suffering from post ... [4] An update on progress and the changing ... [5] The global impact of eye ... [6] Severe eye injuries in the war in Iraq ... [7] Effectiveness of life skills educational program ... [8] Quality of life in chemical warfare survivors with ... [9] Mental health disorders in child and ... [10] The effects of landmine and UXO accidents on ... [11] Response shift theory: important ... [12] Study protocol for the World Health Organization ... [13] Nursing practice and health care 5e: a foundation ... [14] Quality of life in blind war ... [15] Evaluation of epidemiology of chronic disease ... [16] Quality of life in chemical war victims with sever ... [17] How useful is the concept of quality ... [18] Posttraumatic stress disorder and quality ... [19] Psychological distress and well-being ... [20] Clinimetric evaluation of the Barthel Index ... [21] Health promotion behaviours and level of activities ... [22] Validity and reliability of the Persian version ... [23] "Instrumental activities of daily living" in veterans ... [24] Activity of daily living and its associated factors in war survivors ... [25] Epidemiology of mental health status of veterans with ... [26] Validation of the Persian version of ... [27] Quality of life and status of physical ... [28] Health-related quality of life and the ability to ... [29] The impact of chronic diseases on the quality ... [30] Quality of life in chemical warfare victims with ... [31] Relationship Between Basic Psychological Needs ... [32] Mental health among Iranian combat veterans ... [33] Monocular blindness in Bayelsa ... [34] Independency level in elderly blind war survivors ...

Copyright© 2019, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.

مقایسه کیفیت زندگی و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره در جانبازان یک‌چشم‌نابینای سالمند و میانسال

جواد مینویی‌فر MD
مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، تهران، ایران
محمد قاسمی‌برومند MD
گروه بینایی‌سنجی، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
مریم معصومی MSc
مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، تهران، ایران
حمید حقانی PhD
مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، تهران، ایران
رباب صحاف* PhD
مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

چکیده
اهداف: سالمندی دوره اجتناب‌ناپذیر زندگی بشر است که همراه با کاهش توانایی، افزایش وابستگی و استعداد ابتلا به انواع بیماری‌ها است. افرادی که با مصدومیت‌های طولانی‌مدت قبلی این دوره را تجربه می‌کنند، با مشکلات مضاعفی روبه‌رو هستند. هدف این مطالعه، مقایسه کیفیت زندگی و فعالیت‌های روزمره جانبازان یک‌چشم‌نابینای میانسال و سالمند بود.
مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۴ بین ۱۲۷۱ جانباز یک‌چشم‌نابینا در ۱۹ استان کشور انجام شد که با نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به دو گروه میانسال (بین ۴۰ تا ۵۹ سال) و سالمند (۶۰ سال و بالاتر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره (ADL) و فعالیت‌های پیچیده روزمره (IADL) بود. آنالیز داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 23 و با استفاده از آزمون‌های T مستقل و من‌ویتنی‌یو انجام شد.
یافته‌ها: میانگین سن در جانبازان میانسال و سالمند به ترتیب ۴۶/۳±۴/۱ و ۶۸/۷±۷/۹ سال بود. بین دو گروه تفاوت معنی داری در ابعاد نشاط($p=0.002$)، عملکرد جسمانی($p<0.001$) و محدودیت در نقش جسمانی($p=0.003$) وجود داشت. در ADL، در هر دو گروه کمترین استقلال مربوط به جابه‌جایی و تحرک در سطوح ناهموار بود. به‌جز کنترل دفع، در تمامی فعالیت-ها نمرات دو گروه اختلاف معنی‌دار داشت ($p<۰/۰۰۱$). در IADL، بیشترین وابستگی مربوط به شستن لباس بود و به‌جز انجام امور منزل، در تمامی حیطه‌ها اختلاف معنی‌دار میان دو گروه مشاهده شد ($p<۰/۰۵$).
نتیجه‌گیری: سطح کیفیت زندگی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و فعالیت‌های پیچیده روزمره در سالمندان یک‌چشم‌نابینا نسبت به گروه میانسال کمتر است
کلیدواژه‌ها: سالمند، میانسال، نابینایی، کیفیت زندگی، جانباز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۰۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۲۷
*نویسنده مسئول: ro.sahaf@uswr.ac.ir

مقدمه
جنگ پدیده‌ای ویرانگر و مخرب است و جنگ ایران و عراق به‌عنوان یکی از طولانی‌ترین جنگ‌های یک قرن اخیر به حساب می‌آید. ایران در طول جنگ هشت‌ساله بارها تحت حمله دشمن قرار گرفت و خسارات انسانی آن بیش از ۲۰۰هزار شهید و ۵۵۰هزار مجروح برآورد شده است[1, 2]. علاوه بر این، جنگ موجب خسارات اقتصادی، صدمات جسمانی و عوارض روانی در میان بازماندگان شده است[3]. یکی از مصدومیت‌های جسمانی ناشی از جنگ، نابینایی از یک یا هر دو چشم است. براساس آمارهای جهانی سالانه ۱۹میلیون نفر به‌طور یک‌طرفه و حدود ۲میلیون نفر به‌طور دوطرفه در جهان نابینا می‌شوند[4, 5].

در ایران و برخی کشورهایی که متاثر از جنگ هستند، درصد قابل توجهی از نابینایی افراد جامعه ناشی از مصدومیت‌های جنگی است. از جمله مهم‌ترین عوامل ایجاد نابینایی در مصدومان جنگی می‌توان به اصابت گلوله، ترکش، سوختگی و مواجهه با مواد شیمیایی به‌ویژه گاز خردل اشاره کرد. صدمات وارده به چشم جانبازان، بیشتر در ناحیه قرنیه است و ترومای ناشی از عوامل جنگی نسبت به سایر نابینایی‌ها، صدمات بیشتری در چشم‌ها به وجود آورده است. این نابینایی می‌تواند به‌صورت یک‌طرفه یا دوطرفه باشد. از مشکلات عدیده جانبازان یک‌چشم‌نابینا، فقدان دید بعد دوچشمی و کاهش میزان بینایی به اندازه تقریبی ۱۰ تا ۲۵% است و بیشتر شکایات جانبازان یک‌چشم‌نابینا از همین دو مساله است[6]. در حقیقت، جانبازان یک‌چشم‌نابینا در تعیین موقعیت فضایی دچار مشکل می‌شوند که ناشی از کاهش تقارب و تطابق است. از سوی دیگر ازدست‌دادن یک چشم در مواقع زیادی باعث ازبین‌رفتن زیبایی ظاهری فرد می‌شود و همین امر موجب گوشه‌گیری فرد و در درازمدت منجر به افسردگی فرد می‌شود[7, 8]. هر چه نابینایی در سنین بالاتر به وجود آید قدرت تطابق فرد با این معضل کمتر است و فرد به‌سختی می‌تواند خود را با شرایط به‌وجودآمده تطبیق دهد و برای همسوکردن خود با زندگی عادی مدت‌زمان بیشتری زمان لازم دارد که همین امر لزوم توجه به سالمندان یک‌چشم‌نابینا را بیشتر می‌کند. تحقیقات در زمینه سالمندی نشان می‌دهد افرادی که با مصدومیت جنگی در زمان طولانی‌مدت مواجه هستند یک دهه زودتر از افراد عادی وارد مرحله سالمندی می‌شوند و در واقع معلولیت درازمدت باعث می‌شود روند سالمندی افراد سرعت بیشتری بگیرد[9]. از جمله تبعات سالمندی همراه با مصدومیت طولانی‌مدت، وابستگی به اطرافیان برای انجام امور روزمره و همچنین حضور در جامعه و برقراری ارتباط با سایرین است. فعالیت‌هایی مانند غذاخوردن، لباس‌پوشیدن، خریدکردن یا انجام امور بانکی از جمله اموری است که این افراد در انجام آنها با مشکل مواجه می‌شوند.

مصدومیت‌های ناشی از جنگ باعث ایجاد اختلال در ارتباط‌برقرارکردن با دیگران، محدودیت در انجام کارهای روزانه، گوشه‌گیری از اجتماع و نداشتن شغل می‌شود. نتایج تحقیقات نشان داده است که ناتوانی در انجام امور روزانه باعث ایجاد افسردگی و اضطراب در جانبازان می‌شود[10] که همه این عوامل باعث به‌خطرافتادن سلامت روان بازماندگان شده و از آنجا که کیفیت زندگی مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است[11]، لذا کیفیت زندگی این گروه از افراد در معرض خطر قرار می‌گیرد. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی درکی است که فرد از موقعیت زندگی خود در بافت فرهنگی و سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کند، دارد[12]. کیفیت زندگی در حقیقت هدف آرمانی مراقبت‌های بهداشتی است و میزان تاثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌نماید[13].

از سوی دیگر، کیفیت زندگی ناشی از عوامل مهمی نظیر وضعیت فیزیکی، روانی، عقاید، شخصیت و ارتباطات بین‌فردی است که ابعادی شامل توانایی عملکرد، سلامت و وضعیت روحی- روانی فرد را در بر می‌گیرد[14]. همان طور که مطالعات گذشته نشان داده است کیفیت زندگی جانبازان مختلف مانند جانبازان دوچشم‌نابینا، شیمیایی و مصدومان اندام تحتانی و اعصاب و روان نسبت به جامعه نرمال پایین‌تر است[15-17]. در نتیجه، مطالعه کیفیت زندگی و عوامل تعیین‌کننده آن می‌تواند در برنامه‌ریزی ارایه خدمات سلامت و افزایش امید به زندگی جانبازان مفید واقع شود[9, 18]. از مهم‌ترین اهداف بنیاد شهید و ایثارگران بالابردن کیفیت زندگی و افزایش سطح

استقلال جانبازان به‌ویژه در دوره سالمندی است. با توجه به آنچه گفته شد، هدف از این مطالعه، بررسی و مقایسه کیفیت زندگی و فعالیت‌های روزمره جانبازان یک‌چشم‌نابینای میانسال و سالمند بود.

ابزار و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۴ در بین مجموع ۴۳۵۰ جانباز یک‌چشم‌نابینا در ۱۹ استان آذربایجان‌شرقی، آذربایجان‌غربی، اردبیل، اصفهان، البرز، بوشهر، تهران، زنجان، سمنان، فارس، قم، کرمان، کرمانشاه، گیلان، لرستان، مازندران، مرکزی، هرمزگان و همدان انجام شد. از بین این افراد، ۲۱۶۲ نفر به‌صورت دردسترس در مطالعه شرکت کردند (نرخ پاسخگویی ۴۹/۷%). تعداد ۴۹۳ نفر به‌دلیل نقص در اطلاعات پرسش‌نامه از مطالعه حذف شدند. با توجه به این که معیار ورود به مطالعه علاوه بر نابینایی از یک چشم، سن ۴۰ سال و بالاتر بود، تعداد ۳۹۸ نفر نیز از مطالعه کنار گذاشته شدند و اطلاعات ۱۲۷۱ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه میانسال (بین ۴۰ تا ۵۹ سال) و سالمند (۶۰ سال و بالاتر) تقسیم شدند.

در هر استان، طبق لیست ارایه‌شده در بنیاد شهید و امور ایثارگران مرکز استان، با جانبازان یک‌چشم‌نابینا تماس تلفنی گرفته شد و از آنها برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. اطلاعات به‌دست‌آمده از جانبازان به‌صورت کاملاً محرمانه ثبت و نگهداری شد و قبل از شروع طرح، توضیحات لازم به آنان ارایه شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی، کیفیت زندگی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و فعالیت‌های پیچیده روزمره توسط کارشناسان آموزش‌دیده و روان‌شناسان در هر استان جمع‌آوری شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، سن مجروحیت، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، درصد جانبازی و وجود مجروحیت همراه بود.

به‌منظور ارزیابی کیفیت زندگی از پرسش‌نامه ۳۶سئوالی کیفیت زندگی (SF36) استفاده شد. این پرسش‌نامه که تا به حال در مطالعات مختلف خارجی و داخلی استفاده شده است دارای کاربرد تحقیقاتی و سیاست‌گزاری سلامت بوده و در بررسی سلامت عمومی استفاده می‌شود. نسخه فارسی پرسش‌نامه SF36 در جامعه نرمال ایران با آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به تایید رسیده است[19]. هشت بعد مختلف سلامت با استفاده از این ابزار سنجیده می‌شود و به‌عنوان یک آزمون مهم در ارزیابی تفاوت کیفیت زندگی افراد و گروه‌های خاص جامعه با جامعه نرمال کاربرد دارند. ابعاد مورد بررسی شامل عملکرد جسمانی، محدودیت در نقش جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش احساسی و سلامت روانی است. نتیجه به‌دست‌آمده از این شاخص هر چه به عدد ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد کیفیت زندگی فرد در وضعیت بهتری قرار دارد و بالعکس.

به‌منظور سنجش توانایی انجام فعالیت‌های روزمره (ADL) از پرسش‌نامه شاخص *بارتل* استفاده شد[20]. این ابزار، ۱۰ حوزه از فعالیت‌های روزمره را می‌سنجد. بیشترین امتیاز کسب‌شده (۱۰۰) نشان‌دهنده بالاترین سطح استقلال فردی در فعالیت‌های روزمره و کمترین امتیاز کسب‌شده (صفر) نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح استقلال فردی در این امور است. فعالیت‌های مورد سنجش شامل غذاخوردن (نیازمند به کمک در بریدن یا مثلا پخش‌کردن کره روی نان یا نیازمند رژیم تغییریافته)، استحمام، نظافت شخصی (مثل اصلاح صورت، شانه‌زدن مو و مسواک‌زدن)، لباس‌پوشیدن (مثل بستن بند کفش یا بستن زیپ)، کنترل مدفوع (وجود بی‌اختیاری)، کنترل مثانه (وجود بی‌اختیاری)، استفاده از توالت (مثل پوشیدن و درآوردن لباس یا تمیزکردن خود)، جابه‌جایی از تخت به صندلی و برعکس (نیاز به کمک فیزیکی)، جابه‌جایی و تحرک در سطوح ناهموار (عدم تحرک/تحرک کمتر از ۴۵متر یا استفاده از وسیله کمکی برای حرکت) و استفاده از پله (نیازمند به کمک فیزیکی یا حمایت کلامی در بالارفتن از پله) بود. این مقیاس توسط *حبیبی* و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به تایید رسیده است[21].

برای تعیین سطح فعالیت‌های پیچیده روزمره زندگی نیز از پرسش‌نامه *لوتون* (IADL) استفاده شد[19]. فعالیت‌های مورد سنجش شامل استفاده از تلفن، خریدکردن، تهیه‌کردن غذا، لباس‌شستن، کار در منزل، بیرون‌رفتن از منزل، مصرف دارو و کنترل امور مالی بود. پایایی (با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱) و روایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه در مطالعات داخلی به تایید رسیده است[22]. با توجه به گزینه‌های موجود در پرسش‌نامه، افراد کاملاً وابسته و ناتوان از انجام این امور امتیاز صفر، افرادی که با کمک دیگران قادر به انجام فعالیت بودند امتیاز یک و افرادی که کاملاً فعالیت را مستقل انجام می‌دادند امتیاز ۲ را دریافت کردند. طبق مطالعات انجام‌شده، سطح استقلال در فعالیت‌های پیچیده روزمره زندگی براساس مجموع نمره حاصل از پرسش‌نامه، مستقل یا کاملاً غیروابسته (بین ۱۴ تا ۱۶)، نیمه‌مستقل یا نیمه‌وابسته (بین ۸ تا ۱۳) و وابسته یا کاملاً غیرمستقل (بین صفر تا ۷) در نظر گرفته شد[23].

آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 انجام شد. مقایسه میانگین متغیرهای کمی میان دو گروه سالمند و میانسال با استفاده از آزمون T مستقل صورت گرفت. در برخی موارد، به‌دلیل نرمال‌نبودن توزیع داده‌ها برای مقایسه از آزمون ناپارامتریک من‌ویتنی‌یو استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۲۷۱ نفر جانباز یک‌چشم‌نابینا، ۱۲۰۵ نفر (۹۴/۸%) میانسال و ۶۶ نفر (۵/۲%) سالمند بودند. ۱۲۶۱ نفر (۹۹/۲%) از جانبازان مورد مطالعه مرد و ۱۲۴۰ نفر (۹۷/۶%) متاهل بودند. میانگین سنی افراد در کل نمونه ۴۷/۵±۶/۷ سال (در دامنه ۴۰ تا ۸۸ سال)، در گروه میانسال ۴۶/۳±۴/۱ سال (در دامنه ۴۰ تا ۵۹ سال) و در گروه سالمند ۶۸/۷±۷/۹ سال (در دامنه ۶۰ تا ۸۸ سال) بود. در مجموع، تعداد ۱۰۸۳ نفر (۸۵/۲%) به‌جز نابینایی از یک چشم، مصدومیت‌های دیگری داشتند و مجروحیت ۱۸۸ نفر (۱۴/۸%)، تنها نابینایی از یک چشم بود. مصدومیت‌های همراه شامل آسیب به صورت، قفسه سینه، شکم و تنه، اندام فوقانی، شیمیایی، اعصاب و روان، پشت و ستون فقرات و سایر موارد می‌شد (جدول ۱).

در گروه افراد میانسال، کمترین نمره کیفیت زندگی در بعد محدودیت در نقش جسمانی و بیشترین نمره در بعد عملکرد جسمانی مشاهده شد. در گروه سالمندان، کمترین نمره مربوط به بعد محدودیت در نقش جسمانی و بیشترین نمره مربوط به بعد عملکرد اجتماعی، سلامت روانی و عملکرد جسمانی بود. میانگین نمرات کیفیت زندگی جانبازان یک‌چشم‌نابینای سالمند به‌طور قابل توجهی از جانبازان میانسال متناظر کمتر بود و این تفاوت در سه بعد عملکرد جسمانی ($p<۰/۰۰۱$)، محدودیت در نقش جسمانی ($p=۰/۰۰۳$) و نشاط ($p=۰/۰۰۲$) کاملاً معنی‌دار بود. همچنین نتایج مشابهی در مقایسه دو بعد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی به دست آمد، اما تنها میانگین نمره بعد فیزیکی میان دو گروه سالمند و میانسال معنی‌دار بود ($p=۰/۰۱۰$؛ جدول ۲).

میانگین نمرات فعالیت‌های ADL در جانبازان یک‌چشم‌نابینای میانسال ۹۲/۵۳±۱۱/۴۶ و سالمند ۸۰/۶۸±۲۲/۵۵ بود. در گروه

میانسالان، بیشترین سطح استقلال مربوط به فعالیت‌های غذاخوردن، استفاده از توالت و کنترل دفع، و کمترین استقلال در استفاده از پله و جابه‌جایی و تحرک در سطوح ناهموار بود. جانبازان سالمند در کنترل دفع بیش از سایر فعالیت‌ها مستقل بودند و در جابه‌جایی و تحرک در سطوح ناهموار کمترین میزان استقلال را نشان دادند. در مقایسه دو گروه، تمامی نمرات ADL سالمندان نسبت به میانسالان پایین‌تر بود و به‌جز کنترل دفع (p=۰/۴۲۸)، در تمامی فعالیت‌ها میان نمرات دو گروه اختلاف معنی‌دار وجود داشت (p<۰/۰۰۱؛ جدول ۳).

در IADL، در تمامی حیطه‌های مورد سنجش، نمرات گروه میانسال بالاتر از سالمند بود و به‌جز توانایی مصرف دارو، میانگین نمرات به‌دست‌آمده از سایر فعالیت‌ها میان دو گروه اختلاف معنی‌داری نشان داد (p<۰/۰۵). در گروه جانبازان میانسال، بیشترین سطح استقلال در استفاده از تلفن و کمترین سطح استقلال در لباس‌شستن و انجام امور منزل دیده شد. در گروه جانبازان سالمند، بالاترین توانایی در مصرف دارو و کمترین توانایی در لباس‌شستن (۱۶/۷%) مشاهده شد (جدول ۴).

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات جمعیت‌شناختی (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند) در جانبازان میانسال (۱۲۰۵ نفر) و سالمند (۶۶ نفر)

متغیرهای جمعیت‌شناسی	گروه جانبازان سالمند	گروه جانبازان میانسال
میزان تحصیلات		
بی‌سواد	٥٦ (٤/٦)	٣١ (٤٧/٠)
زیر دیپلم	٥٣٠ (٤٤/٠)	٢٣ (٣٤/٨)
دیپلم	٣٣٧ (٢٨/٠)	٩ (١٣/٦)
تحصیلات دانشگاهی	٢٨٢ (٢٣/٤)	٣ (٤/٦)
وضعیت اشتغال		
شاغل	٤٥٤ (٣٧/٧)	٧ (١٠/٦)
بازنشسته	١٥٦ (١٢/٩)	٨ (١٢/١)
بیکار	٥٩٥ (٤٩/٤)	٥١ (٧٧/٣)
درصد جانبازی		
کمتر از ۲۵%	-	-
۲۵-۴۹%	٥٩٤ (٤٩/٣)	٣٨ (٥٧/٦)
۵۰-۶۹%	٤٤٠ (٣٦/٥)	١٨ (٢٧/٣)
۷۰%	١٧١ (١٤/٢)	١٠ (١٥/١)
مصدومیت‌های همراه		
دارد	١٠٣٣ (٨٥/٧)	٥٠ (٧٥/٧)
ندارد	١٧٢ (١٤/٣)	١٦ (٢٤/٣)

جدول ۲) مقایسه میانگین آماری نمرات ابعاد کیفیت زندگی بین دو گروه جانبازان یک‌چشم نابینای میانسال و سالمند

ابعاد کیفیت زندگی	گروه جانبازان میانسال	گروه جانبازان سالمند	سطح معنی‌داری
عملکرد جسمانی	٦٤/١±٢٤/٦	٥٠/٨±٢٧/٥	<۰/۰۰۱
محدودیت در نقش جسمانی	٣٧/٣±٣٦/٩	٢٣/٨±٣٢/٠	۰/۰۰۳
درد جسمانی	٤١/٠±٣١/٦	٣٧/٨±٣١/٢	۰/٤٠١
سلامت عمومی	٤٣/٦±٢٣/٧	٤١/٢±٢٣/٥	۰/٥٤٤
نشاط	٥٢/٦±٢٣/٣	٤٣/٥±١٩/٩	۰/۰۰۲
عملکرد اجتماعی	٥٣/٣±٣٠/٠	٥٠/٩±٢٨/٩	۰/٥٠٣
محدودیت در نقش احساسی	٣٩/٨±٤٢/٦	٣٢/٣±٤٠/٨	۰/١٢٠
سلامت روانی	٥١/٨±٢٤/٠	٥٠/٨±١٨/٩	۰/٧٨٠
مقیاس سلامت جسمانی (PCS)	٤٦/٧±٢٢/٥	٣٨/٩±٢٢/٨	۰/۰١٠
مقیاس سلامت روانی (MCS)	٤٩/٤±٢٣/٩	٤٤/٢±١٩/٥	۰/١٠٤

جدول ۳) مقایسه میانگین آماری نمرات و فراوانی مطلق و نسبی (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند) توانایی انجام فعالیت‌های روزمره در جانبازان یک‌چشم‌نابینای میانسال (۱۲۰۵ نفر) و سالمند (٦٦ نفر)

نوع فعالیت	گروه جانبازان میانسال (٤٠ تا ٥٩ سال)				گروه جانبازان سالمند (٦٠ سال و بیشتر)				سطح معنی‌داری
	میانگین نمرات	فراوانی افراد مستقل	فراوانی افراد نیمه‌مستقل	فراوانی افراد وابسته	میانگین نمرات	فراوانی افراد مستقل	فراوانی افراد نیمه‌مستقل	فراوانی افراد وابسته	
غذاخوردن	٩/٨±١/١	١١٦٠ (٩٦/٣)	٤٠ (٣/٣)	٥ (٠/٤)	٨/٩±٢/٦	٥٥ (٨٣/٣)	٨ (١٢/١)	٣ (٤/٥)	<۰/۰۰۱
استحمام	٤/٦±١/٤	١١٠١ (٩١/٤)	-	١٠٤ (٨/٦)	٣/٧±٢/٢	٤٩ (٧٤/٢)	-	١٧ (٢٥/٨)	<۰/۰۰۱
نظافت شخصی	٤/٤±١/٦	١٠٦٥(٨٨/٤)	-	١٤٠ (١١/٦)	٣/٦±٢/٢	٤٨ (٧٢/٧)	-	١٨ (٢٧/٣)	<۰/۰۰۱
لباس‌پوشیدن	٩/٥±١/٧	١٠٩٦ (٩١/٠)	٩٦ (٨/٠)	١٣ (١/١)	٨/٥±٢/٩	٥٠ (٧٥/٨)	١٢ (١٨/٢)	٤ (٦/١)	<۰/۰۰۱
کنترل مدفوع	٩/٧±١/٤	١١٤١ (٩٤/٧)	٥٢ (٤/٣)	١٢ (١/٠)	٩/٥±١/٧	٦١ (٩٢/٤)	٤ (٦/١)	١ (١/٥)	۰/٤٢٨
کنترل مثانه	٩/٢±٢/٠	١٠٢٩ (٨٥/٤)	١٦٢ (١٣/٤)	١٤ (١/٢)	٨/٢±٢/٨	٤٦ (٦٩/٧)	١٧ (٢٥/٨)	٣ (٤/٥)	<۰/۰۰۱
استفاده از توالت	٩/٧±١/٢	١١٥٠ (٩٥/٤)	٤٩ (٤/١)	٦ (٠/٥)	٩/٢±٢/١	٥٦ (٨٤/٨)	٩ (١٣/٦)	١ (١/٥)	<۰/۰۰۱
نیاز به کمک فیزیکی	١٤/٣±٢/١	١٠٦٤ (٨٨/٣)	١٣٧ (١١/٤)	٤ (٠/٣)	١٢/٥±٤/٢	٤٦ (٦٩/٧)	١٨ (٢٧/٢)	٢ (٣/٠)	<۰/۰۰۱
جابه‌جایی و تحرک در سطح ناهموار	١٢/٨±٣/٧	٨٣٨ (٦٩/٥)	٣٢٩ (٢٧/٣)	٣٨ (٣/٢)	٩/٥±٥/٩	٢٩ (٤٣/٩)	٢٣ (٣٤/٨)	١٤ (٢١/٢)	<۰/۰۰۱
استفاده از پله	٨/٥±٢/٦	٨٦٨ (٧٢/٠)	٣٠٥ (٢٥/٣)	٣٢ (٢/٧)	٦/٩±٣/٤	٣٤ (٥١/٥)	٢٤ (٣٦/٤)	٨ (١٢/١)	<۰/۰۰۱

جدول ٤) مقایسه میانگین آماری نمرات و فراوانی مطلق و نسبی (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند) توانایی انجام فعالیت‌های پیچیده روزمره در جانبازان یک‌چشم‌نابینای میانسال (۱۲۰۵ نفر) و سالمند (٦٦ نفر)

نوع فعالیت	میانسال (٤٠ تا ٥٩ سال)				سالمند (٦٠ سال و بیشتر)				سطح معنی‌داری
	میانگین نمرات	فراوانی افراد مستقل	فراوانی افراد نیمه‌مستقل	فراوانی افراد وابسته	میانگین نمرات	فراوانی افراد مستقل	فراوانی افراد نیمه‌مستقل	فراوانی افراد وابسته	
استفاده از تلفن	١/٨±٠/٤	١٠٠٥ (٨٣/٤)	١٨٢ (١٥/١)	١٨ (١/٥)	١/٣±٠/٧	٣٠ (٤٥/٥)	٢٨ (٤٢/٤)	٨ (١٢/١)	<۰/۰۰۱
خریدکردن	١/٦±٠/٦	٨٤٩ (٧٠/٥)	٢٧٨ (٢٣/١)	٧٨ (٦/٥)	١/٤±٠/٨	٣٧ (٥٦/١)	١٨ (٢٧/٣)	١١ (١٦/٧)	۰/۰۰۵
تهیه‌کردن غذا	١/٣±٠/٨	٦٢٣ (٥١/٧)	٣٦٠ (٢٩/٩)	٢٢٢ (١٨/٤)	١/٠±٠/٨	٢٣ (٣٤/٨)	٢١ (٣١/٨)	٢٢ (٣٣/٣)	۰/۰۰۲
لباس‌شستن	١/٠±٠/٩	٤٧٣ (٣٩/٣)	٢٧٧ (٢٣/٠)	٤٥٥ (٣٧/٨)	٠/٦±٠/٨	١٣ (١٩/٧)	١١ (١٦/٧)	٤٢ (٦٣/٦)	<۰/۰۰۱
کار در منزل	١/٢±٠/٧	٤٩٢ (٤٠/٨)	٥٠٣ (٤١/٧)	٢١٠ (١٧/٤)	١/٠±٠/٨	٢٠ (٣٠/٣)	٢٨ (٤٢/٤)	١٨ (٢٧/٣)	۰/۰٣٢
بیرون‌رفتن از منزل	١/٨±٠/٤	٩١٧ (٧٦/١)	٢٨٥ (٢٣/٧)	٣ (٠/٢)	١/٦±٠/٥	٣٨ (٥٧/٦)	٢٧ (٤٠/٩)	١ (١/٥)	<۰/۰۰۱
مصرف دارو	١/٧±٠/٥	٨٧٢ (٧٢/٤)	٣٠٥ (٢٥/٣)	٢٨ (٢/٣)	١/٥±٠/٧	٤٢ (٦٣/٦)	١٨ (٢٧/٣)	٦ (٩/١)	۰/۰٦٩
کنترل امور مالی	١/٧±٠/٦	٨٨٣ (٧٣/٣)	٢٣٧ (١٩/٧)	٨٥ (٧/١)	١/٢±٠/٨	٢٩ (٤٣/٩)	٢١ (٣١/٨)	١٦ (٢٤/٢)	<۰/۰۰۱
جمع نمرات IADL	١٢/٢±٣/٥	٥٢٠ (٤٣/٢)	٥٤٢ (٤٥/٠)	١٤٣ (١١/٩)	٩/٦±٤/٤	١٦ (٢٤/٢)	٢٩ (٤٣/٩)	٢١ (٣١/٨)	<۰/۰۰۱

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی در جانبازان یک‌چشم نابینای میانسال و سالمند به انجام رسید. یافته‌های حاصل نشان داد که در تمامی ارزیابی‌ها تفاوت معنی‌دار میان اکثر حیطه‌های مورد بررسی وجود دارد. نمرات کیفیت زندگی سالمندان در تمامی حیطه‌ها نسبت به نمرات میانسالان پایین‌تر بود؛ اگرچه اختلاف معنی‌دار آماری در ابعاد فیزیکی بیش از بعد روانی مشاهده شد. همچنین در بررسی میزان وابستگی دو گروه در انجام امور روزمره و امور پیچیده روزمره، تقریباً در تمامی فعالیت‌ها میان دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت و نمرات گروه سالمندان از جانبازان میانسال پایین‌تر بود. با توجه به این که میانگین سن دو گروه بیش از دو دهه تفاوت دارد و همچنین با توجه به مطالعات گذشته، می‌توان تفاوت‌های قابل توجه به‌دست‌آمده را ناشی از سن در نظر گرفت[24]. همان طور که مطالعات سالمندی جانبازان ایرانی نشان داده است مصدومان جنگی حدود یک دهه زودتر از جمعیت نرمال به دوره سالمندی وارد می‌شوند و در معرض مشکلات و بیماری‌های این دوره قرار می‌گیرند[25]. با توجه به این که جنگ حدود سه دهه پیش به پایان رسیده است، سالمندان مطالعه حاضر در زمان نابینایی از یک چشم، غالباً در دهه چهارم زندگی خود بوده‌اند. در نتیجه، نسبت به گروه جانبازان میانسال این مطالعه، برای پذیرفتن شرایط جدید، با مشکلات بیشتری روبه‌رو بوده‌اند. در نتیجه، یکی از اصلی‌ترین دلایل وابستگی بیشتر آنان نسبت به گروه جوان‌تر، می‌تواند ناشی از همین مساله باشد.

یکی از مهم‌ترین پیامدهای تغییر در سلامت افراد، تغییر در کیفیت زندگی است[26]. همچنین مطالعات مختلف نشان داده‌اند که با افزایش سن، سطح کیفیت زندگی افراد جامعه کاهش می‌یابد[27]. بر همین اساس، افراد سالمندی که دچار مشکلات سلامت هستند نسبت به سایر افراد جامعه از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. مطالعه حاضر نشان داد که جانبازان یک‌چشم‌نابینای سالمند در مقیاس سلامت جسمانی نسبت به همتایان میانسال خود وضعیت مناسبی ندارند و در دو حیطه عملکرد جسمانی و محدودیت در نقش فیزیکی اختلاف معنی‌داری میان کیفیت زندگی این دو گروه وجود دارد. مطالعه گروه‌های جانبازی دیگر نشان داد که اختلاف معنی‌دار میان مقیاس سلامت جسمانی آنها با جامعه نرمال ایرانیان وجود دارد که ناشی از مصدومیت‌های جنگی بوده است[28]. همچنین جانبازانی که دارای چند مصدومیت همزمان بودند نسبت به جانبازانی که تنها یک نوع مصدومیت داشتند، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. مطالعات سالمندی نیز نشان داده است که وجود مشکلات سلامتی از جمله عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی در سالمندان ایرانی است[29]. بین سطح کیفیت زندگی سالمندان با تعداد بیماری‌های مزمنی که به آن مبتلا بوده‌اند نیز ارتباط معکوس وجود داشت[29]. اکثریت جانبازان تحت مطالعه، به‌جز نابینایی طولانی‌مدت از یک چشم، سال‌هاست که از مصدومیت‌های دیگری نیز رنج می‌برند و گروه سالمندان آنان، علاوه بر آسیب‌های ناشی از جنگ، با مشکلات و بیماری‌های مزمن دوره سالمندی نیز مواجه هستند. همین مساله می‌تواند عاملی برای کاهش معنی‌دار کیفیت زندگی آنان نسبت به گروه جانبازان میانسال باشد.

اگرچه تمامی نمرات مقیاس سلامت روانی در جانبازان یک‌چشم نابینای سالمند نسبت به میانسال کمتر بود، نشاط تنها حیطه‌ای بود که میان دو گروه اختلاف معنی‌دار نشان داد. مقیاس سلامت روانی در گروه‌های سنی مختلف جانبازان نابینای ایرانی بررسی شد و کمترین نمره متعلق به گروه سنی ۵۰ سال و بالاتر بود[14] در مطالعه کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان، پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی مربوط به حیطه نشاط بود که با سن، وضعیت تاهل و اشتغال ارتباط معنی‌داری داشت[15]. در مطالعه جانبازان شیمیایی شدید ریوی میان نمرات تمامی حیطه‌های مقیاس سلامت روانی با جامعه نرمال اختلاف معنی‌دار به دست آمد[30]. نتایج مشابهی در مطالعه جانبازان قطع عضو اندام تحتانی و آسیب به مچ و پا نیز دیده شد[28]. از طرفی، مطالعات سالمندی نشان داده است که یکی از مشکلات اساسی این دوره، شیوع افسردگی و کاهش قابل توجه نشاط و سرزندگی است[31]. در واقع، ارتباط میان سلامت روان و سلامت فیزیکی به‌دفعات در مطالعات مختلف گروه‌های جانبازی به تایید رسیده است که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد[32].

مقایسه توانایی انجام فعالیت‌های روزمره در جانبازان یک‌چشم‌نابینای میانسال و سالمند نشان داد که تقریباً در تمام فعالیت‌ها اختلاف معنی‌داری میان دو گروه وجود دارد. جانبازان سالمند در تمامی حیطه‌های مورد بررسی نمرات کمتری به دست آوردند که نشان‌دهنده بیشتربودن میزان وابستگی آنان به سایرین بود. یافته‌ها نشان داد که جابه‌جایی و تحرک در سطوح ناهموار عمده‌ترین مشکل روزانه جانبازان یک‌چشم‌نابینا است و این مشکل در گروه سالمند به‌مراتب بیشتر است. با توجه به نابینایی از یک چشم و اختلال درک عمق، وجود مشکل در تحرک روی سطوح ناهموار دور از انتظار نیست، به‌ویژه این که بیش از یک‌چهارم از جانبازان هر دو گروه، در استفاده از پله نیز با مشکل مواجه بودند. افزایش سن، با تغییراتی در ساختار و عملکرد چشم همراه بوده و مشکلاتی همچون کندشدن تطابق بینایی، کاهش میدان دید و حساسیت کنتراست بروز می‌کند[33]. جانبازان یک‌چشم‌نابینا که برای یک دوره طولانی‌مدت دچار اختلال بینایی بوده‌اند، با ورود به دوره سالمندی بر مشکلات آنان افزوده شده و برای انجام بسیاری از امور ساده و پیچیده روزمره نیازمند کمک اطرافیان خواهند بود[23]. مطالعه جانبازان نابینا نیز نشان داد که با افزایش سن، سطح استقلال فردی آنان کاسته شده و از سن ۴۰ سال به بالا، حداقل در یک فعالیت روزمره وابسته هستند[34]. همچنین نابینایان ۶۰ سال به بالا بیش از سایر گروه‌های سنی، در استفاده از پله و حرکت در سطوح ناهموار نیازمند کمک بودند.

هر دو گروه تحت مطالعه در انجام کارهای پیچیده‌تر روزمره با مشکل مواجه بودند و کمتر از نیمی از جانبازان یک‌چشم نابینای میانسال و کمتر از یک‌چهارم گروه سالمند در انجام این گروه از فعالیت‌ها مستقل بودند. به هر حال، سالمندان در انجام تمامی فعالیت‌های مورد سنجش نسبت به گروه میانسال، وابسته‌تر بودند. این وابستگی در انجام امور منزل مانند لباس‌شستن به‌مراتب بیشتر بود. نتایج به‌دست‌آمده با مطالعات سالمندی انجام‌شده در ایران نیز همخوانی دارد و سالمندان جامعه نرمال نیز در انجام امور منزل بیش از سایر امور به دیگران وابسته بودند[14]. همچنین این مطالعه نشان داده است که هر چه فراوانی ابتلا به بیماری‌های مزمن در فرد سالمند بیشتر باشد، سطح استقلال او در انجام امور روزمره کاهش می‌یابد. مطالعه دیگری در گروه سالمندان نشان داده که کاهش بینایی و شنوایی اثر مستقیمی بر کاهش عملکرد انجام فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان دارد[15]. همچنین جانبازان نابینای سالمند بیشترین مشکل را در استفاده از تلفن، مدیریت دارو و انجام امور مالی داشتند[29] که با نتایج مطالعه حاضر تفاوت قابل توجهی داشت. این تفاوت می‌تواند ناشی از بینایی چشم باقی‌مانده در جانبازان این مطالعه باشد.

مطالعه حاضر برای اولین بار به مقایسه کیفیت زندگی و توانایی انجام

امور روزمره دو گروه سالمند و میانسال از جانبازان یک‌چشم‌نابینا پرداخت. با توجه به این که این مطالعه در ۱۹ استان کشور انجام شده است و درصد قابل توجهی از جانبازان یک‌چشم‌نابینا در آن مشارکت داشتند که اعتبار نتایج را هر چه بیشتر افزایش می‌دهد، یافته‌های به‌دست‌آمده می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گزاری‌های حوزه سلامت مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به این که جامعه جانبازان سالمند ایرانی رو به افزایش است و در سال‌های آتی گروه قابل توجهی از جانبازان به دوره سالمندی وارد می‌شوند، ارایه برنامه‌های موثر راهبردی به‌منظور ممانعت از کاهش کیفیت زندگی و حفظ سطح استقلال آنان ضروری به نظر می‌رسد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم مشارکت تمامی جانبازان در هر استان اشاره کرد. با توجه به این که تیم برگزارکننده طرح در مرکز هر استان مستقر می‌شدند، تمامی جانبازان بایستی در محل برگزاری طرح حضور می‌یافتند. اگرچه وسایل نقلیه برای انتقال آنان به مرکز استان تهیه شده بود اما برخی از آنان به‌دلیل طولانی‌بودن مسیر از مشارکت در طرح صرف نظر کردند. همچنین شماره تماس برخی از جانبازان تغییر کرده بود و در دسترس بنیاد شهید مرکز استان قرار نداشت؛ به همین علت از آنها برای مشارکت در مطالعه دعوت به عمل نیامد.

براساس نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه مبنی بر کاهش کیفیت زندگی و سطح عملکرد در گروه جانبازان یک‌چشم‌نابینا پیشنهاد می‌شود:

۱- پژوهش در حوزه کیفیت زندگی و سطح عملکرد در تمام گروه‌های جانبازی انجام شود.

۲- کیفیت زندگی و سطح عملکرد در تمام گروه‌های جانبازی به‌عنوان شاخص اصلی اثربخشی خدمات مد نظر قرار گیرد.

۳- پژوهش‌هایی در اولویت قرار گیرند که بیشترین اثربخشی را در افزایش کیفیت زندگی و سطح عملکرد گروه‌های جانبازی دارند.

٤- برنامه‌های توان‌بخشی برای ارتقای توانایی جانبازان تک‌چشم و تقویت سایر توانمندی‌های این گروه با هدف بهبود کیفیت زندگی به‌عنوان پژوهش‌های مداخله‌ای در نظر گرفته شوند.

٥- برنامه پایش سلامت با رویکرد افزایش سطح سلامت و به‌تبع آن افزایش کیفیت زندگی و سطح عملکرد به‌عنوان پژوهش‌های مداخله‌ای مد نظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

جانبازان یک‌چشم‌نابینای سالمند نسبت به همتایان میانسال خود توانمندی‌های کمتری دارند و در بسیاری از امور روزمره به اطرافیان وابسته هستند. این تفاوت در فعالیت‌های منزل، راه‌رفتن در سطوح ناهموار و استفاده از پله به‌مراتب بیشتر است. همچنین سطح کیفیت زندگی جانبازان سالمند یک‌چشم‌نابینا در تمامی حیطه‌ها نسبت به گروه دیگر پایین است؛ که این اختلاف در مقیاس سلامت جسمانی در حیطه های عملکرد جسمانی و محدودیت در نقش جسمانی و در مقیاس سلامت روانی در حیطه نشاط معنی دار بوده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مراتب تشکر خود را از بنیاد شهید و امور ایثارگران استان‌های شرکت‌کننده در مطالعه و مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان اعلام می‌دارند. همچنین از تمامی جانبازانی که در این مطالعه مشارکت نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تاییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر در کمیته اخلاق مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان تایید شد و کد 88-E-P-107 را دریافت نمود. شرکت در طرح برای تمامی جانبازان کاملاً اختیاری بود و هیچ هزینه‌ای را متحمل نشدند. اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان به‌طور محرمانه نگهداری می‌شود.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافعی از طرف نویسندگان اعلام نشده است.

سهم نویسندگان: جواد مینوئی‌فر (نویسنده اول)، پژوهشگر اصلی (۲۵%)؛ محمد قاسمی برومند (نویسنده دوم)، پژوهشگر کمکی (۲۵%)؛ مریم معصومی (نویسنده سوم)، نگارنده مقدمه/نگارنده بحث (۱۵%)؛ حمید حقانی (نویسنده چهارم)، تحلیلگر آماری (۱۵%)؛ رباب صحاف (نویسنده پنجم)، روش‌شناس (۲۰%)

منابع مالی: مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان حمایت مالی این طرح را بر عهده داشته است.

منابع

1- Levy BS, Sidel VW. War & public health in the twenty-first century. New England J Public Policy. 2003;19(1):167-78.

2- Murray CJL, King G, Lopez AD, Tomijima N, Krug EG. Armed conflict as a public health problem. Educ Debate. 2002;324(7333):346-9.

3- Haji Abed MR, Bagheri F, Asgharnejad Ferid AA. Comparison of life regard index between veterans suffering from post traumatic stress disorder with and without history of substance abuse in Shahid Rajaee Hospital in Isfahan. Iran J War Public Health. 2013;5(2):10-17. [Persian]

4- Kong L, Fry M, Al-Samarraie M, Gilbert C, Steinkuller PG. An update on progress and the changing epidemiology of causes of childhood blindness worldwide. J AAPOS. 2012;16(6):501-7.

5- Négrel AD, Thylefors B. The global impact of eye injuries. Ophthalmic Epidemiol. 1998;5(3):143-69.

6- Thach AB, Johnson AJ, Carroll RB, Huchun A, Ainbinder DJ, Stutzman RD, et al. Severe eye injuries in the war in Iraq, 2003–2005. Ophthalmology. 2008;115(2):377-82.

7- Pourseyed SR, Habibollahi S, Faramarzi S. Effectiveness of life skills educational program on blind and low-vision university students compatibility. Educ Strategy Med Sci. 2010;3(1):7-11. [Persian]

8- Mousavi B, Soroush MR, Montazeri A. Quality of life in chemical warfare survivors with ophthalmologic injuries: the first results form Iran Chemical Warfare Victims Health Assessment Study. Health Qual Life Outcomes. 2009;7(1):2.

9- Hemmati MA, Shokoohi H, Masoumi M, Khateri S, Soroush M, Modirian E, et al. Mental health disorders in child and adolescent survivors of post-war landmine explosions. Mil Med Res. 2015;2(1):30.

10- Falahati F, Soroush MR, Haghani H, khateri Sh. The effects of landmine and UXO accidents on survivor's quality of life in 5 western provinces of Iran. Iran J War Public Health. 2009;1(4):1-8. [Persian]

11- Schwartz CE, Andresen EM, Nosek MA, Krahn GL, et al. Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. Arch Phys Med Rehabil. 2007;88(4):529-36.

12- WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993;2(2):153-9.

13- Hinchliff S, Norman S, Schober J. Nursing practice and health care 5e: a foundation text. 5th Edition. Boca Raton: CRC Press; 2008.

14- Amini R, Haghani H, Masoumi M, Nakhaee M. Quality of life in blind war survivors. Iran J War Public Health. 2009;1(2):24-35. [Persian]

15- Nejati V, Ahmadi Kh. Evaluation of epidemiology of chronic disease in Iranian psychiatric veterans. Iran J War

Public Health. 2010;2(4):8-12. [Persian]
16- Jafari F, Gitinavard F, Soroush MR, Mousavi B. Quality of life in chemical war victims with sever pulmonary damage. Iran J War Public Health. 2012;4(1):46-52. [Persian]
17- Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Curr Opin Psychiatry. 1997;10(5):337-45.
18- Schnurr PP, Lunney CA, Bovin MJ, Marx BP. Posttraumatic stress disorder and quality of life: extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. Clin Psychol Rev. 2009;29(8):727-35.
19- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005;14(3):875-82.
20- de Haan R, Limburg M, Schuling J, Broeshart J, Jonkers L, van Zuylen P. Clinimetric evaluation of the Barthel Index, a measure of limitations in dailly activities. Ned Tijdschr Geneeskund. 1993;137(18):917-21. [Dutch]
21- Habibi Sola A, Nikpoor S, Rezaei M, Haghani H. Health promotion behaviours and level of activities of daily living and instrumental activities of daily living among elderly people in west region of Tehran: A cross-sectional survey. Iran J Ageing. 2007;2(3):331-9. [Persian]
22- Hassani Mehraban A, Soltanmohammadi Y, Akbarfahimi M, Taghizadeh Gh. Validity and reliability of the Persian version of Lawton instrumental activities of daily living scale in patients with dementia. Med J Islam Repub Iran. 2014;28:25.
23- Masoumi M, Falahati F, Ghasemi Broumand M, Babaei M, Hajizadeh K, Mousavi B. "Instrumental activities of daily living" in veterans with monocular blindness. Iran J War Public Health. 2017;9(1):47-52. [Persian]
24- Amini R, Haghani H, Masoumi M, Assari Sh. Activity of daily living and its associated factors in war survivors with no visual acuity. J Res Med Sci. 2010;15(4):202-7.
25- Manaei Z, Abolmaali Alhosseini Kh, Mousavi B. Epidemiology of mental health status of veterans with monocular blindness; case study of Fars province. Iran J War Public Health. 2016;8(4):235-41. [Persian]
26- Bijari B, Soltani B. Validation of the Persian version of inflammatory bowel disease questionnaire in patients who referred to clinics and hospitals of Birjand university of medical sciences, Iran. Ann Colorectal Res. 2017;5(1-2):e46367.
27- Habibi Sola A, Nikpoor S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectioal survey. Iran J Nurs. 2008;21(53):29-39. [Persian]
28- Allami M, Yavari A, Karimi A, Masoumi M, Soroush MR, Faraji E. Health-related quality of life and the ability to perform activities of daily living: a cross-sectional study on 1079 war veterans with ankle-foot disorders. Mil Med Res. 2017;4(1):37.
29- Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol A, Moradian Sorkhkolaei M. The impact of chronic diseases on the quality of life among the elderly people in the east of Tehran. J Payavard Salamat. 2012;6(3):225-35. [Persian]
30- Jafari F, Moien L, Soroush MR, Mosavi B. Quality of life in chemical warfare victims with ophthalmic damage's spouses. Iran J War Public Health. 2011;3(3):8-12. [Persian]
31- Arabzadeh M. Relationship Between Basic Psychological Needs and Mental Vitality in the Elderly. Iran J Ageing. 2017;12(2):170-9. [Persian]
32- Taghva A, Allami M, Alizadeh K, Zandi A, Faraji E, Ganjparvar Z. Mental health among Iranian combat veterans with ankle-foot neuromusculoskeletal injuries. Mil Med Res. 2017;4(1):30.
33- Richard AI. Monocular blindness in Bayelsa state of Nigeria. Pan Afr Med J. 2010;4:6.
34- Amini R, Kaldi AR, Sahaf R, Haghani H, Hayatbakhsh R, Davatgaran K, Masoumi M. Independency level in elderly blind war survivors: a cross sectional study. Iran J Ageing. 2012;7(1):67-74. [Persian]