کیفیّت زندگی جانبازان نابینا در سال ۱۳۸۶

رضا امینی.* [۱]، حمید حقانی. [۲]، مهدی معصومی. [۳]، معصومه نخعی، [۴]

۱. عضو هییت علمی پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

۲. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران. Haghani511@yahoo.com

۳. پژوهشگر، معاونت بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران، .Masoumi48@yahoo.com

۴. پژوهشگر، پژوهشکده‌ی مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، m.nakhaee@yahoo.com

*آدرس: تهران. بزرگراه چمران. خیابان یمن. خیابان مقدس اردبیلی. خیابان فرخ. پلاک ۱۷. mini@jmerc.ac.ir

تاریخ دریافت: مهر ۱۳۸۷ تاریخ پذیرش: آذر ۱۳۸۷

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

چکیده

مقدمه: کیفیّت زندگی مرتبط با سلامت، می‌تواند به عنوان یک شاخص برای ارزیابی وضعیت یک جامعه و نیز بررسی اثربخشی خدمات مستمر و مداخلات مقطعی به‌کار آید. جنگ، سبب بروز مشکلاتی برای افراد می‌شود که موجب ناتوانی و افت در کیفیّت زندگی می‌گردد. یکی از این مشکلات نابینایی است که خود می‌تواند باعث کاهش کیفیّت زندگی گردد. براساس بررسی‌های به عمل آمده، مشخص شد که جانبازان نابینای کشور تا قبل از سال ۱۳۸۶، مورد ارزیابی در این خصوص واقع نشده‌بودند و انجام این مطالعه موجب می‌شد که سطح اولیه‌ای برای مداخلات و برنامه‌های بعد، به‌دست آید و نیز با تحلیل عوامل مؤثّر بر کیفیّت زندگی آنان، می‌توان به برنامه‌های جهت مناسبی داد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی، با به‌کارگیری پرسشنامه‌ی کیفیّت زندگی SF36، توسط پرسشگران آموزش دیده، به‌طور متمرکز و در یک مقطع زمانی دو هفته‌ای، از جانبازان دو چشم نابینا و همسرانشان، در سال ۱۳۸۶ انجام پذیرفت. داده‌های دموگرافیک، با بهره‌گیری از پرسشنامه‌ای مجزا از ابزار کیفیّت زندگی، اخذ گردید و با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل شد.

یافته‌ها: جانبازان این مطالعه را ۹۶.۵ ٪ مردان و ۳.۵٪ زنان تشکیل می‌دادند که میانگین سنّی آن‌ها ۸.۳۴ ±۴۳.۲۰ سال بود. متوسط نمره‌ی کیفیّت زندگی آنان با استفاده از ابزار SF36، ۲۲.۸± ۵۹.۲ بود. کاهش کیفیّت زندگی، پس از سن۵۰ سالگی، نکته‌ی قابل توجّهی بود($p<0.0001$). با افزایش‌سطح‌تحصیلات، کیفیّت زندگی افزون می‌گشت، با این نکته که بیش‌ترین اختلاف بین‌سطح‌دیپلم و سطوح‌بالاتربود($p=0.006$). تعداد مجروحیّت‌همراه، علاوه‌برنابینایی، خود عامل دیگری برای افت‌کیفیّت‌زندگی شناخته‌شد($p<0.0001$). کیفیّت زندگی جانبازان‌نابینا و همسرانشان‌به‌یکدیگر وابسته‌بود ($p<0.0001$).

بحث و نتیجه‌گیری: سالمندی، با توجّه به میانگین سنّی آنان، یکی از مشکلاتی است که در آینده‌ی نه‌چندان دور، مشکلات بسیاری را برای این گروه به همراه خواهدداشت. کیفیّت زندگی جانبازان نابینا، در بخش فعّالیّت فیزیکی، بهتر از جانبازان با قطع اندام تحتانی بود. تغییر در کیفیّت زندگی همسران آن‌ها، می‌تواند تغییرات خوبی را در زندگی جانبازان نابینا ایجادکند. افزایش سن، در کنار تعدّد مجروحیّت‌ها می‌تواند زنگ خطری برای برنامه‌ریزان و طرّاحان مداخلات باشد. آموزش بهره‌مندی از وسایل کمکی، می‌تواند گام مؤثّری در ارتقاء سطح سلامت آنان بردارد.

کلمات کلیدی: جانباز، نابینا، کیفیّت زندگی، SF36

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

مقدمه

جنگ از وقایعی است که با بروز در هر جامعه و در هر زمانی سبب پیدایش لطمات فیزیکی و روانی متعدّدی می‌شود که هر کدام به تنهایی می‌تواند عواقب بی‌شماری را به همراه داشته‌باشند. یکی از این عوارض که در اغلب جنگ‌های دنیا رخ می‌دهد، فقدان بینایی است که ممکن است در یک یا هر دو چشم به‌وجود آید. نابینایی در جنگ ایران ـ عراق، نیز در بازماندگان جنگ، گزارش شده‌است که دلایل گوناگونی را برای بروز آن می‌توان نام برد. از جمله‌ی این عوامل که موجب بروز نابینایی شدند، می‌توان به برخورد اجسامی مانند: تیر، ترکش و اشیاء پرتاب شده ناشی از انفجار، اشاره کرد؛ دیگر موارد مثل سوختگی ناشی از آتش و حرارت زیاد و تماس با گازهای شیمیایی، به‌ویژه خردل هم ذکر شده‌اند.(۱)

کیفیّت‌زندگی مرتبط با سلامت، به عنوان یک شاخص مهم در ارزیابی‌های گوناگون، مورد توجّه قرار می‌گیرد. این شاخص خود دارای ابعاد متعدّدی است و تحت تأثیر متغیرهای گوناگونی واقع می‌شود که هر یک به‌خودی‌خود می‌توانند، موجب خلل در زندگی عادی فرد شوند. ارزیابی ارتباط عوامل مختلف، با کیفیّت زندگی، می‌تواند راه‌کاری را برای تدوین برنامه‌های سلامت، پیش روی بگشاید. (۲)

نابینایی، خود به تنهایی از عواملی است که بر کیفیّت زندگی افراد اثرگذار است، هر قدر سن فرد در زمان نابینا شدن کم‌تر باشد، قدرت تطابق و کنار آمدن با آن بیش‌تر در وی قوت می‌گیرد و سریع‌تر به روند عادی زندگی باز می‌گردد.(۲) به عبارت دیگر، کودکان خیلی بهتر با نابینایی خود کنار می‌آیند تا افراد بزرگسال و می‌توان نتیجه گرفت که در مقایسه با نابینایی در هنگام کودکی، نابینایی در بزرگسالی مشکلات فیزیکی و روانی گسترده‌تری را ایجاد می‌کند.(۳) سن اغلب جانبازان نابینا در زمان بروز حادثه و ابتلا به نابینایی، در حدود ۱۸ سال بوده‌است.(۱) آن چه که مسلّم است، استفاده از کیفیّت‌زندگی، در تعیین اثربخشی خدمات درمانی و توانبخشی بسیار کارساز می‌باشد و هم‌چنین با در اختیار داشتن سطح اولیّه‌ی کیفیّت‌زندگی در مقاطع زمانی مختلف، امکان بررسی روند تغییرات با در نظر داشتن وضعیت ارایه‌ی خدمات موجود، فراهم می‌شود. کیفیّت‌زندگی مرتبط با سلامت[iv]، به عنوان یک شاخص، در ارزیابی اثربخشی درمان‌ها و برنامه‌های سلامت، مطرح است. (۴و۵)

نابینایان جنگ، علاوه بر بیماری‌های جسمی که مزید بر نابینایی آن‌ها بوده از مشکلات روانی هم که به سبب ناتوانی در دیدن و هم‌چنین مشکل کنار آمدن و تطابق با ناتوانی بر آن‌ها مستولی شده‌است، رنج می‌برند.

[iv] Health Related QOL

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

بیش‌ترین مشکل روانی آن‌ها، افسردگی است.(۱) مشکلات روانی، اثرات گسترده‌ای بر کیفیّت‌زندگی دارند و در برخی مقالات حتّی، اثرات آن‌ها را بیش از مشکلات جسمی دانسته‌اند. (۶)

مشکلات جسمی از جمله مشکلات فیزیکی و ناتوانی حرکتی نیز، بر کیفیّت زندگی افراد، اثرات گسترده‌ای دارند و هر قدر سنّ افراد بیش‌تر می‌شود، افت کیفیّت زندگی نیز افزون می‌شود.(۷) جانبازان نابینا نیز، علاوه بر نابینایی، مشکلات فیزیکی فراوانی داشتند که می‌تواند سبب تغییر قابل ملاحظه‌ای در شاخص کیفیّت زندگی آنان شود.(۸)

اختلاف بین کیفیّت زندگی زنان و مردان، یا متغیّر جنسیّت، از جمله مواردی است که می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها کمک کننده باشد. آن چه که تا کنون به‌دست آمده‌است، حاکی از این است که کیفیّت زندگی زنان کهنه‌سرباز در آمریکا، از کیفیّت زندگی و فعّالیّت روزمره‌ی مردان کهنه‌سرباز، پایین‌تر است.(۴و۹)

سن، خود یکی از عواملی است که می‌تواند موجب بروز تغییر، در روند کیفیّت زندگی شود و مطالعات متعدّدی هم در این زمینه انجام پذیرفته‌است ولی هر یک از آن‌ها نتایج متفاوتی را ارایه نموده‌اند که در برخی موارد نقیض یکدیگر هستند. بر همین اساس عده‌ای بر این باورند که افزایش سن، موجب افت کیفیّت زندگی می‌شود و گروهی دیگر به این نتیجه رسیده‌اند که کیفیّت زندگی در جوانان، کم‌تر از کیفیّت زندگی در سالمندان است. امّا آن‌چه که مبرهن و واضح است، کاهش امتیاز بخش فعّالیّت فیزیکی کیفیّت زندگی، با افزایش سن است و این مرز در مطالعات گوناگون، در حدود سن ۵۰ سالگی تعیین شده‌است. فشارخون، الکل، کمردرد و سایر بیماری‌های جسمی، بر روی بخش روانی کیفیّت زندگی، اثرگذار بوده‌اند.(۱۰) آرتریت، یکی از عوامل بسیار مهم بر روی کیفیّت زندگی، شناخته شده‌است که به‌طور یقین با افزایش سن، احتمال بروز آن بیش‌تر می‌شود.(۱۱)

آن چه که مشخص بود، علی‌رغم بررسی‌ها و جست‌وجوهای انجام شده، داده‌ها و اطلاعات لازم در مورد جانبازان نابینا، در حوزه‌های مورد بحث، به دست نیامد و به احتمال قوی چنین اطلاعاتی در بنیاد شهید وجود نداشت؛ چرا که، سابقه‌ی چنین فعّالیّتی هم گزارش نشده‌بود. لذا، با توجّه به اهمّیّت موضوع، این روند را اختیار کردیم که با ارزیابی کیفیّت زندگی جانبازان نابینای کشور در سال ۱۳۸۶، علاوه بر این که توصیفی از وضعیت موجود آنان ارایه نماییم، یک سطح پایه و اولیّه را نیز به‌دست آوریم تا در پی آن قادر باشیم که تأثیر خدمات و برنامه‌های جاری و نیز اقدامات و مداخلات ویژه را بررسی و ارزیابی کنیم.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی بود که در قالب یک طرح نیازسنجی سلامت، بر روی جانبازان نابینای ایران، به اجرا درآمد. جانبازان دو چشم نابینای کشور، از طریق سازمان‌های بنیاد شهید استان‌های خود، به شرکت در یک اردوی متمرکز به همراه همسرانشان، به شهرستان مشهد دعوت شدند و گردآوری داده‌های لازم به‌صورت متمرکز و توسط یک گروه آموزش دیده صورت پذیرفت. از مجموع ۵۰۰ جانباز دعوت شده به اردو، ۲۵۰ نفر شرکت کردند که ۲ نفر به دلیل عدم رضایت، در مطالعه داخل نشدند.

اطلاعات دموگرافیک، با استفاده از یک پرسشنامه‌ی مجزا از پرسشنامه‌ی کیفیّت زندگی، اخذ شد. این اطلاعات شامل سن، جنس، سطح تحصیلات قبل و پس از مجروحیت، سطح تحصیلات همسر جانباز، وضعیت اشتغال، تعداد مجروحیت‌ها و نوع آن‌ها، غیر از نابینایی بود. متوسط زمان این پرسشگری، برای اطلاعات دموگرافیک، ۱۵ دقیقه و برای کیفیّت زندگی، ۱۰ دقیقه بود.

بررسی کیفیّت زندگی جانباز و نیز کیفیّت زندگی همسرانشان، توسط سه پرسشگر با مدرک تحصیلی لیسانس، که قبل از اجرای اردو، آموزش لازم را دیده‌بودند، با استفاده از پرسشنامه‌ی کیفیّت زندگی SF36، انجام گرفت. علّت تعدّد پرسشگران، فشردگی مطالعه به دلیل تعداد زیاد جانبازان به نسبت زمان حضور آن‌ها در اردو و زمان محدود برای اخذ داده‌ها بود. در تحلیل‌های آماری یک امتیاز کل و دو بخش مقیاس سلامت جسمی[v] (PCS) و مقیاس سلامت روانی[vi] (MCS) نیز، جداگانه تحلیل شدند. متوسط زمان پرسشگری کیفیّت زندگی ۲/۵±۱۰ دقیقه بود.

ضوابط خروج ویژه‌ای، وجودنداشت مگر این که در ابتدا فرد، تمایلی برای شرکت در طرح از خود نشان نمی‌داد. در مرحله‌ی کنترل داده‌ها، همه‌ی پرسشنامه‌ها مجدداً مورد بازبینی قرارگرفت و اطلاعات ناقص، در صورت امکان، با رجوع به بقیه‌ی داده‌ها اصلاح و تکمیل شدند؛ در غیر این‌صورت، این پرسشنامه‌ها در آنالیز کنار گذاشته‌شدند که میزان آن بسیار انداک بود (کم‌تر از ۱ درصد).

فرم‌های اطلاعاتی، توسط یک متخصص آمار حیاتی، در نرم‌افزار SPSS فایل شدند و آماده‌ی ورود داده‌ها شد. اطلاعات و داده‌های گردآوری شده، توسط یک اپراتور، به نرم‌افزار وارد شد که درصد خطای کم‌تر از ۰/۵ درصد داشت و این میزان، با کنترل مستمر و اصلاح، به حداقل رسید. آنالیزهای آماری، پس از اخذ اطلاعات توصیفی توسط متخصّص آمار حیاتی، براساس ارزیابی داده‌های توصیفی و نظرسنجی و مطالعه‌ی متون مرتبط با فرضیه‌های لازم، برای انجام تحلیل‌ها شکل گرفت و

[v] Physical Component Summery
[vi] Mental Component Summery

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

آزمون‌های مورد نیاز انجام پذیرفت. این آزمون‌ها عبارت بودند از: پیرسون، آزمون تعیینی شفه، t test، ANOVA، Tukey، Chi square. سطح معنی‌داری در این مطالعه، 0.05، در نظر گرفته‌شد. پیش از انجام تست ANOVA ، همبستگی بین طبقات و گروه‌ها بررسی شدند و در صورت همگن بودن گروه‌ها، به نتایج این تست، استناد گردید.

نتایج:

از مجموع ۲۴۸ نفر پاسخ دهندگان به پرسش‌ها، ۹۶.۵ درصد را مردان و ۳.۵ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سنّی، ۴۳.۲۰ با انحراف معیار ۸.۳۴ سال بود. از نظر شغلی ۷۶.۳٪ مشمول حالت اشتغال[vii] بودند و۴.۶٪ بی‌کار و ۱۹.۱٪ شاغل به‌کار بودند. از نظر وضعیّت تأهّل، ۹۴.۴٪ از ایشان متأهل و مابقی ۵.۶٪ مجرّد بودند و طلاق در این افراد گزارش نشد. از نظر تحصیلات که به سطوح مختلف تقسیم شده بود، فراوانی نسبی جانبازان این مطالعه، در گروه زیر دیپلم ۳۱.۱، دیپلم ۲۸.۳، فوق دیپلم ۳.۶، لیسانس ۲۰.۷، فوق‌لیسانس ۱۳.۵ و دکترا ۲.۸ درصد بود.

مدّت نابینایی، از ۱ تا ۲۹ سال متغیّر بود که البته ۷۹.۲ درصد آنان، بیش از ۲۰ سال نابینا بودند. اغلب این افراد، به سبب انفجار دچار این عارضه شده‌بودند. از نظر تعدّد مجروحیت، ۱۸.۷٪ نابینایی را به‌عنوان تنها مجروحیت خود اعلام داشتند، ۳۰٪یک مجروحیت همراه، ۲۱٪ دو، ۱۱.۷٪ سه، ۱۱.۷٪ چهار، ۶.۹٪ پنج یا بیش‌تر مجروحیت همراه علاوه بر نابینایی داشتند. بیش‌ترین مجروحیت همراه، برخورد ترکش به صورت و کم‌ترین آن‌ها، قطع اندام تحتانی بود.

در مورد تحصیلات همسران این افراد باید گفت که ۶۴.۲٪ زیردیپلم، ۲۰.۳٪ دیپلم، ۳.۳٪ فوق‌دیپلم، ۱۰.۱٪ لیسانس و بالاتر بودند.

کیفیّت زندگی جانبازان نابینا در این مطالعه، نمره‌ی متوسط ۵۹.۲، با انحراف معیار ۲۲.۸ به دست داد که در دو زیر نمره‌ی مقیاس سلامت روانی ۵۸.۱ با انحراف معیار ۲۳.۱ و مقیاس سلامت جسمی ۵۹.۷ با انحراف معیار ۲۳.۴بود.

بررسی نمره‌ی کیفیّت زندگی و سن این جانبازان نشان داد که با افزایش سن، نمره‌ی کیفیّت زندگی آنان افت می‌کرد و این ارتباط معنی‌دار بود (p=0.009). از دو زیرنمره‌ی مقیاس سلامت جسمی و مقیاس سلامت روانی، باید گفت که ارتباط زیرنمره‌ی مقیاس سلامت جسمی، با سن، معنی‌دار بود (p=0.003) و ارتباط زیرنمره‌ی مقیاس سلامت روانی، با سن، معنی‌دار

[vii] طبق قوانین بنیاد شهید و امور ایثارگران گروهی از جانبازان که شاغل بوده و قادر به کارکردن نیستند در یک کمیسیون بررسی شده و با کناره‌گیری از شغل و کار خود از حقوق و مزایای دوران اشتغال خود بهره‌مند می‌شوند که به این وضعیت حالت اشتغال می‌گویند.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

جدول -۱ زیر نمره‌ی کیفیّت زندگی جانبازان نابینا برحسب طبقات سنی

زیرنمره	طبقات سن	تعداد	میانگین نمره	انحراف از معیار	p
PCS	<=۲۹	۱۶	۶۸.۷۵	۲۰.۵۷	۰.۰۰۳*
	۳۰-۳۹	۵۱	۶۱.۰۴	۲۴.۳۴	
	۴۰-۴۹	۱۴۶	۶۱.۴۳	۲۲.۹۹	
	>=۵۰	۳۵	۴۶.۹۴	۲۱.۲۶	
	جمع	۲۴۸	۵۹.۷۸	۲۳.۴۳	
MCS	<=۲۹	۱۶	۶۲.۱۳	۲۲.۰۳	۰.۱۵۷
	۳۰-۳۹	۵۰	۵۸.۱۸	۲۵.۵۵	
	۴۰-۴۹	۱۴۳	۵۹.۸۹	۲۲.۸۲	
	>=۵۰	۳۴	۵۰.۲۹	۱۹.۸۳	
	جمع	۲۴۳	۵۸.۳۴	۲۳.۰۸	

در بین طبقات سنی مختلف اختلاف معنی‌داری در زیرنمره‌ی PCS وجودداشت که با افزایش سن نمره کاهش می‌یافت

نبود(p=0.157). با ارزیابی میانگین نمره‌ی کیفیّت زندگی، در بین طبقات سنی با فواصل ۱۰ سال، مشخص شد که بین طبقات سنی، اختلاف میانگین‌ها در زیر نمره‌ی مقیاس سلامت جسمی، معنی‌دار بود(p=0.002) (جدول۱). نکته‌ی قابل توجّه دیگر افت نمره‌ی کیفیّت زندگی پس از سن ۵۰ سالگی، در این افراد بود که با ارزیابی میانگین نمره‌ی کیفیّت زندگی، در دو گروه زیر و بالای ۵۰ سال، اختلاف معنی‌داری یافت شد که هم در نمره‌ی کل (p<0.0001) و هم در دو زیر نمره‌ی مقیاس سلامت جسمی (p<0.0001) و مقیاس سلامت روانی (p=0.015) این اختلاف مشاهده شد(نمودار۱).

میانگین امتیاز کل نمره‌ی کیفیّت زندگی در بین سه گروه حالت اشتغال، بی‌کار و شاغل با استفاده از آنالیز واریانس مقایسه شد. تفاوت معنی‌دار آماری، بین نمره‌ی کیفیّت‌زندگی این گروه‌ها، براساس نتایج آنالیز ANOVA، وجودنداشت. در نتیجه، بین شغل و کیفیّت زندگی جانبازان نابینا، ارتباط وجودنداشت(p=0.291). زیر نمره‌های مقیاس سلامت جسمی و مقیاس سلامت روانی هم، ارتباطی با شغل نداشتند(0.420و0.182).

در مورد تحصیلات، با توجّه به فراوانی برخی از سطوح، آن‌ها را در یک سطح بالاتر یا پایین‌تر، ادغام نمودیم که در نهایت سطوح تحصیلی بدین‌شکل تغییر یافت: زیردیپلم، دیپلم و فوق‌دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس و بالاتر. در این مطالعه، با انجام تست ANOVA، مشخص شد که بین میانگین نمره‌ی کیفیّت زندگی در سطوح مختلف تحصیلی، تفاوت معنی‌دار وجودداشت. مقایسه‌ی میانگین‌ها نشان می‌دهد که این ارتباط همسو بود؛ یعنی، با افزایش سطح تحصیلات، کیفیّت زندگی ارتقاء می‌یافت (p= 0.006)(جدول۲). آزمون تعیینی شفه نشان داد که این تفاوت، مربوط به گروه دیپلم و فوق‌دیپلم با سطوح

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

جدول-۲ وضعیت نمره‌ی کیفیّت زندگی براساس سطح تحصیلات در جانبازان نابینا در سال ۱۳۸۶

سطح تحصیلات	تعداد	فراوانی نسبی	میانگین نمره کیفیّت زندگی	انحراف از معیار	نتایج آزمون	
					F	Sig
زیردیپلم	۷۶	۳۱.۲۸	۵۷.۲۰	۲۳.۳۷	۴.۲۰۸	*۰.۰۰۶
دیپلم و فوق‌دیپلم	۷۹	۳۲.۵۱	۵۴.۰۰	۲۳.۲۶		
لیسانس	۴۸	۱۹.۷۵	۶۴.۹۷	۲۰.۶۱		
فوق‌لیسانس و دکترا	۴۰	۱۶.۴۶	۶۶.۴۳	۱۸.۲۷		
جمع	۲۴۳	۱۰۰.۰۰	۵۹.۲۱	۲۲.۴۷		

**اختلاف بین گروه‌های تحصیلی با آزمون ANOVA در سطح کمتر از ۰.۰۵ معنی‌دار بود*

بالاتر از خود، یعنی لیسانس (p=0.035) و فوق‌لیسانس و دکترا (p=0.021) بود. نکته‌ی جالب توجّه این بود که افراد زیردیپلم، فاقد اختلاف معنی‌دار، با سطوح بالاتر از خود بودند. آن‌چه که ذکر آن ضروری است، ارتباط سطح تحصیلات با نمره‌ی مقیاس سلامت روانی است که معنی‌دار بود (p=0.001) ولی در مورد مقیاس سلامت جسمی، این ارتباط معنی‌دار نبود (p=0.102). مقایسه‌ی مقیاس سلامت روانی، در سطوح تحصیلات، نشان داد که افراد دارای مدرک تحصیلی زیردیپلم، دیپلم و فوق‌دیپلم، نمره‌ی مقیاس سلامت روانی پایین‌تری نسبت به سطح فوق‌لیسانس و دکترا داشتند و این اختلاف معنی‌دار بود (0.008،0.024). این اختلاف در مورد لیسانس، به سمت معنی‌داری تمایل داشت(p=0.055).

در خصوص تعداد مجروحیت‌های همراه با نابینایی و کیفیّت زندگی، با استفاده از آنالیز واریانس مشخّص شد که یک ارتباط معکوس، بین نمره‌ی کل کیفیّت زندگی و تعداد مجروحیت همراه وجودداشت(Sig. 0.000). با انجام تست Tukey، مشخص شد که اختلاف کیفیّت زندگی در بین افراد فاقد مجروحیت همراه و دو مجروحیت معنی‌دار بود (p=0.039) و بیش از پنج مجروحیت هم تمایل به معنی‌داری داشت(p=0.057). این ارتباط در نمره‌ی مقیاس سلامت جسمی (p=0.004) قوی‌تر از نمره‌ی مقیاس سلامت روانی (p=0.018) بود. کیفیّت زندگی با افزایش تعداد مجروحیت‌ها، کاهش یافته بود(جدول۳).

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین کیفیّت زندگی جانباز و همسر وی همبستگی مثبت وجودداشت و این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار بود($p<0.0001$ و $r=0.1$).

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

جدول-۳ وضعیت نمره‌ی کیفیّت زندگی جانبازان نابینا در سال ۱۳۸۶ از حیث مجروحیت همراه

تعداد مجروحیت‌های همراه	فراوانی جانبازان	میانگین نمره کیفیّت زندگی	انحراف از معیار	نتایج آزمون	
				F	Sig
۰	۴۷	۶۷.۳۲	۲۲.۲۰	۳.۷۸۸	*۰.۰۰۳
۱	۷۳	۶۴.۱۹	۱۹.۹۰		
۲	۵۲	۵۴.۰۶	۲۳.۳۱		
۳	۲۹	۵۴.۱۰	۲۵.۱۵		
۴	۲۹	۵۴.۰۷	۲۴.۰۷		
۵و۶	۱۸	۴۹.۹۴	۱۹.۷۶		
جمع کل	۲۴۸	۵۹.۲۶	۲۲.۸۴		

** اختلاف نمره‌ی کیفیّت زندگی در بین گروه‌ها با سطح کمتر از ۰.۰۱ ، معنی‌دار به‌دست آمد.*

با محاسبه‌ی ضریب تعیین، مشخص شد که ۱۰٪ از این تغییرات، تحت تأثیر کیفیّت زندگی همسر است و ۹۰درصد تغییرات بر اثر عوامل دیگری پدید می‌آید که البتّه این میزان هم قابل توجّه می‌باشد. سطح تحصیلات جانباز، شغل جانباز و تعداد مجروحیت‌های وی، با کیفیّت زندگی همسرش ارتباطی را نشان نداد؛(0.085،0.148،0.240) البتّه مورد دوم، یعنی تعداد مجروحیت‌ها، به سمت معنی‌داری میل کرده‌بود. از سوی دیگر، کیفیّت زندگی جانباز، با سطح تحصیلات همسرش، تمایل به معنی‌داری داشت(p=0.054).

بحث

کیفیّت زندگی، شاخصی کارآمد در ابعاد جسمی و روانی است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل گوناگونی واقع شود که یکی از مهم‌ترین آن‌ها سطح سلامت است و بدین سبب کیفیّت زندگی مرتبط با سلامت، مورد توجّه واقع شده‌است. این شاخص، قابلیّت ارزیابی اثرات مداخلات و برنامه‌های سلامت را دارد. برای این منظور، یک سطح پایه لازم است و این مطالعه به این امر توجّه نموده‌است. کیفیّت زندگی مرتبط با سلامت، می‌تواند با بررسی متغیّرها و عوامل محتمل، جهت‌گیری مناسبی را برای طراحی مداخلات و مؤثّرترین خدمات سلامت که به‌صورت مقطعی و یا دراز مدت به عمل در می‌آیند، تدوین و اجرا نماید.

همان‌گونه که می‌دانیم، نابینایی عارضه‌ای است که به هر دلیل می‌تواند رخ دهد و این عارضه به عنوان یک سندرم، موجب افت کیفیّت زندگی، در افراد می‌شود.

افزایش جمعیّت و کاهش مرگ و میر باعث شده‌است که اغلب کشورها با مسئله‌ی سالمندی مواجه باشند؛ به‌گونه‌ای که تا سال ۲۰۵۰، در حدود ۱۰ سال، به

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

میانگین طول عمر انسان‌ها افزوده خواهدشد و در کشورهای در حال توسعه، تعداد افراد بالای ۶۵ سال (به عنوان مرز سالمندی) سه برابر خواهدشد.(۱۲) بیشتر یافته‌های مطالعاتی که تا کنون انجام شده‌اند، یک تغییر مسیر را در نگرش به کهنسالی، از یک دیدگاه منفی به سمت یک دیدگاه مثبت، نشان می‌دهد؛ چرا که کهنسالی، خود بخشی از زندگی انسان است که فرد، نقش اجتماعی کلاسیک پیشین خود را ندارد و می تواند زمان خود را در جهت علایق و نقش اجتماعی مورد نظر خود، صرف نماید. در گذشته تمایل به سمت تبیین نیازهای خدماتی و درمان عوارض بود و اکنون این دیدگاه به سوی توانبخشی و پیشگیری، تغییر جهت داده‌است.(۱۳) میانگین سنی افراد این مطالعه، نشان می‌دهد که در آینده‌ی نزدیک با جامعه‌ای سالمند روبرو هستیم و این در حالی است که سن، نه به عنوان یک متغیر مستقیم، بلکه در نقش یک متغیر زمینه‌ای، موجب افت کیفیّت زندگی خواهدشد.(۱۱،۱۳و۱۵) پس نظر به این که مرز افت کیفیّت زندگی، در جانبازان نابینا، در این مطالعه، سن ۵۰ سالگی تعیین شد و نیز با توجّه به این که بیش از نیمی از جانبازان، در رده‌ی سنی ۴۰ تا ۴۹ سال قراردارند، در طی پنج سال آینده، با گروهی از جانبازان نابینای سالمند، مواجه خواهیم‌بود که به خدمات توانبخشی نیازمند هستند و لازم است در حال حاضر، در جهت پیشگیری، گام برداشت.

این یافته، با مطالعه‌ی چیا که بر روی کم‌بینا و نابینایان شکل گرفته‌بود، تطابق داشت.(۳) درمقایسه با جانبازان قطع عضو اندام تحتانی، میانگین نمره‌ی مقیاس سلامت جسمی در جانبازان نابینا، بیش‌تر از میانگین نمره‌ی جانبازان با قطع عضو در هر دو اندام تحتانی بود. البته با مقایسه‌ی نمره‌ی مقیاس کیفیّت سلامت روانی متوجّه می‌شویم که این دو گروه جانبازی در این زمینه، تفاوت چندانی با یکدیگر نداشتند.(۱۴)

از عوامل دیگر، می‌توان به وضعیت تحصیلی جانبازان نابینا اشاره نمود که با افزایش سطح تحصیلات، به‌ویژه در گروه زیردیپلم و دیپلم می‌توان در بخش روانی کیفیّت زندگی تغییرات قابل ملاحظه‌ای را مشاهده نمود. غالب جانبازان نابینای کشور، قبل از نابینایی، دانش‌آموز بودند و یا سطح تحصیلات آنان، زیر دیپلم بوده‌است.(۱) باقی‌ماندن در این سطح، می‌تواند عاملی برای افت کیفیّت زندگی، نسبت به افرادی که تحصیلات آن‌ها به سطح دانشگاهی ارتقاء یافته‌است، مطرح شود.

تعداد مجروحیّت همراه، می تواند در کنار نابینایی، موجب کاهش توانایی های این افراد گردد؛ به گونه‌ای که مشاهده شد، مشکلات فیزیکی ناشی از تعدّد مجروحیت، باعث کاهش کیفیّت زندگی شده‌بود. این افت، ضرورت بررسی‌های دقیق‌تر و مکرر را نشان می‌دهد.

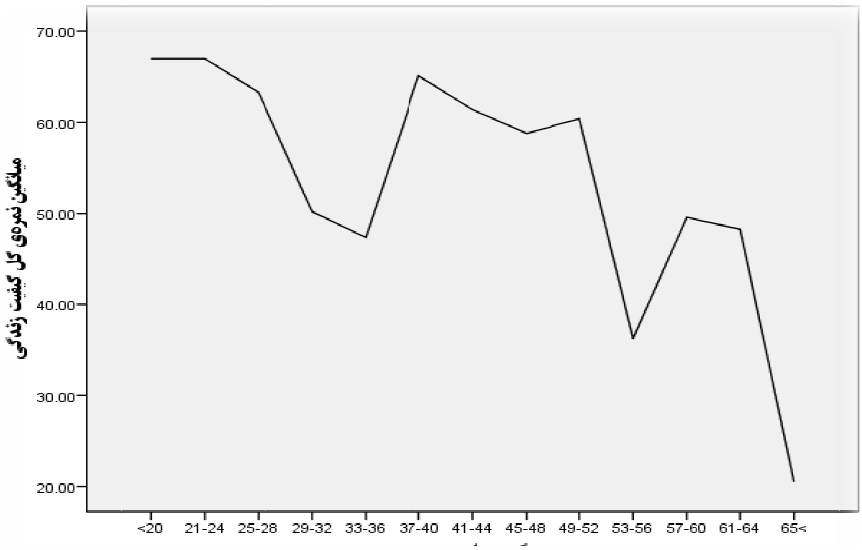
عامل دیگر در این راستا، تغییر در کیفیّت زندگی همسر جانباز است که با افزایش آن می‌توان، تغییر در

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

کیفیّت زندگی ایشان را مشاهده نمود. آموزش استفاده از وسایل کمکی برای کم‌بینایان و نابینایان و آموزش تحرک و جهت‌یابی، می‌تواند از عوامل مؤثر بر کیفیّت زندگی این افراد باشد.(۱۵)

پیشنهادات

آن‌چه که مسلّم است، انجام طرح‌های مشابه در سال‌های متمادی، می‌تواند یک روند از تغییرات کیفیّت زندگی جانبازان نابینا به‌دست دهد و البته برخی از متغیرها که تمایل به معنی داری داشتند ممکن است با انجام مطالعات وسیع‌تر و دقیق‌تر، اختلاف‌های معنی‌داری را نشان دهند که در نهایت، با مداخله در آن‌ها، افق قابل اتکایی را در این جهت پیش روی بگشاید و از سوی دیگر ارزیابی کیفیّت زندگی قبل و پس از هر مداخله‌ی درمانی و توانبخشی و نیز خدمات سلامت راهکاری مناسب برای اندازه‌گیری تغییرات ناشی از مداخلات و برنامه‌ها خواهدبود. طراحی برنامه‌هایی که براساس نتایج این نوع پژوهش‌ها می‌تواند اثرگذاری ویژه‌ای بر کیفیّت زندگی جانبازان نابینا داشته‌باشد، توصیه می‌گردد. از جمله، تغییر در کیفیّت زندگی همسران جانبازان نابینا و نیز پیشگیری از تبعات ناشی از سالمندی.



نمودار۱- تغییرات نمره کیفیت زندگی در طبقات سنی ۴ ساله در جانبازان نابینا

تشکر و قدردانی

سپاس خداوند مهربان را که یاریمان نمود تا در این مسیر حرکت کنیم. این مقاله حاصل پژوهشی است که در پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان به اجرا درآمده‌است. لازم است از حمایت‌های جناب آقای دکترمحمدرضا سروش و هم‌چنین سرکار خانم شیرازی که ویراستاری ادبی این مقاله را برعهده داشتند، تقدیر و تشکر نمایم. هم‌چنین مشارکت‌ها و همکاری‌های سرکار خانم رضوانی و جناب آقای مصطفی علامی، قابل ستایش است.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]

منابع:

۱. امینی. رضا، نیازسنجی سلامت جانبازان نابینا در سال ۱۳۸۴، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

2. A.E. Fletcher; L. B. Ellwein; S. Selvaraj; V. Vijaykumar; R. rahmathullah; R. D. Thulasiraj; Measurement of vision function and quality of life in patients with cataracts in southern India. Report of instrument development, Department of Epidemiology and population Sciences, London School of Hygiene and tropical Medicine.

3. E. Chia; J. J. Wang; E. Rochtchina; W. Smith; R. Cumming; P. Mitchell; Impact of bilateral visual impairment on health related quality of life: the Blue Mountains Eye Study; Investigative Ophthalmology and Visual Science. 2004;45:71-76

4. G. H. Guyatt; D. H. Feeny; D. L. Patrick; Measuring Health-related quality of life;Annuals of Internal Medicine, 1993; 118 (8): 622-629.

5. M. Kempen; J. Ormel; I. Brilman; J. Relyveld; Adaptive responses among Dutch Elderly:The impact of eight chronic medical conditions on Health related Quality of Life, American Journal of Public health, 1997; 87 (1): 38-44.

6. H. Chen; P. Cohen; S. Kasen; J. G. Hohnso; K. Gardon; Impact of Adolescent Mental Disorders and Physical Illnesses on Quality of Life 17 years later, Arch Pediatr Adolesc Med., 2006; 160 : 93-99

7. Prieto Flores; F. Mazoralas; Rojo Perez; L. Bosque; Rodriguez-Rodriguez; Ahmed-Mohamed; Rojo-Abuin; Sociodemographic and health factors explaining emotional well being as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain, 2005,

۸. نجاتی. وحید،موسوی.ابراهیم، امینی.رضا، سروش.محمدرضا، بررسی شیوع دردهای عضلانی استخوانی در جانبازان نابینای کشور، طب نظامی،۱۳۸۶،۸،۴؛۲۷۳.

9.C. Farmer The; A. M. Kilbourne; J. F. McCarthy; D. Welsh; F. C. Blow; Gender Differences in Health related quality of life for veterans with Serious Mental Illness; Psychiatr Serv, june 2008; 59:663-669.

10. E. Kazis; D. R. Miller; J. Clark; K. Skinner; A. Lee; W. Rogers; A. Spiro III, Health Related QOL in patients served by the department of VA, Arch Intern Med.,1998; 158.

11. Jordi Alonso; et al; Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries; Quality of Life Research 13: 283–298, 2004.

12. MR Goulding, PhD; ME Rogers, MPH; Public Health and Ageing: trends in Ageing- Unted States and Worldwide; JAMA, 2003;289(11):1371-1373.

13. Ann Bowling;Ageing Well-Quality of life in Old Age; P3-8.

۱۴. موسوی. بتول، گزارش نیازسنجی سلامت جانبازان با قطع دوطرفه اندام تحتانی در سال ۱۳۸۵، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

15. Joan A. Stelmack, OD, MPH; X. Charlene Tang, MD, PhD; Domenic J. Reda, PhD; Stephen Rinne, MA;
Rickilyn M. Mancil, MA; Robert W. Massof, PhD; Outcomes of the Veterans Affairs Low Vision Intervention Trial ,for the LOVIT Study Grou; *Arch Ophthalmology,* 2008;126

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-18]