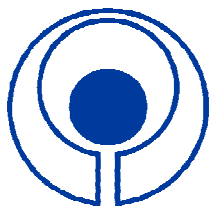




بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
گروه آموزشی سالمندی

عنوان:

بررسی کیفیت زندگی و فعالیت روزمره جانبازان  
از یک چشم نابینای میانسال و سالمند در سال ۱۳۹۰

نگارش:

دکتر جواد مینویی فر

استادان راهنما:

دکتر رباب صحاف

دکتر رضا فدای وطن

استادان مشاور:

دکتر کیوان دواتگران

دکتر رضا امینی

بهار ۱۳۹۲

شماره ثبت: ۱۳۲-۹۵۰



دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
تاییدیه اعضای هیات داوران

آقای جواد مینویی فر

دانشجوی رشته: سالمندی مقطع: MPH به شماره دانشجویی: ۸۷۲۹۰۶۰۲۴ از پایان نامه خود تحت  
عنوان: بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی و سطح عملکرد (فعالیت روزمره) جانبازان یک چشم نابینای  
میانسال و سالمند در تاریخ: ۹۲/۰۴/۱۷ در حضور هیات داوران دفاع نموده و بر اساس مصوبات

شورای تحصیلات تکمیلی نمره ۱۹ | ۳۵ (توزده و سی و پنج صدم)  
با امتیاز: عالی به ایشان تعلق گرفت.

هیات داوران

۱. استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر رباب صحافی  
جناب آقای دکتر رضا فدای وطن

۲. اساتید مشاور:

جناب آقای دکتر کیوان دواتگران

جناب آقای دکتر رضا امینی

۳. اساتید داور:

جناب آقای دکتر محمد رضا خدایی

جناب آقای دکتر علی اکبری کامرانی

۴. مدیر گروه آموزشی:

جناب آقای دکتر رضا فدای وطن

۵. کارشناس تحصیلات تکمیلی:

سرکار خانم



## تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه/ رساله دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و/ یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیت‌های علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد، بنابراین اینجانب **جواد مینویی فر** دانش آموخته رشته **سالمندی** متعهد می شوم که موارد ذیل را کادراً رعایت نمایم:

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه/ رساله، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مقاله را برگرفته از پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نموده و از درج نام و آدرس دیگر خودداری کنم.
  ۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از/ یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.
  ۳. در صورت اقدام به چاپ هر گونه متن علمی اعم از مقاله، کتاب، پمفلت و ... مستخرج از تمام یا بخشی از پایان نامه/ رساله خود، حتماً اسامی کلیه افرادی را که در انجام آن به صورت راهنما، مشاور، مشاور امار و افتخاری بطور رسمی همکاری داشته اند، ذکر می کنم.
  ۴. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:  
" کتاب حاضر حاصل پایان نامه/ رساله MPH آقای **جواد مینویی فر** در رشته **سالمندی** می باشد که در سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی **سرکار خانم دکتر ریاض صحاف** و مشاوره **جناب آقای دکتر کیوان دوانگران** انجام و در سال ۱۳۹۲ از آن دفاع شده است."
  ۵. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).
  ۶. در صورت عدم رعایت بند ۵، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.
  ۷. قبول می کنم که در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، یا عدم رعایت هر یک از مواد این تعهدنامه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند مورد را از طریق دفتر حقوقی دانشگاه مطالبه و پیگیری قانونی نماید.
- اینجانب **جواد مینویی فر** دانشجوی رشته **سالمندی** مقطع **MPH** کلیه مفاد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی **جواد مینویی فر**  
امضاء و تاریخ **۹۲/۴/۲۲**

## تقدیر و تشکر

سپاس خدای را که با لطف بیکرانیش ، موفقیت دیگری را برایم فراهم ساخت و با گماردن دلسوزانی به همراهی در این راه ، دشواری ها را به پیروزی رهنمون ساخت لذا لازم می دانم سپاس خود را از

همسر و فرزندان مهربانم

اساتید ارجمند سرکار خانم دکتر صحاف, جناب آقای دکتر فدای وطن, جناب آقای دکتر دواتگران, جناب آقای دکتر امینی, جناب آقای دکتر حقانی و سایر اساتید گروه سالمندی

ابراز دارم

هم چنین همکاری جناب آقای دکتر معصومی, جناب آقای دکتر سروش و جناب آقای حامد خلدی را ارج می نهم.

دکتر جواد مینوئی فر

## چکیده

**مقدمه:** نابینایی از یک چشم، گرچه در ظاهر خللی در توانایی های فرد ایجاد نمی کند ولی به دلیل کاهش ژرفای دید و محدودیت میدان دید موجب افت عملکرد و کیفیت زندگی این افراد می شود که در سالمندان این افت آشکارتر و عمیق تر است. نکته مهم تر این که این افراد در معرض خطر نابینایی چشم سالم بوده و این امر موجب محدودیت در برخی از فعالیت ها و به تبع آن افت بیشتر عملکرد و کیفیت زندگی ایشان می شود.

**هدف:** بررسی و مقایسه ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و فعالیت روزمره جانبازان از یک چشم نابینا در دو گروه میانسال و سالمند.

**مواد و روش ها:** این مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی بوده که بر روی ۱۱۰۵ نفر از جانبازان از یک چشم نابینای بالای ۴۰ سال صورت گرفت. نمونه گیری به صورت سرشماری بود. ابزارهای بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، فعالیت روزمره به ترتیب عبارت بودند از: پرسشنامه ی دموگرافیک و نسخه ی فارسی SF36، ابزار بارتل، ابزار لوتون - بوردی. داده ها به نرم افزار SPSS16 وارد و تحلیل های آماری انجام شد.

**یافته ها:** یافته دال بر افت بعد فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و هم چنین کاهش سطح عملکرد در بین جانبازان یک چشم نابینا سالمند در مقایسه در گروه مشابه میان سال بود.

**بحث و نتیجه گیری:** در این مطالعه مشخص گردید که در گروه بالای ۶۰ سال در مقایسه با گروه ۴۰-۵۹ سال، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بعد فیزیکی افت می نماید. هم چنین در فعالیت های روزمره در بیشتر جنبه ها کاهش سطح عملکرد را شاهد بودیم. بنابر این می توان با برنامه ریزی مناسب ضمن پایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و هم چنین سطح عملکرد در گروه جانبازان یک چشم نابینا میانسال سعی در پیشگیری از افت توانایی های ایشان نمود. در کنار این کار می توان سعی در ارتقا کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و هم چنین سطح عملکرد جانبازان یک چشم نابینا سالمند داشت.

**کلمات کلیدی:** نابینایی، جانباز، یک چشم نابینا، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، سطح عملکرد

## فهرست

کلیات تحقیق .....	۲
۱-۱ بیان، اهمیت و ضرورت مساله .....	۲
۲-۱ بیان واژه ها .....	۴
۱-۲-۱ نظری .....	۴
۲-۲-۱ عملی .....	۵
۳-۱ اهداف پژوهش .....	۶
۱-۳-۱ هدف کلی .....	۶
۲-۳-۱ اهداف اختصاصی .....	۶
۳-۳-۱ اهداف کاربردی .....	۷
۴-۱ سوال ها .....	۷
پیشینه تحقیق .....	۹
۱-۲ سالمندی .....	۹
۱-۱-۲ تعریف سالمندی .....	۹
۲-۱-۲ اپیدمیولوژی سالمندی .....	۱۰
۳-۱-۲ تئوری های سالمندی .....	۱۱
۴-۱-۲ سالمندی سالم و فعال .....	۱۵
۲-۲ نابینایی .....	۱۶
۳-۲ کیفیت زندگی وابسته به سلامت .....	۱۷
۴-۲ سطح عملکرد (فعالیت روزمره) .....	۱۹
۵-۲ نابینایی از یک چشم و کیفیت زندگی وابسته به سلامت و سطح عملکرد .....	۲۰
روش شناسی .....	۲۳
۱-۳ جامعه آماری پژوهش .....	۲۳
۱-۱-۳ نمونه پژوهش .....	۲۳
۲-۳ نحوه اجرای پژوهش .....	۲۳
۳-۳ معیارهای ورود و خروج .....	۲۴
۱-۳-۳ ضوابط ورود .....	۲۴



۲۴	..... ۲-۳-۳ ضوابط خروج
۲۵	..... ۴-۳ ابزار های تحقیق
۲۵	..... ۵-۳ متغیر ها
۲۷	..... تحلیل داده‌ها
۲۷	..... ۱-۴ بخش توصیفی
۳۵	..... ۲-۴ بخش تحلیل
۴۹	..... ۳-۴ متغیرهایی که در ارتباط با سن معنی‌دار بودند
۵۱	..... بحث و نتیجه گیری
۵۱	..... ۱-۵ بحث
۵۲	..... ۲-۵ اهداف
۵۳	..... ۳-۵ سوال ها
۵۳	..... ۴-۵ نتیجه گیری
۵۴	..... ۵-۵ محدودیت های مطالعه
۵۴	..... ۶-۵ پیشنهادات
۵۶	..... منابع
۵۶	..... پیوست ها

## فهرست جداول

جدول ۱ - شاخص های مورد بررسی در پرسشنامه SF-36.....	۱۹
جدول ۲ - جدول متغیرها.....	۲۵
جدول ۳ - متغیرهای اجتماعی - اقتصادی.....	۲۷
جدول ۴ - ارتباط بین گروه های سنی و جنسیت.....	۲۸
جدول ۵ - ارتباط بین گروه های سنی و تحصیلات.....	۲۹
جدول ۶ - ارتباط بین گروه های سنی و وضعیت تاهل.....	۳۰
جدول ۷ - ارتباط بین گروه های سنی و وضعیت شغلی.....	۳۰
جدول ۸ - ارتباط بین گروه های سنی و حالت اشتغال.....	۳۱
جدول ۹ - فعالیت روزمره ADL در جانبازان یک چشم نابینای ۴۰ تا ۵۹ سال.....	۳۲
جدول ۱۰ - فعالیت روزمره ADL در جانبازان یک چشم نابینای بالاتر از ۶۰ سال.....	۳۳
جدول ۱۱ - فعالیت روزمره IADL در جانبازان یک چشم نابینای ۴۰ تا ۵۹ سال.....	۳۴
جدول ۱۲ - فعالیت روزمره IADL در جانبازان یک چشم نابینای بالاتر از ۶۰ سال.....	۳۵
جدول ۱۳ - ارتباط بین غذا خوردن و گروه های سنی.....	۳۶
جدول ۱۴ - ارتباط بین استحمام و گروه های سنی.....	۳۶
جدول ۱۵ - ارتباط بین بهداشت و گروه های سنی.....	۳۷
جدول ۱۶ - ارتباط بین پوشیدن لباس و گروه های سنی.....	۳۷
جدول ۱۷ - ارتباط بین کنترل مدفوع و گروه های سنی.....	۳۸
جدول ۱۸ - ارتباط بین کنترل ادرار و گروه های سنی.....	۳۸
جدول ۱۹ - ارتباط بین استفاده از توالت و گروه های سنی.....	۳۹
جدول ۲۰ - ارتباط بین انتقال از تخت به صندلی و بالعکس و گروه های سنی.....	۳۹
جدول ۲۱ - ارتباط بین تحرک در سطوح ناهموار و گروه های سنی.....	۴۰
جدول ۲۲ - ارتباط بین استفاده از پله و گروه های سنی.....	۴۰
جدول ۲۳ - ارتباط بین استفاده از تلفن و گروه های سنی.....	۴۱
جدول ۲۴ - ارتباط بین توانایی خرید کردن و گروه های سنی.....	۴۱
جدول ۲۵ - ارتباط بین آماده کردن غذا و گروه های سنی.....	۴۲
جدول ۲۶ - ارتباط بین خانه داری و گروه های سنی.....	۴۳
جدول ۲۷ - ارتباط بین شست و شوی لباس و گروه های سنی.....	۴۴
جدول ۲۸ - ارتباط بین تردد و جابجایی و گروه های سنی.....	۴۵
جدول ۲۹ - ارتباط بین مسئولیت پذیری در مصرف دارو و گروه های سنی.....	۴۶
جدول ۳۰ - ارتباط بین توانایی انجام امور مالی و گروه های سنی.....	۴۷
جدول ۳۱ - ارتباط بین ابعاد کیفیت زندگی و گروه های سنی.....	۴۸

فصل اول

کلیات تحقیق

## کلیات تحقیق

### ۱-۱ بیان، اهمیت و ضرورت مساله

تغییرات پیش رونده در چشم که به طور طبیعی در روند پیر شدن رخ می دهد ممکن است انجام وظایف روزمره وابسته به بینایی را دشوار نماید به ویژه وظایفی که انجام آن می بایست در شرایط کم نور و یا کنتراست کم صورت پذیرد. برخی از این تغییرات ناشی از تغییر در ساختار چشم و برخی دیگر ناشی از تغییر در شبکه، راه های بینایی و یا مغز می باشد. اختلالات شدید بینایی می تواند موجب تخریب رفاه و تحرک شود که در سالمندان شایع تر است.

دو اختلال عمده که با افزایش سن به ویژه پس از ۶۵ سالگی احتمال بروز آن افزایش می یابد شامل کم بینایی و نابینایی قانونی می باشد. کم بینایی از دست رفتن میزانی از بینایی است که موجب اختلال در انجام فعالیت های روزمره بشود و اغلب به میزانی از بینایی گفته می شود که با تصحیح بین ۲۰/۴۰ و ۲۰/۲۰۰ باشد. نابینایی قانونی میزانی از بینایی است که با تصحیح ۲۰/۲۰۰ یا بدتر بوده و یا میدان دید کمتر از ۲۰ درجه باشد.<sup>[۱]</sup>

از دست دادن بینایی ناشی از سن می تواند در اثر بیماری های اولیه چشم و یا ناشی از عوارض ثانویه گروه دیگری از بیماری های ناشی از افزایش سن باشد. چهار اختلال عمده تهدید کننده بینایی در سالمندی شامل کاتاراکت، ماکولوپاتی وابسته به سن (AMD)<sup>۱</sup>، گلوکوما و رتینوپاتی دیابتیک (DR)<sup>۲</sup> می باشد.<sup>[۱]</sup>

کم بینایی و نابینایی می تواند انجام فعالیت های روزمره با وسایل (IADL)<sup>۳</sup> مانند مدیریت پول، خرید کردن، مصرف دارو و حتی انجام فعالیت روزمره (ADL)<sup>۴</sup> مانند حمام کردن، غذا خوردن یا لباس پوشیدن را مختل نماید.<sup>[۱]</sup> به طور معمول نابینایی از یک چشم به دو فرم گذرا<sup>۵</sup> و همیشگی<sup>۶</sup> دیده می شود که معمولا همراه بیمار های عروق قدامی مغز و ایسکمی شبکه یا عصب اپتیک می باشد. فرم گذرا به نام آموروزیس فوگاکس<sup>۷</sup> نیز نامیده می شود که

---

<sup>1</sup> Age-related macular degeneration

<sup>2</sup> Diabetic retinopathy

<sup>3</sup> instrumental activities of daily living

<sup>4</sup> activities of daily living

<sup>5</sup> Transient monocular blindness

<sup>6</sup> Permanent monocular blindness

<sup>7</sup> Amaurosis fugax

ممکن است به تنهایی و یا همراه سایر علایم تظاهر یابد که ممکن است در عرض چند ساعت، چند روز و یا چند هفته بهبود یابد.[۲]

شایعترین علت نابینایی از یک چشم در کشور های در حال توسعه، زخم قرنیه به علت کمبود ویتامین A می باشد.[۳] در مطالعه دیگر علل عمده نابینایی از یک چشم کاتاراکت، تروما و عفونت ذکر شده است.[۴] علل عمده نابینایی در سالمندان دانمارکی به ترتیب شامل تنبلی چشم<sup>۸</sup>، ماکولوپاتی وابسته به سن<sup>۹</sup> و رتینوپاتی دیابتیک<sup>۱۰</sup> ذکر شده است.[۵]

در مطالعه ای که در بحرین انجام شد شیوع نابینایی از یک چشم ۴.۸٪ و علل آن به ترتیب کاتاراکت، گلوکوما، رتینوپاتی دیابتیک و اختلالات انکساری بیان شده است.[۶]

بر اساس تقسیم بندی بین المللی بیماری ها<sup>۱۱</sup> (ICD-10) نابینایی از یک چشم از نابینایی دو چشم تفکیک شده است. در این تقسیم بندی نابینایی در زیر گروه H54 و سپس نابینایی از یک چشم در زیر گروه H54-4 قرار می گیرد.[۷] لذا نابینایی از یک چشم با بینایی کامل، تفاوت دارد. نابینایی یک چشم منجر به از آسیب دیدن دید سه بعدی<sup>۱۲</sup>، همپوشانی میدان دید می شود ولی موضوع مهمتر این است که نابینایان در معرض خطر نابینایی کامل به علت آسیب چشم دیگر قرار دارند.[۸]

انجام کارها در دید دوچشمی نسبت به دید یک چشمی آسان تر صورت می پذیرد.[۹] در مطالعه روبرتا فراری و همکاران در خصوص یک چشم نابینایان مشخص گردید که کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سالمندان یک چشم نابینا تفاوت معنا داری با کیفیت زندگی وابسته به سلامت در افراد سالم دارد اگر چه تفاوت معنی داری نیز بین دو چشم نابینایان و یک چشم نابینایان وجود دارد.[۱۰]

با توجه به مطالعات اندک در خصوص یک چشم نابینایان در ایران و عدم مطالعه پیرامون جانبازان نابینا از یک چشم و وجود شواهدی دال بر تفاوت معنی دار کیفیت زندگی وابسته به سلامت در این گروه با افراد بینا انجام پژوهش را ضروری می نماید. لذا در این مطالعه تلاش بر این است تا شناخت بهتری از کیفیت زندگی وابسته به سلامت و فعالیت روزمره جانبازان نابینا از یک چشم و ارتباط آن با سن به دست بیاوریم و در صورت لزوم با برنامه ریزی مناسب سعی در افزایش کیفیت زندگی وابسته به سلامت ایشان نماییم.

<sup>8</sup> Amblyopia

<sup>9</sup> Age-related maculopathy

<sup>10</sup> Diabetic retinopathy

<sup>11</sup> International classification of diseases

<sup>12</sup> streopsis

## ۲-۱ بیان واژه ها

### ۱-۲-۱ نظری

#### ۱-۱-۲-۱ کیفیت زندگی وابسته به سلامت و وابسته به سلامت<sup>۱۳</sup>

اگر چه تعریف یکسانی برای کیفیت زندگی وابسته به سلامت وجود ندارد ولی اجماع رو به رشدی در خصوص چند وجهی بودن این مفهوم وجود دارد که شامل سلامت پزشکی، وضعیت روحی و روانی و روابط اجتماعی می باشد [۱۱].

#### ۲-۱-۲-۱ سالمندی

اگر چه تعاریف مختلفی از سالمندی در جهان وجود دارد ولی در هر زبانی سالمندی واژه ای وابسته به زمان است و به وسیله اندازه گیری طول زمان از هنگام تولد بیان می شود. اگر چه این تعریف نیز در کشورهای مختلف نیز گوناگون است بدین معنی که در برخی از کشورها ۶۰ و در دیگر کشورها ۶۵ سالگی به عنوان سن شروع سالمندی در نظر گرفته می شود این تعریف به عنوان سن تقویمی شروع سالمندی<sup>۱۴</sup> می باشد. سن تقویمی شروع سالمندی با سالمندی اجتماعی<sup>۱۵</sup> گره خورده است. سن اجتماعی به وسیله رفتارها متناسب هر مرحله سنی برای ایفای نقش مورد انتظار در فرهنگ و جامعه مورد نظر اندازه گیری می شود. گروه دیگری سالمندی را به عنوان یک واژه عملکردی تعریف می کنند بدین معنی که یک فرد زمانی سالمند می شود که توانایی انجام فعالیت های معمول شخصی خود را نداشته باشد. سالمندی بیولوژیکی<sup>۱۶</sup> بیانگر کاهش ظرفیت کارکردی ساختارهای پایه سلولی می باشد که موجب کاهش کارکرد ارگانسیم می گردد. [۱۲]

---

<sup>13</sup> Health-related quality of life

<sup>14</sup> Chronological aging

<sup>15</sup> Social aging

<sup>16</sup> Biological aging

### ۳-۱-۲-۱ سن سالمندی

اکثر کشورهای توسعه یافته سن تقویمی ۶۵ سالگی را بعنوان سن شروع سالمندی پذیرفته اند اما مانند بسیاری از مفاهیم غربی، این مفهوم نیز در افریقا و برخی از کشورها مناسب نمی باشد. در حال حاضر سازمان بهداشت جهانی بر سن ۶۰ سالگی به عنوان سن شروع سالمندی توافق دارد. [۱۳]

### ۴-۱-۲-۱ نابینایی

میزانی از بینایی است که با تصحیح ۲۰/۲۰ و یا بدتر بوده و یا میدان دید کمتر از ۲۰ درجه باشد. [۱]

### ۵-۱-۲-۱ جانباز

عنوان ایثارگرانی است که در جریان تکوین و شکوفایی انقلاب اسلامی، طول جنگ تحمیلی و حفظ و حراست از دستاورد های آن دچار عارضه جسمی و یا روانی شده باشند. [۱۴]

### ۲-۲-۱ عملی

### ۱-۲-۲-۱ جانباز

منظور افرادی هستند که دارای پرونده و درصد جانبازی بوده و تحت پوشش یکی از واحدهای استانی بنیاد شهید باشند.

### ۲-۲-۲-۱ جانباز یک چشم نابینا

جانبازی است که به دلیل عوارض جنگی مانند اصابت گلوله، ترکش و غیره از ناحیه یک چشم دچار نابینایی شده باشد.

### ۳-۲-۲-۱ سالمند

جانبازان نابینا از یک چشم که بالاتر از ۶۰ سال سن داشته باشند.

### ۴-۲-۲-۱ میان سال

در این پژوهش منظور جانبازان نابینا از یک چشم ۴۰ تا ۵۹ سال می باشد.

### ۵-۲-۲-۱ نابینایی یک چشم

کسانی که فاقد بینایی کامل یک چشم می باشند.

### ۶-۲-۲-۱ فعالیت روزمره

فعالیت هایی که فرد به صورت روزانه انجام می دهد و یه دو گروه بدون ابزار و با ابزار تقسیم می شود. در گروه اول فعالیت هایی مانند غذا خوردن، استحمام، حرکت در سطوح ناهموار، جابجایی از تخت به صندلی و بالعکس، آراستگی ظاهری، کنترل مدفوع و ادرار، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، استفاده از پله و در گروه دوم تردد و جابجایی، مسؤلیت پذیری در مصرف دارو، مدیریت امور مالی، لباس شستن ، خرید کردن، خانه داری، غذا پختن و استفاده از تلفن قرار دارند.

### ۳-۱ اهداف پژوهش

#### ۱-۳-۱ هدف کلی

مقایسه ی کیفیت زندگی وابسته به سلامت و سطح عملکرد (فعالیت روزمره) جانبازان یک چشم نابینای میان سال و سالمند

#### ۲-۳-۱ اهداف اختصاصی

- تعیین سطح عملکرد جانبازان یک چشم نابینای میان سال و سالمند
- مقایسه ی سطح عملکرد جانبازان یک چشم نابینای میان سال و سالمند
- تعیین کیفیت زندگی وابسته به سلامت جانبازان یک چشم نابینای میان سال و سالمند
- مقایسه ی کیفیت زندگی وابسته به سلامت جانبازان یک چشم میان سال و سالمند



### ۱-۳-۳ اهداف کاربردی

- شناخت بهتر و مناسب‌تر جامعه جانبازان از یک چشم نابینا از نظر سطح عملکرد و کیفیت زندگی وابسته به سلامت در ارتباط با سن
- برنامه‌ریزی هدفمند برای ارائه خدمات سلامت متناسب با سطح عملکرد و عملکرد روزمره کنونی در جانبازان یک چشم نابینا.
- در اختیار داشتن سطح پایه‌ای برای سطح عملکرد و عملکرد روزمره برای انجام مطالعات آتی.

### ۱-۴ سوال‌ها

- ۱- آیا سطح عملکرد جانبازان یک چشم نابینای میان‌سال و سالمند با هم تفاوت دارند؟
- ۲- آیا کیفیت زندگی وابسته به سلامت جانبازان یک چشم نابینای میان‌سال و سالمند با هم تفاوت دارند؟

فصل دوم

پیشینه تحقیق

## پیشینه تحقیق

### ۱-۲ سالمندی

#### ۱-۱-۲ تعریف سالمندی

سالمند شدن جمعیت واژه ای است که برای بیان جابجایی توزیع سنی جمعیت به سوی سالخوردگان بکار می رود که ناشی از کاهش باروری و کاهش میزان مرگ و میر می باشد. پیر شدن جمعیت در بسیاری از جوامع صنعتی سریع و فزاینده بوده ولی در برخی از کشورهای در حال توسعه که نرخ باروری در آن ها کاهش یافته است نیز روند پیر شدن به سرعت در حال افزایش می باشد که انتظار می رود این فرایند در طول چند دهه آینده ادامه یابد. [۱۵]

اگر چه در بسیاری از فرهنگ ها واژه سالمندی مترادف با خردمندی، تجربه و بینش، نگهبان سنت ها و عامل دور هم بودن خانواده می باشد ولی تعیین یک تعریف ثابت بدون در نظر گرفتن تفاوت های فردی، فرهنگی و تفاوت کشورهای مختلف با یکدیگر کاری مشکل می باشد و این امر حتی در مورد سن تقویمی نیز صادق است.

تعاریف سالمندی به سه دسته تقسیم می شوند: [۱۶]

۱. بر اساس سن تقویمی

۲. بر اساس تغییر در نقش اجتماعی مانند تغییر در نوع کار، بازنشستگی

۳. بر اساس تغییر در مهارت ها و توانایی ها مانند ناتوانی در انجام فعالیت های روزمره

در بین تعاریف فوق و با تجزیه و تحلیل فرهنگی سن پیری، تغییر در نقش اجتماعی تعریفی غالب از سالمندی است. یکی از این تعاریف بر اساس سن بازنشستگی شکل گرفته است که در کشورهای مختلف متفاوت می باشد. به عنوان مثال در کشور غنا سن سالمندی بر اساس توانایی فرد برای کارکردن و توانایی رهبری و مشارکت در فعالیت های اجتماعی تعریف شده است بنا بر این یک فرد زمانی سالمند تلقی می شود که به دلیل افزایش سن توانایی کار کردن نداشته باشد. ولی آن چه مورد توافق می باشد این است که سالمند شدن نشانگر تغییرات بیولوژیکی فراگیر بوده که با افزایش سن رخ می دهد و هیچ کدام از این تغییرات وابسته به سن اثرات سوء بالینی ندارد. [۱۷]

یکی دیگر از این تعاریف سالمندی بر اساس سن تقویمی است که شامل سال هایی می باشد که از زمان تولد سپری شده است. در برخی از کشورها سن شروع سالمندی را ۶۵ سال و در برخی از کشورهای آفریقایی ۵۵-۵۰ سال در نظر می گیرند. سازمان ملل سن ۶۰ سال را به عنوان سن استاندارد شروع سالمندی تعیین کرده است. [۱۸]

## ۲-۱-۲ اپیدمیولوژی سالمندی

رشد جمعیت سالمندان جهان در حال حاضر حدود ۲.۴٪ در سال محاسبه شده است که به وضوح، بیشتر از نرخ رشد کلی جمعیت جهان (۱.۷٪) می باشد. حدود ۶۰۰ میلیون نفر افراد سالخورده در کل جهان و حدود ۱۶۵ میلیون نفر در کشورهای توسعه یافته زندگی می کنند و بر اساس تخمین های موجود، این ارقام تا سال ۲۰۲۵ میلادی به ترتیب به حدود ۱۲۰۰ و ۲۵۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. [۲۴، ۲۵]

مطالعات مشابه تایید کننده این روند می باشند. در یکی از این مطالعات برآورد شده است که جمعیت سالمندان جهان طی یک دوره ۷۵ ساله از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۲۵ شاهد افزایش چشمگیری خواهد بود و با رشدی ۶ برابری از ۲۰۰ میلیون نفر به ۱.۲ میلیارد نفر خواهد رسید در حال که جمعیت جهان در همین مدت حدود ۳ برابر خواهد شد بدین معنی که سهم جمعیت سالمندان از ۰.۸٪ به ۱.۴٪ از کل جمعیت جهان خواهد رسید. [۲۶]

روند افزایش تعداد و سهم سالمندان در ترکیب جمعیتی چشمگیر می باشد. انتظار می رود در سال ۲۰۵۰ سهم جمعیتی سالمندان نسبت به سال ۲۰۰۰ بیش از ۲ برابر شده و از ۶.۹٪ به ۱۶.۴ درصد برسد. در طی همین مدت سهم سالمندان پیر<sup>۱۷</sup> (کسانی که بیش از ۸۰ سال دارند) از ۱.۹٪ به ۴.۲٪ خواهد رسید. جمعیت صد ساله ها در سال ۲۰۵۰، نسبت به سال ۱۹۹۸، شانزده بار بیشتر خواهد بود و از ۱۳۵۰۰۰ نفر به ۲.۲ میلیون نفر رسیده که با نسبت ۴ زن به یک مرد خواهد بود. [۱۷]

در ابتدای قرن نوزدهم فقط ۰.۴٪ از جمعیت امریکا ۶۵ سال و بالاتر داشتند که این رقم در پایان قرن بیستم به ۱.۳٪ رسید و انتظار می رود که تا سال ۲۰۳۰ به ۲.۰٪ برسد. در برخی از کشورهای توسعه یافته سهم جمعیتی سالمندان از ارقام فوق بالاتر می باشد مانند ایتالیا که در حال حاضر سالمندان آن ۱۴.۵٪ کل جمعیت را تشکیل می دهند. [۲۷]

در خصوص روند سالمندی در کشورهای در حال توسعه پیش بینی این است که این روند با شتاب بالایی در حال انجام است به طوری که در سال ۲۰۲۵ حدود ۷۰٪ درصد از کل جمعیت سالمندان در این کشورها خواهد بود. [۲۶]

<sup>17</sup> Oldest-old