





دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی سالمندی

پایان نامه جهت دریافت MPH سالمندی

عنوان:

بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی جانبازان نایب‌ال میانسال و سالمند

نگارش:

رضا امینی

استادان راهنما:

دکتر رباب صحاف ، پرفسور علیرضا کلدی

استاد مشاور آمار:

دکتر رضا حیاتبخش

شهریور ۱۳۸۹

شماره ثبت: ۱۱۴-۹۵۰

تقدیر و تشکر

سپاس خدای یگانه را که خرد از وجود بی کران اوست. حال که این وهله از مسیر علم آموزی را با موفقیت پشت سر نهاده ام بر خود لازم می دانم، از کسانی که دشواری های راه را بر من آسان نمودند، سپاسگزاری نمایم.

قدردانی خود را از، همسر و فرزند مهربانم که همواره با صبوری در کنار من بوده اند، ابراز می دارم.

تقدیر و سپاس از استادان گرانمایه سرکار خانم دکتر صحاف، جناب آقای دکتر کلدی، جناب آقای دکتر حقانی، جناب آقای دکتر حیات بخش، جناب آقای دکتر دواتگران، جناب آقای دکتر فدای وطن و جناب آقای دکتر صافیانی که بارها، بنمودهای ارزشمند خویش در این مسیر، چراغ راه افروختند.

همچنین از همکاری جناب آقای دکتر سروش، جناب آقای دکتر معصومی و سرکار خانم خورشیدی تقدیر می نمایم.

دکتر رضا ایینی

چکیده

مقدمه: در نابینایی، بهره‌مندی از حس بینایی برای برقراری ارتباط با محیط پیرامون میسر نیست. خطر مرگ در افراد نابینا بیش از افراد بینا و امید به زندگی در آن‌ها تا ۱۵ سال کاهش می‌یابد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد با ناتوانی، نسبت به افراد فاقد ناتوانی، پایین‌تر است و به حمایت اجتماعی و فردی نیاز دارند.

هدف: بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینا و مقایسه‌ی آن در دو گروه میانسال و سالمند طراحی و تدوین شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی بود که بر روی ۳۱۲ نفر از جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال که صورت گرفت. نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری بود. ابزارهای بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، فعالیت‌روزمره به ترتیب عبارت بودند از؛ نسخه‌ی فارسی SF36، اندیکس بارتل، ابزار لوتون-بورودی و پرسشنامه‌ی دموگرافیک. داده‌ها به نرم‌افزار SPSS16 وارد و تحلیل‌های آماری انجام شد.

یافته‌ها: جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال مورد مطالعه، میانگین سنی ۴۷.۳ سال داشتند، ۹۹٪ آن‌ها را مردان و همه‌ی افراد مورد مطالعه متأهل بودند. ۸۲٪ آن‌ها فاقد شغل بودند و اغلب آنان را گروه با تحصیلات دانشگاهی تشکیل می‌دادند. میانگین بعد فیزیکی؛ ۶۱.۷ و بعد روانی؛ ۵۸.۵ بود. همه‌ی آن‌ها، در حداقل یک فعالیت دچار وابستگی بودند. کیفیت زندگی با افزایش سن دچار افت قابل ملاحظه شد و اختلاف بین گروه‌های سنی ۴۹-۴۰ و ۵۰ به بالا معنی‌دار بود ولی اختلاف بین گروه‌های ۵۹-۵۰ و بالای ۶۰ سال معنی‌دار نبود. کیفیت زندگی و برخی از فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی ارتباط معنی‌داری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه با افزایش سن، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به ویژه در بعد فیزیکی افت می‌کرد که پس از ۵۰ سالگی، قابل ملاحظه بود و ۱۰ سال زودتر از سن سالمندی در

جامعه‌ی عادی گزارش شد. مدل رگرسیون هم نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد ۴۰-۴۹ ساله با افراد بالای ۵۰ سال تفاوت داشت. پس به نظر می‌رسد که خدمات سالمندی در این افراد می‌تواند در حدود سن ۵۰ سالگی ارائه گردد که لازم است متناسب با نیازهای آنان در جهت ارتقاء کیفی سلامت و استقلال باشد.

کلمات کلیدی: نابینایی، جانباز، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، فعالیت روزمره‌ی زندگی

فهرست مندرجات

فصل اول ۱

کلیات پژوهش ۱

۱-۱ بیان، اهمیت و ضرورت مسئله ۲

۲-۱ بیان واژه‌ها ۵

۳-۱ اهداف پژوهش: ۸

۴-۱ سوال‌ها و فرضیه‌ها: ۹

فصل دوم ۱۱

Error! Bookmark not defined. مرور متون

۱-۲ سالمندی ۱۲

مقدمه ۱۲

۱-۱-۲ تعریف سالمندی ۱۳

۲-۱-۲ توزیع سالمندی در جهان ۱۵

۳-۱-۲ سالمندی سالم ۱۶

۴-۱-۲ سالمندی، بازنشستگی و ناتوانی ۱۹

۲-۲ نابینایی ۲۱

۱-۲-۲ تعریف نابینایی ۲۱

۲-۲-۲ وسعت و توزیع نابینایی ۲۲

۳-۲-۲ اثرات نابینایی بر زندگی افراد ۲۴

۲۵	۴-۲-۲ بارنابینایی
۲۶	۵-۲-۲ نابینایی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
۲۷	۳-۲ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عملکرد
۲۸	۱-۳-۲ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سالمندی
۳۲	۲-۳-۲ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و بینایی
۳۵	۳-۳-۲ ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
۳۷	فصل سوم
۳۷	روش تحقیق Methods and materials
۳۸	۱-۳ جامعه آماری پژوهش:
۳۸	۱-۱-۳ نمونه پژوهش:
۳۹	۲-۳ نحوه اجرای تحقیق:
۴۰	۳-۳ معیارهای ورود و خروج از مطالعه:
۴۱	۴-۳ ابزارهای پژوهش:
۴۲	۵-۳ متغیرها
۴۳	فصل چهارم
Error! Bookmark not defined. یافته‌ها	
۴۴	۱-۴ بخش توصیفی
۵۳	۲-۴ بخش تحلیل
۸۶	متغیرهایی که در ارتباط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت معنی‌دار بودند:

۸۷	یافته‌های رگرسیون
۹۱	مدل رگرسیون افراد ۴۰ تا ۴۹ سال
۹۲	مدل رگرسیون افراد ۵۰ سال و بالاتر
۹۲	سن و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت:
۹۵	فصل پنجم
۹۵	بحث و نتیجه‌گیری
۹۷	سن
۹۹	آسیب‌های فیزیکی
۱۰۰	تحصیلات
۱۰۲	سیگار
۱۰۳	شغل
۱۰۳	فعالیت روزمره
۱۰۴	کیفیت زندگی و فعالیت روزمره
۱۰۹	نتیجه‌گیری
۱۱۰	محدودیت‌ها
۱۱۱	پیشنهادات
۱۱۴	منابع
۱۲۲	پیوست‌ها
۱۲۳	پیوست ۱ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF36)

۱۲۶	پیوست ۲ اندیکس بارتل ADL
۱۲۷	پیوست ۳ فعالیت روزمره (IADL) Lawton-Borody
۱۲۹	Abstract

فهرست جداول

شماره جدول	صفحه
۱-۲	۲۲
۳-۵	۴۲
۴-۱	۴۴
۴-۲	۴۵
۴-۳	۴۵
۴-۴	۴۶
۴-۵	۴۶
۴-۶	۴۷
۴-۷	۴۷
۴-۸	۴۸
۴-۹	۴۹
۴-۱۰	۵۱
۴-۱۱	۵۱
۴-۱۲	۵۲
۴-۱۳	۵۳
۴-۱۴	۵۶
۴-۱۵	۵۶
۴-۱۶	۵۷
۴-۱۷	۶۰
۴-۱۸	۶۲
۴-۱۹	۶۵
۴-۲۰	۶۶
۴-۲۱	۶۸
۴-۲۲	۷۰

شماره جدول	صفحه
۴-۲۳	فعالیت روزمره به تفکیک گروه‌های سنی در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۲۴	فعالیت روزمره IADL و تحصیلات در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۲۵	فعالیت روزمره IADL و سن در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۲۶	فعالیت روزمره ADL و بعد فیزیکی کیفیت زندگی در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۲۷	فعالیت روزمره ADL و بعد فیزیکی کیفیت زندگی در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۲۸	فعالیت روزمره ADL و بعد روانی کیفیت زندگی در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۲۹	فعالیت روزمره ADL و امتیاز کل کیفیت زندگی در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۳۰	فعالیت روزمره ADL و امتیاز کل کیفیت زندگی در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۳۱	فعالیت روزمره ADL و امتیاز کل کیفیت زندگی در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۳۲	فعالیت روزمره IADL و بعد فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۳۳	فعالیت روزمره IADL و بعد فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۳۴	فعالیت روزمره IADL و بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۳۵	فعالیت روزمره IADL و بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۳۶	فعالیت روزمره IADL و امتیاز کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۳۷	فعالیت روزمره IADL و امتیاز کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال
۴-۳۸	جدول رگرسیون مرحله‌ای بعد فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال
۴-۳۹	جدول رگرسیون مرحله‌ای بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال
۴-۴۰	جدول رگرسیون مرحله‌ای بعد فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای ۴۹- سال
۱-۵	مقایسه‌ی مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی تاجور بر روی سالمندان تهرانی

فهرست نمودارها

شماره نمودار	صفحه
نمودار ۱-۲	۱۴
تغییرات ظرفیت عملکردی با افزایش سن و تأثیر مداخلات درمانی در بیماری‌ها	
نمودار ۲-۲	۱۶
روند تغییرات جمعیتی از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۵	
نمودار ۳-۲	۱۷
عوامل مؤثر بر سالمندی فعال	
نمودار ۴-۲	۱۸
ارتباط سلامت، مشارکت و امنیت با سالمندی فعال	
نمودار ۵-۲	۲۷
مقایسه‌ی تغییرات بار بیماری‌ها در سال‌های ۱۹۹۹ و ۲۰۲۰	
نمودار ۱-۴	۵۰
وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۲-۴	۵۴
تغییرات بعد فیزیکی و سن در جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۳-۴	۵۵
تغییرات بعد روانی و سن در جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۴-۴	۵۸
سطوح تحصیلی، گروه‌های سنی و بعد فیزیکی جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۵-۴	۵۹
سطوح تحصیلی (زیر دیپلم و دیپلم و بالاتر)، گروه‌های سنی و بعد فیزیکی جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۶-۴	۶۱
سطوح تحصیلی (زیر دیپلم و دیپلم و بالاتر)، گروه‌های سنی و بعد روانی جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۷-۴	۶۳
سطوح تحصیلی (زیر دیپلم و دیپلم و بالاتر)، گروه‌های سنی و امتیاز کل	
نمودار ۸-۴	۸۷
توزیع نمره‌ی بعد فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۹-۴	۸۹
توزیع نمره‌ی بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۱۰-۴	۹۳
روند نمره‌ی بعد فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال با افزایش سن	
نمودار ۱۱-۴	۹۴
روند نمره‌ی بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال با افزایش سن	
نمودار ۱-۵	۹۸
اروند نمره‌ی بعد فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال با افزایش سن	
نمودار ۲-۵	۱۰۶
نمایش متغیرهای مرتبط با بعد فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۳-۵	۱۰۷
نمایش متغیرهای مرتبط با بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال	
نمودار ۴-۵	۱۰۷
بعد فیزیکی کیفیت زندگی و متغیرهای مرتبط با آن در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال	
نمودار ۵-۵	۱۰۸
بعد فیزیکی کیفیت زندگی و متغیر مؤثر بر آن در جانبازان نابینای بالای ۵۰ سال	
نمودار ۶-۵	۱۰۸
بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و متغیرهای مؤثر بر آن در جانبازان نابینای ۴۰-۴۹ ساله	
نمودار ۷-۵	۱۰۹
بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و متغیرهای مؤثر بر آن در جانبازان نابینای بالای ۵۰ سال	

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱ بیان، اهمیت و ضرورت مسئله

انسان از یک سو موجودی اجتماعی است و برای برقراری ارتباط، به تبادل اطلاعات با دیگر هم‌نوعان خود نیاز دارد و از سوی دیگر در تعامل با محیط به منظور تصمیم‌گیری به‌موقع و به‌هنگام نیازمند آن است که بتواند محرک‌های محیطی را درک نماید. راه‌های ورود اطلاعات و درک تغییرات محیط در درجه اول، حواس پنجگانه هستند و هر یک در روند ارتباط با محیط نقش خاصی را ایفا می‌کنند، که یکی از مهم‌ترین آن‌ها بینایی است چرا که از تحرک و جابجایی تا روابط اجتماعی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. عوامل زیادی می‌توانند سبب کاهش قوا و یا از دست رفتن بینایی شوند [۱]. نابینایی به وضعیتی گفته می‌شود که «توان بینایی فرد یا به طور کامل از دست رفته و یا کمتر از $1/10$ توانایی داشته باشد و یا میدان بینایی به ۲۰ درجه محدود شود». این نقصان و یا ناتوانی ممکن است در یک چشم و یا هر دو چشم رخ دهد [۲-۴].

مشکلات بینایی یکی از مسایل شایع در دوران سالمندی است [۵، ۶] و به‌طور کلی هر فرد سالمندی به‌طور عادی، در روند سالمندی، تغییراتی را در بینایی خود احساس می‌کند اما معمولاً هیچ‌یک از آن‌ها موجب نابینایی فرد نمی‌شود بلکه عواملی غیرطبیعی، سبب بروز اختلال بینایی قابل ملاحظه و حتی نابینایی در فرد سالمند می‌شوند. شایع‌ترین عوامل عبارتند از؛

اضمحلال ماکولا مرتبط با سن^۱، رتینوپاتی دیابتی^۲، آب مروارید^۳، آب سیاه^۴ و آسیب‌های فیزیکی به مغز که علاوه بر این موارد، در برخی کشورها بیماری‌هایی مانند بیماری‌های عفونی نیز به آن‌ها افزوده می‌شوند. در ایالات متحده بیش‌ترین علت نابینایی را اضمحلال ماکولا مرتبط با سن و رتینوپاتی دیابتی تشکیل می‌دهند و بیش از ۶۰ درصد آن‌ها علاوه بر نابینایی با یک ناتوانی دیگر هم روبرو هستند [۶].

¹ Age Related Macular Degeneration

² Diabetic Retinopathy

³ Cataract

⁴ Glaucoma

نابینایی اثرات منفی بسیاری بر زندگی فرد دارد؛ نابینایی می‌تواند سبب کاهش دسترسی فرد به خدمات سلامت و همچنین تغییر سطح اقتصادی شود، این مسئله در سالمندان نمایان‌تر است و وابستگی آنان به اعضای خانواده و نیز خدمات اجتماعی را بیش‌تر می‌کند [۷]. در مطالعه‌ی سوتی^۵، در سال ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ در آمریکای شمالی، سالمندان دچار اختلال بینایی و نابینا در مقایسه با سالمندان فاقد این مشکل بررسی شدند و مشخص شد که سالمندان با اختلال بینایی و نابینا با سرعت بیش‌تری دچار کهولت^۶ شده‌بودند [۸، ۹]. از آن‌جا که کاهش بینایی سبب افت عملکرد می‌شود، اختلال بینایی یا نابینایی مرتبط با سن فقط مربوط به فرد سالمند یا نابینا نمی‌باشد بلکه کل جامعه را درگیر خود می‌کند. هزینه‌های یک فرد نابینا در آمریکا در سال بالغ بر ۴۶۸۰ دلار است که تنها ۲۳۷ دلار آن مربوط به چشم وی می‌شود [۶]. براساس مطالعه کانگدان^۷ و همکارانش در سال ۲۰۰۳، افت عملکرد یک فرد نابینا در حوزه‌های شناختی، آسیب‌های ناخواسته، قلب و عروق، آرتروز، پرفشاری خون، افتادن و شکستگی لگن، افسردگی و کاهش شدید کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و نیز افزایش مرگ و میر می‌تواند از تبعات نابینایی در یک سالمند باشد. این تغییرات در حوزه‌ی فعالیت روزمره نیز با اهمیت است به‌گونه‌ای که یک فرد نابینا دو بار بیش‌تر از یک فرد بینا در راه رفتن دچار اشکال می‌شود، سه برابر در تردد و خروج از منزل، دو برابر برای انتقال از تخت یا صندلی و دو برابر برای تهیه غذا [۱۰]. مطالعه کارپا^۸ و همکارانش نشان داده‌است که اختلال بینایی را می‌توان به عنوان یک فاکتور پیش‌بینی کننده برای مرگ و میر به ویژه در افراد زیر ۷۵ سال در نظر گرفت که به طور مستقیم و غیرمستقیم می‌تواند خطر مرگ را در افراد و به خصوص سالمندان افزایش دهد [۱۱].

⁵ Suttie

⁶ frailty

⁷ congdon

⁸ Karpa

پس از وقوع نابینایی افراد معمولاً یک دوران بحران را پشت سر می گذارند و پس از آن هر فرد نابینا به روش ویژه‌ای خود را با شرایط و محیط پیرامون خود هماهنگ می‌نماید، باید گفت که این روش برای هر فرد منحصر به خود او بوده و نمی‌توان یک قانون کلی برای آن‌ها ارائه نمود. با این حال می‌توان از روش‌های مشابه برای آموزش استفاده کرد [۱۲]. هر قدر نابینایی در سنین پایین‌تر رخ دهد فرد راحت‌تر می‌تواند با آن کنار آید و با افزایش سن امکان تطابق با شرایط جدید دشوارتر می‌شود. از طرف دیگر اغلب افراد نابینا به ویژه در دوره‌های اولیه نابینایی خود دچار مشکلات جسمانی فراوانی می‌شوند که آسیب‌های فیزیکی، اضافه وزن و پرفشاری خون از آن جمله است به طوری که بیش‌ترین علل مرگ را در این افراد در برخی مطالعات این‌گونه گزارش نموده‌اند: آلزایمر، تصلب شرایین، تصادف و حوادث غیر مترقبه (تصادف وسایل نقلیه موتوری، بقیه سوانح)، بیماری‌های عروق مغز، بیماری‌های مزمن کبد و سیروز، بیماری انسداد مزمن ریه^۹، دیابت، بیماری‌های قلبی، قتل و جنایت، ایدز، سرطان‌های بدخیم، تفریت و سندرم نفروتیک، پنومونی و آنفولانزا، سپتی سمی، خودکشی، سایر علل [۱۳].

در واقع تغییر در فعالیت روزمره‌ی فرد، وضعیت شناختی، تغییرات وزن و دیگر تغییراتی که با نابینایی در سنین قبل از سالمندی به فرد عارض می‌شود که اغلب تفاوت‌هایی را در روند سالمندی ایجاد خواهد کرد که در حال حاضر شواهد کافی در منابع و متون علمی موجود نمی‌باشد. باید اذعان داشت که حتی تعیین سن سالمندی در افرادی که در دوره‌های پیش از دهه ۶۰ زندگی خود، دچار نابینایی شده‌اند یکی از سؤال‌ها و ابهامات موجود است که هم‌اکنون پاسخ کامل و شواهد کافی برای آن در منابع، موجود نمی‌باشد.

در مطالعه‌ی امینی و همکارانش در سال ۱۳۸۴ بر روی جانبازان نابینا نمره‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با افزایش سن دچار رکود شده‌بود و در حوزه‌ی سلامت فیزیکی اختلاف این کاهش در پیش و پس از سن ۵۰ سالگی معنی‌دار گزارش شد [۱۴].

⁹ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

در این مطالعه سعی داریم با مقایسه‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و فعالیت روزمره‌ی جانبازان نابینا در دو گروه سنی میان‌سال که در این مطالعه افراد ۴۰ تا ۵۰ و سالمند که افراد بالای ۵۰ سال در نظر گرفته می‌شوند، اگرچه آنالیزها در سه گروه ۴۹-۴۰، ۵۹-۵۰ و بالای ۶۰ سال انجام خواهد شد، تفاوت‌های احتمالی آن‌ها را مشخص نماییم و شناخت بهتری را در مورد روند این تغییرات با افزایش سن به دست آوریم.

شناخت بهتر از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و فعالیت روزمره‌ی جانبازان نابینای سالمند و مقایسه‌ی آن با گروه میان‌سال می‌تواند مسیر را برای پژوهش‌های بعدی و طرح سؤال‌های بیش‌تر بگشاید. علاوه بر این می‌تواند اهمیت پیشگیری از نابینایی را در سنین قبل از سالمندی و در حین سالمندی را نمایان‌تر نموده و نیز ارائه خدمات توانبخشی را در دوره‌های پیش از سالمندی به گروه نابینایان هدفمندتر کند.

۱-۲ بیان واژه‌ها

نظری

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت: برداشت ذهنی از وضعیت سلامت و رفاه فردی است که تحت تأثیر توان فیزیکی و روانی فرد در کنار آمدن با شرایط بیرونی و درونی فرد است. این شاخص دارای دو بعد کلی فیزیکی و روانی می‌باشد [۱۵].

نابینایی: از دست دادن حس بینایی به گونه‌ای که «توان بینایی فرد، به طور کامل از دست رفته و یا کمتر از $1/10$ توانایی داشته باشد و یا میدان بینایی به ۲۰ درجه محدود شود». این نقصان و یا ناتوانی ممکن است در یک چشم و یا هر دو چشم رخ دهد [۲-۴].

سالمندی: مرحله‌ای از زندگی انسان است که با بروز تغییراتی که در ساختار و عملکرد ارگان‌های انسان به مرور رخ می‌دهند و سطح عملکرد فردی و اجتماعی را در جهت کاهش آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۶].

جانباز: در این مطالعه، به افرادی که در جریان انقلاب، جنگ عراق-ایران و یا در میادین مین دچار آسیب فیزیکی و یا روانی شده‌اند و در کمیسیون تعیین درصد از کار افتادگی بنیاد شهید و امور ایثارگران به آن‌ها درصد از کارافتادگی اعطا شده‌باشد، جانباز اطلاق می‌شود.

سن سالمندی: این سن یا این مرز را با رویکردهای مختلف در نظر می‌گیرند که اغلب بستگی به سطح عملکرد اجتماعی و سلامت فرد دارد. این سن و مرز در کشورهای توسعه یافته در حدود سن ۶۵ سالگی در نظر گرفته می‌شود ولی در حقیقت در کل جهان مرز خاصی را برای آن نمی‌توان در نظر داشت زیرا اختلاف در بین جوامع، بسیار زیاد است؛ برای مثال در آمریکا این سن در حال افزایش به سمت ۷۰ سالگی است ولی در آفریقا در حدود ۵۰ یا ۵۵ سال است. در مجموع سازمان ملل سن ۶۰ سالگی را برای مرز سالمندی پذیرفته‌است که در ایران نیز همین سن ملاک قرار گرفته‌است. سن بازنشستگی هم یکی از معیارهای سن سالمندی است که البته گاهی تطابق بین سن سالمندی و بازنشستگی ممکن نیست [۱۷].

عملی

سالمند: در این مطالعه، بر مبنای مطالعه‌ی امینی و همکارانش که در سال ۱۳۸۴ انجام شد و نشان داد که افت چشمگیر در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینا در سن ۵۰ سالگی رخ داده‌بود [۱۸]، جانبازان نابینایی که سن ۵۰ سال و بالاتر دارند در گروه سالمند در نظر گرفته می‌شوند، اگرچه آنالیزها در گروه سنی بالای ۶۰ سال هم انجام خواهد شد و در صورت وجود تفاوت، گزارش می‌شود.

میان‌سال: در این پژوهش به افرادی اطلاق می‌شود که بین سن ۴۰ تا ۴۹ سال قرار دارند.

نابینایی: در این پژوهش کسانی که فاقد قدرت بینایی بودند، به عنوان نابینا در نظر

گرفته شده‌اند یا به عبارتی کسانی که نابینایی قانونی داشتند به عنوان نابینا لحاظ شده‌اند.

فعالیت روزمره: فعالیت‌هایی که به‌طور روزمره توسط هر انسانی انجام می‌گیرد و به واسطه‌ی آن‌ها قادر خواهد بود زندگی فردی و ارتباطات اجتماعی داشته‌باشد. دو بخش در این مقوله بررسی می‌شود؛ ¹⁰ ADL و ¹¹ IADL. در هریک، موارد زیر بررسی می‌شوند:

فعالیت روزمره: غذاخوردن، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، استفاده از توالت، آراستگی ظاهری، استفاده از پله، انتقال از تخت و یا صندلی، حرکت در سطوح غیرهم‌سطح، استفاده از تلفن، تهیه غذا، خانه‌داری، شستن لباس، خریدکردن، مدیریت امور مالی، مدیریت دارو، تردد و جابجایی.

تفاوت این دو گروه از فعالیت‌ها در این است که IADL به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که در طول روز برای انجام فعالیت‌های معمول زندگی از ابزار خاصی استفاده می‌شود ولی در ADL ابزار ویژه‌ای به‌کار گرفته نمی‌شود.

¹⁰Activity Daily Living

¹¹Instrumental Activity of Daily Living

۱-۳ اهداف پژوهش:

۱-۳-۱ هدف کلی:

مقایسه‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان دوچشم نابینای میان‌سال با جانبازان

دوچشم نابینای سالمند ایرانی در سال ۱۳۸۸

۱-۳-۲ اهداف اختصاصی:

- تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای سالمند و میان‌سال برحسب داده‌های دموگرافیک شامل؛ سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل.
- مقایسه‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای سالمند و میان‌سال برحسب داده‌های دموگرافیک شامل؛ سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل.
- تعیین سطح فعالیت روزمره جانبازان نابینای سالمند و میان‌سال برحسب داده‌های دموگرافیک شامل؛ سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل.
- مقایسه‌ی فعالیت روزمره جانبازان نابینای سالمند و میان‌سال برحسب داده‌های دموگرافیک شامل؛ سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل.
- تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای سالمند و میان‌سال بر اساس سطح فعالیت روزمره
- مقایسه‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جانبازان نابینای سالمند و میان‌سال بر اساس سطح فعالیت روزمره

۱-۳-۳ اهداف کاربردی:

- شناخت بهتر و مناسب‌تر جامعه‌ی جانبازان نابینا به خصوص از بعد کیفیت زندگی و میزان استقلال آنان در فعالیتهای روزمره‌ی زندگی می‌تواند به برنامه‌ریزی مناسب‌تر