سطح استقلال در فعالیت‌های روزمره جانبازان نابینای سالمند

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی)

رضا امینی[۱]، علیرضا کلدی[۲]، رباب صحاف[*۳]، حمید حقانی[۴]، رضا حیاتبخش[۵]، کیوان دواتگران[۶]، مهدی معصومی[۷]

چکیده:

هدف: بررسی سطح استقلال جانبازان نابینای سالمند در اجرای فعالیت‌های روزمره، به منظورشناخت بهتر جانبازان نابینا و هدایت برنامه‌ریزان جهت افزایش استقلال جانبازان نابینا در فعالیت‌های روزمره و بهبود کیفیت زندگی.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی ـ تحلیلی بود که بر روی ۳۱۲ نفر از جانبازان نابینای بالاتر از ۴۰ سال کشور در یک اردو در شهرستان مشهد صورت گرفت. به منظور درک بهتر از تغییرات زمان، همه آزمون‌ها در سه گروه سنی ۴۹ـ۴۰، ۵۹ـ۵۰ و بالای ۶۰ سال انجام و مقایسه شدند. برای ارزیابی فعالیت روزمره ADL از اندیکس بارتل و برای IADL از ابزار Lawton-Bordy بهره گرفته شد. داده‌ها با انجام آزمون‌های ANOVA، پیرسون و جداول متقاطع تحلیل شدند.

یافته‌ها: جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال مورد مطالعه، میانگین سنی ۴۷/۳ سال داشتند که ۹۹٪ آن‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. همه افراد مورد مطالعه متأهل بودند و ۸۲٪ آن‌ها فاقد شغل بودند. اغلب این افراد را گروه با تحصیلات دانشگاهی تشکیل می‌دادند. همه افراد مورد مطالعه، در حداقل یک فعالیت دچار وابستگی بودند. رابطه بین تحصیلات و برخی از فعالیت‌های روزمره مانند غذا خوردن، حرکت در سطوح غیر هم‌سطح از نظر آماری معنادار بود. جانبازان نابینای بالای ۶۰ سال در استفاده از تلفن، مدیریت دارو، مدیریت مالی، حرکت در سطوح غیر هم‌سطح و استفاده از پلّه وابستگی قابل ملاحظه‌ای در مقایسه با گروه‌های زیر ۵۰ سال داشتند.

نتیجه‌گیری: کاسته شدن از سطح استقلال فردی در فعالیت‌های روزمره عموماً با افزایش سن در همه آحاد جامعه رخ می‌دهد ولی سن بروز وابستگی‌ها اهمیت دارد که به نظر می‌رسد در افراد نابینا زودتر از زمان مورد انتظار رخ می‌دهد. لذا ممکن است، برخی از فعالیت‌ها با آموزش و انجام شیوه‌های توانبخشی به تأخیر افتاده و موجب استقلال بیش‌تر آنان گردد، به ویژه که فعالیت‌هایی مانند استفاده از تلفن، تحرک و جابجایی در ایجاد ارتباطات اجتماعی کمک می‌کنند. مطالعات بیش‌تر برای شناسایی و تأثیر این روش‌ها بر روی عملکرد و استقلال سالمندان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: فعالیت روزمره، جانباز، نابینایی، عملکرد

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۲/۶

۱. دوره عالی بهداشت عمومی سالمندی، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۲. دکترای جامعه شناسی، استاد مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۳. دکترای سالمندشناسی، استادیار مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۴. عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
۵. دانشگاه کوئینزلند، استرالیا
۶. دکترای فیزیوتراپی، عضو مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۷. دوره عالی بهداشت عمومی سالمندی، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
* **نویسندهٔ مسئول:**
* **تلفن:** ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۵
* **رایانامه:** robabsahaf@gmail.com

مقدمه

انسان از یک سو موجودی اجتماعی است که 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، که یکی از مهم‌ترین آن‌ها بینایی است. 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 ۱۰/۱ 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). هر فرد سالمندی به طور عادی تغییراتی را طی روند سالمندی در بینایی خود احساس می‌کند اما هیچ یک 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 مرتبط با سن در ماکولار[۱]،

1. Age related macular degeneration

رتینوپاتی دیابتی، آب مروارید، آب سیاه، آسیب‌های مغزی که علاوه بر این موارد، در برخی کشورها مانند نیجریه و یا کشورهای آسیای جنوب شرقی، بیماری‌های عفونی نیز به آنها افزوده می‌شوند. جنگ و آسیب‌های فیزیکی و شیمیایی ناشی از آن نیز به عنوان یکی از عوامل نابینایی مطرح است. در ایالات متحده بیش‌ترین علت نابینایی را اضمحلال مرتبط با سن در ماکولا و رتینوپاتی دیابتی تشکیل می‌دهند که بیش از ۶۰ درصد آن‌ها علاوه بر نابینایی با یک ناتوانی دیگر هم روبرو هستند(۵). در ایران مطالعات کشوری منتشر نشده و مطالعات منطقه‌ای هستند برای مثال در خوزستان میانگین سنی نابینایان در حدود ۲۵ سالگی است و بیش‌ترین علّت آب‌مروارید قید گردیده و با افزایش سن، شیوع نابینایی بیش‌تر گزارش شده است(۶)، در تهران شیوع نابینایی در حدود ۰/۳٪ گزارش شد و بیش‌ترین عامل اختلال بینایی آب‌مروارید و پس از آن مشکلات شبکیه اعلام‌شد (۷)، در مرود سیستان و بلوچستان نیز مطالعه مشابهی انتشار یافته است که نتایج آن نشان می‌دهد که شیوع نابینایی در این استان ۰/۶۷٪ بوده و عامل بیش‌تر آن‌ها آب مروارید ذکر شده است (۸).

نابینایی می‌تواند سبب کاهش دسترسی فرد به خدمات سلامت و همچنین تغییر در سطح اقتصادی فرد گردد. این محدودیت‌ها در سالمندان نمایان‌تر است و می‌تواند وابستگی آنان به فرزندان و خدمات اجتماعی را نسبت به افراد جوان و میان‌سال بیش‌تر کند. در مطالعه سوییت در آمریکای شمالی سالمندان دچار اختلال بینایی و نابینا در مقایسه با سالمندان فاقد این مشکل، با سرعت بیش‌تری دچار frailty شده بودند(۹). براساس مطالعه کانگدان و همکارانش در سال ۲۰۰۳، افت عملکرد در حوزه‌های شناختی، آسیب‌های ناخواسته، قلب و عروق، آرتریت، 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 حوزه فعالیت روزمره نیز با اهمیت است به گونه‌ای که یک فرد نابینا دو برابر بیش‌تر از یک فرد بینا در راه رفتن، سه برابر در تردد و خروج از منزل، دو برابر برای انتقال از تخت یا صندلی و همچنین دو برابر برای تهیه غذا دچار اشکال می‌شود (۱۰).

درواقع تغییر در فعالیت روزمره فرد، شناخت، وزن و دیگر تغییراتی که با نابینایی در سنین قبل از سالمندی به فرد عارض می‌شود به طور حتم تفاوت‌هایی را در روند سالمندی ایجاد خواهد کرد که البته شواهد کافی در منابع موجود نیست. باید اذعان داشت که حتی تعیین سن سالمندی در افرادی که در دوره‌های پیش از دهه ششم زندگی خود دچار نابینایی شده‌اند یکی از سؤال‌ها و ابهامات موجود است که پاسخی برای آن در منابع موجود یافت نشده است. در مطالعه امینی و همکاران (۱۳۸۴) بر روی جانبازان نابینا، نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با افزایش سن دچار رکود شده بود و در حوزه سلامت فیزیکی اختلاف این کاهش در پیش و پس از سن ۵۰ سالگی معنادار گزارش شد(۱۱). بنابراین ممکن است سن سالمندی یا همان کاهش قابل ملاحظه عملکرد جسمی و روانی در نابینایان در سنین پایین‌تری نسبت به افراد سالم رخ بدهد که اهمیت این موضوع در تعیین سن بازنشستگی در نابینایان است.

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 به ویژه که در کشور ایران نیز همانند وضعیت جهانی سالمندان، جمعیت سالمندان ایران رو به رشد است و گروهی از این جمعیت را جانبازان تشکیل می‌دهند که اغلب آنان در سنین میان‌سالی بوده و به زودی وارد دوران سالمندی می‌گردند. بنابراین هم در جمعیت عمومی جامعه و نیز در گروه جانبازان، با تعداد بیش‌تری از سالمندان روبه‌رو خواهیم شد که به یقین در سطح وسیعی از جامعه عادی و جانبازی با مشکلات بینایی مواجه می‌شویم. با این وصف، شناخت بهتر از فعالیت‌های روزمره جانبازان نابینای سالمند و مقایسه آن با گروه میان‌سال می‌تواند مسیر را برای پژوهش‌های بعدی و طرح سؤال‌های بیش‌تر بگشاید.

روش بررسی

این پژوهش از نوع مقطعی ـ تحلیلی محسوب می‌شود. با اعلام به مراکز استان‌ها و شهرستان‌ها از تمامی جانبازان نابینا به‌همراه همسر و یا یک همراه (فرزند یا بستگان) برای شرکت در اردوی تفریحی ـ فرهنگی یک هفته‌ای در شهر مشهد در سال ۱۳۸۸، دعوت به‌عمل آمد و از مجموع ۶۳۰ نفر از جانبازان نابینا ۴۰۲ نفر در این اردو شرکت نمودند. البته اطلاعی از دلایل احتمالی عدم شرکت بقیه افراد و یا خصوصیات فردی ـ اجتماعی آنان برای مقایسه با شرکت کنندگان برای بررسی احتمال سوگیری، در دست نبود.

برای هر یک از ابزارهای پرسش‌نامه‌ای (داده‌های دموگرافیک، و فعالیت روزمره) دو پرسشگر با تحصیلات لیسانس انتخاب شدند که طی یک جلسه مشترک اهداف پژوهش برای آنان توضیح داده شد و روش اجرا با جزئیات کامل توصیف گردید. سؤال‌های پرسشگران توسط مجری طرح پاسخ داده شد. همه پرسشگران پیش از آغاز اجرای طرح، پرسش‌نامه مربوط به خود را مطالعه کرده و توضیحات لازم برای آنان به صورت فردی داده شد. هر یک از پرسشگران برای آشنایی بهتر پیش از آغاز مطالعه، ۵ نفر را با استفاده از پرسش‌نامه خود مورد پرسش قرار دادند تا با نحوه پرسش سؤال‌ها آشنایی یابند. پس از انجام این مرحله، گردآوری داده‌ها آغاز گردید. در ابتدا پرسشگر با هر جانباز معارفه نموده و پس از شرح دادن در مورد هدف از پژوهش حاضر و ایجاد همدلی با ایشان، اطلاعات مربوط به پرسش‌نامه اخذ می‌شد. با توجه به این که دو پرسشگر برای هر ابزار فعالیت می‌نمودند، برای اطمینان از یکسان بودن پاسخ‌ها، ۵ نفر از جانبازان توسط هر دو پرسشگر بررسی شدند و پاسخ‌ها مقایسه گردید که اختلاف معناداری نداشتند.

پاکسازی و اصلاح داده‌های اخذ شده در محل اجرای پژوهش انجام گردید. توضیح بیش‌تر این که، تمامی پرسش‌نامه‌ها پس از تکمیل و پیش از خروج آزمودنی از محل اجرای مطالعه، توسط یک فرد آموزش دیده بررسی گردیده و موارد ناقص به پرسشگر بازگردانده می‌شد تا تکمیل گردد.

ضوابط ورود به مطالعه عبارت بودند از: نابینایی مطلق، اعلام رضایت به همکاری و مشارکت در طرح، سن بالای ۴۰ سال در زمان مطالعه، وقوع نابینایی ناشی از آسیب‌های جنگی. معیار خروج ویژه‌ای وجود نداشت جز این که خود آزمودنی تمایلی برای مشارکت در مطالعه نداشت که برای دو نفر این اتفاق رخ داد. کلیه آزمودنی‌ها اعلام رضایت خود را برای مشارکت در طرح اعلام نمودند. با توجه به این که کلیه پرسش‌نامه‌ها پس از اتمام مرحله گردآوری داده‌ها مورد بازبینی قرار گرفت، تنها ۱٪ از آن‌ها نیازمند تکمیل بیش‌تر بودند که با انجام اصلاحات لازم رفع نقص شده و در مطالعه وارد شدند.

ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از فعالیت روزمره زندگی: در حوزه ADL از ابزار بارتل و برای IADL از ابزار Lawton-Bordy استفاده شد که مطالعات بسیاری با استفاده از آن‌ها صورت گرفته است. مواردی که وابستگی و استقلال در آن‌ها توسط اندیکس بارتل ارزیابی می‌شوند عبارتند از: غذا خوردن، آراستگی، حمام کردن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، استفاده از توالت، استفاده از پلّه، حرکت در سطوح غیر هم‌سطح، انتقال به تخت یا صندلی و لباس پوشیدن که هر یک براساس استقلال بیش‌تر امتیاز گرفته و مجموع آن‌ها در بیش‌ترین سطح استقلال امتیاز ۱۰۰ و در کم‌ترین سطح، صفر امتیاز را اختصاص می‌دهد. ابزار لوتون ـ بوردی نیز فعالیت‌های مرتبط با ابزار را ارزیابی می‌کند که عبارتند از: استفاده از تلفن، تهیه غذا، خانه‌داری، لباس شستن، مسئولیت‌پذیری در مصرف دارو، مدیریت مالی، توانایی خرید کردن و تردد و جابجایی. این ابزارها چون پرسش‌نامه نیستند به راحتی و بدون نیاز به این که نسخه فارسی آنها از لحاظ روایی[1] بررسی شود قابل استفاده هستند هر چند که در مطالعات پیشین در جانبازان نابینا بکار رفته‌اند(۱۱-۱۳). پرسش‌نامه دموگرافیک، متناسب با داده‌های مورد نیاز در این بخش شامل؛ سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، زمان نابینایی، تعداد و نوع آسیب‌ها غیر از نابینایی، طراحی و تدوین شد. تمامی فرم‌ها در نرم‌افزار SPSS16 به صورت فایل درآمده و داده‌ها توسط یک اپراتور به آن وارد شد. پس از بررسی گزارش‌های توصیفی، تحلیل‌های بعدی با استفاده از آزمون‌های پیرسون، ANOVA و جداول متقاطع صورت گرفت.

تحصیلات در چهار گروه زیردیپلم، دیپلم، فوق‌دیپلم، لیسانس و فوق‌لیسانس و بالاتر بررسی شدند که البته به دلیل تعداد کم افراد بالای دیپلم، در برخی از آزمون‌ها که در ارائه یافته‌ها ذکر می‌گردد این گروه‌ها در یکدیگر ادغام شده و با دو گروه زیردیپلم و دیپلم و بالاتر تحلیل‌ها انجام گرفت.

در مورد سن سالمندی با توجه به این که سن بازنشستگی در افراد با ناتوانی نسبت به بقیه آحاد جامعه پایین‌تر در نظر گرفته می‌شود(۱۴,۱۵) در ایران نیز سن بازنشستگی برای افراد ناتوان، ۱۰ سال زودتر از موعد توسط کمیسیون خاصی بررسی می‌شود(۱۹) که در برخی کشورهای دیگر مانند انگلیس(۱۶)، استرالیا(۱۷)، و فرانسه(۲۰)، شرایط مشابه برای افراد نابینا اعمال می‌گردد و نیز با توجه به یافته‌های امینی و همکاران در جانبازان نابینا که مرز افت کیفیت زندگی را ۵۰ سالگی پیشنهاد کرده‌اند(۱۱,۲۱)، می‌توان سن سالمندی را برای این گروه ۵۰ سالگی در نظر گرفت، ولی با این حال تحلیل‌های آماری در سه گروه ۴۹-۴۰، ۵۹-۵۰ و بالای ۶۰ سال صورت گرفت.

1. Validity

یافته‌ها

از مجموع ۴۰۲ نفر شرکت کننده در گردهمایی، ۳۱۲ نفر بالای ۴۰ سال سن داشتند که در مطالعه حاضر شدند که میانگین سنی آنان ۶/۷۱±۴۷/۳۰ بود (جدول ۱)، از نظر جنسیت، ۹۹/۱٪ از آنان را مردان و ۰/۹٪ را زنان تشکیل می‌دادند. همه این افراد متأهل بوده و هیچ موردی از طلاق و یا جدایی گزارش نشد. از نظر شغلی ۸۰/۴٪ مشمول حالت اشتغال[1]، ۱/۶٪ بیکار و ۱۸٪ شاغل به‌کار بودند. تحصیلات به سطوح مختلف تقسیم شده بود، در گروه زیر دیپلم ۳۵/۴٪، دیپلم ۱۱/۹٪، فوق دیپلم ۱۷/۹٪، لیسانس ۲۱/۸٪، فوق‌لیسانس و دکترا ۱۳٪ بودند.

جدول ۱- گروه‌های سنی در جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال

گروه‌های سنی	تعداد	درصد	درصد تجمعی
۴۰-۴۴	۱۳۰	۴۱/۷	۴۱/۷
۴۵-۴۹	۱۰۷	۳۴/۳	۷۶/۰
۵۰-۵۴	۳۲	۱۰/۳	۸۶/۳
۵۵-۵۹	۲۰	۶/۴	۹۲/۷
بالای ۶۰ سال	۲۳	۷/۳	۱۰۰/۰
جمع	۳۱۲	۱۰۰/۰	—

با بررسی زمان مجروحیت مشخص شد که در حدود ۴۰٪ از افراد مورد مطالعه در زمان مجروحیت (که به نابینایی آنان منجر شده بود)، سن زیر ۲۰ سال داشته‌اند که انتظار می‌رفت در طول زمان (تا رسیدن به سن سالمندی) تأثیر زیادی در زندگی این افراد و به خصوص بر روی استقلال آن‌ها در انجام فعالیت روزمره زندگی و عملکرد ایشان گذاشته باشد. البته نباید آسیب‌های ناشی از انفجار مین و مواد منفجره را که پس از اتمام جنگ رخ می‌دهد از نظر دور داشت. باید اذعان داشت که اغلب این جامعه در زمان نابینایی در سنین نوجوانی و جوانی بوده‌اند. اغلب این افراد به سبب انفجار دچار این عارضه شده بودند. از نظر تعدد مجروحیت ۱۸/۷٪ فقط نابینایی را به عنوان تنها مجروحیت خود اعلام داشتند، ۳۰٪ یک مجروحیت همراه، ۲۱٪ دو، ۱۱/۷٪ سه، ۱۱/۷٪ چهار، ۶/۹٪ پنج یا بیش‌تر مجروحیت همراه را علاوه بر نابینایی داشتند. بیش‌ترین مجروحیت همراه، برخورد ترکش به صورت و کم‌ترین آن‌ها قطع اندام تحتانی بود. در کل همه افراد مورد مطالعه حداقل در یکی از فعالیت‌های روزمره (ADL یا IADL) وابستگی داشتند (جدول ۲).

جدول ۲- فعالیت روزمره در جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال

فعالیت روزمره ADL	مستقل		وابسته		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
غذا خوردن	۲۶۸	۸۸/۵	۲۵	۱۱/۵	۳۰۳
استحمام	۲۶۷	۸۷/۸	۳۷	۱۲/۲	۳۰۴
آراستگی	۲۳۴	۷۷/۲	۶۹	۲۲/۸	۳۰۳
کنترل ادرار	۲۶۳	۸۷/۴	۳۸	۱۲/۶	۳۰۱
کنترل مدفوع	۲۸۳	۹۵/۳	۱۴	۴/۷	۲۹۷
لباس پوشیدن	۲۶۹	۸۸/۵	۳۵	۱۱/۵	۳۰۴
استفاده از توالت	۲۷۷	۹۰/۸	۲۸	۹/۲	۳۰۵
انتقال از تخت یا صندلی و برعکس	۲۴۷	۸۱/۸	۵۵	۱۸/۲	۳۰۲

۱. طبق قوانین بنیاد شهید و امور ایثارگران گروهی از جانبازان که شاغل بوده و قادر به کار کردن 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.

فعالیت روزمره ADL	مستقل		وابسته		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پلّه	۲۳۷	۷۸/۵	۶۵	۲۱/۵	۳۰۲
راه رفتن در سطوح ناهموار	۱۰۲	۳۳/۸	۲۰۰	۶۶/۲	۳۰۲
فعالیت روزمره IADL					
توانایی استفاده از تلفن	۲۳۹	۷۸/۴	۶۶	۲۱/۶	۳۰۵
توانایی خرید کردن	۴۰	۱۳/۲	۲۶۳	۸۶/۸	۳۰۳
غذا پختن	۲۶	۸/۵	۲۷۸	۹۱/۵	۳۰۴
خانه‌داری	۳۴	۱۱/۲	۲۷۱	۸۸/۸	۳۰۵
لباس شستن	۷۶	۲۵/۱	۲۲۷	۷۴/۹	۳۰۳
تردد و جابجایی	۴۸	۱۵/۸	۲۵۶	۸۴/۲	۳۰۴
مسئولیت‌پذیری در مصرف دارو	۱۸۵	۶۴/۵	۱۰۲	۳۶/۵	۲۸۷
توانایی انجام امور مالی	۵۰	۱۶/۴	۲۵۴	۸۳/۶	۳۰۴

در مورد سطح تحصیلات در کل جامعه مورد مطالعه (بالای ۴۰ سال)، با افزایش سطح تحصیلات از میزان وابستگی در برخی فعالیت‌ها کاسته شده بود و این اختلاف با انجام آزمون کای‌دو معنادار بود، این فعالیت‌ها عبارت بودند از: غذا خوردن (P=۰/۰۰۵)، کنترل مدفوع (P=۰/۰۰۱)، حرکت در سطوح غیرهم‌سطح (P=۰/۰۰۲)، انتقال از تخت یا صندلی (P=۰/۰۰۳)، استفاده از تلفن (P=۰/۰۰۰۱) و مدیریت مالی (P=۰/۰۳۳)

تحلیل داده‌های فعالیت روزمره (ADL و IADL) و مقایسه تغییرات وابستگی در آن‌ها با استفاده از آزمون پیرسون نشان داد که استقلال در انجام فعالیت‌های استفاده از تلفن (P=۰/۰۰۰۱)، مدیریت دارو (P=۰/۰۱۴)، مدیریت مالی (P=۰/۰۳۴)، حرکت در سطوح غیر هم‌سطح (P=۰/۰۴۸) و استفاده از پلّه (P=۰/۰۴۵) در افراد گروه‌های سنی ۴۹ـ۴۰، ۵۹ـ۵۰ و بالای ۶۰ سال، معنادار بود (جدول ۳).

جدول ۳- فعالیت‌های روزمره جانبازان نابینای بالای ۴۰ سال که در گروه‌های سنی معنادار بودند

فعالیت		تعداد جانبازان (درصد)		
		۴۹-۴۰	۵۹-۵۰	بالای ۶۰
تلفن	وابسته	(۱۷/۰)۴۰	(۳۴/۶)۱۸	(۵۶/۵)۱۳
	مستقل	(۸۳/۰)۱۹۵	(۶۵/۴)۳۴	(۴۳/۵)۱۰
مدیریت دارو	وابسته	(۳۲/۴)۷۱	(۳۶/۶)۱۷	(۶۳/۶)۱۴
	مستقل	(۶۷/۶)۱۴۸	(۶۳/۴)۲۹	(۳۶/۴)۸
مدیریت مالی	وابسته	(۸۰/۴)۱۸۵	(۹۴/۱)۴۸	(۹۱/۳)۲۱
	مستقل	(۱۹/۶)۴۵	(۵/۹)۳	(۸/۷)۲
سطوح غیر هم‌سطح	وابسته	(۳۶/۸)۸۶	(۲۳/۵)۱۲	(۱۷/۴)۴
	مستقل	(۶۳/۲)۱۴۸	(۷۶/۵)۳۹	(۸۲/۶)۱۹
پلّه	وابسته	(۸۲/۰)۱۹۱	(۶۸/۶)۳۵	(۷۳/۹)۱۷
	مستقل	(۱۸/۰)۴۲	(۳۱/۴)۱۶	(۲۶/۱)۶

اما تحلیل‌های دو به دو نشان داد که این اختلاف در بین گروه‌ها متفاوت است به گونه‌ای که در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- آزمون دو به دوی فعالیت‌ها در سطوح سنی

فعالیت	نتیجه آزمون پیرسون		
	۴۰-۴۹ با ۵۰-۵۹	۴۰-۴۹ با ۶۰ به بالا	۵۰-۵۹ با ۶۰ به بالا
تلفن	۰/۰۰۴	۰/۰۰۰	۰/۰۷۶
مدیریت دارو	۰/۵۵۳	۰/۰۰۳	۰/۰۳۹
مدیریت مالی	۰/۰۱۹	۰/۲۰۱	۰/۶۵۵
سطوح غیرهم‌سطح	۰/۰۷۲	۰/۰۶۳	۰/۵۵۳
انتقال از تخت یا صندلی	۰/۴۵۲	۰/۰۴۶	۰/۶۰۰
پلّه	۰/۰۳۲	۰/۳۹۵	۰/۶۴۵

بحث

اغلب جانبازان نابینا در زمان جنگ و آسیب پدید آمده در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۵ سال قرار داشتند و در زمان مطالعه بیش‌تر در گروه سنی میان‌سالان قرار می‌گرفتند. یافته‌های این مطالعه می‌تواند کمک زیادی به شناخت بیش‌تر ابعاد مختلف زندگی جانبازان نابینا نماید به خصوص که معمولاً این گروه در مطالعات miss می‌شوند و دستیابی به آنانبه خصوص برای انجام کارهای تحقیقاتی بسیار مشکل است. در واقع این مقاله نتایج بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر است که هدف آن بررسی شرایط و نیازهای جسمی و روحی این گروه vulnerable به منظور افزایش کیفیت زندگی آنان بود. بیش‌تر افراد این جامعه را مردان تشکیل می‌دادند چرا که آسیب‌های منجر به نابینایی در میادین مین و میدان نبرد رخ داده‌اند و به همین دلیل جامعه مردان غالب بود. از نظر شغلی نیز با اجرای طرح حالت اشتغال در بنیاد شهید و امور ایثارگران با این که جانبازان مورد مطالعه، منبع درآمد و مستمری ثابتی از بنیاد دریافت می‌داشتند ولی اکثر آنان فاقد شغل بودند. نکته جالب توجه عدم گزارش طلاق در این مطالعه بود که می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرارگیرد.

در این مطالعه، در حدود ۳۵/۵٪ زیردیپلم، ۱۲٪ دیپلم و ۵۲/۵٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. در مقایسه با جامعه عادی که در سال ۸۵، ۱۲/۷٪ افراد بالای ۶ سال تحصیلات دانشگاهی داشتند(۱۸) نسبت مناسبی در این جامعه وجود دارد اما میانگین سنی این دو جامعه و جوان بودن جامعه عادی نشان می‌دهد که نمی‌توان مقایسه خوبی با جامعه عادی داشت و البته اطلاعات مشابهی هم از جامعه در دست نیست تا بتوان این افراد را با گروه همسالان خود مقایسه نماییم ولی مقایسه‌ای که با جامعه بازنشستگان صورت گرفت و مشخص شد که در سال ۸۶ در حدود ۴۵٪ از افراد بازنشسته تحصیلات دانشگاهی و ۱۷٪ زیردیپلم بودند(۱۸) اگر با این جامعه مقایسه را انجام دهیم، افراد زیردیپلم در گروه جانبازان نابینا دو برابر بازنشستگان سال ۸۶ بودند ولی از نظر تحصیلات دانشگاهی تقریباً نزدیک به یکدیگر بودند. البته نباید از نظر دور داشت که هدف آموزش در افراد نابینا کسب مهارت‌هایی است که به واسطه آن‌ها، فرد از استقلال بالاتری برخوردار گردد(۱۹,۲۰)؛ درحالی‌که به نظر می‌رسد، آموزش و تحصیل در این گروه در حوزه تحصیلات و آموزش عمومی بوده است و نه تحصیلات ویژه نابینایان.

به‌طور کلی، فعالیت روزمره در دو بخش ADL و IADL، قابل بحث هستند. فعالیت روزمره را می‌توان بخشی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نظر گرفت(۱۲,۲۲)؛ هرقدر استقلال در انجام فعالیت روزمره بالاتر باشد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتر خواهد بود. با افزایش سن، شاهد افت در عملکرد و کم‌تر شدن استقلال در انجام این فعالیت‌ها هستیم(۲۳). در سالمندان، بالا رفتن و پایین آمدن از پلّه، کنترل ادرار، راه رفتن در سطوح ناهموار و حمام کردن، در ۹۵/۳ درصد موارد می‌تواند تعیین کننده وابستگی و عدم وابستگی آنان باشد(۱۹). برای این که از بین همه سالمندان، افراد وابسته را بتوانیم جدا کنیم، توصیه می‌شود که دو مورد کنترل مدفوع و انتقال از تخت به صندلی و برعکس نیز به این چهار مورد اضافه شود. در این جهت می‌توان یک دسته‌بندی درونی هم ارائه نمود، بدین ترتیب که برخی از مطالعات این‌گونه بحث کرده‌اند که اگر فردی در بالا و پایین رفتن از پلّه مشکل داشت، آن‌گاه در سؤال دیگر یعنی مشکل در انتقال از تخت به صندلی و حرکت در سطوح ناهموار نیز پرسش شود. بین دو مورد اخیر هم می‌توان این رابطه را در نظر گرفت یعنی اگر فرد در حرکت در سطوح ناهموار دچار مشکل بود، آن‌گاه در مورد انتقال از تخت به صندلی از وی سؤال

شود(۲۴,۲۵). در برخی مطالعات هم یک دسته‌بندی دیگر را ارائه می‌نمایند، برای مثال تحرّک در سطوح ناهموار، کنترل ادرار و کنترل مدفوع، حمام کردن را به‌طور کلّی چهار بخش اصلی ADL در نظر می‌گیرند(۲۴). نکته قابل تأمل این است که بیش‌ترین افت در استقلال، در چه محدوده سنی رخ می‌دهد. این مطالعه نشان داد که تقریباً همه جانبازان نابینا حداقل در یکی از فعالیت‌های روزمره وابسته بودند که متأسفانه مطالعه‌ای در ایران بر روی افراد نابینا صورت نگرفته تا بتوان مقایسه نمود ولی در قیاس با مطالعات خارجی وضعیت نامناسبی است زیرا وابستگی افراد نابینا در مطالعات از ۵۰ تا ۷۰ درصد گزارش شده است(۲۶-۲۹ , ۲۰). این مطالعه نشان داد که با افزایش سن، افت در استقلال فردی در انجام کلیه فعالیت‌های روزمره رخ می‌داد ولی تعدادی از آن‌ها از نظر آماری معنادار بودند. در مقایسه افراد در سه گروه ۴۹ــ۴۰، ۵۹ــ۵۰ و بالای ۶۰ سال دریافتیم که استقلال در حرکت در سطوح غیر هم‌سطح و استفاده از پلّه، به‌طور معناداری در افراد گروه اول، بیش از افراد بالای ۵۰ سال بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اغلب این افراد آموزش لازم را برای تحرک و جابجایی ندیده‌اند و یا آموزش‌ها مؤثر و کارآمد نبوده است. این امر از آنجا اهمیت دارد که به واسطه کاهش سطح فعالیت‌های اساسی، میزان فعالیت‌های جسمی نیز کاهش یافته و با در نظر گرفتن شرایط شهرسازی در کشور، دیگر فعالیت‌های فردی و اجتماعی نیز دستخوش تغییر و نقصان می‌شود. در فعالیت‌های IADL بیش‌ترین استقلال هم مربوط به استفاده از تلفن بود(۷۸□۷٪) و توانایی انجام امور مالی کم‌ترین استقلال را نشان داد. در این‌جا نقش تحصیلات به چشم می‌خورد به شکلی که تعداد افراد مستقل، با تحصیلات بالاتر در همه فعالیت‌ها بیش‌تر بودند ولی به‌طور خاص تعداد کسانی که تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند، در فعالیت‌های غذا خوردن، کنترل مدفوع، حرکت در سطوح‌غیرهمسطح، انتقال از تخت یا صندلی، استفاده از تلفن و انجام امور مالی نسبت به افراد زیردیپلم، استقلال بیش‌تری نشان دادند. متأسفانه پژوهش مشابهی در کشور ایران یافت نشد تا مورد قیاس واقع گردد.

با توجه به این که با وجود دعوت شدن از همه، حدود ۶۰٪ از جانبازان نابینای کشور (۶۸۰ نفر) در این مطالعه شرکت نمودند؛ فقدان اطلاعات لازم در خصوص علّت عدم شرکت در مطالعه و همچنین خصوصیات دموگرافیک آن‌ها، امکان مقایسه افراد شرکت کننده و کسانی که شرکت نکرده‌بودند را سلب می‌کرد که این مسئله ممکن است باعث ایجاد bias شود.

نتیجه‌گیری

نگاهی به سن این افراد نشان می‌دهد که اغلب شرکت کنندگان در این مطالعه (۷۶٪) در سنین ۴۹ــ۴۰ سال بودند و در دهه آینده به گروه بالای ۵۰ سال خواهند پیوست و نیازهای نوینی را در جهت یاری‌رسانی در فعالیت‌های روزمره ابراز خواهندکرد که با پیش‌بینی این شرایط می‌توان مداخلاتی را برای حفظ و ارتقاء استقلال آن‌ها طراحی و اجرا نمود.

با افزایش سن و در مرز سن ۵۰ سالگی، افت در فعالیت‌های استفاده از تلفن، مدیریت دارو و انتقال از تخت یا صندلی رخ می‌دهد که می‌تواند سبب وابستگی بیش‌تر این افراد و نیازمندی آنان به کمک و یاری گردد. اما نکته قابل توجه، اختلاف بین گروه‌های ۵۹ـ۵۰ و بالای ۶۰ است که تنها در «مدیریت دارو» مشاهده شد. مفهوم این موضوع این است که افت استقلال در فعالیت‌های «استفاده از تلفن»، «مدیریت مالی»، «تحرک در سطوح غیرهمسطح»، «انتقال از تخت یا صندلی» و «استفاده از پلّه» در مرز سن ۵۰ سالگی رخ داده است و این فعالیت‌ها در گروه‌های سنی ۵۰ و ۶۰ ساله یکسان بوده‌اند و در واقع شاید بتوان گفت که مرز سالمندی یا همان افت قابل ملاحظه عملکرد جسمی و روانی که مبنای بسیاری از تعاریف سن سالمندی‌است، برای این گروه می‌تواند ۵۰ سالگی باشد که قوانین و مقررات می‌تواند متناسب با این شرایط تغییر یابند.

پیشنهادات

تکرار مطالعات مشابه در افراد نابینا و جانبازان نابینا و همچنین انجام مطالعات فراتحلیلی می‌تواند در یافتن سن سالمندی در این گروه کارساز باشد و نیز انجام مطالعات مشابه در دیگر گروه‌های ناتوانی می‌تواند امکان مقایسه و در نهایت تغییر روش‌های مداخله‌ای از جمله قوانین را به همراه داشته باشد. انجام مطالعات مداخله‌ای بر مبنای یافته‌های این مطالعه نیز می‌تواند مورد عنایت قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان و با حمایت مالی مرکز گروه‌های خاص جانبازی انجام گرفته است.

REFERENCES منابع

1. CDC. Vision Impairment [Internet]. 2004 [updated 2010]. Available from: http://www.cdc.gov/ncbddd/dd/vision2.htm.
2. FBN. Special report on aging and vision loss [Internet]. 2008 [updated 2010]. Available from: http://www.afb.org/Section.asp?SectionID=15&DocumentID=4423.
3. Change the definition of blindness [Internet]. 2005 [updated 2010]. Available from: http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf.
4. Switzerland. International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB). WHO. Global initiative for the elimination of avoidable blindness : action plan. 2011: Geneva; 2007.
5. Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. Hazzard's geriatric medicine and gerontology. NJ: McGrwHill; 2009.
6. Feghhi M, Khataminia G, Ziaei H, Latifi M. Prevalence and causes of blindness and low vision in Khuzestan province, Iran. Journal of Ophthalmic and Vision Research 2009; 4(1):29-34.
7. Fotouhi A, Hashemi H, Mohammad K, Jalali KH. The prevalence and causes of visual impairment in Tehran: the Tehran Eye Study. Br J Ophthalmol. 2004;88(6):740-745.
8. Shahriari HA, Izadi SH, Rouhani MR, Ghasemzadeh F, Maleki AR. Prevalence and causes of visual impairment and blindness in Sistan-va-Baluchestan province, Iran: Zahedan Eye Study. Br J Ophthalmol. 2007;91(5):579-584.
9. Crews JE, Jones GC, Kim JH, Double jeopardy: the effects of comorbid conditions among older people with vision loss. Journal of visual impairment and blindness 2006;100 (Spescial Supplement):824-848.
10. Congdon NG, Friedman DS, Lietman T. Important causes of visual impairment in the world today. JAMA. 2003;15;290(15):2057-60.
11. Amini R, Haghani H, Masoumi M. Quality of life in the Iranian blind war survivors in 2007: a cross-sectional study. BMC Int Health Hum Rights. 2010 Aug 21;10:21.
12. Amini R, Haghani H, Masoomi M, Assari S. Activity of daily living and its associated factors in war survivors with no visual acuity. JRMS. 2010;15(4):1-6.
13. Amini R, Haghani H, Masoomi M, Assari S. Physical injuries and quality of life in blind war survivors: a cross sectional study. Arch Iran Med. 2010;13(6):504-8.
14. Gadd H. The social security (equalisation of state pension age) regulations 9 Northern Islands) 2009Equality Impact Assessment; 2009.
15. Australia. Parliament. Disability Discrimination Act 1992; Sydney; 2010.
16. Welfare S. Retirment for disabled people and special jobs. HamShahry 2010.
17. Davies L. France unveils plans to raise retirement age [Internet] 2010. Available from: http://www.guardian.co.uk/world/2010/jun/16/france-reforms-retirement-pensions
18. SCI. Education innormal population in Iran [Internet]. 2007 [cited 2010]. Available from: http://amar.sci.org.ir.
19. Blindness education [Internet] 2010. Available from: http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=1261&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
20. Vision rehabilitation: care and benefit plan models [Internet] 2010. Available from: http://www.ahrq.gov/clinic/vision/
21. Groessl EJ, Kaplan RM, Rejeski WJ, Katula JA, King AC, Frierson G, et al. Health-related quality of life in older adults at risk for disability. Am J Prev Med. 2007;33(3):214-218.
22. Imberly C, Dana D. Using the SF-36 to determine perceived health-related quality of life in rural Idaho Seniors. Journal of Allied Health 2006;35(3):156-161.
23. Figueira HA, Figueira JA, Mello D, Dantas EHM. Quality of life throughout ageing. Acta medica lituanica. 2008;15(3):169-172.
24. Roehrig B, Hoeffken K, Pientka L, Wedding U. How many and which items of activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) are necessary for screening. Crit Rev Oncol Hematol. 2007;62(2):164-171.
25. Cesari M, Onder G, Zamboni V, Manini T, Shorr RI, Russo A, et al. Physical function and self-rated health status as predictors of mortality: results from longitudinal analysis in the ilSIRENTE study. BMC Geriatrics. 2008;22;8:34.
26. DiNuzzo AR, Black SA, Lichtenstein MJ, Markides KS. Prevalence of functional blindness, visual impairment, and related functional deficits among elderly Mexican Americans. The Journal of Gerontology 2000;56(9):M548-M551.
27. Brézin AP, Lafuma A, Fagnani F, Mesbah M, G. Blindness, low vision, and other handicaps as risk factors attached to institutional residence. Br J Ophthalmol. 2004;88(10):1330-1337.
28. Brézin AP, Lafuma A, Fagnani F, Mesbah M, Berdeaux G. Prevalence and burden of self-reported blindness and low vision for individuals living in institutions: a nationwide survey. Health and Quality of Life Outcomes 2005;3:27.
29. Nilsson J. Understanding health-related quality of life in old age: a cross-sectional study of elderly people in rural Bangladesh. [PhD thesis]. Karolinska: Karolinska Institute; 2005.