

بررسی کیفیت زندگی جانبازان قطع اندام تحتانی و فوقانی *Quality of life of upper and lower amputated veterans*

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۱۸

حبیب هادیان فرد[✉]، امیرحسین نسابه^۱

Introduction: War has lots of catastrophic consequences on the health of people such as amputation. Amputated persons experience more changes in their quality of life following the amputation. Combat related amputation is sudden and unexpected and coping with it is hard. Acceptance is expected during the time after taking medial- health services. The purpose of this study is to assess the quality of life of amputated veterans following almost 20 years after ending the war.

Method: This research is descriptive survey by using data from 120 veterans were randomly selected from the amputated veterans list (60 lower & and 60 upper) of the Fars region of the Foundation of Martyrs and Veterans. The veterans filled out the Short Form Health Survey (SF-36).

Results: The result showed the average score for SF-36 full-scale was 40.64 and the average score for physical component scale and mental component scale were 37.93 and 43.43. Although the averages in comparison with national or international normative data are below the means, but if we define a range around the mean, most of SF-36 subscale will fall within two

standard deviations. There was no significant difference between the quality of life of the lower & and upper Amputated group.

Discussion: Our results did not support the previous finding that reported the quality of life of amputated veterans is significantly below the mean also our results did not support the hypothesis that the lower limb amputees experience worse quality of life in comparison with upper limb amputees.

Key words: amputation, quality of life, Veterans

چکیده

مقدمه: جنگ پیامدهای ناگواری از جمله قطع اندام را در پی دارد. قطع عضو از جمله آسیب‌های جدی و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی هر فرد محسوب می‌شود. انتظار می‌رود با گذشت زمان افراد قطع عضو، با دریافت کمک‌های درمانی و بازتوانی جسمی نهایتاً به مرحله سازگاری برسند. هدف پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو بعد از گذشت دو دهه از پایان جنگ تحمیلی است.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- پیمایشی است که در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۲۰ جانباز قطع عضو انجام گرفت (۶۰ نفر قطع اندام فوقانی و ۶۰ نفر قطع اندام تحتانی). آزمودنی‌ها با استفاده از جدول اعداد تصادفی از میان لیست جمعیت مورد مطالعه انتخاب شدند و به فرم کوتاه پرسشنامه برآورد سلامت (SF36) پاسخ دادند.

نتایج: نتایج نشان داد میانگین نمره کل آزمودنی‌ها ۴۰/۶۴ و میانگین خلاصه مقیاس کلی سلامت جسمی ۳۷/۹۳ و خلاصه مقیاس سلامت روانی ۴۳/۴۳ است. این اعداد از عدد ۵۰ که معمولاً به عنوان متوسط در نظر گرفته می‌شود کمتر است. مقایسه ۸ خرده مقیاس این پرسشنامه با داده‌های هنجاری داخلی و بین‌المللی نشان داد نمره آزمودنی‌ها در اکثر مقیاس‌ها در دامنه قابل قبول قرار می‌گیرد.

بحث: یافته‌های پژوهش حاضر با یافته پژوهش‌های قبلی در ایران که بیان می‌دارند کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو به‌طور معناداری پایین‌تر از جمعیت عمومی است همسو نیست. همچنین یافته‌های حاضر از رویکردی که معتقد است کیفیت زندگی افراد قطع اندام تحتانی به‌طور معناداری بدتر از افراد قطع اندام فوقانی است، حمایت نمی‌کند.

کلید واژه‌ها: قطع اندام، کیفیت زندگی، جانبازان

Hadianfard H. PhD[✉], Nassabeh AH. MSc

Abstract

[✉] **Corresponding Author:** Department of Clinical Psychology Shiraz University, Shiraz, Iran
E-mail: h.hadianfard@yahoo.com

[✉] گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۱- گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

جنگ و درگیری‌های نظامی همواره پیامدهای انسانی ناگواری را در پی دارد. این پیامدهای ناخوشایند در طیف‌های گسترده‌ای قرار می‌گیرد که هر کدام باید به‌طور مجزا در جای خود بررسی شود. یکی از متداول‌ترین آثار مخرب پیامدهای ناشی از درگیری‌های نظامی آسیب‌های جسمی و روانی است. آسیب‌های جسمی به‌ویژه در نیروهای رزمنده که به‌طور مستقیم در جنگ شرکت دارند شیوع فراوان دارد. قطع اندام^۱ از جمله آسیب‌هایی است که در بعد جسمی امکان وقوع آن بسیار محتمل است. قطع اندام به دلایل متفاوتی اتفاق می‌افتد. قطع اندام‌ها، به دنبال آسیب جنگ، معمولاً در افراد جوانی رخ می‌دهد که از جهات دیگر سالم هستند. بنابراین با سایر علل آمپتاسیونها از نظر نتیجه و عوارض، متفاوت است (دوگرتی^۲، ۲۰۰۱). قطع اندام اصطلاحی است که به معنای جدا شدن بخشی از اندام (دست یا پا) بدن اطلاق می‌گردد. قطع اندام از جمله آسیب‌های جدی و تأثیرگذار در مسیر زندگی هر فرد محسوب می‌شود، که نه تنها محدودیت جسمی برای فرد ایجاد می‌کند بلکه تصویر فرد از جسم خود را نیز دگرگون می‌سازد به شکلی که ممکن است احساس کارآمدی او را تغییر دهد (زیدارو، سواين، گواتیتیر- کاگنون، ۲۰۰۹). قطع اندام فرد را با ۳ محرومیت عمده در عملکرد، در احساس و باور داشت‌های جسمی روبرو می‌کند (هورن و نیل ۲۰۰۹). فردی که به‌طور ناگهانی دچار قطع

اندام می‌گردد، به‌یکباره با واقعیت‌های اجتناب‌ناپذیر و غیرمنتظره مواجه می‌شود که بر برداشت او از زندگی و کیفیت آن تأثیر می‌گذارد. قطع اندام از نظر روانی با مرحله شوک آغاز و اگر فرد در مسیر سلامت روانی و بازتوانی جسمی قرار گیرد نهایتاً به مرحله سازگاری^۳ دست می‌یابد (سیمور، ۲۰۰۲). البته تمام افراد به مرحله سازگاری کامل نمی‌رسند. در طی دو دهه گذشته بررسی کیفیت زندگی، معمولاً به‌عنوان شاخصی اصلی برای ارزیابی میزان سازگاری فرد با بیماری یا قطع عضو در طی زمان و در نتیجه درمان و مراقبت‌های اجتماعی به‌کاررفته است. مفهوم کیفیت زندگی بیانگر ارزیابی ذهنی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی خودش است و کیفیت زندگی وابسته به سلامت^۴ به‌طور اخص به برداشت فرد از جنبه‌های جسمی و روانی زندگی خودش باز می‌گردد (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). کیفیت زندگی همانند احساس بهزیستی به چگونگی ارزیابی ذهنی فرد از زندگی خود اشاره دارد این احساس نه‌تنها برای افراد متفاوت معانی مختلفی دارد بلکه برای یک فرد در شرایط گوناگون نیز معانی یکسان نخواهد داشت. به‌رغم تفاوت‌ها در تعریف این سازه، پژوهشگران بر سه ویژگی مهم شامل چندبعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن آن اتفاق‌نظر دارند (هادیان فرد و مظفری، ۱۳۸۳ و سلامتی، ۱۳۸۸). کیفیت زندگی موضوعی چندبعدی است و دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و روحی است. با توجه به چندبعدی بودن این سازه بررسی آن می‌تواند یک نشانگر خوب برای تعیین میزان کارآمدی درمان باشد (برگنر^۵، ۱۹۸۹).

در زمینه کیفیت زندگی جانبازان و ایثارگران طی سه دهه گذشته پژوهش‌های متعددی انجام‌گرفته است

تاریخچه مستندی از اختلالات روان‌پزشکی بودند که دامنه‌ای از افسردگی خفیف تا اختلال استرس پس از سانحه را شامل می‌گردید. نتایج تحقیق معصومی، سروش و مدیریان (۱۳۸۷) بر روی گروهی از جانبازان قطع عضو دوطرفه اندام فوقانی که به‌منظور بررسی و ارزیابی مشکلات روان‌پزشکی در این گروه از جانبازان صورت پذیرفته بود، نشان داد که ۴۱/۷ درصد شرکت‌کنندگان در این پژوهش خلق غیرطبیعی داشته‌اند که شایع‌ترین آن خلق افسرده ۲۹/۱ درصد بوده است.

در دنیا هم پژوهش‌های متعددی در زمینه قطع اندام و تأثیر آن بر کیفیت زندگی به‌عمل آمده است. پژوهش هاوآمده، اتمن و ابراهیم (۲۰۰۸) که بر روی آزمودنی‌هایی با قطع عضو یک‌طرفه اندام تحتانی انجام پذیرفت، نشان داد که شیوع اضطراب و علائم افسردگی در بین شرکت‌کنندگان در پژوهش به ترتیب ۳۷٪ و ۲۰٪ بوده است. نتایج حاصل از تحقیق دارنال، افرایم، وجنر، دلینگهام، پزین^۶ و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی آزمودنی‌هایی با قطع عضو انجام گرفت شیوع علائم افسردگی به میزان ۲۸٪ را در بین آزمودنی‌ها نشان داد. در پژوهش کازیس، میلر، کلارک، اسکینر، لی و همکاران^۷ (۱۹۹۸) که به‌منظور بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت کهنه سربازان آمریکائی تحت پوشش اداره امور کهنه سربازان انجام پذیرفت، مشخص گردید که این گروه از سربازان قدیمی که از سیستم مراقبتی اداره امور کهنه سربازان استفاده می‌نمودند، اساساً از وضعیت سلامتی نامناسب‌تری نسبت به جمعیت غیر کهنه سرباز برخوردار بودند. وارن، ماندرسن و میساجون^۸ (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی کیفیت زندگی افرادی با قطع عضو اندام تحتانی پرداختند. آزمودنی‌ها شامل ۶۰ نفر

که دست آورده آن در بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی و بهداشت روانی جامعه جانبازان قطع اندام تحتانی و فوقانی به کار گرفته شده است. در پژوهش موسوی، میر سلیمی، معصومی و منتظری (۱۳۸۸)، کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در هر دو اندام تحتانی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتیجه این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در تمامی ابعاد سنجیده شده کیفیت زندگی به‌طور معناداری از سطح عادی جامعه پائین تر است. نتایج حاصل از پژوهش دیگری که توسط اسد الهی، ثقفیان، نفیسی، منتظری، اسد الهی و خاتمی (۲۰۱۰) بر روی ۱۳۷ نفر از آسیب دیدگان انفجار مین در استان مرزی ایلام انجام پذیرفت، نشان داد ۶۹٪ شرکت‌کنندگان از میزان بالایی از اضطراب و افسردگی برخوردار بودند. همچنین میانگین نمرات شرکت‌کنندگان آسیب‌دیده در تمامی ابعاد کیفیت زندگی وابسته به سلامت، از گروه کنترل پائین تر بود. در پژوهش خانی، مرزآبادی، کریمی نسب، جاجوندیان، طیبی فرد و جوهری نیا (۱۳۹۰) کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در استان مازندران مورد سنجش قرار گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که جانبازان قطع عضو استان مازندران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند و ماهیت این ناتوانی و تأثیری که بر ابعاد سلامت فرد می‌گذارد، عامل اصلی در پائین بودن کیفیت زندگی این افراد است. ابراهیم‌زاده، فتاحی و بیرجندی (۲۰۰۶) باهدف بررسی عملکرد پس از سال‌های مجروحیت جانبازان ایرانی قطع عضو جنگ ایران-عراق، اقدام به انجام پژوهشی نمودند. در این پژوهش تعداد ۲۵ نفر جانباز قطع اندام فوقانی یک‌طرفه شرکت نمودند. به‌عنوان بخشی از یافته‌های این تحقیق، مشخص گردید که ۳۶٪ از آزمودنی‌ها دارای

زن و مردی بودند که در مراکز توان بخشی ایالت ویکتوریای استرالیا تحت درمان قرار داشتند. همه آزمودنی‌ها از ناحیه یک یا دو اندام تحتانی دچار قطع عضو بودند. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که در تمامی ابعاد کیفیت زندگی سنجیده شده توسط این پرسشنامه (به استثناء یک بعد)، آزمودنی‌ها در مقایسه با جمعیت عمومی استرالیا نمرات پایین تری را اخذ نمودند. در پژوهشی دیگر، تانتین ایرامی و لوکان آپی چون چات (۲۰۱۱) به بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت آن دسته از شهروندان کشور تایلند پرداختند که دچار قطع یک طرفه اندام تحتانی بودند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آزمودنی‌هایی که مدت زمان بیشتری از قطع عضویشان گذشته بود، تحصیلات بیشتری داشتند و پس از قطع عضو شاغل شده بودند و به طور معناداری کیفیت زندگی وابسته به سلامت بهتری داشتند.

بررسی کیفیت زندگی در جانبازان قطع اندام، می‌تواند میزان سلامت آن‌ها را از نگاه خودشان نشان دهد. همچنین تأثیر مداخلات درمانی و پیامدها^{۱۵} را بر فعالیت‌های روزمره آن‌ها نمودار سازد؛ بنابراین هدف اصلی از این مطالعه، بررسی، کلی کیفیت زندگی جانبازان قطع اندام بعد از گذشت دو دهه از پایان جنگ تحمیلی است. در گام بعدی مقایسه‌های بین کیفیت زندگی در افراد قطع اندام فوقانی و تحتانی است. در این پژوهش اصطلاح قطع اندام تحتانی به طور مشخص به قطع یک پا و یا هر دو پا از ناحیه زیر و یا بالای زانو اشاره داشته است. همچنین منظور از اصطلاح قطع اندام فوقانی نیز، قطع یک دست و یا هر دودست از مچ و آرنج و یا به طور کامل بوده است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - پیمایشی است که جهت بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت جانبازان قطع عضو در سال ۱۳۹۰ انجام گرفته است. جامعه آماری شرکت‌کننده در این پژوهش را کلیه جانبازان قطع اندام فوقانی و تحتانی تشکیل می‌دهند که در زمان انجام پژوهش تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران بوده‌اند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده و با استفاده از جدول تصادفی اعداد و تطبیق با شماره آزمودنی‌ها در لیست اسامی ایشان در بنیاد شهید و امور ایثارگران انجام گرفت. حجم نمونه در این پژوهش تعداد ۱۲۰ نفر جانباز بود که شامل ۶۰ نفر جانباز قطع اندام فوقانی و ۶۰ نفر جانباز قطع اندام تحتانی بودند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: وجود پرونده درمانی دال بر قطع اندام در بنیاد شهید و امور ایثارگران، داشتن درصد جانبازی و قطع اندام از ناحیه مچ یا بالاتر حداقل در یکی از اندام‌های چهارگانه. ملاک‌های خروج شامل: داشتن سابقه ضربه مغزی، صرع، بیماری سایکوتیک، اعتیاد به مواد مخدر.

ابزارهای پژوهش عبارتند از:

فرم کوتاه پرسشنامه برآورد سلامت^{۱۶} توسط ویر و شلبورن^{۱۷} در سال ۱۹۹۲ طراحی شده است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی بسیار متداول برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است. این ابزار معمولاً برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مزمن به کار می‌رود تا تأثیر درمان بر بهبود کیفیت زندگی آن‌ها را بسنجد. درویش پور کاخکی، عابد سعیدی، دلاور وسعیدالذاکرین (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای که بر روی ابزارهای سنجش سلامت انجام دادند با بررسی ۵۱۸۶ مقاله بیان می‌کنند؛ فرم کوتاه پرسشنامه برآورد سلامت به علت راحتی اجرا و جامع بودن اندازه‌گیری یکی از رایج‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت

و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در دنیا است. آن‌ها با مروری بر اطلاعات روان‌سنجی پرسشنامه در مقالات متعدد اعتبار و پایایی قابل قبولی برای این ابزار سنجش در ایالات متحده آمریکا و سایر کشورها گزارش می‌کنند. این پرسشنامه توسط منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) در ایران ترجمه و خصوصیات روان‌سنجی آن در کشور مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ و روایی همگرایی قابل قبولی نیز گزارش می‌کنند. محققین فوق در پژوهش خود نشان دادند این ابزار اندازه‌گیری وسیله قابل قبولی از لحاظ روان‌سنجی است. این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و ۸ خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها شامل: ۱- عملکرد جسمانی^{۱۱} (دارای ۱۰ ماده که فعالیت‌هایی مانند راه رفتن و بالا رفتن از پله‌ها را می‌سنجد). ۲- محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی^{۱۲} (دارای ۴ ماده که دشواری در انجام کار یا سایر فعالیت‌های روزانه را به دلیل محدودیت‌های جسمی می‌سنجد). ۳- محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی^{۱۳} (دارای ۳ ماده که دشواری در انجام کار یا سایر فعالیت‌های روزانه را به دلیل مشکلات هیجانی می‌سنجد). ۴- خستگی یا نشاط^{۱۴} (دارای ۴ ماده که میزان خستگی و یا انرژی در هنگام انجام فعالیت‌های روزانه را می‌سنجد). ۵- سلامت عاطفی^{۱۵} (دارای ۵ ماده که شادمانی، افسردگی و حالات روان‌نژندی را می‌سنجد). ۶- عملکرد اجتماعی^{۱۶} (دارای ۲ ماده است که تأثیر سلامت جسمی و هیجانی را بر فعالیت‌های اجتماعی

یافته‌ها

می‌سنجد). ۷- درد (دارای ۲ ماده است که محدودیت‌های روزانه را به دلیل درد می‌سنجد). ۸- سلامت عمومی (دارای ۵ ماده است که ادراک فرد از سلامت خود را می‌سنجد). این ۸ خرده مقیاس در ۲ مقیاس کلی به ترتیب زیر خلاصه می‌شوند. ۱- علامت جسمی (از ادغام مقیاس‌های عملکرد جسمانی + محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی + درد جسمی + سلامت عمومی به دست می‌آید). ۲- سلامت روانی (از ادغام مقیاس‌های عملکرد اجتماعی + محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی + سلامت عاطفی + خستگی یا نشاط به دست می‌آید). به استثنای یک ماده که به‌طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را طی دوره‌ای یک‌ساله بررسی می‌نماید، بقیه ماده‌های پرسشنامه در محاسبه امتیاز مقیاس‌ها به‌کاربرده می‌شود و هر سؤال تنها در محاسبه امتیاز یک مقیاس به کار برده می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند (منتظری، گشتاسبی، وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴).

روش اجرا: جانبازان ساکن در شهرستان‌ها با مراجعه به ساختمان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان محل سکونت خود و با همکاری دستیاران پژوهشگر، در این پژوهش شرکت نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از روش‌های توصیفی، تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱ - دامنه سنی آزمودنی‌ها

دامنه سنی	۳۰ تا ۴۵	۴۶ تا ۶۰	۶۱ به بالا
فراوانی	۶۷	۴۷	۶

درصد	۵۵/۸	۳۹/۲	۵
جدول شماره ۲ فراوانی میزان تحصیلات آزمودنی ها را نشان می دهد. بیشترین فراوانی مربوط به جانبازان		دارای دیپلم متوسطه و کمترین فراوانی مربوط به جانبازان دارای تحصیلات ابتدایی و پایین تر است.	

جدول ۲- اطلاعات مربوط به میزان تحصیلات جانبازان

تحصیلات میزان	پایین تر و ابتدائی	سیکل	دیپلم	فوق دیپلم	بالا تر و لیسانس
فراوانی	۱۱	۱۵	۴۷	۲۳	۲۴
درصد	۹/۳	۱۲/۵	۳۹	۱۹/۲	۲۰

می تواند هنجار خوبی برای مقایسه داده های پژوهش حاضر باشد. اگر میانگین نمره هر خرده مقیاس در پایین این دامنه قرار گیرد نشان می دهد میانگین نمره آزمودنی ها رتبه درصدی^{۱۷} کمتر از ۲/۵ را به دست آورده که این بدان معناست که نمره در حد زیادی پایین تر از میانگین است. همان طور که در جدول مشاهده می کنید تنها نمره آزمودنی ها در دو خرده مقیاس عملکرد جسمانی و درد در پایین این دامنه قرار گرفته است. در سطر سوم این جدول بر اساس پژوهش خیل تاش، منتظری و نبی (۱۳۸۵) که بر روی بیماران مزمن بدخیمی های خونی انجام گرفته دامنه ۹۵٪ اطراف میانگین^{۱۸} محاسبه شده است. روش محاسبه همانند سطر ۲ است. همان طور که در جدول مشاهده می کنید تنها نمره آزمودنی ها در دو خرده مقیاس عملکرد جسمانی، پایین این دامنه قرار گرفته است. در سطر چهارم این جدول بر اساس پژوهش کراز، فلک، اولیوریا، کامی، هافمن و همکاران^{۱۹} (۲۰۱۳) که بر روی جمعیت عمومی در کشور برزیل انجام گرفته دامنه ۹۵٪ اطراف میانگین محاسبه شده است. روش محاسبه همانند سطر دوم است. همان طور که در جدول مشاهده می شود هیچ کدام از میانگین ها

میانگین و انحراف معیار آزمون برآورد سلامت برای کل آزمودنی ها بدون تفکیک نوع قطع اندام محاسبه شد. در نمره کل، آزمودنی ها متوسط ۴۰/۶۴ با انحراف معیار ۲۰/۷۳ را کسب کردند. آزمون همچنین دو خلاصه مقیاس کلی سلامت جسمی و روانی ارائه می دهد. میانگین آزمودنی ها در خلاصه مقیاس سلامت جسمی ۳۷/۹۳ (انحراف معیار ۲۲/۷۲) محاسبه گردید. این عدد از میانگین داده های هنجاری گزارش شده در کانادا (۵۲/۶) و نیوزلند (۵۱/۱) کمتر است. میانگین آزمودنی ها در خلاصه مقیاس سلامت روانی ۴۳/۴۳ (انحراف معیار ۲۱/۷) است. این عدد از میانگین داده های هنجاری گزارش شده در کانادا (۵۱/۷) و نیوزلند (۵۱/۲) کمتر است. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار ۸ خرده مقیاس را برای کل آزمودنی ها نشان می دهد. در سطر دوم این جدول بر اساس پژوهش منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) دامنه ۹۵٪ اطراف میانگین محاسبه شده است. این دامنه با اضافه و کم کردن دو انحراف معیار به/ از میانگین به دست آمده است. با توجه به اینکه آزمودنی های پژوهش فوق از جمعیت عمومی شهر تهران انتخاب شده اند میانگین های ارائه شده در پژوهش

محاسبه همانند سطر دوم است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود نمره آزمودنی‌ها در پنج خرده مقیاس عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی پایین این دامنه قرار گرفته است.

پایین‌تر از این دامنه قرار نگرفته است. در سطر پنجم این جدول بر اساس پژوهش هومن و همکاران (۲۰۰۰) که بر روی جمعیت عمومی در کشور کانادا انجام گرفته دامنه ۹۵٪ اطراف میانگین بر اساس نمرات هنجاری برای مردان ۴۴-۳۵ محاسبه شده است. روش

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار ۸ خرده مقیاس را برای کل آزمودنی و مقایسه آن با داده‌های هنجاری

متغیرها	خرده مقیاس سلامت عمومی	خرده مقیاس درد	خرده مقیاس عملکرد اجتماعی	خرده مقیاس عاطفی	خرده مقیاس سلامت	خرده مقیاس خستگی	خرده مقیاس محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	خرده مقیاس محدودیت ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی	خرده مقیاس عملکرد جسمانی
میانگین و (انحراف معیار) برای پژوهش حاضر	۴۰/۹۱ (۲۳/۹۴)	۴۴/۴۶ (۲۸/۴۰)	۴۹/۵۸ (۲۶/۵۷)	۴۲/۳۹ (۱۸/۴۳)	۴۵/۵۴ (۲۱/۴۲)	۳۶/۲۲ (۳۹/۲۳)	۲۴/۸۱ (۳۳/۲۷)	۴۱/۲۵ (۲۶/۸۳)	
دامنه نمرات در جمعیت عمومی تهران	۳۱ تا ۱۰۰	۴۷ تا ۱۰۰	۳۱ تا ۱۰۰	۳۵ تا ۱۰۰	۳۷ تا ۱۰۰	۱ تا ۱۰۰	۱ تا ۱۰۰	۵۰ تا ۱۰۰	
دامنه نمرات در مبتلایان به لنفوم و لوسمی در تهران	۲۲ تا ۷۵	۲۴ تا ۱۰۰	۳۶ تا ۱۰۰	۳۱ تا ۸۵	۳۰ تا ۸۵	۲۴ تا ۱۰۰	۱ تا ۱۰۰	۶۱ تا ۱۰۰	
دامنه نمرات در جمعیت عمومی برزیل	۳۹ تا ۱۰۰	۲۰ تا ۱۰۰	۳۱ تا ۱۰۰	۳۴ تا ۱۰۰	۲۶ تا ۱۰۰	۱ تا ۱۰۰	۳ تا ۱۰۰	۳۶ تا ۱۰۰	
دامنه نمرات در جمعیت عمومی در کانادا	۴۶ تا ۱۰۰	۳۳ تا ۱۰۰	۵۲ تا ۱۰۰	۴۸ تا ۱۰۰	۳۴ تا ۱۰۰	۲۰ تا ۱۰۰	۲۸ تا ۱۰۰	۶۴ تا ۱۰۰	

شد. در این تحلیل هشت خرده مقیاس آزمون برآورد سلامت به‌طور همزمان به‌عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل گردید. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده

به‌منظور پاسخ‌دهی به این سؤال که آیا نوع قطع اندام (فوقانی یا تحتانی) بر کیفیت زندگی تأثیر متفاوتی دارد، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده

می‌شود این تحلیل هیچ تفاوت معناداری نشان نداد. متغیر وابسته در دو گروه وجود ندارد. این بدان معناست که هیچ تفاوت معناداری بین هشت

جدول ۴- تحلیل واریانس چند متغیری

معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه‌ها	F	ارزش	آزمون
NS ³²	۱۰۹	۸	۰/۳۱۴	۰/۰۲۳	Pillai's Trace
NS	۱۰۹	۸	۰/۳۱۴	۰/۹۷۷	Wilk's Lambda
NS	۱۰۹	۸	۰/۳۱۴	۰/۲۳	Hotelling Trace
NS	۱۰۹	۸	۰/۳۱۴	۰/۲۳	Roy's Largest Root

واریانس چند متغیری نیز هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد. با توجه به عدم معناداری تحلیل چند متغیری آزمون‌های تعقیبی گزارش نشده است.

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد علیرغم اندکی بالاتر بودن میانگین کیفیت زندگی در جانبازان قطع اندام فوقانی نسبت به میانگین کیفیت زندگی در جانبازان قطع اندام تحتانی، در آزمون‌های تعقیبی تحت تحلیل

جدول ۵- میانگین خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی به تفکیک نوع قطع اندام و مقایسه دو گروه با آزمون آماری‌اتی

متغیرها	میانگین برای جانبازان قطع اندام تحتانی	میانگین برای جانبازان قطع اندام فوقانی
نمره کل آزمون	۳۹/۸۰	۴۱/۴۷
خلاصه مقیاس سلامت جسمی	۳۶/۶۳	۴۳/۰۷
خلاصه مقیاس سلامت روانی	۳۹/۲۲	۴۳/۸۰
خرده مقیاس عملکرد جسمانی	۳۹/۶۶	۴۲/۸۳
خرده مقیاس محدودیت ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی	۲۲/۹	۲۷/۵۲
خرده مقیاس محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	۳۳/۴۶	۳۸/۹۸
خرده مقیاس خستگی یا نشاط	۴۶/۱۶	۴۴/۹۱
خرده مقیاس سلامت عاطفی	۴۲/۴۵	۴۲/۳۳
خرده مقیاس عملکرد اجتماعی	۵۰/۲۰	۴۸/۹۵
خرده مقیاس درد	۴۴/۲۴	۴۴/۶۸
خرده مقیاس سلامت عمومی	۴۰/۳۳	۴۱/۵۰

تمامی ابعاد، جانبازان کیفیت زندگی وابسته به سلامت خود را کمتر از عدد ۵۰ که در حقیقت میانه نمرات

بحث و نتیجه‌گیری

است گزارش کردند. این عدم رضایت در رابطه با خرده مقیاس محدودیت ایفای نقش ناشی از سلامت

بررسی ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی در جانبازان قطع اندام شرکت‌کننده در پژوهش حاضر نشان داد که در

سلیگمن (۱۹۷۲) به آن اشاره می‌کند. به نظر می‌رسد احساس ناتوانی آموخته‌شده به دنبال یک‌رشته نارسایی و شکست در پیوستن به شرایط طبیعی در زندگی اجتماعی در طی سال‌های گذشته در جانبازان مورد مطالعه در این پژوهش به وجود آمده است که باعث شده فرد از فعالیت‌های اجتماعی امتناع نماید و از کوشش برای کمک به خود در تمامی موقعیت‌ها دست بردارد و گمان کند دیگر راهی برای موفقیت وجود ندارد و تسلیم شرایط موجود شود و به شکل یک تماشاگر منفعل فقط به تماشای زندگی خود بپردازد. شینا و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود با عنوان سازگاری با قطع عضو و اندام مصنوعی نشان می‌دهند که استفاده از پروتز مناسب و حضور در محیط‌های اجتماعی و شغلی همبستگی مثبتی با کیفیت زندگی دارد و زمانی که این حضور کاهش یابد بر کیفیت زندگی اثر معکوس خواهد گذاشت.

نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته‌های موسوی و همکاران (۱۳۸۸) که نشان داد کیفیت زندگی جانبازان به طور کلی از سطح عادی جامعه پائین تر است همسو می‌باشد. این یافته‌ها همچنین با یافته‌های خانی و همکاران (۱۳۹۰) نیز همسو است. آن‌ها نشان دادند که جانبازان شرکت‌کننده در پژوهش از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نمی‌باشند. از طرف دیگر اگرچه میانگین جانبازان در این پژوهش بالا نیست ولی نمره آن‌ها در مقایسه با جمعیت عمومی شهر تهران در ۶ خرده مقیاس در دامنه قابل قبولی قرار می‌گیرد (در دو خرده مقیاس عملکرد جسمانی و درد در پایین دامنه قرار دارند). وقتی این مقایسه با بیماران مزمن بدخیمی‌های خونی نشان داد جانبازان در ۶ مقیاس پایین تر از نقطه بحرانی قرار ندارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد اگرچه میانگین نمرات جانبازان

جسمانی که دشواری در انجام کار یا سایر فعالیت‌های روزانه را به دلیل محدودیت‌های جسمی می‌سنجد پر رنگتر از بقیه مقیاس‌ها است؛ به شکلی که نمره آزمودنی‌ها به عدد ۲۵ هم نمی‌رسد این بدین معنی است که آزمودنی‌ها حتی یک‌چهارم نمره در این مقیاس را کسب نکردند. شاید سه دلیل عمده عامل اصلی این ارزیابی باشد. اول، عدم دسترسی به وسایل کمکی برای معلولان. حسینی داورانی، موسوی، اسماعیلی، سروش و معصومی (۱۳۸۹) در پژوهش خود مهم‌ترین مشکل جانبازان را دسترسی به خدمات درمانی و توان بخشی می‌دانند. با پیشرفت فناوری امروزه وسایل مختلفی طراحی شده که می‌تواند یک معلول را در فعالیت‌های حرکتی روزانه کمک کند و او را با توانی مناسب به اجتماع برگرداند. پژوهش (فراهانی نیا، ملکی، خیری و حقانی، ۱۳۹۱) نشان می‌دهد استفاده از پروتز مناسب، اولین عامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران قطع اندام است. ولی متأسفانه مشکلات اقتصادی و تحریم‌ها باعث عدم سهولت دسترسی به این تجهیزات شده است از طرف دیگر پایین بودن کیفیت وسایل مورد استفاده، معلولان حرکتی را از ورود به اجتماع دچار ترس می‌کند به طور مثال تعدادی از آن‌ها به سقوط از صندلی چرخ‌دار، مناسب نبودن پروتزهای مورد استفاده اشاره داشتند. شهرسازی نامناسب و نبود فرهنگ اجتماعی در جهت حمایت از معلولین. به طور مثال طراحی خیابان‌ها، پیاده‌روها، ساختمان‌های عمومی و اتوبوس‌های شهری معمولاً به شکلی است که یک معلول حرکتی بر روی صندلی چرخ‌دار نمی‌تواند از آن‌ها استفاده نماید و پی آمد آن گوشه‌گیری و انزوای آن‌ها است. پدید آمدن احساس ناتوانی آموخته‌شده^{۲۰} در آزمودنی‌ها به گونه‌ای که

از قطع اندام در این جانبازان گذشته و آن‌ها علیرغم تفاوت در قطع اندام باگذشت زمان به تدریج به نوعی سازگاری رسیده‌اند. عدم وجود تفاوت معنادار در بین این دو گروه از جانبازان همچنین می‌تواند ناشی از بافت و زمینه مشترکی است که هر دو گروه از آن برخوردارند.

از محدودیت‌های تحقیق این است که در این پژوهش فقط به بررسی کیفیت زندگی جانبازان قطع اندام توجه شده و سایر گروه‌های جانبازان از جمله جانبازان شیمیایی، قطع عضو و اعصاب و روان را نادیده گرفته است. با توجه به اهمیت یک مطالعه جامع درباره جانبازان پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به بررسی کیفیت زندگی تمامی جانبازان اهتمام گردد.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Limb amputation
- 2- Dougherty
- 3- Adjustment
- 4- Health-related quality of life
- 5- Bergner
- 6- Dornall, Ephraim, & Wegener, Dillingham, Pezzin & etal
- 7- Kazis, Miller, Clark, Skinner, Lee & etal
- 8- Warren, Manderson & Misajon
- 9- The Short Form Health Survey(SF-36)
- 10- Ware & Shelborne
- 11- physical functioning
- 12- role limitations because of physical health problems
- 13- role limitations because of emotional problems
- 14- vitality (energy/fatigue)
- 15- general health perceptions
- 16- social functioning
- 17- percentile rank
- 18- Well Below Average
- 19- Cruz, Fleck, Oliveira, Camey, Hoffmann, & etal
- 20- disability products and assistive devices
- 21- Peirano & Franz
- 22- Lauren

منابع

در کیفیت زندگی بالا نیست ولی نسبت به میانگین جامعه عادی و بیماران مزمن در اکثر مقیاس‌ها در دامنه قابل قبولی قرار دارد. یافته‌های این پژوهش با بعضی از یافته‌ها منتشرشده که معتقدند کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در تمام خرده مقیاس‌ها به طور معناداری از جمعیت عمومی پایین‌تر است همسو نیست. حتی در یک گام فراتر میانگین کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو از دامنه موردقبول در جمعیت عادی بعضی از کشورهای در حال توسعه مثل برزیل پایین‌تر نیست. این بدان معناست که اگرچه هدف تمام ارگان‌های اجتماعی و بهداشتی باید تلاش در جهت ارتقاء کیفیت زندگی جانبازان باشد ولی باید توجه داشت جانبازان با همه محدودیت‌ها در زندگی روزمره توانسته‌اند در مقابل افت کیفیت زندگی مقاومت کنند. این قسمت از یافته‌ها با کارهایی که در زمینه معنویت و قطع عضو انجام شده همسو است. در این تحقیقات نشان می‌دهند نوع قطع عضو و شیوه درمان تنها عامل‌های تعیین‌کننده کیفیت زندگی نیستند بلکه اعتقادات معنوی فرد می‌تواند از عوامل اصلی دیگر باشد (پریانو و فرانس ۲۰۱۲). از طرف دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهد باگذشت زمان بعد از قطع اندام به تدریج کیفیت زندگی ارتقاء می‌یابد (لارن^{۲۲} و همکاران، ۲۰۱۳) که شاید قسمتی از نتایج حاصل این عامل باشد.

در پاسخ به این سوال که آیا نوع قطع اندام (فوقانی یا تحتانی) بر کیفیت زندگی تأثیر دارد. آزمون تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت معناداری نشان نداد. این یافته با رویکردهایی بعضی از محققین که معتقدند کیفیت زندگی افراد قطع اندام تحتانی به طور معناداری بدتر از افراد قطع اندام فوقانی است، همسو نیست. شاید دلیل این موضوع زمان طولانی است که

- ۱- خانی، حسن؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ کریمی نسب، محمدحسین؛ جاجوندیان، رؤیا؛ طیبی فرد، حمید و جوهری نیا، سیمین (۱۳۸۹) ارزیابی بالینی ارتوپدی و توان بخشی جانبازان قطع عضو در استان مازندران. مجله، طب نظامی، دوره ۱۲، شماره ۴.
- ۲- خانی، حسن؛ جوهری نیا، سیمین؛ کریمی نسب، محمدحسین؛ گنجی، رضا؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ شاکری، محمد و بیدارمغزی، محدثه (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در استان مازندران. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۳ (۱) ۴۹-۵۶.
- ۳- خیل‌تاش، آریتا؛ منتظری، علی و نبئی، بهروز (۱۳۸۵). عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه نئوپلازی های لنفاوی (لوسمی و لنفوم). پایش، ۵ (۲) ۷۷-۸۲.
- ۴- درویش پور کاخکی، علی؛ عابد سعیدی، ژیلا؛ دلاور، علی و سعید الذاکرین، منصوره. (۱۳۸۸). ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان. مجله پژوهش در پزشکی، ۳۳ (۳) ۱۶۲ - ۱۷۳.
- ۵- سلامتی، پیمان (۱۳۸۸). کیفیت زندگی چیست؟ هفته‌نامه سپید؛ ۴ (۵۶) ۱.
- ۶- سید حسینی داورانی، سید حسین؛ موسوی، بتول؛ کربلایی اسماعیلی، سیمیا؛ سروش، محمدرضا و معصومی، مهدی (۱۳۸۹). رضایت از خدمات در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی. طب جانباز، ۳ (۱) ۴۹-۵۴.
- ۷- فراهانی نیا، مرحمت؛ ملکی، منصور؛ خیری، فریدون و حقانی، حمید (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با کیفیت زندگی افراد معلول با قطع اندام تحتانی. نشریه پرستاری ایران، ۲۵ (۷۴) ۳۲ - ۴۲.
- ۸- معصومی، مهدی؛ سروش، محمدرضا و مدیریان، احسان (۱۳۸۷) ارزیابی مشکلات روان پزشکی در جانبازان، مبتلابه قطع دوطرفه اندام فوقانی مجله طب نظامی ۱۰ (۳) ۱۸۵-۱۹۲.
- ۹- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا و وحدانی نیا، مریم سادات (۱۳۸۴) ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF36، فصلنامه پایش، ۵ (۱) ۴۹-۵۶.
- ۱۰- موسوی، بتول؛ سروش، محمدرضا؛ معصومی، مهدی؛ گنج پور، زهره و منتظری، علی (۱۳۸۸) کیفیت زندگی همسران جانبازان با قطع عضو هر دو اندام تحتانی. دانشور ۱۶ (۴)، ۱۱ - ۱۸.
- ۱۱- موسوی، بتول؛ میرسلیمی، فاطمه؛ معصومی، مهدی و منتظری، علی (۱۳۸۸) کیفیت زندگی در جانبازان ایرانی با قطع عضو در هر دو اندام تحتانی. فصلنامه پایش، ۸ (۳)، ۳۰۳-۳۱۰.
- ۱۲- هادیان فرد، حبیب؛ مظفری، شهباز (۱۳۸۳). مروری بر شادمانی و همبسته‌های آن. مجله حوزه و دانشگاه ۱۰ (۴۱)، ۸۲-۱۰۵.
- 13- Asadollahi, Reza, Saghafinia, Mashoud; Nafissi, Nahid; Montazeri, Ali; Asadollahi, Mostafa; Khatami, Seyed Masoud (2010). Anxiety, depression and health-related quality of life in those injured by landmines, Ilam, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health Journal*, Volume: 16, 1108-1114.
- 14- Bergner, Marilyn (1989). Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care*, 27(3), 148-156.
- 15- Cruz, Luciane N., Fleck, Marcelo P., Oliveira, Michele R., Camey, Suzi A., Hoffmann, Juliana F., Bagattini, Angela M., Polanczyk, Carisi A. (2013). Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(7):1911-1921.
- 16- Dajpratham Piyapat; Tantiriramai, Suchat; Pichonchut, Lukkana P. (2011). Health Related Quality of life among the Thai People with unilateral lower limb Amputation. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(2), 250-255.
- 17- Darnall, Beth D., Ephraim, Ppatti; Wegener, Stephen T., Dillingham, Timothy; Pezzin, Liliana; Rossbach, Paddy; Mackenzie, Ellen J. (2005). Depressive Symptoms and Mental Health Service Utilization among Persons with Limb loss: Results of a national Survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 650-658.
- 18- Dougherty, Paul J. (2001). Transtibial amputees from the Vietnam War. Twenty eight year follow-up. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 83 (3), 383 - 389.
- 19- Hawamdeh, Zaid M., Othman, Yasmin S., Ibrahim, Alaa I. (2008). Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian Patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(3), 627- 633.
- 20- Hopman, Wilma M., Towheed, Tanveer; Anastassiades, Tassos; Tenenhouse, Alan; Poliquin, Suzette; Berger, Claudie; and et.al. (2000). Canadian normative data for the SF-36 health survey. *Canadian Medical Association journal*. 163 (3), 265-271.

- 21- Horne, Carolyn E., Neil, Janice A. (2009). Quality of life in patients with prosthetic legs: a comparison study. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 21(3), 154-159.
- 22- Kazis, Lewis E., Miller, Donald R., Clark, Jack; Skinner, Katherine; Lee, Austin; Rogers, William and et al (1998). Health- related Quality of life in Patients served by the department of veterans affairs. *Archives of Internal Medicine*. 158 (6) 628-632.
- 23- Fortington, Lauren V., Dijkstra, Pieter U., Bosmans, Joline C., Post, Wendy J. and Geertzen, Jan, H. B.(2013). Change in health-related quality of life in the first 18 months after lower limb amputation: a prospective, longitudinal study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(6), 587- 594.
- 24- Peirano, Amanda H. and Franz, Randall W. (2012). Spirituality and Quality of Life in Limb Amputees. *International Journal of Angiology*, 21(01), 047-052.
- 25- Scott, Kate M., Tobias, Martin I., Sarfati, Diana; Haslett, Stephen J.(1999). SF-36 health survey reliability, validity and norms for New Zealand. *Public Health*, 23(4),401-406.
- 26- Seligman, Martin E. P. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(1), 407-412.
- 27- Seymour, Ron (2002). *Prosthetics and Orthotics: Lower Limb and Spinal*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 28- Sinha, Richa, van den Heuvel, Willem-Jan, Arokiasamy, Paulraj, van Dijk J.P.(2014). Influence of adjustments to amputation and artificial limb on quality of life in patients following lower limb amputation. *International Journal of Rehabilitation Research*, (37) 1, 74-79.
- 29- Warren, Narelle; Manderson, Lenore; Misajon, RoseAnne (2009). Chapter 5, More Than SF-36? Using Narratives to Elaborate Health and well- being Data in Recent Lower- Limb Amputees. In *Quality of Life and Millennium Challenge Advances in Quality of Life Studies*. Theory and research series, Vol 35, 59-80.
- 30- WHOQOL Group(1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and psychometric properties. *Social Science & Medicine* 46, 1569-1585.
- Zidarov Diana, Swaine Bonnie, Gauththier-Gagnon Christiane,(2009) Quality of life of persons with lower limb amputation during rehabilitation and at 3-months follow up, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(4): 634-645.