

# بررسی کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان در استان اصفهان

خدابخش احمدی<sup>۱\*</sup>، وحید نجاتی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، <sup>۲</sup>استادیار دانشگاه شهید بهشتی

\* نویسنده پاسخگو: Email: kh\_ahmadi@yahoo.com

## چکیده

مقدمه: بررسی کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان می‌تواند راهبردهای برنامه‌ریزی درمانی و خدماتی در این گروه را تعیین نماید.

هدف: از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان استان اصفهان و اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر آن می‌باشد.

روش: این مطالعه مقطعی در ۳۴۵ جانباز اعصاب و روان استان اصفهان که در سال ۱۳۸۸ در طرح پایش سلامت جانبازان شرکت کردند، انجام شده است. ابزار مورد استفاده پرسش نامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی بود. نحوه تکمیل ابزار به صورت مراجعه پزشک به منزل جانباز و انجام معاینه و مصاحبه بالینی بود.

یافته‌ها: از میان ابعاد کیفیت زندگی فقط فعالیت فیزیکی وضعیت متوسط دارد و سایر ابعاد به ویژه ابعاد روانی کیفیت زندگی بسیار پایین می‌باشند. سن، تاهل و اشتغال بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی تاثیرگذار است.

بحث: افزایش سن جانبازان تهدیدی برای افت کیفیت زندگی آنان است. مداخلات جدی برای ارتقاء کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان باید صورت گیرد. بازنشستگی پیش از موعد جانبازان اعصاب و روان کیفیت زندگی آنان را تهدید می‌کند.

کلید واژه: جانبازان اعصاب و روان، کیفیت زندگی، اصفهان.

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۱۸

تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۲۷

## مقدمه

یا مداخله ویژه، می‌تواند اثرات جنبی مشابه با علائم بیماری به همراه داشته باشد به همین دلیل، اندازه‌گیری و سنجش نتیجه اقدامات از پیچیدگی و گستردگی خاصی برخوردار است. شاخص کیفیت زندگی می‌تواند نشان دهد که اقدامات تخصصی، مداخله‌های درمانی و همکاری بین بخشی تا چه اندازه مطلوب و موثر بوده‌است. و نهایتاً این‌که؛ با گسترده‌شدن تعریف سلامتی و لحاظ‌شدن وضعیت مطلوب جسمی، روانی، اجتماعی و توجه همه جانبه فرد در این تعریف، شاخص کیفیت زندگی پاسخگوی تمام این شرایط و معیاری برای ارزیابی تمام آنهاست. در نتیجه صرفاً، فقدان بیماری و عارضه خاص تعریف سلامتی تلقی نمی‌شود(۸).

## مواد و روش‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه جانبازان اعصاب و روان استان اصفهان می‌باشند. این مطالعه مقطعی در ۳۴۵ جانباز اعصاب و روان کشور که در سال ۱۳۸۸ در طرح پایش سلامت جانبازان شرکت کردند، انجام شده‌است. نحوه تکمیل ابزار به صورت مراجعه پزشک به منزل جانباز و تکمیل پرسش‌نامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی بود. روش آماری مورد استفاده در مطالعه حاضر آمار توصیفی برای بررسی شاخص‌های پراکندگی مرکزی و آزمون رگرسیون گام به گام برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و کیفیت زندگی است.

## یافته‌ها

این مطالعه در ۳۴۵ جانباز اعصاب و روان با میانگین سنی  $46.6 \pm 7.34$  سال انجام شد. جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی جانبازان شرکت‌کننده در طرح را نشان می‌دهد. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد ۹۹.۴ درصد جانبازان مرد و ۹۴.۸ درصد آنان متأهل می‌باشند. تحصیلات در ۶۴.۱ درصد ابتدایی بود. ۷۱.۶ درصد از جانبازان اعصاب و روان شرکت‌کننده بازنشسته می‌باشند. جدول شماره ۲ میانگین، انحراف معیار و دامنه نمره کیفیت زندگی جانبازان مورد بررسی را نشان می‌دهد. از میان ابعاد کیفیت زندگی فقط فعالیت فیزیکی و درد جسمی نمره بالای ۵۰ دارند.

کیفیت زندگی مجموعی از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است(۱). طی چند دهه اخیر کیفیت زندگی به عنوان جزء مهم سلامت شناخته شده‌است. به نحوی که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید موجب ارتقاء کیفیت زندگی گردد(۲ و ۳).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی درکی است که فرد از موقعیت زندگی خود در بافت فرهنگی و سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کند، دارد(۴). در مقابل کیفیت زندگی وابسته به سلامت یک مفهوم جامع از وضعیت جسمی، عاطفی، رفاه، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی و ارتباط آنها با وجوه برجسته محیطی می‌باشد(۵).

کیفیت زندگی در حقیقت هدف آرمانی مراقبت‌های بهداشتی است و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌نماید. بر این اساس یک خدمت بهداشتی، تنها زمانی مطلوب و شایسته است که کیفیت زندگی را به همراه کمیت زندگی در فرد تحت مراقبت، افزایش دهد(۶). در بیماری‌های روانی مزمن، کیفیت زندگی شاخصی است که نشان می‌دهد اقدامات درمانی تا چه حد برای بیمار مؤثر بوده‌است چراکه در بسیاری از این بیماری‌ها، هدف درمان کامل افراد نیست، بلکه ایجاد شرایطی از زندگی است که فرد، احساس آرامش و امنیت نماید(۷).

دلایل متعددی را می‌توان در اهمیت بررسی کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان برشمرد. دلیل اول این‌که هدف آرمانی درمان ایجاد آرامش است. برای بسیاری از جانبازان اعصاب و روان که امکان دستیابی واقعی به عملکرد کامل ندارند، درمان و توانبخشی باید اهداف ویژه‌ای را دنبال نماید از آن‌جا که عوارض حاصل از جانبازی، از شخصی به شخص دیگر متفاوت است و پیامدهای این نقص، ارتباط مستقیمی با ارزیابی خود شخص از معلولیت و شرایط فرهنگی او دارد، کیفیت زندگی هر جانباز هم می‌تواند با این عوامل در ارتباط باشد و در نهایت برای بسیاری از جانبازان شدید، باید ایجاد امنیت و آرامش یکی از اهداف اصلی درمان قرارگیرد. دومین دلیل این است که درمان و توانبخشی جانبازان اعصاب و روان فرایندی است پیچیده که علاوه بر به‌کارگیری تیم‌های تخصصی، همکاری بین بخشی نیز در آن نقش مهمی بازی می‌کند. استفاده از یک داروی خاص

نقش جسمی، سلامت روان و نیروی حیاتی ارتباط معنی دار وجود دارد.

جدول شماره ۲: شیوع بیماری‌های مزمن در جانبازان اعصاب و روان

بیماری مزمن	میانگین	انحراف معیار	دامنه
فعالیت فیزیکی	۵۱.۶۹	۲۵.۳۴	۱۰۰-۰
درک کلی از سلامتی	۲۳.۴۱	۱۴.۸۹	۷۰.۴۰-۰
ایفای نقش جسمی	۲۲.۷۸	۳۲.۴۳	۱۰۰-۰
ایفای نقش اجتماعی	۳۱.۴۵	۱۴.۲۵	۵۱.۵۰-۰
ایفای نقش عاطفی	۱۱.۲۲	۱۶.۱۷	۵۰-۰
قوه یا نیروی حیاتی	۱۰.۳۷	۸.۱۷	۳۴.۶۷-۰
سلامت روانی	۱۲.۵۳	۹.۱۵	۴۳-۰
درد جسمی	۶۴.۵۰	۲۵.۵۴	۱۰۰-۰
مجموع ابعاد جسمی	۴۰.۸۱	۱۲.۷۵	۷۵.۸۸-۱۹.۵۸
مجموع ابعاد روانی	۱۶.۴۵	۶.۱۶	۳۷.۰۳-۲.۴۹

برای بررسی ارتباط بین عوامل جمعیت شناختی و ابعاد کیفیت زندگی از آزمون رگرسیون گام به گام<sup>۱</sup> استفاده شد. جدول ۳ میزان آماره بتا و سطح معنی داری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی جانبازان شرکت کننده

مشخصات جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
گروه سنی		
زیر ۴۰ سال	۴۲	۱۳
۴۱-۵۰ سال	۱۹۰	۵۵.۱
۵۱-۶۰ سال	۵۳	۱۵.۴
۶۱ سال و بالاتر	۱۸	۵.۲
جنس		
مرد	۳۴۳	۹۹.۴
زن	۲	۰.۶
تاهل		
متاهل	۳۲۷	۹۴.۸
مجرد	۸	۲.۳
طلاق داده	۱	۰.۳
فوت همسر	۰	۰
بدون پاسخ	۹	۲.۶
تحصیلات		
بی سواد	۲۰	۵.۸
ابتدایی	۲۲۱	۶۴.۱
دبیرستان	۶۳	۱۸.۳
کارشناسی	۲۷	۷.۸
کارشناسی ارشد و بالاتر	۴	۱.۲
بدون پاسخ	۱۰	۲.۹
اشتغال		
شاغل	۳۶	۱۰.۴
بیکار	۴۳	۱۲.۵
خانه دار	۱	۰.۳
بازنشسته	۲۴۷	۷۱.۶
بدون پاسخ	۱۸	۵.۲

جدول ۳: ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیت شناختی<sup>II</sup>

متغیر جمعیت شناختی	سن	تاهل	تحصیلات	اشتغال
ابعاد کیفیت زندگی	بتا (پی)	بتا (پی)	بتا (پی)	بتا (پی)
فعالیت فیزیکی	۰.۱۲۱ (۰.۱۲۳)	۰.۱۰۳ (۰.۱۲۸)	۰.۳۱۵ (۰.۰۸۱)	۰.۴۱۶ (۰.۰۶۶)
درک کلی از سلامتی	۰.۹۷۸* (۰.۰۰۲)	۰.۰۳۸ (۰.۱۵۸)	۰.۱۲۸ (۰.۱۲۰)	۰.۰۱۹ (۰.۱۸۶)
ایفای نقش جسمی	۰.۷۷۴* (۰.۰۲۶)	۰.۰۳۱ (۰.۱۶۹)	۰.۳۹۳ (۰.۰۷۰)	۰.۷۷۷* (۰.۰۲۳)
ایفای نقش اجتماعی	۰.۱۱۱ (۰.۱۲۰)	۰.۱۸۴ (۰.۱۰۰)	۰.۰۰۱ (۰.۲۶۸)	۰.۲۷۰ (۰.۰۸۶)
ایفای نقش عاطفی	۰.۷۰۸* (۰.۰۳۰)	۰.۳۲۷ (۰.۰۷۷)	۰.۴۵۸ (۰.۰۶۱)	۰.۰۴۵ (۰.۱۶۵)
قوه یا نیروی حیاتی	۰.۵۷۳* (۰.۰۴۴)	۰.۶۲۸* (۰.۰۳۸)	۰.۱۹۴ (۰.۱۰۶)	۰.۵۷۳* (۰.۰۴۶)
سلامت روانی	۰.۱۷۱ (۰.۱۰۹)	۰.۹۳۱* (۰.۰۰۷)	۰.۵۱۱ (۰.۰۵۴)	۰.۹۷۵* (۰.۰۰۳)
درد جسمی	۰.۰۸۴ (۰.۱۳۰)	۰.۸۲۱ (۰.۰۱۷)	۰.۱۷۲ (۰.۱۰۶)	۰.۰۰۱ (۰.۲۷۰)

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد از میان ابعاد کیفیت زندگی فقط فعالیت فیزیکی و درد جسمی نمره بالای ۵۰ دارند. اگر معیار صفر تا صد را در پرسش نامه اس اف ۳۶ مبنا قرار دهیم. میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را می‌توان به عنوان

همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد؛ بین سن و ابعاد درک کلی از سلامت، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش عاطفی و نیروی حیاتی ارتباط معنی دار وجود دارد. جهت معنی داری نشان می‌دهد که با افزایش سن نمره این ابعاد کاهش می‌یابد. بین تاهل و نیروی حیاتی، سلامت روانی و درد جسمی ارتباط مثبت وجود دارد. بین اشتغال و ایفای

<sup>II</sup> زیر موارد معنی دار خط کشیده شده است.

<sup>1</sup> Stepwise Regression

که با افزایش سن این ابعاد کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. افزایش سن با شیوع بیماریهای مزمن و افسردگی همراه است. مطالعات متعدد ارتباط این دو عامل را با افت کیفیت زندگی نشان داده‌اند. نرخ شیوع بیماری‌های مزمن با افزایش سن افزایش می‌یابد و موجب افت کیفیت زندگی می‌شود (۲۱-۱۸). از طرفی دیگر افسردگی مشکل شایع سالمندان است که بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنان اثرگذار است (۲۳ و ۲۲). گروهی از مطالعات نشان داده‌اند که کارایی افراد افسرده حتی بیشتر از افراد با بیماری مزمن مانند دیابت و یا آرتروز افت می‌یابد (۲۵ و ۲۴).

بین تاهل و نیروی حیاتی، سلامت روانی و درد جسمی ارتباط مثبت وجود دارد. مطالعات کوین (۲۰۰۰) و گالو (۲۰۰۳) نشان داد که تاهل موجب حفاظت افراد در مقابل بیماری‌ها می‌شود (۲۷ و ۲۶). که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

بین اشتغال و ایفای نقش جسمی، سلامت روان و نیروی حیاتی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. سورنسن نشان داد که در سنین میانسالی (۴۰ تا ۶۰ سال) کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری با توانایی‌های کاری افراد دارد (۲۸).

بیشتر جانبازان مورد بررسی در مطالعه حاضر نیز در این گروه سنی قرار دارند. مساله مهم در اینجا این است که جانبازان اعصاب و روان تمایل زیادی به کسب عنوان کارافتادگی و بازنشستگی زودرس دارند. این موضوع مطابق یافته مطالعه حاضر سبب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گردد. به نظر می‌رسد راهبردهای تشویقی جایگزین برای جانبازان اتخاذ گردد تا فعالیت فیزیکی و اجتماعی جانبازان افت پیدا نکند.

شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول در نظرگرفت (۹). در مطالعه حاضر فعالیت فیزیکی و درد جسمی در این دامنه قرار گرفته و می‌توان کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان را در سایر ابعاد نامطلوب دانست. از آنجایی که نمونه‌های انتخاب‌شده این مطالعه نمونه‌هایی با بیماری‌های مزمن متنوع اعصاب و روان هستند، بحث آسیب‌شناسی اثرات بیماری بر کیفیت زندگی امکان‌پذیر نیست. کما این‌که در افراد افسرده بعد نقش عاطفی افت و در افراد مانیک این نقش افزایش می‌یابد (۱۰).

بیماران اعصاب و روان با درونی‌کردن پیام‌های منفی افسردگی بارز دارند. بهرینیان و همکاران در جانبازان اعصاب و روان استان قم نشان داد ۲۰ درصد این جانبازان از افسردگی شدید رنج می‌برند (۱۱). گروهی از مطالعات نشان داده‌اند که کارایی افراد افسرده حتی بیشتر از افراد با بیماری مزمن مانند دیابت و یا آرتروز افت می‌یابد (۱۳ و ۱۲). مکانیکز (۱۹۹۴) نشان داده‌است که خلق افسرده یک پیشگوکننده قدرتمند کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است (۱۴).

خاقانی‌نژاد و سیرتی (۱۳۸۷) نشان دادند که ۷۲.۲ درصد از جانبازان اعصاب و روان ایران علائمی از اختلال استرس پس از سانحه دارند (۱۵). مطالعات متعدد نشان داده‌است این اختلال بر کارکردهای روان شناختی و شغلی اثر منفی دارد (۱۷ و ۱۶).

در بررسی ارتباط بین عوامل جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی نشان داده‌شد که بین سن و ابعاد درک کلی از سلامت، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش عاطفی و نیروی حیاتی ارتباط وجود دارد. جهت معنی‌داری نشان می‌دهد

## منابع

- Schwartz CE, Andresen EM, Nosek MA, Krahn GL. Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. *Arch Phys Med Rehabil*, 2007; 88:529-536.
- Katschnig, H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freedman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 3-17). Chichester, England: John Wiley & Sons. 2006
- Kaplan, R. M. The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research*, 2003; 12: 3-16.
- WHO. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley, & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (pp. 41-57). 1994 Berlin: Springer.
- WHOQoL Group. World Health Organisation quality of life assessment: position paper from the World Health Organisation. *Social Science and Medicine*, 1995; 41: 1403.
- Hinchliff, Susan, *Nursing and health Care*, Second edition, Edward Arnold Company. 1993
- Preshad, Dwarda *Psychological Problem in Families of Disabled Children*. *British Journal of Medical Psychology*, 1990; 63: 173-182

8. Hinchliff, Susan, Nursing and health Care, Second edition, Edward Arnold Company. 1993
9. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in the elderly in Zahedan city, Hayat 10 (22):61-67 [In Persian].
10. Morgado A, Smith M, Lecrubier Y et al. Depressed subjects unwittingly overreport poor social adjustment which they reappraise when recovered. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:614-9.
11. Bahreynian AM, Borhani H. Evaluation of mental health of psychiatric veterans and their wife in ghome province. *Pajuhesh dar pezeshki. (research in medicine)*, 2003 27(4): 395-312 (article in persian)
12. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S et al. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med* 1994; 39:155-64.
13. Wells K, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder and limitations in physical functioning in a sample of Los Angeles general population. *Am J Psychiatry* 1988; 145:712-7.
14. Beekman AT, Kriegsman DM, Deeg DJ, vanTilburg W. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30:32-8.
15. Khaghanizadeh M, Sirati M. Effect of personal, familial and social factor on psychiatric symptom of psychiatric veterans. *Tebe Nezami (Military Medicine)*, 2005; 6(1):33-37.
16. Kuhn, E., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning within two samples of MVA survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 2003; 41: 1105-1112.
17. Schnurr, P. P., Rosenberg, S. D., & Friedman, M. J. Change in MMPI scores from college to adulthood as a function of military service. *Journal of Abnormal Psychology*, 1993; 102: 288-296.
18. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001; 89:127-34.
19. Ng KF, Tsui SL, Chan WS. Prevalence of common chronic pain in Hong Kong adults. *Clin J Pain* 2002; 18:275-81.
20. Buskila D, Abramov G, Biton A, Neumann L. The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *J Rheumatol* 2000; 27:1521-5.
21. Catala E, Reig E, Artes M, Aliaga L, Lopez JS, Segu JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002; 6:133-40.
22. Joghataei M.T, Nejati V. Health status assessment of the elderly in Kashan city. *Salmand*, 2006, 1 (1): 3-8 [In Persian].
23. Nejati V. Health status assessment of the elderly in Qom city. *Qazvin medical science school journal*, 2009, 13 (1): 67-72 [In Persian].
24. Kals-Godley, J., Gatz, M., Fiske, A. Depression and depressive symptoms in old age. In: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P, eds. *Clinical Geropsychology*. Washington DC: American Psychological Association; 1998: 211-7.
25. Collins, M.W., Abeles, N. Subjective memory complaints and depression in the able elderly. *Clin Gerontol.*, 1996; 16(4): 29-54.
26. Gallo LC, Troxel WM, Kuller LH, Sutton-Tyrrell K, Edmundowicz D, Matthews KA. Marital status, marital quality, and atherosclerotic burden in postmenopausal women. *Psychosom Med*, 2003; 65:952-62.
27. Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measures. *Journal of the American Medical Association*, 1994; 272: 619-626.
28. Sorensen LE, Pekkonen MM, Mannikko KH, Louhevaara VA, Smolander J, Alen MJ. Associations between work ability, health-related quality of life, physical activity and fitness among middle-aged men. *Applied Ergonomics* 39 (2008) 786-79.