مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
بهار ۱۳۹۰
دوره ۳، شماره۱، صفحات ۵۶-۴۹

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Spring 2011
Vol. 3; Issue 1, Pages : 49-56

بررسی کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در استان مازندران

حسن خانی[1*]، سیمین جوهری نیا[2]، محمدحسین کریمی نسب[3]، رضا گنجی[4]، اسفندیار آزادمرزآبادی[5]، محمد شاکری[6]، محدثه بیدارمغزی[7]

چکیده

زمینه و هدف: قطع عضو یکی از شایعترین معلولیت های حرکتی است که اختلالات جسمی، رفتاری و روانی پس از آن از مشکلات جدی جانبازان قطع عضو است. هدف این مطالعه تعیین کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو استان مازندران در سال ۱۳۸۹ است.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است. در این مطالعه وضعیت کیفیت زندگی کلیه جانبازان قطع عضو استان مازندران با روش نمونه گیری ساده و با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک خودساخته و پرسشنامه استاندارد و ایرانی ارزیابی سلامت عمومی با ساختار کوتاه (SF-36) ارزیابی شده است.

یافته ها: از ۵۷۵ جانباز دارای قطع عضو، (۴۴/۵۲٪) ۲۵۶ نفر با میانگین سنی ۲/۶ ± ۴۶/۴۴ سال و محدوده سنی ۲۰ تا ۷۰ سال پرسشنامه های تحقیقاتی را تکمیل نمودند. کلیه جانبازان مرد، ۹۴/۹٪ متاهل، و ۷۸/۸٪ دارای تحصیلات دیپلم و یا زیر دیپلم بودند. بیشترین میانگین شاخص های پرسشنامه SF-36 مربوط به سلامت روان برابر با ۲۱± ۵۴/۳۵ و کمترین میانگین مربوط به محدودیت در نقش فیزیکی برابر با ۲۰/۳۱ ± ۳۶/۴۲ می باشد. فقط (۱/۶٪) ۴ نفر برای شاخص میزان سلامت عمومی دارای حد عالی بودند.

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد که اکثریت جانبازان از سطح کیفیت زندگی قابل قبولی برخوردار نیستند که می تواند ناشی از عدم دریافت سطوح خدمات درمانی و توانبخشی مناسب باشد.

واژه های کلیدی: جانبازان قطع عضو، کیفیت زندگی، SF-36، ایران

۱- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات کاربردی سلامت همگانی و توسعه پایدار، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۲- کارشناس پرستاری، مرکز تحقیقات کاربردی سلامت همگانی و توسعه پایدار، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۳- استادیار گروه جراحی ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۴- استادیار جراحی ارتوپدی، مرکز تحقیقات کاربردی سلامت همگانی و توسعه پایدار، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۵- استادیار روان شناسی مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
۶- کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات کاربردی سلامت همگانی و توسعه پایدار، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۷- دانشجوی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
[*] **نویسنده مسئول:** بجنورد، بلوار دولت، ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مرکز تحقیقات کاربردی سلامت همگانی و توسعه پایدار
تلفن: ۰۵۸۴-۲۲۳۹۸۶۹ پست الکترونیک: dr.h.khani@gmail.com

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

مقدمه

معلولیت عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص و ناتوانی است، بطوریکه مانع از انجام نقشی می‌شود که برای فرد با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی طبیعی تلقی می‌گردد. در این میان، معلولیت‌های حرکتی بالاترین میزان شیوع را در معلولیت‌ها دارا می‌باشند، قطع عضو یکی از شایعترین معلولیت‌های حرکتی است (۱). عوامل قطع عضو در جهان از ناحیه ای نسبت به ناحیه ی دیگر بسیار متفاوت است. شایعترین عوامل قطع عضو تروما، بیماری‌ها و بدشکلی‌های مادرزادی است (۲-۵)، اما در کشورهای در حال توسعه یا مورد تجاوز قدرتهای زورگو، قطع عضو معمولاً به علت تصادفات، یا آسیب‌های جنگی رخ می‌دهد که ناتوانی‌های جانبی دیگری را نیز ممکن است به همراه داشته باشد (۶، ۷). جنگ مسئله‌ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی‌های سنگین ناشی از آن معمولا منجر به اثرات پایدار دراز مدتی بر جسم و روان افراد می‌گردد. از جمله این مسائل، کیفیت زندگی جانبازان است که در اثر کم توجهی به نیازهای اولیه بهداشتی، درمانی و توانبخشی آنان در معرض خطر قرار گرفته است (۸). امروزه کیفیت زندگی جمعیت‌ها به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می‌گیرد. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند (۹). تعریف‌های ارائه شده از کیفیت زندگی که در جهت استفاده در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مفید هستند را می‌توان به پنج حوزه تقسیم کرد که شامل: زندگی عادی، خوشحالی و رضایت، دستیابی به اهداف فردی، مفید بودن به حال جامعه و میزان ظرفیت طبیعی است. به عبارتی دیگر می‌توان کیفیت زندگی را رابط بین وضعیت سلامت شخص از یک سو و توانایی در دنبال کردن اهداف زندگی از سوی دیگر دانست. بنابراین به نظر می‌رسد، برآورده شدن نیازها و اولویت‌های اساسی انسان، نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد (۱۰، ۱۱). عوامل بسیاری مانند سلامت جسمی و روانی بر کیفیت زندگی افراد تاثیر گذار است، اما بدنبال قطع عضو در جانبازان سلامت جسمی و روانی دستخوش تغییرات بسیاری می‌شود، و در صورتی که آسیب‌های روانی و آسیب‌های جسمی به موقع و به سرعت تشخیص داده نشود و تدابیر درمانی لازم صورت نگیرد، آثار و عوارض و پیامدهای ناگوار، شدید و قابل مشاهده ای را بر کیفیت زندگی جانبازان و خانواده‌های آنان بویژه فرزندانشان خواهد داشت (۱۲). قطع عضو در جانبازان مانند سایر بیماری‌های مزمن می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار بدهد و موجب ناتوانی‌های متعددی شود زیرا بسیاری از این افراد به عوارض مزمن طبی گرفتار هستند که می‌تواند به افت کیفیت زندگی بیانجامد و انجام فعالیت‌های فیزیکی آنها را محدود نماید (۱۳). این محدودیت‌ها در انجام بسیاری از فعالیت‌های روزمره همچون پوشیدن لباسها، نظافت شخصی، استحمام، خوردن غذا، مدیریت امور خانه، استفاده از لوازم اداری و وسایل عمومی، دیده می‌شوند، و همچنین ممکن است بطور واضحی اعتماد به نفس این افراد را کاهش داده، تصویر ایشان از بدن خود را بطور منفی تغییر دهد، احساس آسیب پذیری شان را تقویت کند و تمایل به سوء مصرف مواد و یا میزان افسردگی بالینی و افکار خودکشی را افزایش دهد (۱۴-۱۶). در این راستا نتایج مطالعات در مورد این گروه پر خطر در ایران نشان دهنده شیوع بالای افسردگی، اضطراب، خشم، رنجش، ترس، درماندگی و ناامیدی در جانبازان است (۱۷،۸). لذا می‌توان انتظار داشت بیماری‌های ثانویه جسمی و روانی سرپرست خانواده و پیامدهای ناشی از قطع عضو از قبیل بروز اختلال در روابط بین فردی، بیکاری و از دست دادن شغل، کاهش سطح اجتماعی اقتصادی خانواده و سایر مسائل، خانواده را از وضعیت طبیعی خویش خارج سازد و آسیب پذیری فرزندان را در برابر بیماری‌های روانی افزایش دهد (۱۹-۱۷). با عنایت به موارد ارائه شده، بر آن شدیم تا با انجام پژوهشی با هدف تعیین وضعیت کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در استان مازندران در سال ۱۳۸۹، اهمیت موضوع سلامت و نیازمندی‌های بهداشتی، درمانی و توانبخشی این قشر را به مسئولین ذیربط نشان داده تا مبنایی برای طرح‌های پژوهشی مداخله‌ای در جهت بهبود شاخص‌های سلامت و کیفیت زندگی در جامعه جانبازان قطع عضو استان مازندران بوده باشد.

روش کار

این پژوهش، یک مطالعه به روش توصیفی- مقطعی است که پس از تصویب و کسب اجازه مسئولین مربوط به گروه‌های هدف مطالعه، انجام گردید. هدف این مطالعه تعیین وضعیت جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو تحت حمایت بنیاد شهید و امور ایثارگران استان مازندران در سال ۱۳۸۹ بوده است (۲۰). این افراد پس از دریافت اطلاعات مربوطه به انگیزه اجرای طرح و سوالات مربوط به آن و نیز در صورت رضایت کامل به روش سرشماری وارد مطالعه شدند

در این پژوهش از دو ابزار سنجش جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. الف) پرسشنامه خود ساخته جمعیت شناختی که مشخصات دموگرافیک از قبیل (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت شغل و مشخصات جانبازی) بوسیله آن ارزیابی گردید. ب) پرسشنامه ارزیابی سلامت عمومی با ساختار کوتاه[1] که میزان سلامت عمومی بیماران مذکور بوسیله آن ارزیابی گردید. بر اساس سوالات مطرح شده در این پرسشنامه،

1. The Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

وضعیت سلامت عمومی پاسخ دهندگان در هشت شاخص شامل میزان فعالیت‌های جسمی[1]، میزان تاثیرات جسمی[2]، میزان دردهای جسمی[3]، سلامت عمومی[4]، میزان توانایی در انجام فعالیت[5]، میزان فعالیت‌های اجتماعی[6]، میزان تاثیرات روحی[7]، و سلامت روانی[8] ارزیابی می‌گردد. میانگین ضرایب شاخص‌های هشت گانه این آزمون بر اساس پروتکل پرسشنامه بین محدوده صفر تا صد محاسبه گردید و سپس در پنج گروه بیست تایی ضعیف، بد، خوب، خیلی خوب و عالی طبقه بندی گشت. پایایی و روایی این پرسشنامه بر روی ۴۸۰۰ نمونه مطالعه شده است، بطوریکه ثبات درونی یا همان ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۶ در دیگر کشورها و بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ در ایران گزارش شده است (۲۱). این ابزار دو مقیاس خلاصه را نیز که از ادغام مقیاس‌ها به صورت زیر بدست آید محاسبه می‌کند: ۱) مقیاس سلامت جسمی[9] شامل: عملکرد جسمی + مشکلات جسمی + درد جسمی + سلامت عمومی، ۲) مقیاس سلامت روانی[10] شامل: عملکرد اجتماعی + سلامت روان + سرزندگی و شادابی + مشکلات روحی.

در این مطالعه محاسبات آماری به کمک نرم افزار آماری SPSS 16 انجام شد همچنین از روش‌های آمار توصیفی و جهت تجزیه تحلیل آماری و از آزمون‌های مجموع مربعات، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ در این مطالعه معنی‌دار تلقی گردید.

یافته ها

از میان ۵۷۵ جانباز مبتلا به قطع عضو دعوت شده به این مطالعه، ۲۵۶ (۴۴/۵۲٪) نفر با میانگین سنی ۲/۶ ±۴۶/۴۴ سال و محدوده سنی ۲۰ تا ۷۰ سال پرسشنامه‌های تحقیقاتی مربوطه را بطور کامل تکمیل نمودند و مابقی از مطالعه خارج شدند. در این مطالعه، کلیه جانبازان مرد، (۹۴/۹٪) ۲۴۳ نفر متاهل، و (۷۸/۸٪) ۲۰۲ نفر دارای تحصیلات دیپلم و یا زیر دیپلم و (۶۲/۵٪) ۱۶۰ نفر دارای درصد جانبازی بیش از ۵۰٪ و (۵۴/۷٪) ۱۴۰ نفر به صورت منظم فعالیت ورزشی داشتند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در این مطالعه را نشان می‌دهد.

بر اساس داده‌های موجود در این مطالعه قطع عضو در جانبازان مورد مطالعه در سطوح مختلفی وجود داشت. بطوریکه قطع عضو اندام فوقانی سمت راست در (۲۵/۷۸٪) ۶۶ نفر، قطع عضو اندام فوقانی سمت چپ در (۲۰/۳۱٪) ۵۲ نفر، قطع عضو اندام تحتانی سمت راست در (۵۶/۲۵٪) ۱۴۴ نفر و قطع عضو اندام تحتانی سمت چپ در (۵۰/۱۷٪) ۱۳۰ نفر وجود داشت. که در این میان قطع عضو شانه در (۱۳/۶٪) ۳۵ نفر و قطع عضو در نزدیکی زیر مفصل زانو در (۱۸/۳٪) ۴۷ نفر شایع‌ترین مکان‌های آناتویکی قطع عضو بود. جدول ۲ نشان دهنده مکان‌های آناتومیکی قطع عضو در جانبازان شرکت کننده در مطالعه می‌باشد. بر اساس نتایج این مطالعه، (۵۳/۱٪) ۱۳۶ نفر از جانبازان از کمردرد در پنج سال گذشته و (۶۴/۱٪) ۱۶۴ نفر از درد مفاصل در یک سال گذشته شکایت داشتند. همچنین در این میان (۴۱٪) ۱۰۵ نفر از این جانبازان درد را به عنوان شایع‌ترین عارضه بالینی عضو باقیمانده گزارش کردند. جدول ۳ نشان دهنده عوارض بالینی جانبازان دارای قطع عضو شرکت کننده در مطالعه می‌باشد.

جدول ۴ مشخصات میانگین ضرایب شاخص‌های ۸ گانه و مقیاس‌های آزمون ارزیابی سلامت عمومی با ساختار کوتاه را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج بدست آمده بیشترین میانگین مربوط به شاخص میزان سلامت روانی با میانگین ۲۱ ± ۵۴/۳۵ و کمترین آنها مربوط به شاخص میزان محدودیت در نقش فیزیکی با میانگین ۲۰/۳۱± ۳۶/۴۲ بود. بر اساس محاسبه‌های انجام شده، فراوانی جانبازانی که دارای شاخص‌های عالی یا به عبارت دیگر بین نمره‌های ۸۰ تا ۱۰۰ برای هر یک از شاخص‌های ۸ گانه بودند، به ترتیب (۱۶٪) ۴۱ نفر برای میزان فعالیتهای جسمی، (۳/۵٪) ۹ نفر برای محدودیت در نقش فیزیکی، (۱/۶٪) ۴ نفر برای دردهای جسمی، (۱/۶٪) ۴ نفر برای سلامت عمومی، (۱۳/۳٪) ۳۴ نفر برای شادابی و سرزندگی، (۱۱/۳٪) ۲۹ نفر برای عملکرد اجتماعی، (۲۹/۳٪) ۷۵ نفر برای تاثیرات روحی و (۱۶/۴٪) ۴۲ نفر برای سلامت روانی بود. همچنین میانگین مقیاس سلامت جسمی جانبازان مورد مطالعه ۱۰/۷۵ ± ۴۰/۴۳ و میانگین مقیاس سلامت روانی ۲۱/۱۲ ± ۵۰/۵۶ محاسبه گشت.

بر اساس پرسشنامه ارزیابی سلامت عمومی با ساختار کوتاه رابطه معنی داری بین قطع عضو اندام تحتانی سمت راست با مقیاس سلامت جسمی و مقیاس سلامت روانی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت روان و محدودیت در نقش احساسی مشاهده گردید. در واقع از دست دادن قسمتی یا کل اندام تحتانی سمت راست نقش مهمی در کیفیت زندگی این افراد ایفا کرده است. بطوریکه افرادی که از این نقیصه رنج می‌بردند سطح کیفیت زندگی کمتری نسبت به سایر قطع عضوها داشتند. همچنین بررسی‌ها پیرامون عوارض حاصل از عضو باقیمانده نشان داد که افرادی که درد را به عنوان شایع‌ترین عارضه بیان داشتند، فقط در بعد عملکرد فیزیکی و سلامت روان کیفیت زندگی کمتری نسبت به جانبازان بدون درد داشتند. براساس این پرسشنامه بین عفونت پوستی با

1. Physical Functioning (PF)
2. Role- Physical (RP)
3. Bodily Pain (BP)
4. General Health (GH)
5. Vitality (V)
6. Social Functioning (SF)
7. Role- Emotional (RE)
8. Mental Health (MH)
9. Physical Component Scale (PCS)
10. Mental Component Scale (MCS)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک جانبازان قطع عضو شرکت کننده در مطالعه (تعداد = ۲۵۶)

مشخصات	فراوانی	درصد
گروه سنی (سال)		
۲۰ تا ۳۹ سال	۳۱	۱۲/۱
۴۰ تا ۴۹ سال	۱۹۱	۷۴/۶
۵۰ تا ۷۰ سال	۳۴	۱۳/۳
میانگین ± انحراف معیار	۴۴/۴۶ ± ۶/۲	
محدوده	۲۲ تا ۷۰	
وضعیت جنسیت		
مرد	۲۵۶	۱۰۰
سطح تحصیلات		
بیسواد یا ابتدایی	۳۸	۱۴/۸
راهنمایی و دبیرستان	۴۱	۱۶
دیپلم	۱۲۳	۴۸
بالاتر از دیپلم	۵۳	۲۰/۸
تحصیلات حوزوی	۱	۰/۴
وضعیت تاهل قبل از مجروحیت		
مجرد	۲۰۴	۷۹/۷
متاهل	۵۲	۲۰/۳
وضعیت تاهل بعد از مجروحیت		
مجرد	۸	۳/۱
متاهل	۲۴۳	۹۴/۹
مطلقه	۵	۲
وضعیت اشتغال بعد از مجروحیت		
حالت اشتغال	۱۱۹	۴۶/۵
بازنشسته	۵۲	۲۰/۳
کارمند	۵۸	۲۲/۶
کارفرما	۳	۱/۲
بیکار	۲۴	۹/۴
وضعیت اقتصادی خانواده		
پایین	۵۸	۲۲/۷
متوسط	۱۹۴	۷۵/۸
بالا	۴	۱/۶
درصد جانبازی		
۰ تا ۲۵	۵	۲
۲۶ تا ۴۹	۹۱	۳۵/۵
۵۰ تا ۱۰۰	۱۶۰	۶۲/۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۲: مشخصات محل آناتومیکی عضو قطع شده در جانبازان قطع عضو شرکت کننده در مطالعه (تعداد=۲۵۶)

مشخصات	راست (درصد) تعداد	چپ (درصد) تعداد	مجموع (درصد) تعداد
اندام فوقانی			
شانه	۱۸ (٪۷/۲)	۱۷ (٪۶/۶)	۳۵ (٪۱۳/۸)
بالای آرنج	۱۵ (٪۵/۹)	۱۰ (٪۳/۹)	۲۵ (٪۹/۸)
روی آرنج	۶ (٪۲/۳)	۳(٪۱/۲)	۹(٪۳/۵)
زیر آرنج	۸ (٪۳/۱)	۸ (٪۳/۱)	۱۶ (٪۲/۶)
مچ	۷ (٪۲/۷)	۴ (٪۱/۶)	۱۱ (٪۴/۳)
دست	۵ (٪۲)	۲ (٪۰/۸)	۷ (٪۲/۸)
انگشتان	۷ (٪۲/۷)	۸ (٪۳/۱)	۱۵ (٪۵/۸)
مجموع قطع عضو های اندام فوقانی	۷۴ (٪۲۵/۹)	۵۲ (٪۲۰/۳)	۱۲۶ (٪۴۶/۲)
اندام تحتانی			
همی پلوکتومی	۰ (۰)	۵ (٪۲)	۵ (٪۲)
مفصل هیپ	۱۱ (٪۴/۳)	۷ (٪۲/۷)	۱۷ (٪۰/۷)
یک سوم فوقانی استخوان ران، بالای زانو	۱۸ (٪۷)	۱۴ (٪۵/۵)	۳۲ (٪۱۲/۵)
میانه استخوان ران، بالای زانو	۹ (٪۳/۵)	۶ (٪۲/۳)	۱۵ (٪۵/۸)
یک سوم تحتانی استخوان ران، بالای زانو	۹ (٪۳/۵)	۱۰ (٪۳/۹)	۱۹ (٪۷/۴)
مفصل زانو	۸ (٪۳/۱)	۷ (٪۲/۷)	۱۵(٪۵/۸)
خیلی نزدیک به مفصل زانو، زیر زانو	۲۸ (٪۱۰/۹)	۱۹ (٪۷/۴)	۴۷ (٪۱۸/۳)
یک سوم فوقانی استخوان های قسمت ساق پا، زیر زانو	۱۸ (٪۷)	۱۱ (٪۴/۳)	۲۹ (٪۱۱/۳)
میانه سوم فوقانی استخوان های قسمت ساق پا، زیر زانو	۱۲ (٪۴/۷)	۱۶ (٪۶/۲)	۲۸ (٪۱۰/۹)
یک سوم تحتانی استخوان های قسمت ساق پا، زیر زانو	۴ (٪۱/۶)	۶ (٪۲/۳)	۱۰ (٪۳/۹)
مچ پا	۲۳ (٪۹)	۲۳ (٪۹)	۴۶ (٪۱۸)
پنجه پا	۳ (٪۱/۲)	۴ (٪۱/۶)	۷ (٪۲/۸)
انگشتان پا	۱ (٪۰/۴)	۲(٪۰/۸)	۳(٪۱/۲)
مجموع قطع عضو های اندام تحتانی	۱۴۴ (٪۵۶/۲)	۱۳۰ (٪۵۰/۷)	۲۷۴ (٪۱۰۶/۹)
اندام فوقانی و تحتانی			
اندام فوقانی و تحتانی سمت راست			۱۰(٪۳/۹)
اندام فوقانی و تحتانی سمت چپ			۲(٪۰/۸)
اندام فوقانی سمت راست و چپ همراه با اندام تحتانی سمت راست			۴(٪۱/۶)
اندام فوقانی سمت راست و چپ همراه با اندام تحتانی سمت چپ			۶(٪۲/۳)
اندام تحتانی سمت راست و چپ همراه با اندام فوقانی سمت راست			۸(٪۳/۱)
اندام تحتانی سمت راست و چپ همراه با اندام فوقانی سمت چپ			۶(٪۲/۳)
اندام فوقانی سمت چپ همراه با اندام تحتانی راست			۵(٪۲)
اندام فوقانی سمت راست همراه با اندام تحتانی چپ			۳(٪۱/۲)

جدول ۳: فراوانی عوارض بالینی عضو باقیمانده در جانبازان قطع عضو شرکت کننده در مطالعه (تعداد=۲۵۶)

مشخصات	تعداد	درصد
سندرم کوک	۵	۲
عفونت پوستی	۲۵	۹/۸
التهاب پوستی تماسی	۲۹	۱۱/۳
خار استخوانی	۱۸	۷
درد	۱۰۵	۴۱
درد فانتومی	۴۳	۱۶/۸
نوروما	۱۱	۴/۳
حس فانتومی	۳۴	۱۳/۳
کنتراکشن	۴۱	۱۶

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۴: نمرات شاخص ها و مقیاس های آزمون ارزیابی سلامت عمومی با ساختار کوتاه درجانبازان دارای قطع عضو شرکت کننده در مطالعه (تعداد=۲۵۶)

شاخص ها و مقیاس های آزمون ارزیابی سلامت عمومی با ساختار کوتاه	کل افراد انحراف معیار ± میانگین	افراد گروه اول* (درصد) تعداد	افراد گروه دوم** (درصد) تعداد
میزان فعالیت های جسمی	۴۷/۱۲ ± ۲۷/۳۵	۱۳۲ (٪۵۱/۶)	۱۲۴ (٪۴۸/۴)
محدودیت در نقش فیزیکی	۳۶/۴۲ ± ۲۰/۳۱	۱۲۶ (٪۴۹/۲)	۱۳۰ (٪۵۰/۸)
درد جسمی	۳۹/۰۸ ± ۱۶/۷۷	۱۲۲ (٪۴۷/۷)	۱۳۴ (٪۵۲/۳)
سلامت عمومی	۳۹/۰۸ ± ۱۶/۷۷	۱۲۲ (٪۴۷/۷)	۱۳۴ (٪۵۲/۳)
نشاط	۵۲/۲۶ ± ۲۰/۴۳	۱۳۵ (٪۵۲/۷)	۱۲۱ (٪۴۷/۳)
عملکرد اجتماعی	۵۳/۸۵ ± ۲۲/۸۳	۱۴۵ (٪۵۶/۶)	۱۱۱ (٪۳۴/۴)
محدودیت در نقش احساسی	۴۱/۷۹ ± ۴۲/۹	۱۵۴ (٪۶۰/۲)	۱۰۲ (٪۳۹/۸)
سلامت روان	۵۴/۳۵ ± ۲۱	۱۲۹ (٪۵۰/۴)	۱۲۷ (٪۴۹/۶)
مقیاس سلامت جسمی	۴۰/۴۳ ± ۱۰/۷۵	۱۳۳ (٪۵۲)	۱۲۳ (٪۴۸)
مقیاس سلامت روانی	۵۰/۵۶ ± ۲۱/۱۲	۱۴۰ (٪۵۴/۷)	۱۱۶ (٪۴۵/۳)

* افراد گروه اول: فراوانی جانبازانی که نمرات شاخص ها و مقیاس های آنها کمتر از میانگین کل جامعه مطالعه بوده است.

** افراد گروه دوم: فراوانی جانبازانی که نمرات شاخص ها و مقیاس های آنها بیشتر از میانگین کل جامعه مطالعه بوده است.

تمامی ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی به جز درد جسمی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی رابطه معنی داری وجود داشت. قابل ذکر است که تمامی عوارض بالینی ناشی از عضو باقی مانده بعد عملکرد فیزیکی این افراد را مختل کرده بود و با اعمال محدودیت‌های فیزیکی و حرکتی سطح کیفیت زندگی افراد را کاهش داده بود. از دیگر عوامل تاثیر گذار می‌توان به وضعیت اقتصادی جانبازان قطع عضو اشاره کرد. جانبازانی که از وضعیت اقتصادی خود ناراضی بودند و مشکلات اقتصادی بیشتری داشتند از کیفیت زندگی کمتری در سطوح مختلف برخوردار بودند به طوریکه رابطه معنی داری بین این عامل با مقیاس سلامت جسمی و مقیاس سلامت روانی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد عملکرد فیزیکی و محدودیت در عملکرد احساسی وجود داشت. این در حالی است که وضعیت شغلی جانبازان بعد از مجروحیت تنها با بعد سلامت روان دارای ارتباط معنی‌دار است. همچنین بر خلاف نتایج سایر مطالعات مقایسه نمره در بین جانبازانی که فعالیت ورزشی منظم داشتند و جانبازانی که فعالیت ورزشی نداشتند ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی وجود نداشت.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی سلامت روانی جانبازان قطع عضو در استان مازندران در سال ۱۳۸۹ طراحی شده است تا شاید بتواند مبنایی برای طرح‌های پژوهشی مداخله‌ای در جهت بهبود شاخص‌های سلامت و کیفیت زندگی در جامعه جانبازان قطع عضو استان مازندران باشد. جانبازان معلولین تصادفی نیستند، بلکه بواسطه هدف‌های متعالی دچار این وضعیت شده‌اند. در واقع جنگ به عنوان یک عامل فشار روانی شدید پیامدهای گسترده فردی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد که در گستره نسل‌های متمادی تاثیرات چشمگیری بر روابط اعضای یک جامعه می‌گذارد (۱۹). از آثار زیانبار هر جنگی بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که بطور مستقیم یا بطور غیر مستقیم در صحنه جنگ حاضر بوده اند بوجود می‌آید (۲۲). ایجاد این مشکلات کیفیت زندگی این افراد را به خودی خود دستخوش تغییراتی می‌گرداند. کیفیت زندگی تحت تاثیر بسیاری از متغیرها از قبیل سلامت جسمی، روحی، وضعیت خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و شغلی می‌باشد (۲۳). علی رغم اینکه قریب به بیست سال است که از اتمام جنگ و بروز قطع عضو این افراد گذشته است اما همچنان عده نسبتا زیادی از جانبازان به دلیل عوارض بالینی ناشی از عضو باقی مانده به درمانگاه‌ها مراجعه می‌کنند. در این مطالعه، اگرچه فقط ۱۰٪ جامعه مورد مطالعه از عفونت پوستی به عنوان عارضه باقیمانده عضو قطع شده، شکایت داشتند اما بیشترین تاثیر را در کیفیت زندگی جانبازان دارا بوده است. در واقع ابتلا به عفونتهای مکرر پوستی و ناراحتی‌های حاصل از این معضل باعث افت سطوح کیفیت زندگی افراد شده است. در حالیکه درد به عنوان شایع‌ترین عارضه، تنها بر مقیاس سلامت روانی و بعد فیزیکی کیفیت زندگی این افراد تاثیر گذار است اما در مطالعات مختلف درد فانتوم به عنوان تاثیرگذارترین عامل در کیفیت زندگی جانبازان گزارش شده است (۲۴). در این مطالعه از دیگر عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی جانبازان، وضعیت اقتصادی آنان می‌باشد. براساس پژوهش‌های مختلف، مشکلات اقتصادی سهم قابل توجهی در ابتلا این افراد به اختلالات خلقی دارند. مشکلات و اختلالات رفتاری و روانی ناشی از وضعیت اقتصادی، کیفیت زندگی این افراد را به شدت

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

دستخوش تغییرات کرده است، بطوریکه این متغییر در تمامی زمینه‌ها به جز محدودیت در عملکرد حسی، بیشترین تاثیرگذاری را داشته است. در واقع، جانبازان با سطح اقتصادی پایین تر از کیفیت زندگی کمتری برخوردار بودند. همچنین قطع عضو یکی از عوامل ایجاد کننده مشکلات شغلی جانبازان است. مسائلی همچون بیکاری و وضعیت شغلی بعد از مجروحیت که به نوبه خود اختلالات روانی و مشکلات معیشتی افراد را دو چندان می‌کنند (۱۹-۱۴). همچنین در برخی افراد احتمال اینکه نوع شغل عامل ایجاد و تشدید کننده بیماری‌های ایشان باشد، مطرح گردیده است. بیان شده است که در بسیاری از موارد نیز به علت شدت مشکلات و درصد جانبازی بالاتر، این افراد بازنشسته می‌شوند (۲۵). بدیهی است که بدنبال مشکلات شغلی و همچنین هزینه‌های درمانی، این جانبازان با معضلات اقتصادی روبرو می‌شوند. مشکلات اقتصادی تاثیر بسزایی بر سلامت روان و کیفیت زندگی داراست. در واقع وضعیت اقتصادی از این رو حائز اهمیت است که این معضل نه تنها برای خود فرد مشکل ساز است بلکه بر وضعیت خانوادگی و اجتماعی نیز تاثیر گذار است. بطوریکه طبقه اجتماعی پایین، یکی از عوامل خطر برای ایجاد سایکوپاتولوژی نوجوانان بیان شده است این در حالی است که نتایج مطالعه ای که کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو اندام تحتانی را بررسی کرده است نشان داد که مقدار در آمد جانباز تاثیری بر روی هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی وی نداشته است (۲۴-۲۲). از نظر نوع قطع اندام، نتایج حاکی از آن بود که قطع اندام تحتانی سمت راست تاثیرگذاری بسیار زیادی بر تمامی مقیاس‌های سلامت جسمی و روانی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی این افراد به جز محدودیت در عمکرد احساسی و سلامت روان دارا می‌باشد. افراد دچار شده به این نوع قطع عضو، آن را شایعترین علت معلولیت و مشکلات جسمی و روانی خود برشمردند. اما قطع عضو اندام تحتانی سمت چپ، تاثیر گذاری قابلی توجهی بر کیفیت زندگی آنان نداشته و فقط بر عملکرد فیزیکی آنان تاثیر گذار بوده است. مطالعات مختلف نتایج متفاوتی را در مورد ۸ بعد کیفیت زندگی ارائه کرده اند. برخی نشان داده اند که کیفیت زندگی در تمامی ۸ حیطه در افراد با قطع عضو اندام تحتانی کمتر از سطح عادی جامعه است و برخی فقط در یک حیطه این تفاوت را نشان داده اند (۲۶-۲۴). اختلاف در نتایج ما با مطالعات دیگران می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی از جمله عوامل اجتماعی، فشارهای جنگ، مشکلات سلامت و حالت اشتغال افراد باشد.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج این تحقیق نشان داد که جانبازان قطع عضو استان مازندران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. ماهیت این ناتوانی و تاثیری که بر ابعاد سلامت فرد می‌گذارد، عامل اصلی در پایین بودن کیفیت زندگی این افراد است.

تشکر و قدردانی

این پروژه با حمایت مالی معاونت پژوهش و ارتباطات فرهنگی، بنیاد شهید و امور ایثارگران استان مازندران انجام شده است. نویسندگان این مقاله از کلیه مسئولین محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران استان مازندران بلاخص جناب آقای دکتر حمید علی صمیمی، ریاست محترم این بنیاد و جناب آقای دکتر سید عباس میرصادقی معاونت محترم بهداشت و درمان، جناب آقای دکتر غلامرضا تقوی معاونت محترم پژوهشی و ارتباطات فرهنگی، بعلت حمایت‌های پیوسته مادی و معنوی در امر پژوهش‌های کاربردی و تولید علم کمال تشکر را دارند. نویسندگان همچنین از جنانبان و سرکاران: آقای دکتر حمیدرضا تقوی متخصص توانبخشی و طب فیزیکی، آقای سید نصرالله نصراللهی رئیس اسبق اداره پژوهش بنیاد شهید و امور ایثارگران استان مازندران، بابت کمک و مشارکت در اجرای این پروژه تقدیر و تشکر ویژه می‌نمایند.

References

1. Devereux PG, Bullock CC, Bargmann-Losche J, Kyriakou M, Maintaining support in people with paralysis: what works? Qual Health Res 2005; 15(10): 1360-76.
2. Masoumi MH, Soroush MR, Modirian ES, Evaluation of psychiatric problems among war-related bilateral upper limb amputees, Mil Med 2008; 10(3): 185-92 [Persian].
3. Settakorn J, Rangdaeng S, Arpornchayanon O, Lekawanvijit S, Bhoopat L, Attia J, Why were limbs amputated? An evaluation of 216 surgical specimens from Chiang Mai University Hospital, Thailand. Arch Orthop Trauma Surg 2005; 125(10): 701-05.
4. Kim YC, Park CI, Kim DY, Kim TS, Shin JC, Statistical analysis of amputations and trends in Korea, Prosthet Orthot Int 1996; 20(2): 88-95.
5. Yakubu A, Muhammad I, Mabogunje OA, Major limb amputation in adults, Zaria, Nigeria, J R Coll Surg Edinb 1996; 41(2): 102-04.
6. Coupland RM, Korver A, Injuries from antipersonnel mines: the experience of the international committee of the Red Cross, BMJ 1991; 303(6816): 1509-12.
7. Mousavi BO, Mirsalimi F, Soroush MR, Masoumi MD, Montazeri A, Quality of life in war related bilateral lower

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

limb amputees: results of a national project from Iran, Quarterly of Payesh 2009; 8(3): 303-10 [Persian] .

8. Behdani F, Fayazi Bordbar M.R, Heyrani PR, Talebi MH, Kouhestani LL, Psychiatric symptoms in chemical and somatic combat veterans, Mil Med 2009; 11(1): 31-5 [Persian] .
9. Katschnig H, Krautgartner M, Sartorius N, Gaebel W, Lopez JJ, Maj M, Quality of life: a new dimension in mental health care, Psychiatry in society, Wiley, 2002, 171-85.
10. Orley J, WHO Meeting on quality of life: development of the WHOQOL instrument, Quality of Life News 1992; 4: 4.
11. Park J, Park's textbook of prevention and social medicine, 15th Edition, Bondarsid S, India, 1995.
12. Bahreynian SA, Borhani HY, Mental health in a group of war veterans and their spouses in Qom, J The Faculty of Medicine 2003-2004; 27(4): 305-12 [Persian].
13. Kawana N, Ishimatsu S, Kanda K, Psycho-physiological effects of the terrorist sarin attack on the Tokyo Subway system, Mil Med 2001; 166(12): 23-6.
14. Desmond DM, Coping, affective distress, and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations, J Psychosom Res 2007; 62(1): 15-21.
15. Ebrahimzadeh MH, Fattahi AS, Nejad AB, Longterm follow-up of Iranian veteran upper extremity amputees from the Iran-Iraq war 1980-1988, J Trauma 2006; 61(4): 886-8.
16. Badura-Brzoza K, Matysiakiewicz J, Piegza M, Rycerski W, Niedziela U, Hese RT, Sociodemographic factors and their influence on anxiety and depression in patients after limb amputation, Psychiatr Pol 2006; 40(2): 335-45.
17. Afrouz GH.A, Vismeh A.A, A study of relationship of depression amongst war wounded (Janbazan) sons with type of seficit in their fathers and fathers, Son relationship, J Psychology & education,2001-2002; 31(2): 35-50 [Persian] .
18. Rad far SH, Haghaneei M, Tavalaei S.A, Modirian ES, Falahati MR, Review of veteran's 15-18 years old children's mental health, Mil Med 2005; 2(7): 203-09 [Persian] .
19. Khaghanizadeh M, Sirati nayer M, Influence of individual, familial and socioeconomic factors on severity of psychiatric symptoms in veterans with mental disorders, Mil Med 2004; 6(1): 33-7 [Persian].
20. Mazandaran Foundation of Martyrs and Veterans Affair, Veterans statistics; update August 2010. Sari, Iran: Mazandaran Foundation of Martyrs and Veterans Affair, Health and Medical Center; 2010.
21. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MS, Gendeck B, The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version quality of Life research, Qual Life Res 2005, 14(3): 875-82.
22. Prandeh A, Haji Amini Z, Maleki A, Effect of progressive muscle relaxation training in life quality of PTSD veterans wives, JBS 2009; 3(4): 311-16.
23. Ghanei M, Aslani J, Khateri S, Hamadanizadeh K, Public health status of the civil population of Sardasht 15 years following large-scale wartime exposure to Sulfur Mustard, J Burns & Surg Wound Care 2003; 2(1): 7.
24. Mousavi B, Mirsalimi F, Soroush MR, Masoumi M, Montazeri A, Quality of life in war related bilateral lower limb amputees: results of a national project from Iran, JBS 2009; 2 (4):325-332 [Persian].
25. Karami GR, Amiri M, Kachoui H," et al", Psychological health status of mustard gas exposed veterans, Mil Med 2006; 8(1): 1-7 [Persian].
26. Dougherty PJ, Colonel L, Long-term follow-up study of bilateral above-the-knee amputees from the Vietnam War, J Bone Joint Surg Am 1999; 81(10): 1384-90.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]