کیفیت زندگی جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی

دکتر بتول موسوی: * متخصص پزشکی اجتماعی، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان
دکتر علی منتظری: استاد پژوهش، گروه پژوهشی سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر محمدرضا سروش: پزشک عمومی، پژوهشگر، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره اول زمستان ۱۳۸۶ صص ۸۱-۷۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۸/۷

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی زنانی بود که در طول جنگ تحمیلی و پس از آن مبتلا به ضایعه نخاعی شده‌اند. ۲۱ نفر از ۳۵ زن جانبازی که طی جنگ دچار ضایعه نخاعی شده‌اند، حاضر به شرکت در این مطالعه شدند.

جهت بررسی کیفیت زندگی در این گروه، از پرسشنامه SF-36 استفاده شد. میانگین سن زنان دچار ضایعه نخاعی ۴۱/۹۵ سال (انحراف معیار=۱۲/۹ سال) با محدوده سنی ۱۷ تا ۶۲ سال بود. میانگین مدت زمان ضایعه نیز ۲۳/۵۲ سال (انحراف معیار=۳/۶ سال) بود. در گروه جانبازان دچار ضایعه نخاعی، ۱۲ نفر(۵۷/۷ درصد) هرگز ازدواج نکرده بودند، ۶ نفر(۲۸/۶ درصد) متأهل و ۲ نفر (۹/۵ درصد) مطلقه بودند. ۴ نفر (۱۹ درصد) دچار کوادری پلژی (فلج هر ۴ اندام) و بقیه موارد (۸۱ درصد) پاراپلژی و پارزی بودند.کیفیت زندگی در حیطه‌های عملکرد جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان به طور معنی‌داری ($P<0/05$) از جامعه نرمال ایرانی کمتر بود. هر چند میانگین نمره در حیطه نشاط کمتر از جامعه ایرانی بود، اما تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین نمره سلامت عمومی در تتراپلژیک‌ها به طور معنی‌داری کمتر از پاراپلژیک‌ها بود. وضعیت تأهل و اشتغال، تأثیری بر روی کیفیت زندگی جامعه مورد مطالعه نداشت. به طور کلی جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبوده و سطح رضایتمندی آنان پایین بود.

کلیدواژه‌ها: ضایعه نخاعی، جانباز زن، کیفیت زندگی، جنگ، ایران، SF-36

* نویسنده پاسخگو: خیابان مقدس اردبیلی، خیابان فرخ، پلاک ۲۵
تلفن: ۲۲۴۱۵۳۶۷
E-mail: bmousavi@ jmerc.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.9.9]

مقدمه

بررسی و اندازه گیری سطح سلامت از مباحث مهم بهداشتی است. سلامتی، مفهومی گسترده بوده و دارای ابعاد چندگانه است. امروزه توجه به استفاده از ابزارهایی که سلامت فرد را در تمامی ابعاد بسنجد، در جامعه و پژوهش‌های اپیدمیولوژیک، مورد توجه بسیار قرار گرفته است[۱].

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 ارضاء، 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 (به عنوان ارزش‌هایی جهت ارتقاء حیات جسمی) از سوی دیگر دانست. بنابراین برآورده شدن نیازها و اولویت‌های اساسی انسان، نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد [۲، ۳].

SF-36 (Short Form Health Survey): این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است[۴].

مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (جدول شماره ۱) [۵، ۶].

حدود ۸۰ درصد از ضایعات نخاعی در مردان رخ می‌دهد که در طول تاریخ، توجه پژوهشگران را بیشتر به خود جلب کرده است و در این میان به ندرت به ۲۰ درصد باقیمانده (که شامل زنان مبتلا به آسیب نخاعی است) توجه شده است[۷]. آسیب نخاعی، تجربه‌ای است که نه تنها مسیر زندگی فرد دچار ضایعه نخاعی، بلکه زندگی همسر، والدین و فرزندان فرد آسیب دیده را نیز دچار تغییر می‌کند[۸]. این ناتوانی با عوارض بسیاری چون مشکلات عصبی، ریوی، گوارشی، قلبی و عروقی، کلیه و مجاری ادراری، مشکلات روانی (به صورت افسردگی و خودکشی)، مشکلات کنترل وزن، مشکلات سیستم عصبی ـ عضلانی، اسپاستیسیتی، زخم بستر، دیس رفلکسی اتونوم، درد در مناطق فاقد حس، صدمات جدید به دلیل عدم حس و نداشتن کنترل کافی بدن مثل بریدگی، سوختگی و افتادن و مشکلات اجتماعی (مثل از دست دادن شغل یا همسر) همراه است[۹]. علاوه بر مشکلات مشترک فوق، زنان مبتلا به ضایعه نخاعی به دلیل طول عمر بیشتر، افزایش بیشتر خطر افسردگی، مصرف بیشتر داروهای روان‌گردان، خطر بالاتر فقر، احتمال تنها زندگی کردن بیشتر که تأثیر منفی زیادی روی سلامت آنان دارد و نیز نداشتن حامی، نیازمند توجه بیشتری هستند[۷].

در طول ۸ سال جنگ عراق علیه ایران، مناطق مسکونی کشور نیز مورد تهاجم قرار گرفته و در این میان زنان نیز از پیامدهای ناشی از جنگ در امان نمانده‌اند. این مطالعه به منظور بررسی کیفیت زندگی در زنان جانباز مبتلا به ضایعه نخاعی انجام شد.

مواد و روش کار

بررسی حاضر در زمینه تعیین سطح کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان جانباز در کل کشور با قطع نخاع به صورت مقطعی (توصیفی ـ تحلیلی) Cross-sectional انجام شد.

شرط ورود به مطالعه، داشتن ضایعه نخاعی با توجه به پرونده‌های موجود در بنیاد شهید و امور ایثارگران و تمایل جانباز به شرکت در طرح بود.

از تمامی جامعه جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی که شامل ۳۵ نفر هستند، جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد که از این تعداد ۲۱ نفر حاضر به شرکت در این طرح شدند. پیش از دریافت اطلاعات از جانبازان، رضایت‌نامه مکتوب جهت شرکت در طرح اخذ شد. تمامی اطلاعات جامعه جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی توسط دو پرسشگر شامل یک پزشک عمومی که از پیش برای پر کردن پرسشنامه کیفیت زندگی و یک نفر کارشناس که از پیش برای پرسشنامه جمعیت شناختی، آموزش دیده بودند، جمع‌آوری شد.SF-36 ، یک پرسشنامه خود ایفا است که شامل ۳۶ پرسش بوده و ابزاری است برای اندازه گیری کیفیت زندگی. این ابزار علاوه بر اندازه گیری ۸ بعد کیفیت، دو مقیاس خلاصه که از ادغام مقیاس‌ها به صورت زیر به دست می‌آید را نیز محاسبه می‌کند.

- مقیاس سلامت جسمانی Physical Component Summary(PCS): عملکرد جسمانی + مشکلات جسمی + درد جسمی + سلامت عمومی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.9.9]

- مقیاس سلامت روانی Mental Component Summary(MCS): عملکرد اجتماعی + سلامت روان + نشاط + مشکلات روحی

پایایی و روایی این پرسشنامه به فارسی در مطالعه‌ای مورد تأیید قرار گرفته است[۱]. نمره هر یک از حیطه‌ها بر اساس دستورالعمل پرسشنامه SF-36 به طور مستقل امتیاز بندی و محاسبه شد. امتیاز بندی از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) انجام شد[۱]. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری One Sample t test , Independent t test مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

از کل ۳۵ زن جانباز مبتلا به ضایعه نخاعی، ۲۱ نفر حاضر به شرکت در این مطالعه شدند که میزان پاسخ‌دهی (Response rate) برابر ۶۰ درصد بود. میانگین سنی این گروه ۴۱/۹۵ با انحراف معیار ۱۲/۹ سال بوده و در محدوده سنی ۱۷ الی ۶۲ سال قرار داشتند. توزیع متغیرهای جمعیت شناختی، در نمودار شماره ۲ نمایش داده شده است. تمامی جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی شرکت کننده در این طرح در شهر زندگی می‌کردند. (۱۳ نفر (۶۱/۹ درصد) در خانه و ۸ نفر (۳۸/۱ درصد) در آپارتمان زندگی می‌کردند.) از نظر مالکیت منزل، ۱۷ نفر (۸۱ درصد) دارای منزل شخصی بوده و ۳ نفر (۱۴/۳ درصد) اجاره نشین بودند. میانگین تعداد فرزندان نیز ۱/۱۹ بود. از نظر نوع آسیب، شایع‌ترین نوع آسیب، پاراپلژی بود. میانگین مدت ضایعه در جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی ۲۳/۵۲ سال (انحراف معیار=۳/۶ سال) با حداقل ۶ و حداکثر ۲۶ سال بود. از میان جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی ۵ نفر (۲۳/۸ درصد) ورزش می‌کردند و ۱۶ نفر (۷۶/۲ درصد) به هیچ گونه فعالیت ورزشی نمی‌پرداختند. فعالیت‌های ورزشی گروه اول شامل: تنیس روی میز، تیراندازی، شنا و نرمش بود. از میان افرادی که به فعالیت‌های ورزشی می‌پرداختند، میانگین این فعالیت ۱/۸ با طیف ۱ تا ۷ بار در هفته بود. اکثر جانبازان (۱۱ نفر یا ۵۲/۴ درصد) کمتر از ۲ ساعت در هفته ورزش می‌کردند. ۱۳ نفر (۶۳/۹ درصد) از جامعه مورد مطالعه تمام یا اکثر کارهای شخصی و روزمره خود را به تنهایی انجام می‌دادند و فقط ۳ نفر (۱۴/۳ درصد) قادر به انجام هیچ یک از فعالیت‌های شخصی و روزمره خود نبودند. ۵ نفر(۲۳/۸ درصد) سابقه بستری شدن را در طول یک سال اخیر ذکر کردند. ۳ نفر (۱۴/۳ درصد) در زمان مطالعه دارای زخم بستر بودند. کیفیت زندگی در تمامی ۸ حیطه در جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی تفاوت معنی داری با جامعه نرمال ایرانی داشت (جدول شماره ۴). داشتن خانهٔ شخصی یا مستأجر بودن در ابعاد کیفیت زندگی تأثیری نداشت (جدول شماره ۵). هر چند تمامی شاغلین مجرد بودند اما، شاغل بودن و یا غیر شاغل بودن جانباز تأثیری بر روی هیچ کدام از ۸ بعد کیفیت زندگی نداشت(جدول شماره۵).

بحث و نتیجه گیری

در تمامی حیطه‌ها غیر از حیطه نشاط، کیفیت زندگی جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی، با نرمال جامعه تفاوت معنی‌دار داشت (جدول شماره ۴). میانگین سنی جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی در مطالعه ما ۴۱/۹۵ سال (انحراف معیار=۱۲/۹ سال) بود که با میانگین سنی مطالعات انجام شده [۱۰، ۱۱] همخوانی داشت. میزان پاسخ‌دهی (Response Rate) برابر ۶۰ درصد بود که با مطالعه انجام شده دیگر [۱۲] همخوانی داشت.

جدول شماره ۱- هشت حیطه پرسشنامه SF-36

حیطه	تعداد	مفهوم نمره پایین
عملکرد جسمانی (PF)	۱۰	محدودیت در اکثر فعالیت‌های مرتبط با سلامت
محدودیت در نقش جسمانی (RP)	۴	اختلال در فعالیت‌های روزانه/کار در نتیجه مشکلات جسمی
درد جسمی (BP)	۳	درد شدید و محدودکننده
سلامت عمومی (GH)	۲	وضعیت سلامت بد یا درحال بدتر شدن
نشاط (VI)	۲	احساس خستگی در تمامی اوقات
عملکرد اجتماعی (SF)	۵	اختلال در فعالیت های اجتماعی به دلیل مشکلات جسمی/ احساسی
محدودیت در نقش احساسی (RE)	۴	اختلال در فعالیت‌های روزانه/کار در نتیجه مشکلات احساسی
سلامت روحی (MH)	۵	احساس افسردگی و اضطراب درتمامی اوقات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.9.9]

خصوصیات جمعیتی جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی

متغیرها	تعداد	درصد
گروه‌های سنی		
۲۵ >	۳	۱۴/۳
۳۴-۲۵	۴	۱۹
۴۴-۳۵	۴	۱۹
۵۵-۴۵	۷	۳۳/۳
۵۵ <	۳	۱۴/۳
وضعیت تأهل		
هرگز ازدواج نکرده	۱۲	۵۷/۱
متاهل	۶	۲۸/۶
جداشده	۲	۹/۵
همسر فوت شده	۱	۴/۸
سطح سواد		
بی سواد	۴	۱۹
ابتدایی	۴	۱۹
راهنمایی	۴	۱۹
دیپلم	۶	۲۸/۶
بالاتر از دیپلم	۲	۹/۵
وضعیت اشتغال		
شاغل	۵	۲۳/۸
بی‌کار	۱۶	۷۶/۲
سطح ضایعه		
تتراپلژیک	۴	۱۹
پاراپلژیک	۱۴	۶۶/۷
نامشخص	۳	۱۴/۳

جدول شماره ۳- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی حیطه‌های کیفیت زندگی در جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی

شاخص	میانگین	میانه	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
حیطه					
عملکرد جسمانی(PF)	۱۶/۳۸	۱۰	۱۲/۱	۰	۵۰
مشکلات جسمی(RP)	۸۴/۳۵	۱۰۰	۲۴/۴	۰	۱۰۰
درد جسمی (BP)	۵۲/۸۷	۴۲	۲۷/۰	۰	۹۰
سلامت عمومی (GH)	۴۹/۳۸	۴۵	۲۲/۱۰	۵	۹۷
نشاط (VI)	۵۶	۵۲	۲۲/۲	۱۰	۱۰۰
عملکرد اجتماعی (SF)	۶۲/۵۸	۶۲/۵	۲۱/۹	۰	۱۰۰
مشکلات روحی(RE)	۸۶/۷۷	۱۰۰	۱۷/۳	۰	۱۰۰
سلامت روان(MH)	۵۷	۵۸	۲۰/۶	۲۰	۹۶
مقیاس سلامت جسمانی(PCS)	۴۶/۷۳	۴۷/۵	۱۶/۳۵	۱۷/۵	۸۳
مقیاس سلامت روانی(MCS)	۵۷/۰۹	۵۶/۵	۲۵/۷۳	۱۷/۵	۹۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.9.9]

جدول شماره ۴- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی با جامعه نرمال ایرانی

حیطه	جانباز (n=۴) (انحراف معیار) میانگین	جامعه (n=۴) (انحراف معیار) میانگین	P value
عملکرد جسمانی (PF)	۱۶/۳۸ (۱۲/۱)	۸۲/۹ (۲۲/۱)	۰/۰۰۰
محدودیت در نقش جسمانی (RP)	۸۴/۳۵ (۲۴/۴)	۶۶/۵ (۳۹/۱)	۰/۰۱۴
درد جسمی (BP)	۵۲/۸۷ (۲۷/۰)	۷۶/۴ (۲۶/۲)	۰/۰۰۰
سلامت عمومی (GH)	۴۹/۳۸ (۲۲/۱)	۶۵/۰ (۲۰/۸)	۰/۰۰۱
نشاط (VI)	۵۶/۰ (۲۲۰/۲)	۶۲/۹ (۱۷/۸)	۰/۰۵۷
عملکرد اجتماعی (SF)	۶۲/۵۸ (۲۱/۹)	۷۴/۲ (۲۵/۱)	۰/۰۱۱
محدودیت در نقش احساسی (RE)	۸۶/۷۷ (۱۷/۳)	۶۱/۴ (۴۲/۴)	۰/۰۰۰
سلامت روان (MH)	۵۷/۰ (۲۰/۶)	۶۵/۰ (۱۸/۶)	۰/۰۳۸

جدول شماره ۵- مقایسه کیفیت زندگی در جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی به تفکیک متغیرها

	سطح ضایعه (n=۱۸)			زخم بستر (n=۲۱)		
	تتراپلژیک (n=۴)	پاراپلژیک (n=۱۴)	P	بلی (n=۳)	خیر (n=۱۸)	P
عملکرد جسمانی	۱۲/۴۲ (۱/۶)	۱۸/۰۶ (۱۴/۶)	۰/۱۷	۱۴/۴۱ (۵/۱)	۱۹/۲۶ (۱۵/۲)	۰/۶۰
محدودیت در نقش به علت مشکلات جسمانی	۷۴/۷ (۳۵/۳)	۹۰/۹ (۱۶/۰۲)	۰/۴۲	۸۲/۲۳(۱۵/۱)	۹۳/۷۵ (۱۵/۵)	۰/۲۸
درد جسمی	۵۶/۰ (۲۶/۰۸)	۵۱/۶۷ (۲۸/۹)	۰/۷۸	۴۰/۶۶ (۴۳/۲)	۵۵/۸۷(۲۶/۴)	۰/۴۴
سلامت عمومی	۲۸/۰ (۱۸/۲۳)	۵۸/۴۲ (۱۸/۷۱)	۰/۰۳	۴۱/۶۶ (۲/۸)	۶۰/۶۶ (۱۹/۲)	۰/۱۲
نشاط	۵۲/۵ (۳۰/۹)	۶۰/۰۷ (۱۹/۷۸)	۰/۶۶	۴۳/۳۳ (۵/۷)	۶۴/۶۶ (۲۰)	۰/۰۹۸
عملکرد اجتماعی	۷۰/۵۳ (۱۹/۸)	۶۴/۷۹ (۲۲/۱)	۰/۶۳	۵۶/۵۴ (۶/۷)	۶۷/۱۷ (۲۴/۷)	۰/۴۶
محدودیت در نقش به علت مشکلات روحی	۹۱/۲۷ (۱۷/۴)	۸۷/۶۴ (۱۷/۳)	۰/۷۲	۸۸/۳۶ (۲۰/۱)	۸۸/۴۹ (۱۶/۹)	۰/۹۹
سلامت روان	۶۱/۰ (۲۸/۱)	۵۸/۶۴ (۲۰/۱)	۰/۸۸	۵۲ (۱۶)	۶۳/۶۶ (۲۱/۵)	۰/۴
مقیاس سلامت جسمی(PCS)	۴۴/۵۸ (۱۴/۵)	۴۹/۰۵ (۱۷/۴)	۰/۶۹	۳۱/۴۱ (۱۳/۴)	۵۵ (۱۳/۷)	۰/۰۲
مقیاس سلامت روانی(MCS)	۶۱/۱۸ (۲۳/۸)	۵۹/۶۹ (۲۳/۸)	۰/۹۳	۴۹/۸۷ (۹/۷)	۶۶/۵۴ (۲۵/۳)	۰/۲۹

فقط ۴/۸ درصد از زنان جانباز هرگز ازدواج نکرده، پس از ایجاد آسیب ازدواج کرده‌اند که این یافته با مطالعات دیگر مشابهت دارد[۸]. بیش از دو سوم جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی بی‌کار بودند، هر چند میانگین سنی بالایی نداشتند. در سایر مطالعات نشان داده شده است که بی‌کاری و مشکلات ناشی از اشتغال به دلیل آسیب نخاعی افزایش پیدا می‌کند[۸، ۱۳]. آمار زنان دچار ضایعه نخاعی ناشی از تروما از مردان بسیار کمتر است[۸].

توزیع جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی در استان‌های کشور نشان داد که حدود نیمی از آنان از شهروندان ساکن ۳ استان آذربایجان غربی، کرمانشاه، خوزستان (استان‌های مرزی ایران) بوده‌اند که در طول جنگ و پس از آن (به دلیل مهمات باقیمانده در مناطق جنگی مثل مین) دچار آسیب شده‌اند. شایع‌ترین نوع آسیب ضایعه نخاعی در جانباز زن مطالعه شده، از نوع پاراپلژی بود و با یافته‌های یک مطالعه [۱۲] شباهت دارد. در حالی که در مطالعات دیگر، فراوانی تتراپلژی بسیار بیشتر از پاراپلژی گزارش شده است[۷، ۸]. جانبازان مورد مطالعه به میزان کمی در فعالیت تفریحی شرکت داشتند و این میزان تقریباً برابر مطالعه Tasiemski T است که میزان مشارکت فرد مبتلا را ۲۷ درصد گزارش کرده است[۱۳].

اکثر جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی، بخش اعظم یا تمامی فعالیت‌های شخصی و روزانه خود را شخصاً انجام می‌دادند که این با مطالعه‌ای [۱۳] همخوانی دارد. دلیل این میزان بالای انجام فعالیت‌های روزمره و شخصی، می‌تواند ناشی از فرهنگ جامعه زنان ایرانی باشد که معمولاً زنان، نه تنها به انجام فعالیت‌های شخصی خود می‌پردازند، بلکه به انجام امور مربوطه به منزل و خانواده نیز مبادرت می‌ورزند.

میانگین تعداد فرزندان در مطالعه ما ۱/۱۹ فرزند بود که پایین بودن آن می‌تواند یا به دلیل کم بودن میزان تأهل و بالا بودن میزان طلاق و مجردی و یا به دلیل مشکلات شایع جنسی که متعاقب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.9.9]

ایجاد ضایعه در فرد مبتلا به وجود می‌آید باشد. این یافته نیز با یافته‌های سایر مطالعات هم‌خوانی داشت[۸]. میانگین نمره در کل گروه در ۸ حیطه کیفیت زندگی نشان داد که بیماران کمترین نمره را در حیطه عملکرد جسمانی (PF) و بیشترین نمره را در حیطه محدودیت در نقش به علت مشکلات جسمانی (RF) داشتند. این یافته نشانگر این واقعیت است که هرچند جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی، در اکثر فعالیت‌های مرتبط با سلامت محدودیت داشتند، اما این مشکل سبب اختلال در فعالیت‌های روزانه یا کار در نتیجه مشکلات جسمی وی نشده است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی، در حیطه‌های عملکرد جسمانی (PF)، درد جسمی (BP)، سلامت عمومی (GH)، عملکرد اجتماعی (SF) و سلامت روانی (MH) به طور معنی‌داری از میانگین نمره زنان جامعه ایرانی که توسط مطالعه دکتر منتظری و دکتر گشتاسبی به دست آمده کمتر بود [۱۴،۱]. منابع دیگر نیز چنین یافته‌هایی را تأیید می‌کنند [۸، ۱۰، ۱۲، ۱۸-۱۵].

هر چند میانگین نمره در حیطه نشاط (VI) در افراد مورد مطالعه کمتر از جامعه ایرانی بود، اما تفاوت معنی‌داری با نرمال جامعه نداشتند و این نکته با مطالعات دیگر [۱۰، ۱۲] متفاوت بود. کیفیت زندگی در ۸ حیطه در جانبازان زن هرگز ازدواج نکرده دچار ضایعه نخاعی، با متأهل‌ها تفاوت نداشت. سایر مطالعات در این مورد به نتایج متفاوتی رسیده‌اند[۱۰، ۱۲].

جانبازان زن تتراپلژیک در حیطه سلامت عمومی به طور معنی‌دار نسبت به پاراپلژیک‌ها نمره پایین‌تری داشتند، اما در سایر حیطه‌ها تفاوت معنی‌دار به دست نیامد. این یافته با یافته مطالعه‌ای [۱۱] که در ونکور کانادا انجام شده همخوانی دارد. این مطالعه نشان می‌دهد در صورت حمایت جامعه از تتراپلژیک‌ها، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش پیدا می‌کند و نیز یافته‌های مطالعه دیگری [۱۲] نشان داد که کیفیت زندگی پاراپلژیک‌ها، فقط در حیطه عملکرد جسمی بهتر از تتراپلژیک‌ها بود. این یافته می‌تواند حاکی از آن باشد که سطح ضایعه نخاعی به تنهایی، تمامی ابعاد کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار نمی دهد. میانگین نمره نمونه‌ها در حیطه عملکرد جسمانی نشان داد که پاراپلژیک‌ها و تتراپلژیک‌ها، به یک اندازه دچار محدودیت در فعالیت‌های معمول هستند. حجم نمونه بالاتر در تعین نقش سطح ضایعه بر روی کیفیت زندگی توصیه می‌شود. مشغول به کار بودن و یا نبودن جانباز نخاعی تأثیری بر روی کیفیت زندگی وی نداشت. یافته‌های دو مطالعه [۱۰، ۱۲] نشان داد که در تمامی ابعاد، کیفیت زندگی افرادی که شاغل بودند، بهتر از بی‌کاران بود. به نظر می‌رسد با توجه به این که در مطالعه ما اکثر نمونه‌های مورد مطالعه بی‌کار بودند، حجم نمونه ۲۱ نفر برای نشان دادن این تفاوت کافی نبوده است.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به کم بودن تعداد نمونه‌های مبتلا به ضایعه نخاعی و عدم شرکت کل جامعه مبتلا به آسیب نخاعی اشاره کرد. توصیه می‌شود مطالعه در حجم نمونه بالاتر انجام شود.

به طور کلی نتایج این تحقیق نشان داد که جانبازان زن دچار ضایعه نخاعی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. ماهیت این ناتوانی و تأثیری که بر ابعاد سلامت فرد می‌گذارد، عامل اصلی در پایین بودن کیفیت زندگی این افراد است.

از آنجا که اکثر این زنان مجرد بوده و از میانگین سنی نسبتاً بالایی برخوردار بودند و روند کهولت، تأثیر سوء مضاعفی بر سلامت آنان خواهد گذاشت، توصیه می‌شود مشاوره خانواده و روانشناسی، ایجاد تسهیلات و امکانات ورزشی و تشویق به ورزش، تورهای تفریحی برای این گروه در نظر گرفته شود. چرا که برنامه‌های توانبخشی و حمایتی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی این عزیزان نقش مؤثری را بازی کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از زحمات و مساعدت‌های جناب آقای دکتر جوادی (رئیس مرکز ضایعه نخاعی بنیاد شهید و امور ایثارگران) و خانم دکتر اسماعیلی و آقای دکتر مدیریان (پژوهشگران پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان) قدردانی نمایند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.9.9]

منابع

1- Montazeri Ali, Goshtasbi Azita, Vahdaninia M., Gandek B.The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005; 14: 875-82

2- Orley J. WHO Meeting on quality of life: development of the WHOQOL instrument. Quality of Life News 1992; 4: 4

3- Park J. Park's Textbook of Prevention and Social Medicine. 15th Edition, Bondarsid S: India, 1995

4- Brazier JE. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcomes for primary care. British Medical Journal 1992; 305: 100-164

5- Jenkinson C. Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. Quality of Life Research 1994; 3: 7-12

6- Brazier J. Testing the validating with the SF-36 health survey questionnaire. Quality of Life Research 1993; 2: 180-96

7- Pentland W, Walker J, Minnes P, Tremblay M, Brouwer B, Gould M. Women with spinal cord injury and the impact of aging. Spinal Cord 2002; 40: 374-87

8- http://sci.rutgers.edu/index.php?page=viewarticle&afile=14_March_2003@family_adjustment.htm

9- http://www.rehabiran.net/viewMqlh.aspx?&cd=1170

10- Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. Archive of Physical Medicine and Rehabilitation 1998; 79: 1433-39

11- Hammell KW. Exploring quality of life following high spinal cord injury: a review and critique. Spinal Cord. 2004; 42: 491-502

12- Leduc BE, Lepage Y. Health-related quality of life after spinal cord injury. Disability and Rehabilitation 2002; 24: 196-202

13- Tasiemski T, Bergstrom E, Savic G, Gardner BP. Sports, recreation and employment following spinal cord injury: a pilot study. Spinal Cord 2000; 38: 173-84

۱۴- منتظری علی، گشتاسبی آزیتا، وحدانی نیا مریم سادات، ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36، پایش، ۱۳۸۴، ۵، ۵۶-۴۹

15- Kathleen T, Lucke HC, Joseph SG, Joseph FL. Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. Quality of Life Research 2004; 13: 97-110

16- Putzke JD, Elliott TR, Richards JS. Marital Status and adjustment 1 yaer post/spinal/cord/ injury. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2001; 8: 101-107

17- Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. Archive of Physical and Medicine Rehabilitation 1998; 79: 1433-39

18- Unalan H, Celik, B, Sahin A, Caglar N, Esen S, Karamehmetoglu Sk. Quality of Life After Spinal Cord Injury: the comparison of the SF-36 health survey and its spinal cord injury-modified version in assessing the health status of people with spinal cord injury. Neurosurgery Quarterly 2007; 17: 175-79

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.9.9]