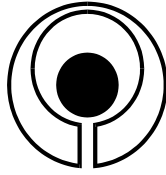


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه آموزشی سالمند شناسی

پایان نامه جهت دریافت درجه MPH سالمندی

موضوع

رابطه بین سن و میزان فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی **ADL & IADL** در جانبازان
با قطع هر دو اندام تحتانی

نگارش

دکتر علی توکلی

اساتید راهنما

دکتر رباب صحاف

دکتر رضا فدای وطن

اساتید مشاور

دکتر احمدعلی اکبری کامرانی

دکتر علیرضا کلدی

اسفند 1392

شماره ثبت: 950-111

قدردانی و تشکر

از تمامی جانبازان عزیز، این اسوه های صبر و مقاومت و اساتید راهنما و مشاور که زحمات زیادی در ارائه این پایان نامه متحمل شدند، تشکر و قدردانی می شود.

چکیده

مقدمه: قطع عضو از هر دو اندام تحتانی یکی از عوارض ناشی از جنگ می‌باشد. در این مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه‌های (Activity of Daily Living) ADL و (Instrumental Activity of Daily Living) IADL، به بررسی فعالیت‌های روزمره و شخصی جانبازانی که در طول دوره جنگ عراق علیه ایران و پس از آن دچار قطع عضو در هر دو اندام تحتانی شده‌اند پرداخته‌ایم.

مواد و روش‌ها: از 576 نفر جانبازی که در طول جنگ ایران و عراق و پس از آن دچار آسیب بودند، 335 نفر حاضر به شرکت در مطالعه شدند (میزان پاسخ دهی 58٪). اطلاعات توسط دو پرسشگر که از قبل آموزش دیده بودند جمع‌آوری شد.

نتایج: میانگین سنی افراد مورد مطالعه 42/05 با انحراف معیار 6/33 بدست آمد. شایعترین نوع قطع عضو در هر دو اندام تحتانی، زیر زانو بود که 126 نفر (37/6٪) افراد را شامل می‌شد. 206 نفر (61/5٪) از پروتز در هر دو اندام تحتانی استفاده می‌کردند. شایعترین علت قطع اندام تحتانی ترکش و مین بود. در بررسی ADL، بیشترین نیاز به کمک مربوط به جابجا شدن 90 نفر (26/4٪) و حمام کردن 67 نفر (19/6٪) بود، و کمترین نیاز به کمک مربوط به غذا خوردن 6 نفر (1/8) و داشتن اختیار ادرار و مدفوع 18 نفر (5/3٪) بود. در بررسی IADL، بیشترین نیاز به کمک مربوط به کار در منزل 235 نفر (68/9٪) و خرید کردن 189 نفر (55/4٪) و غذا پختن 146 نفر (42/8٪) بود، و کمترین نیاز به کمک مربوط به استفاده کردن از تلفن 12 نفر (3/6٪) بود. میزان وابستگی با افزایش سن در این جانبازان افزایش یافته بود.

بحث: با توجه به وابستگی زیاد جانبازان در زمینه‌های مختلف فعالیت‌های روزانه معمولی و ابزاری در حال حاضر، با بالا رفتن سن جانبازان دو پا قطع طی سالهای آتی، شروع و تکمیل فرایندهای بازتوانی از هم اکنون ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه: جانباز، قطع عضو اندام تحتانی، ADL، IADL

فهرست مطالب

2	چکیده
2	مقدمه پژوهش
3	اهمیت و ضرورت
3	اهداف پژوهش
4	فرضیه‌ها و یا سؤالات پژوهش
5	تعریف واژه‌ها
7	اهمیت سالخوردگی
8	روند تغییر جمعیت در ایران
14	نوع مطالعه
14	جامعه و نمونه آماری و روش نمونه‌گیری
14	روش جمع‌آوری داده‌ها
15	متغیرها
15	روش اجرا
16	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
16	ملاحظات اخلاقی
17	محدودیت‌های اجرایی
19	اطلاعات دموگرافیک جانبازان
29	وضعیت ADL و IADL جانبازان
	Abstract

فهرست جداول و نمودارها

- جدول 1- توزیع جانبازان باقطع عضو در دواندام تحتانی بر حسب گروه سنی 19
- جدول 2- توزیع جانبازان باقطع عضو در دواندام تحتانی بر حسب وضعیت تأهل 19
- جدول 3- توزیع جانبازان مورد مطالعه بر حسب استان محل سکونت 20
- جدول 4- توزیع جانبازان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات 21
- جدول 5- توزیع جانبازان مورد مطالعه بر حسب نوع محل سکونت 22
- جدول 6- توزیع جانبازان مورد مطالعه بر حسب وضعیت شغلی جانباز 22
- جدول 7- توزیع جانبازان مورد مطالعه بر حسب علت مجروحیت اندام تحتانی 23
- جدول 8- توزیع فراوانی جراحتهای همراه در جانبازان مورد مطالعه 24
- جدول 9- توزیع تعداد موارد بستری در بیمارستان با توجه به علت مجروحیت در طول یکسال گذشته .. 24
- جدول 10- توزیع تعداد موارد بستری در بیمارستان بدون توجه به علت مجروحیت در سال گذشته 25
- جدول 11- توزیع جانبازان مورد مطالعه بر حسب نوع فعالیت ورزشی 26
- جدول 12- توزیع جانبازان مورد مطالعه بر حسب نوع قطع عضو سمت راست 26
- جدول 13- توزیع جانبازان مورد مطالعه بر حسب نوع قطع عضو سمت چپ 27
- جدول 14- توزیع جانبازان جانبازان مطالعه بر حسب محل آمپوتاسیون در دو اندام تحتانی 27
- جدول 15- توزیع فراوانی جانبازان باقطع عضو در دواندام تحتانی بر حسب پروتز 28

- جدول 16- توزیع کلی ADL در جانبازان با قطع عضو در دواندام تحتانی 29
- جدول 17- توزیع کلی IADL در جانبازان با قطع عضو در دواندام تحتانی 30
- جدول 18- میزان ADL در جانبازان با قطع دواندام تحتانی در گروههای سنی 31
- جدول 19- میزان IADL در جانبازان با قطع دواندام تحتانی در گروههای سنی 32
- جدول 20- میزان ADL در جانبازان مورد مطالعه بر اساس وضعیت اشتغال 33
- جدول 21- میزان IADL در جانبازان مورد مطالعه بر اساس وضعیت اشتغال 34
- جدول 22- میزان ADL در جانبازان مورد مطالعه بر اساس سطح قطع عضو ندام تحتانی 35
- جدول 23- میزان IADL در جانبازان مورد مطالعه بر اساس سطح قطع عضو ندام تحتانی 36
- جدول 24- میزان ADL در جانبازان مورد مطالعه بر اساس استفاده از پروتز 37
- جدول 25- میزان IADL در جانبازان مورد مطالعه بر اساس استفاده از پروتز 38

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

مقدمه پژوهش

بیماری های قلبی عروقی و دیابت و تصادفات شایعترین علت قطع عضو در جهان است اما وقوع جنگ و آسیب های ناشی از مین های زمینی از مهمترین دلایل قطع عضو در کشورهای درگیر جنگ می باشد [1-3]. در طی 8 سال جنگ عراق علیه ایران بیش از پانصد هزار نفر مجروح شدند. از این میان 11570 نفر دچار قطع اندام شدند که 578 نفر دارای قطع دوطرفه اندام تحتانی بودند [4, 5].

آمپوتاسیون به معنای برداشتن یک اندام یا قسمتی از یک اندام می باشد که به علل مختلف انجام می گیرد که مهمترین آن به دلیل تروما است. قطع اندام در اندام فوقانی و تحتانی و در سطوح مختلف انجام می گیرد [6].

اغلب موارد آمپوتاسیون در دنیای غرب در افراد بالای 60 سال و به علت بیماری های عروقی است [2]. در این بیماران بدست آوردن استقلال در کارهای شخصی و شرکت در کارهای سرگرم کننده مهمترین اهداف در برنامه های توانبخشی می باشد. از دست دادن یک اندام می تواند تأثیر بسیاری را بر توانایی های یک فرد بگذارد. نتایج حاصل از توانبخشی برای فرد ناتوان و سطح عملکرد او بستگی به جسم، ذهن و شخصیت بیمار دارد. هر چه سن در زمان آمپوتاسیون پایین تر و سطح آمپوتاسیون نیز در اندام تحتانی تر باشد توانایی عملکرد او بالاتر می رود. همچنین هر چه درد فانتوم و بیماری همراه قلبی/ریوی بیشتر باشد توانایی عملکردی فرد دچار قطع اندام تحتانی کمتر می شود [7].

هنوز رابطه بین سایر خصوصیات فیزیکی و خصوصیات اجتماعی و ذهنی فرد با سطح عملکرد او روشن نیست [8]. از این رو در این مطالعه برآنیم تا سطح عملکرد فرد در انجام فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی را در جانبازان دوبر اندام تحتانی مشخص کرده و ارتباط آن آن را با متغیر سن مورد بررسی قرار دهیم.

اهمیت و ضرورت

با توجه به اینکه افراد با قطع هر دو اندام تحتانی دچار محدودیت در فعالیت های فیزیکی خود می شوند و روند سالمندی این محدودیت را تشدید می کند نتیجه این تحقیق به ما کمک می کند که توانایی های این افراد را سنجیده و سطح خدمات ویژه مورد نیاز را تعیین کنیم.

اهداف پژوهش

الف- اهداف کلی طرح:

- بررسی رابطه بین سن و میزان فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی (ADL & IADL) در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی

ب- اهداف ویژه:

- تعیین میزان فعالیت های روزمره زندگی (ADL) در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی
- - تعیین میزان فعالیت های ابزاری زندگی (IADL) در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی

• - بررسی رابطه بین سن و سطح عملکرد فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی ADL

IADL & در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی

• - مقایسه و سطح عملکرد ADL & IADL در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی

سالمنند و میانسال

ج- اهداف کاربردی:

با تعیین سطح عملکرد جانبازان دوام تحتانی در انجام فعالیت های روزمره (ADL) و فعالیت های ابزاری زندگی (IADL) با توجه به روند سالمندی و مشکلات خاص این دوره، می توان توانایی های این افراد را مشخص کرده و برحسب نیاز و با برنامه ریزی های مناسب سعی در توانمند نمودن و استقلال آنها در انجام امور شخصی نمود.

فرضیه ها و یا سؤالات پژوهش

• سطح ADL در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی چگونه است؟

• - سطح IADL در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی چگونه است؟

• - آیا بین سن و سطح ADL & IADL در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی

رابطه ای وجود دارد؟

• - آیا تفاوتی بین سطح ADL & IADL در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی

سالمنند و میانسال وجود دارد؟

تعریف واژه‌ها

سالمندی

طبق تعریف نظری سالمندی پدیده ای است که بوسیله تغییرات بیولوژی، فیزیولوژی، بیوشیمی و آناتومی در سلول های بدن ایجاد می شود و این تغییرات با طول زمان بر کار سلول ها اثر می گذارد و موجب تغییر در ساختمان و عمل اعضای مختلف بدن می شود [9].

در این مطالعه افراد بالای 60 سال به عنوان سالمند در نظر گرفته می شوند.

فصل دوم

پیشینه پژوهش

اهمیت سالخوردگی

پیر شدن جمعیت جزو افتخارات بشر است و دستاورد بزرگی محسوب می‌شود چون در جوامع حیوانی دیده نمی‌شود. بشر با استفاده تفکر و برنامه ریزی موفق شده است به طول عمر خودش اضافه کند. در طول یک قرن بشر موفق شده 30 سال به عمر خودش اضافه کند به طوری که در حال حاضر امید به زندگی به 84 سال رسیده است و در ژاپن باشگاه صد ساله ها وجود دارد. ولی این پیر شدن جمعیت عوارضی هم دارد. جمعیت بالای 60 سال جهان در سال 2000 حدود 60 میلیون نفر بوده است و در سال 2020 به حدود یک میلیارد نفر خواهد رسید [10].

طبق آمار WHO 85٪ جمعیت جهان در کشورهای در حال توسعه استقرار دارند و بیشتر جمعیت سالمندان هم در کشورهای فقیر و در حال توسعه قرار دارند. گروه سالمند گروه پرهزینه ای است و سالمندان بیشتر در جوامع در حال توسعه هستند که زیربنای اقتصادی خوبی ندارند. بنابراین سالمندی منجر به فقر پایدار در این کشورها می شود و امکان رشد از آنها گرفته می‌شود [10].

نمودار توزیع جمعیت بر حسب گروههای سنی در کشورهای توسعه یافته به جز در نوک منحنی که مربوط به گروه سنی 90 تا 100 سال است حالت استوانه ای دارد. یعنی تعداد افراد در گروههای سنی با فواصل 5 یا 10 ساله تقریباً برابر است. ولی در کشورهای جهان سوم یک حالت مخروطی دارد یعنی تعداد افراد در گروههای سنی کودکان و نوجوانان و جوانان زیادتر است و با بالا رفتن سن نسبت جمعیت گروههای سنی کمتر می شود و منحنی یک حالت مخروطی پیدا می کند. ظرف چند دهه آینده این منحنی به همین شکل بالا می آید و بیشترین جمعیت سالمند در جهان سوم و کشورهای توسعه نیافته خواهد بود [11].

روند تغییر جمعیت در ایران

تغییر در روند رشد جمعیت باعث تغییر در روند ارائه خدمات بهداشتی می شود. ضریب سالمندی از شاخص‌های برنامه‌ریزی برای این خدمات است که عبارت است از "نسبت جمعیت بالای 60 سال به جمعیت زیر 15 سال". هر دو گروه مصرف کننده هستند و تولید کننده نیستند. این ضریب نشان میدهد که به ازای هر فرد صفر تا 15 ساله چند نفر بالای 60 سال داریم. با پیر شدن جمعیت صورت این کسر بزرگتر و مخرج آن کوچکتر شده و در نتیجه مقدار این ضریب افزایش می یابد که نشان می دهد برنامه ریزیها باید به سمت سالمندان شیفت شود. ضریب سالمندی در سال 1365 برابر با 6.68٪، در سال 1375 برابر با 10.93٪ و ضریب سالمندی در سال 1385 برابر با 20.68٪ بوده است [12]. این ارقام حاکی از پیر شدن جمعیت است که با ارائه راهکارهایی در حوزه آموزش، پژوهش و خدمات تخصصی، می توان از بروز مشکلات در آینده پیشگیری کرد. یکی از مشکلات عمده‌ای که در سالمندی جلوه می‌یابد، استئوپروز یا پوکی استخوان است که انتظار می‌رود با افزایش تعداد سالمندان در سطح کشور، تعداد سالمندان مبتلا به استئوپروز و عوارض ناشی از آن در جامعه رو به افزایش باشد.

به نظر می‌رسد که در افراد کمتر از 60 سال تروما و سرطان نقش مهمتری از بیماری‌های عروقی در علت آمپوتاسیون دارد. بسیاری از مطالعات درباره عملکرد افراد دچار قطع اندام تحتانی در افراد کمتر از 60 سال محدود به گروهی است که علت آمپوتاسیون تروما بوده است. سطح اکثر آمپوتاسیون‌ها ترانس تیبیال و در یک سوم موارد ترانس فمورال می‌باشد. Hip disarticulation و knee disarticulation و همی پلوکتومی تعداد اندکی از سطح آمپوتاسیون را تشکیل می‌دهند [2].

در این مطالعه که از اندکس ADL استفاده شده است نتایج نشان می‌دهد که بین سطح آمپوتاسیون و ADL اختلاف آشکاری وجود ندارد. و نیز افرادی که از پروتز برای حرکت استفاده می‌کردند نسبت به کسانی که از ویلچر استفاده می‌کردند نمره بالاتری از نظر ADL گرفته بودند و نیز سن رابطه معکوس با ADL داشت یعنی هر چه سن فرد پایین‌تر بود نمره ADL بالاتری کسب کرده بود و برعکس. این مطالعه این نتیجه را می‌دهد که عدم وابستگی در ADL بعد از آمپوتاسیون هر دو اندام تحتانی با سن پایین‌تر و استفاده از پروتز بهبود می‌یابد [13].

در یک مطالعه مقطعی 30 نفر از کسانی که دچار قطع اندام تحتانی در سال‌های 2002-2000 شده بودند از نظر ADL و بوسیله اندکس Barthel مورد بررسی قرار گرفتند. اندکس Barthel در این افراد از 9 تا 20 متغیر بود. در این مطالعه مدت زمان طول کشیده جهت برگشت فرد به سرکار نیز بررسی شد. و این بررسی نشان داد که با وجود حمایت خوب خانواده، حمایت جامعه کم است [3].

در مطالعه‌ای دیگر بر روی 41 نفر که هر دو پایشان قطع شده بود و در بیمارستان برنامه‌های توانبخشی داشتند از ADL برای ارزیابی بیماران استفاده شده بود. این مطالعه نشان می‌دهد که کسانی که از پروتز استفاده می‌کردند، در انجام کارهای روزمره موفقیت بیشتری داشتند و نیز این مطالعه بستری در بیمارستان برای انجام برنامه‌های توانبخشی را بهتر از برنامه‌های طولانی مدت خارج از بیمارستان برای افراد دچار قطع هر دو اندام تحتانی می‌داند [2].

در مطالعه‌ای دیگر در کشور هند، 500 نفر که دچار قطع اندام تحتانی بودند مورد پرسش قرار گرفتند. در این مطالعه ارزیابی افراد با ADL انجام گرفت و نتایج آن نشان داد که 55٪ افراد به طور کلی در انجام کارهای روزانه خود غیروابسته بودند، 40٪ می‌باید از عصای زیربغل یا عصا استفاده می‌کردند، 5٪ برای حرکت فقط به ویلچر وابسته بودند. در این مطالعه تایید شد که هر چه

سن افراد بالاتر برود، وابستگی افراد بیشتر می‌شود و نیز وابستگی در کسانی که سطح آمپوتاسیون زیر زانو داشتند از کسانی که سطح آمپوتاسیون بالای زانو داشتند یا هر دو پایشان قطع شده بود کمتر وجود داشت. عملکرد این افراد در مقایسه با افراد دیگر در کشورهای توسعه یافته یکسان بود و در بعضی از عملکردها حتی بهتر نیز بودند [13].

در مقاله‌ای دیگر افزایش سن، بیماری همراه و کمپلیانس ضعیف فرد، فاکتورهای موثر بر کاهش توانایی عملکرد فرد عنوان شده بود [14].

در یک بررسی 134 نفر که قطع هر دو عضو تحتانی را داشتند مورد بررسی قرار گرفتند، در این مطالعه رابطه بین توانایی عملکردی با سن، سطح آمپوتاسیون و علت آمپوتاسیون بررسی گردید. افرادی که اندام تحتانی‌شان از زیر زانو قطع شده بود به طور واضح مستقل‌تر از کسانی بودند که اندام تحتانی‌شان از بالای زانو قطع شده بود، اما اختلاف واضحی بین کسانی که اندام تحتانی‌شان از بالای زانو قطع شده بود و کسانی که هر دو پایشان قطع شده بود وجود نداشت. و نیز افرادی که علت قطع اندام تحتانی‌شان تومور بود توانایی عملکردی بهتری داشتند و نیز با افزایش سن افراد استقلال عملکردی افراد کاهش می‌یافت [15].

مطالعه‌ای دیگر در سربازان با قطع یک اندام تحتانی در سال 2006 انجام گرفته است. هدف از این مطالعه مقایسه عملکرد سربازان با قطع یک اندام تحتانی و سربازان سالم و نیز یافتن فاکتورهای موثر بر عملکرد این افراد ذکر شده است. در این مطالعه 461 نفر از ارتش سری لانکا با قطع یک اندام تحتانی و 461 نفر بدون قطع اندام تحتانی مقایسه شدند. اکثریت افراد از ناحیه پایین زانو دچار قطع اندام تحتانی بودند. (89/6٪ و n=413) و میانگین سنی افراد $30/2 \pm 4/6$ سال بود. میزان سلامتی در گروه دچار قطع اندام تحتانی پایین‌تر از گروه دیگر بود. سطح بالای محل قطع اندام تحتانی و مشکلات مربوط به محل قطع عضو به طور مشخص با سطح سلامتی فیزیکی و

ذهنی ضعیف همراه بود. سطح سلامتی سربازان با قطع اندام تحتانی در یک سال گذشته به طور واضح بدتر از افراد بدون قطع اندام تحتانی شده بود. این مطالعه اینگونه ارزیابی می‌کند که افراد با قطع اندام از نظر عملکردی و فعالیت ضعیف هستند که می‌تواند با اصلاح کردن بعضی از فاکتورها اصلاح شود [16].

در یک مطالعه که در 24 نفر افراد مسن با قطع اندام تحتانی پایین‌تر از زانو به علت آترواسکلروز در سال 1990 انجام گرفت. میانگین سنی افراد 75/2 و میانگین مدت زمان گذشته از قطع در بین اندام تحتانی 4/87 سال بود. 20 نفر از این افراد پروتز هر دو اندام تحتانی را دریافت کردند. ولی 14 نفر آنها (58٪) قادر به حرکت با پروتز بودند به طور کلی 10 نفر آنها قادر به ادامه حرکت با پروتز نبودند که علت آن سن بالاتر افراد و بیماری همراه و کوتاه بودن فاصله بین قطع هر دو اندام تحتانی عنوان شده بود. 15 نفر (62/5٪) افراد در لباس پوشیدن، 14 نفر (58/4٪) در توالی رفتن و فقط 9 نفر (33/3٪) در حمام کردن غیروابسته بودند [17].

در یک بررسی که در 998 نفر افراد سالمند انجام گرفت مقایسه ADL و IADL نشان داد که افراد در انجام کارهای روزمره با کمک وسایل (IADL) مشکلات بیشتری نسبت به ADL داشتند [18].

در سال 1983 مطالعه‌ای بر روی 103 نفر با قطع هر دو اندام تحتانی انجام گرفت که در آن میزان حرکت این افراد با توجه به سطح آمپوتاسیون و وسیله حرکتی (پروتز یا ویلچر) و علت آمپوتاسیون بررسی شد. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که توانبخشی با پروتز در افرادی که سطح آمپوتاسیون پایین‌تر از زانو دارند بهتر از افرادی که سطح آمپوتاسیون بالاتر از زانو دارند انجام می‌گیرد و این مطالعه اهمیت نگر داشتن حداقل یک مفصل زانو در آمپوتاسیون را نشان می‌دهد [19].

در یک مطالعه دیگر نیز ADL در 20 نفر از کسانی که بین سال‌های 1993 تا 1994 دچار قطع اندام تحتانی شده بودند بررسی شد که در این مطالعه سن یک فاکتور مشخص در عملکرد فرد تعیین گردید [3].

در ایران تاکنون مطالعه‌ی خاصی بر روی سطح استقلال جانبازان دارای دو قطع عضو انجام نشده است و به خصوص مشخص نیست که آنها در انجام کدام نوع فعالیت روزانه‌ی زندگی بیشترین مشکل دارند. علاوه بر آن این نکته مهم است که مشخص شود این جانبازان در چه سنی دچار افت قابل توجه در انجام فعالیت‌های روزمره زندگیشان می‌باشند.

فصل سوم

روش اجرای پژوهش