

## بررسی اثر استفاده از خدمات توانبخشی در کیفیت زندگی نابینایان

امین سرابندی<sup>۱</sup>، دکتر حسین مبارکی<sup>۲</sup>، دکتر محمد کمالی<sup>۳</sup>، دکتر علی چابک<sup>۴</sup>، شاهین سلطانی<sup>۵</sup>

۱- اپتومتریست و دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، تهران، ایران

۲- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، تهران، ایران

۳- دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، ریس مرکز تحقیقات توانبخشی، تهران، ایران

۴- دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** نقص بینایی کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به اینکه تأثیر خدمات توانبخشی با معیار بهبود کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌شود این مطالعه با هدف بررسی میزان تأثیر خدمات توانبخشی در ابعاد کیفی زندگی نابینایان و کم‌بینایان انجام گرفت.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۱۲۱ معلول نابینا و کم‌بینای تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر زاهدان به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک (شامل اطلاعات جمعیت شناختی و وضعیت فرد از نظر استفاده از خدمات کمک‌توانبخشی) و پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص نابینایان بود. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۶ توسط توکل به فارسی ترجمه و پایایی آن به روش آزمون مجدد برآورد و مقدار همبستگی آن ۰/۸۹ بدست آمد.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تی‌تست میانگین نمره کیفیت زندگی را در افراد برخوردار از خدمات توانبخشی بطور معناداری بالاتر از افراد محروم از خدمات نشان داد ( $P=0/03$ ). بررسی آزمون یومن‌ویتنی نشان داد که این افراد در ابعاد تحرک ( $P=0/01$ ) و خودمراقبتی ( $P<0/001$ ) بطور معناداری دارای کیفیت زندگی بهتری بودند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش گسترش خدمات توانبخشی و ارایه برنامه‌های اجتماعی برای نابینایان و کم‌بینایان پیشنهاد می‌گردد.

**کلید واژه‌ها:** خدمات توانبخشی، کیفیت زندگی، نابینایان، کم‌بینایان

(ارسال مقاله ۱۳۹۱/۸/۶، پذیرش مقاله ۱۳۹۲/۲/۱)

**نویسنده مسئول:** تهران شهرک قدس، خیابان سیمای ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی

Email: hmobaraki43@tums.ac.ir

### مقدمه

کیفیت زندگی در دهه‌های اخیر به عنوان یک هدف در پژوهشها مطرح شده است (۱۰). مطالعات نشان داده است که در ارایه خدمات توانبخشی به معلولین نابینا و کم‌بینا به جای تمرکز بر رضایت و توانایی انجام عملکردهای خاص، نتایج باید با معیار بهبود در کیفیت زندگی آنها اندازه‌گیری شود (۱۳-۱۱).

استل مک در مطالعه‌اش در سال ۲۰۰۱ نشان داد که معلولیت بینایی باعث افسردگی، کاهش عملکرد فرد و کاهش کیفیت زندگی می‌شود و ارایه خدمات توانبخشی باعث بهبود عملکرد و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۱۴). در مطالعه کوچک در سال ۲۰۰۸ نیز نشان داده شد که با ارایه خدمات توانبخشی کیفیت زندگی معلولین نابینا در ابعاد عاطفی و فعالیت‌های روزانه بطور قابل توجهی بهبود می‌یابد (۱۵).

درک خود فرد از وضعیت کیفیت زندگی به عنوان یکی از نتایج مهم درمان و ارایه خدمات توانبخشی به شمار می‌رود (۱۶) و کیفیت زندگی، برداشت فرد از موقعیتش در زندگی است که با

یکی از بارزترین گروه افراد دارای ناتوانی، معلولین کم-بینا و نابینا هستند. نابینایی و کم‌بینایی دو موضوع مهم سلامتی، اقتصادی و اجتماعی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه به‌شمار می‌آید (۱). طبق نظر سازمان جهانی بهداشت نزدیک به ۳۸ میلیون نفر در سراسر جهان نابینا هستند و حدود ۱۱۰ میلیون نفر در دنیا دارای نقص شدید بینایی هستند که تعداد آنها رو به افزایش است (۲). بیش از ۹۰ درصد از کل افرادی که از لحاظ بینایی ناتوان هستند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۳،۴). شیوع نابینایی در کشورهای آسیایی در حال توسعه حدود ۰/۳ تا ۴/۴ درصد گزارش شده است (۵،۶).

مطالعات مختلف نشان داده است که نقص بینایی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و فعالیت‌های اجتماعی و استقلال او را کاهش می‌دهد (۸،۷). ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی در افراد دارای ناتوانی امروزه به عنوان یک هدف در برنامه‌های بازتوانی و توانبخشی به شمار می‌رود (۹) و معیار

تحرک مثل سگ راهنما، فرد راهنما و عصای سفید، اطلاعات لازم جمع آوری شد.

جهت بررسی وضعیت کیفیت زندگی معلولان، در این پژوهش از «پرسشنامه کیفیت زندگی نابینایان» که با استفاده از پرسشنامه اثر نقص بینایی (Impact of vision impairment:IVI): تهیه شده، استفاده شد. (این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ در بیمارستان چشم و گوش رویال ویکتورین استرالیا (Royal Victoria Eye and Ear Hospital) توسط فروست و همکاران تهیه شد و شامل سؤالاتی مخصوص نابینایان و کم-بینایان است. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۶ توسط توکل و همکاران به فارسی ترجمه و با تایید ۱۲ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاه پرستاری و مامایی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تدوین و پایایی آن به روش آزمون مجدد برآورد و مقدار همبستگی آن ۸۹٪ بدست آمد (۱۸) و شامل ۴۶ سؤال در پنج بعد خودمراقبتی (۹ سؤال)، فراغت (۸ سؤال)، تحرک (۸ سؤال)، بعد عاطفی (۱۳ سؤال) و بعد اجتماعی (۸ سؤال) است.

معیار درجه‌بندی سوالات به صورت هیچگاه، کمتر مواقع، متوسط اوقات، بیشتر مواقع و همه مواقع می‌باشد که از ۰ تا ۴ امتیازبندی شده است. بطوریکه برای سوالات مثبت از راست به چپ و برای سوالات منفی از چپ به راست می‌باشد. کیفیت زندگی بر این اساس به چهار طبقه نامطلوب، نسبتاً مطلوب، مطلوب و کاملاً مطلوب تقسیم می‌شود. بطوریکه بعنوان مثال در بعد عاطفی کسب امتیاز ۱۳-۰ به معنای کیفیت زندگی نامطلوب، کسب امتیاز ۲۶-۱۴ به معنای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب، امتیاز ۳۹-۲۷ به معنای کیفیت زندگی مطلوب و کسب امتیاز ۵۲-۴۰ به معنای کیفیت زندگی کاملاً مطلوب است. در مورد کیفیت زندگی کلی نیز کسب امتیاز ۴۶-۰ به معنای کیفیت زندگی نامطلوب، امتیاز ۹۲-۴۷ به معنای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب، کسب امتیاز ۱۳۸-۹۳ به معنای کیفیت زندگی مطلوب و امتیاز ۱۸۴-۱۳۹ به معنای کیفیت زندگی کاملاً مطلوب می‌باشد.

سوالات مربوط به پرسشنامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی به صورت شفاهی برای هر یک از معلولین به طور انفرادی قرائت شد و اطلاعات افراد ثبت گردید. در توصیف آماری پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر درصدها، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای آزمون تحلیل فرضیه‌های پژوهش پس از بررسی آزمون نرمالیتی کلموگروف - اسمیرنوف از آزمونهای آمار تحلیلی تی-تست و آنوا (در صورت نرمال بودن متغیرهای مورد پژوهش) و از آزمون یومن-ویتنی (در

زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی محیط زندگی و اهداف و انتظارات و استانداردهای فرد مرتبط است (۱۷) لذا بررسی کیفیت زندگی و ارزیابی نتایج برنامه‌های توانبخشی در مناطق مختلف و با شرایط فرهنگی و اجتماعی متفاوت امری مهم و ضروری به-نظر می‌آید. بررسی میزان تاثیر خدمات توانبخشی در وضعیت کیفی زندگی نابینایان و کم‌بینایان می‌تواند منجر به ارایه خدماتی مفیدتر و متناسب و همسو با نیازهای آنان گردد.

متأسفانه، علیرغم آمار بالای معلولین نابینا و کم‌بینا در کشورمان و گوناگونی عوامل اجتماعی و فرهنگی، اعتقادات، آداب و رسوم و بطور کلی عوامل مرتبط و موثر در کیفیت زندگی، در این زمینه تا کنون هیچ پژوهشی صورت نگرفته است. استان سیستان و بلوچستان بعنوان یکی از مناطق محروم کشور با توجه به برخورداری از شرایط خاص و الگوهای فرهنگی و اجتماعی متفاوت بسیار مورد بی‌توجهی قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر خدمات توانبخشی ارایه شده در ابعاد مختلف زندگی معلولین نابینا و کم‌بینا در شهر زاهدان (مرکز استان سیستان و بلوچستان) انجام شد تا بدینوسیله تلاش گردد که خدمات ارایه شده متناسب با نیاز و در جهت ارتقاء و بهبود وضع کیفی این گروه از معلولین هدایت شود.

## روش بررسی

در این پژوهش که یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی است کلیه معلولین نابینا و کم‌بینای شهر زاهدان که بالای ۷ سال سن داشته و معلولیت دیگری نداشتند مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود و کلیه افراد تحت پوشش سازمان بهزیستی مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از هماهنگی با مسئولین سازمان، ابتدا افراد در مورد اهداف طرح توجیه و پس از اعلام موافقت آنها جهت همکاری، جمع-آوری داده‌ها صورت گرفت.

جهت جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص نابینایان استفاده شد. در پرسشنامه دموگرافیک علاوه بر سوالاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تحصیلات و اشتغال فرد، در مورد استفاده از خدمات کمکی توانبخشی شامل وسایل کمک‌بینایی مانند ذره‌بین، تلسکوپ برای دید دور، انواع تلویزیونهای مدار بسته، فیلترهای رنگی و پرېزم و یا وسایل کمکی شنیداری مانند کتابهای سخنگو، ساعت سخنگو و برخورداری از آموزش‌های لازم در زمینه فعالیتهای روزانه و همچنین استفاده از ابزار جهت‌یابی و

میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد برخوردار از خدمات توانبخشی به طور معناداری بالاتر از افراد محروم از خدمات است ( $p=0/03$ ). در هر دو گروه نابینا و کم‌بینا نیز این رابطه معنادار گزارش شد ( $P < 0/001$ ). از نظر سطح کیفیت زندگی نتایج آزمون تی‌تست اختلاف معناداری را بین دو گروه نابینا و کم‌بینا نشان نداد ( $p = 0/774$ ) اما این رابطه بین مردان و زنان مورد مطالعه معنادار گزارش شد ( $P < 0/001$ ). افراد از نظر وضعیت تحصیلی در سه گروه دیپلم و زیر دیپلم، فوق‌دیپلم و گروه لیسانس و بالاتر تقسیم شدند که بیشترین فراوانی مربوط به افراد با سطح تحصیلی دیپلم و زیردیپلم (۸۰/۲٪) مشاهده شد. بررسی آزمون انوا اختلاف معناداری را بین گروه تحصیلی لیسانس و بالاتر با افراد با گروه تحصیلی دیپلم و زیردیپلم نشان داد ( $P > 0/001$ ) (جدول ۱).

صورت نرمال نبودن متغیرهای مورد پژوهش) استفاده شد. ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ بود.

### یافته‌ها

افراد مورد بررسی شامل ۱۲۱ نفر (۵۳ نفر زن و ۶۸ نفر مرد) بودند. میانگین سن مردان ۲۶/۳۲ سال و میانگین سن زنان ۲۱/۴ سال بود. ۷۹/۳ درصد از افراد نابینا و ۲۰/۷ درصد کم‌بینا بودند. نتایج پژوهش نشان داد ۳۲/۲٪ از افراد مورد مطالعه از خدمات توانبخشی استفاده می‌کنند و ۶۷/۸٪ از این خدمات محروم هستند. در بین افراد کم‌بینا ۲۰ درصد افراد و در بین افراد نابینا ۳۵/۴۱ درصد افراد از خدمات کمک توانبخشی بهره‌مند بودند. با استفاده از نتایج آزمون تی‌تست مشخص شد که

جدول ۱- توزیع فراوانی و میانگین (نحرف معیار) نمره کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

مشخصات	وضعیت	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۶۸ (۵۶/۲)	۱۰۵/۶۶ (۲۲/۶۵)	<0/001
	زن	۵۳ (۴۳/۸)	۷۹/۸۳ (۲۳/۳۰)	
وضعیت خدمات توانبخشی	دارای خدمات توانبخشی	۳۹ (۳۲/۲)	۱۰۴/۵۴ (۲۸/۰۴)	0/03
	محروم از خدمات توانبخشی	۸۲ (۶۷/۸)	۸۹/۵۰ (۲۳/۹۹)	
نوع ناتوانی	نابینا	۹۶ (۷۹/۳)	۹۴/۷۰ (۲۵/۳۹)	0/774
	کم‌بینا	۲۵ (۲۰/۷)	۹۳/۰۰ (۳۰/۰۳)	
وضعیت تاهل	متاهل	۳۴ (۱۹/۸)	۱۱۰/۷۵ (۲۱/۹۰)	<0/001
	مجرد	۹۷ (۸۰/۲)	۹۰/۲۹ (۲۵/۷۰)	
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۱ (۱۷/۴)	۱۱۲/۹۰ (۱۹/۷۶)	<0/001
	بیکار	۱۰۰ (۸۲/۶)	۹۰/۴۵ (۲۵/۸۰)	
وضعیت تحصیلات	دیپلم و زیردیپلم	۹۷ (۸۰/۲)	۸۹/۱۰ (۲۴/۶۶)	<0/001
	فوق‌دیپلم	۹ (۷/۴)	۱۰۱/۷۸ (۱۹/۶۲)	
	لیسانس و بالاتر	۱۵ (۱۲/۴)	۱۲۳/۸۰ (۱۸/۶۲)	

خدمات کمک‌توانبخشی در بین افراد مورد مطالعه شامل: آموزش و استفاده از خط بریل، استفاده از تلویزیون مدار بسته، ضبط صوت، ساعت گویا یا برجسته، فیلتر رنگی، ذره‌بین و استفاده از عصای سفید بود که بیشترین فراوانی مربوط به استفاده از خط بریل بود. توزیع وضعیت خدمات توانبخشی ارایه شده در بین افراد مورد مطالعه در شکل ۱ نشان داده شده است.

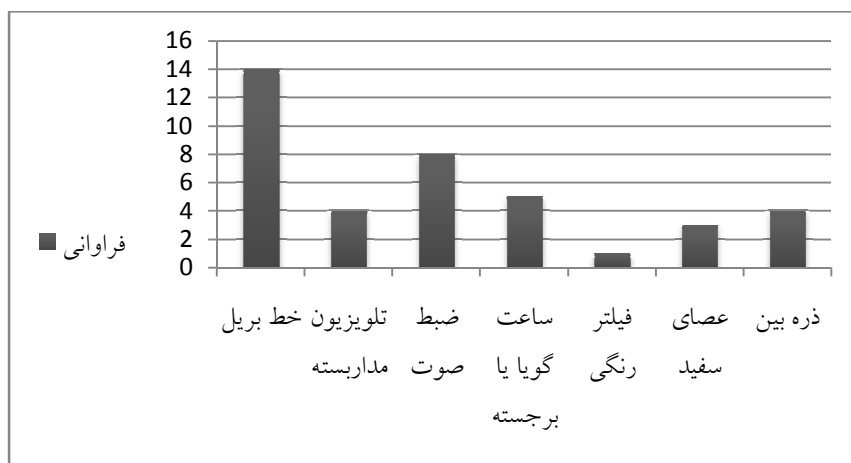
در بین افراد نابینا اکثریت افراد دارای وضعیت تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم بودند (۸۲/۲۹٪) و در افراد کم‌بینا نیز افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم فراوانی بیشتری داشتند (۴۸٪) که نتایج آزمون انوا در هر دو گروه نابینا و کم‌بینا اختلاف معناداری را بین گروه‌های تحصیلی از نظر وضعیت کیفیت زندگی نشان داد. در جدول ۲ مقایسه وضعیت افراد در دو گروه نابینا و کم‌بینا بر اساس متغیرهای مختلف نشان داده شده است.

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی، میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه در دو گروه نابینا و کم‌بینا بر حسب جنسیت، وضعیت تحصیلی و وضعیت استفاده از خدمات توانبخشی

وضعیت	نوع ناتوانی	کم‌بینا		نابینا	
		میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۱۰۳/۲۲	۱۸ (۷۲)	۱۰۶/۵۴	۵۰ (۵۲/۰۸)
	زن	۶۶/۷۱	۷ (۲۸)	۸۶/۸۳	۴۶ (۴۷/۹۲)
وضعیت خدمات توانبخشی	دارای خدمات توانبخشی	۱۰۱/۸۰	۵ (۲۰)	۱۰۴/۹۴	۳۴ (۳۵/۴۱)
	محروم از خدمات توانبخشی	۹۰/۸۰	۲۰ (۸۰)	۸۹/۰۸	۶۲ (۶۴/۵۹)
وضعیت تحصیلی	دیپلم و زیر دیپلم	۸۶/۸۳	۱۲ (۴۸)	۸۹/۶۲	۷۹ (۸۲/۲۹)
	فوق دیپلم	۸۹/۷۵	۵ (۲۰)	۹۸/۷۵	۸ (۸/۳۴)
	لیسانس و بالاتر	۱۲۳/۸۰	۸ (۳۲)	۱۳۵/۶۷	۹ (۹/۳۷)

اجتماعی ( $P=0/01$ )، خودمراقبتی ( $P < 0/001$ ) و فراغت ( $P=0/045$ ) بطور معناداری دارای کیفیت زندگی بهتری بودند (جدول ۳). در جدول ۴ وضعیت کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه در ابعاد مختلف نشان داده شده است.

با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها در زیرمجموعه ابعاد مختلف کیفیت زندگی، برای مقایسه وضعیت افراد برخوردار از خدمات توانبخشی و افراد محروم از آن در ابعاد مختلف کیفیت زندگی از آزمون یومن‌ویتنی استفاده شد. بررسی این آزمون نشان داد که افراد برخوردار از خدمات توانبخشی در ابعاد تحرک،



شکل ۱- توزیع فراوانی خدمات توانبخشی ارائه شده در بین افراد مورد مطالعه

جدول ۳- نتایج آزمون یومن-ویتنی برای مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی در افراد برخوردار از خدمات توانبخشی و افراد محروم از خدمات

وضعیت	ابعاد مختلف کیفیت زندگی						
	مقدار آماره یومن ویتنی	افراد برخوردار از خدمات توانبخشی و افراد محروم از آن	خودمراقبتی	فراغت	تحرک	اجتماعی	عاطفی
معناداری	< ۰/۰۰۱	۹۱۹/۵۰۰	۱۲۳۹/۰۰۰	۹۷۶/۵۰۰	۹۸۴/۵۰۰	۱۴۲۹/۰۰۰	۰/۳۴۵

جدول ۴ - میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه در ابعاد مختلف

وضعیت	ابعاد کیفیت زندگی					
	خود مراقبتی	فراغت	تحرک	اجتماعی	عاطفی	کیفیت کلی زندگی
افراد برخوردار از خدمات توانبخشی	۳۰/۳۸ (۳/۵۱)	۹/۰۰ (۵/۰۲)	۱۶/۹۷ (۵/۹۷)	۱۲/۷۷ (۵/۱۳)	۳۵/۴۱ (۱۲/۷۴)	۱۰۴/۵۴ (۲۸/۰۴)
افراد محروم از خدمات توانبخشی	۲۷/۶۲ (۳/۹۴)	۷/۲۳ (۵/۹۰)	۱۲/۸۴ (۵/۰۹)	۹/۰۲ (۴/۶۵)	۳۲/۷۸ (۱۱/۲۷)	۸۹/۵۰ (۲۳/۹۹)

## بحث

نشان داده است که خدمات توانبخشی وضعیت کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد. در مطالعات استل مک (Stelmack)، کویک (Kuyk) و هیندز (Hinds) نشان داده شد که ارائه خدمات توانبخشی به معلولین نابینا و کم‌بینا بهبود کیفیت زندگی آنها را در بر داشته است (۱۵، ۱۴، ۱۹). بررسی نتایج این مطالعه، تاثیر قابل‌ملاحظه خدمات توانبخشی را در ابعاد خود مراقبتی،

این مطالعه که در سال ۱۳۹۱ و در شهر زاهدان انجام شد، به بررسی اثر خدمات توانبخشی بر روی کیفیت زندگی معلولین نابینا در این منطقه پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که افرادی که از خدمات کمک‌توانبخشی بهره‌مند هستند بطور قابل-توجهی دارای وضعیت کیفیت زندگی بهتری هستند. مطالعات انجام شده بر روی رابطه بین خدمات توانبخشی و کیفیت زندگی

مطالعات مختلفی که بر روی نابینایان و کم بینایان انجام گرفته است تعاریف معلولیت بینایی متفاوت بوده است اما با توجه به اینکه مرز کاملاً مشخصی بین نابینایی و کم بینایی وجود نداشته و از لحاظ کارکرد بینایی و تاثیر این نقص در زندگی روزمره تفاوتی قابل ملاحظه‌ای بین دو گروه وجود ندارد لذا عدم تفاوت در سطح کیفی زندگی در دو گروه می‌تواند قابل توجیه باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت کیفیت زندگی در زنان بطور معناداری پایین‌تر از مردان است. مطالعات، نتایج متفاوتی را از نظر رابطه جنسیت با کیفیت زندگی نشان می‌دهند. بعضی از مطالعات اختلاف کیفیت زندگی را بین زنان و مردان معنادار گزارش نکرده‌اند (۲۷-۳۱) و در مواردی هم زنان بطور قابل توجهی کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان نشان دادند (۳۰-۳۲). با توجه به موثر بودن زمینه‌های فرهنگی و سیستم ارزشی محیط زندگی افراد در کیفیت زندگی (۱۷) و از آنجاییکه در جوامع گوناگون این عوامل متفاوت است این نتایج متفاوت قابل توجیه خواهد بود. محدود بودن فعالیت‌های زنان در بیرون از خانه، حساس‌تر بودن زنان نسبت به ناتوانی، وجود باورهای سنتی و دلایل فرهنگی و اجتماعی خاص در منطقه سیستان و بلوچستان، سبب می‌شود وجود ناتوانی در زنان تاثیرات بیشتری نسبت به مردان بگذارد. لذا مدنظر قرار دادن جنسیت در سیاست‌گذاریها و برنامه‌های توانبخشی نکته‌ای بسیار قابل توجه است.

در این مطالعه بین افراد از نظر سطح تحصیلات تفاوت معناداری در وضعیت کیفیت زندگی مشاهده شد. در هر دو گروه نابینا و کم بینا، افراد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بطور قابل توجهی دارای کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد دارای مدرک دیپلم و زیردیپلم بودند. این نتیجه با نتایج مطالعه دلویاریانزاده، باقیانی، کولاول همخوانی ندارد. در این مطالعات رابطه تحصیلات و کیفیت زندگی معنادار گزارش نشده است اما نشان داده شد که با افزایش سطح تحصیلات وضعیت کیفیت زندگی بهبود می‌یابد (۳۳-۳۵). اما نتایج این مطالعه مطابق با نتایج مطالعه امینی بود که رابطه تحصیلات و کیفیت زندگی را معنادار نشان داد. وی مشاهده کرد که نمره کیفیت زندگی در نابینایان با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم بطور معناداری از افراد دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد پایین‌تر است (۲۴). مطالعه درویش‌پور هم رابطه تحصیلات و کیفیت زندگی را معنادار گزارش کرد. در این مطالعه گزارش شد که با افزایش سطح تحصیلات، افراد عملکرد جسمی بهتری دارند (۳۶). در مطالعات حیدری، عباس زاده و منجمد نیز رابطه کیفیت زندگی و

تحرك، فراغت و اجتماعی زندگی معلولین نشان می‌دهد. نقش موثر خدمات ارایه شده در بهبود وضعیت کیفی زندگی افراد بخصوص در ابعاد تحرك و اجتماعی می‌تواند باعث مشارکت اجتماعی بیشتر این افراد در جامعه گردد و زمینه را برای بهبود وضعیت اشتغال و تحصیل آنها نیز فراهم کند. از طرف دیگر نتایج نشان می‌دهد که اکثر افراد در جامعه مورد مطالعه (۶۷/۸٪) از این خدمات محروم هستند. محروم بودن افراد از خدمات توانبخشی می‌تواند به دلایلی همچون عدم توجه و درک فرد نسبت به نقص بینایی خود، ترس از درمان، ترس از معرفی شدن به عنوان نابینا و یا عدم ارجاع از طرف پزشک یا متفاوت بودن معیارهای ارجاع در میان پزشکان مختلف باشد (۲۲-۲۰). عدم آشنایی افراد با خدمات توانبخشی، هزینه بالای خدمات و یا عدم ارایه مناسب و کافی خدمات از طرف مسئولین ذیربط نیز می‌تواند از دلایل محرومیت این افراد از خدمات توانبخشی باشد. امروزه با توجه به توصیه سازمان جهانی بهداشت مبنی بر برابری فرصتها و لزوم مشارکت افراد معلول در جامعه، ارایه خدمات توانبخشی دگرگون شده و از ارایه خدمت بصورت صرفاً نیکوکارانه به سمت احقاق حقوق اجتماعی و انسانی فرد معلول تغییر جهت داده است، بنابراین رویکرد ارایه خدمات توانبخشی باید در جهت توانمندسازی فرد و ارتقاء کیفیت زندگی او باشد (۲۳). با این دیدگاه و با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر ارتقاء کیفی زندگی معلولان نابینایی برخوردار از خدمات توانبخشی، توزیع اندک و نامناسب این خدمات جای هیچ توجیهی ندارد. با توجه به اینکه اکثر نابینایان در این منطقه از خدمات توانبخشی محروم هستند، لزوم توجه هرچه بیشتر مسئولین و سیاست‌گذاران به این مقوله و بررسی دلایل این وضعیت بسیار ضروری است.

نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت کیفیت زندگی در افراد نابینا و کم بینا اختلاف معناداری با یکدیگر ندارد. سطح کیفی زندگی در هر دو گروه مطلوب گزارش شد. در مطالعه امینی نیز کیفیت زندگی در جانبازان نابینا و کم بینا، یکسان و در سطح متوسط گزارش شد (۲۴). مطالعه ناتنی و همکاران نیز سطح کیفی زندگی را در کم بینایان و نابینایان در یک سطح و متوسط ارزیابی کرد (۲۵). اما نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه هاسل مطابقت نداشت. هاسل گزارش کرد افراد دارای نقص بینایی کم و متوسط بطور معناداری کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد دارای نقص شدید بینایی داشتند (۲۶). در مطالعه هاسل دید کمتر از ۲۰/۶۰ معیار نقص بینایی شدید محاسبه شد اما در این مطالعه مطابق تعریف قانونی نابینایی، افراد با دید کمتر از ۲۰/۲۰۰ دارای نقص شدید بینایی و نابینا تعریف شدند. در

در نهایت با توجه به نتایج این پژوهش، گسترش خدمات توانبخشی برای معلولین نابینا و کم‌بینا، فرهنگ سازی و آموزش جهت استفاده معلولین از وسایل کمک‌بینایی، ارتقاء سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال و همچنین انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه، بخصوص در مناطق محروم کشور پیشنهاد می‌شود.

### قدردانی

در پایان لازم می‌دانیم از کلیه معلولین و خانواده‌های آنان و همچنین از مسئولین سازمان بهزیستی شهر زاهدان که ما را در این پژوهش یاری دادند تشکر کنیم.

تحصیلات معنادار گزارش شد (۳۹-۳۷). افزایش سطح تحصیلات و داشتن اطلاعات بیشتر، سبب ارتقاء مهارت و تخصص و به دنبال آن اشتغال فرد معلول خواهد شد. سطح سواد بالاتر افراد ناتوان، دانش آنان را در زمینه مراقبت از خود و بهره‌گیری از امکانات بهداشتی و کیفیت زندگی بهتر ارتقاء می‌دهد (۴۰). ارتقاء وضعیت تحصیلی و آگاهی افراد و بالطبع موقعیت اجتماعی و شغلی بهتر می‌تواند سبب اعتماد به نفس بیشتر و بهبود وضعیت کیفی زندگی شود. از آنجاییکه اکثریت افراد مورد پژوهش از نظر سطح تحصیلات در وضعیت تحصیلی پایینی به سر می‌برند برنامه‌ریزی در زمینه آموزش و ارتقاء سطح دانش آنان بسیار ضروری است.

## REFERENCES

1. Ramezani A, Pardis M, Rafati N, Kazemi-Moghaddam M, Katibeh M, Rostami Rabbanikhah Z. Causes of visual impairment among patients referred to a visual rehabilitation clinic in Iran. *Korean Journal of Ophthalmology* 2012;26(2), 80-83
2. Taylor HR, Hugh R, Jill E, Keeffe. "World blindness: a 21st century perspective." *British Journal of Ophthalmology* 2001;261-266.
3. Tabbara FK, El sheikh HF, Shawafs S. Pattern of childhood blindness at a referral center in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2005; 25(1):18-21.
4. Yankexu B. Blindness as a Challenging Medical and Social Problem in China. *Yan ke xue Bao* 2002; 18(1): 4 – 8.
5. Dandona L, Dandona R, Srinivas M. Blindness in the Indian state of Andhra Pradesh. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2001; 42:908-16.
6. Baasanhu J, Johnson GJ, Burendei G. Prevalence and causes of blindness and visual impairment in Mongolia: a survey of populations aged 40 years and older. *Bull World Health Organ* 1994; 72:771-6.
7. Klein BEK, Klein R, Lee KE, Cruickshanks KJ. Performance-based and self assessed measures of visual function as related to history of falls, hip fractures and measured gait time. *The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology* 1998; 105:160-4.
8. West SK, Munoz B, Rubin GS, Bandeen-Roche K, Zeger S, Fried L. Function and visual impairment in a population-based study of older adults. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1997; 38:72-82.
9. Breslow L, Bullinger M. Testing and evaluation quality of life measures for German clinical trials. *Controlled Clinical Trial* 1991; 12:915-919.
10. Glanz B, Healy B, Rintell D. The association between cognitive impairment and quality of life in patients with early multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences* 2010; 290: 75-79.
11. Raasch TW, Leat SJ, Kleinstein RN. Evaluating the value of low-vision services. *Journal of the American Optometric Association* 1997. 68(5): p. 287.
12. Scott IU, Smiddy WE, Schiffman J, Feuer WJ, Pappas CJ. Quality of life of patients with low vision and the impact of low vision services. *American Journal of Ophthalmology* 1999; 128:54-62.
13. Stelmack J, Szlyk J, Joslin C. Pilot study: Use of the NEI VFQ-25 to measure outcomes of low vision rehabilitation services in the Department of Veterans Affairs. *Journal of Vision Rehabilitation, Assessment, intervention, and outcomes* 2000:774-776.
14. Stelmack, J. Quality of life of low-vision patients and outcomes of low-vision rehabilitation. *Optometry & Vision Science* 2001; 78(5):335-342.
15. Kuyk T, Liu L, Elliott JL, Grubbs HE, Owsley C, Griffin RL, et al. Health-related quality of life following blind rehabilitation. *Quality of Life Research* 2008; 17(4):497-507.
16. Stelmack JA, Stelmack TR, Massof R.W. Measuring low vision rehabilitation outcomes with the NEI VFQ-25. *Journal of Investigative Ophthalmology & Visual Science* 2002; 43(9):2859-2868.

17. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DKL. Measuring health related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
18. Tavakol KH, Dehi M, Naji H. Parental anxiety and quality of life in children with blindness in Ababasire institution. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research (IJNMR)* 2008; 13(4): 141-144.
19. Hinds A, Sinclair A, Park J, Suttie A, Paterson H, Macdonald M. Impact of an interdisciplinary low vision service on the quality of life of low vision patients. *British Journal of Ophthalmology* 2003; 87:1391-1396.
20. Long CA, Holden R, Mulkerrin E, Sykes D. Opportunistic screening of visual acuity of elderly patients attending outpatient clinics. *Age and Ageing* 1991; 20:392-5.
21. Reinstein DZ, Dorward NL, Wormald RP, Graham A, O'Connor I, Charlton R, et al. Correctable undetected visual acuity deficit in patients aged 65 and over attending an accident and emergency department. *British Journal of Ophthalmology* 1993; 77:293-6.
22. Keeffe JE, Loviekitchen JE, Taylor HR. Referral to low vision services by ophthalmologists. *Australian and New Zealand journal of ophthalmology* 1996; 24(3):207-214.
23. Razavi Alhashem B, Mohseni Tabrizi A, Rahgozar M. The measurement of satisfaction rate between rehabilitation services clients in the Tehran's red crescent. *Journal of Rehabilitation* 2007; 8(3): 53-58 (persain).
24. Amini R, Haghani H, Masoumi M. Quality of life in the Iranian blind war survivors in 2007 a cross-sectional study. *BMC International Health and Human Rights* 2010; 10(1): 21.
25. Nutheti R, Shamanna BR, Nirmalan PK, Keeffe JE, Krishnaiah S, Rao GN, et al. Impact of impaired vision and eye disease on quality of life in Andhra Pradesh. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 2006; 47(11): 4742-4748.
26. Hassell J. Impact of age related macular degeneration on quality of life, *Br J Ophthalmol* 2006; 90:593-596.
27. Martin-Fernandez J, Gomez-Gascon T, Beamud-Lagos M. Professional quality of life and organizational changes: A five-year observational study in primary care. *BMC Health Services Research* 2007; 7(1): 101.
28. Bahmani B, Tamadoni M, Asgari M. Quality of life and its relation to religion attitude in students of south unite of Azad University in Tehran. *Journal of Teb va Tazkieh* 2004; 53: 32-44 (Persian).
29. Zaki MA. Quality of life and its relationship with self-esteem in male and female student of Isfahan University. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 13(4): 416-9 (Persian).
30. Yun YH, Kim SH, Lee KM, Kim HK, Jang HW, Hur KY. Age, sex, and co-morbidities were considered in comparing reference data for health-related quality of life in the general and cancer populations. *Clinic Epidemiology* 2007; 60(11): 1164-75.
31. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1(1): 30-35.
32. Kranciukaite D, Rastenyte D, Jureniene K. Evaluation of the quality of life in the population of Kaunas city using the SF-12 questionnaire. *Medicina* 2007; 43(6): 501-7.
33. Delvarianzadeh M, Bagheri H, Sadeghian F. Effectiveness of diabetes dietary counseling on quality of life in type 2 diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2006; 5(4): 369-376 (Persian).
34. Baghianimoghadam MH, Afkhami Ardekani M. The effect of educational intervention on quality of life of diabetic patients type 2, referee to diabetic research centre of Yazd. *Ofoogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services* 2008; 13(4): 21-28 (Persian).
35. Kolawole M, Babatope K, Celestine M. Depression, anxiety and quality of life among diabetic patients: A comparative study. *Journal Of the National Medical Association* 2008; 100(1):73-78.
36. Darvishpoor Kakhak A, Abed Saeedi J, Yaghmaie F. Quality of life of diabetic patients referred to Tehran hospitals. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2006; 8(1): 50-56 (Persian).
37. Heidari Sureshjani S, Eslami A A, Hassanzadeh A. The quality of life among multiple sclerosis patients in Isfahan, 2011. *Health System Research* 2011; 7(5): 57-65 (Persian).
38. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of life in pregnant women. *Payesh Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2010; 9(1): 69-75 (Persian).
39. Monjamed Z, Ali asqharpoor M, Mehran A. The quality of life in diabetic patients with chronic complications. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery* 2006; 12(1): 55-66 (Persian).
40. Asadi M, Shiralipur A, Ghanad A, Nazary M. Meta-analysis of effective factors in life quality of special patients. *Medical Journal of Hormozgan University* 2012; 16(1):25-33(Persian).



## Research Articles

## The effect of rehabilitation Services on quality of life for the blind

Sarabandi A<sup>1</sup>, Mobaraki H<sup>2\*</sup>, Kamali M<sup>3</sup>, CHabok A<sup>4</sup>, Soltani S<sup>5</sup>

1- Optometrist and MSc student in Rehabilitation Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- PHD, Assistant Professor, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- PhD, PT, Associate Professor, Tehran University of Medical Sciences, Dean of Rehabilitation Research Center, School of Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- PG, Associate Professor, Welfare & Rehabilitation University, Tehran, Iran.

5- MSc student in Rehabilitation Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

**Background and Aim:** Visual impairment affects people's quality of life. Since the effect of rehabilitation services is measured by improving in quality of life, this study was performed to evaluate the effect of rehabilitation services on quality of life in the blind.

**Materials and Methods:** 121 blind and low vision people who covered by Zahedan Welfare Organization were studied by census method in this descriptive analytical study. Data was collected using demographic questionnaire (including demographic information and rehabilitation services information in the people) and quality of life questionnaire for the blind. This questionnaire was translated to Persian by Tavakol et al with its validity and reliability was assessed with using content validity and test-re-test method, respectively (0.89

**Results:** T-test results showed the mean score of quality of life significantly higher in patients who had rehabilitation service than persons deprived of services ( $p=0.03$ ). Mann-Whitney test showed these patients have significantly higher quality of life in mobility domain ( $p=0.01$ ) and self-care ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** According to the results, developing rehabilitation services and providing social programs for the blind is suggested.

**Keywords:** rehabilitation service, quality of life, blind people, low vision people

**Corresponding author:** Hossein Mobaraki, PHD, Assistant Professor, Tehran University of Medical Sciences

**Email:** hmobaraki43@tums.ac.ir

*This research was supported by Tehran University of Medical Science (TUMS)*