کیفیت زندگی کم‌بینایان سالمند مراجعه‌کننده به کلینیک چشم‌پزشکی بیمارستان بوعلی سینا شهر قزوین

زهره توسلی[۱]، فاطمه محمدی[۲]، سیده‌آمنه مطلبی*[۳]، محمود علیپور حیدری[٤]

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۲/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با افزایش جمعیت سالمندان، شیوع اختلالات بینایی و مشکلات مربوط به آن در حال افزایش بوده که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از این پژوهش تعیین کیفیت زندگی سالمندان کم‌بینای مراجعه‌کننده به بیمارستان بوعلی سینا شهر قزوین می‌باشد.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که به‌صورت مقطعی اجرا شد. تعداد ۹۴ نفر از سالمندان کم‌بینای مراجعه‌کننده به درمانگاه چشم‌پزشکی بیمارستان بوعلی سینا با دید کم‌تر ۶/۱۸ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به بینایی (VFQ-25) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری اسپیرمن، تی مستقل و آنوا موردبررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی پاسخ‌دهندگان (۵۳/۲۴±۲۳/۲۹) در حد متوسط بود. بیشترین میانگین مربوط به مؤلفه‌های رانندگی (۱۰/۷۱±۲/۸۰) و دید نزدیک (۷/۷۶±۲/۸۶) و کم‌ترین میانگین مربوط به مؤلفه‌های انجام فعالیت‌های روزانه (۱/۶۷±۱/۳۹)، سلامت روانی (۲/۱۵ ± ۳/۰۹)، سلامت عمومی (۳/۳۷±۱/۲۴) و استقلال (۴/۰۹±۲/۸۲) بود. بعلاوه، رابطه معناداری بین سطح کیفیت زندگی با سن (p= 0/03, r = -0/22)، و وضعیت تأهل (p= 0/00, r= -0/32) مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به مطلوب نبودن کیفیت زندگی سالمندان کم‌بینا، ارتقای کیفیت زندگی آنان بایستی یکی از برنامه‌های اصلی سیاست‌گذاران قرار گیرد. تدارک برنامه‌هایی جهت معرفی خدمات توان‌بخشی و آموزش استفاده از آن‌ها می‌تواند کمک مؤثری جهت نائل شدن به این هدف باشد.

کلیدواژه‌ها: سالمندی، کم‌بینا، کیفیت زندگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۹۴، مرداد ۱۳۹۶، ص ۳۸۵-۳۷۶

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۲۸۳۳۳۷۵۱۵۲

Email: ammotalebi@yahoo.com

مقدمه

اختلال بینایی یک محدودیت در عملکرد چشم‌ها یا سیستم بینایی است (۱) که به‌عنوان سومین اختلال فیزیکی شایع در سالمندان به شمار می‌آید (۲). به‌طوری‌که حدود ۱۰ درصد از افراد ۷۵-۶۵ سال و ۲۰ درصد از افراد ۷۵ سال به بالا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). نقص بینایی در دوره سالمندی همراه با تغییرات عادات زندگی و از دست دادن استقلال بوده و عواقب بسیاری را به دنبال دارد (۴). تحقیقات قبلی نشان داده است که اختلال بینایی خطر افتادن، شکستگی لگن، افسردگی، انزوای اجتماعی و ریسک فاکتور برای پذیرش افراد در سرای سالمندان را به‌شدت افزایش می‌دهد (۸-۵). همچنین می‌تواند منجر به ناامیدی، گیجی، افسردگی، ترس، منزوی شدن و دوری گزینی گردد (۹). اختلال بینایی موجب دمانس و اختلالات شناختی، خودکشی و نهایتاً افزایش مرگ‌ومیر خواهد شد (۱۰،۱۱).

همان‌طور که طول عمر افزایش می‌یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و پیشگیری از ناتوانی نیز، با توجه به ضرورت حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها، روزبه‌روز بیشتر آشکار می‌شود (۱۲). کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مسائل عصر امروز در مراقبت سلامتی است و یکی از بزرگ‌ترین اهداف بهداشتی برای بالا بردن سلامت افراد است و در سال‌های اخیر یکی

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد سالمندی، داتشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

[۲] استادیار، داتشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

[۳] استادیار، داتشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین (نویسنده مسئول)

[٤] استادیار ، گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

از مهم‌ترین عوامل مؤثر در زندگی افراد به‌خصوص سالمندان و افراد ناتوان شناخته شده است. زیرا کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب شده و ازآنجاکه ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک و عملکرد را دربر می‌گیرد توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۳). از دست دادن بینایی ممکن است کیفیت زندگی را به‌شدت تحت تأثیر قرار دهد. درواقع، اختلال بینایی یک بیماری بسیار ناتوان‌کننده می‌باشد، به‌خصوص زمانی که در دوره سالمندی به وجود آید (۴). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که نقص بینایی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و فعالیت‌های اجتماعی و استقلال او را کاهش می‌دهد (۱۶-۱۴). شاخص کیفیت زندگی به‌طور عمده ظرفیت درک شده این گروه از افراد را برای انجام یک فعالیت خاص مانند خواندن، لباس پوشیدن، قدم زدن، و همچنین به برآوردن نیازهای اساسی برای سالم ماندن و ایفای نقش‌های اجتماعی را ارزیابی می‌نماید (۴). درواقع کیفیت زندگی می‌تواند نشان دهد که اقدامات تخصصی، مداخلات درمانی تا چه حد در درمان و ارتقای سطح زندگی شخصی و اجتماعی این گروه از معلولین مؤثر بوده است (۱۸، ۱۷). اگرچه در سال‌های اخیر، پزشکی در زمینه درمان بیماری‌های چشمی وابسته به سن پیشرفت‌های مهمی کرده، ولی هنوز بسیاری از سالمندان از کم‌بینایی رنج می‌برند (۱۹). با بالا رفتن امید به زندگی و درنتیجه افزایش روزافزون جمعیت سالمندی در کشورهای درحال‌توسعه، انتظار می‌رود که در سال‌های آینده، تعداد سالمندان دارای معلولیت بینایی افزایش قابل‌ملاحظه‌ای یابد، با توجه به حساس و آسیب‌پذیر بودن این گروه بررسی کیفیت زندگی آنان درخور تحقیق و بررسی است. اگرچه مطالعات متعددی در زمینه کیفیت زندگی مرتبط با عملکرد بینایی در کشورهای مختلف در جمعیت سالمندان انجام شده است (۳،۶،۱۶،۲۰،۲۱) ولی در زمینه کیفیت زندگی کم‌بینایان سالمند در ایران فقط دو پژوهش پیدا شد (۲۲، ۱۸).

با توجه به اهمیت نقش کارکرد بینایی در حفظ استقلال و کیفیت زندگی سالمندان و تبعات فردی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن و نظر به این‌که به نظر می‌رسد این مقوله یکی از حیطه‌هایی است که در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با حفظ سلامت و کیفیت زندگی سالمندان چندان موردتوجه قرار نگرفته است بنابراین هدف از این پژوهش، تعیین کیفیت زندگی سالمندان کم‌بینا می‌باشد تا از طریق بررسی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی این گروه از کم‌بینایان جامعه گامی در جهت آشنایی بیشتر با مشکلات آن‌ها، برنامه‌ریزی صحیح و اقدام مناسب در زمینه بالا بردن کیفیت مراقبت‌های موجود نموده و سیاست‌گذاران را نسبت به ضرورت توجه به ارائه برنامه‌های بازتوانی مشخص در این عرصه حساس کرده و موجبات ارتقای خدمات باز توانی را به سالمندان کم‌بینا فراهم سازد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی و از نوع مقطعی بود که از تیرماه تا شهریورماه ۱۳۹۵ در کلینیک چشم‌پزشکی بیمارستان بوعلی سینا شهر قزوین صورت گرفت. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و همه سالمندان واجد شرایط علاقه‌مند به شرکت، نمونه‌های مطالعه را تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال یا بیشتر، داشتن حدت بینایی ۶/۱۸ یا کم‌تر، توانایی به برقراری ارتباط، عدم ابتلا به مشکلات بینایی مادرزادی و اختلال بینایی مربوط به عصب بینایی، دارای درک نور و نداشتن بیماری‌های مزمن مانند دیابت، فشارخون بالای کنترل نشده، کانسر، بیماری قلبی-عروقی پیشرفته و ناتوانی در انجام فعالیت‌های معمول روزانه بودند. معیار خروج از مطالعه عدم تکمیل کامل پرسشنامه بود. پس از هماهنگی با مسئولین کلینیک چشم‌پزشکی، کم‌بینایان واجد شرایط برای مطالعه مشخص شدند. قبل از جمع‌آوری داده‌ها، به شرکت‌کنندگان در مورد فرآیند و اهداف پژوهش اطلاعات لازمه داده شد و شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در برنامه اعلام کردند. پرسشنامه توسط پژوهشگر به‌صورت مصاحبه با شرکت‌کنندگان در کلینیک چشم‌پزشکی کامل شد و به آن‌ها اطمینان داده شد اطلاعات اخذشده تنها جهت بررسی‌های آماری مورداستفاده قرار خواهد گرفت. به‌طور متوسط هر پرسشنامه در مدت ۲۰ دقیقه کامل شد.

جهت ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان کم‌بینا از پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به بینایی (VFQ-25) استفاده شد. این پرسشنامه پرکاربردترین پرسشنامه جهت بررسی کیفیت زندگی در معلولین جوان (۲۵-۲۳) و سالمند (۲۲،۲۱،۱۸) دچار اختلال بینایی است. این پرسشنامه توسط فروست[1] و همکاران در سال ۲۰۰۰ در بیمارستان چشم، گوش رزیال ویکتوورین[2] استرالیا طراحی شد و نسخه کوتاه شده پرسشنامه ۵۱ سؤالی می‌باشد. پرسشنامه VFQ-25 شامل ۲۵ سؤال است و راهی سریع (حدود ۱۰ دقیقه) برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران کم‌بینا می‌باشد (۲۷، ۲۶، ۱۸). این پرسشنامه توسط محمدیان نیا و همکاران (۱۳۹۰) ترجمه و بازترجمه شده و روایی صوری و محتوایی آن با روش لاوشه و با همکاری اساتید علوم بینایی شناسی و توان‌بخشی تعیین شد. پایایی آن نیز با ضریب آلفای ۰/۹۴ و با روش آزمون باز آزمون ($ICC \geq 0.99$) بر روی ۲۰ سالمند بالای ۶۰ سال تأیید شد (۲۲). در پژوهش

[1] : Frost

[2] : Royal Victoria Eye and Ear Hospital

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

حاضر هم، پایایی ابزار بر اساس ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ محاسبه شد. استفاده از نسخه معتبر شده فارسی این پرسشنامه، کیفیت زندگی سالمندان کم‌بینا در ۱۰ جنبه‌ی مختلف زندگی شامل: میزان سلامت عمومی، میزان درد چشمی، کیفیت فعالیت‌های نزدیک، کیفیت فعالیت‌های دور، روابط در اجتماع، میزان سلامت روانی، میزان توانایی انجام فعالیت‌های روزانه، میزان استقلال فردی، رانندگی و کیفیت بینایی موردبررسی قرار گرفت. سؤالات در یک مقیاس لیکرتی ۵ نقطه‌ای از خیلی خوب تا خیلی بد یا از هیچ مشکلی ندارم تا خیلی مشکل دارم درجه‌بندی شدند که به ترتیب خیلی خوب نمره ۴، خوب ۳، متوسط ۲، بد ۱، خیلی بد ۰ و هیچ مشکلی ندارم نمره ۴، کمی مشکل دارم ۳، در حد متوسط مشکل دارم ۲، خیلی مشکل دارم ۱ در نظر گرفته شد. نمرات بالا دلالت بر وضعیت کیفیت زندگی بالاتر و نمرات پایین دلالت بر وضعیت کیفیت زندگی ضعیف‌تر دارند. نمره کل کیفیت زندگی نیز از جمع ابعاد مختلف کیفیت زندگی به دست می‌آید. کیفیت زندگی به چهار گروه نامطلوب، نسبتاً مطلوب، مطلوب و کاملاً مطلوب تقسیم شد. به‌طوری‌که کسب امتیاز ۲۶-۰ به معنای کیفیت زندگی نامطلوب، امتیاز ۵۳-۲۷ به معنای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب، کسب امتیاز ۸۰-۵۴ به معنای کیفیت زندگی مطلوب و امتیاز ۱۰۷-۸۱ به معنای کیفیت زندگی کاملاً مطلوب می‌باشد. پرسشنامه دموگرافیک که شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی نیز برای همه شرکت‌کنندگان ثبت گردید.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های آماری پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی و درصدها برای داده‌های کیفی، میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی استفاده شد و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آمار تحلیلی و آزمون‌های اسپیرمن، تی مستقل، و آنوا استفاده شد. توزیع نرمال بودن داده‌ها با کولموگراف اسمیرونوف، چولگی و کرتوزیس تأیید شد. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد. سطح معناداری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر، ۹۴ نفر (۵۶ نفر زن و ۳۸ نفر مرد) با میانگین سنی ۷۳/۱۶ بودند. بیش از نیمی از آنان (۵۹/۶ درصد) متأهل و بقیه مجرد (۴۰/۴ درصد) بودند. ازلحاظ وضعیت تحصیلی در سه گروه بی‌سواد، زیر دیپلم و دیپلم یا بالاتر تقسیم شدند که کم‌ترین فراوانی مربوط به دیپلم و بالاتر (۱۴/۹ درصد) بود. اکثریت شرکت‌کنندگان، خانه‌دار یا بازنشسته (۹۱/۵ درصد) بودند و فقط حدود ۸ درصد از آنان شاغل بودند. بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان، وضعیت اقتصادی خود را ضعیف تا متوسط (۸۹/۴ درصد) گزارش نمودند (جدول ۱).

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک سالمندان کم‌بینای شرکت‌کننده در مطالعه

مشخصات فردی – اجتماعی		تعداد	درصد
سن	۶۰-۶۹	۳۳	۳۵/۱
	۷۰-۷۹	۳۷	۳۹/۴
	<۸۰	۲۴	۲۵/۵
جنس	مرد	۳۸	۴۰/۴
	زن	۵۶	۵۹/۶
وضعیت تأهل	مجرد	۳۸	۴۰/۴
	متأهل	۵۶	۵۹/۶
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۳۹	۴۱/۵
	زیر دیپلم	۴۱	۴۳/۶
	دیپلم و بالاتر	۱۴	۱۴/۹
وضعیت اشتغال	شاغل	۸	۸/۵
	بازنشسته	۴۴	۴۶/۸
	خانه‌دار	۴۲	۴۴/۷
وضعیت اقتصادی	خوب	۱۰	۱۰/۶
	متوسط	۵۲	۵۵/۳
	ضعیف	۲۷	۲۸/۷
		۹۴ نفر	

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

جدول (۲): شاخص های آمار توصیفی مربوط به متغییرکیفیت زندگی و مولفه های آن

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	دامنه
سلامت عمومی	۳/۳۷	۱/۲۴	۱	۶	۵
درد چشمی	۵/۳۷	۱/۶۸	۲	۸	۶
دید نزدیک	۷/۷۶	۲/۸۶	۳	۱۲	۹
دید دور	۵/۶۴	۱/۸۱	۳	۹	۶
روابط اجتماعی	۵/۶۲	۲/۱۲	۲	۱۰	۸
سلامت روانی	۳/۰۹	۲/۱۵	۰	۹	۹
فعالیت روزانه	۱/۶۷	۱/۳۹	۰	۴	۴
استقلال	۴/۰۹	۲/۸۲	۰	۹	۹
رانندگی	۱۰/۷۱	۲/۸۰	۳	۱۳	۱۰
کیفیت بینایی	۵/۹۴	۱/۲۶	۲	۸	۶
کل	۵۳/۲۴	۱۰/۸۴	۳۲	۷۹	۴۷

از میان مؤلفه‌های ده‌گانه کیفیت زندگی، بیشترین میانگین مربوط به مؤلفه‌های رانندگی (۱۰/۷۱±۲/۸۰) و دید نزدیک (۷/۷۶±۲/۸۶) و کم‌ترین میانگین مربوط به مؤلفه‌های انجام فعالیت‌های روزانه (۱/۶۷±۱/۳۹)، سلامت روانی (۲/۱۵ ± ۳/۰۹)، سلامت عمومی (۳/۳۷±۱/۲۴) و استقلال (۴/۰۹±۲/۸۲) بود؛ میانگین نمره کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان ۵۳/۲۴ و انحراف استاندارد آن ۲۳/۲۹ بود (جدول ۲).

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۳، کیفیت زندگی همه کم‌بینایان شرکت‌کننده در مطالعه، نسبتاً مطلوب (۵۷/۴ درصد) و مطلوب (۴۲/۶ درصد) بود و هیچ‌کدام از آن‌ها دارای کیفیت زندگی نامطلوب یا بسیار مطلوب نبودند.

جدول (۳): وضعیت کیفیت زندگی در کم‌بینایان موردمطالعه برحسب برخی مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک		نسبتاً مطلوب		مطلوب	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	زن	۳۵	۳۷/۰	۲۱	۲۲/۳
	مرد	۱۹	۲۰/۰	۱۹	۲۰/۰
تأهل	مجرد	۲۸	۲۹/۸	۱۰	۱۰/۶
	متأهل	۲۶	۲۷/۷	۳۰	۳۱/۹
شغل	شاغل	۳	۳/۲	۵	۵/۳
	بازنشسته	۲۵	۲۶/۶	۱۹	۲۰/۰
	خانه‌دار	۲۶	۲۷/۷	۱۶	۱۷/۰
تحصیلات	بی‌سواد	۲۲	۲۳/۴	۱۷	۱۸/۱
	زیر دیپلم	۲۵	۲۶/۶	۱۶	۱۷/۰
	دیپلم و بالاتر	۷	۷/۴	۷	۷/۴
وضعیت اقتصادی	خوب	۶	۶/۴	۴	۴/۳
	متوسط	۳۰	۳/۲	۲۲	۲۳/۴
	بد	۱۶	۱۷/۰	۱۱	۱۱/۷
کل شرکت‌کنندگان		۵۴	۵۷/۴	۴۴	۴۲/۶

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و مقایسه آن را برحسب برخی مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه نشان می‌دهد. نتایج آنالیز با آزمون‌های آماری تی مستقل و آنوا، فقط اختلاف معناداری را برای وضعیت تأهل ازلحاظ نمره کیفیت زندگی آنان نشان داد. به‌طوری‌که متأهلین به‌طور معناداری دارای معناداری کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به همتایان مجرد خود ذکر نمودند.

جدول (۴): مقایسه میانگین کیفیت زندگی برحسب بعضی مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

مشخصات دموگرافیک		میانگین	انحراف معیار	F	P
سن	۶۰-۶۹	۵۶/۴۵	۹/۱۴	۲/۵۵	۰/۰۸
	۷۰-۷۹	۵۰/۷۳	۱۰/۱۸		
	<۸۰	۵۲/۷۱	۱۳/۱۰		
جنس	مرد	۵۵/۳۴	۱۲/۵۶	۱.۴۷	۰/۱۵
	زن	۵۱/۸۲	۹/۳۶		
وضعیت تأهل	مجرد	۴۹/۳۷	۱۰/۳۲	۲/۹۷	<۰/۰۱
	متأهل	۵۵/۸۸	۱۰/۴۸		
وضعیت تحصیلات	بی‌سواد	۵۳/۹۷	۹/۴۵	۰/۱۷	۰/۸۵
	زیر دیپلم	۵۲/۵۶	۱۱/۳۶		
	دیپلم و بالاتر	۵۳/۲۱	۱۳/۴۳		
شغل	شاغل	۵۹/۷۵	۱۲/۷۹	۱/۷۳	۰/۱۸
	بازنشسته	۵۳/۲۳	۱۱/۲۱		
	خانه‌دار	۵۲/۰۲	۹/۸۶		
وضعیت اقتصادی	خوب	۵۰/۹۰	۱۴/۸۱	۰/۵۷	۰/۵۷
	متوسط	۵۳/۹۲	۱۱/۱۱		
	ضعیف	۵۱/۷۰	۸/۱۳		

جدول ۵، نتایج آزمون اسپیرمن را جهت تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی کل کم‌بینایان با بعضی مشخصات دموگرافیک آنان را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، کیفیت زندگی کل با سن و وضعیت تأهل ارتباط معناداری را دارد. به‌طوری‌که در متأهلین بیشتر از مجردها بوده و با افزایش سن، کیفیت زندگی به‌طور معناداری کاهش یافت.

جدول (۵): همبستگی کیفیت زندگی با برخی مشخصات دموگرافیک

مشخصات فردی	کیفیت زندگی	
	r	p
سن	-۰/۲۲	۰/۰۳
جنس	-۰/۱۵	۰/۱۶
وضعیت تأهل	-۰/۳۲	۰/۰۰
سطح تحصیلات	-۰/۰۶	۰/۵۵
وضعیت اشتغال	-۰/۱۴	۰/۱۸
وضعیت اقتصادی	-۰/۰۱	۰/۹۲

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به ارزیابی اثر اختلال بینایی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان کم‌بینای مراجعه‌کننده به کلینیک چشم‌پزشکی بوعلی سینا در شهر قزوین پرداخت. نتایج نشان داد که سالمندان کم‌بینا در بعضی از ابعاد کیفیت زندگی شامل انجام فعالیت‌های روزانه، سلامت روانی، سلامت عمومی و استقلال نمرات پایین‌تری را کسب نمودند. بعلاوه ارتباط معنی‌داری بین میزان کیفیت زندگی و سن و وضعیت تأهل مشاهده شد. به‌طوری‌که کیفیت زندگی با افزایش سن سالمندان و در مجردها به‌طور معناداری کاهش یافت.

تأثیر منفی کاهش حدت بینایی بر روی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و درنتیجه استقلال سالمندان کم‌بینا در راستای نتایج بعضی از مطالعات گذشته می‌باشد (۲۹، ۲۸). در حقیقت، کاهش کارکرد بینایی می‌تواند باعث کاهش توانایی افراد در انجام فعالیت‌های روزمره گشته و این اختلال در فعالیت‌های روزانه می‌تواند به کاهش استقلال آنان منتهی گردد. به‌طوری‌که در مطالعه فریدونی و همکاران (۲۹) در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۲ بیمار کم‌بینای با میانگین سنی ۵۳/۶ سال مراجعه‌کننده به کلینیک کم‌بینایی مرکز توان‌بخشی هلال‌احمر تهران، مؤلفه توانایی انجام کارهای روزانه بعد از کیفیت انجام فعالیت‌های نزدیک، کم‌ترین میانگین را به خود اختصاص داد. ولی در نتایج مطالعه درمیک [1] و همکاران (۲۰۰۷) اشاره‌ای به فعالیت‌های روزانه به‌عنوان نیاز توان‌بخشی سالمندان کم‌بینای ساکن سرای سالمندان نشد (۳۰). این تناقض ممکن است به دلیل تفاوت در محل مطالعه باشد، به‌طوری‌که به علت وابستگی زیاد سالمندان ساکن در سرای سالمندان به کمک کارکنان، باعث نادیده گرفتن این مشکل از جانب مددجویان در مطالعه درمیک و همکاران شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان در بعد روانی پایین بود. فینگر [2] و همکاران (۱۵) در سال ۲۰۱۱ نیز ارتباط معناداری غیرمستقیمی را بین نقص بینایی با سلامت روان را در میان ۱۸۴ سالمند کم‌بینای آلمانی را گزارش نمودند. آدیگون [3] (۱۴) در راستای نتایج به‌دست‌آمده، کیفیت زندگی ضعیفی را برای ۳۱۵ بیمار کم‌بینا با میانگین سنی ۴۹/۴ سال در ابعاد عملکرد بینایی (۶۴/۲ درصد) ، مراقبت از خود (۴/۵ درصد) ، تحرک (۴۲/۹ درصد) ، روابط اجتماعی (۵۰/۹ درصد) و سلامت روان (۵۰/۹ درصد) گزارش کردند. بعلاوه، ارتباط کم‌بینایی یا نابینایی با مشکلات روانی مانند افسردگی (۳۲-۳۱)، انزوای اجتماعی (۳۳) در مطالعات قبلی تأیید شده است.

میانگین نمره کیفیت زندگی کلی پاسخگویان متوسط با میانگین ۵۳/۲۴ و انحراف استاندارد آن ۲۳/۲۹ بود. نتایج مطالعه گیاوالی [4] و همکاران (۳۴) در سال ۲۰۱۲ بر روی ۴۴ بیمار کم‌بینای مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های چشم‌پزشکی نپال با میانگین سنی ۴۷/۷ سال نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی آنان متوسط (۱۴/۱۰±۴۹/۵۳) بود. در مطالعه امینی و همکاران (۳۵) نیز کیفیت زندگی در ۲۴۸ جانباز کم‌بینا و نابینای بالای ۴۰ سال، در سطح متوسط (۲۲/۸۰±۵۹/۲۰) ارزیابی شد. ناتتی [5] و همکاران (۳۶) همچنین سطح کیفیت زندگی را در ۳۷۲۳ کم‌بینایان و نابینای با میانگین سنی ۱۰/۴±۵۴/۲ سال در یک سطح متوسط (۱۵/۹±۷۴/۸) گزارش نمودند. همه مطالعات ذکرشده، کیفیت زندگی معلولین کم‌بینا یا نابینا را متوسط گزارش نمودند ولی تفاوت‌هایی در میانگین نمره کسب شده دیده می‌شود که می‌تواند به علت نوع ابزار استفاده‌شده برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی و نحوه نمره دهی به سؤالات باشد.

بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب (۵۷/۴ درصد) بودند و هیچ‌کدام از آنان کیفیت زندگی خود را خیلی مطلوب گزارش نکردند. این کاهش کیفیت زندگی با کاهش کارکرد بینایی هم‌راستا با نتایج مطالعات قبلی می‌باشد (۳۷، ۱۶). نتایج مطالعات همچنین نشان داده است که با افزایش کارکرد بینایی کم‌بینایان، کیفیت زندگی آنان نیز به طبع آن افزایش خواهد بافت. به‌طوری‌که نتایج پژوهش انجام شده توسط سرابندی و همکاران (۱۸) در سال ۱۳۸۶ بر روی ۱۲۱ معلول نابینا و کم‌بینای تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر زاهدان با میانگین سنی ۲۶/۳۲ سال برای مردان و ۲۱/۴۰ برای زنان نشان داد که استفاده از خدمات کمک توان‌بخشی و افزایش کارکرد بینایی، کیفیت زندگی این بیماران را در ابعاد مختلف به‌طور قابل‌توجهی افزایش داده و باعث بالاتر رفتن استقلال فردی این بیماران، ارتقای کیفیت انجام کارهای نزدیک، بالاتر رفتن سلامت روانی، سلامت بینایی و سلامت عمومی آنان شد. در مطالعه فریدونی و همکاران (۲۹) نیز کیفیت زندگی ۱۲ بیمار کم‌بینا در ابعاد سلامت عمومی، کیفیت بینایی، کیفیت فعالیت‌های نزدیک، سلامت روانی، توانایی انجام کارها و میزان استقلال فردی به‌طور معناداری بعد از استفاده از وسایل کمک

[1]: Deremeik

[2] : Finger

[3] : Adigun

[4] : Gyawali

[5] : Nutheti

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

بینایی افزایش یافت. نتایج مطالعه کویک[6] و همکاران (۳۸) نیز مؤید بهبود قابل‌ملاحظه کیفیت زندگی کم‌بینایان سالمند بعد از ۶ ماه استفاده از خدمات توان‌بخشی می‌باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت کیفیت زندگی اگرچه در زنان پایین‌تر از مردان بود ولی در سطح معناداری نبوده است. مطالعات قبلی، نتایج متفاوتی را ازنظر ارتباط کیفیت زندگی با جنسیت گزارش نموده است. اگرچه، بعضی مطالعات اختلاف کیفیت زندگی را بین زنان و مردان به‌طور معنادار گزارش نموده‌اند (۴۰ ، ۳۹، ۱۳) ولی مطالعات دیگر نتوانسته‌اند به این نتیجه برسند (۴۲، ۴۱). این نتایج متفاوت با در نظر گرفتن زمینه‌های فرهنگی و سیستم‌های ارزشی مختلف برای زنان در جوامع گوناگون قابل توجیه هست.

در این پژوهش ضریب همبستگی اسپیرمن بیانگر رابطه بسیار قوی و منفی بین سن سالمندان و کیفیت زندگی آنان بود به‌طوری‌که کیفیت زندگی با افزایش سن سالمند به‌طور معناداری کاهش یافت. پژوهش انجام شده در نپال (۳۴) نشا ن داد که بین کارکرد بینایی و کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود دارد و نمرات کارکرد بینایی و کیفیت زندگی با افزایش سن کاهش می‌یابد. پژوهش انجام شده در سال ۲۰۰۶ در استرالیا (۳۶) بر روی ۳۷۰۲ نفر با سن ۵۰ سال و بالاتر نشان داد که افراد هر چه سن بالاتری داشته باشند نقص بینایی بیشتری داشته و نقص بینایی بیشتر باعث کاهش بیشتر کارکرد بینایی و کیفیت زندگی فرد می‌شود.

در این پژوهش بررسی میانگین کیفیت زندگی افراد بر اساس وضعیت تأهل نشان داد که افراد متأهل میانگین کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد مجرد داشتند. نتایج مشابهی در پژوهشی که توسط نبوی و همکارانشان (۴۳) در سال ۱۳۹۳ انجام شد نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در متأهلین بیشتر از افراد مجرد (بیوه یا مطلقه) است. خرمی نژاد و همکاران (۴۴) نیز وضعیت تأهل را یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در میان ۱۲۱ بیمار کم‌بینای ساکن در سیستان و بلوچستان معرفی نمودند. درحالی‌که، نتایج مطالعه حبیبی سولا و همکاران در سال ۱۳۸۷ بر روی ۴۱۰ سالمند ساکن غرب تهران نتوانست ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی با وضعیت تأهل را نشان دهد (۴۱). بالاتر بودن کیفیت زندگی در متأهلین می‌تواند به خاطر برخوردار بودن از شبکه‌های حمایت اجتماعی بیشتر باشد که تحمل مشکلات را برایشان آسان‌تر می‌کند.

از محدودیت‌های پژوهش این بود که شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر فقط از میان مراجعه‌کنندگان به یک مرکز انتخاب شدند که می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج آن به کل سالمندان کشور محدودیت ایجاد کند. در ضمن بیش از نیمی از پاسخگویان بی‌سواد بودند که این احتمال می‌رود در نحوه پاسخگویی آنان به سؤالات پرسشنامه تأثیر بگذارد.

با در نظر گرفتن پایین بودن کیفیت زندگی در سالمندان کم‌بینا و ارتباط آن با افزایش سن، بر ضرورت توجه مسئولین و سیاست‌گذاران به ارتقای کیفیت زندگی این افراد تأکید می‌شود. همچنین، تدارک برنامه‌های آموزشی جهت استفاده از خدمات توان‌بخشی می‌تواند کمک مؤثری جهت افزایش کیفیت زندگی این گروه از سالمندان داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد سالمندی و دارای کد اخلاق IR. QUMS.REC.1395.105 از دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد. در انتها لازم می‌دانیم از دانشگاه علوم پزشکی قزوین، مرکز چشم بیمارستان بوعلی سینا و کلیه سالمندان کم‌بینا که ما را در این پژوهش یاری دادند تقدیر و تشکر کنیم.

References:

1. Freeman KF, Cole RG, Freeman P. Care of the patient with visual impairment (low vision rehabilitation). American Optometric Association; 2010. P. 1-47.
2. Ribeiro MVMR, Júnior H-R, Nogueira H, Ribeiro EAN, Jucá MJ, Barbosa FT, et al. Association between visual impairment and depression in the elderly: a systematic review. Arq Bras Oftalmol 2015; 78(3):197-201.
3. Wang C-W, Chan CL, Chi I. Overview of quality of life research in older people with visual impairment. Adv Aging Res 2014; 3: 79-94.
4. Renaud J, Bédard E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. Clin Interv Aging 2013; 8:931-43.
5. Evans JR, Smeeth L, Fletcher AE. Risk of admission to a nursing home among older people with visual impairment in Great Britain. Arch Ophthalmol 2008; 126(10):1428-33.

[6] : Kuyk

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

6. Lopez D, McCaul, K.A., Hankey, G.J., Norman, P.E., Almeida, O.P., Dobson, A.J., et al. Falls, injuries from falls, health related quality of life and mortality in older adults with vision and hearing impairment—Is there a gender difference? Maturitas 2011;69,:359-64.
7. Grue EV KM, Mowinchel P, Sensory impairment in hip-fracture patients 65 years or older and effects of hearing/vision interventions on fall frequency. J Multidiscip Healthc 2008; 6(2):1-11.
8. Hayman KJ, Kerse NM, La Grow SJ, Wouldes T, Robertson MC, Campbell AJ. Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. Optom Vis Sci 2007;84(11):1024–30.
9. Wang CW, Chan CL, Ho AH, Xiong Z. Social networks and health-related quality of life among Chinese older adults with vision impairment. J Aging Health 2008; 20(7):804-23.
10. Wood J, Chaparro A, Anstey K, Lacherez P, Chidgey A, Eisemann J, et al. Simulated visual impairment leads to cognitive slowing in older adults. Optom Vis Sci 2010; 87(12):1037-43.
11. Karpa MJ, Mitchell P, Beath K, Rochtchina E, Cumming RG, Wang JJ. Direct and indirect effects of visual impairment on mortality risk in older persons. Arch Ophthalmol 2009; 127(10):1347-53.
12. Hassanpoor Dehkordi A, Masoodi R, Naderipoor A, Poor Mir R, Kalhori R. The effect of exercise program on the quality of life in Shahrekord elderly people. Salmand 2008, 2 (4): 437-44.
13. Navabi H, Shoja M, Mohammadi S, Rashedi V. Health-related quality of life in community-dwelling older adults of Bojnourd. J North Khorasan Univ Med Sci 2014; 6(2):433-9.
14. Adigun K, Oluleye T, Ladipo M, Olowookere S. Quality of life in patients with visual impairment in Ibadan: a clinical study in primary care. J Multidiscip Healthc 2014; 7:173-8.
15. Finger RP, Fenwick E, Marella M, Dirani M, Holz FG, Chiang PP, et al. The impact of vision impairment on vision-specific quality of life in Germany. Invest Ophthalmol Vis Sci 2011; 52(6):3613-9.
16. Seland JH, Vingerling JR, Augood CA, Bentham G, Chakravarthy U, deJong PT, et al. Visual impairment and quality of life in the older European population, the EUREYE study. Acta Ophthalmologica 2011; 89(7):608-13.
17. Mills T, Law SK, Walt J, Buchholz P, Hansen J. Quality of life in glaucoma and three other chronic diseases: a systematic literature review. Drugs Aging. 2009; 26(11):933-50.
18. Sarabandi A, Mobaraki H, Kamali M, Chabok A, Soltani S. The effect of rehabilitation Services on quality of life for the blind. Modern Rehabil 2013; 7(4):48-56.
19. Tunay ZÖ, İdil A, Petriçli İS, Özdemir Ö. Low Vision Rehabilitation in Older Adults. Turk J Ophthalmol 2016; 46(3):118.
20. Brown RLaB, A.E. Visual impairment and quality of life among older adults: An examination of explanations for the relationship. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2011;66,:364-73.
21. Dev MK, Paude N, Joshi ND, Narayan Shah D and Subba S. Impact of visual impairment on vision-specific quality of life among older adults living in nursing home. Curr. Eye Res 2013,: 1-7.
22. Mohammadiannia M, Foroughan M, Rassafiani M, hosseinzadeh S. Visual functioning and its relations with quality of life in the older people using governmental outpatient clinics services in the City of Boushehr. Iran J Ageing 2013;7(4):16-26.
23. Cusick M, SanGiovanni JP, Chew EY, Csaky KG,Hall-Shimel K, Reed GF et al. Central visual function and the NEI VFQ-25 near and distance activities subscale scores in people with type 1 and 2 diabetes. Am J Ophthalmol 2005;139:1042-50.
24. Langelaana,M,. de Boer MR, van Nispena RMA, Wouters B, Moll AC and. van Rens GHMB. Change in quality of life after rehabilitation: prognostic factors for visually impaired adults. Int J Rehabil Res 2009, 32:12–19.
25. Ziaei H, Katibeh M, Sabbaghi M, Yaseri M, Quality of Life (QOL) in myopia corrected with photorefractive keratectomy, contact lenses and spectacles. Bina J Ophthalmol 2011; 17 (2): 148-54.
26. Mangione CM, Lee PP, Gutierrez PR, Spritzer K, Berry S, Hays RD, et al. Development of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. Arch Ophthalmol 2001;119(7):1050–8.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

27. Mangione C. Version 2000: The National Eye Institute 25-item Visual Function Questionnaire (VFQ-25). Los Angeles: CA, UCLA; 2000.
28. Vu H, Keeffe J, McCarty C, Taylor HR. Impact of unilateral and bilateral vision loss on quality of life. Br J Ophthalmol 2005; 89(3):360-3.
29. Feridooni F, Ghassemi Boroumand M, Tabatabaee SM. The rate of satisfaction of low vision aids and quality of life in low visions referring to the Red-crescent's low vision center of Tehran since 21 June 2011 till 21 June 2012. Sci J Rehabil Med 2013, 2 (1):14-21.
30. Deremeik J, Broman AT, Friedman D, West SK, Massof R, Park W, et al. Low vision rehabilitation in a nursing home population: the seeing study. J Vis Impair Blind 2007; 101(11):701-14.
31. Acton JH, Molik B, Binns A, Margrain TH. Effect of rehabilitation worker input on visual function outcomes in individuals with low vision: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2016; 17(1):105.
32. Courtm H, McLean G,Guthrie B, Mercer SW, Smith DJ. Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study. BMC Med 2014; 12(1):181.
33. Lei P, Xu L, Nwaru B, Long Q, Wu Z. Social networks and health-related quality of life among Chinese old adults in urban areas: results from 4th National Household Health Survey. Public Health 2016; 131:27-39.
34. Gyawali R, Paudel N, Adhikari P. Quality of life in Nepalese patients with low vision and the impact of low vision services. J Optom 2012; 5(4):188-95.
35. Amini R, Haghani H, Masoumi M. Quality of life in the Iranian Blind War Survivors in 2007: a cross-sectional study. BMC Int Health Hum Rights 2010; 10(1):21.
36. 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. Invest. Ophthalmol Vis Sci 2006; 47(11):4742-8.
37. Polack S, Eusebio C, Fletcher A, Foster A, Kuper H. Visual impairment from cataract and health related quality of life: results from a case-control study in the Philippines. Ophthalmic Epidemiol 2010;17(3):152-9.
38. Kuyk T, Liu L, Elliott JL, Grubbs HE, Owsley C, McGwin G, et al. Health-related quality of life following blind rehabilitation. Qual Life Res 2008; 17(4):497-507.
39. Alipour F, Sajadi H, Foruzan A, Biglarian A, Jalilian A. Elderly quality of life in Tehran's district two. Salmand 2008, 3 (3 and 4): 75-83.
40. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J. Factors related to health-related quality of life (HRDoL) of elderly people in Tehran. J School Nurs Midwifery, Shahid Beheshti Univ Med Sci 2013. 23(82), 8-16.
41. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in West region of Tehran: A cross-sectional survey. Iran J Nurs 2008, 21(53):29-39.
42. Hesamzadeh A, Maddah SB, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of elderlys " Quality of life" living at homes and in private or public nursing homes. Salmand 2010, 4(4).
43. Nabavi SH SM, Mohammadi S, Rashedi V. Health-related quality of life in community-dwelling older adults of Bojnourd. J North Khorasan Univ Med Sci 2014, 6(2): 434-40.
44. Khorrami-Nejad M, Sarabandi A, Akbari M-R, Askarizadeh F. The Impact of Visual Impairment on Quality of Life. Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol 2016;5(3):96–103..

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

Original Article

QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY WITH VISUAL IMPAIRMENT REFERRING TO BOOALI SINA HOSPITAL, QAZVIN

Zohreh Tavasoli[1], Fatemeh Mohammadi[2], Seyedeh Ameneh Motalebi[3], Mahmud Alipour Heydari [4]

Received: 25 Apr, 2017; Accepted: 29 June, 2017

Abstract

Background & Aims: With increasing elderly population, the incidence of visual impairment and its related problems are also increasing that impacts their quality of life. This study aims to determine the quality of life among the elderly with visual impairment referring to low vision clinic in Booali Sina Hospital, Qazvin.

Material and Methods: This descriptive-analytic study was conducted as cross-sectional. Through convenience sampling method, 94 visually impaired elderly admitted to the visual clinic with acuity less than 6/18 were selected to participate in this study. The VFQ-25 questionnaire was used for collecting the data. The data were analyzed by Pierson,

Results*:* The results of the study showed that the quality of life of the participants was in moderate level (53.24±23.29). The highest mean score was for driving (10.71±2.80) and near vision (7.76±2.86) and the lowest mean score was for daily living activities (1.67±1.39), general health (3.37±1.24) and independency (4.09±2.82). Furthermore, it was observed a significant association between quality of life and age (p= 0/03, r = -0.22) and marital status (p= 0/00, r= -0.32).

Conclusion: Due to low level of quality of life of the studied participants, their life quality promotion should be considered as an essential plan for policymakers. Providing the programs to introduce the rehabilitation services and how to use them could be led to obtain this goal.

Keywords: Ageing, Visual impairment, Quality of life

Address: School of Nursing & Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin. Iran.
Tel: (+98-2833375152)
Email: ammotalebi@yahoo.com

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

[1] *Student, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.*

[2] *Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.*

[3] *Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (Corresponding Author).*

[4] *Assistant Professor, Department of Statistical, School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran*