

میزان رضایتمندی از وسایل کمک بینایی و کیفیت زندگی در بین کم بینایان مراجعه کننده به کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران از تیر ماه ۱۳۹۰ تا تیر ماه ۱۳۹۱

فیروزه فریدونی^۱، محمد قاسمی برومند^۲، سید مهدی طباطبائی^۳
^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد اپتومتری، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
^۲ چشم پزشک، استاد دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
^۳ کارشناس ارشد آمارحیاتی، مربی دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

مقدمه و اهداف

با توجه به شیوع نسبتاً بالای کم بینایی مخصوصاً در کشورهای مثل ایران که جمعیت رو به پیری است و نقش وسایل کمک بینایی در افزایش کیفیت زندگی آنها، در این مطالعه مقطعی میزان رضایتمندی از وسایل کمک بینایی و کیفیت زندگی در کم بینایان مراجعه کننده به کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران از تیر ماه ۱۳۹۰ تا تیر ماه ۱۳۹۱ را بررسی کردیم.

مواد و روش ها

در این مطالعه مقطعی، میزان رضایتمندی و کیفیت زندگی کم بینایان مراجعه کننده به کلینیک کم بینایی مرکز توانبخشی هلال احمر تهران از تیر ماه ۱۳۹۰ تا تیر ماه ۱۳۹۱ بررسی شد. تعداد ۱۲ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند و اطلاعات مورد نیاز، توسط پرسشنامه به صورت مصاحبه ای و تلفنی جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS18 تجزیه و تحلیل گردید. $P \leq 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میزان سلامت عمومی ($P=0/012$)، میانگین نسبت کیفیت بینایی، کیفیت فعالیت های نزدیک، درصد سلامت روانی، توانایی انجام کارها و میزان استقلال فردی ($P < 0/0005$) بعد از استفاده از وسیله به طور معنی داری افزایش یافتند. کیفیت فعالیت های دور، میزان اعتماد به نفس حضور در اجتماع و میزان درد چشمی قبل و بعد از استفاده از وسیله اختلاف معنی داری را نشان نمی دادند ($P > 0/05$) $91/7\%$ از افراد رضایتمندی 50% به بالا داشتند. میانگین رضایتمندی در مردان $73/33\%$ و در زنان $58/33\%$ به دست آمد که تفاوت معنی داری را نشان نداد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری

کیفیت زندگی در ابعاد مختلف بعد از استفاده از وسایل کمک بینایی، افزایش می یابد.

واژگان کلیدی

کم بینایی، وسایل کمک بینایی، کیفیت زندگی، میزان رضایتمندی

پذیرش مقاله ۱۳۹۱/۸/۹ *

* دریافت مقاله ۱۳۹۱/۴/۴

نویسنده مسؤل: فیروزه فریدونی. میدان امام حسین (ع)، خیابان دماوند، روبروی بیمارستان بوعلی، دانشکده ی علوم توانبخشی دانشگاه
علوم پزشکی شهید بهشتی. تلفن: ۷۷۵۶۱۴۰۷

آدرس الکترونیکی: rozaneh.noor@yahoo.com

مقدمه و اهداف

چشم یکی از پیچیده ترین ارگان های بدن می باشد و حدود ۸۵٪ از اطلاعاتی که از محیط دریافت می کنیم، از طریق چشم ها و حس بینایی است. بنابراین هر گونه آسیبی به چشم باعث کاهش این اطلاعات دریافتی شده و در نتیجه درک از محیط اطراف کاهش یافته و کیفیت زندگی نیز کاهش می یابد.

طبق تحقیقاتی که در آمریکا انجام شده بعد از آرتريت و مشکلات قلبی، کم بینایی سومین عاملی است که باعث می شود افراد بالای ۷۰ سال برای انجام کارهای روزانه ی خود نیاز به کمک داشته باشند.^[۱] شیوع کم بینایی و نا بینایی از ۰/۳٪ در کشور های توسعه یافته در آمریکای شمالی و اروپای غربی تا ۱/۴٪ در کشورهای در حال توسعه در آفریقا متغیر است.^[۲،۳] و مقدار آن با افزایش سن افزایش می یابد، چرا که اغلب علل کم بینایی و نابینایی وابسته به سن می باشند.^[۴،۵] مهمترین عامل آن در اغلب نقاط آب مروراید ذکر شده است.^[۵،۶] علل شایع بعدی به ترتیب عبارتند از: آب سیاه، دژنراسیون ماکولای وابسته به سن (AMD)، رتینوپاتی دیابتی (آسیب شبکیه ی چشم در اثر بیماری قند)، تراخم.^[۶،۷]

طبق تعریف کم بینایی عبارت است از کاهش حدت بینایی (VA) که حتی با بهترین تصحیح اپتیکی نیز بهبود نمی یابد.^[۲] بر اساس تعریف WHO اگر دید در چشم بهتر بیمار با بهترین تصحیح اپتیکی بین ۲۰/۷۰-۲۰/۲۰۰ باشد یا میدان بینایی بیمار تا ۲۰ درجه تنگ شده باشد، بیمار کم بیناست.^[۸] کیفیت زندگی عبارت است از درک فردی هر انسان از جایگاهش در زندگی نسبت به اهداف، انتظارات و نگرانی های فرد که نه تنها تحت تاثیر نوع و میزان مشکل ایجاد شده قرار دارد، بلکه به میزان زیادی به میزان تاثیر این مشکل ایجاد ی در توانایی ها و عملکرد فرد در جامعه بستگی دارد.^[۳] در بیماران کم بینا علاوه بر اینکه کاهش دید باعث کاهش کارایی و کاهش کیفیت زندگی شده، افسردگی ناشی از از بین رفتن بینایی و نیز استرس ناشی از کاهش توانایی انجام کارهای روزمره، باعث کاهش بیشتر کیفیت زندگی می شود.^[۹] متاسفانه از آنجا که هیچ درمان دارویی و پزشکی برای عوامل ایجاد کننده ی کم بینایی وجود ندارد، تجویز وسایل کمک بینایی ویژه ی کم بینایان برای استفاده ی بیشتر از میزان دید باقیمانده جهت انجام کارهای روزانه مثل مطالعه بسیار کمک کننده می باشد.^[۴] انواع وسایل کمک بینایی ویژه ی کم بینایان عبارتند از: ۱- تلسکوپ (کپلر یا گالیه)، ۲- انواع ذره بین های اپتیکی (دستی، پایه دار)، ۳- ذره بین های الکترونیکی (CCTV، EyeQ، Aumed)، ۴- تلمیکروسکوپ، ۵- میکروسکوپ.

با توجه به شیوع نسبتا بالای کم بینایی و نابینایی، و نقش بسیار مهم وسایل کمک بینایی ویژه ی این بیماران در افزایش کیفیت زندگی این افراد اهمیت انجام این کار پژوهشی کاملا مبرهن و آشکار می باشد. تا با بالا بردن سطح آگاهی عمومی از میزان کارآمدی این وسایل و نیز معرفی وسایلی که بیمار احساس راحتی و رضایت بیشتری با آن دارد، می توان به مستقل تر شدن این افراد کمک کرد و آنها را تا حدودی به زندگی عادی برگرداند. در مطالعاتی که در بهداشت و درمان جامعه در زمینه ی رضایتمندی و بررسی کیفیت زندگی انجام شده، به صورت خاص به کم بینایان کمتر پرداخته شده است. بررسی میزان تاثیر وسایل کم بینایی در پیشبرد کیفیت زندگی بیماران کم بینا، در بالا بردن کیفیت آرایه ی خدمات به این بیماران و تخصیص هزینه های لازم برای توانبخشی آنها می تواند بسیار مفید و موثر باشد.^[۱۰] از آنجا که در ایران جمعیت رو به پیر شدن است پیش بینی می شود که شیوع کم بینایی در دهه های آینده رو به رشد باشد. در نتیجه تخصیص هزینه های کافی جهت پیشبرد کیفیت زندگی این افراد می تواند گامی موثر برای افزایش کارآمدی این افراد در جامعه باشد. بودجه ای که به طور سالانه در کشور های آلمان، ایتالیا، فرانسه و UK به AMD تخصیص داده می شود، چیزی حدود ۵۱/۳ تا ۱۰۱/۱ میلیون یورو می باشد.^[۱۱] روش های مستقیم و غیر مستقیم زیادی برای بررسی کیفیت زندگی این بیماران وجود دارد که از این میان پرسشنامه های بررسی کیفیت زندگی، بهترین و مناسب ترین روش برای ارزیابی میزان تاثیر وسایل کمک بینایی ویژه ی کم بینایان بر کیفیت زندگی این بیماران می باشد.^[۱۲] VFQ-25 پرکاربردترین پرسشنامه ی بررسی کیفیت زندگی در زمینه ی چشم پزشکی و علوم بینایی است که جهت بررسی اثر بیماری های مختلف چشمی در عملکرد بینایی و کیفیت زندگی توسط موسسه ی ملی چشم طراحی شده است.^[۳] بهبود قابل توجه در کیفیت زندگی بیماران کم بینا بعد از استفاده از وسایل کمک بینایی ویژه ی کم بینایان، در مطالعات

مختلف به اثبات رسیده است [۱۸-۱۳]، اگر چه میزان این تغییرات از نظر کلینیکى چندان قابل توجه نباشد. [۱۹] در واقع استفاده از این وسایل به به بیماران کم بینا کمک می کند تا بتوانند مستقل تر عمل کنند و نقش موثرتری را در جامعه ایفا کنند، در نتیجه استفاده از این وسایل بدون در نظر گرفتن علت ایجاد کم بینایی تاثیر به سزایی در بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران داراست. [۱۷] از جمله مطالعاتی که کیفیت زندگی بیماران کم بینا را در استفاده از وسایل کمک بینایی مورد بررسی قرار داده مطالعه ی Shaaban و همکارانش روی بیماران کم بینا در مصر می باشد که نشان می دهد علی رغم عدم رضایت بیماران از ظاهر وسایل کمک بینایی، ۷۶٪ آنها سطح رضایت متوسط تا بالایی از این وسایل داشتند. [۲۰] در مطالعه ی مشابهی که توسط K. Rohrschneider و همکارانش صورت گرفت، دیده شد که میزان رضایتمندی بیش از ۹۰٪ بود. [۲۱] در بررسی ای که McIlwaine G و همکارانش میزان کار آمدی وسایل کمک بینایی تجویزی به افراد کم بینا در دانمارک را توسط پرسش نامه مورد ارزیابی قرار دادند، مشاهده شد که یک سوم بیماران به هیچ عنوان از وسایل تجویزی استفاده نکرده بودند و نیمی از بیماران از وسایل تجویزی احساس رضایت نمی کردند. [۲۲] بر اساس مطالعه ی Diane و همکارانش بیماران در استفاده از وسایل کمک بینایی که پیچیدگی کمتری دارند نسبت به وسایل پیچیده تر موفق ترند و رضایت بیشتری دارند. [۲۳] مطالعه ی McIlwaine و همکارانش حاکی از آن است که سن بیمار، تشخیص و میزان حدت بینایی بیمار در رضایتمندی او از وسیله ی کمک بینایی تجویزی بسیار حایز اهمیت می باشد؛ به طوریکه با افزایش سن و کاهش حدت بینایی میزان رضایتمندی کاهش می یابد. [۲۴] این پژوهش از این جهت اهمیت دارد که خاص بیماران کم بینا است که شاید به دلیل مشکلات مالی، به سمت دریافت خدمات دولتی از کلینیک هلال احمر شهر تهران می روند، لذا اطلاع از رضایتمندی آنها از نوع وسیله ی کمکی می تواند ضمن کمک به مدیران هلال احمر جهت توسعه ی خدمات، بیماران ناراضی را نیز شناسایی و با تغییر در نوع وسیله ی تجویزی، رضایتمندی آنها را تا حد ممکن حاصل نماید.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه ی مقطعی می باشد که بر روی ۱۲ نفر انجام شده که میزان رضایتمندی از وسایل کمک بینایی مختلف ویژه ی کم بینایان و کیفیت زندگی در بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران از تیر ماه ۱۳۹۰ تا تیر ماه ۱۳۹۱ را مورد بررسی قرار می دهد. تمام بیماران کم بینا با حدت بینایی کمتر از ۲۰/۷۰ یا میدان بینایی محدود شده تا ۲۰ درجه در چشم بهتر با بهترین تصحیح اپتیکی که در بازه ی زمانی تیر ماه ۱۳۹۰ تا تیر ماه ۱۳۹۱ به کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران مراجعه کرده و نوعی وسیله ی کمک بینایی دریافت کرده بودند، در این مطالعه شرکت داده شدند (تمام شماری). اطلاعات پزشکی بیماران از پرونده ها ی آنها در مرکز هلال احمر تهران با کسب مجوز رسمی از مدیریت ذیربط استخراج شد. اطلاعات بیمار کاملا محرمانه ماند. بیماران با پرونده های پزشکی ناقص، در صورت عدم امکان تکمیل پرونده، از مطالعه خارج می شدند. توسط معتبر شده ی فارسی پرسشنامه "بررسی کیفیت زندگی در ارتباط با بینایی (VFQ-25)" به صورت مصاحبه ای و تلفنی، میزان کیفیت زندگی آنها قبل و بعد از استفاده از وسیله، در ۹ جنبه ی مختلف زندگی شامل: میزان سلامت عمومی، میانگین کیفیت بینایی، میزان درد چشمی، کیفیت فعالیت های نزدیک، کیفیت فعالیت های دور، میزان اعتماد به نفس حضور در اجتماع، میزان سلامت روانی، میزان توانایی انجام کارها، و میزان استقلال فردی مورد بررسی قرار گرفت. مصاحبه ی تمام بیماران توسط یک شخص انجام شد.

VFQ-25 پرکاربردترین پرسشنامه ی بررسی کیفیت زندگی در زمینه ی چشم پزشکی و علوم بینایی است که جهت بررسی اثر بیماری های مختلف چشمی در عملکرد بینایی و کیفیت زندگی توسط موسسه ی ملی چشم طراحی شده است. [۲] این پرسشنامه ۲۵ شامل سوال است و راهی سریع برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران کم بینا و نیز ارزیابی میزان تاثیر استفاده از وسایل کم بینایی در بالا بردن کیفیت زندگی این افراد می باشد. [۱۰] مقدار تکرارپذیری این پرسشنامه ۰/۷۲ می باشد. [۱۰] میزان رضایتمندی بیماران از انواع وسایل کمک بینایی در دور و نزدیک به صورت مصاحبه ای از آنها پرسیده شد. تعداد کل بیماران کم بینایی که بین بازه ی زمانی تیر ماه ۱۳۹۰ تا تیر ماه ۱۳۹۱ به کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران مراجعه کرده بودند؛ ۵۳ نفر بود که از

این میان برای ۳۴ نفر وسیله ی کمک بینایی تجویز شده بود. از این ۳۴ نفر ۱۲ نفر (۳۵/۳٪) به دلایل مختلف وسیله ی تجویزی را تهیه نکرده بودند. درنهایت با استفاده از پرسشنامه ی " بررسی کیفیت زندگی در ارتباط با بینایی " کیفیت زندگی و میزان رضایتمندی از وسیله ی تجویزی ، در ۱۲ نفر مورد بررسی قرار گرفت. از این ۱۲ نفر ۶ نفر (۵۰٪) زن و ۶ نفر (۵۰٪) مرد بودند و دامنه ی سنی آنها بین ۲۸ سال تا ۹۰ سال با میانگین ۵۳/۶ بود. میزان حدت بینایی در آنها از ۰/۰۸ تا ۰/۲ متفاوت بود. آنالیز آماری با استفاده از برنامه ی SPSS18 صورت گرفت. برای بررسی تغییرات قبل و بعد از استفاده از وسایل کمک بینایی از آزمون t-test زوجی و برای داده های مستقل از آزمون t-test مستقل استفاده کردیم. $P \leq 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

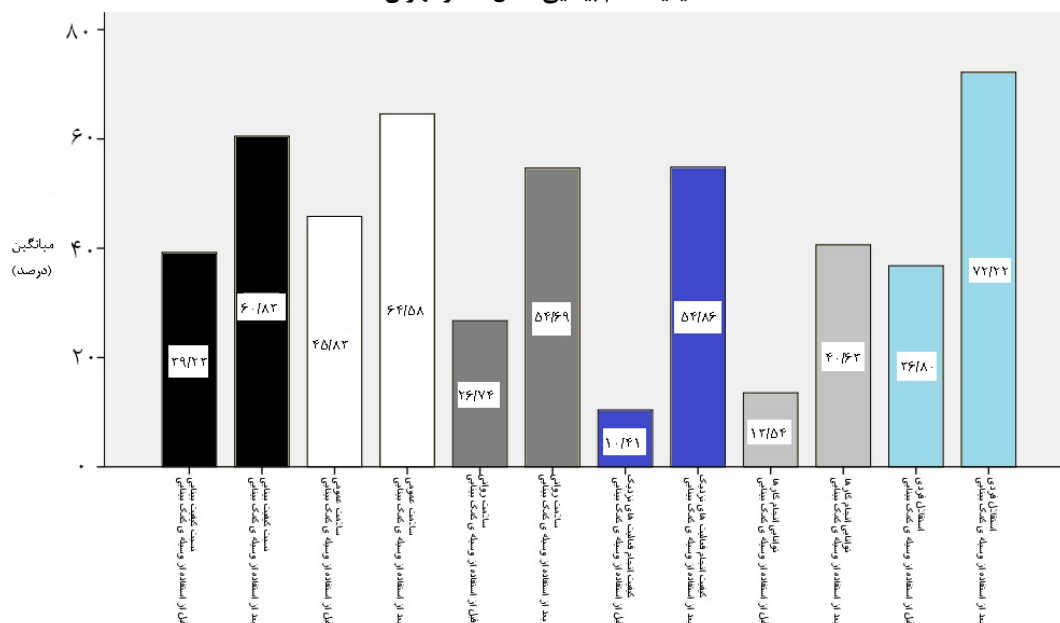
یافته ها

در این مطالعه، میزان تاثیر وسایل کمک بینایی ویژه ی کم بینایان در بالا بردن کیفیت زندگی بیماران کم بینا و نیز میزان رضایتمندی این بیماران از وسایل تجویزی در بین بیماران کم بینای مراجعه کننده به کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران در مقطع زمانی تیر ماه ۱۳۹۰ تا تیر ماه ۱۳۹۱، که نوعی وسیله ی کمک بینایی دریافت کرده بودند، توسط پرسشنامه ی VFQ-25 که یک پرسشنامه ی معتبر "بررسی کیفیت زندگی در ارتباط با بینایی" می باشد؛ مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان دهنده ی آن است که استفاده از این وسایل بدون در نظر گرفتن علت ایجاد کم بینایی تاثیر بسزایی در بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران دارد، اگر چه میزان این تغییرات از نظر کلینیکی چندان قابل توجه نباشد.

در مقایسه ی میزان سلامت عمومی قبل و بعد از استفاده از وسیله، تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P=0/012$). میانگین نسبت کیفیت بینایی عمومی قبل و بعد از استفاده از وسیله نیز با استفاده از t-test زوجی مقایسه شد و دیده شد که به طور متوسط میانگین نسبت کیفیت بینایی از ۳۹/۲۳٪ قبل از استفاده از وسیله به ۶۰/۵۲٪ بعد از استفاده از وسیله افزایش یافته بود که از لحاظ آماری معنی دار ($P<0/0005$) می باشد. درصد سلامت روانی از ۲۶/۷۳٪ به ۵۴/۶۸٪، با $P<0/0005$ قبل و بعد از استفاده از وسیله نیز تفاوت معنی داری را نشان داد. کیفیت فعالیت های نزدیک نیز از ۱۰/۴۱٪ به ۵۴/۸۵٪، بعد از استفاده از وسیله به طور معنی داری ($P<0/0005$) افزایش یافت. توانایی انجام کارها از ۱۳/۵۴٪ به ۴۰/۶۲٪، بعد از استفاده از وسیله افزایش یافت ($P<0/0005$). میزان استقلال فردی نیز از ۳۶/۸۰٪ به ۷۲/۲۲٪ بعد از استفاده از وسیله افزایش یافت که از لحاظ آماری معنی دار بود ($P<0/0005$) (نمودار ۱).

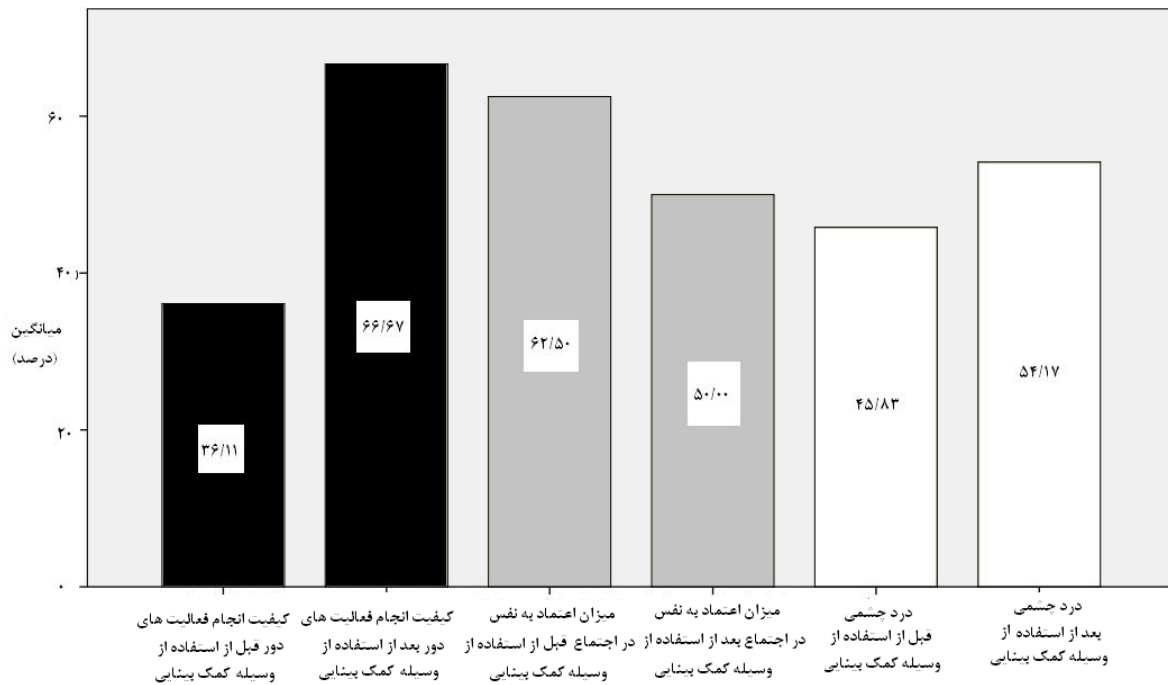
نمودار ۱. مقایسه میانگین متغیرهای بررسی شده در استفاده کنندگان از وسایل کم بینایی مراجعه کننده به

کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران



کیفیت فعالیت های دور قبل و بعد از استفاده از وسیله چندان معنی دار نبود ($P=0/173$). میزان اعتماد به نفس حضور در اجتماع از ۶۳/۵۴٪ به ۵۷/۲۹٪ بعد از استفاده از وسیله کاهش یافته بود که از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P=0/191$). میزان درد چشمی نیز قبل و بعد از استفاده از وسیله اختلاف معنی داری را نشان نداد ($P=0/809$) (نمودار ۲). مقایسه ی میانگین نسبت کیفیت بینایی، میزان سلامت عمومی، میزان سلامت روانی، کیفیت انجام فعالیت های نزدیک، میزان توانایی انجام کارها و میزان استقلال فردی قبل و بعد از استفاده از وسیله ی کمک بینایی در افراد مورد مطالعه در نمودار شماره ۱ آورده شده است که همگی تفاوت معنی داری را از لحاظ آماری نشان می دهند.

در نمودار شماره ۲ مقایسه ی کیفیت انجام فعالیت های دور، میزان اعتماد به نفس حضور در اجتماع و میزان درد چشمی قبل و بعد از استفاده از وسیله ی کمک بینایی در افراد مورد مطالعه استفاده کننده از وسایل کم بینایی مراجعه کننده به کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران از تیر ۱۳۹۰ تا تیر ۱۳۹۱ نشان داده شده است که هیچکدام تفاوت معنی داری را نشان ندادند. نمودار ۲. مقایسه ی کیفیت انجام فعالیت های دور، میزان اعتماد به نفس حضور در اجتماع و میزان درد چشمی قبل و بعد از استفاده از وسیله ی کمک بینایی در افراد مورد مطالعه استفاده کننده از وسایل کم بینایی مراجعه کننده به کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران



علی رغم شکایت بیماران از ظاهر وسایل کمک بینایی، به طور کلی ۹۱/۷٪ از افراد مورد مطالعه رضایتمندی ۵۰٪ به بالا داشتند و ۸/۳٪ رضایتمندی زیر ۵۰٪ رضایت داشتند (جدول ۱). این خود حاکی از تاثیر بالای این وسایل در بالا بردن کیفیت زندگی بیماران کم بینا می باشد. میانگین رضایتمندی در مردان و زنان با استفاده از t-test مستقل مقایسه و مشخص شد میانگین رضایتمندی در مردان ۷۳/۳۳٪ و در زنها ۵۸/۳۳٪ می باشد؛ اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نیست ($P=0/27$). در بین بیماران کم بینایی که در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۳۵/۳٪ وسیله ی کمک بینایی تجویزی را به دلایل مختلف دریافت نکرده بودند. از نظر پژوهشگر شاید ظاهر غیر معمول این وسایل و یا قیمت بالای آنها علت این امر باشد، که خود جای بحث و بررسی بیشتر دارد. وسایل کمک بینایی مورد استفاده در این بیماران شامل: ۳۳/۳٪ میکروسکوپ، ۲۵٪ تلسکوپ کپلر، ۲۵٪ ذره بین اپتیکی و ۱۶/۷٪ ذره بین الکترونیکی بود. میانگین میزان رضایتمندی از میکروسکوپ ۶۷٪، تلسکوپ ۷۳٪، ذره بین های اپتیکی ۵۶٪ و ذره بین های الکترونیکی ۶۵٪ بود. میزان رضایتمندی افراد به میزان دید آنها ($P=0/620$) و نیز سن آنها ($P=0/742$) وابسته نبود.

جدول ۱. توزیع میزان فراوانی درصد رضایت بیماران در افراد مورد مطالعه استفاده کننده از وسایل کم بینایی مراجعه کننده به

کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران از تیر ۱۳۹۰ تا تیر ۱۳۹۱

درصد رضایتمندی	درصد فراوانی
حداکثر ۱۰٪	۸/۳
۵۰-۸۰٪	۸۳/۴
۱۰۰٪	۸/۳

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این مطالعه بررسی میزان تاثیر وسایل کمک بینایی ویژه ی کم بینایان در بالا بردن کیفیت زندگی بیماران کم بینا و نیز بررسی میزان رضایتمندی این بیماران از وسایل تجویزی در بین بیماران کم بینای مراجعه کننده به کلینیک کم بینایی هلال احمر تهران در مقطع زمانی تیر ماه ۱۳۹۰ تا تیر ماه ۱۳۹۱ بود. تاثیر استفاده از این وسایل در بالا بردن کیفیت دید این بیماران در مطالعات مختلفی به اثبات رسیده، [۱۰۱۳-۱۸] ولی در این مطالعه ما نه تنها میزان رضایتمندی بیماران از کیفیت دیدشان را مورد بررسی قرار دادیم بلکه تاثیر این وسایل را در جنبه های دیگر عملکردی این افراد شامل کیفیت انجام فعالیت های دور، نزدیک، سلامت روانی، سلامت عمومی، توانایی انجام کارها، استقلال فردی، اعتماد به نفس حضور در اجتماع و میزان درد چشمی مورد ارزیابی قرار دادیم. با توجه به اینکه کم بینایی شیوع نسبتا بالایی دارد [۲۰۳، ۱۹] و کم بینایان درصد قابل ملاحظه ای از جمعیت جامعه را تشکیل می دهند، تلاش جهت ارتقای کیفیت زندگی این افراد باید جزو یکی از برنامه های اصلی دولت ها باشد تا با ارایه ی خدمات مناسب از طریق مراکز دولتی مربوطه از جمله هلال احمر، و نیز اختصاص هزینه های لازم بتوانند کمکی موثر در پیشبرد کیفیت زندگی این افراد داشته باشند. از آنجا که جمعیت ایران رو به پیری است و کم بینایی نیز جزو بیماری هایی است که با افزایش سن شیوع آن بیشتر می شود [۴۵]؛ بررسی کیفیت زندگی این بیماران و نیز بررسی میزان رضایتمندی آنها از خدمات ارایه شده توسط مراکز دولتی از جمله هلال احمر که خدمات رسانی به قشر عظیمی از جامعه را بر عهده دارد بسیار حایز اهمیت می باشد، به این ترتیب می توان نقاط ضعف را پیدا کرد، مشکلات را برطرف و نقاط قوت را نیز تقویت نمود.

پرسشنامه ای که ما در این پژوهش مورد استفاده قرار دادیم، نسخه ی معتبر شده ی فارسی یک پرسشنامه ی کوتاه ۲۵ سوالی (VFQ-25) با درجه ی اطمینان ۰/۷۲ می باشد [۱۰] که اعتبار آن در مطالعات پیشین مورد بررسی و تایید قرار گرفته است.

بر اساس نتایج این پژوهش، مانند پژوهش های پیشین [۱۰۱۳-۱۸]، استفاده از وسایل کمک بینایی تاثیر چشمگیری در پیشبرد کیفیت زندگی کم بینایان دارد و به استقلال بیشتر آنها کمک بسزایی می کند. استفاده از این وسایل، کیفیت زندگی این بیماران در ابعاد مختلف افزایش داده و باعث بالاتر رفتن استقلال فردی این بیماران، ارتقای کیفیت انجام کارهای نزدیک، بالاتر رفتن سلامت روانی، سلامت بینایی و سلامت عمومی آنها می شود و باعث می شود این بیماران بتوانند نقش موثری را در جامعه ایفا کنند. همانطور که Ecosse L. Lamoureux و همکارانش نتیجه گیری کرده بودند، اگرچه تغییرات کلینیکی قابل اندازه گیری در استفاده از وسایل کمک بینایی، چندان قابل توجه نیست ولی نقش موثری در بهبود کیفیت زندگی این بیماران داراست. [۱۹] همچنین یافته های این پژوهش با پژوهش Fröhlich SJ و همکارانش که نتیجه گرفته بودند بیماران کم بینا بدون توجه به علت کم بینایشان از استفاده از وسایل کمک بینایی سود می برند [۱۷]، در یک راستا می باشد. نیز همانطور که در Shaaban S و همکارانش دیده شده بود که برخلاف عدم رضایت بیماران مصری از ظاهر وسایل کمک بینایی، ۷۶٪ آنها رضایتمندی متوسط به بالا داشتند [۲۰]، در این پژوهش ما مشاهده کردیم که بالغ بر ۹۱/۷٪ افراد رضایتمندی بالای ۵۰٪ داشتند.

در بین بیماران کم بینایی که در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۳/۳۵٪ وسیله ی کمک بینایی تجویزی را به دلایل مختلف از قبیل عدم قبول شرایط ایجاد شده توسط بیمار، عدم پذیرش استفاده از وسایل کمک بینایی با ظاهری نه چندان مناسب در جمع، عدم توانایی و بضاعت مالی در تهیه ی این وسایل که اغلب هزینه های بالایی دارند، دریافت نکرده بودند. شاید ظاهر غیر معمول این وسایل و یا قیمت بالای آنها علت این امر باشد. ولی از بین بیمارانی که وسیله را دریافت کرده بودند، همگی از آن استفاده می کردند و بالغ بر ۹۱/۷٪ آنها رضایتمندی ۵۰٪ به بالا داشتند. بر خلاف نتیجه ی مطالعه ی McIlwaine و

همکارانش^[۲۲] در سال ۱۹۹۱ بود که یک سوم بیماران به هیچ عنوان از وسایل تجویزی استفاده نکرده بودند و نیمی از بیماران از وسایل تجویزی احساس رضایت نمی کردند. بر خلاف مطالعه ی (Diane و همکارانش)^[۲۳] که در آن گزارش شده بود که بیماران در استفاده از وسایل کمک بینایی که پیچیدگی کمتری دارند نسبت به وسایل پیچیده تر موفق ترند. و رضایت بیشتری دارند؛ در این مطالعه مشاهده شد که درصد رضایتمندی بیماران در استفاده از ذره بین های الکترونیکی نسبت به ذره بین های اپتیکی بالاتر بود. این در حالی است که ذره بین های الکترونیکی بسیار پیچیده تر از ذره بین های اپتیکی هستند. در واقع همانطور که در مطالعه ای که توسط Shuttleworth در سال ۱۹۹۵ صورت گرفت^[۲۴]، میزان رضایتمندی بیماران از وسیله ی تجویزی تا حد زیادی بستگی به میزان آموزش بیمار برای استفاده از آن وسیله دارد. البته میزان واقع نگری بیمار نسبت به شرایط ایجاد شده نیز می تواند در میزان رضایتمندی بیمار از وسیله و میزان کیفیت زندگی او موثر باشد. شاید یک علت احتمالی برای توضیح این تفاوت نتایج این باشد که در مطالعات Diane و همکارانش^[۲۳] و McIlwaine G و همکارانش^[۲۲]، بیماران آموزش های کافی و لازم را برای استفاده از وسایل دریافت نکرده بودند. با توجه به یافته های این پژوهش، میزان رضایتمندی بیمار از وسیله ی تجویزی و میزان تاثیر استفاده از وسیله در بالا بردن کیفیت زندگی بیماران، به سن آنها و یا میزان حدت بینایی آنها وابسته نیست (همبستگی سن با میزان رضایتمندی ۱۰/۶٪ با $P=۰/۷۴۲$ و همبستگی میزان حدت بینایی و میزان رضایتمندی نیز ۱۶٪ با $P=۰/۶۲۰$ می باشد که هیچکدام از لحاظ آماری معنی دار نیستند). در حالی که نتایج حاصل از مطالعه ی McIlwaine^[۲۲] حاکی از آن بود که با افزایش سن و کاهش حدت بینایی، میزان رضایتمندی بیماران از وسیله ی تجویزی کاهش می یابد. یکی از مشکلات و محدودیت هایی که در این پروژه ما با آن رو به رو بودیم، نقص در پرونده های پزشکی برخی بیماران بود که در صورت امکان تکمیل می شد و در غیر این صورت فرد از مطالعه حذف می شد. در کل همانطور که آمار و ارقام نشان می دهند، این وسایل در بالا بردن کیفیت زندگی بیماران کم بینا کار آمد و موثر هستند. با توجه به نتایج این مطالعه، استفاده از وسایل مختلف کمک بینایی ویژه ی کم بینایان در صورتی که بیمار آموزش های لازم برای استفاده از آن را دیده باشد، نقش در بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران در ابعاد مختلف دارد و باعث بالاتر رفتن استقلال فردی این بیماران، ارتقای کیفیت انجام کارهای نزدیک، بالاتر رفتن سلامت روانی، سلامت بینایی و سلامت عمومی آنها شده و باعث می شود این بیماران بتوانند نقش موثری را در جامعه ایفا کنند. پیشنهاد می شود مطالعه ی مشابهی در سطح جامعه شامل تمام کلینیک های دولتی و غیر دولتی ویژه ی کم بینایان نیز صورت گیرد تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را به کل جامعه تعمیم داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه ی کارشناسی ارشد فیروزه فریدونی به راهنمایی آقای دکتر محمد قاسمی برومند و مشاوره ی آقای سید مهدی طباطبایی می باشد.

منابع

1. Scott IU, Smiddy WE, Schiffman J, Feuer WJ, Pappas CJ. Quality of life of low-vision patients and the impact of low-vision services. *Am J Ophthalmol.* 1999; 128(1):54-62.
2. Dickinson C. low vision: principles and practice. 1th ed. Butterworth Heinemann Elsevier; 1998.p.5, 10.
3. Jackson J, Wolffsohn S. low vision manual. 1th ed. Butterworth Heinemann Elsevier; 2007.p.12.
4. Margrain T. Minimising the impact of visual impairment. *BMJ.* 1999 5; 318(7197): 1504.
5. Saw SM, Husain R, Gazzard GM, Koh D, Widjaja D, Tan DT. Causes of low vision and blindness in rural Indonesia. *Br J Ophthalmol.* 2003; 87(9): 1075-1078.
6. Elliott DB, Trukolo-Ilic M, Strong JG, Pace R, Plotkin A, Bevers P. Demographic characteristics of the vision-disabled elderly. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1997; 38(12):2566-75.
7. Thylefors B, Négrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global data on blindness. *Bull World Health Organ.* 1995; 73(1):115-21.

8. Sharma T, Badrinath SS, Gopal L, et al. Postgraduate Ophthalmology. 1th Ed. New Delhi: Jaypee brothers medical publishers (p) Ltd; 2012.
9. Resnikoff S.et.al. Global data on visual impairment in the year 2002. WHO; Switzerland; 25 June 2004; 82(11).
10. Wolffsohn J.et.al. Design of the lowvision quality-of-life questionnaire (LVQOL) and measuring the outcome of low-vision rehabilitation. AJO December 2000; 130(6): 793–802.
11. J. Bonastre.et.al. The epidemiology, economics and quality of life burden of age-related macular degeneration in France, Germany, Italy and the United Kingdom. Eur J Health Econ. 2002; 3(2):94-102.
12. Hernandez Trillo A, Dickinson CM. The impact of visual and nonvisual factors on quality of life and adaptation in adults with visual impairment. IOVS. 2012 28; 53(7):4234-41.
13. P. Bischoff. Long-term results of low vision rehabilitation in age-related macular degeneration. 1995; 89(4): 305-311. Available at:URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7493532>
14. TAKEDA MUNYASU (Sapporo Municipal Hospital, JPN) TAKEDA MINEYO (Hokkaido Shinshin Syogaisha Sogo Sodansho). Validity of Low-Vision Aids for Patients with Vision Impairment Due to Diabetic Retinopathy. Folia Ophthalmologica Japonica .sciencelinks.jp 2003;54(12):947-951.
15. Ryan B, Khadka J, Bunce C, Court H. Effectiveness of the community-based Low Vision Service Wales: a long-term outcome study. Br J Ophthalmol. 2013;97(4):487-91.
16. Nguyen NX, Weismann M, Trauzettel-Klosinski S. Spectrum of ophthalmologic and social rehabilitation at the Trubinger Low Vision Clinic: a retrospective analysis for 1999-2005. Ophthalmologe. 2008; 105(6):563-9.
17. Fröhlich SJ, Lackerbauer CA. Quality control in rehabilitation of patients with visual impairment: evaluation of use and benefits of optic and electronic devices. Ophthalmologe. 2006; 103(12): 1038-43.
18. Fernandez Gaurdiola A, Sierra Jane I. Analysis of eye disease and adaptation of visual aids in low vision patients: review of 1,000 cases. Arch Soc Esp Oftalmol. 2001; 76(9):527-32.
19. Lamoureux EL, Pallant JF, Pesudovs K, Rees G, Hassell JB, Keeffe JE. The Effectiveness of Low-Vision Rehabilitation on Participation in Daily Living and Quality of Life. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007; 48(4):1476-82.
20. Shaaban S, El-Lakkany AR, Swelam A, Anwar G. Low vision AIDS provision for visually impaired Egyptian patients- a clinical outcome. Middle East Afr J Ophthalmol. 2009; 16(1):29-34.
21. Rohrschneider K, Kiel R, Pavlovska V, Blankenagel A. Satisfaction with low vision aids. Klin Monbl Augenheilkd. 2002; 219(7):507-11.
22. McIlwaine GG, Bell JA, Dutton GN. Low Vision Aids—is our service cost effective? Eye (Lond). 1991; 5 (Pt5):607-11.
23. Diane E. Greig, Malcolm L. West, Olga Overbury. Successful use of low vision aids: Visual and psychological factors. Journal of Visual Impairment & Blindness.1986; 80(10): 985-988.
24. G N Shuttleworth, A Dunlop, J K Collins, and C R James. How effective is an integrated approach to low vision rehabilitation? Two year follow up results from south Devon. Br J Ophthalmol. 1995; 79(8): 719–723.