



دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران

کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی



بررسی رابطه ی امید و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال بینایی و مقایسه ی آن با افراد عادی

۱* - مریم عاقلی. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره شغلی دانشگاه اصفهان. maryamagheli@yahoo.com

۲- حمید دررودی. عضو هیئت علمی دانشگاه بجنورد. مربی گروه مشاوره. Darrodi.hd@gmail.com

مقدمه

از نظر اسنایدر امید فرایندی است که دارای ۳ مولفه ی ۱- اهداف ۲- تفکر گذرگاه (رهیاب) ۳- تفکر عاقل (پایور) می باشد (اسنایدر، ۱۳۸۷) (eshnaider). از نظر اسنایدر (۲۰۰۰) امید یک حالت انگیزشی مثبت است که مبتنی بر حس پایوری و راهیابی است و ناشی از تعامل فرد با محیط است. یا مجموعه ای ذهنی است که مبتنی بر حس متقابل اراده، و برنامه ریزی برای رسیدن به هدف است (۱۹۹۱). کایبر (kaiber) (۱۹۹۷) رییس پارلمان کیفیت زندگی اروپا بیان می دارد که تمامی پژوهشگران بر ۳ اصل در ارتباط با مفهوم کیفیت زندگی توافق نظر دارند: ۱- کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و بیماران خود قضاوت کنندگان راجع به کیفیت زندگیشان هستند. ۲- کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا، بدین معنا که یک فرایند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرونی در آن دخیل می باشند. ۳- کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی می باشد و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود که این ابعاد اجزاء مرکزی چارچوب پنداشتی کیفیت حیات را تشکیل می دهند (وئوق، ۱۳۸۱). مهارت سازگاری (مقاومت) بخش مهمی از کیفیت زندگی است و امید می تواند به عنوان یک راهبرد سازگاری مورد توجه قرار گیرد. امید می تواند به عنوان یک متغیری که کمک مثبتی به تجربه کیفیت زندگی می کند در نظر گرفته شود (عاقلی، ۱۳۹۰). از طرفی دیگر تحقیقات انجام شده بیانگر این است که بین کیفیت زندگی افراد استثنایی و از جمله مبتلایان به اختلال بینایی تفاوت وجود دارد. نابینا کسی است که دید و بینایی او علیرغم برخورداری از امکانات چشم پزشکی مانند عینک و غیره در یک چشم یا هر دو چشم $\frac{20}{200}$ یا کمتر باشد. به عبارت دیگر آنچه را که "با چشم عادی می توان در ۲۰۰ قدمی دید با تعریف فوق، فرد نابینا تنها قادر است ۲۰ قدمی را ببیند". افرادی که دارای نقص بینایی هستند اما میزان دید آنها از $\frac{20}{200}$ بیشتر و از $\frac{20}{70}$ کمتر است جزء افراد نیمه بینا محسوب می گردند (افروز، ۱۳۷۳؛ نقل از شریفی درآمدی، ۱۳۷۹). نابینایی خود به تنهایی از جمله عواملی است که می تواند باعث کاهش کیفیت زندگی گردد. نابینایان علاوه بر بیماری جسمی که مزید بر نابینایی آنها بوده از مشکلات روانی هم که به سبب ناتوانی در دیدن و همچنین مشکل کنار آمدن و تطابق ناتوانی بر آنها مستولی شده است رنج می برند. مشکلات روانی اثر گسترده ای بر کیفیت زندگی دارند و با افزایش سن نیز افت کیفیت زندگی افزون می شود، لذا نابینایی عارضه ای است که به عنوان یک سندرم موجب افت کیفیت زندگی افراد می شود (امینی و همکاران، ۱۳۸۶). حال این سوال پیش می آید که آیا امید هم که جزء سازه های مثبت روانشناسی است با کیفیت زندگی فرد رابطه دارد یا نه؟ بنابراین این پژوهش در صدد است با تلفیق و فرمول بندی نظریه ها به بررسی رابطه بین امید و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال بینایی و مقایسه آن با افراد عادی بپردازد.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش: عبارت کیفیت زندگی برای اولین بار در سال ۱۹۲۰ توسط پیگو (pigou) در کتاب "اقتصاد و رفاه" مورد استفاده قرار گرفت. کیفیت زندگی همراه و مترادف با واژه های دیگری همچون بهزیستی، زندگی رضایتبخش، رفاه اجتماعی، شرایط بهتر زندگی، شرایط مطلوب زندگی و مانند اینها در آثار متخصصان برنامه ریزی، توسعه و جامعه شناسان به کار رفته است (اشرف، ۱۳۸۱). بررسی جامع امید به عنوان عامل درمانی مشترک مداخلات درمانی را اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱ در قالب یک فرانتزیه آغاز کرد. پژوهشی با عنوان مداخله ی پرستاری در افزایش امید و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تازه تشخیص داده شده با هدف ارزیابی تاثیر مداخله ی حرفه پرستاری بر روی امید و کیفیت زندگی بیماران سرطانی توسط روستون، ویکلاند، هانستادو موم تی انجام شده است. نتایج نشان داد که میزان امید برای اعضای





دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران

کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی



گروه امید بعد از مداخله به صورت معناداری ($p=0/020$) افزایش یافت. علیرغم ارزیابی مثبت بیماران از مداخله هیچ تاثیری بر کیفیت زندگی افراد نداشت. پژوهش دیگری با هدف تعیین رابطه ی بین امید و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان توسط سینتیا براون انجام شده است. نمره ی کل مقیاس کیفیت زندگی با نمره ی کل مقیاس امید به طور معناداری همبستگی مثبتی با هم داشتند. یافته ها نشان داد که امید مفهوم کاملا متفاوتی از کیفیت زندگی است اما این دو مفهوم با هم مرتبطند. نتایج همچنین نشان داد که امید می تواند به وسیله ی ابعاد کیفیت زندگی که شامل رابطه با خدا، حمایت خانواده، دوستان و حمایت های معنوی گروه مراقبت کنندگان تحت تاثیر قرار بگیرد. پژوهشی با عنوان رابطه ی بی ثباتی (تردید)، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه با هدف کشف این رابطه توسط جو کی اچ و سان بی کی در کشور کره انجام شده است. نمونه ی مطالعه ۱۱۳ بیمار مبتلا به سرطان سینه بود که مورد تحقیق قرار گرفتند. نمره ی بی ثباتی با امید و کیفیت زندگی به طور منفی با هم همبستگی داشتند. در صورتی که امید همبستگی مثبتی بین ابعاد کیفیت زندگی نشان می دهد.

اهمیت و ضرورت پژوهش: طبق آمار حدود ۷۵۰ هزار نفر در کشور دچار اختلالات بینایی هستند که افراد نابینا و کم بینا را در بر می گیرد (نقل از جامعه نابینایان کرج، ۱۳۸۸). بنابر گزارشات مدیر عامل موسسه عصای سفید در حال حاضر بیش از ۵۵٪ نابینایان تحصیل کرده کشور بیکار هستند و این در حالی است که اشتغال این افراد در قانون عصای سفید به صراحت بیان شده است (روزنامه ایران، ۲۳ مهر ۱۳۸۴). بسیاری از افراد نابینا در صورت فراهم بودن شرایط، امکان رسیدن به مدارج عالی دانشگاهی را دارند. نابینایان توانمندی های بیشتری دارند گوش حساس، حس لمس قوی، حافظه شنیداری قوی، قدرت درک و استدلال بالا. نباید به صرف نابینا بودن اینگونه افراد از داشتن امکانات مناسب و زندگی مطلوب محروم باشند (داورمنش، ۱۳۸۵). نتایج این تحقیق می تواند در امور مربوط به مبتلایان به اختلال بینایی در جهت افزایش امید به زندگانی به منظور بهبود کیفیت زندگی افراد موثر باشد. بنابراین هر اقدامی از جمله پژوهش در زمینه امید و کیفیت زندگی این افراد مهم و ضروری به نظر میرسد.

روش پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل دو جامعه است: الف. جامعه مبتلایان به اختلال بینایی شامل کلیه افراد نابینا و کم بینای نوجوان و جوان دختر و پسر که در سال ۹۰-۹۱ عضو مجمع امور نابینایان شهرستان بجنورد هستند. ب. جامعه عادی شامل کلیه دانشجویانی که در سال ۹۰-۹۱ در دانشگاه دولتی شهرستان بجنورد مشغول به تحصیل هستند. پژوهش حاضر دارای دو نمونه است: الف. کلیه افراد نابینا و کم بینای نوجوان و جوان دختر و پسر (۵۰ نفر) عضو مجمع امور نابینایان شهرستان بجنورد که با توجه به کم بودن حجم نمونه برابر با کل جامعه است. ب. تعداد ۱۵۰ نفر از دانشجویان که در سال ۹۰-۹۱ در دانشگاه دولتی بجنورد مشغول به تحصیل هستند. روش نمونه گیری مورد استفاده در نمونه اول روش تمام شمار است، و در نمونه دوم از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای استفاده می شود. در این روش واحد نمونه گیری رشته، گروه آموزشی، دانشکده یا دانشگاه است. و گروه ها به جای افراد به صورت تصادفی انتخاب می شوند. از ۲۰۰ نفر، ۱۵۰ نفر عادی و ۵۰ نفر نابینا بوده اند. همچنین ۱۰۱ نفر پسر در این پژوهش شرکت داشته اند که ۷۴ نفر عادی و ۲۷ نفر نابینا بوده اند. علاوه بر این از ۹۹ نفر دختر، ۷۶ نفر عادی و ۲۳ نفر نابینا بوده اند. مقطع تحصیلی ۴/۵ درصد از افراد دیپلم و فوق دیپلم و تحصیلات ۹۵/۵ درصد از افراد لیسانس می باشد. در گروه افراد عادی مقطع تحصیلی همه این افراد لیسانس بوده است. در صورتی که در گروه افراد نابینا، مقطع تحصیلی ۱۸ درصد دیپلم و فوق دیپلم و ۸۲ درصد لیسانس بوده است. میانگین و انحراف معیار سن در گروه عادی به ترتیب ۲۱/۶۹ و ۲/۶۵ و در گروه نابینا به ترتیب ۲۷/۶۲ و ۵/۴۳ می باشد. همانگونه که نتایج نشان می دهد تعداد افراد دیرنابینا ۲۹ نفر (۵۸ درصد) و تعداد افراد زودنابینا ۲۱ نفر (۴۲ درصد) می باشد. همچنین ۱۷ نفر (۳۴ درصد) از گروه نابینایان نابینای مطلق و ۳۳ نفر (۶۶ درصد) کم بینا هستند. در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه ی کیفیت زندگی و امید استفاده شده است. پرسشنامه سلامت





دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران



کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

وار (فرم کوتاه شده ۳۶ سوالی) ابزار مناسبی برای ادراک فرد از سلامتی خود است. این پرسشنامه توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سوال است. مقیاس ۱۲ سوالی امید توسط اسنایدر (۱۹۹۱)، نقل از اسنایدر و پترسون (piterson)، ۲۰۰۰) برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش می باشد و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می کند.

یافته ها : برای استنباط از داده ها، آزمون های آماری شامل آزمون کلموگروف - اسمیرنوف (برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها)، آزمون من ویتنی - یو (برای مقایسه متغیرها در دو گروه عادی و نابینا) و آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهشی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره Z	مقدار احتمال
امید	عادی	۲۲/۰۶	۳/۲۳	۰/۲۹	۰/۰۰۰۱
	نابینا	۲۳/۶۰	۴/۰۹	۰/۰۸	۰/۲۰
کیفیت زندگی	عادی	۲۴۲۶/۵۰	۸۸۰/۳۳	۰/۱۲	۰/۰۰۰۱
	نابینا	۴۱۳۴/۹۲	۱۴۱/۹۸	۰/۱۰	۰/۲۰

جدول ۲ بررسی ارتباط بین متغیر امید و کیفیت زندگی

امید	
متغیر	ضریب همبستگی
کیفیت زندگی	۰/۳۸
مقدار احتمال	۰/۰۲

جدول ۳ مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه عادی و نابینا

متغیر	گروه	میانگین رتبه ها	من - ویتنی یو Z	مقدار احتمال
کیفیت زندگی	عادی	۱۰۸/۹۳	۳/۵۶	۰/۰۰۱
	نابینا	۷۵/۲۱		

از آنجا که توزیع متغیر کیفیت زندگی در دو گروه نرمال نبود برای مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه از آزمون ناپارامتری من ویتنی یو استفاده شده است. همانگونه که نتایج جدول ۷ نشان می دهد مقدار Z من ویتنی یو ۳/۵۶ محاسبه شده است که در سطح معناداری ($p < 0/001$) معنادار است بنابراین در میزان کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود دارد. به این ترتیب که کیفیت زندگی افراد عادی بالاتر از گروه نابینا است. جدول ۴ مقایسه امید در دو گروه عادی و نابینا

متغیر	گروه	میانگین رتبه ها	من - ویتنی یو Z	مقدار احتمال
امید	عادی	۹۴/۴۳	۲/۵۸	۰/۰۱
	نابینا	۱۱۸/۷۲		





دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران



کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

از آنجا که توزیع متغیر امید در دو گروه نرمال نبود برای مقایسه امید در دو گروه از آزمون ناپارامتری من ویتنی یو استفاده شده است. همانگونه که نتایج جدول ۸ نشان می دهد مقدار Z من ویتنی یو ۲/۵۸ محاسبه شده است که در سطح معناداری ($p < 0.01$) معنادار است. بنابراین در میزان امید در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود دارد. به این ترتیب که امید افراد مبتلا به اختلالات بینایی بالاتر از گروه عادی است.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش ۳ سوال کلی و جزئی مورد آزمون قرار گرفت. سوال اصلی پژوهش عبارتست از: آیا بین امید و کیفیت زندگی در افراد عادی و افراد مبتلا به اختلالات بینایی رابطه آماری معنادار وجود دارد؟

همانگونه که نتایج جدول نشان میدهد ضریب همبستگی بین امید و کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه برابر با ۰/۳۸ می باشد که در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار می باشد ($p < 0.02$). تحلیل داده ها سوال اول را مورد تایید قرار داد. در تبیین این رابطه می توان به دلایلی اشاره کرد: امید با عملکردهای سازگاران نظیر سازگاری روانشناختی، سلامت جسمی و مهارت حل مسئله که از مولفه های کیفیت زندگیست، رابطه ی مسقیم دارد. (جکسون (Jackson)، فریس (Frais)، لاند کویت (Landkuit)، ۲۰۰۳). خوشبینی و امید با سلامت روانی و جسمی که منجر به بهبود کیفیت زندگی می شود، همبستگی مثبت و معنادار دارند و آنها را پیش بینی می کند. به طور کلی هدف نیروهای روانشناسی مثبت ارتقای کیفیت زندگیست، و امید هم که از مهم ترین این نیروهاست، موجب بهبود کیفیت زندگی می شود.

آیا در میزان کیفیت زندگی در دو گروه عادی و مبتلا به اختلالات بینایی تفاوت آماری معناداری وجود دارد؟

همانگونه که نتایج جدول ۷-۴ نشان می دهد مقدار Z من ویتنی یو ۳/۵۶ محاسبه شده است که در سطح معناداری ($p < 0.001$) معنادار است. بنابراین در میزان کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود دارد. به این ترتیب که کیفیت زندگی افراد عادی بالاتر از گروه نابینا است. در تبیین نتایج فوق می توان به دلایل زیر اشاره کرد: باید توجه داشته باشیم قوی ترین راه ارتباطی موجود زنده و خصوصا انسان با محیط، چشم و دیدن از راه آن است. گفته می شود که ۸۰٪ ارتباط انسان با محیط از راه دیدن تامین می گردد و فقط ۲۰٪ سهم بقیه حواس است. دایمی بودن فقدان این حس همراه با اهمیت ارتباطی این حس با دنیای بیرون همه در مجموع نقص و ضایعه ای را تعریف می کند که ظاهرا باید به بیشترین ناتوانیها بینجامد. (داورمنش، ۱۳۸۵). این درحالیست که یک فرد عادی می تواند از حس بینایی خود استفاده کند و از تمامی زیبایی های زندگی لذت ببرد و بالتبع رضایت بیشتری از زندگی خود خواهد داشت که رضایت از زندگی یکی از مولفه های کیفیت زندگیست. حال با توجه به اینکه اکثر نابینایان در جوامع امروزی با معضل بیکاری و نداشتن شغل مناسب روبرو هستند. دیدگاه نامطلوب اجتماع از طرفی و کمبود اعتماد به نفس در نابینا از طرف دیگر، دست به دست یکدیگر داده موجب از بین رفتن هویت فردی نابینا شده و در نهایت او را از کل اجتماع جدا و بیشتر به جمع نابینایان نزدیک می کند، و تدریجا این شکاف به جایی می رسد که خود را در جامعه کاملا جدا از مردم بینا می پندارد، که تمامی این موارد به افت کیفیت زندگی نابینا منجر می شود. نابینایی خود به تنهایی از جمله عواملی است که می تواند باعث کاهش کیفیت زندگی گردد.

آیا در میزان امید هر دو گروه عادی و مبتلا به اختلالات بینایی تفاوت آماری معناداری وجود دارد؟

همانگونه که نتایج نشان می دهد مقدار Z من ویتنی یو ۲/۵۸ محاسبه شده است که در سطح معناداری ($p < 0.01$) معنادار است بنابراین در میزان امید در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود دارد. به این ترتیب که امید افراد مبتلا به اختلالات بینایی بالاتر از گروه عادی است. در





دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران



کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

تبیین نتایج فوق می توان به دلایل زیر اشاره کرد: نابینایان و همه کسانی که به گونه ای از مشکلات نابینایی رنج می برند در هر کجای دنیا که باشند مایلند و امید دارند که به نحوی کامل و برابر با دیگران در جامعه شرکت داشته باشند. هدفمندی افراد نابینا بالاست. هدف که اولین مولفه امید است همان چیزی است که آن را انجام می دهد یا می خواهد آنرا داشته باشد. اهداف نقطه ثقل امید هستند. نابینایان توانمندی های بیشماری دارند. گوش حساس، حس لمس حساس، حافظه شنیداری قوی، قدرت درک و استدلال و توانایی حل مسئله بالا. همین توانایی ها گاه آنها را به وضعیتی به مراتب بالاتر از افراد عادی و امید بیشتر به آینده سوق می دهد. (داورمنش، ۱۳۸۵). در حالی که گروه نابینایان، از معلولین دیگر، توانایی ذهنی بیشتری دارند، امیدوارتر نیز هستند و شاید یکی از دلایل امید آنها ارتباط معنوی قوی با خدا باشد. با توجه به مواردی که ذکر شد بالاتر بودن امید افراد نابینا تبیین می شود.

محدودیت های پژوهش: دسترسی مشکل به افراد نابینا و محدودیت آنها در تکمیل پرسشنامه ها.

محدودیت قابل ذکر دیگری که مانع رسیدن پژوهشگر به اهداف پژوهش باشد، وجود نداشت.

پیشنهادات: ۱- اجرای این پژوهش در سایر معلولین از جمله، ناشنوایان و اقشار کم توان دیگر ۲۰۰۰- اجرای سیاست هایی در جهت اشتغال افراد مبتلا به اختلال بینایی متناسب با تخصص و توانایی های ایشان.

منابع فارسی:

- بهاری، ف. ۱۳۸۸. اثربخشی رویکرد امید درمانی و بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی. پایان نامه دکتری، دانشگاه اصفهان.
- درودی، ح. ۱۳۸۹. اثربخشی زوج درمانی امید محور بر افزایش رضایت زناشویی زوج های شوهرمعتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- نصیری، ح، جوکار، ب. ۱۳۸۷. معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان گروهی (گروهی از زنان شاغل فرهنگی). پژوهش زنان، سال ششم، شماره ۲، ۱۵۷-۱۵۶.
- علاءالدینی، ز، کجیاف، م. مولوی، ح. ۱۳۸۷. بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی. مجله پژوهش و سلامت روانشناختی، (ع) ۶۷-۷۶.
- اکبری زردخانه، س. ۱۳۸۶. مقایسه کیفیت زندگی و عوامل موثر بر مددجویان مرد زندانهای استان تهران در سال ۸۵. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

منابع لاتین:

- Sigstad, H.M., Pedersen, A.S., Fr?land, S.S. 2005. Coping, quality of life, and hope in adults with primary antibody deficiencies. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3:31.
- Brown, C. 2005. Hope and Quality of Life in Hospice Patients with Cancer. Ms dissertation, University of South Florida.
- Eggleton, L., Robertson, S., Ryan, J., Kober, R. 1999, The impact of employment on the quality of life of people with an intellectual disability, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 13 (2): 95-107.
- Faquahar, M. 1995. Definitions of quality of life: at axonomy, *Journal of Advanced Nursing*



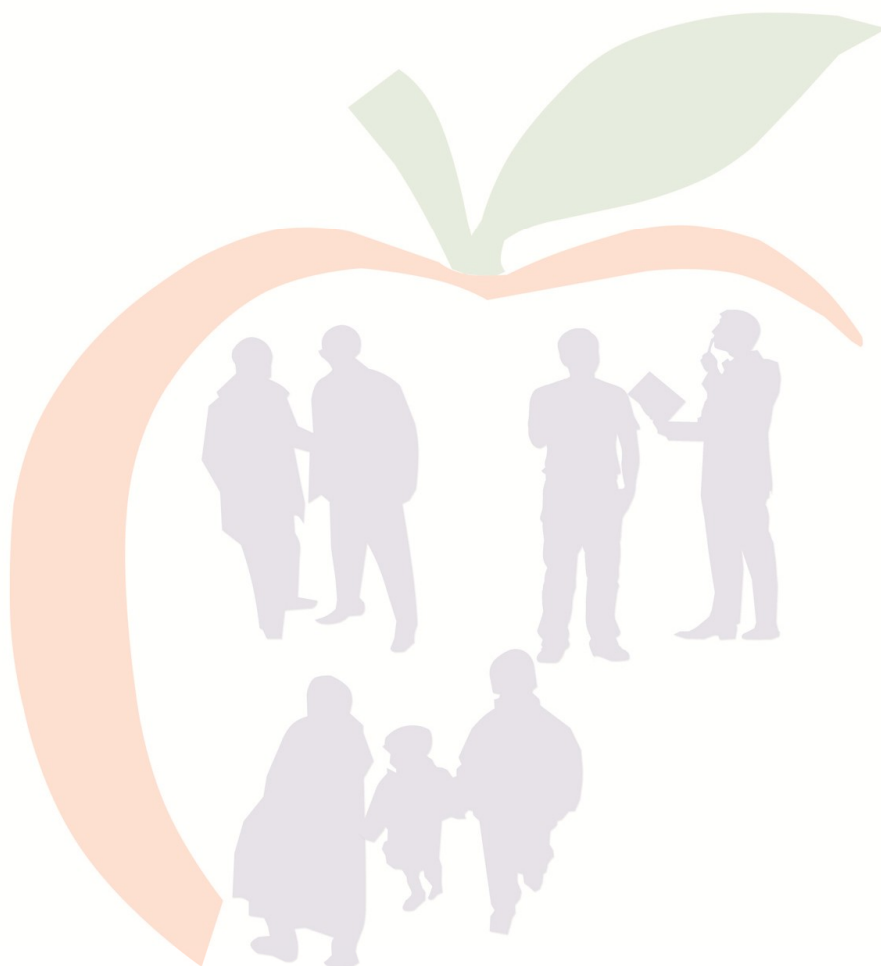


دوازدهمین سمینار انجمن مشاوره ایران

کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی



- Guggnumoss , H.I., Bloomfield, H., Brenner, H., Flick, u. 1995. Quality of life and health: concept, methods & applications, wissenschaf , 91-92.



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.