

## The Effect of Visual Performance in Visually Impaired Patients on General Self-Efficacy, Depression and Quality of Life

Heravian Shandiz AR<sup>1</sup>, Mesbahi Sh<sup>2</sup>, Karimpour M<sup>3</sup>, Tabe M<sup>4</sup>, Sayadi A<sup>5</sup>

- 1- PhD Student, Department of Counseling, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran
- 2- PhD Student, Department of Optometry, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
- 3- Assistant Professor, Department of Optometry, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
- 4- MSc of Personality Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.
- 5- Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran.

### Abstract

Received: 2024.06.19 Accepted: 2024.09.14

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the impact of low vision on quality of life, general self-efficacy and depression in visually impaired people between the ages of 13 and 62 years.

**Methods:** This research was applied in terms of purpose and causal-comparative in terms of execution. The study sample was 106 people with low vision and normal vision, who were divided into two groups (53 low vision and 53 normal sighted people) in a targeted way. Visually impaired people included 18 female and 35 male, and people with normal vision included 32 female and 21 male. The vision of normal and visually impaired people was measured by the examiner using the Snellen E chart. Data was collected using standard questionnaire of Beck depression (1996), Sherer self-efficacy questionnaire (1982) and quality of life questionnaire related to vision (VFQ-25). Validity was calculated and confirmed by content validity method and reliability based on Cronbach's alpha coefficients for each of the questionnaires. The data were analyzed using t-test of two independent samples, Mann-Whitney test, Chi square test, Fisher's exact test and multiples regression analysis variables with SPSS 22 software.

**Results:** The results showed that visually impaired people have poorer visual performance than people with normal vision based on general self-efficacy, but this difference is not statistically significant ( $P > 0.05$ ). According to the results of the regression analysis, gender was one of the factors affecting the reduction of general self-efficacy on the visual performance of visually impaired people ( $P = 0.02$ ). Depression was reported more in the group of visually impaired people than in the group of people with normal vision, but this difference was not statistically significant ( $P > 0.05$ ). Using the results of the test, it was determined that the visual performance based on the quality of life in visually impaired people is lower than the visual performance in people with normal vision and there is a significant difference between the quality of life in the two groups of visually impaired and normal vision people ( $P = 0.001$ ).

**Conclusion:** The results of this study showed that low vision is an effective factor in visual performance. Based on the findings of this study, the quality of life is considered to be an effective factor on the visual performance of visually impaired people. Therefore, the need to pay more attention to the psychological components of visually impaired patients is revealed.

**Keywords:** Low vision, Depression, Self-efficacy, Quality of life.

Corresponding Author: Ali Sayadi

Email: [alirezaheravian@gmail.com](mailto:alirezaheravian@gmail.com)

ORCID: 0000-0001-6033-9418



Copyright © 2023 Mashhad University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

► Please cite this article as: Heravian Shandiz AR, Mesbahi Sh, Karimpour M, Tabe M, Sayadi A. The Effect of Visual Performance in Visually Impaired Patients on General Self-Efficacy, Depression and Quality of Life. *JPSR* 2024; 13(4): 7-16. DOI: 10.22038/JPSR.2025.80397.2626

## تاثیر عمل‌کرد بینایی در افراد کم بینا بر خودکارآمدی عمومی، افسردگی و کیفیت زندگی

علیرضا هروی‌ان شان‌دیز<sup>۱</sup>، شیما مصباحی<sup>۲</sup>، ملیحه کریم پور<sup>۳</sup>، میترا تابع<sup>۴</sup>، علی صیادی<sup>۵</sup>

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر کم‌بینایی بر کیفیت زندگی، خودکارآمدی عمومی و افسردگی در افراد کم‌بینا بین سنین ۱۳ تا ۶۲ سال بود.

**روش بررسی:** این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر اجرا علی-مقایسه‌ای بود. نمونه مورد مطالعه ۱۰۶ نفر از افراد کم بینا و بینایی نرمال بودند که به روش هدفمند به دو گروه (۵۳ فرد کم بینا و ۵۳ فرد با بینایی نرمال) تقسیم بندی شدند. افراد کم بینا شامل ۱۸ زن و ۳۵ مرد و افراد با بینایی نرمال شامل ۳۲ زن و ۲۱ مرد بودند. دید افراد بینا و کم‌بینا با استفاده از چارت اسنلن E توسط معاینه‌کننده اندازه‌گیری شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی بک (Beck) (۱۹۹۶)، پرسشنامه خودکارآمدی Sherer و همکاران (۱۹۸۲) و پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به بینایی (VFQ-25) استفاده شد. روایی به روش روایی محتوایی و پایایی بر اساس ضرایب آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) برای هر یک از پرسشنامه‌ها محاسبه و مورد تایید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تی دو نمونه مستقل، آزمون من-ویتنی، آزمون کای-دو، آزمون دقیق فیشر و تحلیل رگرسیون چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که افراد کم بینا بر اساس خودکارآمدی عمومی، عمل‌کرد بینایی ضعیف‌تری نسبت به افراد با بینایی نرمال برخوردارند، اما این اختلاف از لحاظ آماری، معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون، جنسیت یکی از عوامل موثر بر کاهش خودکارآمدی عمومی بر عمل‌کرد بینایی افراد کم بینا بود ( $p = 0/02$ ). افسردگی در گروه افراد کم بینا بیشتر از گروه افراد با بینایی نرمال گزارش شد اما این اختلاف از لحاظ آماری، معنادار نبود ( $p > 0/05$ ). با استفاده از نتایج آزمون مشخص شد عمل‌کرد بینایی بر اساس کیفیت زندگی در افراد کم بینا کمتر از عمل‌کرد بینایی در افراد با بینایی نرمال است و بین کیفیت زندگی در دو گروه افراد کم بینا و بینایی نرمال اختلاف معنی‌دار وجود دارد ( $p = 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که کم‌بینایی عاملی تاثیرگذار در عمل‌کرد بینایی بشمار می‌رود؛ بر اساس یافته‌های این مطالعه، کیفیت زندگی عامل موثر بر عمل‌کرد بینایی افراد کم بینا به شمار می‌آید. لذا لزوم توجه بیشتر بر مولفه‌های روانشناختی افراد دارای اختلالات بینایی آشکار میشود.

**کلمات کلیدی:** کم‌بینایی، افسردگی، خودکارآمدی، کیفیت زندگی

نویسنده مسئول: علی صیادی، [alirezaheravian@gmail.com](mailto:alirezaheravian@gmail.com) ORCID: 0000-0001-6033-9418

آدرس: ایران، رشت، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه مشاوره

۱- دانشجوی دکترا، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران

۲- دانشجوی دکترای تخصصی بینایی سنجی، دانشکده علوم پیراپزشکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- استادیار گروه بینایی سنجی، دانشکده علوم پیراپزشکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران

۵- استادیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

### مقدمه

عبارتند از: افسردگی، خودکارآمدی عمومی و کیفیت زندگی (۲).

به طور کلی کم‌بینایی را می‌توان به این صورت تعریف کرد: حدت بینایی ۲۰/۷۰ و یا کمتر در چشم بهتر بیمار با استفاده از بهترین اصلاح اپتیکی همراه با میدان بینایی کمتر از ۲۰ درجه و این حالات زمانی است که بینایی فرد با روش‌های متعارف اصلاح عیوب انکساری و یا درمان‌های

یکی از حوزه‌هایی که امروزه توجه جامعه پزشکان، توانبخشان و روانشناسان را به خود مشغول کرده است، کم‌بینایی و تاثیرات روانشناختی آن می‌باشد (۱). در این میان سه عنصر برجسته در تحقیقات اخیر به چشم می‌خورد و به نظر می‌رسد توجه متخصصان روانشناسی و علوم بینایی را به خود جلب کرده است. آن سه عنصر

بالاترین همبستگی وجود دارد (۹، ۸). بر اساس یافته های علمی، سالمندانی که تحت برنامه ارتقاء خودکار آمدی قرار گرفته بودند، عملکرد فیزیکی بهتر و رضایت بالایی از زندگی داشتند همچنین طبق یافته ی محققین رابطه ی بین خودکارآمدی عمومی و اهمال کاری تحصیلی منفی و معنا دار گزارش شده است (۹).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) کیفیت زندگی را به عنوان «ادراکات افراد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان» تعریف می کند. در یک مبنای عملی، کیفیت زندگی به عملکرد رفتاری یا توانایی انجام همزمان کارها و در اختیار داشتن زمان کافی برای انجام آن اشاره دارد. مفهوم کیفیت زندگی در حال حاضر به معنای یک مفهوم چند بعدی، ذهنی و پویا در نظر گرفته می شود. جنبه های رایج کیفیت زندگی شامل سلامت فردی (جسمی، روانی و معنوی)، روابط، وضعیت تحصیلی، محیط کار، موقعیت اجتماعی، ثروت، احساس امنیت و ایمنی، آزادی، استقلال در تصمیم‌گیری، تعلق اجتماعی و محیط فیزیکی می باشد (۱۱، ۱۰).

لازم است سازمان های بهداشتی داخل کشور اعم از سازمان نظام پزشکی و سازمان روانشناسی و مشاوره کشور نسبت به اهمیت کم بینایی و پیامد های روانشناختی ناشی از آن حساسیت بیشتری داشته باشند، چرا که برای آگاهی از نیاز تمام گروه های جامعه و حفظ سلامت آن ها می بایست پژوهش های زیادی صورت گیرد و با توجه به این امر امکان ارائه خدمات مناسب در جامعه مهیا گردد. با توجه به تعداد زیاد کم بینایان کشور، انتظار می رود پژوهش های زیادی در خصوص همبستگی و تاثیر این اختلال بر مشکلات روانشناختی صورت بگیرد تا از تشدید این مشکلات جلوگیری به عمل آید و زمینه برای راهکارهای بهزیستی این افراد سریع تر مهیا گردد. مطالعات انجام شده در ایران، پیرامون تاثیر کم بینایی بر متغیرهای روانشناختی بسیار ناچیز گزارش شده است. با توجه به اهمیت این موضوع و براساس لزوم ارائه خدمات روانشناختی متناسب با گروه های مختلف جامعه، پژوهش حاضر جهت بررسی تاثیر عملکرد بینایی بر کیفیت زندگی، خودکارآمدی عمومی و افسردگی در بیماران کم بینا سنین ۱۳ تا ۶۲ سال صورت گرفته است.

دیگر اعم از درمان داروئی و یا اعمال جراحی به حد نرمال نمی رسد. علل کم بینایی می تواند بیماری های مختلف چشمی، ضربه و یا نقائص مادرزادی باشد. کم بینایی خود را به اشکال متفاوتی از جمله: کاهش حدت بینایی، کاهش در میدان بینایی، کاهش حساسیت کنتراست و کاهش تشخیص رنگ ها نشان می دهد (۳).

شیوع کم بینایی در جهان بیش از ۳۰۰ میلیون نفر گزارش شده است که فعالیت های روزمره و کیفیت زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار داده است (۴). در رابطه با تاثیر کم بینایی بر فعالیت های روزمره زندگی، مشاهده شده است که از دست دادن بینایی تأثیر قابل توجهی بر فعالیت های روزمره زندگی، علائم افسردگی و احساس اضطراب دارد (۵). کم بینایی، یکی از عوامل خطر ایجاد افسردگی در سنین پیری است. ۱۴ تا ۶۳ درصد افراد کم بینا دچار افسردگی هستند این در حالی است که میزان افسردگی در میان افراد مسن بدون نقص بینایی، ۱۲ درصد است. با این که بسیاری از مراقبین سلامت چشم از تاثیر روانی کاهش دید بر بیماران کم بینا آگاهی دارند، اما تحقیقات کمی پیرامون موضوع تاثیر توان بخشی بینایی در روند کنترل افسردگی این بیماران، انجام شده است (۶).

افسردگی، خلق مایه‌ی احساسی نافذ و پایدار است که بصورت درونی تجربه می شود و بر ادراکات و رفتار فرد از دنیا تاثیر می گذارد. بیماران با خلق افسرده فقدان انرژی و علاقه، احساس گناه، مشکل در تمرکز، فقدان اشتها و افکار مرگ و خودکشی دارند. از دست دادن لذت، ملالت، احساس تنهایی، گریه کردن، گوشه گیری، بدبینی، آشفتگی خواب، تغییر اشتها، افت انگیزش و کاهش انرژی از دیگر نشانه های آن می باشد.

خودکارآمدی درجه ای از احساس تسلط فرد درباره توانایی انجام عملکردهای مورد نظر می باشد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاصی را با توجه به موقعیت معین به اجرا گذاشته و انتظار نتایج مورد نظر را دارد (۷). محققان همچنین خودکارآمدی عمومی را مجموعه ای پیچیده از تمام موفقیت ها و شکست های فرد در زندگی اش معرفی کردند که در آن تفاوت های فردی وجود دارد. یافته های حاصل از مطالعات نشان می دهد میان خودکارآمدی عمومی، برنامه ریزی برای آینده و رضایت از زندگی همبستگی مثبت وجود دارد به طوری که میان خودکارآمدی عمومی و رضایت از زندگی

## روش بررسی

پژوهش حاضر که با هدف تاثیر عملکرد بينايی بر کیفیت زندگی، خودکارآمدی عمومی و افسردگی در شرکت کنندگان سنين ۱۳ تا ۶۲ سال انجام گرفت، از نظر هدف کاربردی و از نظر اجرا علی-مقیاسه‌ای بود، که در فاصله زمانی خرداد تا مرداد ۱۴۰۲ در کلينیک بينايی-سنجی بهارستان شهر مشهد انجام شد. نمونه مورد مطالعه ۱۰۶ شرکت کننده (۵۳ شرکت کننده کم بينا شامل ۱۸ زن و ۳۵ مرد و ۵۳ شرکت کننده با دید طبیعی شامل ۳۲ زن و ۲۱ مرد) بود که حجم نمونه با استفاده از نرم افزار آماری G\*Power در سطح معناداری ۵ درصد ( $\alpha=0/05$ )، با توان آزمون ۹۵ درصد ( $\beta=0/05$ )، و اندازه اثر متوسط ( $d=0/15$ )، ۵۳ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای انتخاب افراد، ابتدا اهداف پژوهش برای مراجعین به کلينیک بينايی سنجی بهارستان مشهد توضیح داده شد و سپس آنها رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. پس از انجام معاینات سنجش میزان دید افراد بينا و کم بينا که با استفاده از چارت اسنلن E توسط کارشناس مربوطه صورت گرفت، از داوطلبین کم بينا جهت شرکت در پژوهش حاضر خواسته شد ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با بينايی را پرکنند و سپس به ترتیب به پرسشنامه های افسردگی و خودکارآمدی پاسخ دهند. این روند در خصوص داوطلبین شرکت کننده در پژوهش که از بينايی کامل برخوردار بودند نیز اعمال شد. (افراد بينا از میان همراهان و یا از افراد خانواده گروه کم بينا که از لحاظ شرایط اجتماعی، اقتصادی، شخصیتی، روانی، خانوادگی و ... شباهت زیادی با افراد کم بينا دارند به روش همتاکردن انتخاب شدند.)

ابزار گردآوری اطلاعات سه پرسشنامه شامل: الف) پرسشنامه افسردگی بک (Beck) (۱۹۹۶) بود که دارای ۱۳ سوال می باشد که هدف آن اندازه گیری میزان افسردگی افراد می باشد. سوال های این پرسشنامه در ۵ حوزه احساس گناه، احساس شکست، فقدان اشتها، تحریک پذیری و آشفتگی خواب طرح شده است. در پاسخگویی به این پرسشنامه، آزمودنی ها شدت بیماری خود را با مقیاس ۴ درجه ای از ۰ تا ۳ درجه بندی می کنند. برای اجرا پرسشنامه از آزمودنی ها خواسته می شود تا سوالات و گزینه ها را با دقت بخوانند و از هر سوال گزینه-

ای را انتخاب کنند که بهتر از همه احساسات فرد را نشان می دهد. نمره ی افسردگی فرد با جمع نمرات گزینه‌های انتخاب شده توسط فرد بدست می آید. در ایران نیز این ویژگی های روان سنجی پرسشنامه توسط آشوری و همکاران (۱۲) مورد استفاده قرار گرفته است که پایایی کل پرسشنامه به شیوه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹، و به روش تنصیف ۰/۸۲ دست آمده است. ب) در مطالعه ی پورنگ و یزدی (۷) از پرسشنامه خودکارآمدی Sherer و همکاران (۱۹۸۲) استفاده شده بود که نسخه اصلی آزمون شامل ۳۶ سوال بود که طراحان آن براساس تحلیل های انجام شده، سوالاتی را طراحی کردند که بار ۰/۴۰ را در هر یک از عوامل اجتماعی و عمومی داشتند. بر این اساس ۱۳ سوال که دارای این ویژگی نبودند، حذف و آزمون به ۲۳ سوال کاهش یافت. از این ۲۳ سوال ۱۷ سوال خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۵۷/۹۹ و انحراف معیار ۱۲/۰۸ می‌سنجد. مقیاس پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از گزینه کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) را در بر می گیرد. ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ می باشد. ج) پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با بينايی است (NEI VFQ) که در سال ۱۹۹۸ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه با خرده مقیاس های سلامت عمومی (General Health; GH)، بينايی عمومی (General Vision; GV)، درد چشم (Ocular pain; OP)، فعالیتهای نزدیک (Near Activities; NA)، فعالیتهای دور (Distance Activities; DA)، عملکرد اجتماعی خاص بينايی (Vision Specific Social Functioning; VSSF)، سلامت روان خاص بينايی (Vision Specific Mental Health; VSMH)، مشکلات نقش ویژه بينايی (Vision Specific Role Difficulties; VSRD)، وابستگی خاص بينايی (Vision Specific Dependency; VSD)، رانندگی (Driving) دید رنگی (Color Vision; CV) و دید محیطی (Peripheral Vision; PV). امتیاز هر خرده مقیاس در مقیاسی از ۰ (بدترین تابع) تا ۱۰۰ (بهترین تابع) بیان می‌شود به عبارت دیگر، هر خرده مقیاس به گونه ای نمره‌گذاری می شود که نشان دهنده کمترین و ۱۰۰ نشان دهنده بیشترین نمره

با استفاده از آزمون دقیق فیشر بین سطح تحصیلات در دو گروه اختلاف معنی داری وجود داشت ( $p < 0/05$ )، و دو گروه از نظر تحصیلات همگن نمی باشند (جدول ۴).

با استفاده از آزمون دقیق فیشر مشخص شد بین متوسط درآمد ماهیانه در دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ )، و دو گروه از نظر متوسط درآمد ماهیانه همگن نمی باشند (جدول ۵).

با توجه به غیرنرمال بودن سن شرکت کنندگان در هر دو گروه از آزمون ناپارامتری استفاده شده است. با استفاده از آزمون ناپارامتری مشخص شد بین سن در دو گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنی دار وجود ندارد ( $p > 0/05$ )، یعنی دو گروه از نظر سن همگن بودند (جدول ۶).

با توجه به نرمال بودن خودکارآمدی عمومی در دو گروه افراد کم بینا و بینایی نرمال جهت سنجش عملکرد بینایی بر اساس خودکارآمدی عمومی از آزمون پارامتری تی دو گروه مستقل استفاده شده است. با استفاده از نتایج آزمون مشخص شد بین خودکارآمدی عمومی در دو گروه افراد کم بینا و بینایی نرمال اختلاف معنی دار وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). با توجه به غیرنرمال بودن افراد کم بینا و بینایی نرمال جهت سنجش عملکرد بینایی بر اساس افسردگی از آزمون ناپارامتری من ویتنی استفاده شده است. با استفاده از نتایج آزمون مشخص شد بین افسردگی در دو گروه افراد کم بینا و بینایی نرمال اختلاف معنی دار وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). با توجه به

غیرنرمال بودن داده های کیفیت زندگی در دو گروه افراد کم بینا و بینایی نرمال جهت سنجش عملکرد بینایی بر اساس داده های کیفیت زندگی از آزمون ناپارامتری من ویتنی استفاده شده است. با استفاده از نتایج آزمون مشخص شد بین کیفیت زندگی در دو گروه افراد کم بینا و بینایی نرمال اختلاف معنی دار وجود دارد ( $p = 0/001$ ) (جدول ۷).

با استفاده از تحلیل رگرسیون چند متغیره مشخص شد، در دو گروه افراد کم بینا و بینایی نرمال هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک ارتباطی با خودکارآمدی عمومی ندارد ( $p > 0/05$ ). (جدول ۸). جنسیت در دو گروه افراد کم بینا بیشترین تأثیر را بر خودکارآمدی عمومی داشته است ( $p = 0/02$ ) ولی سایر متغیرهای دموگرافیک ارتباطی با خودکارآمدی عمومی ندارد ( $p > 0/05$ ). بر اساس نتایج سن تأثیر معناداری بر افسردگی در افراد کم بینایی نرمال داشته است ( $p = 0/03$ )، همچنین تحصیلات در کیفیت

ممکن می باشد. گویه ها برای تشکیل زیرمقیاس ها میانگین می شوند و از میانگین خرده مقیاس ها نمرات ترکیبی به دست می آید (۱۴، ۱۳، ۵). با توجه به استاندارد بودن سه پرسشنامه پژوهش، ابتدا روایی محتوایی سوالات مورد تایید قرار گرفت، سپس پایایی سوالات پژوهش بر اساس ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و بر اساس نتایج درج شده در جدول ۱، چون تمامی ضرایب از ۰/۷ بیشتر شد، پایایی مورد تایید قرار گرفت.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها ابتدا برای توصیف داده های کمی از شاخص های آماری مناسب به صورت میانگین، میانه، انحراف معیار و دامنه میان چارکی بهره گرفته شد. همچنین جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای کمی از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد. برای مقایسه توزیع متغیرهای کمی بین دو گروه، در صورت نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون تی دو نمونه مستقل و در صورت غیرنرمال بودن آن از آزمون من ویتنی و آزمون میانه استفاده شد. جهت بررسی رابطه متغیرهای کیفی از آزمون های کای-دو یا دقیق فیشر با نرم افزار SPSS22 استفاده شد. جهت تاثیر متغیرهای دموگرافیک بر خودکارآمدی عمومی، افسردگی و کیفیت زندگی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. در تمام آزمون ها ضریب اطمینان ۹۵٪ (سطح معناداری ۰/۵)، لذا در مواردی که  $p < 0/05$  بود اختلاف معنادار در نظر گرفته شد.

## یافته ها

در این مطالعه از بین ۱۰۶ نفر مورد مطالعه همگی در پژوهش شرکت کردند. از این رو جهت تجزیه و تحلیل، ابتدا نرمال بودن داده ها در جدول ۲ درج شده است. بر اساس نتایج جدول ۲ مشخص شد سن، کیفیت زندگی و افسردگی دارای توزیع غیر نرمال ( $p < 0/05$ ) و متغیر خودکارآمدی عمومی دارای توزیع نرمال است ( $p > 0/05$ ). بر همین اساس جهت بررسی همگنی دو گروه از آزمون تی مستقل برای داده های کمی نرمال (خودکارآمدی عمومی)، و آزمون من ویتنی برای داده های کمی غیرنرمال و کای اسکوتر و دقیق فیشر برای داده های کیفی استفاده شد.

بر اساس نتایج آزمون کای اسکوتر بین جنسیت در دو گروه افراد کم بینا و بینایی نرمال اختلاف معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ )، و دو گروه افراد کم بینا و بینایی نرمال از نظر جنسیت همگن نمی باشند (جدول ۳).

جدول ۱: بررسی پایایی سوالات پژوهش براساس آلفای کرونباخ

متغیر	تعداد سوالات	ضرایب آلفای کرونباخ
خودکارآمدی عمومی	۱۷	۰/۹۰۲
افسردگی	۱۳	۰/۸۹۵
کیفیت زندگی	۲۵	۰/۸۵۲

جدول ۲: یافته های مربوط به نرمال بودن متغیرهای کمی پژوهش براساس آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	آماره آزمون	p - مقدار
سن	کم بینا	۰/۹۳۶	۰/۰۰۷
	بینایی نرمال	۰/۷۴۴	۰/۰۰۰
خودکارآمدی عمومی	کم بینا	۰/۹۶۰	۰/۰۷۴
	بینایی نرمال	۰/۹۸۹	۰/۹۰۷
افسردگی	کم بینا	۰/۸۵۴	۰/۰۰۰
	بینایی نرمال	۰/۸۲۱	۰/۰۰۰
کیفیت زندگی	کم بینا	۰/۹۸۵	۰/۷۲۰
	بینایی نرمال	۰/۸۶۹	۰/۰۰۰

جدول ۳: توزیع فراوانی جنسیت در دو گروه مورد مطالعه

گروه	جنسیت			نتیجه آزمون
	مرد تعداد (درصد)	زن تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)	
کم بینا	(۶۶)۳۵	(۳۴)۱۸	(۱۰۰)۵۳	$X^2=5/45$
بینایی نرمال	(۳۹/۶)۲۱	(۶۰/۴)۳۲	(۱۰۰)۵۳	$p=0/014$
جمع	(۵۲/۸)۵۶	(۴۷/۲)۵۰	(۱۰۰)۱۰۶	$df=1$

جدول ۴: توزیع فراوانی تحصیلات در دو گروه مورد مطالعه

گروه	تحصیلات				
	کمتر از دیپلم تعداد (درصد)	دیپلم تعداد (درصد)	لیسانس تعداد (درصد)	بیشتر از لیسانس تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
کم بینا	(۵/۷)۳	(۳۲/۱)۱۷	(۴۵/۳)۲۴	(۱۷)۹	(۱۰۰)۵۳
بینایی نرمال	(۵/۷)۳	(۲۰/۸)۱۱	(۴۷/۲)۲۵	(۲۶/۴)۱۴	(۱۰۰)۵۳
جمع	(۵/۶۶)۶	(۲۶/۴)۲۸	(۴۶/۳۲)۴۹	(۲۱/۶۲)۲۳	(۱۰۰)۱۰۶

جدول ۵: توزیع فراوانی متوسط درآمد ماهیانه در دو گروه مورد مطالعه

نتیجه آزمون	درآمد ماهیانه							گروه
	جمع	کمتر از ۲ میلیون	۲-۶ میلیون	۶-۱۰ میلیون	۱۰-۱۴ میلیون	۱۴-۱۸ میلیون	بالای ۱۸ میلیون	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
Exact=۳۰/۲۰	(۱۰۰)۵۳	(۳/۸)۲	(۱/۹)۱	(۱۵/۱)۸	(۳۹/۶)۲۱	(۲۲/۶)۱۲	(۱۷)۹	کم بینا
p<۰/۰۰۱	(۱۰۰)۵۳	(۵/۷)۳	(۱۵/۱)۸	(۳۷/۷)۲۰	(۲۲/۶)۱۲	(۱۳/۲)۷	(۵/۷)۳	بینایی نرمال
df=۵	(۱۰۰)۱۰۶	(۴/۷۲)۵	(۸/۵)۹	(۲۶/۴)۲۸	(۳۱/۱۳)۳۳	(۱۷/۹۲)۱۹	(۱۱/۳۲)۱۲	جمع

جدول ۶: مقایسه سن شرکت کنندگان در دو گروه مورد مطالعه

گروه	تعداد	میان	دامنه میان چارکی	p-مقدار
کم بینا	۵۳	۲۷ (سال)	۱۳ (سال)	p=۰/۸۸۸
بینایی نرمال	۵۳	۲۳ (سال)	۱۲ (سال)	

جدول ۷: مقایسه متغیرها مورد پژوهش در گروه های مورد مطالعه

متغیرها	گروه	انحراف معیار±میانگین	آماره آزمون	p-مقدار
خودکارآمدی عمومی	کم بینا	۵۹/۹±۰۴/۳۹	-۱/۶۴	۰/۱۰۳
	بینایی نرمال	۶۲/۱۲±۴۹/۰۴		
افسردگی	کم بینا	۵۴/۳۷*	۱۳۵۸/۵۰۰	۰/۷۷۰
	بینایی نرمال	۵۲/۶۳*		
کیفیت زندگی	کم بینا	۲۹/۸۲*	۱۴۹/۵۰۰	۰/۰۰۱
	بینایی نرمال	۷۷/۱۸*		

\* به میانگین رتبه اشاره دارد و از آزمون من-ویتنی استفاده شده است.

جدول ۸: مقایسه متغیرهای مورد پژوهش در گروه های مورد مطالعه بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر	گروه افراد کم بینا			گروه افراد بینایی نرمال		
	ضریب رگرسیون	آماره آزمون	p-مقدار	ضریب رگرسیون	آماره آزمون	p-مقدار
خودکارآمدی عمومی	جنسیت	۰/۳۵۴	۲/۳۰۵	۰/۰۲۶	۰/۰۲۳	۰/۸۷۹
	سن	-۰/۱۹۴	-۱/۳۰۲	۰/۱۹۹	-۰/۰۱۲	۰/۹۳۶
	تحصیلات	۰/۰۲۵	۰/۱۶۸	۰/۸۶۷	۰/۰۳۱	۰/۸۴۲
	درآمد	۰/۰۷۴	۰/۵۰۷	۰/۶۱۵	-۰/۰۸۹	۰/۵۶۷
افسردگی	جنسیت	۰/۲۴۵	-۱/۵۷۳	۰/۱۲۲	۰/۰۷۰	۰/۰۶۲۶
	سن	۰/۰۰۶	۰/۰۴۳	۰/۹۶۶	-۰/۳۰۴	۰/۰۳۵
	تحصیلات	-۰/۱۶۵	-۱/۰۹۰	۰/۲۸۱	-۰/۰۳۲	۰/۸۳۳
	درآمد	۰/۰۲۴	۰/۱۶۴	۰/۸۷۰	۰/۰۳۹	۰/۷۹۱
کیفیت زندگی	جنسیت	۰/۲۵۱	۱/۶۰۱	۰/۱۱۶	۰/۰۲۸	۰/۸۳۹
	سن	-۰/۲۳۴	-۱/۵۴۴	۰/۱۲۹	۰/۰۹۲	۰/۵۰۰
	تحصیلات	۰/۰۶۲	۰/۴۰۸	۰/۶۸۵	۰/۳۸۵	۰/۰۱۰
	درآمد	۰/۰۷۶	۰/۵۰۵	۰/۶۱۶	-۰/۰۱۳	۰/۹۲۶

کیفیت زندگی افراد با بینایی نرمال موثر بوده است ( $p=0/01$ )، در صورتی که هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد با بینایی کم اثرگذار نبوده است (جدول ۸).

### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر کم بینایی بر کیفیت زندگی، خودکارآمدی عمومی و افسردگی در بیماران کم بینا بود. نتایج این مطالعه نشان داد که کم بینایی عاملی تاثیرگذار در عملکرد بینایی بشمار می رود؛ با توجه به همگن بودن سن افراد در دو گروه مورد مطالعه مشخص شد افراد کم بینا بر اساس خودکارآمدی عمومی، از عملکرد بینایی ضعیف تری نسبت به افراد با بینایی نرمال برخوردارند، اگر چه که این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. می توان گفت جنسیت یکی از عوامل موثر بر کاهش خودکارآمدی عمومی بر عملکرد بینایی افراد کم بینا بوده است ولی سایر متغیرهای زمینه ای تاثیر بر عملکرد بینایی افراد کم بینا ندارد. این نتایج با به یافته های Robinson و Lieberman (۱۵) و Raskauskas و همکاران (۱۶) و بشارت (۱۷) همخوانی دارد. عدم پذیرش کم بینایی از سوی افراد مبتلا به این اختلال منجر به درماندگی بیشتر این افراد و نتیجتاً فقدان توانایی مقابله با اختلال کم بینایی از سوی کم بینایان می شود. خودکارآمدی همچنین از طریق فعالیت های بدنی به شیوه ای مستقیم و غیرمستقیم نقش کلیدی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به اختلالات بینایی دارد. با توجه به نتایج حاصل از تحقیقات به نظر می رسد برای حفظ خودکارآمدی کم بینایان باید آنها را در پذیرش اختلال بینایی شان یاری رساند و همچنین جهت بهبود میزان بینایی آن ها شرایط استفاده از وسایل کمک بینایی را تسهیل نمود. بهره جستن از توانمندی های جسمانی و همچنین ذهنی این افراد سبب بهبود و حفظ خودکارآمدی افراد کم بینا می شود. لازم به ذکر است آموزش دیدن افراد نابینا در کنار افراد عادی و ارتباط با همسالان باعث تغییر در نگرش ها و باورهای این افراد می شود و باورهای خودکارآمدی آنان را توسعه می دهد. شناخت نقاط ضعف و قوت پیش زمینه ی اصلاح آن ها بشمار می آید. یافته های مطالعه حاضر همچنین نشان داد میزان افسردگی در گروه افراد کم بینا بیشتر از گروه افراد با بینایی نرمال است اما این اختلاف از لحاظ آماری، معنادار نبود. Hinds و همکاران

(۱۸)، ضمن نتیجه گیری در خصوص همبستگی مثبت کم بینایی با افسردگی، این نکته را بیان کردند که نمیتوان بر اساس یافته هایشان افسردگی را با کم بینایی مرتبط دانست، زیرا این مسئله یک فرایند دو طرفه است. یافته های Choi و همکاران (۱۹)، مبنی بر عدم وجود تفاوت معنادار در افسردگی کم بینایان و گروه کنترل، با نتایج این مطالعه همسو می باشد.

در مطالعه حاضر مشخص شد عملکرد بینایی بر اساس کیفیت زندگی در افراد کم بینا کمتر از عملکرد بینایی در افراد با بینایی نرمال است. با توجه به این که جنسیت، سن، تحصیلات و درآمد بر کیفیت زندگی تاثیر نداشته این اختلاف را می توان ناشی از سایر عوامل در زندگی افراد کم بینا مانند سلامت عمومی، بینایی عمومی، درد چشم، فعالیت های نزدیک، فعالیت های دور، عملکرد اجتماعی خاص بینایی، سلامت روان، مشکلات نقش ویژه بینایی، وابستگی خاص بینایی، رانندگی، دیدرنگی و دید محیطی در نظر گرفت.

Gyawali و همکاران (۲۰) گزارش دادند، از دست دادن بینایی ممکن است کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. در واقع، اختلال بینایی یک بیماری بسیار ناتوان کننده می باشد، به خصوص زمانی که در دوره سالمندی به وجود آید (۲۰). مطالعات اخیر نشان داده اند که نقص بینایی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و فعالیت های اجتماعی و استقلال او را کاهش می دهد (۲۱). ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی در افراد دارای ناتوانی امروزه به عنوان یک هدف در برنامه های بازتوانی و توانبخشی به شمار می رود و معیار کیفیت زندگی در دهه های اخیر به عنوان یک هدف در پژوهش ها مطرح شده است. مطالعات نشان داده است که در ارائه خدمات توانبخشی به معلولین نابینا و کم بینا به جای تمرکز بر رضایت و توانایی انجام عملکردهای خاص، نتایج باید با معیار بهبود در کیفیت زندگی آن ها اندازه گیری شود (۲۲). فردی که دچار کم بینایی است، در انجام کارهای روزانه خود دچار مشکل می شود و گاهی برای ساده ترین کارها به دیگران وابسته می شود. این وابستگی می تواند اعتماد به نفس فرد کم بینا را پایین بیاورد و باعث نارضایتی از زندگی و افزایش ابتلا به افسردگی شود. Renaud و همکاران (۲۳) گزارش دادند حالت عملی و مواجه شدن فرد در کارهای روزانه خیلی بهتر است سوال شود تا اینکه تنها تیزبینی فرد اندازه گیری شود (۲۳). مشخص شده است که اگر از بیمار سوال شود آیا در



ملیحه کریم پور: آنالیز آماری  
میترا تابع: کمک در نگارش مقاله  
علی صیادی (نویسنده مسئول): کمک در نگارش مقاله

### منابع مالی

از هیچ موسسه و یا سازمانی حمایت مالی دریافت نشده است.

### تعارض منافع

نویسندگان تعارض منافع نداشتند.

### منابع

1. Crossland MD, Culhan LE. Psychological aspects of visual impairment. *Optometry In Practice* 2000; 1: 21-26.
2. Kleinschmidt JJ, Older adults' perspectives on their successful adjustment to vision loss, *Journal of Visual Impairment and Blindness* 1999; 93: 69-81.
3. Rahi JS, Cable N, British childhood visual impairment study group. Severe visual impairment and blindness in children in the U.K. *Lancet* 2003; 362: 1359-1365.
4. Bittner AK, Yoshinaga PD, Wykstra SL, Li T. Telerehabilitation for people with low vision. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 2(2): Cd011019.
5. Kempen GI, Balleman J, Ranchor AV, van Rens GH, Zijlstra GA. The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services. *Qual Life Res* 2012; 21(8): 1405-1411.
6. Nollett CL, Bray N, Bunce C, Casten RJ, et al. High prevalence of untreated depression in patients accessing low-vision services. *Ophthalmology* 2016; 123(2): 440-441.
7. Purang A, Yazdi A. Self-efficacy beliefs and examination anxiety in student of university of south khorasan. *Med J Gonabad Univ* 2009; 5(3). (Persian)
8. Azizli N, Atkinson BE, Baughman HM, Giammarco EA. Relationships between general self-efficacy,

انجام کارهای روزانه عملا احساس رضایت کامل، رضایت نسبی یا اصلا رضایت نداری بهتر است چون در واقع ارتباطی بین اندازه گیری تیزبینی و احساس رضایت از انجام کارهای روزمره وجود ندارد. در واقع عملکرد بینایی با اندازه گیری تیزبینی در مواجه شدن با فعالیت های زندگی متفاوت است آن چیزی که به طور واقعی نیاز است چگونگی و بهبود دید در کیفیت و حالت عملی زندگی است نه تنها اندازه گیری تیزبینی. در واقع ضعف دید به عنوان یک عامل پیچیده در همه توانایی های فرد می تواند موثر باشد و این عملکرد بینایی است همانطور که ضعف بینایی روی توانایی عملی روزمره فرد تاثیر دارد روی احساسات فرد هم مثل خستگی، روابط اجتماعی، انرژی و درد او تاثیر خواهد گذاشت. بررسی رابطه و میزان تاثیر نقص عملکردهای بینایی بر فعالیت های روزمره، حالات روانی، مشارکت اجتماعی و تحرک فرد می تواند برنامه ریزی ها و نحوه ارائه خدمات مناسب بسیار مثمرتر باشد. برای بالا بردن کیفیت زندگی در این افراد، راهکارهای بسیاری پیشنهاد شده است. یکی از این راهکارها، به کارگیری استراتژی های کاربردی است که از طرف خود فرد کم بینا یا نابینا ابداع و به کار گرفته می شود تا او بتواند کارهای روزمره خود را انجام دهد. در مطالعه Anil و Garip (۲۴) نیز نشان داده شد که با ارائه خدمات توانبخشی کیفیت زندگی معلولین نابینا در ابعاد عاطفی و فعالیت های روزانه به طور قابل توجهی بهبود می یابد.

با توجه به مطالب گفته شده لزوم توجه بیشتر بر مولفه های روانشناختی افراد دارای اختلالات بینایی آشکار میشود؛ جهت کمک در حفظ بهزیستی و حفظ سلامت روان خصوصا در ابعاد کیفیت زندگی می بایست از سوی روانشناسان، مشاوران، مددکاران و سایر متخصصین حیطه ای سلامت روان برنامه ریزی انجام پذیرد و بر آموزش مهارت های زندگی در خصوص این افراد توجه بیشتری صورت گیرد.

### سپاسگزاری

این مطالعه توسط گرنر دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۹۲-۰۳-۳۲-۲۴۳۲۵ حمایت شده است.

### نقش نویسندگان

علیرضا هرویان شاندیز (نویسنده اول): نگارش مقاله  
شیمای مصباحی: کمک در نگارش مقاله

- planning for the future, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 2015; 82, 58-60.
9. Bhupinder S, Rakhi U. Self-efficacy and well-being of adolescents. *JIAAP* 2009; 35(2): 227-232.
10. Tamadoni M, Hatami M, Hashemi Razini H. General self-efficacy, academic procrastination and academic achievement in university students, *Educational Psychology*, 2010; 6(17): 65-88. [Persian]
11. Saeed H, Saleem A. Association between depression score and visual acuity in low vision patients. *Ophthalmology Pakistan* 2017; 7(02): 7-10.
12. Ashori M, Shojai S, Fatahian F. Comparative study of depression, anxiety and stress between blind and normal individuals, *Empowering Exceptional Children* 2018; 8(4): 71-80. [Persian]
13. Brunes A, Heir T. Visual impairment and depression: Age-specific prevalence, associations with vision loss, and relation to life satisfaction. *World J Psychiatry* 2020; 10(6): 139-149.
14. Tavasoli Zanjani Z, Mohammadi F, Motalebi SA, Alipour Heydari M. Quality of life among elderly with visual impairment referring to booali sina hospital, qazvin. *Nursing and Midwifery Journal* 2017; 15(5): 376-385. [Persian]
15. Robinson B, Lieberman L. Effect of visual impairment, gender, and on self-determination. *Journal of Visual Impairment & Blindness* 2004; 98; 351-366.
16. Raskauskas J, Rubiano S, Offen I, Wayland AK. Do social self-efficacy and self-esteem moderate the relationship between peer victimization and academic performance?. *Social Psychology of Education* 2015; 18(2): 297-314.
17. Besharat S. Comparison of self-confidence, self-efficacy and social relations of people with visual impairment and normal people of jahrom city [Thesis]. Islamic Azad University: Marvdasht Branch; 2021.
18. Hinds A, Sinclair, Park J, Suttie A, et al. Impact of an interdisciplinary low vision service on the quality of life patients. *Br J Ophthal* 2005; 87(11): 933-934.
19. Choi HG, Lee MJ, Lee SM. Visual impairment and risk of depression: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Sci Rep* 2018; 8(1): 1-8.
20. Gyawali R, Paudel N, Adhikari P. Quality of life in nepalese patients with low vision and the impact of low vision services. *Journal of Optometry* 2012; 5(4): 188-195.
21. Lange R, Kumagai A, Weiss S, Zaffke KB, et al. Vision-related quality of life in adults with severe peripheral vision loss: a qualitative interview study. *J Patient-Rep Outcomes* 2021; 5(1):7.
22. Nayeni M, Dang A, Mao AJ, Malvankar-Mehta MS. Quality of life of low vision patients: A systematic review and meta-analysis. *Can J Ophthalmol* 2021; 56(3): 151-157.
23. Renaud J, Bédard E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clin Interv Aging* 2013; 8: 931-943.
24. Anil K, Garip G. Coping strategies, vision-related quality of life, and emotional health in managing retinitis pigmentosa: A survey study. *BMC Ophthalmology* 2018; 18(1): 21.