

## بررسی تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی افراد با افت شنوایی شدید و عمیق ۱۵-۶۵ ساله شهرستان سبزوار سال ۱۳۹۱

مرضیه محمدی مقدم<sup>۱</sup>، دکتر حسین مبارکی<sup>۲</sup>، دکتر محمد کمالی<sup>۳</sup>، عسل اسماعیلی<sup>۱</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- استادیار گروه مدیریت توانبخشی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- دانشیار گروه علوم پایه توانبخشی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه ارتقا کیفیت زندگی افراد با ناتوانی‌های مختلف از جمله کسانی که مبتلا به اختلالات شنوایی می‌باشند. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی افراد با افت شنوایی شدید و عمیق بین سنین ۱۵-۶۵ ساله ساکن شهرستان سبزوار انجام گرفت.

**روش بررسی:** در این پژوهش مقطعی، کیفیت زندگی افراد با افت شنوایی شدید و عمیق ۱۵-۶۵ ساله ساکن شهر سبزوار، در دو گروه مورد (تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه) و شاهد (کسانی که تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه قرار نگرفتند) با استفاده از پرسشنامه استاندارد (Short Form Health Related of Quality of Life: SF36) بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** تعداد افراد گروه شاهد و مورد برابر بود (هرکدام ۴۶ نفر). ۶۳/۰۴ درصد افراد شرکت‌کننده در مطالعه کم شنوا و ۳۶/۹۶ درصد ناشنوا بودند. بین گروه شاهد و مورد در ابعاد احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود، عملکرد اجتماعی و محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحي اختلاف معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/05$ ). در مجموع نمره کیفیت زندگی در گروه مورد بالاتر از گروه شاهد بود. نمره کیفیت زندگی به تفکیک سن، جنس و میزان تحصیلات بین گروه شاهد و مورد اختلاف معنی‌دار نداشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه، اثربخش بودن برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی افراد دارای اختلال شنوایی را تأیید می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی، توانبخشی مبتنی بر جامعه، با افت شنوایی شدید و عمیق

(ارسال مقاله ۱۳۹۲/۶/۱۹، پذیرش مقاله ۱۳۹۲/۱۱/۲۸)

**نویسنده مسئول:** تهران میدان مادر، خیابان شهید شاه نظری، کوی نظام دانشکده علوم توانبخشی

Email: hmobaraki@tums.ac.ir

### مقدمه

است که با سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی توصیف می‌شود. بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت هدف نهایی توانبخشی افراد با شرایط سلامتی متفاوت و بیماری‌های مزمن می‌باشد (۴). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، پندار فرد از زندگی با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی حاکم بر محیط زندگی - اش، و ارتباط این این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (۵). ارتباطات، یکی از جنبه‌های اساسی وجود انسان است و از دست دادن توانایی برقراری ارتباط مؤثر، اثرات منفی بر کیفیت زندگی می‌گذارد (۶). علیرغم اهمیت شنوایی در زندگی روزمره، اختلال شنوایی همچنان به صورت ناشناخته باقی مانده است. حتی بین افرادی که این اختلال را دارند، گرایش به نادیده گرفتن مشکلات مرتبط با شنوایی وجود دارد (۷). تخمین زده می‌شود که حدود ۳۴ میلیون نفر در امریکا، تجربه اختلال شنوایی را دارند. با این حال، اکثریت قریب به اتفاق افرادی که دارای اختلال شنوایی هستند از سمعک استفاده

طی دو دهه گذشته علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی افراد با اختلالات مزمن افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی افراد درگیر با این اختلالات مختلف به صورت یک هدف در آمده است (۱). کیفیت زندگی مفهوم پیچیده‌ای است که یک اتفاق نظر در خصوص تعریف آن و حوزه‌هایی که مشمول آن می‌شوند وجود ندارد، با این حال در تمامی تعاریفی که از کیفیت زندگی مطرح شده است، دو ویژگی چند بعدی بودن و فردیت به چشم می‌خورد. منظور از چند بعدی بودن آن حوزه‌های مختلفی نظیر فیزیکی، روانی، اجتماعی، روحی، درد، ارتباطات، رضایت از زندگی و غیره است که در کیفیت زندگی وجود دارد و همواره می‌توان آنها را در زندگی افراد مورد بررسی قرار داد و فردیت انعکاس برداشت فرد بر اساس آموزش‌هایی که دیده، تجارب زندگی، ارزش‌ها و محیطی که در آن زندگی می‌کند می‌باشد (۲،۳). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به معنی درک و احساس فرد از زندگی خود

هسته اصلی فعالیت، محیط زیست عادی و خانه فرد دارای ناتوانی می باشد و با آموزش وی و خانواده اش کمک شود تا امور شخصی خود را انجام دهد. در حقیقت، CBR راهبردی است در درون برنامه توسعه جامعه در جهت توان بخشی، برابری فرصت ها و الحاق اجتماعی معلولین، که از طریق تلاش های مشترک آنها، خانواده هایشان، سازمان هایشان، جامعه و سایر موسسات خدمات رسانی دولتی، غیر دولتی، آموزشی، شغلی، اجتماعی و غیره اجرا می شود (۱۵). مطالعات نشان می دهند که کیفیت زندگی با مشارکت افراد در برنامه توانبخشی ارتقا می یابد (۱۶). با توجه به اینکه در پژوهش های گذشته کمتر به مفهوم کیفیت زندگی افراد درگیر با اختلالات شنوایی و عوامل مرتبط با آن در حوزه توانبخشی مبتنی بر جامعه کمتر پرداخته شده است و نیز اهمیت اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در مناطق روستایی و دور از امکانات و با در نظر گرفتن اینکه این برنامه تلاشی است در راستای ارتقا خدمات توانبخشی به منظور نیل به اهدافی نظیر انجام فعالیت های روزمره زندگی، افزایش مهارت های ارتباطی، آموزشی و تلفیق اجتماعی، این پژوهش بر آن است تا کیفیت زندگی افراد دارای اختلال شنوایی را در مناطقی که این برنامه در آنها به اجرا درآمده است مورد بررسی قرار دهد تا مشخص شود که آیا اجرای برنامه CBR سبب بهبود کیفیت زندگی این افراد شده است یا خیر؟

### روش بررسی

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-تحلیلی و مقطعی می باشد بطوریکه از پاسخ دهندگان خواسته شد با در نظر گرفتن وضعیت خود طی ۶ ماه گذشته، به پرسشنامه پاسخ دهند. نمونه گیری به روش سرشماری انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد دارای اختلال شنوایی شناسایی شده بین ۶۵-۱۵ ساله در مناطقی از شهرستان سبزوار که برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در محل زندگی ایشان اجرا شده است، در دو گروه مورد (افرادی که تحت پوشش برنامه CBR قرار گرفتند) و شاهد (افرادی که تحت پوشش برنامه CBR قرار نگرفتند) تشکیل دادند. تقسیم بندی افراد به گروه های کم شنوا و ناشنوا بر اساس بررسی پرونده این افراد در خانه بهداشت روستایی انجام گرفت. در این پرونده ها، کارشناس شنوایی شناسی افراد را به دو دسته کم شنوا و ناشنوا تقسیم کرده اما درجه ناشنوایی آنها را مشخص نکرده بود. در این مطالعه به منظور بررسی کیفیت زندگی افراد دارای اختلال شنوایی (کم شنوا- ناشنوا) پرسشنامه کیفیت زندگی (Short Form Health

نمی کنند. Kochkin برآورد کرده است که فقط ۷ میلیون از این افراد از ابزار شنوایی بهره می گیرند (۸). در یک بررسی از عواقب منفی اختلال شنوایی "اصلاح نشده"، Arlinger بیان می کند نقص شنوایی اصلاح نشده منجر به خروج از فعالیت های اجتماعی شده و پیامدهای منفی روانی اجتماعی به دنبال خواهد داشت. شیوع نقص شنوایی با افزایش سن بیشتر می شود (۹). گزارش های سازمان ملی سلامت و تغذیه ایالات متحده (۲۰۰۴-۱۹۹۴) حاکی از آن است که شیوع نقص شنوایی در فرکانس های بالا بطور متوسط در سنین ۲۹-۲۰ سالگی کمتر از ۱۲٪ و در بزرگسالان در سنین ۶۹-۶۰ بیش از ۸۹٪ افزایش می یابد (۸). مداخلات برای اختلالات شنوایی شامل ارائه سمعک، کاشت حلزون، فناوری کمک شنوایی و توانبخشی شنوایی می باشد. توانبخشی شنوایی شامل بسیاری از خدمات بالینی با هدف کاهش و یا جلوگیری از اثرات نقص شنوایی بر ارتباطات و عملکرد افراد می باشد. این خدمات شامل راهکارهایی برای آموزش ارتباط، گفتار خوانی و رویکردهای مبتنی بر مشاوره جهت مقابله با تأثیرات روانی نقص شنوایی می باشد (۹). متأسفانه آمار دقیقی از میزان ناشنوایی و سهم علل مختلف در بروز آن در کشور ما موجود نیست (۱۰). در مطالعه برادران فر و همکارانش این میزان ۱۳/۴ درصد گزارش شده است (۱۱). ستوده و همکاران (۱۳۸۴) با مطالعه ۱۹۹۹ نفر از دانش آموزان مقطع ابتدایی میزان شیوع اختلالات شنوایی را ۴/۰۹ درصد برآورد کردند (۱۲). از طرفی نیز استفاده از وسایل کمک شنیداری و توانبخشی تأثیر مثبتی بر روی کیفیت زندگی این دسته از افراد دارد به عبارت دیگر عدم تشخیص و درمان زود هنگام اختلال شنوایی توانایی و کیفیت زندگی هم سالمندان و هم کودکان را کاهش می دهد. از این رو برای مناطق روستایی و مناطقی که به مراکز درمانی و توانبخشی دسترسی ندارند برنامه های توان بخشی مبتنی بر جامعه و متعاقب آن دادن آموزش های کافی و در صورت لزوم ارجاع به سطوح بالاتر درمانی به منظور استفاده از خدمات درمانی و توان بخشی امری ضروری است (۱۳). سازمان جهانی بهداشت در دهه ۹۰ برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه را طراحی و اجرای آن را به جهانیان توصیه نمود. تلاش توانبخشی مبتنی بر جامعه بر آن است که بخش وسیعی از نیازهای افراد دارای ناتوانی از جمله تحرک، فعالیت های روزمره زندگی و فعالیت های اجتماعی با توانمندسازی، آموزش و درگیر نمودن فرد دارای ناتوانی، خانواده وی و جامعه محلی حاصل گردد (۱۴). توانبخشی مبتنی بر جامعه (Community-Based Rehabilitation: CBR) در ابتدا با این مفهوم آغاز شد که

نحوه پاسخگویی به این پرسشنامه توسط محقق یا کارشناس برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه و یا بهروز آموزش دیده به پاسخ دهنده تفهیم شده است. در این پژوهش با استفاده از نرم-افزار SPSS ویرایش ۱۷، در بخش آمار توصیفی از فراوانی نسبی و میانگین مجموع نمرات و در بخش آمار تحلیلی از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و آزمون T-test استفاده گردید.

#### یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد افراد گروه شاهد و مورد برابر (هر کدام ۴۶ نفر) بود. یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر نشان می-دهد ۶۳/۰۴ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه (۵۸ نفر) کم شنوا و ۳۶/۹۶ درصد (۳۴ نفر) ناشنوا بودند. ۴۵/۶۵ درصد کل شرکت کنندگان را مردان و ۵۴/۳۵ درصد دیگر را زنان تشکیل دادند. در گروه شاهد و مورد به ترتیب ۴۷/۸۳ و ۴۳/۴۸ درصد از شرکت کنندگان مرد و به ترتیب ۵۲/۱۷ و ۵۶/۵۲ درصد از افراد شرکت کننده زن بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۶/۳۳ سال با انحراف معیار ۱۴/۳۰ سال بود که بیشتر آنها را در گروه‌های سنی ۳۱-۴۰ و ۴۱-۵۰ قرار داشتند و متغیر میزان تحصیلات، در ۴ گروه بیسواد (۳۳/۷۰)، ابتدائی (۴۱/۳۰)، سیکل (۱۴/۱۳)، دیپلم و بالاتر (۱۰/۷۸) گروه بندی شد. جدول یک، میانگین مجموع نمرات مربوط به هر یک از ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

Related of Quality of Life: SF36 مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه یکی از ابزارهای سنجش کیفیت زندگی عمومی مرتبط با سلامت است که در ایالات متحده ساخته و در ایران ترجمه شده و پایایی و روایی آن توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) تأیید شده است (۱۷). این پرسشنامه دارای ۳۵ سؤال در هشت بعد کلی وابسته به سلامت یعنی عملکرد جسمانی (شامل ۱۰ سؤال)، محدودیت در ایفای نقش ناشی از وجود مشکلات جسمانی (شامل ۴ سؤال)، درد جسمانی (شامل ۲ سؤال)، احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود (شامل ۵ سؤال)، احساس انرژی و سرزنده بودن (شامل ۴ سؤال)، عملکرد اجتماعی (شامل ۲ سؤال)، محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحي (شامل ۳ سؤال) و احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود (شامل ۵ سؤال) می‌باشد. به منظور محاسبه نمره هر بعد، با در نظر گرفتن اینکه نمره هر سؤال بین صفر (بدترین) تا ۱۰۰ (بهترین) قرار می‌گیرد، نمرات مربوط به سؤالات هر بعد با یکدیگر جمع گردید و میانگین مجموع نمرات محاسبه شد. همچنین اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنسیت، میزان تحصیلات، نوع اختلال از نظر کم‌شنوا و ناشنوا و گروه شاهد و یا مورد) این افراد با استفاده از پرسشنامه جداگانه‌ای جمع‌آوری گردید. پرسشنامه با توضیح و نظارت پژوهشگر، توسط خود فرد دارای نقص شنوایی و در غیر این صورت با کمک بهروز محلی آموزش دیده و در حضور فرد دارای اختلال شنوایی پر شده است.

جدول ۱ - اطلاعات توصیفی مرتبط با هر یک از ابعاد کیفیت زندگی در میان افراد گروه و شاهد

| گروه مورد |       |         |              | گروه شاهد |       |         |              | ابعاد کیفیت زندگی                               |
|-----------|-------|---------|--------------|-----------|-------|---------|--------------|---|
| حداکثر    | حداقل | میانگین | انحراف معیار | حداکثر    | حداقل | میانگین | انحراف معیار |   |
| ۱۰۰       | ۱۵    | ۸۶/۰۱   | ۱۸/۱۰        | ۱۰۰       | ۷۰    | ۸۹      | ۷/۸۸         | عملکرد جسمانی                                   |
| ۱۰۰       | ۰     | ۷۵/۱۵   | ۳۶/۸۷        | ۱۰۰       | ۲۵    | ۶۹/۳۸   | ۳۲/۵۶        | محدودیت در ایفای نقش ناشی از وجود مشکلات جسمانی |
| ۱۰۰       | ۲۲/۵  | ۷۹/۱۳   | ۱۹/۳۲        | ۱۰۰       | ۴۵    | ۸۰/۷۵   | ۱۶/۷۲        | درد جسمانی                                      |
| ۸۰        | ۳۰    | ۵۲/۶۹   | ۱۴/۵۱        | ۴۵        | ۳۰    | ۳۷/۵    | ۶/۴۵         | احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود              |
| ۸۰        | ۱۵    | ۵۲/۳۹   | ۱۴/۱۶        | ۷۵        | ۴۰    | ۵۶/۵    | ۷/۹۶         | احساس انرژی و سرزنده بودن                       |
| ۱۰۰       | ۳۷/۵  | ۷۶/۹۴   | ۱۶/۸۵        | ۸۷/۵      | ۵۰    | ۷۰/۷۵   | ۱۰/۹۴        | عملکرد اجتماعی                                  |
| ۱۰۰       | ۰     | ۶۱/۴۸   | ۴۲/۶۱        | ۱۰۰       | ۰     | ۴۵      | ۳۹/۴۰        | محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحي  |
| ۸۸        | ۲۰    | ۶۲/۳۱   | ۱۶/۲۴        | ۸۸        | ۴۴    | ۶۲/۲    | ۱۰/۶۶        | احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود             |
| ۸۶/۵۷     | ۳۳/۲۹ | ۶۸/۳۵   | ۱۳/۷۵        | ۷۸/۴۳     | ۵۸/۱۴ | ۶۵/۴۶   | ۹/۱۱         | نمره کلی کیفیت زندگی                            |

وضعیت نرمال بودن متغیر کیفیت زندگی با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که متغیر کیفیت زندگی دارای توزیع نرمال می‌باشد ( $P < 0.05$ ). بنابراین برای انجام آنالیزهای آماری از آزمون‌های پارامتری استفاده می‌کنیم. به منظور مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه شاهد و مورد از آزمون T-test بهره گرفته شد. جدول ۲، به مقایسه میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بین دو گروه شاهد و مورد می‌پردازد.

نمره کیفیت زندگی بین گروه مورد و شاهد در بعد عملکرد جسمانی (به ترتیب ۸۹ و ۸۶/۰۱) بیش از سایر ابعاد می‌باشد. و نمره کلی کیفیت زندگی در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد می‌باشد. کمترین میانگین در گروه مورد مربوط به بعد احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود (۳۷/۵) و در گروه شاهد بعد احساس انرژی و سرزنده بودن (۵۲/۳۹) می‌باشد. در بخش آمار تحلیلی، قبل از انجام هر نوع مقایسه،

جدول ۲- مقایسه میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی به تفکیک گروه شاهد و مورد با استفاده از آزمون T-test

| P value | میانگین گروه مورد | میانگین گروه شاهد | ابعاد کیفیت زندگی                               |
|---------|-------------------|-------------------|---|
| ۰/۴۱    | ۸۶/۰              | ۸۹                | عملکرد جسمانی                                   |
| ۰/۴۲    | ۷۵/۱۵             | ۶۹/۳۸             | محدودیت در ایفای نقش ناشی از وجود مشکلات جسمانی |
| ۰/۲۴    | ۷۹/۱۳             | ۸۰/۷۵             | درد جسمانی                                      |
| ۰/۰۴    | ۵۲/۶۹             | ۳۷/۵۰             | احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود              |
| ۰/۱۰    | ۵۲/۳۹             | ۵۶/۵۰             | احساس انرژی و سرزنده بودن                       |
| ۰/۰۳    | ۷۶/۹۴             | ۷۰/۶۳             | عملکرد اجتماعی                                  |
| ۰/۰۴    | ۶۱/۴۸             | ۴۵                | محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحي  |
| ۰/۳۰    | ۶۲/۳۱             | ۶۲/۲۰             | احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود             |
| ۰/۰۴    | ۶۸/۳۵             | ۶۰/۴۶             | نمره کلی کیفیت زندگی                            |

نمره کلی کیفیت زندگی در افراد گروه مورد بالاتر از گروه شاهد بود. در ادامه مطالب به مقایسه کیفیت زندگی بین دو گروه کم شنوا و ناشنوا پرداخته شد (جدول ۳).

همانطور که از جدول ۲ پیداست، بین گروه شاهد و مورد در ابعاد احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود، عملکرد اجتماعی، و محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحي اختلاف معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0.05$ ). همچنین

جدول ۳ - مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه کم شنوا و ناشنوا با استفاده از آزمون T-test

| P value | گروه ناشنوا |       | گروه کم‌شنوا |       | ابعاد کیفیت زندگی |       |   |
|---------|-------------|-------|--------------|-------|-------------------|-------|---|
|         | حداکثر      | حداقل | حداکثر       | حداقل |                   |       |   |
| ۰/۳۱    | ۱۰۰         | ۴۰    | ۸۹/۷۹        | ۱۰۰   | ۱۵                | ۸۵/۵۷ | عملکرد جسمانی                                   |
| ۰/۲۹    | ۱۰۰         | ۰     | ۸۰/۶۱        | ۱۰۰   | ۰                 | ۷۰/۲۸ | محدودیت در ایفای نقش ناشی از وجود مشکلات جسمانی |
| ۰/۴۳    | ۱۰۰         | ۴۵    | ۸۲/۲۶        | ۱۰۰   | ۲۲/۵              | ۷۸/۳۹ | درد جسمانی                                      |
| ۰/۸۵    | ۷۰          | ۳۰    | ۵۰           | ۸۰    | ۳۰                | ۵۱/۰۵ | احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود              |
| ۰/۷۰    | ۷۵          | ۲۵    | ۵۲/۷۵        | ۸۰    | ۱۵                | ۵۴/۰۶ | احساس انرژی و سرزنده بودن                       |
| ۰/۵۲    | ۱۰۰         | ۳۷/۵  | ۷۳/۲۲        | ۱۰۰   | ۵۰                | ۷۵/۸۵ | عملکرد اجتماعی                                  |
| ۰/۹۱    | ۱۰۰         | ۰     | ۵۵/۵۶        | ۱۰۰   | ۰                 | ۵۶/۸۲ | محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحي  |
| ۰/۴۰    | ۸۸          | ۲۰    | ۶۰           | ۸۸    | ۲۸                | ۶۳/۲۹ | احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود             |
| ۰/۸۶    | ۷۹/۵۷       | ۶۱/۴۳ | ۶۸/۴۳        | ۸۶/۵۷ | ۳۳/۲۹             | ۶۷/۷۱ | نمره کلی کیفیت زندگی                            |

معنی‌داری وجود ندارد ( $P < 0.05$ ).

همانطور که ملاحظه در جدول ۳ نشان می‌دهد، در هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی میان این دو گروه اختلاف

در نهایت نمره کل کیفیت زندگی به تفکیک جنسیت (جدول ۴)، میزان تحصیلات (جدول ۵) و گروه‌های سنی (جدول ۶) در دو گروه شاهد و مورد، بررسی شد.

#### جدول ۴ - مقایسه نمره کل کیفیت زندگی به تفکیک جنسیت در دو گروه شاهد و مورد با استفاده از آزمون T-test

| جنسیت | جمعیت در گروه شاهد | میانگین کیفیت زندگی در گروه شاهد | جمعیت در گروه مورد | میانگین کیفیت زندگی در گروه مورد | P value |
|-------|--------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|---------|
| زن    | ۲۲                 | ۶۵                               | ۲۰                 | ۶۵/۵۴                            | ۰/۹۷    |
| مرد   | ۲۴                 | ۶۵/۶۲                            | ۲۶                 | ۷۰/۵۲                            | ۰/۵۴    |

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، بین زنان گروه شاهد و مورد و همچنین مردان گروه شاهد و مورد از نظر میزان کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $P < 0.05$ ).

#### جدول ۵ - مقایسه نمره کل کیفیت زندگی به تفکیک تحصیلات در دو گروه شاهد و مورد با استفاده از آزمون T-test

| جنسیت          | جمعیت در گروه شاهد | میانگین کیفیت زندگی در گروه شاهد | جمعیت در گروه مورد | میانگین کیفیت زندگی در گروه مورد | P value |
|----------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|---------|
| بیسواد         | ۲۴                 | ۶۱/۱۴                            | ۱۲                 | ۶۱/۱۶                            | ۰/۹۹    |
| ابتدائی        | ۱۵                 | ۷۸/۴۳                            | ۲۴                 | ۶۸/۶۸                            | ۰/۴۵    |
| سیکل           | ۵                  | ۷۴/۹۸                            | ۸                  | ۷۵/۲۹                            | ۰/۸۶    |
| دیپلم و بالاتر | ۲                  | ۷۱/۲۹                            | ۲                  | ۷۱/۳۶                            | ۰/۹۴    |

همانگونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌گردد بین هیچ یک از گروه‌های تحصیلی در دو گروه شاهد و مورد از نظر کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ( $P < 0.05$ ).

#### جدول ۶ - مقایسه نمره کل کیفیت زندگی به تفکیک گروه سنی در دو گروه شاهد و مورد با استفاده از آزمون T-test

| جنسیت      | جمعیت در گروه شاهد | میانگین کیفیت زندگی در گروه شاهد | جمعیت در گروه مورد | میانگین کیفیت زندگی در گروه مورد | P value |
|------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|---------|
| کمتر از ۲۰ | ۷                  | ۷۱/۷۱                            | ۱۰                 | ۷۱/۵۵                            | ۰/۹۸    |
| ۲۰-۳۰      | ۵                  | ۷۱/۵۸                            | ۶                  | ۷۲/۶۸                            | ۰/۸۷    |
| ۳۱-۴۰      | ۱۱                 | ۶۰/۲۸                            | ۱۳                 | ۷۳/۴۵                            | ۰/۲۱    |
| ۴۱-۵۰      | ۱۵                 | ۵۳/۸۱                            | ۹                  | ۵۴/۸۶                            | ۰/۸۹    |
| ۵۱-۶۰      | ۸                  | ۵۸/۱۴                            | ۸                  | ۶۰/۱۴                            | ۰/۹۵    |

شنوایی (کم‌شنوا-ناشنوا) ۶۵-۱۵ ساله شهرستان سبزوار، از پرسشنامه SF36 استفاده شد. نتایج نشان داد که نمره کیفیت زندگی بین گروه شاهد و مورد در بعد عملکرد جسمانی بیش از سایر ابعاد می‌باشد. این بعد نشان دهنده محدودیت‌هایی است که فرد به دنبال نقص یا اختلال تجربه می‌کند. کمترین نمره نیز در گروه مورد و شاهد به ترتیب مربوط به ابعاد احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود و بعد احساس انرژی و سرزنده بودن می‌باشد.

همانطور که جدول ۶ نشان می‌دهد، بین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه‌های سنی مورد بررسی میان گروه شاهد و مورد اختلاف معنی‌داری از نظر آماری وجود ندارد ( $P < 0.05$ ).

#### بحث

بررسی کیفیت زندگی افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌تواند شاخص مناسبی جهت ارزیابی اثربخشی این برنامه باشد (۱۸). در مطالعه حاضر جهت بررسی تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی افراد دارای اختلال

سپس کیفیت زندگی بین دو گروه کم شنوا و ناشنوا مقایسه شد. نتایج نشان داد که در هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی میان این دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. اما نتایج پژوهش دالتون و همکاران در سال ۲۰۰۳ نشان داد که شدت نقص شنوایی بطور مشخص با معلولیت ناشی از آن و مشکلات ناشی از برقراری ارتباط، مربوط می‌باشد (۷). مانفرد و همکاران نیز در سال ۲۰۱۰ به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و مشارکت در کلاس درس دانش‌آموزان ناشنوا و سخت‌شنوا پرداختند. نتایج این مطالعه نیز نشان داد که در کل کیفیت زندگی در این دانش‌آموزان پایین‌تر از سایرین می‌باشد (۲۵). تفاوت نتایج پژوهش حاضر با مطالعات ذکر شده می‌تواند با ویژگی‌های جمعیت‌شناسی مرتبط با نمونه‌ها، تفاوت در نحوه اجرای برنامه CBR و تفاوت‌های فرهنگی حاکم بر محیط زندگی ایشان مرتبط باشد.

در نهایت نمره کل کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های سنی، جنسیت و میزان تحصیلات بین دو گروه شاهد و مورد مقایسه شد اما اختلاف معنی‌داری از نظر آماری بین این دو گروه وجود نداشت. وارنر و همکاران در سال ۲۰۱۰ در پژوهش خود با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان در سه گروه سنی ۴-۷، ۸-۱۱ و ۱۲-۱۶ ساله که از کاشت حلزون استفاده می‌کنند دریافتند که کودکان ۴-۷ سال بطور معنی‌داری در ابعاد عزت نفس و دوستان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نسبت به دو گروه دیگر بالاتر بودند (۲۶). در پژوهش حسن‌پور و همکاران در سال ۱۳۸۸ در خصوص کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سکت قلبی، نیز مانند مطالعه حاضر، بین متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۲۷). از سوی دیگر، نتایج مطالعات Simpson و همکاران در سال ۲۰۰۵ نشان داد بین وضعیت تأهل، اشتغال، سن، جنس و سطح آموزشی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد (۲۸). همچنین بر اساس مطالعات Reynolds و همکاران در سال ۲۰۰۶ و owes و همکاران در سال ۲۰۰۱ نیز ارتباط معنی‌دار بین جنس، سن و کیفیت زندگی وجود داشت. بطوریکه خانم‌ها نسبت به آقایان از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند و با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش چشمگیری داشت (۲۹، ۳۰). به وضوح علت ارتباط معنی‌دار متغیرهای جنس و کیفیت زندگی ارتباط مشخص نیست ولی برخی از پژوهشگران معتقدند، عوامل بیولوژیکی و

بین گروه مورد و شاهد در ابعاد احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود، عملکرد اجتماعی، و محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. در پژوهش لیندسی و همکاران در سال ۲۰۱۲ با هدف بررسی کیفیت زندگی کودکان کم‌شنوای دارای کاشت حلزون با استفاده از پرسشنامه (Pediatric Audiology Quality of Life: PAQL)، نمره کیفیت زندگی در بعد احساس تندرستی و رفاه بیش از سایر ابعاد و در بعد پذیرش توسط همسال کمترین نمره را به خود اختصاص داد (۱۹). بین گروه شاهد و مورد در پنج بعد عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش ناشی از وجود مشکلات جسمانی، درد جسمانی، احساس انرژی و سرزنده بودن و احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. هورنر و همکاران در سال ۲۰۱۰ و ران و همکاران در سال ۲۰۰۹ بیان کردند که هنگام استفاده از پرسشنامه SF36 باید این نکته را در نظر گرفت که توانایی‌های عملکردی روی امتیاز کیفیت زندگی افراد دارای اختلالات حسی به میزان کمتری، اثرگذار است (۲۰، ۲۱). این نکته که نمونه‌ها در یک بافت فرهنگی مشابه زندگی می‌کردند نیز می‌تواند دلیل عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین کیفیت زندگی افراد گروه شاهد و مورد باشد.

همچنین نتایج بیانگر آن است که در مجموع، گروه مورد (تحت پوشش CBR) در مقایسه با گروه شاهد نمره کلی کیفیت زندگی بالاتری کسب نمودند. شارما در سال ۲۰۰۱ در کشور مغولستان به ارزیابی موفقیت طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه پرداخت. نتایج حاکی از آن بود که طی ۱۰ سالی که از اجرای این برنامه می‌گذشت، هزینه دریافت خدمات توانبخشی از مراکز کاهش چشمگیری داشت اما آگاهی خانواده‌ها از معلولیت و شیوه‌های مراقبت از افراد دارای ناتوانی و همچنین مهارت این افراد در انجام فعالیت‌های روزمره خویش تغییری نیافته بود (۲۲). نظیری در سال ۱۳۸۰ در پژوهش خود به بررسی تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی افراد معلول جسمی حرکتی پرداخت. نتایج پژوهش وی نشان داد که برنامه CBR بر تمام ابعاد کیفیت زندگی به غیر از سلامت و آرامش روانی تأثیر داشته است (۲۳). نتایج پژوهش نظری در سال ۱۳۸۳ حاکی از آن است که بطور کلی مهارت‌های روزمره زندگی، حرکتی، ارتباطی، آموزشی و تلفیق اجتماعی از زمانی که خانواده‌ها تحت پوشش برنامه‌های CBR قرار گرفتند تا زمان ارزشیابی افزایش یافته بود (۲۴).

### قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد (کد: ۳-۹۲، الف-میم سال ۱۳۹۱) با عنوان بررسی تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی افراد دارای اختلال شنوایی (کم شنوا و ناشوا) ۶۵-۱۵ ساله شهرستان سبزوار سال ۱۳۹۱ می‌باشد. بدینوسیله از اساتید محترم گروه مدیریت توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین مرکز بهداشت و درمان و اداره بهزیستی شهرستان سبزوار که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

روانشناختی در آن نقش دارد و بعضی معتقدند ممکن است به علت افسردگی باشد (۳۱).

نتایج این پژوهش نشان داد که گروه شاهد و مورد از هشت بعد کیفیت زندگی مورد بررسی، فقط در سه بعد احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود، عملکرد اجتماعی، و محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحي تفاوت معنی‌دار داشتند، بنابراین نمی‌توان ادعا کرد که برنامه به اهداف خود رسیده‌است؛ هر چند که در مجموع تفاوت میان این دو گروه معنی‌دار بوده است. با توجه به اینکه کیفیت زندگی دارای ابعاد متعددی می‌باشد، پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن نوع ناتوانی، برنامه‌ریزی جهت بهبود هر بعد انجام گیرد.

## REFERENCES

- Collins E, Langbein WE, Dilan-Koetje J, Bammert C, Hanson K, Reda D, et al. Effects of exercise training on aerobic capacity and quality of life in individuals with heart failure. *Heart Lung* 2004 ; 33(3): 154-61
- Renwick R, Nourhaghi N, Manns PG, Rudman DL. Quality of life for people with physical disabilities: A new instrument *Int J Rehabil Res* 2003; 26:279-87
- Bethoux F, Calmels P. Guide des outils de mesurement et, d'evaluation en medicine physique de readaptation. Paris: Frison Roche 2003.
- Barclay-Goddard R, Lix LM, Tate R, Weinberg L, Mayo E. Health-related quality of life after stroke: does response shift occur in self-perceived physical function? *Arch phys Med Rehabil* 2011; 92:1762-9
- Isikhan V, Guner P, Komurcu S, Ozet A, Arpacı F, Ozturk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer-I. *Cancer Nursing* 2001; 24(6): 490
- Kelly RJ, Atcherson SR. Quality of life for individuals with hearing impairment who have not consulted for services and their significant others: Same- and different-sex couples. *Journal of Communication Disorders* 2011; 44: 336-344.
- Dalton SD, Cruickshanks KJ, Klein BE, Klein R, Wiley TL, Nondahl DM. The impact of hearing loss on Quality of life in older adults, *The Gerontologist* 2003; 43(5): 661-668
- Kochkin, S. MarkeTrak VII: Hearing loss population tops 31 million people. *The Hearing Review* 2005; 12(7): 16-29
- Arlinger, S. Negative consequences of uncorrected hearing loss—A review. *International Journal of Audiology* 2003; 42: 17-S20
- Hajloo N, Ansari S. In Prevalence and causes of hearing handicap an Ardebil province, Western Iran, *Journal of Audiol* 2011; 20(1): 116-127[Persian]
- Baradaranfar M, Molasadeghi A, Jafari Z. The prevalence of hearing impairment in 3-6 years old children in Yazd. *Journal of Medical Sciences of Yazd* 2007; 16(5): 5-20[in Persian]
- Sotudeh M, Amini F, Frahmand S. The prevalence of hearing impairment among elementary school students in Ardebil. *Journal of Medical Sciences of Ardebil* 2001; 5(3): 50(in Persian)
- Hawkins D. Effectiveness of counseling-based group aural rehabilitation program: A systematic review of the evidence *Journal of the American of Audiology* 2005; 16,485-493
- Iravani M, Hatamzadeh N, Fotouhi A, Hoseinzadeh S. Compare the effectiveness of new and current method of "family training community based rehabilitation" on awareness, proficiency and attitude of local rehabilitation staff, *Journal of Rehabilitation* 2011; 12(3): 44-52[in Persian]
- Mirkhani M. [Principal of rehabilitation]. 3rd edition. Tehran. University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences; 1999, pp: 23[in Persian]
- Tingstrom PR, Kamwendo K, Begdahl B. Effect of broblem based learning rehabilitation program on quality of life in patients with coronary artery disease, *Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 4 : 324-330
- Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninya M. Translate and determine the validity and reliability of such questionnaires Persian SF-36. *Payesh Journal* 2005; 5(1): 49-56 (in Persian)
- Tate DG, Kallakjian CZ, Forchheimer MB. Quality of life issues in individuals with cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83(2): 18-25
- Lindsey E, Tina H, Merle M. Quality of life in children and adolescents with cochlear implants and additional needs. *Int. J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; 76(6): 851-857
- Horner-Hohnson W, Krahn GL, Suzuki R, Peterson JJ, Roid G, Hall T. Differential Performance of SF-36 Items in Healthy Adults With and Without Functional Limitations. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91: 570-575.

21. Krahn G, Fujiura G, Drum CE, Cardinal BJ, Nosek MA, RRTC Measurement Panel. The dilemma of measuring perceived health status in the context of disability. *Disabil Health* 2009; 2:49-56.
22. Sharma m, Carro L. The Community-Based Rehabilitation programme in Mongollia-Asia, *Pacific Disability Journal* 2001; 18(2): 35-41
23. NaziriSaeed F. Effect of Community-Based Rehabilitation programme in quality of life of people with mobility disabled(15-65) in Khomain [dissertation]. Master's thesis. Tehran. Iran; Tehran University of Medical Sciences 1380
24. Nazari A. Effect of Community-Based Rehabilitation programme in Functional status of persons with disabilities in Zabol. [dissertation] Master's thesis. Tehran. Iran; University of Welfare and Rehabilitation 1383.
25. Hintermair M. Health-related quality of life and participation of deaf and hard-of hearing students schools 2010; 16(2): 254-271.
26. WarnerCzyz AD, Loy B, Tobey EA, Nakonezny P, Roland PS. Health-related quality of life in children and adolescents who use cochlear implants, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2010; 75(1): 95-105.
27. Hasanpour Dehkordi A, Nazari A, Heidarnejad M, AsadiNoghabi A, Forouzandeh A, Kasairi K.L, Masoudi R, mousavi A, hosseini M. Factors Influencing Quality of Life in Patients with Myocardial Infraction, *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2009; 22(57): 43-52 (in Persian)
28. Simpson E, Pilote L. Quality of life after acute myocardial infarction: a comparison of diabetic versus non-diabetic acute myocardial infarction patients in Quebec acute care hospitals. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:80
29. Reynolds MR, Lavelle T, Essebag V, Cohen DJ, Zimetbaum P. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: the fibrillation registry assessing costs, therapies, adverse events and lifestyle (FRACTAL) study. *Am Heart Journal* 2006; 152(6): 1097-103
30. Howes CJ, Reid MC, Brandt C, Ruo B, Yerkey MW, Prasad B. Exercise tolerance and quality of life in elderly patients with chronic atrial fibrillation. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* 2001; 6(1): 23-9
31. Rienstra M, Van Veldhuisen DJ, Hagens VE, Ranchor AV, Veeger NJ, Crijns HJ, et al. Genderrelated differences in rhythm control treatment in persistent atrial fibrillation: data of the rate control versus electrical cardioversion (RACE) study. *J Am CollCardiol* 2005; 46(7): 1298-306



## Research Article

## Effect of Community-Based Rehabilitation program on quality of life for people of 15-65 years old with severe and profound hearing loss in the city of Sabzevar

Mohammadi moghadam M<sup>1</sup>, Mobaraki H<sup>2</sup>, Kamali M<sup>3</sup>, Esmaeili A<sup>1</sup>

1- MSc student of Rehabilitation Management, Tehran University of Medical Sciences

2- Assisstant Professor of Iran University of Medical sciences

3- Associate Professor of Iran University of Medical sciences

### Abstract

**Background and Aim:** The aim of the Community-Based Rehabilitation program is to enhance the quality of life of people with different disabilities including those affected by hearing impairment. The objective of this study was to explore the effect of CBR program on the quality of life of people of 15-65 years old with severe and profound hearing loss old who lived in the city of Sabzevar.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional, the quality of life of people of 15-65 years old with severe and profound hearing loss who lived in the city of Sabzevar were assessed by using a standardized questionnaire SF36 in two groups consist of case group(those who were covered by Community Based Rehabilitation) and control group(those who were not covered by the Community Based Rehabilitation ).Data were analyzed by SPSS software version 17.

**Results:** The number of both groups of cases and controls was equal (each one 46 persons). In this study 63.04 percent of participants were hearing loss and 36.96 were deaf. There was a significant difference between case group and control group in general health perception, social functioning and role limitation due to emotional problems aspects. Overall quality of life scores in case group were higher than control group. Quality of life scores by age, gender, and education were not significantly different between case and control groups.

**Conclusion:** The results of this study confirmed that the effectiveness of community-based rehabilitation program on quality of life of people with hearing impairment.

**Key Words:** Quality of life, Community-Based Rehabilitation, Severe and profound hearing loss

**\*Corresponding Author:** Dr. Hossein Mobaraki, Rehabilitation Faculty, Iran University of Medical Sciences

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

*This research was supported by Iran University of Medical Sciences (IUMS)*