

کیفیت زندگی افراد مبتلا به سکته مغزی و عوامل مرتبط با آن

*اصغر دالوندی^۲

مهديه جعفری^۱

چکیده

زمینه و هدف: سکته مغزی تأثیرات پیش بینی نشده و مخربی در زندگی بیماران به جا می‌گذارد که منجر به تغییراتی در زندگی آنها می‌شود و در نهایت کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف این مطالعه تعیین کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی و عوامل مرتبط با آن می‌باشد. روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و جامعه پژوهش کلیه بیماران سکته مغزی ساکن شهر کرمان بودند. نمونه پژوهش ۹۵ بیمار بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و ابزار سنجش شدت سکته مرکز ملی سلامت جمع‌آوری گردید و سپس با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن) و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاکی از پایین بودن نمره میانگین کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی بود. بیماران مسن تر و مطلقه/بیوه با شرایط اجتماعی-اقتصادی پایین، کیفیت زندگی ضعیف‌تری را گزارش کردند ($p < 0/05$) افزایش طول دوره بیماری $p = 0/005$ و شدت ضایعه $p = 0/001$. کیفیت زندگی را کاهش داده بود. ($p < 0/05$)

نتیجه‌گیری کلی: براساس یافته‌های پژوهش اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی و عوامل مرتبط با آن بسیار مهم است و این دانش می‌تواند به برنامه‌ریزی درمانی مناسب جهت ارتقا و بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند.

کلیدواژه‌ها: سکته مغزی، کیفیت زندگی، عوامل مرتبط، پرسشنامه SF-36

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۷

^۱ کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۲ استادیار گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۸۳۹
Email : asghar.dalvandi@gmail.com

مقدمه

سکته مغزی دومین دلیل ناتوانی و معلولیت و سومین دلیل مرگ و میر بعد از بیماریهای قلبی و سرطانها می باشد که منجر به تغییرات عمده ای در شیوه زندگی بیماران می شود^(۲،۱). سکته مغزی یک واقعه بسیار مهم در زندگی بیماران است که نه تنها باعث اختلالات عملکردی می شود بلکه مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی برای فرد ایجاد می کند^(۳). سکته مغزی تأثیرات پیش بینی نشده و مخربی در زندگی بیماران به جا می گذارد که منجر به تغییراتی در سبک زندگی آنها می شود و در نهایت میزان رضایت و کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد؛ عوارض سکته مغزی بر روی جنبه های مختلف کیفیت زندگی از جمله جنبه های روحی-روانی، جسمی، اجتماعی، اقتصادی، زندگی خانوادگی و مسائل جنسی تأثیرگذار است^(۴).

کیفیت زندگی مفهومی پیچیده و وسیع است که با احساس رضایت و خوشحالی فرد شناسایی می شود؛ فردی که از زندگی خود احساس رضایت دارد انرژی بیشتری برای مراقبت از خود صرف می کند و این باعث می شود که سالم تر باشد و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری داشته باشد و این چرخه همچنان ادامه می یابد^(۵). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که در برگیرنده ابعاد مختلف فیزیکی، روانی، اجتماعی و عقاید شخصی است. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک فرد از زندگی، ارزش ها، اهداف، استانداردها و علایق تعریف کرده است؛ به عبارت دیگر کیفیت زندگی به معنای میزان شکاف و فاصله بین آرزوها و خواسته های فرد و آنچه که احساس میشود و واقعیت دارد می باشد^(۶).

در سالهای اخیر اندازه گیری کیفیت زندگی و بهبود آن به عنوان یکی از اهداف اولیه درمان معرفی شده است که می توان با اندازه گیری کیفیت زندگی، واکنش بیماران را در برابر بیماری ارزیابی کرد و از طریق بررسی وضعیت سلامتی بیماران و سنجش کیفیت زندگی تأثیر منفی بیماری و یا اثرات درمان بر کیفیت زندگی را تعیین

کرد^(۷). همچنین شناخت عوامل دخیل در کاهش کیفیت زندگی به تشخیص زود هنگام بیماران آسیب پذیرتر کمک می کند و با تعدیل و اصلاح این عوامل امکان بهبود و ارتقا کیفیت زندگی این بیماران فراهم می شود. هدف درمان بیماران مزمن، ارتقاء کیفیت زندگی از طریق کاهش اثرات بیماری است. مطالعات انجام شده بر روی بیماران سکته مغزی نشان میدهد که این دسته از بیماران کیفیت زندگی مطلوبی ندارند^(۸) به طوریکه در بیماران با شدت خفیف سکته مغزی هم سطح کیفیت زندگی پایین است^(۹). عوامل متعددی کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد از جمله این عوامل می توان به سن بیمار، شدت ضایعه و میزان ناتوانی های به جا مانده از بیماری^(۱۰) عدم دریافت حمایت اجتماعی^(۱۱) اختلالات شناختی و سایر مشکلات سلامتی^(۱۰) اشاره کرد.

رابطه بین سن، جنسیت و کیفیت زندگی پیچیده است، Gargano و همکارانش کیفیت زندگی را در زنان پایین تر از سایرین یافتند^(۱۲) Gray و همکارانش در تحقیقی بر روی بیماران سکته مغزی اعلام کردند کیفیت زندگی در حیطه عملکرد جسمی و سلامت روانی در زنان پایین تر از سایر حیطه ها بوده است^(۱۳) ناتوانی و وابستگی های عملکردی با کاهش کیفیت زندگی همراه است^(۹-۱۱) باتوجه به اینکه بیماران سکته مغزی در انجام کارهای روزمره خود به دیگران وابسته هستند کیفیت زندگی شان تا حد زیادی کاهش می یابد^(۹). بعضی از محققین معتقدند که بین میزان ناتوانی و کیفیت زندگی بیماران رابطه نزدیکی وجود دارد به طوریکه هر چه میزان معلولیت و ناتوانی بیمار بیشتر باشد کیفیت زندگی وی پایین تر است با این وجود تحقیقاتی بر روی بیماران اسپاینا بیفیدا و مولتیپل اسکلروزیس انجام شده که این مسأله را تأیید نمی کند^(۱۴).

با وجود تحقیقات زیاد بر روی کیفیت زندگی بیماران مزمن، بررسیهای کمی بر روی کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی انجام شده است. این مطالعه با هدف تعیین

اطلاعات بالینی بیمار از قبیل مدت زمان بیماری و نیمکره آسیب دیده از پرونده بیماران استخراج شد.

جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه مشخصات جمعیت شناخت (سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل) پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36، و ابزار سنجش شدت سکنه مرکز ملی سلامت صورت گرفت.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 یک پرسشنامه عمومی است که در سال ۱۹۹۳ توسط Wier و همکارانش طراحی شده است و دارای ۳۶ سؤال در هشت مقیاس (که هر یک از ترکیب ۲ تا ۱۰ سؤال به دست می آید) شامل (عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان) می باشد. در مجموع از ترکیب مقیاسها دو سنجش خلاصه تحت عناوین سلامت جسمی (عملکرد جسمی + محدودیت جسمی + درد جسمی + سلامت عمومی) و سلامت روانی (نشاط + عملکرد اجتماعی + مشکلات روحی + سلامت روان) به دست می آید. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین امتیاز در مقیاس مورد نظر را گزارش می کند^(۱۷).

روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط معتمد و همکاران در سال ۱۳۸۰ در شیراز بررسی شده است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ برآورد شده است.^(۱۷)

شدت ضایعه هم با ابزار سنجش شدت سکنه مرکز ملی سلامت سنجیده میشود که نمره حاصل بین صفر تا ۴۲ قرار می گیرد؛ نمره ۲۵ و بالاتر از آن حاکی از اختلال خیلی شدید، ۱۵ تا ۲۴ اختلال شدید، ۵ تا ۱۴ اختلال متوسط و کمتر از ۵ اختلال خفیف است.^(۱۸)

داده ها با کمک نرم افزار spss نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از آمار توصیفی برای توصیف داده ها و از ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن برای تعیین ارتباط بین عوامل جمعیت شناختی و کیفیت زندگی استفاده شد. این پژوهش بر اساس تایید کمیته اخلاق دانشگاه و با کسب رضایت کتبی از بیماران انجام شد و

کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و عوامل مرتبط با آن انجام شده است.

روش بررسی

این بررسی یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که پس از دریافت مجوز از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی طی ۴ ماه اول سال ۸۹ انجام گردید. جامعه مورد پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سکنه مغزی مراجعه کننده به بیمارستان شفا شهرستان کرمان بودند؛ تعداد ۹۵ بیمار به روش نمونه گیری در دسترس و در صورت داشتن تمایل و با توجه به دارا بودن مشخصات نمونه (رضایت جهت حضور در مطالعه و ساکن شهرستان کرمان بوده که مدت ۴ ماه تا ۲ سال از سکنه مغزی آنان گذشته باشد) و نداشتن عدم توانایی در برقراری ارتباط، اختلال هوشیاری، نمره $MMSE < 23$ وارد تحقیق شدند^(۱۵).

ابزار MMSE Folstein (Mini Mental State Exam) یک ابزار ۱۱ سؤالی است که وضعیت شناختی فرد را در ۵ حیطه ارزیابی می کند؛ نمره حاصل از ابزار ارزیابی وضعیت شناختی در دامنه صفر تا ۳۰ قرار می گیرد^(۱۶) که با توجه به عوامل فرهنگی و تحصیلاتی تأثیر گذار بر این ابزار نمره مد نظر جهت ورود و یا حذف بیماران به پژوهش، در کشورهای مختلف متفاوت است. با استناد به مطالعات انجام شده در ایران و نظر جمعی از اساتید مجرب در دو جلسه گروهی با در نظر گرفتن شرایط تحصیلی و اجتماعی بیماران، افرادی که نمره ۲۳ و بالاتر از آن را گرفتند وارد تحقیق شدند.

پژوهشگر با مراجعه حضوری به منزل بیماران واجد شرایط که مایل به شرکت در پژوهش بودند و ارائه توضیحات درباره مطالعه و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات و همچنین ارائه توضیحات واضح و یکسان درباره پر کردن پرسشنامه ها، اقدام به جمع آوری داده ها کرد. در اکثر موارد، به دلیل عدم توانایی بیمار و نداشتن سواد، پرسشنامه کیفیت زندگی برای بیمار قرائت و پاسخ پرسشها توسط پژوهشگر درج شده است،

۳۴.۷	۳۳	۶-۴ ماه
۲۸.۵	۲۷	۶ ماه تا ۱ سال
۳۶.۸	۳۵	۱ تا ۲ سال
نیمکره آسیب دیده		
۴۸.۴	۴۶	چپ
۵۰.۵	۴۸	راست
۱.۱	۱	دو طرفه
شدت بیماری		
۲۷.۴	۲۶	خفیف
۲۷.۴	۲۶	متوسط
۲۹.۴	۲۸	شدید
۱۵.۸	۱۵	خیلی شدید

میانگین و انحراف معیار مقیاسهای کیفیت زندگی در جدول شماره ۲ آمده است. نمره میانگین سلامت جسمی $43/24 \pm 17/55$ به دست آمد که حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی در این حیطة است، بیشترین نمره میانگین و انحراف استاندارد برای عملکرد اجتماعی ($26/00 \pm 63/52$) و کمترین نمره میانگین برای سلامت عمومی ($29/62 \pm 33/74$) حاصل شد.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش

مؤلفه های سلامت	انحراف معیار \pm میانگین
عملکرد فیزیکی	$21/43 \pm 42/58$
سلامت عمومی	$29/62 \pm 33/74$
درد جسمی	$14/33 \pm 60/81$
نشاط	$32/07 \pm 44/42$
محدودیت فیزیکی	$28/88 \pm 35/84$
محدودیت روانی	$29/34 \pm 61/66$
سلامت روانی	$21/27 \pm 44/84$
عملکرد اجتماعی	$26/00 \pm 63/52$
سلامت جسم (PCS)	$17/55 \pm 43/24$
سلامت روان (MCS)	$14/83 \pm 53/61$

یافته ها حاکی از ارتباط بین سن و حیطة سلامت جسم $p < 0/001$ و $r = -0/505$ ، سن و حیطة سلامت روان $p = 0/005$ و $r = -0/285$ و همچنین شدت ضایعه و

بیماران مجاز بودند در صورت عدم تمایل در هر زمان از همکاری در این پژوهش انصراف دهند؛ تمامی اطلاعات گرفته شده از افراد به صورت محرمانه بوده و باقی خواهد ماند و صرفاً جهت مقاصد پژوهش استفاده خواهد شد.

یافته ها

۹۵ بیمار وارد مطالعه شدند که $52/6\%$ بیماران مرد بودند و $77/9\%$ افراد بالای ۵۰ سال سن داشتند (با میانگین سنی $12/55 \pm 64/24$ با حداقل سن ۳۱ و حداکثر سن ۸۷)، $55/8\%$ متأهل بودند و با همسر و فرزندان زندگی می کردند. $29/5\%$ از بیماران تحصیلات دیپلم و بالاتر از آن داشتند. (ویژگیهای دموگرافیک و کلینیکی بیماران در جدول شماره ۱ آورده شده است).

جدول شماره ۱: ویژگیهای جمعیت شناختی و کلینیکی بیماران

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
سن		
کمتر از ۵۰ سال	۲۱	۲۲.۱
۵۰-۷۰ سال	۴۰	۴۲.۱
بیشتر از ۷۰ سال	۳۴	۳۵.۸
جنسیت		
زن	۴۵	۴۷.۴
مرد	۵۰	۵۲.۶
وضعیت تأهل		
مجرد	۲	۲.۱
متأهل	۵۳	۵۵.۸
مطلقه/بیوه	۴۰	۴۲.۱
میزان تحصیلات		
بیسواد	۳۳	۳۴.۷
سیکل	۳۴	۳۵.۸
دیپلم	۱۸	۱۸.۹
فوق دیپلم	۷	۷.۴
لیسانس و بالاتر از آن	۳	۳.۲
میزان درآمد		
زیر ۳۰۰ هزار تومان	۳۹	۴۱.۰
بین ۳۰۰ تا ۴۹۹ هزار تومان	۴۵	۴۷.۴
بالای ۵۰۰ هزار تومان	۱۱	۱۱.۶
مدت زمان بیماری		

حیطه سلامت جسم با درآمد $r = 0/439$ و $p < 0/001$ و همچنین حیطه سلامت روان در ارتباط با درآمد $r = 0/336$ و $p = 0/215$ و مدت زمان بیماری و حیطه سلامت جسم $r = 0/285$ و $p = 0/005$ وجود دارد. ($p < 0/05$) (جدول شماره ۳)

حیطه سلامت جسم $r = -0/721$ و $p < 0/001$ ، شدت ضایعه و حیطه سلامت روان $r = -0/462$ و $p < 0/001$ می باشد. ارتباط مثبت معنی داری بین حیطه سلامت جسم با تحصیلات $r = 0/527$ و $p < 0/001$ حیطه سلامت روان با تحصیلات $r = 0/250$ و $p = 0/014$

جدول شماره ۳: ارتباط بین کیفیت زندگی و ویژگیهای جمعیت شناختی

مؤلفه های سلامت	سن *	جنسیت **	وضعیت تأهل **	میزان تحصیلات *	میزان درآمد *	مدت زمان بیماری *	نیمکره درگیر **	شدت بیماری *
عملکرد فیزیکی	-0/375"	-0/105	-0/346"	0/194	0/292"	0/301"	-0/023	-0/491"
درد جسمی	-0/302"	-0/108	-0/273"	0/258'	0/242'	0/124	0/270"	-0/507"
محدودیت فیزیکی	-0/534"	-0/168	-0/504"	0/464"	0/364"	0/272"	0/062	-0/660"
سلامت عمومی	-0/259'	-0/215'	-0/244'	0/531"	0/358"	0/132	0/093	-0/466"
عملکرد اجتماعی	-0/408"	-0/10	-0/224'	0/183	0/154	0/305"	0/135	-0/584"
نشاط	-0/052	-0/005	-0/065	0/193	0/198	-0/066	0/182	0/195
محدودیت روانی	0/002	-0/066	0/033	-0/035	-0/107	0/039	0/047	0/049
سلامت روانی	0/987	0/523	0/748	0/738	0/303	0/709	0/653	0/641
سلامت جسم (PCS)	-0/221'	-0/076	-0/413"	0/232'	0/259'	-0/103	0/090	-0/348"
سلامت روان (MCS)	0/031	0/462	<0/001	0/024	0/011	0/322	0/387	0/001
سلامت جسم (PCS)	-0/505"	-0/161	-0/458"	0/527"	0/439"	0/258"	0/122	-0/721"
سلامت روان (MCS)	<0/001	0/118	<0/001	<0/001	<0/001	<0/001	0/238	0/001
سلامت روان (MCS)	-0/285"	-0/115	-0/252'	0/250'	0/215'	0/080	0/222'	-0/462"
سلامت روان (MCS)	0/005	0/269	0/014	0/014	0/036	0/439	0/030	<0/001

**Nonparametric correlation

*Parametric correlation

'correlation is significant at 0.05 level (p value)

"correlation is significant at 0.01 level (p value)

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر نمره میانگین کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی پایین است که با یافته های برخی محققین هم راستا بوده^(۱۹) اما در تضاد با یافته های Kadriye^(۲۰) و فتاحی^(۲۱) است.

با توجه به اینکه تقریباً همه بیماران سکته مغزی دچار مشکلات جسمی متعددی می شوند لذا پایین بودن میانگین کیفیت زندگی در حیطه سلامت عمومی و محدودیت جسمی مسأله ای غیر قابل پیش بینی نیست و کسب بالاترین میانگین برای عملکرد اجتماعی را می توان به شرایط فرهنگی، اجتماعی مردم ایران که معمولاً دوستان و خانواده خود را در شرایط مختلف تحت حمایت قرار می دهند مربوط دانست. اما یافته های کلی حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی می باشد.

کاهش کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی نه تنها با میزان معلولیت و مشکلات و ناتوانیهای جسمی بعد از بیماری ارتباط دارد بلکه با عوامل جمعیت شناختی دیگر مثل سن، جنسیت، سطح سواد و تحصیلات فرد و فاکتورهای کلینیکی نیز ارتباط دارد.^(۹-۱۴)

یافته های این پژوهش (جدول شماره ۳) نشان می دهد کیفیت زندگی در بیماران مسن تر پایین تر از سایرین بوده است که این یافته ها نتایج یک سری از تحقیقات قبلی را تأیید می کند^(۱۵) اما Haacke و همکارانش^(۱۰) هیچ تفاوتی بین بیماران جوان و مسن نیافتند. بر خلاف یافته های تحقیقات قبلی که نشان داده بودند میانگین کیفیت زندگی در زنان پایین تر از مردان است^(۲۲) در این تحقیق تفاوت معنا داری بین دو گروه زنان و مردان مشاهده نشد. کیفیت زندگی در بیماران متأهل در کلیه حیطه ها به غیر از حیطه محدودیت روانی و نشاط بالاتر از سایر افراد بود. نتایج پژوهش حاضر با یافته های Luttik^(۲۳) و Durmaz^(۲۴) هم راستا می باشد در حالیکه با نتایج مطالعه Jatio^(۲۵) هم خوانی ندارد. بر خلاف نتایج مطالعات قبلی^(۲۳) در پژوهش حاضر بین

سطح تحصیلات و درآمد افراد و کیفیت زندگی آنها رابطه معنا دار و مثبتی مشاهده شد؛ بیماران با سطح تحصیلات و درآمد بالاتر کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به سایرین گزارش کردند. سطح تحصیلات با ایجاد تغییرات اساسی در آگاهی و دانش افراد همواره در سلامت و بیماری و سایر جنبه های زندگی نقش مؤثری داشته است تا جایی که بعضی از محققین آن را به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار داده اند.^(۲۶)

در مطالعات قبلی^(۱۵،۲۸،۲۷) مانند پژوهش حاضر بین کیفیت زندگی و شدت بیماری همبستگی مشاهده شده است، به این صورت که بیماران با ضایعه بسیار شدید که به کمک دیگران وابسته هستند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار می باشند. بین مدت زمان بیماری و حیطه های عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، محدودیت فیزیکی ارتباط مثبت معناداری مشاهده شد که می توان گفت در اوایل تشخیص بیماری به دلیل شوکی که به بیمار به دنبال آگاهی از بیماری وارد می شود دچار مشکلات روحی و روانی می شود که این امر منجر به افت کیفیت زندگی بیماران می شود؛ ولی هر چه مدت ابتلا به بیماری بیشتر باشد بیمار بهتر با مشکلات سازگاری پیدا کرده و کیفیت زندگی بهتری را گزارش کرده است.

یافته های پژوهش حاضر بیانگر اهمیت کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی است؛ لذا پیشنهاد می کند که برای برنامه ریزی دقیق برنامه درمانی و توانبخشی بیماران سکته مغزی باید به ارزیابی دقیق کیفیت زندگی بیماران و وضعیت جمعیت شناختی و عوامل مؤثر بر آن توجه کرد. مطالعه حاضر با برخی محدودیت ها نیز همراه بود. نمونه های مورد مطالعه به بیماران سکته مغزی شهر کرمان محدود شده است و جمع آوری داده ها در نمونه های مورد پژوهش به صورت مصاحبه رو در رو انجام شد، لذا امکان داشت برخی از بیماران سکته مغزی به دلایل مختلف به برخی از سؤالات پاسخ دقیق نداده باشند، علاوه بر این ممکن است شرایط روحی و روانی نمونه های مورد پژوهش در پاسخگویی به برخی از

کیفیت زندگی این دسته از بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه بخشی از طرح پژوهشی تحت عنوان بررسی چالشهای زندگی بیماران سکته مغزی بر اساس تجارب و نیازهای آنان با کد ۸۰۱/۴/۸۸/۱۲۹۲ است. نویسندگان از مسؤولین و پرسنل محترم بیمارستان شفا شهر کرمان و کلیه افرادی که به نوعی در این مطالعه همکاری داشتند سپاسگزاری می کنند.

سؤالات مؤثر بوده باشد، بنابراین در تعمیم یافته ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. و همچنین فقدان اطلاعات دقیق از نقش عواملی مثل سابقه بیماری عروقی، سابقه روان پزشکی، بیماریهای مزمن همراه، میزان حمایت های اجتماعی، داروهای مصرفی و تأثیر آنها در کیفیت زندگی، نتیجه گیری قاطع از یافته های پژوهش را با محدودیت رو به رو می کند. لذا پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی، با افزایش حجم نمونه و انتخاب نمونه ها از مراکز و شهرهای مختلف و کنترل نقش مداخلات قبلی با روش های پژوهشی دقیق تر و کامل تر و همچنین با کنترل متغیر های مخدوش کننده، نقش این عوامل در

فهرست منابع

1. Haacke C, Althaus A, Spottke A, Siebert U, Back T, Dodel R. Long-term outcome after stroke evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke*. 2006;37(1):193-8.
2. Gokkaya NK, Aras MD, Cakci A. Health-related quality of life of Turkish stroke survivors. *Int J Rehabil Res*. 2005;28(3):229-35.
3. Daniel K, Wolfe CD, Busch MA, McKeivitt C. What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke*. 2009;40(6):e431-e40.
4. Pan JH, Song XY, Lee SY, Kwok T. Longitudinal analysis of quality of life for stroke survivors using latent curve models. *Stroke*. 2008;39(10):2795-802.
5. Visser-Meily JA, Rhebergen ML, Rinkel GJ, van Zandvoort MJ, Post MW. Long-term health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage relationship with psychological symptoms and personality characteristics. *Stroke*. 2009;40(4):1526-9.
6. Sainsbury A, Heatley R. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21(5):499-508.
7. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovascular diseases*. 2009;27(Suppl. 1):204-14.
8. Wu X, Min L, Cong L, Jia Y, Liu Ch, Zhao H, Liu P, Luo Y. Sex differences in health-related quality of life among adult stroke patients in Northeastern China. *J Clin Neurosci*. 2014; 21(6):957-61
9. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Macdonell RA, Gilligan AK, Srikanth V, et al. Quality of Life After Stroke The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*. 2004;35(10):2340-5.
10. Haacke C, Althaus A, Spottke A, Siebert U, Back T, Dodel R. Long-term outcome after stroke evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke*. 2006;37(1):193-8.
11. Lynch EB, Butt Z, Heinemann A, Victorson D, Nowinski CJ, Perez L, et al. A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. *J Rehabil Med*: 2008;40(7).
12. Gargano J, Reeve M. Sex Differences in Stroke Recovery and Stroke-Specific Quality of Life. *Stroke*. 2007; 38(9) 2541-8
13. Gray L, Sprigg N, Bath P, Boysen G Deyn P, Leys D. Sex Differences in Quality of Life in Stroke Survivors Data From the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST). *Stroke*. 2007; 38(11):2960-4
14. Aprile I, Piazzini D, Bertolini C, Caliendo P, Pazzaglia C, Tonali P, et al. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurological Sciences*. 2006;27(1):40-6.

15. Clark PC, Dunbar SB, Aycock DM, Courtney E, Wolf SL. Caregiver perspectives of memory and behavior changes in stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*. 2006;31(1):26-32.
16. Nieuwenhuis-Mark RE. The death knoll for the MMSE: has it outlived its purpose? *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2010;23(3):151-7.
17. Motamed N, Ayatollahi A, Zare N, Sadeghi-Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. *East Mediterr Health J*. 2005;11(3):349-57.
18. Schlegel D, Kolb SJ, Luciano JM, Tovar JM, Cucchiara BL, Liebeskind DS, et al. Utility of the NIH Stroke Scale as a predictor of hospital disposition. *Stroke*. 2003;34(1):134-7.
19. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Macdonell RA, Gilligan AK, Srikanth V, et al. Quality of Life After Stroke The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*. 2004;35(10):2340-5.
20. Ones K, Yilmaz E, Cetinkaya B, Caglar N. Quality of life for patients poststroke and the factors affecting it. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2005;14(6):261-6.
21. Fattahi A, Montazeri A. [Quality of life among stroke patients in Kermanshah city.] *Modern Rehabilitation*, 2008; 2(1): 1-8 Persian
22. Nichols-Larsen DS, Clark P, Zeringue A, Greenspan A, Blanton S. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke*. 2005;36(7):1480-4.
23. Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart & Lung*. 2006;35(1):3-8.
24. Durmaz T, ÖZDEMİR Ö, ÖZDEMİR BA, Keleş T, Bayram NA, Bozkurt E. Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2009;39(3):343-51.
25. Jatoi A, Novotny P, Cassivi S, Clark MM, Midthun D, Patten CA, et al. Does marital status impact survival and quality of life in patients with non-small cell lung cancer? Observations from the mayo clinic lung cancer cohort. *The oncologist*. 2007;12(12):1456-63.
26. Jaracz K, Kozubski W. Quality of life in stroke patients. *Acta Neurol Scand*. 2003;107(5):324-9.
27. Franzen-Dahlin A, Karlsson MR, Mejhert M, Laska AC. Quality of life in chronic disease: a comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *J Clin Nurs*. 2010; 19(13-14): 1855-60
28. Gosman-Hedström G, Claesson L, Blomstrand C. Consequences of severity at stroke onset for health-related quality of life (HRQL) and informal care: A 1-year follow-up in elderly stroke survivors. *Arch Gerontol Geriatrics*. 2008;47(1):79-91.

Quality of Life of Stroke Survivors and its Related Factors

Jafari M¹, MS.

*Dalvandi A², PhD.

Abstract

Background & Aim: The impact of stroke on patients' lives is usually unexpected and devastating. It leads to some changes in their life and eventually deteriorates their quality of life. The aim of this study was to determine the quality of life of stroke survivors and its related factors.

Material & Methods: It was a cross-sectional, descriptive study. The study population included all stroke survivors living in Kerman city. Ninety-five patients were recruited by convenience sampling. Data was collected by demographic sheet, short form 36 (SF-36), and National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) and was analyzed by descriptive and referential statistics (Pearson and spearman coefficient correlation) using SPSS-PC (v. 16).

Results: The results showed that stroke survivors had low scores indicating poor health at some of the subscales of (SF-36). Elderly stroke patients, single/ divorced patients and those with poorer socio-economic status had lowest quality of life ($p < 0.05$). Long duration and severity of disease had reduced quality of life. ($p < 0.05$)

Conclusion: According to the findings, measurement of quality of life of stroke survivors and its related factors is very important and this knowledge could help to appropriate planning to promote the quality of life of these survivors.

Keywords: Stroke Survivors, Quality of life, Related Factors, SF-36 Questionnaire

Received: 11 Jan 2014

Accepted: 27 March 2014

¹ Master degree of Rehabilitation Management, Rehabilitation Management group, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

² Assistant professor, Nursing group, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author). Tel: +98- 21221800839 Email: asghar.dalvandi@gmail.com