

## ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

\*مهدی حیدرزاده<sup>۱</sup> اکرم قهرمانیان<sup>۲</sup> علی حقیقت<sup>۳</sup> الناز یوسفی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماران مبتلا به سکته مغزی با مشکلات متعدد جسمی، حسی ادراکی، ذهنی، روانی و اجتماعی درگیر هستند، که این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی انجام شده است.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر یک مطالعه همبستگی بود؛ جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهر مراغه بودند. نمونه‌گیری به روش آسان و با توجه به معیارهای ورودی انجام شد. مجموعاً ۱۰۶ بیمار واجد شرایط انتخاب شدند و داده‌ها به وسیله ابزار کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی تهیه شده توسط پژوهشگر و با روش مصاحبه جمع‌آوری گردید. سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (ضریب پیرسون، آنالیز رگرسیون چندگانه) توسط نرم افزار SPSS (ver. 15) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد کیفیت زندگی در ۷۰/۸ درصد و حمایت اجتماعی در ۸۲/۱ درصد بیماران مطلوب می‌باشد و بین این دو متغیر رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ( $r=0/3$  و  $P=0/002$ ). در زیر شاخه‌های کیفیت زندگی بعد اجتماعی در ۹۷/۲ درصد و بعد جسمی در ۶۳/۲ درصد بیماران مطلوب بود در حالی که بعد روانی در نیمی از بیماران نامطلوب بود. در زیر شاخه‌های حمایت اجتماعی بیشترین حمایت مطلوب مربوط به بعد حمایت عاطفی بود (۹۶/۲ درصد)، تأثیر حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی بر کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار نبود.

**نتیجه گیری:** نزدیک به یک سوم از بیماران مورد مطالعه از کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار نبودند و با توجه به رابطه مثبت بین این دو، به خصوص تأثیر بارز حمایت در بعد عاطفی بر کیفیت زندگی توصیه می‌شود برنامه‌ریزان مراقبتی و مسئولین ترتیبی اتخاذ نمایند تا علاوه بر تقویت حمایت ابزاری و اطلاعاتی حمایت عاطفی در این گروه تقویت و بدین طریق موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد.

### کلید واژه‌ها: سکته مغزی - کیفیت زندگی - حمایت اجتماعی

تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۱۴

تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۴

<sup>۱</sup> مربی گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، ایران (\*مؤلف مسؤول)

E\_mail:mehdiheidarzadeha@gmail.com

شماره تماس: ۰۹۱۴۱۷۶۸۵۰۲

<sup>۲</sup> مربی گروه پرستاری داخلی جراحی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، ایران

<sup>۳</sup> دارای بورس تخصصی بیماری‌های مغز و اعصاب - بیمارستان امیرالمؤمنین مراغه، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس پرستاری بیمارستان امیرالمؤمنین مراغه، ایران

## مقدمه

حادثه عروق مغزی یا به اصطلاح عامیانه تر سکنه مغزی به هر نوع ایسکمی یا نکروز سلول‌های عصبی مغز که منشأ عروقی داشته باشد، گفته می‌شود.<sup>(۱)</sup> سکنه مغزی یکی از علل ایجاد کننده ناتوانی در بزرگسالان می‌باشد، سالانه ۵۵۰۰۰۰ مورد سکنه مغزی در آمریکا روی می‌دهد که از این تعداد ۱۵۰۰۰۰ مورد به مرگ و ۳۰۰۰۰۰ مورد به ناتوانی در این بیماران می‌انجامد.<sup>(۲)</sup> در ایران آمار دقیقی در خصوص شیوع سکنه‌های مغزی و مرگ و میر ناشی از آن در دسترس نمی‌باشد. امروزه با توجه به پیشرفت‌های موجود در تشخیص و درمان، با تعداد بیشتری از این بیماران نسبت به گذشته روبرو هستیم.<sup>(۳)</sup> برای درمان این بیماران از درمان دارویی به منظور جلوگیری از پیشرفت بیماری استفاده می‌شود، اما درمان اصلی بیماران سکنه مغزی، درمان حمایتی و بازتوانی می‌باشد.<sup>(۳)</sup> با وجود درمان‌های حمایتی و بازتوانی بیماران مبتلا به سکنه مغزی با مشکلات متعدد جسمی، حسی ادراکی، ذهنی، روانی و اجتماعی مواجه می‌شوند.<sup>(۴،۲)</sup> از آن جمله می‌توان وابستگی به دیگران در فعالیت‌های روزمره زندگی، تغییر در خلق و اختلال در تعاملات اجتماعی با اعضای خانواده را نام برد.<sup>(۵)</sup> در این زمینه Larson و همکاران می‌نویسند: بیماران مبتلا به سکنه مغزی با عوارض بسیاری از قبیل افسردگی، احساس بی‌ارزشی، مشکلاتی در زمینه تکلم و ایجاد ارتباط، تغییر شخصیت، از دست دادن دوستان قبلی و وابستگی به سایرین بر ای فعالیت‌های روزمره مواجه می‌شوند.<sup>(۶)</sup> این تغییرات می‌توانند به طور بالقوه کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهند.<sup>(۵)</sup>

از سال ۱۹۴۸، زمانی که سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را این‌گونه تعریف کرد که "سلامتی تنها فقدان بیماری و ناتوانی نیست بلکه سلامتی عبارت است از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی" موضوع کیفیت زندگی در قسمت بالین و تحقیقات مراقبت بهداشتی اهمیت بسیاری پیدا کرد.<sup>(۷)</sup> کیفیت زندگی به عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلالات جسمی و روانی استفاده می‌شود.<sup>(۸)</sup> Testa و همکاران ابعاد متأثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کنند: حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متأثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراکات فرد می‌باشند.<sup>(۹)</sup> با این وصف کیفیت زندگی باید از زوایا و ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی سنجیده شود.<sup>(۱۰)</sup> بیماران مبتلا به سکنه مغزی با مشکلات متعدد جسمی، حسی ادراکی، ذهنی، روانی و اجتماعی مواجه می‌شوند، که این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود.<sup>(۴،۲)</sup> در مطالعه‌ای Mcmillan و همکاران دریافتند که کیفیت زندگی کلی بیماران مبتلا به سکنه مغزی به طور معنی‌داری کمتر از کیفیت زندگی کلی گروه شاهد بود.<sup>(۵)</sup> شواهدی که از مطالعات مختلف بدست آمده نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی می‌کند، همچنین حمایت اجتماعی باعث کاهش آثار منفی استرس‌های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می‌شود، می‌گردد و به تبع آن بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و مثبت خواهد داشت.<sup>(۱۱)</sup> حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت و توجه و مساعدت اعضاء خانواده و دوستان و سایر افرادی می‌باشد که فرد از آنها برخوردار است.<sup>(۱۲)</sup> حمایت اجتماعی می‌تواند حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری باشد. حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق

**روش بررسی**

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی بود، جامعه مورد پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سکنه مغزی در شهر مراغه بودند که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. در این پژوهش مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از: جهت حضور در مطالعه رضایت داشته باشند، سواد خواندن و نوشتن و یا این که قدرت برقراری ارتباط را داشته باشند، عدم وجود سابقه سکنه مغزی قبلی، از ابتلا به سکنه مغزی حداقل ۶ ماه گذشته باشد، عدم وجود سابقه بیماری روانی، معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ۱) عدم توانایی در برقراری ارتباط ۲) داشتن سابقه بیماری روانی. برای دسترسی به بیماران و مصاحبه با آنان به کلینیک‌های فیزیوتراپی شهر مراغه (فراز، حقیقت و شفا) مراجعه می‌شد، در ضمن پژوهشگر به منزل بیمارانی که به کلینیک‌های فوق الذکر مراجعه نمی‌کردند، مراجعه می‌نمود و با آن‌ها در منزلشان مصاحبه می‌کرد. تمام بیماران واجد شرایط که راضی به شرکت در پژوهش بودند بعد از توضیح مطالعه و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. مجموع بیماران واجد شرایط که طی ۷ ماه وارد مطالعه شدند، ۱۰۶ نفر بودند. از آنجایی که آمار دقیق بیماران زنده مانده پس از ۶ ماه از سکنه مغزی در دسترس نبود لذا نمونه‌گیری به روش آسان و با توجه به معیارهای ورودی انجام شد.

ابزار مورد استفاده شامل سه بخش مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بود. پرسشنامه کیفیت زندگی در این مطالعه از سه قسمت تشکیل شده است: بعد جسمی (۳۲ عبارت)، بعد روانی (۱۰ عبارت) و بعد اجتماعی (۱۲ عبارت). پرسشنامه

ورزیدن به بیمار، پذیرفتن بیمار و احترام گذاشتن به او می‌باشد، کمک ملموس کالائی و یا خدماتی نیز تحت عنوان حمایت ابزاری نامیده شده و دادن اطلاعات و آگاهی به افراد در زمان بروز استرس‌های جسمی و روانی را حمایت اطلاعاتی گویند.<sup>(۱۳)</sup>

وجود حمایت اجتماعی در افراد می‌تواند باعث کاهش بیماری‌های قلبی، فشارخون، سردردهای عصبی، ناراحتی‌های گوارشی و ... شود، همچنین می‌تواند منجر به افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس در افراد شود.<sup>(۱۴)</sup> حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سوء ناشی از بیماری مزمن را کاهش دهد و به بیماران کمک نماید تا سازگاری بهتری را با بیماری خودشان داشته باشند. Callaghan می‌نویسد: افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند، بهتر قادر خواهند بود با رخدادهای استرس‌زای زندگی سازگاری کنند.<sup>(۱۱)</sup> خوشدل می‌نویسد حمایت اجتماعی می‌تواند به فرد دلگرمی داده و باعث افزایش عزت نفس در وی گردد و او را برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی آماده‌تر نماید.<sup>(۱۴)</sup> حمایت اجتماعی می‌تواند در برخی از ابعاد کیفیت زندگی تأثیر گذار باشد.

مروری بر متون انجام شده حاکی از فقدان مطالعات کافی در ابعاد تشکیل دهنده کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و همین‌طور حمایت اجتماعی و ابعاد تشکیل دهنده آن در سطح دنیا و کیفیت زندگی آنان در کشورهای آسیایی به ویژه ایران می‌باشد، لذا در این پژوهش قصد بر آن بود تا به سؤالات زیر پاسخ داده شود: ۱) کیفیت زندگی در بیماران سکنه مغزی چگونه است؟ ۲) حمایت اجتماعی در بیماران سکنه مغزی چگونه است؟ و نیز ۳) آیا بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکنه مغزی ارتباط وجود دارد؟

کیفیت زندگی با استفاده از تلفیق دو ابزار کیفیت زندگی استاندارد و عمومی SF-36 (Short form 36) (items) و کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت سوئدی (Sweden Health Related Quality of Life) بدست آمد، پرسشنامه‌های فوق در مطالعات مختلف برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و سایر بیماران مزمن مورد استفاده قرار گرفته است.<sup>(۱۵-۱۷)</sup> حمایت اجتماعی با استفاده از پرسشنامه‌ای که حاوی ۲۳ سؤال می‌باشد و حالت تلفیقی و تعدیل شده سه ابزار پرسشنامه حمایت اجتماعی از بیماران سرطانی، پرسشنامه حمایت اجتماعی عمومی طراحی شده توسط واکس و پرسشنامه حمایت اجتماعی نبورک (Neborck Social Support Questionnaire (NSSQ)) می‌باشد، اندازه‌گیری شدند.<sup>(۱۴،۱۳،۱۸)</sup> پرسشنامه‌های فوق پس از تعیین اعتبار علمی (Validity) به طریق روایی محتوایی و اعتماد علمی (Reliability) مورد استفاده قرار گرفتند. برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی در زمینه سؤالات مربوط به هر قسمت به صورت زیر بدست آمد: بعد جسمی شامل عملکرد جسمی (۰/۹۵)، درد و ناراحتی (۰/۹۰)، فعالیت‌های جنسی (۰/۹۸)، خواب (۰/۷۷)، بعد روانی کیفیت زندگی (۰/۸۵)، بعد اجتماعی کیفیت زندگی (۰/۸۰) و در مورد پرسشنامه حمایت اجتماعی (۰/۷۵). کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی بر اساس نمره به دست آمده و با توجه به میانه به طور قراردادی به دو قسمت نامطلوب (۱۳۴/۵ - ۴۸) و مطلوب (۲۲۱-۱۳۴/۶) دسته‌بندی شدند. نمرات بدست آمده از پرسشنامه کیفیت زندگی در مورد هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد جسمی، روانی و اجتماعی، آن‌ها نیز با توجه به میانه به دو قسمت برابر مطلوب و نامطلوب دسته‌بندی شدند (عدد میانه در بعد جسمی

۷۲، در بعد روانی ۲۹/۵ و در بعد اجتماعی ۳۳ می‌باشند)؛ در مورد حمایت اجتماعی نیز مجموع نمرات کمتر از میانه (کمتر از ۵۷/۵) نامطلوب و بالاتر از میانه (بیشتر مساوی ۵۷/۵) مطلوب در نظر گرفته شدند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (ضریب پیرسون، آنالیز رگرسیون چندگانه) توسط نرم‌افزار SPSS (ver. 15) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها نیز همراه بود. جمع‌آوری داده‌ها در بیشتر واحدهای مورد پژوهش به صورت مصاحبه رو در رو انجام شده بود، لذا امکان داشت برخی از بیماران سکنه مغزی به دلایل مختلف به برخی از سؤالات پاسخ دقیق نداده باشند. علاوه بر آن ممکن بود شرایط روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش در پاسخگویی به برخی از سؤالات مؤثر بوده باشد.

#### یافته‌ها

در این بررسی ۸۳ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای سن بالای ۵۲ سال ( $64/3 \pm 12/8$ )، ۵۱/۹ درصد زن، ۸۴ درصد متأهل، ۵۰/۹ درصد شاغل، ۶۲/۳ درصد بی‌سواد، و ۵۰/۹ درصد از بیماران مدت ۴ - ۱ سال مبتلا به سکنه مغزی بودند.

نتایج نشان داد که ۷۰/۸ درصد بیماران دارای کیفیت زندگی مطلوب بودند ( $155/8 \pm 33/6$ )، ضمن این که ۶۳/۲ درصد در بعد جسمی، ۵۰ درصد در بعد روانی و ۹۷/۲ درصد در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند (جدول شماره ۱).

در بعد حمایت اجتماعی نتایج این مطالعه نشان داد که ۱۷/۹ درصد بیماران دارای حمایت اجتماعی نامطلوب و

حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (جدول شماره ۳). همین طور مشخص شد که حمایت اجتماعی ۸ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی را به خود اختصاص می‌دهد. رگرسیون آماری چندگانه نشان داد که از میان ابعاد مختلف حمایت اجتماعی تنها بعد حمایت عاطفی دارای ارتباط معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌باشد، به طوری که حمایت عاطفی ۱۱ درصد از واریانس کل کیفیت زندگی را به خود اختصاص می‌دهد. همین طور حمایت عاطفی به ترتیب ۶ درصد، ۸ درصد و ۱۸ درصد از کل واریانس های کیفیت زندگی از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را به خود اختصاص می‌دهد. در حالی که تأثیر حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی بر کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن از نظر آماری معنی‌دار نبوده است.

۸۲/۱ درصد آن‌ها دارای حمایت اجتماعی مطلوب می‌باشند. ضمن این‌که بیشترین حمایت اجتماعی مطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت عاطفی، و بیشترین حمایت اجتماعی نامطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت آموزشی و حمایت ابزاری بود (جدول شماره ۲). همین طور نتایج نشان داد که بیشترین حمایت اجتماعی مطلوب از سوی خانواده تأمین می‌گردد و کمترین حمایت اجتماعی مطلوب از سوی نزدیکان بیمار به عمل می‌آید. نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ( $t=0/3$  و  $P=0/002$ ). همین‌طور بین کیفیت زندگی از بعد جسمی ( $t=0/26$  و  $P=0/008$ )، بعد روانی ( $t=0/28$  و  $P=0/003$ ) و بعد اجتماعی ( $t=0/23$  و  $P=0/018$ ) با

جدول شماره ۱- کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران سکنه مغزی کلینیک های فیزیوتراپی شهر مراغه

کیفیت زندگی	نامطلوب تعداد (درصد)	مطلوب تعداد (درصد)	انحراف معیار $\pm$ میانگین
بعد جسمی	۳۹ (۳۶/۸)	۶۷ (۶۳/۲)	۷۸/۴ $\pm$ ۲۲/۹
بعد روانی	۵۳ (۵۰)	۵۳ (۵۰)	۳۰/۹ $\pm$ ۸/۹
بعد اجتماعی	۳ (۲/۸)	۱۰۳ (۹۷/۲)	۴۶/۵ $\pm$ ۶/۲
کل	۳۱ (۲۹/۲)	۷۵ (۷۰/۸)	۱۵۵/۸ $\pm$ ۳۳/۶

جدول فوق نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در ۷۰/۸ درصد بیماران مطلوب می‌باشد.

جدول شماره ۲- حمایت اجتماعی و ابعاد آن در بیماران سکنه مغزی کلینیک‌های فیزیوتراپی شهر مراغه

حمایت اجتماعی	نامطلوب تعداد (درصد)	مطلوب تعداد (درصد)	انحراف معیار $\pm$ میانگین
بعد عاطفی	۴ (۳/۸)	۱۰۲ (۹۶/۲)	۳۰/۷ $\pm$ ۴
بعد ابزاری	۵۳ (۵۰)	۵۳ (۵۰)	۲۲/۸ $\pm$ ۲/۸
بعد اطلاعاتی	۶۷ (۶۳/۲)	۳۹ (۳۶/۸)	۱۲ $\pm$ ۳
کل	۱۹ (۱۷/۹)	۸۷ (۸۲/۱)	۶۵ $\pm$ ۷

جدول فوق نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی در ۸۲/۱ درصد بیماران مطلوب می‌باشد.

جدول شماره ۳ - ارتباط بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب پیرسون	P
حمایت اجتماعی	بعد جسمی	۰/۲۶	۰/۰۰۸
	بعد روانی	۰/۲۸	۰/۰۰۳
	بعد اجتماعی	۰/۲۳	۰/۰۱۸
	کیفیت زندگی کلی	۰/۳	۰/۰۰۲

جدول فوق نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با سؤال اول "کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی چگونه است؟" نتایج نشان داد که حدود یک سوم از این بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند. سکته مغزی یکی از علل معمول ایجادکننده آسیب مغزی در افراد سالمند می‌باشد که منجر به ناتوانی قابل توجه در آن‌ها می‌شود.<sup>(۱۹)</sup> بسته به شدت و نوع سکته مغزی، این بیماران با درجاتی از اختلال جسمی، روانی و اجتماعی مواجه هستند.<sup>(۲۰)</sup> این تغییرات می‌توانند به طور بالقوه کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهند.<sup>(۵)</sup> مطالعه‌ای را Mcmillan و همکاران به منظور تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی بعد از ترخیص انجام دادند. آنان دریافتند که کیفیت زندگی کلی بیماران مبتلا به سکته مغزی به طور معنی‌داری کمتر از کیفیت زندگی کلی گروه شاهد بود.<sup>(۵)</sup>

در میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی نتایج نشان داد که بیماران سکته مغزی در بعد اجتماعی مشکلات کمتری را دارند. ولی در ابعاد روانی و جسمی با مشکلات بیشتری مواجه هستند. نتایج حاصل از مطالعات دیگر نیز نشان

می‌دهند که مشکلات جسمی و روانی در این بیماران زیاد می‌باشد. به عنوان مثال در مطالعه Mcmillan بیماران سکته مغزی نسبت به گروه شاهد در ابعاد جسمی و روانی کاهش معنی‌داری در کیفیت زندگی را نشان دادند اما در بعد اجتماعی (عملکرد اجتماعی) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.<sup>(۵)</sup> همین طور Jaracz در مطالعات خود دریافت که افسردگی و ناتوانی جسمی از علل منجر به کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی می‌باشد به طوری که این عوامل به همراه وضعیت تأهل ۸۰ درصد از واریانس کیفیت زندگی را توضیح می‌دهند.<sup>(۲۱)</sup> همان طور که نتایج نشان داد بیماران سکته مغزی در ابعاد جسمی و روانی دارای مشکلات بیشتری می‌باشند اما در بعد اجتماعی دارای کیفیت زندگی مطلوب می‌باشند. به نظر می‌رسد که علت بالا بودن کیفیت زندگی از بعد اجتماعی در بیماران سکته مغزی ناشی از ارتباط خوب و مناسب این بیماران با همسر و سایر اعضای خانواده و حمایت مداوم و مؤثر اعضای خانواده از این افراد باشد، در جوامع اسلامی از جمله کشور ایران از وظایف خانواده‌ها که اسلام آن را توصیه نموده است تفاهم و همدردی، تلاش در رفع و برآوردن خواسته‌ها و توقعات اعضای خانواده و شرکت در غم و شادی‌های یکدیگر می‌باشد.<sup>(۲۲)</sup>

در ارتباط با سؤال دوم "حمایت اجتماعی در بیماران سکنه مغزی چگونه است؟" نتایج نشان داد که حدود یک پنجم از بیماران از حمایت اجتماعی نامطلوب برخوردارند. از میان ابعاد مختلف حمایت اجتماعی، تنها حمایت عاطفی در تقریباً تمامی واحدهای مورد پژوهش مطلوب بدست آمد، در حالی که حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی در بیشتر آنها نامطلوب بود. در مطالعه Kristofferzon در زمینه حمایت اجتماعی بیماران مزمن نیز حدود یک سوم از نمونه‌ها حمایت اجتماعی پایینی را گزارش نمودند.<sup>(۲۳)</sup> در مقایسه با مطالعه Kristofferzon که در کشور سوئد انجام داده بود، حمایت عاطفی در مطالعه حاضر مطلوب‌تر بدست آمده است. به نظر می‌رسد علت بالا بودن حمایت عاطفی مطلوب در پژوهش حاضر ناشی از حمایت مداوم و مؤثر اعضای خانواده از این افراد در شرایط بیماری و ابراز همدردی و محبت با آنها می‌باشد. نتایج نشان داد که خانواده بیشترین حمایت را از بیماران به عمل می‌آورد، در حالی که نزدیکان بیمار و پرسنل درمانی، آن چنان که بتوانند رضایت بیماران را جلب نمایند، نمی‌توانند از آنها حمایت بکنند.

در ارتباط با فرضیه تحقیق "بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکنه مغزی ارتباط وجود دارد" مشاهده گردید که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد به طوری که با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. حمایت اجتماعی ۸ درصد از واریانس کل کیفیت زندگی را در این مطالعه به خود اختصاص می‌داد. حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سوء ناشی از بیماری مزمن را کاهش دهد و به بیماران کمک نماید تا سازگاری بهتری را با بیماری خودشان داشته باشند.

مجموعه اثرات ذکر شده می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی شود.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی دارای ارتباط مستقیم و معنی‌داری با کیفیت زندگی از بعد جسمی می‌باشد به گونه‌ای که با افزایش حمایت اجتماعی از سوی منابع مختلف می‌توان از مشکلات جسمی این بیماران کاست. به نظر می‌رسد این ارتباط می‌تواند ناشی از حمایت عاطفی‌ای که خانواده از بیماران به عمل می‌آورد باشد که به بیمار کمک می‌کند تا با تکیه بر خانواده احساس کند کسانی هستند که پشتیبان او در این شرایط سخت و بحرانی می‌باشند لذا راحت‌تر با بیماری مقابله کرده و با آن سازگاری می‌نمایند و از انزوا و گوشه‌گیری دوری جسته، نشاط و دلگرمی بگیرند و این خود می‌تواند انرژی مضاعفی در بیمار ایجاد نماید.

همین‌طور با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی از بعد روانی و همین‌طور بعد اجتماعی افزایش می‌یابد. احتمالاً این ارتباط می‌تواند ناشی از ارتباط مناسب همسر و اعضای خانواده بیماران با آنان و احساس همدردی، دادن دلگرمی و ابراز محبت کافی از سوی خانواده این بیماران می‌باشد. شیخی در این ارتباط می‌نویسد: در کشورهای پیشرفته صنعتی فردگرایی، عدم وفاداری به خانواده و خانواده‌گریزی وجود دارد در حالی که در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران وفاداری به خانواده و حمایت افراد از سوی خانواده وجود دارد.<sup>(۲۴)</sup> نتیجه این تحقیق با نتایج بدست آمده از مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ای Amir و همکاران ارتباط قوی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بدست آوردند<sup>(۲۵)</sup> و در مطالعه keyes مشخص گردید که حمایت عاطفی و ابزاری دارای ارتباط مستقیم و معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌باشند.<sup>(۲۶)</sup>

ابزاری و حمایت اطلاعاتی را در این بیماران افزایش داد چه بسا که با افزایش حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی در کنار حمایت عاطفی که عمدتاً از سوی خانواده انجام می‌شود، بتوان کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء بخشید.

### تقدیر و تشکر

در پایان از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، مسئولین واحدهای فیزیوتراپی، مسئولین کتابخانه و سایر عزیزان که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، تشکر می‌شود.

ضمن این که Yan نشان داد که حمایت اجتماعی، دارای ارتباط مستقیم و معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌باشد، به طوری که ۳ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی را در بیماران مزمن تشکیل می‌داد.<sup>(۱۸)</sup>

نتایج این مطالعه نشان داد، می‌توان با حمایت‌هایی که از سوی خانواده، دوستان و سایر ارگان‌ها بر این بیماران انجام داد، کیفیت زندگی را ارتقا داد. همین‌طور مشخص شد که حمایت عاطفی بارزترین بعد تأثیرگذار در کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد و از آنجایی که بیشترین حمایت عاطفی مطلوب از سوی خانواده بیماران انجام می‌شود می‌توان به صراحت گفت که از میان نهادهای اجتماعی، خانواده تنها نهاد حمایت‌کننده تأثیرگذار بر این بیماران است. لذا جا دارد تا حمایت

### فهرست منابع

- 1- Sاداتیان A, Alavیان M, Emam M, Afshar R, Azar M, Rajaei A, et al. Emergency Internal Medicine. 1st ed. Tehran: Noordanesh; 2002. P.240 [Persian]
- 2- Brunner & Suddarth: medical surgical nursing (nervous disease). Translated by Puran Sami. 2nd ed. Tehran: Boshra; 2001. P.62-78. [Persian]
- 3- Norian K, Kazemian A, Aslani Y. The effect of Rehabilitation on quality of life in stroke patients. J. Zanzan Med. Sci. Univ; 2005. 13 (50): 131-138 [Persian]
- 4- Schlote A, Richter M, Frank B, Wallesch CW. A longitudinal study of health-related quality of life first stroke survivors close relatives. J. Cerebrovasc Dis; 2006. 22(23): 137-42.
- 5- Mcmillan AS, Leung KC, Pow EH, Wong MC, Li LS, Allen PF. Oral health-related quality of life of stroke survivors on discharge from hospital after rehabilitation. J Oral Rehabil; 2005. 32: 495-503.
- 6- Larson J, Dahlin AF, Billing E, Arbin MV, Murray V, Wredling R. predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event. *Scand J Caring*; 2005. 19: 439-445.
- 7- Testa M, Simonson D. Current concepts: Assessment of Quality of life outcomes. *N Engl J Med*; 1996. 334(13): 835-840.
- 8- Kuehner C. Determining of subjective quality of life in depressed patients: The role of self esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord*; 2005. 86: 205-213.
- 9- Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing Quality of life and Improvement in glyceimic control in people with type 2 diabetes. *Diabete care*; 1998. 21(3): 44-52.
- 10- Junger JD. et al. Health Related Quality of Life in Patients with Congestive Heart Failure: Comparison with other Chronic Disease and Relation of Functional Variable. *Heart J.*; 2002. 87(3): 235.
- 11- Callaghan P, Morrissey J. social support and health: a review. *J Adv Nurs*; 1993. 18: 203-210.

- 12-Cobb S. Support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*; 1976. 38: 300.
- 13-Schaffer MA. Social support. In: Peterson SJ, Bredow TS: Middle Range Theories. Philadelphia: Lippincott; 2004. 179-202.
- 14-Khoshdel Mosa. Relationship between social support and self respect in students of Tabriz University. Thesis for taking MS grade. Society sciences collage. Tabriz University, 2000; P.2-45.[Persian]
- 15-Mckevitt C, Redfern I, Laplaca V, Wolfe CDa. Defining and using quality of life: a Survey of health care professionals. *Clin Rehabi*; 2003. 17: 865-870.
- 16-Atefeh Ganbari. The effect of based on Orems selfcare education on quality of life and metabolic situation in type II diabetic patients who referring to educational centers of diabet. Thesis for taking PHD grade. Nursing and Midwifery collage. Tabriz medical sciences University; 2001. P.50- 67.
- 17-Kutner NG, Zhang R, Mcclellan WM. Patient - Reported quality of life early in dialysis treatment: effects associated with usual exercise activity. *Nephrol Nurs J*; 2000. 27(4): 357- 367.
- 18-Yan H, Sellick K. Symptoms, Psychological distress, Social support, and Quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nurs*; 2004. 27(5): 389-399.
- 19-Counsell C, Warlow C, Sandercock P, Fraser H, van Gijn J. The Cochrane collaboration stroke review group. Meeting the need of systematic reviews in stroke care. *Stroke J*; 1995. 26: 62-69.
- 20-Kim P, Warren S, Madhill H, Hadley M. Quality of life of stroke survivors. *Qual Life Res*; 1999. 8: 293-301.
- 21-Jaracz K, Jaracz J, Kozubski W, Rybakowski JK. Post-stroke quality of life and depression. *Acta Neuro psychiatrica*; 2002. 14: 219-225.
- 22-Helmseresht P, Delpisheh A. Health community nursing. First edition. Tehran: Chehr; 1997. P.36 - 69 [Persian]
- 23-Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Copping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *J Adv Nurs*; 2004. 52(2): 113 - 124.
- 24-Sheikhi M. sociology of third world. 3<sup>th</sup> ed. Tehran: Eshragi -Safar; 1999. P.172. [Persian]
- 25-Amir M, Roziner I, Knoll A, Neufeld MY. Self efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia J*; 1999. 40(2): 216-224.
- 26-Keyes B, Michalec B, Kobau R, Zahran H. social support and quality of life among older adults-Missouri, 2000. *Morb Mortal Wkly Rep*; 2005. 54(17): 433 -437.

## **Relationship between Quality of Life and Social Support in Stroke Patients**

\*Mehdi Heidarzadeh<sup>1</sup> MSc    Akram Ghahremanian<sup>2</sup> MSc    Ali Hagigat<sup>3</sup> MD  
Elnaz Yoosefi<sup>4</sup> BSc

### **Abstract**

**Background and Aim:** Stroke patients face to various physical, sensory, mental, psychological and social problems that have a negative effect on quality of life. The aim of this study was to determine relationship between quality of life and social support in stroke patients.

**Material and Method:** This was a correlational study in which the study population consisted of the stroke patients in Maragheh, the city in western Iran. Convenience sampling was used through which 106 patients who had entrance criteria were selected; and data were collected through interviewing based on quality of life and social support instruments. Then, data were analyzed by descriptive and inferential statistics using the SPSS software (Version 15). The authors declare that they have no conflict of interests.

**Results:** The results indicated that quality of life and social support were optimal in 70.8% and 82.1% of stroke patients, respectively and there was a statistically significant positive relationship between these two variables ( $P < 0.002$ ,  $r = 0.3$ ). Regarding quality of life subsections; quality in social and physical dimensions was desirable in respectively 97.2% and 63.2% of patients, while quality in psychological dimension was undesirable in half of them. In social support subsections, optimal emotional support was found in 96.2% of samples; and the impact of instrumental and informational support on quality of life were not found to be statistically significant.

**Conclusion:** Nearly, one third of the patients didn't have optimal quality of life and social support, and regarding to positive relationship between these two concepts, specially the relationship between emotional support and quality of life, it is suggested that health care policy makers and managers consider emotional support in order to improve quality of life in stroke patients and also pay attention to increasing instrumental and informational support.

**Key words:** Stroke - Quality of life - Social support

Received: 3 Jun, 2008

Accepted: 25 May 2009

---

<sup>1</sup> MS Lecturer of Nursing in Islamic Azad University of Bonab, Iran (\*Corresponding Author)  
Tel:09141768502                      E\_mail:mehdia\_58614@yahoo.com

<sup>2</sup> MS Lecturer of Nursing in Islamic Azad University of Bonab, Iran

<sup>3</sup> Brain and nervous disorders specialist in Amirmomenin hospital of Maragheh, Iran

<sup>4</sup> Nursing staff in Amirmomenin hospital of Maragheh, Iran