ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

"مهدی حیدرزاده، اکرم قهرمانیان، علی حقیقتی، ناز بوسیفی" 

چکیده

زمینه و هدف: بیماران سکته مغزی با مشکلات متعدد حسی، جسمی، ادراکی، ذهنی، روانی و اجتماعی در گروه هستند. که لازم 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 سکته مغزی در شهر مراغه بودند. تنظیم گیری به روش آماری و با توجه به معیارهای ورودی انجام شد. جمع‌آوری ۱۰۰ بیمار واجد شرایط ناپایدار شدند و داده‌ها به وسیله ارزیابی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی تهیه شد توسط پژوهشکی و با روش معیارهای جمع‌آوری گردید. سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (ضریب پیرسون، آنالیز گرکسپنی جنگانه) توسط نرم‌افزار SPSS (ver. 15) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد کیفیت زندگی در ۸۰ درصد و حمایت اجتماعی در ۸۱ درصد بیماران مطلوب می‌باشد و این افراد در مقایسه با بیمارانی که در حالت سالم هستند که از کات، کیفیت زندگی محاسبه می‌شود از این بیماران نیازمند نجات دارند.

نتیجه‌گیری: نزدیکی به کمیت اجتماعی مورد مطالعه از کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مطلوبی برخودار بودند و با توجه به رابطه مشابه بین این دو، به صورت آماری ثابت بار آن در بیمارستان همان‌طور که در انجام کیفیت زندگی توصیه می‌شود برتری در زمان، مقایسه و سطح تهیه از دیدگاه پزشکی بود.

کلیدواژه‌ها: سکته مغزی، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۱۴

تاریخ پذیرش: ۸۷/۸/۲۴

1. مرجع: مهربانی، مریم. (۱۳۹۳). سکته مغزی دخانیو و جراحی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بانه، ایران. (ویراستار). E-mail:mehdiheidarzadeh@gmail.com

2. منبع: مهربانی، مریم. (۱۳۹۳). سکته مغزی دخانیو و جراحی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بانه، ایران.


ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

مقدمه

حادثه عروق مغزی یا به اصطلاح عفونت‌برداری سکته مغزی به هر نوع ایستگی با کروز سرولهای عصبی مغز که مشاهده می‌شود(1) که سکته مغزی یکی از علل اصلی کننده ناتوانی در پرگرس سالانه می‌باشد. سالانه ۵۰۰۰۰ سکته مغزی در آمریکا را می‌دهد که این تعداد ۱۵۰۰۰ مورد به مرگ و میر میرود(2). در ایران آمار دیافری در خصوص شیوع سکته‌های مغزی و مرگ و میر ناشی از آن در دسترس نمی‌باشد. امروزه با نیاز به پیشرفت‌های جهانی در تشخیص و درمان، با تعداد بیشتری از این بیماران نسبت به گذشته روبرو هستیم(3). برای درمان این بیماران از دیابتیوریحتیه به منظور جلوگیری از پیشرفت بیماری استفاده می‌شود. اما درمان اصلی بیماران سکته مغزی، درمان همایشی و بازتوانی می‌باشد(4). با وجود دشواری و موانعی که دچار ادراری، ذهنی، روانی و اجتماعی مواجه می‌شوند، که این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود(5). در مطالعه‌های همکاران دریافته‌که کیفیت زندگی کلی بیماران مبتلا به سکته مغزی به طور معنی‌داری کمتر از کیفیت زندگی کلی گروه کنترل می‌باشد بود(6).

ویژگی‌های خاص بیماری روزمره زندگی، تغییر در شغل و بحران در تعاملات اجتماعی با عوامل خانواده را تام بر(7) در این زمینه با استفاده از مدلی به سکته مغزی با عوامل بی‌پیشیبی از قبل افسردگی احساسی ارتشی، مشکلات در زندگی تکمیل و ایجاد ارتباط تغییرات می‌باشد از سمت داستان دوستان بیماران و وابستگی به سایرین بر ای عفونت‌های روزمره مواجه می‌شوند(8). این تغییرات می‌تواند به طور بالقوه کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد(9).

دروزه ۲۳ / شماره ۵۹ / شهریورماه ۱۳۸۸

۲۴ تشریح پرستاری ایران
روش بررسی
پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی بود. جامعه مورد پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهر مراغه بودند که مراجعه‌های ورود به مطالعه را داشتند. در این پژوهش مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از جمله خورش مطالعه و پیوستن به سایر بیماران گروه‌بندی که دارای یک دسته از مطالعه عبارت بودند از: 1) عدم توانایی در برقراری ارتباط‌های دقت توانایی بیماری‌های دیگری، 2) عدم جوهر یک سایه به بیماران و مصاحبه آنان با کلبیکه‌های فیزیوتراپی شیر مراغه (فرمان، خیفته و شنا) مرکز بیماری گروه‌بندی که به کلبیکه‌های فوق الذکر مراجعه می‌کردند. مراجعه مبنود و با آن‌ها در مشخصات مصاحبه‌ای می‌کرد. تمام بیماران واجد شرایط که راضی به شرکت در پژوهش بودند بعد از توضیح مطالعه و اطامنی داده دیروز محرزه و عبانی مطالعه با هوش ممکن برای انتخاب شدند. مجموع بیماران واجد شرایط که طی ۲ ماه وارد مطالعه شدند. ۱۰۰ نفر بودند. از آنجایی که آمار دقت بیماران زندگی ماه با از ۶ ماه از سن میدزی در دسترس نبود لذا نمونه‌گیری به روش آسان و با توجه به میزان آخر و روشی انجام شد.

ابتزاز مورد استفاده شامل سه بخش مشخصات دموگرافیکی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بود. بررسی‌های کیفیت زندگی در این مطالعه از سه قسمت تشکیل شده است: بعد جسمی (۱۳ عبارت)، بعد روشن (۱۰ عبارت) و بعد اجتماعی (۱۲ عبارت). پرسشنامه

وزردیم به بیمار. بدیعرین بیمار و اختلالی گذاشته نمی‌کنیم حتی پس از مدتی نبوده برای افراد در زمان بروز استرس‌های جسمی و رواني را حمایت اطلالی کرده‌اند. (۱۲)

وجود حمایت اجتماعی در افراد می‌تواند باعث کاهش بیماری‌های قلبی‌ و فشار خون شود. جزوی از پاورهای کنترل و ارزش در افراد حمایت اجتماعی می‌باشد. (۱۳)

حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سوپ ناشی از حمایت اجتماعی افراد را کم کند. (۱۴)

با این حال استراتژی‌های سازگاری کننده (۱۱) خوش‌حال می‌تواند حمایت اجتماعی می‌تواند بر فرد و دگرگرده داده و باعث افزایش عزت نفس در وی کردد و او را متقابل با مشکلات جسمی و روانی آماده‌تر نماید. (۱۵)

حمایت اجتماعی می‌تواند برخی از ابعاد کیفیت زندگی تأثیر گذار باشد.

در مورد پیوند انجام شده حاکی از فشای مطالعات کافی در این بخش شکل داده گردید که زندگی بیماران سکته مغزی و همچنین حمایت اجتماعی و ابعاد شکل دهندگی 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 سوالات زیر پاسخ داده شود: ۱) کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی چگونه است؟ ۲) حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی چگونه است؟ ۳) آیا بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی ارتباط وجود دارد؟
کیفیت زندگی با استفاده از تلفیق دو ابزار کیفیت SF-36 استفاده می‌تواند با استفاده از تلفیق دو ابزار کیفیت SF-36، حمایت اجتماعی از بیماران مزمن مورد استفاده قرار گرفته است.

حمایت اجتماعی با استفاده از ابزار NQ (NSSQ) به طریق روابط محتوایی (Validity) و اعتماد عضوی (Reliability) مورد استفاده قرار گرفته. برای تعیین پایایی از صربی آلپای کروناخ استفاده شد که با پایایی در زمینه سوالات مربوط به هر قسمت به صورت زیر بدست آمد: بعد بیشمار نتایج نشان داد که 7/0 درصد بیماران دارای کیفیت زندگی مطلوب بودند (33/8 ± 155/0). ضمن آن که 3/2 درصد در قسمت 50 درصد در بین بیماران، 97 درصد در قسمت 37 درصد از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند (جدول شماره 1).

در بعد حمایت اجتماعی نتایج با مطالعه نشان داد که 12/9 درصد بیماران دارای حمایت اجتماعی نامطلوب و
ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

حمایت اجتماعی ارتباط مستقیمی و معنی‌داری وجود دارد (جدول شماره ۳). همین طور مشخص شد که حمایت اجتماعی منابع از کل و واریانس کیفیت زندگی را به خود انتخابات می‌دهد. گزارش‌های 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 انتخابات می‌دهد. همین طور حمایت عاطفی با ترتیب ۶ درصد، ۸ درصد و ۱۸ درصد از کل و واریانس های کیفیت زندگی از ابعاد حساسی. روانی و اجتماعی را به خود انتخابات می‌دهد. در حالی که تاثیر حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی بر کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن از نظر آماری معنی‌دار نبوده است.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>انحراف معیار ± میانگین</th>
<th>مطلوب</th>
<th>نامطلوب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(تعداد)</td>
<td>(تعداد)</td>
</tr>
<tr>
<td>۷/۸ ± ۲/۷/۹</td>
<td>۶۷</td>
<td>۶۹</td>
</tr>
<tr>
<td>۳/۰ ± ۲/۹</td>
<td>۵۰</td>
<td>۵۳</td>
</tr>
<tr>
<td>۴/۸ ± ۴/۲/۲</td>
<td>۴۷</td>
<td>۴۷</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۵۸/۸ ± ۲/۳/۳</td>
<td>۷۵</td>
<td>۷۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره ۲- حمایت اجتماعی و ابعاد آن در بیماران سکته مغزی کلینیک های فیزیوتراپیی شهر مراغه

<table>
<thead>
<tr>
<th>انحراف معیار ± میانگین</th>
<th>مطلوب</th>
<th>نامطلوب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(تعداد)</td>
<td>(تعداد)</td>
</tr>
<tr>
<td>۳۰/۰ ± ۴/۲/۲</td>
<td>۳۷۸</td>
<td>۴۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۲/۸ ± ۳/۸</td>
<td>۲۳۳</td>
<td>۲۳۳</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۲ ± ۳</td>
<td>۱۲۷</td>
<td>۱۳۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۹/۵ ± ۷</td>
<td>۱۹۸</td>
<td>۱۹۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول فوو نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در ۸۲ درصد بیماران مطلوب می‌باشد.

نشریه پرستاری ایران ۲۷
دوره ۲۲ / شماره ۵۹ / شهریورماه ۱۳۸۸
جدول شماره 3- ارتباط بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

<table>
<thead>
<tr>
<th>P</th>
<th>متغیر مستقل</th>
<th>ضریب پرسون</th>
<th>متغیر واسته</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.08</td>
<td>بعد حسی</td>
<td>0.24</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.32</td>
<td>بعد روانی</td>
<td>0.28</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.18</td>
<td>بعد اجتماعی</td>
<td>0.23</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.05</td>
<td>کیفیت زندگی کلی</td>
<td>0.30</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

می‌دهد که مشکلات حسی و روانی در این بیماران Mcmillan وزیاد می‌باشد. به عنوان مثال در مطالعه بیماران سکته مغزی نسبت به گروه شاهد در ابعاد حسی و روانی کاهش مشاهده‌ای در کیفیت زندگی را نشان دادند اما در بعد اجتماعی (عمدکرایه اجتماعی) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. (2) همین طور در مطالعات جود مراکز که افسریگی و ناتوانی حسی از علل مرگ به کاهش زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی می‌باشد به طوری که این عوامل به همراه وضعیت تأهیل 10 درصد از واریانس کیفیت زندگی را توضیح می‌دهند. (3)

همانطور که نتایج نشان داد بیماران سکته مغزی در ابعاد حسی و روانی دارای مشکلات بیشتری می‌باشند اما در بعد اجتماعی دارای کیفیت زندگی مطلوب می‌باشند. به نظر می‌رسد که علت بین دو 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 عربان از وظایف خانواده‌ها که اسلام آن را توصیه نموده است تفاهم و همگرایی ناش در رفع و برآورده که توانایی توقف اعضای خانواده و شرکت در غم و شادی‌های یکدیگر می‌باشد. (3) نتایج اجتماعی در مطالعات دیگر نیز نشان

جهد 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 مهم از ایجاد نگرانی آسیب حسی در افراد سالماند می‌باشد که مشابه به ناتوانی قابل توجهی در آن‌ها می‌شود. (1) سپه به شدت و نوع سکته مغزی، این بیماران با درجات از اختلال حسی، روانی و اجتماعی مشابه هستند. (1) این تغییرات می‌تواند به طور بالقوه کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. (2) مطالعه‌ای یک همکاری بین منظور تعیین کیفیت زندگی در بیمارستان سکته مغزی این بیماران می‌باشد به سکته همکاری معنی‌داری دارد. آنان دریافتند که کیفیت زندگی کلی بیماران مبتلا به سکته مغزی به طور معنی‌داری کمتر از کیفیت زندگی کلی گروه شاهد بود. (2) در حالی که ابعاد مختلف کیفیت زندگی نتایج نشان داد که بیماران سکته مغزی در ابعاد اجتماعی مشکلات کمتری را دارند. ولی در ابعاد روانی و حسی با مشکلات بیشتری مواجه هستند. نتایج حاصل از مطالعات دیگر نیز نشان
مجموعه اثرات ذکر شده می‌تواند موجب ببود که‌یفت زندگی بیماران سه‌گزش شود.
همچنین تجربه این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی در افراد با اختلالات مشخص و معنی‌داری با کیفیت زندگی از بین حاصل‌کننده گروه‌ای که با آفراد حمایت اجتماعی از سوی مانند‌های مختلف سی‌توان از مشکلات بیماران کاست. به نظر می‌رسد این ارتباط می‌تواند ناشی از حمایت عاطفی‌یا که خاک‌زدایی از بیماران به عنوان معنی‌دار باشد که بیمار ممکن می‌کند تا به کیفیت احساس کند کسانی است که به‌بیانی از این شرایط مسکن و بحران می‌باشد. لذا دانش‌آموزان با توجه به کاهش و گویشی که در حیاتها و دانشگاه‌ها به بیماران می‌رسد می‌تواند رضایت بیماران را در حیطه حمایت اجتماعی کاهش دهد. در این تحقیق نتیجه‌ی اخلاص بیماران با آنان و احساس هم‌دربی دادن دانشگاه در ابزار معیار‌های کامالی از سوی خانواده این بیماران می‌باشد. ضمناً در این ارتباط می‌تواند در کشورهایی بیش‌تر صنفی خوی را در عدم وفاداری خانواده و وفاداری گرایشی وجود دارد. در حال که در کشورهایی در حال نوسازی از جمله ایران و وفاداری خانواده و حمایت از آفراد خانواده وجود دارد (۴۷).
نتیجه این تحقیق با تابعیت باصد آمده از مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌های Amir و همکاران ارتباط قوی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بین بیماران می‌باشد. در مطالعه‌های keyes و زندگی بیماران می‌باشد.
در ارتباط با سوال دوم "حماسه اجتماعی در بیماران سه‌گزش چگونه است؟ "ناتج نشان داد که حدود یک بیشتر از بیماران از حمایت اجتماعی نامطلوب برخوردارند. از میان این افراد، حمایت و حمایت اجتماعی نامطلوب در تغییرات تمامی این‌ها واحدهای مورد پژوهش مطالعه با دستی آمد. در حالی که حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی در بیشتر آن‌ها نامطلوب بود. در مطالعه Kristofferzon اجتماعی بیماران مزموم نیز حدود یک بیشتر از نمونه‌ها حمایت اجتماعی بیماران را "آفراد نمودند" (۴۸) در مقیاس خصوصاً مطالعه Kristofferzon اجتماعی بیماران نمودن در مطالعه حفاظتی از آن‌ها مورد است. به نظر می‌رسد باید با دانش و حمایت حمایت اجتماعی مورد است. در حالی که نزدیکی بیماران و پرستش درمانی آن، آن‌ها که بتواند رضایت بیماران را در جلب یافته نمایند، می‌تواند از آن‌ها می‌باشد.
در ارتباط با فرضیه تحقیق "بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سه‌گزش وجود دارد "مشاهده گردید که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مثبت مثبت و معنی‌دار 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 داد. حمایت اجتماعی می‌تواند تاثیرات سودا ناشی از بیماری مزمن را کاهش دهد و به بیماران کمک می‌نماید. با بررسی پیش‌تری بیماری‌های کاهش دهد و به بیماران کمک می‌نماید.
ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

 ضمن این که Yan نشان داد که حمایت اجتماعی، دارای ارتباط مستقیم و معنی دار با کیفیت زندگی می‌باشد. به طوری که ۳ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی در بیماران مزمن تشكل می‌داد.

نتایج لایحه نشان داد، می‌توان با حمایت ها که از سوی خانواده، دوستان و سایر ارکانها بر این بیماران انجام داد. کیفیت زندگی را ارتقا داد. همینطور مشخص شد که حمایت اجتماعی برابر بین بعد تأثیر گذار در کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد و از آنجایی که بیشترین حمایت عاطفی مطلوب از سوی خانواده بیماران انجام می‌شود، می‌توان به صرفاً گفت که از میان نهادهای اجتماعی، خانواده تنها نهاد حمایت کننده تأثیرگذار بر این بیماران است. لذا جدا دان نیاز حمایت

فهرست منابع


دوره ۱۳۸۸/ شماره ۵۹/ شهریورماه
Relationship between Quality of Life and Social Support in Stroke Patients

*Mehdi Heidarzadeh1 MSc    Akram Ghahremanian2 MSc    Ali Hagigat3 MD
Elnaz Yoosefi4 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 Marageh, 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