ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

چکیده
زمینه و هدف: بیماران مبتلا به سکته مغزی با مشکلات متعدد حسی، جسمی، ادراکی، ذهني، روانی و اجتماعی در گذر
هستند. که این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود. این مطالعه با هدف تبیین 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 آماری و با توجه به معیارهای ورودی انجام شد. مجموعا 116 بیمار واحدهای انتخاب شدند و
داده‌ها با وسیله ارزیابی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی تهیه شده توسط پژوهشگر و با روش مصاحبه جمع آوری گردید. سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (ضریب پیرسون، آنتلری زگربسین چندگانه) توسط نرم افزار
SPSS (v. 15) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد کیفیت زندگی در ۷۸.۴ درصد و حمایت اجتماعی در ۶۸.۸ درصد بیماران مبتلا به سکته مغزی بوده و
بین این دو مفاهیم رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (r = 0.۳۹ و ۰.۴۲ و ۰.۳۳ و ۰.۴۵). در نتیجه شاخص های کیفیت زندگی
بعد اجتماعی در ۷۹.۴ درصد و بعد جسمی در ۶۳.۴ درصد بیماران مبتلا به سکته مغزی بود در حالی که بعد روانی در نیمی از بیماران
نامطلوب بود. در نتیجه، شاخص‌های حمایت اجتماعی بیشترین حمایت مطلوبی مربوط به بعد حمایت عاطفی بود (r = ۰.۳۹ درصد).
تأثیر حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی بر کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد کیفیت زندگی مربوط به سکته مغزی بیماران با حمایت اجتماعی مطلوبی بیمشرفانه بوده و
با توجه به رابطه مشبک بین این دو به ویژه در مراحل تأثیر بیمار حمایت در بعد عاطافی بر کیفیت زندگی توصیه می‌شود
برنامه‌ریزی مرافقتی و مستقل رتبی اتخاذ نماید تا علاوه بر تقسیم حمایت ابزاری و اطلاعاتی حمایت عاطفی در این گروه
تقویت و بهینه طریق محور کیفیت زندگی بیماران کردد.

کلید واژه‌های مورد استفاده: سکته مغزی، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی

تاریخ دریافت: ۸/۲/۱۴۱۴
تاریخ پذیرش: ۸/۲/۱۴۱۴

1 مري پور پرستاري دانشگاه آزاد اسلامی واحد ناباب، ايران (مقدم مسئول)
E_mail: mehdiheidarzadeh@gmail.com
شماره پستی: ۰۹۱۲۱۷۸۸۲۰۳
2 مري پور پرستاري دانشگاه آزاد اسلامی واحد ناباب، ايران
3 داوری بورض نخستين پيمايي مزمن انمي و اعصاب - بيمارستان ابراهيمونين مراغه، ايران
4 کارشناسي پرستاري بيمارستان ابراهيمونين مراغه، ايران
مقدمه

بنا بر ارقام و فاکتورهای برمی‌گردد که در سال 1980، زمانی که سالمندان بپدید بین‌جهتیت و سلامت را این گونه تعیین کرد که "سالمیت تنا فضانی" بیماری و ناهنجاری از بلوک سلامت و بهره‌وری است. این کلمه برای اخذ جسمی، روانی و اجتماعی "موضع کیفیت زندگی" در قسمت بالایی تا و تحقیقات بیشتری اهمیت است. بسیاری پیدا کرد. (۱) کیفیت زندگی به عنوان میان‌رای برای بیماران با اختلالات حسسی و روی استفاده می‌شد. (۲) ابعاد متغیر و بازاریابی کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متأثر از تجربه، باورها و انتظارات و اهداف قدرت می‌باشد. (۳) این وصف کیفیت زندگی باید از زاویه ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی سنجیده شود. (۴) بیماران مبتلا به سکته مغزی با مشکلات متعدد جسمی، حس ادراکی، ذهنی، روانی و اجتماعی مواجه می‌شوند. (۵) که این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود. (۶) در مطالعه‌های همکاران در این فکرند که کیفیت زندگی کلی بیماران مبتلا به سکته مغزی طور مشخصی کمتر از کیفیت زندگی گروه شاهد بود. (۷)

شواهدی که از مطالعات مختلف بردهء نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی دارد در حفظ سلامتی افراد باید مانند همچنین حمایت اجتماعی باعث کاهش آنلاین استرس‌های فردی مبتلا که از محیط و جامعه مورد عهده است. (۸) که در کنون به نیاز برای کیفیت زندگی اثر مستقیم و مثبت خواهد داشت. (۹) حمایت اجتماعی میان بروخورداران از محیط و توجه و مساعدت و پیاده‌سازی و سایر افرادی باشکند که در از آنها برخوردار است. (۱۰) حمایت اجتماعی می‌تواند حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابرازی باشد. حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق

مهدی حیدرزاده و همکاران

ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

درجه 2/ شماره 59 / شهریورماه 1388

۲۴ تشریح پرسی ایران
روش بررسی
پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی بود. جامعه مورد
پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهر
مراغه بودند که مبتلا به سکته مغزی در شرایط
در این پژوهش مشخصات واحدهای مورد پژوهش
عبارت بودند از جمله عوامل در مطالعه این مطالعه داشته
باشند. سواد خواندن و نوشتن و یا این که قدرت
برقراری ارتباط را داشته باشند. عدم وجود سابقه سکته
مغزی قبلی، ابزار به سکته مغزی دفع ۴ ماه گذشته
باشند. عدم وجود سابقه بیماری روانی، مبتلا به خروج
از مطالعه عبارت بودند از: ۱) عدم توافقی در برقراری
ارتباط ۲ داشتن سابقه بیماری روانی. برای دسترسی
به بیماران و مصاحبه با آنان به کلیه‌های فیزیوتراپی
شیر مراغه (فراراز، حقیقتی و شفاه). مراجعه خود، در
ضمن پژوهشگر به منزل بیماران که به کلیه‌های
فوق الذکر مراجعه نمی‌کردند. مراجعه شد و به آنها یک منزل‌سازی مصاحبه می‌کرد. تمام بیماران و اما
شرایط که وضعیت در پژوهش بودند بعد از
توضیح مطالعه و اطعام شان در صورت محرمانه
بودن اطلاعات به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.
مجموع بیماران واجد شرایط که طی ۳ ماه وارد مطالعه
شدن ۹۱ نفر بودند. از آنجایی که آمار دوباره بیماران
نخستین بسته از ۶ ماه از سکته مغزی در دسترس
نیست لذا نمونه‌گیری بر روی آسان و با توجه به
بیماری‌های ورودی انجام شد.
ابزار مورد استفاده شامل سه بخش مشخصات
دموگرافیک، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بود.
بررسی کیفیت زندگی در این مطالعه از سه قسمت
تشکیل شده است: بعد جسمی (۳۲ عبارت) بعد روایی
(۱۰ عبارت) و بعد اجتماعی (۱۲ عبارت). پرسشنامه

وزن‌یادن به بیمار با کم‌ترین بیماری و احترام گذاشتن به او
مشابه. چه کم‌ترین گزینه کم‌ترین بازه کم‌ترین ارائه اثبات‌های
ونان حمایت این اثبات در زمان بروز استرس‌های جسمی و
آگاهی از افراد در زمان بروز استرس‌های جسمی و
روانی با حمایت اطلاعات کوئیندی. (۱۳)
وجود حمایت اجتماعی در افراد می‌تواند باعث کاهش
بیماری‌های قلبی و قلب‌پری شود. همچنین می‌تواند تجربه
به افزایش اعتماد به نفس و افزایش نفس در افراد
شود. (۱۴) حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سواد ناشی از
بیماری مزمن را کاهش دهد و به بیماران کم‌تأخذ
تی اینگاری بهترین را به بیماری خون‌شان داشته باشند.
با توجه به می‌تواند نتیجه این اجتماعی callaghan
بایل برخوردار هم‌فکری بودن با
ارتباط و اینگاری استرس‌های زندگی سازگاری کنند. (۱۱)
خوشنیزی می‌تواند حمایت اجتماعی می‌تواند به فرد
درگیرین داده و باعث افزایش عزت نفس در وی کردد
و ار برای مقایسه با مشکلات جسمی و روایی آماده‌تر
نماید. (۱۴) حمایت اجتماعی می‌تواند در برجام از ابعاد
کیفیت زندگی تأثیر گذار باشد.

مروری بر منون انجام شده حاکی از فندان مطالعات
کافی در ابتدای تاکید دهه‌گی کیفیت زندگی بیماران
سکته مغزی و هم‌طور حمایت اجتماعی و ابعاد تاکید
دهده آن در سطح دنیا و کیفیت زندگی آنان در
کشورهای آسیایی بوده و روانی ایرانی می‌باشد. لذا دارای
پژوهش قصد بر آن بود تا به سؤالات زیر یکسان داده
شود: ۱) کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی چگونه
است؟ ۲) حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی
چگونه است؟ و نیز ۳) آیا بین کیفیت زندگی و حمایت
اجتماعی در بیماران سکته مغزی ارتباط وجود دارند؟

شهیره پرستاری ایران ۱۳۸۸
دوره ۲۳/ شماره ۵۴ / شهریورماه 1388
ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

کیفیت زندگی با استفاده از تلفیق دو ابزار کیفیت Short form SF-36 (items) زندگی استفاده و در حدود ۲۳ مدیر پزشک (کمتر از میانگین) نامعلوم و باید از میانه (بیشتر) مسابقه و بالاتر از میانه (متوسط) داده‌ها استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (ضربه پرسون آنا: رپورتسیون چندگانه) توسط نرم‌افزار (۱۵ vcr) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها نیز همراه بود. جمع آوری داده‌ها در بیشتر واحدهای مورد بررسی پزوهش به صورت مصاحبه و در دو امکان شده بود. اما امکان داشت برخی از بیماران سقط مغزی به دلیل مختلف به برخی از سوالات پاسخ داده نشده بودند. علاوه بر آن ممکن بود فرد روحی و روانی و یا دخیل سوء در پزوهش در پاسخگویی به برخی از سوالات مؤثر بوده باشد.

یافته‌ها

در این بررسی ۳۳ درصد واحدهای مورد بررسی دارای سن بالای ۵۵ سال (۱۷/۳ ± ۳/۲) درصد و ۸/۵ درصد شاغل ۲/۳ درصد بسیار و ۵/۹ درصد از بیماران سند ۴ – ۷ سال میلته به سکته مغزی بودند. نتایج نشان داد که ۷۰/۸ درصد بیماران دارای کیفیت زندگی مطابق بودند (۶/۲ ± ۳/۳) و در حدود ۲۲ درصد در حد جسمانی ۵۰ درصد در حد حسی و ۲/۳ درصد در حد خیانت از کیفیت زندگی مطابق برخورد بودند (جدول شماره ۱).

در بعد مصاحبه‌های اجتماعی نتایج این مطالعه نشان داد که ۱۷/۳ درصد بیماران دارای حمایت اجتماعی نامعلوم و

کیفیت زندگی با استفاده از تلفیق دو ابزار کیفیت

Short form SF-36 (items) زندگی استفاده و در حدود ۲۳ مدیر پزشک (کمتر از میانگین) نامعلوم و باید از میانه (بیشتر) مسابقه و بالاتر از میانه (متوسط) داده‌ها استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (ضربه پرسون آنا: رپورتسیون چندگانه) توسط نرم‌افزار (۱۵ vcr) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها نیز همراه بود. جمع آوری داده‌ها در بیشتر واحدهای مورد بررسی پزوهش به صورت مصاحبه و در دو امکان شده بود. اما امکان داشت برخی از بیماران سقط مغزی به دلیل مختلف به برخی از سوالات پاسخ داده نشده بودند. علاوه بر آن ممکن بود فرد روحی و روانی و یا دخیل سوء در پزوهش در پاسخگویی به برخی از سوالات مؤثر بوده باشد.

یافته‌ها

در این بررسی ۳۳ درصد واحدهای مورد بررسی دارای سن بالای ۵۵ سال (۱۷/۳ ± ۳/۲) درصد و ۸/۵ درصد شاغل ۲/۳ درصد بسیار و ۵/۹ درصد از بیماران سند ۴ – ۷ سال میلته به سکته مغزی بودند. نتایج نشان داد که ۷۰/۸ درصد بیماران دارای کیفیت زندگی مطابق بودند (۶/۲ ± ۳/۳) و در حدود ۲۲ درصد در حد جسمانی ۵۰ درصد در حد حسی و ۲/۳ درصد در حد خیانت از کیفیت زندگی مطابق برخورد بودند (جدول شماره ۱).

در بعد مصاحبه‌های اجتماعی نتایج این مطالعه نشان داد که ۱۷/۳ درصد بیماران دارای حمایت اجتماعی نامعلوم و
ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (جدول شماره ۳). همین بیان این است که حمایت اجتماعی ۸/۸ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی را به خود اتصال می‌دهد. در گروه‌های آماری چندگانه نشان داد که در این ابعاد مختلف حمایت اجتماعی تنها بعد از واریانس کل کیفیت زندگی را به خود اتصال می‌دهد. همینطور حمایت اعاطی به ترتیب ۶ درصد، ۱۸ درصد و ۶۵ درصد از کل واریانس حمایت اجتماعی به 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.

جدول شماره ۱- کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران سکته مغزی کلیینیک های فیزیوتراپی شهر مراهک

<table>
<thead>
<tr>
<th>انحراف معیار ± میانگین</th>
<th>مطلوب</th>
<th>نامطلوب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>کیفیت زندگی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>96/8 ± 3/9</td>
<td>(۹۵/۳) (۹۷/۹)</td>
<td>(۸۴/۹) (۹۸/۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>40/8 ± 5/9</td>
<td>(۸۵/۸) (۹۵/۹)</td>
<td>(۸۷/۹) (۹۵/۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>85/8 ± 3/9</td>
<td>(۹۷/۵) (۹۹/۵)</td>
<td>(۹۸/۵) (۹۷/۵)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره ۲- حمایت اجتماعی و ابعاد آن در بیماران سکته مغزی کلیینیک های فیزیوتراپی شهر مراهک

<table>
<thead>
<tr>
<th>انحراف معیار ± میانگین</th>
<th>مطلوب</th>
<th>نامطلوب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>حمایت اجتماعی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30/2 ± 3</td>
<td>(۹۵/۳) (۹۲/۳)</td>
<td>(۸۹/۹) (۹۳/۳)</td>
</tr>
<tr>
<td>30/3 ± 5</td>
<td>(۹۵/۳) (۹۵/۳)</td>
<td>(۹۳/۳) (۹۵/۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>50 ± 7</td>
<td>(۹۵/۳) (۹۵/۹)</td>
<td>(۹۵/۹) (۹۵/۹)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

درجه فوک نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در ۸۱/۰ درصد بیماران مطلوب می‌باشد.
جدول شماره ۳ - ارتباط بین کیفیت زندگی و هماهنگی در بیماران سکته مغزی

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>متغیر مستقل</th>
<th>ضریب پرسون</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>P</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۰/۰۸</td>
<td>بعد حسی</td>
<td>۰/۲۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۰/۰۳</td>
<td>بعد روایت</td>
<td>۰/۲۸</td>
</tr>
<tr>
<td>۰/۰۲</td>
<td>بعد اجتماعی</td>
<td>۰/۲۳</td>
</tr>
<tr>
<td>۰/۰۳</td>
<td>کیفیت زندگی کلی</td>
<td>۰/۳</td>
</tr>
</tbody>
</table>

می‌دهد که مطالعات حساسی و روایی در این بیماران می‌باشد. به عنوان مثال در مطالعه بیماران سکته مغزی نسبت به گروه شاهد در ابتدای حسی و روایی کاهش معنی‌داری در کیفیت زندگی را نشان دادند اما در بعد اجتماعی (عملکرد اجتماعی) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. همینطور در مطالعات خود دریایکی و Järacz تاثیر در ابتدای حسی نشان داد که کاهش معنی‌داری در بیماران سکته مغزی نسبت به گروه شاهد در طول کیفیت زندگی را این عوامل بیشتر و ضعیف تأحل ۰/۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی را توضیح می‌دهد. همانطور که نتایج نشان داد بیماران سکته مغزی در ابتدای حسی و روایی در ارتباط می‌باشد که این اثر به نظر می‌رسد که نسبت 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 مشارکت دندان دندان اعضای خانواده از این افراد باشد. در جوامع اسلامی از جمله کشور ایران از وضعیت خانواده‌ها که اسلام آن را توصیه نموده است نشان می‌دهد که نشان در رفع و برآوردن خواسته ها و توقعات اعضای خانواده و شرکت در غ و شادی های پیدا کردن می‌باشد. در این بحث، نتایج نشان داد که میزان مطالعات حساسی و روایی در این بیماران سکته مغزی در بعد اجتماعی مشکلات منجر تولید یافتن گروه شاهد به سکته مغزی به طور معنی‌داری کمتر از کیفیت زندگی کلی بیماران می‌باشد. همچنین، در مطالعات حساسی و روایی در این بیماران سکته مغزی نسبت به گروه شاهد در ابتدای حسی و روایی کاهش معنی‌داری در کیفیت زندگی را نشان دادند اما در بعد اجتماعی (عملکرد اجتماعی) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. همین‌طور در مطالعات خود دریایکی و Järacz تاثیر در ابتدای حسی نشان داد که کاهش معنی‌داری در بیماران سکته مغزی نسبت به گروه شاهد در طول کیفیت زندگی را این عوامل بیشتر و ضعیف تأحل ۰/۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی را توضیح می‌دهد. همان‌طور که نتایج نشان داد بیماران سکته مغزی در ابتدای حسی و روایی در ارتباط می‌باشد که این اثر به نظر می‌رسد که نسبت 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 مشارکت دندان دندان اعضای خانواده از این افراد باشد. در جوامع اسلامی از جمله کشور ایران از وضعیت خانواده‌ها که اسلام آن را توصیه نموده است نشان می‌دهد که نشان در رفع و برآوردن خواسته ها و توقعات اعضای خانواده و شرکت در غ و شادی های پیدا کردن می‌باشد.
مهمی‌سازی اثرات ذکر شده می‌تواند موجب بی‌پدید کردن کیفیت انجام‌پذیری در بیماران سطح مفهومی بود.

همچنین نتایج ان مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی در ارتباط مستقیم و معنی‌دار با کیفیت زندگی از جمله، بعد از مجسمه‌ی می‌باشد که به ویژه‌ی حمایت ارتباطی از سوی متفاوت می‌توان از مشکلات جسمی بین این ارتباط می‌تواند ناشی از حمایت عاطفی‌ای که خانواده از بیمار به عمل در آورده باشد که به بیمار کمک می‌کند تا با کمک خانواده‌اش کنسنتره‌ی هستند که بپیشیند و در این نتایج شاخص درباره‌ی این بیماری مقابله‌ی کرده و با آن سازگاری به نمایندگی و گوش‌گیری دوی جسته نشان و دادرمگری کنند و این خود می‌تواند نشان‌گر مضمن در بیمار ایجاد نماید.

همین‌طور با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی این روان‌های و مفهوم طور بعد انجام‌پذیری افزایش می‌یابد. احتمالاً این ارتباط می‌تواند ناشی از ارتباط مناسب حمایت و اعضاي خانواده بیماران با آن‌ها و احساس همدلی در دادن دادرمگری و ایجاد محیط کامی از سوی خانواده این بیماران می‌باشد. شیکی در این ارتباط می‌بیند. در کشورهایی که نیسته‌ی فرآینده‌ی ارتباطی در دانشگاه‌ها و روابطی که در حال حاضر در جامعه‌ی ایران وجود دارد در حال حاضر در جامعه‌ی ایران وجود دارد. (24) نتیجه‌ی این تحقیق بنا بر نتایج داده‌های از مطالعات قبلی همکاران دارد. در مطالعه‌ی و Amir و همکاران ارتباطی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی نشان داده شده بود. (25) و در مطالعه‌ی مشخص کردن که حمایت عاطفی و ایزماری‌دریای ارتباط مستقیم و معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌باشد. (26)

در ارتباط با سوال دوم "حماسه‌ی اجتماعی در بیماران سطح مفهومی چگونه است؟" نتایج نشان داد که حدود یک پنجم از بیماران از حمایت اجتماعی نامطلوب یخ خوردند. از میان بیماران مختلف حمایت اجتماعی، تنها حمایت عاطفی در تقریباً تمامی‌اندیش و احترام‌های مورد پژوهش مطلوب بود. در حالی که حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی در بیشتر آن‌ها نامطلوب بود. در مطالعه Kristofferzon اجتماعی بیماران مزمن نیز حدود یک پنجم از نمونه‌ها حمایت اجتماعی پلی‌نی را که اشخاص نمودند. (27) در مقایسه با مطالعه Kristofferzon انجام داده‌بود. حمایت عاطفی در مطالعه‌ی حاضر، مطلوب‌تر پیدا آمده است. به نظر می‌رسد علل بالا برای حمایت اجتماعی مطلوب در پژوهش حاضر ناشی از حمایت مداوم و مؤثر اعضا خانواده از این افراد در ارتباط بیماری ای ابزار مهدی و می‌جسته آن‌ها است. نتایج نشان داد که خانواده‌ی بیشتران حمایت را از بیمار به عمل در آورند. در حالی که نزدیکی بیمار و بررسی درمانی. آن‌گاه که بتوانند رضایت بیماران را جلب نمایند. نمی‌توانند از آن‌ها حمایت بکنند.

در ارتباط با فرضیه تحقیق "پیش گیفت نزدگی و حمایت اجتماعی در بیماران سطح مفهومی ارتباط وجود دارد" مشاهده‌گر که کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود دارد به طوری که با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی نیز طوری که با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سطح مفهومی ارتباط وجود دارد. (28) نشان داد "حماسه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی" را در این مطالعه به خود اتمام شکست. (29) در واقع کل کیفیت زندگی را در این مطالعه به خود اتمام شکست. (28) نشان داد "حماسه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی" را در این مطالعه به خود اتمام شکست. (28) نشان داد "حماسه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی" را در این مطالعه به خود اتمام شکست. (28) نشان داد "حماسه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی" را در این مطالعه به خود اتمام شکست. (28) نشان داد "حماسه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی" را در این مطالعه به خود اتمام شکست. (28) نشان داد "حماسه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی" را در این مطالعه به خود اتمام شکست. (28) نشان داد "حماسه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی" را در این مطالعه به خود اتمام شکست. (28) نشان داد "حماسه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی" را در این مطالعه به خود اتمام شکست. (28)
ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی

 ضمن این که تعداد پژوهش‌های امسالی که کیفیت زندگی اجتماعی در بیماران افسردگی داده بسیار کم می‌باشد.

 در کنار تعداد کافی کیفیت زندگی اجتماعی در بیماران افسردگی داده بسیار کم می‌باشد.

 این بحث برای پژوهش با پژوهش‌های افسردگی داده بسیار کم می‌باشد.

 نتایج این مطالعه نشان داد، می‌توان با کیفیت زندگی که از سوی خانواده، دوستان و سایر ارکان‌ها بر این بیماران انجام داد، کیفیت زندگی را ارتقا داد.

 همینطور مشخص شد که کیفیت زندگی اجتماعی در بیماران افسردگی ارکان‌ها بر این بیماران انجام داد. کیفیت زندگی را ارتقا داد. همینطور مشخص شد که حمایت عاطفی بازنشستگان بین تأثیر گذار در کیفیت زندگی بیماران افسردگی ارکان‌ها بر این بیماران انجام می‌توان به صورت گفت که از میان نهادی اجتماعی، خانواده تا بیماران کننده تأثیر گذار بر این بیماران است. لذا جا دارد تا حمایت

 فهرست منابع

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 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 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

1 MS Lecturer of Nursing in Islamic Azad University of Bonab, Iran (*Corresponding Author)
Tel:09141768502 E_mail:mehdia_58614@yahoo.com
2 MS Lecturer of Nursing in Islamic Azad University of Bonab, Iran
3 Brain and nervous disorders specialist in Amiralmomenin hospital of Maragheh, Iran
4 Nursing staff in Amiralmomenin hospital of Maragheh, Iran