

Depiction of Health

2018; 9(1): 14-22

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

Assessing the Quality of Life among Stroke Patients in Razi Hospital in Tabriz City

Saghar Salarimehr¹, Mahdiyeh Heydari², Habib Jalilian¹, Ali Imani^{*3}

Article Info:

Article History:

Received: 2017/12/25

Accepted: 2018/03/10

Published: 2018/06/20

Keywords:

Quality of Life

Stroke

Patient

Abstract

Background and Objectives: Stroke has an unexpected and destructive effect on patients' lives and affects their quality of life. The aim of this study was to evaluate the quality of life and its related factors in patients with stroke in Tabriz city.

Material and Methods: This was a descriptive-analytic, cross-sectional study. The study population consisted of all patients who visited the neurological department of the Razi Hospital in 2015 with a diagnosis of stroke in Tabriz city. The quality of life in 72 patients was assessed by the quality of life questionnaire (SIS-16) using census method. To evaluate the relationship of quality of life with demographic variables and clinical features, one-way ANOVA and t-test were applied using SPSS (version 23) software.

Results: In this study, the mean of total quality of life score was 73.66 ± 29.18 . Results showed that there was a significant relationship between educational level and physical therapy with quality of life ($p < 0.05$) but there was not a significant relationship between sex and marital variables with quality of life. Also, there was no significant difference between clinical variables such as side and type of lesion and post-stroke duration with quality of life ($p > 0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, patients' quality of life is reduced after stroke. To prevent side effects and improving the damages made, rehabilitation services (physical therapy) can be applied. Therefore, according to the importance of rehabilitation for stroke patients, it is suggested that access (physically and financially) to rehabilitation and counseling services are provided.

Citation: Salarimehr S, Heydari M, Jalilian H, Imani A. Assessing the Quality of Life among Stroke Patients in Razi Hospital in Tabriz City. *Depiction of Health* 2018; 9(1): 14-22.

1. Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Student Research Committee, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. Health Economics Department, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
(Email: imania@tbzmed.ac.ir)



© 2018 The Author(s). This work is published by *Depiction of Health* as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی در بیمارستان رازی شهر تبریز

ساغر سالاری‌مهر^۱، مهدیه حیدری^۲، حبیب جلیلیان^۳، علی ایمانی^{۳*}

چکیده

زمینه و اهداف: سکته مغزی تأثیرات پیش‌بینی نشده و مخربی در زندگی بیماران به جا گذاشته و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهر تبریز بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعه‌ی هدف مطالعه بیماران مراجعه‌کننده به بخش مغز و اعصاب بیمارستان رازی شهر تبریز با تشخیص سکته مغزی در سال ۹۴ بودند، که با استفاده از روش نمونه‌گیری سرشماری، کیفیت زندگی ۷۲ بیمار مبتلا به سکته مغزی توسط پرسشنامه کیفیت زندگی SIS-16 بررسی گردید. برای بررسی ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیکی و ویژگی‌های بالینی از آزمون‌های تی و آنوای یک طرفه استفاده شد و در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل گردید.

یافته‌ها: در این پژوهش میانگین کل نمره کیفیت زندگی بیماران $73/66 \pm 29/18$ بود. طبق نتایج به‌دست‌آمده، متغیرهای سطوح تحصیلات و خدمات فیزیوتراپی با کیفیت زندگی دارای رابطه معنی‌داری بودند ($p < 0/05$)؛ اما بین متغیرهای جنسیت و تأهل با کیفیت زندگی، رابطه معنی‌داری وجود نداشت. همچنین بین متغیرهای بالینی از قبیل نوع سکته مغزی، مدت زمان سپری شده از سکته مغزی و سمت مبتلا (راست یا چپ)، با کیفیت زندگی بیماران تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج مطالعه حاضر کیفیت زندگی بیماران پس از ابتلا به سکته مغزی کاهش می‌یابد که برای پیشگیری از عواقب بیشتر این بیماری و همچنین برای جبران و بهبود ضایعات ایجاد شده در اثر این بیماری می‌توان از خدمات توانبخشی استفاده نمود. لذا با توجه به اهمیت خدمات توانبخشی برای این بیماران پیشنهاد می‌شود دسترسی (فیزیکی و مالی) بیماران به خدمات توانبخشی و مشاوره تسهیل گردد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سکته مغزی، بیمار

نحوه استناد به این مقاله: سالاری‌مهر س، حیدری م، جلیلیان ح، ایمانی ع. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی در بیمارستان رازی شهر تبریز. تصویر سلامت ۱۳۹۷؛ ۱(۱):

۱۴-۲۲

۱. قطب علمی مدیریت سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، تبریز، ایران

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

۳. گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: imania@tbzmed.ac.ir)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

حادثه عروقی مغزی یا به اصطلاح عامیانه‌تر سکته مغزی یک سندرم بالینی است که به صورت نقایص عصبی موضعی بروز می‌کند که ناشی از اختلال در خون‌رسانی به قسمت‌هایی از بافت مغزی می‌باشد. همچنین این بیماری اغلب به عنوان یک بیماری مزمن ناتوان‌کننده طبقه‌بندی می‌گردد (۱). سازمان بهداشت جهانی سکته مغزی را پیشرفت سریع نشانه‌های بالینی اختلال فوکال در عملکرد مغزی، همراه با علائمی که در بیست و چهار ساعت اولیه مشاهده می‌شود و مدتی ادامه می‌یابد و یا منجر به مرگ می‌شود تعریف می‌کند که علت آشکاری به غیر از اختلالات عروقی ندارد (۲). این بیماری دومین دلیل ناتوانی و معلولیت و سومین دلیل مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلبی و سرطان‌ها می‌باشد و منجر به تغییرات عمده‌ای در شیوه زندگی بیماران می‌شود (۳). در آمار منتشر شده، شیوع سکته مغزی تقریباً یک میلیون در سال در کشورهای اروپایی گزارش شده است (۴). همچنین در مطالعه انجام گرفته توسط آذرپژوه و همکاران در شهر مشهد، میزان بروز سالانه سکته مغزی، بار اول در ایران ۱۳۹ نفر در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۸۸ گزارش شده است که این آمار به میزان قابل توجهی از اغلب کشورهای غربی بالاتر می‌باشد (۵).

یکی از مفاهیم مهم که به عنوان معیاری برای ارزیابی نتایج درمان در بیماران مبتلا به سکته مغزی مورد توجه قرار گرفته، مفهوم کیفیت زندگی (Quality of life) است (۶). کیفیت زندگی یکی از نتایج مهم سلامتی است که در ارزیابی مداخلات بهداشتی و اندازه‌گیری آن از موضوعات ضروری به شمار می‌آید (۷). کیفیت زندگی مفهومی پیچیده‌ای است که با احساس رضایت و خوشحالی فرد شناسایی می‌شود. فردی که از زندگی خود احساس رضایت دارد انرژی بیشتری برای مراقبت از خود صرف می‌کند و این باعث می‌شود که سالم‌تر باشد و کیفیت زندگی بهتری داشته باشد و این چرخه همچنان ادامه می‌یابد (۸). تعاریف مختلفی از کیفیت ارائه شده است، تستا (Testa) و همکاران ابعاد متأثر و سازنده کیفیت زندگی را حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متأثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراکات فرد می‌باشد، تعریف کرده‌اند (۹). سازمان بهداشت جهانی نیز در سال ۲۰۰۰ کیفیت زندگی را درک فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق تعریف کرده است. به عبارت دیگر کیفیت زندگی به معنای میزان شکاف و فاصله بین آرزوها و خواسته‌های فرد و آنچه که احساس می‌شود و واقعیت دارد می‌باشد (۱۰).

از بیماری‌های مزمن تأثیرگذار بر کیفیت زندگی می‌توان سکته مغزی را عنوان کرد که تأثیرات شدیدی بر کیفیت زندگی می‌گذارد به صورتی که اثرات این بیماری توسط سازمان بهداشت جهانی تحت عناوین ضایعه، ناتوانی و معلولیت طبقه‌بندی می‌شوند (۱). همچنین شناخت عوامل دخیل در کاهش کیفیت زندگی به تشخیص زود هنگام بیماران آسیب‌پذیرتر کمک می‌کند

و با تعدیل و اصلاح این عوامل، امکان بهبود و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران فراهم می‌شود. هدف از درمان بیماران مبتلا به سکته مغزی، ارتقای کیفیت زندگی آنان از طریق کاهش اثرات بیماری است (۱۱). سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به جنبه‌های اجتماعی، روان‌شناختی، عملکردی و جسمی سلامتی مربوط می‌شود. معمولاً کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی با توجه به ارزیابی شخصی و درونی از تفاوت بین عملکرد ایده‌آل و عملکردی که در نتیجه بیماری به وجود می‌آید، منعکس می‌شود (۱۲). اندازه‌گیری این موضوع به محققین کمک می‌کند تا دید جامع‌تری از بهبود بیماران متعاقب سکته مغزی داشته باشند (۱۳). در سال‌های اخیر اندازه‌گیری کیفیت زندگی و بهبود آن به عنوان یکی از اهداف اولیه درمان معرفی شده است که می‌توان با اندازه‌گیری 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 (۱۴). در مطالعه‌ای که توسط مک‌میلان (McMillan) و همکاران به منظور تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی بعد از ترخیص انجام گرفت، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی را به طور معنی‌داری کمتر از کیفیت زندگی افراد گروه شاهد (غیربیمار) عنوان کرد. بیماران سکته مغزی نسبت به گروه شاهد در ابعاد جسمی و روانی کاهش معناداری در کیفیت زندگی را نشان دادند؛ اما در بعد اجتماعی (عملکرد اجتماعی) تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (۱۵). در مطالعه ای دیگر جاراکز (Jaracz) دریافت که افسردگی و ناتوانی جسمی از دلایل 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 (۱۶). مطالعات متعدد در ایران، کیفیت زندگی پایین را در بیماران مبتلا به سکته مغزی گزارش کرده‌اند (۱۷ و ۱۸). از جمله در کرمانشاه و همدان نیز نتایج مشابهی گزارش گردیده است (۱۹ و ۲۰). مطالعه ماهانی و همکاران کیفیت زندگی پایین را در زنان، گروه‌های سنی بالا، سطوح تحصیلی پایین، افراد بیوه و بیماران با منشأ ایسکمی گزارش کرده‌اند (۱۳). در مطالعه دیگر جعفری و دالوندی بر اساس یافته‌هایشان به این نتیجه رسیدند که اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی و عوامل مرتبط به آن بسیار مهم است و این دانش می‌تواند به برنامه‌ریزی درمانی مناسب جهت ارتقا و بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند (۲۱). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ چهار علت اصلی مرگ در جهان در سال ۲۰۳۰ را نارسایی‌های قلبی، سکته مغزی، بیماری انسداد مزمن ریه و عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی عنوان کرده است (۲۲). در ایالات متحده و کشورهای صنعتی اروپایی به طور متوسط هر ۴۵ ثانیه یک سکته مغزی اتفاق می‌افتد و هر سه دقیقه یک نفر به دلیل این

۱۰۰ در نظر گرفته می شود. پاسخ سؤال‌های پرسشنامه از ۵ گزینه تشکیل شده است که بسته به نوع پاسخ بیماران امتیاز ۱ تا ۵ داده شد. به این گونه که گزینه ۱: فعالیت مورد نظر را به راحتی و بدون هیچ مشکلی انجام می‌دهد، کار مورد نظر را همیشه انجام می‌دهد، کار مورد نظر را به تنهایی و کاملاً مستقل انجام می‌دهد. گزینه ۲: فعالیت مورد نظر را با کمی مشکل انجام می‌دهد ولی کامل می‌نماید، حدود ۷۵ درصد مواقع (بیشتر مواقع) انجام می‌دهد، کار مورد نظر را با کمی (حداقل کمک) کمک انجام می‌دهد. گزینه ۳: فعالیت مورد نظر را با مشکل در حد متوسط انجام می‌دهد و ممکن است از عهده کار مورد نظر به طور کامل برنیاید، حدود ۵۰ درصد مواقع (گاهگاهی یا بعضی مواقع) انجام می‌دهد یا کار مورد نظر را با کمک متوسط انجام می‌دهد. گزینه ۴: فعالیت مورد نظر را با مشکل زیادی انجام می‌دهد و کار را نمی‌تواند به اتمام برساند، حدود ۲۵ درصد مواقع (به ندرت) انجام می‌دهد یا برای انجام کار مورد نظر نیاز به کمک زیاد دارد. گزینه ۵: فعالیت مورد نظر را به هیچ وجه نمی‌تواند انجام دهد، هیچ وقت کار را انجام نمی‌دهد یا در کار مورد نظر کاملاً وابسته می‌باشد (۲۶). پس از ترجمه پرسشنامه، برای بررسی روایی، پرسشنامه به تأیید متخصصین مغز و اعصاب و کارشناسان توانبخشی رسیده بود. همچنین به منظور تعیین میزان پایایی آن، ۲۰ بیمار به صورت آزمایشی، با فاصله زمانی دو هفته از تاریخ اولیه، مورد بررسی قرار گرفته بود و نتایج نشان داده که پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار است و مقدار ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶ بود (۱۳).

پس از نهایی شدن پرسشنامه، برای انجام مطالعه پس از اخذ کد اخلاقی IR.TBZMED.REC.1396.170 از طرف دانشگاه علوم پزشکی تبریز معرفی نامه به بیمارستان ارسال شد و سپس بیمارستان مربوطه همکاری خود را اعلام کردند. روش اجرای پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها به این گونه بود که بر اساس بررسی پرونده‌ها، کل بیماران مراجعه‌کننده به بخش مغز و اعصاب بیمارستان رازی تبریز در سال ۱۳۹۴، ۲۰۵۳ نفر بود که از این تعداد ۳۵۲ نفر مبتلا به سکته مغزی بودند و فقط ۲۴۷ نفر از آن‌ها ساکن شهر تبریز بودند. پس از مشاهده و بررسی پرونده‌ها در ۱۵۶ پرونده اطلاعات کامل بالینی و شماره تلفن صحیح موجود بود که در نهایت این ۱۵۶ نفر به روش سرشماری به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند؛ که اطلاعات بالینی (نوع سکته مغزی، سمت مبتلا و مدت سپری شده از سکته مغزی) بیماران مورد نظر از پرونده پزشکی آن‌ها استخراج شده و بعد از تماس تلفنی، خود بیمار یا یکی از اعضای مطلع بیمار به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند. از این تعداد فقط ۷۲ مورد حاضر به همکاری شدند و به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند. جهت تحقق رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان بعد از توضیح اهداف مطالعه و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعاتشان، با رضایت آگاهانه در مطالعه مشارکت می‌نمودند و امکان خارج

بیماری مزمن جان خود را از دست می‌دهد (۲۳). همچنین به گفته رئیس انجمن مغز و اعصاب ایران، سن سکته مغزی بر اساس پژوهش‌های انجام شده در کشور ده سال کمتر از استانداردهای جهانی است (۲۴). با توجه به میزان بالای شیوع این بیماری در سطح کشور و سومین علت مرگومیر بودن آن و همچنین ناتوان‌کننده‌ترین بیماری در افراد مسن (۲۵) نشان از اهمیت موضوع می‌باشد. با توجه به موارد عنوان شده در ارتباط با اهمیت این بیماری و توجه به عوارض و عواقبی که این بیماری برای جامعه ایجاد می‌کند نیاز به مطالعه‌ای را در این زمینه آشکار می‌سازد. در توجه به اهمیت موضوع لذا مطالعه حاضر، با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی در بیمارستان رازی شهر تبریز در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود، که با هدف سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی در سال ۹۴ انجام گرفت. این مطالعه نوع ارتباط کیفیت زندگی بیماران را با مشخصات دموگرافیک، ویژگی‌های بالینی (نوع سکته مغزی، سمت مبتلا و مدت سپری شده) و برداشت کلی بیمار از آن را مورد بررسی قرار داد. در روش نمونه‌گیری مطالعه با توجه به جامعه آماری از روش سرشماری استفاده شد. طبق معیارهای ورود و خروج پژوهش کلیه بیماران زن و مرد مراجعه‌کننده ساکن در شهر تبریز که با تشخیص سکته مغزی به بخش مغز و اعصاب بیمارستان رازی در سال ۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه، شامل تأیید سکته‌ی مغزی توسط پزشک معالج، تمایل بیمار و یا یکی از اعضای خانواده بیمار جهت شرکت در مطالعه و نداشتن بیماری روحی و روانی خاص در بیمار بود. ملاک‌های خروج شامل عدم رضایت بیمار و خانواده او، عدم تمایل به ادامه‌ی تکمیل پرسشنامه، عدم پاسخگویی به تماس تلفنی و فوت بیمار بود. به علت اینکه عمده بیماران بی‌سواد یا دارای سطح تحصیلات پایین و یا دچار مشکلات شناختی یا گفتاری بودند، امکان مصاحبه مستقیم با بسیاری از بیماران وجود نداشت. لذا با توجه به تصمیم تیم پژوهشی برای این موارد، به گزارش مراقب اصلی بیمار از وضعیت کیفیت زندگی او استناد گردید.

ابزار جمع‌آوری برای داده‌ها پرسشنامه Stroke SIS-16 (Impact Scale-16) بود که توسط دونکن (Duncan) و همکاران تهیه شده است. خلاصه پرسشنامه SIS-3، دارای ۱۶ سؤال در زمینه فعالیت‌های روزمره زندگی، میزان تحرک، میزان استفاده از دست مبتلا و میزان قدرت و تعادل بیمار می‌باشد و تأثیر سکته مغزی بر کیفیت زندگی بیمار را به خوبی نشان می‌دهد (۲۶). این پرسشنامه به دلیل حجم سؤالات اندک و جامعیت سؤالات گزینه مناسبی برای مصاحبه تلفنی است. نمره میانگین این پرسشنامه بین صفر تا ۵ است که پس از تبدیل، بین صفر تا

یافته ها

با توجه به نتایج مطالعه، ۴۶ نفر از شرکت‌کننده‌ها مرد و ۲۶ نفر از آنان زن بودند. میانگین کل نمره کیفیت زندگی آن‌ها از ۱۰۰ معادل ۷۳/۶۶ و از ۵ معادل ۳/۶۸ به دست آمد. انحراف معیار کیفیت زندگی بیماران از ۱۰۰؛ ۲۹/۱۸ و از ۵ معادل ۱/۴۵ بود. مشخصات دموگرافیکی بیماران شامل تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، نوع سکته مغزی، سمت مبتلا، جنسیت، مدت سپری شده از سکته و انجام فیزیوتراپی در جدول ۱ نشان داده شده است.

شدن از مطالعه در هر مرحله از مطالعه برای شرکت‌کنندگان وجود داشت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و آزمون های تی و آنوای یک طرفه تحلیل گردید. با توجه به نرمال بودن موارد مذکور، ارتباط میزان میانگین کیفیت زندگی با استفاده از آزمون تی مستقل برای متغیرهای بالینی از قبیل نوع سکته مغزی، مدت سپری شده از سکته مغزی و سمت مبتلا مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱. فراوانی مشخصات دموگرافیک و بالینی در بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهر تبریز

متغیر	تعداد (درصد)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۴ (۳۳/۳)
	دیپلم	۲۲ (۳۰/۶)
	فوق دیپلم	۱ (۱/۴)
شغل	لیسانس	۱ (۱/۴)
	بی سواد	۲۴ (۳۳/۳)
	کارمند	۲ (۲/۸)
وضعیت تأهل	آزاد	۲۶ (۳۶/۱)
	بازنشسته	۱۱ (۱۵/۳)
	خانه دار	۲۳ (۳۱/۹)
نوع سکته مغزی	بیکار	۹ (۱۲/۵)
	متاهل	۶۵ (۹۰/۳)
	مجرد	۱ (۱/۴)
سمت مبتلا	بیوه	۵ (۶/۹)
	ایسکمی	۴۹ (۶۸/۱)
	خونریزی	۱۶ (۲۲/۲)
جنسیت	راست	۳۱ (۴۳/۱)
	چپ	۳۰ (۴۱/۷)
	مرد	۴۶ (۶۳/۹)
مدت سپری شده از سکته	زن	۲۶ (۳۶/۱)
	بیش از شش ماه	۱۵ (۲۰/۸)
	کمتر از شش ماه	۵۷ (۷۹/۲)
انجام فیزیوتراپی	بلی	۳۶ (۵۰)
	خیر	۳۶ (۵۰)

نشان می‌دهد بین سطوح تحصیلات و کیفیت زندگی در بیماران تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با انجام آزمون توکی (Tukey) میزان تحصیلات در سطوح: بی سواد، زیر دیپلم و دیپلم با میانگین کیفیت زندگی رابطه‌ای ندارد ولی در سطح تحصیلی بالاتر از دیپلم تفاوت معنی‌داری با سطح دیپلم مشاهده گردید. میانگین کیفیت زندگی و انحراف معیار به تفکیک متغیرهای دموگرافیک و بالینی نیز در جدول ۲ نشان داده شده است.

در بین متغیرهای دموگرافیک، متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل دارای توزیع نرمال نمی‌باشند. ولی با توجه به قضیه حد مرکزی ($n \geq 30$) پیش فرض نرمالیت پذیرفته می‌شود. با استفاده از آزمون t-test مقدار ارزش پی (p-value) برابر ۰/۴۵ به دست آمد که نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین زن و مرد از لحاظ کیفیت زندگی بیماران، وجود ندارد. با استفاده از آزمون آنوای یک طرفه مقدار ارزش پی (p-value) برابر ۰/۰۱۵ به دست آمد که

جدول ۲. میانگین کیفیت زندگی و انحراف معیار به تفکیک متغیرهای دموگرافیک و بالینی

متغیر	نمره کیفیت زندگی از ۱۰۰	نمره کیفیت زندگی از ۵	p-value
جنسیت	مرد	۷۶/۳۰	۰/۴۵
	زن	۷۰/۹۵	
مدت سپری شده از سکته مغزی	کمتر از ۶ ماه	۷۱/۱۴	۰/۳۰
	بیشتر از ۶ ماه	۸۳/۲۵	
سمت مبتلا	راست	۷۰/۴۴	۰/۱۵
	چپ	۸۰/۱۲	
نوع سکته مغزی	ایسکمی	۷۷/۰۱	۰/۰۹
	خونریزی	۶۳/۰۴	
وضعیت تاهل	متاهل	۷۶/۹۶	۰/۴۵
	مجرد	۴۸/۷۵	
شغل	کارمند	۷۱/۲۵	۰/۹۶
	آزاد	۷۵/۶۲	
	بازنشسته	۷۵/۶۸	
	خانه دار	۷۳/۸۵	
	بیکار	۶۷/۶۳	

اصلی توانبخشی بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌باشد (۱). بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه، بین فیزیوتراپی و میانگین نمره کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد که با مطالعات نوربان با هدف تعیین تأثیر اقدامات توانبخشی بر کیفیت زندگی بیماران سکته‌مغزی همسو می‌باشد (۲۸).

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان از نظر کیفیت زندگی مشاهده نشد، که با نتایج مطالعه کورودا (Koruda) در یک راستا نیست (۱۷). در مطالعه کورودا زنان مبتلا به سکته مغزی نسبت به مردان از کیفیت زندگی پایین‌تر برخوردار بودند که با نتایج حاصل از مطالعه ما همسو نیست (۱۷). بین میزان تحصیلات در سطوح بی‌سواد، زیردیپلم و دیپلم با میانگین کیفیت زندگی رابطه‌ی معنی‌دار یافت نشد ولی در سطح تحصیلی بالاتر از دیپلم تفاوت معنی‌داری با سطح دیپلم مشاهده گردید که با نتایج مطالعه کادریه (Kadriye) همسو است (۱۸). همچنین یافته‌های کلارک (Clark) و بلک (Black) نیز نشان داد که سطح تحصیلات، تأثیر متوسطی بر کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی دارد (۲۹). در نتیجه این رابطه‌ی معنی‌دار، می‌توان چنین گفت که افراد تحصیل کرده از اطلاعات بیشتری در زمینه بیماری، روند درمان، پیشگیری از عوارض احتمالی برخوردارند؛ لذا این آگاهی باعث بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد.

کونگ و یانگ (Kong & Yang) اظهار داشته‌اند مدت سپری شده از سکته‌مغزی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، مرتبط نیست که با یافته‌های این مطالعه همسو می‌باشد (۲۳). اما بتوکس (Bethoux) در مطالعه‌ی خود بیان داشت که کیفیت زندگی بیماران با گذشت زمان بدتر شده و کاهش می‌یابد که با یافته‌های ما هم‌خوان نیست (۳۰). لازم به ذکر است که گذشت زمان روی

با توجه به نرمال بودن موارد مذکور، ارتباط میزان میانگین کیفیت زندگی با استفاده از آزمون تی مستقل برای متغیرهای بالینی از قبیل نوع سکته‌مغزی، مدت سپری شده از سکته‌مغزی و سمت مبتلا مورد بررسی قرار گرفت. از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین زیرگروه‌های این متغیرها با کیفیت زندگی مشاهده نشد. که طبق نتایج به‌دست‌آمده، مقادیر ارزش پی (p-value) برای این متغیرها به ترتیب ۰/۰۹، ۰/۳۰ و ۰/۱۵ گزارش می‌شود. با استفاده از آزمون آنووا، مقدار ارزش پی (p-value) برای متغیر دموگرافیکی شغل ۰/۹۶ گزارش شد که در نتیجه تفاوتی بین شغل افراد و میانگین کیفیت زندگی بیماران مشاهده نشد. بعد از بررسی نرمال بودن خدمات فیزیوتراپی و کاردرمانی با استفاده از آزمون تی مستقل p-value برابر ۰/۰۳ به‌دست آمد که می‌توان نتیجه گرفت بین فیزیوتراپی و میانگین نمره کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

بحث

هدف مطالعه حاضر سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته‌مغزی در شهر تبریز بود. یافته‌ها نشان داد که کیفیت زندگی بیماران در یک سطح نیست و اکثریت بیماران دارای کیفیت زندگی بالاتر از متوسط بودند. طبق یافته‌های مطالعه حیدرزاده و همکاران کیفیت زندگی در ۷۰/۸٪ بیماران مطلوب گزارش شده است (۲۷). همچنین کیفیت زندگی بیماران با عضو مبتلا، نوع سکته‌مغزی، مدت سپری شده، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی افراد و جنسیت رابطه معنی‌داری ندارد؛ اما با سطح تحصیلات و استفاده از خدمات توانبخشی رابطه معنی‌داری داشت. به طوری که میانگین امتیاز کیفیت زندگی بعد از اقدامات توانبخشی افزایش معنی‌داری داشته است (p-value=۰/۰۳). در واقع هدف اولیه و

نادرست، امکان بررسی مجدد افراد مطالعه شده در یک فاصله زمانی دیگر وجود نداشت.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده در این زمینه، کیفیت زندگی بیماران پس از ابتلا به سکته مغزی کاهش می یابد. خدمات توانبخشی (فیزیوتراپی) تأثیرات عمده ای را در زندگی بیماران سکته مغزی دارد. لذا مطالعه پیشنهاد می کند دسترسی (فیزیکی و مالی) بیماران به خدمات توانبخشی و مشاوره، تسهیل و افزایش گردد تا این مشکل تا حد امکان برطرف گردد. همچنین توصیه می شود اقدامات بیشتری برای توانبخشی بیماران مزمن توسط مراکز درمانی انجام بگیرد.

ملاحظات اخلاقی

در مطالعه حاضر، پرسشنامه مربوطه فاقد اطلاعات شناسایی شرکت کنندگان بود و محرمانگی اطلاعات خصوصی افراد حفظ شد. پژوهش حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. که با مجوز شماره IR.TBZMED.REC.1396.170 به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسیده است.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان و سازمان ها و اشخاص ثالث وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

در پایان، گروه تحقیق بر خود لازم می دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از پرسنل بیمارستان رازی تبریز و کلیه کسانی که در امر فراهم آوردن بستر پژوهشی مطلوب کمال همکاری را داشتند، اعلام دارند.

کیفیت زندگی تأثیر می گذارد. از یک سو فرد طریقه کنار آمدن با بیماری را یاد می گیرد که اثر مثبتی بر کیفیت زندگی او دارد؛ از طرفی ممکن است از حمایت های اجتماعی فرد کاسته شود که اثر منفی می گذارد. لذا با توجه به افراد و همچنین جامعه مورد مطالعه، ممکن است نتایج متفاوتی به دست آید. در یافته های دیگر تفاوتی بین شغل افراد و میانگین کیفیت زندگی بیماران مشاهده نشد. آرتال (Artal) و همکاران در مطالعه خود، بین کیفیت زندگی و شغل، رابطه معناداری به دست آورده اند که با یافته های این مطالعه همسو نمی باشد (۱۴). همچنین با توجه به یافته ها و نتایج به دست آمده بین دو گروه متأهل و مجرد از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود ندارد. کیز (Keyes) بیان داشت که افراد متأهل از حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به افراد بیوه یا مطلقه برخوردارند و این حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی نقش به سزایی در کنار آمدن با استرس های جسمانی و روانی ناشی از سکته مغزی دارد و به این علت از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند که با نتایج یافته های ما همسو نیست (۳۱). طبق نتایج حاصل از تحلیل آماری، ارتباط میزان میانگین کیفیت برای متغیرهای بالینی از قبیل نوع سکته مغزی، مدت سپری شده از سکته مغزی و سمت مبتلا مورد بررسی قرار گرفت که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین زیرگروه های این متغیرها با کیفیت زندگی مشاهده نشد. کار (Kar) گزارش نمود که کیفیت زندگی بیماران با درگیری مغزی سمت چپ نسبت به بیماران با درگیری مغزی سمت راست بهتر بود و علت این امر را به نقایص شناختی مثل آگنوزی و فراموشی یک طرفه و پتانسیل بهبودی متفاوت نیمکره های مغزی مرتبط دانست (۳۲). از طرفی هان (Hann) کیفیت زندگی پایین تر را در افراد با درگیری مغز سمت راست به علت وجود آفازی و مشکلات ارتباطی گزارش نمود که هیچ کدام با یافته های این مطالعه همخوانی ندارد (۳۳).

از محدودیت های مطالعه حاضر، محدودیت زمانی اجرای طرح و همچنین عدم همکاری برخی از افراد مورد مطالعه و آگاهی کم افراد مطالعه شده از وضعیت بیماریشان و یا عدم پاسخگویی به تماس تلفنی پژوهشگر بود. همچنین به علت اطلاعات اشتباه برخی از بیماران در پرونده از قبیل شماره تماس

References

1. Fattahi a, Azad a, Montazeri a. Quality of life among stroke patients in Kermanshah city. Journal of Modern Rehabilitation. 2008;2(1):1-8. [In Persian]
2. Mazaheri S, Beheshti F, Hosseinzadeh A, Mazdeh M, Ghiasian M. Epidemiologic Study of Cardinal Risk Factors of Stroke in Patients who Referred to Farshchian Hospital of Hamadan during 2014-2015. Avicenna Journal of Clinical Medicine. 2016;22(4):331-7. [In Persian]
3. Aprile I, Di Stasio E, Tonali P, Padua L, Piazzini DB, Bertolini C. Long-term outcome after stroke: evaluating health-related quality of life using utility measurement. Stroke. 2006; 37(9): 2218-9. PMID:16888262 doi:10.1161/01.STR.0000237142.71578.8b
4. Pendleton H, Schultz-Krohn W. Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction. Elsevier Health Sciences. 2013.

5. Azarpazhooh MR, Etemadi MM, Donnan GA, Mokhber N, Majdi MR, Ghayour-Mobarhan M, et al. Excessive incidence of stroke in Iran: evidence from the Mashhad Stroke Incidence Study (MSIS), a population-based study of stroke in the Middle East. *Stroke*. 2010;41(1):e3-e10. PMID:19926844 doi:10.1161/strokeaha.109.559708
6. Dijkers MP. Individualization in quality of life measurement: instruments and approaches. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2003; 84(4 Suppl 2): S3-14. PMID:12692766 doi:10.1053/apmr.2003.50241
7. Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B. *Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation*. New York: John Wiley; 2000.
8. Visser-Meily JM, 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. PMID:19095984 doi:10.1161/strokeaha.108.531277
9. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *The American journal of managed care*. 2005;11(8):478-88. PMID:16095434
10. Sainsbury A, Heatley RV. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2005; 21(5): 499-508. PMID:15740531 doi:10.1111/j.1365-2036.2005.02380.x
11. Wu X, Min L, Cong L, et al. Sex differences in health-related quality of life among adult stroke patients in Northeastern China. *Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*. 2014; 21(6): 957-61. PMID:24411132 doi:10.1016/j.jocn.2013.08.030
12. Ware JE, Jr. Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2003;84 (4 Suppl 2): S43-51. PMID:12692771 doi:10.1053/apmr.2003.50246
13. Goharpey S. Comparative Study of Quality of Life in Stroke Patients in Ahwaz. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2012;14(2):86-90 .
14. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland)*. 2009;27 Suppl 1:204-14. PMID:19342853 doi:10.1159/000200461
15. McMillan AS, Leung KCM, Pow EHN, Wong MCM, Li LSW, Allen PF. Oral health-related quality of life of stroke survivors on discharge from hospital after rehabilitation. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2005;32(7):495-503. doi:10.1111/j.1365-2842.2005.01451.x
16. Jaracz K, Jaracz J, Kozubski W, Rybakowski JK. Post-stroke quality of life and depression. *Acta Neuropsychiatrica*. 2002;14(5):219-25. doi:10.1034/j.1601-5215.2002.140504.x
17. Kuroda A, Kanda T, Sakai F. Gender differences in health-related quality of life among stroke patients. *Geriatrics & Gerontology International*. 2006;6(3):165-73. doi:10.1111/j.1447-0594.2006.00338.x
18. Ones K, Yilmaz E, Cetinkaya B, Caglar N. Quality of life for patients poststroke and the factors affecting it. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*. 2005;14(6):261-6. PMID:17904035 doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2005.07.003
19. Fattahi A, Azad A, Montazeri A. Quality of life among stroke patients in Kermanshah city. *Modern Rehabilitation*. 2008;2(1):1-8. [In Persian]
20. Mazdeh M, Yaghoobi A. The Study of Quality of Life in Aphasic Stroke Patients in University- Medical Centers of Hamedan. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2009;3(1):21-8. [In Persian]
21. Jafari M, Dalvandi A. Quality of Life of Stroke Survivors and its Related Factors. *Iran Journal of Nursing*. 2014;27(87):14-22. [In Persian]
22. Heidari G, Heidari R. Iran Millennium Development Goal's in a glance. *Iranian Journal of Public Health*. 2009;38(Suppl.1): 63-4 .
23. Gonzalez Sanchez JA, Velez Acevedo I, Rodriguez Guilloty NM. Descriptive study of cerebrovascular accidents among Hispanic population. *Boletin de la Asociacion Medica de Puerto Rico*. 2007;99(4):286-91. PMID:18756642
24. 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. PMID:16339458 doi:10.1161/01.STR.0000196990.69412.fb
25. Mehrabi F, Moghadasi M, Sanjari S. *Clinical Neurology of Aminof*. Tehran: Nooree- Danesh Pub. 2002 .
26. Duncan PW, Lai SM, Bode RK, Perera S, DeRosa J. Stroke Impact Scale-16: A brief assessment of physical function. *Neurology*. 2003;60(2):291-6. PMID:12552047
27. Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosefi E. Relationship between quality of life and social support in stroke patients. *Iran Journal of Nursing*. 2009;22(59):23-32 .
28. Nurian K, Kazemian A, Aslani U, Delaram M. The Effect of Rehabilitation on Life Quality of Patients Suffering from Stroke. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2005;13(50):22-7. [In Persian]
29. Clarke P, Black SE. Quality of Life Following Stroke: Negotiating Disability, Identity, and Resources. *Journal of Applied Gerontology*. 2005; 24(4): 319-36 . doi:10.1177/0733464805277976
30. Golomb BA, Vickrey BG, Hays RD. A Review of Health-Related Quality-of-Life Measures in Stroke. *Pharmacoeconomics*. 2001;19(2):155-85. doi:10.2165/00019053-200119020-00004
31. Social support and health-related quality of life among older adults--Missouri, 2000. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2005;54(17):433-7. PMID:15889012

32. Kar N, John SP. Site of Stroke: Correlation with Cognitive Deficits, Symptoms of Anxiety and Depression, and Quality of Life. *Indian Journal of Psychiatry*. 2003;45(4):218-20. PMID: PMC2952367

33. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, et al. Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*. 2004; 35(10): 2340-5. PMID:15331799
doi:10.1161/01.STR.0000141977.18520.3b