

ارزیابی کیفیت زندگی بیماران آفازی ناشی از استروک مغزی مراجعه کننده به مراکز درمانی - دانشگاهی بیماری های مغز و اعصاب شهر همدان

دکتر مهرداد خدحک مزده*، افسانه یعقوبی**

*استادیار مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

**کارشناس ارشد گفتار درمانی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف

نظر به این که بهبودی برای بیماران ابقایافته از استروک اغلب ناکامل است و نقصان نورولوژیک باقی مانده را در پی دارد، لذا ارزیابی پیامد عملکرد بیماران مذکور از سه بعد فیزیکی، اجتماعی و هیجانی که به عنوان کیفیت زندگی تلقی می شوند در تصمیم گیری برای مراقبین سلامت و درمان مفید می باشد. مطالعات معدودی نیز در این زمینه صورت گرفته است. هدف از این مطالعه به دست آوردن میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران استروک آفازیک در چهار سطح و مقایسه آن با نمره کیفیت زندگی که عدد ۵ در جمعیت سالم می باشد، است.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی-مقطعی انجام گرفت، و جامعه آن را بیماران سکتة مغزی آفازیک (۱۰۵ نفر) مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر همدان که تشخیص آن ها با کلینیک و یافته های رادیولوژیک تأیید شده بود؛ تشکیل می دادند. این بیماران واجد معیارهای ورود به مطالعه بوده و ۶ ماه از ابقای آنان بعد از ابتلا می گذشت. روش نمونه گیری به صورت غیر تصادفی و مبتنی بر هدف بود و در آن وضعیت روحی، ارتباطی، انرژی و فیزیکی به صورت کمی اندازه گیری شد. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه SAQOL-39 استفاده گردید.

یافته ها

در این مطالعه جمعیت زنان (۵۸/۱٪) بیشتر از مردان به دست آمد. بیشترین درصد (۴۲٪) بیماران آفازیک، ۷۱-۸۶ ساله بودند و کمترین درصد بیماران را (۶/۷٪) گروه سنی ۳۹-۵۰ ساله تشکیل می داد. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران مورد مطالعه مربوط به وضعیت روحی-روانی ۲/۱۷ و کمترین آن مربوط به وضعیت انرژی ۱/۴۹ بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در کل جامعه بیماران مورد مطالعه ۱/۸۸ به دست آمد.

نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر می تواند به فراهم آوردن حمایت های خاص جهت مداخله در بهبود کیفیت زندگی بیماران استروک آفازیک منجر شود. پیشنهاد می گردد کیفیت زندگی قبل از استروک در یک فرد، با بعد از استروک در همان فرد مقایسه شود و به لحاظ آن که هیچ سرویس اختصاصی برای مراقبین افراد استروک یافته وجود ندارد برنامه مداخله ای گذارده شود، تا با کم شدن استرس ارتباط آن ها با بیماران بهتر گردد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی؛ سکتة مغزی؛ آفازی.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: megrdokhtmazdeh@yahoo.com

تلفن: ۰۸۱۱-۸۲۷۴۱۸۴-۹

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۸۷/۹/۲

مقدمه

آدمی برای برآوردن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی خود نیاز به برخورداری از بهداشت و دسترسی به امکانات بهداشتی دارد. شاید بتوان رفاه جسمی روانی و اجتماعی، مانند شادی، رضایت، افتخار، سلامتی، موقعیت اقتصادی، فرصت‌های آموزشی و خلاقیت که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود، را تعریف مناسبی از کیفیت زندگی دانست (۱). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات و اولویت‌های موردنظر او تعریف می‌کند (۱). علی‌رغم وجود تعاریف مختلف هنوز تعریفی که ابعاد مختلف این مفهوم را در برگیرد وجود ندارد و این امکان را فراهم می‌آورد که کیفیت زندگی گروه بیماران مورد مطالعه با کیفیت زندگی جمعیت عمومی و سایر بیماران مقایسه شود. لذا پرسشنامه کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان ابزاری ارزشمند جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مورد استفاده قرار گیرد. چهار وضعیت در رابطه با کیفیت زندگی مطرح می‌گردد: وضعیت فیزیکی که مراقبت از خود، تحرک، کار، حد نهایی فعالیت‌های جسمانی و تأثیر شرایط فیزیکی روی زندگی اجتماعی را شامل می‌شود، وضعیت ارتباطی که زبان، تأثیر اختلالات زبانی روی زندگی خانوادگی و اجتماعی را در برمی‌گیرد، وضعیت روحی-روانی که تفکر، شخصیت و خلق را شامل می‌شود و وضعیت انرژی که خستگی و میزان نیاز به استراحت در حین کار عملی را شامل می‌گردد (۲). روایی و پایایی پرسشنامه حاضر که در مورد بیماران آفازی به کار رفته، قبلاً به اثبات رسیده است (۳). استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی در کارآزمایی‌های بالینی در سراسر دنیا رو به افزایش است (۴). پرسشنامه‌های کیفیت زندگی ابزارهای کاربردی

هستند که برای بررسی نتایج کارآزمایی‌های بالینی و عملکرد پزشکان مورد استفاده قرار می‌گیرند. بیماران اطلاعاتی را در اختیار پزشکان قرار می‌دهند که می‌تواند در رابطه با نحوه درمان و برنامه‌های مراقبتی آن‌ها مورد استفاده قرار گرفته و در بهبود روش‌های درمانی مؤثر باشد (۵). هم‌چنین در متون علمی پیشنهاد شده که این پرسشنامه‌ها می‌تواند ابزاری کارآمد در ایجاد ارتباط بیمار-پزشک بوده و پیوند درمان‌گر و درمان‌جو را محکم‌تر سازند (۱). این ابزارها این امکان را به بیماران خواهند داد که بدانند پزشکان آماده بحث در مورد جوانب مختلف مشکلات سلامتی آن‌ها هستند و شرایطی را برای بیماران فراهم می‌نمایند، تا در مورد جزئیات مسائلی صحبت کنند که تا به حال صحبت ننموده‌اند. هم‌چنین این بحث‌ها به بیماران کمک می‌کند، تا احساس نمایند که هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روحی مورد توجه قرار دارند، هرچند استفاده از سئوال‌ات پرسشنامه هرگز نمی‌تواند جایگزین ارتباط پویا و طبیعی بیمار-پزشک و تعاملات بین آن‌ها شود (۴). آسیب‌های عروق مغز شایع‌ترین بیماری‌های ناتوان‌کننده دستگاه اعصاب می‌باشند. زنان ابقایافته از استروک، بیشتر از مردان مشابه به وضعیت خود آسیب‌های شناختی و افسردگی و خستگی و کیفیت زندگی پایین را تجربه می‌کنند (۶،۷). بعد از ۶ ماه دوسوم بیماران برای فعالیت‌های روزانه خود مستقل می‌شوند (۸) و این موضوع باعث اختلالات روحی و روانی می‌گردد که کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (۱،۲،۴،۹). ضمن این‌که پیامدهای منفی مشابهی بر کیفیت زندگی و اشتغال اعضای خانواده بیماران دیده شده است (۱۰). این تأثیر اجتماعی و روانی بیماری به طور معنی‌داری با شدت ناتوانی بیماران در ارتباط است (۱۱). گفتار از نظر برقراری ارتباطات اجتماعی و زندگی هوشمندانه برای انسان ضروری به شمار می‌رود. هنگامی که این قابلیت‌ها در اثر بروز بیماری‌های مغزی مختل شوند

فقدان حاصله وخیم تر از کوری، کری یا فلج می باشد (۱۲). تقریباً یک سوم بیماران (۳۳-۲۳٪) مبتلا به استروک آفازی هستند (۱۳). در سه ماهه اول بعد از استروک بیشترین درجه بهبودی رخ می دهد. مطالعات طولانی بعد از فاز بهبودی اولیه و آفازی نشان می دهد که ۴۳٪ این افراد هنوز آسیب های معنی دار زبانی (Language) را بعد از ۱۸ ماه که از استروک آن ها گذشته است دارند (۱۴). ارزیابی پیامد عملکرد بیماران که از سه بعد فیزیکی، اجتماعی و هیجانی به عنوان کیفیت زندگی (Quality of Life) تلقی می گردد، در تصمیم گیری برای مراقبین سلامت و درمان مفید است. نظر به این که اصلاح کیفیت زندگی یک هدف مهم در درمان طبی می باشد باید به عنوان یک موضوع مهم در تحقیقات درمانی در نظر گرفته شود. امروزه در برنامه های فرآیند نظام پزشکی به عنوان یک حق مسلم، بیماران انتظار مشارکت بیشتری را در تصمیم گیری های درمانی دارند. بنابراین به دست آوردن اطلاعات در مورد کیفیت زندگی در این تصمیم گیری ها مهم می باشد. لذا بررسی کیفیت زندگی در این بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است، تا بدین طریق با توجه به نتایج به دست آمده برنامه ریزی های توانبخشی مناسب (گفتار درمانی جهت بالا بردن سطح فعالیت های ارتباطی و فیزیوتراپی با هدف بالا بردن سطح فعالیت های فیزیکی و در نهایت بالا بردن سطح وضعیت روحی-روانی و سطح انرژی) به منظور اصلاح کیفیت زندگی و رسیدن به وضعیت مطلوب کیفیت زندگی صورت گیرد. در دنیا محدودیت در مقالات، از جهت ارزیابی کیفیت زندگی بیماران استروک ابقا یافته، با یا بدون آفازی وجود دارد (۱۳). در ایران هم هیچ تحقیقی در ارتباط با این موضوع صورت نگرفته است. Van Straten در سال ۱۹۹۷ در مطالعه ای تحت عنوان ارزیابی کیفیت زندگی بعد از استروک به وسیله مقیاس Item-۳۰ (۱۵) به این نتیجه رسید که وضعیت فیزیکی و رفتار عاطفی افراد

بعد از استروک به طور معناداری پایین تر از افراد عادی است. در سال ۲۰۰۲ Carota در مطالعه ای تحت عنوان تغییرات خلق و رفتار و عواطف بعد از استروک، به این نتیجه رسید که تغییراتی در خلق و رفتار و عواطف افراد از قبیل افسردگی و اضطراب ایجاد می شود که همگی متأثر از عملکرد نادرست سیستم مغزی می باشد (۱۶). در انگلیس مطالعه ای توسط Hilari تحت عنوان استروک و کیفیت زندگی در بیماران آفازی در سال ۲۰۰۴-۲۰۰۳ انجام گرفت. نتیجه این مطالعه نشان داد که ۶۷٪ نمونه ها مرد و ۴۴٪ بالای ۶۵ سال بودند. محدوده نمره مقیاس کیفیت زندگی در بیماران آفازی ۴/۴۶-۱/۷۲ بود؛ در حالی که نمره کیفیت زندگی در جمعیت سالم ۵ می باشد (۲). این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران آفازی ناشی از استروک مغزی مراجعه کننده به مراکز درمانی-دانشگاهی بیماری های مغز و اعصاب شهر همدان انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش به روش توصیفی-مقطعی انجام گرفت که جامعه پژوهش آن را بیماران مبتلا به اختلال تکلم ناشی از سکته مغزی مراجعه کننده به درمانگاه نورولوژی بیمارستان فرشچیان و کلینیک امام خمینی (ره) همدان تشکیل می داد. جمعیت مورد مطالعه (۱۰۵ نفر) بیماران سکته مغزی بودند که متعاقب آن مبتلا به آفازی شده و ۶ ماه از آفازی آن ها گذشته بود. تمامی بیماران قبل از ورود به مطالعه، تحت گفتار درمانی (Speech Therapy) در سرویس های ارایه دهنده این خدمات قرار گرفته بودند. افرادی که تشخیص آفازی گلوبال در مورد آن ها مطرح شده، ولی در سی تی اسکن یا MRI آن ها ضایعه مشهودی وجود نداشت. هم چنین افرادی که تاریخچه بیماری های روانی داشتند؛ از مطالعه خارج شدند. جهت ورود به مطالعه مقرر گردید که فونکسیون شناختی به اندازه ی کافی باشد تا بیمار بتواند در این مطالعه مشارکت نماید و تشخیص

استروک به وسیله کلینیک و یافته‌های رادیولوژیک تأیید شده باشد. هم‌چنین بیمارانی که ضایعه مغزی ناشی از استروک آن‌ها از لاکونر تا سایز متوسط در سی‌تی‌اسکن یا MRI مشاهده گردید، وارد مطالعه شدند. از طرفی هرگونه شرایط به نفع درگیری عضلانی-اسکلتی قبل از استروک (از جمله اختلال تکلم مادرزادی) که مداخله با این مطالعه می‌کرد، حذف گردید. روش نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی و مبتنی بر هدف بود و وضعیت فیزیکی، روحی-روانی، ارتباطی و انرژی به صورت کمی اندازه‌گیری شد. عملکرد شناختی (Cognitive) با استفاده از آزمون MMSE (Mini Mental State Examination) اندازه‌گیری گردید. آفازی با استفاده از تست (Language Screening) بر اساس معیار درک شنوایی و بیان شفاهی سنجیده شد (۱۷). ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه ۳۹ مقیاس کیفیت زندگی در بیماران آفازی بود (۳)، که توسط Hilari در انگلیس طراحی شد. پس از کسب اجازه از خانم Hilari پرسشنامه ترجمه گردید و سپس متناسب با شرایط فرهنگی، اجتماعی ایران تغییراتی در بعضی از سئوالات داده شد. جهت تعیین اعتبار ابزار، با استفاده از نظرات افراد متخصص به روش اعتبار محتوا سنجش شد. برای تعیین پایایی (اعتماد) ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده گردید، یعنی پرسشنامه به ۱۰ نفر از بیماران دچار آفازی داده شد و سپس به فاصله ۱۰ روز آزمون مجدد از همان افراد به عمل آمد و با استفاده از روش آماری ضریب همبستگی پیرسون پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت ($r=0/93$). روایی و پایایی پرسشنامه حاضر در مطالعات گوناگون نیز تأیید شده است (۱۸). این پرسشنامه مشتمل بر چهار بخش وضعیت فیزیکی، روحی-روانی، ارتباطی و انرژی است. وضعیت فیزیکی شامل ۱۷ پرسش، وضعیت روحی-روانی شامل ۱۱ پرسش، وضعیت ارتباطی شامل ۷ پرسش و وضعیت انرژی شامل ۴ پرسش که جمعاً ۳۹ پرسش می‌باشد. روش کار

بدین گونه است که پس از توضیح هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت نمونه‌ها از طرف پرسش‌گر، پرسش‌ها توسط آزمون‌گر برای آزمودنی خوانده می‌شود در صورتی که نیاز باشد از روش‌های ارتباطی مختلف از جمله ایما و اشاره، انجام عملی کار و نوشتن جهت تفهیم پرسش استفاده می‌گردد و آزمودنی جواب پرسش‌ها را به صورت کلامی یا نوشتاری و یا با ایما و اشاره پاسخ می‌دهد. در ابتدا یک سئوال آزمایشی در هر قسمت از آزمودنی پرسیده می‌شود و در صورتی که اطمینان حاصل شد، توسط آزمودنی درک شده، سئوالات پرسیده شده و آزمودنی به هر طریق از جمله اشاره، نوشتن پاسخ پذیرفته می‌گردد و جواب در صفحه نمره‌گذاری توسط آزمون‌گر درج می‌شود. به طور کلی نمره کیفیت زندگی در هر چهار جنبه بدین صورت محاسبه می‌گردد که جمع موارد بر تعداد موارد تقسیم می‌شود. میانگین و محدوده نمره‌ها از ۱ تا ۵ تا دو رقم اعشار محاسبه می‌گردد. نمره بالاتر کیفیت بهتر زندگی را نشان می‌دهد و در جمعیت سالم نمره کیفیت زندگی ۵ بر اساس مطالعات قبلی است و مدت زمان تکمیل هر پرسشنامه به طور متوسط ۳۰ دقیقه می‌باشد. داده‌ها از طریق برنامه SPSS ویرایش دهم و آزمون‌های فریدمن، من ویتنی و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل گردید و $P < 0/05$ سطح معنی‌داری اختلاف‌ها قرار داده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه بیشترین درصد (۴۲٪) بیماران آفازی ۸۶-۷۱ ساله و کمترین درصد (۶/۷٪) ۵۰-۳۹ ساله بوده‌اند. ۵۸/۱٪ واحدهای مورد پژوهش را زن و ۴۱/۹٪ مرد تشکیل می‌داد. در مورد وضعیت فیزیکی ۶۹/۵٪ اصلاً نمی‌توانستند کارهای روزمره خود را انجام دهند. ۷۴/۳٪ در اتمام کارها مشکل داشتند و در ۷۱/۴٪ از نمونه‌ها وضعیت فیزیکی شان

روی زندگی اجتماعی آنها تأثیر به سزایی می گذاشت. در زمینه وضعیت ارتباطی ۴۵/۷٪ نمونه‌ها اصلاً نمی‌توانستند صحبت کنند. در ۸۰٪ از نمونه‌ها مشکل زبانی بر زندگی خانوادگی آنها تأثیر داشت و در ۷۶/۲٪ مشکل زبانی بر زندگی اجتماعی آنها تأثیر به سزایی گذاشته بود. از نظر وضعیت روحی - روانی و اجتماعی ۵۳/۳٪ از نمونه‌ها احساس می‌کردند که سربار خانواده شده‌اند و ۶۱٪ آنها در فعالیت‌های اجتماعی اصلاً شرکت نمی‌کردند. در زمینه وضعیت انرژی ۹۰/۵٪ از نمونه‌ها حین کار احساس خستگی

کرده و مجبور بودند استراحت کنند. محدوده نمره مقیاس کیفیت زندگی در بیماران آفازی ۱-۴/۱۷ بوده است. اختلاف بین حیطه‌های مختلف فیزیکی، ارتباطی، روحی-روانی و انرژی به لحاظ آماری معنی‌دار بود (آزمون فریدمن، $P < 0/01$ ، جدول شماره ۱). بین جنس و سن افراد مورد پژوهش هریک به تنهایی با کیفیت زندگی آنها ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (۰۵ به ترتیب آزمون من ویتنی و کروسکال والیس، جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: توزیع مبتلایان به آفازی بر اساس میانگین نمره اجزای کیفیت زندگی

متغیر	محدوده نمره مقیاس کیفیت زندگی در بیماران آفازی	میانگین نمره کیفیت زندگی در هر مورد
وضعیت انرژی	۱-۴	۱/۴۹
وضعیت ارتباطی	۱-۴/۴۲	۱/۷۸
وضعیت فیزیکی	۱-۴/۷۶	۱/۸۳
وضعیت روحی روانی	۱-۴/۹	۲/۱۷

جدول شماره ۲: توزیع مبتلایان به آفازی بر اساس خصوصیات دموگرافیک آنان

فراوانی		
متغیر گروه‌بندی شده	تعداد	درصد
سن		
۳۹-۵۰	۷	۶/۷
۵۱-۶۰	۲۵	۲۳/۸
۶۱-۷۰	۲۹	۲۷/۶
۷۱-۸۶	۴۴	۴۲
جنس		
مذکر	۴۴	۴۱/۹
مؤنث	۶۱	۵۸/۱

بحث

مطالعه حاضر به بررسی کیفیت زندگی در بیماران استروک با آفازی پرداخته است. هدف از این مطالعه حاضر به دست آوردن میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران آفازی که در

چهار سطح وضعیت انرژی، ارتباطی، فیزیکی، روحی-روانی بوده است. در مطالعه King و همکاران (۱۷) با هدف ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران ابقایافته‌ی بعد از استروک، بر روی ۸۶ بیمار که بین ۱-۳ سال از استروک

آن‌ها گذشته بود، کیفیت زندگی بر روی چهار زمینه سلامتی و عملکرد، جنبه اجتماعی و اقتصادی، فامیلی، میزان روحیه بیمار مورد ارزیابی قرار گرفت که بر این اساس ۳۰٪ بیماران در محدوده افسردگی بودند و نمره کیفیت زندگی در زمینه ارتباطی و برقراری رابطه با اعضای نزدیک‌ترین و در زمینه عملکردی و سلامت کمترین بود؛ در حالی که در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در زمینه انرژی از همه کمتر و در زمینه روحی روانی از همه بیشتر بوده است. در مطالعه King بین ۸۲-۵۲٪ از ابقایافتگان با استروک طولانی مدت از زندگی خود راضی بوده‌اند. در این مطالعه کیفیت زندگی جنسی کاهش داشته و نتیجه گرفته شد که گرچه سن بیشتر، کلاس اجتماعی بالاتر و فقدان بیماری قلبی-عروقی، سهم بالاتری در کیفیت زندگی از نظر اجتماعی و اقتصادی دارند، اما این موارد به طور کلی پیشگوکننده مستقیم برای کیفیت زندگی نیستند و فقط افسردگی قدرتمندترین پیشگوکننده در ارزیابی کیفیت زندگی بوده است. در زمینه انرژی در مطالعه Gargano (۷) زنان و مردان به ترتیب عدد ۲/۶ و ۳ را کسب کرده‌اند؛ در حالی که در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در زمینه انرژی ۱/۴۹ بوده است. در یک مطالعه بر روی ۳۵ بیمار که برای اولین بار مبتلا به استروک ایسکمیک شده بودند و مقایسه نتایج آن با ۲۰ نفر از گروه کنترل که از نظر سنی و سطح تحصیلات و شغل، در یک سطح بودند، مشاهده گردید که گروه بیماران افسردگی داشته و کیفیت زندگی آن‌ها بعد از ۳ ماه مختل شد و مهم‌ترین متغیرها در این رابطه درجات ضعف حرکتی و افسردگی بوده است، اما اختلالات شناختی فاکتور مهم تلقی نمی‌شد (۱۹). در مطالعه حاضر نیز مهم‌ترین متغیر برای کیفیت زندگی وضعیت انرژی و سپس ارتباطی بوده است. در یک مطالعه بر روی ۳۷۳ نفر توسط Gargano ۳ ماه بعد از ابقایافتن از فاز استروک حاد، مشاهده گردید که زنان احتمالاً کمتر از مردان به صورت

مستقل می‌توانند فعالیت روزانه زندگی را به انجام برسانند و کیفیت زندگی آن‌ها ۳ ماه بعد از ترخیص ضعیف‌تر بوده است (۷). در مطالعه حاضر ۵/۷٪ از کل بیماران موفق به اتمام کار و ۶/۷٪ کل بیماران در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی اصلاً مشکلی نداشته‌اند. هم‌چنین در مطالعه Gargano میانگین نمره کیفیت زندگی در زمینه فعالیت فیزیکی در زنان ۳/۹ در مقابل ۴/۲ مردان بوده است و نیز تفکر ۲/۸ در مقابل ۳/۴ مردان و زبان ۴/۳ در مقابل ۴/۵ مردان گزارش شده است. ولی در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در زمینه فعالیت فیزیکی در کل بیماران ۱/۸۳ بوده است و در زمینه تفکر ۲۱/۹٪ از بیماران مشکلی نداشته و در زمینه زبان در ۵/۷٪ مشکل زبانی تأثیری بر زندگی خانوادگی آن‌ها نداشته است. در این مطالعه نیز میانگین نمره کیفیت زندگی در سطح روحی-روانی بین ۲/۱۷ به دست آمد. افسردگی شایع‌ترین پیامد استروک است و به عنوان رابطه تخریب‌کننده کیفیت زندگی است. در یک مطالعه آینده‌نگر جهت ارزیابی شیوع افسردگی بعد از استروک بر روی ۱۵۶ بیمار، در ۵۳٪ بیماران طی ۳ ماه و در ۴۲٪ آنان طی ۱۲ ماه بعد از استروک بر اساس شاخص‌های DSM-3-R افسردگی مشخص گردید. شیوع افسردگی بین بیماران آقازیک (یک‌سوم بیماران) از ۳۳-۱۱٪ در طی ۱۲ ماه پی‌گیری شد و کیفیت زندگی در طی ۳ ماه بعد از استروک پایین بوده و در طی یک سال هم بهبودی نیافت. همه جنبه‌های جنسی به علت استروک در بیماران همسران آن‌ها کاهش یافته بود. در این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که ارزیابی چند بعدی در بیماران استروک از جمله توانبخشی لازم است (۲۰). یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر فقدان مقایسه با گروه کنترل از افراد سالم می‌باشد و دیگر این که در پرسشنامه مورد استفاده به کیفیت زندگی جنسی اشاره نشده است. هم‌چنین در دو مطالعه یکی بر روی ۱۹۰ بیمار جوان مبتلا به استروک ایسکمیک در پی‌گیری ۶ ساله در مقایسه با یک گروه کنترل ۲۱۵ نفری و

اجتماعی و سنجش میزان افسردگی، نیز تخریب معنی داری گزارش شد و علی‌رغم به ثبات رسیدن علایم نورولوژیک و میزان و درجه ناتوانی، بعد از یک‌سال در ابقایافتگان استروک، به طور کلی کیفیت زندگی رو به زوال بوده است (۲۴). در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در کل جامعه بیماران مورد پژوهش ۱/۸۸ به دست آمد که در مقایسه با نمره کیفیت زندگی که عدد ۵ در جمعیت سالم می‌باشد (۲)، رقم پایینی است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر که از طریق پیشگویی‌های پرسشنامه کیفیت زندگی به دست آمده است می‌تواند به فراهم آوردن حمایت‌های خاص جهت مداخله در بهبودی کیفیت زندگی بیماران منجر گردد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود کیفیت زندگی قبل از استروک در یک فرد با بعد از استروک در همان فرد مقایسه گردد. هم‌چنین به علت آن که در حال حاضر هیچ سرویس اختصاصی برای مراقبین افراد استروک یافته با آفازی وجود ندارد، برای مراقبین، برنامه مداخله‌ای گذارده شود، تا هم استرس آن‌ها کمتر گردد و هم ارتباط آن‌ها با بیماران بهتر شود، زیرا در مراقبین نیز علایم افسردگی و تنهایی و مشکلات هیجانی بیشتر است. با توجه به این که اکثر مراقبین زن و در نقش همسر هستند (در گروه سنی ۶۵-۶۰ سال)، لذا پیشنهاد می‌گردد بحث کیفیت زندگی در مراقبین استروک در ایران مورد مطالعه قرار گیرد.

دیگری بر روی ۹۰ نفر از بیماران مبتلا به استروک ابقایافته در یک پی‌گیری یک‌ساله مشخص گردید کاهش معنی‌دار در میانگین نمرات کیفیت زندگی برای تمام اجزاء و پرسشنامه، در بین بیمارانی بوده، که افسردگی داشته‌اند و بیشترین نگرانی در رابطه با عملکرد فیزیکی بوده است و درمان افسردگی و خستگی و ناتوانی فیزیکی ممکن است کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۲۱، ۲۲). با توجه به این که عوامل نظیر افسردگی، برخورداری از حمایت اجتماعی و میزان توانمندی در عملکرد، پیشگویی‌کننده‌های کیفیت زندگی هستند، ابقایافتگان استروک نیاز به کمک بیشتری برای کنار آمدن با استروک و تقویت روحیه دارند و برنامه‌های پی‌گیری شامل ارزیابی و مداخلات برای درمان افسردگی ضروری به نظر می‌رسد. در دو مطالعه گزارش شده است که ارتباط مهمی بین آفازی و کیفیت زندگی نیست (۲۳). مطالعات کمی روی اختلاف جنسی در بهبودی استروک و کیفیت زندگی آن‌ها صورت گرفته است. در این مطالعات ابقایافتگان استروک زن، کمتر به استقلال در فعالیت‌های روزانه می‌رسند (۷). در مطالعه حاضر بین جنس و کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. در یک مطالعه بر روی ۱۴۴ نفر از بیماران استروکی ابقایافته (۶۵ زن و ۷۹ مرد) از مجموع ۱۸۳ نفر مبتلا به استروک، در یک پی‌گیری یک‌ساله، نتیجه آن شد که ۶۶٪ بیماران رضایت از زندگی را نسبت به زمان قبل از استروک بد گزارش کرده بودند. در بخش متال روند بدتر شدن کیفیت زندگی بعد از ۱۲ ماه پی‌گیری در حد ۵۲٪ بوده است و در جزء عملکرد فیزیکی، عملکرد

References:

1. Detmar SB, Aaronson NK. Quality of Life Assessment in Daily Clinical on Cilig Practice: A Feasibility Study. Eur J Cancer 1998;34:1181-6.
2. Hilari K, Byng S. Measuring Quality of Life in People with Aphasia: The Stroke Specific

- Quality of Life Scale. Int J Lang Commun Disord 2001;36 Suppl:86-91.
3. Hilari K, Byng S, Lamping DL, Smith SC. The Stroke and Aphasia Quality of Scale-39 (SAQOL-39): Evaluation of Acceptability.

- Reability and Validity. *Stroke* 2003;34(8):1944-1950.
4. Dauphinee SW, Gauthier L, Gandek B, Magnan L, Pierre U. Readyng a Us Measure of Health Status. SF-36 for Use in Canada. *Clin Invest Med* 1997;20(4):224-38.
 5. Velikova G, Brown JM, Smith AB, Selby PJ. Computer-Based Quality-of-Life Questionnaire May Contribute to Doctor-Patient Interaction in Inciligy. *RJ Cancer* 2002;86:51-9.
 6. Rowland Lewis P. *Merritts Neurology*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 8-11.
 7. Gargano JW, Reeves MJ. Sex Differences in Stroke Recovery and Stroke Specific Quality of Life. *Stroke* 2007;38:2541-48.
 8. Stavem K, Ronning O. Quality of Life 6 Months after Acute Stroke. *Cerebrovasc Dis* 2007;23:417-423.
 9. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A Model of Equivalence in the Cultural Adaptation of Hrql Instruments. *The Qual Life Res* 1998;7:323-335.
 10. Mear I. Difficulties of International Clinical Trials: Cultural Adaptation of Quality of Life Useful Questionnaires. In *Health-Related Quality of Life and Patient-Reported Outcomes: Scientific and Outcome Criteria*. Paris: Springer Verlag Publishers; 2002. p. 55-62.
 11. Leplege A, Ecosse E, Verdier A, Perneger T. The French SF-36 Health Survey: Translation Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. *J Clin Epidemiol* 1998;51(11):1013-1023.
 12. Dennis L, Anthony S, Kasper E, et al. Neurologic Disorder. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th ed. New York: McGraw Hill; 2005. p. 248.
 13. Rombough RE, Howse EL, Bagg SD, Bartfey WJ. A Comparison of Studies on the Quality of Life of Primary Care Givers of Stroke Survivors. A Systemic Review of the Literature. *Top Stroke Rehabil* 2007;14(3):69-79.
 14. Van Der Gaag A, Smith L, Davis S, Moss B, Cornelvis V, Laing S, Mowles C. Therapy and Support Services for People with Long Term Stroke and Aphasia and their Relatives: A Six-Month Follow up Study. *Clin Rehabil* 2005;19:372.
 15. Van Straten A, Limburg M, Schuling J. A Strike-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile to Assess Quality of Life (SA-SIP30). *Stroke* 1997;28:2155-2161.
 16. Carota A, Staub F, Bogouss Larsky J. Emotions-Behaviours and Mood Changes in Stroke. *Curr Opin Neurol* 2002;15(1):57-69.
 17. King RB. Quality of Life after Stroke. *Stroke* 1996;27(9):1467-72.
 18. Muus I, Ringsberg KC. Stroke Specific Quality of Life Scale: Danish Adaptation and a Pilot Study for Testing Psychometric Properties. *Scand J Caring Sci* 2005 Jun;19(2):140-7.
 19. Jonkman EJ, De Weerd AW, Vrijens NL. Quality of Life after a First Ischemic Stroke. Longterm Development and Correlations with Changes in Neurological Deficit, Mood and Cognitive Impairment. *Acta Neurol Scand* 1998;98(3):169-75.
 20. Kauhanen ML. Clinical, Functional, Psychological and Cognitive [Serial Online]. Available from: <http://Quality of Life after Stroke.htm>. Accessed March 23, 2009.
 21. Naess H, Waje-Andreassen V, Thomassen L, Nyland H, Myhr KM. Health-Related Quality of Life Among Young Adults with Ischemic Stroke on Long-Term Follow up. *Stroke* 2006 May;37(5):1232-6.
 22. Carod-Artal J, Egado JA, Gonzalez JL, Varela De Seijas E. Quality of Life Among Stroke Survivors Evaluated 1 Year after Stroke: Experineces of a Stroke Unit. *Stroke* 2000; 31(12):2995-3000.
 23. Niemi M, Laaksonen R, Kotila M, Waltimo O. Quality of Life 4 Years after Stroke. *Stroke* 1988;19:1101-1107.
 24. Suenkeler IH, Nowak M, Misselwitz B, Kugler C, Schreiber W, Ocrtel WH, Back T. Time Course of Health-Related Quality of Life as Determined 3,6 and 12 Months after Stroke. *J Neurol* 2002;249(9):1160-7.