

## بررسی کیفیت زندگی و سلامت روانی در بیماران مبتلا به سکته مغزی بیمارستان شریعتی تهران در سال ۸۹-۱۳۸۸

کوروش طرفی عمیدپور<sup>۱</sup>، علیرضا قربانی بیرگانی<sup>۲\*</sup>، کوروش زارع<sup>۲</sup>، صدیقه فیاضی<sup>۳</sup>

### چکیده:

**مقدمه و هدف:** سکته مغزی یکی از عوامل مهم ایجاد کننده ناتوانی طولانی مدت است که مشکلات شخصی و اجتماعی متعددی را برای فرد و جامعه ایجاد می نماید. این مشکل در بیشتر نقاط دنیا پس از سرطان و بیماری های قلبی، سومین عامل مرگ و میر می باشد. هدف از انجام این پژوهش، بررسی کیفیت زندگی و سلامت روانی در بیماران مبتلا به سکته مغزی در بیمارستان شریعتی تهران بوده است.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که روی ۱۴۶ نفر از بیماران مبتلا به سکته مغزی مراجعه کننده به بخش مغز و اعصاب بیمارستان شریعتی تهران در فاصله زمانی بین دی ماه الی اسفند ماه ۱۳۸۸ با روش نمونه گیری تصادفی ساده انجام گردیده است. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه های سلامت عمومی گلدبرگ و SF-36 استفاده شده است. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری رگرسیون گام به گام، تی، آنوای یک طرفه و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** بر اساس نتایج، کیفیت زندگی بیماران در یک سطح نیست و اکثریت بیماران دارای کیفیت زندگی در حد متوسط بودند. همچنین، کیفیت زندگی بیماران با جنس، سن، تحصیلات، شغل و درآمد ارتباط نداشت، اما با تأهل و افسردگی ارتباط داشت. سلامت روان هم تنها با تحصیلات و افسردگی رابطه مستقیم داشت.

**نتیجه گیری:** کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به سکته مغزی تحت تأثیر قرار می گیرد. بنابراین پیشنهاد می شود بیمارانی که درجات بالاتری از ابتلا به افسردگی را نشان می دهند، باید بیشتر تحت حمایت های بازتوانی خانواده و جامعه قرار گیرند.

**کلید واژه ها:** سکته مغزی، سلامت روان، کیفیت زندگی

<sup>۱</sup> گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد گچساران، گچساران، ایران

<sup>۳</sup> گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

تاریخ وصول: ۹۰/۵/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۲۰

\*نویسنده مسئول: گچساران - دانشگاه

آزاد اسلامی واحد گچساران- دانشکده

پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۷۴۲۳۳۳۴۶۰۰

پست الکترونیکی:

Alenc5@gmail.com

## مقدمه

سکته مغزی یک سندرم بالینی است که به صورت نقایص عصبی موضعی مشخص می‌شود و اغلب به عنوان یک بیماری مزمن ناتوان کننده طبقه بندی می‌گردد. سکته مغزی تأثیرات شدیدی بر کیفیت زندگی می‌گذارد و این اثرات به وسیله سازمان جهانی بهداشت تحت عناوین ضایعه، ناتوانی و معلولیت طبقه بندی می‌شود. حادثه مغزی - عروقی (Cerebral Vascular Accident=CVA) معمولاً سکته نامیده می‌شود. در تعریف به معنای کاهش ناگهانی تأمین جریان خون مغز یا در اثر خونریزی مغزی انسان است که به وسیله اختلال در رگهای خونی ورودی مغز به وجود می‌آید. در نتیجه فقدان اکسیژن سبب می‌شود که بافت مغز آسیب ببیند یا حتی نابود شود (۱). سکته مغزی یک مسأله اورژانسی پزشکی است و در صورتی که سریع و به موقع تشخیص و درمان نشود می‌تواند به آسیب موقتی عصبی و حتی مرگ منجر شود. سومین علت مرگ و ناتوانی در ایالات متحده و کشورهای صنعتی اروپایی است. به طور متوسط هر ۴۵ ثانیه یک سکته مغزی اتفاق می‌افتد و هر سه دقیقه یک نفر را می‌کشد (۲). از هر پنج مرگ ناشی از سکته مغزی، دو مورد در مردان و سه مورد در زنان اتفاق می‌افتد (۳). عوامل خطر این بیماری شامل؛ افزایش سن، افزایش فشار خون، دیابت، کلسترول بالا و سیگار کشیدن است. علایم این بیماری، عبارتند از؛ کرختی یا ضعف ناگهانی خصوصاً در یک طرف بدن، تکلم مشکل یا صحبت کردن نامفهوم، اشکال در دید در یک یا هر دو چشم، سرگیجه و فقدان تعادل ناگهانی، کاهش یا از دست دادن هوشیاری، درد قفسه سینه و تنفس کوتاه است که سه علامت آخر، بیشتر در ناحیه زنان دیده می‌شود (۴). بر اساس تحقیقات انجام شده میزان بروز عوارض پس از سکته مغزی ۴۰ تا ۹۶ درصد برآورد شده است که بسیاری از این عوارض در صورت تشخیص به موقع قابل پیشگیری و درمان می‌باشند (۳).

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است؛ درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویتهایشان. پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است. مطالعات زیادی در

مورد کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی انجام شده که بعضی از این مطالعات کیفیت زندگی این بیماران را مختل گزارش کرده‌اند. بعضی دیگر اظهار داشته‌اند که کیفیت زندگی در این بیماران تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد و تعدادی از این مطالعات فاکتورهای تأثیر گذار بر کیفیت زندگی را بررسی کرده‌اند (۵). به دست آوردن اطلاعات در زمینه سلامت روانی در بیماران سکته مغزی می‌تواند به معاینه کننده کمک نماید که بیمار خود را از نظر روان شناختی همیاری کرده و نیز به پیش بینی سیر بیماری کمک کند. نتایج مطالعه Kong و همکاران (۱۹۹۵) نشان داد که اگر چه بیماران مبتلا به افسردگی از لحاظ شاخص‌های پرسشنامه (SF-36) Health Survey (Form 36) پایین تر بودند، بخش عمده ای از آنهايي که دچار عوارض مزمن سکته مغزی بودند و خدمات توانبخشی دریافت می کردند در فعالیت های فیزیکی خود دچار محدودیت شده بودند. همچنین در مجموع در حدود ۳۰٪ از آنها دچار افسردگی بودند که بر شرایط فعلی شان اثر منفی داشت (۶). در مطالعه Williams (۱۹۹۸) نیز که بر روی بیماران سکته مغزی انجام گردید نتایج نشان داد که در حدود ۵٪ از تعداد ۵۱۱۱۹ بیماری که پس از یک حمله مغزی بستری شده بودند و تا ۳۰ روز پس از آن نیز در قید حیات بودند، دچار افسردگی بوده و ۴٪ آنها نیز تا سه سال پس از حمله مغزی از مشکلات دیگری و یا اختلالات مربوط به سلامت روان رنج می بردند (۷). در تحقیقی که حیدرزاده و همکاران (۱۳۸۷) تحت عنوان ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی در شهرستان مراغه با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی انجام دادند، مشخص شد که کیفیت زندگی در ۷۰/۸ درصد و حمایت اجتماعی در ۸۲/۱ درصد بیماران مطلوب می باشد و بین این دو متغیر رابطه مستقیم و معنی دار وجود داشت (۸). در تحقیقی دیگر که به وسیله فتاحی و همکاران (۱۳۸۶) در شهر کرمانشاه با هدف سنجش کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی انجام شد، مشخص گردید که کیفیت زندگی در تمام خرده مقیاسهای پرسشنامه SF-36 به خصوص در خرده مقیاس مشکلات فیزیکی تحت تأثیر سکته مغزی قرار دارد. کیفیت زندگی در این بیماران به سن، تحصیلات و مدت زمان سپری شده از سکته مغزی وابسته بود (۹). همچنین، فرزین فرد و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه ای که با هدف ارزیابی اختلالات روانی در بیماران سکته مغزی بستری

مقیاس نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی وخیم است. هر مقیاس شامل ۷ سوال می باشد (۱۱).

سئوالات پشت سر هم آمده است به گونه ای که از سوال ۱ تا ۷ نشانه جسمانی، از ۸ تا ۱۴ اختلال اضطراب و خواب و از ۱۵ تا ۲۱ اختلال در عملکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ تا ۲۸ افسردگی لحاظ شده است. نمره گذاری به صورت لیکرت ساده انجام می شود، که در این شیوه نمره گذاری به گزینه خیلی زیاد (۰)، گزینه زیاد (۱)، گزینه کمی (۲) و گزینه خیر (۳) تعلق می گیرد. ۳- پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 که ۸ حیطه را در دو جزء سلامت (جسمی و روانی) مورد بررسی قرار می دهد. اجرای پژوهش با توجه آزمودنی ها درباره اهداف پژوهش و درخواست رضایت از همکاری آنها صورت گرفت. پس از جلب رضایت و تکمیل فرم رضایت نامه و آشنا نمودن بیماران با پژوهش، سه پرسشنامه مشخصات فردی، سلامت عمومی گلدبرگ و SF-36 به آنها داده شد تا با نظارت مستقیم محقق تکمیل نمایند. در این پژوهش به منظور تعیین اعتبار علمی پرسشنامه ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد.

مطالعات متعددی در رابطه با پایایی پرسشنامه سلامت عمومی صورت گرفته است که همگی بیانگر کارایی مطلوب این پرسشنامه در تعیین سلامت روان می باشند. ثبات درونی پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ بر اساس نظرسنجی و محاسبات آماری  $0.91/2$  و ویژگی آن  $0.94/0.7$  به دست آمده است. از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 نیز در ایران در مطالعات متعددی استفاده گردیده است، به طوری که اعتماد آن  $0.82$  و اعتبار آن  $0.86$  محاسبه شده است (۱۰).

در مطالعه حاضر جهت تعیین پایایی پرسشنامه های کیفیت زندگی SF-36 و سلامت عمومی گلدبرگ با روش آزمون باز آزمون ۳۰ نفر از افراد با فاصله زمانی یک هفته مورد آزمون قرار گرفتند و ضریب همبستگی آنها، به ترتیب  $0.87$  و  $0.89$  محاسبه گردید.

در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری رگرسیون گام به گام (Stepwise Regression)، تی T-Test، آنوای یک طرفه (One-Way Anova) و ضریب همبستگی (Coefficient correlation) در سطح معنی داری  $0.05$  تجزیه و تحلیل شدند.

در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران انجام دادند، نتایج نشان داد که بیماران مرد در خرده مقیاسهای هذیان، آپاتی (Apathy)، مهار گسیختگی و مشکلات خواب و بیماران زن در خرده مقیاس اضطراب نمره بیشتری آوردند. در این مطالعه به ترتیب؛ افسردگی، اضطراب و پرخاشگری شایع ترین اختلالات روانی بعد از سکنه مغزی گزارش شدند (۱۰). با توجه به میزان شیوع این بیماری در سطح جهان و افزایش رو به رشد آن در سطح کشور و همچنین با توجه به مزمن بودن بیماری و تأثیرات طولانی مدت آن بر کیفیت زندگی و سلامت روان، پژوهشگران مطالعه ای را با هدف بررسی کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران مبتلا به سکنه مغزی در بیمارستان شریعتی تهران انجام دادند.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که روی ۱۴۶ نفر (با در نظر گرفتن ریزش آزمودنی ها) از بیماران مبتلا به سکنه مغزی مراجعه کننده به بخش مغز و اعصاب بیمارستان شریعتی تهران در فاصله زمانی بین دی ماه الی اسفند ماه ۱۳۸۸ با روش نمونه گیری تصادفی ساده انجام گردیده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ تمایل به همکاری و شرکت در مطالعه، ابتلا به سکنه مغزی با تأیید پزشک معالج، عدم وجود بیماری روانی قبلی، عدم وجود بیماریهای مزمن و گذشت ۶ ماه از ابتلا به سکنه مغزی بودند.

روش نمونه گیری بدین صورت بود که پژوهشگر پس از مراجعه به بیمارستان و مشخص کردن چارچوب نمونه گیری تعداد ۳۹۰ نفر بیمار مراجعه کننده را شناسایی کرد و پس از تعیین حجم نمونه ۱۵۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت گرد آوری داده ها از پرسشنامه های جمعیت شناختی، سلامت عمومی گلدبرگ (General Health Questionnaire (GHQ) و فرم کوتاه شده کیفیت زندگی The Short Form (36) Health Survey (SF-36) استفاده شده است. این ابزار گرد آوری داده ها شامل سه قسمت بود: ۱- پرسشنامه جمعیت شناختی که شامل؛ اطلاعاتی در زمینه وضعیت بیماران از قبیل سن، جنس، قد، وزن، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تاهل و وضعیت تغذیه ای است. ۲- پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ که دارای چهار زیر

## یافته ها

در این پژوهش ۱۰۸ بیمار مرد (۷۴٪) و ۳۸ بیمار زن (۲۶٪) مورد مطالعه قرار گرفته اند. ۴۸ نفر از بیماران در گروه سنی ۳۵-۴۵ سال (۳۲/۹٪)، ۴۴ نفر در گروه سنی بالاتر از ۵۵ سال (۳۰/۱٪)، ۳۱ نفر در گروه سنی ۲۵-۳۵ سال (۲۱/۲٪) و ۲۳ نفر در گروه سنی ۴۵-۵۵ سال (۱۵/۸٪) قرار داشتند. ۸۱ نفر از بیماران زیر دیپلم (۵۵/۵٪)، ۳۳ نفر دیپلم و فوق دیپلم (۲۲/۶٪)، ۲۶ نفر لیسانس (۱۷/۸٪)، ۴ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۲/۷٪) و تعداد ۲ نفر بدون پاسخ (۱/۴٪) بودند. ۱۹ نفر شغل خصوصی (۱۳٪)، ۱۶ نفر شغل دولتی (۱۱٪)، ۶۲ نفر شغل آزاد (۴۲/۵٪) داشتند و ۴۹ نفر نیز بیکار (۳۳/۵٪) بودند. ۶۵ نفر درآمد کمتر از ۳۰۰ هزار تومان (۴۵٪)، ۵۲ نفر درآمد بین ۶۰۰-۳۰۰ هزار تومان (۳۶/۵٪)، ۱۹ نفر درآمد بین ۹۰۰-۶۰۰ هزار تومان (۱۳٪) و ۸ نفر درآمد بالاتر از یک میلیون تومان (۵/۵٪) داشتند. ۱۰۶ نفر از بیماران متأهل (۷۲/۶٪) و ۴۰ نفر مجرد (۲۷/۴٪) بودند.

بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که میانگین سلامت روان در دو گروه بیماران مجرد و متأهل یکسان بود، ولی میانگین کیفیت زندگی در دو گروه متفاوت بود، در نتیجه تأهل و افسردگی بیماران بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار بود. بدین صورت که تأهل باعث افزایش و افسردگی باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می شد. متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، شغل و درآمد، در کیفیت زندگی بیماران تأثیری نداشتند. در بررسی رابطه بین متغیرهای دموگرافیک و سلامت روان مشخص شد که متغیرهای سن، جنس، تأهل، شغل و درآمد، در سلامت روان بیماران تأثیری نداشتند و تنها دو متغیر سطح تحصیلات و افسردگی با سلامت روان رابطه مستقیم داشتند (جدول شماره ۱).

نتایج نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکنه مغزی در یک سطح نیست و بیشترین فراوانی به ترتیب متعلق به کیفیت زندگی در حد متوسط (با فراوانی ۱۰۷ نفر)، کیفیت زندگی در حد کم (با فراوانی ۲۸ نفر)، کیفیت زندگی در حد زیاد (با فراوانی ۷ نفر) و کیفیت زندگی در حد خیلی کم (با فراوانی ۴ نفر) می باشد (نمودار شماره ۱).

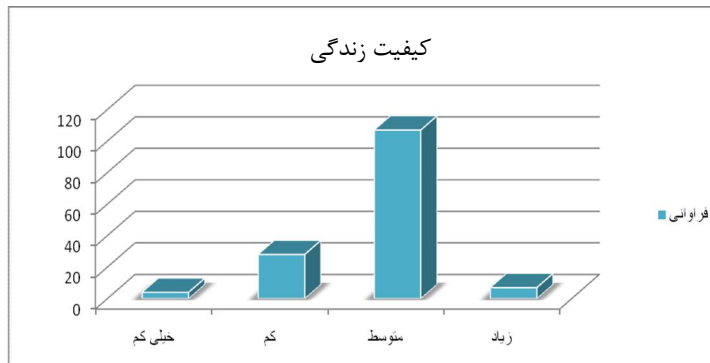
نتایج حاصل از نمودار شماره ۲ نیز نشان می دهد که میانگین چهار مقیاس سلامت عمومی (علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و علایم

افسردگی) در بیماران مبتلا به سکنه مغزی یکسان نیست و در بین عوامل مؤثر بر سلامت روان بیشترین تأثیر به ترتیب متعلق به مقیاس کارکرد اجتماعی (با میانگین ۲/۵۱)، علایم اضطرابی و اختلال خواب (با میانگین ۲/۰۷)، علایم افسردگی (با میانگین ۱/۹۹) و علایم جسمانی (با میانگین ۱/۹۴) می باشد.

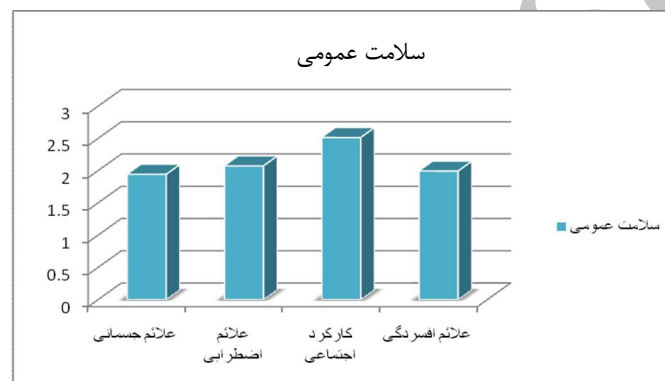
جدول شماره ۱: همبستگی بین میانگین سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران با سن، جنس، شغل، درآمد، تحصیلات و افسردگی

| متغیر وابسته | سلامت روان | کیفیت زندگی |
|--------------|------------|-------------|
| متغیر مستقل  |            |             |
| تحصیلات      | ۰/۰۱۹*     | ۰/۱۱۶       |
| افسردگی      | ۰/۰۲۶*     | ۰/۰۱۴*      |
| شغل          | ۰/۲۸۱      | ۰/۳۵۸       |
| سن           | ۰/۷۱۴      | ۰/۵۷۶       |
| جنس          | ۰/۱۶۴      | ۰/۱۷۱       |
| میزان درآمد  | ۰/۱۰۱      | ۰/۰۸۷       |
| تأهل         | ۰/۲۳۸      | ۰/۰۳۴*      |

\*p<۰/۰۵



نمودار شماره ۱: نمودار کیفیت زندگی بیماران مورد پژوهش



نمودار شماره ۲: نمودار تعیین سلامت عمومی بیماران بر اساس مقیاسهای

علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی

## بحث

کارکرد اجتماعی می باشد. بر طبق آمارهای ارایه شده در مطالعه حیدرزاده و همکاران (۱۳۸۷) که نشان داد کیفیت زندگی در ۷۰/۸ درصد بیماران مطلوب بوده است (۸)، مطالعه حاضر بیان می کند که بیشترین فراوانی متعلق به کیفیت زندگی در حد متوسط با ۷۳ درصد می باشد. در مطالعات Williams (۱۹۹۸) و Kong و همکاران (۱۹۹۵) نیز به افسردگی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران اشاره شد (۶ و ۷) که این عامل در مقایسه با میزان افسردگی که ۱/۹۹ درصد در مطالعه حاضر اعلام شد، بیشتر می باشد.

سکته مغزی تأثیرات شدیدی بر کیفیت زندگی می گذارد. در این راستا مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی و سلامت روانی در بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی در یک سطح نیست و بیشترین فراوانی متعلق به کیفیت زندگی در حد متوسط می باشد و در بین عوامل مؤثر بر سلامت روان بیشترین تأثیر متعلق به مقیاس

در مطالعه حاضر بین متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، شغل و درآمد، با کیفیت زندگی بیماران ارتباطی وجود نداشت که این یافته ها با مطالعه فتاحی و همکاران (۱۳۸۶) (۹) همخوانی دارد. در ارتباط با تحصیلات می توان گفت که ۵۵/۵ درصد از شرکت کنندگان در این مطالعه دارای مدرک زیر دیپلم بودند که شاید این مورد یکی از دلایل احتمالی عدم ارتباط تحصیلات با کیفیت زندگی بیماران باشد به دلیل این که تحصیلات به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالم، مؤثر بوده و این امر به سلامتی بهتر و رضایت از زندگی منجر می شود.

در مطالعه حاضر در بین عوامل مؤثر بر سلامت روان بیشترین تأثیر متعلق به مقیاس کارکرد اجتماعی با ۲/۵۱ درصد می باشد که این عامل در مقایسه با مطالعه فرزین فرد و همکاران (۱۳۸۹) که به ترتیب افسردگی، اضطراب و پرخاشگری را شایع ترین اختلالات روانی بعد از سکتة مغزی اعلام نمودند (۱۰) مغایرت دارد. در نهایت لازم است ذکر شود که ممکن است مطالعات مختلف ارتباط متفاوتی بین متغیرهای دموگرافیک مثل؛ سن، جنس، تحصیلات، شغل، درآمد و وضعیت تأهل با کیفیت زندگی و سلامت روان را گزارش کرده باشند که این اختلاف در گزارش و نتایج می تواند به خاطر جامعه، فرهنگ، آداب و رسوم و سنتها، اعتقادات دینی و تفاوت های منطقه ای باشد که ممکن است بر اجتماعی شدن فرد و فعالیتهای اجتماعی افراد تأثیر بگذارد.

از محدودیت های این مطالعه می توان به موارد زیر اشاره کرد؛ تفاوت در برداشت از مطالب مندرج در پرسشنامه ممکن بود بیماران را در پاسخگویی به سؤالات با دشواری مواجه سازد، لذا سعی شد که به ابهامات آنان در مورد سؤالات پاسخ داده شود. همچنین افراد نسبت به پژوهش و ارایه اطلاعات حساسیت زیادی داشتند به همین علت برخی افراد از ارایه برخی اطلاعات اجتناب می کردند و پرسشنامه ها ناقص تکمیل می

شد. تفاوت های فردی، اجتماعی و خانوادگی نیز بر نحوه پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه مؤثر بود که این عامل خارج از کنترل پژوهشگر بود. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه پیشنهاد می گردد بیماران مبتلا به سکتة مغزی در دراز مدت تحت پیگیری های دوره ای قرار گرفته و حتی الامکان از تمامی تکنیک های توان بخشی و بازتوانی برای آنها استفاده شود. توجه به معلولیتهای جسمی و روانی (از جمله افسردگی)، که براساس این مطالعه و مطالعات مشابه در کمین چنین بیمارانی می باشد از اهمیت به سزایی برخوردار است. به نظر می رسد مطالعات آینده می تواند بر مبنای توجه خاص به جنبه های مختلف تأثیرات اختصاصی و یا تزامن دارو درمانی، روان درمانی، کار درمانی، گفتار درمانی و تمرکز بیشتر بر فعالیتهای فیزیکی بر کیفیت زندگی و سلامت روان این گونه بیماران متمرکز شود. پیشنهاد می گردد در مطالعات آتی به تأثیر مداخلات درمانی، توان بخشی و آموزشهای بهداشتی بر روی کیفیت زندگی و بهبود سلامت روان در بیماران مبتلا به سکتة مغزی پرداخته شده و تأثیر آن بر شاخصهای مربوط مورد سنجش قرار گیرد.

### نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی اکثریت بیماران پس از سکتة مغزی در محدوده متوسط می باشد، بنابراین توصیه می شود اقدامات بیشتری به وسیله تیم بهداشتی جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران پس از سکتة مغزی به سطح بالاتر به کار گرفته شود.

### قدردانی

بدین وسیله از کارکنان بیمارستان شریعتی و همکارانی که پژوهشگران را در انجام هر چه بهتر این مطالعه یاری فرمودند تقدیر و تشکر می گردد.

## References

1. Mehrabi F, Moghadasi M, Sanjari S. Clinical Neurology of Aminof. 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Nooree- Danesh Pub; 2002. [Persian]
2. González Sánchez JA, Vélez Acevedo I, Rodríguez Guilloty NM. Descriptive study of cerebrovascular accidents among Hispanic population. Bol Asoc Med P. R 2007; 99(4): 286-91.
3. Lavados PM, Sacks C, Prina L, Escobar A, Tossi C, Araya F, et al. Incidence, case-fatality rate, and prognosis of ischaemic stroke subtypes in a predominantly Hispanic-Mestizo population in Iquique, Chile (PISCIS project): a community-based incidence study. Lancet Neurol. 2007; 6(2): 140-8.
4. Dijkers MP. Individualization in quality of life measurement instruments and approaches. Arch Phys Med Rehabil. 2003; 84(4 Suppl 2): 3-14.
5. Lyons RA, Lo SV, Littlepage BN. Comparative health status of patients with 11 common illnesses in wales. J Epidemiol Community Health. 1994; 48(4): 388-90.
6. Kong KH, Chan KF, Tan ES. Functional outcome in young strokes. Ann Acad Med Singapore. 1995; 24(1): 172-6.
7. Williams LS. Health-related quality of life outcomes in stroke. Neuroepidemiology. 1998; 17(3): 116-20.
8. Heidarzadeh Mehdi, Ghahremanian Akram, Hagigat Ali, Yoosefi Elnaz. Relationship between Quality of Life and social support in stroke patients. Iran Journal of Nursing. 2009; 22(59):3-32. [Persian]
9. Fattahi A, Azad A, Montazeri A. Quality of life among stroke patients in kermanshah city. Journal of Modern Rehabilitation. 2008; 2(1): 1-8. [Persian]
10. Farzinfard B, Maghsoodi K, Malakooti K. Assessment of mental disorders in cerebral stroke patients admitted at Rasool Hospital. JSSU. 2010; 17(2):10-14. [Persian]
11. Vrdoljak D, Rumboldt M. Quality of life after stroke in Croation patients. Coll Antropol. 2008; 32(2): 355-9.