

بررسی کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی شهر کرمانشاه

ایوب فتاحی^۱، اکرم آزاد^۲، دکتر علی منتظری^۳

۱- کارشناس ارشد کاردرمانی جسمانی، کارشناس امور توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲- مربی گروه آموزشی کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- استاد پژوهشی، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی شاخص مهمی جهت بررسی نتایج بعد از سکته مغزی است و توصیف وسیعی از بهبود بیماران سکته مغزی را فراهم می‌کند. هدف این مطالعه سنجش کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی و بررسی تاثیر سن، سطح تحصیلات و مدت زمان سپری شده از سکته مغزی در این بیماران بر کیفیت زندگی می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی در یک جامعه محدود و در مقطع زمانی محدود انجام گرفت. جامعه تحقیق شامل ۵۱ بیمار سکته مغزی مراجعه کننده به مراکز جامع توانبخشی و کلینیک‌های کاردرمانی، فیزیوتراپی و گفتاردرمانی و مراکز بیمارستانی شهر کرمانشاه بود که پس از ثبت اطلاعات اولیه، با استفاده از پرسشنامه SF-36 کیفیت زندگی آنان مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، کیفیت زندگی در تمام خرده‌مقیاس‌های SF-36 به خصوص در خرده مقیاس مشکلات فیزیکی تحت تاثیر سکته مغزی قرار می‌گیرد. کیفیت زندگی در این بیماران به سن، داشتن تحصیلات، مدت زمان سپری شده از سکته مغزی، وابسته است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی با گذشت زمان بهبود می‌یابد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سکته مغزی، مقیاس SF-36

(وصول مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۲، پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۳۰)

نویسنده مسئول: تهران - میدان محسنی - خ شهید شاه نظری دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه کاردرمانی

e-mail: fattahi.ayoubfatt@gmil.com

مقدمه

مطالعات کیفیت زندگی این بیماران را مختل گزارش کرده‌اند. (۱۵-۶)، بعضی دیگر اظهار داشته‌اند که کیفیت زندگی در این بیماران تحت تاثیر قرار نمی‌گیرد (۱۶، ۱۷) و تعدادی از این مطالعات فاکتورهای تاثیر گذار بر کیفیت زندگی را بررسی کرده‌اند (۱۰، ۱۱، ۱۳). بنابراین با توجه به میزان شیوع این بیماری در سطح جهان و شیوع زیاد اخیر آن در سطح کشور و اینکه سکته مغزی سومین علت مرگ و میر و ناتوان کننده‌ترین بیماری در افراد مسن است (۱۸) و همچنین با توجه به مزمن بودن بیماری و تاثیرات طولانی مدت آن بر کیفیت زندگی، در این تحقیق قصد بر آن است که به بررسی کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی و بعضی متغیرهای مستقل و مربوط به آن پرداخته شود.

روش بررسی

جامعه پژوهش را افراد سکته مغزی بالای ۳۰ سال که به مراکز جامع توانبخشی (وابسته به بهزیستی)، کلینیک‌های کاردرمانی، فیزیوتراپی و گفتاردرمانی و مراکز بیمارستانی شهر کرمانشاه مراجعه داشتند، تشکیل داده بودند. نمونه‌ها به روش غیر تصادفی ساده از بین افراد سکته مغزی

سکته مغزی یک سندرم بالینی است که به صورت نقایص عصبی موضعی مشخص می‌شود (۱) و اغلب به عنوان یک بیماری مزمن ناتوان کننده طبقه بندی می‌گردد. سکته مغزی تاثیرات شدیدی بر کیفیت زندگی می‌گذارد و این اثرات توسط سازمان جهانی بهداشت تحت عناوین ضایعه، ناتوانی و معلولیت طبقه بندی می‌شود (۲). در سالهای اخیر روش‌های مختلفی برای سنجش کیفیت زندگی ایجاد شده و در رویکردهای مرتبط با سلامتی بیماران، در توانبخشی استفاده شده است (۳). سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی مربوط می‌شود به جنبه‌های اجتماعی، روانشناختی، عملکردی و جسمی سلامتی. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، معمولاً ارزیابی شخصی و درونی از تفاوت بین عملکرد ایده‌آل و عملکردی که در نتیجه بیماری به وجود آمده است، را انعکاس می‌دهد (۴). کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده است که سنجش ضایعه، ناتوانی و معلولیت را همزمان شامل می‌شود (۵). در حال حاضر یک توافق کلی در درمان جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران وجود دارد. مطالعات زیادی در مورد کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی انجام شده که بعضی از این

این مقیاس از پایایی و روایی لازم جهت سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی برخوردار است (۲۰).

یافته‌ها

جامعه مورد مطالعه شامل ۵۱ نمونه (۲۵ زن، ۲۶ مرد) می‌باشد که مشخصات نشان داده شامل دامنه سنی ۳۰-۵۰ و ۷۰-۵۱ و ۹۰-۷۱ بودند میزان تحصیلات شرکت کنندگان ۲۸ نفر بی‌سواد و ۲۳ نفر ابتدائی و مدت گذشت از سکتته مغزی آنان کمتر از ۶ ماه ۳۵ نفر و بیشتر از ۶ ماه ۱۶ نفر بودند. در جدول شماره (۱) نیز نتایج توصیفی و میانگین کلی امتیازات کسب شده در هشت خرده‌مقیاس SF-36 را ملاحظه می‌کنید. در ادامه نتایج آزمون کروسکال والیس و من ویتنی - یو جهت بررسی وابستگی یا عدم وابستگی متغیرها به سن، سطح تحصیلات و مدت زمان سپری شده از سکتته مغزی بیان می‌شود: ۱- کیفیت زندگی در خرده مقیاس‌های سلامت روانی ($P < 0/003$) و سلامت عمومی ($P < 0/008$) به سن وابسته است (جدول ۲). ۲- کیفیت زندگی در خرده‌مقیاس‌های عملکرد فیزیکی ($P < 0/013$)، درد جسمی ($P < 0/045$)، نشاط ($P < 0/020$) و عملکرد اجتماعی ($P < 0/040$) به میزان تحصیلات وابسته است (جدول ۳). ۳- کیفیت زندگی در خرده-مقیاس‌های عملکرد فیزیکی با ($P < 0/022$)، درد جسمی ($P < 0/004$) و سلامت عمومی ($P < 0/035$) به مدت زمانی که از سکتته مغزی گذشته وابسته است (جدول ۴).

که تشخیص آنها به تایید پزشک رسیده بود، انتخاب شدند. بیمارانی که سکتته گذرا کرده بودند، کسانی که سابقه مشکلات روانی یا ذهنی داشتند و همچنین کسانی که تومور مغزی داشتند، بیمارانی که ضربه مغزی شده بودند، بیماران مبتلا به دیابت و آنهایی که کاهش سطح هوشیاری داشتند در مطالعه وارد نشدند.

اطلاعات دموگرافیک شامل: سن و وضعیت تحصیلی، از بیماران جمع‌آوری شد. سطح تحصیلی شامل: گروه‌های بی‌سواد، تحصیلات ابتدایی و تحصیلات عالی یا دانشگاهی بود. همچنین اطلاعات مربوط به زمان اتفاق افتادن سکتته مغزی ثبت شد.

SF-36 یک مقیاس عمومی سنجش کیفیت زندگی است و از جمله مقیاس‌های سنجش کیفیت زندگی است که در تحقیقات و کلینیک‌ها از آن زیاد استفاده می‌شود. این مقیاس جهت سنجش کیفیت زندگی در بیماران سکتته مغزی نیز اعتبارسنجی شده است و دارای پایایی و روایی خوبی است. این ابزار، یک ابزار خودبیانگر است که شامل ۳۶ آیتم در ۸ خرده مقیاس شامل: عملکرد فیزیکی، نقش‌های جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روانی است. این هشت خرده‌مقیاس در دو زمینه جسمی و ذهنی قابل بررسی است. امتیاز هر خرده مقیاس در SF-36 از ۰-۱۰۰ است و هر چه امتیاز به ۱۰۰ نزدیکتر باشد مبین کیفیت زندگی بهتر است (۱۹). لازم به ذکر است که مقیاس SF-36 در ایران ترجمه و پایایی و روایی گونه فارسی آن انجام شده و نتایج بیانگر آن است که گونه فارسی

جدول ۱- شاخصه‌های آماری میانگین و انحراف معیار کمینه و بیشینه بدست آمده در ۸ خرده مقیاس مربوط به کیفیت زندگی، در کل جمعیت آماری مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	اثر سقف (درصد)	اثر کف (درصد)
عملکرد جسمانی	۴۱/۶۶	۳۲/۸۲	۹۵/۰۰	۰۰/۰۰
مشکلات جسمی	۱۲/۲۵	۲۸/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰۰/۰۰
درد جسمی	۶۱/۴۹	۲۷/۲۹	۹۰/۰۰	۰۰/۰۰
سلامت عمومی	۴۹/۵۴	۱۸/۷۲	۱۰۰/۰۰	۱۵/۰۰
نشاط	۴۶/۳۷	۲۲/۱۸	۹۰/۰۰	۰۰/۰۰
عملکرد اجتماعی	۵۱/۹۶	۳۱/۷۵	۱۰۰/۰۰	۰۰/۰۰
مشکلات روحی	۳۹/۸۶	۴۵/۷۱	۱۰۰/۰۰	۰۰/۰۰
سلامت روان	۵۷/۴۹	۲۱/۰۸	۹۲/۰۰	۱۲/۰۰

جدول ۲- نتایج آزمون آماری کروسکال والیس جهت بررسی وابستگی یا عدم وابستگی متغیرها به سن

سطح معناداری (P)	گروه		
	>۷۰	۵۰-۷۰	۳۰-۵۰
متغیر	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)
عملکرد جسمی	۴۴/۰۹ (۳۳/۰۰)	۴۰/۲۷ (۳۳/۶۳)	۴۷/۵۰ (۳۲/۲۷)
مشکلات جسمی	۱۸/۱۸ (۴۰/۴۵)	۱۰/۴۱ (۲۴/۱۸)	۱۲/۵۰ (۲۵/۰۰)
درد جسمی	۶۲/۵۴ (۲۹/۵۳)	۶۲/۴۷ (۲۷/۱۲)	۴۹/۷۵ (۲۶/۸۶)
سلامت عمومی	۶۵/۴۵ (۱۸/۲۲)	۴۵/۱۹ (۱۶/۹۱)	۴۵/۰۰ (۱۴/۷۱)
نشاط	۵۶/۸۱ (۲۲/۲۴)	۴۴/۷۲ (۲۲/۰۳)	۳۲/۵۰ (۱۸/۴۸)
عملکرد اجتماعی	۵۷/۹۵ (۳۷/۱۹)	۵۱/۰۴ (۳۱/۲۵)	۴۳/۷۵ (۲۳/۹۳)
مشکلات روحی	۳۹/۳۹ (۴۹/۰۳)	۴۲/۵۹ (۴۶/۱۹)	۱۶/۱۶ (۳۳/۳۳)
سلامت روان	۷۵/۲۷ (۱۲/۸۷)	۵۴/۱۱ (۲۰/۰۴)	۳۹/۰۰ (۲۰/۴۹)

* P<۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۳- نتایج آزمون آماری من ویتنی-یو جهت بررسی وابستگی یا عدم وابستگی متغیرها به میزان تحصیلات

سطح معناداری (P)	گروه		
	ابتدایی	بیسواد	متغیر
متغیر	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	
عملکرد جسمی	۵۴/۱۳ (۳۰/۴۰)	۳۱/۴۲ (۳۱/۶۴)	
مشکلات جسمی	۱۶/۳۰ (۳۵/۰۳)	۸/۹۲ (۲۰/۶۵)	
درد جسمی	۷۰/۳۹ (۲۲/۵۹)	۵۴/۱۷ (۲۸/۹۹)	
سلامت عمومی	۵۴/۴۳ (۲۲/۸۶)	۴۵/۵۳ (۱۳/۶۵)	
نشاط	۵۴/۷۸ (۲۴/۲۸)	۳۹/۴۶ (۱۷/۹۱)	
عملکرد اجتماعی	۶۱/۹۵ (۳۱/۶۴)	۴۳/۷۵ (۲۹/۹۴)	
مشکلات روحی	۳۶/۲۳ (۴۳/۷۰)	۴۲/۸۵ (۴۷/۸۸)	
سلامت روان	۶۰/۵۲ (۲۴/۶۹)	۵۵/۰۰ (۱۷/۶۷)	

* P<۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۴- نتایج آزمون آماری من ویتنی-یو جهت بررسی وابستگی یا عدم وابستگی متغیرها به زمان اتفاق افتادن سکنه مغزی

سطح معناداری (P)	گروه		
	بیشتر از شش ماه	کمتر از شش ماه	متغیر
متغیر	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	
عملکرد جسمی	۵۶/۵۶ (۲۹/۰۸)	۳۴/۸۵ (۳۲/۵۵)	
مشکلات جسمی	۲۶/۵۶ (۳۵/۹۰)	۵/۷۱ (۲۱/۰۷)	
درد جسمی	۶۷/۸۷ (۲۹/۲۷)	۵۸/۵۷ (۲۶/۲۵)	
سلامت عمومی	۵۷/۷۵ (۱۹/۷۶)	۴۵/۸۰ (۱۷/۲۴)	
نشاط	۵۲/۵۰ (۳۱/۱۳)	۴۳/۵۷ (۲۲/۳۷)	
عملکرد اجتماعی	۶۴/۰۶ (۳۲/۸۷)	۴۶/۴۲ (۳۰/۰۹)	
مشکلات روحی	۵۸/۳۳ (۴۷/۹۱)	۳۱/۴۲ (۴۲/۷۳)	
سلامت روان	۶۴/۵۰ (۲۳/۴۵)	۵۴/۲۸ (۱۹/۴۳)	

* P<۰/۰۵ معنادار است.

بحث

هدف دوم این مطالعه بررسی تاثیر سن، سطح تحصیلات و مدت زمان سپری شده از سکته مغزی بر کیفیت زندگی این بیماران بود. یافته‌های مطالعه اخیر نشان می‌دهد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران سکته مغزی به سن وابسته است، به این صورت که اختلال در کیفیت زندگی در سنین پائین نسبت به سنین بالاتر بیشتر است. بعضی مطالعات مثل De-Haan, Niemi و همکاران (۱۵،۳۳)، نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در سنین بالا بدتر است و محققین دیگری مثل Carod-Artal و همکاران و King (۱۳،۱۶) بیان داشتند که ارتباطی بین سن و کیفیت زندگی در این بیماران وجود ندارد. اما یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میزان اختلال در کیفیت زندگی در بیماران سکته‌ای در سنین پائین بیشتر است و کیفیت زندگی در این بیماران در خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی و عمومی با سن ارتباط معناداری دارد که این احتمالاً به دلیل انتظار خانواده و جامعه از افراد جوان و میانسال و عهده دار بودن مسائل مالی و اقتصادی خانواده از طرف این قشر جامعه است و یکی از دلایل دیگر مسئله فرهنگی و رسومات دینی حاکم بر شهر کرمانشاه است که از افراد مسن حمایت بیشتری می‌کنند و نیز مسوولیت‌های کمتری بر عهده افراد مسن گذاشته می‌شود.

بعد از نمونه‌گیری سطح تحصیلی افراد مورد مطالعه به دو گروه باسواد و بی‌سواد تقسیم شد که بر اساس نتایج بدست آمده کیفیت زندگی در بیماران سکته‌ای به سطح تحصیلی وابسته است به طوری که اختلاف معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران باسواد و بی‌سواد در خرده‌مقیاس‌های عملکرد جسمی، اجتماعی، درد جسمی و نشاط وجود دارد و این نشان می‌دهد که داشتن سواد، کیفیت زندگی بهتری را موجب می‌شود. از جمله مطالعات موجود در این زمینه می‌توان به مطالعات kadriye و همکاران (۲۵) اشاره کرد که، اظهار داشتند کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی به سطح تحصیلات وابسته است. Deborah و همکاران (۳۴) نیز بیان داشتند که سطح تحصیلات با تمام حیطه‌های مقیاس کیفیت زندگی SIS در بیماران سکته مغزی مرتبط است، همچنین Clark و Black (۲۸) نیز بیان داشتند که سطح تحصیلات تاثیر متوسطی بر کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی دارد. Carod-Artal و همکاران (۱۳) نیز اظهار داشتند بین

هدف این مطالعه سنجش کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی بالای ۳۰ سال و تعیین ارتباط خرده‌مقیاس‌های کیفیت با برخی متغیرهای مرتبط بود. اهمیت سنجش کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی به صورت چشمگیری در سالهای اخیر در حال افزایش است (۲۲،۲۱،۱۹). دلیل افزایش استفاده از سنجش کیفیت زندگی در علوم توانبخشی در سالهای اخیر این است که هدف اولیه و اصلی توانبخشی بهبود کیفیت زندگی است (۲۳) و اغلب ارزیابی کیفیت زندگی، قبل، در طول و بعد از اجرای برنامه توانبخشی مهم است (۲۴). اطلاعات به دست آمده از سنجش کیفیت زندگی در تعیین مشکلات بیمار، تعیین اولویت‌های درمانی، مدیریت بهتر درمان، کنترل دوره درمانی، سلامت اقتصادی و برنامه‌ریزی اقتصادی سالم، ایجاد ایده‌های جدید و راه‌حلی برای مشکلات مرتبط مفید است (۲۵).

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی در تمام هشت خرده‌مقیاس SF-36 مختل است. این اختلال در حیطه مشکلات جسمی، مشکلات روحی و عملکرد جسمی بیشتر می‌باشد. با مروری بر مطالعات انجام گرفته در زمینه کیفیت زندگی بر اساس معیارهای مختلف، Hochstenbach, Carod-Artal, Viitanen, Ahlsio, Niemi, Jipan و همکاران و نیز Clark و Black و Marja-Lisa (۷،۱۵،۲۹-۱۳-۲۶) اظهار داشتند که کیفیت زندگی در این بیماران بصورت چشمگیری تحت تاثیر سکته مغزی قرار می‌گیرد. Sturm, Jonathan و همکاران (۳۱،۳۰) نیز بیان داشتند که کیفیت زندگی گروه وسیعی از بیماران سکته مغزی در بعضی از حیطه‌ها مثل عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی خیلی پائین است. در مقابل Muro و همکاران (۳۲) اظهار داشتند که کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی بصورت خفیفی تحت تاثیر قرار می‌گیرد. مطالعه حاضر نیز از این نظر که سکته مغزی کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، همسو با یافته‌های مطالعات فوق‌الذکر می‌باشد. در این پژوهش با مروری بر نتایج میانگین خرده‌مقیاس‌ها، ملاحظه می‌گردد که اختلال در کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی مورد مطالعه ممکن است به دلیل مشکلات جسمی، مشکلات روحی و محدودیت در عملکرد جسمی باشد. در حالیکه بعضی مطالعات دیگر مانند کینگ، هاکت و همکاران نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در این بیماران تحت تاثیر قرار نمی‌گیرد.

در پایان گروه تحقیق بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از پرسنل بیمارستان فارابی و مراکز جامع توانبخشی شهید ادیب‌نیا و فیاض‌منش کرمانشاه و کلیه کسانی که در امر فراهم آوردن بستر پژوهشی مطلوب کمال همکاری را داشتند، اعلام دارند.

سطح سواد پائین با کیفیت زندگی ارتباطی دیده نشده و بین سطح سواد بالا با کیفیت زندگی بهتر ارتباط ضعیفی وجود دارد. با توجه به نتایج این مطالعه، کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی در بعضی حیطه‌ها به سطح تحصیلی وابسته است از جمله دلایل احتمالی آن را می‌توان سطح آگاهی افراد با سواد از شرایط و روند درمان و نیز میزان بالای اشتغال آنها در مراکز و ادارات دولتی نسبت به افراد بی‌سواد ذکر کرد.

همچنین ما فرض کردیم که کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی به مدت زمان سپری شده از سکته مغزی وابسته است که نتایج مطالعه حاضر حاکی از وجود وابستگی بین کیفیت زندگی در خرده‌مقیاس‌های عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، مشکلات جسمی و سلامت عمومی با مدت زمان سپری شده از سکته مغزی است. از جمله مطالعات انجام شده در این زمینه می‌توان به مطالعات bitoux و همکاران (۳۵) که بیان داشتند، کیفیت زندگی حتی اگر سطح ناتوانی و اختلال تغییر نکند با گذر زمان بدتر می‌شود و Kong و Yang (۳۶) که اظهار داشته‌اند مدت زمان سپری شده از سکته مغزی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی مرتبط نیست، اشاره کرد. در حالی که نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی، با گذر زمان بهبود می‌یابد. از دلایل احتمالی آن می‌توان به تطابق افراد سکته‌ای با شرایط و

ناتوانی‌های بوجود آمده پس از سکته مغزی، یادگیری روش‌های جبرانی و نیز بازگشت به کار و اجتماع را ذکر کرد. در نهایت لازم است ذکر شود که ممکن است مطالعات مختلف ارتباط متفاوتی بین سطح تحصیلی و سن با کیفیت زندگی را گزارش کرده باشند که این اختلاف در گزارش و نتایج می‌تواند به خاطر جامعه، فرهنگ، رسوم و سنتها و اعتقادات دینی و تفاوت‌های منطقه‌ای باشد که ممکن است بر اجتماعی شدن فرد و فعالیت‌های اجتماعی افراد تاثیر بگذارد. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، در کرمانشاه سکته مغزی کیفیت زندگی را مختل می‌کند و کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی تحت تاثیر سطح تحصیلات، سن و مدت زمان سپری شده از سکته مغزی قرار می‌گیرد. همچنین به نظر می‌رسد کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی با گذشت زمان بهبود می‌یابد.

قدردانی

REFERENCES

1. Garrison SJ, Rolak LA. Rehabilitation of the stroke patient. In: Delisa JA, Editor. Rehabilitation Medication Principles and Practice. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1993, 801-824.
2. Lyons RA, Lo SV, Littlepage BN. Comparative health status of patients with 11 common illnesses in Wales. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 388-390.
3. Dijkers MP. Individualization in quality of life measurement instruments and approaches. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 3-14.
4. Ware JE. Conceptualization and measurement of health-related quality of life comments on an evolving field. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 43-51.
5. Van Straten RJ, de Hann, Limburg M. Clinical meaning of the stroke-adapted sickness impact profile-30 and the sickness impact profile-136. *Stroke* 2000; 31: 2610.
6. Ahlsio B, Britton and Murray V. Disablement and quality of life after stroke. *Stroke* 1984; 15: 886-890.
7. Viitanen M, Fugl-Meyer KS, Ber NS. Life satisfaction in long-term survivors after stroke. *Stroke* 1984; 15: 886-890.
8. Ebrahim S, Barer D, Nuri F. Use of the Nottingham health profile with patients after stroke. *J Epidemiol Community Health* 1986; 40: 166-169.
9. Astrom M, Asplund K, Astrom T. Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke* 1992; 23: 527-531.
10. Muro MJ, De Pedro-Cuesta JA. Stroke Patients In South Madrid. *Stroke* 2000; 31: 1351.
11. Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA. Stroke unit treatment improves long-term quality of life. *Stroke* 1998; 29: 895-990.
12. Mayo NE, Wood-Dauphinee S. Activity, participation, and quality of life 6 months post stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 1035-1042.
13. Carod-Artal OJ, Egodo JA, Gonzalez J. Quality of Life Among Stroke Survivors Evaluated 1-Year After Stroke. *Stroke*. 2000; 31: 2995.
14. Hochstenbach JB, Anderson PG, Van Limbeek J. Is there a relation between neuropsychologic variables and Quality of Life after stroke? *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 1360-1366.
15. Niemi ML, Laaksonen R, Kotila M. Quality of Life 4 Years after Stroke. *Stroke* 1998; 19: 1101-1107.
16. King RB. Quality of Life After Stroke. *Stroke* 1996; 27: 1467-1472.
17. Linacre JA, Heinemann AW, Wright BD. The structure and stability of the functional independence measure. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75: 127-132.
18. Mehrabi F, Moghadasi M, Sanjari S. *Clinical Neurology of Aminof*. 5th ed. Tehran: Nooree- Danesh Pub; 2002.
19. Testa MA, Nackley JF. Methods for quality of life studies. *Ann Rev Public Health* 1994; 15: 535-559.
20. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdani- nia M. Translation, Validity and Reliability Iranian Version of SF-36 Questioner. *Quarterly J Payesh* 2004; 49-56.
21. Fuhrer M. Subjective well-being Implications for medical rehabilitation outcomes and models of disablement. *Am J Phys Med Rehabil* 1994; 73: 358-364.
22. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA* 1994; 272: 619-626.
23. Fabin ES. Using quality of life Indicators in rehabilitation program evaluation. *Rehabil Couns Bull* 1991; 34: 344-356.
24. Greenberg JP, Good DJ. Functional assessment in neurologic disability. In: RB Lazar, Editor. *Principles of neurologic rehabilitation*. New York: McGraw Hill; 1998, 7-27.
25. Kadriye O, Ebro Y, Banuc NC. Quality of Life for Patients Post stroke and Factors Affecting It. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2005; 14: 261-266.
26. Britton AB, Murray V. Disablement and quality of life after stroke. *Stroke* 1984;15: 886-890.
27. Jipan MD, Eric QW, Zhi-Jie Z. Impact of stroke on the noninstitutionalized population in the United States. *Stroke* 2006; 37: 2567.
28. Clarke P, Black SE. Quality of life following stroke, negotiation disability, identity and resources. *J Appl Gerontol* 2005; 24: 319-336.
29. Mrja-Liisa K. *Quality of life after stroke: clinical, functional, psychosocial and cognitive correlates*. Oulu University Library, 2000.
30. Jonathan WS, Geoffery AD, Helen MT. Quality of Life after Stroke. *Stroke*, 2004; 35: 2340.
31. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM. Quality of Life After Stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke* 2004; 35: 2340-2345.
32. Muro MJ, De Pedro-Cuesta JA. stroke Patients In South Madrid. *Stroke* 2000; 31:1351.
33. De Haan RJ, Limburg M, Vandermeulen JHP. Quality of Life After Stroke Impact of Stroke Type and Lesion Location. *Stroke* 1995; 26: 402- 408.
34. Deborah S, Nichols-Larsen PC, Clark RN. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke* 2005; 36: 1480.

35. Bethoux F, Calmels P, Gautheron U. Changes in the quality of life of hemiplegic stroke patients with time: A preliminary report 1. *Am J Phys Med Rehabil* 1999; 78: 19-23.
36. Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapor Med J* 2006; 47: 213.

Quality of life among stroke patients in kermanshah city

Fattahi A^{1*}, Azad A², Montazeri A³

- 1- M.Sc of occupational therapy
- 2- Lecturer of Iran University of Medical Sciences
- 3- Full Professor of Jihad Daneshgahi

Abstract

Background and aim: Health-related quality of life is an important index of outcome after stroke and may facilitate a broader description of stroke recovery. The objective of this study was to measure health-related quality of life in stroke patients in kermanshah city and determine of impact occupation status, gender and hemiplegics side of the body on the quality of life for stroke patients.

Materials and methods: The Method was descriptive-analytic and cross sectional. Fifty one stroke patients referred to comprehensive rehabilitation centers, occupational therapy, physical therapy ,speech therapy clinics and hospital centers of kermanshah city and there was an interview with all patient. Quality of life was evaluated by 36-item short-form health survey (SF-36).

Results: In attending to the results of recent study, quality of life affected by stroke in total subscales of the (SF-36) but this increased in Role-Physical. Quality of life in these patients is dependent to the age, level of education and post-stroke duration.

Conclusion: It seems that quality of life improves in stroke patients by passing the time.

Key words: Quality of life, Stroke, SF-36Questionnaire

*** Corresponding author:**

Ayoub Fattahi Rehabilitation Faculty, Iran University of Medical Sciences.

Email: Fattahi.ayoubfatt@gmail.com

This research was supported by Iran University of Medical Sciences (IUMS).