مقاله تحقیقاتی

بررسی کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد در سال ۱۳۹۳

*مهسا خدایاریان[۱]، علی‌اکبر واعظی[۲]، صدیقه جلال‌پور[۳]، طیبه جلال‌پور[۴]، حافظ حاجی حسینی[۵]

چکیده

مقدمه: آسیب طناب نخاعی به‌عنوان یک اختلال ناتوان‌کننده بوده که پیامدهای جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی ایجاد می‌کند و می‌تواند روی همه شاخص‌های کیفیت زندگی تأثیر بگذارد؛ لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به روش توصیفی ـ تحلیلی روی ۸۴ نفر از معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها دو پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد SIP-۶۸ که دارای ۶۸ گویه بوده که در ۶ بُعد استقلال جسمی، کنترل حرکت، استقلال روحی و برقراری ارتباط، رفتار اجتماعی، ثبات عاطفی و محدوده پویایی تنظیم‌شده است. جهت ترجمه پرسشنامه SIP-۶۸ از روش بان ویل (Banville) استفاده شد. اعتبارسنجی به روش اعتبار محتوا و پایایی آن با آلفای کرونباخ ارزیابی گردید (r=۰/۹۱). داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: محدوده سنی معلولان ضایعات نخاعی ۶۴-۱۶ ساله (۱۴/۱۱±۳۹/۳۸) و میانگین سنی آنان در زمان آسیب ۱۳/۷۶±۲۶ بود. ۵۷/۱٪ (۴۸ نفر) معلولان ضایعات نخاعی علت آسیب را حوادث رانندگی، ۱۵/۵٪ (۱۳ نفر) سقوط از بلندی و بقیه آن‌ها حادثه در محل کار، بیماری و درمان‌های پزشکی ذکر کرده‌اند. ۲۲/۶٪ (۱۹ نفر) از افراد، کیفیت زندگی خود را خوب، ۶۷/۹٪ (۵۷ نفر) متوسط و ۹/۵٪ (۸ نفر) نیز ضعیف (۱۰/۹۹±۳۲/۳۶) برآورد کرده‌اند. میانگین نمره در ابعاد استقلال جسمی، رفتار اجتماعی و محدوده پویایی نسبت به سایر ابعاد وضعیت ضعیف‌تری داشت. بین کیفیت زندگی با علت و وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری: برای ارتقاء کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی می‌بایستی شاخص‌های رفاهی را موردتوجه قرارداد. دولت‌ها باید با مشارکت معلولان ضایعات نخاعی اجرای برنامه‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را برای افزایش خودکارآمدی آنان تسهیل نمایند. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های کیفی صورت بگیرد تا از طریق تبیین درک آنان از شرایط زیستی خود بتوان مداخلات ارتقاء سلامت را طراحی نمود.

کلمات کلیدی: آسیب طناب نخاعی، کیفیت زندگی، معلولان ضایعات نخاعی

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال اول ■ شماره ۲ ■ زمستان ۱۳۹۳ ■ شماره مسلسل ۲ ■ صفحات ۸۸-۹۸

مقدمه

طناب نخاعی (Spinal cord) بخش فوق‌العاده حیاتی سیستم عصبی مرکزی بوده و حتی یک آسیب کوچک به آن می‌تواند منجر به ناتوانی شدید گردد (۱). آسیب طناب نخاعی SCI (Spinal Cord Injury) تقریباً ۵۰٪ مرگ‌ومیرهای ناشی از تروما را به خود اختصاص می‌دهد. علل شایع آن شامل تصادفات، سقوط، اعمال خشونت‌آمیز

۱ـ دانشجوی مقطع دکترای تخصصی رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (*نویسنده مسئول)
آدرس الکترونیک: khodayarian@ssu.ac.ir ـ mahsa.khodayarian6@gmail.com
۲ـ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۳ـ کارشناس پرستاری بالینی بیمارستان شهید رهنمون، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۴ـ کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی- مالی، واحد علوم تحقیقات یزد، عضو هیئت مؤسس و بازرس انجمن معلولین ضایعات نخاعی شهر یزد، نائب رییس هیئت ورزش معلولان و جانبازان استان یزد
۵ـ دانشجوی پرستاری مقطع کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

و آسیب‌های مرتبط با ورزش می‌باشد. آسیب طناب نخاعی دارای اثرات سوء جسمی، عاطفی و اجتماعی است (۲). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت در حال حاضر حدود ۱۰ درصد از جمعیت جهان (بالغبر ۶۵۰ میلیون نفر) دارای نارسایی‌های ذهنی، جسمی یا حسی بوده و به‌اصطلاح معلول هستند که قریب ۸۰ درصد آن‌ها در کشورهای توسعه‌نیافته و در حال توسعه سکونت دارند؛ حدود ۱۰ درصد معلولیت از سوی جامعه جهانی برای کشور ایران تخمین زده‌شده که با احتساب جمعیت ۷۰ میلیونی آمار عمومی سال ۱۳۸۵، می‌توان بیان نمود به‌طور تقریبی ۷ میلیون نفر معلول در انواع مختلف اعم از معلولیت‌های جسمی، ذهنی، روانی، اجتماعی و همچنین ناشنوایی و نابینایی وجود دارند (۳). معلولان ضایعات نخاعی ممکن است مدت طولانی با این آسیب زندگی کنند؛ آنان همانند دوستان و همکارانشان کار می‌کنند، خانواده تشکیل می‌دهند و در رقابت‌های ورزشی شرکت می‌کنند. بااین‌وجود فعالیت‌هایی که برای افراد سالم، ساده و آسان به نظر می‌رسد انجام آن برای این‌گونه افراد دشوار است. این افراد هرروز با مشکلات متعددی از قبیل مسائل مالی، عدم‌حمایت اجتماعی و مشکلات سلامتی روبرو می‌شوند. خوشبختانه پیشرفت‌های پزشکی این امکان را برای آنان فراهم آورده تا سال‌ها زندگی کنند وزندگی معنادار و مولدی داشته باشند بنابراین معلولان نخاعی باید به جسم شان به‌گونه‌ای جدید نگاه کنند (۴). کیفیت زندگی جزء ذهنی رفاه است، کیفیت زندگی را با سنجش احساس ذهنی مشخص از خشنودی یا ناخشنودی درباره زندگی می‌توان ارزیابی کرد (۵). آسیب طناب نخاعی به‌عنوان یک فاجعه حزن‌انگیز می‌تواند همه جنبه‌های کیفیت زندگی را تحت‌الشعاع قرار بدهد (۶). در پژوهش شاهنده و همکاران نتایج سنجش کیفیت زندگی در ابعاد ۱۱ گانه شامل اشتغال، تحصیل، اوقات فراغت، وضعیت اقتصادی، مسکن، فعالیت‌های روزمره زندگی، روابط فامیلی، روابط اجتماعی، سلامت جسمانی، آسایش روانی، خودپنداری، استقلال و عدم وابستگی به محیط نشان داد که ۷۳/۳٪ معلولان ضایعه نخاعی کیفیت زندگی خود را متوسط ارزیابی نمودند (۷). در مطالعه بختیاری و همکاران افراد معلول به دلیل محدودیت‌های موجود در حیطه‌های جسمی و استقلال دارای نمره کیفیت زندگی کمتری نسبت به افراد سالم بودند (۸). دیجکرسو (Dijkerso) در بررسی کیفیت زندگی معلولان ضایعه نخاعی نتیجه‌گیری نمود که آنان نسبت به افراد غیر معلول سلامت روانی پایین‌تری دارند (۹). هاران (Haran) اظهار می‌کند که میزان خودکشی، طلاق و سوءمصرف دارو در معلولان ضایعه نخاعی بیشتر مشاهده می‌شود (۱۰). نصیری پور و همکاران با انجام مداخله‌ای نتیجه‌گیری کردند که پس از اجرای برنامه توان‌بخشی امتیاز کیفیت زندگی، توانایی‌های روزمره زندگی، توانایی‌های حرکتی، ارتباطات اجتماعی و میزان مشارکت در زندگی اجتماعی معلولان به‌طور معناداری ارتقاء می‌یابد (۱۱). نتایج مطالعه ویجسریا (wijesuriya) و همکاران نشان داد عوامل نگرشی مثل خودکارآمدی بیشتر از عوامل مرتبط با ناتوانی مانند سطح ضایعه و کامل یا ناقص بودن آن، روی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۲). تیت (tate) بیان می‌کند بررسی کیفیت زندگی به‌طور افزاینده‌ای در توان‌بخشی مورداستفاده قرارگرفته است اما این مطالعات نیازهای خاص معلولان ضایعات نخاعی را معرفی نمی‌کند. در مطالعه وی در معلولان ضایعات نخاعی که سطح کیفیت زندگی خود را عالی گزارش کرده‌بودند ارتباطات رضایت‌بخش، حمایت اجتماعی، مشارکت بیشتر در فعالیت‌های اجتماعی و لذت بردن از اوقات فراغت خود نیز مشاهده شد (۱۳). سیلور (silver) و همکاران در مطالعه خود کاهش کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی را در حیطه‌های بازگشت به کار یا مدرسه، سازگاری با نقش‌های جدید در اجتماع و کسب استقلال فردی گزارش کرده‌اند (۱۴). در این راستا چن (chen) و همکاران با انجام مطالعه‌ای به نتایج مشابه دست یافتند و بر ضرورت تمرکز توجه دولت‌ها بر ایجاد محیط‌های کاری دوست دار ناتوانی جهت بازگشت موفقیت‌آمیز به اجتماع خود تأکید نمودند (۱۵). توسعه مهارت‌های سازگاری مطلوب منجر به رضایت‌مندی از زندگی و خلق بهتر در این افراد می‌گردد. افرادی که قادرند خودشان را با وضعیت جدید سازگار کنند رفتار وابستگی کمتر و کیفیت زندگی بهتری دارند و برعکس، افرادی که تطابق روان‌شناختی ضعیفی با آسیب طناب نخاعی دارند، سبک‌های سازگاری منفی از خود نشان می‌دهند (۱۶). با توجه به مطالعات فوق و نظر به اینکه تحقیقات درزمینه‌سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی و شناسایی راهبردهایی برای ارتقاء کیفیت زندگی می‌تواند روی خودکارآمدی و سازگاری با ناتوانی آن‌ها تأثیر بگذارد، لذا پژوهشی باهدف تعیین کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش توصیفی ـ تحلیلی روی ۸۴ نفر از معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد که دوره حاد آسیب (۱۲ هفته پس از آسیب) را طی نموده و از بیمارستان مرخص شده و عضو انجمن معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد بوده‌اند صورت گرفته است. نمونه‌گیری به روش سرشماری از کلیه معلولان ضایعات نخاعی که واجد معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱۲ هفته پس از آسیب تا حداکثر سه سال پس‌ازآن، تمایل به شرکت در مطالعه، توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی، سن حداقل ۱۶ سال، بومی یزد بودن و عضویت در انجمن معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد بودند انجام شد. علت انتخاب معیار ورود مذکور بر اساس پیشنهادها مطالعات انجام‌شده مبنی بر اینکه دوره حاد آسیب را ۱۲ هفته پس‌ازآن ذکر کرده (۱۷) و هر چه مدت بیشتری از آسیب بگذرد سازگاری بیشتری حاصل می‌شود، بود (۱۵). معیارهای خروج از مطالعه شامل استفاده از داروهای روان‌گردان، داروهای اعصاب و روان و تحت درمان روان‌پزشک بوده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر ۲ پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی، علت آسیب، سطح آسیب، نوع آسیب و وابستگی به دستگاه تهویه مصنوعی) و پرسشنامه استاندارد Sickness Impact Profile (SIP-۶۸) بوده است. SIP-۶۸ ابزاری معتبر بوده و جهت اندازه‌گیری وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی طراحی‌شده و تاکنون به‌طور وسیع مورداستفاده قرارگرفته است؛ این ابزار توسط ماریلین برگنر (Marilyn Bergner) در سال ۱۹۷۶ طراحی‌شده و تغییراتی که ناتوانی روی فعالیت‌های روزمره زندگی و رفتار ایجاد می‌کند را می‌سنجد (۱۸). ابزار دارای ۶۸ گویه بوده که در ۶ بُعد استقلال جسمی (۱۷ گویه)، کنترل حرکت (۱۲ گویه)، استقلال روحی و برقراری ارتباط (۱۱ گویه)، رفتار اجتماعی (۱۲ گویه)، ثبات عاطفی (۶ گویه) و محدوده پویایی (۱۰ گویه) تنظیم‌شده است (۱۷، ۱۶). سؤالات به‌صورت بلی (امتیاز ۱) و خیر (امتیاز صفر) توسط نمونه‌ها به‌صورت خود ایفا و در بعضی موارد به‌صورت مصاحبه حضوری تکمیل گردید. بر اساس دستورالعمل تحلیل SIP-۶۸ امتیاز کلی ابزار بین صفر معرف بهترین وضعیت کیفیت زندگی و ۶۸ معرف بدترین وضعیت کیفیت زندگی است. برای رتبه‌بندی سطح کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی به مجموعه سؤالات این بخش ۶۸ نمره داده شد و افراد با توجه به نمره کسب‌شده به سه رده کیفیت زندگی خوب (۲۲-۰)، متوسط (۴۵-۲۳) و ضعیف (۶۸-۴۶) تقسیم‌بندی شدند. در مطالعه حاضر جهت ترجمه پرسشنامه SIP-۶۸ از زبان انگلیسی به زبان فارسی از روش بان‌ویل و همکاران استفاده شد (۱۹). بدین ترتیب که در مرحله اول نسخه اصلی توسط دو مترجم با زبان مادری فارسی به‌صورت جداگانه به زبان فارسی برگردانده شد. سپس دو مترجم دیگر با زبان مادری فارسی نسخه فارسی تهیه‌شده را ازنظر کیفیت ترجمه شامل وضوح، کاربرد زبان مشترک و معدل سازی مفهومی مورد ارزیابی قراردادند. پرسشنامه به‌منظور اعتبارسنجی به روش اعتبار محتوا پرسشنامه در اختیار ۴ نفر عضو هیئت‌علمی قرار گرفت. سپس پرسشنامه نهایی تدوین‌شده توسط دو نفر از اساتید زبان انگلیسی به انگلیسی باز ترجمه شد و با نسخه اصلی آن مقایسه شد که مفاهیم یکسانی داشت. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد. بدین نحو که پرسشنامه‌ها طی انجام مطالعه پایلوت بین ۳۰ معلول ضایعه نخاعی که شرایط مشابه با نمونه‌های پژوهش داشتند توزیع و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ارزیابی گردید (ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای هرکدام از ابعاد در محدوده ۰/۸۹-۰/۷۸ بود). به‌منظور گروه‌بندی معلولان ضایعات نخاعی ازلحاظ وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی بر اساس معیار معرفی‌شده توسط لست (last) (۲۰) از متغیرهای سطح تحصیلات، شغل و بُعد خانوار استفاده شد بدین ترتیب که برای سطح تحصیلات از ابتدایی و کمتر صفر امتیاز، راهنمایی و دبیرستان یک امتیاز و دیپلم کامل متوسطه و بالاتر ۲ امتیاز در نظر گرفته شد؛ برای شغل موارد مستخدم و یا کارگر ساده، کشاورز، دامدار و بیکار صفر امتیاز، برای موارد کارمند دولت، کارمند بخش خصوصی و کارفرمای بخش خصوصی و بازنشسته ۵ امتیاز در نظر گرفته شد. برای بُعد خانوار بیش از ۸ نفر ساکن در یک‌منزل مسکونی صفر امتیاز، ۸-۶ نفر یک امتیاز و ۵-۲ نفر ۲ امتیاز در نظر گرفته شد؛ درمجموع امتیاز ۳ و پایین‌تر به‌عنوان وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی پایین، امتیاز ۷-۴ به‌عنوان وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی متوسط و امتیاز ۱۱-۸ به‌عنوان وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی بالا لحاظ گردید. داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار آمار

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]
[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شد. جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی اسپیرمن در سطح معنی‌داری α=۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد محدوده سنی معلولان ضایعات نخاعی ۶۴-۱۶ ساله (۱۴/۱۱±۳۹/۳۸) و میانگین سنی افراد مورد بررسی در زمان آسیب ۱۳/۷۶±۲۶/۰۰ بود. بالغ‌بر نیمی از آسیب‌های طناب نخاعی (۶۳/۱٪) در بازه سنی ۴۰-۲۱ سالگی گزارش‌شده‌است. جدول ۱ توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک معلولان ضایعات نخاعی را نشان می‌دهد.

۵۷/۱٪ (۴۸ نفر) معلولان ضایعات نخاعی علت آسیب را حوادث رانندگی، ۱۵/۵٪ (۱۳ نفر) سقوط از بلندی، ۶٪ (۵ نفر) حادثه در محل کار و بقیه افراد، علت را موارد دیگر مانند بیماری و درمان‌های پزشکی ذکر کرده‌اند. ۵۱/۲٪ سطح آسیب را کمری، ۲۵٪ گردنی، ۲۲/۶٪ سینه‌ای و ۱/۲٪ خاجی مطرح کرده‌اند. ۷۰/۲٪ (۵۹ نفر) از افراد دچار پاراپلژی، ۱۰/۷٪ (۹ نفر) تتراپلژی و سایر موارد مبتلابه پاراپارزی (۱۲ نفر) و تتراپارزی (۴ نفر) بوده‌اند. ازلحاظ وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر اساس معیار Last، ۴۲/۹٪ (۳۶ نفر) در طبقه پایین، ۲۹/۸٪ (۲۵ نفر) در طبقه متوسط و ۲۷/۴٪ (۲۳ نفر) در طبقه بالا قرار گرفتند. نتایج این بررسی نشان داد که میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی ۱۰/۹۹±۳۲/۳۶ بوده است. بر اساس امتیاز کلی کیفیت زندگی، ۲۲/۶٪ (۱۹ نفر) از افراد موردبررسی کیفیت زندگی خود را خوب، ۶۷/۹٪ (۵۷ نفر) متوسط و ۹/۵٪ (۸ نفر) نیز ضعیف برآورد کرده‌اند. در بررسی ابعاد ۶ گانه کیفیت زندگی میانگین نمره در ابعاد استقلال جسمی، رفتار اجتماعی و محدوده پویایی نسبت به سایر ابعاد وضعیت ضعیف‌تری نشان داد (جدول ۲).

آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه تفاوت معناداری را بین گروه‌ها ازلحاظ متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح سواد، شغل و سطح و نوع آسیب تفاوت معناداری نشان نداد (P>۰/۰۵)؛ اما همین آزمون آماری با متغیر علت آسیب در کیفیت زندگی تفاوت معناداری را نشان داد (p<۰/۰۵). با تعیین ضریب همبستگی اسپیرمن (r=۰/۲) بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی همبستگی معناداری مشاهده شد (p<۰/۰۵).

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک معلولان ضایعات نخاعی

ویژگی‌های فردی	تعداد (درصد)
جنس	
زن	۲۷ (۳۲/۱)
مرد	۵۷ (۶۷/۹)
وضعیت تأهل	
مجرد	۲۵ (۲۹/۸)
متأهل	۵۶ (۶۶/۷)
مطلقه	۲ (۲/۴)
بیوه	۱ (۱/۲)
سطح تحصیلات	
زیر دیپلم	۴۱ (۴۸/۸)
دیپلم	۱۹ (۲۲/۶)
دانشگاهی	۲۴ (۲۸/۶)
شغل	
دانشجو	۶ (۷/۱)
کارمند دولت	۹ (۱۰/۷)
شغل آزاد	۱۲ (۱۴/۳)
بازنشسته	۱۴ (۱۶/۷)
بیکار	۴۳ (۵۱/۲)
بُعد خانوار	
۵-۲ نفر	۷۵ (۸۹/۳)
۸-۶ نفر	۹ (۱۰/۷)
بیشتر از ۸ نفر	-
وابستگی به ونتیلاتور	
بلی	۴ (۴/۸)
خیر	۸۰ (۹۵/۲)
سن در زمان آسیب	
۲۰-۱۳ سالگی	۲۱ (۲۵)
۴۰-۲۱ سالگی	۵۳ (۶۳/۱)
۶۴-۴۱ سالگی	۱۰ (۱۱/۹)

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج نشان داد کیفیت زندگی درک شده در ۶۷/۹٪ معلولان ضایعات نخاعی در حد متوسط و ۲۲/۶٪ در سطح ضعیف گزارش شد. مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۱، ۴۴/۷٪ معلولان ضایعات نخاعی و ۵۵/۳٪ آنان به ترتیب کیفیت زندگی درک شده خود را خوب و بد توصیف کردند (۲۱). ون لی ون (Vanleeuwen) بیان

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه SIP-۶۸ توسط معلولان ضایعات نخاعی

گویه‌ها	بلی٪	خیر٪
استقلال جسمی (۹/۸۳±۴/۲۵)		
۱. با صندلی چرخ‌دار حرکت می‌کنم	۸۴/۵	۱۵/۵
۲. فقط با کمک فرد دیگری می‌توانم لباس بپوشم	۲۹/۸	۷۰/۲
۳. خودم نمی‌توانم از تخت پایین بیایم و یا بر روی تخت بخوابم، توسط فردی دیگر و یا کمک مکانیکی جابه‌جا می‌شوم	۴۱/۷	۵۸/۳
۴. تنها با کمک فرد دیگر می‌توانم بایستم	۷۲/۶	۲۷/۴
۵. برای بستن دکمه، زیپ لباس، بند کفش و غیره به کمک فردی دیگر نیاز دارم	۲۹/۸	۷۰/۲
۶. اصلاً راه نمی‌روم	۲۹/۸	۷۰/۲
۷. اصلاً از پله‌ها استفاده نمی‌کنم	۷۹/۸	۲۰/۲
۸. کارهای دشوار را با کمک دیگران انجام می‌دهم، به‌عنوان‌مثال: سوارشدن به ماشین، وارد شدن به وان حمام	۶۵/۵	۳۴/۵
۹. به‌طور کامل به‌تنهایی نمی‌توانم حمام کنم، نیازمند کمک می‌باشم	۵۴/۸	۴۵/۲
۱۰. اصلاً به‌تنهایی حمام نمی‌کنم، فردی دیگر مرا می‌شوید	۳۶/۹	۶۳/۱
۱۱. کنترل ادراری ندارم	۸۱	۱۹
۱۲. در حرکات بدن بسیار ناآزموده و زمخت هستم	۵۱/۲	۴۸/۸
۱۳. کنترل مدفوع ندارم	۷۳/۸	۲۶/۲
۱۴. خودم با کمک فردی دیگر غذا می‌خورم	۲۰/۲	۷۹/۸
۱۵. نمی‌توانم تعادلم را حفظ نمایم	۶۷/۹	۳۲/۱
۱۶. از لگن با کمک استفاده می‌کنم	۵۱/۲	۴۸/۸
۱۷. به کرار موقعیت خودم را عوض می‌کنم	۷۲/۶	۲۷/۴
کنترل حرکت (۴/۶۱±۲/۴۶)		
۱۸. در بالا و پائین رفتن از پله‌ها به آهستگی عمل می‌کنم، برای مثال پله‌ها را یکی‌یکی طی می‌کنم، اغلب توقف می‌کنم	۲۳/۸	۷۶/۲
۱۹. فواصل کوتاهی را راه می‌روم و اغلب برای استراحت، توقف می‌کنم	۳۲/۱	۶۷/۹
۲۰. به آهستگی راه می‌روم	۲۸/۶	۷۱/۴
۲۱. تنها با کمک مکانیکی از پله‌ها استفاده می‌کنم، مانند ریل دستی، عصا	۳۵/۷	۶۴/۳
۲۲. به‌تنهایی راه می‌روم اما به‌دشواری، برای مثال لنگ می‌زنم، تلوتلو می‌خورم	۲۲/۶	۷۷/۴
۲۳. تنها با تکیه کردن به چیزی می‌توانم زانو بزنم و خم شوم	۴۶/۴	۵۳/۶
۲۴. از تپه بالا یا پائین نمی‌روم	۷۵	۲۵
۲۵. برای خوابیدن بر روی تخت و یا بلند شدن از تخت خواب از چیزی مانند عصا یا واکر کمک می‌گیرم	۴۵/۲	۵۴/۸
۲۶. تنها برای مدت‌زمانی کوتاه سر پا می‌ایستم	۳۸/۱	۶۱/۹
۲۷. خودم لباس می‌پوشم ولی به آهستگی	۷۳/۸	۲۶/۲
۲۸. در کارهای دستی مشکل‌دارم، برای مثال پیچاندن شیر، استفاده از وسایل آشپزخانه، دوخت و دوز، نجاری	۲۳/۸	۷۶/۲
۲۹. دستان و انگشتان خود را با محدودیت و یا دشواری تکان می‌دهم	۱۶/۷	۸۳/۳
استقلال روحی و برقراری ارتباط (۲/۹۷±۲/۷۸)		
۳۰. در استدلال و حل کردن مسائل مشکل‌دارم، به‌عنوان‌مثال در برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، یادگیری مطالب جدید	۲۸/۶	۷۱/۴
۳۱. در انجام فعالیت‌هایی که شامل تمرکز و تفکر هستند مشکل‌دارم	۲۵	۷۵
۳۲. در مقابل حرف‌ها و اعمال به‌کندی عکس‌العمل نشان می‌دهم	۳۵/۷	۶۴/۳
۳۳. بیشتر از حد معمول دچار اشتباه می‌شوم	۲۵	۷۵
۳۴. نمی‌توانم به یک فعالیت برای مدت طولانی توجه کنم	۴۱/۷	۵۸/۳
۳۵. فراموش‌کاریم زیاد شده به‌عنوان‌مثال حوادثی که اخیراً رخ‌داده‌اند، جای وسایل، قرارهای ملاقات را فراموش می‌کنم	۲۲/۶	۷۷/۴
۳۶. گیج هستم و چندین کار را باهم آغاز می‌کنم	۱۳/۱	۸۶/۹

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

ادامه جدول ۲

گویه‌ها	بلی٪	خیر٪
۳۷. زمانی که تحت‌فشار هستم به‌وضوح صحبت نمی‌کنم	۳۹/۳	۶۰/۷
۳۸. در سخن گفتن مشکل‌دارم، مانند لکنت، گیرکردن، خوردن کلمات	۴/۸	۹۵/۲
۳۹. کارهایی را که شروع کرده‌ام نمی‌توانم به پایان برسانم	۲۳/۸	۷۶/۲
۴۰. در نوشتن یا تایپ کردن مشکل‌دارم	۳۸/۱	۶۱/۹
رفتار اجتماعی (۷/۱۱±۳/۱۱)		
۴۱. از تفریح و سرگرمی غیرفعال خود مانند تماشا کردن تلویزیون، مطالعه و غیره بسیار کم کرده‌ام	۳۱	۶۹
۴۲. مدت‌زمان ملاقات با دوستان را کاهش می‌دهم	۳۹/۳	۶۰/۷
۴۳. مایعات کمتری می‌نوشم	۳۲/۱	۶۷/۹
۴۴. کارهای جمعی کمتری انجام می‌دهم	۵۸/۳	۴۱/۷
۴۵. کارهای اجتماعی کمتری با گروه‌های مردمی انجام می‌دهم	۶۶/۷	۳۳/۳
۴۶. برای تفریح کمتر بیرون می‌روم	۶۱/۹	۳۸/۱
۴۷. تنها برای مدت کوتاهی دور از خانه می‌مانم	۶۳/۱	۳۶/۹
۴۸. نسبت به گذشته بسیار کم‌غذا می‌خورم	۵۳/۶	۴۶/۴
۴۹. کار سنگینی در خانه انجام نمی‌دهم	۸۳/۳	۱۶/۷
۵۰. برای مدت‌زمان کوتاه‌تری به انجام سرگرمی‌ها و کارهای اوقات فراغت می‌پردازم	۶۷/۹	۳۲/۱
۵۱. کارهای روزمرگی کمتری نسبت به سابق در خانه انجام می‌دهم	۷۹/۸	۲۰/۲
۵۲. فعالیت جنسی من کاهش‌یافته است	۷۵	۲۵
ثبات عاطفی (۱/۸۰±۱/۸۰)		
۵۳. اغلب نسبت به اطرافیانم رفتاری آزاردهنده دارم، مانند سیلی زدن، پاسخ‌های تند، انتقاد زیاد	۲۰/۲	۷۹/۸
۵۴. با اعضای خانه رفتار نامناسبی دارم، مانند کینه‌توزی و لجبازی	۱۹	۸۱
۵۵. در رفتار با اعضای خانواده اغلب دچار عصبانیت شدید می‌شوم، به‌عنوان‌مثال ضرب و شتم، فریاد زدن، پرت کردن وسایل به‌سوی آن‌ها	۲۳/۸	۷۶/۲
۵۶. نسبت به خودم زودرنج شدم، مثلاً درباره خودم بد صحبت می‌کنم، به خودم فحش می‌دهم، برای وقایعی که اتفاق افتاده‌اند خودم را سرزنش می‌کنم	۴۰/۵	۵۹/۵
۵۷؛ مانند گذشته با اعضای خانواده شوخی نمی‌کنم	۳۸/۱	۶۱/۹
۵۸. با اطرافیان خود کمتر صحبت می‌کنم	۳۹/۳	۶۰/۷
محدوده پویایی (۶/۰۱±۲/۹۵)		
۵۹. دیگر مانند سابق خرید نمی‌کنم	۶۵/۵	۳۴/۵
۶۰. به شهر نمی‌روم	۴۴	۵۶
۶۱. دیگر مانند سابق کارهای نظافت خانه را انجام نمی‌دهم	۷۲/۶	۲۷/۴
۶۲. کارهایی که قبلاً در خانه انجام می‌دادم را دیگر انجام نمی‌دهم	۷۲/۶	۲۷/۴
۶۳. بیشتر مواقع خانه می‌مانم	۶۷/۹	۳۲/۱
۶۴. دیگر مانند سابق، به شستشوی لباس‌ها نمی‌پردازم	۷۶/۲	۲۳/۸
۶۵. اصلاً برای ملاقات دیگران از خانه بیرون نمی‌روم	۳۶/۹	۶۳/۱
۶۶. تنها در یک ساختمان رفت‌وآمد می‌کنم	۴۷/۶	۵۲/۴
۶۷. دیگر کارهای فردی و یا مسائل مربوط به خانه، مانند پرداخت قبوض، رفتن به بانک، کار کردن روی بودجه خانوار را انجام نمی‌دهم	۶۰/۷	۳۹/۳
۶۸. بدون کمک دیگران در تاریکی حرکت نمی‌کنم و یا به مکان‌های خاموش نمی‌روم	۵۷/۱	۴۲/۹

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

می‌کند که کیفیت زندگی در معلولان ضایعه نخاعی تقریباً مدت کوتاهی پس از بروز حادثه بهبود می‌یابد که در این راستا مؤلفه‌های شناختی که به رضایت‌مندی از زندگی و مؤلفه عاطفی که به‌سلامت روان فرد مبتلا اشاره می‌کند کیفیت زندگی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد؛ کیفیت زندگی با عواملی از قبیل تحرک بیشتر، سلامت جسمی درک شده بهتر، حمایت اجتماعی، عملکرد روان‌شناختی و خودکارآمدی در ارتباط می‌باشد (۲۲). انعکاس کیفیت زندگی برای معلولان ضایعات نخاعی باید عواملی از قبیل رضایت‌مندی از زندگی و اهمیت جنبه‌های مختلف حیات و تأثیر ناتوانی را موردتوجه قرار بدهد (۲۳). الفس تروم (Elfstrom) و همکاران به این نتیجه دست یافتند که کیفیت زندگی با سازگاری همبستگی معناداری دارند. در شرایطی که افراد بتوانند وقایع زندگی و ارزش‌های خود را ارزیابی مجدد نموده و گرایش خود را نسبت به رفتار وابستگی به اطرافیان کمتر کنند کیفیت زندگی‌شان ارتقاء می‌یابد (۲۴). بر اساس اظهارات شفاهی معلولان ضایعات نخاعی در پژوهش حاضر حین تکمیل پرسشنامه‌ها خواست یا تقدیر الهی آن‌ها را به‌سوی وضعیت فعلی سوق داده است. به نظر می‌رسد این دیدگاه معنوی به پذیرش ضایعه نخاعی توسط فرد مبتلا کمک شایانی بکند. در این راستا بابامحمدی و همکاران با انجام مطالعه‌ای کیفی، مهم‌ترین راهبرد تطابقی فرهنگی در معلولان ضایعات نخاعی ایرانی را استعانت مذهبی (درک بیماری به‌عنوان تقدیر الهی، آزمون الهی، توسل به ائمه اطهار و افزایش ذکر و عبادت) شناسایی نمودند (۲۵). ماتیس (Matheis) و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که تقریباً همه معلولان ضایعات نخاعی که به‌نوعی از سازگاری معنویت محور (Spiritual – based coping) استفاده می‌کنند، دارای کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سایرین هستند (۲۶). استعانت مذهبی به‌عنوان یک راهبرد فرهنگی می‌تواند به پذیرش و کنار آمدن با بیماری و درک فردی علت و ماهیت آسیب به معلولان کمک کند لذا پرستاران باید در بررسی درک، احساسات، عقاید، تجربیات و پاسخ‌های سازگاری معلولان به تمایلات مذهبی آنان توجه خاص داشته باشند تا منجر به شکل‌گیری اعتماد و اطمینان متقابل گردد.

در بررسی ابعاد کیفیت زندگی همان‌گونه که نتایج نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی در ابعاد استقلال جسمی، رفتار اجتماعی و محدوده پویایی از میانگین نمره اخذشده در سایر ابعاد بالاتر بود که این موضوع حاکی از آن است که افراد مبتلا از کیفیت زندگی خود در این ابعاد نارضایتی داشتند. در ارتباط با بُعد استقلال جسمی ازآنجاکه ۷۰٪ شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر پاراپلژی کامل بوده و روی صندلی چرخ‌دار زندگی می‌کنند لذا بدیهی است که عواملی مانند وابسته بودن به اطرافیان در انجام حرکات ارادی، نداشتن کنترل ادرار و مدفوع، عدم تعادل در حفظ وضعیت، دشواری حرکات بدنی به علت انقباض شدید عضلات و استفاده از لگن در تخت روی کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر سوء گذاشته باشد. سیلور و همکاران اذعان می‌دارند اصلی‌ترین وسیله حمل‌ونقل برای معلولان ضایعات نخاعی صندلی چرخ‌دار است. آنان مهم‌ترین عامل ممانعت کننده را در بازگشت به اجتماع استفاده از تجهیزات پزشکی مثل صندلی چرخ‌دار، سوندهای مثانه و لگن در تخت، ضعف و سستی و انقباضات عضلانی که فعالیت‌های روزمره زندگی را محدود می‌کند معرفی کرده‌اند (۱۴). نتایج مطالعه لندکوویست (Lundqvist) و همکاران که از ابزار SIP-۶۸ برای بررسی کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی همانند مطالعه حاضر استفاده نمودند نارضایتی شرکت‌کنندگان را از کیفیت زندگی در بعد استقلال جسمی گزارش کردند (۲۷). در ارتباط با ابعاد رفتار اجتماعی و محدوده پویایی مشارکت کم در فعالیت‌های اجتماعی، کاهش علاقه‌مندی به انجام امور فردی و کاهش فعالیت جنسی عواملی هستند که توسط افراد موردبررسی مطرح گردید. پژوهش در موردبررسی نگرش‌های معلولان ضایعات نخاعی نشان داده است که افراد سالم از برقراری ارتباط نزدیک و صمیمانه با افراد ناتوان خودداری می‌کنند و این موضوع باعث می‌شود پویایی افراد ناتوان در زندگی فردی و اجتماعی‌شان کاهش یابد (۲۸). ون کوپن هاگن (Van Koppenhagen) و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که موقعیت شغلی، خودمراقبتی و فعالیت جنسی به‌طور معناداری پس از ضایعه طناب نخاعی تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد (۲۹). کریج (Craig) و همکاران بیان می‌کنند معلولان ضایعات نخاعی نه‌تنها محدودیت‌هایی در تحرک دارند که مانع از کار کردن و مشارکت در فعالیت‌های جمعی آنان می‌شود بلکه اغلب آنان نیاز به حمایت از سوی مراقبت دهندگان داشته تا به استقلال دست یابند لذا ضرورت طراحی راهبردهای توان‌بخشی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]
[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

برای کاستن موانع اجتماعی و بهبود وضعیت تحرک آنان محرز به نظر می‌رسد (۳۰). هامل (Hammell) اظهار می‌نماید که برای این‌که معلولان ضایعات نخاعی هدفمندی، امیدواری، رضایت‌مندی وزندگی مولد و معناداری را تجربه کنند باید برنامه‌های توان‌بخشی بر ارتقاء کیفیت زندگی آنان متمرکز گردد (۳۱). کندی (Kennedy) تأکید می‌کند محور برنامه‌های توان‌بخشی باید «تطابق» با ضایعه نخاعی باشد (۳۲). می‌توان از درمان‌های جسمی، ملاحظات شغلی، ورزش‌درمانی در برنامه‌های توان‌بخشی بهره برد ولیکن باید توجه داشت که توان‌بخشی برای این گروه باید از رویکرد چند تخصصی پیروی کند و عواملی از قبیل جنس، سن، علت آسیب، درجه و سطح آسیب عصبی در معلولان موردتوجه قرار گیرد (۳۳). بر اساس نتایج پژوهش حاضر ۷۵٪ از معلولان ضایعات نخاعی کاهش فعالیت جنسی را پس از آسیب طناب نخاعی اظهار نمودند. ضایعه طناب نخاعی زنان و مردان جوان را ازنظر فعالیت جنسی و تولیدمثل در طول دوره زندگی‌شان نگران می‌کند. تأثیر ضایعه روی عملکرد جنسی به‌شدت و سطح ضایعه در طناب نخاعی بستگی دارد. نتایج مطالعه ریتس (Reitz) باهدف تعیین تأثیر ضایعه طناب نخاعی بر سلامت جنسی و کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی نشان داد ۸۷٪ مردان و ۷۵٪ زنان به‌طورکلی از کیفیت زندگی خود رضایت داشتند اما فقط ۴۴٪ زنان و ۳۸٪ مردان بیان کردند که از روابط زناشویی خود پس از ضایعه رضایت دارند. البته معلولان ضایعات نخاعی پس از ضایعه برای تطابق تلاش نموده و اولویت‌های خود را از تمایلات جنسی به سایر عرصه‌ها تغییر می‌دهند. سن، وضعیت تأهل، سطح آسیب و سن در زمان آسیب و مباحث فرهنگی ازجمله عواملی است که روی تغییر تمایلات مؤثر است (۳۴). نتایج مطالعه کندی نشان داد به‌طورکلی ۷۰٪ شرکت‌کنندگان از فعالیت جنسی خود ناراضی بودند و این حیطه، مقوله‌ای است که به‌طور شفاف به آن پرداخته نمی‌شود (۳۵).

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین کیفیت زندگی و متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، سطح آسیب و وابستگی به دستگاه تهویه مصنوعی ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد اما نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه بین متغیر علت آسیب و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری را نشان داد. نتایج مطالعه بارکر (Barker) و همکاران کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی را پایین‌تر از افراد سالم برآورد نمودند و با عواملی مانند فعالیت جسمی محدود، اختلالات ثانویه جسمی و مشارکت کم در فعالیت‌های اجتماعی مرتبط دانستند نه ویژگی‌های دموگرافیک از قبیل سن، سطح آسیب، سن زمان آسیب و مدت‌زمان آن (۳۶). در این پژوهش بین کیفیت زندگی و علت ایجاد ضایعه که در ۵۷/۱٪ موارد، حوادث رانندگی بود ارتباط آماری معناداری مشاهده شد که با نتایج مطالعه شاهنده (۷) همخوانی ندارد که نتیجه مذکور می‌تواند دلالت برداشتن احساس تقصیر و احتمالاً در مواردی بی‌احتیاطی و عدم دقت در رانندگی باشد؛ در این راستا حق گو و همکاران در مقاله خود بیان می‌کنند که کیفیت زندگی افراد با اتیولوژی مادرزادی بهتر و با اتیولوژی تصادف ضعیف‌تر می‌باشد (۳۷). سوری و همکاران نیز رابطه معنادار بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با وقوع آسیب‌های غیرعمدی را بدین‌صورت مطرح نموده‌اند که کیفیت زندگی باید به‌عنوان یک عامل پیشگویی‌کننده وقوع آسیب‌های غیرعمدی در پیشگیری و کنترل این آسیب‌ها مدنظر قرار بگیرد (۳۸). از دیگر نتایج مطالعه فعلی مشاهده ابعاد مختلف اقتصادی- اجتماعی، روحی- روانی و شغلی که بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند (۳۹). نتایج مطالعه حاتمی و همکاران باهدف مقایسه کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شرکت‌کننده و غیر شرکت‌کننده در ورزش همگانی نشان داد افراد با وضعیت اقتصادی بهتر دارای بالاترین میانگین کیفیت زندگی و افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف دارای پایین‌ترین میانگین کیفیت زندگی می‌باشند (۴۰).

با عنایت به آنچه ذکر شد به‌منظور ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی باید شاخص‌های رفاهی آنان را موردتوجه قرارداد. در این راستا توجه خاص دولت‌ها به تشکل‌های مردم‌نهاد که با مشارکت خود معلولان ضایعات نخاعی شکل‌گرفته است ضروری می‌باشد تا محیط‌های اجتماعی را به‌گونه‌ای ساختاردهی نمایند که معلولان در آن احساس راحتی داشته باشند و مانند سایرین از زندگی طبیعی بهره‌مند گردند. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آینده در ارتباط باکیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی با روش‌شناختی کیفی و طرح ترکیبی اکتشافی متوالی صورت بگیرد تا از طریق تبیین درک آنان از شرایط زیستی خود بتوان مداخلات ارتقاء سلامت را طراحی نمود.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (کد ۲۹۳۴) استخراج شده و بودجه آن توسط دانشگاه مذکور تأمین گردیده است. پژوهشگر از سرکار خانم طیبه جلال‌پور عضو هیئت مؤسس و بازرس انجمن معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد به دلیل همکاری بی‌شائبه ایشان و سایر معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد که پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند کمال سپاسگزاری را دارد.

References

1- Selzer ME, Dobkin BH. Spinal cord injury, an American academics of neurology press quality of life guide: a guide for patients and families. Demos Medical Publishing LLC; 2008.
2- Chulay M, Burns.M. AACN essentials of critical care nursing (packet handbook). McGraw – Hill Companies, Inc. second edition; 2010.
3- Farahani Nia M, Maleki M, Khayeri F, Haghani H. Factors associated with quality of life in people with lower limb amputations. IJN. 2012; 25 (75): 32-44. (Persian)
4- Cristian A. Living with spinal cord injury: A wellness approach. Demos Medical Publishing, Inc; 2004.
5- Baghianimoghaddam MH, Ehrampoush MH. Principles of health services. AsareSobhan Publication 2009; 13. (Persian)
6- Parker JN, Parker PM. The official patient's sourcebook on spinal cord injury. ICON Health Publication, ICON Group International Inc; 2002.
7- Shahandeh H, Wameghi R, Hatamizadeh N, Kazemnejad A. Quality of life among people with spinal cord injuries. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2005; 3 (3): 1-8. (Persian)
8- Bakhtiyari M, Salehi M, Zayeri F, Mobasheri F, Yavari P, Delpishe A, et all. Quality of life among disabled and healthy individuals: A comparative study. Iranian Journal of Epidemiology.2012; 8 (2): 65-72. (Persian)
9- Dijkerso M. A meta-analysis of the effect of disablement components. Adapted Physical Activity Quarterely. 2007; 15 (3): 829-840.
10- Haran MJ, Lee BB, King MT, Marial O, Stockler MR. Health status rated with the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2005; 86: 2290-5.
11- Nasiripour AA, Tabibi J, Afkar A, Kamali M. Effect of community based rehabilitation program implementation on disabled people living conditions in Iran. Knowledge & Health. 2013; 7 (4): 173-178. (Persian)
12- Wijesuriya N, Tran Y, Middleton J, Craig A. Impact of fatigue on the health-related quality of life in persons with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2012; 93: 319-24.
13- Tate DG, Kalpakjian CZ, Forchheimer MB. Quality of life issues in individuals with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2002; 83 (2): 18-25.
14- Silver J, Ljungberg I, Libin A, Groah S. Barriers for individuals with spinal cord injury returning to the community: a preliminary classification. Disability and Health Journal. 2012; 5: 190-196.
15- Chen HYu, Lai Ch, H Wu, T-Lung. A study of factors affecting moving – forward behavior among people with spinal cord injury. Rehabilitation Nursing. May/June 2011; 36 (3): 91-7. PMID: 21675393
16- Woodward, S. Mestecky, A.M. Neuroscience nursing evidence – based practice. Wiley – Blackwell A John Wiley & Sons, Ltd, Publication. First edition. 2011.
17- Kennedy P, Lude P, Elfsrom ML, Smithson EF. Psychological contributions to functional independence: A longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil. 2011; 92: 597-602.
18- DE Bruin AF, Diederiks JPM, DE Witte LP, Stevens FCJ. The development of a short generic version of the Sickness Impact Profile. J ClinEpidemiol. 1994; 47 (4): 407-418.
19- Banville D, Desrosies P, Genet-volet Y. Translating questionnaire and inventories using a cross-cultural translation technique. Journal of Teaching in Physical Education. 2000; 19: 374- 377.
20- Morrowati Sharifabad MA. Factors affecting emotional disorders - especially behavioral dysfunction in children's mental health from the perspective of South Tehran. Tehran University of Medical Sciences. Thesis of MS.C in Health Sciences (MSPH) in Health Education Field. 1994-95; 63. (Persian)
21- Xavier de Franca IS, Silva Coura A, Gilde de Franca E, VieraBasilio N.N. QueirogaSouto R. Quality of life of adults with spinal cord injury: a study using the WHOQOL-bref. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45 (6): 1361-8. Available at: www.ee.usp.br/reeusp/
22- Van Leeuwen CM, Post MW, Hoekstra T, van der Woude LH, de Groot S, Snoek GJ, Mulder DG, Lindeman E. Trajectories in the course of life satisfaction after spinal cord injury: identification and predictors. Arch Phys Med Rehabil. 2011; 92: 207-213.
23- May LA, Warren S. Measuring quality of life of persons with spinal cord injury: external and structural validity. Spinal Cord. 2002; 40: 341-350.
24- Elfstrom ML, Ryden A, Kreuter M, Taft C, Sullivan M. Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. J Rehabil Med. 2005; 37: 9-16.
25- Babamohamadi H, Negarandeh R, DehghanNayeri N. Important coping strategies used by individuals with spinal cord injuries: a qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2013; 2 (1): 90-100. (Persian)
26- Matheis EN, Tulsky DS, Matheis RJ. The relation between spirituality and quality of life among indivisuals with spinal cord

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

injury. Rehabilitation Psychology. Aug 2006; 51 (3): 265-271.

27- Lundqvist C, Siosteen A, Blomstrand C, Lind B, Sullivan M. Spinal cord injuries. Clinical, functional, and emotional status. Spine. 1991; 16 (1): 78-83.

28- Gelis A, Stefan A, Colin D, Albert T, Gault D, Goossens D, et al. Therapeutic education in persons with spinal cord injury: A review of the literature. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2011; 54: 189-210.

29- Van Koppenhagen CF, Post MW, van der Woude LH, de Witte LP, van Asbeck FW, de Groot S, van den Heuvel W, Lindeman E. Changes and determinants of life satisfaction after spinal cord injury: a cohort study in The Netherlands. Arch Phys Med Rehabil. 2008; 89: 1733-40.

30- Criaig, A. Tran, Y. Wijesuriya, N. Middleton, J. Fatigue and tiredness in people with spinal cord injury. Journal of Pschosomatic Research. 2012; 73: 205-210.

31- Hammell K.R.W. Spinal cord injury rehabilitation research: patient priorities, current deficiencies and potential directions. Perspectives in Rehabilitation. 2010;32 (14): 1209-1218.

32- Kennedy P, Lude P, Elfstrome M.L, Smithson E. Cognitive appraisal, coping and quality of life outcomes: a multi-center study of spinal cord injury rehabilitation. Spinal Cord.2010; 48: 762-769.

33- Whiteneck G, Gassaway J, Dijkers M, Jha A. New approach to study the contents and outcomes of spinal cord injury rehabilitation: the SCIR ehab project. J Spinal Cord Med.2009; 32 (3): 251-259.

34- Reitz A, Tobe V, Knapp PA, Schurch B. Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. International Journal of Impotence Research. 2004; 16: 167-174.

35- Kennedy P, Lude P, Taylor N. Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. Spinal Cord. 2006; 44: 95–105.

36- Barker RN, Kendall MD, Amsters DI, Pershouse KJ, Haines TP, Kuipers P. The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. Spinal Cord. 2009; 47: 149–155.

37- Haghgoo Gh, JafariSadahi R, Takamoli R. Comparison of quality of life for disabled people with spinal cord injuries in urban and rural Gilan in1392. Fifth web conference rehabilitation in spinal cord injury. 2011. Available at: www.isaarsci.ir (Persian)

38- Soori H, Abachi K. Reviewing the relationship between health-related quality of life and the incidence of unintentional injuries in children. Pajuhandeh. 2008; 12 (3): 235-243. (Persian)

39- Zandipour T. MS patients′ attitude toward the quality of life and counselling and psychology services. Quarterly Journal of psychological Studies. 2009; 5 (2): 8-116. (Persian)

40- Hatami S, Sabounchi R, Sekhavat A, Ahar M, Musavi SH. Comparison of quality of life of disabled participants in sport and noncorporate. Sport Biosciences. 2013; 2 (7): 29-36. (Persian)

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]

The survey of quality of life in spinal cord injured people in Yazd in 2014

*Khodayarian. M[1], Vaezi. A[2], Jalapour. S[3], Jalalpour. T[4], Haji Hosseini. H[5]

Abstract

Introduction: Spinal cord injury is a debilitating disorder that produces unanticipated physical, psychological, social consequences and it can influence on all of the quality of life (QOL) indicators. Thus, the present study was performed by the purpose of determining quality of life of people with SCI in Yazd in 2014.

Material and Methods: This descriptive-analytical study was done on 84 persons with SCI in Yazd city. Data collection tools were demographic and standard questionnaire of SIP-68 that was regulated in 68 items and 6 dimensions including somatic autonomy, mobility control, psychic autonomy and communication, social behavior, emotional stability, and mobility range. Banville method was used for translation of SIP-68 into Persian.It's content validity and reliability appraised by Cronbach's Coefficient Alpha (r=0.91). Data were analyzed by SPSS software.

Results: Age range of SCI Disabled was 16-64 years (39.38±14.11) and their age mean in time of injury was 26.00±13.76. 57.1% SCI Disabled (n=48) stated car accidents as their injury cause, 15.5% of them (n=13) stated falling and other events at work environment, disease, and medical treatments as their injury cause. The results showed that 22.6% (n=19) of SCI Disabled perceived their QOL as good, 67.9% (n=57) of them as moderate, and 9.5% (n=8) of them as poor (32.36±10.99). The mean score had weaker status in the dimensions of somatic autonomy, social behavior, and mobility range rather than the other dimensions. It is observed the significant relationship between quality of life, cause, and socioeconomic status ($p<0.05$).

Discussion and Conclusion: In order to promote QOL of SCI Disabled, welfare indicators should be noticed. governments should facilitate the implementation of community-based rehabilitation programs with their participation to increase their self-efficacy. It is suggested to perform qualitative researches because exploring their perceptions about living conditions helps to design health promotion interventions.

Keywords: Spinal cord injury (SCI), quality of life (QOL), spinal cord injured people

1- (*Corresponding author), Instructor of Nursing Management, Ph.D student of Health Education & Health Promotion, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd-Iran.
2- Faculty member of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd-Iran.
3- Clinical Nurse of Shahid Rahnemoon Hospital, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd-Iran.
4- Master of Commercial-Financial Management
5- Nursing Student, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd-Iran.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.88]