

Evaluation of quality of life in patients with post-stroke vertigo

Dr. Ali Mazid Zureiq*
Osama Saieed Bajano**

(Received 12 / 2 / 2024. Accepted 8 / 5 / 2024)

□ ABSTRACT □

Stroke and the subsequent vertigo greatly affect the patient's life. It is considered one of the most common disabling diseases in the world, and it has serious consequences, severe disability, and high treatment costs. Therefore, the current descriptive study aimed to evaluate the quality of life of patients with post-stroke vertigo. This was based on an available sample of 40 stroke patients at Tishreen University Hospital in Lattakia. The data was collected using a questionnaire consisting of two parts. The first contains personal and demographic information and was developed by the researcher, and the second is a tool that evaluates the general quality of life developed by Europe. The results of the study showed that the highest percentage of patients had a quality of life at an average level, and a small percentage of them had a quality of life. Weak. The study recommended the need to identify and predict the quality of life of post-stroke vertigo patients, which in turn helps in early diagnosis of patients at risk, to modify these factors in order to improve their quality of life, subject them to rehabilitative training programs, and support them in the process of developing effective compensation strategies to improve the restoration of central sensory integration and balance.

Keywords: quality of life, stroke, dizziness.



Copyright :Tishreen University journal-Syria, The authors retain the copyright under a CC BY-NC-SA 04

* Associate Professor , adult Health Nursing, Faculty Of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria. Email: kram.zrek@yahoo.com

** Postgraduate student-Master in Medical and Surgical Nursing - Lattakia – Syria. osamasaied20232023@gmail.com

تقييم جودة الحياة لدى مرضى المصابين بالدوار التالي للسكتة الدماغية

علي مزيد زريق*

أسامة سعيد بعجانو**

(تاريخ الإيداع 2024 / 2 / 12. قبل للنشر في 2024 / 5 / 8)

□ ملخص □

تؤثر السكتة الدماغية والدوار التالي لها بشكل كبير على حياة المريض وهي تعتبر من أشيع الأمراض للإصابة بالعجز على مستوى العالم، ولها عواقب وخيمة واعاقة شديدة وتكاليف معالجة باهظة. لذا هدفت الدراسة الوصفية الحالية الى تقييم جودة الحياة لدى مرضى المصابين بالدوار التالي للسكتة الدماغية. وذلك عند عينة متاحة مكونه من 40 مريضة سكتة دماغية بمشفى تشرين الجامعي باللاذقية. وجمعت البيانات باستخدام استبيان مكون من جزأين فالأول يحتوي على المعلومات الشخصية والديموغرافية وهو مطور من قبل الباحث، والثاني أداة تقييم الجودة العامة للحياة المطور أوريبيا، حيث أظهرت نتائج الدراسة ان النسبة الأعلى من المرضى كان لديهم جودة حياة بمستوى متوسط، ونسبة قليلة منهم لديهم جودة حياة ضعيفة. وقد أوصت الدراسة على ضرورة التعرف والتتبا بجودة الحياة لمرضى الدوار التالي للسكتة الدماغية الذي بدوره يساعد في التشخيص المبكر للمرضى المعرضين للخطر لتعديل هذه العوامل من أجل تحسين جودة حياتهم وإخضاعهم لبرامج تدريبية تأهيلية ودعمهم في عملية تطويرهم لاستراتيجيات تعويض فعالة لتحسين استعادة التكامل والتوازن الحسي المركزي.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، الدوار، للسكتة الدماغية.

مجلة جامعة تشرين- سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص CC BY-NC-SA 04



حقوق النشر

*أستاذ مساعد - قسم ترميز صحة البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

**طالب دكتوراه- ماجستير في التمريض الباطني والجراحي- اللاذقية - سورية osamasaied20232023@gmail.com

مقدمة

السكتة الدماغية هي من الأسباب الرئيسية للوفيات والعجز ولها تأثيرات على الصحة وجودة الحياة، وتعتمد أنواع الإعاقات التي يمكن توقع حدوثها على أجزاء الدماغ التي تأثرت بالسكتة الدماغية نفسها؛ حيث يمكن أن تتأثر منطقة أو أكثر من الدماغ بتلك السكتة، مما يسبب مضاعفات مختلفة مثل مشاكل النطق واللغة وفقدان القدرة على الحركة والاضطرابات العاطفية ومشاكل الرؤية واضطراب التوازن والدوار وانخفاض في قدرات الرعاية الذاتية ومن أهم عوامل الخطورة للإصابة بها تتضمن ارتفاع الضغط، التدخين، السمنة، ارتفاع الكوليسترول، السكري، الرجفان الأذيني والإصابة بنوبة إقفارية عابرة.⁽¹⁾

تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) (The World Health Organization) السكتة الدماغية بأنها مرض دماغي وعائي يحدث بسبب انقطاع إمداد الدماغ بالدم إما بسبب تمزق الأوعية الدموية (السكتة الدماغية النزفية (HS, Haemorrhagic Stroke) والتي تشكل 5% من الإصابات أو بسبب الانسداد بخثرة (السكتة الدماغية الإقفارية (IS, Ischaemic Stroke) وهي الأشيع والتي تشكل 80% من الإصابات، وتوجد حالة أخرى مشابهة هي النوبة الإقفارية العابرة (TIA) Transient Ischemic Attack وأحياناً تدعى السكتة أو النوبة الصغيرة كونه يتم وقف وصول الدم إلى الدماغ لفترة قصيرة والضرر الذي يصيب خلايا الدماغ ليس دائماً، ولكن إذا تمت الإصابة بها كبدائية فالخطر يزداد من الإصابة بسكتة دماغية لاحقاً.⁽²⁻³⁾

ووفقاً لدراسة حول أكثر الأمراض عبثاً في العالم، كانت السكتة الدماغية ثاني أكثر أسباب الوفاة شيوياً (11,8%) وثاني أكبر سبب لعبء المرض (95%) من جميع الأسباب؛ فلقد ازداد عدد المرضى المصابين بالسكتة الدماغية، وعدد الناجين منها بشكل ملحوظ لكل من (IS, SH). وقد تم تبرير هذه الزيادة في عدد الناجين من السكتة الدماغية للتغيرات الديموغرافية (شيخوخة السكان وزيادة متوسط أعمارهم وبالتالي زيادة عدد السكان) وتحسن الرعاية لمرضى السكتة الدماغية، وتحسين طرق التشخيص (تقنيات التصوير) التي تمكن من الكشف الجيد والفعال عن السكتات الدماغية بالإضافة طبعا لأخذ القصة الكاملة من المريض والتقييم الجسماني والفحص العصبي، وإذا لم يتلقى مرضى السكتة الدماغية العلاج في الوقت الذهبي (الساعات الأولى للإصابة) تزداد احتمالية الوفاة؛ بالإضافة إلى ذلك حتى لو تلقوا العلاج المناسب في الوقت المناسب فإن 70-80% منهم يعانون من إعاقة بعد السكتة الدماغية ولكن درجاتها تكون أقل طبعا بالمقارنة مع غير المتلقين للعلاج بالوقت المناسب.⁽⁴⁾

لذلك تعد جودة الحياة في هذا القرن من أكبر المشكلات الصحية، وقد تم اعتبار تقييمها في السنوات الأخيرة كأحد أهداف علاج السكتة الدماغية والتي يتم علاج السكتة حسب نوعها، وقد أصبح تقييم جودة الحياة ضروري وبشكل متزايد لدوره في تعزيز متوسط العمر المتوقع وتحسين وظائف الجسم، ويساعد أيضاً في التشخيص المبكر للمرضى المعرضين للخطر لتعديل هذه العوامل وبالتالي انعكاسها على جودة حياتهم وتحسينها.⁽⁵⁻⁶⁾

تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بمدى مفهوم الناس للحياة والقيم والأهداف والمعايير و الاهتمامات. بمعنى آخر، تشير جودة الحياة إلى مستوى الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية، مثل الرضا بالحياة، الشعور بالصحة، الحصول على عمل، وجود الزوج، الوضع الاجتماعي والاقتصادي المناسب، فرص الإبداع، الابتكار، الشعور بالملكية، الاستقلالية، والتعاون مع الآخرين.⁽⁷⁻⁸⁾

بعد التكامل الحسي المركزي جانباً مهماً من جوانب التحكم في التوازن الذي قد يكمن وراء الاضطرابات في التوازن الثابت والديناميكي بعد أذياب الدماغ، ويعتمد هذا التكامل على الجهاز العصبي المركزي لاختيار التركيبة المثلى من المصادر الحسية لتحقيق التوازن وإعادة ضبط المؤثرات الحسية كتغير الظروف الحسية، وقد تكون بعض أنماط التعويض أكثر وظيفية من الأنماط الأخرى، مما يشير إلى الدور المهم لإعادة تأهيل المرضى ودعمهم في عملية تطويرهم لاستراتيجيات تعويض فعالة لتحسين استعادة التكامل والتوازن الحسي المركزي⁽⁹⁻¹⁰⁾.

فالدوار من المظاهر السلوكية لاضطراب في نظام التوازن، فالدوار يمكن وصفه بأنه توهم بالحركة أو كما لو أن الجسم أو البيئة المحيطة تدور بشكل دائري؛ ومن ثم التوازن والدوار يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بحيث أن الدوار هو العرض الوحيد الذي يسبق السكتة الدماغية بشكل غير معتاد، علاوة على ذلك الدوار هو عامل خطر للسقوط و الأذياب وانعكاسه بالتالي وتأثيره سلبياً على نوعية الحياة⁽¹¹⁻¹²⁾.

أظهرت دراسة أجريت من قبل (Hansson et al, 2014) بعنوان السكتة الدماغية وعدم الثبات أن الدوار يؤثر بشكل سلبي على الصحة الذاتية⁽¹³⁾. علاوة على ذلك أظهرت دراسة (Moreland et al, 2003) بعنوان المبادئ التوجيهية المسندة بالدليل للوقاية الثانوية من السقوط لدى كبار السن أن الدوار هو عامل خطر للسقوط وله تأثير سلبي على جودة الحياة⁽¹⁴⁾. وقد وصف (Ala'S et al, 2013) في دراسته الأفراد بعد السكتة الدماغية بأنهم يظهرون تنسيقاً غير طبيعي للقطاعات المحورية ودوران الحوض أثناء دوران الرأس والتي يمكن أن تسهم في حدوث تغييرات في التوازن أثناء المشي، كما يتسبب انخفاض استقرار الرأس والجذع بعد السكتة الدماغية في حدوث خلل في التوازن بسبب نقص جودة المعلومات المرئية وبالتالي انعكاساتها على جودة الحياة لدى المرضى⁽¹⁵⁾.

نظراً لتطور أدوات التقييم وبروتوكولات العلاج والرعاية الشاملة للسكتة الدماغية لا تزال أفضل الممارسات التمريضية لرعاية المريض المصاب بالسكتة الدماغية قيد المراجعة والتحديث، وقد تشمل الأهداف الرئيسية للرعاية التمريضية لمريض السكتة الدماغية ما يلي: تحسين التنقل وتحقيق الرعاية الذاتية وتحسين المستوى الحسي الإدراكي وتحسين عمليات التفكير وتجنب حدوث مضاعفات وغيرها. وللرعاية التمريضية تأثير كبير على شفاء المريض وذلك من خلال الحفاظ على وضعية المريض الجيدة وتخفيف الضغط والوقاية من اعتلالات الأعصاب والوقاية من الوذمة بالإضافة إلى اجراء تمارين مدى حركة أربع أو خمس مرات في اليوم للحفاظ على حركة المفصل ومنع الركود الوريدي واستعادة التوازن حيث يجب على المريض الحفاظ على التوازن في وضعية الجلوس وأثناء الوقوف والبدء بالمشي بمجرد تحقيق التوازن في الوقوف والنظافة الشخصية⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

الأهمية النظرية له تسليط الضوء على واقع المشكلة بعد الإصابة بالسكتة الدماغية وتأثيراتها على كامل الجسم من ضعف وظائف الجسم وأهمها اضطراب أليات التوازن والدوار وبالتالي صعوبات في ادارة أنشطة الحياة اليومية والمحددات والقيود فيها من التفاعل والتعامل مع الآخرين ضمن وخارج العائلة الواحدة كاختلاف دور الأهل بالرعاية الأسرية بعد الإصابة والقيود التي تترتب نتيجة لذلك في الحياة الاجتماعية بشكل عام، ومهم للكادر التمريضي بتوضيح المشكلة واعطاء فكرة كاملة وشاملة عنها والتي بدورها تسمح لهم بتطوير وتنظيم برامج لحلها ووضع أسس

ومعايير للمريض وعائلته للالتزام بها بهدف تحسين قدر الإمكان من جودة حياتهم، والفائدة العلمية والتطبيقية له وامكانية الاستفادة منه كمرجع ودليل للاستشهاد للدراسات اللاحقة فهو يقدم اطار نظري للدارسين بهذا المجال من هنا نجد أهمية البحث.

هدف البحث:

تقييم جودة الحياة لدى مرضى المصابين بالدوار التالي للسكتة الدماغية

طرائق البحث ومواده

مواد البحث:

تصميم البحث:

البحث وصفي

مكان البحث:

أجري هذا البحث في قسم الداخلية عصبية في مستشفى تشرين الجامعي باللاذقية.

زمان البحث:

أجريت هذه الدراسة في الفترة الواقعة بين 2022/12/1 ولغاية 2023/3/1

عينة البحث:

أجريت الدراسة على عينة قوامها 40 مريض/ة من مرضى السكتة الدماغية الذين يعانون من الدوار، وتم اختيار العينة بطريقة الاعتيان الملائم وحسب المواصفات التالية: تم تشخيصهم بسكتة دماغية إقفارية أو نزفية لأول مرة منذ أقل من ستة أشهر مع دوار، أعمارهم من 20-75 عاماً وحسب معايير الاستبعاد: المرضى الذين لديهم اضطرابات أخرى غير السكتة الدماغية تؤثر على الدوار، المرضى الذين تعرضوا لحالة عصبية لا علاقة لها بالسكتة الدماغية يمكن أن تؤثر على استقرار الوضعية، يعانون من السكتة الدماغية بدون دوار، مضى على السكتة الدماغية أكثر من ستة أشهر.

أداة البحث: تم جمع بيانات البحث باستخدام أداة مكونة من جزأين: الأول وهو (المعلومات الديموغرافية: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان الإقامة، عدد أفراد الأسرة، المستوى الاقتصادي) وهذا الجزء تم تطويره من قبل الباحث. والجزء الثاني لقياس الوظيفة وجودة الحياة: هي أداة تقييم الجودة العامة للحياة المطور أوريباً (European Quality of Life 5 Dimensions (EQ-5D)، تم تطويرها من قبل مؤسسة الأبحاث ورابطة من المجموعات تحت مظلة جودة حياة المريض وقد تمت ترجمتها الى العديد من اللغات ومنها العربية. وهي عبارة عن استبيان مكون من مجموعة من العبارات تشير إلى خمسة أبعاد هي: التنقل والرعاية الذاتية والنشاطات الاعتيادية والألم/عدم الراحة والقلق /الاكتئاب، وكل بعد يتكون من خمس مستويات من الإجابة تشير إلى مستوى المشكلة : لا مشاكل = 1، مشاكل طفيفة = 2، مشاكل متوسطة الشدة = 3، مشاكل شديدة = 4، مشاكل خطيرة أو عدم القدرة على المشي = 5، بالتالي يتراوح مجموع الاجابات للمشاركين بين 5 و 25 وكلما ارتفع الرقم دل على وجود مشاكل أكثر، وبناء على مجموع الدرجات التي يحصل عليها المشارك تم تصنيف مستويات جودة الحياة كالآتي:

- مستوى جودة حياة جيد اذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 5 - 11.66
- مستوى جودة حياة متوسط اذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 11.67 - 18.32
- مستوى جودة حياة ضعيف اذا كانت قيمة المتوسط الحسابي بين 18.33 - 25⁽¹⁸⁾.

طرق البحث

1. تم الحصول على الموافقة الرسمية من إدارة مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية لجمع البيانات.
2. تم تطوير الأداة الأولى وترجمة الاداة الثانية من اجل جمع البيانات الخاصة بالبحث من قبل الباحث بعد مراجعة الأدبيات الحديثة المتعلقة بموضوع البحث.
3. تم اختبار مصداقية الأداة عبر عرضها على لجنة من الخبراء في كلية التمريض وبالنتيجة تمت الموافقة عليها مع بعض التعديلات البسيطة.
4. تم إجراء دراسة استطلاعية pilot study على 4 مرضى يشكلون 10% من مجموع العينة، تم استبعادهم من الدراسة لاحقاً، وبالنتيجة كانت الأداة واضحة وقابلة للتطبيق مع إجراء التعديلات اللازمة.
5. تم إجراء اختبار الثبات على الأداة باستخدام كرومباخ ألفا وقد بلغت درجة الثبات (0.80)
6. تم توزيع الأداة على عينة الدراسة بعد اخذ موافقتهم على الاشتراك بالدراسة وضمن خصوصيتهم وسرية المعلومات المأخوذة منهم.
7. التحليل الإحصائي: بعد جمع البيانات تم تحليلها باستخدام برنامج SPSS وتم استخدام الأساليب الاحصائية الآتية:
 - تم استخدام التكرار (N) والنسبة المئوية (%) والمتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD).
 - اختبار T. لعينتين مستقلتين للفروق في جودة الحياة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية ثنائية الفئة.
 - اختبار One way ANOVA للفروق في جودة الحياة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية التي تتضمن أكثر من فئتين.
 - الفروق عند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.05$) اعتبرت مهمة إحصائياً وأشير لها بالرمز (*)، وعند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.01$) اعتبرت مهمة جداً إحصائياً وأشير لها بالرمز (**).

النتائج والمناقشة

النتائج:

جدول (1): توزيع أفراد العينة في مجموعة الدراسة وفق بياناتهم الشخصية:

N=40		المتغيرات	
%	N		
43	17	ذكر	الجنس
58	23	انثى	
10	4	من 35-24	العمر بالسنوات
30	12	من 50-36	
60	24	<50	
5	2	عازب	الحالة الاجتماعية
78	31	متزوج	
18	7	أرمل	
13	5	وظيفة مكنبية	الوظيفة
10	4	مهن خاصة (طب،صيدلي،تمريض،هندسة،محاماه...الخ)	

5	2	عامل حرفي	
8	3	مزارع	
33	13	ربة منزل	
25	10	متقاعد	
8	3	عمل حر	
38	15	مدينة	مكان الإقامة
63	25	ريف	
3	1	أمي	مستوى التعليم
23	9	ابتدائي	
28	11	اعدادي	
28	11	ثانوي	
20	8	جامعي أو أكثر	
38	15	3-1	عدد أفراد الأسرة
63	25	6-4	
98	39	ضعيف	الدخل الشهري من وجهة نظر المشاركين
3	1	متوسط	

أظهر الجدول رقم 1 أن 60% من المرضى المشاركين في الدراسة كانت الأعمار لديهم <50 سنة وتلثي المشاركون قاطنين في الريف، و58% منهم إناث و33% ربة منزل، و63% عدد أفراد أسرته من 4-6 أفراد و98% ذوي مستوى اقتصادي ضعيف، بينما 78% من أفراد العينة من المتزوجين، وظهرت الدراسة أن 28% منهم يحوز شهادة التعليم الإعدادي والثانوي.

جدول (2): توزع أفراد العينة وفق بيئاتهم الصحية :

N=40		المتغيرات	
%	N		
70	28	> 3 أشهر	تاريخ الإصابة بالسكتة الدماغية
30	12	من 3 - 6 أشهر	
95	38	نعم	هل يوجد مرافقات للدوار؟
5	2	لا	
26.3	10	رته كلامية	إذا نعم؛ ماهي المرافقات؟ N= 38
18.4	7	صعوبة بلع	
18.4	7	صداع	
18.4	7	تشوش رؤية	
15.8	6	ضعف وخدر	
2.6	1	اختلال توازن	
57.5	23	مضادات التصادق الصفائح الدموية	الأدوية الموصوفة حسب البروتوكول العلاجي
17.5	7	Anti vit K	
10.0	4	مضادات العامل العاشر	
15.0	6	غير ذلك	

يظهر الجدول (2) أن 70% من المرضى المشاركين في الدراسة قد أصيبوا بالمرض من مدة أقل من ثلاثة أشهر، و95% منهم لديهم مرافقات للدوار، كما يظهر الجدول أن 26.3% من المرضى المشاركين لديهم رتبة كلامية و18.4% منهم لديهم صعوبة بلع وصداع، ويبين الجدول أيضاً أن 57.5% من المشاركين موضوعون على أدوية مضادة لالتصاق الصفائح الدموية.

جدول (3): توزع أفراد العينة وفق إجاباتهم على بنود تقييم الجودة العامة للحياة المطورة أوريبيا:

مشاكل خطيرة	مشاكل شديدة		مشاكل متوسطة الشدة		مشاكل طفيفة		لا مشاكل		الإبعاد	
	%	N	%	N	%	N	%	N		
0	0	32.5	13	50	20	17.5	7	0	0	1. التنقل
5	2	40	16	35	14	12.5	5	7.5	3	2. العناية الذاتية
5	2	42.5	17	40	16	12.5	5	0	0	3. النشاطات الاعتيادية
0	0	22.5	9	62.5	25	15	6	0	0	4. الألم وعدم الراحة
0	0	2.5	1	37.5	15	45	18	15	6	5. القلق والاكتئاب

يظهر الجدول (3) توزع أفراد العينة وفق إجاباتهم على بنود تقييم الجودة العامة للحياة المطور أوريبيا، حيث نلاحظ أن النسبة الأعلى من المرضى كانوا يعانون من مشاكل متوسطة الشدة الى شديدة في جميع أبعاد جودة الحياة، فكانت النسبة الأعلى من المرضى لديهم مشاكل شديدة ببعدي النشاطات الاعتيادية والعناية الذاتية بنسبة 42.5% و 40% على التوالي، في حين أن النسبة الأعلى منهم كان لديهم مشاكل متوسطة الشدة في أبعاد الألم وعدم الراحة والتنقل والقلق والاكتئاب بنسبة 62% و 50% و 37.5% على التوالي.

جدول (4): توزع أفراد العينة وفق مستويات جودة الحياة العامة المطور أوريبيا:

ضعيف		متوسط		جيد		جودة الحياة العامة
25	18.33	18.32	11.67	11.66	5	
%	N	%	N	%	N	
7.5	3	77.5	31	15.0	6	

يبين الجدول (4) توزع أفراد العينة وفق المتوسط الحسابي الذي يحصل عليه كل مريض وفق مستويات جودة الحياة العامة المطور أوريبيا (المصنفة وفق هذا المتوسط)، حيث نلاحظ أن أكثر من ثلاثة أرباع المرضى 77.5% لديهم جودة حياة عامة بمستوى متوسط، ونسبة قليلة منهم 15% و 7% لديهم جودة حياة جيدة وضعيفة على التوالي.

جدول (5): الفروق في جودة الحياة العامة لدى عينة الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية

T or F P value	جودة الحياة		N	المتغيرات	
	SD	M			
0.333 0.741	3.037	15.29	17	ذكر	الجنس
	3.268	14.96	23	انثى	
13.831 **0.000	2.944	13.00	4	من 35-24	العمر بالسنوات
	3.090	12.50	12	من 50-36	
	1.962	16.75	24	<50	
2.440 0.101	3.536	11.50	2	عازب	الحالة الاجتماعية
	2.869	14.97	31	متزوج	
	3.638	16.71	7	أرمل	

0.941 0.480	2.121	15.00	5	وظيفة مكتتبية	الوظيفة
	2.082	13.50	4	مهنة طبية	
	5.657	13.00	2	عامل حرفي	
	2.887	17.67	3	مزارع	
	3.492	14.77	13	ربة منزل	
	2.658	16.20	10	متقاعد	
	4.359	14.00	3	عمل حر	
1.951 0.063	3.610	13.80	15	مدينة	مكان الإقامة
	2.587	15.88	25	ريف	
1.657 0.182	0.000	21.00	1	أمي	مستوى التعليم
	1.833	15.89	9	ابتدائي	
	4.011	13.91	11	اعدادي	
	2.296	15.55	11	ثانوي	
2.495 *0.017	3.158	13.60	15	3-1	عدد أفراد الأسرة
	2.814	16.00	25	6-4	
0.032 0.975	3.177	15.10	39	ضعيف	الدخل الشهري
	0.000	15.00	1	متوسط	

T: يشير الى اختبار t. test للعينات المستقلة.F: يشير إلى اختبار التباين الأحادي One Way Anova. P Value ≤ 0.05 :*, P Value ≤ 0.01 :**

يبين الجدول رقم (5) الفروق في جودة الحياة العامة لعينة الدراسة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية، حيث لوحظ وجود فروق احصائية مهمة في جودة الحياة تعزى لمتغير العمر بالسنوات (P= 0.000)، ومتغير عدد أفراد الأسرة (P= 0.017). حيث كان جودة الحياة العامة أفضل عند الفئة العمرية (36-50) وعند من كان عدد أفراد أسرتهم (1-3) شخص.

كما أظهر الجدول عدم وجود فروق احصائية مهمة في جودة الحياة العامة لعينة الدراسة تبعاً لباقي المتغيرات الديموغرافية المدروسة، لأن مستوى المعنوية أكبر من 0.05.

المناقشة:

يوجد العديد من الأمراض التي تتسبب في حدوث إعاقات بالغة أو تؤدي بحياة الانسان ومنها السكتة الدماغية والتي لا تتمثل خطورتها في ارتفاع نسبة الوفيات فحسب، فزيادة معدلات الاعتلال ينتج عنها ارتفاع نسبة الاصابة بإعاقات مزمنة لحوالي 50% من المرضى الناجين⁽¹⁹⁾. فلقد أظهرت الدراسة الحالية أن النسبة الأعلى من المرضى لديهم مشاكل شديدة بعد النشاطات الاعتيادية بعد الاصابة (مثل العمل، الدراسة، أعمال المنزل، النشاطات العائلية أو المرغوبة)، وقد تعود هذه النتيجة للاضطرابات الشاملة التي تصيب الجسم وأهمها اضطراب أليات التوازن والتنسيق الحركي وبالتالي عدم قدرة الأشخاص على ممارسة الحياة الاعتيادية اليومية المتمثلة بداية في الحاجات الأساسية من تناول الطعام والوقوف على المغسلة والذهاب للحمام والنظافة الشخصية واعداد الطعام وأيضاً نتيجة لذلك اضطراب الدور الأسري وعدم الاستقلالية والاعتمادية على الغير وعدم قدرتهم على التنقل بشكل سليم ومغادرة المنزل لتلبية المتطلبات الضرورية والذهاب للعمل. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة في باكستان (Khalid W,2016) لتقييم جودة الحياة بعد السكتة الدماغية، فقد بينت أن النسبة الأعلى من المرضى يعانون من مشاكل شديدة للنشاطات اليومية ونسبة صغيرة لديهم مشاكل خفيفة في نفس السياق⁽²⁰⁾. علاوة على ذلك أيضاً اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة في شمال

البرتغال (Eva Lourenço, 2021) لتقييم وتحديد جودة الحياة لمرضى الدوار التالي للسكتة الدماغية في شمال البرتغال، حيث أظهرت دراسته ان جودة حياة معظم مرضى الدوار التالي للسكتة الدماغية كانت لديهم مشاكل شديدة في مختلف جوانب العناية الذاتية والنشاطات اليومية⁽²¹⁾.

كما أوضحت الدراسة الحالية أن النسبة الأعلى من المرضى كان لديهم مشاكل متوسطة الشدة في أبعاد الألم وعدم الراحة والتنقل والقلق والاكتئاب، فقد يعود ذلك الى التدخل الأبركر في كشف الأعراض وتقديم العناية والعلاج المناسب خصوصا أن النسبة الأعلى من المرضى أصيبوا بالمرض منذ أقل من ثلاثة شهور وبالتالي الرعاية وأخذ العلاج المبكر بعد الإصابة يخفف من تأثيرها وعلاوة على ذلك أيضا بحكم السكن في الريف فحوالي ثلثي العينة قاطنة في الريف وحكم العادات والمجتمع الصغير المحلي ودعم الأسرة والأهالي والأصدقاء وتقديم الرعاية والمتابعة بتطبيق العلاج يخفف من المعاناة من المشاكل ومن القلق والاكتئاب. توافقت هذه النتائج مع الدراسة التي أجريت في بولندا (Szymon Jarosławska, 2020) والتي هدفت الى تقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة للمرضى بعد علاج السكتة الدماغية في بولندا. حيث أظهرت النتائج أن النسبة الأعلى من المرضى يعانون من مشاكل متوسطة في التنقل، الألم والانزعاج والقلق والاكتئاب⁽²²⁾.

أظهرت الدراسة الحالية أيضا بالنسبة لبعد العناية الذاتية، أن النسبة الأعلى من المرضى لديهم مشاكل شديدة، يعود ذلك الى الاضطراب العصبي وعدم التناسق الحركي وبالتالي القيام بتنفيذ مهام ووظائف الأعضاء بالشكل الأمثل، بداية من القدرة على استخدام الأيدي بشكل كافي لإتمام أي مهمة ونشاط اعتيادي يومي في سبيل رعاية المريض لذاته أولا ومن ثم لأسرته من خلال كون النسبة الأعلى من أفراد العينة اناث و ربات المنزل وتعليمهن ذو مستوى متدني ولا يعرفن بدائل الرعاية الذاتية ويحتجن للتنقيف خصوصا أنهم ذو متطلبات واحتياجات يومية كثيرة أخرجتهم من العناية الذاتية (طريقة العناية بالوضع الصحي الجديد وكيفية التصرف معه، كيفية تعديل السلوك والبيئة المحيطة مثلا تعديل غرفة المريض وقربها من الحمام وامكانية توفر كرسي متحركة....)، اتفقت هذه النتائج مع نتائج الدراسة (Thu T. M. Pham, 2022) التي هدفت الى تقييم التأثير السلبي للاعتلال المشترك على جودة الحياة المتعلقة بالصحة بين المرضى الذين يعانون من الدوار التالي للسكتة الدماغية كما تم تعديلها بواسطة نوعية النظام الغذائي الجيد، حيث كشفت أن النسبة الأعلى من المرضى لديهم مشاكل شديدة بالعناية الذاتية ومشاكل متوسطة في التنقل، القلق والاكتئاب وعدم الراحة والألم⁽²³⁾.

علاوة على ذلك بينت الدراسة الحالية أن هناك فروق احصائية مهمة في جودة الحياة تعزى لمتغير العمر بالسنوات، ومتغير عدد أفراد الأسرة، حيث كانت جودة الحياة العامة أفضل عند الفئة العمرية (36-50) وعند من كان عدد أفراد أسرتهم (1-3) شخص. ويعود ذلك الى أن هذه الفئة العمرية قادرة على إدارة وتعديل نمط حياتهم بشكل أكبر عن طريق التعديل والالتزام بسلوكيات معينه صحية ونشاط بدني جيد وخيارات حياتية ومرونة أكثر من المتقدمين في العمر، أيضا عدد أفراد الأسرة يحمل عبء أكبر ماديا وجهود أكبر في سبيل رعايتهم واستنفاد للطاقة. وافقت هذه النتائج مع دراسة (Margaret Kelly-Hayes, 2010) التي هدفت الى تحديد دور العمر والسلوك الصحي في زيادة خطر السكتة وجودة حياة المرضى. حيث بينت نتائجها أنه كلما زاد العمر سيكون عامل خطر أكبر للسكتة وتأثيراتها على الصحة وبالتالي تندي جودة الحياة، وتعديل السلوك الصحي وتنظيم الأسرة وانعكاساتها في تدبير وإدارة الحياة اليومية ورفع مستوى الصحة لديهم⁽²⁴⁾.

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات: أظهرت الدراسة الحالية أنه:

- 1- أبعاد النشاطات الاعتيادية والعناية الذاتية الأكثر تضرراً من بين الأبعاد.
- 2- النسبة الأعلى كان لديهم مشاكل متوسطة الشدة في أبعاد الألم وعدم الراحة والتنقل والقلق والاكتئاب.
- 3- النسبة الأعلى من المرضى لديهم جودة حياة عامة بمستوى متوسط، ونسبة قليلة منهم لديهم جودة حياة جيدة وضعيفة.
- 4- هناك فروق احصائية مهمة في جودة الحياة تعزى لمتغير العمر بالسنوات، ومتغير عدد أفراد الأسرة، حيث كانت جودة الحياة العامة أفضل عند الفئة العمرية (36-50) وعند من كان عدد أفراد أسرتهم (1-3) شخص.

التوصيات:

1. تدريب المرضى وتثقيفهم وتوعيتهم حول سبل الرعاية الذاتية وبدائلها باستخدام الوسائل المساعدة من كراسي للتنقل وأجهزة تساعد على الوقوف والمشي وتعديل بعض الأمور في أماكن السكن بغية الوصول واستخدام الأدوات بطريقة سهلة وأمنة في غرف المعيشة والمطبخ والحمام.
2. تطوير برامج تعليمية خاصة بمرضى السكتة الدماغية، تعنى بزيادة معلوماتهم حول مرض السكتة الدماغية وعلاجها والتنبأ بها، وتعديل نمط الحياة والسلوكيات الصحية القابلة للتعديل من إدارة ضغط الدم (الالتزام بالدواء، الحماية الغذائية، المراقبة المستمرة....)، التدخين، الخمول وعدم النشاط البدني والسمنة، بحيث يشترك بهذه البرامج المرضى وأسرهم.
3. إعادة تطبيق الدراسة الحالية على شريحة أوسع من المرضى للحصول على قاعدة بيانات أشمل وأوسع وأكثر تفصيلاً ودقة.

Reference

- 1-O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebralhaemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* (London, England). 2010;376(9735):112-123.
- 2- Lawrence ES, Coshall C, Dundas R, Stewart J, Rudd AG, Howard R, et al. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*. 2001;32(6):1279-84.
- 3- World Health Federation. Warningsigns. CardiovascularHealth. World Heart federheart-world.www://http: at available, [site web Federation Heart, February, 2015.
- 4-Strong K, Mathers C, Bonita R, Preventing stroke: saving lives around the world. *The Lancet Neurology*, 2007, 6(2):182-187.
- 5- Han BI, Song HS, Kim JS. Vestibular rehabilitation therapy: review of indications, mechanisms, and key exercises. *J Clin Neurol* 2011;7(4):184-196.
- 6-Grotta JC, Albers GW, Broderick JP, Kasner SE, Lo EH, Mendelow AD et al. Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. University of Miami: Elsevier Health Sciences; 2015. 350-355.
- 7-Salehi S, Tahan N, Bagheban AA, Monfared ME. Quality of life within three months after stroke: A study in the city of Arak, Iran. *J Natl Med Assoc* 2019;111:475-480.
- 8-Teoli D, Bhardwaj A. Quality of Life in StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright© 2021, 422-435.

- 9-Deveze, A., Bernard-Demanze, L., Xavier, F., Lavieille, J. P., &Elziere, M. Vestibular compensation and vestibular rehabilitation. Current concepts and new trends. *NeurophysiolClin*, 2014. 44(1), 49-57.
- 10- Eva Ekvall Hansson¹ , H el ene Pessah-Rasmussen, Annika Bring, Birgit Vahlberg and Liselott Persson¹Vestibular rehabilitation for persons with stroke and concomitant dizziness—a pilot study,2020,6:1464.
- 11- Magnusson M, Strupp M. A short guide to practical management of the dizzy patient: Solvay; 2010. p. 78-85.
- 12- Alyono JC. Vertigo and dizziness: understanding and managing fall risk.*OtolaryngolClin N Am*. 2018;51(4):725–40.
- 13-Hansson EE, Beckman A, Naslund A, Persson S, Janson S, Troein M. Stroke and unsteadiness - a cross-sectional study from primary health care.*NeuroRehabilitation*. 2014;34(2):221–226.
- 14- Moreland J, Richardson J, Chan DH, O'Neill J, Bellissimo A, Grum RM, et al.Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology*. 2003;49(2):93–116.
- 15- Ala'S A, Lamontagne A. Altered steering strategies for goal-directed locomotion [9]in stroke. *J NeuroengRehabil*. 2013;10(1):80.
- 16-January CT, Wann LS, Alpert JS, et al.2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation : a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2014;13(23):e 199.
- 17-Sheth KN, Smith EE, Grau- Sepulveda MV, Kleindorfer D, Fonarow GC, Schwamm LH. Drip and ship thrombolytic therapy for acute ischemic stroke: use,temporal trends, and outcomes. *Stroke*. 2015;46(3):732-739.
- 18-Szende A,Oppe M,Devlin N. Euro QOL Croup Monographs volume 2.Springer,2006.
- 19-Mansour Dianati¹, Zahra Sadat Sirousinejad², Zahra Sooki¹.Factors Predicting Quality of Life in Stroke Patients: A Cross -Sectional Study. 2022, 31.9.77.127.
- 20-Khalid W, Rozi S, Ali TS, Azam I, Mullen MT, Illyas S, et al. Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC Neurol*. 2016;16(1):250,
- 21- Eva Lourenço-M arioRui dos M artiresSampaio-Hip olitoNzwalo- , Em ilia Isabel Costa - and Jos e Luis S anchez Ramos(Determinants of Quality of Life after Stroke in Southern Portugal: A Cross Sectional Community-Based Study) 2021, 11, 1509.
- 22- SzymonJaros awska, BożenaJaros awska b, Barbara B larczykc, Pascal Auqiera and MondherToumi.Health-related quality of life of patients after ischaemic stroke treated in a provincial hospital in Poland.*JOURNAL OF MARKET ACCESS & HEALTH POLICY*, VOL. 8, 17, 2020,211-217.
- 23- Thu T. M. Pham, Manh-Tan Vu, Thuc C. Luong,, KhueM.Negative Impact of Comorbidity on Health-Related Quality of Life Among Patients With Stroke as Modified by Good Diet Quality, Volume. 9 , 2022,115-150.Article 836027.
- 24- Margaret Kelly-Hayes.Influence of Age and Health Behaviors on Stroke Risk: Lessons from Longitudinal Studies.*Am Geriatr Soc*. 2010 ; 58(Suppl 2): 325–328.