تدوین مدل کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی: بررسی عزت‌نفس و خودکارآمدی با نقش میانجی انطباق اجتماعی

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۱ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۵

نادر نجفی[۱]، مستوره صداقت[۲*]، امید رضایی[۲]، محمدرضا صیرفی[۳]

۱. گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی ۲. گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران ۳. گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: سکته مغزی یکی از بیماری‌های ناتوان‌کننده است که بر ابعاد روانی، اجتماعی و جسمی بیماران تأثیرگذار است. هدف پژوهش حاضر، شناسایی مدل کیفیت زندگی بر اساس عزت‌نفس و خودکارآمدی با نقش میانجی انطباق اجتماعی در بیماران مبتلا به سکته مغزی است.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سکته مغزی مراجعه‌کننده به مراکز اصلی نورولوژی استان‌های کرمان، فارس و هرمزگان در سه ماهه سوم سال ۱۴۰۲ و سه ماهه اول سال ۱۴۰۳ است. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت زندگی، عزت‌نفس، خودکارآمدی و انطباق اجتماعی گردآوری شد. برای سنجش روایی صوری و محتوایی، از نظر متخصصان بهره گرفته شد و پایایی ابزارها با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی مقیاس‌ها تائید شد. تحلیل داده‌ها با روش مدل یابی معادلات ساختاری انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مدل کیفیت زندگی بر اساس خودکارآمدی و با نقش میانجی انطباق اجتماعی در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار است ($p<۰/۰۵$)، در حالی‌که اثر مستقیم و غیرمستقیم عزت نفس معنادار نیست ($p>۰/۰۵$). انطباق اجتماعی و خودکارآمدی، دو مؤلفه تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران است.

نتیجه‌گیری: توجه به متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی مانند خودکارآمدی و انطباق اجتماعی در طراحی مداخلات توان‌بخشی بیماران سکته مغزی ضروری است و می‌تواند کیفیت زندگی آنان را به طور معناداری بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، عزت‌نفس، خودکارآمدی، انطباق اجتماعی، سکته مغزی

* **نویسنده مسئول:** گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

ایمیل: m_sedaghat@azad.ac.ir **تلفن:** ۰۹۸۹۱۳۲۹۵۷۶۱۳+ **نمابر:**

مقدمه

سکته مغزی اغلب به عنوان یک اختلال عمده در زندگی مبتلایان تجربه‌شده است و تغییرات شگرفی در ابعاد مختلف زندگی آنان ایجاد می‌کند. در واقع، این اختلال معمولاً ناگهانی و بدون هشدار قبلی رخ می‌دهد و منجر به ایجاد تغییرات بزرگی در زندگی بیماران و خانواده آنها می‌شود (۱). بسیاری از افراد مبتلا، دارای اختلالات مداوم مانند ضعف، مشکلات تعادلی، اختلالات شناختی و بی‌حرکتی هستند. تمامی این مشکلات که قبلاً در زندگی مبتلایان بدیهی تلقی می‌شد اکنون می‌تواند تأثیرات مخربی بر کیفیت زندگی‌شان داشته باشد (۲). بر اساس تحقیقات انجام شده، سکته مغزی موجب کاهش کیفیت زندگی در سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی و استقلال پایین عملکرد در مبتلایان می‌گردد؛ مهم‌ترین تأثیرات و پیامدهای سکته مغزی بر کیفیت زندگی مبتلایان است (۲). کیفیت زندگی یک رویکرد معتبر برای گسترش تعریف سلامتی فراهم کرده به طوری که حوزه‌های سلامت جسمی، روانی و رفاه اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی عبارت است از درک افراد از موقعیت خود در زندگی ازنظر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند (۳). کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که منعکس‌کننده وضعیت جسمی روانی و اجتماعی است و اختلالات مزمن و طولانی، به‌عنوان یک بحران در زندگی افراد و خانواده می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد روحی و جسمی شود (۴، ۵). لذا مبتلایان به سکته مغزی نیازهای زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است. سکته مغزی نه تنها بر کیفیت زندگی بیماران، بلکه بر اطرافیان و مراقبان آن‌ها نیز اثر مخرب دارد (۶). بنابراین تدوین مدل یا الگوی مناسب کیفیت زندگی، با درنظرگرفتن عوامل و متغیرهای دخیل و مؤثر بر آن، در بهبود وضعیت بیماران سکته مغزی، مراقبان و خانواده‌های آنان و همچنین بهبود وضعیت فردی و اجتماعی آنان مفید و مؤثر واقع می‌گردد (۷). سازمان جهانی بهداشت، سکته مغزی را به‌عنوان یک "بیماری عروق مغزی با علائم بالینی اختلالات کانونی عملکرد مغز، که به‌سرعت توسعه می‌یابد، با علائمی که ۲۴ ساعت یا بیشتر طول می‌کشد یا منجر به مرگ می‌شود، بدون هیچ علت آشکار دیگری جز منشأ عروقی"، تعریف نموده است. سکته مغزی یک اختلال عصبی ناشی از نقص و کاهش ناگهانی جریان خون در ناحیه‌ای از مغز است (۸). زنده ماندن از سکته مغزی پیامدهای اجتماعی و اقتصادی دارد و مستلزم آن است که سیستم مراقبت مجدداً تنظیم شود و بیمار در یک رویکرد جامع مورد توجه قرار گیرد (۹). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بیماران سکته مغزی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند؛ این بیماری مزمن و ناتوان‌کننده، تأثیرات فزاینده‌ای بر کیفیت زندگی افراد مبتلا می‌گذارد و در تمام جنبه‌های زندگی بیمار و خانواده او تأثیرگذار است (۲، ۹). عامل دیگری که می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سکته مغزی نقش اساسی داشته باشد، عزت‌نفس، خودکارآمدی و انطباق اجتماعی است (۱۰). به عبارت دیگر، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های عزت نفس، خودکارآمدی و انطباق اجتماعی از متغیرهای تأثیرگذار بر ادراک و درمان بیماران سکته مغزی است (۱۱). کاهش میزان خودکارآمدی و عزت‌نفس، به‌عنوان دو مشکل مهم در سطح توانمندی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شناخته شده است (۱۲). خودکارآمدی و عزت‌نفس، واسطه بین دانش و عمل به آن هستند و مهم‌ترین مؤلفه‌های توانمندسازی و ارتقاء کیفیت زندگی محسوب می‌شوند، زیرا در ابتدا هر دو دارای ویژگی چندوجهی هستند که ابعاد گوناگون آن با هم تعامل دارند، دوم اینکه ابعاد مختلف آنها توسط ابزارهای گوناگون قابل ارزیابی و اندازه‌گیری هستند. سنجش خودکارآمدی و عزت‌نفس فرد می‌تواند ابزار مطمئنی برای پیش‌بینی احتمال تکوین رفتار توانمندی در اختیار افراد قرار دهد (۲). در سال‌های اخیر، مفهوم کیفیت زندگی به عنوان شاخصی کلیدی در ارزیابی اثربخشی مداخلات درمانی و توان‌بخشی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله سکته مغزی، مورد توجه فراوان قرارگرفته است. کیفیت زندگی بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، به درک فرد از وضعیت زندگی خود در بافت فرهنگی، اجتماعی، و ارزشی اطلاق می‌شود که در آن زندگی می‌کند و بر اساس اهداف، انتظارات، معیارها و دغدغه‌های وی سنجیده می‌شود (۱۳). درک کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی مستلزم توجه هم‌زمان به جنبه‌های جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی زندگی آنان است (۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این بیماران حتی پس از بهبودی نسبی ازنظر عملکرد فیزیکی، همچنان با سطح پایینی از کیفیت زندگی مواجه هستند،

که ناشی از احساس ناتوانی، کاهش استقلال، افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی است (۱۵، ۱۶). از جمله عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی، دو سازه‌ی کلیدی عزت‌نفس و خودکارآمدی نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند (۱۷). عزت‌نفس، به معنای ادراک فرد از ارزش و اهمیت خود، در مواجهه با آسیب‌های جسمی و محدودیت‌های عملکردی می‌تواند دستخوش افت شدید شود و موجب کاهش انگیزه، اختلالات خلقی و افت کیفیت زندگی گردد (۱۸). مطالعات متعدد حاکی از آن است که خودکارآمدی به‌عنوان باور فرد به توانایی در مدیریت شرایط بحرانی و انجام وظایف زندگی، در فرایند تطابق با پیامدهای سکته مغزی نقش حیاتی دارد (۱۹). خودکارآمدی بالا موجب افزایش مشارکت در برنامه‌های توان‌بخشی، تحمل بهتر رنج، انگیزه بیشتر، و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی می‌گردد (۱۳، ۱۶). از سوی دیگر، سازه‌ای که در ادبیات اخیر به‌عنوان متغیر میانجی کلیدی در این فرآیند مطرح‌شده است، انطباق اجتماعی می‌باشد. انطباق اجتماعی به توانایی بیمار در بازسازی روابط اجتماعی، پذیرش نقش‌های جدید، و بازیابی مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی اطلاق می‌شود که از طریق تقویت شبکه‌های حمایتی، تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی تحقق می‌یابد.

پژوهش‌های اخیر ازجمله مطالعه نشان داده‌اند که انطباق اجتماعی مناسب در بیماران سکته مغزی نه‌تنها موجب کاهش انزوای اجتماعی و افزایش تعاملات مثبت می‌شود، بلکه به طور مستقیم بر رضایت از زندگی، خودکارآمدی و کاهش اضطراب و افسردگی تأثیر مثبت دارد. این یافته‌ها بیانگر لزوم مداخلات چندبعدی و جامع در توان‌بخشی بیماران سکته مغزی است که فراتر از مداخلات جسمی، به مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی نیز می‌پردازند (۱۳). در این راستا، نظریه‌های نوین روان‌شناختی مانند مدل چندبعدی نلسون و نظریه‌های بندورا و راجرز، مبنایی نظری برای درک تعامل میان عزت‌نفس، خودکارآمدی و کیفیت زندگی فراهم ساخته‌اند. این مدل‌ها نشان می‌دهند که احساس خود ارزشمندی و کارآمدی، بستر لازم برای انطباق روانی-اجتماعی بیمار با شرایط پس از سکته را فراهم می‌کند، و درصورتی‌که توسط شبکه‌های حمایتی تقویت شود، می‌تواند اثرات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی آسیب را تا حد زیادی کاهش دهد (۱۶). در نتیجه، فهم سازوکارهای روان‌شناختی و اجتماعی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی از منظر بین رشته‌ای، ضرورتی انکارناپذیر برای طراحی مداخلات کارآمد و جامع است. بر این اساس، پژوهش حاضر بر آن است تا با اتکا به مدل ساختاری میان عزت‌نفس، خودکارآمدی و انطباق اجتماعی، به تبیین کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی بپردازد و راهکارهایی برای ارتقاء سلامت روان و اجتماعی این گروه آسیب‌پذیر ارائه دهد.

مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعات زیادی به بررسی پیامدهای جسمی سکته مغزی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی پرداخته‌اند. همچنین، برخی پژوهش‌ها به عوامل روان‌شناختی مانند عزت‌نفس یا خودکارآمدی توجه کرده‌اند و گروهی دیگر نقش مداخلات اجتماعی و توان‌بخشی جسمی را بررسی نموده‌اند. بااین‌حال، خلأ مهمی در تحقیقات موجود دیده می‌شود: نخست، اغلب پژوهش‌ها به‌صورت جداگانه و تک‌بعدی به بررسی عوامل جسمی، روانی یا اجتماعی پرداخته‌اند و کمتر مدلی ارائه‌شده است که تعامل و هم‌پوشانی این ابعاد را به طور هم‌زمان توضیح دهد. دوم، اگرچه عزت‌نفس و خودکارآمدی به‌عنوان دو متغیر روان‌شناختی اثرگذار شناخته شده‌اند، اما نقش میانجی‌گر انطباق اجتماعی در این فرآیند به طور جامع و ساختاریافته کمتر بررسی‌شده است. در واقع، پژوهش‌های پیشین اغلب انطباق اجتماعی را صرفاً به‌عنوان پیامد یا یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی در نظر گرفته‌اند، نه به‌عنوان سازه‌ای کلیدی که می‌تواند رابطه بین عزت‌نفس، خودکارآمدی و کیفیت زندگی را تبیین کند. سوم، بخش قابل‌توجهی از تحقیقات انجام‌شده در ایران بر جنبه‌های پزشکی و توان‌بخشی جسمی بیماران تمرکز داشته‌اند، در حالی که مطالعات کمتری به ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی بیماران سکته مغزی در بستر فرهنگی و اجتماعی کشور پرداخته‌اند.

بنابراین، نیاز به پژوهشی احساس می‌شود که با طراحی مدلی جامع، کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی را بر اساس متغیرهای روان‌شناختی (عزت‌نفس و خودکارآمدی) و با در نظر گرفتن نقش میانجی انطباق اجتماعی تبیین کند. انجام چنین پژوهشی می‌تواند ضمن پر کردن خلأ موجود در ادبیات، مبنای نظری و عملی مناسبی برای طراحی مداخلات توان‌بخشی چندبعدی (جسمی، روانی و اجتماعی) فراهم سازد و به بهبود کیفیت زندگی این گروه آسیب‌پذیر کمک نماید.

روش کار

روش پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و به لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع همبستگی است که در یک جامعه آماری مشخص و در بازه زمانی سه ماهه سوم سال ۱۴۰۲ و سه ماهه اول سال ۱۴۰۳ انجام گرفته است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران زن و مرد مبتلا به سکته مغزی در بازه سنی ۵۱ تا ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که به مراکز آموزشی، بهداشتی و درمانی تخصصی نورولوژی در استان‌های کرمان، فارس و هرمزگان مراجعه کرده‌اند. طبق استعلام از مراکز بهداشت این سه استان، تعداد بیماران سکته مغزی در نیمه اول سال ۱۴۰۲ در هر استان حدود ۲۰۰ نفر بوده است که در مجموع جامعه آماری پژوهش شامل ۶۰۰ نفر می‌باشد.

با توجه به تعداد کل جامعه آماری پژوهش، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۲۳۴ نفر محاسبه شد و روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند بود؛ به این ترتیب که با مراجعه به مراکز درمانی شهید افضلی‌پور کرمان، نمازی شیراز و شهید محمدی بندرعباس، بیماران واجد شرایط که در بازه زمانی مشخص برای درمان مراجعه کرده بودند، شناسایی شد و پس از توضیح هدف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از آنان و همراهانشان، پرسشنامه‌ها توسط ایشان تکمیل گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی سکته مغزی توسط متخصص، توانایی برقراری ارتباط، داشتن سن ۵۱ تا ۶۰ سال و داشتن حداقل تحصیلات در سطح سیکل بود. متغیرهای تحقیق شامل متغیرهای مستقل عزت‌نفس و خودکارآمدی، متغیر وابسته کیفیت زندگی، متغیر میانجی انطباق اجتماعی و متغیرهای کنترل سن، جنسیت، میزان تحصیلات و استان محل سکونت مورد سنجش قرار گرفت.

در این پژوهش به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه کیفیت زندگی ویلیام و همکاران با ۴۹ سؤال در ۱۲ بعد، استفاده شد؛ ضریب آلفای کرونباخ آنان در این تحقیق ۰/۹۷ در نظر گرفته شد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار است. پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ که از ابزارهای شناخته‌شده جهانی است، نیز در این تحقیق به کار رفت و ضریب پایایی آن برابر با ۰/۷ گزارش گردید. همچنین برای سنجش خودکارآمدی از مقیاس شرر استفاده شد که در ایران و جهان بارها مورد استفاده قرار گرفته است و در این تحقیق نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴، پایایی مناسبی از خود نشان داد. برای ارزیابی انطباق اجتماعی نیز از مقیاس خود ارزیابی اجتماعی استفاده شد که شامل ۲۱ سؤال در ۵ بعد بود و در این پژوهش آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵محاسبه گردید. در مجموع، پایایی همه ابزارهای تحقیق با استفاده از روش آلفای کرونباخ تائید شد که بیانگر انسجام و هماهنگی درونی مناسب بین گویه‌های پرسشنامه‌ها است.

همچنین نحوه نمره دهی پرسشنامه به شرح زیر است:

ابزارهای گردآوری داده‌ها عبارت بودند از:

پرسشنامه کیفیت زندگی ویلیام و همکاران (۱۲): شامل ۴۹ سؤال در ۱۲ بعد است. هر سؤال بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود:

۱= کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافقم، ۵ = کاملاً موافقم.

حداقل نمره کل پرسشنامه برابر با ۴۹ و حداکثر برابر با ۲۴۵ است. نمره بالاتر بیانگر کیفیت زندگی مطلوب‌تر است.

پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ (۲۰): این ابزار ۱۰ سؤال دارد که با طیف پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند:

۱= کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافقم، ۵ = کاملاً موافقم.

دامنه نمره کل از ۱۰ تا ۵۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده عزت‌نفس بالاتر است.

مقیاس خودکارآمدی شرر: شامل ۱۷ سؤال است. هر گویه با طیف پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود:

۱= به‌هیچ‌وجه درست نیست، ۲ = به‌ندرت درست است، ۳ = تاحدی درست است، ۴ = بیشتر مواقع درست است، ۵ = کاملاً درست است.

حداقل نمره کل برابر ۱۷ و حداکثر ۸۵ است. نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتر خودکارآمدی می‌باشد.

مقیاس انطباق اجتماعی: دارای ۲۱ سؤال در ۵ بعد است. هر سؤال با مقیاس پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود:

۱=بسیار کم، ۲ = کم، ۳ = متوسط، ۴ = زیاد، ۵ = بسیار زیاد.

حداقل نمره کل ۲۱ و حداکثر ۱۰۵ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده انطباق اجتماعی بیشتر می‌باشد.

بنابراین، تمامی ابزارها از مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای استفاده

می‌کنند که نمرات بالاتر همواره نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر متغیر موردسنجش است.

ابزارها به‌صورت خود گزارشی و با در نظر گرفتن شرایط بیماران مورداستفاده قرار گرفتند تا داده‌های قابل‌اعتمادی برای تحلیل روابط بین متغیرهای پژوهش فراهم گردد.

به طور خلاصه، مقادیر آلفا کرونباخ مقیاس‌های انطباق اجتماعی، خودکارآمدی، عزت‌نفس و کیفیت زندگی، به ترتیب: ۰/۸۵، ۰/۹۴ ، ۰/۷ و ۰/۹۷ بود. لذا با توجه به مقادیر به‌دست‌آمده از ابزار تحقیق پایایی آن‌ها مورد تائید است.

پس از گردآوری داده‌ها، برای تحلیل و بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش از نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد. ابتدا داده‌ها از نظر نرمال بودن، فقدان داده و ناسازگاری بررسی شد تا اطمینان حاصل شود که شرایط لازم برای تحلیل مدل معادلات ساختاری فراهم است. سپس، برای سنجش پایایی و روایی مدل، شاخص‌های آلفای کرونباخ، ترکیب پایایی و روایی همگرا محاسبه شد و روایی تفکیکی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور آزمون فرضیات پژوهش، مدل ساختاری معادلات ساختاری برای بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم عزت‌نفس و خودکارآمدی بر کیفیت زندگی با نقش میانجی انطباق اجتماعی طراحی شد. برای تعیین سطح معناداری مسیرها و روابط میان متغیرها، از روش بوت‌استرپینگ با سطح اطمینان ۹۹٪ استفاده گردید. این رویکرد امکان سنجش اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل و میانجی بر متغیر وابسته را فراهم ساخت.

نتایج

در ابتدا به توصیف و بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در تحقیق پرداخته می‌شود پس از آن به تشریح مؤلفه‌های پژوهش در قالب آمار توصیفی که شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای متغیرهای پژوهش مانند میانگین، انحراف معیار و ... است پرداخته می‌شود و در نهایت در بخش آمار استنباطی به بررسی تحلیلی با استفاده از روش‌های مورد بحث که شامل بررسی ماتریس‌های همبستگی در پژوهش، مفروضه‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری و در انتها به برازش مدل و مدل‌یابی معادلات ساختاری پرداخته می‌شود.

نتایج دموگرافیک متغیرهای پژوهش به شرح جدول ۱ است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیکی افراد

متغیرهای جمعیت شناختی	گروه‌ها	فراوانی (درصد)
سن	۲۰-۲۵	۲۶ (٪۱۱/۱)
	۳۰-۳۶	۵۱ (٪۲۱/۸)
	۳۱-۳۵	۹۸ (٪۴۱/۹)
	۳۵ به بالا	۵۹ (٪۲۵/۲)
جنسیت	زن	۱۵۰ (٪۶۴/۱)
	مرد	۸۴ (٪۳۵/۹)
تحصیلات	کارشناسی	۹۶ (٪۴۱/۰)
	کارشناسی ارشد	۸۴ (٪۳۵/۹)
	دکترا و بالاتر	۵۴ (٪۲۳/۱)
تعداد سال‌های سابقه خدمت	۵ سال و کمتر	۱۵۷ (٪۶۷/۱)
	۶-۱۰ سال	۵۴ (٪۲۳/۱)
	۱۱-۱۵ سال	۱۹ (٪۸/۱)
	بیشتر از ۱۵ سال	۴ (٪۱/۷)

جدول شماره ۱ توزیع ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخ‌دهندگان پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده، بیشترین سهم مربوط به گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال با میزان ۴۱/۹٪ است. این موضوع بیانگر آن است که بخش عمده افراد جامعه آماری در سنین جوانی و میان‌سالی قرار دارند و در نتیجه می‌توان انتظار داشت از انرژی، انگیزه و توانایی بیشتری برای

فعالیت برخوردار باشند. در مقابل، کمترین سهم به گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال با ۱۱/۱٪ تعلق دارد که نشان‌دهنده حضور کمتر افراد تازه‌کار و بسیار جوان در این مجموعه است. گروه‌های ۳۰ تا ۳۶ سال با ۲۱/۸٪ و افراد بالاتر از ۳۵ سال با ۲۵/۲٪ نیز بخش دیگری از جامعه را تشکیل می‌دهند که از نظر تجربه و پختگی شغلی می‌توانند تأثیرات متفاوتی بر عملکرد داشته باشند.

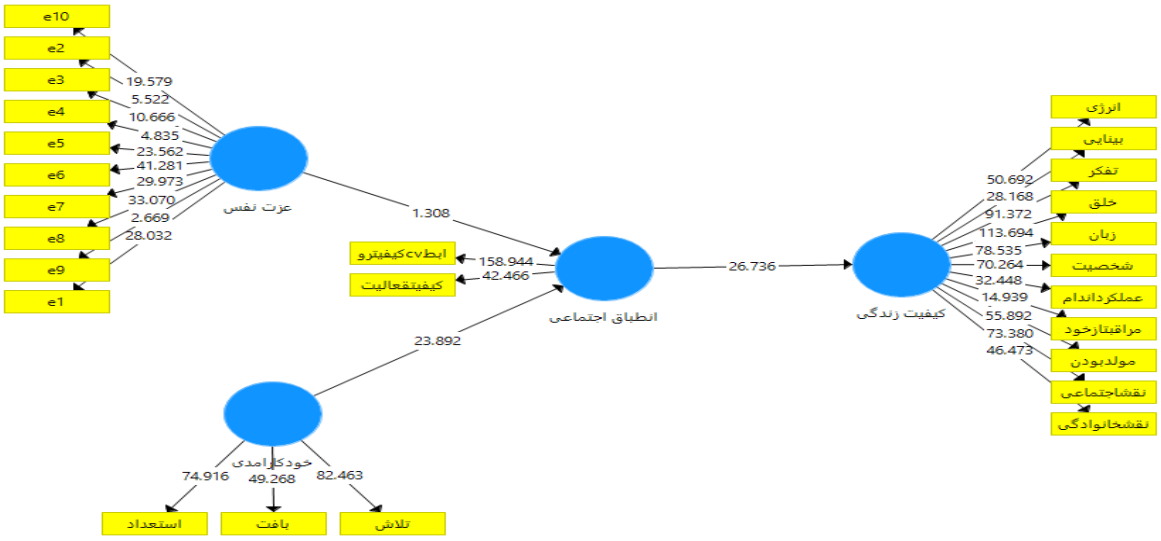
از نظر جنسیت، نتایج نشان می‌دهد که اکثریت پاسخ‌دهندگان زن هستند (۶۴/۱٪) و مردان سهم کمتری (۳۵/۹٪) دارند.

از نظر سطح تحصیلات، بیشترین سهم متعلق به افراد دارای مدرک کارشناسی با ۴۱٪ است. همچنین، ۳۵/۹٪ پاسخ‌دهندگان دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۲۳/۱٪ دارای مدرک دکتری و بالاتر هستند.

در زمینه سابقه خدمت، بیشترین گروه مربوط به افراد با پنج سال و کمتر سابقه خدمت است (۶۷/۱٪). همچنین، ۲۳/۱٪ دارای سابقه ۶ تا ۱۰ سال، ۸/۱٪ دارای سابقه ۱۱ تا ۱۵ سال و تنها ۱/۷٪ دارای بیش از ۱۵ سال سابقه هستند.

یکی از مفروضاتی که در رگرسیون مدنظر قرار می‌گیرد، استقلال خطاها (تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر پیش‌بینی‌شده توسط معادله رگرسیون) از یکدیگر است. در صورتی‌که فرضیه استقلال خطاها رد شود و خطاها با یکدیگر همبستگی داشته باشند امکان استفاده از رگرسیون وجود ندارد. به‌منظور بررسی استقلال مشاهدات (استقلال مقادیر باقی‌مانده یا خطاها) از یکدیگر از آزمون دوربین- واتسون استفاده می‌شود. در صورت وجود خودهمبستگی در خطاها نمی‌توان از رگرسیون خطی استفاده کرد. با توجه به نتیجه به‌دست‌آمده این آماره (۲/۱۲) در وضعیت مطلوبی قرار دارد. برای ارزیابی برازش مدل ساختاری پژوهش از چندین معیار استفاده می‌شود که اولین و اساسی‌ترین آن، ضرایب معناداری یا همان مقادیر آماره t است. پس از بررسی برازش مدل اندازه‌گیری کل، نوبت به بررسی مدل ساختاری پژوهش می‌رسد. مدل ساختاری بر مبنای فرضیه‌های پژوهش به رابطه بین متغیرهای پنهان می‌پردازد. بدین معنا که روابط بین متغیرهای پژوهش بر مبنای فرضیه‌های پژوهش موردبررسی قرار خواهد گرفت. نرم‌افزار SmartPLS 3 جهت بررسی رابطه ضریب بتا با متغیرهای درون‌زا کیفیت زندگی، خودکارآمدی، عزت‌نفس و انطباق اجتماعی از ضرایب معناداری آماره t استفاده می‌کند. مقدار آماره t در سطح اطمینان ۹۰، ۹۵ و ۹۹ درصد به ترتیب با حداقل آمارهٔ (۱/۶۴، ۱/۹۶ و ۲/۵۸) مورد مقایسه قرار گرفت. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، خودکارآمدی، عزت‌نفس و انطباق اجتماعی، کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرده‌اند ($p<0/001$). در مرحله بعد مقدار R^2 در مورد متغیرهای درون‌زای مدل موردبررسی قرار گرفت. R^2 معیاری است که نشان از تأثیر یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا دارد و هرچه مقدار R^2 مربوط به سازه‌های درون‌زای یک مدل بیشتر باشد یعنی به یک نزدیک‌تر باشد، نشان از برازش بهتر مدل است. شایان‌ذکر است که این شاخص از رایج‌ترین شاخص‌ها جهت برازش مدل مفروض است و درباره دقت پیش‌بینی مدل مفروض به کار می‌رود. سه ارزش عددی جهت ضریب تعیین به ترتیب ۰/۱۹، ۰/۳۳، ۰/۶۷ است که بیانگر ضریب تعیین ضعیف، متوسط و قوی است. با توجه به مقادیر R^2 سازه‌های انطباق اجتماعی و کیفیت زندگی به ترتیب برابر ۰/۷۱، ۰/۴۶ است پس با توجه به مقادیر ملاک، سازه‌های انطباق اجتماعی و کیفیت زندگی در وضعیتی مناسب قرار دارند. برای تعیین اثر میانجی از آزمون بوت استرپ استفاده می‌شود. آزمون سوبل، رابطه مستقیم بین متغیر مستقل و متغیر وابسته را با رابطه غیرمستقیم بین متغیر مستقل و متغیر وابسته که شامل سازهٔ میانجی است، مقایسه می‌کند. آزمون سوبل، توزیع را نرمال فرض می‌کند که بااین‌حال مطابق با روش PLS-SEM ناپارامتری نیست. افزون بر این، فرضیه‌های پارامتری آزمون سوبل به طورمعمول برای اثر غیرمستقیم P1.P2 صادق نیست، زیرا حاصل‌ضرب دو ضرایب به طورمعمول منجر به توزیع غیرفرمال می‌شود. افزون بر این، آزمون سوبل به ضرایب مسیر استاندارد نشده به‌عنوان ورودی برای آماره آزمون نیاز دارد و فاقد قدرت آماری (به‌ویژه هنگامی‌که اندازه نمونه کوچک باشد) است. به این دلایل پژوهش‌ها، آزمون سوبل را برای ارزیابی تحلیل میانجی به‌خصوص در مطالعات PLS-SEM رد کرده‌اند. به همین دلیل در مطالعات PLS-SEM از بوت استرپ استفاده می‌شود در این پژوهش نیز با توجه به دلایل ذکرشده از روش بوت استرپ استفاده شد. مقدار آماره آزمون به‌دست‌آمده می‌بایست از مقدار بحرانی ۱/۹۶ بیشتر باشد تا نشان‌دهنده این باشد که فرض صفر (مبنی بر اینکه متغیر میانجی نقشی در میان رابطه متغیر برون زاده و درون‌زاد ندارد) در سطح خطای ۰/۰۵ رد شود و تأثیر میانجی در

روابط بین متغیرها معنادار باشد. نتیجه مسیرها و فرضیات تائید شده در جدول ۲ مشخص‌شده است.



شکل ۱. مدل پژوهش

جدول۲. نتایج مسیرهای مستقیم

مسیر	بتا	انحراف استاندارد ±میانگین	آماره t	مقادیرp	نتیجه
انطباق اجتماعی به کیفیت زندگی	۰/۶۷	۰/۶۸±۰/۰۲۵	۲۶/۷۳	۰/۰۰۰	پذیرش
خودکارآمدی به کیفیت زندگی	۰/۸۹	۰/۸۹±۰/۰۳۷	۲۳/۸۹	۰/۰۰۰	پذیرش
عزت‌نفس به کیفیت زندگی	−۰/۰۵	−۰/۰۵±۰/۰۴۳	۱/۳	۰/۱۹۱	رد

نتایج روایی همگرا، پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ مطابق با جدول ۲ می‌باشد. روایی همگرا به بررسی این موضوع می‌پردازد که متغیر پنهان تا چه اندازه توسط شاخص‌ها قابل تبیین است. بنابراین این نوع روایی، مرتبط بودن گویه‌ها جهت سنجش متغیر پنهان را مورد بررسی قرار می‌دهد. جهت ارزیابی روایی همگرا از شاخص میانگین واریانس استخراج‌شده AVE استفاده و همچنین، جهت محاسبه همسانی درونی بین شاخص‌های یک متغیر پنهان از شاخص پایایی ترکیبی استفاده شد. دامنه عددی پایایی ترکیبی بین صفر و یک است و ارزش عددی پایانی سازهٔ بزرگ‌تر از ۰/۷ نشان دهندهٔ همسانی درونی قابل‌قبولی بین شاخص‌های یک متغیر پنهان است. با توجه به نتایج ضرایب شاخص‌های روایی همگرا، پایایی سازه، پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ مطرح‌شده در جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای کیفیت زندگی، خودکارآمدی، عزت‌نفس و انطباق اجتماعی از روایی همگرا و پایایی قابل‌قبول برخوردار است، زیرا شاخص‌های به دست آمده از معیارهای تعیین شده بیشتر است. در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی واگرا از شاخص چند خصیصه HTMT[1] و روش فرنل و لاکر استفاده شد. نقطه برش قابل قبول برای شاخص HTMT ۰/۹ است و نمره پایین‌تر از ارزش عددی مطرح‌شده نشانهٔ روایی واگرا بین دو متغیر است.

[1]Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)

جدول ۳. ضریب روایی همگرا، پایایی سازه، پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	آلفای کرونباخ (α)	پایایی سازه rho	پایایی ترکیبی (CR)	شاخص AVE
انطباق اجتماعی	۰/۸۱	۰/۸۴	۰/۹۱	۰/۸۳
خودکارآمدی	۰/۸۴	۰/۸۵	۰/۹	۰/۷۵
عزت‌نفس	۰/۷۸	۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۳۶
کیفیت زندگی	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۶۹

با توجه به نتایج گزارش شده در جدول ۳ می‌توان گفت که روایی واگرا بین متغیرهای پژوهش برقرار است. ابتدا برازش مدل مفهومی طراحی شده جهت تعیین رابطه بین کیفیت زندگی، خودکارآمدی، عزت‌نفس و انطباق اجتماعی رفت با داده‌ها موردبررسی قرار گرفت. جهت آگاهی از میزان سازگاری و توافق مدل مفروض با داده‌های پژوهش در ادامه به ارزیابی برازش مدل مفروض و میزان سازگاری آن با یافته‌های پژوهش پرداخته شد تا در نهایت پاسخ فرضیه‌های پژوهش مشخص شود. تحلیل مدل اندازه‌گیری برای کل مدل در نرم‌افزار smartPLS3 بر اساس ارزیابی شاخص‌های برازش مدل مفروض و ارزیابی هم خطی ارزی بین متغیرها انجام خواهد شد. هرچند که برازش مدل بیشتر برای مدل‌سازی معادلات ساختاری کوواریانس محور رایج است که امکان مقایسه بین مدل استقلال و مدل اشباع‌شده را برای پژوهشگران فراهم می‌کند، ولی با این تفاسیر، در smartPLS 3 دو شاخص کلی جهت ارزیابی مدل مفروض در اختیار پژوهشگران قرارگرفته است. این دو شاخص شامل ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده استانداردشده[1](SRMR) و شاخص برازش هنجار شده[2] (NFI) است.

همان‌طور که در جدول ۴ قابل‌مشاهده است ارزش عددی برای شاخص برازش SRMR ۰/۰۷۳ و برای NFI ۰/۷۷ به‌دست‌آمده است. بر اساس شواهد پژوهشی جهت برازش مدل اندازه‌گیری اگر حتی یکی از دو شاخص برازش مدل اندازه‌گیری ملاک تعیین‌شده را داشته باشند برازش مدل اندازه‌گیری قابل‌قبول است. در مدل حاضر مقدار SRMR کمتر از ۰/۰۸ و مقدار ارزش عددی NFI نیز بالاتر ۰/۹ است. ازاین‌رو می‌توان چنین بیان کرد که مدل مفروض پژوهش حاضر از برازش لازم برخوردار است.

جدول ۴. شاخص‌های HTMT جهت بررسی روایی واگرا

متغیرها	۱	۲	۳	۴
انطباق اجتماعی				
خودکارآمدی	۱			
عزت‌نفس	۰/۸۳	۱		
کیفیت زندگی	۰/۷۵	۰/۹	۰/۸	

[1] Standard Root Mean Squared Residual
[2] Normed Fit Index

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص	محدوده قابل قبول	میزان قابل مشاهده	نتیجه
SRMR	<۰/۰۸	۰/۰۷۳	برازش نسبتاً مناسب مدل
d-ULS	<۰/۹۵	۰/۸۹	برازش مناسب مدل
d-G	<۰/۹۵	۰/۹۴	برازش مناسب مدل
NFI	>۰/۹	۰/۷۷	برازش نسبتاً مناسب مدل

بحث

با توجه به یافته‌های مطالعه می‌توان این‌گونه استنتاج نمود که مدل کیفیت زندگی مبتنی بر عزت‌نفس و خودکارآمدی با نقش میانجی انطباق اجتماعی قابل پیش‌بینی و معتبر است و می‌تواند به طور مؤثری کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی را بهبود بخشد. این مدل بیان می‌کند که افزایش عزت‌نفس به تقویت خودکارآمدی منجر می‌شود و خودکارآمدی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است. بیماران سکته مغزی با عزت‌نفس بالاتر، احساس توانمندی بیشتری دارند که این امر موجب می‌شود تا توانایی بیشتری در انجام فعالیت‌های روزمره خود و کاهش فشارهای روانی و اثرات منفی سکته داشته باشند. نتایج تحقیق حاضر، نظریه خودکارآمدی باندورا را تائید می‌کند که بر اساس آن احساس توانمندی در فرد می‌تواند بر عملکرد وی تأثیر بگذارد.

یکی از جنبه‌های نوآورانه این تحقیق، مطالعه انطباق اجتماعی به‌عنوان متغیر میانجی در رابطه میان عزت‌نفس و کیفیت زندگی است که در اغلب پژوهش‌های قبلی، کمتر موردتوجه قرارگرفته است. درواقع، انطباق اجتماعی، بااهمیت تعاملات اجتماعی و ایجاد یک شبکه حمایتی اجتماعی، می‌تواند بر بهبود وضعیت روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران به‌ویژه پس از سکته مغزی اثرگذار باشد. این نتایج با نظریه‌های پیوستگی اجتماعی هم‌راستا است که نشان می‌دهند حمایت اجتماعی و انطباق با محیط اجتماعی می‌توانند به کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کنند. نتایج حاصله آماری نشان داد که فرضیه نخست این تحقیق از لحاظ آماری معنادار است. انطباق اجتماعی تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی دارد. این به این معناست که بیماران با توانایی بهتر در انطباق با شرایط جدید اجتماعی و محیطی خود، قادرند بهتر از پس مشکلات اجتماعی و روانی پس از سکته مغزی برآیند و درنتیجه کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند(۲۱)، یافته‌های این پژوهش نشان داد که خودکارآمدی و انطباق اجتماعی نقش اساسی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی دارند. نتایج آماری نشان داد که انطباق اجتماعی تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی بیماران دارد و خودکارآمدی نیز از طریق انطباق اجتماعی بر کیفیت زندگی اثرگذار است. این یافته‌ها با نظریه خودکارآمدی باند ورا هم‌راستا است که بر اساس آن باور فرد به توانمندی‌های خود می‌تواند عملکرد و رفتارهای او را تحت تأثیر قرار دهد (۲۲).

مدل پیشنهادی کیفیت زندگی برای بیماران مبتلابه سکته مغزی نشان داد که یک ارتباط متقابل و پیچیده میان عزت‌نفس، خودکارآمدی و انطباق اجتماعی وجود دارد که درنهایت به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران منتهی می‌شود. این مدل به پژوهشگران و درمانگران این امکان را می‌دهد تا بر مبنای آن مداخلات درمانی و توان‌بخشی برای بیماران سکته مغزی طراحی کنند. این مدل می‌تواند در بهبود نتایج درمانی و توان‌بخشی مؤثر واقع شود و توصیه‌هایی برای تخصیص منابع بهینه در این زمینه ارائه دهد. همچنین نتایج حاصله آماری نشان داد که دومین فرضیه این تحقیق از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین خودکارآمدی تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی دارد. این یافته با اظهارات سایر محقیق نیز هم‌راستا است. (۱۳).

نتایج این تحقیق نشان داد که رابطه عزت‌نفس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی از لحاظ آماری معنادار نیست و فرضیه سوم مورد تائید واقع نگردید. که با بسیاری از مطالعات پیشین همخوانی ندارد (۱۳). عدم تائید نقش عزت‌نفس ممکن است به دلیل تأثیرگذاری قوی‌تر متغیرهایی مانند خودکارآمدی و انطباق اجتماعی باشد. این امر نشان می‌دهد که بیماران بیشتر به مهارت‌های عملی و قابلیت‌های انطباقی خود تکیه می‌کنند تا به باورهای خود در مورد ارزشمندی شخصی. تحقیقات قبلی نیز نشان داده‌اند که در شرایط بحرانی مانند سکته مغزی، باورهای درونی (مانند عزت‌نفس) ممکن است جایگاه کمتری در مقایسه با عوامل بیرونی یا مهارتی داشته باشند. در چنین مواردی، مداخلات اجتماعی و توان‌بخشی عملی می‌توانند اثرگذاری بیشتری داشته باشند بنابراین رابطه عزت‌نفس باکیفیت زندگی در این مطالعه معنادار نبوده، که می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت بیشتر مهارت‌ها و توانایی‌های عملی بیماران نسبت به باورهای درونی در شرایط بحرانی باشد. این نتیجه با برخی مطالعات قبلی همخوانی ندارد و نشان می‌دهد که در بیماران سکته مغزی، متغیرهای عملی و مهارتی ممکن است نقش میانجی مهم‌تری در کیفیت زندگی ایفا کنند (۲۳). در این مورد انجام پژوهش‌های تکمیلی در جوامع مختلف پیشنهاد می‌شود.

نتایج آماری همچنین نشان داد چهارمین فرضیه این پژوهش از لحاظ آماری معنادار است. در واقع خودکارآمدی با میانجیگری انطباق اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی اثرگذار است و آن را بهبود می‌بخشد. این یافته با نظریه‌های روان‌شناختی و اجتماعی مطابقت دارد که بر اهمیت خودکارآمدی و انطباق با محیط اجتماعی تأکید می‌کنند. به نظر می‌رسد خودکارآمدی، از آنجا که با احساس توانمندی در انجام فعالیت‌ها و مواجهه با چالش‌ها همراه است، نقشی اساسی در افزایش احساس رضایت و کیفیت زندگی ایفا می‌کند. بر این اساس بیمارانی که خود را قادر به انجام فعالیت‌های مختلف می‌دانند و به توانمندی‌های خود اعتقاد دارند، احساس رضایت بیشتری از زندگی دارند. این نتیجه با نظریه‌های روان‌شناختی همچون نظریه «خود تعیین گری» شجاعی و همکاران هم‌خوانی دارد که بر اهمیت احساس کنترل و استقلال در ارتقاء کیفیت زندگی تأکید می‌کند. این نتایج با بسیاری از تحقیقات پیشین همخوانی دارد (۲۴). نتایج این فرضیه نشان می‌دهد که انطباق اجتماعی نه تنها به طور مستقیم، بلکه به‌عنوان یک میانجی برای تأثیر خودکارآمدی نیز نقش حیاتی ایفا می‌کند. این یافته اهمیت محیط‌های حمایتی، آموزش مهارت‌های انطباقی، و مشارکت بیماران در فعالیت‌های اجتماعی را برجسته می‌کند. تائید این فرضیه بیانگر آن است که انطباق اجتماعی به‌عنوان یک میانجی در رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی عمل می‌کند. این یافته حاکی از آن است که خودکارآمدی بالا می‌تواند از طریق بهبود انطباق اجتماعی به افزایش کیفیت زندگی منجر شود. این نتایج اهمیت تقویت هم‌زمان هر دو متغیر را نشان می‌دهد. مداخلات باید شامل برنامه‌هایی برای بهبود خودکارآمدی بیماران و همچنین تقویت توانایی‌های آن‌ها در انطباق اجتماعی باشد. به‌علاوه، یافته‌ها نشان دادند که خودکارآمدی با میانجیگری انطباق اجتماعی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی منجر شود. این نتیجه نشان‌دهنده اهمیت طراحی مداخلات جامع توان‌بخشی است که هم شامل افزایش مهارت‌ها و اعتمادبه‌نفس بیماران و هم تقویت توانایی‌های انطباق اجتماعی باشد. ایجاد برنامه‌های آموزشی و فعالیت‌های گروهی حمایتی می‌تواند این اثرگذاری را تقویت کند و درنهایت به ارتقای کیفیت زندگی بیماران کمک نماید (۲۵، ۲۶)

در مجموع، مدل ارائه شده تعامل پیچیده‌ای میان عزت‌نفس، خودکارآمدی و انطباق اجتماعی نشان می‌دهد که مداخلات درمانی باید هم‌زمان به توانمندسازی فردی و حمایت اجتماعی بیماران توجه داشته باشند. این یافته‌ها می‌تواند راهنمای عملی برای برنامه‌ریزی توان‌بخشی و تخصیص منابع در مراکز درمانی بیماران سکته مغزی باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه نتایج این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای انطباق اجتماعی و خودکارآمدی نقش کلیدی در کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سکته مغزی دارند، درحالی‌که نقش عزت‌نفس در این زمینه به طور مستقیم یا از طریق میانجی انطباق اجتماعی تائید نشده است. این یافته‌ها بر اهمیت توجه به عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در طراحی مداخلات توان‌بخشی تأکید دارد. در این راستا، مداخلاتی که به تقویت خودکارآمدی و انطباق اجتماعی تمرکز دارند، می‌توانند تأثیرات مثبت و قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سکته مغزی داشته باشند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ارتقای کیفیت زندگی این بیماران نیازمند رویکردی چندبعدی است که

به تعاملات پیچیده میان عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و جسمانی مربوط می‌شود.

با توجه به یافته‌های این پژوهش توصیه می‌شود برنامه‌های توانمندسازی بیماران سکته‌های مغزی با تمرکز بر تقویت خودکارآمدی و مهارت‌های علمی روزمره طراحی شود و هم‌زمان با ایجاد و تقویت شبکه‌های حمایتی اجتماعی و فعالیت‌های گروهی، توانایی بیماران در انطباق با شرایط جدید افزایش یابد. همچنین استفاده از مداخلات روان‌شناسی ترکیبی که هر دو بعد فردی و اجتماعی را پوشش دهد، اهمیت دارد. انجام مطالعات طولی برای بررسی اثر بلندمدت این مداخلات بر کیفیت زندگی بیماران و توجه به تفاوت‌های فردی بیماران ازنظر سن، تحصیلات و سابقه بیماری، می‌تواند راهنمای مؤثری برای بهبود برنامه‌های توان‌بخشی و ارتقاء کیفیت زندگی این گروه آسیب‌پذیر باشد.

محدودیت‌های پژوهش می‌توانند تأثیرات زیادی بر دقت و قابلیت تعمیم نتایج داشته باشند. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، به دلیل استفاده از روش کیفی و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، احتمال وجود سوگیری‌های فردی در تفسیر داده‌هاست. همچنین، محدودیت‌های زمانی و دسترسی به تعداد محدودی از افراد متخصص یا آگاه به موضوع ممکن است باعث کاهش تنوع نمونه‌های موردمطالعه و محدودیت در نمایندگی گسترده جامعه هدف شود. علاوه بر این، ممکن است برخی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها تمایل نداشته باشند که تمامی اطلاعات دقیق و حساس را به اشتراک بگذارند که این نیز می‌تواند بر نتایج تأثیرگذار باشد. دیگر محدودیت‌های پژوهش شامل محدودیت‌های جغرافیایی و عدم امکان تعمیم نتایج به‌تمامی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی است.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش نقش داشته‌اند، به‌ویژه از شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر می کنیم که با همکاری و مشارکت خود، امکان تکمیل این تحقیق فراهم آمد.

حمایت مالی

حمایت مالی برای انجام این پژوهش دریافت نشده است.

تعارض‌منافع

نویسندگان این پژوهش اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافع مالی یا شخصی در انجام تحقیق وجود ندارد و تمامی مراحل تحقیق با رعایت اصول علمی و اخلاقی انجام‌شده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق IR.GU.Rec.1402.19 است که مطابق با استانداردهای اخلاقی پژوهش‌ها صادر شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در نگارش این مقاله مشارکت یکسان داشتند.

References

1. Turner GM, McMullan C, Aiyegbusi OL, Bem D, Marshall T, Calvert M, et al. Stroke risk following traumatic brain injury: Systematic review and meta-analysis. International Journal of Stroke. 2021;16(4):370–84.
2. Gurková E, Štureková L, Mandysová P, Šaňák D. Factors affecting the quality of life after ischemic stroke in young adults: a scoping review. Health and Quality of Life Outcomes. 2023;21(1):4.
3. Jafari, Sarovi K, Fatiha, Nia Y. The effect of home-based rehabilitation education on the quality of life of stroke patients. Payesh. 2021;20(1):81–90.
4. Cai T, Verze P, Bjerklund Johansen TE. The quality of life definition: where are we going? Uro. 2021;1(1):14–22.
5. Bártlová S, Šedová L, Havierniková L, Hudáčková A, Dolák F, Sadílek P. Quality of life of post-stroke patients. Slovenian Journal of Public Health. 2022;61(2):101.
6. Pukeliene V, Starkauskiene V. Quality of life: Factors determining its measurement complexity. Engineering Economics. 2011;22(2):147–56.
7. Elmira S, Elah H, Zohreh S, Mehdi R. Investigating the relationship between depression and quality of life in patients with stroke. 2011.
8. Aziz AM, Rizian AE, Tawfik FM, Mekky JF. Determinants of the quality of life in Egyptian patients with cerebrovascular stroke by using the stroke specific QoL questionnaire. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery. 2023;59(1):22.
9. Oliveira-Kumakura ARdS, Batista LMOS, Spagnol GS, Valler L. Functionality and quality of life in Brazilian patients 6 months post-stroke. Frontiers in Neurology. 2023;14:1020587.
10. Azzahra N, Handayani F, Hidayati W. The correlations between demographic factors, self-efficacy, and quality of life among Indonesian

patients with ischemic stroke: a cross-sectional study. Belitung Nursing Journal. 2025;11(1):119.
11. Banik A, Schwarzer R, Knoll N, Czekierda K, Luszczynska A. Self-efficacy and quality of life among people with cardiovascular diseases: A meta-analysis. Rehabilitation Psychology. 2018;63(2):295.
12. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. Stroke. 1999;30(7):1362–9.
13. Bandura A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. Principles of Organizational Behavior: The Handbook of Evidence-Based Management 3rd Edition. 2023:113–35.
14. da Silva JK, da Silva Carvalho Vila V, Martins Ribeiro MF, Vandenberghe L. Survivors' perspective of life after stroke. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2016; 18.
15. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control: Macmillan; 1997.
16. Yang C, Zhao F, Xie C, Zhang Y, Dou Z, Wei X. Community-based group rehabilitation program for stroke patients with dysphagia on quality of life, depression symptoms, and swallowing function: a randomized controlled trial. BMC Geriatrics. 2023;23(1):876.
17. van Mierlo ML, Schröder C, van Heugten CM, Post MW, de Kort PL, Visser-Meily JM. The influence of psychological factors on health-related quality of life after stroke: a systematic review. International Journal of Stroke. 2014;9(3):341–8.
18. Natighian, S, Nazari S. Predicting students' self-esteem based on attachment styles and identity styles. Applied Research in Behavioral Sciences. 2021;13(47):115–34.
19. Szczepańska-Gieracha J, Mazurek J. The role of self-efficacy in the recovery process of stroke survivors. Psychology Research and Behavior Management. 2020:897–906.
20. Rosenberg, M., 1965. Society and the adolescent self-image, Princeton, NJ. Princeton Press. Russell, DW (1996). UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality Assessment, 66(1), 20-40.
21. Masuwai A, Zulkifli H, Hamzah MI. Evaluation of content validity and face validity of secondary school Islamic education teacher self-assessment instrument. Cogent Education. 2024 ;11(1):2308410
22. Johnson C, Lane H, Barber P, Charleston A. Medication compliance in ischemic stroke patients. Internal medicine journal. 2012;42(4):e47–e52.
23. Küçükakgün H, Atay S. Determining Self-efficacy and Quality of Life in Stroke Patients. Mediterranean Nursing and Midwifery. 2023.
24. Sun B, Wang N, Li K, Yang Y, Zhang F. The mediating effects of hope on the relationships of social support and self-esteem with psychological resilience in patients with stroke. BMC Psychiatry. 2024;24(1):340.
25. Shojaei D, Shahbalaghi M, Khoshknab F, Vahedi, Bakhtiari, et al. The effect of a self-management program based on the 5A model on the severity of dyspnea and self-management ability in elderly people with chronic heart failure: a randomized clinical trial. Elderly Journal: Iranian Journal of Aging. 2024;18(4):488–501.
26. Lumbantobing VBM, Priastomo M, Kosasih CE, Rhamelani P, Anggadiredja K, Adnyana IK. Analysis of factors affecting Quality of Life (QoL) in middle-aged stroke patients (under 65 years old) in the rehabilitation phase: Multivariate regression analysis. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2025:3477–91.
27. Choi H, Lim A, Song Y. Adaptive behavior in stroke survivors: A concept analysis. Asian Nursing Research. 2022;16(4):231–40.

Developing the Life Quality of Stroke Patients: Investigation of Self-esteem and Self-efficacy with the Mediating Role of Social Adaptation

Received: 21 Apr 2025 Accepted: 26 Jun 2025

Nader Najafi[1], Mastooreh Sedaghat[2]*, Omid Rezaei,[2] Mohammadreza Seirafi [3]
1. Department of Health Psychology, UAE.C., Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates 2. Department of Psychology, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran 3. Department of Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

Introduction: Stroke is a debilitating disease that affects the psychological, social, and physical dimensions of patients. The aim of the present study is to identify a quality of life model based on self-esteem and self-efficacy with a mediating role in social adaptation in stroke patients.

Materials and Methods: This study is descriptive-analytical. The statistical population includes stroke patients referred to the main neurology centers of Kerman, Fars, and Hormozgan provinces in the third quarter of 2023 and the first quarter of 2024. Sampling was conducted purposively. Data were collected using standard questionnaires for quality of life, self-esteem, self-efficacy, and social adaptation. Experts' opinions were used to assess face and content validity, and the reliability of the tools was confirmed by calculating Cronbach's alpha coefficient for all scales. Data analysis was performed using structural equation modeling.

Results: The results showed that the quality of life model based on self-efficacy and with the mediating role of social adaptation is significant at a confidence level of 99% ($p<0.05$), while the direct and indirect effects of self-esteem are not significant ($p>0.05$). Social adaptation and self-efficacy are two components that affect the quality of life of patients.

Conclusion: Paying attention to psychological and social variables such as self-efficacy and social adaptation in designing rehabilitation interventions for stroke patients is essential and can significantly improve their quality of life.

Keywords: Quality of life, Self-esteem, Self-efficacy, Social adaptation, Stroke

***Corresponding Author:** Department of Psychology, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
Email: m_sedaghat@azad.ac.ir **Tel:** +989132957613 **Fax:** +98