

Research Paper

Relationship of Aphasia Severity With Quality of Life in Home-dwelling Elderly With Stroke-induced Aphasia in Iran

Zahra Babaei^{1, 2, 3} , *Fariba Yadegari¹ , Mohsen Vahedi^{4, 5}

1. Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
3. Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Social Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Babaei Z, Yadegari F, Vahedi M. [Relationship of Aphasia Severity With Quality of Life in Home-Dwelling Elderly With Stroke-Induced Aphasia in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2026; 20(4):610-623. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4038.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4038.1>

ABSTRACT

Objectives Natural aging is accompanied by declines in physical, sensory, psychomotor, and cognitive domains. When these declines occur along with stroke-induced aphasia, it can significantly affect an individual's quality of life (QoL). This study aimed to examine the relationship of aphasia severity with QoL in Iranian older adults with stroke-induced aphasia.

Methods & Materials This correlational study with a cross-sectional design was conducted in 2022-2023 on 56 Persian-speaking people aged 60 and older diagnosed with aphasia, classified into three severity levels: Mild (n=21), moderate (n=14), and severe (n=21) using the clinical screening version of the Persian diagnostic aphasia battery (P-DAB-1). Participants were mainly selected from Tehran city, with a small number from Shiraz, Kerman, and Amol cities using a non-probability sampling method. Subsequently, the Stroke and Aphasia QoL scale (SAQOL-39) was completed by the participants. To analyze the data, descriptive statistics (Mean±SD), one-way ANOVA followed by Tukey's post-hoc test, ANCOVA (for controlling the effects of age groups and time post-stroke), and Pearson's correlation test in SPSS software, version 26, with a significance level set at 0.05.

Results Participants were 30 men and 26 women, with a mean age of 68.61 years and a mean post-stroke time of 18.30 months. Significant differences were observed between severe and mild aphasia groups in the total SAQOL-39 score and its communication domain, and between moderate and severe aphasia groups in the physical domain (P<0.05). No significant differences were noted in the psychosocial and energy domains (P>0.05). Age (P=0.466) and time post-stroke (P=0.209) showed no significant impact on QoL. The total SAQOL-39 score (r=0.37) and its domains of communication (r=0.51), psychosocial (r=0.36), physical (r=0.23), and energy (r=0.23) had a significant correlation with aphasia severity (P<0.001).

Conclusion As the severity of aphasia increases, the QoL of Iranian older people with stroke-induced aphasia declines. These findings underscore the importance of considering aphasia severity in evaluating the QoL of older adults in Iran, and can be useful for therapeutic and supportive interventions.

Keywords Aphasia, Stroke, Quality of life (QoL), Aged, Severity of illness index

Article Info:**Received:** 26 Nov 2024**Accepted:** 13 Jan 2025**Available Online:** 01 Jan 2026*** Corresponding Author:****Fariba Yadegari, Professor.****Address:** Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (21) 22180043**E-mail:** fa.yadegari@uswr.ac.ir

Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Natural aging is a process of age transition that is accompanied by declines in physical, sensory, psychomotor, and cognitive states. It is predicted that 30% of the Iranian population will be old by 2031. This transformation brings social, economic, and health challenges, in addition to increasing the prevalence of chronic diseases. The risk of stroke doubles at the age of 55-85; 21-38% of whom experience aphasia. Aphasia in older adults leads to multiple communication problems, resulting in decreased quality of life (QoL). This study aimed to examine the relationship between QoL and the severity of aphasia in Iranian older people with aphasia (PWA).

Methods & Materials

This cross-sectional study was conducted in 2022-2023 with 56 Persian-speaking PWA aged 60 or older. The inclusion criteria were a minimum score of 25 on the Persian diagnostic aphasia battery (P-DAB-1), being a Persian speaker or proficient in Persian (for bilingual participants), no prior history of psychiatric and cognitive issues before the stroke, at least one month post-stroke, and confirmation of physiological stability by the physician. Based on the obtained aphasia quotient (AQ-1), patients were classified into three severity groups: mild ($n=21$), moderate ($n=14$), and severe ($n=21$). It is important to note that a higher AQ-1 score indicates less severe aphasia. Two age groups: Younger elderly (60-69 years old, $n=31$) and middle-aged (≥ 70 years; $n=25$); and three groups based on the time post-stroke: early subacute (1-3 months; $n=14$), late subacute (3-6 months; $n=11$), and chronic (> 6 months; $n=31$) were also used. Participants were mainly from Tehran, selected using a non-probability sampling method.

The stroke and aphasia QoL scale-39 (SAQOL-39) was completed by the participants. To facilitate the self-reporting process, language facilitators and other supportive communication strategies were utilized. The interviewer presented the questionnaire to the patient, read the questions aloud, and recorded their responses. Descriptive statistics, including Mean $\pm$ SD, were used to describe the characteristics. The normality of data distribution was assessed using the Shapiro-Wilk test. One-way analysis of covariance (ANCOVA) followed by Tukey's post hoc test was applied for between-groups comparisons. ANCOVA was used, treating age and time post-stroke as independent variables and QoL as the dependent variable.

Additionally, the Pearson correlation test was utilized to examine the relationships between the study variables. Data analysis was conducted in SPSS software, version 26 with a significance level set at 0.05.

Results

The mean age of the participants (including 53.6% males and 46.4% females) was 68.61 ± 6.95 years, with 44.6% classified as young elderly and 55.4% as middle-aged elderly. The mean AQ-1 was 59.72 ± 21.854 , and the mean post-onset time was 18.30 ± 26.68 months (Ranged 1-120 months). The participants were 82.14% non-fluent Persian and 17.46% fluent.

The results of the one-way ANOVA showed a significant difference in the total SAQOL-39 score between aphasia severity groups ($F=4.06$, $P<0.05$). The mean total score in individuals with severe aphasia was 2.45; with moderate aphasia, 3.08; and with mild aphasia, 3.20. To compare the groups in pairs, Tukey's post hoc test was used. The results indicated significant differences in the communication domain score between the mild and severe severity groups ($F=7.8$, $P<0.05$) and in the physical domain score between moderate and severe groups ($F=3.53$, $P<0.05$), while no statistically significant differences were observed in other domains including psychosocial and energy ($P>0.05$).

ANCOVA was conducted to examine the effect of age and post-stroke time on the QoL of older PWA. The results indicated that age ($P=0.466$) and post-stroke time ($P=0.209$) did not have a significant impact on the QoL. The effect size (Eta squared=0.07) indicated a negligible effect of these variables on the QoL.

Pearson's correlation test results showed a significant positive relationship between the AQ-1 score and the mean total and domain scores of the SAQOL-39. A strong correlation was observed between the communication domain and the severity of aphasia ($r=0.51$, $P<0.001$), a moderate correlation between the total score ($r=0.37$, $P<0.001$) and psychosocial domain ($r=0.36$, $P<0.001$) and the severity of aphasia, and weak correlation between the physical and energy domains ($r=0.23$ for both, $P<0.001$) and the severity of aphasia.

Conclusion

The obtained correlation between aphasia severity and QoL domains in Iranian older PWA in our study indicates that with the increase in the severity of aphasia, the QoL of older people with stroke-induced aphasia declines.

These findings highlighted the importance of considering the severity of aphasia in assessing the QoL of older adults, which may serve as guidance for therapeutic and supportive interventions. Additionally, they may be useful for treatment/discharge decision-making. However, further research is needed to explore the links between the severity of aphasia and various dimensions of QoL, and to develop more effective treatments in this area.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#) (Code: IR.USWR.REC.1400.334).

Funding

This study was funded by the Social Determinants of Health Research Center at the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#).

Authors' contributions

Contributed to study design and conceptualization, data collection, data analysis and interpretation, writing, and review: Zahra Babaei and Fariba Yadegari; Contributed to the statistical analysis: Mohsen Vahedi.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all participants and the personnel of the Rofeideh Rehabilitation Hospital and the Tabassom Stroke Rehabilitation Center for their cooperation and assistance in this research.



مقاله پژوهشی

بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی براساس شدت آفازی ناشی از سکته مغزی در سالمندان ساکن منزل: کیفیت زندگی سالمندان در شدت‌های مختلف آفازی

زهرا بابائی^{۱، ۲، ۳، ۴، ۵}، فریبا یادگاری^۱، محسن واحدی^{۵، ۶}

۱. گروه آموزشی گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۵. گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.



Citation Babaei Z, Yadegari F, Vahedi M. [Relationship of Aphasia Severity With Quality of Life in Home-Dwelling Elderly With Stroke-Induced Aphasia in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2026; 20(4):610-623. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4038.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4038.1>

چکیده

اهداف: سالمندی طبیعی با افت‌هایی در حوزه‌های جسمانی، حسی، روانی حرکتی و شناختی همراه است. این گونه کاهش‌های طبیعی هر گاه با بیماری مزمنی همچون آفازی ناشی از سکته مغزی همراه گردد، می‌تواند کیفیت زندگی فرد را بیشتر تحت تأثیر قرار دهد. هدف این مطالعه بررسی و مقایسه کیفیت زندگی سالمندان ایرانی مبتلا به سکته مغزی در شدت‌های مختلف آفازی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به‌صورت مقطعی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ با مشارکت ۵۶ فرد فارسی زبان دارای آفازی ۶۰ سال به بالا انجام شد که با بسته آزمون تشخیصی زبان‌پیشی فارسی نسخه غربالگری بالینی (P-DAB-1) در سه شدت خفیف (۲۱ نفر)، متوسط (۱۴ نفر) و شدید (۲۱ نفر) دسته‌بندی شدند. شرکت‌کنندگان عمدتاً از شهر تهران و تعداد کمی از شهرهای شیراز، کرمان و آمل به شیوه نمونه‌گیری غیراحتمالی انتخاب شدند. سپس مقیاس کیفیت زندگی در سکته و آفازی (SAQOL-39) توسط افراد دارای آفازی تکمیل گردید. جهت تحلیل داده‌ها، ابتدا از آزمون‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف‌معیار برای خلاصه‌سازی و توصیف ویژگی‌های اصلی داده‌ها استفاده شد. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک بهره گرفته شد. جهت بررسی تفاوت‌های بین گروه‌ها، آزمون آنوای یک‌طرفه به کار رفت و برای شناسایی گروه‌های متفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید. برای بررسی تأثیر گروه سنی و مدت‌زمان گذشته از سکته مغزی بر کیفیت زندگی بیماران، از تحلیل کواریانس استفاده گردید. متغیرهای گروه‌های سنی و مدت‌زمان گذشته از سکته به‌عنوان متغیرهای مستقل و نمره کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. همچنین، برای بررسی رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون بهره‌مند شدیم. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معنی‌داری برای تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ و برای ضریب همبستگی ۰/۰۰۱ لحاظ گردید.

یافته‌ها: ۳۰ مرد و ۲۶ زن با میانگین سنی ۶۸/۶۱ (دامنه سنی ۶۰-۹۰ سال)، میانگین مدت‌زمان گذشته از سکته ۱۸/۳۰ ماه (دامنه ۱-۱۲۰ ماه) در مطالعه حاضر شرکت کردند. بین آفازی شدید و خفیف در نمره کل کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس ارتباطی SAQOL-39، همچنین میان آفازی متوسط و شدید در خرده‌مقیاس فیزیکی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0/05$)، اما در خرده‌مقیاس روانی-اجتماعی و انرژی تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ($P > 0/05$). سن ($P = 0/466$) و زمان گذشته از سکته ($P = 0/209$) تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی نداشتند. بین بعد ارتباطی با نمره شدت آفازی همبستگی قوی و مستقیم ($r = 0/51$ ، $P < 0/001$) وجود داشت و در مورد کل ایزار ($r = 0/37$ ، $P < 0/001$)، ابعاد روانی اجتماعی ($r = 0/36$ ، $P < 0/001$) ارتباط مستقیم متوسط و در مورد ابعاد فیزیکی و انرژی ($r = 0/23$ ، $P < 0/001$)، نیز ارتباط مستقیم ضعیف بود.

نتیجه‌گیری: با افزایش شدت آفازی، نمره کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سکته مغزی کاهش می‌یابد. این نتایج اهمیت توجه به شدت بیماری را در ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان مد نظر قرار می‌دهد و می‌تواند راهنمایی برای مداخلات درمانی و حمایتی باشد.

کلیدواژه‌ها: آفازی، سکته، کیفیت زندگی، سالمندی، شدت شاخص بیماری

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳ آذر ۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳ دی ۲۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴ دی ۱۲

* نویسنده مسئول:

دکتر فریبا یادگاری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، گروه آموزشی گفتاردرمانی.

تلفن: +۹۸ (۲۱) ۲۲۱۸۰۰۴۳

پست الکترونیکی: fa.yadegari@uswr.ac.ir



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

انجام شده است؛ برای نمونه در مطالعه‌ای ارتباط بین شدت بیماری پارکینسون، سکت و بیماری‌های قلبی عروقی با کیفیت زندگی بررسی شد. نتایج حاکی از عدم وجود رابطه خطی میان شدت بیماری قلبی عروقی و سکت با کیفیت زندگی بود و تنها بین شدت بیماری پارکینسون و کیفیت زندگی رابطه خطی به وضوح دیده شد [۲۳]. همچنین، در مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آلزایمر، کاهش کیفیت زندگی با افزایش شدت این بیماری مشاهده شد [۲۴، ۲۵].

در تحقیقات مربوط به رابطه شدت سکت مغزی با کیفیت زندگی بازماندگان و مراقبان آن‌ها، ارتباطی میان شدت سکت و کیفیت زندگی مراقبان مشاهده نشد [۲۶]، اما به‌طور هم‌زمان، چندین مطالعه دیگر ارتباط منفی بین نمره کیفیت زندگی و شدت سکت در بازماندگان این عارضه را گزارش کردند [۲۷-۳۱]. مطالعه دیگری نیز نشان داد هرچند با افزایش شدت سکت، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد، اما این تأثیر پس از گذشت ۱۲ ماه از سکت ناپدید می‌شود و فارغ از شدت سکت، شدت افزایش تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی دارد [۳۲]. در زمینه بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و شدت افزایش و تفاوت کیفیت زندگی در شدت‌های مختلف با استفاده از ابزارهای عمومی و اختصاصی ارزیابی کیفیت زندگی و مقیاس‌های مختلف ارزیابی شدت افزایش، مطالعات متعددی بر روی افرادی با میانگین سنی حداقل ۶۰ سال انجام شده است که نتایج اکثر مطالعات نشانگر کاهش کیفیت زندگی به دنبال افزایش شدت افزایش است. البته تعداد اندکی از مطالعات نیز عدم ارتباط معنی‌دار بین کیفیت زندگی و شدت بیماری نشان داد [۳۳-۳۶]. بررسی این موضوع با چالش‌هایی روبه‌رو بوده است. به‌عنوان مثال، در برخی از این مطالعات، افرادی که دارای افزایش شدید بودند به‌دلیل مشکلاتی در درک و پاسخ‌دهی به سؤالات از مطالعه کنار گذاشته شدند [۱۷، ۲۱، ۳۴، ۳۷، ۳۸]. همچنین، مجریان پرسش‌نامه به‌دلیل عدم آموزش کافی در زمینه چگونگی حمایت از نیازهای ارتباطی افراد با افزایش با مشکلاتی مواجه شدند [۱۵].

نکته قابل‌توجه این است که ماهیت بیماری و ابزارهای مورد استفاده برای سنجش شدت و کیفیت زندگی می‌تواند نتایج تحقیقات را به‌طور چشمگیری تحت تأثیر قرار دهد. به‌علاوه، هر یک از بیماری‌های مزمن معمولاً بر جنبه‌های خاصی از ابزارهای ارزیابی کیفیت زندگی تأثیر بیشتری می‌گذارند که مرتبط با ویژگی‌های خاص آن بیماری است [۲۳، ۳۹].

به‌دلیل تنوع ابزارهای سنجش کیفیت زندگی و متدلوژی‌های مورد استفاده در تحقیقات، مقایسه و تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام شود، زیرا هر ابزار ممکن است شدت علائم افزایش و کیفیت زندگی را به‌طور متفاوتی برآورد کند [۴۰] و متدلوژی‌های مختلف می‌تواند به نتایج گوناگونی منجر شود [۴۱]. با توجه به وجود این چالش‌ها و اهمیت فرهنگ در تأثیرگذاری بر کیفیت زندگی و همچنین کمبود مطالعات پیرامون ارتباط میان شدت افزایش و کیفیت زندگی در

سالمندی جمعیت یک فرآیند شناخته‌شده تحت عنوان گذار سنی است [۱] که طی آن نرخ مرگ‌ومیر، باروری و کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و در عوض امید به زندگی افزایش پیدا می‌کند [۲]. پیش‌بینی می‌شود جوامع در حال توسعه همانند ایران در اواسط قرن ۲۱ با جامعه سالمند روبه‌رو شوند [۱]. طبق مطالعات صورت گرفته، ایران در سال ۱۴۱۰ با انفجار سالمندی مواجه خواهد شد و ۳۰ درصد از جامعه را سالمندان تشکیل خواهند داد [۱، ۳]. افزایش جمعیت سالمندی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی محسوب می‌شود [۴]، زیرا سالمندی با از دست رفتن توانایی‌ها و افزایش شیوع بیماری‌های مزمن همانند سکت همراه است [۵]، به‌گونه‌ای که از ۵۵ سالگی به ۸۵ سالگی هر ۱۰ سال، میزان ابتلا به سکت ۲ برابر می‌شود. افزایش از جمله شایع‌ترین اختلالات پس از سکت است [۶] که در ۲۱-۳۸ درصد از بیماران دچار سکت مشاهده می‌شود [۷] و ۱۵ درصد از آن‌ها نیز در درازمدت با افزایش همراه خواهند بود [۸]. افزایش یک اصطلاح پزشکی است که به اختلال اکتسابی زبان به دنبال آسیب یا سکت مغزی اشاره دارد و معمولاً نیمکره چپ مغز را درگیر می‌کند و به‌عنوان یک اختلال زبانی، استفاده و درک زبان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۹، ۱۰].

افزایش علاوه بر همراه بودن با مشکلات پزشکی، محدودیت‌های حرکتی و ارتباطی، آشفتگی‌های عاطفی و اجتماعی [۹-۱۱]، محدود شدن استقلال، کاهش سطح انرژی و کاهش توانمندی جسمی، اختلال ارتباطی است که باعث پاسخ‌های غیرمفید از سوی دیگران و ایجاد موانع محیطی می‌شود و خواسته‌های اجتماعی، روابط بین فردی، موقعیت‌های ارتباطی و زندگی اجتماعی را دستخوش تغییراتی می‌کند [۱۲، ۱۳]. به‌علاوه به دامنه‌ای از پاسخ‌های عاطفی شامل ترس و اضطراب و به مرور زمان کاهش و از دست رفتن اعتماد به نفس منجر می‌شود [۱۴، ۱۵] و می‌تواند تأثیر منفی بر بهبودی، پاسخ به درمان، سازگاری روانی اجتماعی و به‌طور ویژه کیفیت زندگی فرد بگذارد [۱۶، ۱۷]. در نتیجه آگاهی از وضعیت کیفیت زندگی افراد سالمند دارای افزایش، برای ارائه مراقبت‌های بهینه و مداخلات حمایتی ضروری است [۱۸].

شواهد نشان می‌دهد افراد دارای افزایش نه تنها نسبت به افراد سالم بلکه افراد با سایر بیماری‌ها همچون آلزایمر و سرطان و حتی افراد دچار سکت بدون افزایش نیز کیفیت زندگی بدتری دارند [۱۳، ۱۹، ۲۰]، شرایطی که با شدت افزایش همبسته است [۲۱]. با توجه به اینکه دنیای امروز دنیای ارتباطات سریع است و به مدالیت‌های مکتوب و شفاهی متکی است، انتظار می‌رود زندگی افراد دارای افزایش در این حوزه‌ها با مشکلاتی مواجه باشد [۲۲].

در زمینه بررسی تفاوت کیفیت زندگی سالمندان در شدت‌های مختلف بیماری‌های مزمن و ارتباط بین این دو، مطالعات مختلفی

(۷۵-۵۱)، شدید (۵۰-۲۶) و خیلی شدید (۲۵-۰) طبقه‌بندی می‌شود. در نتیجه هر چقدر نمره AQ-1 فردی بیشتر باشد، شدت آفازی کمتر است. مقیاس SAQOL-39، مقیاس روا و معتبری است که در سال ۲۰۰۳ هیلاری و همکاران معرفی کرده‌اند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در آفازی پس از سکته می‌سنجد؛ شامل ۴ حوزه فیزیکی (۱۷ گویه)، روانی اجتماعی (۱۱ گویه)، ارتباطی (۷ گویه) و انرژی (۴ گویه) است [۴۴، ۲۱].

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسش‌نامه در ایران، عزیزیگی و همکاران در سال ۲۰۲۱ تأیید کرده‌اند. ثبات درونی (۰/۷۰ > α) و اعتبار آزمون-بازآزمون (۰/۷۰ > α) هر دو نسخه خودگزارش‌دهی و پروکسی رضایت‌بخش بود. روایی همگرایی آزمون با SF-12 متوسط تا قوی بود (۰/۷۰ = r برای نسخه پروکسی و ۰/۴۳ = r برای نسخه خودگزارش‌دهی).

توافق رضایت‌بخشی نیز بین دو نسخه پروکسی و خودگزارش‌دهی مشاهده شد. این پرسش‌نامه براساس مقیاس ۵ نمره‌ای لیکرت امتیازدهی و نمره نهایی با محاسبه ارزش کل گویه‌ها و تقسیم آن‌ها بر تعداد گویه‌ها محاسبه می‌شود و نمره بالاتر نشانگر کیفیت زندگی بهتر است [۴۳]. در تحقیق حاضر جهت تسهیل فرایند خودگزارش‌دهی به‌ویژه برای افراد دارای آفازی شدید و برخی از افراد دارای آفازی متوسط، از تسهیلگرهای زبانی همانند تکرار چندباره سؤالات، به‌کارگیری تصاویر و حرکات بیانگر و سایر راهکارهای حمایتی مکالمه استفاده شد. جهت اجرای پرسش‌نامه، فرد دارای آفازی همراه با یکی از مراقبان خود در اتاق خلوت با حداقل محرک‌های حواس‌پرت‌کن حضور پیدا می‌کردند و مصاحبه‌گر متن پرسش‌نامه را جلوی روی بیمار قرار می‌داد و با صدای رسا پرسش‌ها را برای بیمار می‌خواند و پاسخ‌های او را ثبت می‌کرد. شرکت‌کنندگان بعد از اعلام رضایت با رضایت‌نامه مصور در مطالعه شرکت می‌کردند.

جهت تحلیل داده‌ها از SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. ابتدا از آزمون‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف‌معیار برای خلاصه‌سازی و توصیف ویژگی‌های اصلی داده‌ها استفاده شد. نرمالیتی داده‌ها براساس آزمون شاپیرو-ویلک^۶ [۴۵] مشخص شد و نشان داد داده‌ها از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند ($P > 0.05$). همگنی واریانس با آزمون لون^۷ نیز تأیید شد ($P > 0.05$). جهت بررسی تفاوت کیفیت زندگی در سالمندان با شدت‌های مختلف آفازی از آنالیز واریانس یک‌طرفه^۸ و در صورت وجود ارتباط معنی‌دار از آزمون‌های تعقیبی توکی^۹ و برای بررسی تأثیر گروه سنی و مدت‌زمان گذشته از سکته مغزی بر کیفیت زندگی بیماران،

سالمندان ایرانی و همچنین مقایسه کیفیت زندگی در شدت‌های مختلف، این مطالعه ضرورت می‌یابد. تحقیق حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت زندگی با استفاده از مقیاس کیفیت زندگی آفازی و سکت^۱ (SAQOL-39) در شدت‌های مختلف آفازی و بررسی مقایسه‌ای آن در شدت‌های مختلف آفازی انجام شد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲، به‌صورت مقطعی و با شرکت سالمندان مبتلا به آفازی ناشی از سکته مغزی در دوران تحت حاد و مزمن انجام شد. تمامی شرکت‌کنندگان سنشان ۶۰ سال و بالاتر بود و دارای آفازی ناشی از سکته مغزی بودند و طی نمونه‌گیری هدفمند و سپس با گلوله برفی از کلینیک‌ها و بیمارستان‌های سطح شهر تهران، آمل، کرمان و شیراز در این مطالعه شرکت کردند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت‌اند از: داشتن حداقل سن ۶۰ سال، کسب حداقل نمره ۲۵ در بسته آزمون تشخیصی زبان‌پیشی فارسی نسخه غربالگری بالینی^۲ (P-DABB-1) [۴۲]، فارسی زبان یا تسلط بر فارسی در صورت دوزبانه بودن و نداشتن سابقه مشکلات روانپزشکی و شناختی قبل از سکته و گذشت حداقل ۱ ماه از وقوع سکته، با تأیید پزشک معالج در خصوص ثبات وضعیت بیمار.

برای جمع‌آوری اطلاعات از فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، بسته آزمون تشخیصی زبان‌پیشی فارسی^۳ (P-DAB-1) نسخه غربالگری بالینی [۴۲] و نسخه فارسی SAQOL-39 [۴۳] استفاده شد. فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی برای تعیین اطلاعاتی همچون سن، جنسیت و مدت‌زمان گذشته از سکته مورد استفاده قرار گرفت.

نبلی‌پور و همکاران -آزمون P-DAB-1، جهت غربالگری و ارزیابی شدت اختلالات زبانی اکتسابی ناشی از آسیب مغزی را در سال ۱۳۹۴ تدوین کرده‌اند. این آزمون از نظر ساختار و معیارهای تشخیصی از مجموعه آزمون زبان‌پیشی غربی (WAB-R)^۴ الهام گرفته شده است و دارای ثبات درونی خوب (۰/۷۱) و همبستگی آزمون-بازآزمون مناسب ($P < 0.01$, $r = 0.65$) بود [۴۲]. این آزمون از ۶ آزمایه (کیفیت محتوای گفتار، میزان روانی گفتار، درک شنیداری، درک دستورات پیوسته، توانایی تکرار کردن و توانایی نامیدن) تشکیل شده است که هر آزمایه ۱۰ امتیاز دارد. حاصل جمع نمره آزمایه‌ها بر ۶ تقسیم و در عدد ۱۰ ضرب می‌شود. امتیاز به‌دست‌آمده نمره شدت یا بهره آفازی (AQ-1)^۵ بود. نمره ۹۳-۱۰۰ نشانگر نبود آفازی و نمره ۹۲ و کمتر نشانگر آفازی با شدت‌های مختلف است. شدت آفازی در ۴ دسته خفیف (۷۶-۹۲)، متوسط

1. Stroke and Aphasia Quality of Life scale-39 (SAQOL-39)
2. Persian Diagnostic Aphasia Battery Bedside Version AQ-1 (P-DABB-1)
3. Persian Diagnostic Aphasia Battery-1 (P-DAB-1)
4. Western-Aphasia Battery-Revised (WAB-R)
5. Aphasia Quotient; AQ

6. Shapiro-Wilk Test
7. Levene's test
8. One-way ANOVA
9. Tukey's Test

از تحلیل کواریانس^{۱۰} استفاده گردید. متغیرهای گروه‌های سنی و مدت‌زمان گذشته از سکت به‌عنوان متغیرهای مستقل و نمره کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جهت بررسی ارتباط میان شدت آفازی و نمره کل کیفیت زندگی و بعد ارتباطی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری برای تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ و برای ضریب همبستگی ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۵۶ فرد ۶۰ سال و بالاتر مبتلا به آفازی ناشی از سکت مغزی با میانگین سنی ۶۸/۶۱ سال و انحراف معیار ۶/۶۹۵ شرکت داشتند (۴۴/۶ درصد آن‌ها را سالمندان جوان و ۵۵/۴ درصد از آن‌ها را سالمندان غیرجوان) که ۵۳/۶ درصد از آنان را مردان و ۴۶/۴ درصد را زنان تشکیل دادند. میانگین شدت آفازی در این افراد ۵۹/۷۱۷ با انحراف معیار ۲۱/۸۵۴ بود؛ میانگین مدت‌زمان گذشته از سکت ۱۸/۳۰ با انحراف معیار ۲۶/۶۸۲ و بازه ۱-۱۲ ماه بود که ۴۴/۶ درصد از آن‌ها در دوره تحت حاد (۲۵ درصد تحت حاد زودهنگام و ۱۹/۶ درصد تحت حاد دیر هنگام) و ۵۵/۴ درصد از آن‌ها در دوره مزمن بیماری به سر می‌بردند (جدول شماره ۱).

همان‌طور که در جدول شماره ۲ آمده است، نتایج آزمون یک‌طرفه آنووا نشان داد تفاوت معنی‌داری بین شدت آفازی و نمره کل کیفیت زندگی در سالمندان وجود دارد. به‌منظور مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. علاوه بر این نتایج نشانگر وجود تفاوت در نمره بعد ارتباطی کیفیت زندگی سالمندان در دو شدت خفیف و شدید و تفاوت در نمره بعد فیزیکی دو شدت متوسط و شدید است و در سایر حوزه‌های روانی-اجتماعی و انرژی نیز تفاوت آماری معنی‌داری بین شدت‌های مختلف آفازی مشاهده نشد.

10. ANCOVA

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی سالمندان دارای آفازی ناشی از سکت مغزی شرکت‌کننده در مطالعه

شدت آفازی	تعداد نمونه‌ها	روانی		جنسیت		تعداد (درصد)				میانگین $\pm$ انحراف معیار	
						گروه سنی		مدت زمان گذشته از سکت		میانگین سنی	میانگین کیفیت زندگی
روان	ناروان	زن	مرد	سال‌مندان جوان	سال‌مندان غیر جوان	۱-۳ ماه	۴-۶ ماه	≤۶ ماه	میانگین سنی	کیفیت زندگی	
۲۱	۰	۲۱	۱۱	۱۰	۱۲ (۵۷/۱)	۹ (۴۲/۹)	۵ (۲۳/۸)	۵ (۲۳/۸)	۱۱ (۵۲/۴)	۶۷/۴۸±۵/۵۸۲	۲/۴۵±۰/۹۲
۱۴	۱	۱۳	۷	۷	۶ (۴۲/۹)	۸ (۵۷/۱)	۴ (۲۸/۶)	۲ (۱۴/۳)	۸ (۵۷/۱)	۷۱/۳۶±۸/۸۸	۳/۰۸±۰/۷
۲۱	۹	۱۲	۸	۱۳	۱۳ (۶۱/۹)	۸ (۳۸/۱)	۵ (۲۳/۸)	۴ (۱۹)	۱۲ (۵۷/۱)	۶۷/۹۰±۵/۸۰۴	۳/۲۰±۱/۰۵

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه جهت مقایسه کیفیت زندگی درون گروهی براساس ۳ سطح شدت آفازی

متغیر	شدت آفازی	میانگین $\pm$ انحراف معیار	F	P	نتایج آزمون توکی
نمره کل	شدید	۲/۴۵ $\pm$ ۰/۹۲	۴/۰۶	> ۰/۰۵	۳ و ۱
	متوسط	۳/۰۸ $\pm$ ۰/۷			-
	خفیف	۳/۲۰ $\pm$ ۱/۰۵			۱ و ۳
نمره بعد فیزیکی	شدید	۲/۶۲ $\pm$ ۱/۲۸	۳/۵۳	> ۰/۰۵	۲ و ۱
	متوسط	۳/۷۳ $\pm$ ۰/۹			۱ و ۲
	خفیف	۳/۲۳ $\pm$ ۱/۳۲			-
نمره بعد روانی اجتماعی	شدید	۲/۳۸ $\pm$ ۱/۱	۳/۱۸	> ۰/۰۵	-
	متوسط	۲/۴۵ $\pm$ ۱/۱			-
	خفیف	۳/۱۸ $\pm$ ۱/۵۴			-
نمره بعد ارتباطی	شدید	۲/۰۳ $\pm$ ۰/۸۸	۷/۷۸	> ۰/۰۵	۳ و ۱
	متوسط	۲/۵۶ $\pm$ ۰/۷۳			-
	خفیف	۳/۰۳ $\pm$ ۰/۸۱			۱ و ۳
نمره بعد انرژی	شدید	۲/۶۰ $\pm$ ۱/۱۲۵	۲/۱۳	> ۰/۰۵	-
	متوسط	۳/۱۸ $\pm$ ۱/۴۳			-
	خفیف	۳/۴۳ $\pm$ ۱/۴			-

سالمند

وجود تفاوت نمرات خرده مقیاس فیزیکی در بین آفازی شدید و متوسط با نتیجه مطالعه هیلاری و همکاران در مورد تحت تأثیر قرار گرفتن عملکرد فیزیکی در آفازی شدید، همسو است [۴۷]. عدم تمایز بین شدت خفیف و سایر درجات، مانند متوسط و شدید، ممکن است به این دلیل باشد که نمره فیزیکی بیشتر تحت تأثیر وضعیت حرکتی بیمار قرار دارد [۵۱] تا شدت آفازی. هرچند به احتمال زیاد، افراد دچار آفازی شدید آسیب‌های

۵۰ که بر تأثیر منفی شدت آفازی بر کیفیت زندگی تأکید دارند. باتوجه به اینکه آفازی یک اختلال ارتباطی به‌شمار می‌رود، هرچه شدت این مشکل بیشتر باشد، فرد در دنیای پرشتاب امروز که ارتباطات به‌سرعت برقرار می‌شوند، کمتر قادر خواهد بود با دیگران تعامل کند و این موضوع می‌تواند بر کیفیت زندگی‌اش تأثیر منفی بگذارد [۲۲].

جدول ۳. تأثیر سن و مدت زمان گذشته از سکته بر کیفیت زندگی سالمندان دارای آفازی: نتایج تحلیل کوواریانس

منبع	جمع مربعات	درجه آزادی	F	Sig.	Eta Squared
مدل تصحیح شده	۳/۵۸۳	۵	۰/۷۵۸	۰/۵۸۴	۰/۰۷۰
تقاطع	۳۵۷/۳۹۶	۱	۳۷۸/۶۴۲	۰/۰۰۰	۰/۸۸۳
گروه سنی	۰/۵۱	۱	۰/۵۴۰	۰/۴۶۶	۰/۰۱۱
مدت زمان گذشته از سکته	۳/۰۵۳	۲	۱/۶۱۵	۰/۲۰۹	۰/۰۶۱
اثر تعامل	۰/۲۴۹	۲	۰/۱۳۲	۰/۸۷۷	۰/۰۰۵
خطا	۴۷/۲۶۶	۵۰			

سالمند

جدول ۴. بررسی ضریب همبستگی پیرسون بین میانگین نمره 93-LOQAS و نمرات 1-QA

نمرات AQ-1	ابعاد SAQOL-39	P	r
۰/۲۳	فیزیکی	<۰/۰۰۱	
۰/۳۶**	روانی اجتماعی	<۰/۰۰۱	
۰/۵۱**	ارتباطی	<۰/۰۰۱	
۰/۲۳	انرژی	<۰/۰۰۱	
۰/۳۷**	کل مقیاس	<۰/۰۰۱	

سالمند

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ (۲ طرف قابل قبول است)

مرتبط است [۶۰]. این یافته نشان‌دهنده آن است که توانایی ارتباطی بیمار به‌عنوان یک معیار حیاتی برای تشخیص و ارزیابی شدت آفازی مورد استفاده قرار می‌گیرد. ازسوی دیگر، شدت آفازی به‌وضوح بر قابلیت‌های ارتباطی فرد تأثیر می‌گذارد و این دو جنبه به‌نوعی در یک چرخه متقابل با یکدیگر در ارتباط هستند و در برخی از بخش‌ها با هم هم‌پوشانی دارند که نهایتاً همگی کیفیت زندگی فرد دارای آفازی را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۶۱، ۶۲]. علاوه‌براین، ضریب همبستگی پیرسون نیز نشان‌دهنده ارتباط مثبت و قوی بین کیفیت زندگی و نمره AQ-1 بود؛ این ارتباط منطقی است، زیرا نمره AQ-1 تحت تأثیر مهارت‌های زبانی فرد است [۴۲] که خودش جزء یکی از مهم‌ترین ابزارهای برقراری ارتباطی است [۶۳]. این یافته به درمانگران این امکان را می‌دهد که با دقت بیشتری برنامه‌های درمانی مناسب‌تری طراحی کنند؛ چراکه هر چقدر توانایی ارتباطی فرد دارای آفازی بهتر باشد، کیفیت زندگیش بهتر است. بنابراین برای ارزیابی کیفیت زندگی این افراد، به ابزاری نیاز داریم که دربرگیرنده مسائلی از جمله ابعاد ارتباطی و زبانی باشد.

طبق نتایج پژوهش حاضر، هرچند اختلاف آماری معنی‌داری بین نمره خرده‌مقیاس انرژی در شدت‌های مختلف آفازی گزارش نشد و ضریب همبستگی پیرسون نیز ارتباط میان نمره AQ-1 و انرژی را ضعیف تا متوسط نشان داد اما میانگین نمره انرژی در سه گروه خفیف، متوسط و شدید به‌ترتیب کاهش یافته است. علتش می‌تواند این باشد که افراد دارای آفازی شدیدتر، برای برقراری ارتباط نیازمند تلاش و تقلای بیشتری هستند و همین مسئله هم موجب خستگی بیشتر آن‌ها می‌شود و باعث می‌شود انرژی‌شان کاهش یابد [۲۲]. این یافته با مطالعه پستراوو و همکاران مبنی بر عدم ارتباط بین شدت آفازی و انرژی همسو است [۳۸].

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر وجود ارتباط میان شدت آفازی و خرده‌مقیاس‌های فیزیکی و ارتباطی و عدم ارتباط با خرده‌مقیاس‌های روانی-اجتماعی و انرژی با مطالعه همسو سینگ و همکاران همسو است [۶۴] و با مطالعه سینانویک که نشانگر

شدیدتری را در نواحی مغزی مرتبط با زبان و عملکردهای حرکتی دارند که به مشکلات فیزیکی جدی‌تر و همچنین وابستگی‌های فیزیکی بیشتر منجر شده است [۵۲]، اما نمره فیزیکی تحت تأثیر عواملی غیر از شدت آفازی است که توسط P-DAB-1 حاوی خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های زبانی-ارزیابی می‌شود.

بین نمرات خرده‌مقیاس روانی-اجتماعی در سطوح مختلف شدت آفازی، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه‌ای که بوس و همکاران انجام داده‌اند، همسو نیست [۴۸] و همچنین با مطالعه اسپککاونتو، مبنی بر عدم وجود تفاوت در نمرات روانی در شدت‌های مختلف آفازی نیز تطابق دارد [۵۳]. این امر نشان می‌دهد افراد با شدت‌های مختلف آفازی، تجربه مشابهی از مسائل روانی دارند [۵۴]. ممکن است عوامل دیگری به‌جز شدت آفازی بر نمرات روانی-اجتماعی تأثیر بگذارند [۵۵، ۵۶]. ازسوی دیگر، باتوجه به مزم بودن شرایط آفازی در شرکت‌کنندگان، به نظر می‌رسد افرادی که به آفازی مبتلا هستند، بهتر توانسته‌اند شرایط خود را بپذیرند. این پذیرش می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا کمتر دچار افسردگی شوند و سازگاری بهتری با وضعیت فعلی خود داشته باشند [۵۷]. میانگین نمرات خرده‌مقیاس روانی-اجتماعی با افزایش شدت آفازی کاهش یافته است که این موضوع از طریق ضریب همبستگی پیرسون نیز تأیید شده، هرچند این کاهش از نظر آماری به‌طور قابل توجهی معنی‌دار نبوده است.

کاهش نمره خرده‌مقیاس ارتباطی با افزایش شدت آفازی، با سایر مطالعات پیشین که به تأثیرات منفی این اختلال بر حوزه ارتباطی در شرایط آفازی شدید اشاره دارند، همسو است [۱۷، ۲۱، ۳۴، ۴۷، ۵۳، ۵۸].

علت این نتیجه، این است که افراد دچار آفازی شدید نه تنها نسبت به افراد طبیعی بلکه نسبت به افراد دچار شدت‌های کمتر آفازی نیز محدودیت‌های ارتباطی بیشتری را تجربه می‌کنند [۵۹]، درواقع، ارتباط به‌عنوان یک متغیر، قویاً با شدت آفازی

مشکلات دسترسی به سالمندان دارای شدت آفازی متوسط، حجم نمونه در این شدت با دو شدت خفیف و شدید برابر نبود.

محدودیت مطالعه حاضر که صرفاً یک مطالعه توصیفی است، آن است که ما اطلاعات دیگری از شرکت کنندگان (مثل وضعیت اجتماعی- اقتصادی، وضعیت فیزیکی، روانی- اجتماعی و شدت سکت، نوع آفازی) که ممکن است بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد، در این تحلیل‌ها وارد نکردیم و پیشنهاد می‌شود در آینده این شاخص‌ها به عنوان کواریت مورد تجزیه و تحلیل قرار بگیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

با پیروی از اصول اخلاق تحقیق، این پژوهش مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و خدمات اجتماعی با شناسه اخلاق (IR.USWR.REC.1400.334) قرار گرفته است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه زهرا بابایی مقطع دکتری رشته گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم توانبخشی و خدمات اجتماعی است که از نظر مالی توسط مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم توانبخشی و خدمات اجتماعی حمایت شده است.

مشارکت نویسندگان

طراحی تحقیق، تحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش مقاله و تأیید نهایی مقاله: زهرا بابایی و فریبا یادگاری؛ تحلیل آماری: محسن واحدی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه و مراکزی که امکان دسترسی به افراد دارای آفازی را فراهم کردند، به ویژه بیمارستان توانبخشی رفیده و مرکز توانبخشی سکت مغزی تبسم، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. همکاری و حمایت‌های آن‌ها به پیشبرد این تحقیق کمک شایانی نمود.

وجود ارتباط معنی‌دار بین شدت آفازی و نمره کل SQOOL-39 و تمامی خرده‌مقیاس‌های آن است، مطابقت ندارد [۶۵]. به‌طور کلی، همانند سکت مغزی تأثیر واقعی شدت آفازی بر روی ابعاد کیفیت زندگی هنوز ناشناخته است، این مسئله احتمالاً به دلیل تفاوت قابل توجه در دقت، شیوه و ابزار اندازه‌گیری کیفیت زندگی و هریک از ابعاد و همچنین کاستی‌های ابزار اندازه‌گیری است [۶۶].

نتایج نشان می‌دهند سن به عنوان یک عامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آفازی، معنی‌دار نیست که این یافته با مطالعه کرود آرتال [۶۷]، سردا [۴۱]، وانز [۶۸] و گوکای [۶۹] همسو است و در تضاد با سایر مطالعاتی قرار دارد که کاهش کیفیت زندگی را با افزایش سن مرتبط دانسته‌اند [۱۷، ۵۰، ۷۰-۷۲] و نیز با تحقیقاتی که نشان‌دهنده بهبود کیفیت زندگی در میانسالی و سالمندی هستند [۷۳، ۷۴] ناهمسو است. این مسئله ممکن است به این دلیل باشد که تمامی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه در گروه سنی سالمندی قرار دارند که می‌تواند تأثیرات سن را تحت تأثیر قرار دهد و کیفیت زندگی تحت تأثیر عواملی جزء سن باشد. همچنین، زمان گذشته از سکت نیز تأثیر خاصی بر کیفیت زندگی نداشته است که در تضاد با مطالعه ماندرز مینی‌بر افزایش کیفیت زندگی با گذشت زمان بیشتر از سکت [۳۷] است و با مطالعه یاشا همسو است [۷۵]. این می‌تواند به دلیل توانمندی‌های فردی و حمایتی متفاوت بیماران در مراحل مختلف بیماری باشد.

اندازه اثر این متغیرها بر کیفیت زندگی بیماران ناچیز است، نشان می‌دهد سن و مدت زمان از سکت تأثیرات قابل توجهی ندارند. این یافته‌ها تأکید می‌کنند باید به دنبال سایر عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آفازی بود.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این مطالعه نشان داد با افزایش شدت آفازی، کیفیت زندگی افراد سالمند مبتلا به سکت مغزی کاهش می‌یابد. این نتایج اهمیت توجه به شدت بیماری را در ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان مد نظر قرار می‌دهند و می‌توانند راهنمایی برای مداخلات درمانی و حمایتی باشند، همچنین از آن می‌توان در برنامه‌ریزی برای ترخیص و همچنین بیماران در معرض خطر استفاده کرد. با این حال، تحقیقات بیشتری نیاز است تا پیوندهای بین شدت آفازی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی، مورد بررسی قرار گیرد و برای درمان‌های مؤثرتر در این زمینه اقدام شود.

قوت‌ها و محدودیت‌ها

از نقاط قوت این کار استفاده از ابزار ارزیابی کیفیت زندگی ویژه آفازی ناشی از سکت مغزی و مقایسه کیفیت زندگی در شدت‌های مختلف خفیف، متوسط و شدید بود. اما به دلیل

References

- [1] World Health Organization. Ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2025. [\[Link\]](#)
- [2] Piper MD, Partridge L. *Drosophila* as a model for ageing. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease*. 2018; 1864 (9):2707-17. [\[DOI:10.1016/j.bbadis.2017.09.016\]](#)
- [3] Joghataei M T, Nejati V. [Assessment of Health Status of Elderly People in the City of Kashan (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1(1):3-10. [\[Link\]](#)
- [4] Zhang S, Ji R, Cai L, Gao X. Face sketch aging via aging oriented principal component analysis. *Pattern Recognition Letters*. 2018; 109:65-71. [\[DOI:10.1016/j.patrec.2017.08.029\]](#)
- [5] Stroke rehabilitation. 1. Epidemiologic aspects and acute management. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1999; 80(5 Suppl 1):S4-7. [\[DOI:10.1016/S0003-9993\(99\)90095-3\]](#) [\[PMID\]](#)
- [6] Dickey L, Kagan A, Lindsay MP, Fang J, Rowland A, Black S. Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2010; 91(2):196-202. [\[DOI:10.1016/j.apmr.2009.09.020\]](#) [\[PMID\]](#)
- [7] Sridhar N. Researchers identify stroke subtypes in India. *The Lancet*. 2002; 359(9305):500. [\[DOI:10.1016/S0140-6736\(02\)07702-4\]](#)
- [8] Norrving B. *Stroke and Cerebrovascular Disorders*. Oxford: Oxford University Press; 2013. [\[Link\]](#)
- [9] Engelter ST, Gostynski M, Papa S, Frei M, Born C, Ajdacic-Gross V, et al. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: Incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*. 2006; 37(6):1379-84. [\[DOI:10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c\]](#)
- [10] Armour M, Brady S, Sayyad A, Krieger R. Self-reported quality of life outcomes in aphasia using life participation approach values: 1-year outcomes. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*. 2019; 1(3-4): 100025. [\[DOI:10.1016/j.ar-rect.2019.100025\]](#) [\[PMID\]](#)
- [11] Hilari K, Needle JJ, Harrison KL. What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2012; 93(1 Suppl):S86-95. [\[DOI:10.1016/j.apmr.2011.05.028\]](#) [\[PMID\]](#)
- [12] Northcott S, Hilari K. Why do people lose their friends after a stroke? *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2011; 46(5):524-34. [\[DOI:10.1111/j.1460-6984.2011.00079.x\]](#) [\[PMID\]](#)
- [13] Ross K, Wertz R. Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*. 2003; 17(4):355-64. [\[DOI:10.1080/02687030244000716\]](#)
- [14] Hörnsten C, Lövheim H, Nordström P, Gustafson Y. The prevalence of stroke and depression and factors associated with depression in elderly people with and without stroke. *BMC Geriatrics*. 2016; 16(1): 1-7. [\[DOI:10.1186/s12877-016-0347-6\]](#)
- [15] Cruice M, Worrall L, Hickson L. Health-related quality of life in people with aphasia: Implications for fluency disorders. *Journal of Fluency Disorders*. 2010; 35(3):173-89. [\[DOI:10.1016/j.jfludis.2010.05.008\]](#) [\[PMID\]](#)
- [16] Code C, Herrmann M. The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2003; 13 (1-2): 109-32. [\[DOI:10.1080/09602010244000291\]](#) [\[PMID\]](#)
- [17] Cruice M, Worrall L, Hickson L, Murison R. Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*. 2003; 17(4):333-53. [\[DOI:10.1080/02687030244000707\]](#)
- [18] Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. [Quality of life in Iranian elderly (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2019; 13(5):518-33. [\[DOI:10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518\]](#)
- [19] Lam JM, Wodchis WP. The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. *Medical Care*. 2010; 48(4):380-7. [\[DOI:10.1097/MLR.0b013e3181ca2647\]](#) [\[PMID\]](#)
- [20] Hilari K. The impact of stroke: Are people with aphasia different to those without? *Disability and Rehabilitation*. 2011; 33(3):211-8. [\[DOI:10.3109/09638288.2010.508829\]](#) [\[PMID\]](#)
- [21] Hilari K, Wiggins R, Roy P, Byng S, Smith S. Predictors of health-related quality of life in people with chronic aphasia. *Aphasiology*. 2003; 17(4):365-81. [\[DOI:10.1080/02687030244000725\]](#)
- [22] Bullier B, Cassouesalle H, Villain M, Cogné M, Mollo C, De Gabory I, et al. New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2020; 63(1):33-7. [\[DOI:10.1016/j.rehab.2019.06.015\]](#) [\[PMID\]](#)
- [23] Ferrucci L, Baldasseroni S, Bandinelli S, De Alfieri W, Carlei A, Calvani D, et al. Disease severity and health-related quality of life across different chronic conditions. *Journal of The American Geriatrics Society*. 2000; 48(11):1490-5. [\[DOI:10.1111/jgs.2000.48.11.1490\]](#) [\[PMID\]](#)
- [24] Ashizawa T, Igarashi A, Sakata Y, Azuma M, Fujimoto K, Kobayashi T, et al. Impact of the severity of Alzheimer's disease on the quality of life, activities of daily living, and caregiving costs for institutionalized patients on anti-Alzheimer medications in Japan. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2021; 81(1):367-74. [\[DOI:10.3233/JAD-201514\]](#) [\[PMID\]](#)
- [25] van Hezik-Wester VJ, Handels RLH, Wolfs CAG, Kanters TA. Caregiver burden and quality of life across Alzheimer's disease severity stages. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 2023; 37(2):134-41. [\[DOI:10.1097/WAD.0000000000000558\]](#) [\[PMID\]](#)
- [26] Labberton AS, Augestad LA, Thommessen B, Barra M. The association of stroke severity with health-related quality of life in survivors of acute cerebrovascular disease and their informal caregivers during the first year post stroke: a survey study. *Quality of Life Research*. 2020; 29(10):2679-93. [\[DOI:10.1007/s11136-020-02516-3\]](#) [\[PMID\]](#)
- [27] Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases*. 2009; 27(Suppl 1):204-14. [\[DOI:10.1159/000200461\]](#) [\[PMID\]](#)
- [28] Sangha RS, Caprio FZ, Askew R, Corado C, Bernstein R, Curran Y, et al. Quality of life in patients with TIA and minor ischemic stroke. *Neurology*. 2015; 85(22):1957-63. [\[DOI:10.1212/WNL.0000000000002164\]](#)
- [29] Khalid W, Rozi S, Ali TS, Azam I, Mullen MT, Ilyas S, et al. Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC Neurology*. 2016; 16(1):250. [\[DOI:10.1186/s12883-016-0774-1\]](#) [\[PMID\]](#)

- [30] Braga MAF, Faria-Fortini I, de Menezes KKP, Santos JM, Rodrigues NAG, de Moura Silva EA, et al. General and specific quality of life course of individuals with different levels of stroke severity: A one-year prospective longitudinal study. *Clinical Gerontologist*. 2024; 47(5):1008-20. [DOI:10.1080/07317115.2024.236683] [PMID]
- [31] Ramos-Lima MJM, Brasileiro IdC, Lima TLd, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: Impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*. 2018; 73:e418. [DOI:10.6061/clinics/2017/e418] [PMID]
- [32] Sadlonova M, Wasser K, Nagel J, Weber-Krüger M, Gröschel S, Uphaus T, et al. Health-related quality of life, anxiety and depression up to 12 months post-stroke: Influence of sex, age, stroke severity and atrial fibrillation-A longitudinal subanalysis of the Find-AFRANDOMISED trial. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021; 142:110353. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2020.110353] [PMID]
- [33] Franzén-Dahlin Å, Karlsson MR, Mejhert M, Laska AC. Quality of life in chronic disease: a comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19(13-14):1855-60. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2010.03219.x]
- [34] Ross KB, Wertz RT. Relationships between language-based disability and quality of life in chronically aphasic adults. *Aphasiology*. 2002; 16(8):791-800. [DOI:10.1080/02687030244000130]
- [35] Williamson PR, Altman DG, Blazeby JM, Clarke M, Gargon E. The COMET (core outcome measures in effectiveness trials) initiative. *Trials*. 2011; 12 (Suppl 1): A70. [DOI:10.1186/1745-6215-12-S1-A70]
- [36] Ray J. Health-related quality of life and aphasia severity: A pilot study for the New Zealand population [MA thesis]. Auckland: The University of Auckland; 2006. [Link]
- [37] Manders E, Dammekens E, Leemans I, Michiels K. Evaluation of quality of life in people with aphasia using a Dutch version of the SAQOL-39. *Disability and Rehabilitation*. 2010; 32(3):173-82. [DOI:10.3109/09638280903071867] [PMID]
- [38] Posteraro L, Formis A, Grassi E, Bigli M, Nati P, Proietti Bocchini C, et al. Quality of life and aphasia. Multicentric standardization of a questionnaire. *Europa Medicophys*. 2006; 42(3):227-30. [PMID]
- [39] Younossi ZM, Boparai N, Price LL, Kiwi ML, McCormick M, Guyatt G. Health-related quality of life in chronic liver disease: The impact of type and severity of disease. *The American Journal of Gastroenterology*. 2001; 96(7):2199-205. [DOI:10.1111/j.1572-0241.2001.03956.x] [PMID]
- [40] Cifu DX, Lorish TR. Stroke outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1994; 75 (5): S56-60. [DOI:10.1016/0003-9993(94)90381-6]
- [41] Serda E, Bozkurt M, Karakoc M, Çağlayan M, Akdeniz D, Oktayoglu P, et al. Determining quality of life and associated factors in patients with stroke. *Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015; 61:148-54. [DOI:10.5152/tftrd.2015.80090]
- [42] Nilipour R, Pourshahbaz A, Ghoreyshi ZS. Reliability and validity of bedside version of Persian WAB (P-WAB-1). *Basic and clinical neuroscience*. 2014; 5(4):253-8. [PMID]
- [43] Azizbeigi-Boukani J, Khatoonabadi AR, Maroufizadeh S, Abdi S. Validity and reliability of the Persian version of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). *Aphasiology*. 2021; 35 (6): 859-73. [DOI:10.1080/02687038.2020.1737315]
- [44] Hilari K, Byng S, Lamping DL, Smith SC. Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39) evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*. 2003; 34(8):1944-50. [DOI:10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED] [PMID]
- [45] Wahl HW, Schilling O, Oswald F, Iwarsson S. The home environment and quality of life-related outcomes in advanced old age: findings of the ENABLE-AGE project. *European Journal of Ageing*. 2009; 6(2):101-11. [DOI:10.1007/s10433-009-0114-z] [PMID]
- [46] Cohen J. Statistical power for the behavioural sciences. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum; 1988. [Link]
- [47] Hilari K, Byng S. Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2009; 44(2):193-205. [DOI:10.1080/13682820802008820] [PMID]
- [48] Bose A, McHugh T, Schollenberger H, Buchanan L. Measuring quality of life in aphasia: Results from two scales. *Aphasiology*. 2009; 23 (7-8):797-808. [DOI:10.1080/02687030802593189]
- [49] Rangamani GN, Judovsky HM. Quality of communication life in people with aphasia: Implications for intervention. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2020; 23(Suppl 2):S156-61. [DOI:10.4103/aian.AIAN_557_20] [PMID]
- [50] Kariyawasam PN, Pathirana KD, Hewage DC. Factors associated with health related quality of life of patients with stroke in Sri Lankan context. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020; 18:1-10. [DOI:10.1186/s12955-020-01388-y]
- [51] Dvorak EL, Gadson DS, Lacey EH, DeMarco AT, Turkel-taub PE. Domains of health-related quality of life are associated with specific deficits and lesion locations in chronic aphasia. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2021; 35(7):634-43. [DOI:10.1177/15459683211017507] [PMID]
- [52] Wang S, Wang CX, Zhang N, Xiang YT, Yang Y, Shi YZ, et al. The association between post-stroke depression, aphasia, and physical independence in stroke patients at 3-month follow-up. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 9:374. [DOI:10.3389/fpsy.2018.00374] [PMID]
- [53] Spaccavento S, Craca A, Del Prete M, Falcone R, Colucci A, Di Palma A, et al. Quality of life measurement and outcome in aphasia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014; 10:27. [DOI:10.2147/NDT.S52357]
- [54] Hernandez NJ. The effect of aphasia on quality of life, coping style, and resilience [Thesis]. Florida: University of Central Florida; 2016. [Link]
- [55] Sheppard SM, Sebastian R. Diagnosing and managing post-stroke aphasia. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2021; 21(2):221-34. [DOI:10.1080/14737175.2020.1855976]
- [56] Olsson C, Arvidsson P, Blom Johansson M. Self-efficacy and resilience in severe aphasia - an exploratory cross-sectional study of two psychosocial factors and their relation to functional communication. *Disability and Rehabilitation*. 2024; 46(21):4988-5001. [DOI:10.1080/09638288.2023.2292270] [PMID]

- [57] Townend E, Tinson D, Kwan J, Sharpe M. 'Feeling sad and useless': An investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2010; 24(6):555-64. [DOI:10.1177/0269215509358934] [PMID]
- [58] Sneeuw K, Aaronson N, De Haan R, Limburg M. Assessing quality of life after stroke: The value and limitations of proxy ratings. *Stroke*. 1997; 28(8):1541-9. [DOI:10.1161/01.STR.28.8.1541] [PMID]
- [59] Darrigrand B, Dutheil S, Michelet V, Rereau S, Rousseaux M, Mazaux JM. Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability and Rehabilitation*. 2011; 33(13-14):1169-78. [DOI:10.3109/09638288.2010.524271] [PMID]
- [60] Mazaux JM, Lagadee T, de Sèze MP, Zongo D, Asselineau J, Douce E, et al. Communication activity in stroke patients with aphasia. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2013; 45(4):341-6. [DOI:10.2340/16501977-1122] [PMID]
- [61] Simmons-Mackie N, Kagan A, Victor JC, Carling-Rowland A, Mok A, Hoch JS, et al. The assessment for living with aphasia: Reliability and construct validity. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2014; 16(1):82-94. [DOI:10.3109/17549507.2013.831484] [PMID]
- [62] Kagan A, Simmons-Mackie N, Rowland A, Huijbregts M, Shumway E, McEwen S, et al. Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*. 2008; 22(3):258-80. [DOI:10.1080/02687030701282595]
- [63] Kemertelidze N, Kacharava K. Language as the Most Important Means of Communication. *Kultura i Edukacija*. 2015; 2(108):159-67. [Link]
- [64] Singh LP, Gupta A, Singh S, Maravi AA, Vishal B. Correlation between severity of stroke and various domains of quality of life. *Journal of Cardiovascular Disease Research*. 2023; 14(2). [Link]
- [65] Sinanović O, Mrkonjić Z, Zečić S. Quality of life and post-stroke aphasic syndromes. *Periodicum Biologorum*. 2012; 114(3):435-40. [Link]
- [66] Tengs TO, Yu M, Luistro E. Health-related quality of life after stroke: A comprehensive review. *Stroke*. 2001; 32(4):964-72. [DOI:10.1161/01.STR.32.4.964]
- [67] Carod-Artal J, Egidio JA, González JL, Varela de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: Experience of a stroke unit. *Stroke*. 2000; 31(12):2995-3000. [DOI:10.1161/01.STR.31.12.2995] [PMID]
- [68] Ones K, Yilmaz E, Cetinkaya B, Caglar N. Quality of life for patients poststroke and the factors affecting it. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2005; 14 (6):261-6. [DOI:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2005.07.003] [PMID]
- [69] Gokkaya NK, Aras MD, Cakci A. Health-related quality of life of Turkish stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2005; 28(3):229-35. [DOI:10.1097/00004356-200509000-00005] [PMID]
- [70] Ranawaka U, Alexander F, Nawaratne D, Liyanage H, Kulatunga A, Tissera N, et al. Factors affecting early outcome in Sri Lankan patients with stroke (P06. 234). *Neurology*. 2012; 78 (1_ supplement):P06-234. [Link]
- [71] Bártlová S, Šedová L, Havierníková L, Hudáčková A, Dolák F, Sadílek P. Quality of life of post-stroke patients. *Zdravstveno Varstvo*. 2022; 61 (2):101-8. [DOI:10.2478/sjph-2022-0014] [PMID]
- [72] Niemi ML, Laaksonen R, Kotila M, Walimo O. Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*. 1988; 19(9):1101-7. [DOI:10.1161/01.STR.19.9.1101] [PMID]
- [73] Patel M, McKevitt C, Lawrence E, Rudd A, Wolfe C. Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age and Ageing*. 2007; 36(3):316-22. [DOI:10.1093/ageing/afm014] [PMID]
- [74] King RB. Quality of life after stroke. *Stroke*. 1996; 27 (9): 1467-72. [DOI:10.1161/01.STR.27.9.1467] [PMID]
- [75] Yaşa İC. The quality of life levels among individuals with various types of aphasia. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*. 2023; 6(2):123-49. [DOI:10.58563/dkyad-2023.62.2]

This Page Intentionally Left Blank