

بررسی سلامت عمومی و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به ضایعات نخاعی عضو سازمان بهزیستی شهر رشت: یک مطالعه مقطعی

زینت السادات میرپور^۱، فاطمه عباسیان^۲، فاطمه جاوید^۳، زهرا جعفرپسند^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ضایعه نخاعی مهم‌ترین عارضه ماندگار به دنبال تروما می‌باشد که منجر به تغییر موقت یا دائمی در عملکرد سیستم‌های حرکتی-حسی یا اتونوم و در نتیجه، از هم‌گسیختگی وضعیت تعادل زندگی فرد ضایعه دیده و برهم زدن توازن، اضطراب و کاهش رضایتمندی از زندگی می‌گردد و در نهایت، بهزیستی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی-توصیفی-تحلیلی، ۸۹ نفر از آسیب‌دیدگان ضایعه نخاعی که در سال ۱۴۰۰ به منظور دریافت خدمات توان‌بخشی به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های سطح شهر رشت مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری Cochran از بین جامعه ۱۱۵ نفری عضو سازمان بهزیستی، وارد تحقیق شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire یا GHQ) و Goldberg و Hiller استفاده شد.

یافته‌ها: زنان (۳۹/۱۰) سلامت روان بهتری نسبت به مردان (۴۶/۱۱) داشتند ($P = ۰/۰۱۱$). وضعیت شغلی نیز تأثیر داشت؛ افراد شاغل سلامت عمومی بهتری را گزارش کردند ($P = ۰/۰۱۲$). تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی، وضعیت تأهل و محل آسیب مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵۰$). دریافت خدمات توان‌بخشی نیز تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($t = ۱/۴۷, P = ۰/۲۲۸$). همچنین، مدت زمان آسیب تأثیر معنی‌داری بر سلامت عمومی داشت؛ میانگین GHQ در افراد با آسیب کمتر از ۵ سال، ۵-۱۰ سال و بیش از ۱۰ سال به ترتیب ۴۵/۲۱، ۴۶/۷۸ و ۵۲/۱۱ به دست آمد ($F = ۶/۷۹, P = ۰/۰۰۲$) که نشان دهنده کاهش سلامت روان با طولانی‌تر شدن مدت آسیب می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های به دست آمده مشخص شد که سلامت روان افراد مبتلا به ضایعه نخاعی بیشتر تحت تأثیر جنسیت، اشتغال، حمایت اجتماعی و مدت زمان آسیب است تا عوامل جمعیت‌شناختی دیگر. در نتیجه، تداوم خدمات توان‌بخشی و تقویت حمایت‌های روانی-اجتماعی نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت عمومی این بیماران دارد.

کلید واژه‌ها: اختلالات روانی؛ ضایعه نخاعی؛ افسردگی؛ اضطراب؛ سلامت عمومی

ارجاع: میرپور زینت السادات، جعفرپسند زهرا، عباسیان فاطمه، جاوید فاطمه. بررسی سلامت عمومی و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به ضایعات نخاعی عضو سازمان بهزیستی شهر رشت: یک مطالعه مقطعی. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۴۰۴؛ ۲۱.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۵

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱/۱۵

باشد (۱). ضایعه نخاعی در اثر آسیب طناب نخاعی ناشی از ضربه یا بیماری یا نقایص مادرزادی به وجود می‌آید و از جمله رویدادهای آسیب‌زا در سراسر جهان به شمار می‌رود که اغلب منجر به ناتوانایی‌های دائمی می‌شود و تأثیرات

مقدمه

صدمات وارده به نخاع یکی از مخاطره‌آمیزترین آسیب‌های جسمانی است که می‌تواند باعث ایجاد اختلال در دستگاه‌های مختلف بدن و حتی تهدیدکننده حیات

- ۱- دکتری تخصصی، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
- ۲- کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
- ۳- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
- ۴- کارشناس ارشد، گروه مامایی، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

نویسنده مسؤول: زینت السادات میرپور؛ دکتری تخصصی، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

Email: zinat.mirpoor@yahoo.com

پژوهشی با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی و عوامل مؤثر در مبتلایان به ضایعات نخاعی جهت برنامه‌ریزی هدفمند را تبیین می‌کند. هدف از انجام مطالعه حاضر این بود که بررسی شود بروز ضایعه نخاعی در سطوح مختلف باعث بروز و شیوع چه اختلالات روانی در افراد مبتلا به این عارضه می‌گردد؟

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در بازه زمانی مهر تا پایان آذر سال ۱۴۰۱ انجام شد. محیط پژوهش را سازمان بهزیستی شهرستان رشت تشکیل داد و جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان به ضایعه نخاعی (۱۱۵ نفر) عضو سازمان بهزیستی شهر رشت بود که در سال ۱۴۰۰ جهت دریافت خدمات توانبخشی به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های سطح شهر رشت مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود شامل افراد دارای آسیب‌دیدگی و ضایعه نخاعی بر اساس تشخیص پزشکی و دارا بودن آزمودنی‌ها به یکی از اختلالات روانی مطرح در پژوهش حاضر بر اساس تشخیص روان‌پزشکی بود. استفاده از مواد مخدر، سیگار و مشروبات الکلی در حین انجام مطالعه و استفاده از داروهای مختص بیماران روانی نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. حجم نمونه بر اساس رابطه ۱ و از تعداد ۱۱۵ نفر جامعه آماری با استفاده از فرمول Cochran, ۸۹ نفر برای تحقیق حاضر تعیین گردید و نمونه‌گیری به صورت نمونه‌های در دسترس از افراد واجد شرایط دارای عضویت در سازمان بهزیستی رشت انجام شد.

$$n_0 = \frac{Z^2 p (1-p)}{e^2} \quad \text{رابطه ۱}$$

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، اشتغال، نوع ضایعه نخاعی، طول مدت آسیب و دریافت خدمات توانبخشی بر اساس پرونده موجود در سازمان بهزیستی شهر رشت و از پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire) یا GHQ (Hiller and Goldberg) که دارای چهار مقیاس فرعی می‌باشد، استفاده گردید. مقیاس‌های مذکور شامل مقیاس علائم جسمانی (Somatic symptoms)، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب (Anxiety and sleep disorder)، مقیاس کارکرد اجتماعی (Social function) و مقیاس علائم افسردگی (Depression symptoms) بود. از ۲۸ سؤال پرسش‌نامه، سؤالات ۱ تا ۷ مقیاس علائم جسمانی، سؤالات ۸ تا ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب، سؤالات ۱۵ تا ۲۱ علائم کارکرد اجتماعی و در نهایت، سؤالات ۲۲ تا ۲۸ علائم افسردگی را مورد بررسی قرار داد. کمترین و بیشترین نمره کسب شده به ترتیب صفر و ۸۴ می‌باشد. در GHQ نمره کمتر نشان دهنده سلامت عمومی و بهداشت روانی بالاتر و بر عکس است. نسخه فارسی این پرسش‌نامه در ایران توسط پژوهشگران متعددی مورد بررسی قرار گرفته است و از روایی محتوا، سازه و همگرایی مطلوبی برخوردار می‌باشد (۱۲). تقوی پایایی GHQ را بر اساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و ضریب Cronbach's alpha مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ گزارش گردید (۱۳).

در بخش آنالیز توصیفی از شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و فاصله اطمینان و در قسمت آنالیز تحلیلی، اطلاعات با فرض خطای نوع اول ۵ درصد در تمام آزمون‌ها و احراز نرمال بودن از آزمون‌های t و ANOVA استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ (version 26, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

گسترده‌ای بر کیفیت زندگی افراد ضایعه دیده می‌گذارد (۲). عواقب ضایعه نخاعی می‌تواند طاقت‌فرسا باشد و علاوه بر مشکلات متعدد اولیه مانند فلج دایمی عضلات در زیر سطح ضایعه و کاهش تحرک، عوارض ثانویه مانند زخم‌های فشاری، درد و تأثیر بر روی حوزه‌های اشتغال و مشارکت اجتماعی فرد را به همراه داشته باشد و شرایطی بحرانی برای فرد ایجاد کند (۳). شیوع افسردگی و اضطراب در این افراد به ترتیب ۳۰ تا ۴۰ و ۲۰ تا ۲۵ درصد گزارش شده است. همچنین، اختلال استرس پس از ضربه در این افراد بیشتر از افراد فاقد عارضه جسمانی است (۴). هر ساله تعداد زیادی از افراد به دنبال حوادث ناشی از جنگ، تصادفات، سقوط از بلندی و بیماری‌های ستون فقرات و نخاع و گردن دچار آسیب‌دیدگی در ناحیه ستون فقرات و نخاع می‌شوند (۵، ۴). از سوی سازمان بهداشت جهانی، شیوع ضایعه نخاعی در جهان ۱۵ تا ۴۰ میلیون نفر گزارش شده است و سالانه ۱۲ تا ۴۰ میلیون نفر در جهان دچار صدمات نخاعی می‌شوند (۳). در ایران مرکز تحقیقات ضایعات نخاعی، آمار بیماران را بین ۴۰ تا ۵۰ نفر در هر یک میلیون نفر گزارش داده است و هر سال بیش از ۳ هزار نفر دچار ضایعه نخاعی می‌شوند که تعداد آن در مردان بیشتر از زنان است (۶). ضایعات نخاعی از جمله معضلات جوامع انسانی محسوب می‌شود که مشکلات جسمی و روحی عیدیه‌ای را برای فرد ایجاد می‌کند و پیامدهایی را در زمینه مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی به دنبال خواهد داشت (۷).

آسیب نخاعی از عوامل مهم اختلالات حسی، حرکتی، دستگاه ادراری و ترکیبی از این عوامل و پیامدهای آن در زمینه فردی شامل غم، احساس گناه، خستگی و افسردگی است (۸). به طور معمول فرد پس از آسیب نخاعی با تغییرات قابل ملاحظه‌ای در زندگی خود مواجه می‌شود که سازش یافتگی با آن‌ها نیازمند زمان و کمک گرفتن از اطرافیان است (۳). به دنبال این تغییر مهم در زندگی، بسیاری از آسیب‌دیدگان ضایعه نخاعی حالاتی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال در مفهوم خود و احساس تنهایی را تجربه می‌کنند (۹). معلولان در مقایسه با افراد غیر معلول، از لحاظ اجتماعی منزوی‌تر و افسرده‌تر هستند و ارتباط صمیمی کمتری دارند (۱۰). آن‌گونه که نتایج مطالعات نشان می‌دهد، ۷ تا ۱۴ درصد از مردان مبتلا به ضایعات نخاعی در معرض افسردگی حاد قرار دارند (۴). این افراد هر روز با مشکلات متعددی همچون مسایل مالی، عدم حمایت اجتماعی و مشکلات سلامتی روبه‌رو می‌شوند. خوشبختانه پیشرفت‌های پزشکی این امکان را برای آنان فراهم آورده است که تا سال‌ها زندگی کنند و زندگی معنی‌داری داشته باشند بنابراین، معلولان نخاعی باید به جسمشان به گونه‌ای جدید نگاه کنند (۱۱). تحقیقات زیادی در خصوص کیفیت زندگی افراد دچار ضایعه نخاعی صورت گرفته که بیشتر آن‌ها در خارج از ایران انجام شده است و با توجه به تأثیر عوامل فرهنگی، اقتصادی و محیطی، احتمالاً کاربرد زیادی در جامعه ایرانی ندارد. در ایران بیشتر پژوهش‌ها به مقایسه کیفیت زندگی افراد دچار ضایعه نخاعی با جمعیت سالم پرداخته‌اند. در برخی از این مطالعات، عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته، اما نتایج متفاوتی در هر تحقیق به دست آمده است. کناره‌گیری اغلب این افراد به دلیل از کارافتادگی از فعالیت‌های اجتماعی و بار اقتصادی ناشی از هزینه‌های درمان است. همچنین، ناراضی‌های ناشی از بحران نقش‌ها و عدم ارضای نیازها از سوی فرد معلول برای همسر وی می‌تواند منجر به تنش‌های شدید و حتی طلاق شود. از سوی دیگر، هزینه‌های وسایل مصرفی و انرژی صرف در قسمت انسانی همچون ارزیابی خدمات توانبخشی و نگهداری توسط سازمان‌های ذی‌ربط بار مضاعفی بر جامعه و خانواده تحمیل می‌کند. مجموع این عوامل، نیاز انجام

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۵۳ مرد (۵۹/۶ درصد) و ۳۶ زن (۴۰/۴ درصد) که دچار ضایعه نخاعی شده بودند، شرکت داشتند. از نظر وضعیت تأهل، ۴۷ نفر متأهل (۵۲/۸ درصد) و ۴۲ نفر غیر متأهل (۴۷/۲ درصد) بودند. از نظر تقسیم‌بندی بر اساس شدت آسیب، ۹ نفر (۱۰/۱ درصد) دچار ضایعه نخاعی کامل و ۸۰ نفر (۸۹/۹ درصد) دچار ضایعه نخاعی ناقص بودند. از نظر تقسیم‌بندی بر اساس محل آسیب در نخاع، ۲۲ نفر (۲۴/۷ درصد) دچار ضایعه نخاعی در ناحیه گردن، ۵ نفر (۵/۶ درصد) دچار ضایعه نخاعی در ناحیه پستی و ۶۲ نفر (۶۹/۷ درصد) دچار ضایعه نخاعی در ناحیه کمری بودند. از نظر سنی، اغلب افراد در گروه سنی ۵۰ تا ۶۰ سال (۳۳/۷ درصد) قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، بیشتر شرکت‌کنندگان (۵۷/۳ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند.

به منظور مقایسه میانگین نمرات سلامت عمومی در گروه‌های سنی کمتر از ۴۰ سال، ۴۰-۵۰ سال، ۵۰-۶۰ سال و بالای ۶۰ سال، از آزمون One-way ANOVA استفاده گردید. نتایج نشان داد با این که میانگین نمره GHQ در گروه کمتر از ۴۰ سال بیشتر از سایر گروه‌ها بود، اما به طور کلی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی از نظر نمرات GHQ مشاهده نشد ($F = 0/96, P = 0/410$). بنابراین، می‌توان عنوان کرد که سن تأثیر قابل توجهی بر سلامت عمومی شرکت‌کنندگان نداشت. نتایج آزمون t Independent نشان داد که میانگین نمره GHQ در مردان ($15/97 \pm 46/10$) به طور معنی‌داری بالاتر از زنان ($10/33 \pm 39/10$) بود ($t = 6/69, P = 0/011$). از آن‌جا که نمره بالاتر در GHQ نشان دهنده سلامت روان پایین‌تر است، می‌توان نتیجه گرفت که زنان از سلامت روان بهتری نسبت به مردان برخوردار بودند. مقایسه میانگین نمرات GHQ بین افراد متأهل و مجرد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($t = 1/08, P = 0/302$). در نتیجه، وضعیت تأهل تأثیر معنی‌داری بر GHQ نداشت (جدول ۱).

بر اساس نتایج آزمون Independent t، تفاوت معنی‌داری بین افراد شاغل و غیر شاغل در میانگین نمرات GHQ مشاهده گردید ($t = 5/68, P = 0/012$). میانگین نمره GHQ در افراد شاغل، $10/90 \pm 43/89$ و در افراد غیر شاغل، $11/56 \pm 52/38$ گزارش شد. بنابراین، افراد شاغل از GHQ بهتری برخوردار بودند. نتایج آزمون One-way ANOVA نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های تحصیلی وجود داشت ($F = 6/79, P = 0/002$). میانگین نمرات GHQ در گروه‌های زیر دیپلم، دیپلم و دانشجویی به ترتیب $40/98$ ، $44/15$ و $54/36$ به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که با افزایش سطح تحصیلات، نمره GHQ افزایش و سلامت عمومی کاهش یافته است.

نتایج در زمینه مقایسه محل آسیب ضایعه نخاعی نشان داد که تفاوت معنی‌داری در نمرات GHQ بین بیماران با آسیب در نواحی گردنی، پستی و کمری

وجود نداشت ($F = 0/909, P = 0/096$). بنابراین، محل ضایعه نخاعی با سطح سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری نداشت. میانگین نمره GHQ در بیماران با آسیب نخاعی کامل، $11/82 \pm 40/40$ بود؛ هرچند این تفاوت در مرز معنی‌داری قرار داشت ($t = -1/97, P = 0/052$). در واقع، می‌توان گفت بیماران با آسیب کامل از سلامت عمومی بهتری برخوردار بودند.

تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات GHQ در افرادی که خدمات توان‌بخشی دریافت کرده بودند ($11/43 \pm 45/69$) و کسانی که این خدمات را دریافت نکرده بودند ($12/38 \pm 48/32$)، مشاهده نشد ($t = 1/47, P = 0/228$). اگرچه تفاوت معنی‌دار نبود، اما میانگین بالاتر سلامت عمومی در دریافت‌کنندگان خدمات، می‌تواند حاکی از اثر بالقوه مثبت توان‌بخشی باشد که نیاز به بررسی در مطالعات بعدی دارد. نتایج آزمون One-way ANOVA نشان داد که تفاوت بین گروه‌های دارای آسیب کمتر از ۵ سال، ۵ تا ۱۰ سال و بیشتر از ۱۰ سال از نظر میانگین نمره GHQ معنی‌دار بود ($F = 6/79, P = 0/002$). میانگین نمره GHQ در این گروه‌ها به ترتیب $45/21$ ، $46/78$ و $52/11$ به دست آمد؛ به این معنی که هرچه مدت زمان آسیب افزایش یابد، سلامت عمومی کاهش می‌یابد. این یافته حاکی از تأثیر منفی تجمعی آسیب مزمن بر سلامت روان می‌باشد (جدول ۲).

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی وضعیت سلامت عمومی در افراد مبتلا به ضایعه نخاعی و ارتباط آن با برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی بود. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی مختلف از نظر نمرات GHQ وجود نداشت. در واقع، سن تأثیر قابل توجهی بر سلامت عمومی افراد مبتلا به ضایعات نخاعی نداشت. این یافته با نتایج برخی مطالعات پیشین که بیان کرده‌اند متغیر سن به تنهایی عامل تعیین‌کننده‌ای در وضعیت سلامت روان این بیماران نیست، بلکه عوامل دیگری مانند حمایت اجتماعی، سطح عملکرد فیزیکی و دسترسی به خدمات توان‌بخشی نقش مؤثرتری دارند (۱۵، ۱۴). هم‌راستا می‌باشد. نتایج برخی تحقیقات نشان داده است که اگرچه در سال‌های ابتدایی پس از آسیب، افراد جوان ممکن است سطح بالاتری از تندرستی روانی را تجربه کنند، اما با گذر زمان، سازگاری روان‌شناختی افزایش و تفاوت سنی در شاخص‌های سلامت روان کاهش می‌یابد (۱۶). از سوی دیگر، نتایج برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که سالمندان ممکن است با پذیرش بیشتر و انتظارات پایین‌تر نسبت به عملکرد جسمی، سازگاری روانی بالاتری داشته باشند (۱۷). بنابراین، نتایج مطالعه حاضر می‌تواند نشان دهنده نوعی توازن روانی در طول زمان باشد که در اثر تجربه زیسته، حمایت خانوادگی و تطابق شناختی در بیماران ضایعه نخاعی ایجاد می‌شود.

جدول ۱. آزمون نرمال‌سنجی توزیع داده

خرده مقیاس	میانگین \pm انحراف معیار	کمترین	بیشترین	مقدار *P	مقدار **P
جسمانی	$13/74 \pm 3/31$	۵	۲۰	۰/۰۳۸	۰/۰۲۵
اضطراب	$11/11 \pm 3/83$	۱	۱۹	۰/۱۶۶	۰/۴۰۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	$9/38 \pm 3/73$	۲	۱۸	۰/۰۸۳	۰/۰۳۵
افسردگی	$9/36 \pm 5/61$	۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲
نمره کل سلامت عمومی	$43/60 \pm 11/66$	۱۵	۷۲	۰/۰۱۹	۰/۰۵۲

*آزمون Kolmogorov-Smirnov، **آزمون Shapiro-Wilk

جدول ۲. مقایسه نمره سلامت عمومی به نسبت متغیرهای دموگرافیک

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار	آماره آزمون	مقدار P
سن (سال)	کمتر از ۴۰	۲۷ (۳۰/۳۰)	۴۶/۲۹ \pm ۱۱/۸۸	۰/۴۱۰**
	بین ۴۰ تا ۵۰	۱۹ (۲۱/۳۰)	۴۴/۳۷ \pm ۸/۳۱	
	بین ۵۰ تا ۶۰	۳۰ (۳۳/۷۰)	۴۱/۸۳ \pm ۱۳/۴۲	
	بیش از ۶۰	۱۳ (۱۴/۶۰)	۴۰/۹۲ \pm ۱۰/۹۵	
جنسیت	مرد	۵۳ (۵۹/۶۰)	۴۶/۱۵ \pm ۱۱/۹۷	۰/۰۱۱*
	زن	۳۶ (۴۰/۴۰)	۳۹/۸۳ \pm ۱۰/۲۳	
وضعیت تأهل	متأهل	۴۲ (۴۷/۲۰)	۴۲/۳۸ \pm ۱۱/۸۵	۰/۳۰۲*
	مجرد	۴۷ (۵۲/۸۰)	۴۴/۹۵ \pm ۱۱/۴۳	
وضعیت اشتغال	شاغل	۳۲ (۳۵/۹۵)	۴۳/۸۹ \pm ۱۰/۹۰	۰/۰۱۲*
	غیر شاغل	۵۷ (۶۴/۰۵)	۵۲/۳۸ \pm ۱۱/۵۶	
تحصیلات	زیر دیپلم	۵۱ (۵۷/۳۰)	۴۰/۹۸ \pm ۱۰/۲۷	۰/۰۰۲**
	دیپلم	۲۷ (۳۰/۳۰)	۴۴/۱۵ \pm ۱۱/۶۶	
	تحصیلات دانشگاهی	۱۱ (۱۲/۴۰)	۵۴/۳۶ \pm ۱۲/۳۶	
نوع ضایعه نخاعی (بر اساس محل آسیب)	ناحیه گردن	۲۲ (۲۴/۷۰)	۴۳/۹۰ \pm ۱۱/۴۳	۰/۰۹۶**
	ناحیه پستی	۵ (۵/۶۰)	۴۱/۴۰ \pm ۱۱/۳۷	
	ناحیه کمری	(۶۹/۷۰)	۴۳/۶۶ \pm ۱۱/۳۷	
ضایعه نخاعی (بر اساس شدت آسیب)	کامل	۹ (۱۰/۱۰)	۴۴/۳۶ \pm ۷/۱۷	۰/۰۵۲*
	ناقص	۸۰ (۸۹/۹۰)	۴۴/۴۰ \pm ۱۱/۸۲	
دریافت خدمات توان بخشی	بله	۴۱ (۴۶/۰۶)	۴۵/۶۹ \pm ۱۱/۴۳	۰/۲۲۸*
	خیر	۴۸ (۵۳/۹۴)	۴۸/۳۳ \pm ۱۲/۳۸	
طول مدت آسیب (سال)	کمتر از ۵	۲۴ (۲۶/۹۶)	۴۵/۲۱ \pm ۱۱/۸۶	۰/۰۰۲**
	۱۰ تا ۵	۳۱ (۳۴/۸۳)	۴۶/۷۸ \pm ۱۱/۵۰	
	بیش از ۱۰	۳۴ (۳۸/۲۱)	۵۲/۱۱ \pm ۱۲/۵۱	

*آزمون Independent t، **آزمون One-way ANOVA

تضمین کننده سلامت روان بهتر در بیماران مزمن نیست (۲۱)، همسو می باشد. در واقع، کیفیت رابطه زناشویی و میزان حمایت عاطفی می تواند نقش تعیین کننده تری نسبت به صرف متأهل یا مجرد بودن داشته باشد (۲۲)؛ به ویژه در میان افراد مبتلا به ضایعه نخاعی، چنانچه همسر نقش مراقبتی مؤثر داشته باشد، تأهل می تواند به بهبود سازگاری روانی کمک کند، اما در نبود چنین حمایتی، ممکن است بر فشار روانی فرد بیفزاید (۲۳). بنابراین، به نظر می رسد تفاوت در سلامت روان بیماران ضایعه نخاعی، بیشتر به عوامل اجتماعی و روانی - فرهنگی مرتبط است تا فقط تفاوت های زیستی و وضعیت تأهل نیز در صورتی اثر محافظتی دارد که با حمایت هیجانی مؤثر همراه باشد.

یافته های تحقیق حاضر نشان داد که میانگین نمره GHQ در افراد شاغل به طور معنی داری کمتر از افراد غیر شاغل بود. در واقع، افراد شاغل از سلامت روانی بهتری برخوردار بودند. این نتیجه با یافته های چندین پژوهش (۲۶-۲۴) مشابهت داشت. در یک مطالعه، اشتغال عاملی محافظتی در برابر مشکلات روانی در افراد مبتلا به ضایعه نخاعی معرفی گردید (۲۴). در تحقیقی در کره جنوبی، اشتغال با کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در میان بیماران ضایعه نخاعی همراه بود (۲۵). همچنین، Post و همکاران گزارش کردند که افراد شاغل مبتلا به آسیب نخاعی از لحاظ سلامت روان در وضعیت بهتری نسبت به افراد بیکار قرار دارند (۲۶). در مقابل، بیکاری به ویژه در شرایط ناتوانی جسمی، می تواند منجر به احساس انزوا و کاهش اعتماد به نفس شود که همه این عوامل سلامت روان را تهدید می کند

به طور کلی، عدم تفاوت معنی دار بین گروه های سنی از نظر سلامت عمومی در بررسی حاضر نشان داد که مداخلات روانی و اجتماعی در این گروه بیماران بر اساس نیازهای فردی و حمایت اجتماعی برنامه ریزی می گردد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که میانگین نمره GHQ در مردان به طور معنی داری بالاتر از زنان بود. این یافته با برخی پژوهش های اخیر (۱۹، ۱۸) همسو است. در مطالعه ای بین المللی بر روی ۲۲ کشور، تفاوت های جنسیتی قابل توجهی در تجربه بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی گزارش گردید؛ به طوری که زنان در مقایسه با مردان سطح بالاتری از رضایت را تجربه کرده اند که می تواند در حفظ سلامت روان مؤثر باشد (۱۸). همچنین، تحقیق Taylor و همکاران بر روی زنان دارای ضایعه نخاعی نشان داد که این گروه با وجود مواجهه با فشارهای روانی ناشی از شرایط جسمی، در استفاده از راهبردهای مقابله ای، مؤثرتر از مردان عمل کرده اند (۱۹). این یافته ها می تواند بیان کننده نقش محافظتی عوامل اجتماعی و روان شناختی در زنان باشد. در مقابل، برخی پژوهش ها نشان داده اند که زنان دارای ضایعه نخاعی ممکن است به دلیل عوامل هورمونی، فشار نقش های خانوادگی یا تبعیض جنسیتی، آسیب پذیری بیشتری در برابر مشکلات روانی داشته باشند (۲۰). با این حال، نظام حمایتی و شرایط اجتماعی می تواند جهت اثر جنسیت بر سلامت روان را در مطالعات مختلف تغییر دهد. در خصوص وضعیت تأهل، یافته های بررسی حاضر تفاوت معنی داری در سلامت عمومی بین افراد متأهل و مجرد نشان نداد. این نتیجه با برخی مطالعات مشابه که نشان داده اند تأهل به تنهایی

نمی‌دهند و پژوهش‌ها تفاوت افراد را در بروز پیامدهای روانی نشان داده‌اند (۳۷، ۳۶). سازگاری با ناتوانی، فرایند عمومی تحول پویاست که از این طریق افراد به تدریج به وضعیتی همخوان‌تر با محیط نزدیک می‌شوند (۲۹). در سازگاری با ناتوانی، روی تعاملات فرد با دنیای پیرامون و در پذیرش، تأکید بر خودپنداره فرد است (۳)، اما هر دوی آن‌ها نشان دهنده فرایندی از تغییر ارزش‌هاست و برای افرادی که با میل و علاقه با تغییرات زندگی سازگار می‌شوند، ضروری است. بنابراین، پذیرش ناتوانی مقدمه انطباق فیزیکی و روانی افراد ناتوان با ضایعه است (۳۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات GHQ در افرادی که خدمات توان‌بخشی دریافت کرده بودند نسبت به افرادی که این خدمات را دریافت نکرده بودند، پایین‌تر می‌باشد. اگرچه تفاوت معنی‌داری به دست نیامد، اما روند نتایج حاکی از وضعیت روانی مطلوب‌تر در گروه دریافت‌کننده خدمات توان‌بخشی است. این یافته نشان می‌دهد که خدمات توان‌بخشی، حتی اگر اثرات آن در کوتاه‌مدت به صورت آماری آشکار نشود، می‌تواند در بهبود سازگاری روانی و افزایش کیفیت زندگی نقش داشته باشد. مطالعات مختلفی نیز این تفسیر را تأیید می‌کنند (۴۰، ۳۹). تحقیق بر روی افراد دارای ضایعه نخاعی نشان داد که مشارکت منظم در برنامه‌های توان‌بخشی، منجر به افزایش احساس کنترل، خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی می‌شود (۲۱). به طور مشابه، نتایج پژوهش‌ها در ایران نیز نشان داد افرادی که به طور مستمر از خدمات توان‌بخشی جسمی و روانی بهره می‌برند، سطوح پایین‌تری از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۴۲، ۴۱). این تأثیرات مثبت می‌تواند ناشی از ماهیت چند بعدی خدمات توان‌بخشی باشد که علاوه بر درمان‌های جسمی، حمایت‌های روان‌شناختی، مشاوره اجتماعی و آموزش مهارت‌های زندگی را نیز در برمی‌گیرد. از سوی دیگر، عدم معنی‌داری آماری ممکن است به دلایل متعددی مربوط باشد. نخست این که حجم نمونه یا تنوع خدمات دریافت شده می‌تواند بر اندازه اثر تأثیر بگذارد؛ یعنی ممکن است اثر واقعی توان‌بخشی وجود داشته باشد، اما به دلیل محدودیت حجم نمونه، در آزمون آماری آشکار نشده باشد. دوم این که تفاوت در کیفیت، مدت و نوع خدمات توان‌بخشی در بین افراد نیز می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، سلامت روان افراد با عوامل متعددی مانند حمایت خانوادگی، شرایط اقتصادی و ویژگی‌های شخصیتی ارتباط دارد که ممکن است اثر مستقیم خدمات توان‌بخشی را تعدیل کند. در مجموع، یافته حاضر نشان می‌دهد که اگرچه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، اما خدمات توان‌بخشی به طور بالقوه نقش حمایتی مهمی در بهبود سلامت عمومی افراد دارای ضایعه نخاعی دارد. استمرار و جامعیت این خدمات به ویژه در ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی، می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش مشکلات روانی در این گروه شود (۴۲).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، میزان سلامت عمومی با طول مدت زمان آسیب‌دیدگی ضایعه نخاعی رابطه معنی‌داری داشت؛ به این معنی که با افزایش مدت زمان آسیب، سلامت عمومی کاهش می‌یابد. به نظر می‌رسد تداوم محدودیت‌های حرکتی، درد مزمن و کاهش مشارکت اجتماعی در طول زمان می‌تواند به تدریج موجب افزایش فشار روانی، احساس ناکارآمدی و بروز نشانه‌های افسردگی شود. این نتیجه با یافته‌های تحقیقات پیشین که نشان داد افراد با آسیب مزمن‌تر در مقایسه با افرادی که مدت کوتاه‌تری از آسیب آنان می‌گذرد، سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۴۳)، همسو است. انطباق روانی با ضایعه نخاعی در مراحل اولیه بیشتر بر سازگاری تمرکز دارد، اما در مراحل طولانی‌تر، چالش‌هایی همچون ضعف حمایت اجتماعی می‌تواند سلامت روان را

(۲۱). بنابراین، حمایت از فرصت‌های شغلی متناسب با توانایی‌های جسمی این بیماران، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت عمومی آن‌ها داشته باشد.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه تحصیلات نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره GHQ افزایش و در نتیجه، سلامت عمومی کاهش یافت. این یافته بر خلاف انتظار اولیه است؛ چرا که در اغلب موارد تحصیلات بالاتر با مهارت‌های مقابله‌ای بهتر و دسترسی بیشتر به منابع حمایتی همراه است (۲۷). با این حال، نتایج مشابهی در برخی مطالعات دیگر نیز مشاهده شده است که در میان بیماران مبتلا به آسیب‌های نخاعی، افراد دارای تحصیلات بالاتر به دلیل آگاهی بیشتر از محدودیت‌های خود و مقایسه اجتماعی منفی، سطوح بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند (۲۸). همچنین، در جامعه ایران، افراد تحصیل کرده ممکن است انتظارات اجتماعی بالاتری داشته باشند که در صورت عدم تحقق آن‌ها پس از بروز آسیب، منجر به کاهش سلامت روانی شود. به طور کلی، یافته‌های تحقیق حاضر اهمیت برنامه‌های توان‌بخشی مبتنی بر اشتغال را برجسته می‌سازد؛ در حالی که نشان می‌دهد تحصیلات به تنهایی تضمین‌کننده سلامت روانی در بیماران ضایعه نخاعی نیست و باید عوامل روان‌شناختی و محیطی نیز مورد توجه قرار گیرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین محل ضایعه نخاعی (گردنی، پستی و کمری) و نمره GHQ تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. این یافته با بسیاری از مطالعات اخیر (۲۸، ۲۶) همسو می‌باشد. بررسی‌های جدید نشان داده‌اند که شدت و محل آسیب به تنهایی پیش‌بینی‌کننده قوی برای وضعیت سلامت روان نیستند، بلکه عوامل روانی- اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌تری دارند (۲۸، ۲۶). تفاوت‌های مربوط به محل آسیب (گردنی یا کمری) تأثیر چندانی بر سلامت روان ندارد و ادراک فرد از حمایت اجتماعی و استقلال عملکردی اهمیت بیشتری دارد (۲۶). در خصوص شدت آسیب، یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که بیماران با آسیب کامل، سلامت روان بهتری نسبت به بیماران با آسیب ناقص داشتند؛ هرچند این تفاوت در مرز معنی‌داری قرار داشت و این نتیجه با یافته‌های پژوهش Craig و همکاران (۲۱) تا حدی همسو می‌باشد که نشان داد افراد دارای آسیب کامل در گذر زمان سازگاری روانی بیشتری نشان می‌دهند؛ چرا که با واقعیت محدودیت‌های خود سازگار می‌شوند و انتظارات عملکردی واقع‌بینانه‌تری دارند. در مقابل، بیماران با آسیب ناقص، وجود توان حرکتی نسبی ممکن است باعث مقایسه مداوم با وضعیت پیشین و اضطراب عملکردی برای بهبودی کامل شود که در نهایت، فشار روانی را افزایش می‌دهد (۱۵). از آنجایی که SCI از عوامل مهم اختلالات حسی، حرکتی و ترکیبی از این عوامل است، پیامدهای آن در زمینه فردی، غم و احساس گناه است (۳۱-۲۹). ناتوانی که بر اثر بی‌تحركی برای این افراد به وجود می‌آید، باعث افزایش رنجش آن‌ها می‌شود (۳۲). به طور معمول سازش یافتگی افراد ضایعه نخاعی نیازمند کمک اطرافیان است (۳۴، ۳۳). انکار و ناباوری، شوک و بهت‌زدگی و خشم می‌تواند از واکنش‌های اولیه روانی به ضایعه باشد و اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه و خودکشی نیز می‌تواند از عوارض روانی منفی ثانویه ضایعه نخاعی باشد (۳). این حالات روانی منفی با عواملی مانند درد، احساس درماندگی و بستری شدن مکرر مرتبط است. ایجاد مشکلات متعدد جسمی و روانی، دایمی بودن اغلب ناتوانی‌ها و همچنین، ایجاد وابستگی زیاد، سبب بروز تغییرات زیاد در زندگی فرد می‌شود که این مسایل می‌تواند سازگاری با ضایعه را با مشکل مواجه کند (۳۵). اگرچه رویدادهای ناگوار زندگی اغلب به طور بالقوه ناتوان‌کننده هستند، اما همه افراد به یک گونه به آن واکنش نشان

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سلامت روان افراد مبتلا به ضایعه نخاعی بیشتر تحت تأثیر جنسیت، اشتغال، حمایت‌های روانی-اجتماعی و مدت زمان آسیب است تا سن، وضعیت تأهل، تحصیلات یا محل آسیب. زنان و افراد شاغل وضعیت روانی بهتری داشتند و طولانی‌تر شدن مدت آسیب با کاهش سلامت روان همراه بود. دریافت خدمات توان‌بخشی اگرچه تفاوت معنی‌داری نداشت، اما روند مثبتی در بهبود وضعیت روان نشان داد. بیماران با آسیب کامل نسبت به افراد با آسیب ناقص، سازگاری روانی بیشتری داشتند. در مجموع، استمرار برنامه‌های توان‌بخشی چند بعدی و حمایت‌های اجتماعی و روانی برای ارتقای سلامت عمومی این افراد ضروری است.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت با کد اخلاقی IR.IAU.RASHT.REC.1401.047 می‌باشد. بدین وسیله از تمام بیماران دارای ضایعه نخاعی شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نقش نویسندگان

طراحی و ایده‌پردازی پروژه و اجرا: زینت السادات میرپور، زهرا جعفرپسند
جذب منابع مالی برای پروژه: زهرا جعفرپسند
خدمات پشتیبانی و اجرایی و علمی پروژه: زینت السادات میرپور
فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه: زهرا جعفرپسند
جمع‌آوری داده‌ها: زهرا جعفرپسند
تحلیل و تفسیر نتایج: زینت السادات میرپور، زهرا جعفرپسند
خدمات تخصصی آمار: زینت السادات میرپور
تنظیم دست‌نوشته: فاطمه جاوید
ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی: زینت السادات میرپور، فاطمه جاوید، زهرا جعفرپسند، فاطمه عباسیان
تأیید دست‌نوشته جهت ارسال به دفتر مجله: زینت السادات میرپور، فاطمه عباسیان
مسئولیت حفظ و یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران: زینت السادات میرپور، فاطمه عباسیان

منابع مالی

پژوهش حاضر بر اساس تحلیل ثانویه بخشی از اطلاعات مستخرج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت می‌باشد که به طور مستقل و بدون حمایت مالی، با همکاری تمامی نویسندگان انجام شد.

تعارض منافع

نویسندگان دارای تعارض منافع نمی‌باشند.

تضعیف کند (۲۱). همچنین، این نتایج با یافته‌های پژوهش رحمانی رسا و همکاران (۳۸) هم‌راستا می‌باشد. آن‌ها در مطالعه خود با هدف بررسی جنبه‌های تاب‌آوری در افراد مبتلا به ضایعه نخاعی، گزارش کردند که ۵۰ درصد از افراد درگیر انعطاف‌پذیر هستند، ۲۵ درصد آن‌ها بهبودی را نشان دادند، ۸/۱۲ درصد ناراحتی دیررس را نشان دادند و ۵/۱۲ درصد اختلال عملکرد مزمن داشتند (۳۸). در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که هرچه ضایعه نخاعی در سنین پایین‌تری شکل بگیرد و یا طول مدت ضایعه نخاعی زیاد باشد، فرد آسیب‌دیده دچار اختلالات روانی شدیدتری به جهت عدم بازیابی سلامت وی می‌شود. توضیح دیگر برای این یافته، کاهش اثربخشی مداخلات توان‌بخشی در طول زمان است. در بسیاری از افراد مبتلا به ضایعه نخاعی، پس از گذشت چند سال، پیگیری درمان‌های روانی یا جسمی کاهش می‌یابد. در نتیجه، عدم استمرار در مراقبت‌های جامع، می‌تواند یکی از دلایل افت سلامت عمومی در افراد با آسیب طولانی مدت باشد. علاوه بر این، ساز و کارهای مقابله‌ای مؤثر ممکن است در مراحل اولیه آسیب فعال‌تر باشد، اما در صورت مواجهه طولانی با استرس مزمن، منابع روانی و اجتماعی فرد تحلیل می‌رود. به طور کلی، یافته حاضر بر ضرورت اجرای برنامه‌های توان‌بخشی مستمر برای افراد با آسیب مزمن تأکید دارد. گروه‌های حمایتی و آموزش خانواده می‌توانند در پیشگیری از افت سلامت روان نقش مهمی داشته باشند. از این منظر، سلامت عمومی در افراد دارای ضایعه نخاعی پدیده‌ای پویا و زمان‌مند است که نیازمند رویکردی طولی و بین‌رشته‌ای در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و اجتماعی است.

محدودیت‌ها

گسترده‌گی و پراکندگی جامعه آماری تحقیق و در برخی موارد پاسخگو نبودن و عدم دسترسی به برخی از آسیب‌دیدگان ضایعه نخاعی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین، برخی از آسیب‌دیدگان ضایعه نخاعی دارای زندگی نباتی بودند که در عمل قابلیت پاسخدهی به سوالات را نداشتند.

پیشنهادها

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود برای همسران افراد آسیب‌دیده ضایعه نخاعی دوره‌هایی جهت کنترل بهتر اختلالات روانی افراد مبتلا در نظر گرفته شود. همچنین، برای افراد کمتر از ۴۰ سال دارای ضایعه نخاعی، امکانات بیشتری از جمله خدمات توان‌بخشی مناسب‌تری فراهم شود که به احیای زندگی اجتماعی و بازگشت آن‌ها به بدنه جامعه در زمینه‌های شغلی کمک کند. افزایش توجه به شاخص‌های رفاهی معلولان و آسیب‌دیدگان از ضایعه نخاعی برای کاهش و جلوگیری از افزایش سطوح مختلف اختلالات روانی الزامی است و با توجه به پیچیدگی و تنوع عوامل مؤثر بر اختلالات روانی در افراد دچار ضایعه نخاعی، نیاز به انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه و استفاده از رویکردهای ترکیبی برای مداخله و مدیریت آن‌ها احساس می‌شود.

References

- Chen HY, Boore JR. Establishing a super-link system: spinal cord injury rehabilitation nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 57(6): 639-48.
- Ehrmann C, Mahmoudi SM, Prodinger B, Kiekens C, Ertzgaard P. Impact of spasticity on functioning in spinal cord injury: an application of graphical modeling. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2020; 52(3): jrm00037.
- Khanjani MS, Khankeh HR, Younesi SJ, Azkhosh M. The Main Factors Affecting the Acceptance and Adaptation With Spinal

- Cord Injury: A Qualitative Study. *Archives of Rehabilitation*. 2019; 19 (4): 276-91.
4. Ghanei Gheshlagh R, Mohammadnejad E, Shakeri B, Sohrabi R, Baghi V, Parizad N. Prevalence Of Depression Among Patients With Spinal Cord Injury In Iran: A Systematic Review And Meta-analysis. *Nursing And Midwifery Journal*. 2023; 21(4): 289-98.
 5. Yuan S, Shi Z, Cao F, Li J, Feng S. Epidemiological Features of Spinal Cord Injury in China: A Systematic Review. *Frontiers in Neurology*. 2018; 9: 683.
 6. Khazaeli K, Hoseini E, Nasir AH, Amarloui M, Ganji MK. Relationship between level of injury and quality of life in spinal cord injury (SCI) patients. *Payesh Journal*. 2019; 18(1): 45-51.
 7. Ghaderi F, Badkshiyar S, Akrami N. Factors Affecting Post-Traumatic Growth in Patients with Spinal Cord Injury: A Phenomenological Study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2019; 6(2): 82-9.
 8. Khodayarian M, vaezi a, jalalpour s, jalalpour t, Hosseini h. A survey of quality of life among people with spinal cord injury in Yazd in 2014. *Military Caring Sciences*. 2015; 1: 88-98.
 9. Mohamadi S, TajAbad A, Roshanzade M. Relation between fatigue and depression with the performance level of patients with spinal cord injury. *Nurse and Physician Within War*. 2018; 5(17): 28-35.
 10. Nosek MA, Hughes RB, Swedlund N, Taylor HB, Swank P. Self-esteem and women with disabilities. *Social Science & Medicine* (1982). 2003; 56(8): 1737-47.
 11. Mousavi VA. Quality of Life in Patients with Spinal Cord Injury: The Role of Depressed Mood. *Iranian Journal of Neurosurgery*. 2017; 2(4): 9-14.
 12. Naeinian M.R., Nikazin A, Shairi M.R. Factor structure, validity, and Reliability of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian Adolescents. *Clinical Psychology and Personality*. 2014; 12(1): 159-72.
 13. Taghavi S. Validity and reliability of the Persian version of the General Health Questionnaire (GHQ-28). *Journal of Psychology*. 2005; 5(4): 381-98
 14. Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2009; 47(2): 108-14.
 15. Kennedy P, Lude P, Taylor N. Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*. 2006; 44(2): 95-105.
 16. Post MW, Reinhardt JD. Participation and Life Satisfaction in Aged People with Spinal Cord Injury: Does Age at Onset Make a Difference? *Topics in spinal cord injury rehabilitation*. 2015; 21(3): 233-40.
 17. Smith B, Sparkes AC. Exploring multiple responses to a chaos narrative. *Health (London, England: 1997)*. 2011; 15(1): 38-53.
 18. Bychkovska O, Pattanakuhar S, Arora M, Postma K, Strøm V, Joseph C, et al. Gender differences in patient experience among persons with spinal cord injury: A comparison across 22 countries. *Disability and Health Journal*. 2024; 17(4): 101642.
 19. Taylor HB, Hughes RB, Gonzalez D, Bhattarai M, Robinson-Whelen S. Psychosocial Impacts of the COVID-19 Pandemic on Women with Spinal Cord Injury. *International journal of environmental research and public health*. 2023; 20(14).
 20. Jiang J, Sun Q, Xie J, Sun J. Risk factors and intervention strategies for post-traumatic stress disorder following spinal cord injury: a retrospective multivariate analysis of 195 cases. *BMC Psychology*. 2025; 13(1): 664.
 21. Craig A, Nicholson Perry K, Guest R, Tran Y, Middleton J. Adjustment following chronic spinal cord injury: Determining factors that contribute to social participation. *British journal of health psychology*. 2015; 20(4): 807-23.
 22. Wade JB, Hart RP, Wade JH, Bajaj JS, Price DD. The Relationship between Marital Status and Psychological Resilience in Chronic Pain. *Pain research and treatment*. 2013; 2013: 928473.
 23. Chen Y, Charlifue S, Noonan VK, New PW, Gururaj G, Katoh S, et al. International spinal cord injury socio-demographic basic data set (version 1.0). *Spinal Cord*. 2023; 61(5): 313-6.
 24. Ehrlich-Jones L, Burns J, Kaufman K, Kudla A, Heinemann A. Psychosocial adaptation following spinal cord injury: Perspectives of people with lived experience. *Rehabilitation psychology*. 2025.
 25. Lee BS, Lee B, Lim J, Kim O. Impact of work and environmental factors on quality of life in community-dwelling spinal cord injury individuals in South Korea using latent profile analysis. *Journal of rehabilitation medicine*. 2025; 57: jrm41903.
 26. Post MWM, Hakbijl-van der Wind AJ, Rohn EJ, Tate DG, van Leeuwen CMC, Forchheimer M, et al. The social dimension of quality of life following spinal cord injury or disease: an international ICF-linking study. *Spinal Cord*. 2024; 62(3): 104-9.
 27. Cobo-Cuenca AI, Serrano-Selva JP, de la Marta-Florencio M, Esteban-Fuertes M, Vírveda-Chamorro M, Martín-Espinosa NM, et al. [Quality of life of males with spinal cord injury and sexual dysfunction]. *Enfermería clínica*. 2012; 22(4): 205-8.
 28. Mascanzoni M, Luciani A, Tamburella F, Iosa M, Lena E, Di Fonzo S, et al. The Role of Psychological Variables in Predicting Rehabilitation Outcomes After Spinal Cord Injury: An Artificial Neural Networks Study. *Journal of Clinical Medicine [Internet]*. 2024; 13(23).
 29. Asghari Moghadam M, Golek N. The role of pain coping strategies in coping with chronic pain. *Behavioral scholar*. 2005; 12(10): 22.
 30. Ghorbani M, Ghaffarinasab A, Arasteh B, Panahi P, Sahebalzamani M, Shahabi P. Induction of Traumatic Spinal Cord Injury in Rat Using a Device Made in Tabriz University of Medical Sciences. *Research in Medicine*. 2019; 43(2): 58-63.
 31. Kovacs Burns K, Bhatia Z, Gill B, van der Nest D, Knox J, Mouneimne M, et al. Measures for Persons with Spinal Cord Injury to Monitor Their Transitions in Care, Health, Function, and Quality of Life Experiences and Needs: A Protocol for Co-Developing a Self-Evaluation Tool. *Healthcare [Internet]*. 2024; 12(5).
 32. Hatami S, Saboonchi R, Sekhavat A, Ahar M, Mosavi H. Comparing The Quality Of Life Among Participated And Non-

- participated Veterans And Imperfectives In Sport Activities. *Journal Of Sport Biosciences Research*. 2012; 2(7): 29-36.
33. Singh A, Tetreault L, Kalsi-Ryan S, Nouri A, Fehlings MG. Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury. *Clinical epidemiology*. 2014; 6: 309-31.
 34. Jazayeri SB, Beygi S, Shokraneh F, Hagen EM, Rahimi-Movaghar V. Incidence of traumatic spinal cord injury worldwide: a systematic review. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2015; 24(5): 905-18.
 35. Boluki S, Dadgoo M, Nurizadeh dehkordi S, Kamali M. The Effect of Knowledge & Learning on Perception and Experience of Independence among Patients with Spinal Cord Injury. *Physical Treatments-Specific Physical Therapy Journal*. 2014; 4(1): 20-4.
 36. Benavente A, Palazón R, Tamayo R, Morán E, Alaejos J, Alcaraz A. Assessment of disability in spinal cord injury. *Disability and rehabilitation*. 2003; 25(18): 1065-70.
 37. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*. 2011; 7: 511-35.
 38. Rahmani Rasa A, Hosseini SA, Haghgoo H, Khankeh HR, Ray GG. Review Paper: Aspects related to Resilience in People with Spinal Cord Injury. *Archives of Rehabilitation Journal*. 2017; 17(4): 350-9.
 39. Cardile D, Calderone A, De Luca R, Corallo F, Quartarone A, Calabrò RS. The Quality of Life in Patients with Spinal Cord Injury: Assessment and Rehabilitation. *Journal of Clinical Medicine [Internet]*. 2024; 13(6).
 40. Duff J, Ellis R, Kaiser S, Grant LC. Psychological Screening, Standards and Spinal Cord Injury: Introducing Change in NHS England Commissioned Services. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(24).
 41. Khanjani MS, Khankeh HR, Younesi SJ, Azkhosh M. The Main Factors Affecting the Acceptance and Adaptation With Spinal Cord Injury: A Qualitative Study. *Archives of Rehabilitation*. 2019; 19(4): 276.
 42. Ghanei Gheshlagh R, Mohammadnejad E, Shakeri B, Sohrabi R, Baghi V, Parizad N. Prevalence of depression among patients with spinal cord injury in iran: A systematic review and meta-analysis. *Urmia-University-of-Medical-Sciences*. 2023; 21(4): 289.
 43. Post MW, van Leeuwen CM. Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. *Spinal Cord*. 2012; 50(5): 382-9.

Evaluation of General Health and Associated Factors among Patients with Spinal Cord Injuries Registered with the Rasht Welfare Organization, Iran: A Cross-Sectional Study

Zinat Sadat Mirpoor¹  , Zahra Jafarpasand²  ,
Fatemeh Abbasian³  , Fatemeh Javid⁴  

Original Article

Abstract

Introduction: Spinal cord injury (SCI) is the most important lasting complication following trauma, leading to temporary or permanent changes in motor-sensory or autonomic functions. These changes disrupt the patient's life balance, often resulting in anxiety and reduced life satisfaction, which ultimately diminishes psychological well-being. This study aimed to investigate the prevalence of mental disorders and their associated factors in this population.

Materials and Methods: In this cross-sectional, descriptive-analytical study, 89 individuals with SCI were selected from a population of 115 members of the Welfare Organization of Rasht City, Iran, using the Cochran sampling formula. Participants included those who had referred to clinics and hospitals in Rasht City for rehabilitation services in 2021. Data were collected using the Goldberg and Hillier General Health Questionnaire (GHQ-28).

Results: Data analysis using t-tests and analysis of variance (ANOVA) indicated that women (mean GHQ = 39.10) exhibited significantly better mental health compared to men (mean GHQ = 46.11) ($P = 0.011$). Employment status also had a significant effect, with employed participants showing better general health ($P = 0.012$). No significant differences were observed regarding age groups, marital status, or injury level ($P > 0.05$). Receiving rehabilitation services did not result in a statistically significant difference in mental health (mean GHQ = 45.69 in recipients vs. 48.32 in non-recipients, $t = 1.47$, $P = 0.228$). However, the duration of injury significantly affected general health; mean GHQ scores for participants with injury durations of < 5 years, 5-10 years, and > 10 years were 45.21, 46.78, and 52.11, respectively ($F = 6.79$, $P = 0.002$), indicating a decline in mental health as the duration of injury increased.

Conclusion: This study suggests that the mental health of individuals with SCI is more heavily influenced by gender, employment, social support, and injury duration than by other demographic factors. Consequently, providing continuous rehabilitation services and strengthening psychosocial support are crucial for maintaining and improving the overall health of these patients.

Keywords: Mental disorders; Spinal cord injury; Depression; Anxiety; General health

Citation: Mirpoor ZS, Jafarpasand Z, Abbasian F, Javid F. Evaluation of General Health and Associated Factors among Patients with Spinal Cord Injuries Registered with the Rasht Welfare Organization, Iran: A Cross-Sectional Study. J Res Rehabil Sci 2025; 21.

Received date: 31.12.2024

Accept date: 04.02.2025

Published: 03.04.2025

1- PhD, Department of Counseling, School of Humanities, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

2- MSc, Department of Counseling, School of Humanities, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

3- PhD Student, Department of Counseling, School of Humanities, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

4- MSc, Department of Midwifery, School of Midwifery and Nursing, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Corresponding Author: Zinat Sadat Mirpoor; PhD, Department of Counseling, School of Humanities, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran; Email: zinat.mirpoor@yahoo.com