



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

زمان چاپ: ۱۴۰۳/۰۳/۲۵

بررسی ارتباط بین عملکرد جسمی با میزان مشارکت استقلال در فعالیت های روزمره زندگی افراد با سابقه سکته قلبی

مریم دهقانیان^۱

۱- کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران، ایران

maryamdehqanian۵۵۴۰@gmail.com

چکیده

هدف بررسی ارتباط بین عملکرد جسمی با میزان مشارکت استقلال در فعالیت های روزمره زندگی افراد با سابقه سکته قلبی که به عنوان بخشی از کارکردهای حرکتی، پایه لازم برای اجرای آکیوپیشن های مختلف و به دنبال آن مشارکت است، از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین عملکرد جسمی با میزان مشارکت استقلال در فعالیت های روزمره زندگی افراد با سابقه سکته قلبی انجام شد.

روش بررسی این مطالعه از نوع همبستگی مقطعی بود و نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد. ۸۳ نفر از افراد با سابقه سکته قلبی مراجعه کننده به بخش های کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که کمتر از دو سال از سکته آنها گذشته بود انتخاب شدند. عملکرد جسمی توسط فوگل مایر و استقلال در فعالیت های روزمره زندگی به وسیله مقیاس اندازه گیری استقلال عملکردی FIM و مشارکت به وسیله پرسشنامه ایرانی مشارکت IPQ ارزیابی شد. آنالیز داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن انجام گرفت.

یافته های نتایج نشان دهنده همبستگی متوسط، همسو و معن اداری بین عملکرد جسمانی و مشارکت استقلال در فعالیت های روزمره می باشد.

نتیجه گیری: ارتباط میان عملکرد جسمی و استقلال در فعالیت های روزمره زندگی معنادار قوی است ارتباط میان عملکرد جسمی و استقلال در فعالیت های مشارکت معنادار متوسط است پس برای افزایش و بهبود مشارکت افراد با سابقه سکته قلبی در کنار توانمندی حرکتی عملکرد جسمی دیگر روزمره زندگی عوامل را نیز باید در نظر گرفت.

کلمات کلیدی: عملکرد جسمی مشارکت، استقلال، فعالیت های روزمره زندگی افراد با سابقه، سکته قلبی

۱- مقدمه

حمله قلبی معمولاً زمانی رخ می دهد که انسدادی در شریان های کرونری وجود داشته باشد. ممکن است بپرسید چرا و چگونه رگ های خونی مسدود می شوند؟ یکی از مهمترین دلایلی که باعث بروز این عارضه می شود، چربی خون یا همان کلسترول است. کلسترول به دو شکل hdl و ldl در آزمایش خون نشان داده می شود.

بالا بودن سطح ldl می تواند زمینه را برای بروز حمله قلبی فراهم کند. از ldl تحت عنوان چربی خون بد یا لیپوپروتئین با چگالی پایین یاد نیز می شود. در این حالت چربی های اضافه در شریان های خون رسوب می کنند و باعث ایجاد پلاک خواهند شد. پلاک ها مانعی در مسیر جریان خون در رگ ها هستند و باعث سفت شدن شریان ها می شوند. این امر مسیر داخلی رگ های



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

خونی را محدود و تنگ می‌کند و خونرسانی به قلب مختل خواهد شد. در این حالت گفته می‌شود آترواسکلروزیس^۱ یا تصلب شرایین بروز کرده است.

گاهی اوقات نیز پلاک‌ها می‌توانند تجزیه شده و زمینه را برای ایجاد لخته خون فراهم کنند. لخته خون به سمت قلب و مغز حرکت کرده و منجر به بروز بیماری‌های قلبی و مغزی می‌شود محدودیت در استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت هستند. بخشی از این مطالعات عوامل مؤثر بر مشارکت و استقلال فعالیت‌های روزمره زندگی را مشخص کرد هاند، ولی با توجه به مفهوم مشارکت و متفاوت بودن آن در فرهنگ و مناطق گوناگون نم‌یتوان نتایج مطالعات انجام شده را با قاطعیت به مناطق دیگر تعمیم داد. از سوی دیگر مطالعه ای که به طور دقیق به بررسی عملکرد اندام فوقانی با مشارکت پرداخته و از پرس‌شنامه ایرانی مشارکت که به طور کامل د ربرگیرنده مفاهیم مشارکت بر اساس طبق‌ه‌بندی بین‌المللی عملکرد ناتوانی و سلامت است، استفاده کرده باشد،^۲ در میان منابع و پایگاه‌های داده یافت نشد، بنابراین مطالعه حاضر در فعالیت‌های روزمره زندگی^۱ اشاره کرد که این عوارض بر ایفای نقش فرد در انجام وظایف و د رنهایت بر کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر است [۳] بر اساس چارچوب مفهومی مدل طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد و ناتوانی و سلامت^۲ که به وسیله سازمان جهانی سلامت تبیین شده است، اجزای سلامت و حیطة‌های مرتبط به سلامتی تحت عنوان جسم و جنبه‌های فردی اجتماعی همراه با دو فهرست بنیادی عملکردها و ساختارهای بدن، و فعالیت‌ها و مشارکت تعریف میشود. [۴] ICF به عنوان یک طبقه‌بندی، از لحاظ ساختاری قلمروهای مختلفی برای هر فرد در وضعیت‌های سلامتی گروه‌بندی می‌کند. عملکرد^۳، تمام عملکردهای بدن و فعالیت‌ها و مشارکت فرد را همانند چتری د ربر می‌گیرد و مشابه آن ناتوانی نیز عنوانی فراگیر است که برای اختلال‌های حرکتی و محدودیت‌های فعالیت یا موانع مشارکت به کار برده می‌شود [۵].

مدل زیستی روانی اجتماعی فعالیت را به عنوان اجرای یک وظیفه یا عمل توسط فرد تعریف میکند و محدودیت فعالیت را به عنوان مشکلاتی و موانعی که شخص در انجام فعالیت‌ها دارد به شمار می‌آورد. مشارکت بر طبق این طبق‌ه‌بندی به عنوان پرداختن به موقعیت‌های مختلف زندگی تعریف شده است و محدودیت‌های ارجاع آنان به بخش‌های کاردرمانی گزارش شده است. [۶]

در کاردرمانی بین سلامت و مشارکت در آکوپیشن ارتباط نزدیکی وجود دارد و همچنین تمرکز مداخلات کاردرمانی به ارتقای سطح مشارکت فرد در آکوپیشن‌های گوناگون مانند اوقات فراغت، کار است [۷]. اعتقاد بر این است که با حفظ مشارکت فرد در آکوپیشن میتوان به بهبود و حفظ سلامت فرد کمک کرد. بنابراین برای مداخلات کاردرمانی در زمینه سکنه قلبی بررسی مشارکت م‌یتواند میزان تأثیر سکنه بر زندگی فرد را نشان داده و همچنین شیوه و جهت مداخلات را مشخص کند [۸] توانبخشی افراد با سابقه سکنه قلبی در نتایج متغیر تخمین زده شده است. ۲۵ تا ۷۴ درصد از مبتلایان به سکنه قلبی در سراسر جهان به مقداری کمک برای استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی نیاز دارند یا به طور کامل وابسته به مراقبین در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی بعد از سکنه هستند. از آنجا که استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی از نیازهای اساسی هر فرد و زمین‌ه‌ساز امید بیشتر به زندگی و افزایش اعتماد به نفس برای حضور ف‌عالتر در جامعه محسوب م‌یشود [۹] بازگشت به فعالیت‌های قبلی و شیوه زندگی گذشته که اهمیت زیادی در رفاه بیماران دارد اغلب به عنوان هدف توا نبخشی دیده م‌یشود، بنابراین بررسی ارتباط بین عملکرد جسمی و استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی افراد با سابقه سکنه قلبی حائز اهمیت است [۱۰] با توجه به مطالعات مرورشده از جمله اکبر فهیمی و همکاران ۲۰۲۳ که در طی مطالعه ای به بررسی ارتباط توانایی حرکتی اندام فوقانی مبتلا با استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی بیماران سکنه قلبی پرداختند و نیز در مطالعه ای دیگر بانجای^۳ و همکاران چگونگی تأثیر مؤلفه‌های عملکرد بدنی و فعالیت روی مشارکت خود پنداشته فرد را

^۱ Atherosclerosis

^۲ Individuals' perception



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

بررسی کردند^۱. دریافتیم که مشارکت و استقلال در فعالیت های روزمره زندگی دارای اهمیت بسزایی در توا نبخشی بیماران مبتلا به سکته قلبی است و نیز اینکه درصد بالایی از این افراد دارای مشارکت، مشکلاتی هستند که در پرداختن به موقعیت های مختلف تجربه می شوند [۱۱-۱۲]

افزون بر تعریف ساده مشارکت پیش از این، مشارکت مفهومی پیچیده و گسترده در سطح اجتماع است که عوامل زیادی مانند موارد فرهنگی و اجتماعی و محیطی به عنوان بازدارنده یا تسهیل کننده آن مطرح می شوند که این موارد ذکر شده نشان دهنده وابستگی مفهوم مشارکت به عوامل اجتماعی و تفاوت آن در ساختارها و فرهنگ های مختلف است. [۱۳-۱۴]

۳- روش بررسی

این مطالعه به روش همبستگی مقطعی اجرا شد. نمونه مورد بررسی از افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در سال ۱۴۰۲، طبق ملاک های پژوهش، به روش نمونه گیری در دسترس آسان انتخاب شد و مورد بررسی قرار گرفت. این حجم نمونه با احتمال خطای نوع اول ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد با استفاده از فرمول حجم نمونه برای ضریب همبستگی با توجه به میزان همبستگی ۰/۳۲ در مطالعه هارتمن و همکاران در سال ۲۰۰۷ و در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش محاسبه شد. معیارهای ورود شامل تشخیص سکته قلبی از طرف پزشک متخصص، سن بین ۱۸ تا ۷۰ سال، گذشت کمتر از دو سال از سکته، پیروی از دستورات جسمانی و حرکتی نمره بیشتر از ۲۲ از آزمون MMSE عدم ابتلا به بیماری نورولوژیکی دیگر همچون صرع و پارکینسون، عدم ابتلا به بیماری ارتوپدی و اسکلتی عضلانی دیگر، عدم وجود اختلال بلع، آفازی و اختلال روانی بود. معیارهای خروج شامل عدم ادامه همکاری پرس شناسه ایرانی مشارکت توسط فرزند و همکاران در سال ۱۳۹۳ با هدف اندازه گیری تمام جنبه های مشارکت ایجاد شد و اولین بار برای بیماران آسیب دست استفاده شد، ولی با توجه به عدم اختصاصی بودن آیتم های این پرس شناسه برای آسیب های دست و نیز استفاده از روش تحلیلی راش در بررسی روایی این پرس شناسه می توان آن را برای سایر گروه ها نیز استفاده کرد. روایی سازه توسط آنالیز راش تأیید شده است. پایایی آیتم های این پرس شناسه ۰/۹۱ است. پایایی فرد ۰/۹۶ است که نشان دهنده حساسیت مناسب این آزمون برای تمایز افراد است.

آزمون فوگل مایر ابزاری است که بر اساس کارهای برانستروم و توییچل توسط فوگل مایر جهت ارزیابی بهبودی فیزیکی بعد از سکته قلبی طرح ریزی شده است. یک مقیاس کمی برای ارزیابی حسی حرکتی مراجعین سکته قلبی است که در ارزیابی عملکرد حرکتی، تعادل، حس و عملکرد مفاصل در بیماران هم پیلژی بعد از سکته قلبی کاربرد دارد. توسط بسیاری محققین و کار درمانگران حتی زمانی که از رویکرد برانستروم برای درمان استفاده می کنند، برای ارزیابی تغییرات در آسیب حرکتی بعد از سکته قلبی مورد استفاده قرار می گیرد. آیت مه ای آزمون شامل ۵۰ آیتم حرکتی در شش سطح بهبودی است که ۳۳ آیتم مربوط به اندام فوقانی در شانه، آرنج، ساعد و مچ است. نمره هدهی آزمون بر اساس مشاهده مستقیم عملکرد است، هر آیتم از صفر تا ۲ تا نمره هدهی م میشود اگر فرد توانایی انجام حرکت را نداشته باشد نمره صفر، اگر به طور ناقص حرکت را انجام دهد نمره ۱، اگر به طور کامل حرکت را انجام دهد نمره ۲ را دریافت میکند. مجموع کل نمره برای اندام فوقانی ۶۶ است. اجرای این آزمون برای اندام فوقانی حدود ۸-۱۲ دقیقه طول میکشد. در مطالعه سنفرد و همکاران پایایی قسمت اندام فوقانی بین ۰/۹۷ تا ۰/۹۹ گزارش شده است.

۱. Activity Daily Living.

۲. International Classification of functioning, Disability and Health. (ICF)

۳. Functioning.

۴. Disability.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

مقیاس انداز هگیری استقلال عملکردی یکی از ابزارهای رایج در علوم توانبخشی است که توسط گرنجر و همکارانش برای ارزیابی استقلال یا وابستگی در هنگام انجام فعالیتهای کارکردی روزمره زندگی طراحی شد. این ابزار برای گروههای مختلف اختلالات نورولوژیک از جمله سکته قلبی روایی و پایایی شده است.

برای هر مرجع در مجموع پنج ارزیابی شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه ایرانی مشارکت، آزمون فوگل مایر، مقیاس انداز هگیری استقلال عملکردی و آزمون کوتاه وضعیت ذهنی توسط محقق تکمیل شد. تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات به دست آمده توسط آزمون اسپیرمن در برنامه نرمافزاری SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت.

پس از کسب مجوز از دانشگاه و از مراکز کاردرمانی و مطالعه پرونده های پزشکی بیماران سکته قلبی، از واجدین شرایط رضایتنامه کسب شد. سپس داوطلبین، برای جلوگیری از خستگی، تحت ارزیابی شاخص ها در دو بخش زمانی قرار گرفتند که در بخش زمانی اول به ترتیب پرسشنامه جمعیت شناختی و مقیاس اندازه گیری استقلال عملکردی تکمیل شد و سپس در بخش زمانی دوم به ترتیب پرسشنامه های مشارکت و فوگل مایر تکمیل شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی توسط محقق تهیه شد و شامل سؤالاتی در زمینه مشخصات جمعیت شناختی نمونه ها و بیست سؤال است که به طور متوسط ۵ تا ۱۰ دقیقه به طول می انجامد. نمره کل این آزمون ۳۰ است که نمره بیشتر از ۲۴ به عنوان عملکرد شناختی طبیعی و از نمره صفر تا ۲۴ به عنوان اختلال در عملکرد شناختی در نظر گرفته می شود. روایی و پایایی این آزمون در ایران توسط سیدیان و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای کل آزمون انجام شده است. میزان ۰/۳ تا ۰/۴ و مقدار ۰/۵ تا ۱ به ترتیب همبستگی متوسط و قوی را نشان می دهد. این آزمون دارای بیست سؤال است که به طور متوسط ۵ تا ۱۰ دقیقه به طول می انجامد. نمره کل این آزمون ۳۰ است که نمره بیشتر از ۲۴ به عنوان عملکرد شناختی طبیعی و از نمره صفر تا ۲۴ به عنوان اختلال در عملکرد شناختی در نظر گرفته می شود. روایی و پایایی این آزمون در ایران توسط سیدیان و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای کل آزمون انجام شده است.

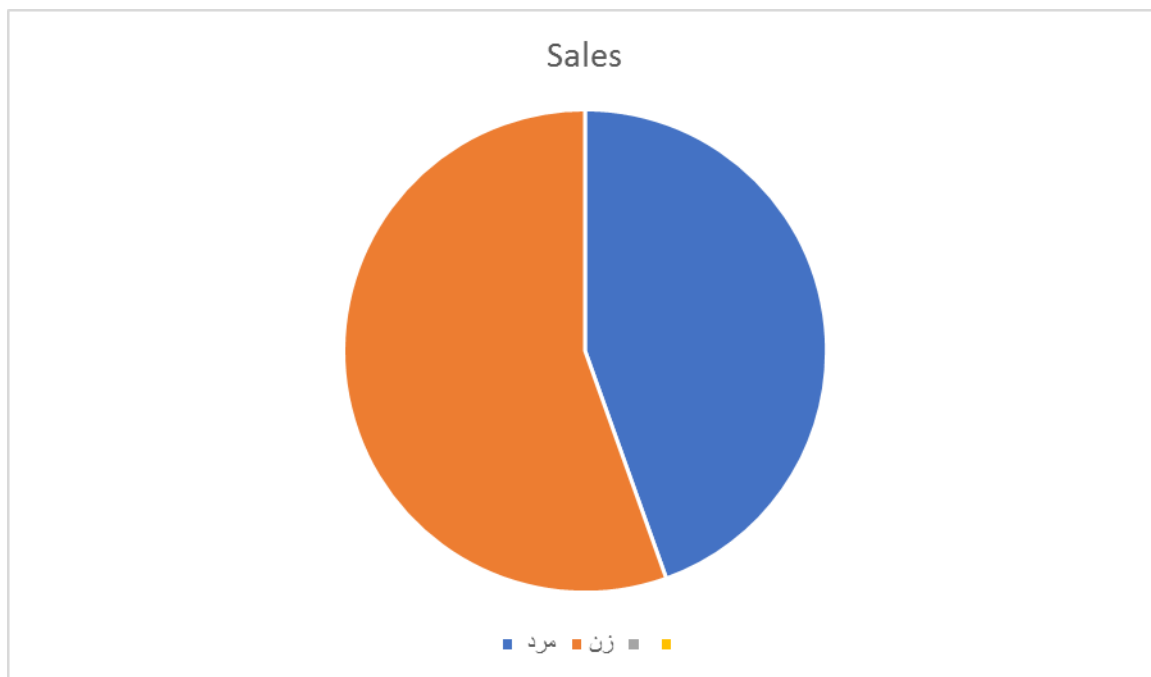
۴- توصیف متغیرهای پژوهش

۴-۱- توصیف داده های جمعیت شناختی

• جنسیت

جدول شماره ۱- وضعیت شرکت کنندگان بر حسب جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	۲۷۸	۶۱,۷
مرد	۱۸۰	۴۹,۳
کل	۱۰۰	۱۰۰



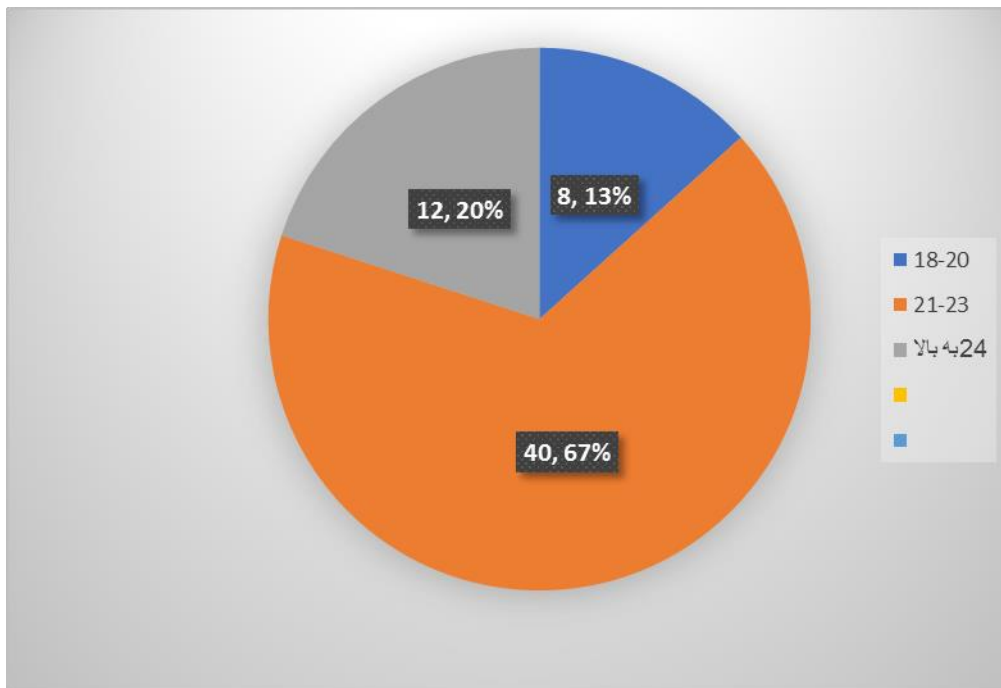
شکل شماره ۱ وضعیت شرکت کنندگان بر حسب جنسیت

• سن

جدول شماره ۲- وضعیت شرکت کنندگان بر حسب سن

سن	فراوانی	درصد
۱۸-۲۰ سال	۵۸	۱۳,۳
۲۱-۲۳ سال	۱۲۰	۶۶,۷
۲۴ سال به بالا	۹۰	۲۰
کل	۲۷۸	۱۰۰

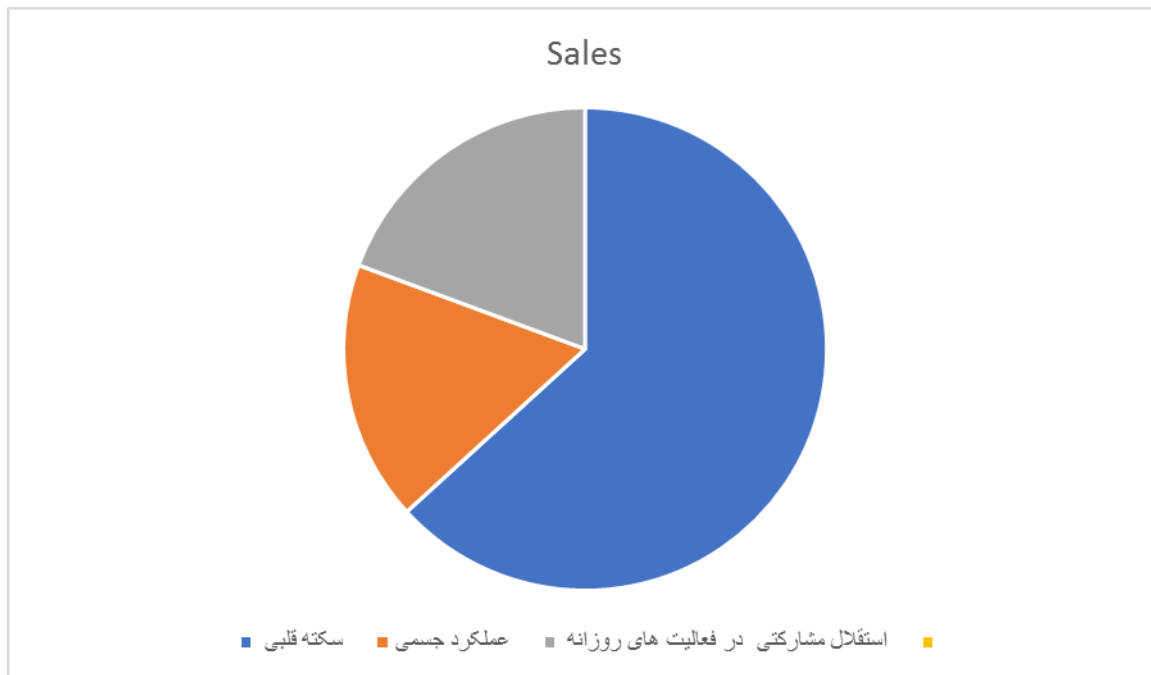
با توجه به نتایج جدول ۲-۴ از ۲۷۸ نفر شرکت کننده در این مطالعه ۵۸ نفر (۱۳,۳ درصد) ۱۸ الی ۲۰ سال، ۱۲۰ نفر (۶۶,۷ درصد) ۲۱-۲۳ سال ۹۰ نفر (۲۰ درصد) ۲۴ سال به بالا بودند. نمودار ۲-۴ نیز توزیع شرکت کنندگان بر حسب سن را نشان می دهد.



شکل شماره ی ۳ نمودار ستونی توزیع شرکت کنندگان در متغیر سن

جدول شماره ی ۳- شاخص های توصیفی نمره های شرکت کنندگان در متغیرهای پژوهش

مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	واریانس	کمینه نمره	بیشینه نمره
سکته قلبی	۸۱,۴۳	۶,۷۷	۴۵,۸۷	۶۹	۹۸
عملکرد جسمی	۱۱,۴۶	۵,۹۷	۳۵,۷۱	۵	۲۷
استقلال مشارکتی در فعالیت های روزانه	۱۲,۶۳	۵,۱۶	۲۶,۷۱	۵	۳۰



جدول شماره ی ۳- شاخص های وضعیت توزیع متغیرهای پژوهش

مؤلفه	کجی	کشیدگی	کولموگروف-اسمیرنف	سطح معناداری
سکته قلبی	۰,۳۳	-۰,۱۸	۰,۰۶	۰,۲۰
عملکرد جسمی	۱,۰۴	۰,۰۹	۰,۲۲	۰,۰۰
استقلال مشارکتی در فعالیت های روزانه	۰,۹۴	۰,۹۷	۰,۱۴	۰,۰۰



شکل شماره ۳ شاخص های وضعیت توزیع متغیرهای پژوهش

۵- نتیجه گیری

به طور کلی مطالعه حاضر نشان داد متوسط آسیب عملکرد جسمی افراد با سابقه سکته قلبی مشارک تکننده در پژوهش شدید است و به طور متوسط برای انجام فعالیت های روزمره زندگی به نظارت نیاز دارند. ارتباط میان عملکرد جسمی و استقلال در فعالیت های روزمره زندگی، معنادار و قوی در مجموع در گروه شدید قرار می گیرند.

میزان استقلال در فعالیت ها روزمره زندگی به طور متوسط ۱۷ از ۱۰۰ است. از آنجایی که نمره هدهی مقیاس انداز هگیری استقلال عملکردی بر اساس ۷ است اگر این نمره برای بررسی ساده تر به مبنای ۷ برده شود، به طور متوسط نمره استقلال شرکت کنندگان تقریباً ۵/۵ است؛ یعنی بر اساس نحوه نمره هدهی آزمون م میتوان گفت به طور متوسط شرکت کنندگان فعالیت های مختلف را با نظارت انجام می دهند.

میزان مشارکت به طور متوسط ۱۳۵/۷۹ است. با توجه به اینکه مجموع نمره کل پرسشنامه مشارکت، ۳۰۰ بود، به طور متوسط میزان مشارکت شرکت کنندگان در پژوهش کمتر از نصف نمره کل پرسشنامه مشارکت است.

نتایج همبستگی بین متغیرهای عملکرد جسمی و مشارکت نشان داد که همبستگی بین این دو متغیر، متوسط، مستقیم و معنادار است. بر اساس مطالع افراد حمای تکننده وجود دارد که میزان تأثیر محدودیت عملکرد (توانمندی حرکتی) اندام فوقانی بر مشارکت را به حداقل کاهش م دهد. از این رو همبستگی متوسط میان این متغی رها وجود دارد. از سوی دیگر در مطالعه آندرنلی و همکاران اختلال راه رفتن مهمترین فاکتور در محدودیت مشارکت بود و مشارکت به وسیله فاکتورهای عمومی، افسردگی، افزایش سن و دمانس محدود می شد که نتایج آن با مطالعه حاضر هم جهت است.

برای بررسی سیستم قلبی و عروقی بدن لازم است با متخصص قلب و عروق مشورت داشته باشید. این متخصصان با عنوان کاردیولوژیست معرفی می شوند. این متخصصان می توانند ناراحتی های عروق کرونر، بیماری های قلبی مادرزادی، و بیماری های درجه قلب را تشخیص و درمان کنند. البته آنها برای درمان از روش های غیر تهاجمی مانند دارو استفاده خواهند کرد. در صورتیکه مشکل با روش های درمان غیر تهاجمی حل نشود، بیمار به جراح قلب معرفی می شود. با استفاده از خدمات آنلاین درمانکده می توانید با دکتر آنلاین قلب و عروق به صورت تلفنی تصویری و متنی در ارتباط باشید.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

۶- پیشگیری از سکته قلبی

قبل از هر چیز باید بدانید، هیچ وقت برای پیشگیری از مشکلات قلبی دیر نیست. برای این منظور لازم است به این چند نکته توجه داشته باشید:

- داروها را به طور منظم مصرف کنید؛ آنها از بروز حمله قلبی بعدی جلوگیری خواهند کرد. هرگز سرخود، داروها را قطع، کم و زیاد نکنید.
- به طور مرتب با پزشک خود در ارتباط داشته باشید و چکاپ‌های توصیه شده را انجام دهید. بیماری‌هایی مانند فشار خون بالا و دیابت زمینه را برای بروز ناراحتی‌های قلبی فراهم می‌کنند. سعی کنید چکاپ‌های دوره‌ای را انجام دهید تا این فاکتورها به طور مرتب بررسی شوند.
- رژیم غذایی سالمی داشته باشید. رژیم غذایی کم چرب و پر فیبر می‌تواند به سلامتی سیستم قلبی و عروقی کمک کنند. این رژیم شامل غلات، میوه و سبزیجات تازه است.
- اگر سیگاری هستید، بهتر است از همین لحظه تصمیم جدی برای ترک آن بگیرید. نمی‌توانید سیگار بکشید و انتظار داشته باشید حمله قلبی رخ ندهد. در سیگار سمومی وجود دارد که می‌تواند ارگان‌های مختلف بدن را تحت تاثیر قرار دهند.
- اگر اضافه وزن دارید یا چاق هستید، لازم است برای کاهش وزن اقدام کنید.
- داشتن برنامه ورزشی مناسب و منظم به طور موثری می‌تواند سلامتی سیستم قلبی و عروقی را تامین کند. از ساده‌ترین فعالیت‌های ورزشی می‌توان به پیاده‌روی اشاره کرد. قبل از انجام آن، حتما اصول صحیح پیاده‌روی را یاد بگیرید تا بهترین نتیجه را دریافت کنید.

۷- پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در اجرای پژوهش ملاحظات اخلاقی مطابق با دستورالعمل کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی شهر تهران در نظر گرفته شده است.

منابع

۱. Hofheinz M, Mibs M, Elsner B. Dual task training for improving balance and gait in people with stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews. ۲۰۱۶; ۲۰۱۶(۱۰)
۲. Saberi A, Ghayeghran AR, Janeshin S, Biazar G, Kazemnezhad E. Opium consumption prevalence among patients with ischemic stroke compared with healthy individuals in Iran. International Journal of High Risk Behaviors and Addiction. ۲۰۱۷; ۶(۱):۴۵-۶۵.
۳. Long BC, Phipps WJ, Cassmeyer VL. Adult nursing: A nursing process approach. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; ۱۹۹۵. <https://books.google.com/books?id=>
۴. Pedretti LW, Early MB, editors. Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction. St. Louis, MO: Mosby; ۲۰۰۱.
۵. Radomski MV, Latham CA, editors. Occupational therapy for physical dysfunction. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; ۲۰۰۸. <https://books.google.com/books?hl>
۶. Singam A, Ytterberg C, Tham K, von Koch L. Participation in complex and social everyday activities six years after stroke: predictors for return to pre-stroke level. PloS One. ۲۰۱۵; ۱۰(۱۲):e۰۱۴۴۳۴۴.
۷. World Health Organization ۲۰۰۱. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>



۸. Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, et al. Interventions for improving upper limb function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ۲۰۱۴; ۱۱(۱۱):۴۳-۵۰.
۹. Akbarfahimi M, Karimi H, Rahimzadeh Rahbar S, Ashaeri H, Faghehzadeh S. [The relationship between motor function of hemiplegic upper limb and independency in activities of daily of living in stroke patients in Tehran (Persian)]. *Koomesh*. ۲۰۱۱;
۱۰. de Bode S, Fritz SL, Weir-Haynes K, Mathern GW. Constraintinduced movement therapy for individuals after cerebral hemispherectomy: A case series. *Physical Therapy*. ۲۰۰۹; ۸۹(۴):۳۶۱-۹. [DOI:۱۰.۲۵۲۲/ptj.۲۰۰۷.۲۴۰] [PMID] [PMCID]
۱۱. Radomski MV, Latham CA, editors. *Occupational therapy for physical dysfunction*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; ۲۰۰۸. <https://books.google.com/books?hl>
۱۲. Naghdi S, Ansari NN, Raji P, Shamili A, Amini M, Hasson S. Cross-cultural validation of the Persian version of the Functional Independence Measure for patients with stroke. *Disability and*
۱۳. Ezekiel L, Collett J, Mayo NE, Pang L, Field L, Dawes H. Factors associated with participation in life situations for adults with stroke: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. ۲۰۱۹; ۱۰۰(۵):۹۴۵-۵۵. [DOI:۱۰.۱۰۱۶/j. apmr.۲۰۱۸.۰۶.۰۱۷] [PMID]
۱۴. Andrenelli E, Ippoliti E, Coccia M, Millevolte M, Cicconi B, Latini L, et al. Features and predictors of activity limitations and participation restriction ۲ years after intensive rehabilitation following first-ever stroke. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. ۲۰۱۵; ۵۱(۵):۵۷۵-۸۵. https://www.researchgate.net/profile/Marianna-Capecci/publication/۲۷۱۵۳۷۲۸۴_Features_and_predictors_of_activity_limitations_and_participa