تأثیر خود مراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان سکته مغزی

حمید مؤمنی[1]، اشرف صالحی[1]، ابوالفضل سراجی[1]، سعید فروغی[2]
1- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری ، دانشگاه علوم پزشکی اراک
2-مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری الیگودرز، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره یازدهم / شماره 4 / زمستان 88 / مسلسل 42

چکیده

دریافت مقاله: 88/5/5، پذیرش مقاله: 88/6/31

Ø مقدمه: یکی از اختلالات نورولوژیکی که عملکرد قسمتی از بدن و درک فیزیکی از وضعیت بدن را تغییر می دهد؛ سکته مغزی است. از آنجا که بر اساس آمارهای رایج سکته مغزی در جایگاه سوم علل طبی مرگ در کشورهای پیشرفته است از اهمیت به سزایی برخوردار است. خودمراقبتی یکی از ابعاد بازتوانی مبتلایان سکته مغزی محسوب می شود. با حمایت پرستار از خودمراقبتی و انجام آن توسط بیمار، وی کنترل خود را دوباره به دست آورده و احساس ارزش نفس می نماید.

Ø مواد و روش ها: این مطالعه بر روی 42 بیمار مبتلا به سکته مغزی انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد اختصاصی سنجش کیفیت زندگی پس از سکته مغزی بود. در ابتدا شاخص کیفیت زندگی در هر دو گروه مطالعه و شاهد اندازه گیری شد، سپس در گروه مطالعه برنامه خود مراقبتی آموزش داده شده به مدت 5 هفته اجرا شد. در پایان 5 هفته مجدداً شاخص کیفیت زندگی در هر دو گروه سنجیده و مقایسه گردید.

Ø یافته ها: تفاوت آماری معنی داری بین کیفیت زندگی قبل و پس از انجام خود مراقبتی در گروه مورد مشاهده شد ($p<0/001$). همچنین تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی بیمارانی که خود مراقبتی نشده بودند با گروه مورد مشاهده شد ($p<0/001$). بین میانگین امتیازات قبل از انجام خود مراقبتی تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت ($p=0/421$).

Ø بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل و پس از انجام خود مراقبتی پس از بیماری سکته مغزی، با هم تفاوت داشت. با آموزش برنامه های خود مراقبتی توسط پرستاران در بیمارستان و منزل تحت عنوان پرستار بهداشت جامعه، می توان گام مهمی در جهت ارتقاء سلامت بیماران برداشت.

Ø واژه های کلیدی: خودمراقبتی، سکته مغزی، کیفیت زندگی

آدرس مکاتبه: اراک، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری
پست الکترونیک: momeni.h@arakmu.ac.ir

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

یکی از اختلالات نورولوژیکی که عملکرد قسمتی از بدن و درک فیزیکی از وضعیت بدن را تغییر می دهد؛ سکته مغزی است. از آنجا که بر اساس آمارهای رایج سکته مغزی در جایگاه سوم علل طبی مرگ در کشورهای پیشرفته است از اهمیت به سزایی برخوردار است (1).

در این راستا هیکی[1] می نویسد: سکته مغزی در ایالات متحده پس از بیماری عروق کرونر قلب و سرطان، سومین عامل مرگ در بالغین به شمار می رود و حدود سه میلیون نفر به آن مبتلا هستند. به طوری که آمار نشان می دهد حدود 1. 500. 000 سکته مغزی در سال رخ می دهد که 150. 000 مورد از آن کشنده می باشد و هزینه سالیانه مراقبت حاد و طولانی مدت آن حدود سی بیلیون دلار می باشد (2). نتایج مطالعات نشان می دهد که با گذشت زمان، مشکلات و نتایج حاصل از بیماری دچار تغییر می گردد به نحوی که تقریباً 30% افراد مبتلا پس از سه هفته فوت می نمایند، 30% بهبودی کامل یافته و در 40% ناتوانی باقی خواهد ماند (3).

مطالعات نشان می د هد که یکی از عوارض سکته مغزی فلج و ناتوانی می باشد. در تأیید فهی[2] می نویسد؛ سکته مغزی یکی از علل معلولیت در ایالات متحده است (4). آمار نشان می دهد که حدود 25% از معلولیتهایی که به ناتوانی در رفع نیازها و فعالیتهای روزمره زندگی منجر می شود؛ به سکته مغزی اختصاص دارد (5).

در مطالعه انجام شده توسط مالت و اوگلند[4]، 70 نفر بیمار دچار اختلالاتی همچون صدمه مغزی، سوختگی و. . . در دو گروه، مورد بررسی قرار گرفتند، که 23% از بیماران دچار اختلال کمتر و 44% از بیماران دچار اختلال بیشتر، در طی زندگیشان مشکلات روانی را بروز دادند. همچنین در مطالعه ویلیامز و گریفتز[5] 30% افراد قبل از ترخیص، 30% در هنگام ترخیص و 4% شش ماه پس از ترخیص (مجموعاً 64%) مشکلات روانی را بروز دادند (6).

بیماران مبتلا به سکته مغزی پس از وقوع بیماری دچار افسردگی می گردند، ارتباط زیادی بین افسردگی پس از سکته مغزی و نقص عملکرد فیزیکی مثل (فعالیتهای روزانه زندگی) وجود دارد. بعضی مطالعات نشان می دهند افسردگی ممکن است اثر منفی بر بهبودی فیزیکی پس از سکته مغزی داشته باشد (7). بعضی از بیماران، خانه، خانواده و تماس با اجتماع را فراموش کرده و ممکن است دچار احساس سردرگمی زندگی شوند. همچنین در مقابل برنامه‌های بازتوانی مقاومت می کنند و احساس بی ارزش بودن را بیان می نمایند (8). مددجویانی که دچار سکته مغزی شده اند، هر روز نسبت به نقصهای حرکتی و ارتباطی که به دلیل بیماری ایجاد شده، آگاه می گردند. در نتیجه نه تنها تغییرات اخیر بدن در تصویر ذهنی مددجو تأثیر گذارده بلکه ترس از ناتوانی یا فقدان ارتباط که نتیجه نهایی سکته مغزی است هم ایجاد می گردد (9). علاوه بر این معلولیت ایجاد شده باعث اشکال در انجام وظایف روزانه زندگی و خودمراقبتی[6]، کار و فعالیتهای اوقات فراغت، عقب افتادگی یا محدودیتهای اجتماعی یا محدودیت در ایفای نقش اجتماعی می گردد (10).

بنا براین جهت مراقبت، درمان و بازگشت بیمار به وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی باید تلاش نمود و در بهبود کیفیت زندگی این بیماران کوشید (11). طی بیست سال گذشته تحقیقات بالینی فراوانی روی کیفیت زندگی انجام شده است که هدف همه این پژوهشها تشخیص تفاوتهای موجود

1. Hickey
2. Fahy
3. Disability
4. Malt & Ugland
5. Williams & Griffths
6. Self care

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-17]

بین بیماران، پیش بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی بوده است.

فربرگ و همکاران کیفیت زندگی را، آن دسته از خصوصیاتی تعریف می کنند که برای بیمار ارزشمند بوده و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی او است، به طوریکه فرد بتواند توانائی هایش را در فعالیتهای با ارزش زندگی حفظ کند (12). ارزیابی کیفیت زندگی کمک می کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی تری مورد توجه قرار گرفته و روشهای درمانی مورد تجدید نظر قرار گیرند (13). برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی از روشهای متفاوتی می توان استفاده نمود که یکی از رایجترین آنها انجام بازتوانی است. خودمراقبتی یکی از ابعاد بازتوانی[1] مبتلایان به سکته مغزی محسوب می شود (14). خودمراقبتی بر اساس بررسی مهارتها و نقصهای حرکتی بیمار و مسائل درکی- حسی و شناختی وی برنامه ریزی می گردد. این امر به بیمار کمک می کند مهارتهای از دست رفته را باز آموزد و نقصهای موقتی یا دائمی را جبران نماید. هر مهارتی که به بیمار آموزش داده می شود، وی با حمایت و تشویق پرستار آن را انجام می دهد (15). بیمار جهت رفع وابستگی در مراقبت از خود تشویق می گردد و اگر در تعاملات اجتماعی مستقل گردد، درک مثبت از خود تقویت می شود (16).

با حمایت پرستار از خودمراقبتی و انجام آن توسط بیمار، وی کنترل خود را دوباره بدست آورده و احساس ارزش نفس می نماید. به زودی بیمار به قسمتهای درگیر بدن خود نگاه می کند، آنها را لمس می نماید و به آنها دست می زند و کم کم فرایند تطابق[2] آغاز می گردد. مشارکت مددجو[3] در برنامه مراقبت از خود با اهداف کوتاه مدت و بلند مدت مهم می باشد. وقتی مددجو بتواند خودمراقبتی را درک نماید و در آن شرکت نماید، احساس کنترل بیماری مزمن و تغییرات بدنی متعاقب آن در وی ایجاد می شود (17).

مواد و روشها

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی است که در آن تأثیرخودمراقبتی برکیفیت زندگی مبتلایان به سکته مغزی بررسی شده است. جامعه پژوهش را همه مبتلایان به سکته مغزی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) بین فروردین ماه تا شهریورماه 1385 تشکیل داده است. مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارتند از: ابتلاء به سکته مغزی برای اولین بار، معلولیت درجه 4-2 طبق جدول اورم، سن بالای30 سال، قدرت عضلانی 4-2 در سمت ضایعه طبق تست دستی عضلانی[4]، داشتن تمایل جهت آموزش و اجرای خودمراقبتی، عدم ابتلا به بیماری عصبی دیگر و بیماری روانی، نداشتن کاهش سطح هوشیاری، عدم سابقه دریافت آموزش رسمی خودمراقبتی به علت سایر بیماریها و مشکلات شنوایی و بینایی واضح و یا ندانستن زبان فارسی.

حجم نمونه برای هر گروه 21 نفر در نظر گرفته شد. واحدهای مورد پژوهش به روش آسان انتخاب سپس به طور تصادفی در دو گروه مساوی مطالعه و شاهد قرار گرفتند. به دلیل اینکه واحدهای مورد پژوهش دو گروه با هم تماسی نداشته باشند واین عامل بر نتایج تحقیق تاأثیر نداشته باشد؛ ابتدا واحدهای مورد پژوهش گروه مطالعه انتخاب شده و پس از تکمیل تعداد نمونه ؛ گروه شاهد انتخاب گردید و تا رسیدن حجم نمونه به تعداد مورد نظر ادامه یافت. ابزار گرد آوری داده

1. Rehabilitation
2. Adaptation
3. Client
4. Musle Manual Test (MMT)
5. Stroke Specific Quality of Life Scale

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-17]

ها پرسشنامه استاندارد اختصاصی سنجش کیفیت زندگی پس از سکته مغزی(SS-QOL)[5] بود (18) که در قسمت اول خصوصیات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش و در قسمت دوم 79 سئوال مربوط به بررسی کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی در رابطه با موارد ذیل وجود داشت: انرژی (دارای 4 سئوال و نمره دهی گروه 3)، نقش خانوادگی (دارای 8 سئوال و نمره دهی گروه 3-2-1)، زبان (دارای 7 سئوال و نمره دهی گروه 2)، تحرک (دارای 12 سئوال و نمره دهی گروه 2-1)، خلق (دارای 8 سئوال و نمره دهی گروه 3)، شخصیت (دارای 4 سئوال و نمره دهی گروه 3)، خودمراقبتی (دارای 8 سئوال و نمره دهی گروه 2-1)، نقش اجتماعی (دارای 7 سئوال و نمره دهی گروه 3-2)، تفکر(دارای 4 سئوال و نمره دهی گروه 3)، عملکرد دستها (دارای 9 سئوال و نمره دهی گروه 2-1)، بینایی (دارای 4 سئوال و نمره دهی گروه 2)، کار و فعالیت (دارای 3 سئوال و نمره دهی گروه 2).

در بدو ورود به مطالعه کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه به وسیله پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. پس از کسب مجوز بلامانع بودن انجام فعالیت مذکور توسط کمیته اخلاق، طرح خود مراقبتی بر اساس یک پروتکل آموزشی شامل یک سری آموزشهای نظری و عملی درخصوص بیماری (تعریف، علایم و بروز)، نحوه پیشگیری از عوارض و ریسک فاکتورها و همچنین آموزش اقداماتی مثل طریقه لباس پوشیدن، استحمام، غذا خوردن، فعالیت واستراحت و دفع مواد؛ به طور انفرادی و روش چهره به چهره، در سه جلسه که هر جلسه به مدت 20 دقیقه برنامه ریزی گردیده ولی بر اساس نیاز بیماران گاهی تا 60 دقیقه هم به طول می انجامید و به فاصله دو روز آموزش داده شد. پس از انجام مراحل آموزش که به صورت شفاهی و انجام عملی تکنیکها صورت گرفت و با انجام تکنیکها در حضور پژوهشگر و کسب اطمینان از این که واحدهای مورد پژوهش قادر به انجام آنها به تنهایی می باشند؛ جهت ایجاد اطمینان خاطر در ایشان از این که مورد حمایت پژوهشگر خواهند بود از آنها خواسته شد اگر در طی این 5 هفته در انجام تکنیکها و موارد آموزش داده شده دچار مشکل شدند و یا سئوالی در این خصوص داشتند با پژوهشگر تماس بگیرند. علاوه بر این پژوهشگر هریک هفته یکبار با واحدهای مورد پژوهش تماس تلفنی داشت. همچنین کتابچه آموزشی در اختیار آنها قرار گرفت.

در گروه شاهد پس از اخذ بلامانع بودن انجام فیزیوتراپی هیچ مداخله ای از طرف پژوهشگرصورت نگرفت و فقط خدمات معمول فیزیوتراپی را دریافت نمودند.

پس از گذشت 5 هفته مجدداً کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش دو گروه توسط همان پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. اطلاعات بدست آمده در جدول های توزیع فراوانی جمع آوری و نمودارهای لازم ترسیم شد. جهت مقایسه میانگین امتیازکیفیت زندگی قبل و پس از انجام خودمراقبتی در گروه مطالعه و قبل و پس از گذشت 5 هفته در گروه شاهد از آزمون ویل کاکسون و جهت مقایسه اختلاف میانگین امتیاز کیفیت زندگی دو گروه در دو مرحله، از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته ها

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش در دو گروه در دسته61-70سال قرار داشتند. 16% واحدهای مورد پژوهش زن و 84% مرد بودند. در میان مشاغل مختلف، کشاورزان آمار بالاتری (38%) را به خود اختصاص داده بودند. 48% واحدهای مورد پژوهش بیسواد، 40% ابتدایی، 12% تحصیلات راهنمایی داشتند. 48% واحدهای مورد پژوهش گروه مطالعه و 42% گروه شاهد روستایی و 52% گروه مطالعه و 58% گروه شاهد شهری بودند. 84% گروه مطالعه و

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-17]

88% گروه شاهد سکته مغزی ایسکمیک و 16%گروه مطالعه و 12% گروه شاهد سکته مغزی هموراژیک را تجربه کردند. 48% واحدهای مورد پژوهش دچار پلژی راست و 52% دچار پلژی چپ شدند. در 28%گروه مطالعه و 16% گروه شاهد لوب فرونتال،20%گروه مطالعه و 36% گروه شاهد لوب پریتال، 30% گروه مطالعه و 32% گروه شاهد لوب تمپورال و 22%گروه مطالعه و 16% گروه شاهد لوب اکسی پیتال درگیر بود. میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل از خود مراقبتی در گروه مطالعه 127/365 ±5/45 و پس از خود مراقبتی 216/875±6/48 بود، که آزمون ویل کاکسون با Z= -4/86 و p<0/001 اختلاف آماری معنی داری را نشان داد (جدول 1).

میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل از 5 هفته در گروه شاهد 123/584 ± 3/42 و پس از 5 هفته 162/346 ±2/34 بود، که آزمون ویل کاکسون با Z=-0/54 و p=0/593 اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد (جدول 2).

اختلاف میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از 5 هفته در دو گروه 50/8 بود که با تی مستقل برابر 2/65 و p<0/001 اختلاف آماری معنی دار بود (جدول 3).

جدول شماره1- مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از خودمراقبتی در گروه مطالعه.

مرحله	قبل از خودمراقبتی		پس از خودمراقبتی		آزمون ویل کاکسون	
امتیاز کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	Z	p
گروه مطالعه	127/365	5/45	216/875	6/48	-4/86	0/001

جدول شماره 2- مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از5 هفته در گروه شاهد.

مرحله	قبل از5هفته		پس از5 هفته		آزمون ویل کاکسون	
امتیاز کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	Z	p
گروه شاهد	123/584	3/42	162/346	2/34	-0/54	0/593

جدول شماره 3- مقایسه اختلاف میانگین کیفیت زندگی قبل و پس از 5 هفته در دو گروه مطالعه و شاهد.

مرحله	مطالعه		شاهد		آزمون t مستقل	
امتیاز کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	p
اختلاف میانگین	89/51	3/23	38/71	1/41	2/65	0/001

بحث و نتیجه گیری

سلامتی دارای ابعاد متعددی است که هر کدام از ابعاد آن می تواند بر کیفیت زندگی مؤثر باشد. انسانها از آن رو به سلامتی اهمیت می دهند که بر روند زندگی و آسایش آنها تأثیر می گذارد. از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی نیز دارای رابطه دو طرفه می باشند به طوریکه مشکلات اجتماعی که روی کیفیت زندگی اثر می گذارند می توانند موجب مشکلات بهداشتی شده و همچنین مشکلات و مداخلات بهداشتی بر کیفیت زندگی مؤثر است (19).

نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی پس از آموزش و اجرای خودمراقبتی در گروه مطالعه نسبت به گروه شاهد، از میانگین بالاتری برخوردار است. پراتکین جوردن می گوید: اندازه گیری کیفیت زندگی در متون پزشکی با نگرشهای متفاوت، متدهای گوناگون و با ابعاد متفاوتی انجام شده است. لذا دامنه نمرات بدست آمده متفاوت است (20). رایت و

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-17]

همکاران در آلبانی (2000) طی تحقیقی تأثیر بازتوانی را بر وضعیت خلقی بیماران دچار ضایعات مغزی بسیار مثبت تلقی نمودند (21). همچنین استیرنز و همکاران در واشنگتن (2000) تأثیر خودمراقبتی را بر سبک زندگی و سازش عملکردی افراد بسیار مهم توصیف نمودند (22).

در زمینه وضعیت تحصیلی، درصد بالایی از مبتلایان بیسواد یا در حد ابتدایی می باشند و رابطه معنی داری بین کیفیت زندگی و سطح سواد وجود نداشت. همچنین رابطه بین کیفیت زندگی با وضعیت اشتغال معنی دار نبود (آزمون کای دو) که این موضوع ممکنست مربوط به تعداد کم نمونه مورد پژوهش باشد. زیرا ریموند و همکاران در پژوهشی تحلیلی دریافتند که بین کیفیت زندگی پائین وکهولت سن، بیکاری و درآمد پائین رابطه معنی داری وجود دارد (23).

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-17]

References

1. Goldman L, and Bennett C, Cecil Text Book of Medicine, 21 edi., Philadelphia, W. B. Suanders Com., 2000, p: 2092.
2. Black G. M. , Hawks J. H. and Keene A. M. , Medical-Surgical Nursing, W. B. Saunders Com., 2001, P: 1972.
3. Hicky J. , The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing, 4 th edi. , Philadelphia, Lippincott Com., 1997, P: 543.
4. Fahy C. and Fisher M. , Privention of Ischemic Stroke, London, Martin Duntiz Ltd Com. , 2000, PP: 1& 2.
5. Smeltzer S. and Bare B. , Brunner & Sudarth's Medical-Surgical Nursing, 9 th edi. , Philadelphia, Lippincott Com. , 2000, P: 123.
6. Newell R. , Body Image and Disfigurment Care, London, Routiedge Com., 2000, P: 96.
7. Sadock B. and et al. Comperhensive TextBook of Psychiatry Kaplan & Sadock. philadelphia, Lippincott Com, 2000, P: 246.
8. Potter P. and Perry A. G., Fundamental of Nursing, 4 th edi., St. Lois, Mosby Com., 2001, P: 549.
9. Ignatavicus D. and et. Al., Medical-Surgical Nursing Acriss the Health Care Continum, Philadelphia, W. B. Suanders Com., 1999, P: 149.
10. Thelan L. and et. al., Critical Care Nursing; Diagnosis and Management, 3 th edi., St. Louis, Mosby Com., 1998, P: 810.
11. Kozier B. and et. al., Fundamental of Nursing; Concept, Process and Practice, 6 th edi., Uppersaddle River, Newjersey, Prentic-Hall Com., 2000, P: 909.
12. Ferburg K. , Gerontological Rehabilitation Nursing, Philadelphia, W. B. Saunders Com., 1999, PP: 199-200.
13. Anonymous H. , Mind Matters: Bothered by Body Image, Health News, Toronto, Vol. 17, Issue1, Feb/Mar 1999, P: 6.
14. Cater L. and Gosgarea M. A., Basic Geriatric Nursing, London, Mosby Com. , 1999, p: 270.
15. Tomey M. A. , and Alligood M. R., Nursing Theorists and Their Worke, 4 th edi., St. Louis, Mosby Com., 1998, P: 179.
16. Ignatavicus D. , and et. al. , Medical-Surgical Nursing Across the health care continum, Philadelphia, W. B. Suanders Com. , 1999, P: 149.
17. Lubkin I. M, Chronic Illness Impagt and Intervention, 3th edi. Boston, Jones & Bartlett Published Com. 2002, p: 296.
18. Williams J, Development of a Stroke – Specific QOL-Scale, Stroke, July 1999, P: 1383.
19. Salehi, A and et. al. Effect of self care on body image of patient with CVA referring to selected isfahan medical university hospital in 2001, thesis for master of nursing Isfahan Medical University, 1380, p: 87. (persion)
20. Phipps W. and et. al. , Medical-Surgical Nursing, St. Lois, Mosby Com., 1999, P: 144.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-17]

21. Wright E. R, Deinstitutionalization Social Rejection, journal of health Behavior, Vol. 41, P: 78.
22. Stearns S. and et al. The Economic Implication of Self Care. American Journal of Public Health. Washington. Vol. 90. P: 1608-1612.
23. hariati, A. and et. al. Quality of Life and Comparison Patterns Applied by Hemodyalized Patient. Gillan university of medical science. No 12. 1382, P: 47. (In persian)

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-17]