

# تأثیر توانبخشی مبتنی بر منزل بر کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی آنان

راضیه عظیمی<sup>۱</sup>، \*فرحناز محمدی<sup>۲</sup>، محمد علی حسینی<sup>۳</sup>، مرجان فرضی<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲. استادیار، عضو مرکز تحقیقات مسائل روانی اجتماعی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳. استادیار گروه داخلی و جراحی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد روانسنجی بخش تحصیلات تکمیلی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

\* نویسنده مسؤول: تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

پست الکترونیک: F\_mohammadi\_2000@yahoo.com

## چکیده

**مقدمه:** توانبخشی بخش مهم درمان سکنه مغزی است. سکنه مغزی سبب بروز عوارضی همچون کاهش کیفیت زندگی در بیماران و فشار مراقبتی در مراقبین می‌شود. مراقبت‌های توانبخشی با نظر به اهمیت نقش خانواده در تیم توانبخشی، باید خانواده‌محور ارایه گردند.

**هدف:** تعیین تأثیر توانبخشی مبتنی بر منزل بر کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و فشار مراقبتی بر مراقبین خانوادگی آنان.

**روش:** این پژوهش یک مطالعه شبه‌تجربی تک‌گروهه بود و جامعه پژوهش شامل ۳۰ بیمار مبتلا به سکنه مغزی ایسکمیک بستری در بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان و مراقبین خانوادگی آنان بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و پرسشنامه سنجش فشار مراقبتی بود. مداخله پژوهش شامل اجرای ۳ جلسه یک ساعته آموزشی طی ۳ روز متوالی به صورت فردی و چهره به چهره بود که همزمان به بیمار و مراقب ارایه شد و به مدت ۸ هفته پس از ترخیص در منزل ادامه داشت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در محیط نرم‌افزاری SPSS نسخه ۱۶ توسط آزمون‌های تی زوجی و آنالیز واریانس و بونفرونی صورت گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات فشار مراقبتی قبل از مداخله  $33/3 \pm 15/5$  و بعد از مداخله  $24/6 \pm 11/1$  بود ( $p < 0/01$ )؛ و میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل از مداخله  $136/1 \pm 34/8$  و بعد از مداخله  $191/0 \pm 35/0$  بود ( $p < 0/01$ ). در بررسی ابعاد ۱۲ گانه کیفیت زندگی، حیطه‌های تحرک و عملکرد اندام‌های فوقانی بیشترین بهبودی را داشت.

**نتیجه‌گیری:** منظور کردن این مداخلات در برنامه‌های درمانی و مراقبتی بیماران مبتلا به سکنه مغزی می‌تواند موجب توانمندی بیشتر بیماران و در نتیجه، کاهش فشار مراقبتی و ارتقای سلامت بیمار و مراقبین گردد.

**کلیدواژه‌ها:** مراقبین، خانواده، مراقبت در منزل، توانبخشی، سکنه مغزی، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۲/۲۵

## مقدمه

واسطه مراقبت از سالمند و رفع نیازهای او متحمل می‌شود (۱۳).

فشار مراقبتی حاصل از مراقبت بیماران سکته مغزی با شکسته شدن انسجام خانوادگی و برهم‌خوردن کیفیت زندگی مراقبین در ارتباط می‌باشد (۱۴). مطالعه کارلا و همکاران (۲۰۰۴) در انگلستان نشان داد که آموزش مراقبین در حین توانبخشی بیماران، هزینه‌ها و فشار مراقبتی مراقبین را کاهش می‌دهد (۱۵). حمایت از مراقبین اولیه جنبه حیاتی در توانبخشی بازماندگان سکته مغزی و بازگشت مجدد او به جامعه دارد (۱۰).

به منظور پیشگیری از عوارض بیماری می‌توان از خدمات نوتوانی مورد نیاز استفاده کرد (۱۶). برنامه‌های توانبخشی به عنوان یک هدف مهم درمانی به بیماران در جهت عدم وابستگی و اجتناب از بستری شدن‌های مکرر بیمارستانی و کاهش هزینه‌های سرسام‌آور کمک می‌کند. پرستاران می‌توانند با تأکید بر توانایی‌های باقیمانده، حتی‌الامکان حس استقلال را در بازماندگان تقویت نمایند و در جهت خودکفا ساختن برای مراقبت از خود، آنان را یاری و حمایت نمایند (۱۷). مطالعه نوربان و همکاران (۱۳۸۳) با هدف تعیین تأثیر اقدامات توانبخشی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی، نشان داد که انجام اقدامات توانبخشی بر روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی تأثیر مثبتی دارد (۱۸).

بازتوانی سکته مغزی ممکن است چند سال به طول بیانجامد. مطالعات نشان داده است که به علت عوامل مختلفی از جمله بالابودن هزینه‌های توانبخشی و پراکندگی این مراکز، عدم دسترسی، محدودیت حرکتی بیماران و مشکلات در رفت‌وآمد به این مراکز، انجام و پیگیری برنامه‌های توانبخشی از سوی بیمار، با محدودیت‌های جدی روبروست. بنابراین، توسعه مدل توانبخشی مبتنی بر منزل به عنوان یک راهکار مؤثر در ارائه این خدمات، یک ضرورت قلمداد می‌شود (۱۹).

عده زیادی از بیماران در کشورهای پیشرفته به مراکز بازتوانی سکته ارجاع داده می‌شوند. با توجه به جدیدالتأسیس بودن این مراکز یا عدم آشنایی یا رغبت بیماران، عده‌ای از بیماران به این مراکز مراجعه نمی‌کنند و عده‌ای از این بیماران نیز در این مراکز پذیرفته نمی‌شوند. مراکز نگهداری بیماران در ایران به این شکل وجود ندارد و بیماران روانه منزل یا مراکز مراقبت خصوصی می‌گردند. سطح فعالیت این افراد در این مراکز از حضور فعال در اجتماع تا ماندن طولانی‌مدت در بستر و عدم تحرک و فعالیت متفاوت است. بیمار سکته مغزی که نقص شدید دارد، از لحاظ جسمی و روانی و حتی در فعالیت‌های روزمره زندگی به دیگران وابسته می‌گردد (۱۶). بر همین اساس، امروزه تأکید بر مدل‌هایی از توانبخشی است که بر بُعد

سکته مغزی به عنوان اولین اختلال عروقی مغزی در جهان شناخته شده است (۱) و بعد از بیماری قلبی و سرطان، به عنوان سومین علت مرگ در جهان مطرح است (۲). بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت، وقوع سالانه سکته مغزی حدود ۲/۷ تا ۷/۴ مورد در هر هزار نفر جمعیت در نوسان است (۱). همچنین میزان وقوع سالانه سکته مغزی در ایران ۳۷۲ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۰۶ می‌باشد (۳). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، سکته مغزی در ایران بعد از بیماری قلبی، سرطان و تصادفات، چهارمین علت مرگ و میر است (۴).

سکته مغزی تأثیر زیادی در زندگی افراد دارد؛ حتی بازماندگان سکته مغزی و مراقبین آن‌ها در مورد تأثیرات شدید بیماری سکته مغزی و پیامدهای آن گزارش می‌دهند (۵). سکته مغزی به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن و مهم‌ترین علل ناتوانی، تأثیر آسیب‌رسان جدی بر کیفیت زندگی بیماران دارد (۶). کیفیت زندگی به عنوان درک فرد از خویش که تحت تأثیر سیستم‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند قرار دارد و بر همین اساس، اهداف، انتظارات، استانداردها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی متأثر از وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات اوست (۷). بسته به شدت و نوع سکته مغزی، این بیماران با درجاتی از اختلال جسمی، روانی و اجتماعی مواجه هستند. این تغییرات می‌تواند به طور بالقوه، کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (۸). مطالعه عزتی و همکاران (۱۳۸۶) با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی نشان داد که سکته مغزی موجب کاهش کیفیت زندگی در سه بُعد جسمانی، روانی-روحي و اجتماعی-اقتصادی می‌گردد (۹).

جدای از پیشرفت در درمان و مراقبت، سکته مغزی به عنوان یک بیماری ویرانگر برای بیماران و خانواده‌هایشان می‌باشد. بازماندگان سکته مغزی و مراقبین آن‌ها به علت شروع غیرقابل پیش‌بینی و ناگهانی سکته مغزی، آمادگی برای رویارویی و برخورد با اثرات سکته مغزی بر زندگی روزانه را ندارند (۱۰). مراقبین غیررسمی بعد از سکته مغزی نقش خیلی مهمی دارند و توانایی ایفای این نقش در منزل برای بازماندگان سکته مغزی حیاتی است (۱۱). نتایج مطالعه توسط بگ (Bugg) و همکاران (۱۹۹۶) در اسکاتلند با هدف مشخص نمودن سطوح فشار تجربه شده توسط مراقبین در ماه‌های اول پس از سکته مغزی، نشان داد که شش ماه پس از سکته مغزی، ۳۷ درصد از مراقبین، فشار مراقبتی قابل توجهی را تجربه کرده بودند (۱۲). فشار مراقبتی یکی از ابعاد و بار مسؤولیت مراقبت است و میزان فشار (جسمی، روانی و اجتماعی) و زحمتی است که مراقبین به

تیرماه ۱۳۹۱ در بخش داخلی اعصاب بیمارستان دکترشریعی اصفهان بستری بودند نمونه مطالعه را شامل می‌شد. معیارهای ورود شامل: اولین ابتلا به سکته مغزی از نوع ایسکمیک به تشخیص پزشک؛ برخورداری از هوشیاری و توان مناسب شنوایی؛ سپری شدن مرحله حاد حمله سکته مغزی (۷۲-۴۸ ساعت) و تأیید پزشک معالج به منظور شرکت در مداخله پژوهش بود. مراقبین نیز از اعضای خانواده بیمار مبتلا سکته مغزی بودند؛ که مسئولیت مستقیم مراقبت از بیمار را از ابتدای بیماری به عهده داشتند.

حجم نمونه بر اساس انحراف معیار یافته‌های مطالعه نوریان و همکاران (۱۳۸۴) محاسبه گردید. پس از پایدارشدن وضعیت زیستی بیمار و انتقال آنان به بخش مغز و اعصاب طبق تجویز پزشک، مداخله پژوهش توسط یک نفر از تیم تحقیق آغاز گردید. مداخله شامل اجرای ۳ جلسه یک ساعته آموزشی طی ۳ روز متوالی به صورت فردی و چهره به چهره و همزمان به بیمار و مراقب به صورت نظری و عملی بود. آموزش نظری شامل محتوای مرتبط با بیماری، علایم، عوامل خطر، تغذیه و پیشگیری از بروز مجدد سکته مغزی بود. آموزش عملی تمرینات دامنه حرکتی مفاصل و تحرک در بستر را شامل می‌شد. هنگام آموزش از مراقبین خواسته شد تا در حضور پرستار محتوای آموزش داده شده را تمرین و در طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان آن را تکرار می‌کرد و پرسش‌های احتمالی خود را برطرف نمایند. از بیماران نیز خواسته شد در حد توان، در این تمرینات به طور فعالانه شرکت کنند.

پیگیری توسط محققین و هفته‌ای دو بار انجام شد و به منظور اطمینان از انجام آموزش‌های داده شده، چک‌لیستی تهیه شده بود که هنگام ترخیص، در اختیار مراقب قرار داده شد؛ که در آن، انتظارات از انجام آموزش‌های داده شده منظور شده بود. محقق نیز با در دست داشتن چک‌لیست طی تماس تلفنی، از انجام آن‌ها اطمینان حاصل می‌کرد. پس از ترخیص نیز انجام محتوای آموزشی در منزل توسط محققین به صورت تلفنی پیگیری گردید. در پایان جلسات آموزشی نیز کتابچه آموزشی مصور در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد. محتوای آموزشی بر اساس متون معتبر علمی تدوین شد و توسط متخصصین پرستاری، پزشک متخصص مغز و اعصاب و اساتید رشته فیزیوتراپی تأیید گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک بیمار و مراقب، پرسشنامه سنجش فشار مراقبتی بر مراقبین رابینسون (Robinson's Care giver Strain ۱۹۸۳) (Index) (۲۱) و پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص سکته مغزی (Stroke specific quality of life scale) ویلیام

جامعه‌محوری آن تأکید می‌شود؛ چرا که هدف غایی این مدل‌ها به عنوان مثال، مدل مراقبت در منزل، ارتقای خودمراقبتی با تأکید بر حضور و مشارکت مددجو و خانواده‌اش می‌باشد. این خدمات به سبب ارزان بودن، امکان‌پذیری، تأمین آسایش مددجو، کاهش بستری‌های مکرر، برقراری حلقه اتصال بین بیمارستان و جامعه، از ارزشمندترین خدمات مراقبت بهداشتی محسوب می‌شود.

مبتلایان به بیماری‌های مزمن، افراد معلول و سالمندان بهترین گیرندگان خدمات توانبخشی هستند. مراقبت‌های توانبخشی با نظر به اهمیت نقش خانواده در تیم توانبخشی، باید به صورت خانواده‌محور ارائه گردد (۲۰). این در حالی است که اکثر مطالعات در این حوزه، بیشتر بر برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر مؤسسات انجام شده است و کمتر به بررسی اثربخشی برنامه‌های جامعه‌محور به خصوص مدل‌های مبتنی بر منزل و تأثیرات آن، همزمان به مددجویان و مراقبین خانوادگی‌شان پرداخته‌اند (۲۰).

با توجه به مطالب فوق و ضرورت بهره‌گیری از مدل‌های مختلف توانبخشی به منظور ارتقای کیفیت زندگی این دست از بیماران، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر توانبخشی مبتنی بر منزل در بیماری سکته مغزی بر کیفیت زندگی بیماران و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی آنان به اجرا درآمد. در این تحقیق از مدل توانبخشی مبتنی بر ارائه خدمات در منزل استفاده شد. این مدل، زیرشاخه‌ای از مدل پرستاری توانبخشی مبتنی بر سطح اقدامات می‌باشد و بر استمرار مراقبت‌های توانبخشی که در مراکز مختلف آغاز شده است و باید در منزل ادامه یابد تأکید دارد. هدف از ارائه مراقبت‌های بهداشتی در منزل، ارتقای حفظ و بازگرداندن سلامتی، ارتقای استقلال، کاهش ناتوانی و معلولیت ناشی از بیماری مزمن می‌باشد. این گونه از خدمات در رفع نیازهای بهداشتی افراد نیازمند به توانبخشی، بسیار مفید است و به سبب ارزان بودن، امکان‌پذیری، تأمین آسایش مددجو، کاهش بستری‌های مکرر، برقراری حلقه اتصال بین بیمارستان و جامعه، از ارزشمندترین خدمات مراقبت بهداشتی محسوب می‌شود. تعامل رودررو با خانواده و مددجو، آموزش مستقیم و بی‌واسطه مددجو و خانواده، ارتقای بیشتر عملکرد مستقل مددجو و بالاتر بودن سطح حدود و اختیارات پرستاران توانبخشی در منزل، از جمله فواید این گونه خدمات می‌باشد (۲۰).

## روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه‌تجربی تک‌گروهی می‌باشد. ۳۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی و مراقبین اولیه عضو خانواده در دسترس که در فاصله زمانی اول اردیبهشت ۱۳۹۱ تا پانزدهم

دوهفته‌ای بررسی شد و برای کیفیت زندگی ۰/۶۸۹ و برای فشار مراقبتی ۰/۷۴ محاسبه شد.

داده‌ها در دو مرحله قبل و ۸ هفته بعد از اتمام مداخله با مراجعه به منازل بیماران برای شرکت کنندگان، جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلی داده‌ها در محیط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و توسط آزمون‌های آماری توصیفی، تی‌زوجی، آنالیزواریانس و بونفرونی انجام شد. سطح معنی‌داری برای تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

اخذ تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه، تمایل آگاهانه و آزادانه در شرکت و ادامه پژوهش توسط شرکت کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات و اطمینان از بی‌ضرر بودن مداخله از ملاحظات اخلاقی این مطالعه بودند.

#### یافته‌ها

بر اساس یافته‌های دموگرافیک، میانگین سن بیماران ۶۳/۳±۱۶/۴ سال بود. ۵۳/۳ درصد از بیماران زن و ۸۳/۳ درصد دارای تحصیلات ابتدایی به پایین و ۷۶/۷ درصد متأهل و ۸۶/۷ درصد با اعضای خانواده زندگی می‌کردند. همچنین ۹۳/۳ درصد به صورت شبانه‌روزی مراقبت می‌شدند و تمامی بیماران دارای عملکرد مستقل قبل از بیماری بودند. گروه مراقبین با میانگین سنی ۱۴/۱±۴۲/۵ سال بودند و ۸۶/۷ درصد از مراقبین زن و ۵۰ درصد دارای تحصیلات ابتدایی و ۹۰ درصد و متأهل بودند.

بر اساس جدول ۱ و تحلیل داده‌های مربوط به فشار مراقبتی مراقبین نشان میدهد که میانگین نمرات فشار مراقبتی مراقبین قبل از مداخله ۱۵/۵±۳۳/۳ بوده و بعد از مداخله به ۱۱/۱±۲۴/۶ رسیده است؛ که تفاوت معنادار از لحاظ آماری (تی‌زوجی) دارد (۰/۰۱<P)؛ و نشان دهنده کاهش میزان فشار مراقبتی مراقبین در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون می‌باشد.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون تی‌مستقل مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات مراقبین بیماران مبتلا به سکنه مغزی در پرسشنامه سنجش فشار مراقبتی در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون

مراحل	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	آماره تی‌مستقل	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۳۰	۳۳/۳	۱۵/۵				
پس‌آزمون	۳۰	۲۴/۶	۱۱/۱	۸/۷	۱۲/۳	۳/۸۴۵**	۰/۰۰۱

P<۰/۰۱

معنادار وجود دارد (۰/۰۱<P). در بررسی حیطه‌های مقیاس کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سکنه مغزی (۱۲ حیطه) بین میانگین تفاضل نمرات بیماران مبتلا به سکنه مغزی در حیطه‌های مقیاس کیفیت زندگی اختصاصی بیماران سکنه مغزی در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود

و همکاران (William & et al ۱۹۹۹) (۲۲) بود. پرسشنامه سنجش فشار مراقبتی ۱۳ پرسش در سطح لیکرت ۵ درجه را دربر داشت و واحدها می‌توانستند نمره ۶۵-۱۳ را بر حسب جوابدهی بین گویه‌های «خیلی کم» تا «خیلی زیاد» کسب کنند. نمره بالاتر نشانه فشار بیشتر مراقبتی بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی دارای ۴۹ پرسش مربوط به ۱۲ بُعد است. این ابعاد شامل: انرژی (۳ پرسش)، عملکرد خانواده (۳ پرسش)، زبان (۵ پرسش)، تحرک (۶ پرسش)، خلق (۵ پرسش)، شخصیت (۳ پرسش)، خودمراقبتی (۵ پرسش)، عملکردهای اجتماعی (۵ پرسش)، وضعیت ذهنی (۳ پرسش)، عملکرد اندام‌های فوقانی (۵ پرسش)، بینایی (۳ پرسش) و کار و مولد بودن (۳ پرسش) می‌باشد و نمراتی بین ۴۹ تا ۲۴۵ را به خود اختصاص می‌دهد. پاسخگویی به پرسش‌ها بر اساس گویه‌های «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» (در حیطه‌های انرژی، نقش خانوادگی، خلق، شخصیت و نقش اجتماعی)، «مشکل نداشتم» تا «اصلاً نمی‌توانستم» (در حیطه‌های تحرک، تفکر، عملکرد اندام‌های فوقانی، بینایی، کار/مولد بودن، زبان) و «مستقل بودم» تا «کاملاً وابسته بودم» (حیطه مراقبت از خود) بود. نمره بالاتر نشانه کیفیت زندگی بهتر بود (۴۰).

ابزارهای یاد شده قبلاً در ایران بررسی روان‌سنجی نشده بود. پس از ترجمه مکرر نسخ انگلیسی پرسشنامه‌ها، اعتبار محتوایی مناسب‌ترین ترجمه، با نظر اساتید صاحب نظر در حوزه مراقبت، درمان و توانبخشی سکنه مغزی بررسی شد و نظرات تکمیلی و اصلاحی اخذ و اعمال گردید. همچنین اعتبار پرسشنامه‌ها از طریق ضریب آلفای کرونباخ بر روی یک گروه نمونه ۲۰ نفری از بیماران و مراقبین بررسی شد؛ که برای پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۹۵۹ و برای پرسشنامه فشار مراقبتی ۰/۷۱۵ محاسبه شد. سپس پایایی آزمون مجدد ابزارها، با فاصله تکرار

بر اساس جدول ۲ و تحلیل داده‌های مربوط به کیفیت زندگی اختصاصی بیماران سکنه مغزی، بین میانگین نمرات بیماران مبتلا به سکنه مغزی در مقیاس کیفیت زندگی اختصاصی بیماران سکنه مغزی در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون تفاوت

دارد ( $p < 0.05$ )؛ به این معنا که عملکرد بیماران مذکور در حیطه‌های مقیاس کیفیت زندگی با یکدیگر متفاوت است. به منظور درک بهتر این مطلب که تفاوت بین کدام یک از زوج

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون تی زوجی مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات بیماران مبتلا به سکته مغزی در مقیاس کیفیت زندگی اختصاصی بیماران سکته مغزی در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون

مراحل	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد تفاضل	آماره تی مستقل	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۳۰	۱۳۶/۱	۳۴/۸	۵۵	۲۲/۱	۱۳/۵۹۵**	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	۳۰	۱۹۱	۳۵				

$P < 0.01$

نمرات بیماران مبتلا به سکته مغزی در حیطه عملکرد اندام‌های فوقانی از همه حیطه‌ها به استثنای حیطه‌های تحرک و مراقبت از خود بالاتر است. همچنین میانگین نمرات بیماران مبتلا به سکته مغزی در حیطه کار/مولد بودن از حیطه‌های شخصیت، تفکر و بینایی بالاتر است.

طبق نتایج جدول ۳، از بین مقایسه‌های انجام شده، مقادیری که در جدول با علامت \* مشخص شده است، در سطح  $0.05$  معنادار است. این نتایج بیانگر آن است که میانگین نمرات بیماران مبتلا به سکته مغزی در حیطه تحرک از همه حیطه‌ها به استثنای حیطه عملکرد اندام‌های فوقانی بوده است و میانگین

جدول ۳: نتایج آزمون بونفرونی مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات بیماران مبتلا به سکته مغزی در حیطه‌های مقیاس کیفیت زندگی اختصاصی بیماران سکته مغزی در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون

ردیف	حیطه‌ها	میانگین	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱	انرژی	۴/۱	-	۰/۴	-/۰۳	۲/۱	۴/۴	۱۰/۹	۰	۸/۲	۲/۹*	۵/۱	۳/۸	۷/۶
۲	نقش خانوادگی	۳/۷	-	-	۰/۳	۱/۶	۰/۷	۷/۱*	۳/۷*	۴/۵*	۲/۵	۱/۴	۰/۱	۳/۹*
۳	خلق	۴	-	-	۰/۳	۱/۹	۰/۳	۶/۸*	۴*	۴/۱*	۲/۸	۱/۱	۰/۳	۳/۵*
۴	شخصیت	۲/۱	-	-	-	-	۲/۲	۸/۷*	۲/۱	۶/۱*	۰/۹	۳*	۱/۶	۵/۴*
۵	نقش اجتماعی	۴/۴	-	-	-	-	-	۶/۵*	۴/۴*	۳/۸*	۳/۲*	۰/۷	۰/۶	۳/۲
۶	تحرک	۱۰/۹	-	-	-	-	-	-	۱۰/۸*	۲/۷	۹/۷*	۵/۸*	۷/۱*	۳/۳*
۷	تفکر	۰	-	-	-	-	-	-	-	۸/۲*	۱/۲	۵/۱*	۳/۸*	۷/۶*
۸	عملکرد اندام فوقانی	۸/۲	-	-	-	-	-	-	-	-	۷*	۳/۱*	۴/۴*	۰/۶
۹	بینایی	۱/۲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۲/۶	۶/۴*
۱۰	کار/مولد بودن	۵/۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱/۳	۲/۵
۱۱	زبان	۳/۸	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۳/۸*
۱۲	مراقبت از خود	۷/۶	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

$p < 0.05$

\* معناداری در سطح  $0.05$

## بحث

در این پژوهش، مشخص گردید که کیفیت زندگی پس از مداخله افزایش و فشار مراقبتی کاهش یافته است. وجود تفاوت معنادار آماری در کیفیت زندگی کل و ابعاد آن با ترتیب اولویت در حیطه‌های تحرک، عملکرد اندام‌های فوقانی، مراقبت از خود و کار/مولد بودن که بیشترین بهبودی را داشته است، را می‌توان به اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر منزل نسبت داد. بنابراین، طبق یافته‌ها، فرضیه پژوهش مبنی بر «مؤثر بودن توانبخشی مبتنی بر منزل در بیماری سکته مغزی بر کیفیت زندگی بیماران» حمایت می‌شود. یافته‌های این مطالعه با سایر مطالعات هم‌راستا می‌باشد. به طوری که مطالعه نوریان و همکاران (۱۳۸۴) با هدف تعیین تأثیر اقدامات توانبخشی بر کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی، نشان داد که میانگین امتیازات کیفیت زندگی در حیطه‌های عملکرد جسمانی، روان‌شناختی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی بعد از اقدامات توانبخشی افزایش معنی‌داری ( $p < 0.05$ ) داشته است.

همچنین امتیاز کلی کیفیت زندگی پس از اقدامات توانبخشی نسبت به قبل از آن، افزایش معنی‌داری ( $p < 0.05$ ) داشته است (۱۸). همچنین مطالعه هوئی‌چان (۲۰۰۹) با هدف تعیین تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر منزل بر عملکرد اندام تحتانی بعد از سکته مغزی، نشان داد که انجام این برنامه در بیماران سکته مغزی که در یک سال قبل از مداخله دچار سکته مغزی شده‌اند باعث بهبود عملکرد اندام تحتانی

مبتلا می‌شود (۲۳). در مطالعه جوکار (۱۳۹۰) با عنوان تعیین تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر منزل ریوی بر کیفیت زندگی بیماران انسدادی مزمن ریوی، نشان داده شد که میانگین کیفیت زندگی گروه مداخله در پس‌آزمون به طور معناداری بیشتر از پیش‌آزمون است ( $p < 0.001$ ) (۲۴).

در بحث یافته‌های مربوط به فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی، وجود تفاوت معنادار آماری در نمرات فشار مراقبتی نشان‌دهنده اثربخشی برنامه توانبخشی سکته مغزی مبتنی بر منزل بر فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی بود. بنابراین، فرضیه دیگر این پژوهش مبنی بر «مؤثر بودن توانبخشی مبتنی بر منزل در بیماری سکته مغزی بر فشار مراقبتی مراقبین» نیز حمایت می‌شود. نتایج برخی مطالعات قبلی هم راستا با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد از جمله مطالعه حسن (۲۰۰۹) که با هدف تعیین تأثیر سکته مغزی بر مراقبین اولیه انجام شده نشان داده که اکثر مراقبین در سطوحی از فشار مراقبتی هستند که نیاز به حمایت و مداخله دارند (۲۵). همچنین نتیجه مطالعه مودزی (۲۰۱۰) که به این مطالعه نیز نزدیک می‌باشد، نشان داد که میزان فشار مراقبتی مراقبین بیماران سکته مغزی بالا بوده است و پس از آموزش مراقبین، فشار مراقبتی مراقبین کاهش یافته است (۱۹). بروز این اثربخشی را می‌توان به وابسته بودن سلامت مراقبین و مددجویان نسبت داد. به عبارت دیگر، ارتقای سلامت بیماران از فشار مراقبت مراقبین می‌کاهد.

مطالعه حاضر اگر چه از اولین تجارب پژوهشی در این حوزه محسوب می‌شود؛ لیکن به سبب حجم کم و روش نمونه‌گیری در دسترس، قابل تعمیم به جامعه بیماران نمی‌باشد. همچنین این مطالعه از نوع تک‌گروهه است. بنابراین، در تفسیر یافته‌ها و اثربخشی مداخله، باید احتیاط بیشتری را منظور کرد. این مطالعه محدودیت‌های دیگری از قبیل تفاوت در توانایی‌های ذاتی افراد در پاسخ به مراقبت‌های درمانی و توانبخشی، تفاوت در حمایت‌های روانی و انجام مراقبت‌ها توسط مراقب اصلی خانواده در مورد هر بیمار، تفاوت شرایط محیطی زندگی بیماران و عدم امکان همگون‌سازی آن برای محقق داشت. طبق نظر رصافیانی، اگر چه مطالعات شبه‌تجربی به عنوان یک شیوه مؤثر در پاسخ به پرسش‌های حوزه توانبخشی در نظر گرفته شده است؛ ولی در مواردی، امکان تلفیق همه معیارهای لازم برای مطالعات در حوزه توانبخشی امکان‌پذیر نمی‌باشد. به ویژه، تعیین گروه مداخله و مشارکت‌کننده، جزء معیارهای سخت در این حوزه می‌باشد (۲۶).

## نتیجه‌گیری

اجرای برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر منزل به نوعی تحقق برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌باشد. بنابراین، اجرای این برنامه‌ها به رفع مشکلات بیماران از قبیل: عدم وجود یک مرکز جامع توانبخشی بیماران سکته مغزی در شهر اصفهان، پراکندگی مراکز توانبخشی و بالا بودن هزینه‌های خدمات توانبخشی، کمک می‌نماید. همچنین یافته‌های این مطالعه و مطالعات مشابه نشان می‌دهد که اجرای برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر منزل با مدیریت پرستاران، به ویژه پرستاران توانبخشی، باعث ارتقای کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی می‌شود؛ و از طرفی، نیز فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی آنان را کاهش می‌دهد و موجب تسهیل توانمندسازی بیماران و خانواده‌ها می‌شود. از آن جا که بیماری‌های مزمن از چالش‌های اساسی سلامت جامعه می‌باشد؛ توسعه این برنامه‌ها سبب بهبود مدیریت بیماری‌های مزمن می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای با همین عنوان بر روی بیماران مبتلا به سکته مغزی با حجم نمونه بیشتر، زمان پیگیری و مدت زمان مداخله طولانی‌تر و ترجیحاً با گروه شاهد و بر اساس شدت‌های مختلف سکته مغزی با توجه به معیار NIHSS انجام گردد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه به عنوان پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و با مساعدت همکاران در بیمارستان دکتر شریعتی شهر اصفهان انجام گرفته است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی بیماران و خانواده‌های آنان، پزشکان، پرستاران، مدیریت و کارکنان بیمارستان و کلیه افرادی که در انجام این مطالعه همکاری و همراهی داشتند، ابراز می‌نمایند.

## References

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Medical Surgical Nursing. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, USA, 2007
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Medical Surgical Nursing. Translated: Moshtagh Z. 1390
3. Dalvandi A, Heikkila K, Maddah SS, Khankeh HR, Ekman SL. Life Experiences after Stroke among Iranian Stroke Survivors. *Int Nurs Rev.* 2010; 57(2): 247-53
4. Mathers CD. Uncertainty and Data Availability for the Global Burden of Disease Estimate 2002. Evidence and Information for Policy Working Paper. 2005. Geneva, World Health organization
5. Mitchell E, Moore K. Stroke: Holistic Care and Management. *Nurs Stand.* 2004; 33(18):43-52
6. Ones k, Yilmaz E, Cetinkaya B, Caglar N. Quality of Life for Patients Post Stroke and the Factors Affecting It. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2005 ;14(6): 261-6
7. Barbotte E, etal. Prevalence of Impairment, Disabilities and Handicaps. *Bulletin of W.H.O.* 2001; 79(11): 1047-54
8. Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosefi E. Relationship between Quality of Life and Social Support in Stroke. *Patients Iran Journal of Nursing (IJN).* 2009; 22(59):23-32
9. Ezzati J, Karimi Rahjerdi H, Nikravan Mofrad M, Alavi Majd H. Quality of Life in Stroke Patients at Hospital Affiliated to Qom University of Medical Sciences. *Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services.* 2008;16(59):33-7 (Persian)
10. Rosemarie E.R, Ena L.H, WallyJ.B. Caregiver Strain and Caregiver Burden of Primary Caregiver of Stroke Survivors with and without Aphasia. *Rehabilitation Nursing.* 2006; 31(5):199-209
11. Ski C, O'Connell B. Stroke: The Increasing Complexity of CarerNeeds. *J Neurosci Nurs.* 2007; 39 (3): 172 – 9
12. Bugge C, Alexander H, Hagen, Suzanne C. Stroke Patients' Informal Caregivers: Patient, Caregiver, and Service Factors that Affect Caregiver Strain. *Stroke.* 1999; 30(8): 1517-23
13. Sullivan T.Caregiver Strain Index. *J Gerontol Nurs.* 2002; 28(8):4-7
14. Smith LN, Lawrence M, Kerr SM, Langhorne P, Lees KR. Informal Caregivers' Experiences of Caring for Stroke Survivors. *J Adv Nurs.* 2004; 46(3): 235 –44.
15. Kalra L, Evans A, Perez L, Melbourn A, Patel A, Knapp M, Donaldson N.Training Carers of Stroke Patients: Randomised Controlled Trial. *BMJ,* 2004; 328:1-5
16. Alavi S. The Effect of Home Care on Complication Resulting from Immobility in Musculoskeletal System of Patients with Stroke Stayed at Home. (Thesis MSc). University of Social Welfare and Rehabilitation. 1384
17. Derstine J, Drayton H. *Comprehensive Rehabilitation Nursing.* London: W.B sounders Co; 2001; 70
18. Nurian K, Kazemian A, Aslani U, Delaram M. Effectiveness of Rehabilitation Programme on Quality of Life of Stroke Survivors. *Zanjan Medical University.* 1384; 13(50): 22-7(Persian)
19. Mudzi W. Impact of Caregiver Education on Stroke Survivors and Their Caregiver. Johannesburg, University of the Witwatersrand. 2010
20. Mohammadi SH.F. *Theoretical Bases of Rehabilitation Nursing.*Tehran: Social Welfare & Rehabilitation Science. 1390
21. Sullivan MT. Caregiver Strain Index. *Best Practice in Nursing Care to Older Adult: From Hartford Institutes for Geriatric nursing.* 2007

22. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*. 1999; 30(7):1362-9
23. Hui-Chan CWY, et al. Effectiveness of a Home-Based Rehabilitation Program on Lower Limb Functions after Stroke Hong Kong. *Med J*. 2009; 15(3): 4
24. Jokar Z, Mohammadi F, Khankeh H.R, Fallah Tafti S. Effect of Home-based Pulmonary Rehabilitation on Fatigue in Patients with COPD. *HAYAT*. 2012; 18(5) : 64-72
25. Hassan S. The Impact of Stroke on the Primary Caregivers of Patients. 2009; Online; Available at: [www.google.com/scholar.sun.ac.za/bitstream/handle/10019](http://www.google.com/scholar.sun.ac.za/bitstream/handle/10019)
26. Rassafiani M. Are Explanatory Randomized Controlled Trials Feasible in Rehabilitation? *Int J Ther Rehabil*. 2008; 15(11): 1-3

Archive of SID



## The effect of home-based stroke rehabilitation on quality of life of stroke survivors and their family caregiver's strain

Razieh azimi<sup>1</sup>, \*Farahnaz Mohammadi<sup>2</sup>, Mohammadali hoseini<sup>3</sup>, Marjan Farzi<sup>4</sup>

1. MSc in medical surgical nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2. Assistant professor, Iranian research center on aging. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3. Assistant professor nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4. MSc, Department of Psychometric, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

\* Corresponding author, Email: F\_mohammadi\_2000@yahoo.com

### Abstract

**Background:** Rehabilitation is a main part of stroke treatment. Stroke causes reduced quality of life (QOL) among stroke survivors and significant strain on Caregivers. However, family role on the rehabilitation team and program should present on family-based.

**Aim:** The effect of home-based stroke rehabilitation on quality of life of stroke survivors and their family caregiver strain.

**Method:** This study was Quasi- Experimental Research. The target populations were all ischemic stroke patients who were admitted to Dr. Shariati Hospital and their caregiver. Convenience sampling was used in which 30 patients and their caregivers who had entrance criteria were selected; and data were collected based on the demographic characteristic, Stroke specific quality of life scale (SS-QOL) and Caregiver Strain Index (CSI) instruments. The participants received stroke rehabilitation program from hospitalization to 8 weeks after discharging from hospital at their home. The study consisted 3 sessions of face to face patient and their family caregiver education in 3 continues day after intensive period of the stroke event. The CSI and SS-QOL were assessed before and after the intervention. The paired t-test, Bonferroni and variance analysis were used for data analyzez.

**Results:** The mean score for CSI before intervention was  $33/3 \pm 15/5$  and after intervention was  $24/6 \pm 11/1$  ( $p < 0/01$ ). In addition, the mean score for SS-QOL before an intervention was  $136/1 \pm 34/8$  and after the intervention was  $191 \pm 35/0$  ( $p < 0/01$ ). Dimensions of movement and function of upper extremities in the SS-QOL showed significant differences between other aspects of the questionnaire.

**Conclusion:** Envisage home-based stroke rehabilitation program on therapeutic plan can cause more functional patients and reduce caregiver strain, and health improvement for stroke survivors and their family caregivers.

**Key words:** Caregivers, Family, Home-care, Rehabilitation, Stroke, Quality of life

Received: 08/02/2013

Accepted: 15/05/2013