

تأثیر برنامه توانمندسازی خانواده بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به سکتة مغزی:

کارآزمایی بالینی غیرتصادفی

ناهید دهقان نیری^۱، *سپیده محمدی^۲، شادان پدرام رازی^۳، تاج محمد آرازی^۴، انوشیروان کاظم نژاد^۵

۱. استاد گروه آموزشی مدیریت پرستاری و عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳. مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۵. استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس

* نویسنده مسؤول: مازندران، بابل، گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بابل
پست الکترونیک: sepidmohamadi@nm.mui.ac.ir

چکیده

مقدمه: عوارض فراوان جسمی و روحی در بیماران مبتلا به سکتة مغزی و طولانی بودن فرایند درمان، لزوم مشارکت خانواده را به عنوان مراقبین اصلی بیماران در منزل می‌طلبد. با این حال، به دلایل متعددی نظیر عدم دریافت حمایت کافی از سوی کارکنان بخش درمان، خانواده‌ها در اجرای برنامه‌های مراقبتی با نارسایی‌های بسیاری مواجه هستند.

هدف: تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی خانواده بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به سکتة مغزی.

روش: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی غیرتصادفی با طرح فقط پس‌آزمون است؛ که در سال ۹۲-۱۳۹۱ در دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بر روی بیماران مبتلا به سکتة مغزی و مراقبین اصلی آن‌ها در دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) انجام شد. برای گروه مداخله برنامه توانمندسازی خانواده که شامل نیازسنجی، آموزش، پیگیری و ارجاع بود اجرا شد و گروه شاهد برنامه معمول بیمارستان را دریافت کردند. روش جمع‌آوری داده‌ها خودگزارشی با استفاده از ابزار محقق‌ساخته تبعیت از رژیم درمانی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون‌های آماری دقیق فیشر، مجذور کای و تی‌مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: متوسط سن بیماران در گروه مداخله $70/6 \pm 7/7$ سال و در گروه شاهد $68/8 \pm 1/0$ سال بود. آزمون آماری تی‌مستقل تفاوت آماری معنی‌داری از لحاظ نمرات تبعیت از رژیم درمانی در هر سه زمینه در دو گروه نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به مؤثر بودن برنامه توانمندسازی خانواده، با وارد نمودن این شیوه در سیستم بهداشتی و مراقبتی، می‌توان با توانمند کردن خانواده‌ها نقش مهمی را در اجرای تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به سکتة مغزی ایفا کرد.

کلیدواژه‌ها: سکتة مغزی، برنامه توانمندسازی، مراقبت، خانواده، تبعیت از رژیم درمانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

مقدمه

سکته مغزی علت اصلی ناتوانی در بزرگسالان و دومین علت مرگ در جهان محسوب می‌شود (۱). در ایران سالیانه ۱۳۹ نفر از هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر برای اولین بار دچار سکته مغزی می‌شوند؛ که این آمار به میزان قابل توجهی بیشتر از کشورهای پیشرفته است (۲).

اکثر بازماندگان سکته مغزی پس از طی مرحله حاد با ناتوانی جسمی و روحی فراوانی از بیمارستان به منزل برمی‌گردند (۳)، و حداقل تا ۶ ماه نیاز به مراقبت مداوم دارند (۵). این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان به دلیل روند بیماری و عوارض ناشی از آن، در انجام فعالیت‌های روزانه و اجرای برنامه‌های مراقبتی خود ناتوان هستند (۶، ۷). از این رو، در بسیاری از کشورها، خانواده‌ها حامیان اصلی روحی، جسمی و اطلاعاتی برای کمک به بهبود بیماری و انجام فعالیت روزانه هستند (۸-۱۰) و بیماران در اجرای برنامه مراقبتی به آن‌ها اعتماد می‌کنند (۱۱).

در ایران نیز به دلایلی نظیر هزینه بالای مراقبت از بیمار در مراکز خصوصی و استخدام پرستار در منزل، کمبود مراکز بازتوانی دولتی و عدم وجود پیگیری پس از ترخیص، اکثر خانواده‌های بیماران مبتلا به سکته مغزی، خود نقش اصلی مراقبت از بیمار را به عهده می‌گیرند (۱۲). هر چند که خانواده‌ها مراقبین اصلی بیماران مبتلا به سکته مغزی در ایران هستند؛ اما آن‌ها در ارائه درست برنامه‌های مراقبتی، با مشکلات بسیاری مواجه هستند و دلیل بروز مشکلات را مواجهه ناگهانی با سکته مغزی، اتخاذ نقش جدید به عنوان مراقب بیمار، نداشتن اطلاعات کافی در ارتباط با بیماری و مراقبت از آن، عدم وجود برنامه‌های بازتوانی قبل از ترخیص و عدم حمایت اجتماعی ذکر می‌کنند (۱۳).

رژیم درمانی تجویز شده در زمینه‌های مختلف از جمله رژیم بازتوانی، غذایی و دارویی از جمله درمان‌های اصلی بیماران مبتلا به سکته مغزی است. اما طبق مطالعه‌ای که نیری و همکاران (۱۳۹۰) در ایران بر روی خانواده‌های بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام دادند، خانواده‌ها سطح آگاهی کمی از مراقبت در حیطه‌های فوق داشتند و نارسایی در تبعیت از رژیم بازتوانی، غذایی و دارویی در آن‌ها مشاهده می‌شد؛ که این امر منجر به بروز عوارض یا طولانی شدن عوارض خواهد شد (۱۴).

در مطالعه دیگری که بر روی بیماران مبتلا به سکته مغزی در ایران انجام شده است، به عدم حمایت مداوم تیم درمان پس از ترخیص بیماران از بیمارستان و عدم توانمندسازی خانواده‌ها از سوی کارکنان بخش درمان در امر بازتوانی بیماران را به عنوان

دلایل اصلی بروز عوارض طولانی‌مدت در بیماران ذکر می‌کنند (۱۵).

با توجه به موارد پیشگفت، نقابسی در مشارکت خانواده‌ها طی فرایند درمان بیماران مبتلا به سکته مغزی وجود دارد. بنابراین، با توجه به اهمیت مراقبت پیگیرانه و طولانی بودن بیماری، احتمال بروز و شدید شدن عوارض و لزوم تبعیت از رژیم درمانی در بهبودی این بیماران، مطالعه کنونی با هدف تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی خانواده بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به سکته مغزی (در سه حیطه رژیم بازتوانی، غذایی و دارویی) انجام شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی غیرتصادفی دوگروهی (مداخله و شاهد) و با طرح فقط پس‌آزمون است. شرکت کنندگان پژوهش را بیماران مبتلا به سکته مغزی در دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان‌های امام‌خمینی (ره) و دکتر شریعتی) به همراه مراقبین اصلی آن‌ها در خانواده که واجد شرایط معیارهای ورود بودند، تشکیل دادند.

مطالعه در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام گردید. حجم مشارکت کنندگان پژوهش بر اساس مطالعه مقدماتی تعیین گردید. مطالعه مقدماتی طبق روش کار مطالعه حاضر بر روی ۲۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی و مراقب اصلی وی که شامل ۱۰ مشارکت کننده در گروه مداخله و ۱۰ مشارکت کننده در گروه شاهد بودند انجام پذیرفت. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه مقدماتی، میانگین نمرات حاصل از گروه مداخله پس از مداخله (۱۱۷/۴±۶/۰) با گروه شاهد (۸۱/۵±۴/۳) تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$).

طبق نتایج حاصل از مطالعه مقدماتی با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد؛ تعداد مشارکت کنندگان لازم برای داشتن حداقل ۴ واحد اختلاف در امتیازات نمره تبعیت از رژیم درمانی کل در دو گروه بر اساس فرمول «مقایسه مانگین دو جامعه» برابر با ۲۶/۹ یعنی ۲۷ نفر در هر گروه مشخص گردید و با احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه، ۳۰ نفر در هر گروه تعیین شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: فرد بیمار برای اولین بار دچار عارضه سکته مغزی شده باشد؛ سکته مغزی از نوع ایسکمیک باشد؛ درجه ناتوانی بیمار ۴۸ ساعت پس از ابتلا به سکته مغزی طبق معیار رانکین (Rankin Scale) (۱۸) در درجه ۴ یا ۵ باشد؛ بیماران در گروه مداخله حداقل ۵ روز در بیمارستان بستری باشند؛ بیماران پس از ترخیص به منزل منتقل شوند؛ مراقبت کننده اصلی بیمار باسواد باشد و بتواند به زبان فارسی

در پایان چکلیست گزینه سایر موارد بود؛ که در صورت وجود عوارض پیش‌بینی نشده، باید در این قسمت نوشته شود. برای مثال: آیا بیمار اختلال گفتاری دارد: بلی-خیر.

بخش دوم پرسشنامه، پرسشنامه محقق ساخته تبعیت از رژیم درمانی با ۴۵ گویه در سه بخش تدوین شد.

بخش اول در ارتباط با تبعیت از رژیم بازتوانی ۲۸ گویه با هدف سنجش نحوه مراقبت خانواده در زمینه بهبود وضعیت حرکتی، پیشگیری از دفورمیتی و درد اندام، اصلاح فرایند تفکر، دستیابی به شیوه‌ای مناسب به منظور برقراری ارتباط، رفع محرومیت‌های حسی، ادراکی و شناختی، سلامت پوست، پیشگیری از عفونت تنفسی و کنترل دفع ادرار و مدفوع بوده است.

بخش دوم تبعیت از رژیم غذایی با ۱۱ گویه و با هدف سنجش نحوه مراقبت خانواده در ارتباط با لزوم رعایت و پیگیری رژیم غذایی تجویز شده و نحوه تغذیه درست و مراقبت‌های حین تغذیه بوده است. بخش سوم تبعیت از رژیم دارویی با ۶ گویه بود و مراقبت خانواده در زمینه برنامه شیوه مصرف، توجهات و عوارض دارویی، اهمیت و لزوم مصرف داروها می‌سنجید.

هر یک از گویه‌ها مقیاسی ۳ گزینه‌ای به صورت «همیشه»، «گاهی اوقات» و «هرگز» داشتند. گزینه «همیشه» نمره ۳، گزینه «گاهی اوقات» نمره ۲ و گزینه «هرگز» نمره ۱ را به خود اختصاص داد. دو گویه در پرسشنامه به صورت منفی نوشته شده بود و نمره این دو به صورت معکوس محاسبه گردید؛ یعنی «هرگز» نمره ۳ و «همیشه» نمره ۱ را به خود اختصاص داد.

نمرات به دست آمده در هر یک از حیطه‌ها در سه دسته تبعیت «ضعیف»، «متوسط» و «خوب» قرار گرفت و تقسیم‌بندی نمرات به طور مساوی با اختصاص ۳۳ درصد نمره کل به هر طبقه صورت گرفت. در زمینه تبعیت از رژیم بازتوانی نمره ۲۸-۴۶ در طبقه «ضعیف»، ۴۷-۶۵ در طبقه «متوسط» و ۶۶-۸۴ در طبقه «خوب» جای گرفتند.

در زمینه رژیم غذایی نمره ۱۱ تا ۱۸ در طبقه «ضعیف»، ۱۹ تا ۲۶ در طبقه «متوسط» و ۲۷ تا ۳۳ در طبقه «خوب» قرار گرفت. در زمینه رژیم دارویی نمره ۶-۱۰ در طبقه «ضعیف»، ۱۱-۱۴ در طبقه «متوسط» و ۱۵-۱۸ در طبقه «خوب» جای گرفت.

برای تعیین روایی ابزار تبعیت از رژیم درمانی از روایی صوری و روایی محتوا استفاده گردید. به این صورت که پرسشنامه پس از مطالعه کتب، مقالات و مشاوره با اساتید و متخصصین و پرستاران در امر سکنه مغزی تنظیم شده و سپس در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی متخصص در این زمینه قرار گرفت و پس از دریافت پیشنهادات آنان، اصلاحات لازم به عمل آمد.

صحبت کند؛ و حداقل ۴ روز در هفته مراقبت از بیمار را به عهده گیرد؛ امکان برقراری تماس تلفنی با مراقبت کننده اصلی بیمار وجود داشته باشد؛ و در زمان انجام این پژوهش، در سایر مطالعات مرتبط با این پژوهش شرکت نداشته باشد.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: تغییر مراقبت کننده اصلی بیمار؛ دریافت برنامه‌های مراقبتی غیر از برنامه معمول بیمارستان؛ و فوت بیمار در طی دو ماه پژوهش بوده است.

در پژوهش حاضر، انتخاب بیمارستان‌های پژوهش از بین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران که بیماران مبتلا به سکنه مغزی در آن بستری می‌شدند صورت گرفت. نمونه‌گیری مشارکت کنندگان به روش در دسترس یا آسان انجام شد.

تمامی بیماران مبتلا به سکنه مغزی و مراقب اصلی آن‌ها در دو بیمارستان امام خمینی (ره) و دکتر شریعتی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، پس از کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش به عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. نمونه‌گیری هر دو گروه مداخله و شاهد به تعداد مساوی در هر دو بیمارستان فوق انجام شد؛ به این صورت که ابتدا یک بیمارستان به گروه مداخله و بیمارستان دیگر به گروه شاهد اختصاص یافت. این امر به منظور جلوگیری از تأثیر تداخل برنامه مراقبتی در دو گروه صورت گرفت؛ تا در طی انجام مداخله، دو گروه مداخله و شاهد در یک زمان در یک بیمارستان نباشند.

روند جابجایی بیمارستان‌ها به این گونه بوده است که ابتدا ۱۰ مشارکت کننده از گروه مداخله در یک بیمارستان و ۱۰ مشارکت کننده از گروه شاهد در بیمارستان دیگر وارد پژوهش می‌شدند. پس از این که ۱۰ بیمار هر دو گروه مداخله و شاهد از بیمارستان مرخص می‌شدند، بیمارستان‌ها برای ۱۰ مشارکت کننده بعدی پژوهش جابجا می‌شد؛ تا فرایند نمونه‌گیری تمام شود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه و یک چکلیست استفاده شد. پرسشنامه اول برای بررسی داده‌های فردی بیمار و مراقبت کننده اصلی بیمار (شامل سن، جنس، نسبت با بیمار، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، سابقه مراقبت از بیمار با بیماری مزمن، تعداد روزهای مراقبت از بیمار در هفته و ساعات روزانه مراقبت از بیمار است) بود.

چکلیست نیازسنجی به منظور تعیین نیازهای مراقبتی بیماران در ۳ زمینه رژیم بازتوانی، غذایی و دارویی با توجه به عوارض ایجاد شده طی بیماری تهیه گردید. چکلیست ۳۰ گویه داشت که مشتمل بر عوارض بیماری سکنه مغزی بود. در این چکلیست در مقابل تمامی گویه‌ها، پاسخ بلی و خیر قرار داشت.

معیارهای شاخص روایی محتوا نیز محاسبه شد؛ که در همه گویه‌ها دامنه نمره‌ای بالاتر از ۰/۸ بوده است. هم از معیار CVI و هم اعمال پیشنهادات متخصصین امر برای روایی محتوا استفاده شد. به منظور خوانایی و تعیین روایی صوری، پرسشنامه به ۱۵ نفر از افراد خانواده بیمار سکنه مغزی داده شد و پرسش‌ها بر اساس درک مراقبین (گویه‌ها به گونه‌ای باشد که افراد با سطح سواد و فرهنگ متفاوت بتوانند به خوبی آن‌ها را درک کنند) تنظیم گردید.

به منظور تعیین اعتماد ابزار جمع‌آوری داده‌ها از روش پیوستگی درونی استفاده شد؛ به این صورت که پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از افراد خانواده بیماران مبتلا به سکنه مغزی که دو ماه پس از ابتلا به بیماری به درمانگاه بیمارستان‌ها مراجعه کرده بودند و جزء مشارکت کنندگان پژوهش نبودند داده شد؛ تا ابزار را تکمیل نمایند. سپس با تجزیه و تحلیل آماری، میزان آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۸۶ به دست آمد و به این وسیله، پایایی درونی ابزار تأیید شد.

۴۸ ساعت پس از بستری شدن بیمار، محقق بعد از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش به واحدهای مورد پژوهش و امضای فرم رضایت کتبی، اقدام به نمونه‌گیری و سپس تکمیل پرسشنامه داده‌های دموگرافیک کرد. در هر دو گروه بیمار و مراقب اصلی بیمار در خانواده که می‌توانست همسر، فرزند و وابستگان بیمار باشد شرکت نمودند. گروه شاهد بیمار و حداقل یک مراقب اصلی بیمار در خانواده بودند که مراقبت‌های رایج و معمول ارایه شده از سوی بیمارستان را دریافت می‌کردند.

برای گروه مداخله، برنامه توانمندسازی خانواده در چهار بخش اجرا شد. برنامه شامل نیازسنجی، آموزش خانواده بر اساس نیاز بیمار در امر مراقبت، پیگیری مراقبتی از طریق تلفن پس از ترخیص و هماهنگی و ارجاع بین خانواده و مراقبین بهداشتی و درمانی بوده است. مدت انجام مطالعه برای هر مشارکت کننده در هر دو گروه، از زمان انتخاب مشارکت کننده و ورود آن‌ها به مطالعه تا دو ماه بعد از آن در نظر گرفته شد. مدت کلی انجام مطالعه ۹ ماه بوده است.

برنامه توانمندسازی خانواده به این صورت اجرا شد که ابتدا نیازهای آموزشی خانواده در سه زمینه مراقبتی رژیم بازتوانی، غذایی و دارویی با توجه به عوارض ایجاد شده در بیماران با پر کردن چک‌لیست نیازسنجی تعیین شد. پس از تعیین نیازها در حیطه‌های مذکور، آموزش حضوری به صورت فردی در حداقل سه جلسه برای هر مشارکت کنندگان، طی بستری بیمار در بیمارستان برای مراقب اصلی وی بر اساس مدل یادگیری بزرگسالان طراحی و اجرا شد (۱۹).

بنا به نیاز، هر جلسه یک الی یک و نیم ساعت به طول انجامید. در طی این جلسات بیماری سکنه مغزی، عوارض آن از جمله نقایص حرکتی، شناختی، احساسی، بینایی و کلامی و همچنین اختلال در عملکرد روده و مثانه و نقش خانواده در امر مراقبت از این بیماران و نحوه پیشگیری از عوارض در تمامی زمینه‌ها از جمله عفونت تنفسی، مراقبت پوستی و پیشگیری از زخم فشاری توضیح داده شد. در عین حال، رژیم دارویی بیماران، ضرورت اجرای درمان دارویی و عوارض داروها، رژیم غذایی درست، مشکلات بلع و روش شناسایی آن، نحوه دادن غذا و در صورت داشتن لوله بینی-معدی نحوه کاربرد آن توضیح داده شد.

آموزش در جوی صمیمانه به همراه انعطاف‌پذیری، با زبان ساده و قابل فهم برای مراقبین صورت گرفت. در این جلسات، بحث دوطرفه بین محقق و مراقب اصلی بیمار و تمرینات عملی بر روی بیمار انجام می‌شد. پس از پایان هر جلسه، محقق با شیوه پرسش و پاسخ و مشاهده ارایه مراقبت از سوی مراقب اصلی بیمار، یادگیری برنامه‌های مراقبتی ارایه شده را ارزیابی نمود و در صورت نقص یادگیری در هر یک از موارد، آموزش مجدد ارایه شد. پس از آموزش، کتابچه آموزشی مصور با تأکید بر تمام موارد آموزشی برای تثبیت و یادآوری مطالب مطرح شده به مراقب اصلی بیمار داده شد.

در مرحله بعد، به منظور پیگیری برنامه‌های مراقبتی آموزش داده شده، هر هفته یا با فواصل کمتر بر اساس نیاز مراقب اصلی بیمار، با وی تماس تلفنی حاصل شد و نیازها و مشکلات آن‌ها بررسی گردید. همچنین برنامه‌های مراقبتی تقویت و تأکید می‌شد. ضمناً شماره تلفن محقق به مراقبین اصلی بیماران داده شد، تا در صورت نیاز به مشاوره در غیر از مواردی که محقق طی هفته با آن‌ها تماس می‌گرفت، با وی تماس تلفنی برقرار کنند.

به منظور ارجاع، محقق در ابتدای مداخله، تیم درمانی (پزشک متخصص، روان‌درمانگر و فیزیوتراپ) هر یک از بیماران گروه مداخله را شناسایی کرد و راه‌های ارتباطی با آن‌ها در بیمارستان نظیر شماره تلفن را دریافت نمود و در صورت تشخیص به نیاز بیمار، مرجع مناسب برای رفع مشکل به خانواده‌ها معرفی شد. زمانی که خانواده‌ها نیاز به کمک در زمینه ارجاع داشتند، هماهنگی و پیگیری لازم به منظور ارجاع به تیم مربوطه به عمل آمد. در صورت نیاز خانواده بیمار، مرجع مناسب برای رفع مشکل به خانواده‌ها معرفی شد.

زمانی که خانواده‌ها نیاز به کمک در زمینه ارجاع داشتند، هماهنگی و پیگیری لازم به منظور ارجاع به تیم مربوطه به عمل آمد. در زمینه ارجاع، هیچ کدام از بیماران گروه تجربه مجدداً بستری نشدند و برای ۱۲ فرد از گروه تجربه

دانشگاه علوم پزشکی تهران، از زمان ثبت عنوان تا اجرای پژوهش رعایت گردید.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار spss نسخه ۱۱/۵ و به تناسب از آمار توصیفی و استنباطی آزمون‌های آماری تی‌مستقل، کولموگروف اسمیرنوف، مجذورکای و دقیق فیشر استفاده گردید. لازم به ذکر است که در جداول نتایج پژوهش متغیرهای سن و تبعیت از رژیم بازتوانی، غذایی و دارویی، به منظور سهولت مقایسه دیداری در دسته‌بندی کیفی هم قرار گرفته‌اند و تجزیه و تحلیل آن‌ها با تست‌های آماری برای داده‌های کمی انجام شده است.

یافته‌ها

متوسط سن مراقبت‌کنندگان در گروه مداخله $39/6 \pm 8/2$ سال و در گروه شاهد $37/1 \pm 9/4$ سال بوده است. بیشترین درصد مراقبین هر دو گروه مداخله و شاهد با جنسیت زن ۱۷ نفر ($56/7\%$) و ۲۰ نفر ($66/7\%$) درصد، تحصیلات دیپلمه ۱۱ نفر ($36/7\%$) و ۱۰ نفر ($33/4\%$) درصد، و بدون سابقه مراقبت از بیمار با بیماری مزمن بودند. واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک با همدیگر همگن بودند (جدول ۱).

هماهنگی‌های لازم با فیزیوتراپ بیمارستان به منظور ارجاع به منزل بیمار انجام شد.

گروه شاهد طی دو ماه پژوهش، برنامه‌های معمول بیمارستان را دریافت کردند و یک ماه بعد از ورود به پژوهش، با مراقب اصلی بیمار در این گروه تماس حاصل شد و در مورد مراقبت بیمار توسط وی و عدم دریافت برنامه‌هایی غیر از معمول بیمارستان اطمینان حاصل شد. در صورت دریافت برنامه‌هایی غیر از برنامه معمول بیمارستان از مطالعه خارج می‌شدند.

لازم به ذکر است که برنامه معمول دو بیمارستان مشابه هم بوده و مراقبت پرستاری همراه با آموزش‌های بسیار مختصر و فاقد پیگیری پس از ترخیص و برنامه ارجاع بوده است. پس از گذشت دو ماه بعد از شروع مداخله، با ابزار مربوطه که شامل پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی بود، میزان تبعیت از رژیم درمانی در دو گروه مداخله و شاهد سنجیده شد. به این جهت، پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی پس از دو ماه به آدرس مراقب اصلی بیمار در دو گروه پست شد و از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه را تکمیل کنند. سپس پاسخ‌های داده شده به گویه‌ها به صورت تلفنی پرسیده شد. تمامی پرسشنامه‌ها توسط یک نفر محقق به صورت تلفنی تکمیل شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، تمامی اصول و فرایندهای اخلاقی پژوهش کارآزمایی بالینی مورد تأیید

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مراقب اصلی بیماران در دو گروه مداخله و شاهد

نتیجه آزمون pvalue	گروه شاهد تعداد (درصد)	گروه مداخله تعداد (درصد)	متغیر
*P= .042	۱۰ (۳۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)	جنس مرد
**P= .027	۲۰ (۶۶/۷)	۱۷ (۵۶/۷)	زن
*P= .092	۳۷/۱ ± ۹/۴	۳۹/۶ ± ۸/۲	سن به سال میانگین و انحراف معیار
*P= .081	۵ (۱۶/۷)	۶ (۲۰)	نسبت یا بیمار همسر
	۱۸ (۶۰)	۱۸ (۶۰)	فرزند
	۷ (۲۳/۳)	۶ (۲۰)	عروس و نوه
	۵ (۱۶/۶)	۵ (۱۶/۶)	ابتدایی
	۹ (۳۰)	۶ (۲۰)	سیکل
	۱۰ (۳۳/۴)	۱۱ (۳۶/۷)	دیپلم
	۶ (۲۰/۰)	۸ (۲۶/۷)	تحصیلات دانشگاهی
**P= .067	۳۷ (۲۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	تعداد روزهای مراقب از بیمار در هفته
	۶ (۲۰/۰)	۷ (۲۳/۳)	۵
	۴ (۱۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	۶
	۱۳ (۴۳/۴)	۱۴ (۴۶/۷)	۷

*آزمون آماری مجذورکای

**آزمون آماری تی‌مستقل

درصد) بیسواد، و با میزان درآمد تا حدی کافی گروه مداخله ۱۵ نفر (۵۰ درصد) و ۱۴ نفر (۴۳/۳ درصد)، ابتلا به همی‌پلژی راست گروه مداخله ۲۱ نفر (۷۰ درصد) و ۱۹ نفر (۶۳/۳ درصد)

متوسط سن بیماران در گروه مداخله $70/6 \pm 7/7$ سال و در گروه شاهد $68/8 \pm 11/0$ سال بوده است. بیشترین درصد بیماران هر دو گروه مداخله ۱۶ نفر ($53/3\%$) درصد و شاهد ۱۳ نفر ($43/3\%$)

و با درجه مقیاس رانکین ۵ گروه مداخله ۲۷ نفر (۹۰ درصد) و ۲۶ نفر (۸۶/۶ درصد) بوده‌اند. بیماران مورد پژوهش در دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک با همدیگر همگن بودند (جدول ۲).

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به سکته مغزی در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه شاهد تعداد (درصد)	نتیجه آزمون آماری pvalue
جنس	مرد ۱۴ (۴۶/۷)	۱۵ (۵۰/۰)	*P=۰/۷۹
	زن ۱۶ (۵۳/۳)	۱۵ (۵۰/۰)	
سن به سال	۷۰/۶±۷/۷	۶۸/۸±۱/۰	**P=۰/۴۳
سطح سواد	بی سواد ابتدایی سیکل دیپلم تحصیلات دانشگاهی	۱۶ (۵۳/۳) ۱۲ (۴۰/۰) ۲ (۶/۷) ۲ (۶/۷) ۴ (۱۳/۳) ۱ (۳/۳)	*P=۰/۴۰
میزان درآمد	کفایت می‌کند تا حدی کفایت می‌کند کفایت نمی‌کند	۶ (۲۰/۰) ۱۳ (۴۳/۳) ۱۴ (۴۶/۷)	*P=۰/۳۲
بروز همی‌پلژی	بروز همی‌پلژی سمت راست بروز همی‌پلژی سمت چپ	۲۱ (۷۰/۰) ۱۱ (۳۶/۳)	**P=۰/۵۸
درجه مقیاس رانکین	۴ ۵	۳ (۱۰۰/۰) ۲۶ (۸۶/۶)	***P=۱

*آزمون آماری مجذورکای

** آزمون آماری تی مستقل

*** تست دقیق فیشر

جدول ۳: میزان تبعیت از رژیم بازتوانی، رژیم غذایی و رژیم دارویی دو ماه پس از ابتلا به سکته مغزی در دو گروه مداخله و شاهد

گروه	مداخله	شاهد	آزمون تی مستقل Pvalue
فراوانی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	میانگین و انحراف معیار
تبعیت از رژیم بازتوانی	۷۲/۷±۴/۰ (۰)۰	۵۱/۹±۵/۰ (۰)۰	P<۰/۰۰۱
	۱ (۳/۳)	۲۴ (۸۰/۰)	
	۲۹ (۹۶/۶)	۳۰ (۱۰۰/۰)	
تبعیت از رژیم غذایی	۲۹/۶±۲/۳ (۰)۰	۲۲/۴±۲/۲ (۰)۰	P<۰/۰۰۱
	۲ (۶/۶)	۲۸ (۹۳/۳)	
	۲۸ (۹۳/۳)	۳۰ (۱۰۰/۰)	
تبعیت از رژیم دارویی	۱۷/۱±۰/۸ (۰)۰	۱۵/۲±۱/۰ (۰)۰	P<۰/۰۰۱
	۳۰ (۱۰۰/۰)	۲۴ (۱۰۰/۰)	
	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	

مداخله (۲۹/۶±۲/۳) و شاهد (۲۲/۴±۲/۲) نشان داد (p<۰/۰۰۱).

آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی‌داری را از لحاظ نمره تبعیت از رژیم دارویی نیز در دو گروه مداخله (۱۷/۱±۰/۸) و شاهد (۱۵/۲±۱) نشان داد (p<۰/۰۰۱) (جدول ۳).

بحث

نمره تبعیت از رژیم بازتوانی دو ماه پس از ابتلا به سکته مغزی در دو گروه مداخله (۷۲/۷±۴) و شاهد (۵۱/۹±۵) با اجرای آزمون آماری تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری نسبت به هم داشت و در گروه مداخله سطح بالاتری در تبعیت از رژیم بازتوانی مشاهده گردید (p<۰/۰۰۱).

آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی‌داری را در نمره تبعیت از رژیم غذایی دو ماه پس از ابتلا به سکته مغزی در دو گروه

صورت گرفت؛ که می‌توان این مورد را یکی از علل موفقیت برنامه توانمندسازی خانواده در بهبود تبعیت از رژیم بازتوانی بیماران مبتلا به سکتته مغزی در این مطالعه ذکر کرد.

برنامه توانمندسازی خانواده تأثیر مثبت در بهبود تبعیت از رژیم درمانی در زمینه رژیم غذایی نیز داشته است. اکثر خانواده‌ها در ایران خصوصاً خانواده‌هایی که افراد مسن در آن زندگی می‌کنند، اعضای خانواده در کنار همدیگر وعده‌های اصلی غذا را میل می‌کنند (۲۰). بنابراین، می‌توان انتظار داشت که درگیر کردن خانواده‌ها در رژیم غذایی والدین تأثیر مثبت داشته باشد.

در مطالعه دیگری که تنایی و همکاران در سال ۱۳۸۹ در ایران تأثیر برنامه مراقبتی خانواده‌محور بر میزان تبعیت از رژیم درمانی بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر را سنجیده بودند؛ تفاوت آماری معنی‌داری را در زمینه تبعیت از رژیم غذایی بین دو گروه مداخله و شاهد مشاهده کردند. پژوهشگران وجود چند جلسه آموزش، ارایه کتابچه آموزشی و ایجاد حساسیت به دنبال پیگیری مداوم برنامه‌های مراقبتی از طریق تلفن را از جمله علل موفقیت برنامه مراقبتی خانواده‌محور بر میزان تبعیت از رژیم غذایی ذکر کردند (۲۲)؛ که این موارد در برنامه مراقبتی مطالعه حاضر نیز اعمال شد.

در پژوهشی که توسط Chien و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان «تأثیر آموزش‌های نیازمحور خانواده و بیمار بستری در بخش‌های مراقبت ویژه» انجام شد، نتایج نشان داد که افرادی که در کنار خانواده و به همراه آنان آموزش‌های مربوط به تغذیه بعد از بستری در بیمارستان را دریافت کردند، تفاوت قابل توجهی در سطح دانش و آگاهی در رابطه با رژیم غذایی کم‌چرب نسبت به گروه کنترل داشتند؛ اما تفاوت آماری معنی‌داری از لحاظ تبعیت از رژیم کم‌چرب بین دو گروه تجربه و کنترل ملاحظه نشد؛ که هم‌راستا با مطالعه حاضر نمی‌باشد.

پژوهشگران این مطالعه دلیل معنی‌دار نشدن تفاوت آماری بین دو گروه را اکتفا نمودن به فقط یک جلسه آموزش و عدم پیگیری برنامه‌های آموزشی پس از ترخیص بیماران از بیمارستان دانستند. آن‌ها در نتایج خود ذکر کردند که یک جلسه آموزش ممکن است سطح آگاهی بیماران و خانواده آن‌ها در زمینه رژیم غذایی را افزایش دهد؛ اما برای تغییر رفتار و اجرای رژیم غذایی در بیماران کافی نیست (۲۳).

با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان یکی از دلایل تفاوت معنی‌دار میان دو گروه تجربه و مقایسه در مطالعه حاضر را اجرای چند جلسه آموزشی، پیگیری پس از ترخیص و ارایه کتابچه آموزشی دانست.

نتایج حاکی از آن است که هر چند تفاوت نمره حاصل از تبعیت از رژیم دارویی بین دو گروه مداخله و شاهد از لحاظ آماری

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی خانواده بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به سکتته مغزی انجام شد و نتایج حاکی از آن است که گروه مداخله نسبت به گروه شاهد در سطح بالاتر تبعیت از رژیم بازتوانی، غذایی و دارویی بوده است.

با توجه به این که مراقبت‌های مبتنی بر خانواده و حمایت خانواده‌های بیماران مبتلا به سکتته مغزی از سوی کارکنان بخش درمان نظیر پرستاران در ایران ضعیف است؛ خانواده‌های بیماران مبتلا به سکتته مغزی آموزش‌های لازم در زمینه بازتوانی و مراقبت‌های مربوطه در این زمینه که بسیار ساده و قابل اجرا است را دریافت نمی‌کنند و به مکان‌های خصوصی برای بازتوانی ارجاع داده می‌شوند.

این در حالی است که تعداد این مؤسسات کم است و هزینه بازتوانی در آن‌ها بسیار بالا است. بنابراین، اکثر مراقبین با توجه به دانسته‌های خود و اطرافیان از بیمار در منزل مراقبت می‌کنند؛ که مطابق با اصول درست بازتوانی نیست و منجر به بروز عوارض فراوانی در بیمار می‌شود (۲۰).

در مطالعه حاضر، گروه شاهد برنامه معمول بیمارستان را دریافت کردند و شرایطی تقریباً مشابه با شرایط مذکور را داشته‌اند؛ و در نهایت، آنچه مشاهده گردید سطح متوسط و ضعیف تبعیت خانواده‌ها در امر بازتوانی بوده است. این در حالی است که خانواده‌های گروه مداخله که برنامه‌های توانمندسازی خانواده شامل نیازسنجی، آموزش، پیگیری و ارجاع را دریافت کرده‌اند، به نظر می‌رسد که این برنامه توانسته است با پوشاندن شکاف‌های موجود در امر بازتوانی بیماران از سوی خانواده‌ها، منجر به بهبود تبعیت از رژیم بازتوانی گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شود.

هم‌راستا با مطالعه حاضر، مطالعه‌ای را Shyu و همکاران (۲۰۰۸) با عنوان «برنامه ترخیص خانواده‌محور برای بیمار مبتلا به سکتته مغزی و خانواده آن‌ها» انجام دادند. در این مطالعه، خانواده بیماران در گروه مداخله، برنامه ترخیص را که شامل آموزش بازتوانی جسمی، روحی و شناختی به همراه پیگیری تلفنی و ویزیت منزل بود، دریافت می‌کردند.

نتایج نشان داد که کیفیت مراقبت از بیمار و رعایت برنامه‌های بازتوانی ارایه شده در گروه تجربه بهتر از گروه شاهد بود. در مطالعه مذکور، یکی از علل موفقیت برنامه توانمندسازی خانواده را اجرای برنامه‌های مراقبتی و آموزشی به صورت خاص برای هر بیمار و خانواده وی ذکر کرد؛ که این برنامه با توجه به نیازهای مراقبتی و عوارض ایجاد شده در هر بیمار پس از سکتته مغزی، به صورت جداگانه صورت گرفته بود (۲۱).

در مطالعه حاضر، نیز برنامه توانمندسازی خانواده برای هر بیمار و مراقب اصلی وی به صورت جداگانه و بعد از مرحله نیازسنجی

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر و سایر مطالعات تأیید کننده تأثیر مثبت برنامه‌های توانمندسازی خانواده بر روی تبعیت از رژیم درمانی در سه زمینه رژیم بازتوانی، غذایی و دارویی بیماران مبتلا به سکته مغزی بود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم مشاهده رفتارهای مراقبتی تبعیت از رژیم درمانی در منزل بوده است. امید است که این محدودیت در مطالعات آینده وجود نداشته باشد.

نتیجه‌گیری

برنامه توانمندسازی خانواده با مراحل نیازسنجی، آموزش، پیگیری و ارجاع بر پایه تئوری آموزش بزرگسالان به صورت فردی در افزایش تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به سکته مغزی در سه زمینه رژیم بازتوانی، غذایی و دارویی مؤثر بود. با توجه به این که تبعیت از رژیم درمانی گام نخست به منظور بهبودی جسمی و روحی بیماران مبتلا به سکته مغزی است و مشارکت خانواده‌ها در این امر توانست راه‌گشایی برای بهبود تبعیت از رژیم درمانی باشد؛ بنابراین، از کارکنان بخش درمان خصوصاً پرستاران انتظار می‌رود که با تشریح مساعی مراقبت با خانواده‌ها، منجر به ارتقای کیفیت و تداوم مراقبت در این زمینه شوند. پیشنهاد می‌شود که با توجه به این که عدم حضور در منزل و مشاهده رفتارهای مراقبتی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است؛ در پژوهش‌های آینده برای بهبود فرایند تحقیق حضور در منزل لحاظ گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد ثبت کارآزمایی بالینی IRCT201202128978N1 است و تحت حمایت این سازمان انجام گرفته است. قدردان زحمات پرستاران، بیماران و خانواده‌هایی که در اجرای این طرح ما را یاری نمودند هستیم.

References

1. Philp I, Brainin M, Walker MF, Ward AB, Gillard P, Shields AL, et al. Development of a Poststroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013;22(7):e173-e80.
2. Azarpazhooh MR, Etemadi MM, Donnan GA, Mokhber N, Majdi MR, Ghayour-Mobarhan M, et al. Excessive Incidence of Stroke in Iran. *Stroke.* 2010;41(1):e3-e10.
3. Javaheri AH, Nouriyani A, Zandi M, Khanzadeh R, Khodabakhshi M. The Effect of Combined Isometric and Isotonic Exercises on Brain Stroke Patients' Static Balance. *Evidence Based Care Journal.* 2012;2(1):55-63. (Persian)
4. Mazlom S, Bahrami M, Hasanzadeh F, Ghandehari K. The Effect of Mirror Therapy on Motor Abilities of Patients with Stroke. *Evidence Based Care Journal.* 2013;3(3):7-18. (Persian)
5. Delbari A. Epidemiological and Recovery Facilitating Studies of an Urban Population Of Stroke Patient In Iran. Thesis Phd Neurobiologi, Karolinska Institutue, 2010.

معنی‌دار شده است؛ اما نکته جالب توجهی که در نتایج حاصل از میزان تبعیت از رژیم دارویی در دو گروه مداخله و شاهد وجود دارد این موضوع است که بر خلاف تبعیت از رژیم بازتوانی و رژیم غذایی، که اکثر افراد گروه شاهد در طبقه متوسط و ضعیف قرار گرفته بودند، در تبعیت از رژیم دارویی هیچ یک از افراد گروه شاهد در طبقه ضعیف قرار نگرفته و اکثر افراد این گروه در طبقه خوب جای گرفتند.

در مطالعه نیری و همکاران (۲۰۱۴) اغلب بیماران و مراقبین آن‌ها در ایران رژیم دارویی را کنترل کننده اصلی بیماری و دلیل اصلی عدم عود بیماری دانسته و دارو را جایگزین مراقبت‌هایی نظیر بازتوانی و رژیم غذایی قرار می‌دهند و فقط به داروها برای بهبودی بیمار اکتفا می‌کنند. همچنین اجرای برنامه دارویی را بسیار ساده‌تر و کم‌هزینه‌تر از اجرای مراقبت‌هایی نظیر بازتوانی می‌دانند (۱۵). بنابراین، بر اساس این مطالعه می‌توان انتظار داشت که در گروه شاهد که برنامه توانمندسازی خانواده را دریافت نکرده‌اند، به علت توجه بسیار زیادی که به مسأله دارودرمانی دارند، تبعیت نسبتاً خوب باشد.

Gance (۲۰۰۷) برنامه‌های آموزشی خانواده‌محور در زمینه رژیم دارویی بیماران را عامل بهبود تعامل بیمار و خانواده وی و در نهایت، تبعیت در این زمینه می‌داند. محقق بر نکته قابل توجهی در این مطالعه اشاره کرد. وی ذکر کرد که استفاده از ابزار و روش‌های ساده و قابل فهم به منظور آموزش، به طوری که منجر به تسهیل فهم و درک بیمار و خانواده در زمینه رژیم دارویی شود و همچنین ارایه نکات کاربردی و ضروری نقش به‌سزایی در بهبود تبعیت از رژیم دارویی دارد. در مطالعه حاضر نیز برنامه‌های آموزشی طبق الگوی یادگیری بزرگسالان با تأکید بر نکات ضروری و قابل فهم برای مراقب اصلی بیمار اجرا گردید (۲۴).

6. Ostwald SK, Davis S, Hersch G, Kelley C, Godwin KM. Evidence-based educational Guidelines for stroke Survivors after Discharge Home. *J Neurosci Nurs*, 2008;40(3):173-179.
7. Pandian JD, Kaur A, Jyotsna R, Sylaja PN, Vijaya P, Padma MV, et al. Complications in Acute Stroke in India (CAST-I): A Multicenter Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2012;21(8):695-703.
8. Kim S, Kim E, Cheon J, Chung S, Moon S, Moon K. The Effectiveness of Home Based Individual Tele Care Intervention for Stroke Caregivers in South Korea. *Int Nurs Rev*. 2012;59(3):369-75.
9. Cameron JI, Naglie G, Silver FL, Gignac MA. Stroke Family Caregivers' Support Needs Change Across The Care Continuum: A Qualitative Study Using the Timing It Right Framework. *Disabil Rehabil*. 2013;35(4):315-24.
10. Azimi R, Mohammadi F, Hosseini M, Farzi M. The Effect of Home-based Stroke Rehabilitation on Quality of Life of Stroke Survivors and Their Family Caregiver's Strain. *Evidence Based Care Journal*. 2013;3(1):77-85.(Persian)
11. Sharma N, Sharma M, Lopchan M, Thapa L, Rana P. Low Level of Stroke Care Awareness among Stroke Patients' Caregivers: An Important but Neglected Area of Stroke Care. *JCMS-Nepal*. 2014;9(3):1-11.
12. Mehrdad R. Health System in Iran. *IJEHMC*, 2009;52(1):69-73.
13. Dalvandi A, Heikkilä K, Maddah S, Khankeh H, Ekman S. Life Experiences after Stroke among Iranian Stroke Survivors. *Int Nurs Rev*. 2010;57(2):247-53.
14. Nayeri ND, Mohammadi S, Arazi T. Examining the Level of Adherence of Therapeutic Regime by the Family Caregivers of Stroke Patients. *CJM*. 2011;2(4):84-98.
15. Nayeri ND, Mohammadi S, Razi SP, Kazemnejad A. Investigating the Effects of a Family-centered Care Program on Stroke Patients' Adherence to Their Therapeutic Regimens. *Contemp Nurse*. 2014;47(1/2):88.
16. Jolley J, Shields L. The Evolution of Family-centered Care. *J Pediatr Nurs*. 2009;24(2):164-70.
17. Lefebvre H, Levert MJ, Pelchat D, Lepage JG. Nature, Sources, and Impact of Information on the Adjustment of Family Caregivers: A Pilot Project. *CJNR*. 2008;40(1):142-60.
18. Banks JL, Marotta CA. Outcomes Validity and Reliability of the Modified Rankin Scale: Implications for Stroke Clinical Trials a Literature Review and Synthesis. *Stroke*. 2007;38(3):1091-6.
19. Smith MK. Malcolm Knowles. Informal Adult Education, Self-direction and Andragogy: *Infed, the Encyclopedia of Informal edu*; 2002.
20. Nayeri ND, Mohammadi S, Arazi T. Examining the Level of Adherence of Therapeutic Regime by the Family Caregivers of Stroke Patients. *CJM*. 2011;2(3):87-98.
21. Shyu YIL, Chen MC, Chen ST, Wang HP, Shao JH. A Family Caregiver Oriented Discharge Planning Program for Older Stroke Patients and Their Family Caregivers. *J Clin Nurs*. 2008;17(18):2497-508.
22. Sanaee A. Family-centered Care Program Impact on Adherence to Treatment Regimen in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery: Nursing and Midwifery Faculty; 2011.P: 50-67.(persian)
23. Chien W-T, Chiu Y, Lam L-W, Ip W-Y. Effects of a Needs-based Education Programme for Family Carers with a Relative in an Intensive Care Unit: A Quasi-experimental Study. *Iint J Nurs Stud*. 2006;43(1):39-50.
24. Gance-Cleveland B. Motivational Interviewing: Improving Patient Education. *J Pediatr Health Care*. 2007;21(2):81-8.

Effectiveness of family empowerment program on level of adherence to treatment regimens in stroke patients; a randomized controlled trial

Nahid Dehghan Nayeri¹, *Sepideh Mohammadi², Shadan Pedram Razi³, Taj Mohammad Arazi⁴, Anoushirvan Kazemnejad⁵

1. professor, Department of Nursing Management , Nursing and Midwifery Care Research Center , Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. PhD candidate in Nursing Esfahan University of Medical Sciences, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3. MS in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing , School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. MS in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing , School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

5. Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics, Medical School, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

* Corresponding author, Email: sepidmohamadi@nm.mui.ac.ir

Abstract

Background: Different physical and mental complications in patients with stroke, and the chronic nature of the disease, require the presence of their family as the primary source of constant care and support at home. However, for many reasons, such as not receiving adequate support from the medical staff, families face many failures in managing the care programs.

Aim: to investigate the effects of family empowerment program on adherence to treatment regimens in stroke patients.

Methods: This was a randomized controlled trial with post-test-only design conducted in two hospitals of Tehran university of medical sciences in 1391-92, on stroke patients and their main care-givers in two groups of experimental (N= 30) and control (N= 30). For the experimental group, family empowerment program including assessment, education, and referral follow-up was carried out, while the control group received the routine care. Data were collected using the researcher-made Adherence to the Treatment Regimen Questionnaire. Data were analyzed using SPSS version 11.5 and the statistical tests of Fisher's exact test, Chi-square and independent t-tests.

Results: The mean age of patients in the intervention group was 70.6 ± 7.7 years, and in the control group 68.8 ± 1.0 years. The independent t-test showed a significant difference in the scores of adherence to treatment in all three fields between the two groups ($p < 0.001$).

Conclusion: Due to the effectiveness of family empowering program, and by introducing this method to healthcare system, family empowerment can play an important role in the adherence of patients with stroke to treatment regimens.

Keywords: Stroke, Empowerment Program, care, family, adherence to treatment

Received: 06/12/2014

Accepted: 11/03/2015