

بررسی میزان تأثیر برنامه خود مراقبتی طراحی شده بر وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی در بیماران سکته مغزی همی پلژیک

نویسندگان: حسین حبیب‌زاده^{۱*}، دکتر فضل‌ا...^۱، غفرانی پور^۲، دکتر فضل‌ا...^۱
احمدی^۳

۱. هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی

۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت - دانشکده علوم پزشکی - دانشگاه تربیت مدرس

۳. دانشیار گروه پرستاری - دانشکده علوم پزشکی - دانشگاه تربیت مدرس

email: HabibZ-H@yahoo.com

* نویسنده مسئول: حسین حبیب‌زاده

چکیده

مقدمه: همی پلژی، قابل توجه ترین عارضه اکثر سکته های مغزی است که بیمار را با درجاتی از ناتوانی در انجام فعالیت های روزمره زندگی مواجه و آن‌ها را با مشکلی به نام «وابستگی در منزل و جامعه» روبه‌رو می‌کند. به نظر می‌رسد برای کاهش این وابستگی به دیگران و حفظ استقلال، در بین پرسنل بهداشتی درمانی، پرستار شایسته ترین فرد باشد.

نوع پژوهش: این پژوهش، مطالعه ای نیمه تجربی است که با هدف تعیین میزان تأثیر برنامه خود مراقبتی طراحی شده بر فعالیت‌های روزمره زندگی در بیماران سکته مغزی همی پلژیک بستری در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شده است. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه و چک لیست استفاده شده است.

نمونه پژوهش و روش نمونه گیری: تعداد نمونه های این پژوهش ۶۰ نفر بود که بر اساس ویژگی‌های مورد نظر انتخاب و در دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌ها نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات فعالیت های روزمره زندگی در مرحله پیش آزمون معنادار نیست ($P=0/51$). اما پس از مداخله در منزل و در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری در میانگین نمرات فعالیت های روزمره زندگی بین دو گروه مشاهده شد ($P<0/01$). همچنین یافته‌ها نشان داد که سطح فعالیت های روزمره زندگی، بعد از مداخله در گروه آزمون ۳۲ درصد نسبت به گروه کنترل ارتقای بیش‌تر داشته است. در مجموع یافته‌ها

دو ماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال چهاردهم - شماره ۶۷
اسفند ۸۵

وصول: ۸۳/۴/۹

ارسال اصلاحات: ۸۳/۱۱/۲۷

دریافت اصلاحات: ۸۴/۲/۵

پذیرش: ۸۴/۱۰/۱۱

نشان داد که بین متغیرهای سن، جنس، ضعف عضلانی، اختلال حرکتی و میانگین نمرات اکتسابی فعالیت‌های روزمره زندگی در واحد های مورد پژوهش، اختلاف معناداری وجود دارد. **بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، ارزش خدمات پرستاری در جامعه مورد تأکید قرار گرفت و بر گسترش خدمات پرستاری در جامعه یا به عبارت بهتر «پرستاری جامعه نگر» تأکید شد.

واژه های کلیدی: فعالیت های روزمره زندگی، خودمراقبتی، سکته مغزی، همی پلژی

مقدمه

می آورد و با ایجاد انگیزه در بیمار، او را در جهت عدم وابستگی به دیگران و استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی یاری می‌دهد و در صورت ناتوانی شدید، پرستار برای شخص نیازمند خدمات را ارائه می‌کند [۵].

در مطالعه کلینی (Clincy) و همکاران او (۱۹۹۱) بیش‌ترین نیاز اساسی به صورت مطرح شده از طرف بیماران سکته مغزی همی پلژیک، نیازهای خودمراقبتی گزارش گردید و اغلب این نیازها در حیطه های ارتباط با دیگران، تغذیه، بهداشت فردی، دریافت دارو و امنیت بیماران گزارش شده است.

شوواکسی (Showaxy) و همکارانش (۱۹۹۶) لزوم برنامه‌های بازتوانی را در بیماران سکته مغزی پژوهش کرده، به این نتیجه رسیدند که ۹۶ درصد بیماران سکته مغزی با نیاز به بازتوانی از بیمارستان ترخیص می‌شوند و بررسی و طراحی این برنامه ها را جزء ضرورت‌های تحقیقاتی در علم پرستاری مطرح کردند [۶].

جان کلمن (Jon Colman) و همکاران او (۲۰۰۱) با بررسی آگاهی و نگرش پرسنل پرستاری بیمارستان‌ها در مورد برنامه‌های بازتوانی برای بیماران سکته مغزی بیان کردند که بیش از ۷۰ درصد پرسنل بیمارستان‌ها دارای آگاهی و نگرش بودند و به علت محدودیت پذیرش و اشغال طولانی مدت تخت‌های بیمارستانی، محیط منزل را بهترین گزینه برای اجرای این برنامه ها عنوان کردند [۷].

بهداشت و فنون پزشکی با همه پیشرفت‌های خود هنوز توانسته به طورکامل از ابتلای انسان به بیماری‌های مختلف جلوگیری کند و امروزه بیماری‌های مزمن به عنوان بزرگ‌ترین چالش فراروی انسان است [۱].

بیماری‌های مزمن یک مشکل عمده در جهان محسوب می‌شوند که شایع‌ترین آن‌ها، مشکلات سیستم عصبی است که مهم‌ترین علت ناتوانی شناخته شده است [۲].

سکته مغزی، مشکل شایع بهداشتی است و پس از بیماری‌های قلبی عروقی و تنوپلاسم‌های بدخیم، سومین عامل مرگ و میر در جهان است؛ به طوری که وقوع سالیانه آن بین ۱/۷ تا ۷/۴ در هر هزار نفر در نوسان است و حدود ۱۰ تا ۱۲ درصد کل مرگ و میر دنیا را به خود اختصاص داده است [۳].

قرآن، این کتاب آسمانی، انسان را موجودی مستقل و متعهد می‌داند که متکی به خود بوده، مسئول سلامت خویش و دیگران است [۴].

ناتوانی درانجام فعالیت‌های روزمره زندگی، مربوط به اختلال در توانایی خودمراقبتی می‌شود که در سیستم پرستاری از آن به عنوان «تشخیص پرستاری» یاد شده است. اهداف مراقبتی از این بیماران، با هدف به حداکثر رساندن توانایی آنان برای انجام فعالیت‌های خود مراقبتی و به حداقل رساندن نیاز بیمار به کمک دیگران تدوین می‌شود. پرستار از طریق بررسی دقیق بیمار، اطلاعات مفیدی برای تشخیص و تدابیر پرستاری فراهم

ذیل بود:

۱. مرحله اول: انتخاب نمونه ها

در این مرحله، پژوهشگر، پس از تکمیل مطالعات کتابخانه‌ای و پس از تأیید اعتبار و اعتماد علمی ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، و اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه برای معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، به محیط پژوهش مراجعه و تعداد ۶۰ بیمار واجد شرایط نمونه پژوهش خود را انتخاب کرد. با روش تخصیص تصادفی، ۳۰ بیمار به عنوان گروه آزمون و ۳۰ بیمار به عنوان گروه شاهد انتخاب گردیدند. در این مرحله، پژوهشگر پس از معرفی خود به بیمار، هدف از انجام پژوهش و چگونگی انجام کار را برای آن‌ها توضیح داد و رضایت آن‌ها را برای شرکت در پژوهش جلب کرد. سپس پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی را برای بیماران توضیح داده، آن را در زمان ترخیص بیماران و بر اساس گفته‌های ایشان و مشاهدات خود تکمیل کرد.

۲. مرحله دوم: مداخله یا اجرای برنامه خودمراقبتی طراحی شده

این مرحله در قالب ۸-۶ جلسه آموزشی و پس از ترخیص بیماران در منزل ایشان ارائه شد و دارای پنج گام بود:

گام اول: تعیین نیازهای خودمراقبتی بیماران: پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های مربوط به اطلاعات دموگرافیک و وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی، پرسشنامه استاندارد SIS جهت تعیین نیازهای خودمراقبتی در بیماران گروه آزمون و در حیطه‌های جسمی - روانی و عاطفی - اجتماعی و بر اساس گفته‌های بیمار، خانواده و مشاهدات پژوهشگر تکمیل شد. در پایان، نیازهای خودمراقبتی در سه حیطه فوق طبقه بندی شدند.

گام دوم: اجرای برنامه خودمراقبتی طراحی شده در حیطه جسمی: براساس نیازهای خودمراقبتی به دست آمده از معیار SIS و با توجه به محتوای جلسات آموزشی

اُورم (Orem) (۱۹۹۷) معتقد است که ارتقای سلامت و آموزش بیماران، بخش مهمی از وظایف پرستاران است و توانایی بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و ایجاد حالت عدم وابستگی به دیگران به تلاش‌های پیگیر پرستار بستگی دارد.

نتایج مطالعه ارزیابی اهمیت آموزش به بیماران سخته مغزی در بیمارستان و منزل نشان داد که ۶۳ درصد بیماران با ارائه آموزش‌های بیمارستانی در منزل موافق بودند و پرسنل پرستاری را جهت انجام این کار شایسته‌ترین افراد می‌دانستند [۹].

لويس (Lewis) (۲۰۰۰) اظهار می‌دارد که اغلب بازماندگان از سخته مغزی، بیش از یک ماه دچار ناتوانایی‌های چشمگیر هستند و از نظر پرستاری به یک برنامه جامع و سریع خودمراقبتی در منزل و جامعه، پس از ترخیص نیازمندند و وجود هماهنگی بین برنامه‌های خودمراقبتی در بیمارستان و خانه - جامعه الزامی است. در این میان، حساسیت و تأثیر مداوم اعضای خانواده می‌تواند بیش‌ترین اهمیت را در بازتوانی بیمار سخته مغزی داشته باشد و خانواده قابلیت لازم برای واگذاری مسئولیت همکاری با تیم درمانی را دارد. ولی کمبود آگاهی، نکته بسیار مهمی است که باید به وسیله آموزش‌های پرستاری برطرف گردد. بی شک یکی از نقش‌های مهم پرستار، آموزش و رهبری است و این گروه مهم می‌توانند این رسالت مهم را در بیماران سخته مغزی و خانواده‌های‌شان به خوبی برعهده بگیرند و گام بزرگی در جهت ارتقای سلامتی، تخفیف و حذف وابستگی، و رساندن بیماران سخته مغزی به سطحی از استقلال در فعالیت‌های روزمره بردارند [۱۰].

دانشمندان همچنین با مقایسه پرستاری در بیمارستان و منزل به این نتیجه رسیدند که بین توانایی خودمراقبتی بیمارانی که برنامه خودمراقبتی دریافت کرده بودند و گروهی که با روتین بیمارستان مرخص شده بودند اختلاف معناداری وجود دارد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی و روش انجام آن به صورت مراحل چهارگانه

خود گزارشی به اطلاع پژوهشگر برساند. لازم به ذکر است که در طول این مدت، پژوهشگر هر هفته دوبار به منزل بیماران مراجعه و ایشان مسائل و مشکلات احتمالی خود را با پژوهشگر در میان می‌گذاشتند.

۴. مرحله چهارم

مرحله بعد از ارائه برنامه خودمراقبتی: پس از اتمام ۴۵ روز، پرسشنامه وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی مجدداً در هر گروه آزمون و شاهد و بر اساس گفته‌های بیمار و مشاهدات پژوهشگر تکمیل و تغییرات به وجود آمده بعد از ارائه برنامه خودمراقبتی در گروه آزمون با نتایج گروه شاهد که برنامه خودمراقبتی دریافت نکرده بودند مورد تجزیه و تحلیل و بررسی آماری قرار گرفت.

در این پژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بود. پرسشنامه‌هایی که برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت عبارت بودند از:

- پرسشنامه مربوط به اطلاعات فردی (اطلاعات دموگرافیک) بیماران.

- پرسشنامه Stroke Impact Scale مربوط به نیازهای خودمراقبتی در ابعاد جسمی روانی اجتماعی.

- پرسشنامه مربوط به تعیین میزان ADL بیماران در دوگروه آزمون و شاهد (پرسشنامه استاندارد Modified Barthel Index).

کلیه بیماران مبتلا به سکته مغزی همی پلرژیک که برای درمان در بخش داخلی مغز و اعصاب بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بستری شده بودند، اعم از زن و مرد، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند که علاوه بر تمایل به شرکت در پژوهش، دارای خصوصیات زیر بودند:

۱. علائم حاد بیماری را سپری کرده بودند (در آستانه ترخیص از بیمارستان بودند).

۲. در وضعیت استراحت مطلق نبودند.

۳. توانایی انجام مراقبت از خود و آموزش پذیری را داشتند.

۴. از حداقل سواد خواندن و نوشتن برخوردار باشند.

مدون، همچنین با در نظر گرفتن مراقبت‌های پرستاری مدون در کتاب‌های مرجع پرستاری، برنامه خودمراقبتی در بُعد جسمانی و در قالب ۱-۳ جلسه ۱/۵ ساعته برای بیمار و خانواده ارائه شد.

گام سوم: اجرای برنامه خودمراقبتی در حیطة عاطفی روانی: در این مرحله، نیازهای خودمراقبتی بیماران در بُعد روانی و بر اساس معیار SIS مشخص و بر اساس برنامه طراحی شده خودمراقبتی، مشکلات اولویت‌بندی شده، بهترین راه حل ممکن معین و مداخلات خودمراقبتی در قالب ۱-۲ جلسه ۱/۵ ساعته و در بعد روان اعمال شد.

گام چهارم: اجرای برنامه خودمراقبتی در حیطة اجتماعی: در این مرحله نیز با توجه به نیازهای خودمراقبتی در بُعد اجتماعی و بر اساس برنامه خودمراقبتی طراحی شده، مشکلات اجتماعی بیمار اولویت‌بندی شد، راه‌حل‌های ممکن برای حل مشکل ارائه و بهترین راه حل انتخاب گردید. در پایان بر اساس برنامه خودمراقبتی و در قالب ۱-۲ جلسه ۱/۵ ساعته مداخلات آموزشی انجام شد.

گام پنجم: ارزشیابی پایان مرحله ای برنامه خودمراقبتی: در این مرحله، برنامه خودمراقبتی ارائه شده به بیمار و خانواده، از طرف ایشان مورد نقد و بررسی قرار گرفته، نقاط ضعف و قوت برنامه مشخص، راه‌حل‌های جدید و مناسب پیشنهاد، و راهکارهایی برای اجرای بهترین راه حل و بالا بردن کارایی برنامه خودمراقبتی پیشنهاد شد.

از آن‌جا که مشارکت فعالانه بیمار و خانواده در این برنامه بسیار موثر بود، در طول جلسات از پیشنهادهای ایشان نیز استفاده شد تا با احساس مؤثر بودن، برنامه خودمراقبتی را در غیاب پژوهشگر و در منزل دنبال کنند.

۳. مرحله سوم

پس از اتمام مرحله دوم، به مدت ۴۵ روز به بیماران فرصت داده شد تا روش‌های خودمراقبتی آموزش داده شده را در منزل اجرا و نتایج آن را در قالب چک لیست

با توجه به یکسان سازی گروه های آزمون و شاهد در میزان نمرات اکتسابی فعالیت های روزمره زندگی مؤثر بود. لذا برای اطمینان از همسان سازی گروه‌ها، از نظر سن، جنس، مصرف سیگار، سطح تحصیلات، مدت زمان بستری، دفعات بستری قبلی، شاخص اختلال هوشیاری، شاخص ضعف عضلانی، شاخص اختلال حرکتی، شاخص اختلال حسی، و سابقه ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن، از آزمون‌های لون (Leven) جهت تساوی واریانس‌ها و «تی» (t) جهت متغیرهای کمی و نیز کای دو جهت متغیرهای کیفی استفاده شد. نتایج نشان داد که هر دو گروه از نظر متغیرهای فوق همسان بوده‌اند و اختلاف معناداری از نظر پراکندگی این متغیرها در دو گروه وجود ندارد (در همه موارد $P > 0/05$).

به منظور تعیین میزان تأثیر برنامه خودمراقبتی طراحی شده بر وضعیت فعالیت های روزمره زندگی بیماران مورد مطالعه، بعد از ارائه برنامه خودمراقبتی، داده‌های بدست آمده با داده های قبلی در هر دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. میانگین نمرات فعالیت های روزمره زندگی بیماران در هر دو گروه آزمون و شاهد قبل از ارائه برنامه، تقریباً یکسان بود، به طوری که آزمون آماری «تی» (t) مستقل با فرض تساوی واریانس بین میانگین نمرات فعالیت های روزمره زندگی در دو گروه مورد مطالعه، اختلاف معناداری را نشان نمی دهد ($P = 0/51$). همچنین میانگین تغییر فعالیت‌های روزمره زندگی بیماران در دو گروه آزمون و شاهد، بعد از آموزش یکسان نیست و آزمون آماری «تی» (t) مستقل با فرض تساوی واریانس بین میانگین فعالیت های روزمره زندگی بیماران در دو گروه تحت مطالعه، اختلاف معناداری را نشان می دهد ($P < 0/001$). به طوری که نتایج نشان داد در نهایت بعد از مداخله، میزان نمرات فعالیت‌های روزمره زندگی در گروه آزمون نسبت به شاهد ۳۲ درصد افزایش یافته است (جدول ۱). جهت تعیین تأثیر برنامه خود مراقبتی طراحی شده بر ابعاد مختلف فعالیت‌های روزمره زندگی از آزمون

۵. سابقه بستری شدن به علت اختلالات روانی نداشتند.

۶. در فاصله سنی ۶۵ - ۴۵ سال بودند.

با توجه به مطالعات قبلی و برآورد انجام شده، تعداد ۶۰ بیمار واجد شرایط در دو گروه آزمون و شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. این تعداد به شکل تخصیص تصادفی در دو گروه (۳۰ نفر در گروه شاهد و ۳۰ نفر در گروه آزمون) قرار گرفتند.

لازم به ذکر است که بیماران هر دو گروه، بر اساس فاکتورهای سن، جنس، میزان تحصیلات، داشتن و نداشتن همراه و تعداد دفعات بروز سکته مغزی همسان شده بودند.

پس از اجرای برنامه خودمراقبتی و جمع آوری داده‌ها در دو مرحله قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت بررسی داده‌ها از آزمونهای آماری «تی» (t) مستقل، «تی» (t) زوجی و کای دو و تست لون استفاده گردید.

«تی» (t) مستقل جهت مقایسه میانگین نمره فعالیت‌های روزمره زندگی دو گروه قبل و بعد از آموزش، «تی» (t) زوجی جهت مقایسه میانگین نمرات فعالیت های روزمره زندگی در دو گروه آزمون قبل و بعد از آموزش، کای دو برای بررسی تأثیر متغیرهای کیفی بر روی فعالیت های روزمره زندگی در دو گروه آزمون و شاهد، تست لون برای آزمون تساوی واریانس‌ها در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از آموزش مورد استفاده قرار گرفت. همچنین از توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین و انحراف معیار نیز در این مطالعه استفاده گردید. آزمون‌های فوق توسط نرم افزار SPSS تحت ویندوز انجام شد.

نتایج

اطلاعات به دست آمده بعد از تجزیه و تحلیل آماری، جهت تعیین میزان دستیابی به اهداف این پژوهش در قالب جداول و توضیحات آن‌ها ارائه شده است.

«تی» (t) مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بعد از مداخله در دو گروه، از نظر بهداشت فردی، استحمام، تغذیه، دستشویی رفتن، شانه کردن موها، لباس پوشیدن، کنترل روده، کنترل مثانه، تحرک، انتقال از تخت به صندلی و برعکس، اختلاف معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، برنامه ارائه شده در ارتقای حیطه‌های مختلف فعالیت‌های روزمره زندگی تأثیرات مثبتی داشته است (جدول ۲).

جدول ۱ مقایسه میانگین نمره کلی ADL قبل و بعد از مداخله در دو گروه مورد و شاهد

آزمون «تی» مستقل			آزمون لوین برای تعیین تساوی واریانس	انحراف معیار	میانگین نمرات ADL	شاخص گروه	مداخله
P.value	d.f	t.value	P.value				
P=۰/۵۱	۵۸	۰/۶۵	۰/۴۱	۱۸/۷	۳۱	آزمون	قبل
				۲۳	۲۷	کنترل	
P<۰/۰۰۱	۵۸	۵/۶	۰/۷	۲۵/۷	۷۴	آزمون	بعد
				۲۳/۴	۳۸	کنترل	

جدول ۲ میانگین نمرات در ابعاد مختلف قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و شاهد

آزمون «تی» مستقل			تست لوین برای آزمون تساوی واریانس	انحراف معیار	میانگین نمرات ADL	گروه	شاخص حیطه ADL
P.value	d.f	t	P.value				
P<۰/۰۰۱	۵۸	۳/۶	۰/۱۴	۱/۲۷	۳/۸	آزمون	بهداشت فردی
				۱/۵۴	۲/۵	کنترل	
P<۰/۰۰۳	۵۸	۳/۱	۰/۰۰۲	۱/۴۰	۳/۶	آزمون	استحمام
				۱/۵۸	۲/۴	کنترل	
P<۰/۰۰۱	۵۸	۴/۶	۰/۳۱	۲/۵	۷/۷	آزمون	تغذیه
				۲/۷	۴/۶	کنترل	
P<۰/۰۰۱	۵۸	۴	۰/۴۹	۲/۹	۷/۱	آزمون	دستشویی رفتن
				۳/۲	۳/۹	کنترل	
P<۰/۰۰۱	۵۸	۵/۸	۰/۷۵	۲/۲	۸/۷	آزمون	شانه کردن موها
				۲/۶	۵	کنترل	
P<۰/۰۰۱	۵۸	۴/۶	۰/۹۸	۲/۸	۷/۴	آزمون	لباس پوشیدن
				۲/۶	۴/۱	کنترل	
P<۰/۰۰۱	۵۸	۵/۷	۰/۶۲	۳	۷/۶	آزمون	کنترل روده
				۲/۶	۳/۳	کنترل	
P<۰/۰۰۱	۵۸	۳/۸	۰/۷۶	۳/۵	۷/۱	آزمون	کنترل مثانه
				۳/۲	۳/۷	کنترل	
P<۰/۰۰۱	۵۶	۱/۹	۱	۳/۹	۱۱/۳	آزمون	تحرک
				۴/۵	۵/۴	کنترل	
P<۰/۰۰۱	۵۸	۶/۱۵	۰/۳۴	۴/۲۰	۱۰/۵	آزمون	انتقال از تخت به صندلی
				۳/۶	۴/۲	کنترل	

همچنین یافته‌ها نشان داد که در هر گروه، میانگین نمرات اکتسابی در بُعد بهداشت فردی در مرحله قبل از مداخله از توزیع یکسانی برخوردار بوده ($P=0/66$) و در مرحله بعد از مداخله، اختلاف معناداری وجود دارد ($P=0/01$). این امر می‌تواند به دلیل حساس کردن بیماران دچار سکتة مغزی به رعایت بهداشت فردی، فیزیوتراپی مداوم بیماران و آموزش روش‌های بهداشت فردی با حداقل صرف انرژی باشد.

یافته‌ها نشان داد که در خصوص میانگین نمرات اکتسابی در حیطه استحمام در هر دو گروه و در مرحله قبل از مداخله، اختلاف معناداری وجود دارد ($P=0/03$). آموزش روش‌های ساده استحمام، آموزش حمام در تخت، بیان اهمیت ماساژ عضلات با آب ولرم، فیزیوتراپی مداوم و شرکت دادن مددجو در استحمام خود، از عواملی هستند که میانگین نمرات اکتسابی در حیطه استحمام را در گروه آزمون افزایش داده است.

بر اساس تحقیقات مشخص شد که در حیطه تغذیه نیز قبل از ارائه برنامه، بین دو گروه اختلاف معناداری مشاهده نمی‌شود ($P=0/72$)؛ ولی بعد از ارائه برنامه با ($P<0/01$) مشخص شد که این اختلاف، معنادار است. بیان اهمیت رژیم غذایی مناسب، توجه به فلج یکطرفه بدن و تأکید بر استفاده از طرف سالم بدن برای تغذیه، آموزش به خانواده تا در حد امکان خود بیمار غذاایش را میل کند، فیزیوتراپی منظم، و آموزش‌های چهره به چهره روش‌های تغذیه آسان از عواملی هستند که باعث ارتقای وضعیت تغذیه بیماران در گروه آزمون گشته‌اند.

در مورد میانگین نمرات حیطه دستشویی رفتن در دو گروه در مرحله قبل از ارائه برنامه اختلاف معناداری مشاهده نمی‌شود ($P=0/92$)؛ ولی این اختلاف در مرحله بعد از ارائه برنامه معنادار بوده است ($P<0/01$). در استدلال برای اختلافات، تأثیر آموزش‌های ارائه شده در این زمینه، آموزش نصب گیره‌های دستی از کنار تخت خواب بیمار تا محل دستشویی و حتی داخل

برای تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با میزان نمرات فعالیت‌های روزمره زندگی از آزمون‌های آماری، به علاوه تست مستقل و آزمون همبستگی استفاده شد و مشخص گردید که بین متغیرهای سطح تحصیلات، مصرف سیگار، سابقه بستری قبلی، اختلال هوشیاری، اختلال حسی، وجود یا عدم وجود بیماری‌های مزمن دیگر و میزان نمرات اکتسابی فعالیت‌های روزمره زندگی ارتباط معناداری وجود ندارد؛ ولی بین متغیرهای دموگرافیک، جنس و فاکتورهای ضعف عضلانی و اختلال حرکتی با نمرات فعالیت‌های روزمره زندگی بیماران به ترتیب با ($P=0/03$)، ($P=0/03$) و ($P=0/08$) ارتباط معناداری مشاهده شد.

به منظور مطالعه ارتباط بین سن با نمرات نهایی فعالیت‌های روزمره زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج مشخص کرد که همبستگی بین سن با نمرات نهایی فعالیت‌های روزمره زندگی بعد از مداخله برابر با $0/319-$ بود که در سطح معناداری ($\alpha=0/05$) و با ($P=0/03$) ارتباط معناداری وجود دارد.

بحث و بررسی یافته‌ها

یافته‌ها نشان دادند که با استفاده از معیار stroke Impact scale، واحدهای مورد مطالعه، بیشترین نیاز به آموزش‌های خودمراقبتی را در ابعاد جسمی و نیز تحرک و فعالیت معرفی کرده‌اند، به طوری مشکلات که $0/93$ درصد واحدهای مورد مطالعه در ابعاد مذکور نیازمند ارائه آموزش‌های خودمراقبتی بوده‌اند. تمایل به کسب اطلاعات در مورد نوع و ماهیت بیماری، عوارض جسمانی به جا مانده، طول مدت عوارض بیماری، تمایل به کسب استقلال در تحرک و فعالیت‌های فردی، تمایل به خروج از تخت در اولین فرصت و در نهایت، رهایی از وابستگی به دیگران در کارهای روزمره زندگی، می‌تواند از دلایل احتمالی برای یافته‌های فوق باشند.

دستشویی، آموزش تعبیه کفپوش‌های غیر لغزنده در داخل دستشویی، آموزش استفاده از توالت فرنگی، فیزیوتراپی مداوم بیماران و تمایل بالای بیماران جهت استقلال در این حیظه، قابل طرح است.

نتایج تحقیقات نشانگر این حقیقت است که بین دو گروه در مرحله قبل از ارائه برنامه اختلاف معناداری در زمینه میانگین نمرات شانه کردن موها وجود ندارد؛ در حالی که در مرحله بعد از ارائه برنامه با $(P=0/001)$ این اختلاف معنادار است. به عبارت دیگر، برنامه خود مراقبتی طراحی شده در این بعد ADL نیز مؤثر بوده است.

یافته‌ها نشان داد که در مرحله قبل از ارائه برنامه، در دو گروه آزمون و کنترل، از نظر میانگین نمرات اکتسابی در حیظه لباس پوشیدن اختلاف معناداری وجود ندارد $(P=0/057)$ ؛ ولی این اختلاف در مرحله بعد از ارائه برنامه معنادار است $(P=0/001)$ که علت این ارتقای ارائه آموزش‌های خود مراقبتی ساده در زمینه لباس پوشیدن، استفاده از لباس‌های دگمه دار فشاری، استفاده از لباس‌های ساده و بلند، آموزش چهره به چهره نحوه لباس پوشیدن در اندام‌های فلج و آموزش به خانواده در جهت ایجاد فرصتی برای بیمار که خود لباسش را بپوشد و یا عوض کند می‌تواند باشد.

آزمون آماری «تی» (t) مستقل نشان داد که بین میانگین نمرات مربوط به حیظه کنترل روده و مثانه در دو گروه در مرحله قبل از ارائه برنامه به ترتیب با $(P=0/052)$ و $(P=0/9)$ اختلاف معناداری مشاهده نمی‌شود ولی بعد از ارائه برنامه طراحی شده با $(P<0/001)$ در دو حیظه فوق در دو گروه، اختلاف معنادار است.

بیماران سکنه مغزی غالباً به دو علت دچار بی‌اختیاری ادرار و مدفوع می‌شوند: به علت آسیب مغزی، و به علت آثار جانبی سکنه که بیمار را دچار اختلال در حافظه، گفتار و حرکت می‌کند. لذا بی‌اختیاری ادرار و مدفوع یکی از مشکلات عمده بیماران و خانواده آنان محسوب می‌شود.

بی‌اختیاری در اکثر بیماران، ظرف مدت یک ماه بهبود پیدا می‌کند؛ ولی ممکن است تا ۶ ماه نیز ادامه یابد. آموزش در زمینه دفع قبل از استراحت، مصرف مایعات در طول روز و محدودیت آن بهنگام خواب، تشویق به دفع نیم تا یک ساعت پس از مصرف غذا، تعبیه زنگ در بالای تخت بیماران آفازیکی از مواردی هستند که باعث ارتقای میانگین نمرات در گروه آزمون گذشته‌اند.

نتایج نشان داد که با استفاده از آزمون آماری «تی» (t) مستقل و با فرض تساوی واریانس‌ها بین دو گروه از نظر میانگین نمرات مربوط به حیظه تحرک در مرحله قبل از ارائه برنامه، اختلاف معناداری مشاهده نمی‌شود $(P=0/06)$ ؛ ولی با استفاده از همین آزمون در مرحله بعد از ارائه برنامه، این اختلاف معنادار بوده است $(P<0/001)$. به عبارت دیگر، برنامه طراحی شده در ارتقای وضعیت تحرک بیماران مؤثر بوده است.

آموزش شیوه‌های ایستادن و نشستن کوتاه مدت، آموزش روش راه رفتن با واکر یا عصا، آموزش روش بالا رفتن از پله‌ها و برعکس، انجام تمرینات محدوده حرکت مفاصل و آموزش آن به افراد خانواده، فیزیوتراپی مداوم بیماران، و حساس‌سازی بیمار به خطرهای زخم بستر، تغییر شکل مفاصل و خطر ایجاد لخته در وریدها از عواملی هستند که باعث ارتقای وضعیت تحرک در گروه آزمون شده‌اند.

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات مربوط به حیظه انتقال از صندلی به تخت و برعکس، در دو گروه و در مرحله قبل از ارائه برنامه دارای اختلاف معنادار نیست $(P=0/1)$. با استفاده از آزمون «تی» (t) مستقل با فرض تساوی واریانس‌ها مشخص شد که این اختلاف در مرحله بعد از ارائه برنامه، معنادار شده است $(P<0/001)$. به عبارت دیگر، برنامه طراحی شده در این حیظه نیز تأثیر مثبت داشته است.

در پایان مشخص شد:

۲. سازمان بهداشت جهانی. «تحقیق در سیستم‌های بهداشتی». ترجمه گروه مترجمین و معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، انتشارات معاونت پژوهشی، چ ۱، ۱۳۷۲.

3. Wilson, D.B., Haul, D. M, Keith, R.A. "Stroke Rehabilitation: salvaging ability after the strom". Nursing Horsham, vol27, PP:40-46, 1997.

۴. نصرتی، عبدالله. «مبانی انسان شناسی در قرآن». تهران، انتشارات بنیاد انتقال به تعلیم و تربیت اسلامی، ص ۷۰، ۱۳۶۱.

5. Hacke, Werner. "A late step in the right direction of Stroke care". The lancet, London, P:1, Sep 2000.

6. Showaxy, K. "Results of superficial temporal artery-Midel cerebral artery anastomosis for elderly and non elderly patients with cerebral Ischemia". Barin Nerue. P:190, 1994.

7. Jan Coleman, Gross. "Determining stroke rehabilitation inpatient's level of nursing care". Clinical Nursing Research, PP:1-6, 2001.

۸. جابری، رضا، «بررسی تأثیر آموزش مراقبت در منزل بر آگاهی و به‌کارگیری آن توسط مراقبین مبتلایان به سکته مغزی، بستری در بیمارستان‌های علوم پزشکی تهران». پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۵.

9. Ushikubo, M. et al. "continuity of care During Hospital and after Hospitalization for The patients with stroke". Kongo-kenkyu, Vol.26(6), PP:15-28, 1993.

10. Lewis, Sharon et al. "Medica Surgical". Mosby co, pp:1645-1646, 2000.

۱. بین میانگین نمرات نهایی فعالیت‌های روزمره زندگی بیماران در مرحله قبل از ارائه برنامه اختلاف معناداری وجود ندارد ($P=0/51$).

۲. بین میانگین نمرات نهایی فعالیت‌های روزمره زندگی بیماران در مرحله بعد از ارائه برنامه اختلاف معناداری مشاهده می‌شود ($P<0/001$).

۳. اختلاف میانگین نمرات ADL قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل ۱۱ ولی در گروه آزمون ۴۳ است.

۴. بعد از ارائه برنامه خودمراقبتی طراحی شده، وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی در گروه آزمون ۳۲ درصد نسبت به گروه کنترل ارتقای بیش‌تر داشته است.

به عبارت دیگر از دیدگاه کلی، برنامه خودمراقبتی طراحی شده تا حد بسیار چشمگیر در ارتقای کیفیت زندگی و وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی بیماران سکته مغزی مورد مطالعه مفید و مؤثر بوده است.

منابع

1. Ignata, Vicious. Donna, D. and Bayne, Marilyn V., "medical surgical Nursing: A Nursing Process Approach". W.B. Saunders co, Philadelphia, p:49, 1991.