

ارزیابی اثربخشی آموزش مراقبت از بیمار بر کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سکته مغزی کارآزمایی میدانی تصادفی

مهتاب قلی‌زاده^۱، رحیم اکرمی^۲، موسی‌الرضا تدین‌فر^۳، رویا اکبرزاده^{۴*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

^۲ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مربی گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

^۳ مربی و کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

^۴ مربی و کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه اتاق عمل و هوشبری دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

*نشانی نویسنده آدرس: سبزوار، جنب پلیس راه، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، رویا اکبرزاده

E-mail: roakbarzadeh53@gmail.com

وصول: ۹۴/۱/۲۲، اصلاح: ۹۴/۲/۳۰، پذیرش: ۹۴/۴/۱

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی، می‌تواند ابعاد مختلف زندگی مراقبان و از همه مهم‌تر، کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی بر کیفیت زندگی مراقبان آنها انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مداخله‌ی کارآزمایی میدانی تصادفی شده در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۲۰ مراقب بیمار مبتلا به سکته مغزی بستری در بیمارستان واسعی سبزوار انجام شد. واحدهای پژوهش با تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله (۶۰ نفر) و کنترل (۶۰ نفر) تقسیم شدند. پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (SF-36) توسط مراقبین، قبل و یک‌ماه پس از آموزش تکمیل گردید. داده‌ها با آزمون کای ۲، ویلکاکسون، تی زوجی و تی مستقلدر سطح معناداری ۵ صدم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمرات ابعاد کیفیت زندگی مراقبان، یک‌ماه بعد از آموزش در گروه مداخله به‌طور معناداری بیش‌تر از گروه کنترل نشان‌داده‌شد. بیشترین تفاوت در ابعاد سلامت عمومی ($P < 0/0001$) و ایفای نقش جسمی ($P < 0/0001$) و ایفای نقش هیجانی ($P < 0/0001$) مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: آموزش مراقبت از بیمار به مراقبان بیماران مبتلا به سکته مغزی، منجر به افزایش آگاهی و مهارت آنها در مراقبت از بیمار و در نتیجه موجب بهبود کیفیت زندگی آنها گردید. بنابراین، اهمیت آموزش مهارت‌های مراقبتی پرستاران به مراقبان بیماران، باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌کننده خانوادگی، کیفیت زندگی، سکته مغزی.

مقدمه

عمدی (۲) و سومین علت ناتوانی در کشورهای پیشرفته

بعد از بیماری‌های ایسکمیک قلبی و اختلالات افسردگی

تک قطبیه شمار می‌رود (۳). سالانه، ۷۹۵۰۰۰ مورد ابتلا

به سکته مغزی در آمریکا گزارش می‌شود. یعنی؛ در هر

سکته مغزی شایع‌ترین اختلال عروق مغزی

(۱)، پنجمین علت مرگ پس از بیماری‌های ایسکمیک

قلبی، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی و صدمات غیر

از ترخیص، کم‌تر توجه می‌شود. در مطالعه‌ی دلوندی و همکاران بزرگ‌ترین نگرانی بیماران و مراقبان آن‌ها تغییر در شرایط زندگی عادی و مشکلات تطابق با شرایط جدید و اختلال عملکرد جسمی بیان شده است و آموزش روش‌های تطابق با شرایط جدید و مشکلات پیش روی بیماران و مراقبان آنان را پیشنهاد داده است (۷). مطالعات نشان داده قبل از ترخیص، آموزش‌های کافی به مراقبت-کنندگان بیماران مبتلا به سکته‌ی مغزی داده نمی‌شود. این امر، باعث افزایش سطح افسردگی در مراقبان می-گردد (۱۱). آموزش ناکافی در این افراد، ممکن است در نوع مراقبت یا مقدار مراقبت تأثیرگذار باشد (۸) و کسب دانش کافی می‌تواند باعث افزایش استقلال و توانایی تصمیم‌گیری در مراقبا نگردد (۱۲).

در سال‌های اخیر، مداخلات زیادی با هدف ارتقای کیفیت زندگی مراقبان انجام شده است تا به این ترتیب با افزایش کیفیت زندگی آن‌ها، کیفیت مراقبت از بیمار نیز افزایش یابد. در مطالعه‌ی خانجانی آموزش عملی نحوه‌ی مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی اسپاستیک به مراقبان خانوادگی آن‌ها موجب افزایش چشمگیر (حدود ۲۰ نمره) در نمره‌ی کیفیت زندگی آنان شد (۱۳). در مطالعه‌ی خطیبان نیز آموزش مراقبت خانواده - محور به مراقبان بیماران مبتلا به سکته‌ی مغزی، باعث افزایش آگاهی و عزت‌نفس آنان و در نتیجه، بهبود کیفیت مراقبت از بیمار گردید (۴). مسعودی در مطالعه‌ی خود نشان داد که توانمندسازی مراقبین بیماران ام‌اس باعث افزایش دانش، نگرش و عملکرد آنان شده و به‌طور مستقیم منجر به افزایش خودمراقبتی مددجو شده و مراقب را در امر مراقبت یاری می‌رساند (۱۴).

کیفیت زندگی به‌عنوان شاخص کیفیت مراقبت و جزئی از برنامه‌ی درمان بیماران مزمن، تحت تأثیر عملکرد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است. بنابراین، توجه به کیفیت زندگی مراقبان این بیماران نیز می‌تواند به‌طور مستقیم در کیفیت زندگی بیماران مؤثر باشد. باتوجه به

۴۰ ثانیه یک نفر دچار این عارضه می‌شود (۲). میزان بروز سالیانه‌ی سکته‌ی بار اوّل در ایران، ۱۳۹ نفر در هر صد هزار نفر است و این آمار به میزان قابل توجهی از اغلب کشورهای غربی بالاتر است (۴). خطر سکته‌ی مغزی در سن بالای ۵۵ سال، در هر ۱۰ سال دو برابر می‌شود و باوجود انجام مراقبت‌ها، احتمال سکته‌ی مغزی مجدد در طی ۲ سال، ۲۰ درصد است (۵).

حدود ۸۰ درصد بیماران دچار سکته‌ی مغزی به منزل برمی‌گردند و حداقل نیمی از آن‌ها نیازمند کمک دائمی یا موقت از جانب افرادی هستند که با آن‌ها زندگی می‌کنند. به‌خاطر ارزش‌های اجتماعی، یکی از منابع مهم مراقبتی از این افراد، خانواده‌های آن‌ها می-باشند (۶). اختلال و معلولیت‌های به‌جا مانده از این بیماری از لحاظ مراقبت‌های پزشکی و پرستاری در بیمارستان و منزل به صورت یک معضل بزرگ اجتماعی درآمده است. مواجهه‌ی خانواده با پدیده‌ی مراقبت از مددجویانی که گرفتار سکته‌ی مغزی هستند، مانند مراقبت از سایر بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ی مزمن، تنش زیادی برای خانواده‌ی بیمار و مراقب ایجاد می‌کند (۴). مراقبان اغلب، نیازهای مراقبت از سلامت خود را به‌خاطر مراقبت از عضو بیمار خانواده نادیده می‌گیرند که این موجب تهدید سلامتشان می‌شود و آن‌ها را در معرض خطر مشکلات جسمی و روانی قرار می‌دهد (۸). فرسودگی مراقبت-کنندگان منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها و کاهش کیفیت ارایه‌ی مراقبت توسط مراقبت‌کنندگان می‌شود. در افراد مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به سکته‌ی مغزی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش مسئولیت نگهداری از این بیماران باعث تحمیل بار اقتصادی بیشتر و مشکلات روانی عدیده می‌گردد (۹).

بیماران مبتلا به سکته‌ی مغزی معمولاً طی یک هفته مرخص می‌شوند و اغلب با وجود منابع مراقبتی کمی که در دسترس است، به منزلشان برمی‌گردند. باید گفت در این راستا، جهت آموزش به مراقبت‌کنندگان قبل

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی است که به‌عنوان یک ابزار استاندارد اندازه‌گیری پیامد سطح سلامت در سطح بین‌المللی به‌کار برده می‌شود. مفاهیمی که توسط این پرسش‌نامه سنجیده می‌شود اختصاص به سن، گروه و یا بیماری خاصی ندارد. هدف از طرح این پرسش‌نامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به‌وسیله‌ی ترکیب نمرات حیطه‌های هشتگانه‌ی تشکیل‌دهنده‌ی سلامت به‌دست می‌آید. این پرسش‌نامه، دارای ۳۶ عبارت است که ۸ حیطه‌ی مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: ۱- سلامت عمومی ۲- عملکرد جسمانی ۳- محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ۴- محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ۵- درد بدنی ۶- عملکرد اجتماعی ۷- انرژی و نشاط ۸- سلامت روانی. پایایی و روایی نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه در ایران توسط منتظری و همکاران تأیید شده است (آلفا مساوی ۰/۹ تا ۰/۷۷) (۱۵). مقیاس بارتل جهت تعیین وابستگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به‌ویژه سکنه‌ی مغزی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس دارای ۱۰ بخش است که شامل پرسش‌هایی مربوط به کنترل روده و مثانه، نظافت شخصی، استفاده از توالت، غذاخوردن، انتقال از تخت به صندلی و برعکس، راه رفتن، لباس پوشیدن، استفاده از پله و استحمام می‌باشد که با پاسخ‌دهی به سؤالات امتیازی بین صفر تا ۱۰۰ به‌دست می‌آید. جهت پایایی مقیاس بارتل از شیوه‌ی «ثبات داخلی» و جهت روایی این ابزار از شیوه‌ی «روایی هم‌زمان» و «مقایسه‌ی گروه‌های شناخته شده» استفاده شد (۱۶).

ابتدا با توجه به شرایط ورود به مطالعه، بیماران و مراقبان آنان مورد بررسی قرار گرفتند. مراقب اولیه (اصلی) بیمار، شناسایی شده و در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه، ابتدا اهداف پژوهش برای مراقب بیمار، توضیح داده و فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش توسط مراقب بیمار تکمیل شد. سپس با توجه به روش تخصیص

این که تاکنون به مراقبان در چرخه‌ی درمان بیماران، توجه کافی نشده و پژوهشی با رویکرد مداخله‌ی آموزشی بر روی کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سکنه‌ی مغزی در ایران انجام نگردیده؛ لذا، این پژوهش با هدف ارزیابی میزان اثربخشی آموزش مراقبت از بیمار مبتلا به سکنه‌ی مغزی بر کیفیت زندگی مراقبان آنان انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی کارآزمایی میدانی تصادفی شده، به صورت دو سوکور انجام شد. نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی، ساده و دردسترس و تخصیص تصادفی جهت قرارگیری در گروه مداخله و کنترل با روش بلوک تصادفی در بلوک‌های چهارتایی و با نرم‌افزار تخصیص صورت گرفت. شرایط ورود به مطالعه شامل: سکنه‌ی مغزی بار اول، سنکم‌تر از ۷۵ سال، کسب حداقل نمره‌ی ۶۰ مقیاس بارتل برای بیماران، داشتن سواد خواندن و نوشتن و عضو خانواده‌ی بیمار، برای مراقبان بود. تحصیلات مراقب در زمینه‌ی علوم پزشکی موجب خروج بیمار از مطالعه بود. شرایط خروج از مطالعه نیز سکنه‌ی مجدد بیمار و یا فوت بیمار و عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری با تیم پژوهشی بود. تعداد ۱۶۶ مراقب جهت بررسی شرایط ورود به مطالعه، مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند و در نهایت براساس پارامترهای مشخص شده، ۱۲۰ نفر از مراقبان بیماران مبتلا به سکنه‌ی مغزی بستری در بخش مغز و اعصاب بیمارستان واسعی سبزوار در سال ۱۳۹۳ وارد مطالعه شدند. در پیگیری یک‌ماه بعد از مداخله، در گروه مداخله، ۷ نفر و در گروه کنترل، ۶ نفر از مداخله خارج شدند و آنالیز نهایی داده‌ها بر روی ۱۰۷ نفر انجام شد (دی‌گرام ۱).

ابزار گردآوری داده‌ها شامل: چک‌لیست مشخصات فردی بیمار و مراقب، مقیاس بارتل و پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (SF-36) بود. از رایج‌ترین و جامع‌ترین ابزارهای استاندارد عمومی جهت اندازه‌گیری " کیفیت زندگی "

این مقاله با کد اخلاق IRCT2014061918156N1 ثبت شده است. کارآزمایی بالینی IRCT2014061918156N1 ثبت شده است.

جهت آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار استی‌تا (stata) نسخه-۱۲ استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی و کمی از آزمون‌های آنالیز واریانس و تی‌مستقل و مدل‌های رگرسیون لجستیک استفاده گردید. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

طبق یافته‌های این مطالعه در گروه مداخله، ۵۳/۳ درصد و در گروه کنترل ۶۵ درصد مراقبان زن بودند. میانگین کلی سن مراقبان ۴۱/۲۴ سال (دامنه‌ی ۲۲ تا ۶۴ سال) بود. در گروه مداخله ۴۳/۳ درصد و در گروه کنترل ۵۸/۳ درصد مراقبان تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند که تفاوت آماری معناداری بین سطح تحصیلات مراقبان در دو گروه مشاهده نشد ($p=0/103$). در گروه مداخله ۱۰ درصد مراقبان مجرد، ۷۸/۳ درصد متأهل و ۱۱/۶ درصد مطلقه بودند که تفاوت آماری بین دو گروه معنادار بود ($p=0/24$). در گروه مداخله ۴۳/۳ درصد و در گروه کنترل ۵۰ درصد مراقبان، دختر بیمار بودند و در گروه مداخله ۶۱/۶۷ درصد و گروه کنترل ۳۶/۶۷ درصد درآمد کمتر از ۵۰۰۰۰۰ تومان در ماه داشتند که از نظر آماری تفاوت معنادار نبود ($P=0/0001$).

جدول ۱، میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل در ابعاد هشتگانه‌ی کیفیت زندگی را بعد از آموزش نشان می‌دهد. در ابعاد سلامت عمومی ($p<0/0001$) و ایفای نقش جسمی ($p<0/0001$)، ایفای نقش هیجانی ($p<0/0001$) و سلامت روانی ($p=0/66$) تفاوت آماری معنادار است؛ اما، در بقیه‌ی ابعاد این تفاوت معنادار نبود (جدول ۱).

جدول (۲) نمرات ابعاد کیفیت زندگی را در دو گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش نشان می‌دهد. به جز ابعاد سلامت روانی و انرژی و نشاط، در سایر ابعاد

تصادفی طرح که بلوک تصادفی می‌باشد، به ترتیب ورود واحدهای پژوهش‌در طرح، با مراجعه به بلوک‌های چهار-تایی (حرف A به گروه مداخله و حرف B به گروه کنترل اختصاص یافت)، واحدهای پژوهش به گروه‌های مداخله و کنترل تخصیص داده شدند.

چک‌لیست حاوی مشخصات دموگرافیک بیمار و مراقب اولیه‌ی وی، توسط مراقب بیمار، تکمیل و جهت حضور مراقب در روز ترخیص بیمار تأکید شد. واحدهای پژوهش در هر دو گروه مداخله و کنترل، در طول روزهای بستری از آموزش‌های معمول بخش استفاده کردند. آموزش‌های معمول بخش شامل: پمفلت‌های آموزشی موجود در جایگاه مخصوص آنبودکه در دسترس همه‌ی بیماران و مراقبان قرار داشت؛ پوسترهای آموزشی نصب شده بر دیوار بخش با موضوعات مربوط با سکتی مغزی و آموزش‌های ارائه شده توسط پرستاران بود.

در روز ترخیص بیمار، ابتدا پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (SF-36) توسط مراقب بیمار در مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه تکمیل شد. سپس به واحدهای پژوهش در گروه کنترل، جهت تکمیل مجدد پرسش‌نامه پس از یک ماه، توضیح داده شد و هیچ آموزشی به این گروه ارائه نگردید. برای واحد پژوهش در گروه مداخله، در محیطی خارج از اتاق بستری بیماران، در یک جلسه‌ی ۲ ساعته، روش‌ها و راهکارهای مراقبت از بیمار در منزل شامل تغییر وضعیت، مناسب‌سازی محیط منزل، روش تغذیه‌ی بیمار، رژیم غذایی، اجابت مزاج، مراقبت از سوندهای بیمار با استفاده از تصاویر و آموزش چهره به چهره، توسط محقق، ارائه و به سؤالات آنان نیز پاسخ داده شد. یک ماه پس از ترخیص، مجدداً پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی توسط مراقبان گروه مداخله و کنترل به صورت مراجعه‌ی حضوری به بخش اعصاب و یا درمانگاه تکمیل شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی محتوای آموزش داده شده به گروه مداخله، طی یک جلسه‌ی دو ساعته، پس از پایان پژوهش، به مراقبان گروه کنترل نیز آموزش داده شد.

جدول ۱: مقایسه‌ی میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل یک ماه بعد از آموزش

ابعاد کیفیت زندگی	گروه مداخله		گروه کنترل		کواریانس
	بعد از مداخله	انحراف معیار ± میانگین	بعد از مداخله	انحراف معیار ± میانگین	
سلامت عمومی	۶۳/۵۱±۲۵/۱۱		۳۸/۸۶±۲۷/۳۰		
عملکرد جسمی	۸۱/۱۱±۲۶/۲۱		۷۶/۹۸±۲۳/۳۹		
ایفای نقش جسمی	۶۹/۹۰±۳۵/۱۴		۳۸/۶۷±۴۵/۳۵		
درد	۶۰/۹۷±۱۶/۰۰		۵۴/۱۵±۲۳/۷۰		
عملکرد اجتماعی	۵۹/۰۲±۱۲/۹۴		۵۸/۰۱±۲۱/۲۴		
ایفای نقش هیجانی	۸۱/۴۸±۳۵/۸۵		۴۹/۰۵±۴۷/۸۶		
سلامت روانی	۶۵/۲۵±۱۸/۳۰		۵۷/۴۳±۲۱/۷۲		
انرژی و نشاط	۶۰/۱۸±۱۷/۴۵		۵۴/۸۱±۲۶/۳۲		

جدول ۲: مقایسه‌ی میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش

ابعاد کیفیت زندگی	گروه مداخله		گروه کنترل		تی استیودنت
	قبل از مداخله	انحراف معیار ± میانگین	قبل از مداخله	انحراف معیار ± میانگین	
سلامت عمومی	۲۱/۲۴±۷۶/۷۵		۲۴/۳۵±۶۳/۰۸		
عملکرد جسمی	۲۵/۷۸±۸۲/۳۳		۲۵/۳۱±۷۳/۰۸		
ایفای نقش جسمی	۳۰/۸۳±۷۶/۶۶		۳۷/۴۱±۵۷/۰۸		
درد	۲۱/۵۳±۸۲/۰۸		۲۱/۲۶±۶۷/۱۲		
عملکرد اجتماعی	۷۸/۱۲±۲۱/۷۸		۶۷/۹۱±۲۱/۸۷		
ایفای نقش هیجانی	۷۵±۴۳/۶۶		۵۸/۳۳±۴۷/۳۸		
سلامت روانی	۶۴/۲۰±۲۵/۸۸		۶۶/۶۰±۱۹/۳۷		
نشاط	۶۰/۵۰±۲۳/۱۵		۶۰/۵۸±۱۹/۲۰		

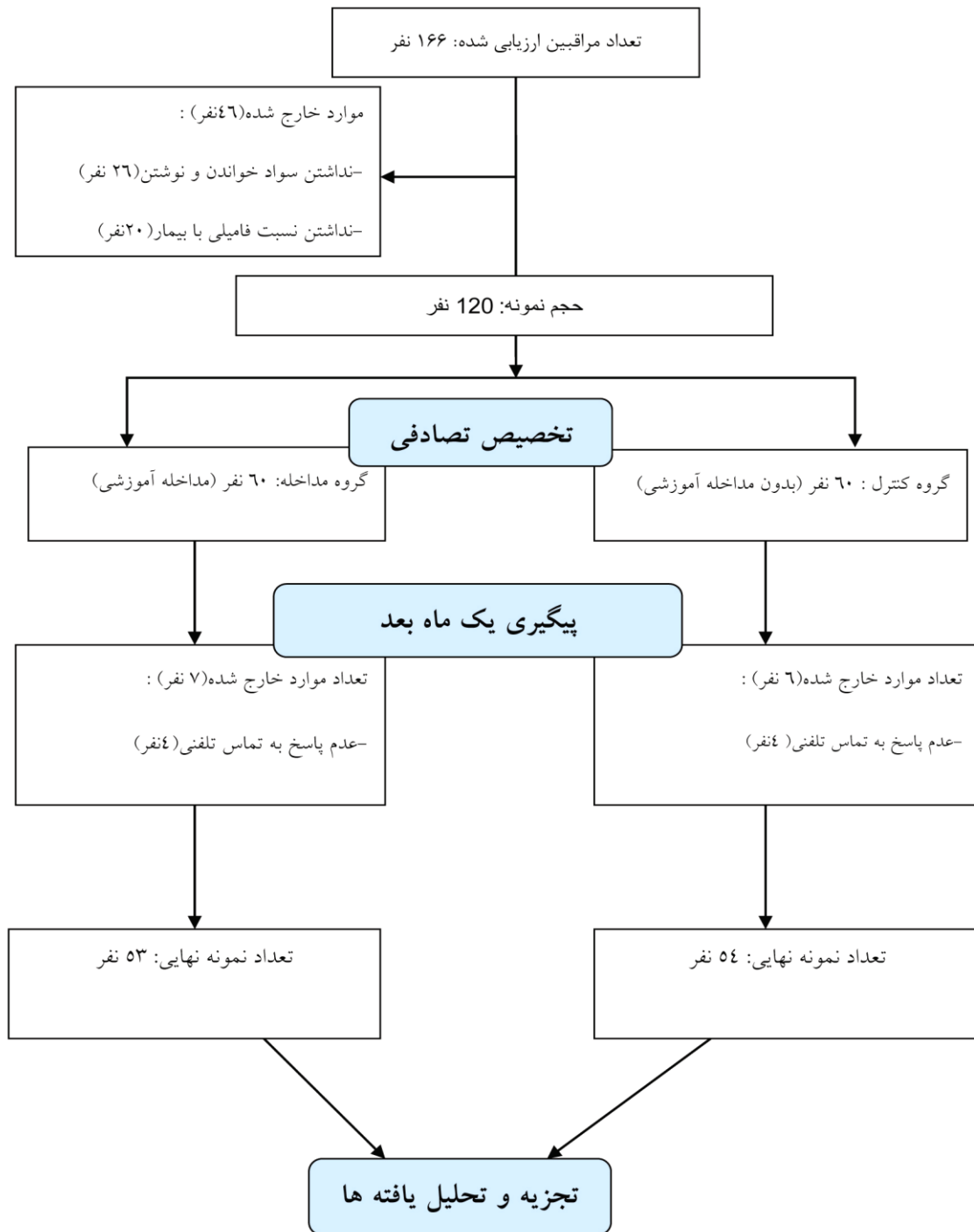
مطالعه‌ی خود کیفیت زندگی همسران مبتلا به سرطان پروستات را بعد از آموزش توسط پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (SF-12) بررسی کردند و به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۷). بعد از مداخله، به دلیل فشار بار مراقبت از بیمار، وضعیت سلامت عمومی هر دو گروه بدتر شده است و نمره‌ی پایین‌تری نسبت به قبل از مداخله کسب کرده‌اند. مطالعه‌ی بندیکت نیز این نتیجه را حمایت می‌کند و گروه مداخله نمره‌ی بالاتری را کسب کرده است. با این تفاوت که در مطالعه‌ی وی، نمره‌ی سلامت عمومی گروه کنترل بعد از مداخله، کاهش معناداری داشته است. اگرچه گروه مداخله تغییر معناداری نداشته است. شاید دلیل تفاوت نتیجه‌ی این مطالعه با نتیجه‌ی پژوهش ما این باشد که آموزش هم‌زمان بیمار و مراقب در مطالعه‌ی بندیکت موجب مشارکت بیمار در خودمراقبتی و مانع از کاهش سلامت عمومی مراقبان شده است (۱۸). اما، در مطالعه‌ی ملازم آموزش روانی و افزایش دانش، موجب

اختلاف آماری معناداری بین گروه مداخله و کنترل به-دست آمد ($p < 0.0005$).

نمودار ۱، مقدار تغییر نمرات ابعاد کیفیت زندگی را در دو گروه بعد از مداخله نشان می‌دهد. تغییر نمره، حاصل تفریق نمره‌ی ارزیابی نهایی از نمره‌ی ارزیابی اولیه هر بُعد می‌باشد. در ابعاد سلامت عمومی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی، نمره‌ی گروه کنترل نسبت به گروه مداخله، کاهش بیشتری را نشان می‌دهد و در بُعد ایفای نقش هیجانی، نمره‌ی گروه مداخله افزایش داشته است.

بحث

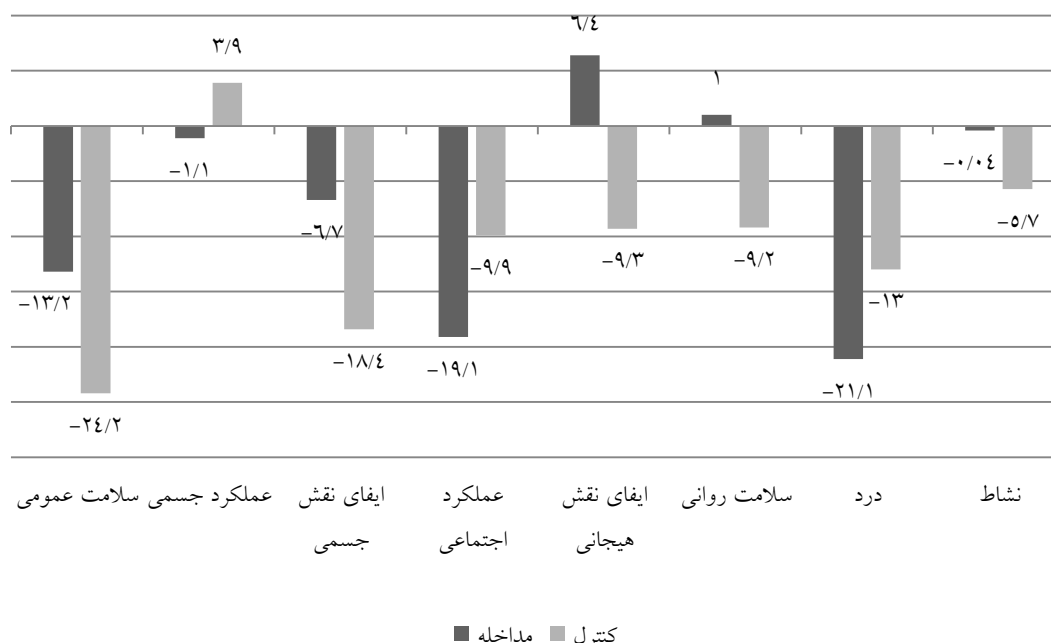
آموزش مراقبت از بیمار موجب شد تا یک ماه پس از مداخله‌ی آموزشی، مراقبان گروه مداخله در تمام ابعاد کیفیت زندگی، میانگین نمره‌ی بالاتری را نسبت به گروه کنترل به‌دست آورند. لارل و همکاران نیز در



دیاگرام ۱: تخصیص نمونه ها و پیگیری

است مانع از آفت عملکرد جسمی مراقبان شود. در مطالعه‌ی جلیلی نیز آموزش مراقبت‌های ویژه به مادران کودکان فلج مغزی موجب شد تا در این بُعد، تفاوت آماری معناداری مشاهده نشود (۲۰). با این‌که نمره‌ی هر دو گروه در بُعد ایفای نقش جسمی، یک ماه بعد از مداخله کاهش یافته است؛ اما،

توجه بیشتر مراقبان به سلامت‌شان شده و در نتیجه نمره‌ی سلامت عمومی مراقبان افزایش یافته است (۱۹). در بُعد عملکرد جسمی در مقایسه‌ی قبل و بعد از مداخله، گروه مداخله کاهش بسیار اندک و گروه کنترل افزایش کمی در نمره‌ی این بُعد داشته‌اند که از نظر آماری معنادار نیست. بنابراین، آموزش مراقبان حداقل توانسته



نمودار ۱: مقدار تغییر میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

درد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر شده است. مطالعه‌ی بندیکت این نتیجه را تأیید نمی‌کند. در مطالعه‌ی وی آموزش مراقبان در گروه مداخله که شامل تغذیه‌ی بیمار، مراقبت پرستاری، تأمین آسایش و مدیریت علائم بیمار بود، انجام شد و قبل از آموزش، یک و سه ماه بعد نیز با پرسش‌نامه‌ی SF-36 کیفیت زندگی مراقبان ارزیابی شد. فقط در بُعد "درد" تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($p=0/237$) و در سایر ابعاد تفاوت آماری معنادار بود (۱۸).

در بُعد عملکرد اجتماعی، بین گروه مداخله و کنترل یک ماه بعد از مداخله، تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($p=0/766$)؛ اما، قبل از مداخله این تفاوت آماری معنادار می‌باشد ($p=0/11$). بعد از مداخله، نمره‌ی گروه مداخله کاهش بیشتری داشته است. یعنی عملکرد اجتماعی گروه مداخله کم‌تر شده است. این کاهش عملکرد را می‌توان ناشی از کاهش حضور مراقبان در اجتماع با هدف مراقبت بیشتر از بیمار که ناشی از افزایش آگاهی آن‌ها از روش‌های مراقبت می‌باشد، توجیه نمود. مطالعه‌ی راجرز نیز این نتیجه را تقویت می‌کند. شش ماه بعد از مداخله، عملکرد اجتماعی مراقبان گروه مداخله

یادگیری روش‌های درست جابه‌جایی و حمل بیمار با کاهش فشار فیزیکی بر بدن و دردهای ناشی از آن، موجب کاهش کم‌تر نمره‌ی این بُعد، در مراقبان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است؛ اما، در مطالعه‌ی بندیکت نمره‌ی گروه مداخله در این بُعد، افزایش و در گروه کنترل کاهش یافته بود (۱۸). در مطالعه‌ی خانجانی آموزش مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی، موجب افزایش زیادی در نمره‌ی این بُعد از کیفیت زندگی مراقبان شد؛ اما، در مطالعه‌ی خانجانی گروه کنترل وجود نداشته و تأثیر آموزش بر مراقبان گروه کنترل بررسی نشده است (۱۳).

طبق نتایج به‌دست آمده بین گروه مداخله و کنترل در بُعد درد، یک ماه بعد از مداخله، تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($p=0/83$)؛ اما، در گروه مداخله، میانگین نمره‌ی قبل از مداخله با یک ماه بعد، تفاوت آماری معنادار است ($p=0/005$) و نمره یک‌ماه بعد کاهش یافته است. این تفاوت در گروه کنترل نیز معنادار است ($p=0/003$) و نمره کاهش یافته‌است؛ اما، کاهش نمره در گروه مداخله، بیشتر از گروه کنترل بوده است. کاهش نمره در گروه مداخله به این معناست که شدت

ندارد ($p > 0/05$)، اما در مطالعه‌ی بندیکت بیشترین افزایش مربوط به نمره‌ی این بُعد از کیفیت زندگی بوده است ($p = 0/05$) (۱۸).

هر روز بیماران زیادی همراه با مراقبانشان به مطب‌ها و مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. پزشک حال بیمار را از مراقب سؤال می‌کند، او، روند درمان، بهبودی و کیفیت زندگی بیمار را ارزیابی می‌کند؛ اما، کیفیت زندگی مراقب بیمار هیچ‌گاه مورد توجه قرار نمی‌گیرد. چه تغییراتی در کیفیت زندگی مراقب بعد از سکتی مغزی بیمار وی که عضوی از خانواده بوده، به وجود آمده است؟ اکنون بار مسئولیت نقش قبلی بیمار در منزل، بر دوش چه کسی است؟

در این پژوهش سعی شد تا کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سکتی مغزی و تغییرات حاصل شده از مداخله، در مدت زمان یک ماه مورد ارزیابی قرار گیرد. براساس نتایج این پژوهش، توانمندسازی مراقبان در مراقبت از بیماران مبتلا به سکتی مغزی، با ارایه‌ی آموزش‌های مورد نیاز آنان، موجب ارتقای کیفیت زندگی مراقبان می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری با کد ثبت پایان‌نامه‌ی پ ۹۱۱۴۲/۲۴ می‌باشد. از مراقبان بیمارانی که در انجام این پژوهش با ما همکاری داشتند و همچنین از معاون محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و مسئولان دانشکده‌ی پرستاری و مامایی سبزوار تقدیر و تشکر می‌گردد.

کم‌تر از مراقبان گروه کنترل بود. راجرز این نتیجه را ناشی از فعالیت اجتماعی کم مراقبان و صرف وقت بیشتر برای مراقبت از بیمار می‌داند (۲۱).

در بُعد ایفای نقش هیجانی، بین گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله، تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($p < 0/005$). بعد از مداخله، درحالی‌که گروه کنترل با کاهش نمره مواجه شد؛ نمره‌ی گروه مداخله افزایش داشت. شاید بتوان آگاهی، احساس توانمندی و افزایش اعتماد به نفس گروه مداخله، در مراقبت از بیمار را با افزایش نمره‌ی این گروه مرتبط دانست. مطالعه‌ی بندیکت نیز این نتیجه را تأیید می‌کند. در مطالعه‌ی وی، افزایش نمره‌ی این بُعد در گروه مداخله، بیش از سایر ابعاد بوده است که می‌تواند ناشی از آموزش هم‌زمان بیمار و مراقب و تقویت مضاعف آثار روانی آموزش نیز باشد (۱۸). در مطالعه‌ی خانجانی نیز بیشترین افزایش مربوط به نمره‌ی این بُعد می‌باشد ($p = 0/005$) (۱۳).

در مقایسه‌ی تأثیر آموزش مراقبت از بیمار بر بُعد سلامت روانی مراقبان، طبق نتایج به دست آمده، بین گروه مداخله و کنترل یک‌ماه بعد از مداخله، تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($p = 0/46$). بعد از مداخله، نمره‌ی گروه مداخله تفاوتی نداشته؛ اما، نمره‌ی گروه کنترل و سلامت روانی مراقبان کاهش یافته است. در مطالعه‌ی ملازم نیز افزایش سلامت روانی در گروه مداخله گزارش شد که می‌تواند ناشی از مداخله‌ی آموزشی - روانی و افزایش دانش مراقبان باشد (۱۹)؛ اما، در مطالعه‌ی جلیلی بین سلامت روانی مراقبان در دو گروه مداخله و کنترل، اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد ($p = 0/10$) (۲۰). در بُعد انرژی و نشاط، بین گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از مداخله، تفاوت آماری معناداری وجود

References

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarths textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, USA, 2007.
2. Together to end stroke. 2014. Available at: <http://www.strokeassociation.org/strokeorg>. Accessed may 19, 2014.
3. Lopez-Bastida J, Moreno JO, Cerzo MW, Perestelo Perez L, Serrano-Aguilar. Social and economic costs and

- health-related quality of life in stroke survivors in the Canary Islands, Spain. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 315.
4. Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi KH, Alhani F, KH Oshvandi, Feradmal J. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregiver of patients with stroke: a randomized controlled trial. *J Mazand Univ Med Sci.* 2014;23(110):237-43.
 5. Gil-Guillen V, Carratala-Munuera C, Ortega JCA, Orozco-Beltran D, Ribera JM, Expósito AP, et al. Protective factors in patients aged over 65 with stroke treated by physiotherapy, showing cognitive impairment, in the Valencia Community. Protection Study in Older People (EPACV). *BMC Neurol.* 2012;12(1):118.
 6. Vincent C, Desrosiers J, Landreville P, Demers L; BRAD group. Burden of caregivers of people with stroke: evolution and predictors. *Cerebrovasc Dis.* 2009;27(5):456-64.
 7. Dalvandi A, Ekman S-L, Khankeh HR, Maddah SSB, Lutzen K, Heikkilä K. Lack of continuity of rehabilitation care for stroke survivors: Iranian family caregivers' experience. *Middle East Journal of Age & Ageing.* 2011;7(5): 27-35.
 8. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2008.
 9. Opara JA, Jaracz K. Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. *J Med Life.* 2010;3(3):216-20.
 10. Baumann M, Couffignal S, Le Bihan E, Chau N. Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. *BMC Neurol.* 2012;12(1):105.
 11. Hayashi Y, Hai HH, Tai NA. Assessment of the Needs of Caregivers of Stroke Patients at State-Owned Acute-Care Hospitals in Southern Vietnam, 2011. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:1-9.
 12. Koohestani HR, Baghcheghi N. Burn out in caregivers of patients with stroke and its related factors. *Hakim.* 2012;14(4):242-8. [persian]
 13. Khanjani MS, Hatamizadeh N, Hoseini MA, Rahgozar MM. Effectiveness of care education to family caregivers of cerebral palsy pediatrics on their quality of life. *Rehab J.* 2009;10(3):38-42. [Persian]
 14. Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. *J Birjand Univ Med Sci.* 2010;17(2):87-97. [Persian]
 15. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* 2005;14(3):875-82.
 16. Tagharrobi Z, Sharifi KH, Sooky Z. Psychometric evaluation of the short forms of barthel index in the elderly residing in nursing homes. *FEYZ.* 2012;2(1):26-38. [Persian]
 17. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Montie JE, Sandler HM, Forman JD, et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer.* 2007;110(12):2809-18.
 18. Belgacem B, Auclair C, Fedor M-C, Brugnon D, Blanquet M, Tournilhac O, et al. A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: a randomised clinical trial. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(6):870-6.
 19. Molazem Z, Falahati T, Jahanbin I, Jafari P, Ghadakpour S. The effect of psycho-educational interventions on the quality of life of the family caregivers of the patients with spinal cord injury: a randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2014;2(1):31-9.
 20. Jalili N, Rassafiani M, Dalvand H, Haghgoo HA, Farzi M. The effectiveness of handling training on stress and quality of life among mothers of children with cerebral palsy aged 4-12 years old. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences.* 2013;9(1):48-58. [Persian]
 21. Rodgers H, Atkinson C, Bond S, Suddes M, Dobson R, Curless R. Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients and caregivers. *Stroke.* 1999;30(12):2585-91.

An Evaluation on the Effectiveness of Patient Care Education on Quality of Life of Stroke Caregivers: a Randomized Field Trial

Mahtab Gholizadeh,

M.Sc. Student of Nursing School, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Rahim Akrami,

M. Sc. Of Epidemiology, Lecturer of Department of Community Medicine, School of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Moosaalreza Tadayonfar,

Lecturer and M.Sc. in nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Science, sabzevar, Iran

*** Roya Akbarzadeh,**

Lecturer and MSc in Nursing, Department of Anesthesiology, Paramedicine School, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Received:11/04/2015, Revised:20/05/2015, Accepted:22/06/2015

Corresponding Author:

RoyaAkbarzadeh,
Paramedicine School, Sabzevar
University of Medical Sciences,
Sabzevar, Iran
E-mail:
roakbarzadeh53@gmail.com

Abstract

Background & Objectives: Stroke is a debilitating and chronic disease. Caring of a patient with stroke can affect caregiver's life dimensions, especially their quality of life. This study aimed to evaluate the effect of patient care education on caregivers' quality of life of stroke patient.

Materials & Methods: This randomized field trial was performed on 120stroke patients who were hospitalized in Vasei hospital in Sabzevar in 2014. Research units were randomly assigned to two groups: intervention group (n=60) and control group (n=60).Both groups completed SF-36 questionnaire before and one month after education. Data analyzed through chi-square, wilcoxon, paired t-test and independent t-test with STATAsoftware(V.12) with 5% significant level.

Results: The results revealed that, one month after education, scores of quality of life was significantly higher in intervention group than control group. The most differences were in General Health (p=1.000), Role ofPhysical(p=1.000) and Role of Emotion (1.000).

Conclusion: Teaching caring to caregivers of stroke patients led to enhancement of knowledge and skill in caring of patients and, finally, increased their quality of life. So,the importance of teaching care skills to caregivers by nurses must be paid more attention than before.

Keywords: Family caregiver, Quality of life, Stroke.