

Research Paper

The Effectiveness of Self-Management Program Based on 5A Model on Patient Care Burden for Stroke Patients

Maryam Heydari ¹, Narges Aralani ^{2,*}, Asghar Dalvandi ³, Mahdi Noroozi ⁴, Reza Daneshvar ⁵

¹ MSc Student of Community Health Nursing, Department of Clinical Sciences, School of Rehabilitation Sciences University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor of Nursing, Department of Clinical Sciences, School of Rehabilitation Sciences University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ Associate Professor of Gerontology, Department of Clinical Sciences, School of Rehabilitation Sciences University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁵ Assistant Professor of Neurology, Department of Neurology, School of Medicine Shahid Beheshti Hospital Kashan University of Medical Sciences Kashan, Iran

* **Corresponding author:** Narges Aralani, Department of Clinical Sciences, School of Rehabilitation Sciences University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: nargesarsalani@gmail.com

How to Cite this Article:

Heydari M, Aralani N, Dalvandi A, Noroozi M, Daneshvar R. The Effectiveness of Self-Management Program Based on 5A Model on Patient Care Burden for Stroke Patients. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**6**(4):1-9.

DOI: [10.29252/ijrn-06041](https://doi.org/10.29252/ijrn-06041)

Received: 30 Dec 2019

Accepted: 23 Apr 2020

Keywords:

Care Burden

Stroke

Self-Management

5 A Model

© 2020 Iranian Journal of
Rehabilitation Research in Nursing

Abstract

Introduction: Chronic diseases around the world are rapidly increasing. One of these chronic diseases is stroke. Given the multiplicity of problems in this disease, it needs to be managed and provided with appropriate education and support services to the patient and family to achieve self-management ability to maximize functions, feel good, reduce care burden, and improve the quality of life. The purpose of this study was to investigate the effect of a self-management program based on the 5A Model on caregiver burden of family caregivers of stroke patients.

Methods: This quasi-experimental study was performed on 64 family caregivers of patients with stroke in Kashan Shahid Beheshti Hospital. Sampling was done by convenience sampling based on inclusion criteria. Data collection tools included demographic characteristics of the patient questionnaire and the primary caregiver and The Zarit Burden questionnaire. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics and SPSS-19 software.

Results: Findings showed that the mean age of patients was 69.28 ± 15.57 , and the mean age of caregivers was 44.10 ± 10.80 . Most of the patients' primary caregivers (62.5%) were their children. There was no statistically significant difference in the mean of caregiver burden between the intervention and control groups in the pre-test ($P = 0.109$). In contrast, the caregiving burden was significantly decreased in the intervention group and increased in the control group in the post-test ($P = 0.001$).

Conclusions: Implementation of a self-management program based on the 5A Model helps reduce the caregiver burden for family caregivers of patients with stroke and can be used as one of the effective methods for empowering them.

Extended Abstract

OBJECTIVE

It is well known that interactions, functions, and shared family tasks change in response to the presence of stroke patients in the family. What makes it more complicated is that caregivers want to

adapt to their lives at the same time by meeting the needs of stroke patients with sudden occupational, social, and emotional changes (5). In Iran, for reasons such as high cost of patient care in private centers and

the costs of home nurse use, the shortage of government rehabilitation centers and the lack of follow-up after discharge, most families of patients with stroke are responsible for the primary role of patient care (4). Since stroke is an unexpected event, family members usually take on the part of patient-caregiver suddenly and without preparation, and it appears that caregivers and patients need to manage and receive appropriate education and support services. Self-management is one of the most important methods to reduce the costs of treatment and care of patients, especially those with chronic diseases, and health policymakers focus on spreading and promotion of self-management skills (6). This study aimed to investigate the effect of a self-management program based on the 5A Model on the care burden of family caregivers of stroke patients.

MATERIALS AND METHODS

This quasi-experimental study was conducted on 64 family caregivers of patients with stroke in Shahid Beheshti Hospital in Kashan, Iran. Subjects were randomly divided into two groups of 32 members. Data collection tools were the patients' and primary caregiver demographic characteristics form and the Zarit Burden Interview. The questionnaire consists of 22 questions about psychological pressures, which are imposed on the caring person in the patient's care (16). The intervention group received an academic and practical program based on the 5A self-management program (8) on care for patients with stroke, and the family caregiver performed this education for six weeks at home. The way to play and adherence were followed up by the researcher via the Internet and phone calls. The questionnaires were filled in again six weeks after the intervention. The collected data were analyzed using descriptive and inferential statistics and SPSS-19 software. The significance level was $P < 0.05$.

Table 1. Compare the Average Score of the Total Care Burden

| Research Stage | Before* | After* | P Value (T Couple) |
|-------------------------|---------------|--------------|--------------------|
| Intervention | 49.84 ± 22.15 | 22.07 ± 8.35 | 0 < 0.001 |
| Control | 58.68 ± 21.35 | 68.80 ± 9.85 | 0.022 |
| P value (independent t) | 0.109 | 0 < 0.001 | |

*Data are presented as Mean ± SD.

Ethical Considerations

In this study, ethical points according to the ethical protocols of Helsinki studies, were done and received moral code from Social Welfare and Rehabilitation Sciences with several IR. USWR. REC. 1398.013. Also, the research consent form was signed by all subjects.

Funding or Supports

This research has not sponsored and is done at personal expense.

Author's Contribution

All authors contributed equally to the writing of this

RESULTS

Findings showed that the mean age of patients was 69.28 ± 15.57 , and the mean age of caregivers was 44.10 ± 10.80 . In this study, 54.7% of patients were female, and 67.2% of them had an ischemic stroke. Most of the patients' primary caregivers (62.5%) were their children, and 71.9% of caregivers were female. There was no statistically significant difference in the mean of care burden between the intervention group and the control group in the pre-test (P -value = 0.109). In contrast, the care burden significantly decreased in the intervention group and increased in the control group in the post-test (P -value = 0.001).

CONCLUSION

Implementation of a self-management program based on Model 5A helps reduce the care burden for family caregivers of patients with stroke, and it can be a guide for nursing education managers and officials as one of the effective methods for empowering patients with stroke and their caregivers. It appears that although nursing plays an essential role in providing healthcare, integrated and multilateral coordination between treatment specialists is necessary to provide education tailored to the culture, beliefs and religious beliefs of Iranian families to the public to reduce problems and speed up the recovery process of patients with chronic diseases, especially stroke. Nursing managers also have more comprehensive visibility in the field of stroke and its associated problems, in the context of their authority, the conditions for education to the family of patients with stroke in the hospital along with the treatment of these patients to provide the satisfaction of patients and their families and reduce the hospitalization time and the quality of care.

article.

Conflict of Interest

In this article, there was no reported any conflict of interest.

Applicable Remarks

Implementation of a five-model based self-management program in reducing the burden of family caregivers of patients with stroke is valid and can be a guide for managers and nursing education officers and duplicated as one of the effective methods for empowering patients with stroke and their caregivers.

Acknowledgments

This article is part of the results of the master thesis of Community Health Nursing, Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. In this research, we have announced the deputy of research in

the University of Social Welfare and Rehabilitation sciences, patients, and family of patients with stroke in Kashan Shahid Beheshti Hospital, and we have all the teachers and caregiver who have been assisting in this study.



اثربخشی اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ بر بار مراقبتی مراقبین بیماران سکته مغزی

مریم حیدری^۱، نرگس ارسلانی^{۲*}، اصغر دالوندی^۳، مهدی نوروزی^۴، رضا دانشور^۵

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲ استادیار پرستاری، گروه علوم بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۳ دانشیار سالمندشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۴ استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۵ استادیار بیماری‌های مغز و اعصاب، گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی، کاشان، ایران

* نویسنده مسئول: نرگس ارسلانی، استادیار پرستاری، گروه علوم بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

ایمیل: nargesarsalani@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۰۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۰۹

چکیده

مقدمه: با توجه به مزمن بودن بیماری سکته مغزی و تعدد مشکلات مراقبین این بیماران چنین بر می‌آید که مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی نیاز به مدیریت مناسب دارند. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ بر بار مراقبتی مراقبین خانواده بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام شد.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی ۶۴ نفر از مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان بصورت تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل تقسیم گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه بار مراقبتی زاریت (Zarit) بود. گروه مداخله آموزش مبتنی بر برنامه خودمدیریتی پنج آ دریافت و بعد از گذشت شش هفته از مداخله دوباره پرسشنامه‌ها تکمیل و اطلاعات این مطالعه پس از گردآوری با آزمون‌های آماری و نرم افزار SPSS-19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین سن بیماران $69/28 \pm 15/57$ سال و میانگین سن مراقبین بیماران $44/10 \pm 10/80$ سال می‌باشد. در پیش آزمون بین میانگین بار مراقبتی گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P = 0/109$) ولی در پس آزمون میانگین بار مراقبتی گروه مداخله به طور معناداری کاهش و در گروه کنترل افزایش یافته بود ($P < 0,001$).

نتیجه گیری: اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ می‌تواند بعنوان یکی از روش‌های مؤثر، جهت توانمندسازی بیماران مبتلا به سکته مغزی و مراقبین آن‌ها بکار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: بار مراقبتی، خودمدیریتی، سکته مغزی، مدل پنج آ

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

علت مرگ و میر قابل پیشگیری و چهارمین علت از دست رفتن کارایی افراد در سراسر جهان می‌باشد. بر اساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی، سکته مغزی در سال ۲۰۰۵ باعث مرگ ۵/۷ میلیون نفر در

تغییر الگوی مرگ و میر بیماری، از بیماری‌های حاد به سوی بیماری‌های مزمن، مهم‌ترین معضل سلامتی در کشورهای جهان است [۱]. یکی از این بیماری‌های مزمن سکته مغزی است. سکته مغزی دومین

پاسخ این سؤال باشد که آیا آموزش و اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ تأثیری در کاهش بار مراقبتی مراقبین خانواده بیماران سکتة مغزی دارد یا خیر؟

روش کار

طرح پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی نیمه تجربی شامل پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل که با انتصاب تصادفی افراد به گروه مداخله و گروه کنترل اجرا شد. حجم نمونه با احتساب حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد و اختلاف محاسبه شده بین گروه با استفاده از اطلاعات کسب شده مطالعه راهنما [۵] و با در نظر گرفتن ریزش برابر ۳۲ نفر برای هر گروه و در مجموع ۶۴ نفر در هر دو گروه تعیین شد و اندازه اثر ۰/۷۲ در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن و عدم شرکت در مطالعه مشابه و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل خانواده‌ها به ادامه همکاری بودند. پژوهشگر با دریافت معرفی نامه و کسب اجازه نامه از مسئولین بیمارستان شهید بهشتی کاشان به شیوه نمونه‌گیری مبتنی بر هدف شروع به نمونه‌گیری نمود و در دو گروه مداخله و کنترل جاگیری شدند. پس از معرفی و کسب رضایت از مراقبین خانواده بیماران مبتلا به سکتة مغزی اهداف، اهمیت مساله و چگونگی انجام تحقیق بیان گردید و فرم رضایت آگاهانه کتبی تحویل و موافقت کتبی آن‌ها دریافت شد. قبل از شروع مداخله، پرسشنامه بررسی بار مراقبتی و آپگار مراقبین خانواده مورد بررسی قرار گرفت. گروه مداخله شامل ۳۲ نفر به ۲ گروه ۱۶ نفری تقسیم شدند که برای هر گروه به مدت ۸ جلسه یک ساعته به مدت ۵ هفته (هفته‌ای ۲ جلسه) کلاس‌های آموزشی به صورت نظری و عملی در کلاس و بخش مغز و اعصاب بیمارستان شهید بهشتی کاشان برگزار گردید. با در نظر گرفتن یک مطالعه [۱۲] در مطالعه حاضر، برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ در ۵ مرحله طی ۳ ماه به اجرا درآمد. (جدول ۱) در این پژوهش منظور از برنامه خودمدیریتی در برگیرنده آموزش نظری و عملی (جدول ۲) و پیگیری تلفنی و مجازی به مراقبین خانواده بیماران مبتلا به سکتة مغزی به روش گروهی است. گروه کنترل برنامه روتین بیمارستان را دریافت کرد.

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، شماره تلفن محقق به مراقبین داده شد تا در صورت نیاز جهت پاسخگویی به سؤالات با وی تماس بگیرند که اکثر مراقبین گروه مداخله تمایل به ایجاد یک گروه مجازی بصورت گروهی داشتند تا اطلاعات و نیازها و مشکلاتشان را با محقق و با یکدیگر رد و بدل نمایند که این کار انجام شد. مراقبین خانوادگی به مدت شش هفته این آموزش‌ها را در منزل اجرا نموده و چگونگی انجام و پیروی از آن توسط محقق بصورت مجازی و تلفنی پیگیری شده و بعد از گذشت شش هفته از مداخله دوباره پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. محتوای این بسته‌ی آموزشی براساس مطالعات پیشین و پس از تأیید علمی و اعتبارسنجی توسط اساتید صاحب‌نظر تدوین و استفاده شد.

در این مطالعه از پرسشنامه‌ی دو قسمتی استفاده شد. قسمت اول فرم اطلاعات جمعیت شناختی بیمار و مراقب اصلی و قسمت دوم پرسشنامه

جهان شده است در حالیکه این آمار تا سال ۲۰۳۰ به ۷/۸ میلیون خواهد رسید [۲]. طبق گفته وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، از ۱۰۰۰۰۰۰۰ حادثه سکتة مغزی در این کشور، ۲۵ هزار نفر منجر به مرگ می‌شوند [۳].

در ایران به دلایلی نظیر هزینه بالای مراقبت از بیمار در مراکز خصوصی و هزینه‌های بکارگیری پرستار در منزل، کمبود مراکز بازتوانی دولتی و عدم وجود پیگیری پس از ترخیص، اکثر خانواده‌های بیماران مبتلا به سکتة مغزی، خود نقش اصلی مراقبت از بیمار را به عهده می‌گیرند [۴]. با این حال اکثر خانواده‌ها به علت مواجهه ناگهانی با سکتة مغزی و اتخاذ نقش جدید به عنوان مراقب بیمار، احساس عدم آمادگی داشته و در اجرای برنامه‌های بازتوانی بیمار خود دچار مشکلات فراوانی می‌شوند. بسیاری از خانواده‌ها مشکلات مراقبتی خود را ناشی از کمبود اطلاعات در مورد بیماری و نوع مراقبت‌های لازم و مؤثر برای بیمار خود ذکر می‌کنند [۵].

بار مراقبتی یک اصطلاح کلی است که توصیف‌کننده بار روحی روانی، جسمی و مالی ناشی از مراقبت می‌باشد که بر مراقبت‌کننده تحمیل می‌شود. بار مراقبتی حاصل از مراقبت بیماران سکتة مغزی با شکسته شدن انسجام خانوادگی و برهم خوردن کیفیت زندگی مراقبین در ارتباط می‌باشد [۵].

موضوع خودمدیریتی بعنوان یکی از مهمترین رویکردهای مناسب جهت کاهش هزینه‌های درمان و مراقبت از بیماران به خصوص افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن است و سیاست‌گذاران سلامت تأکید زیادی بر گسترش و ارتقای مهارت‌های خودمدیریتی دارند [۶]. پرستاران جهت تعامل با اعضای خانواده در موقعیت منحصر به فردی قرار دارند و می‌توانند به عنوان یک مشاور در یک موقعیت مناسب جهت کمک و یاری به خانواده تدابیر سازنده‌ای را اتخاذ نمایند. برای اجرای برنامه خودمدیریتی مدل‌های مختلفی وجود دارد که یکی از رایج‌ترین آن‌ها که جهت مشاوره و تغییر رفتار کاربرد دارد، مدل خودمدیریتی پنج آ است. مدل مداخله‌ای پنج آ در ایران و جهان بیشتر در رابطه با ترک اعتیاد و کاهش وزن و پیشگیری از بیماری‌های مزمن در افراد استفاده شده است [۷].

نتایج مطالعه شرسون و همکاران در سال ۲۰۱۴ نشان داد که بایستی بطور مرتب تمام جنبه‌های مدل پنج آ شامل تیم درمانی در خانواده و افراد مبتلا به چاقی جهت کاهش وزن استفاده شود [۸]. مطالعه دالوندی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش با استفاده از برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ موجب افزایش آپگار خانواده از سطح ناکارآمد به خانواده کارآمد شد و این برنامه توانسته است موجب ارتقای بیشتر زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودک فلج مغزی شود [۹]. ولی نتیجه مطالعه جوانوش و همکاران (۱۳۹۶) نشان دهنده اثربخشی برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم حاد کرونری در مدت مطالعه نبود [۱۰].

نظر به شیوع بالای سکتة مغزی و احتمال بالقوه تنش و نابسامانی در عملکرد خانواده‌های بیماران مبتلا به سکتة مغزی و در نتیجه افزایش بار مراقبتی آنان [۱۱] و با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در مورد اثربخشی برنامه خودمدیریتی بر روی مراقبین بیماران مبتلا به سکتة مغزی در ایران انجام نشده است موجب شد که محقق علاقه مند به

امتیاز هر فرد بین ۰ تا ۸۸ در نظر گرفته شد و نمره بالاتر نشان دهنده فشار روانی بیشتر و بالعکس بود. جهت توصیف داده‌ها از نرم افزار SPSS۱۹ استفاده شد. آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار)، آزمون تی مستقل جهت بررسی میانگین متغیرهای کمی در گروه‌های مورد مطالعه و آزمون تی زوجی جهت بررسی میانگین متغیرهای کمی قبل و بعد از مداخله به تفکیک در گروه‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. همچنین برای بررسی یکسان بودن متغیرهای کیفی در دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد.

ی بار مراقبتی زاریت را شامل می‌شد. پرسشنامه‌ی بارمراقبتی شامل ۲۲ سؤال است که روایی و پایایی در مطالعات پیشین [۱۳، ۱۴] به تأیید رسیده است. هر سؤال به طور جداگانه در ۵ طیف از مقیاس لیکرت به صورت هرگز، به ندرت، بعضی اوقات، بیشتر اوقات، همیشه که با دامنه نمرات بین صفر تا ۸۸ نمره گذاری شده است [۱۵، ۱۶]. مجموع امتیازات کسب شده توسط هر مراقب، فشار روانی آن را تعیین می‌کند. پس از بررسی امتیاز ۰ تا ۲۰ بعنوان بار مراقبتی کم یا فاقد آن، ۲۱ تا ۴۰ بار مراقبتی خفیف تا متوسط، ۴۱ تا ۶۰ فشار روانی متوسط تا شدید و ۶۱ تا ۸۸ بار مراقبتی شدید رتبه بندی شد. حداقل و حداکثر

جدول ۱. برنامه‌ی خودمدریته مبتنی بر مدل پنچ [۱۷]

| ردیف | مراحل | اقدامات |
|------|--|--|
| ۱ | مرحله بررسی (Assess) | در این مرحله اطلاعاتی در مورد بیماری سکنه مغزی و چالش‌هایی که مراقبین خانواده بیمار مبتلا به سکنه مغزی با آن مواجهه پیدا کردند، کسب می‌شود. در واقع در این مرحله باورها، رفتار و آگاهی مراقبین در مورد سکنه مغزی بررسی می‌شود. |
| ۲ | مرحله راهنمایی (Advise) | در این مرحله اطلاعاتی در مورد بیماری سکنه مغزی، علائم و نشانه‌های بیماری، 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 خواهد شد. |
| ۳ | مرحله توافق با مراقبین خانواده بیمار (Agree) | بین مراقبین خانواده بیمار مبتلا به سکنه مغزی و پژوهشگر توافقی در مورد مراقبت از بیماران با توجه به مشکلات تشخیص داده شده در امر مراقبت ایجاد شده و اهداف رفتاری مناسب تعیین و اجرا خواهد شد. از مراقبین نیز درخواست خواهد شد تا وضعیت عملکرد خود در مراقبت از بیمارشان را بصورت روزانه و به مدت ۶ هفته ثبت کنند. |
| ۴ | مرحله کمک (Assist) | ارائه آموزش‌های لازم در مورد مراقبت از بیمار مبتلا به سکنه مغزی بصورت گروهی در طی ۷ جلسه شامل نحوه پیشگیری از عوارض در تمامی زمینه‌ها از جمله عفونت تنفسی، مراقبت پوستی و پیشگیری از زخم فشاری توضیح داده خواهد 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 خواهد شد. |
| ۵ | مرحله پیگیری عملکرد (Arrange) | در این مرحله عملکرد مراقبین بمدت ۶ هفته پیگیری خواهد شد. در حقیقت برای اطمینان از اجرای برنامه‌های عملی توسط مراقبین، انجام آن توسط محقق بصورت تلفنی و مجازی در منزل پیگیری می‌شود. |

یافته‌ها

میانگین بار مراقبتی در گروه کنترل قبل از مداخله ۵۸/۶۸ با انحراف معیار ۲۱/۳۵ بوده که پس از مداخله به ۶۸/۸۰ با انحراف معیار ۹/۸۵ تغییر یافته است. نتایج نشان می‌دهد که پس از گذشت ۶ هفته در گروه کنترل با اندازه گیری مجدد، بار مراقبتی به طور معناداری افزایش یافته است ($P \text{ value} < 0.05$).

در پیش آزمون بین میانگین بار مراقبتی گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($P \text{ value} = 0.109$) ولی در پس آزمون میانگین بار مراقبتی گروه مداخله به طور معناداری کاهش و در گروه کنترل افزایش یافته است ($P \text{ value} < 0.001$) به عبارت دیگر مداخله آموزشی انجام شده توانسته است در نمره کل بارمراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به سکنه مغزی در دو گروه مداخله و کنترل بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معناداری ایجاد نماید (جدول ۲).

بعد از تعدیل اثر پیش آزمون (نمره پایه بار مراقبتی بیماران مبتلا به سکنه مغزی) اثر مداخله معنادار بوده است ($P < 0.001$) $R.Squared = 0.87$ (value) اندازه این اثر ۰/۸۶ می‌باشد. همچنین $R.Squared = 0.87$ محاسبه شد که نشان دهنده مؤثر بودن مداخله بوده است (جدول ۳).

از مجموع ۶۴ مراقب (۳۲ نفر مداخله و ۳۲ نفر کنترل) وارد شده، ۶ نفر (۵ نفر در گروه مداخله و ۱ نفر در گروه کنترل) با توجه به معیارهای خروج از مطالعه حذف و ۵۸ مراقب (۲۷ نفر در گروه مداخله و ۳۱ نفر در گروه کنترل) تا پایان مطالعه باقی ماندند. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که میانگین سن بیماران $69/28 \pm 15/57$ سال و میانگین سن مراقبین بیماران $44/10 \pm 10/80$ سال می‌باشد و هر دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیر سن بیماران و مراقبین با یکدیگر همسان می‌باشند.

میانگین بار مراقبتی گروه مداخله در پیش آزمون ۴۹/۸۴ با انحراف معیار ۲۲/۱۵ بوده است و در پس آزمون به ۲۲/۰۷ با انحراف معیار ۸/۳۵ تغییر یافته است. تفاوت آماری معناداری در میانگین پیش آزمون و پس آزمون بار مراقبتی گروه مداخله وجود دارد ($P < 0.001$) بطوری که میانگین پس آزمون به طور معناداری کمتر از پیش آزمون است.

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره کل بار مراقبتی قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مداخله و کنترل

| مرحله تحقیق | قبل* | بعد* | اختلاف میانگین | آماره t | درجه آزادی | P Value تی زوجی |
|------------------|---------------|--------------|----------------|---------|------------|-----------------|
| مداخله | ۴۹/۸۴ ± ۲۲/۱۵ | ۲۲/۰۷ ± ۸/۳۵ | ۳۰/۸۸ | ۷/۹۸ | ۲۶ | ۰ < ۰/۰۰۱ |
| کنترل | ۵۸/۶۸ ± ۲۱/۳۵ | ۶۸/۸۰ ± ۹/۸۵ | -۱۰/۳۵ | -۲/۴۱ | ۳۰ | ۰/۰۲۲ |
| آماره t | ۱/۶۲ | ۱۹/۳۲ | | | | |
| P value تی مستقل | ۰/۱۰۹ | ۰ < ۰/۰۰۱ | | | | |

*اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف معیار و یا تعداد % آمده است.

جدول ۳. اثر برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ بر بار مراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به سکتة مغزی با تعدیل اثر پیش آزمون

| مرحله تحقیق | میانگین مجزورات | درجه آزادی | F | P Value | اندازه اثر |
|-------------|-----------------|------------|--------|---------|------------|
| پیش آزمون | ۱۳/۷۹ | ۱ | ۰/۱۶ | ۰/۶۹ | ۰/۰۰۳ |
| گروه | ۳۰۷۸/۱۴ | ۱ | ۳۵۹/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۶ |

بحث

این مطالعه با هدف اثربخشی برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ بر بار مراقبتی مراقبین خانواده بیماران مبتلا به سکتة مغزی صورت پذیرفته است.

در این مطالعه در پیش آزمون بین میانگین بار مراقبتی گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ولی در پس آزمون میانگین بار مراقبتی گروه مداخله به طور معناداری کاهش و در گروه کنترل افزایش یافته است. به عبارت دیگر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل پنج آ توانسته است در نمره کل بارمراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به سکتة مغزی در دو گروه مداخله و کنترل بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معناداری ایجاد نماید. یک پژوهش توسط نریمانی با عنوان بررسی آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی و بارمراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکتة مغزی انجام شد که نشان داد آموزش راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند موجب کاهش بار مراقبت این مراقبین گردد [۵]. نتایج مطالعه صالحی نژاد و همکاران با عنوان بررسی تأثیر ارائه اطلاعات سلامت مبتنی بر وب بر بار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس نشان داد که پس از انجام مداخله بار مراقبتی در گروه آزمون به طرز چشمگیری کاهش داشته است در حالی که در گروه کنترل تغییری مشاهده نشده است [۱۸]. همچنین نتایج مطالعه باقریگی با عنوان تأثیر آموزش مداخلات رفتاری- شناختی بر بار مراقبتی مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر نشان دهنده کاهش معنادار میانگین بار مراقبتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد، بعد از انجام آموزش مداخلات رفتاری- شناختی بود [۱۹].

مطالعات حسن و همکاران بر روی فشار مراقبتی در مراقبین افراد مبتلا به سکتة مغزی نشان داد که اکثر مراقبین در سطوحی از فشار مراقبتی هستند که نیاز به مداخله و حمایت دارند. مطالعه ملکوتی و همکاران بر روی مراقبین سکتة مغزی نشان داد که گذشت زمان و مواجهه با مسائل و مشکلات ناشی از مراقبت از بیماران مبتلا به سکتة مغزی، بدون آموزش و حمایت کافی تأثیر بدی بر روحیه مراقبین می‌گذارد. چنانچه بعد از ۴ هفته افزایش فشار مراقبان عواقب متعددی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی، مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت [۲۰].

اگرچه خانواده و مراقبین خانوادگی می‌توانند بهترین منبع برای درمان، حمایت و مراقبت از بیماران مبتلا به سکتة مغزی باشند ولی ارائه تسهیلات مراقبت خانواده محور از سوی ارگان‌های مربوط، موجب کاهش بار مراقبتی، حفظ سلامت عمومی مراقبین در خانواده و در نهایت ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران خواهد شد. با توجه به نتایج این پژوهش مدیران پرستاری می‌توانند شرایطی از قبیل راه اندازی واحدهایی جهت آموزش به خانواده بیماران در بیمارستان جهت کاهش بار مراقبتی تحمیل شده به مراقب اصلی را ایجاد نمایند.

از آن جا که بیماری‌های مزمن از چالش‌های اساسی سلامت جامعه هستند، توسعه برنامه‌های خودمدیریتی از جمله برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ سبب بهبود مدیریت بیماری‌های مزمن می‌گردد. مطالعاتی که در زمینه اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ انجام شده است، نتایج متفاوتی از این برنامه را گزارش کرده‌اند. نتیجه مطالعه معطری و همکاران با عنوان تأثیر خودمدیریتی بر شاخص‌های کنترل متابولیک بیماران دیابتی وابسته به انسولین نشان داد که اجرای برنامه خودمدیریتی به روش پنج آ در کاهش قند خون و هموگلوبین A1C بیماران مؤثر است [۲۱] ولی نتیجه مطالعه جوانوش و همکاران با عنوان بررسی تأثیر برنامه برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم حاد کرونری نشان‌دهنده اثربخشی برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم حاد کرونری در مدت مطالعه نبود [۱۰]. این پژوهش در روند اجرا با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. با توجه به مقطعی بودن پژوهش حاضر، شاید محقق نتوانسته باشد تصویر کاملی از متغیرهای پژوهش ارائه کند.

نتیجه گیری

سکتة مغزی علت اصلی ناتوانی در بزرگسالان و دومین علت مرگ در جهان محسوب می‌شود. مطالعه حاضر نشان داد برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ بر کاهش بار مراقبتی مراقبین بیماران سکتة مغزی مؤثر است. به نظر می‌رسد که علیرغم اینکه پرستاری نقشی مهم در ارائه مراقبت بهداشتی دارد ولی جهت آموزش همگانی در جهت کاهش مشکلات و تسریع در روند بهبودی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن خصوصاً سکتة مغزی نیاز به یک هماهنگی یکپارچه و چندجانبه بین افراد متخصص در حوزه درمان این بیماران می‌باشد که منطبق با فرهنگ، اعتقادات و باورهای دینی و خانواده‌های ایرانی طراحی شده باشد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، نکات اخلاقی طبق پروتکل‌های اخلاقی مطالعات هلسینکی رعایت و کد اخلاق را از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با شماره IR.USWR.REC.۱۳۹۸.۰۱۳ دریافت نموده است. همچنین، فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش توسط همه آزمودنی‌ها امضا شد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی انجام شده است.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان به یک اندازه در نگارش مقاله سهیم بودند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد منافی گزارش نشده است.

سیاسگذاری

این مقاله بخشی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران می‌باشد. بدین وسیله سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، بیماران و خانواده بیماران مبتلا به سکته مغزی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان اعلام داشته و از کلیه اساتید و مراقبانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

کاربرد عملی یافته‌ها

اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل پنج آ در کاهش بار مراقبتی مراقبین خانواده بیماران مبتلا به سکته مغزی اثرگذار بوده و می‌تواند رهنمودی برای مدیران و مسئولین آموزش پرستاری باشد و بعنوان یکی از روش‌های مؤثر، جهت توانمندسازی بیماران مبتلا به سکته مغزی و مراقبین آن‌ها بکارگرفته شود.

References

1. Ensan N, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Estilae F. Effectiveness of a mindfulness-based stress reduction program on functional disability of patients with multiple sclerosis. *J Arak Univ Med Sci.* 2019;22(6):56-66. doi: 10.32598/JAMS.22.5.56
2. Kuklina EV, Tong X, George MG, Bansil P. Epidemiology and prevention of stroke: a worldwide perspective. *Expert Rev Neurother.* 2012;12(2):199-208. doi: 10.1586/ern.11.99 pmid: 22288675
3. Habibi-Koolaee M, Shahmoradi L, Niakan Kalhori SR, Ghannadan H, Younesi E. Prevalence of stroke risk factors and their distribution based on stroke subtypes in Gorgan: A retrospective hospital-based study-2015-2016. *Neurol Res Int.* 2018;2018:2709654. doi: 10.1155/2018/2709654 pmid: 30147952
4. Dehghan Nayeri N, Mohammadi S, Pedram Razi SH, Arazi TM, A. K. Effectiveness of family empowerment program on level of adherence to treatment regimens in stroke patients; a randomized controlled trial. *Quarter J Evidence Based Care.* 2014;5(14):58-66.
5. Narimanie D, Dalvandi A, Mohammadi F, Soltani P. Effect of teaching coping strategies on the quality of life and care of family carers in patients with stroke: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Tehran; 2013.
6. Pourverdi SH, Mohammadi Shahboulaghi F, Kashaninia Z, Rezasoltani P. Effects of self-management program on glycemic control in patients with type 2 diabetes and glycosylated hemoglobin. *J Holistic Nurs Midwife.* 2016;25(78):19-28.
7. Javam F, Kashani Nia Z, Hosseini MA, Hosseinzadeh S. Investigating the effect of family-centered rehabilitation program on Apgar and the performance of families with a mentally retarded child in an exceptional school.: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Tehran; 2010.
8. Sherson EA, Yakes Jimenez E, Katalanos N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. *Fam Pract.* 2014;31(4):389-98. doi: 10.1093/fampra/cmu020 pmid: 24891472
9. Dalvandi A, Nematifard T, Sajedi F, Norouzi K, Rahgozar M, Moradi M. Effect of education self-management 5-as program on the general health of mothers if children with cerebral palsy. *J Health Promotion Manage.* 2016;5(4):47-57.
10. Javanvash Z, Mojdekanlu M, Rastaqhi S, Rad M. The effect of model-based self-management program 5A on quality of life of elderly patients with acute coronary syndrome. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2017;25:75-82.
11. Huang HC, Huang YC, Lin MF, Hou WH, Shyu ML, Chiu HY, et al. Effects of home-based supportive care on improvements in physical function and depressive symptoms in patients with stroke: A meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(8):1666-77 e1. doi: 10.1016/j.apmr.2017.03.014 pmid: 28427926
12. Heidari M, Fayazi S, Borsi S, Vafaizadeh M. Effect of self-management program on self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Iran J Nurs (IJN).* 2016;29(99):45-55. doi: 10.29252/ijn.29.99.100.45
13. Seng BK, Luo N, Ng WY, Lim J, Chionh HL, Goh J. Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden. *Ann Acad Med Singapore.* 2010;39(10):758-63.
14. Rajabi Mashhadi MT, Mashhadinejad H, Ebrahimzadeh M, Golhasani-Keshtan F, Ebrahimi H, Zarei Z. The Zarit Caregiver Burden interview short form in spouses of veterans with chronic spinal cord injurt, validity and reliability of persian version. *Arch Bone Joint Surgery.* 2015;3(1):56-63.
15. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pakistan J Psychologic Res.* 2008;23(1-2):19-29.
16. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist.* 1986;26(3):260-6. doi: 10.1093/geront/26.3.260 pmid: 3721233
17. Mores GWR, Knobl P, Ploeg J, Cahn M, Klaponski L, Lindley A. Pilot evaluation of the family informal caregiver stroke self-management program. *Can J Neurosci Nurs.* 2013;35(2):18-26.
18. Salehi N, Azami M, Motamedi F, Bahaadinbeigy K, Sedighi B, Shahesmaili A. The effect of Web-based information intervention in caregiving burden in caregivers of patients with Dementia. *J Health Biomed Info.* 2017;4(3):181-91.
19. Bagherbeik Tabrizi L. Effect of cognitive-behavioral intervention on burden of family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Hayat.* 2015;21(1):94-102.
20. Shams Lahijani F, Nourozi K, Dalvandi A, Hosseini MA, Rahgozar M. The relationship between health literacy with caregiver burden in family caregivers of patient with brain stroke Tehran Tabassom Center in year 2019:

University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences
Tehran; 2019.

21. Moattari M, Ghobadi A, Beygi P, Pishdad GR. Self-
management effect on metabolic control indices in

insulin-dependent diabetic patients. *J Diabet Metabolism*
Iran. 2011;10(5):528-35.