



نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۶، شماره ۹۴، پاییز ۱۳۹۵، صفحات ۶۱ تا ۷۳
تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۱۸

بررسی تأثیر مراقبت در منزل توسط مراقبین خانگی بر اساس الگوی مراقبت پیگیر بر توان انجام فعالیت‌های روزانه زندگی مبتلایان به سکنه مغزی ۱۳۹۳

آریتا پورشیروانی^۱، ژیلا عابدسعیدی^۲، نیلوفر نکوزاد^۳، میترا زندی^۲

۱. (*نویسنده مسئول) کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
pourshirvani.a@gmail.com

۲. دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی اچا، دانشکده طب هوافضا و زیرسطحی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف:

مطالعات نشان می‌دهند شیوه‌های مختلف آماده‌سازی مراقبان خانگی که برای مراقبت در منزل بکار رفته‌اند نتوانسته به موفقیت کامل دست یابند و شاهد آن عدم رضایت خانواده‌ها و بهبودی ناکافی بیماران می‌باشد. این مطالعه باهدف بررسی تأثیر الگوی مراقبت پیگیر بر مراقبین خانگی مبتلایان سکنه مغزی در جهت افزایش توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی این بیماران انجام گرفته است. مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۹۰ بیمار و مراقبین خانگی‌شان به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۴۵ نفر، مداخله (تعلیم مراقبین بر اساس الگوی مراقبت پیگیر) و گروه کنترل (طبق روش رایج) قرار گرفتند. روز ورود به مطالعه پس از تکمیل پرسشنامه جمعیت‌شناختی بیماران و مراقبین، توانایی انجام فعالیت‌های روزانه در بیماران به‌وسیله مقیاس استقلال عملکرد (FIM) توسط محقق تکمیل گردیده و با یافته‌های ده هفته پس از ترخیص، مقایسه شد.

یافته‌ها:

در مقایسه گروه مداخله و کنترل، آزمون من ویتنی بعد از مداخله، از نظر فعالیت‌های روزانه زندگی تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P < 0/001$). در مقایسه قبل و بعد در هر گروه نیز، آزمون ویلکاکسون با ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌داری را در هر دو گروه مداخله و کنترل نشان داد، اما تفاوت قبل و بعد در گروه مداخله بیشتر بود. نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به نظر می‌رسد الگوی مراقبت پیگیر بتواند به‌عنوان یک الگوی پرستاری جهت حمایت از خانواده بیماران در جهت مراقبت اصولی و بهبود عملکرد بیماران پیشنهاد شود.

کلید واژه‌ها:

مراقبت در منزل؛ مراقبین؛ فعالیت‌های روزانه زندگی؛ بیمار؛ سکنه مغزی

مقدمه

اختلال عمل ناگهانی مغز به علت قطع جریان خون در بخشی از آن را سکته مغزی می‌نامند. این عارضه اغلب به دلیل بیماری چندساله عروق مغزی ایجاد می‌شود. سکته مغزی مهم‌ترین بیماری دستگاه عصبی در ایالات متحده آمریکا و تمام دنیا و سومین علت مرگ بالغین است (Brunner, et al., 2010). این عارضه علت اصلی ناتوانی‌های بلندمدت و جدی محسوب می‌شود. از جمله نقایص عصبی که باعث بروز ناتوانی در بیماران می‌گردد می‌توان نقایص مربوط به میدان بینایی، حرکتی، حسی، کلامی و شناختی را نام برد. نقایص عصبی و ایجاد ناتوانی در بیماران باعث اختلال در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی می‌گردد و نیمی از بیماران در هنگام ترخیص از بیمارستان به این اختلال مبتلا هستند و در منزل نیازمند مراقبت‌های خاصی خواهند بود که بایستی توسط مراقبین خانگی انجام شوند. امروزه با توجه به محدودیت بودجه‌های بهداشتی و فشارهای موجود در حیطه ارائه خدمات بهداشتی، ارائه خدمات از بیمارستان‌ها به خدمات کم هزینه سرپایی جامعه و منزل منتقل شده است (Neufeld and Harrison, 2009).

همیشه این نگرانی وجود داشته که انتقال بیمار به خانه باهدف کاهش هزینه‌ها، برآورده کردن نیازهای مراقبتی موجود را تحت تأثیر قرار دهد (Dai, et al., 2003)، بنابراین مراقبت پرستاری و مراقبت پیگیر در منزل باهدف مراقبت بیمار محور اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است. در این رابطه مطالعات و راهکارهای متعددی چون برنامه‌های آموزشی مختلف و برنامه‌های آمادگی ترخیص برای مراقبت بیماران در منزل توسط افراد خانواده بکار گرفته شده که هرکدام از آن‌ها کمک بسیاری به محوریت بیماران در امر مراقبت از خود می‌کنند. برنامه ترخیص قسمتی از فرایند پرستاری با تأکید بر تداوم مراقبت است. وقتی وضعیت بیمار جهت ترخیص مورد بررسی قرار می‌گیرد خانواده را نیز باید به‌عنوان واحد مراقبتی محسوب نمود (Taylor, et al., 2008). بدون همکاری مؤثر اعضای خانواده ادامه مراقبت ممکن نبوده و درک برنامه‌های مراقبت در منزل برای بیمار و

خانواده‌اش امکان‌پذیر نخواهد بود و در نتیجه مراقبت متوقف خواهد شد.

مطالعات نشان می‌دهند شیوه‌های مختلف آماده سازی مراقبین خانگی که برای مراقبت در منزل بکار رفته‌اند نتوانسته به موفقیت کامل دست یابند و شاهد آن عدم رضایت خانواده‌ها و بهبودی ناکافی بیماران می‌باشد (Rodgers, et al., 1999). همین‌طور به‌کارگیری برنامه فرآیند ترخیص نیز در بیشتر موارد به دلیل اجرای ناقص آن کمک مناسبی به حل مشکل نکرده است (Williams, et al., 2010). مطالعات انجام شده در ایران نیز نتیجه مشابه به دست آورده‌اند (Joolaei, et al., 2011). با توجه به این که استفاده از الگوهای مختلف پرستاری برای ساختار بندی مراقبت پرستاری، سبب اصلاح کیفیت مراقبت و در نهایت کیفیت زندگی بیماران می‌شوند (Ghanbari, et al., 2004) و یکی از راهکارهایی هستند که پرستاران را در امر مراقبت‌های پرستاری یاری نموده‌اند، در مطالعه حاضر با به‌کارگیری یک الگوی پرستاری به نام مراقبت پیگیر، سعی بر از بین بردن نقایص موجود در تداوم مراقبت شده است.

الگوی مراقبت پیگیر توسط احمدی (۱۳۸۰) طراحی و ارزیابی شده است، متغیرهایی چون مراقبت مقطعی، عدم شناخت و درک کافی از ماهیت بیماری و قطع رابطه مراقبتی به دلیل ترخیص از بیمارستان و یا عدم مراجعه به پزشک را در ایجاد نقایص مراقبتی دخیل می‌داند. در این الگو، با در نظر گرفتن متغیرهای مذکور در امر مراقبت، متغیر کلیدی به نام (مراقبت پیگیر) به وجود آورده که به عنوان یک رویکرد مراقبتی مطرح می‌باشد و از چهار مرحله آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی تشکیل شده است. هدف مرحله آشناسازی شناخت نحوه تعامل (بیمار، خانواده و پرستار) و تبیین مراحل مدل می‌باشد. در مرحله حساس سازی هدف درگیر کردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم می‌باشد تا آن‌ها به شناخت و حساسیت مسئله واقف شوند. هدف مرحله سوم (کنترل)، نهادینه کردن و استمرار بخشی رفتارهای مناسب درمانی در جهت ارتقای سلامتی است که با ارزیابی

غیرمستقیم مهارت های کسب شده مراقبین در منزل و بررسی نیازهای جدید آن ها انجام می گردد و بالاخره مرحله ارزشیابی که در طول تمام مراحل، بررسی روند مراقبت (موفقیت ها و عدم موفقیت) و اندازه گیری و مقایسه شاخص های کنترلی مورد توجه می باشد.

این الگوی پرستاری مراقبت پیگیر و مستمر را فرآیندی منظم جهت برقراری ارتباط مؤثر و متعامل و پیگیر بین مددجو و پرستار و مراقب خانگی (خانواده مددجو) می داند تا درک متقابل ایجاد گردد. هدف اصلی در این الگو، طراحی و تدوین برنامه ای است که بتواند منجر به پذیرش و افزایش بینش و عملکرد مناسب گردد (Addington-Hall, et al., 1998). تأکید این الگو در برقراری ارتباط مؤثر و متعامل و پیگیر بین مددجو، پرستار و خانواده مددجو می باشد. مطالعاتی که تاکنون بر اساس الگوی مراقبت پیگیر انجام شده رابطه پرستار و مددجو را مورد بررسی قرار داده و نتایج مثبتی نیز به دست آورده است اما بعد مهم دیگر که خانواده است تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است. از آنجایی که عوامل مربوط به بیمار بر وضعیت سلامتی مراقبین خانگی و حتی دیگر افراد خانواده اثر دارد (Evans, et al., 1992)، همین طور مشکلات مراقب و خانواده بر بهبودی بیمار مبتلا به سکتة مغزی اثر منفی خواهد داشت (Kalra, et al., 2004). پژوهش حاضر با توجه به بومی بودن این الگو و عدم به کارگیری آن در رابطه با خانواده مددجویان، اثربخشی این الگو را در امر مراقبت در منزل توسط خانواده (مراقبین خانگی) بر تغییرات حاصل در توانایی انجام فعالیت های روزانه زندگی مبتلایان سکتة مغزی مورد آزمون قرار داده است.

مواد و روش ها

هدف از این مطالعه نیمه تجربی، تعیین تأثیر آموزش چگونگی مراقبت در منزل به مراقبین خانگی مبتلایان سکتة مغزی بر اساس الگوی مراقبت پی گیر بوده است که در سال ۱۳۹۳

صورت گرفته است. در این مطالعه بر اساس فرمول زیر، احتمال خطا ۱.۹۶، توان آزمون ۰.۸۴ و با توجه به امکان ریزش نمونه ها، تعداد نمونه در هر گروه ۴۵ نفر تعیین گردید. بنابراین در هر دو گروه ۹۰ بیمار مبتلا به سکتة مغزی و ۹۰ نفر از مراقبین خانگی شان که به بخش داخلی اعصاب بیمارستان های آموزشی علوم پزشکی شهر تهران مراجعه کرده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. محیط پژوهش، ۶ بیمارستان آموزشی تهران بود که بخش تخصصی اعصاب داشته به صورت قرعه کشی ۳ بیمارستان برای گروه مداخله و ۳ بیمارستان برای گروه کنترل انتخاب شدند و پس از کسب مجوزهای لازم پژوهش آغاز گردید.

واحدهای مورد پژوهش از طریق روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند که به شکل تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بیماران مبتلا به سکتة مغزی که از زمان بستری آن ها حداکثر ۳ روز گذشته بود (گذر از دوران بحرانی بیماری)، بیماری های زمینه ای همراه با سکتة مغزی نداشتند (مشکلات روانی، آلزایمر، فراموشی و اختلالات شناختی)، بر اساس معیار ناتوانی رانکین امتیاز ۳-۵ را کسب نموده بودند بدین معنی که (بیشتر نیاز به مراقبت داشتند)، وارد مطالعه شدند. چگونگی بررسی بر اساس این معیار، بدین ترتیب می باشد که شدت ناتوانی بیماران در ۷۲ ساعت پس از شروع سکتة مغزی بررسی می گردد. درجات این مقیاس به شرح زیر است:

- درجه صفر، بیمار هیچ علامت غیرطبیعی عصبی ندارد.
- درجه ۱، ناتوانی بدون علائم مهم دارد. یعنی بیمار قادر به انجام همه وظایف و فعالیت های معمولی خویش می باشد.
- درجه ۲، ناتوانی خفیف دارد. یعنی قادر به انجام همه فعالیت های قبلی نیست، اما قادر است از خود دش بدون کمک دیگران مواظبت کند.

گروه مراقبت و درمان تا انتهای زمان مطالعه، تعیین و توافق برای اوقات ملاقات های حضوری، تلفنی و چگونگی امکان ارتباط در آینده توسط محقق انجام گردید. اجرای این مرحله به صورت چهره به چهره انفرادی در محل بیمارستان ها انجام می گرفت.

در مرحله دوم (حساس سازی)، توضیحات لازم جهت تفهیم اهمیت مراجعه مکرر و تبعیت مداوم از دستورات پزشکی، مراجعات روزانه جهت انجام فیزیوتراپی، تکرار تمرینات فیزیوتراپی و ورزش های اضافی در منزل و دیگر موارد مراقبتی توسط محقق داده شد. هدف از حساس سازی، تفهیم اهمیت استمرار در دیدگاه مراقبت پیگیر و برقراری ارتباط مؤثر و مداوم بین پرستار، بیمار و مراقب بود که منجر به ارتقای فعالیت های روزانه زندگی (بهداشت فردی، لباس پوشیدن، خوردن، آشامیدن، توالیت رفتن و حرکت کردن) در بیمار گردد. به منظور درگیر نمودن مراقبین، کلیه موارد آموزشی به زبان ساده در خصوص چگونگی اجرای مراقبت از بیمار با بکار گیری شیوه سخنرانی، پرسش و پاسخ و استفاده از پوستر و کتاب و دفترچه های آموزشی، آموزش داده شد. این مراحل طی جلسات روزانه با تعیین قرار قبلی در بخش به مدت یک ساعت انجام می گردید و پس از آن در ساعات باقیمانده روز، موارد آموزشی به صورت عملی در بخش با مراقبین مورد تمرین و تکرار قرار می گرفت. مراحل تمرین و تکرار مراقب، تا زمان ترخیص بیماران با حضور محقق ادامه می یافت.

پس از ترخیص بیمار به منزل، طبق هدف مرحله سوم (کنترل) که نهاده شده بود و استمرار بخشی مناسب مراقبت و درمان در جهت ارتقا سلامتی بود، با ایجاد شرایط مناسب جهت آموزش، اقدامات مراقبتی مورد نیاز بیمار و اقدامات خاص دیگر مانند توان بخشی و ورزش های اضافی در جهت افزایش توانایی فعالیت های روزانه زندگی بیماران به مراقبین آموزش داده شد. این مرحله به صورت حضوری در منزل و سپس پیگیری توسط تلفن و مراجعات بعدی به منزل و یا ملاقات بیمار به صورت سرپایی در درمانگاه به مدت ۱۰ هفته انجام گرفت. بدین وسیله پرستار با درگیر نمودن خانواده در امر مراقبت و کنترل عملکرد آنان پل ارتباطی بین بیمار، پرستار و خانواده را ایجاد و آنان را

- درجه ۳، ناتوانی متوسط دارد. یعنی احتیاج به کمک دیگران دارد، اما قادر است بدون کمک دیگران راه برود.
- درجه ۴، ناتوانی متوسط تا شدید دارد. یعنی بدون کمک دیگران قادر به راه رفتن نیست.
- درجه ۵، ناتوانی شدید دارد. یعنی بیمار همیشه در بستر بوده و نیاز به اقدامات پرستاری شبانه روزی دارد.
پس از انتخاب این بیماران، پرسشنامه ویژگی های دموگرافیک تکمیل گردید همین طور با استفاده از مقیاس استقلال عملکردی (FIM)، توانایی انجام فعالیت های روزانه زندگی آنان اندازه گیری و ثبت شد تا به عنوان پایه ای جهت مقایسه قرار گیرد. این مقیاس شامل ۴ حیطه مراقبت از خود (۸ گویه)، تحرک (۵ گویه)، برقراری ارتباط (۲ گویه) و تطابق روانی اجتماعی (۳ گویه) است که به طور کلی شامل ۱۸ گویه می باشد و بر اساس میزان توانایی فرد برای هر مورد، از ۷-۱ امتیاز داده می شود. امتیاز ۷ نشان دهنده استقلال کامل و امتیاز ۱ نشان دهنده وابستگی کامل به کمک دیگران می باشد. مجموع امتیازات قابل جمع بندی بوده و از ۱۸-۱۲۶ متغیر است. در این مطالعه دو حیطه مراقبت از خود و تحرک مورد سنجش قرار گرفت که هر دو باهم شامل ۱۳ گویه می باشد و مجموع امتیاز آن از ۱۳-۹۱ متغیر است. پس از انتخاب بیماران، یکی از افراد خانواده که بیشترین نقش را در مراقبت از بیمار بر عهده داشت جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند که بایستی ویژگی سلامت فیزیکی و عقلانی، زندگی با بیمار در یک خانه و سکونت در تهران (جهت سهولت دسترسی) می داشتند.

معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت اند بودند از ۱- انصراف بیمار و یا مراقب از همکاری و شرکت در مطالعه ۲- ایجاد شرایط بحرانی در طول مطالعه. در نهایت ۴۵ نفر بیمار و ۴۵ نفر مراقب در گروه مداخله در مراحل الگوی مراقبت پیگیر شرکت نمودند و گروه کنترل تنها مراقبت معمول را دریافت نمودند.

در راستای اهداف اولین مرحله مدل مراقبت پیگیر (آشناسازی)، برای مراقبین گروه مداخله، هدف از مطالعه، امکان امتناع از شرکت در پژوهش و مراحل مختلف مطالعه توضیح و شفاف سازی گردید. همچنین معرفی مشکل، ترغیب و ایجاد انگیزه، توصیه به لزوم تداوم و ارتباط پیگیر میان اعضا

در امر پیگیری درمان و مراقبت همراهی نموده وسیعی در اجرای اصول الگوی مراقبت پیگیر نموده.

در مرحله چهارم (ارزشیابی)، دهمین هفته بعد از ترخیص علاوه بر ارزشیابی تکوینی مراقبین گروه مداخله از جهت اجرا یا عدم اجرای مراحل مراقبتی، بیماران دو گروه نیز از نظر توانایی انجام فعالیت‌های روزانه توسط مقیاس عملکردی (FIM) برای بار دوم در منزل و یا درمانگاه، مجدد مورد بررسی قرار گرفتند تا اثر بخشی مراقبت توسط مراقبین بر میزان استقلال عملکردی آنان سنجیده شود. جهت تعیین اعتبار ابزار پژوهش از روش اعتبار محتوا و اعتبار صوری استفاده شد؛ بدین ترتیب که بر اساس اهداف پژوهش با استفاده از نظر گروهی ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد بررسی قرار گرفت (Yaghmaie, 2007) و برای تعیین پایایی مقیاس استقلال عملکردی از روش قابلیت اعتماد مشترک (یا مشاهده هم‌زمان) استفاده گردید که ضریب همبستگی ۰/۹۳ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میان، میانگین، انحراف معیار)، آمار استنباطی (آزمون‌های تی مستقل، کای دو، فیشر، من ویتنی، ویلکاکسون) و نرم افزار اس پی اس اس ویرایش ۱۶، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

ویژگی‌های دموگرافیک بیماران و مراقبین به ترتیب در جدول شماره ۱ و ۲ آورده شده است. لازم به ذکر است در گروه مداخله ۶ نفر به دلیل عدم همکاری در اواسط اجرای الگوی مراقبت پیگیر و در گروه کنترل یک نفر به دلیل عدم مراجعه به درمانگاه (پس از ده هفته)، ریزش نمونه‌ها رخ داد بنابراین تعداد نمونه‌های گروه مداخله از ۴۵ نفر به ۳۹ نفر (هم بیمار و هم مراقب) و تعداد نمونه‌های گروه کنترل از ۴۵ نفر به ۴۴ نفر کاهش یافت.

جدول شماره ۳، مقایسه میانگین امتیازات گویه‌های دو حیطه مراقبت از خود و تحرک ابزار FIM را قبل و بعد از مداخله در هر گروه نشان می‌دهد. مقایسه میانگین امتیازات حیطه مراقبت از خود و تحرک در گروه مداخله توسط آزمون ویلکاکسون قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری را نشان می‌دهد ($P<0.001$) همین‌طور در گروه کنترل نیز میانگین امتیازات در هر دو حیطه به‌جز در سه جزء (لباس پوشیدن اندام تحتانی و جابجایی به حمام و جابجایی به توالت) افزایش یافته و تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P<0.001$) و این بدین معنی است که هر دو گروه به‌سوی بهبودی پیشرفت داشته‌اند

مقایسه میانگین گویه‌های حیطه مراقبت از خود و تحرک ابزار FIM بعد از مداخله در دو گروه توسط آزمون من ویتنی، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری را ($P<0.001$) در تمامی گویه‌ها به‌جز کنترل ادرار ($P<0.009$) و کنترل مدفوع ($P<0.365$) نشان می‌دهد (جدول ۴) که نشان دهنده بهبود وضعیت مراقبت از خود و تحرک بیماران گروه مداخله پس از ده هفته می‌باشد. لازم به ذکر است همین آزمون تفاوت معنی‌داری را قبل از مداخله در دو گروه نشان نداد.

همچنین به‌منظور شفاف‌سازی تغییرات در هر گروه، نمودار شماره ۱ و ۲، تغییرات اجزای حیطه مراقبت از خود و تحرک FIM را به ترتیب در گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان‌طور که نمودارها نیز نشان می‌دهد، اگرچه تغییرات در هر دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بوده است اما این تغییرات در گروه کنترل روند پیشرفت بیشتری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به سکنه مغزی در دو گروه مداخله و کنترل

خصوصیات گروه مداخله گروه کنترل p	
میانگین سن و انحراف معیار	۶۸/۷۰±۳/۵۵ ۷۲/۲۵±۳/۵۵
جنس تعداد (درصد)	زن (۲۰) ۵۱٪ (۲۲) ۵۰٪ ۰/۱۴ مرد (۱۹) ۴۹٪ (۲۲) ۵۰٪
سطح تحصیلات	ابتدایی (۱۲) ۳۰/۸٪ (۱۷) ۳۸/۶٪ متوسطه (۱۱) ۲۸/۲٪ (۱۱) ۲۵/۲٪ ۰/۶۲۲ دیپلم (۱۴) ۳۵/۹٪ (۱۲) ۲۷/۳٪ دانشگاهی (۲) ۵/۱٪ (۴) ۹/۱٪
وضعیت تأهل	مجرد (۲) ۵/۱٪ (۵) ۱۱/۴٪ متأهل (۲۳) ۵۹٪ (۲۲) ۵۰٪ ۰/۶۰۴ مطلقه (۵) ۱۲/۸٪ (۴) ۹/۱٪ همسر فوت شده (۹) ۲۳/۱٪ (۱۳) ۲۹/۵٪ اعتیاد به سیگار دارد (۲۶) ۶۷٪ (۲۷) ۶۱/۴٪ ۰/۶۱۶ ندارد (۱۳) ۳۳٪ (۱۷) ۳۸/۶٪
شغل	کارگر (۹) ۲۳/۱٪ (۶) ۱۳/۶٪ کارمند (۷) ۱۷/۹٪ (۱۰) ۲۲/۷٪ ۰/۶۶۰ آزاد (۹) ۲۳/۱٪ (۱۳) ۲۹/۵٪ سایر (۱۴) ۳۵/۹٪ (۱۵) ۳۴/۲٪ نیمکره درگیر مغز نیمکره چپ (۱۷) ۴۳/۶٪ (۲۳) ۵۲/۳٪ ۰/۴۳۰ نیمکره راست (۲۲) ۵۶/۴٪ (۲۱) ۴۷/۷٪ سابقه بیماری‌های دیگر افزایش فشار خون (۱۷) ۴۳/۶٪ (۲۵) ۵۶/۸٪ دیابت (۱۵) ۳۸/۵٪ (۱۴) ۳۱/۸٪ ۰/۴۵۰ افزایش چربی خون (۷) ۱۷/۹٪ (۵) ۱۱/۴٪ مراجعه به فیزیوتراپی ۱-۵ بار (۱۵) ۳۸/۵٪ (۹) ۴۳/۱٪ ۵-۱۰ بار (۲۴) ۶۱/۱٪ (۱۸) ۴۰/۱٪ ۰/۶۵۷ بیش از ۱۰ بار (۰) ۰٪ (۷) ۱۶٪

جدول شماره ۲: اطلاعات دموگرافیک مراقبین بیماران مبتلا به سکنه مغزی در دو گروه مداخله و کنترل

میانگین سن و انحراف معیار مراقبین خانگی

۲۵-۳۵	۱۰/۳٪ (۴) ۱۳/۶٪
۳۶-۴۵	۲۸/۲٪ (۱۱) ۲۹/۵٪
۴۶-۵۵	۳۸/۵٪ (۱۵) ۳۸/۷٪ (۱۷) ۳۵/۶٪
۵۶-۶۵	۲۰/۵٪ (۸) ۱۳/۶٪
۶۶-۷۵	۲/۵٪ (۱) ۴/۶٪

جنس

مرد (۸) ۲۰/۵٪ (۱۰) ۲۲/۷٪ ۰/۰۰۱	
زن (۳۱) ۷۹/۵٪ (۳۴) ۷۷/۳٪	

میزان تحصیلات

ابتدایی (۶) ۱۵/۴٪ (۵) ۱۱/۴٪	
متوسطه (۷) ۱۷/۹٪ (۵) ۱۱/۴٪ ۰/۰۰۱	

دیپلم (۲۱) ۵۳/۹٪ (۲۲) ۵۰٪	
دانشگاهی (۵) ۱۲/۸٪ (۱۲) ۲۷/۲٪	

نسبت فامیلی

دختر (۱۶) ۴۱٪ (۷) ۱۶٪	
پسر (۷) ۱۸٪ (۱۴) ۳۱/۸٪	
همسر (۱۰) ۲۵/۶٪ (۱۷) ۳۸/۶٪	
دیگران (۶) ۱۵/۴٪ (۶) ۱۳/۶٪	

جدول ۳. مقایسه میانگین حیطه مراقبت از خود و تحرک FIM قبل و بعد از مداخله در هر گروه

FIM دو حیطة	گروه		آزمون ویلکاکسون	گروه		
	کنترل			مداخله		
	میانگین قبل	میانگین بعد	P	میانگین قبل	میانگین بعد	
حیطه مراقبت از خود						
غذا خوردن	۳/۵۰	۴/۹۷	0.001	۲/۹	۳/۹۷	0.001
نظافت (اجابت مزاج شستشو)	۳/۴۱	۴/۵۸	0.001	۲/۸۴	۳	0.004
حمام کردن	۳/۳۵	۴/۵۸	0.001	۲/۸۱	۳/۴۷	0.001
لباس پوشیدن اندام فوقانی	۳/۴۶	۴/۸۹	0.001	۲/۸۸	۳/۵۹	0.001
لباس پوشیدن اندام تحتانی	۳/۲۰	۴/۲۰	0.001	۲/۹۰	۲/۹۷	0.180
آرایش کردن	۳/۲	۴/۶	0.001	۲/۶۰	۳/۱۳	0.001
کنترل ادرار	۳/۴۱	۴/۰۲	0.001	۳/۵۲	۴/۴۵	0.001
کنترل مدفوع	۳/۶۴	۴/۶۹	0.001	۳/۶۵	۴/۵۶	0.001
حیطه تحرک						
جابجایی به تخت خواب -صندلی چرخدار	۳/۴۳	۴/۷۶	0.001	۲/۹۰	۲/۹۳	0.001
جابجایی به توالت	۳/۳۵	۴/۴۸	0.001	۳	۳.۱۸	0.105
جابجایی به حمام	۳/۶۶	۴/۵۱	0.001	۳	۳/۲۰	0.102
راه رفتن -حرکت با صندلی چرخدار	۳/۴۸	۴/۶۱	0.001	۲/۹۰	۳	0.001
بالا رفتن از پله	۲/۸۷	۳/۳۰	0.001	۷۰/۲	۳/۸۰	0.001

جدول (۴). مقایسه میانگین‌های حیطه مراقبت از خود و تحرک FIM بعد از مداخله بین دو گروه

گروه	مداخله	کنترل	آزمون من ویتنی
اجزای فعالیت‌های روزانه زندگی	میانگین بعد	میانگین بعد	
غذا خوردن	۴/۹۷	۳/۹۷	p<001
نظافت (اجابت مزاج و شستشو)	۴/۵۸	۳	۴p<00
حمام کردن	۴/۵۸	۳/۴۷	p<001
لباس پوشیدن اندام فوقانی	۴/۸۹	۳/۵۹	p<001
لباس پوشیدن اندام تحتانی	۴/۲۰	۲/۹۷	p<001
آرایش کردن	۴/۶۱	۳/۱۳	p<001
کنترل ادرار	۴/۰۲	۴/۴۵	p<009
کنترل مدفوع	۴/۶۹	۴/۵۶	p<365
جابجایی به تخت خواب -صندلی چرخدار	۴/۷۶	۲/۹۳	p<001
جابجایی به توالت	۴/۴۸	۳	۱p<00
جابجایی به حمام	۴/۵۱	۳/۲۰	p<001
راه رفتن -حرکت با -صندلی چرخدار	۴/۶۱	۳	p<001
بالا رفتن از پله	۳/۳۰	۳/۸۰	p<001

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر برای اولین بار نقش خانواده در رابطه سه وجهی الگوی مراقبت پیگیر (پرستار، مددجو، خانواده) مورد توجه قرار گرفته و با مسئول نمودن مراقبین خانگی در امر مراقبت مداوم باعث دستیابی آنان به نتایج مثبتی گردیده است. از آنجایی که نقش مراقبین خانگی و تداوم مراقبت بیمار محور در نوتوانی بیماران مبتلا به سکتة مغزی محرز می‌باشد، و مطالعات انجام شده تا کنون نشان می‌دهند که شیوه‌های مختلف آماده سازی مراقبان خانگی که برای مراقبت در منزل بکار رفته‌اند نتوانسته به موفقیت کامل دست یابند (Allison, et al., 2011)، لذا هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آموزش چگونگی مراقبت در منزل به مراقبین خانگی بیماران مبتلا به سکتة مغزی بر اساس الگوی مراقبت پیگیر بوده است تا بدین وسیله با مداومت و پیگیری در مراقبت صحیح، توانایی فعالیت‌های روزانه بیماران افزایش یافته و بتوانند مسئولیت مراقبت از خود را بر عهده گیرند. نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای مدل مراقبت پیگیر توانسته تا حد مطلوبی به مراقبین خانگی در افزایش توانایی فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران کمک نماید.

الگوی مراقبت پیگیر در مطالعه‌های مهدی زاده (۲۰)، قوامی (۲۱)، صادقی شرمه (۲۲) نیز به کار رفته و همانند مطالعه حاضر با نتایج مثبت همراه بوده است با این تفاوت که اولاً مطالعات مذکور بر روی بیماران مبتلا به سکتة مغزی صورت نگرفته و ثانیاً در آن مطالعات الگوی مراقبت پیگیر مستقیماً بر روی بیماران اجرا شده و مشارکت خانواده را در بر نداشته است. به عقیده محققانی که در مطالعه خود از کمک مراقبین استفاده نموده‌اند، مراقبین بیشترین پیگیری را برای ادامه درمان‌های بیمار در زمانی که مداخلات درمانی در بیمارستان قطع شده و به منزل باز می‌گردند، به عهده دارند و از آنجایی که ۵۶٪ افراد معلول، پس از سکتة مغزی هیچ گونه فعالیت فیزیکی انجام نمی‌دهند (Kelly-Hayes, et al., 2003)، این خانواده‌ها هستند که همیشه به عنوان واسطه‌ای جهت گسترش مداخلات اضافی برای بیماران و بازگرداندن آنان به شرایط طبیعی محسوب می‌شوند (Mayo, et al., 2008).

مشارکت اعضای خانواده به شکل اصولی در ساختار مراقبت، موجب افزایش اعتماد به نفس و کاهش بار مراقبتی آنان و تأثیر مستقیم در بهبودی بیماران می‌گردد. شایان ذکر است در این الگو به تمام عوامل مؤثر بر افزایش توانایی فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران (به‌کارگیری نیروی مراقبین خانگی، ایجاد شرایط مناسب برای آموزش جهت رسیدن به سطوح درک و فهم و کاربرد نکات مراقبتی مورد نیاز مراقبین خانگی و به‌کارگیری اقدامات خاص مثل توان بخشی و ورزش اضافی توسط مراقبین) توجه شده و روند درگیر نمودن خانواده استمرار داشته و به‌عنوان اصل تلقی شده است. بنابراین به‌کارگیری این الگو توانسته است به نحو مطلوب از مشارکت مراقبین خانگی در فرآیند مراقبت استفاده نموده و تا حد زیادی توانایی عملکرد مبتلایان به سکتة مغزی را افزایش دهد. با توجه به نتایج حاصل، باینکه تغییرات به‌سوی پیشرفت در هردو گروه وجود داشته، اما مبتلایان گروه کنترل در سه جزء (لباس پوشیدن اندام تحتانی و جابجایی به حمام و جابجایی به توالت) پیشرفت کمتری را نسبت به گروه مداخله داشته‌اند زیرا بیشترین نیاز آموزشی مراقبین در این اجرا بوده و به دلیل عدم آموزش، تفاوت معنی داری بین دو گروه حاصل شده است.

گاولین و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند مداخلات درمانی و نوتوانی بیماران پس از ترخیص طی مدت کوتاهی طبق سنت به دست فراموشی سپرده شده و دیگر پیگیری نمی‌شود، بنابراین وی در مطالعه خود با ادامه ورزش‌های مکمل توسط مراقبین توانست ۳۰٪ تغییر را در فعالیت روزانه بیماران سکتة مغزی در گروه مداخله ایجاد نماید. تفاوت مطالعه گاولین و مطالعه حاضر در این است که تمرکز مطالعه وی تنها کمک گرفتن از مراقبین خانگی در به‌کارگیری ورزش‌های مکمل در منزل همراه اقدامات درمانی دیگر برای بیماران بوده است در صورتی که در مطالعه حاضر به دلیل نیازمندی مراقبین به موارد آموزشی مراقبتی لزوم به‌کارگیری اصول آموزش بخصوص تأکید بر یادگیری، حساس سازی و مهم‌تر از همه بر اصل کنترل و پیگیری عملکرد مراقبین (اصول الگوی مراقبت پیگیر) مورد توجه قرار گرفته که از عوامل مهم کسب نتایج مثبت می‌باشد.

جانسون و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که اطلاع رسانی به بیماران با در نظر گرفتن شرایط لازم آموزش و یادگیری باعث افزایش آگاهی آنان می‌گردد. همچنین راجرز (۱۹۹۹) می‌نویسد بیماران و مراقبین آنان بایستی اهمیت مراقبت‌های اولیه را درک نمایند، همین‌طور معتقد است که اطلاعات ارائه شده به افراد در صورتی که به طور کامل درک و دریافت نشده باشند، نمی‌توانند مؤثر واقع شوند که در این مطالعه پژوهشگر طبق مرحله ۱ و ۲ الگوی مراقبت پیگیر، با آشناسازی و حساس سازی، اهمیت موضوع را برای مراقبین روشن نموده که بدین ترتیب اطلاع رسانی به شیوه صحیح انجام گشته و پس از اطمینان از دریافت اطلاعات از جانب مراقبین خانگی در هر مرحله از الگو، اقدام به ورود به مراحل بعدی الگو می‌نمود و این نیز عامل دیگری در دستیابی به نتایج مثبت در این مطالعه می‌باشد.

از دیگر عوامل مهمی که در مطالعه حاضر باعث کسب نتایج مثبت شده است، علاوه بر ماهیت الگو، ویژگی‌های مراقبین از جمله نسبت فAMILI (همسر زن و فرزند دختری مددجویان) و تحصیلات (دیپلم به بالا) بوده است. به طوری که شاید بتوان گفت یکی از عواملی است که باعث ایجاد تغییرات مثبت بخصوص در گروه کنترل گشته است، زیرا در این گروه اکثر مراقبین دارای تحصیلات بالای دیپلم بوده‌اند. لازم به ذکر است علاوه بر مؤثر بودن ویژگی‌های بیمار از جمله وضعیت اشتغال، درآمد و تحصیلات، بر نتایج مطالعه، درگیری هر یک از نیمکره‌های مغزی نیز از عوامل مهم دیگر می‌باشند. گالوین (۲۰۰۸) نیز در امریکا درگیری نیمکره چپ را بیشتر از نیمکره راست گزارش نمود و آن را یک عامل منفی در حفظ آگاهی و یادگیری بیماران اعلام کرد. از آنجایی که در مطالعه حاضر، درگیری اکثر بیماران در دو گروه مداخله و کنترل، در نیمکره راست مغزشان بود می‌توان آن را به عنوان عاملی مؤثر در جهت کسب نتایج مثبت دانست زیرا قدرت یادگیری و آگاهی بیماران کمتر تحت تأثیر بیماری قرار گرفته بود.

از دیگر نتایج حاصل این مطالعه عدم تفاوت معنی‌دار کنترل ادرار و مدفوع بعد از مداخله بین دو گروه بوده است. یکی از دلایل مهم این یافته این است که کنترل ادرار و مدفوع در

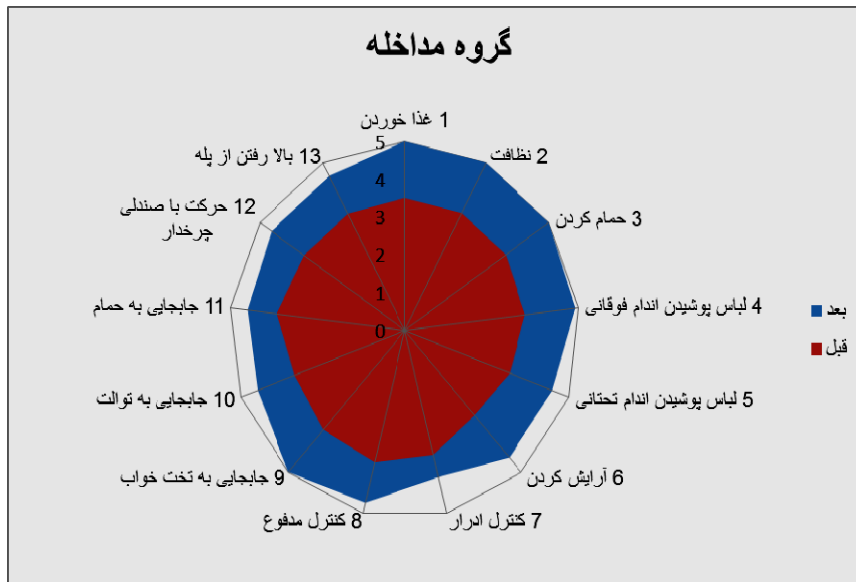
مبتلایان به سکنه مغزی وابسته به فرآیند بیولوژیکی است که بیماران جهت دستیابی به تسلط کامل یا نسبی در این زمینه نیازمند گذر زمان می‌باشند و مداخلات آموزشی توانایی زیادی در تسریع بازگشت کنترل ادرار و مدفوع در مبتلایان ندارد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدود بودن زمان اجرای مطالعه حدود سه ماه اشاره نمود که با توجه به محدودیت‌های زمان تحصیل محقق قابل کنترل نبوده است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مداخلات با در نظر گرفتن زمان طولانی‌تری در نظر گرفته شود.

با اجرای مراقبت در منزل توسط مراقبین خانگی بر اساس الگوی مراقبت پیگیر، تفاوت معنی‌داری در توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی مبتلایان سکنه مغزی ایجاد می‌شود و اجرای این الگو در آماده نمودن مراقبین خانگی جهت مراقبت مبتلایان به سکنه مغزی در منزل و افزایش توانایی فعالیت‌های روزانه زندگی آنان نقش مؤثری دارد؛ بنابراین می‌توان پیش بینی نمود که به کارگیری الگوی مراقبت پیگیر جهت آمادگی مراقبین خانگی برای مراقبت در منزل در سایر بیماری‌های مزمن نیز نتایج مثبتی در پی خواهد داشت و این نشان می‌دهد که درگیر کردن خانواده در یادگیری مهارت‌های اصولی مراقبت از بیمار بر مبنای شیوه‌های آموزشی متمرکز بر حیطه‌های شناختی و مهارتی می‌تواند از عوامل تعیین کننده حرکت بیماران به سمت بهبودی باشد.

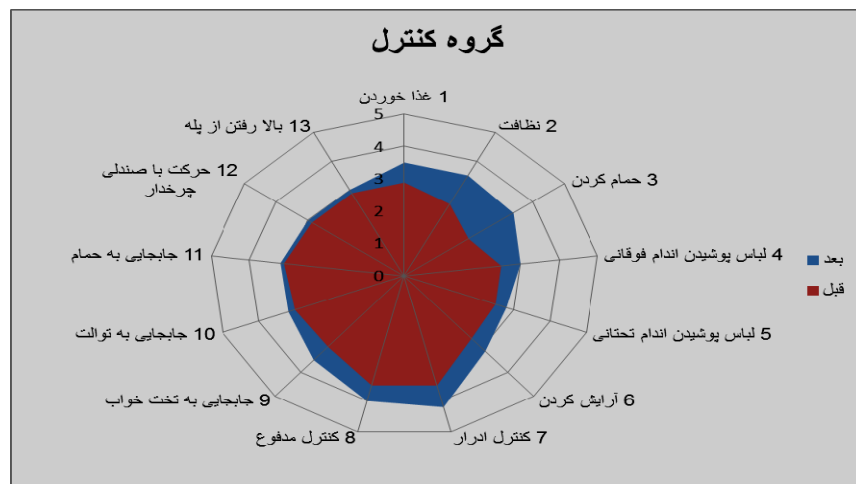
تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مصوب دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران می‌باشد. از کلیه مسئولین محترم و پرستاران و پزشکان بیمارستان‌های علوم پزشکی شهر تهران، بیماران و خانواده آن‌ها و سایر عزیزانی که در انجام طرح پژوهشی حاضر پژوهشگر را یاری نمودند، قدردانی می‌گردد. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی جهت مساعدت مالی تشکر می‌گردد.

نمودار (۱). تغییرات اجزای حیطه مراقبت از خود و تحرک FIM در گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله



نمودار (۲). تغییرات اجزای حیطه مراقبت از خود و تحرک FIM در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله



References

- Addington-Hall J, Lay M, Altmann D and McCarthy M (1998) Community care for stroke patients in the last year of life: results of a national retrospective survey of surviving family, friends and officials. *Health & Social Care in the Community*. 6 (2) 112-9.
- Ahmadi F (2000). [Designing and evaluation of continuous care model in control of coronary artery disease] Tehran: Tarbiat Modares University. (Persian)
- Allison R, Shelling L, Dennett R, Ayers T, Evans P H and Campbell J L (2011) The effectiveness of various models of primary care-based follow-up after stroke: a systematic review. *Primary health care research & development*. 12 (03) 214-22.

- Brunner L S, Suddarth D S, Smeltzer S C O C and Bare B G (2010) Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th edition. Philadelphia ; London, Lippincott Williams & Wilkins.
- Dai Y T, Chang Y, Hsieh C Y and Tai T Y (2003) Effectiveness of a pilot project of discharge planning in Taiwan. *Research in Nursing & Health*. 26 (1) 53-63.
- Evans R L, Hendricks R D, Haselkorn J K, Bishop D S and Baldwin D (1992) The family's role in stroke rehabilitation. A review of the literature. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 71 (3) 135-9.
- Galvin R, Murphy B, Cusack T and Stokes E (2008) The impact of increased duration of exercise therapy on functional recovery following stroke--what is the evidence? *Top Stroke Rehabil*. 15 (4) 365-77.
- Ghanbari A, Yekta Z, Faghihzade S and Hashemi M (2004) [Application of path analysis in identifying factors affecting quality of life and metabolic status of diabetic patients]. *Medical Daneshvar*. 11 (51) 65-74. (Persian)
- Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H and Meamarian R (2006) [The Effect of Continuous Care Model on Diabetic Patients' Blood Pressure]. *Iranian Journal of Medical Education*. 6 (2) 87-95. (Persian)
- Johnson J and Pearson V (2000) The effects of a structured education course on stroke survivors living in the community. *Rehabilitation nursing*. 25 (2) 59-65.
- Joolae S, Hajibabae F, Jafar Jalal E and Bahrani N (2011) [Assessment of Patient Satisfaction from Nursing Care in Hospitals of Iran University of Medical Sciences]. *Hayat*. 7 (1) 35-44. (Persian)
- Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M and Donaldson N (2004) Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 328 (7448) 1099.
- Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase C S, Scaramucci A, D'Agostino R B and Wolf P A (2003) The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 12 (3) 119-26.
- Mayo N E, Nadeau L, Ahmed S, White C, Grad R, Huang A, Yaffe M J and Wood-Dauphinee S (2008) Bridging the gap: the effectiveness of teaming a stroke coordinator with patient's personal physician on the outcome of stroke. *Age and Ageing*. 37 (1) 32-8.
- Mehdizadeh S (2008). [Review the application of continuous care model on the quality of life in patients with chemical injuries obstructive bronchiolitis] Tehran: Baqiyatallah University of Medical Sciences. (Persian)
- Neufeld A and Harrison M (2009) *Nursing and Family Caregiving: Social Support and Nonsupport*. 1st. Newyork, Springer Publishing Company.
- Rodgers H, Atkinson C, Bond S, Suddes M, Dobson R and Curless R (1999) Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients and caregivers. *Stroke*. 30 (12) 2585-91.

- Sadeghi Sherme M, Alavi Zerang F, Ahmadi F, Karimi Zarchi A, Babatabar H D and A. E (2009) [Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients]. Journal of Behavioral Sciences. 3 (1) 3-4. (Persian)
- Taylor C C, Lillis C and LeMone P (2008) Fundamentals of nursing : the art and science of nursing care. 5th. Philadelphia, Pa. ; London, Lippincott Williams & Wilkins.
- Williams J, Perry L and Watkins C (2010) Acute stroke nursing. Chichester, Wiley-Blackwell.
- Yaghmaie F (2007) [Measuring Behavior in Research by Valid and Reliable Instruments]. Tehran, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. (Persian)

The impact of home care based on the Continuous Care Model by family caregivers on activities of daily living of stroke patients.

*Azita Pourshirvani¹, Jila Abed Saieedi², Niloofar Nekozad³, Mitra Zandi²

1. MSc in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran email: pourshirvani.a@gmail.com
2. PhD in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Msc in Nursing, AJA Medical Sciences University, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aim:

Interventions to support stroke care givers by providing education and Training in skills essential for the day to day management of disabled stroke survivors have shown a little impact in reducing the burden of care but there are many recommended to use a more effective skill. We evaluated the effectiveness of caregiver training by Continuous Care Model to increasing patient's functional squal and improving patient and caregiver outcomes.

Materials and Methods:

This research was a quazi-experimental study. A total number of 90 cases were equally divided into two groups. Continuous Care Model training was applied to the caregiver in the experimental group until ten weeks after discharge. In the same time, the control group was treated based on routine protocol. Main outcome was measured for patients, by Functional Independence Measure, which measures patient's functional status. Recovery was quantified by the changes in the Functional Independence Measure total scores. Caregiver demographic and care home checklist for Caregiver, was completed by the researcher too.

Finding:

Although Wilcoxon test showed significant differences in the mean scores of Functional Independence Measure ($p < 0/001$) in each group, We used the Mann-Whitney test to compare differences in mean of changes Functional Independence Measure between two groups after intervention and it showed changes in experimental group ($P < 0/001$) was more than control group.

Conclusion:

Training care givers by Continuous Care Model can improve functional recovery, and activities of daily living of stroke patients.

Keywords:

Home care; Caregivers, Activities of Daily Living; Stroke; Patients