

بررسی ارتباط میزان ناتوانی سالمندان مبتلا به سکته مغزی با کیفیت زندگی مراقبین آنان قبل و بعد ترخیص

نیره باغچقی^۱، حمیدرضا کوهستانی^۲

۱. کارشناس ارشد پرستاری، مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری ساوه، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری، مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری ساوه، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بسیاری از بیماران مبتلا به سکته مغزی توسط بستگان خود در خانه تحت مراقبت قرار می‌گیرند. هدف اصلی این پژوهش بررسی کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان اصلی سالمندان مبتلا به سکته مغزی حین و بعد از ترخیص و ارتباط آن با میزان وابستگی بیماران در انجام فعالیت‌های روزمره بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی می‌باشد. ۹۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی بستری در بیمارستان ولیعصر اراک به همراه مراقبت‌کننده اصلی آنان به صورت نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. سپس با نمونه‌ها حین ترخیص، ۱ ماه و ۳ ماه بعد از ترخیص مصاحبه شد. کیفیت زندگی با پرسشنامه کیفیت زندگی بریف سازمان جهانی بهداشت و میزان وابستگی بیماران مبتلا به سکته مغزی با استفاده از ایندکس بارتل سنجیده شد. اعتبار پرسشنامه کیفیت زندگی به روش اعتبار محتوا و پایایی آن به وسیله محاسبه آلفای کرونباخ تعیین شد. داده‌ها به وسیله نرم افزار آماری اس پی اس اس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: اکثر مراقبت‌کنندگان، همسر بیمار بودند (۷۷/۷۷ درصد) و میانگین سنی آنان ۶۰/۱ سال بود. کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان در هر چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط، بعد از ۱ و ۳ ماه کاهش یافت. میزان وابستگی ۳۴/۴ درصد از بیماران هنگام ترخیص در حد متوسط بود. بین میزان وابستگی بیماران در انجام فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان رابطه معنی‌داری وجود داشت. میانگین و انحراف معیار امتیاز بارتل بیماران در زمان ترخیص، یک و سه ماه بعد از آن تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان اصلی بیماران مبتلا به سکته مغزی بعد از ترخیص کاهش می‌یابد و با میزان وابستگی بیماران در فعالیت‌های روزمره ارتباط دارد، کیفیت زندگی مراقبین آنها بیشتر کاهش می‌یابد. نتایج بیانگر این موضوع می‌باشند که این مراقبت‌کنندگان برای سازگاری با تغییر در شیوه زندگی نیاز به کمک و حمایت دارند.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، مراقبت‌کننده، سکته مغزی، وابستگی بیماران

مقدمه

سکته مغزی یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها است که منجر به ناتوانی می‌گردد. در آمریکا هر سال ۵۰۰ هزار نفر برای اولین بار دچار سکته مغزی شده، ۱۰۰ هزار نفر دچار سکته مجدد

شده و تقریباً ۱۶۰ هزار نفر در اثر سکته مغزی جان خود را از دست

می‌دهند (Smeltzer&Bare، ۲۰۰۸). در ایران آمار دقیقی در خصوص شیوع سکته مغزی و مرگ و میر ناشی از آن در دسترس نمی‌باشد. امروزه با توجه به پیشرفت‌های موجود در زمینه تشخیص و درمان، با تعداد بیشتری از این بیماران مواجه هستیم (نوریان و همکاران، ۱۳۸۴). ۳۱ درصد از نجات‌یافتگان از سکته مغزی ناتوانی عملکردی دارند که منجر به

*نویسنده مسئول مکاتبات: حمیدرضا کوهستانی، اراک، سردشت، میدان بسیج، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی اراک
آدرس پست الکترونیک: hamidnbkb@yahoo.com

وابستگی نسبی تا کامل آنها به دیگران جهت انجام کارهای روزمره شان می شود بسیاری از این بیماران

در منازل تحت مراقبت قرار می گیرند و به خاطر ارزشهای اجتماعی یکی از منابع مهم مراقبتی از این افراد، خانواده های آنها می باشد. اغلب مراقبت کنندگان از این بیماران در معرض خطر مشکلات جسمی و روانی می باشند از جمله مشکلاتی که ممکن است برای آنها پیش بیاید می توان این موارد را نام برد: استراحت ناکافی، اختلال در خواب، خستگی مزمن، مشکلات اقتصادی و افسردگی (Chen & Tang, ۲۰۰۲). فرسودگی مراقبت کنندگان منجر به کاهش کیفیت زندگی مراقبت کنندگان و کاهش کیفیت ارائه مراقبت توسط آنها می شود (Adams, ۲۰۰۳).

امروزه اندازه گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر محاسبه شاخص های مرگ، فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزشهای انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه دارد. کیفیت زندگی از شاخص های مهمی است که اندازه گیری آن در پژوهش های مختلف سلامتی و ضروری می باشد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ کیفیت زندگی را تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می کنند و در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانیهای آنها می باشد. برای کیفیت زندگی شش حیطه بیان شده که شامل: سلامت جسمانی، وضعیت روانی، سطوح استقلال، ارتباطات اجتماعی، ارتباطات محیطی و علایق معنوی است (فلاحی خشکنا ب و همکاران، ۱۳۸۲). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامتی برابر رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی در نظر گرفته می شود و فراتر از عدم وجود بیماری و یا معلولیت می باشد. این تعریف از سلامتی مفهوم بهزیستی را بدست می دهد که دارای دو جزء عینی و ذهنی است. به جزء ذهنی بهزیستی، کیفیت زندگی اطلاق می شود. با این تعریف کیفیت زندگی و سلامتی از جهات بسیاری دارای شباهتهایی می باشند (تولایی و همکاران، ۱۳۸۶). بعد اجتماعی کیفیت زندگی به توانایی فرد در برقرار کردن ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه های اجتماعی و وضعیت شغل مربوط می شود. بعد خانوادگی، نحوه تعاملات خانوادگی و میزان حمایت های خانوادگی، تاثیراتی که شغل بر ایفای نقش اعضا دارد و نقش افراد خانواده در برداشت کلی از کیفیت زندگی را شامل می شود. بعد اقتصادی، میزان تطابق تصور افراد با مسایل اقتصادی و میزان پذیرش آنها از زندگی

روزمره را نشان می دهد. بعد تفریحی تنها بر وقت آزاد تاکید نکرده بلکه مشتمل بر کلیه فعالیتهای جسمانی و تجاری که در اوقات فراغت رخ می دهد نیز می باشد. بعد معنوی، بخش قابل توجهی از زندگی بسیاری از انسان ها را به خود اختصاص داده که به کمک آن انسانها می توانند از عهده مشکلات و شادمانی زندگی برآیند (فلاحی خشکنا ب و همکاران، ۱۳۸۲). مراقبت کنندگان و بستگان دارای افراد سالمند و یا مبتلا به بیماریهای مزمن دچار مشکلات فراوانی می شوند. در یک پژوهش انجام شده در استرالیا مشخص شد که سلامت فیزیکی مراقبت کنندگان از سکتة مغزی ۳ هفته و ۳ ماه بعد از ترخیص به طور معنی داری کاهش یافت (Ski & O'Connell, ۲۰۰۷). نتایج پژوهش فتوکیان و همکاران (۱۳۸۳) که در رابطه با کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت کننده از بیماران مبتلا به سرطان بود نشان داد که تنها ۱۵/۷ درصد آنها وضعیت جسمی مطلوب، ۱/۷ درصد وضعیت روانی مطلوب و ۳/۵ درصد وضعیت اجتماعی مطلوب داشتند. بابایی (۱۳۸۶) گزارش کرد که اکثر خانواده های مراقبت کننده از سالمند ناتوان، مشکلات در ارتباطات خارجی را در حد متوسط تا زیاد، مشکلات در گذراندن اوقات فراغت را در حد متوسط تا زیاد و مشکلات اقتصادی را نیز در حد متوسط تا زیاد بیان کرده و تنها درصد کمی از آنها دارای مشکلات در حد کم بوده اند.

اطلاعات دقیقی در مورد کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بیماران دچار سکتة مغزی در کشور ما وجود ندارد. مراقبت کننده کسی است که بیشترین مراقبت و حمایت را از فرد مبتلا به سکتة مغزی بعد از بازگشت به خانه انجام می دهد. این افراد کار بسیار زیاد، بدون حقوق و مزایا و مرخصی را تحمل می کنند. مراقبت کنندگان از این افراد نسبت به مراقبت کنندگان از بیماران مبتلا بیماریهای مزمن مانند آلزایمر و دمانس، با چالشهای متفاوتی روبرو هستند، زیرا تغییرات پس از سکتة مغزی حاد هستند و علاوه بر اینکه مراقبت کننده باید با تغییرات ناشی از سکتة مغزی خود را سازگار کند باید شیوه زندگی خود را نیز به سمت ارائه مراقبت تغییر دهد (Adams, ۲۰۰۳).

تجربه پژوهشگر در رویارویی با مسائل و مشکلات مراقبت کننده سالمند مبتلا به سکتة مغزی و همچنین با توجه به اهمیت موضوع کیفیت زندگی و ارتقا سلامت مراقبت کنندگان، پژوهشگران بر آن شدند که کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از افراد مبتلا به سکتة مغزی حین و بعد از ترخیص و ارتباط آن را با میزان وابستگی بیماران در شهر اراک را بررسی نماید.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی می باشد که در سال ۱۳۸۸ انجام شد. جهت انجام این پژوهش ۱۰۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی بستری در مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک و مراقبت کننده اصلی آنان به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. بیماران مبتلا به سکته مغزی که دارای وابستگی کامل تا بسیار کم بر اساس ایندکس ده سوالی اصلاح شده بارتل (Modified Barthel Index) بودند، قبل از سکته در انجام کارهای خود مستقل بودند وارد پژوهش شدند.

معیارهای ورود به پژوهش مراقبت کنندگان شامل این موارد بود: مراقبت کننده به جز بیمار مبتلا به سکته مغزی از بیمار دیگری مراقبت نکند، مراقبت کامل و تمام وقت از بیمار را به عهده داشته باشد، نسبت فامیلی با بیمار داشته باشد و در قبال انجام مراقبت هیچ مبلغی دریافت نکند. تنها معیار خروج مراقبت کنندگان از پژوهش، عدم توانایی مراقبت کننده در انتقال اطلاعات به پژوهشگر در نظر گرفته شد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسش نامه سه قسمتی بود که قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک و قسمت دوم پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQOL-BREF و قسمت سوم ایندکس ده سوالی اصلاح شده بارتل بود.

پرسشنامه WHOQOL-BREF کیفیت زندگی را به صورت کلی و عمومی می سنجد، علاوه بر آن این ابزار مخصوص گروه خاصی از بیماران نیست و در افراد بیمار و سالم قابل استفاده است. این پرسشنامه دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در ۲۴ سؤال است (هر یک از این حیطه ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می باشند). پرسش نامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند. بنابراین این پرسشنامه ۲۶ سؤال دارد. هر حیطه امتیازی معادل با ۴ تا ۲۰ کسب می کند که امتیاز بالاتر، کیفیت زندگی بهتر را نشان می دهد. عدد ۴ نشانه بدترین وضعیت و عدد ۲۰ بیانگر بهترین وضعیت می باشد. حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، فعالیت های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، درد و خواب می پردازد. در حیطه سلامت روان تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سؤال قرار می گیرد. حیطه روابط اجتماعی ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را مورد سؤال قرار می دهد. حیطه سلامت محیط این پرسش

نامه در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت های تفریحی، محیط فیزیکی (آلودگی صدا و هوا و غیره) و حمل و نقل را سؤال می نماید. (Skevington و همکاران، ۲۰۰۴؛ WHOQOL Group، ۱۹۹۶؛ Saxena و همکاران، ۲۰۰۱). این پرسش نامه در بیش از ۴۰ کشور جهان، ترجمه و مورد اعتبارسنجی واقع شده است. مشخصات روان سنجی گونه ایرانی این پرسش نامه نشان داده است که این ابزار از روایی، پایایی و قابلیت پاسخ گویی مناسبی در جمعیت ایرانی برخوردار است و قابل استفاده می باشد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). گونه ایرانی این پرسشنامه در سایت سازمان جهانی بهداشت قابل دسترسی می باشد (WHOQOL Group، ۲۰۰۴). در این پژوهش جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی از روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۸۹) استفاده شد. برای اندازه گیری وابستگی در فعالیتهای زندگی روزمره فرد مبتلا به سکته مغزی از ایندکس اصلاح شده بارتل استفاده گردید. این ایندکس دارای ده سوال است که با پاسخ دهی به سوالات امتیازی بین حداقل صفر تا حداکثر ۱۰۰ به دست می آید. امتیاز ۰-۲۴ نشان دهنده وابستگی کامل، امتیاز ۲۵-۴۹ نشان دهنده وابستگی شدید، امتیاز ۵۰-۷۴ نشان دهنده وابستگی متوسط و امتیاز ۷۵-۹۰ نشان دهنده وابستگی خفیف و امتیاز ۹۰-۹۹ نشان دهنده وابستگی بسیار کم و امتیاز ۱۰۰ نشان دهنده عدم وابستگی می باشد (Shah و همکاران، ۱۹۸۹؛ Shah، ۱۹۹۸).

این ابزار معمولاً در پژوهش های اپیدمیولوژیکی و بالینی جهت تعیین وابستگی بیماران مبتلا به بیماریها و ناتوانیهای مزمن به خصوص سکته مغزی در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار گرفته است (Hewer & Wade، ۱۹۸۷؛ Doyle، Mahoney & Barthel، ۱۹۶۵؛ Adams، ۲۰۰۳؛ Doyle، ۱۹۹۵). این شاخص دارای ۱۰ بخش است که شامل پرسشهایی مربوط به کنترل روده، کنترل مثانه، نظافت شخصی، استفاده از توالت، غذا خوردن، انتقال از تخت به صندلی و بالعکس، راه رفتن، لباس پوشیدن، استفاده از پله ها و استحمام می باشد. البته استفاده بیمار از وسایل کمکی همانند عصا و غیره از نظر مستقل بودن مانعی ندارد. کلاً این ۱۰ مورد مستقل از فرهنگ بوده و لذا خط برش در فرهنگ ایران مشخص نشده است. بخش های مختلف این شاخص از صفر تا ۱۵ امتیاز و در مجموع ۱۰۰ امتیاز دارد روش نمره

پی اس اس انجام شد و از آزمونهای آماری آنالیز واریانس درون موردی (با اندازه گیریهای تکراری) و ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته ها

۱۰۰ فرد مبتلا به سکتة مغزی و مراقبت کننده اصلی آنها که دارای ویژگیهای مورد پژوهش بودند وارد مطالعه گردیدند. از این تعداد ۵ نفر از بیماران فوت نموده و ۴ نفر از مراقبت کنندگان نیز برای پر نمودن مجدد پرسشنامه همکاری نکردند و ۱ نفر نیز به تغییر محل سکونت از نمونه ها حذف شد. میانگین سنی بیماران مبتلا به سکتة مغزی ۶۶/۵ (انحراف معیار ۳/۶) بود. ۴۰ نفر مونث و ۵۰ نفر آنها مذکر بودند.

میانگین سنی مراقبت کنندگان $13/1 \pm 60/1$ بود. اکثر مراقبت کنندگان اصلی همسر بیمار بودند (۷۷/۷۷ درصد). سایر مراقبت کنندگان فرزندان بیمار بودند. اکثر مراقبت کنندگان با بیمار در یک مکان زندگی می کردند (۸۸/۸۸ درصد). میانگین مراقبت روزانه ۱۰/۴ ساعت بود.

میانگین نمرات به دست آمده از MBI در زمان ترخیص، یک ماه و ۳ ماه بعد از ترخیص در جدول ۱ ارائه شده است.

گذاری به این صورت بود که برای هر مورد فوق در صورت توانایی انجام آن نمره ی مورد نظر توسط پژوهشگر، بر طبق دستورالعمل شاخص ناتوانی بارتل داده شده و سپس نمره ی کل جمع می شد و طبق قرارداد بر حسب میزان نمره، میزان وابستگی بیمار مشخص می شود. بدین صورت که نمرات بین ۰ تا ۲۴ وابستگی کامل، نمرات بین ۲۵ تا ۴۹ وابستگی شدید، نمرات ۵۰ تا ۷۴ وابستگی متوسط، نمرات ۷۵ تا ۹۰ وابستگی خفیف و نمرات ۹۱ تا ۹۹ وابستگی بسیار کم در نظر گرفته می شود. روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعات متعدد تایید شده اند (Suha و همکاران، ۲۰۰۵: Mahoney & Barthel، ۱۹۶۵: Shyu و همکاران، ۲۰۰۹: Shakarishvili & Beridze، ۲۰۰۸: Mahler، ۲۰۰۸).

در این پژوهش جهت تعیین اعتبار علمی مقیاس، از روش اعتبار محتوی استفاده شد. همچنین جهت کسب اعتماد علمی از روش آزمون مجدد (به فاصله ۷ روز) استفاده شد و میزان همبستگی بین نتایج حاصل از دو مرحله از اعتماد قابل قبول ($r=0/93$) برخوردار بود.

جهت گردآوری داده ها پژوهشگر پرسش نامه مربوطه را یک بار در زمان ترخیص طی ملاقات حضوری و مصاحبه و سپس یک ماه و سه ماه پس از ترخیص از طریق تماس تلفنی تکمیل نمود. تجزیه تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار اس

جدول ۱: میانگین نمرات ایندکس بارتل بیماران مبتلا سکتة مغزی در زمان ترخیص، یک و ۳ ماه بعد از ترخیص

زمان ارزیابی						میزان وابستگی (امتیاز بارتل)
زمان ترخیص		۱ ماه بعد از ترخیص		۳ ماه بعد ترخیص		
فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	
۱۸	۲۰	۱۸	۲۰	۱۵	۱۶/۷	کامل (۰-۲۴)
۱۳	۱۴/۴	۱۲	۱۳/۳	۱۵	۱۶/۷	شدید (۲۵-۴۹)
۳۱	۳۴/۴	۳۰	۳۳/۳	۲۸	۳۱/۱	متوسط (۵۰-۷۴)
۱۶	۱۷/۸	۱۸	۲۰	۲۰	۲۲/۲	خفیف (۷۵-۹۰)
۱۲	۱۳/۳	۱۲	۱۳/۳	۱۲	۱۳/۳	بسیار کم (۹۱-۹۹)
۶۰/۱		۶۰/۲۱		۶۰/۳۱		میانگین
۲۴/۴۹		۲۶/۵۱		۲۶/۴۲		انحراف معیار

میانگین و انحراف معیار امتیاز پرسشنامه نامه کیفیت زندگی مراقبت کنندگان در دامنه های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط و همچنین دو سؤال کلی این پرسشنامه در جدول ۲ ارائه شده است.

آزمون آنالیز واریانس درون موردی (با اندازه گیری های تکراری) نشان داد که بین امتیازات به دست آمده یک ماه پس از ترخیص، سه ماه پس از ترخیص و زمان ترخیص تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ($P>0/05$). بدین ترتیب که میزان توانایی بیماران در انجام فعالیت های روزانه پیشرفت معنی داری نداشته است.

جدول ۲: امتیازات کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از سالمندان مبتلا به سکته مغزی در زمان ترخیص، یک و ۳ ماه بعد از ترخیص

زمان ارزیابی				حیطه‌های کیفیت زندگی
زمان ترخیص	۱ ماه بعد از ترخیص	۳ ماه بعد از ترخیص	محدوده امتیاز	
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		سلامت جسمانی
۱۴/۸(۲/۱)	۱۴/۲(۲/۳)	۱۳/۶(۲/۴)	۴-۲۰	سلامت روانی
۱۳/۹۵(۲/۴)	۱۳/۲۲(۲/۱)	۱۲/۵۵(۲/۱)	۴-۲۰	روابط اجتماعی
۱۵/۲(۲/۳)	۱۴(۲/۱)	۱۳/۱(۲/۲)	۴-۲۰	سلامت محیط
۱۴/۴(۲/۶۹)	۱۳/۳۷(۲/۶)	۱۳/۱(۲/۴)	۴-۲۰	کیفیت زندگی کلی
۳/۹۵	۳/۳۵	۳/۰۱	۱-۵	رضایت از سلامت
۳/۹	۳/۷	۳	۱-۵	

از سالمندان مبتلا به سکته مغزی کاهش می‌یابد. امتیازات هر چهار حیطه سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط با گذشت زمان کاهش یافت، همچنین میانگین امتیازات دو سؤال کلی رضایت از سلامت و کیفیت زندگی کلی نیز کاهش معنی داری داشت.

نتایج پژوهش (Adams, ۲۰۰۳) نشان که که ۱ ماه بعد از ترخیص کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از سالمندان مبتلا به سکته مغزی نسبت به زمان ترخیص کاهش معنی داری نداشته است، البته نه تنها کاهش نداشت بلکه میانگین امتیازات دو سؤال کلی پرسشنامه و همچنین حیطه سلامت فیزیکی و روانی مراقبت کنندگان افزایش نیز یافته بود (البته از لحاظ آماری این افزایش معنی دار نبود). نویسنده این مقاله این مرحله را دوره ماه غسل برای مراقبت کنندگان بیان کرده است و توجیه کرده است که احتمالاً با گذشت یکماه مراقبت کنندگان با نقش جدید خودشان و تغییرات جسمانی و ذهنی بیمار سازگاری پیدا کرده‌اند و این امر می‌تواند منجر به افزایش سلامت جسمانی و روانی آنان شود!! ترخیص از بیمارستان و پیشرفتهای جزئی بیمار در فعالیتهای روزمره می‌تواند به عنوان عاملی در جهت سازگاری بیشتر باشد. در این پژوهش کیفیت زندگی مراقبت کنندگان بعد از ۱ ماه دیگر ارزیابی نشده است.

عواملی بسیار زیادی می‌توانند بر متفاوت بودن نتایج Adams (۲۰۰۳) با پژوهش حاضر تاثیر گذار باشند. از جمله امتیاز ایندکس بارتل بیماران مبتلا به سکته مغزی در زمان ترخیص در پژوهش ما ۶۰/۱ بود در حالی که در پژوهش Adams ۹۰/۳ بود. از طرفی مواردی مانند امکانات، خدمات مشاوره ای در منازل می‌تواند در هر کشوری متفاوت با سایر کشورها باشد.

Ski C, O'Connell (۲۰۰۷) کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از سالمندان مبتلا به سکته مغزی در زمان ۳ هفته و ۳ ماه بعد از ترخیص را در کشور استرالیا ارزیابی کردند. نتایج نشان

آزمون آنالیز واریانس درون موردی (با اندازه گیری‌های تکراری) و مقایسه دو به دوی میانگینها مشخص شد که میانگین امتیازات هر چهار حیطه، یک و سه ماه بعد از ترخیص نسبت به زمان ترخیص کاهش معنی داری داشته است ($P < 0.05$). همچنین میانگین امتیازات سه ماه پس از ترخیص نسبت به یک ماه پس از ترخیص نیز کاهش معنی داری داشت ($P < 0.05$).

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین امتیاز کیفیت زندگی مراقبت کنندگان و میزان توانایی بیماران در انجام فعالیتهای روزمره (در یک و سه ماه بعد از ترخیص) ارتباط وجود دارد ($P < 0.05$) بدین ترتیب که در بیمارانی که میزان توانایی آنها بیشتر بوده است میزان کیفیت زندگی مراقبانشان نیز بالاتر می‌باشد.

آزمون تی مستقل نشان که بین جنس بیمار و کیفیت زندگی مراقبین رابطه آماری معنی داری وجود نداشت ($P > 0.05$). همچنین با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مشخص شد که بین سن بیمار با امتیاز کیفیت زندگی مراقبت کنندگان رابطه ای وجود نداشت ($P > 0.05$). باید توجه داشت که رابطه ای بین سن بیمار و میزان توانایی بیماران در انجام فعالیتهای روزمره نیز وجود نداشت ($P > 0.05$) به عبارتی دیگر لزوماً افراد مسن تر، ناتوانایی بیشتری نداشتند. همچنین بین جنس و میزان توانایی بیماران در انجام فعالیتهای روزمره بیماران مبتلا به سکته مغزی نیز رابطه ای وجود نداشت ($P > 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

یک مراقبت کننده نقش بسیار مهمی در بهبود وضعیت بیمار خود ایفا می‌کند، بنابراین لازم است برای انجام هر چه بهتر این نقش، خود فرد مراقبت کننده باید از سلامت روانی و جسمی مطلوبی برخوردار باشد. با این حال نتایج این پژوهش نشان داد که با گذشت زمان کیفیت زندگی مراقبت کنندگان

اجتماعی، حمایتی و امکانات لازم فرایند مراقبت در منزل را برای مراقبت کنندگان تسهیل نماید. همچنین اعضای تیم بهداشت و درمان باید با دادن اطلاعات در زمینه سیستمهای حمایتی و خدمات مشاوره ای موجود در جامعه، زمینه استفاده آنها را از این خدمات به منظور کمک به بهبود کیفیت زندگی آنها فراهم کند. باید این خانواده جهت دریافت خدمات و مشاوره ها به پرستاران، مشاوران و مددکاران اجتماعی و یا آموزش دهنده های خانواده ها ارجاع داده شوند. همچنین برگزاری دوره های آموزشی برای این گونه خانواده ها می تواند بسیار کمک کننده باشد.

با توجه به اینکه بیماران مبتلا به سکتة مغزی از انجام بسیاری از فعالیت های روزانه خود از جمله غذا خوردن، دفع ادرار و مدفوع، تکلم و... وابسته می باشند، همچنین نیازمند انجام بسیاری از مراقبت ها از جمله فیزیوتراپی اندامها، تغییر وضعیت و... دارند، مراقبت از آنان در منزل می تواند بسیار پراسترس باشد. پیشنهاد می شود جهت ارائه راهکارها و انجام اقداماتی در جهت بهبود کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از سالمندان مبتلا به سکتة مغزی پژوهش هایی در رابطه با شناسایی مشکلات و نیازهای آنان انجام شود. با توجه به سن بالا مراقبت کنن

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی شماره ۳۵۹ مصوب معاونت محترم آموزش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اراک است. بدین وسیله از همکاری و حمایت های مالی حوزه معاونت آموزش و تحقیقات دانشگاه سپاسگزاری می نمائیم. همچنین از تمامی بیماران و همراهان محترمی که در انجام این پژوهش صمیمانه همکاری داشتند تشکر و قدردانی می گردد.

داد که تنها سلامت فیزیکی مراقبت کنندگان به طور معنی داری کاهش یافت، میانگین سلامت روان و محیط دقیقاً همان میانگین امتیازهای قبلی بود و میانگین سلامت اجتماعی کاهش داشت البته از لحاظ آماری معنی دار نبود. در این پژوهش میزان وابستگی بیماران مبتلا به سکتة مغزی بررسی نشده بود.

یکی از نتایج این پژوهش ارتباط کیفیت زندگی مراقبت کنندگان با میزان توانایی بیماران در انجام فعالیت های روزمره بیماران بود بدین ترتیب که در بیمارانی که میزان توانایی آنها بیشتر بوده است میزان کیفیت زندگی مراقبان شان نیز بالاتر می باشد که این نتیجه با یافته های پژوهش Adams (۲۰۰۳) نیز همخوانی داشت.

با توجه به اینکه مراقبت کنندگان خود گروهی هستند که از نظر جسمی و روحی آسیب پذیر می باشند، در صورت عدم حل مشکلات آنها، این منبع مهم مراقبتی دچار فرسودگی جسمی و روحی شده و کارایی خود را در انجام فعالیت های مراقبتی از دست می دهند و نتایج سوء آن متوجه بیماران مبتلا به سکتة مغزی خواهد شد (Morimoto و همکاران، ۲۰۰۳).

لازم به یادآوری است در پژوهش ما مشخص شد که اکثریت مراقبت کنندگان، همسر بیمار که خود نیز به عنوان یک سالمند و جزء گروه های آسیب پذیر جامعه محسوب می شود، بودند. لذا شناخت دقیق مشکلات آنها و برنامه ریزی جهت حل مشکلات، یکی از مهمترین وظایف سیستم مراقبت بهداشت می باشد. همچنین این افراد نیازمند دریافت آموزش در زمینه مسائل و مشکلات این بیماران و نحوه مراقبت از آنها می باشند. مطمئناً در شیوه زندگی یک مراقبت کننده از بیمار مبتلا به سکتة مغزی تغییراتی ایجاد خواهد شد، این افراد برای سازگاری با شرایط جدید باید از طرف جامعه و اجتماع مورد حمایت واقع شوند.

این افراد نیازمند حمایت های جسمی روانی و به خصوص حمایت های اجتماعی هستند. مراکز زیربسط باید با ارائه خدمات

REFERENCES

- Adams C (2003). Quality of Life for caregivers and stroke survivors in the immediate discharge period, applied. Nursing Research. 16 (2) 126-130
- Babaei M (2006). [Social problems of caregiver of disabled elderly]. Iranian journal of ageing. 3 (2) 177-181.
- Doyle Y (1995). Disability: use of an independent living fund in south east London and users' views about the system of cash versus care provision. Journal of Epidemiology and Community Health. 49 (1) 43-47
- Falahi khosknab et al (2007). [Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran]. Hakim Research Journal. 9(4) 24- 30 (Persian)

- Fatokian Z et al (2004). [Quality of lives of families giving care to their cancer patients]. Iran Journal of Nursing. 17(38) 48-56 (Persian).
- Mahler MP et al (2008). A cost analysis of the first year after stroke - early triage and inpatient rehabilitation may reduce long term costs. Swiss medical weekly. 138 (31-32) 459-65.
- Mahoney FI Barthel D (1965) Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Medical Journal. 14(2) 61-5.
- Morimoto T Schreiner A Asano H (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. Age and Ageing. 32 (2) 218-223
- Nejat S et al (2006). [The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version]. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 4(4) 1-12 (in Persian)
- Norian K et al (2005). [The Effect of rehabilitation on life quality of patients suffering from stroke]. The Sciences Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 13(50) 22-27 (Persian)
- Saxena S Carlson D Billington R (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref) the importance of its items for cross-cultural research. Quality of life research. 10 (8) 711-721.
- smeltzer S Bare B (2008). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Lippincott Wilkins, 11th edition.
- Shah S (1998) Modified Barthel Index or Barthel Index (Expanded). In S. Salek. (Ed). Compendium of quality of life instruments Part II. Chichester: Wiley and Sons.
- Shah, S Vanclay F Cooper B (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. Journal of Clinical Epidemiology. 42(8)703-709.
- Shakarishvili R Beridze M (2008). Proinflammatory reactants as determinants of stroke severity in elderly. Georgian Medical News. 14 (162) 23-27.
- Shyu YI et al (2009). Quality of life among older stroke patients in Taiwan during the first year after discharge Journal of clinical nursing. 18 (6) 2320-8
- Skevington SM Lotfy M O'ConnellK A (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group, Quality of life Research. 13(2) 299-31
- Ski C O'Connell B (2007). Stroke: the increasing complexity of carer needs. The Journal of Neuroscience Nursing. 39(3) 172-179.
- Suha M et al (2005). Caregiver's burden, depression and support as predictors of post-stroke depression: a cross-sectional survey International. International Journal of Nursing Studies. 42(6) 611-618
- Tang YY Chen SP (2002). Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke. Health Promotion International. 17(4) 329-39
- Tolaei a et al (2006). [Quality of lives chemical warfare Victims 15 years after exposed to mustard gas]. Journal of Behavioral Sciences. 1(1)17-25 (Persian)
- Wade DT Hwer RL (1987). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. 50 (2) 177-182
- WHOQOL Group. Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO; 1996.
- WHOQOL Group. WHO Quality of Life - BREF (Farsi) [pdf 100kb] 2004 [on line] http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/ 16 Dec 2009.