

## بررسی میزان تبعیت از رژیم بازتوانی بیماران مبتلا به سکته مغزی توسط خانواده‌های آنان

ناهید دهقان‌نیری\* سپیده محمدی\*\* شادان پدram رازی\*\*\* نوشیروان کاظم‌نژاد\*\*\*\*

### چکیده

زمینه و هدف: سکته مغزی با گستره تأثیرگذاری و عوارض جسمی و روحی فراوان منجر به ناتوانی بیمار در مراقبت از خود می‌شود و اجرای برنامه‌های بازتوانی توسط وی را با مشکل مواجه می‌سازد. لذا خانواده‌ها مراقبان اصلی بیماران و مسؤول تبعیت از رژیم بازتوانی در آن‌ها هستند. این در حالی است که خانواده‌ها در زمینه بازتوانی بیمار با مشکلات فراوانی رو به رو هستند، از این رو مطالعه حاضر با هدف «تعیین میزان تبعیت از رژیم بازتوانی بیماران مبتلا به سکته مغزی توسط خانواده‌های آنان» انجام یافته است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی- تحلیلی در مورد ۱۸۰ نفر از مراقبان اصلی بیماران مبتلا به سکته مغزی در خانواده انجام گرفته است. مدت مطالعه برای هر نمونه ۲ ماه پس از ابتلا به سکته مغزی بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس و در بیمارستان امام خمینی (ره) در سال‌های ۹۰-۱۳۸۹ انجام یافت. جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه مشخصات فردی و تبعیت از رژیم بازتوانی استفاده گردید. داده‌های حاصل از پژوهش به کمک نرم‌افزار کامپیوتری SPSS v.16 در دو قسمت توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد تنها ۱۰٪ مراقبان اصلی بیمار تبعیت از رژیم بازتوانی در سطح خوب دارند و حدود ۲۸/۷٪ آن‌ها در این زمینه ضعیف هستند. این ضعف به ویژه در زمینه‌های بازتوانی تقابلی حرکتی، شناختی و احساسی، پیشگیری از اختلالات پوستی و تنفسی بیشتر مشهود است.

نتیجه‌گیری: از آن جا که عده اندکی از مراقبان اصلی در خانواده‌ها، در سطح خوب از رژیم بازتوانی تبعیت می‌کنند و با توجه به اهمیت اساسی نقش خانواده‌ها در مراقبت و تبعیت از رژیم بازتوانی بیماران، از پرستاران انتظار می‌رود با توانمند کردن خانواده‌ها در مراقبت، نقش مهمی را در کاهش عوارض جسمی و روحی این بیماران ایفا کنند.

نویسنده مسئول:  
سپیده محمدی؛  
دانشکده پرستاری و  
مامایی دانشگاه علوم  
پزشکی تهران  
e-mail:  
sepidmohamadi@  
yahoo.com

واژه‌های کلیدی: سکته مغزی، خانواده، رژیم بازتوانی

- دریافت مقاله: آذر ماه ۱۳۹۰ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۰

### مقدمه

سکته مغزی اولین اختلال مغزی عروقی در جهان است و بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان، سومین علت مرگ در جهان محسوب می‌شود (۱). در ایران سالیانه ۳۲۷ نفر

در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر دچار سکته مغزی می‌شوند که این اختلال شایع‌ترین عامل ناتوانی در بزرگسالان ایران محسوب می‌شود (۲). سکته مغزی اولین اختلال از میان اختلالات گوناگونی است که به مراقبت‌های طولانی مدت نیاز دارد (۳). مرحله حاد این بیماری ممکن است تنها چند روز طول بکشد ولی بهبودی بیمار روند کند و تدریجی داشته و به طور معمول حداقل ۶ تا ۱۸ ماه تا پایدار شدن

\* دانشجویار گروه آموزشی پرستاری مدیریت و عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\* کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشجوی دکتری پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
\*\*\* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\*\*\* استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس

وضعیت بیمار نیاز به زمان دارد. جهت بهبود سکتة مغزی و عوارض متعدد ایجاد شده، از درمان دارویی استفاده می‌شود؛ اما درمان اصلی آن‌ها بازتوانی مداوم و طولانی مدت است (۴). حدود ۸۰٪ از بازماندگان سکتة مغزی پس از طی مرحله حاد و پایدار شدن وضعیت طبی از بیمارستان به منزل بر می‌گردند (۵) که معمولاً دچار عوارض متعدد جسمی، حسی، ادراکی، ذهنی، روانی، شناختی و اجتماعی بوده و در انجام فعالیت روزانه خود (نظیر خوردن، پوشیدن، دفع، حرکت و ...) دچار مشکل هستند. متأسفانه به دلیل اختلالات حرکتی، ذهنی و شناختی بیماران خود قادر به رعایت اعمال بازتوانی و اجرای برنامه‌های مراقبتی ارایه شده از سوی کادر درمان نیستند (۶). در این حالت خانواده‌ها به عنوان حامیان اصلی روحی، جسمی و اطلاعاتی این بیماران، اجرا کننده برنامه‌های مراقبتی آنان بوده و بیماران باید برای انجام فعالیت روزانه و مراقبت به آن‌ها تکیه و اعتماد کنند (۷).

در ایران نیز به دلیل کمبود وجود مراکز دولتی جهت بازتوانی و مراقبت‌های پس از ترخیص در بیماران مبتلا به سکتة مغزی و هزینه‌های بالای مراقبت در مراکز خصوصی و سرویس‌های ارایه مراقبت در منزل، مراقبت از بیمار مبتلا به سکتة مغزی توسط خانواده بسیار رایج است و اکثر خانواده‌ها خود مسئولیت اصلی مراقبت از بیماران را به عهده می‌گیرند (۸). 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 (۹). طبق مطالعه‌ای که دالوندی و همکاران در ایران درباره تجربیات بیماران و خانواده‌های آن‌ها پس از سکتة مغزی انجام دادند، بسیاری از خانواده‌ها اظهار کردند که به دلیل کافی نبودن حمایت اجتماعی و مالی، فقدان برنامه‌های آموزشی، عدم دسترسی به خدمات بازتوانی و مشکلات جسمی و روحی دچار مشکلات بسیاری در امر مراقبت از بیمار شده‌اند (۸). با توجه به عوارض و طول مدت دوام آن‌ها در بیماران مبتلا به سکتة مغزی، خانواده به عنوان مؤثرترین نهاد از میان نهادهای اجتماعی است که می‌تواند حمایت جسمی و عاطفی جهت بازتوانی بیمار را فراهم کند، البته در صورتی که در مراقبت از بیمار خود دچار سردرگمی، یأس و ناامیدی نشود (۱۰). با وجود این که تبعیت از رژیم بازتوانی از ارکان ارتقای سلامتی و کیفیت زندگی این بیماران است، اما هنوز ابعاد این تبعیت به درستی در خانواده بیماران مبتلا به سکتة مغزی بررسی نشده و نقاط قوت و ضعف خانواده‌ها و به عبارت دیگر نیازهای آموزشی آنان در این زمینه ناشناخته باقی مانده است. لذا مطالعه حاضر با هدف «تعیین میزان تبعیت از رژیم بازتوانی بیماران مبتلا به سکتة مغزی توسط خانواده‌های آنان» انجام گرفته است. نتایج آن می‌تواند برای کادر درمان خصوصاً پرستاران قابل استفاده باشد تا با ارایه برنامه مراقبتی کامل به خانواده‌های بیماران مبتلا به

پرستاری شبانه‌روزی دارد (۱۱). بیمار پس از ترخیص به منزل منتقل شده، مراقب اصلی بیمار در خانواده حداقل ۴ روز در هفته مراقبت از بیمار را عهده‌دار باشد و ۲ ماه پس از وقوع سکته مغزی نمونه مورد پژوهش به درمانگاه بیمارستان مراجعه نماید. معیار خروج از مطالعه فوت بیمار طی دو ماه پس از ابتلا و گرفتن پرستار جهت مراقبت از بیمار در منزل بوده است.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از یک پرسشنامه دو قسمتی استفاده شد. قسمت اول پرسشنامه شامل اطلاعات فردی بیمار (سن، جنس، اختلالات ایجاد شده پس از وقوع سکته مغزی و درجه رانکین) و مراقب اصلی وی در خانواده (سن، جنس، نسبت با بیمار، سطح سواد، میزان درآمد خانواده، تعداد روزهای مراقبت از بیمار در هفته و دریافت آموزش تخصصی در مورد مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی) بود. قسمت دوم مربوط به تبعیت از رژیم بازتوانی بود. به علت این که پرسشنامه تبعیت از رژیم بازتوانی پس از جست و جوی فراوان در کتب، مجلات و منابع اینترنتی یافت نشد، پرسشنامه توسط تیم تحقیق با استفاده از مرور متون و بررسی‌های وسیع در زمینه این بیماری و مراقبت‌های مورد نیاز ساخته و بازنگری شد.

پرسشنامه تبعیت از رژیم بازتوانی شامل ۲۸ گویه است و مراقبت‌های ارابه شده از طرف مراقب اصلی بیمار در زمینه‌های مختلف بازتوانی را می‌سنجد: مراقبت‌های مربوط به بازتوانی حرکتی و پیشگیری از بدشکلی اندام (۷ گویه)، مراقبت مربوط به بازتوانی کلامی (۳ گویه)، مراقبت مربوط به بازتوانی شناختی و

سکته مغزی، آن‌ها را در زمینه تبعیت از رژیم بازتوانی توانمند کرده و نقش مناسبی را در پیشگیری از بروز ناتوانی پس از سکته مغزی، عود مجدد و هزینه‌های بالای آن ایفا کنند.

## روش بررسی

این بررسی از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه مورد مطالعه مراقبان اصلی بیمار در خانواده بیماران مبتلا به سکته مغزی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹ بودند. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی ۱۸۰ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری با توجه به معیارهای ورود به مطالعه صورت گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: بیمار برای اولین بار مبتلا به سکته مغزی شده باشد و درجه ناتوانی بیمار ۷۲ ساعت پس از وقوع سکته مغزی طبق نظر پزشک متخصص مغز و اعصاب بر اساس معیار استاندارد رانکین بالاتر از ۳ باشد. معیار رانکین میزان ناتوانی و وابستگی بیمار مبتلا به سکته مغزی را می‌سنجد و بدین شرح است. صفر: بیمار هیچ علامت غیر طبیعی عصبی ندارد، ۱: بیمار ناتوانی بدون علامت با اهمیت دارد، ۲: ناتوانی خفیف، یعنی قادر به انجام تمام فعالیت‌های قبلی نیست ولی قادر است از خودش بدون کمک دیگران مواظبت کند، ۳: ناتوانی متوسط دارد یعنی نیاز به کمک دیگران دارد ولی قادر است بدون کمک دیگران راه برود، ۴: ناتوانی متوسط تا شدید، یعنی بدون کمک دیگران قادر به راه رفتن نمی‌باشد، ۵: ناتوانی شدید یعنی بیمار همیشه در بستر بوده و نیاز به مراقبت

موردی ندارد نیز برای هر یک از گویه‌ها پیش‌بینی شده بود و به علت این که تمام بیماران همه نیازهای مراقبتی بازتوانی را که در پرسشنامه ذکر شده بود، داشتند، گزینه موردی ندارد در هیچ از گویه‌ها استفاده نشد.

برای تعیین روایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات از روایی صوری و محتوا استفاده گردید. بدین صورت که پرسشنامه تنظیم شده در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی متخصص در این زمینه قرار گرفت و پس از دریافت پیشنهادهای آنان، اصلاحات لازم به عمل آمد. ضمناً جهت خوانایی و تعیین روایی صوری، پرسشنامه به ۳۰ تن از افراد خانواده بیمار مبتلا به سکته مغزی داده شد و سؤالات بر اساس درک مراقبان تنظیم گردید. به منظور تعیین پایایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات از روش انسجام درونی استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه توسط ۳۰ تن از افراد خانواده بیمار مبتلا به سکته مغزی تکمیل و پس از تجزیه و تحلیل آماری میزان آلفای کرونباخ  $0/86$  تعیین گردید. داده‌های حاصل از پژوهش به کمک نرم‌افزار کامپیوتری SPSS v.16 در دو قسمت توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

روش کار به این صورت بود که ۷۲ ساعت پس از بستری بیماران مبتلا به سکته مغزی در بیمارستان، مراقب اصلی بیماران در خانواده به عنوان نمونه‌های پژوهش بر اساس معیار ورود انتخاب و با کسب رضایت شرکت در مطالعه و توضیح اهداف پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی تکمیل شده و شماره تلفن نمونه مورد پژوهش گرفته می‌شد، تا طبق هماهنگی تلفنی با وی دو ماه بعد از وقوع سکته مغزی، هنگام

تحریکات حسی (۵ گویه)، مراقبت‌های مربوط به بازتوانی در اختلالات ادراری و دفعی (۴ گویه)، مراقبت‌های پوستی (۲ گویه)، مراقبت‌های تنفسی (۴ گویه)، رعایت حریم خصوصی بیمار (۱ گویه)، مراقبت مربوط به پیشگیری از استرس و خشم بیمار (۱ گویه)، مراقبت مربوط به خواب و استراحت (۱ گویه).

جهت سنجش موارد بالا از گویه‌های دربرگیرنده مراقبت مربوط به مواردی نظیر راه‌های پیشگیری از درد شانه، تغییر وضعیت صحیح بیمار، ورزش‌های اندام مبتلا و سالم، تحریکات بینایی، موارد کمک‌کننده به برگشت حافظه، شناخت و قضاوت بیمار، نحوه برقراری ارتباط صحیح با بیمار، کنترل استرس بیمار، خواب و استراحت، بهداشت و آرایش بیمار، مراقبت‌های قبل، حین و بعد از دفع ادرار و مدفوع و مراقبت‌های مربوط به پیشگیری از مشکلات پوستی نظیر زخم بستر و پیشگیری از مشکلات تنفسی نظیر عفونت تنفسی، استفاده شد. برای مثال «وضعیت بدن بیمار را زمانی که قادر به حرکت نبوده و در بستر بود حداقل هر دو ساعت یک بار تغییر می‌دادم».

هر یک از گویه‌ها مقیاسی ۳ گزینه‌ای به صورت «همیشه»، «گاهی اوقات» و «هرگز» داشتند. امتیاز این پرسشنامه حداکثر ۸۴ و حداقل ۲۸ بوده. گزینه «همیشه» نمره ۳، «گاهی اوقات» نمره ۲ و «هرگز» نمره ۱ را به خود اختصاص می‌داد. کیفیت تبعیت از رژیم بازتوانی در ۳ حیطه تبعیت خوب، متوسط و ضعیف طبقه‌بندی شد. نمره ۶۶ تا ۸۴ تبعیت خوب، نمره ۴۷ تا ۶۵ تبعیت متوسط و نمره ۲۸ تا ۴۶ تبعیت ضعیف را نشان می‌داد. گزینه

اکثر بیماران در محدوده سنی ۶۱ تا ۶۹ سال قرار داشتند. ۵۵٪ آنان زن بودند. از نظر درجه ناتوانی پس از وقوع سکته مغزی، ۴۷٪ بیماران در درجه ۴ و ۵۳٪ در درجه ۵ معیار رانکین قرار داشتند. تمامی بیماران پس از وقوع سکته مغزی مبتلا به همی‌پلژی بودند و اختلال گفتاری، شناختی و ادراری-دفعی داشتند (جدول شماره ۲).

از نظر نمره کل کسب شده از پرسشنامه تبعیت از رژیم بازتوانی ۱۰٪ مراقبان در طبقه خوب، ۶۲/۲٪ در طبقه متوسط و ۲۷/۸٪ در طبقه ضعیف قرار گرفتند (جدول شماره ۳).

هر یک از گویه‌های پرسشنامه نیز به صورت جداگانه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت، به طوری که تمام گویه‌ها بر اساس درصد افرادی که به آن پاسخ «همیشه»، «گاهی اوقات» و «هرگز» داده بودند، بررسی شد. گویه‌هایی که بیش از ۵۰٪ نمونه‌ها به آن پاسخ هرگز دادند و نشان‌دهنده ضعف اکثر مراقبان در آن زمینه بود، در جدول شماره ۴ آمده است.

تجزیه و تحلیل آماری ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و تبعیت از رژیم بازتوانی نشان داد که بین سطح سواد و میزان تبعیت از رژیم بازتوانی ارتباط معناداری وجود دارد ( $p < 0.001$ ). به طوری که ۹۴٪ کسانی که امتیاز ضعیف را در نمره تبعیت از رژیم بازتوانی کسب کردند، سطح سواد کمی داشتند (جدول شماره ۵) همچنین بین سن مراقبان و نمره کل تبعیت از رژیم بازتوانی رابطه معناداری ( $p = 0.002$ ) وجود داشت به طوری که دو سوم کسانی در طبقه سنی ۲۲ تا ۴۰ سال بودند در طبقه خوب و هیچ یک در طبقه ضعیف قرار نگرفتند.

حضور آن‌ها در درمانگاه بیمارستان پرسشنامه دیگر پژوهش (پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی) تکمیل شود. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه بود. مدت زمان مصاحبه و تکمیل پرسشنامه حدود ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامید.

با توجه به این که حجم نمونه ۱۸۰ نفر تعیین شده بود، فرایند نمونه‌گیری تا اتمام این تعداد ادامه پیدا کرد، به طوری که ۲۵۴ نمونه وارد پژوهش شدند، از این تعداد ۴۳ نفر به علت فوت بیمار طی دو ماه پس ابتلا به سکته مغزی و ۳۱ نفر به علت عدم حضور در درمانگاه برای تکمیل پرسشنامه تبعیت از رژیم بازتوانی از مطالعه خارج شدند.

این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران تصویب شده و موارد اخلاقی آن مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین هدف مطالعه به افراد واجد شرایط توضیح و به آن‌ها اطمینان داده می‌شد که اطلاعات گردآوری شده محرمانه باقی‌مانده و نتایج فردی منتشر نخواهد شد. سپس افراد در صورت تمایل به شرکت در پژوهش فرم رضایت آگاهانه را امضا می‌نمودند.

## یافته‌ها

میانگین سن مراقبت‌کنندگان ۶۱/۱۹ ± ۱۲/۸۲ سال و متوسط تعداد روزهای مراقبت از بیمار ۵ روز در هفته بود. ۶۸/۳٪ مراقبان زن بودند. بیش از ۹۰٪ خانواده‌ها سطح درآمد متوسط و زیر متوسط داشتند. هیچ کدام از مراقبان طی زمان بستری بیمار در بیمارستان آموزش تخصصی در مورد مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی دریافت نکرده بودند (جدول شماره ۱).

**جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی مراقبان اصلی بیماران دچار سکته مغزی ترخیص شده از بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۹، در خانواده**

جمع	درصد	تعداد	متغیر	
			متغیر	تعداد
۱۸۰	۵۱/۱	۹۲	۲۲-۴۰	سن به سال
	۲۸/۹	۵۲	۴۱-۵۹	
	۲۰	۳۶	۶۰-۷۲	
۴۶/۱۹±۱۲/۸۲			میانگین و انحراف معیار	
۱۸۰	۶۸/۳	۱۲۳	زن	جنس
	۳۱/۷	۵۷	مرد	
۱۸۰	۳۰	۵۴	ابتدایی	میزان تحصیلات
	۲۱/۱	۳۸	راهنمایی و دوره اول دبیرستان	
	۲۸/۹	۵۲	دیپلم و فوق دیپلم	
	۲۰	۳۶	لیسانس و بالاتر	
۱۸۰	۳۹/۴	۷۱	همسر	نسبت با بیمار
	۶۰/۶	۱۰۹	فرزند	
۱۸۰	۳۶/۷	۶۶	۴ روز	تعداد روزهای مراقبت از بیمار در هفته
	۱۳/۹	۲۵	۵ روز	
	۰	۰	۶ روز	
	۴۹/۳	۸۹	۷ روز	
۱۸۰	۱۹/۵	۳۵	زیر متوسط	میزان درآمد خانواده
	۷۵	۱۳۵	متوسط	
	۵/۵	۱۰	بالای متوسط	
۱۸۰	۰	۰	بلی	دریافت آموزش تخصصی در مورد مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی
	۱۰۰	۱۸۰	خیر	

**جدول ۲- مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به سکته مغزی بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران، سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰**

جمع	درصد	تعداد	متغیر	
			متغیر	تعداد
۱۸۰	۸/۳	۱۵	۵۰-۵۹	سن به سال
	۵۳/۹	۹۷	۶۰-۶۹	
	۲۸/۹	۵۲	۷۰-۷۹	
	۸/۳	۱۵	بالای ۷۹ سال	
۶۷/۰۳±۸/۱۸			میانگین و انحراف معیار	
۱۸۰	۴۵	۸۱	مرد	جنس
	۵۵	۹۹	زن	
۱۸۰	۴۶/۶	۸۴	۴	درجه مقیاس رانکین
	۵۳/۴	۹۶	۵	
۱۸۰	۵۶/۱۱	۱۰۱	راست	ابتلا به همی‌پلژی
	۴۳/۸۸	۷۹	چپ	

**جدول ۳-** میزان تبعیت از رژیم بازتوانی بیماران مبتلا به سکته مغزی ترخیص شده از بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۹ توسط مراقب اصلی بیماران در خانواده

میانگین و انحراف معیار کلی امتیازات	درصد	تعداد	میزان تبعیت از رژیم بازتوانی
۵۲/۱۸ ± ۸/۷۶	۱۰	۱۸	خوب (۸۴-۶۶)
	۶۲/۲	۱۱۲	متوسط (۶۵-۴۷)
	۲۷/۸	۵۰	ضعیف (۴۶-۲۸)
	۱۰۰	۱۸۰	جمع

**جدول ۴-** گویه‌هایی که بیش از ۵۰٪ مراقبان بیماران مبتلا به سکته مغزی ترخیص شده از بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران در طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۹

درصد	تعداد پاسخ‌های هرگز	گویه
۶۱/۷	۱۱۱	روزی ۳ تا ۵ بار ورزش‌های دامنه حرکتی مربوط به اندام مبتلای بیمار را انجام می‌دادم.
۸۲/۲	۱۴۸	بیمار را تشویق می‌کردم که با سمت سالم بدنش (دست و پای سالم) اندام مبتلای خود را حرکت و ورزش دهد.
۶۱/۷	۱۱۱	جهت جلوگیری از مشکلات شانه بیمار، زمانی که بیمار دراز کشیده بود بالش زیر بغل او قرار می‌دادم.
۵۵/۵۵	۱۰۰	وضعیت بدن بیمار را زمانی که قادر به حرکت نبوده و در بستر بود، حداقل هر دو ساعت یک بار تغییر می‌دادم.
۹۰/۶	۱۶۳	بیمار را روزانه چند بار و هر بار به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه در وضعیت دمر (به روی شکم) می‌خواباندم.
۷۵	۱۳۵	بیمار را روزانه به زمان، مکان و اشخاص آشنا می‌کردم.
۷۵	۱۳۵	وسایل و اشیای آشنا و مورد علاقه بیمار مانند عکس‌های خانوادگی را در اختیار بیمار می‌گذاشتم.
۵۰/۵۵	۹۱	وسایلی مانند تلویزیون، ساعت و تقویم را در سمت سالم بینایی بیمار قرار می‌دادم.
۶۳	۱۱۳	روزانه کل بدن بیمار از نظر قرمزی و زخم بررسی می‌کردم.
۶۵	۱۱۷	در صورت فقدان قرمزی در پوست، روزانه پوست بدن بیمار را ماساژ می‌دادم.
۷۸/۹	۱۴۲	روزانه بیمار را برای پیشگیری از عفونت تنفسی، تشویق به انجام سرفه‌های ارادی می‌کردم.
۹۲/۲	۱۶۶	بیمار را تشویق به انجام تنفس لب غنچه‌ای (تنفس با دم و بازدم عمیق با حالتی که لب‌ها حالتی مانند سوت زدن دارد) روزانه چهار بار و هر دفعه ده بار می‌کردم.
۸۲/۲	۱۴۸	در صورت خشکی هوای اتاق بیمار، از بخور جهت ایجاد رطوبت و بهبود وضعیت تنفسی بیمار استفاده می‌کردم.

**جدول ۵-** ارتباط بین سطح سواد مراقبان اصلی بیماران دچار سکته مغزی ترخیص شده از بیمارستان امام خمینی (ره) تهران و طبقه کسب شده در تبعیت از رژیم بازتوانی در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۰

نتیجه آزمون Chi-square	خوب		متوسط		ضعیف		طبقه تبعیت از رژیم بازتوانی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p < 0.001$	۰	۰	۱۲/۵	۱۴	۸۰	۴۰	سطح سواد مراقبان اصلی بیمار ابتدایی
	۰	۰	۲۷/۶۷	۳۱	۱۴	۷	راهنمایی یا دوره اول دبیرستان
	۴۴/۴۴	۸	۳۶/۶۰	۴۱	۶	۳	دیپلم و فوق دیپلم
	۵۵/۵۵	۱۰	۲۳/۲۱	۲۶	۰	۰	لیسانس و بالاتر
	۱۰۰	۱۸	۱۰۰	۱۱۲	۱۰۰	۵۰	جمع

### بحث و نتیجه‌گیری

در مورد ویژگی‌های مراقب اصلی بیماران در خانواده، اکثر آن‌ها بین سنین ۲۲ تا ۴۰ سال داشتند با جنسیت زن، فرزند بیمار، فاقد تحصیلات دانشگاهی و بدون دریافت آموزش تخصصی در مورد مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی بودند. همچنین میزان درآمد خانواده‌ها متوسط بود. در مطالعه‌ای که Oupra و همکاران با عنوان «بررسی تأثیر برنامه‌های حمایتی-آموزشی بر فشار تحمل شده خانواده و بیماران مبتلا به سکته مغزی» انجام دادند، اکثر مراقبان زن، فرزند بیمار و فاقد تحصیلات دانشگاهی بودند (۱) که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

از نظر ویژگی‌های بیماران مبتلا به سکته مغزی، اکثر بیماران بین ۶۱ تا ۷۰ سال سن داشتند و زن بودند. همچنین براساس مقیاس رانکین در درجه ۵ قرار داشتند. انجمن ملی سکته مغزی آمریکا در سال ۲۰۱۱، سن وقوع سکته مغزی در سه چهارم افراد را ۶۵ سال ذکر کرده است که با میانگین سن بیماران در این پژوهش هماهنگی دارد. همچنین این انجمن

و بسیاری از متون جنسیت مرد را از عوامل خطر سکته مغزی دانسته و شیوع بیشتر این بیماری در مردان را ذکر کرده‌اند (۱۲)، این در حالی است که در مطالعه حاضر تعداد زنان مبتلا به سکته مغزی اندکی بیشتر از مردان بوده است. Appelros و همکاران در مطالعه‌ای که با عنوان «تفاوت جنسیت در اپیدمیولوژی سکته مغزی» انجام دادند، طی یک مرور سیستماتیک بر ۹۸ مطالعه از کشورهای مختلف، نتیجه گرفتند که شیوع سکته مغزی در مردان بیشتر از زنان است؛ اما بیماری با شدت و عوارض بیشتری در زنان نسبت به مردان رخ می‌دهد (۱۳). با توجه به این که مطالعه حاضر در مورد بیماران سکته مغزی با درجه رانکین ۴ و ۵ بوده است، بیشتر بودن زنان نسبت به مردان با نتایج مطالعه بالا همخوانی دارد.

نتایج مطالعه حاکی از آن است که ۹۰٪ مراقبان در طبقه متوسط و ضعیف تبعیت از رژیم بازتوانی قرار داشته‌اند. در یک کارآزمایی بالینی که Shyu و همکاران با عنوان «برنامه ترخیص خانواده محور برای بیمار مبتلا به سکته مغزی و خانواده آن‌ها» انجام دادند،

به علت عدم تبعیت از رژیم بازتوانی در این موارد رخ می‌دهد. طبق مطالعه‌ای که Sackley و همکاران در مورد عوارض ایجاد شده در بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام دادند، اختلالاتی نظیر مشکلات حرکتی، درد (به خصوص درد شانه)، اختلالات شناختی، افسردگی، زخم بستر، پنومونی ناشی از آسپیراسیون و عفونت تنفسی را شایع‌ترین عوارض به دنبال وقوع سکته مغزی ذکر کردند (۱۶). با توجه به مطلب بالا از کادر درمان خصوصاً پرستاران انتظار می‌رود در برنامه‌های ترخیص و آموزش خانواده‌ها تأکید بیشتری بر بازتوانی حرکتی، شناختی و احساسی، مراقبت‌های پوستی و تنفسی داشته باشند، چرا که اکثر ضعف خانواده‌ها و عوارض پس از ابتلا به سکته مغزی در این زمینه رخ می‌دهد.

بر اساس نتایج کسب شده از این مطالعه، بین سطح سواد مراقبان و نمره تبعیت از رژیم بازتوانی رابطه معناداری وجود داشت. با توجه به این که در ایران تعدادی از مراقبان بیماران مبتلا به سکته مغزی همسران بیماران می‌باشند که معمولاً در سن بالا و سطح سواد پایین هستند، از پرستاران انتظار می‌رود تا توجه بیشتری به آموزش براساس سطح درک و نیاز این مراقبان داشته باشند.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که تنها تعداد کمی از خانواده‌ها از نظر مالی در سطح بالای متوسط بوده‌اند، طبق مطالعه دالوندی و همکاران نیز بسیاری از خانواده‌های بیماران مبتلا به سکته مغزی در ایران از کمبود منابع مالی رنج می‌برند و

خانواده بیماران در گروه آزمون آموزش بازتوانی جسمی، روحی و شناختی را دریافت می‌کردند، پس از ۱۲ ماه پیگیری نتایج حاکی از آن بود که تبعیت از برنامه‌های بازتوانی در خانواده بیماران در گروه آزمون بسیار بهتر از گروه شاهد بوده و گروه شاهد که تنها برنامه معمول بیمارستان را دریافت می‌کردند در تبعیت از برنامه‌های بازتوانی جسمی، روحی و شناختی ضعیف بوده‌اند که نتایج حاصل از گروه شاهد هم راستا با مطالعه حاضر است (۱۴). جابری پژوهشی با عنوان «تعیین تأثیر آموزش مراقبت در منزل بر آگاهی و به کارگیری آن توسط مراقبان مبتلا به سکته مغزی» انجام داد. این مطالعه یک گروهی بوده و آگاهی و به‌کارگیری برنامه‌های مراقبتی بازتوانی توسط خانواده بیماران قبل از انجام مداخله آموزش بازتوانی و دوماه پس از مداخله سنجیده شد. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که خانواده‌ها قبل از دریافت برنامه‌های آموزشی در به‌کارگیری برنامه‌های بازتوانی ضعیف بوده‌اند (۱۵) که نتایج قبل از مداخله با پژوهش کنونی هم‌خوانی دارد.

نمره حاصل از گویه‌های تبعیت از رژیم بازتوانی به تفکیک، نشانگر این مطلب بوده است که مراقبان در نحوه مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی در زمینه‌های بازتوانی نقایص حرکتی، شناختی و احساسی، پیشگیری از اختلالات پوستی و تنفسی ضعیف بوده‌اند. نکته قابل توجه در تجزیه و تحلیل گویه‌ها این است که ضعف خانواده‌ها در زمینه‌هایی بوده که طبق مطالعات انجام شده، بیشترین عوارض ایجاد شده در بیماران مبتلا به سکته مغزی نیز

که بیشترین زمان را با بیمار و خانواده وی سپری می‌کنند و ارایه برنامه‌های آموزشی و حمایت روحی و روانی خانواده‌ها بسیار ضروری و حیاتی است.

با توجه به این که نتایج این مطالعه شناخت جدیدی را نسبت به ضعف در تبعیت از رژیم بازتوانی توسط خانواده‌ها به تصویر کشیده است، بنابراین کادر درمان خصوصاً پرستاران می‌توانند با استفاده از نتایج این طرح، کیفیت و تداوم مراقبت را در این زمینه افزایش دهند. همچنین توصیه می‌شود جهت تبعیت بیشتر از رژیم بازتوانی توجهات لازم و آگاهی کافی توسط پرستاران به مراقبان داده شود. علاوه بر این برنامه‌ریزی جهت توانمندسازی در سطح کلان از طرف مسؤولان وزارت بهداشت پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه تحت عنوان «بررسی تأثیر به‌کارگیری برنامه مراقبتی خانواده محور بر تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به سکته مغزی» در مقطع کارشناس ارشد پرستاری در سال ۱۳۹۰ و کد ۱۳۱۶۹ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است، بدین‌وسیله از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران، مسؤولان محترم بیمارستان امام خمینی و تمام خانواده‌هایی که در اجرای این طرح ما را یاری فرمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

برایشان مقدور نیست تا به مراکز خصوصی بازتوانی مراجعه نمایند و یا هزینه فردی به عنوان پرستار در منزل را تقبل کنند (۸). با توجه به این که این بیماران خدمات اصلی و عمده خود را از بیمارستان‌های دولتی دریافت می‌کنند، لزوم ارایه برنامه ترخیص و پیگیری مراقبت خانواده‌ها از سوی پرستاران احساس می‌شود. در مطالعه‌ای که Mendis با عنوان «پیشگیری و مراقبت از سکته مغزی در کشورهای با درآمد متوسط و پایین» انجام داد در نتایج خود ذکر کرد که در مناطق با درآمد پایین پرستاران می‌بایست آگاهی خود در زمینه تجارب و نیازهای بالقوه خانواده بیماران را افزایش دهند و با ارایه برنامه‌های آموزشی مبتنی بر خانواده در بهبود جنبه‌های مراقبت از بیمار نقش مؤثرتری داشته باشند (۱۷).

طبق مطالعاتی که در ایران و سایر کشورها انجام یافته است، ضمن تأکید بر وجود ضعف مراقبتی در خانواده‌های بیماران مبتلا به سکته مغزی و عدم تبعیت از برنامه‌های بازتوانی توسط آن‌ها، علت اصلی ضعف در مراقبت را نبود حمایت اجتماعی از خانواده‌ها، عدم دریافت اطلاعات کافی در مورد بیماری و مراقبت از آن، نبود برنامه‌های بازتوانی و ترخیص از سوی کادر درمان و هزینه‌های بالای مراکز خصوصی ذکر کرده‌اند (۱۸ و ۱۹). لذا درک و شناسایی نیازهای آموزشی و مراقبتی خانواده‌های بیماران مبتلا به سکته مغزی از سوی کادر درمان به ویژه پرستاران

### منابع

1 - Oupra R, Griffiths R, Pryor J, Mott S. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. Health Soc Care Community. 2010 Jan; 18(1): 10-20.

- 2 - Salman Roghani R, Tabatabaei SS, Hoseini SG, Maleki S. Acute Stroke Epidemiology in Iran, Poster Presentation in Stroke Rehab Symposium, Denmark, 2006.
- 3 - Black JM, Hawks JH. Medical-Surgical nursing: Clinical management for positive outcomes. 8th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009. P. 1843-1853.
- 4 - Smeltzer SC, Bare B, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. P. 1896-1910.
- 5 - Schure LM, van den Heuvel ET, Stewart RE, Sanderman R, de Witte LP, Meyboom-de Jong B. Beyond stroke: description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Educ Couns*. 2006 Jul; 62(1): 46-55.
- 6 - Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Cote R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002 Aug; 83(8): 1035-42.
- 7 - Cameron JI, Gignac MA. "Timing It Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Educ Couns*. 2008 Mar; 70(3): 305-14.
- 8 - Dalvandi A, Heikkila K, Maddah SS, Khankeh HR, Ekman SL. Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors. *Int Nurs Rev*. 2010 Jun; 57(2): 247-53.
- 9 - Jorstad ML. Perceived life changes and feelings of depression in caregivers of persons with stroke. Master of Science in Nursing, Medical College of Ohio, 2004.
- 10 - Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosefi E. [Relationship between quality of life and social support in stroke patients]. *Iran Journal of Nursing*. 2009; 22(59): 23-32. (Persian)
- 11 - Walhlang NG. Stroke Scales. In: Ginsberg M, Bogousslavsky J. *Cerebrovascular Disease: Pathophysiology, Diagnosis and Management*. 2-Volume Set. Boston: Wiley-Blackwell; 1998. P. 1215.
- 12 - American stroke association. Available at: [http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/ForFamilyCaregivers/For-Family-Caregivers\\_UCM\\_308560\\_SubHomePage.jsp](http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/ForFamilyCaregivers/For-Family-Caregivers_UCM_308560_SubHomePage.jsp). Accessed Dec 21, 2011.
- 13 - Appelros P, Stegmayr B, Terent A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke*. 2009 Apr; 40(4): 1082-90.
- 14 - Shyu YI, Chen MC, Chen ST, Wang HP, Shao JH. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *J Clin Nurs*. 2008 Sep; 17(18): 2497-508.
- 15 - Jaber R. [Effect of home care teaching to knowing and adherence by stroke caregivers in Tehran University of medical science hospital]. Master Thesis of Tehran University of Medical Science, 2001. P. 40-55. (Persian)
- 16 - Sackley C, Brittle N, Patel S, Ellins J, Scott M, Wright C, Dewey ME. The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke*. 2008 Dec; 39(12): 3329-34.
- 17 - Mendis S. Prevention and care of stroke in low- and middle-income countries; the need for a public health perspective. *Int J Stroke*. 2010 Apr; 5(2): 86-91.
- 18 - Hartke RJ, King RB. Analysis of problem types and difficulty among older stroke caregivers. *Top Stroke Rehabil*. 2002 Spring; 9(1): 16-33.
- 19 - Mitchell K. Assessment of stroke survivors: assisting families of stroke survivors on acute rehabilitation units. *Top Stroke Rehabil*. 2009 Nov-Dec; 16(6): 420-4.

# Adherence of Family Caregivers of Patients with Stroke to Rehabilitation Regimen

Nahid Dehghan Nayeri\* (Ph.D) - Sepideh Mohammadi\*\* (MSc.) - Shadan Pedram Razi\*\*\* (MSc.)  
- Anooshirvan Kazemnejad\*\*\*\* (Ph.D).

## Abstract

Received: Dec. 2011  
Accepted: Mar. 2012

**Background & Objective:** Due to physical and mental complications, stroke causes disability in self-care and adherence to rehabilitation in patients. The purpose of this study was to assess the adherence to rehabilitation regimen in family caregivers of patients with stroke.

**Methods & Materials:** In this cross-sectional study, 180 family caregivers of patients with stroke were recruited to the study using convenience sampling method. The participants were asked to complete demographic sheet and the Adherence-of-Therapeutic-Regime Questionnaires during two months of stroke. Data were statistically analyzed using descriptive and inferential tests in the SPSS-16.

**Results:** Findings indicated that only about 10% of caregivers were in good levels of adherence to the rehabilitation regimen; and about 25% of them were weak. The weaknesses of the adherence were related to rehabilitation of motion, cognitive and emotional deficiencies, and also prevention of respiratory and skin disorders.

**Conclusion:** According to the study, a small number of family caregivers were in appropriate level for adherence to the rehabilitation regimen. The nurses should be able to empower the family caregivers to decrease physical and psychological disorders related to stroke in patients.

Corresponding author:  
Sepideh Mohammadi  
e-mail:  
sepidmohamadi@yahoo.  
com

**Key words:** stroke, family caregiver, rehabilitation regimen

\* Dept. of Nursing Management, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\* MSc. in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Ph.D Candidate, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

\*\*\* Dept. of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\*\*\* Dept. of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran