

تأثیر خود مراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان سکنه مغزی

حمید مؤمنی¹، اشرف صالحی¹، ابوالفضل سراجی¹، سعید فروغی²

1- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک

2- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری الیگودرز، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره یازدهم / شماره 4 / زمستان 88 / مسلسل 42

چکیده

دریافت مقاله: 88/5/5، پذیرش مقاله: 88/6/31

Ø مقدمه: یکی از اختلالات نورولوژیکی که عملکرد قسمتی از بدن و درک فیزیکی از وضعیت بدن را تغییر می دهد؛ سکنه مغزی است. از آنجا که بر اساس آمارهای رایج سکنه مغزی در جایگاه سوم علل طبی مرگ در کشورهای پیشرفته است از اهمیت به سزایی برخوردار است. خودمراقبتی یکی از ابعاد بازتوانی مبتلایان سکنه مغزی محسوب می شود. با حمایت پرستار از خودمراقبتی و انجام آن توسط بیمار، وی کنترل خود را دوباره به دست آورده و احساس ارزش نفس می نماید.

Ø مواد و روش ها: این مطالعه بر روی 42 بیمار مبتلا به سکنه مغزی انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد اختصاصی سنجش کیفیت زندگی پس از سکنه مغزی بود. در ابتدا شاخص کیفیت زندگی در هر دو گروه مطالعه و شاهد اندازه گیری شد، سپس در گروه مطالعه برنامه خود مراقبتی آموزش داده شده به مدت 5 هفته اجرا شد. در پایان 5 هفته مجدداً شاخص کیفیت زندگی در هر دو گروه سنجیده و مقایسه گردید.

Ø یافته ها: تفاوت آماری معنی داری بین کیفیت زندگی قبل و پس از انجام خود مراقبتی در گروه مورد مشاهده شد ($p<0/001$). همچنین تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی بیمارانی که خود مراقبتی نشده بودند با گروه مورد مشاهده شد ($p<0/001$). بین میانگین امتیازات قبل از انجام خود مراقبتی تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت ($p=0/421$).

Ø بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل و پس از انجام خود مراقبتی پس از بیماری سکنه مغزی، با هم تفاوت داشت. با آموزش برنامه های خود مراقبتی توسط پرستاران در بیمارستان و منزل تحت عنوان پرستار بهداشت جامعه، می توان گام مهمی در جهت ارتقاء سلامت بیماران برداشت.

Ø واژه های کلیدی: خودمراقبتی، سکنه مغزی، کیفیت زندگی

مقدمه

یکی از اختلالات نورولوژیکی که عملکرد قسمتی از بدن و درک فیزیکی از وضعیت بدن را تغییر می دهد؛ سکته مغزی است. از آنجا که بر اساس آمارهای رایج سکته مغزی در جایگاه سوم علل طبی مرگ در کشورهای پیشرفته است از اهمیت به سزایی برخوردار است (1).

در این راستا هیکی¹ می نویسد: سکته مغزی در ایالات متحده پس از بیماری عروق کرونر قلب و سرطان، سومین عامل مرگ در بالغین به شمار می رود و حدود سه میلیون نفر به آن مبتلا هستند. به طوری که آمار نشان می دهد حدود 1,500,000 مورد از آن کشنده می باشد و هزینه سالیانه مراقبت حاد و طولانی مدت آن حدود سی بلیون دلار می باشد (2). نتایج مطالعات نشان می دهد که با گذشت زمان، مشکلات و نتایج حاصل از بیماری دچار تغییر می گردد به نحوی که تقریباً 30% افراد مبتلا پس از سه هفته فوت می نمایند، 30% بهبودی کامل یافته و در 40% ناتوانی باقی خواهد ماند (3).

مطالعات نشان می دهد که یکی از عوارض سکته مغزی فلج و ناتوانی می باشد. در تأیید فهی² می نویسد؛ سکته مغزی یکی از علل معلولیت در ایالات متحده است (4). آمار نشان می دهد که حدود 25% از معلولیتهایی که به ناتوانی در رفع نیازها و فعالیتهای روزمره زندگی منجر می شود؛ به سکته مغزی اختصاص دارد (5).

در مطالعه انجام شده توسط مالت و اوگلند⁴، 70 نفر بیمار دچار اختلالاتی همچون صدمه مغزی، سوختگی و... در دو گروه، مورد بررسی قرار گرفتند، که 23% از بیماران دچار اختلال کمتر و 44% از بیماران دچار اختلال بیشتر، در طی زندگیشان مشکلات روانی را بروز دادند. همچنین در مطالعه ویلیامز و گریفتر⁵ 30% افراد قبل از ترخیص، 30% در هنگام

ترخیص و 4% شش ماه پس از ترخیص (مجموعاً 64%) مشکلات روانی را بروز دادند (6).

بیماران مبتلا به سکته مغزی پس از وقوع بیماری دچار افسردگی می گردند، ارتباط زیادی بین افسردگی پس از سکته مغزی و نقص عملکرد فیزیکی مثل (فعالیت های روزانه زندگی) وجود دارد. بعضی مطالعات نشان می دهند افسردگی ممکن است اثر منفی بر بهبودی فیزیکی پس از سکته مغزی داشته باشد (7). بعضی از بیماران، خانه، خانواده و تماس با اجتماع را فراموش کرده و ممکن است دچار احساس سردرگمی زندگی شوند. همچنین در مقابل برنامه های بازتوانی مقاومت می کنند و احساس بی ارزش بودن را بیان می نمایند (8). مددجویانی که دچار سکته مغزی شده اند، هر روز نسبت به نقصهای حرکتی و ارتباطی که به دلیل بیماری ایجاد شده، آگاه می گردند. در نتیجه نه تنها تغییرات اخیر بدن در تصویر ذهنی مددجو تأثیر گذارده بلکه ترس از ناتوانی یا فقدان ارتباط که نتیجه نهایی سکته مغزی است هم ایجاد می گردد (9). علاوه بر این معلولیت ایجاد شده باعث اشکال در انجام وظایف روزانه زندگی و خودمراقبتی⁶، کار و فعالیتهای اوقات فراغت، عقب افتادگی یا محدودیتهای اجتماعی یا محدودیت در ایفای نقش اجتماعی می گردد (10).

بنا براین جهت مراقبت، درمان و بازگشت بیمار به وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی باید تلاش نمود و در بهبود کیفیت زندگی این بیماران کوشید (11). طی بیست سال گذشته تحقیقات بالینی فراوانی روی کیفیت زندگی انجام شده است که هدف همه این پژوهشها تشخیص تفاوت های موجود

1. Hickey

2. Fahy

3. Disability

4. Malt & Ugland

5. Williams & Griffiths

6. Self care

نماید، احساس کنترل بیماری مزمن و تغییرات بدنی متعاقب آن در وی ایجاد می شود (17).

مواد و روشها

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی است که در آن تأثیر خودمراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سکته مغزی بررسی شده است. جامعه پژوهش را همه مبتلایان به سکته مغزی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) بین فروردین ماه تا شهریورماه 1385 تشکیل داده است. مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارتند از: ابتلاء به سکته مغزی برای اولین بار، معلولیت درجه 2-4 طبق جدول اورم، سن بالای 30 سال، قدرت عضلانی 2-4 در سمت ضایعه طبق تست دستی عضلانی⁴، داشتن تمایل جهت آموزش و اجرای خودمراقبتی، عدم ابتلا به بیماری عصبی دیگر و بیماری روانی، نداشتن کاهش سطح هوشیاری، عدم سابقه دریافت آموزش رسمی خودمراقبتی به علت سایر بیماریها و مشکلات شنوایی و بینایی واضح و یا ندانستن زبان فارسی.

حجم نمونه برای هر گروه 21 نفر در نظر گرفته شد. واحدهای مورد پژوهش به روش آسان انتخاب سپس به طور تصادفی در دو گروه مساوی مطالعه و شاهد قرار گرفتند. به دلیل اینکه واحدهای مورد پژوهش دو گروه با هم تماسی نداشته باشند و این عامل بر نتایج تحقیق تأثیر نداشته باشد؛ ابتدا واحدهای مورد پژوهش گروه مطالعه انتخاب شده و پس از تکمیل تعداد نمونه؛ گروه شاهد انتخاب گردید و تا رسیدن حجم نمونه به تعداد مورد نظر ادامه یافت. ابزار گرد آوری داده

بین بیماران، پیش بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی بوده است.

فربرگ و همکاران کیفیت زندگی را، آن دسته از خصوصیات تعریف می کنند که برای بیمار ارزشمند بوده و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی او است، به طوریکه فرد بتواند توانائی هایش را در فعالیتهای با ارزش زندگی حفظ کند (12). ارزیابی کیفیت زندگی کمک می کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی تری مورد توجه قرار گرفته و روشهای درمانی مورد تجدید نظر قرار گیرند (13). برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی از روشهای متفاوتی می توان استفاده نمود که یکی از رایجترین آنها انجام بازتوانی است. خودمراقبتی یکی از ابعاد بازتوانی¹ مبتلایان به سکته مغزی محسوب می شود (14). خودمراقبتی بر اساس بررسی مهارتها و نقصهای حرکتی بیمار و مسائل درکی - حسی و شناختی وی برنامه ریزی می گردد. این امر به بیمار کمک می کند مهارتهای از دست رفته را باز آموزد و نقصهای موقتی یا دائمی را جبران نماید. هر مهارتی که به بیمار آموزش داده می شود، وی با حمایت و تشویق پرستار آن را انجام می دهد (15). بیمار جهت رفع وابستگی در مراقبت از خود تشویق می گردد و اگر در تعاملات اجتماعی مستقل گردد، درک مثبت از خود تقویت می شود (16).

با حمایت پرستار از خودمراقبتی و انجام آن توسط بیمار، وی کنترل خود را دوباره بدست آورده و احساس ارزش نفس می نماید. به زودی بیمار به قسمتهای درگیر بدن خود نگاه می کند، آنها را لمس می نماید و به آنها دست می زند و کم کم فرایند تطابق² آغاز می گردد. مشارکت مددجو³ در برنامه مراقبت از خود با اهداف کوتاه مدت و بلند مدت مهم می باشد. وقتی مددجو بتواند خودمراقبتی را درک نماید و در آن شرکت

1. Rehabilitation
2. Adaptation
3. Client
4. Muscle Manual Test (MMT)
5. Stroke Specific Quality of Life Scale

ها پرسشنامه استاندارد اختصاصی سنجش کیفیت زندگی پس از سکنه مغزی (SS-QOL)⁵ بود (18) که در قسمت اول خصوصیات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش و در قسمت دوم 79 سؤال مربوط به بررسی کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی در رابطه با موارد ذیل وجود داشت: انرژی (دارای 4 سؤال و نمره دهی گروه 3)، نقش خانوادگی (دارای 8 سؤال و نمره دهی گروه 1-2-3)، زبان (دارای 7 سؤال و نمره دهی گروه 2)، تحرک (دارای 12 سؤال و نمره دهی گروه 2-1)، خلق (دارای 8 سؤال و نمره دهی گروه 3)، شخصیت (دارای 4 سؤال و نمره دهی گروه 3)، خودمراقبتی (دارای 8 سؤال و نمره دهی گروه 2-1)، نقش اجتماعی (دارای 7 سؤال و نمره دهی گروه 3-2)، تفکر (دارای 4 سؤال و نمره دهی گروه 3)، عملکرد دستها (دارای 9 سؤال و نمره دهی گروه 2-1)، بینایی (دارای 4 سؤال و نمره دهی گروه 2)، کار و فعالیت (دارای 3 سؤال و نمره دهی گروه 2).

در بدو ورود به مطالعه کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه به وسیله پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. پس از کسب مجوز بلامانع بودن انجام فعالیت مذکور توسط کمیته اخلاق، طرح خود مراقبتی بر اساس یک پروتکل آموزشی شامل یک سری آموزشهای نظری و عملی درخصوص بیماری (تعریف، علایم و بروز)، نحوه پیشگیری از عوارض و ریسک فاکتورها و همچنین آموزش اقداماتی مثل طریقه لباس پوشیدن، استحمام، غذا خوردن، فعالیت و استراحت و دفع مواد؛ به طور انفرادی و روش چهره به چهره، در سه جلسه که هر جلسه به مدت 20 دقیقه برنامه ریزی گردیده ولی بر اساس نیاز بیماران گاهی تا 60 دقیقه هم به طول می انجامید و به فاصله دو روز آموزش داده شد. پس از انجام مراحل آموزش که به صورت شفاهی و انجام عملی تکنیکها صورت گرفت و با انجام تکنیکها در حضور پژوهشگر و کسب اطمینان از این که

واحدهای مورد پژوهش قادر به انجام آنها به تنهایی می باشند؛ جهت ایجاد اطمینان خاطر در ایشان از این که مورد حمایت پژوهشگر خواهند بود از آنها خواسته شد اگر در طی این 5 هفته در انجام تکنیکها و موارد آموزش داده شده دچار مشکل شدند و یا سئوالی در این خصوص داشتند با پژوهشگر تماس بگیرند. علاوه بر این پژوهشگر هریک هفته یکبار با واحدهای مورد پژوهش تماس تلفنی داشت. همچنین کتابچه آموزشی در اختیار آنها قرار گرفت.

در گروه شاهد پس از اخذ بلامانع بودن انجام فیزیوتراپی هیچ مداخله ای از طرف پژوهشگر صورت نگرفت و فقط خدمات معمول فیزیوتراپی را دریافت نمودند.

پس از گذشت 5 هفته مجدداً کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش دو گروه توسط همان پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. اطلاعات بدست آمده در جدول های توزیع فراوانی جمع آوری و نمودارهای لازم ترسیم شد. جهت مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از انجام خودمراقبتی در گروه مطالعه و قبل و پس از گذشت 5 هفته در گروه شاهد از آزمون ویل کاکسون و جهت مقایسه اختلاف میانگین امتیاز کیفیت زندگی دو گروه در دو مرحله، از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته ها

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش در دو گروه در دسته 70-61 سال قرار داشتند. 16% واحدهای مورد پژوهش زن و 84% مرد بودند. در میان مشاغل مختلف، کشاورزان آمار بالاتری (38%) را به خود اختصاص داده بودند. 48% واحدهای مورد پژوهش بیسواد، 40% ابتدایی، 12% تحصیلات راهنمایی داشتند. 48% واحدهای مورد پژوهش گروه مطالعه و 42% گروه شاهد روستایی و 52% گروه مطالعه و 58% گروه شاهد شهری بودند. 84% گروه مطالعه و

که آزمون ویل کاکسون با $Z = -4/86$ و $p < 0/001$ اختلاف آماری معنی داری را نشان داد (جدول 1).

میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل از 5 هفته در گروه شاهد $123/584 \pm 3/42$ و پس از 5 هفته $162/346 \pm 2/34$ بود، که آزمون ویل کاکسون با $Z = -0/54$ و $p = 0/593$ اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد (جدول 2).

اختلاف میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از 5 هفته در دو گروه 50/8 بود که با تی مستقل برابر 2/65 و $p < 0/001$ اختلاف آماری معنی دار بود (جدول 3).

جدول شماره 2- مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از 5 هفته در گروه شاهد.

مرحله		قبل از 5 هفته		پس از 5 هفته		آزمون ویل کاکسون
امتیاز کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	Z	P
گروه شاهد	123/584	3/42	162/346	2/34	-0/54	0/593

و نتیجه گیری

سلامتی دارای ابعاد متعددی است که هر کدام از ابعاد آن

بهداشتی شده و همچنین مشکلات و مداخلات بهداشتی

کیفیت زندگی مؤثر است (19).

بهداشتی شده و همچنین مشکلات و مداخلات بهداشتی بر کیفیت زندگی مؤثر است (19).

سلامتی دارای ابعاد متعددی است که هر کدام از ابعاد آن می تواند بر کیفیت زندگی مؤثر باشد. انسانها از آن رو به سلامتی اهمیت می دهند که بر روند زندگی و آسایش آنها تأثیر می گذارد. از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی نیز دارای رابطه دو طرفه می باشند به طوریکه مشکلات اجتماعی که روی کیفیت زندگی اثر می گذارند می توانند موجب مشکلات

همکاران در آلبانی (2000) طی تحقیقی تأثیر بازتوانی را بر وضعیت خلقی بیماران دچار ضایعات مغزی بسیار مثبت تلقی نمودند (21). همچنین استیرنز و همکاران در واشنگتن (2000) تأثیر خودمراقبتی را بر سبک زندگی و سازش عملکردی افراد بسیار مهم توصیف نمودند (22).

در زمینه وضعیت تحصیلی، درصد بالایی از مبتلایان بیسواد یا در حد ابتدایی می باشند و رابطه معنی داری بین

کیفیت زندگی و سطح سواد وجود نداشت. همچنین رابطه بین کیفیت زندگی با وضعیت اشتغال معنی دار نبود (آزمون کای دو) که این موضوع ممکنست مربوط به تعداد کم نمونه مورد پژوهش باشد. زیرا ریموند و همکاران در پژوهشی تحلیلی دریافتند که بین کیفیت زندگی پائین و کهولت سن، بیکاری و درآمد پائین رابطه معنی داری وجود دارد (23).

References

1. Goldman L, and Bennett C, Cecil Text Book of Medicine, 21 edi., Philadelphia, W. B. Saunders Com., 2000, p: 2092.
2. Black G. M. , Hawks J. H. and Keene A. M. , Medical-Surgical Nursing, W. B. Saunders Com., 2001, P: 1972.
3. Hicky J. , The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing, 4 th edi. , Philadelphia, Lippincott Com., 1997, P: 543.
4. Fahy C. and Fisher M. , Privention of Ischemic Stroke, London, Martin Duntiz Ltd Com. , 2000, PP: 1& 2.
5. Smeltzer S. and Bare B. , Brunner & Sudarth's Medical-Surgical Nursing, 9 th edi. , Philadelphia, Lippincott Com. , 2000, P: 123.
6. Newell R. , Body Image and Disfigurment Care, London, Routiedge Com., 2000, P: 96.
7. Sadock B. and et al. Comperhensive TextBook of Psychiatry Kaplan & Sadock. philadelphia, Lippincott Com, 2000, P: 246.
8. Potter P. and Perry A. G., Fundamental of Nursing, 4 th edi., St. Lois, Mosby Com., 2001, P: 549.
9. Ignatavicus D. and et. Al., Medical-Surgical Nursing Acriss the Health Care Continuum, Philadelphia, W. B. Suanders Com., 1999, P: 149.
10. Thelan L. and et. al., Critical Care Nursing; Diagnosis and Management, 3 th edi., St. Louis, Mosby Com., 1998, P: 810.
11. Kozier B. and et. al., Fundamental of Nursing; Concept, Process and Practice, 6 th edi., Uppersaddle River, Newjersey, Prentic-Hall Com., 2000, P: 909.
12. Ferburg K. , Gerontological Rehabilitation Nursing, Philadelphia, W. B. Saunders Com., 1999, PP: 199-200.
13. Anonymous H. , Mind Matters: Bothered by Body Image, Health News, Toronto, Vol. 17, Issue1, Feb/Mar 1999, P: 6.
14. Cater L. and Gosgarea M. A., Basic Geriatric Nursing, London, Mosby Com. , 1999, p: 270.
15. Tomey M. A. , and Alligood M. R., Nursing Theorists and Their Worke, 4 th edi., St. Louis, Mosby Com., 1998, P: 179.
16. Ignatavicus D. , and et. al. , Medical-Surgical Nursing Across the health care continuum, Philadelphia, W. B. Suanders Com. , 1999, P: 149.
17. Lubkin I. M, Chronic Illness Impagt and Intervention, 3th edi. Boston, Jones & Bartlett Published Com. 2002, p: 296.
18. Williams J, Development of a Stroke – Specific QOL-Scale, Stroke, July 1999, P: 1383.
19. Salehi, A and et. al. Effect of self care on body image of patient with CVA referring to selected isfahan medical university hospital in 2001, thesis for master of nursing Isfahan Medical University, 1380, p: 87. (persion)
20. Phipps W. and et. al. , Medical-Surgical Nursing, St. Lois, Mosby Com., 1999, P: 144.

21. Wright E. R, Deinstitutionalization Social Rejection, journal of health Behavior, Vol. 41, P: 78.
22. Stearns S. and et al. The Economic Implication of Self Care. American Journal of Public Health. Washington. Vol. 90. P: 1608-1612.
23. hariati, A. and et. al. Quality of Life and Comparison Patterns Applied by Hemodialyzed Patient. Gillan university of medical science. No 12. 1382, P: 47. (In persian)