

تأثیر مداخله مبتنی بر توانمندسازی خانواده محور بر شدت تهدید درک شده در مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی: یک مطالعه نیمه تجربی

نرگس خیرالهی^۱، دکتر مهناز خطیبان^{۲*}، دکتر خدایار عشوندی^۳، دکتر فاطمه الحانی^۴، دکتر جواد فردمال^۴

- ۱- مرکز تحقیقات مراقبت بیماریهای مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۲- مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۳- دانشیار، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۴- استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پذیرش: ۹۳/۹/۲۶

دریافت: ۹۳/۸/۴

چکیده:

مقدمه: اعضای خانواده بیماران مبتلا به سکته مغزی به علت مواجهه ناگهانی با سکته مغزی اتخاذ نقش جدید به عنوان مراقب بیمار، علاوه بر تحمل فشار و استرس جسمی و روحی دچار اختلال در فعالیتهای اجتماعی می شوند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر توانمندسازی خانواده محور بر شدت تهدید درک شده مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام شد.

روش کار: این مطالعه مطالعه نیمه تجربی دو گروهی قبل و بعد با شرکت ۸۸ مراقب از مبتلایان به سکته مغزی انجام شد شرکت کنندگان با نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه‌های کنترل (۴۴ نفر) و مداخله (۴۴ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل: مشخصات فردی، مقیاس بارتل و پرسشنامه شدت تهدید درک شده بود. که قبل و یک ماه بعد از مداخله توسط کلیه مراقبین تکمیل شد. مداخله آموزشی در گروه‌های ۱۱ نفری در دو جلسه انجام شد. داده‌ها با آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل و زوجی در سطح اطمینان ۹۵٪ تحلیل شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات شدت تهدید درک شده گروه‌های کنترل و مداخله در بدو ورود به مطالعه اختلاف معنی داری وجود نداشت ($P=0/941$). اما یک ماه پس از مداخله، تفاوت معناداری در میزان شدت تهدید درک شده در سه بعد جسمی، روحی و اجتماعی در گروه کنترل نسبت به مداخله مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه نهایی: مداخله مبتنی بر توانمندسازی خانواده محور می تواند منجر به کاهش فشار مراقبتی و استرس های جسمی و روحی و انزوای اجتماعی مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی می گردد.

کلیدواژه‌ها: انفارکتوس مغزی / تنش / خانواده درمانی / مراقبت پرستاری

مقدمه:

با افزایش هزینه های خدمات بیمارستانی، طول مدت بستری مبتلایان به سکته مغزی در بیمارستان کوتاه تر شده است در نتیجه مسئولیت بیشتری برای مراقبت از مبتلایان بر عهده خانواده بیمار قرار می‌گیرد که دانش و مهارت کافی برای مراقبت از بیمار ندارند (۳). همچنین با توجه به عوارض و طول مدت دوام آنها در مبتلایان به سکته مغزی، خانواده به عنوان مؤثرترین نهاد از میان

سی و یک درصد از نجات یافتگان از سکته مغزی ناتوانی عملکردی دارند که منجر به وابستگی نسبی تا کامل آنها به دیگران جهت انجام کارهای روزمره شان می-شود (۱). میزان بروز سالیانه سکته بار اول در ایران ۱۳۹ نفر در هر صد هزار نفر برآورد شده که این آمار به میزان قابل توجهی از اغلب کشورهای غربی بالاتر است (۲). اخیراً

* نویسنده مسئول: دکتر مهناز خطیبان؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

Email: mahnaz.khatiban@gmail.com

می‌تواند بسیار مفید باشد. از مهم ترین مزایای چنین امکاناتی، کاهش فشار بار مراقبتی، افزایش احساس راحتی، کاهش استرس و نیز کاهش اثرات منفی مراقبت بر روی فرد مبتلا می باشد (۱۱). نویدیان نیز بیان می دارد که مداخلاتی از قبیل آموزش، خانواده درمانی و گروه درمانی برای کاهش میزان فشارهای وارده بر مراقبت کننده باید به کار گرفته شود تا هم کیفیت مراقبت از بیمار بهتر شود و هم سلامت جسمی و روانی مراقبت کننده به عنوان یک بیمار پنهان ارتقا یابد (۴).

در سال های اخیر مفهوم توانمندی بیمار و خانواده در پژوهش های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه ای برخوردار شده است و از آن به عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده می شود (۱۲). از این رو توانمند کردن خانواده بر اساس مشارکت داشتن و درگیر کردن اعضای خانواده برای حل یک مشکل ممکن است گام موثری باشد که از طریق آن بتوان به اعضای خانواده کمک کرد تا علاوه برافزایش دانش مراقبتی و درک بهتر شرایط بیماری و کاهش فشار های جسمی و روحی خود، جهت بهبودی وضعیت بیمار خود نقش مناسبی را ایفاء کند (۱۳). به همین لحاظ پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر توانمند سازی خانواده محور بر شدت تهدید درک شده در مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی، صورت گرفته است.

روش کار:

این پژوهش از نوع نیمه تجربی دو گروهی با طرح پیش آزمون و پس آزمون می باشد، جامعه پژوهش را کلیه مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی فرشچیان همدان، تشکیل می دادند. معیارهای ورود برای مراقبین مورد بررسی شامل: مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی که طی ۶ هفته اخیر مبتلا به سکته مغزی شده بود و دارای همه یا مواردی از عوارض ابتلا به سکته مغزی از قبیل اختلال شناختی، اختلال حرکتی، اختلال تکلم، اختلال بلع، اختلال بینایی و اختلالات دفع ادرار و مدفوع بود، توانایی همکاری در امور مراقبتی، درمانی و داروهای تجویز شده برای بیمار، داشتن سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج برای مراقبین مورد بررسی شامل: تصمیم به قطع همکاری در هر لحظه از مطالعه بود.

نمونه گیری به روش در دسترس به مدت ۵ ماه تا

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 (۴).

مراقبت از فرد مبتلا به سکته مغزی مانند مراقبت از سایر بیماریهای ناتوان کننده مزمن، تنش زیادی برای مراقب و خانواده بیمار ایجاد می کند. مراقبین اصلی به ویژه در معرض تنش بیشتری هستند؛ زیرا نیازهای زیستی، اجتماعی و روانی بیمار بر نیازهای خود آنها پیشی می گیرد. به همین لحاظ مراقبین در گروه افرادی قرار می گیرند که به علت فشارها و تقاضاهای بیش از اندازه دچار فرسودگی می شوند (۵). اغلب مراقبین این بیماران در معرض خطر مشکلات جسمی و روانی می باشند. از جمله مشکلاتی که ممکن است برای آنها پیش بیاید می توان به استراحت ناکافی، اختلال در خواب، خستگی مزمن، مشکلات اقتصادی و افسردگی اشاره کرد، از سوی دیگر فرسودگی مراقبت کنندگان منجر به کاهش کیفیت زندگی مراقبت کنندگان و کاهش کیفیت ارائه مراقبت توسط آنها می شود (۶). چنانچه در یک پژوهش انجام شده در استرالیا مشخص شد که سلامت فیزیکی مراقبت کنندگان از بیمار مبتلا به سکته مغزی ۳ هفته و ۳ ماه بعد از ترخیص بیمارشان به طور معنی داری کاهش یافت (۷). در پژوهش Takai و همکاران مراقبین، مراقبت از بیمار مبتلا به بیماری های مزمن را به عنوان زندگی ۳۶ ساعت در روز تعبیر نموده اند که باعث بروز مشکلات جسمی، روانی و عاطفی برای آنها شده بود (۸). در ایران نیز، اکثر خانواده های مراقبت کننده از سالمندان ناتوان، از مشکلاتی در ارتباطات خارجی، در حد متوسط تا زیاد، مشکلاتی در گذراندن اوقات فراغت در حد متوسط و زیاد، مشکلات اقتصادی در حد متوسط شاکی بوده اند (۹).

تهدید درک شده، مشکلات اجتماعی، شخصی، جسمی و روحی است که ممکن است، خود مراقب در مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی با آن روبرو شود. از آنجا که تغییرات پس از سکته مغزی، حاد هستند و مراقبت کننده باید خود را با تغییرات ناشی از سکته مغزی سازگار کند و شیوه زندگی خود را نیز به سمت ارایه مراقبت تغییر دهد (۱۰). چنانچه برای مراقبین از طریق منابع رسمی برنامه های مداخله ای، روانی و خدماتی فراهم شود،

استفاده شد. ابزار سوم پرسشنامه بررسی شدت تهدید درک شده بود، سوالات این پرسشنامه در رابطه با مشکلاتی است که ممکن است هر مراقبی در مراقبت از بیمار مبتلا به سکتة مغزی با آن روبرو شود. مراقب این سوال را پاسخ می‌دهد: مراقبت از یک بیمار مبتلا به سکتة مغزی تا چه حدی می‌تواند سبب ایجاد مشکل در موارد ذیل جهت مراقب گردد؟ این پرسشنامه شامل ۱۴ سوال است که ۵ سوال اول آن در خصوص بررسی تاثیر مراقبت در ابعاد اجتماعی زندگی مراقب (در زندگی روزانه، در انجام وظایف مادری، پدری، خواهری، برادری و همسری، در انجام وظایف شغلی، در روابط خانوادگی و کاهش حضور مراقب، در فعالیت های اجتماعی و جمع دوستان، آشنایان و مسافرت و ...) بود. ۵ سوال بعدی در خصوص بررسی تاثیر مراقبت بر ابعاد جسمی مراقب (کمر درد، خستگی جسمی، اختلال خواب، اختلال تغذیه و ...) بود. ۴ سوال بعدی در خصوص بررسی تاثیر مراقبت بر ابعاد روحی مراقب (نگرانی هایی از عدم موفقیت در مراقبت از بیمار، احساس نا امیدی، زود رنجی و پرخاشگری و ...) و بود. پاسخ به سوالات لیکرت ۵ گزینه ای به صورت، بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم، اصلا بود. کسب امتیاز ۷۰ به عنوان میزان حداکثری حساسیت تهدید درک شده و کسب امتیاز ۱۴ به معنای عدم وجود حساسیت تهدید درک شده در نظر گرفته شد. این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه تهدید درک شده در مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مطالعه مسعودی (۱۳۸۹) و با استفاده از منابع پرستاری طراحی شده است (۱۷). جهت اطمینان از روایی صوری و محتوا، پرسشنامه به ۱۲ نفر از اساتید محترم پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دانشگاه تربیت مدرس تهران و دانشکده پرستاری و مامایی اهواز داده شد و با استفاده از نظرات اساتید محترم اصلاحات مورد نیاز به عمل آمد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد، در بعد اجتماعی آلفای کرونباخ ۰/۹۷/۸ و در بعد جسمی آلفای کرونباخ ۰/۹۸/۷ و در بعد روحی ۰/۹۷/۸ بود و جهت هر سه بعد آلفای کرونباخ ۰/۹۷/۸ محاسبه گردید.

مراقبین ۲ گروه کنترل و آزمون قبل از انجام مداخله

رسیدن به تعداد نمونه کافی صورت گرفت. در بدو ورود به مطالعه، همسان سازی مراقبین بر مبنای مقیاس ارزیابی میزان ناتوانی (ایندکس ده سؤالی اصلاح شده بارتل) بیماران تحت مراقبت آنان انجام شد. بدین ترتیب مراقبین بیماران در پنج بلوک (امتیاز ۲۴-۰ نشان دهنده با وابستگی کامل، امتیاز ۴۹-۲۵ نشان دهنده وابستگی شدید، امتیاز ۷۴-۵۰ نشان دهنده وابستگی متوسط، امتیاز ۸۹-۷۵ نشان دهنده وابستگی خفیف و امتیاز ۹۹-۹۰ نشان دهنده وابستگی بسیار کم و امتیاز ۱۰۰ نشان دهنده عدم وابستگی) قرار گرفتند. سپس افراد هر بلوک به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند.

اندازه نمونه ۴۴ نفر برای گروه کنترل و ۴۴ نفر برای گروه آزمون و در مجموع ۸۸ نفر در نظر گرفته شد. شرایط محاسبه اندازه نمونه بر اساس اندازه خطای نوع ۱ (α) برابر ۰/۰۵ توان آزمون ($1-\beta$) برابر ۸۰ درصد و واریانس (σ^2) بر اساس مطالعه مسعودی برابر ۲۵ و دقت ($d2$) برابر ۳ واحد در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل این موارد بود: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (مشخصات فردی بیمار و مراقب) شامل سن، جنس، شغل، سابقه بیماری، تاهل، تحصیلات، درآمد، ساعت مراقبت، تعداد روزهای مراقبت و ...، ۲- ایندکس اصلاح شده بارتل و ۳- پرسشنامه بررسی شدت تهدید درک شده بود. ایندکس اصلاح شده بارتل (*Modified Barthel Index*) معمولاً در پژوهش های اپیدمیولوژیکی و بالینی جهت تعیین وابستگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن به خصوص سکتة مغزی در بسیاری از کشورها و ایران مورد استفاده قرار گرفته است (۹) و (۱۴، ۱۵). این پرسشنامه در بیش از ۴۰ کشور جهان، ترجمه و مورد اعتبار سنجی واقع شده است. مشخصات روان سنجی گونه ایرانی این پرسشنامه نشان داده است که این ابزار از روایی، پایایی و قابلیت پاسخ گویی مناسبی در جمعیت ایرانی برخوردار است و قابل استفاده می باشد (۱۶). گونه ایرانی این پرسشنامه در سایت سازمان جهانی بهداشت قابل دسترسی می باشد (۱۶). در این پژوهش جهت تعیین اعتبار ایندکس اصلاح شده بارتل از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی از روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۸۹)

پژوهش مراقبین گروه کنترل در دو گروه ۲۲ نفره دعوت شدند و آموزش اصول مراقبتی و مهارتها و روش های مقابله با فشار مراقبتی برای هر گروه طی ۲ جلسه ۴ ساعته برگزار گردید و کتابچه مراقبتها در اختیار آنان قرار گرفت.

یافته ها:

نتایج نشان داد که ۵۶/۸ درصد مراقبین در گروه آزمون و ۵۴/۵ درصد مراقبین گروه کنترل زن بودند بر اساس آزمون مجذور کای مراقبین گروه آزمون و کنترل از نظر جنس همگن بودند ($P=0/830$). همچنین میانگین سن مراقبین در گروه آزمون ۳۴/۷۳ سال با انحراف معیار ۱۰/۵۷ و در گروه کنترل ۳۴/۹۸ سال با انحراف معیار ۱۱/۰۵ بود و اختلاف معناداری بین میانگین سن مراقبین بیمار گروه آزمون و کنترل وجود نداشت ($P=0/914$). از طرفی بیشترین فراوانی سطح تحصیلات در دو گروه مداخله با فراوانی ۳۴/۱ درصد و در گروه کنترل با فراوانی ۳۱/۸ درصد، مربوط به تحصیلات در مقطع دیپلم بود. اختلاف معناداری بین فراوانی تحصیلات مراقبین بیمار گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ($P=0/946$). یافته های پژوهش حاکی از این است که بیشترین فراوانی ساعات مراقبت در دو گروه آزمون با فراوانی ۳۱/۸ درصد و در گروه کنترل با فراوانی ۲۸/۹ درصد، مربوط مراقبت بیش از ۱۲ ساعت بود و اختلاف معناداری بین ساعات مراقبت بیماران در گروه نداشت ($P=0/946$). بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر بیماران در هر دو گروه آزمون ۶۱/۴ درصد و در گروه کنترل ۶۱/۲ درصد از نظر میزان ناتوانی بر اساس مقیاس بارتل، بیشترین تعداد بیماران در رده وابسته کامل قرار داشتند. بنابراین دو گروه از نظر متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات و ساعات مراقبت از بیمار، و میزان از کارافتادگی بیماران همگن بودند.

بر اساس نتایج به دست آمده مراقبین گروه آزمون میانگین شدت تهدید درک شده در ابعاد اجتماعی زندگی خود را قبل از آموزش به میزان ۱۶/۳۴ با انحراف معیار ۳/۷۰ و پس از مداخله ۲۰/۳۹ با انحراف معیار ۳/۳۵ و گروه کنترل میزان شدت تهدید درک شده را قبل از مداخله ۱۶/۳۹ با انحراف معیار ۳/۶۹ و پس از مداخله

اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نمودند و سپس جهت گروه مداخله طی ۵ جلسه ۲ ساعته آموزش هایی به منظور توانمند سازی مراقبین در مراقبت خانواده محور طریق ارتقای سطح دانش و آگاهی مراقبین، در مورد فرایند بیماری و شدت عوارض و فرآیند درمان و نحوه مراقبت صحیح از بیمار و سازگاری خود با نقش مراقبتی برگزار گردید. این توانمندسازی مجموعه ای از اطلاعات، رفتارها و عملکردهایی بود که بر اساس نیازهای مراقبین، برای کاهش و پیشگیری از عوارض و خطرات بیماری بر روی خود مراقب به کار گرفته شد و شامل برنامه های کنترل اضطراب و افسردگی، رفع خستگی، رفع مشکلات جسمی مراقب، رفع مشکلات و نگرانی های مربوط به عود مجدد بیماری و رفع احساس گناه و تقصیر در مراقب بود که مبادا به دلیل مشکلات مراقبتی عود بیماری روی داده باشد. سپس مراقبین بر اساس تجربیات خود درباره این موضوعات شروع به بحث و گفتگو می نمودند و پژوهشگر نقش حمایتی، هدایتی و آموزشی داشت. در پایان هر جلسه پس از جمع بندی مباحث، به سؤالات آنان پاسخ داده شد و تاریخ و هدف جلسه بعدی در هفته آینده، مشخص گردید همچنین کتابچه آموزش های مراقبت از بیمار در اختیار آنها قرار گرفت. به منظور ارزشیابی نهایی، ۴ هفته پس از آخرین جلسه توانمندی، گروه آزمون، مجددا اقدام به تکمیل پرسشنامه شدت تهدید درک شده نمودند. و گروه کنترل نیز ۴ هفته پس از تکمیل پرسشنامه ها، مجددا اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری *SPSS/16* و آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی) و برای تعیین رابطه بین متغیرها و مقایسه آنها با ویژگی های جامعه مورد بررسی از آزمون های استنباطی مانند t زوجی با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱، t مستقل و آزمون کای دو با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، درخصوص کسب رضایت آگاهانه از مراقبین، رازداری، عدم اختلال در مراحل درمانی بیمار به واسطه شرکت در پژوهش و ... از دانشکده مجوز ۱۳۹۱/۵/۲۸ مورخ ۱۶/۳۵/۹۱/۱۸۳۹ پ/د مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۸ کسب گردید. همچنین به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی

($P < 0.001$). با وجود اینکه در هر ۲ گروه شدت تهدید درک شده افزایش داشت اما مقایسه ۲ گروه پس از مداخله با آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری را نشان داد ($P = 0.014$).

۲۲/۳۹ با انحراف معیار ۴/۱۱ گزارش نمودند (جدول ۱). در هر دو گروه شدت تهدید درک شده در ابعاد اجتماعی زندگی مراقب تاثیر گذار بوده است. تفاوت هر گروه نسبت به خودش قبل و بعد از مداخله معنا دار بود

جدول ۱: متوسط نمره شدت تهدید درک شده دو گروه کنترل و مداخله بر حسب تاثیر مراقبت در ابعاد اجتماعی زندگی مراقب (نمرات بین ۵ و ۲۵ محاسبه شده است)

P-value	نتیجه آزمون t زوجی		بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	درجه آزادی	آماره آزمون	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
<0.001	۴۳	-۹/۵۴	۳/۳۵	۲۰/۳۹	۳/۷۰	۱۶/۳۴	آزمون
<0.001	۴۳	-۵/۹۱	۴/۱۱	۲۲/۳۹	۳/۶۹	۱۶/۲۹	کنترل
				۲/۵۰۲		۰/۰۵۸	نتیجه آماره آزمون
				۸۶		۸۶	آزمون t درجه آزادی
				۰/۰۱۴		۰/۹۵۴	مستقل P

افزایش شدت تهدید درک شده در ابعاد جسمی مراقب پس از مداخله وجود داشت و مقایسه هر دو گروه آزمون و کنترل پس از مداخله از نظر تاثیر مراقبت در ابعاد جسمی مراقب تفاوت معنی داری نشان داد ($P < 0.001$) (جدول ۲).

نتایج نشان داد، میانگین شدت تهدید درک شده در بعد جسمی مراقبین در گروه آزمون قبل از مداخله ۱۴/۷۰ با انحراف معیار ۴/۱۸ و پس از مداخله ۲۰/۲۰ با انحراف معیار ۳/۶۱ بود و در گروه کنترل قبل از مداخله ۱۴/۶۱ با انحراف معیار ۴/۲۴ و پس از مداخله ۲۲/۳۶ با انحراف معیار ۱/۶۷ بود. در هر دو گروه

جدول ۲: متوسط نمره شدت تهدید درک شده دو گروه کنترل و مداخله بر حسب تاثیر مراقبت در ابعاد جسمی مراقب (نمرات بین ۵ و ۲۵ محاسبه شده است)

P-value	نتیجه آزمون t زوجی		بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	درجه آزادی	آماره آزمون	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
<0.001	۴۳	-۸/۱۹۱	۳/۶۱	۲۰/۲۰	۴/۱۸	۱۴/۷۰	آزمون
<0.001	۴۳	-۱۲/۶۳۱	۱/۶۷	۲۲/۳۶	۴/۲۴	۱۴/۶۰	کنترل
				-۳/۵۹۸		۰/۱۰۱	نتیجه آماره آزمون
				۶۰/۶۱		۸۶	آزمون t درجه آزادی
				۰/۰۰۱		۰/۹۲۰	مستقل P-value

معیار ۱/۴۱ بود. در هر دو گروه افزایش میزان شدت تهدید درک شده در ابعاد جسمی مراقب پس از مداخله وجود داشت و مقایسه دو گروه مداخله و کنترل پس از مداخله از نظر شدت تهدید درک شده در ابعاد روحی

نتایج نشان داد میانگین شدت تهدید درک شده در ابعاد روحی مراقب در گروه مداخله، قبل از مداخله ۱۰/۲۰ با انحراف معیار ۳/۸۵ و پس از مداخله ۱۴/۵۲ با انحراف معیار ۳/۴۵ بود و در گروه کنترل قبل از مداخله ۱۰/۲۵ با انحراف معیار ۳/۸۶ و پس از مداخله ۱۶/۸۶ با انحراف

مراقب تفاوت معنا داری داشتند ($P < 0.001$)

(جدول ۳).

جدول ۳: متوسط نمره شدت تهدید درک شده دو گروه کنترل و مداخله بر حسب تاثیر مراقبت در ابعاد روحی مراقب (نمرات بین ۴ و ۲۰ محاسبه شده است)

گروه	قبل از مداخله			بعد از مداخله			نتیجه آزمون t زوجی	
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	P-value
آزمون	۴۴	۱۰/۳۰	۳/۸۵	۴۴	۱۴/۵۲	۳/۴۵	۴۳	<۰/۰۰۱
کنترل	۴۴	۱۰/۲۵	۳/۸۶	۴۴	۱۶/۸۶	۱/۴۱	۴۳	<۰/۰۰۱
نتیجه آزمون مستقل t	آماره آزمون	-۰/۰۵۵			-۴/۱۶۳			

بحث:

خانواده اولین سیستم حمایتی در جامعه است که حمایت از افراد خانواده را عهده دار می باشد، از طرفی امروزه رویکرد سیستم های درمانی بر ترخیص زود هنگام بیماران استوار است، حتی بیماران با اختلالات جسمانی، عملکردی و روان شناختی نیز زودتر از بهبودی کامل به منزل فرستاده می شوند تا به وسیله وابستگان مراقبت شوند. بالطبع مراقبین در برآورده سازی نیازهای بیماران دارای توانمندی های متفاوت و محدودی هستند و این شرایط فرد مراقبت کننده را در مواجهه با تغییرات و نیازهای مراقبتی بیمار در خانه، آسیب پذیر می کند، طبق تئوری استرس، هنگامی که مراقبت کنندگان نیازهای مراقبتی بیمار را بیشتر از توانایی های خود و منابع حمایتی خود ارزیابی کنند، آن ها نه تنها این موقعیت ایجاد شده را استرس زا تلقی می کنند بلکه این حالت می تواند سلامت عمومی آنها را به خطر می اندازد (۱۸). این مطالعه با هدف بررسی تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر شدت تهدید درک شده در مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی صورت گرفت. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر بیماران در هر دو گروه آزمون و کنترل از نظر میزان ناتوانی بر اساس مقیاس بارتل، بیشترین تعداد بیماران در رده وابسته کامل قرار داشتند و این نتایج منطبق با نتایج باغچقی و همکاران (۱۳۹۱) می باشد (۹). رحمانی و همکاران (۱۳۹۱) معتقد هستند: هر چه مقدار نیاز به مراقبت و میزان ناتوانی بیمار برای افراد مراقبت کننده بیشتر باشد، محدودیت ها و فشار بیشتری را به مراقب تحمیل می نماید که علاوه بر

اختلال در آرامش و آسایش خانواده، آزادی اجتماعی آن ها را نیز محدود می کند (۱۸). مطالعات، تفاوت های جنسیتی را در میزان فرسودگی و فشارهای ناشی از مراقبت کردن تأیید می کند؛ به این صورت که زنان بیشتر از مردان دچار استرس و فشار روانی هنگام مراقبت می شوند. زیرا از طرفی عموماً به عنوان مراقبین اولیه بوده و همچنین وجود فرزندان، موقعیت اجتماعی زنان و نوع فشارها و استرس های زنان باعث می شود که میزان فرسودگی و خستگی آن ها نسبت به مردان بیشتر باشد (۱۹). در پژوهش حاضر نیز بیشترین تعداد مراقبین دو گروه کنترل و آزمون را زنان تشکیل می دادند این نتایج منطبق با نتایج کوهستانی و همکاران (۱۳۹۱) می باشد (۱۴).

با توجه به اینکه شدت تهدید درک شده هر کدام در ۳ بعد اجتماعی، روحی و جسمی بررسی شده است، نتایج مبین این مسئله است که در هر سه بعد اجتماعی، روحی و جسمی در هر دو گروه مداخله و کنترل، افزایش شدت تهدید درک شده به وجود آمده است ($P < 0.001$). این نتایج هم راستا با نتایج سایر مطالعات در این زمینه می باشد. بابایی (۱۳۸۶) گزارش کرد که اکثر خانواده های مراقبت کننده از سالمندان ناتوان، مشکلات در ارتباطات اجتماعی را در حد متوسط تا زیاد، مشکلات اختصاص وقت جهت امور شخصی را در حد متوسط تا زیاد، و مشکلات مالی را در حد متوسط تا زیاد بیان نموده اند (۲۰). نتایج مطالعه کوهستانی و باغچقی (۱۳۹۰)، نیز نشان داد میزان فرسودگی در مراقبت کنندگان از بیماران مبتلا به سکته مغزی بالا می باشد و احتمال آن می رود

(۱۴). بر اساس نتایج، در گروه آزمون نیز پس از مداخله در سه بعد اجتماعی، جسمی و روحی افزایش شدت تهدید سکتة مغزی گردد و وجود مراکز حمایتی اجتماعی، خدمات مراقبت و توانبخشی در منزل با قیمت مناسب و حمایت سازمانهای مربوطه جهت تامین هزینه های درمانی بیماران نیز برای تخفیف بیشتر فشار های مراقبتی در مراقبین ضروری به نظر می رسد.

نتیجه نهایی:

مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکتة مغزی، فشار مراقبتی زیادی را متحمل می شوند. از این رو ضروری به نظر می رسد مراقب برای انجام هر چه بهتر این نقش مراقبتی، توانمندتر گردد. توانمندی مراقب در امر مراقبت می تواند فشار مراقبتی را کاهش داده و منجر به ارتقای سلامت جسمی و روحی او گردد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد انجام مداخله مبتنی بر توانمند سازی خانواده محور در مراقبین گروه آزمون توانسته است تا حدودی فشار مراقبتی و شدت تهدید درک شده را کاهش دهد.

سپاسگزاری:

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های پرستاری ویژه است که به تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۸ رسیده است و در ۱۶/۳۵/۹/۱۸۳۹ پ/د مورخ ۲۰۱۲۰۸۲۸۱۰۶۷۹ ثبت گردیده است. بدینوسیله پژوهشگران از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت تصویب و حمایت مالی طرح و نیز از کلیه شرکت کنندگان جهت مشارکت در انجام پژوهش سپاسگزاری می نمایند.

References

1. Abrahamian FM, Deblieux PM, Emerman CL, Kollef MH, Kupersmith E, Leeper KV Jr, et al. Health care associated pneumonia: identification and initial management in the ED. *The American journal of emergency medicine*. 2008; 26(6 Suppl): 1-11.
2. Azarpazhooh M, Etemadi M, Donnan G, et al. Excessive incidence of stroke in Iran: Evidence from the Mashhad stroke incidence study (MSIS), a Population-based study of stroke in the Middle East. *Stroke*. 41(1): 3-10.

که این فشارها سطح مراقبت از بیمار را کاهش داده و همچنین سلامت جسمی و روانی مراقب را به خطر اندازد درک شده، مشاهده شد. با توجه به اینکه مراقبت از بیماران مبتلا به سکتة مغزی که در انجام بسیاری از فعالیت های روزانه خود از جمله حرکت، غذا خوردن، دفع ادرار و مدفوع، تکلم و... وابسته می باشند، امری دشوار است و مراقبت کنندگان ممکن است هر روز با مشکلات جدید روبرو شوند و بیم بروز عوارض جدید، هزینه های سنگین درمانی و حتی مرگ بیماران مزید بر علت می شود تا مراقبت کنندگان دوران پراسترس و سختی را سپری کنند. این گونه به نظر می رسد که با وجودی که مداخلات آموزشی توانسته است شدت تهدید درک شده را در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش دهد، به خصوص در بعد روحی که شدت تهدید درک شده در مراقبین گروه مداخله کاهش چشمگیری داشت. اما فشار مراقبتی و حجم زیاد مشکلات تحمیل شده به مراقبین بیماران مبتلا به سکتة مغزی و مواجهه ناگهانی با این مسئله، و طول مدت مراقبت منجر به افزایش شدت تهدید درک شده در مراقبین هر دو گروه شده است. مطالعات انجام شده در سایر کشورها نیز حاکی از آن بود که اکثر مراقبت کنندگان از بیماران مبتلا به سکتة مغزی، دچار احساس فرسودگی، تنهایی، افسردگی، کاهش سلامت جسمی و روانی شدند و فرسودگی مراقبت کنندگان، منجر به کاهش کیفیت زندگی مراقبین و کاهش کیفیت ارایه مراقبت توسط آن ها گردید (۲۱) نتایج پژوهش حاضر مبین این مسئله است که اگر چه مداخلات آموزشی می تواند با آموزش مهارت های مراقبتی و عوارض بیماری و مکانیسم های مقابله ای موثر، مراقب را برای ایفای نقش جدید خود یاری رساند اما به تنهایی نمی تواند منجر به از بین بردن فشار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به

3. Sit, J.W.H., *Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family*

caregivers. *Journal of clinical nursing*, 2004. 13(7): 816-824.

4. Navidian A. Salar, and A. Kikhaii, 2: *The Journal of urmia university of medical sciences; fall 2001; 12 (3): 206-214.*

5. Jorstad, M.L. *Perceived life changes and feelings of depression in caregivers of persons with stroke*. 2004, University of Toledo.

6. Rigby, H., G. Gubitz, and S. Phillips, A systematic review of caregiver burden following stroke. *International Journal of Stroke*, 2009. 4(4): 285-292.
7. Ski, C. and B. O'Connell, Stroke: the increasing complexity of carer needs. *Journal of neuroscience nursing*, 2007. 39(3): 172-179.
8. Takai M, Iwamitsu Y, Ando N, Okazaki S, Nakajima K, Oishi S, et al. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: relations to depression and quality of life. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2009. 49(1): 1-5.
9. Baghcheghi, N. Koohestani H.R. Quality of life of caregivers of elderly people with stroke at the hospitalization time and after leaving hospital, and its association with patient's disabilities. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 21(74): 35-41.
10. Beach SR, Schulz R, Williamson GM, Miller LS, Weiner MF, Lance CE. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005. 53(2): 255-261.
11. Carretero S, Graces J, Rodenas F, Sanjose V. The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2009. 49(1): 74-79.
12. Hewitt-Taylor, J., Challenging the balance of power: patient empowerment. *Nursing Standard*, 2004. 18(22): 33-37.
13. Alhani, F., Evaluating of family center empowerment model on preventing iron deficiency anemia. 2003, PhD Dissertation. *J Tarbiat Modares Univ* 2003.30-100. (Persian)
14. Koohestani, H.R. and N. Baghcheghi, Burn out in caregivers of patients with stroke and its related factors. *Hakim*.
15. Adams C. Quality of life for caregivers and stroke survivors in the immediate discharge period. *Applied Nursing Research*, 2003. 16(2): 126-130.
16. Nedjat, S. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC health services research*, 2008. 8(1): 61.
17. Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 17(2): 87-97.
18. Rahmani Anaraki H, Mahmoodi GR, Rouhi G, Asayesh H, Nasiri H, Rakhshani H. General Health Status of Neurologic Patients' Caregivers and The Related Factors. *Journal of research in nursing and midwifery*. 2012, 9, (2): 49-55.
19. Mudzi W. Impact of Caregiver Education on Stroke Survivors and Their Caregiver. *Johannesburg, PhD Dissertation, University of the Witwatersrand*. 2010.39-46.
20. Baumann M, Lurbe-Puerto K, Alzahouri K, Aiach P. Increased residual disability among poststroke survivors and the repercussions for the lives of informal caregivers. *Topics in stroke rehabilitation*. 18(2): 162-171.
21. Babaei, M. Social problems of families caring for frail elderly referrals to public hospitals clinics in Karaj city. *Salmand*. 2007, 2(3):177-181.
22. Beach SR, Schulz R, Williamson GM, Miller LS, Weiner MF, Lance CE. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(2):255-261.

*Original Article***The effect of family-centered empowerment intervention on perceived severity of threat in caregivers of patients with stroke: a semi experimental study**

N. Kheirollahi, M.Sc.¹; M. Khatiban, Ph.D.^{2*}; Kh. Oshvandi, Ph.D.²; F. Alhani, Ph.D.³; J. Feradmal, Ph.D.⁴

1-Chronic Diseases (Home Care) Research Center Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2-Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3-Associate Professor, Dept. of Nursing Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

4-Assistant Professor, Dept. of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 26.10.2014

Accepted: 17.12.2014

Abstract

Background: Family members of patients with cerebral infarction experience disruptions in their social activities enduring physical and mental pressure and stress due to their sudden encounter with stroke and the adopting of a new role as caregiver. present study was conducted to determine the effect of family-centered empowerment intervention on perceived severity of threat in caregivers of patients with stroke.

Methods: The present semi-empirical study with a before and after design was conducted in two groups of 88 caregivers in total selected through convenience sampling and randomly divided into a case group and a control groups of equal size (n=44). The research tool consisted of a demographic characteristics questionnaire, the Bortle scale and the perceived severity of threat questionnaire, which were completed before and then one month after the educational intervention by all the caregivers. The educational intervention was conducted in groups of 11 and over 2 sessions. Data were analyzed using the chi-squared test and the paired and independent t-tests at the confidence level of 95%.

Result: There were no significant differences between the mean scores of perceived severity of threat in the groups before the intervention (P=0.941). One month after the intervention, however, significant differences were observed in the mean scores of perceived severity of threat in the three dimensions, namely the social, physical and spiritual dimensions, in the case group compared to the controls (P<0.05).

Conclusion: Family-centered empowerment interventions can reduce care pressures and physical and mental stresses and social isolation in caregivers of patients with stroke.

Keywords: Cerebral Infarction / Family Therapy / Nursing Care / Tension

*Corresponding Author: M. Khatiban, Ph.D.; Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: mahnaz.khatiban@gmail.com