BRIEF REPORT

The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: a randomized controlled trial

Mahnaz Khatiban[1],
Akram Kheirollahi[2],
Khodayar Oshvandi[1],
Fatemeh Alhani[3],
Javad Feradmal[4]

[1] Assistant Professor, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[2] MSc Student in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[3] Associate Professor, Department of Nursing Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

(Received September 7, 2013; Accepted December 7, 2013)

Abstract

Background and purpose: While taking care of patients with stroke is stressful for caregivers, being aware of the principles of caring for these patients increases caregivers' self-esteem. The purpose of this study was to determine the effect of family-based education on the caregivers' awareness and self-esteem.

Materials and methods: This clinical trial study was conducted on 88 caregivers selected by convenience sampling and randomly divided into two equal groups of case and control (n = 44). Data gathering devices were demographic questioner, awareness questioner, and Rosenberg's self-esteem scale which were completed before and one month after the educational intervention. Educating the subjects was performed in 5 sessions. Data were analyzed using chi-square, paired and independent t tests.

Results: There was not any significant difference between mean scores of awareness and self-esteem of the groups before the intervention ($P = 0.821$). One month after the intervention, the mean scores of awareness and self-esteem were increased considerably in case group compared with controls ($P < 0.001$). In addition, the study demonstrated a positive correlation between knowledge and self-esteem in case group members ($P < 0.001$).

Conclusion: Family-based education of the caregivers of patients with stroke increases their awareness and self-esteem lead to efficient care of the patients.

Keywords: Family-based education, knowledge, self-esteem, care, and stroke

J Mazand Univ Med Sci 2014; 23(110): 244-50 (Persian).

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و سوم شماره ۱۱۰ اسفند سال ۱۳۹۲ (۲۵۰-۲۴۴)

تأثیر آموزش بر آگاهی و عزت نفس مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی: یک کارآزمایی مورد- شاهد تصادفی

مهناز خطیبان[۱]
اکرم خیرالهی[۲]
خدایار عشوندی[۱]
فاطمه الحانی[۳]
جواد فردمال[۴]

چکیده

سابقه و هدف: مراقبت از مبتلایان به سکته مغزی تنش زیادی برای مراقب ایجاد می‌کند. افزایش آگاهی از اصول مراقبتی، می‌تواند منجر به تأمین عزت نفس مراقبین گردد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت خانواده- محور بر آگاهی و عزت نفس مراقبین این بیماران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی مورد- شاهد تصادفی با شرکت ۸۸ مراقب از مبتلایان به سکته مغزی انجام شد که با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه‌های شاهد (۴۴ نفر) و مورد (۴۴ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل مشخصات فردی، بررسی آگاهی و عزت نفس Rosenberg بود که قبل و یک ماه بعد از مداخله، توسط کلیه مراقبین تکمیل شد. مداخله آموزشی در گروه‌های ۱۱ نفری در پنج جلسه انجام شد. داده‌ها با آزمون‌های χ^2، Independent t و Paired t تحلیل شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات آگاهی و عزت نفس گروه‌های مورد و شاهد قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P = ۰/۸۲۱$)، اما یک ماه پس از مداخله، آگاهی و عزت نفس گروه مورد به نحو چشمگیری ($P < ۰/۰۰۱$) نسبت به گروه شاهد افزایش یافت. همچنین رابطه مثبتی بین دانش و عزت نفس مراقبین گروه مورد به دست آمد ($P < ۰/۰۰۱$).

استنتاج: آموزش مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی بر اساس الگوی توانمند سازی خانواده- محور می‌تواند منجر به افزایش آگاهی و عزت نفس آنان و در نتیجه یاری آنان در مراقبت کارآمد و بهبود ایفای نقش شود.

واژه های کلیدی: آموزش خانواده- محور، آگاهی، عزت نفس، مراقب، سکته مغزی

مقدمه

سکته مغزی، یکی از مشکلات بهداشتی و درمانی جامعه متمدن امروزی محسوب می‌شود؛ به طوری که این بیماری سومین علت مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی- عروقی و سرطان در تمام دنیا می‌باشد (۱). میزان بروز سالیانه سکته بار اول در ایران ۱۳۹ نفر در هر صد هزار نفر است و این آمار به میزان قابل توجهی از اغلب کشورهای غربی بالاتر است (۲). امروزه با توجه به پیشرفت‌های موجود در تشخیص و درمان، با تعداد بیشتری از این بیماران نسبت به گذشته روبه‌رو هستیم (۳).

سالانه بیش از ۴۰۰ هزار نفر پس از برطرف شدن سکته مغزی از بیمارستان مرخص می‌گردند. علاوه بر مرگ ناشی از این بیماری، اختلالات و معلولیت‌های جسمانی به جا مانده از

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های پرستاری ویژه است که به تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد ۱۶/۳۵/۹/۱۸۳۹/پ/د مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۸ رسیده است.

مولف مسئول: خدایار عشوندی- همدان: خیابان شهید فهمیده، دانشگاه علوم پزشکی همدان. E-mail: oshvandi@umsha.ac.ir

۱. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، 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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۷/۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۹/۱۶

این بیماری، از لحاظ مراقبت‌های پزشکی و پرستاری در بیمارستان و منزل، به صورت یک معضل اجتماعی بزرگ درآمده است (۴). مواجهه خانواده با پدیده مراقبت از مددجویانی که گرفتار سکته مغزی هستند، مانند مراقبت از سایر بیماری‌های ناتوان کننده مزمن، تنش زیادی برای مراقب و خانواده بیمار ایجاد می‌کند. مراقبین اصلی به ویژه در معرض تنش بیشتری هستند؛ زیرا نیازهای زیستی، اجتماعی و روانی بیمار بر نیازهای خود آن‌ها پیشی می‌گیرد (۵).

طبق مطالعه‌ای که دالوندی و همکاران در ایران درباره تجربیات بیماران و خانواده‌های آن‌ها پس از سکته 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 بیمارانشان، دچار مشکلات بسیاری در امر مراقبت از بیمار شده‌اند (۶).

در همین راستا، نویدیان و همکاران معتقدند 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 (۳). بدین ترتیب، اهمیت توانمندسازی مراقب در اولویت قرار می‌گیرد. از آن جا که مراقبت، امری تخصصی است و پرستاران در وضعیت منحصر به فردی جهت تعامل با افراد و اعضای خانواده قرار دارند، آن‌ها می‌توانند دانش، مهارت و حمایت لازم را برای حفظ کیفیت مراقبت در خانه فراهم کنند. در جریان مراقبت از یک بیمار، خانواده وی نیازمند درک صحیح از بیماری است و وظیفه پرستار در کنار مراقبت بیمار، کمک به خانواده در جهت افزایش امید و اعتماد است؛ چنین رویکردی باعث ارتقای سلامت و رفاه خانواده خواهد شد (۸، ۷).

هدف مداخلات پرستاری در مراقبت خانواده- محور، ارتقای توانایی‌های اعضای خانواده در حیطه‌های معینی می‌باشد تا بر موانع موجود در زمینه‌های بهداشتی و سلامتی فایق آیند. با توجه به ماهیت مزمن بیماری سکته مغزی که بنیان خانواده را دچار مشکل می‌نماید و عوارض جدی از خود به جای می‌گذارد، توانایی‌های یک عنصر خانواده می‌تواند بر توانایی‌های کل خانواده به منظور دسترسی به اهداف سلامت تأثیر بگذارد و توانایی خانواده‌ها منجر به کارآمدی مفید و مؤثرتر آنان در ارایه مراقبت می‌گردد (۷).

با توجه به این که تا زمان اجرای پژوهش، مطالعات کمی در خصوص مسایل و مشکلات مراقبین خانوادگی بیمار مبتلا به سکته مغزی در کشور انجام گردیده بود (۱۰، ۹) و هیچ یک به مسأله عزت نفس مراقبین بیماران مبتلا به سکته نپرداخته بود، پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش مراقبت خانواده- محور بر آگاهی و عزت نفس مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه کارآزمایی مورد- شاهد تصادفی حاضر با طرح قبل و بعد و دو گروهی در بیمارستان فرشچیان همدان در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد و بر اساس مطالعات قبلی (۷)، ۴۴ مراقب برای هر گروه برآورد گردید. طی ۵ ماه با نمونه‌گیری در دسترس، ۸۸ نفر از مراقبین مبتلایان به سکته مغزی ترخیص شده و دارای معیارهای ورود، به مشارکت دعوت شدند.

معیارهای ورود به مطالعه برای مراقبین شامل زندگی با بیمار مبتلا به سکته مغزی دارای همی پلژی، اجرای امور مراقبتی، درمانی و داروهای تجویز شده بیمار و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از پژوهش، تصمیم به قطع همکاری در هر لحظه از مطالعه و فوت بیمار بود.

مراقبین بر اساس نمره کسب شده بیمارانشان در ایندکس اصلاح شده بارتل (Modified Barthel Index)، در پنج بلوک قرار گرفتند. این ابزار جهت تعیین وابستگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به خصوص سکته مغزی در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۹). مشخصات

روان‌سنجی نمونه ایرانی این پرسش‌نامه نشان داده است که این ابزار از روایی، پایایی و قابلیت پاسخگویی مناسبی در جمعیت ایرانی برخوردار و قابل استفاده می‌باشد (۱۱). این شاخص، دارای ۱۰ بخش است که با پاسخ‌دهی به سؤالات، امتیازی بین صفر تا ۱۰۰ به دست می‌آید. امتیاز ۲۴-۰ نشان دهنده وابستگی کامل، ۴۹-۲۵ نشان دهنده وابستگی شدید، ۷۴-۵۰ نشان دهنده وابستگی متوسط، ۸۹-۷۵ نشان دهنده وابستگی خفیف، ۹۹-۹۰ نشان دهنده وابستگی بسیار کم و امتیاز ۱۰۰ نشان دهنده عدم وابستگی می‌باشد (۱۲). در این پژوهش، اعتبار محتوایی و صوری آن با روش پانل اعضای هیأت علمی و پایایی آن با محاسبه Cronbach's alpha ۰/۸۹ تأیید شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش شامل سه پرسش‌نامه مشخصات فردی، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته آگاهی و پرسش‌نامه عزت نفس Rosenberg بود. ابزار به صورت خود- اظهاری، قبل و یک ماه بعد از مداخله توسط کلیه مراقبین هر دو گروه تکمیل گردید. برای تعیین اعتبار محتوایی و صوری پرسش‌نامه‌ها از پانل ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی استفاده شد. برای بررسی پایایی از روش آزمون، باز آزمون با فاصله دو هفته استفاده شد. ضریب همبستگی Pearson جهت پرسش‌نامه آگاهی ۰/۸۴۱ و جهت پرسش‌نامه عزت نفس ۰/۹۰۵ محاسبه شد.

پرسش‌نامه آگاهی مراقبین شامل ۱۰ سؤال دو گزینه‌ای، در خصوص ماهیت بیماری، علایم، عوارض، مراقبت از بیمار و پیشگیری از سکته مجدد بود. پاسخ صحیح، یک امتیاز و پاسخ غلط صفر امتیاز داشت. در مجموع، هر چه امتیاز کسب شده به عدد ۱۰ نزدیک‌تر بود، دانش بالاتر و هر چه از عدد ۱۰ کمتر بود، به عنوان دانش کمتر در نظر گرفته شد.

پرسش‌نامه عزت نفس شامل ۱۰ سؤال با پاسخ بلی- خیر بود و نحوه امتیازدهی بدین صورت بود که برای پاسخ مثبت به سؤالات یک الی پنج، امتیاز ۱+ و پاسخ منفی ۱-، برای پاسخ مثبت به سؤالات ۶ الی ۱۰، امتیاز ۱- و برای پاسخ منفی، امتیاز ۱+ لحاظ شد. مجموع امتیازات حاصل، هر چه به عدد ۱۰ نزدیک‌تر بود، مراقب دارای عزت نفس بالاتر و هر چه از عدد ۱۰ کمتر بود، دارای عزت نفس پایین‌تر بود. پایایی این پرسش‌نامه به صورت پایایی محتوایی در بررسی شریفی نیستانک و همکاران، مورد ارزیابی قر ار گرفت و روایی آن بر اساس Cronbach's alpha برابر ۰/۹۱ بود (۱۳). مراقبین بر اساس نمره بارتل بیمارانشان، در ۵ بلوک قرار گرفتند، نیمی از اعضای هر بلوک به صورت تصادفی در گروه مورد و نیمی در گروه شاهد قرار گرفتند.

مداخله برای گروه مورد به مدت دو ماه انجام شد و شامل آموزش مراقبت با استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده-محور، در ۵ جلسه بود. جلسه اول و دوم (هر جلسه ۲ ساعت) مطالبی در مورد ماهیت بیماری، علل، علازم و عوارض بیماری، سیر درمان و راه‌های پیشگیری از ابتلا به سکته مجدد به روش سخنرانی و نمایش اسلاید ارایه گردید. سپس مراقبین بر اساس تجربیات خود درباره این موضوعات شروع به بحث و گفتگو نمودند و پژوهشگر نقش حمایتی، هدایتی و آموزشی داشت. در پایان هر جلسه، پس از جمع بندی مباحث، به سؤالات افراد پاسخ داده می شد و تاریخ جلسه بعدی مشخص می گردید. طی جلسات سوم و چهارم، (هر جلسه ۲ ساعت) ابتدا طریقه هر فرایند مراقبتی یک بار برای آنان به طور کامل و بعد به صورت گام به گام اجرا شد.

در نهایت، از مراقبین خواسته شد تا هر مراقبت را به صورت گام به گام تمرین و تکرار کنند؛ به طوری که بدون حضور پژوهشگر، قادر به انجام آن باشند. در پایان جلسه چهارم از مراقبین خواسته شد که به یک نفر دیگر از اعضای خانواده که در امر مراقبت بیمار شرکت دارد، آموزش‌های کسب شده را منتقل و آنان را برای کمک به خود ترغیب نمایند (آموزش مراقب به مراقب) و در جلسه پنجم مراقبی را که آموزش داده‌اند، جهت ارایه موارد آموزش دیده، به همراه خود بیاورند. به منظور ارزشیابی، از مراقبین و نیز سایر اعضای خانواده که از مراقب آموزش دیده بودند، سؤالاتی پرسیده و خواسته می‌شد تا دو مورد از آموزش‌های مراقبتی را بیان نمایند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های

χ^2، t Independent و t Paired در سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تفاوت‌های فردی واحدهای مورد پژوهش و نیز تعاملات بین فردی اعضای خانواده و تفاوت در میزان علاقه و حالات روحی- روانی نمونه‌ها در هنگام پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها و تأثیر سایر منابع اطلاعاتی بر آگاهی مراقبین، از عوامل مداخله‌گر غیر قابل کنترل در طرح حاضر بودند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، طی دو جلسه عمومی، تمامی مسایل آموزشی به مراقبین در گروه شاهد آموزش داده شد و کتابچه آموزشی در اختیار آن‌ها قرار گرفت. این مطالعه با کد IRCT۲۰۱۲۰۸۲۸۱۰۶۷۹N۱ در مرکز بین‌المللی ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران نیز ثبت شد.

یافته‌ها و بحث

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، فراوانی جنس بیماران در گروه‌های مورد (۵۹/۱ درصد) و شاهد (۶۵/۹ درصد) مرد بودند و میانگین سنی در هر دو گروه مورد و شاهد بالای ۶۵ سال بود (جدول شماره ۱)؛ که این نتایج منطبق با یافته‌های پژوهشی باغچقی و کوهستانی (۹) می‌باشد. همچنین از نظر سابقه بیماری در گروه‌های مورد (۵۴/۶ درصد) و شاهد (۵۲/۳ درصد) بیماران مبتلا به پرفشاری خون بودند و این نتیجه منطبق با پژوهش احمدی آهنگر و همکاران (۱۴) می‌باشد.

از نظر میزان ناتوانی بر اساس مقیاس بارتل، در گروه‌های مورد (۶۱/۴ درصد) و شاهد (۶۱/۰ درصد) بیماران در رده وابسته کامل قرار داشتند و این نتایج منطبق با نتایج باغچقی و کوهستانی (۹) می‌باشد. در همین راستا رحمانی انارکی و همکاران (۱۵) بیان می‌دارند که هر چه مقدار نیاز به مراقبت و میزان ناتوانی بیمار برای افراد مراقبت کننده بیشتر باشد، محدودیت‌ها و فشار بیشتری را تحمیل می‌نماید که علاوه بر اختلال در آرامش و آسایش خانواده، آزادی اجتماعی آن‌ها را نیز محدود می‌کند (۱۵). بیشترین تعداد مراقبین در گروه شاهد (۵۴/۵ درصد) و مورد (۵۶/۸ درصد) را زنان خانه‌دار با میانگین سنی ۳۴ سال تشکیل می‌دادند و این نتایج منطبق با نتایج کوهستانی و باغچقی (۱۰) است.

مطالعات، تفاوت‌های جنسیتی را در میزان فرسودگی و فشارهای ناشی از مراقبت کردن تأیید می‌کند؛ به این صورت که زنان بیشتر از مردان دچار استرس و فشار روانی هنگام مراقبت می‌شوند؛ زیرا از طرفی اغلب به عنوان مراقبین اولیه هستند و همچنین وجود فرزندان، موقعیت اجتماعی زنان و نوع فشارها و استرس‌های زنان باعث می‌شود که میزان فرسودگی و خستگی آن‌ها نسبت به مردان بیشتر باشد (۱۶).

جدول شماره ۱: مشخصات فردی مراقبین در دو گروه شاهد و مورد

متغیر		گروه مورد تعداد (درصد)	گروه شاهد تعداد (درصد)	P
جنس	مرد	۱۹ (۴۳/۲)	۲۰ (۴۵/۵)	۰/۸۳۰
	زن	۲۵ (۵۶/۸)	۲۴ (۵۴/۵)	
تحصیلات	ابتدایی	۲ (۴/۵)	۳ (۶/۸)	۰/۹۴۶
	متوسطه	۱۰ (۲۲/۷)	۸ (۱۸/۲)	
	دیپلم	۱۵ (۳۴/۱)	۱۴ (۳۱/۸)	
	فوق دیپلم	۶ (۱۳/۶)	۸ (۱۸/۲)	
	لیسانس و بالاتر	۱۱ (۲۵/۰)	۱۱ (۲۵/۰)	
مدت ارایه مراقبت (بر حسب ساعت در شبانه‌روز)	۱-۵	۹ (۲۰/۵)	۱۰(۲۲/۲)	۰/۹۲۶
	۶-۱۲	۲۱ (۴۷/۸)	۲۱ (۴۶/۶)	
	بیش از ۱۲	۱۴ (۳۱/۸)	۱۳ (۲۸/۹)	

همان گونه که در جدول شماره ۲ آمده است، تفاوت معنی‌داری بین نمرات آگاهی گروه‌های مورد و شاهد پیش از مداخله وجود نداشت (P = ۰/۸۲۱). آزمون آماری Paired t افزایش معنی‌داری را در میانگین نمرات آگاهی مراقبین در مرحله دوم اندازه‌گیری هم در گروه شاهد (P = ۰/۰۱۳) و هم در گروه مورد (P < ۰/۰۰۱) نشان داد. اما بر اساس نتایج آزمون Independent t، این افزایش میانگین آگاهی در گروه مورد بیشتر (P < ۰/۰۰۱) از گروه شاهد بود.

نتایج مطالعه نیمه تجربی سوزنی و حسنی (۱۷) نشان داد که آموزش مراقبت از زخم بستر در منزل، بر میزان آگاهی مراقبت کنندگان مبتلایان به ضایعه نخاعی تأثیر داشته است و به کارگیری نکات آموزشی به مدت حداقل یک الی دو هفته توانسته است بر روند پیشگیری و درمان زخم فشاری در بیمارانشان تأثیر بسزایی داشته باشد (۱۷). همچنین نتایج مطالعه واحدی و همکاران (۱۸) نشان داد اجرای برنامه آموزشی برای ۷۳ پرستار مراقبت کننده از جانبازان نخاعی، تأثیر معنی‌داری بر آگاهی آن‌ها داشته است که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

مسعودی و همکاران (۷) نیز معتقدند که آموزش، به مراقبت کننده کمک می کند تا با دانش و مهارت و نگرش بهتر و توانمندتر به امر مراقبت بپردازد و مددجوی خود را حمایت نماید. در مطالعه حاضر، بیش از ۹۰ درصد از مراقبت کنندگان، هیچ‌گونه آموزش مدونی در مورد مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی قبل از مطالعه دریافت نکرده بودند و این مسأله منطبق با نتایج بررسی سوزنی و حسنی (۱۷) است که نشان داد بیش از ۸۰ درصد مراقبین هیچ آموزشی در خصوص پیشگیری و مراقبت از زخم‌های فشاری ندیده بودند.

همچنین Kwiczala- Szydlowska و همکاران تحقیقی را روی ۶۳ نفر از مراقبینی که بیمار آن‌ها در معرض خطر زخم فشاری قرار داشتند، در طی ۴ ماه انجام دادند و گزارش کردند که بیشتر مراقبت کنندگان (۵۳ درصد) هیچ گونه اطلاعاتی در مورد پیشگیری و درمان زخم فشاری کسب نکرده بودند؛ تنها ۲۳ درصد این افراد، اطلاعات مختصری را از پرستاران دریافت کرده بودند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که میزان مشارکت کارکنان در آموزش به خانواده‌هایی که بیمار در معرض خطر زخم دارند، پایین است (۱۹). عدم دریافت هیچ گونه آموزشی در خصوص نحوه مراقبت از بیمار با استناد به گزارش مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی شرکت کننده در پژوهش، می‌تواند ضرورت آموزش به مراقبین این بیماران را بیش از پیش مطرح نماید.

نتایج آزمون t نیز تفاوت معنی‌داری بین نمرات عزت نفس گروه‌های مورد و شاهد پیش از مداخله نشان نداد (P = ۰/۵۸۰). در گروه مورد، افزایش معنی‌داری (P < ۰/۰۰۱) در میانگین نمرات عزت نفس مراقبین در مرحله دوم اندازه‌گیری به دست آمد. اما در گروه شاهد، حتی میانگین نمرات عزت نفس افراد کمتر شده بود؛ هر چند که این کاهش معنی‌دار نبود (P = ۰/۰۸۳). بر اساس نتایج آزمون Independent t، افزایش میانگین نمرات عزت نفس افراد گروه مورد بسیار بیشتر (P < ۰/۰۰۱) از گروه شاهد بود.

Silver و Wellman معتقدند هر چه مراقب در خصوص اصول مراقبتی آموزش بیشتری ببیند، از انزوای اجتماعی و سایر مخاطرات به دور است و در واقع، عزت نفس وی نیز تأمین می‌گردد؛ به طوری که عزت نفس بالا وی را در امر مراقبت بهتر ترغیب می‌نماید (۲۰). نتایج حاصل از پژوهش حاضر نیز نشان دهنده افزایش عزت نفس در گروه مورد بود.

جدول شماره ۲: مقایسه میزان آگاهی مراقبین گروه‌های شاهد و مورد قبل و بعد از مداخله

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتایج آزمون Paired t
	میانگین ±انحراف معیار	میانگین ±انحراف معیار	
گروه مورد	۵/۰۴ ± ۱/۷۹	۹/۴۵ ± ۰/۸۲	t =۱۶/۰۶۰ ،df = ۴۳/۰۰ ،P < ۰/۰۰۱
گروه شاهد	۵/۱۴ ± ۱/۹۶	۵/۵۷ ± ۱/۶۵	t = -۲/۵۹۰ ،df = ۴۳/۰۰ ،P = ۰/۰۱۳
نتایج آزمون Independent t	t = -۰/۲۳۰ ،df = ۸۶/۰۰ ،P = ۰/۸۲۱	t = ۱۴/۰۰۴ ،df = ۶۳/۰۵ ،P < ۰/۰۰۱	

جدول شماره ۳: مقایسه عزت نفس مراقبین گروه‌های مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتایج آزمون Paired t
	میانگین ±انحراف معیار	میانگین ±انحراف معیار	
گروه مورد	۴/۳۲ ± ۴/۳۵	۶/۸۶ ± ۱/۹۹	t = −۴/۷۷۰ ،df = ۴۳/۰۰ ،P < ۰/۰۰۱
گروه شاهد	۴/۷۷ ± ۳/۱۸	۴/۳۶ ± ۳/۴۳	t = ۰/۸۷۰ ،df = ۴۳/۰۰ ،P = ۰/۰۸۳
نتایج آزمون Independent t	t = −۰/۵۶۰ ،df = ۸۶/۰۰ ،P = ۰/۵۸۰	t = ۴/۱۸۰ ،df = ۶۹/۰۱ ،P < ۰/۰۰۱	

نتایج مطالعه مسعودی و همکاران نیز حاکی از آن است که به کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده- محور تغییرات معنی‌داری در عزت نفس مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس ایجاد کرده است (۲۱). به نظر می‌رسد گذشت زمان و مواجهه با مسایل و مشکلات ناشی از مراقبت بیمار مبتلا به سکته مغزی، بدون آموزش مناسب و حمایت کافی، تأثیر نامطلوبی برعزت نفس مراقبین خواهد داشت. چنانچه نتایج نشان داد که پس از ۴ هفته مراقبت، میزان عزت نفس در گروه شاهد کاهش یافته بود. ملکوتی و همکاران نیز در همین راستا بیان می‌کنند که افزایش فشار مراقبان، عواقب متعددی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت، رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت (۲۲).

یافته مهم دیگر مبنی بر این بود که بر اساس ضریب همبستگی Spearman، پس از مداخله، بین نمرات آگاهی و عزت نفس مراقبین گروه مورد ارتباط مثبت و قوی (P = ۰/۰۰۷، r = ۰/۴۰۴) به دست آمد. اما همین آزمون، ارتباطی بین افزایش آگاهی و عزت نفس مراقبین گروه شاهد (P = ۰/۱۲۳، r = ۰/۲۳۶) نشان نداد.

با توجه به نتایج پژوهش، آموزش مراقبت خانواده- محور به مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی، باعث افزایش آگاهی و عزت نفس آنان می‌شود و می‌تواند منجر به بهبود کیفیت مراقبت از بیمار گردد. بنابراین، توصیه می‌شود از این برنامه آموزشی مراقبتی، ایمن و ارزان برای مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی و یا سایر بیماری‌های ناتوان کننده مزمن در مراکز درمانی کشور استفاده گردد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان به دلیل حمایت مالی، اعضای محترم هیأت علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری- مامایی این دانشگاه و جناب آقای دکتر رضا مسعودی، جناب آقای دکتر مسعود غیاثیان، تمامی مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی و کارکنان فداکار و زحمتکش بخش نورولوژی بیمارستان فرشچیان همدان تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

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; 18(1): 10-20.
2. Azarpazhooh MR, Etemadi MM, Donnan GA, Mokhber N, Majdi MR, Ghayour-Mobarhan M, 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 2010; 41(1): e3-e10.
3. Navidian A, Salar AR, Hashemi Nia A, Keikhaei A. Study of mental exhaustion experienced by family caregivers of patients with mental disorders, Zahedan Psychiatric Hospital, 2000. J Babol Univ Med Sci 2001; 3(4). (Persian).
4. Mitchell K. Assessment of stroke survivors: assisting families of stroke survivors on acute rehabilitation units. Top Stroke Rehabil 2009; 16(6): 420-4.
5. Jorstad M. Perceived life changes and feelings of depression in caregivers of persons with stroke [Thesis]. Toledo, OH: Medical College of Ohio 2004.
6. Dalvandi A, Heikkila K, Maddah SS, Khankeh HR, Ekman SL. Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors. Int Nurs Rev 2010; 57(2): 247-53.

7. Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude and knowledge of multiple sclerosis caregivers. J Birjand Univ Med Sci 2010; 17(2): 87-97. (Persian).
8. Dehghan Nayeri N, Mohammadi S, Pedram Razi S. Adherence of Family Caregivers of Patients with Stroke to Rehabilitation Regimen. Hayat 2012; 18(1): 30-41. (Persian).
9. Baghcheghi N, Koohestani HR. Quality of life of caregivers of elderly people with stroke at the hospitalization time and after leaving hospital, and its association with patients disabilities. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci 2011; 21(74): 35-41. (Persian).
10. Koohestani HR, Baghcheghi N. Burn out in caregivers of patients with stroke and its related factors. Hakim 2012; 14(4): 242-8. (Persian).
11. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2006; 4(4): 1-12. (Persian).
12. Shah S. Modified Barthel Index or Barthel Index. Compendium of quality of life instruments. New York, NY: Wiley; 1998.
13. Sharifi Neyestanak ND, Ghodoosi Boroojeni M, Seyedfatemi N, Heydari M, Hoseini AF. Self Esteem and its Associated Factors in Patients with Multiple Sclerosis. Iran J Nurs 2012; 25(78): 14-22. (Persian).
14. Ahmadi Ahangar A, Sanaat A, Saghebi R. Assessment of Risk Factor of stroke patient in Babol. J Babol Univ Med Sci 2005; 7(3): 55. (Persian).
15. Rahmani Anaraki H, Mahmoodi G, Rouhi G, Asayesh H, Nasiri H, Rakhshani H. General health status of neurologic patients' caregivers and the related factors. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery 2013; 9(2): 49-55. (Persian).
16. Baumann M, Lurbe-Puerto K, Alzahouri K, Aiach P. Increased residual disability among poststroke survivors and the repercussions for the lives of informal caregivers. Top Stroke Rehabil 2011; 18(2): 162-71.
17. Soozani A, Hasani M. The effect of structured educational model on knowledge of caregivers and the process of pressure ulcer healing in veterans with spinal cord injury in Shahroud, Iran. Horizon Med Sci 2007; 12(4): 55-61. (Persian).
18. Vahedi M, Feyzi F, Ebadi A, Kachoei H. The effect of Presence (Lecture) and Non-presence (Booklet & Reminder) education method on Nurse's Knowledge, Attitude and Performance (KAP) about Autonomic Dysreflexia in Tehran in 1389. Teb-e-Janbaz Iran J War Public Health 2012; 4(4): 21-8. (Persian).
19. Kwiczala-Szydlowska S, Skalska A, Grodzicki T. [Pressure ulcer prevention--evaluation of awarness in families of patients at risk]. Przegl Lek 2005; 62(12): 1393-7.
20. Silver HJ, Wellman NS. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. J Am Diet Assoc 2002; 102(6): 831-6.
21. Masoodi R, Soleimani M, Alhani F, Rabiei L, Bahrami N, Esmaeili S. Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self concept of multiple sclerosis patients care givers. Koomesh 2012; 14(2): 240-8. (Persian).
22. Malakouti SK, Noori R, Naghavi M, Ahmadi Abhari SA, Nasr Esfahani M, Afghah S. The burden of caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services. Hakim Res J 2003; 6(10): 1-10. (Persian).