مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۷، شماره ۴، زمستان ۸۶، صفحات ۲۱۳ تا ۲۱۸

Original Article

بررسی تاثیر آموزش مراقبت از خود بر توانبخشی مبتلایان به سکته مغزی همی‌پلژیک

محمد صاحب‌الزمانی[۱]، لیلا آلیلو[۲]، علی شکیبی[۳]

[۱] استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران
[۲] مربی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه
[۳] کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

چکیده

سابقه و هدف: *آموزش مراقبت از خود به بیمار مبتلا به سکته مغزی و خانواده وی رکن اصلی در اقدامات توانبخشی است. برای تسهیل انتقال مبتلایان به سکته مغزی از مراکز مراقبت حاد به جامعه و برای اطمینان از تداوم مراقبتها، برنامه‌های حمایتی اولیه بعد از ترخیص باید اجرا و ارزیابی شوند. هدف از مطالعه حاضر، تعیین تاثیر آموزش مراقبت از خود بر توانبخشی مبتلایان به سکته مغزی همی پلژیک ترخیص شده از بیمارستان بود.*

روش بررسی: *این مطالعه تجربی روی ۸۰ بیمار که به طور تصادفی به دو گروه ۴۰ نفری مطالعه و شاهد تقسیم شده بودند، انجام گرفت. در مرحله اول، اطلاعات مربوط به مشخصات فردی و توانایی عملکرد واحدهای مورد پژوهش دو گروه به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری شد. سپس به گروه مورد آموزش مراقبت از خود جهت توانبخشی داده شد. مرحله دوم پژوهش برای گروه مورد ۴۵ روز پس از آخرین جلسه آموزش مراقبت از خود انجام شد. گروه شاهد نیز بعد از ۴۵ روز از آزمون نوبت اول ارزیابی مجدد شدند.*

یافته‌ها: *نتایج نشان داد بین میانگین امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف عملکرد واحدهای مورد پژوهش گروه مورد قبل و بعد از آموزش اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین اختلاف آماری معنی‌داری بین عملکرد گروه مورد بعد از آموزش و گروه شاهد بعد از زمان آموزش وجود دارد. آزمون آماری t مستقل نیز نشاندهنده افزایش میزان عملکرد گروه مورد بعد از آموزش نسبت به گروه شاهد بعد از زمان آموزش می باشد ($P<۰/۰۰۰۱$).*

نتیجه‌گیری: *آموزش مراقبت از خود به مبتلایان به سکته مغزی همی‌پلژیک، منجر به بهبود عملکرد در این بیماران می‌گردد و همچنین احتمال بروز عوارض و بازگشت دوباره بیماران به بیمارستان را کاهش می دهد.*

واژگان کلیدی: *مراقبت از خود، توانبخشی، همی‌پلژیک، سکته مغزی.*

مقدمه

یکی از شایعترین بیماریها که منجر به ناتوانی می‌گردد، سکته مغزی است (۱). سکته مغزی اولین اختلال قلبی عروقی در ایالات متحده و در جهان می باشد. در هر سال ۵۰۰ هزار نفر برای اولین بار دچار سکته مغزی شده، صد هزار نفر دچار سکته مجدد گردیده و تقریباً ۱۶۰ هزار نفر در اثر سکته مغزی جان خود را از دست می‌دهند (۲). در ایران آمار دقیقی در خصوص شیوع سکته‌های مغزی و مرگ و میر ناشی از آن در دسترس نمی‌باشد. امروزه با توجه به پیشرفتهای موجود در تشخیص و درمان، با تعداد بیشتری از این بیماران نسبت به گذشته روبرو هستیم (۳). سالانه بیش از ۴۰۰ هزار نفر پس از برطرف شدن سکته مغزی از بیمارستان مرخص می‌گردند (۴). علاوه بر مرگ ناشی از این بیماریها، اختلالات و معلولیتهای جسمانی به جا مانده از این بیماریها، از لحاظ مراقبتهای

آدرس نویسنده مسئول: ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، لیلا آلیلو
(**email**: m-szamani@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۷/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۹/۲۴

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]

پزشکی و پرستاری در بیمارستان و منزل، به صورت یک معضل اجتماعی بزرگ درآمده است، و از طرفی عدم کارایی این افراد و بدنبال آن، مشکل روانی ایجاد شده، علاوه بر مشکل جسمانی، خود به صورت یک مسئله دیگر خود نمایی می‌کند (۵). از این رو، این بیماری به عنوان یکی از عوامل عمده از کار افتادگی به شمار می‌آید و هزینه اقتصادی گرانی را بر جامعه تحمیل می‌کند (۶). مشتاق به نقل از اسملترز و بیر (۱۳۸۲) می‌نویسد: بیمار دچار سکته در معرض چندین عارضه قرار می‌گیرد که عبارتند از: عدم استقرار در وضعیتی مشخص و سایر مشکلات عضلانی اسکلتی، اشکال در بلع، اختلال در عملکرد مثانه و روده، عدم توانایی در انجام امور مربوط به مراقبت از خود، و از بین رفتن سلامت پوست. بعد از اینکه سکته کلیه مراحل خود را طی نمود و تکمیل گشت، رسیدگی به بیمار متوجه آغاز سریع فعالیتهای توانبخشی برای کلیه نواقص ایجاد شده می‌گردد (۲). اخیراً با افزایش هزینه‌های خدمات بیمارستانی، طول بستری مبتلایان به سکته مغزی در بیمارستان کوتاهتر 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 (۷). پرستاران به دلیل نقشهای گسترده‌ای که دارند می‌توانند افرادی فعال در طرح توانبخشی بیمار باشند و این مشارکت، ارتباط پرستار و مددجو را در فرآیند بهبودی افزایش می‌دهد. از مسئولیتهای مهم پرستار، نقش حیاتی او در آموزش بیمار، توانبخشی و تبدیل او از یک عنصر وابسته به یک فرد مستقل و خود کفاست (۸). بنا به اظهارات فیپس (۲۰۰۳)، مهمترین نکته در بازتوانی بیمار، مشارکت او در آماده ساختن خویش برای مراقبت از خود می‌باشد. اگر به بیماران مزمن آموزش داده شود که مراقبت از خود را به طور مستقل انجام دهند نسبت به اینکه دیگران این مراقبتها را برایشان انجام دهند، بیشتر باعث پیشرفت بهبودی شان خواهد شد (۹).

لازم به یادآوری است که مدل اورم بیماران را انسانهایی می‌داند که می‌خواهند و می‌توانند نقشهایی که به آنان واگذار می‌شود را بر عهده بگیرند و مایلند به وضعیتی برسند که قادر به مراقبت از خود باشند (۱۰). لذا آموزش مبتلایان به سکته مغزی که با هدف اصلی «کمک به بیمار و خانواده‌اش در جهت کسب توانایی مراقبت از خود برای به حداکثر رساندن عملکردها و بهبود کیفیت زندگی» انجام می‌شود، جایگاه و اهمیتی خاص در برنامه درمانی بیماران مذکور پیدا می‌کند (۸).

لارسون و همکارانش مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی تاثیر برنامه‌های آموزشی و حمایتی پرستاران بر مبتلایان به سکته مغزی و همسرانشان (۱۰۰ زوج) انجام دادند. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که در طول زمان از نظر کیفیت کلی زندگی (P<۰/۰۱) و رفاه کلی (P=۰/۰۲) بین دو گروه اختلاف زیادی مشاهده شد. نمرات عملکرد گروه مورد بعد از ۱۲ ماه به میزان زیادی افزایش یافته بود (P=۰/۰۲). کیفیت زندگی گروهی که ۵ تا ۶ جلسه شرکت کرده بودند نسبت به گروهی که در جلسات کمتری شرکت کرده بودند، افزایش بیشتری داشت (۱۱).

مک برید و همکاران در مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر مداخلات پرستاری بعد از ترخیص بر روی۹۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی و خانواده‌هایشا ن به این نتیجه رسیدند که بیش از نیمی از بیماران وابستگی نسبی در انجام فعالیتهای روزمره زندگی داشتند. بین شدت سکته و سن بیماران و میزان وابستگی آنها به سایر اعضاء خانواده ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. همچنین سیستم طبقه‌بندی جهت ارائه مداخلات و آموزش توسط پرستاران مفید گزارش شد (۱۲).

بنابراین برنامه‌های توانبخشی به عنوان یک هدف مهم درمانی به بیماران در جهت عدم وابستگی و اجتناب از بستری شدن‌های مکرر بیمارستانی و کاهش هزینه‌های سرسام‌آور کمک می‌کند و پرستاران می‌توانند با تأکید بر توانایی‌های باقیمانده حتی‌الامکان حس استقلال را در آنها تقویت و در جهت خود کفا ساختن آنها برای مراقبت از خود آنان را یاری و حمایت نمایند.

پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مراقبت از خود بر توانبخشی مبتلایان به سکته مغزی همی‌پلژیک ترخیص شده از بیمارستانهای علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۸۵ انجام شد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی است که در آن بر اساس اهداف پژوهش و با توجه به نوع پژوهش از دو گروه مورد و شاهد استفاده شده است و فقط گروه آزمون در معرض متغییر مستقل (آموزش مراقبت از خود) قرار گرفته و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و در پایان با آزمون ثانویه چگونگی تاثیر آموزش مراقبت از خود بر متغییر وابسته مورد مطالعه (توانبخشی بیماران مبتلا به سکته مغزی همی‌پلژیک) سنجیده شد. کلیه مبتلایان به سکته مغزی همی‌پلژیک ترخیص شده از بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بعنوان جامعه پژوهش در نظر گرفته شده و تعداد ۸۰

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]

نفر از آنها که مشخصات واحدهای پژوهش را دارا بودند، انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه ۴۰ نفری مورد و شاهد تقسیم شدند. معیارهای انتخاب نمونه به قرار زیر بود: سن بین ۷۰-۴۰سال، تشخیص قطعی سکته مغزی همی‌پلژیک توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، امکان انجام مراقبت از خود و آموزش‌پذیری، فقدان بیماری مزمن شناخته شده مثل سرطان، مولتیپل اسکلروزیس، پارکینسون و ...، واحدهای مورد پژوهش از گروه پزشکی نباشند، دریافت نکردن آموزشهای قبلی در زمینه برنامه توانبخشی سکته مغزی، و نداشتن اختلالات هوشیاری یا حافظه، اختلالات روانی و آفازی در هنگام ترخیص.

روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش مصاحبه و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش مشخصات فردی، مقیاس فعالیتهای روزمره زندگی (Activity of Daily Living) (۱۰سوال) و مقیاس فعالیتهای اساسی روزمره زندگی (Instrumental Activity of Daily Living) (۸ سوال) بود. در این پژوهش جهت تعیین اعتبار علمی مقیاس، از روش اعتبار محتوی و جهت کسب اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده شد و میزان همبستگی بین نتایج حاصل از دو مرحله به فاصله ۷ روز تعیین شد که با (r=٪۸۶) از اعتماد قابل قبول آماری برخوردار بود.

به هنگام ترخیص وضعیت عملکرد واحدهای مورد پژوهش هر دو گروه به وسیله پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. سپس به گروه مورد در زمینه بهداشت فردی، استحمام، تغذیه، دستشویی رفتن، آرایش کردن، لباس پوشیدن،کنترل روده‌ای، کنترل مثانه، تحرک، استفاده از صندلی چرخدار، انتقال از صندلی به تخت و برعکس و پیگیری برنامه درمانی طی ۴۵ روز (۸- ۶ جلسه) هر جلسه ۲ ساعت آموزش داده شد و همزمان جزوه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت. در مرحله دوم پژوهش که ۴۵ روز پس از آخرین جلسه آموزش انجام شد بیماران مجددا با همان فرم پرسشنامه اولیه ارزیابی شدند. در گروه شاهد نیز یک بار در ابتدا با فرم ذکر شده در هنگام ترخیص مورد آزمون قرار گرفتند و ۴۵ روز بعد با همان فرم پرسشنامه در منزل مجددا ارزیابی شدند. لازم به ذکر است که به لحاظ رعایت اصول اخلاقی پس از برگزاری مرحله دوم پاسخ به فرم مذکور، به گروه شاهد نیز آموزشهای لازم و جزوه آموزشی ارائه شد. کلیه پرسشنامه‌ها کدبندی گردید و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار کامپیوتری SPSS استفاده گردید. برای توصیف اطلاعات از آمار توصیفی (تهیه جداول، توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار و ...) و برای تحلیل آنها از آزمون آماری استنباطی مانند آزمون مجذور کای، t مستقل، آزمون ویلکاکسون و تست دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در دوگروه در گروه سنی ۷۰-۶۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه مورد ۷/۰±۶۲/۱ سال و گروه شاهد ۶/۹±۶۲/۸ سال بود. ۶۰٪ واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد و ۵۵٪ در گروه شاهد مونث بودند. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در هر دوگروه متاهل و بی‌سواد بودند. ۶۰٪ گروه مورد و ۵۵٪ گروه شاهد خانه‌دار بودند. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه بین ۱۴-۷ روز در بیمارستان بستری بودند. ۷۲/۵٪ گروه مورد و شاهد سابقه بستری قبلی به دلیل سکته مغزی نداشتند. ۴۰٪ در هر دو گروه مورد و شاهد اختلال حرکتی در دست چپ و پای چپ داشتند. ۳۵٪ گروه مورد و ۳۷/۵٪ گروه شاهد اختلال حسی در دست چپ و پای چپ داشتند. همچنین ۵۲/۵٪ گروه مورد و ۴۵٪ گروه شاهد سیگاری بودند. ۳۰٪ گروه مورد و ۴۰٪ گروه شاهد دارای سابقه پرفشاری خون بودند.

میانگین شاخص نمرات در گروه مورد قبل از آموزش ۳/۷۰±۱۰/۷۲ بود که پس از آموزش به ۳/۶۷±۲۵/۶۲ ارتقاء یافت. حال آنکه این ارقام در گروه شاهد بعد از آزمون نوبت اول ۱/۷۶±۸/۰۲ و پس از آزمون نوبت دوم به ۲/۰۶±۱۲/۴۲ رسید.

توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت عملکرد در حیطه فعالیتهای روزمره زندگی و فعالیتهای اساسی روزمره زندگی بعد از آموزش در گروه مورد و بعد از آزمون نوبت دوم در گروه شاهد در جدول ۱ خلاصه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد در تمام حیطه‌ها، آموزش موثر واقع شده به طوری که آزمون آماری کای دو اختلاف معنی‌داری بین عملکرد گروه مورد و شاهد در زمینه حمام کردن (P=۰/۰۰۲)، لباس پوشیدن (P<۰/۰۰۰۱)، توالت رفتن(P<۰/۰۰۰۱)، آرایش کردن (P<۰/۰۰۰۱)، غذا خوردن (P<۰/۰۰۰۱)، مراقبت از موها (P<۰/۰۰۰۱)، مراقبت از دهان و دندان (P<۰/۰۰۰۱)، تحرک داخل منزل (P<۰/۰۰۰۱) و تحرک خارج از منزل (P<۰/۰۰۰۱) نشان داد. بنابراین آموزش مراقبت از خود بر عملکرد گروه مورد در حیطه‌های فوق تاثیر داشته است.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت عملکرد در حیطه فعالیتهای روزمره زندگی و فعالیتهای اساسی روزمره زندگی بعد از آموزش در گروه مورد و بعد از آزمون نوبت دوم در گروه شاهد در بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی ارومیه.

وضعیت عملکرد / حیطه	مورد				شاهد				P value
	بهتر شده		تغییر نکرده		بهتر شده		تغییر نکرده		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
حمام کردن	۳۴	۸۵	۶	۱۵	۲۱	۵۲/۵	۱۹	۴۷/۵	۰/۰۰۲
لباس پوشیدن	۳۰	۷۵	۱۰	۲۵	۹	۲۲/۵	۳۱	۷۷/۵	۰/۰۰۰
توالت رفتن	۳۲	۸۰	۸	۲۰	۸	۲۰	۳۲	۸۰	۰/۰۰۰
آرایش کردن	۳۰	۷۵	۱۰	۲۵	۹	۲۲/۵	۳۱	۷۷/۵	۰/۰۰۰
غذا خوردن	۳۳	۸۲/۵	۷	۱۷/۵	۱۳	۳۲/۵	۲۷	۶۷/۵	۰/۰۰۰
مراقبت از موها	۳۶	۹۰	۴	۱۰	۷	۱۷/۵	۳۳	۸۲/۵	۰/۰۰۰
مراقبت از دهان و دندان	۳۵	۸۷/۵	۵	۱۲/۵	۴	۱۰	۳۶	۹۰	۰/۰۰۰
تحرک داخل منزل	۳۳	۸۲/۵	۷	۱۷/۵	۶	۱۵	۳۴	۸۵	۰/۰۰۰
تحرک خارج از منزل	۳۲	۸۰	۸	۲۰	۳	۷/۵	۳۷	۹۲/۵	۰/۰۰۰
کنترل ادرار و مدفوع	۲۳	۵۷/۵	۱۷	۴۲/۵	۱۸	۴۵	۲۲	۵۵	۰/۲۶۳
استفاده از تلفن	۲۹	۷۲/۵	۱۱	۲۷/۵	۱۲	۳۰	۲۸	۷۰	۰/۰۰۰
خرید کردن	۳۱	۷۷/۵	۹	۲۲/۵	۱۱	۲۷/۵	۲۹	۷۲/۵	۰/۰۰۰
آماده کردن غذا	۲۹	۷۲/۵	۱۱	۲۷/۵	۱۳	۳۲/۵	۲۷	۶۷/۵	۰/۰۰۰
انجام کارهای منزل	۳۸	۹۵	۲	۵	۸	۲۰	۳۲	۸۰	۰/۰۰۰
شستن لباس	۳۴	۸۵	۶	۱۵	۱۱	۲۷/۵	۲۹	۷۲/۵	۰/۰۰۰
ایاب و ذهاب	۳۱	۷۷/۵	۹	۲۲/۵	۹	۲۲/۵	۳۱	۷۷/۵	۰/۰۰۰
پیگیری برنامه‌های درمانی	۳۵	۸۷/۵	۵	۱۲/۵	۱۱	۲۷/۵	۲۹	۷۲/۵	۰/۰۰۰
اداره امور مالی	۳۶	۹۰	۴	۱۰	۵	۱۲/۵	۳۵	۸۷/۵	۰/۰۰۰

در رابطه با کنترل ادرار و مدفوع نتایج نشان می‌دهد که ۵۷/۵٪ واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد بعد از آموزش بهبود عملکرد داشتند در حالیکه در گروه شاهد ۴۵٪ بعد از آزمون نوبت دوم بهبود عملکرد داشتند (NS). همچنین بین عملکرد واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد پس از آموزش نسبت به گروه شاهد پس از آزمون نوبت دوم در حیطه استفاده از تلفن (P<۰/۰۰۰۱)، خرید کردن (P<۰/۰۰۰۱)، آماده کردن غذا (P<۰/۰۰۰۱)، انجام کارهای منزل (P<۰/۰۰۰۱)، شستن لباس (P<۰/۰۰۰۱)، ایاب و ذهاب (P<۰/۰۰۰۱)، پیگیری برنامه‌های درمانی (P<۰/۰۰۰۱) و اداره امور مالی (P<۰/۰۰۰۱) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

علاوه بر تاثیر آموزش مراقبت از خود در تمامی حیطه‌ها در گروه مورد، آزمون آماری t مستقل بیانگر افزایش میزان عملکرد گروه مورد بعد از آموزش نسبت به گروه شاهد بعد از آزمون نوبت دوم می‌باشد (P<۰/۰۰۰۱).

به عبارتی بین میزان عملکرد کلی واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد پس از آموزش نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشاندهنده تاثیر مثبت آموزش است. همچنین آزمون آماری t مستقل ارتباط معنی‌داری بین میزان عملکرد و سن، جنس، سطح تحصیلات، مدت زمان بستری در بیمارستان، شغل و تعداد دفعات بستری قبلی به دلیل سکته مغزی نشان می‌دهد (P<۰/۰۰۰۱).

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش در تمام حیطه‌ها بر عملکرد گروه مورد تاثیر داشته است. بنابراین پرستاران نقش مهمی در به حداقل رساندن معلولیتهای جسمی مبتلایان به سکته مغزی دارند. تورسن و همکاران در مطالعه‌ای که با هدف بررسی تاثیر حمایتهای اولیه بعد از ترخیص و تداوم توانبخشی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]

در منزل برای مبتلایان به سکته مغزی در سودان انجام دادند اعلام نمودند که ۱۲ هفته بعد از وقوع سکته در هر دو گروه مورد و شاهد تعداد زیادی از بیماران مستقل شدند که از نظر آماری معنی‌دار بود. نتایج بررسی بعد از ۵ سال نشان داد که تعداد قابل توجهی از بیماران در گروه مورد در انجام فعالیتهای روزمره زندگی مستقل ودر فعالیتهای اداره منزل فعال شده بودند (۱۳). همچنین نتایج پژوهش هوپمن و ورنر در سال ۲۰۰۳ نشان داد که بیماران قادرند عملکرد جسمانی خویش را در طی دوره‌های توانبخشی و به ویژه تمرینات جسمانی بهبود بخشند (۱۴).

یافته‌های دیگر پژوهش بیانگر آن است که مبتلایان به سکته مغزی در هنگام ترخیص توانایی عملکرد پایینی داشته‌اند. از آنجا که در مورد بیماران بستری، از نظر زمانی، پرستاران بیشترین مدت را در کنار بیمار مبتلا به سکته مغزی می‌گذرانند، لذا پرستاران در پیشگیری از بروز و یا افزایش عوارض ناشی از معلولیت نقش بسیار چشمگیری دارند و این وظیفه پرستار است که در هنگام بستری بودن بیمار در بیمارستان و موقع ترخیص، به طور روزانه بیمار و خانواده‌اش را در جریان پیشرفت بیماری و فرایند درمان و بازتوانی قرار دهد. همچنین حضور عضوی از خانواده در کنار بیمار در هنگام آموزش، باعث افزایش آگاهی و عملکرد فرد در مراقبت از بیمار می‌شود. یافته‌های پژوهشی مشابه بیانگر آنست که بعد از آموزش به بیمار، وضعیت عملکرد آنان نسبت به بیمارانی که این آموزشها را نگرفته بودند، مطلوب‌تر است(۱۵). از آنجا که بیمار بعد از ترخیص در محیط منزل و تحت مراقبت مستقیم خانواده قرار می‌گیرد، یکی از مهمترین نیازهای خانواده‌های دارای عضو مبتلا به سکته مغزی کسب اطلاعات در مورد وضعیت بیمار، سیر و پیش‌آگهی بیماری، نیازها و نحوه مراقبت از بیمار می‌باشد. بنابراین پرستاران باید آموزش بیماران را یکی از اصول اساسی قبل از ترخیص تلقی کنند و در این زمینه به آنها مسئولیت رسمی داده شود. از سوی دیگر با کشاندن دامنه مراقبتها به منزل، مدد جویان، روزهای کمتری را در بیمارستان سپری می‌کنند.

نتایج پژوهش کالرا و همکارانش بیانگر آن است که اگر در برنامه‌های توانبخشی فرد، بیمار و خانواده وی آموزش ببینند، هم مخارج و هزینه‌ها کاهش می‌یابد و هم روی جنبه‌های روان‌شناختی موثرتر است (۱۵). بنابراین پرستاران ابتدا باید در حضور بیمار و اعضای خانواده بعضی از روشهای مراقبت از خود نظیر نحوه راه رفتن، غذاخوردن، استحمام، رعایت بهداشت فردی و ... را انجام داده و به آنان آموزش دهند و اعضای خانواده را برای مشاهده علائم مهم و واکنش به درمانها، افزایش راحتی بیمار و حتی مشارکت در مراقبتهای پیشرفته آموزش دهند و آنان را به گرفتن نقش فعال تشویق نمایند و برای حل مسائل پیش آمده با آنان مشاوره نمایند.

در مجموع یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مراقبت از خود باعث بهبود عملکرد مبتلایان به سکته مغزی در زمینه فعالیتهای روزمره زندگی و فعالیتهای اساسی روزمره زندگی می‌شود. همچنین احتمال بروز عوارض و بازگشت دوباره بیماران به بیمارستان را کاهش می‌دهد. بنابراین پرستاران می‌توانند با اجرای اقداماتی همچون آموزش، تغییر نگرش و افزایش تواناییهای بیماران به آنها در این خصوص کمک نموده و مسئولیت خویش را در جهت حفظ سلامت روحی، روانی و جسمی بیماران ایفا نمایند. همچنین با قرار دادن مطالب و جزوات آموزشی در اختیار مبتلایان به سکته مغزی همی‌پلژیک هنگام ترخیص می‌توانند بیمار و خانواده‌اش را هر چه بیشتر با ماهیت بیماری، عوارض و توانایی‌های مراقبت از خود آشنا سازند. بعلاوه آگاهی از روشهای مراقبت از خود باید در برنامه آموزشی دانشجویان پرستاری به هنگام تدریس دروس نظری و کارورزی بخشهای مغز و اعصاب مورد تاکید و دقت بیشتری قرار گیرد. مراکز درمانی می‌توانند با استفاده از این پژوهش ضمن ارزشیابی برنامه‌های درمانی، مراقبتی و حمایتی خود از این بیماران، برنامه‌ریزیهای خود را تصحیح کرده، منابع مالی مناسب را جهت اجرای آن اختصاص دهند. مدیران باید در جهت بکارگیری افراد باتجربه و ورزیده در بخشهای مغز و اعصاب و همچنین با تامین امکانات بیشتر جهت تهیه جزوات آموزشی و برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت در بالا بردن سطح آگاهی و عملکرد پرستاران در این زمینه کوشش نمایند.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]

REFERENCES

۱. احمدی ک (مولف). اعصاب. چاپ اول، تهران، انتشارات فردا، سال ۱۳۸۵، صفحه ۲۱۷.

۲. مشتاق ز. در ترجمه: پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث (اسملترز س، بیر ب، مولفین). دستگاه اعصاب. ویرایش دهم، تهران، نشر سالمی، سال ۱۳۸۲، صفحه ۱۳۵.

۳. نوریان ک، کاظمیان ا، اصلانی ی و همکاران. تاثیر اقدامات توانبخشی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۸۴؛ سال ۱۳، شماره ۵۰، صفحات ۲۲ تا ۲۷.

۴. عظیمیان م، زاهد ژ. بررسی سکته مغزی ایسکمیک و ارتباط آن با ریسک فاکتورها در بیماران بستری در بیمارستان سینا همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۱۳۸۰؛ سال هفتم، شماره ۲، صفحات ۲۰ تا ۲۳.

۵. نورمحمدی ش. بررسی حوادث عروق مغزی در بالغین. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۲؛ سال هشتم، شماره ۲۹ و ۳۰، صفحات ۱ تا ۷.

۶. نبی‌پور ا. اختلالات هیپرلیپیدمی در حوادث عروقی مغز در استان بوشهر یک مطالعه آینده نگر. مجله دیابت و لیپید ایران، ۱۳۸۱؛ سال ۲، شماره ۱، صفحات ۳۱ تا ۳۸.

7. Sit WH. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. J Clin Nurs 2004;13:816-24.

۸. باقر مداح س و همکاران (مولفین). مباني، ديدگاه، نظريه‌هاي نوين و پژوهشهاي انجام شده در پرستاري توانبخشي. چاپ اول، تهران، انتشارات سازمان بهزيستي كشور و دانشگاه علوم بهزيستي و توانبخشي، سال ۱۳۸۱، صفحات ۱۶۹ تا ۲۹۶.

9. Phipps WJ. Medical–surgical nursing; Health and illness perspectives. 7th ed. Philadelphia: Mosby Co, 2003;P: 82-144.

۱۰. تبري ر. در ترجمه: تئوريهاي پرستاري (اگلتون پيتر، مولف). چاپ اول، تهران، نشر بشري، سال ۱۳۸۲، صفحه ۸۸.

11. Larson J, Franzén-Dahlin A, Billing E, Arbin M, Murray V, Wredling R. The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. J Clin Nurs 2005;14(8):995-1003.

12. McBride KL, White CL, Sourial R, Mayo N. Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. J Adv Nurs 2004;47(2):192-200.

13. Thorsén AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta J, von Koch L. A randomized controlled trail of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke; five – year follow – up of patient out come. Stroke 2005;36:297 –303.

14. Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. Stroke 2003;34:801-5.

15. Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M, et al. Training cares of stroke patients: randomized controlled trial. BMJ 2004;328(7448):1099.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]