

## بررسی تأثیر آموزش مراقبت در منزل به مراقبین بیمار بر افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران سکتۀ مغزی در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸

سودا زنگباری<sup>۱</sup>، جمال احمدزاده<sup>۲</sup>، معصومه همتی مسلک پاک<sup>۳</sup>، نادر آقاخانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۱/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۲/۰۲

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** سکتۀ مغزی در خیلی از موارد منجر به افسردگی پس از سکتۀ می‌گردد که اثرات منفی شدیدی را بر کیفیت زندگی مبتلایان به همراه دارد. افسردگی پس از سکتۀ و کیفیت زندگی ممکن است تأثیراتی متقابل بر هم داشته باشند. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت در منزل به مراقبین بر افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران سکتۀ مغزی در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸ طراحی و انجام شده است.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون استفاده شد. حجم نمونه ۶۶ نفر از بیماران واجد شرایط بودند که به روش تصادفی به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تقسیم شدند. فرم اطلاعات جمعیت شناختی بیماران و مراقبین آن‌ها از پرونده و مصاحبه تکمیل و از تمامی بیماران شرکت‌کننده پیش‌آزمونی جهت ارزیابی افسردگی و کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و پیرایش دوم و پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی سکتۀ مغزی گرفته شد. مداخله، شامل اجرای آموزش مراقبت در منزل برای مراقبین طی چهار جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، یک بار در هفته توسط پژوهشگر در منزل بیماران به‌صورت چهره به چهره همراه با بحث و تبادل نظر و پرسش و پاسخ میان پژوهشگر و مراقب اصلی بیمار بود. پس‌آزمون پس از یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل جهت ارزیابی افسردگی و کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه‌های قبلی انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که است که قبل از مداخله دو گروه تحت بررسی با هم اختلاف معنی‌داری از نظر آماری نداشته‌اند ( $p=0/981$ ) ولی دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری از نمرات افسردگی داشته‌اند و نمره افسردگی در گروه مداخله از ۳۹/۴۵ قبل از مداخله به نمره ۲۲/۵۲ بعد از مداخله کاهش داشته است ( $p<0/001$ ) درحالی‌که این روند در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر و ثابت مشاهده می‌شود. همچنین یافته‌ها نشان داد که قبل از مداخله دو گروه تحت بررسی با هم اختلاف معنی‌داری از نظری آماری در رابطه با نمره کیفیت زندگی نداشته‌اند ( $p=0/471$ ) ولی دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری از نظر نمرات کیفیت زندگی داشته‌اند و نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله از ۱۱۸/۵۸ قبل از مداخله به نمره ۱۸۳/۹۷ بعد از مداخله افزایش داشته است ( $p<0/001$ ) درحالی‌که این روند در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر و ثابت مانده بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش مراقبت در منزل به مراقبین بر کاهش افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران سکتۀ مغزی مؤثر است. پیشنهاد می‌شود تأثیر آموزش مراقبین بیماران سکتۀ مغزی بر وضعیت افسردگی و کیفیت زندگی آنان در مطالعات جداگانه به‌صورت دوره‌ای یا در مطالعات با حجم نمونه بیشتر در سطح ملی توسط سایر محققین موردبررسی و مقایسه قرار گیرد و نتایج حاصله به مدیران و سیاست‌گذاران حیطه بهداشت و درمان منعکس گردد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش، مراقبت در منزل، مراقبین، افسردگی، کیفیت زندگی، سکتۀ مغزی

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۴۰، خرداد ۱۴۰۰، ص ۱۹۳-۲۰۶

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، کیلومتر ۱۵ جاده نازلو، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۷۶۱۴۹

Email: naderaghakhani2000@gmail.com

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری گرایش ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه

<sup>۳</sup> استاد دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه

<sup>۴</sup> دانشیار مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، انستیتو تحقیقات علوم بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه (نویسنده مسئول)

## مقدمه

سکته مغزی نوعی اختلال نورولوژیک ناگهانی است که به دنبال آن خون‌رسانی به ناحیه‌ای که دچار سکته مغزی شده است مختل می‌شود. به بیان دیگر اگر خون‌رسانی به قسمتی از مغز دچار اختلال شده و متوقف گردد، این قسمت از مغز دیگر نمی‌تواند عملکرد طبیعی خود را داشته باشد. سکته مغزی می‌تواند به عللی مانند بسته شدن یا پاره شدن یکی از رگ‌های خون‌رسان مغز ایجاد شود. (سکته مغزی ایسکمیک)<sup>۱</sup> و یا یک رگ خونی مغز پاره شده و خون‌رسانی به بخشی از مغز متوقف می‌شود (سکته مغزی هموراژیک)<sup>۲</sup> (۱).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سکته مغزی عبارت است از مجموعه‌ای از علائم کلینیکی که به‌طور ناگهانی ایجاد شده، مربوط به عملکرد ناحیه‌ای یا کلی مغز است و بیش از ۲۴ ساعت تداوم می‌یابد، هیچ علت واضحی جز منشأ عروقی ندارد (۲، ۳). عوارضی که بعد از سکته مغزی ایجاد می‌شود بستگی به محل سکته و وسعت بافت‌های گرفتار شده در مغز دارد. عوارض سکته مغزی از عوارض خفیف و گذرا مثل تاری دید تا عوارض فلج‌کننده دائمی و یا حتی مرگ را شامل می‌شود. اگر این علائم در طول ۲۴ ساعت از بین بروند، این وضعیت را حمله ایسکمیک گذار<sup>۳</sup> می‌نامند که یک علامت هشداردهنده از یک سکته مغزی احتمالی در آینده است (۲).

در بین بیماری‌های مزمن عصبی بالغین، سکته مغزی از نظر اهمیت و شیوع رتبه اول را دارا بوده (۴) و سومین علت مرگ‌ومیر در سراسر جهان است (۵). داده‌های مطالعات اپیدمیولوژی، بیماری سکته مغزی را عامل اصلی ناتوانی‌های طولانی‌مدت در کشورهای صنعتی و توسعه‌نیافته معرفی کرده است (۶، ۷). اپیدمیولوژیست‌ها نسبت به همه‌گیر شدن این بیماری در ۱۰ سال آینده هشدار داده‌اند (۸).

در ابتدای قرن بیست و یکم، میزان بروز سکته مغزی در اروپا بین ۹۵ تا ۲۹۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال با میزان مرگ‌ومیر یک‌ماهه ۱۳ تا ۳۵ درصد بود. تقریباً ۱/۱ میلیون نفر از ساکنان اروپا هر ساله دچار سکته مغزی می‌شوند که سکته ایسکمیک مغزی حدود ۸۰ درصد موارد را تشکیل می‌دهد (۹). طبق مطالعات پراکنده اپیدمیولوژی شیوع سکته مغزی در ایران ۲۳۷ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است (۱۰، ۱۱). متخصصان کم‌تحرکی، مصرف بی‌رویه نمک و چربی، چاقی، استعمال دخانیات و در مجموع رژیم نامناسب غذایی و سبک زندگی نادرست را عاملی برای حرکت به سمت سکته‌های مغزی ایرانیان می‌دانند (۱۲). این بیماری مزمن به‌طور بالقوه

می‌تواند بر روی تمام جنبه‌های زندگی فرد و خانواده وی تأثیر بگذارد (۱۳). تغییر در ذهنیت، شناخت و تحرک به‌نوبه خود می‌تواند روی توانایی مراقبت از خود، تصویر ذهنی از بدن، سطح فعالیت و احساس بهبودی کلی فرد تأثیر گذارد. به‌طوری‌که نقش‌ها و مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد مختل شده و باعث عدم کارایی مناسب فرد می‌شود (۱۴). مسائل روانی نیز در طی دوره بعد از سکته مغزی شایع است (۱۵) که می‌تواند در رابطه مستقیم با بیماری و آسیب سیستم اعصاب مرکزی باشد و یا در زمینه افت کارایی و آسیب شدید اعتمادبه‌نفس و حس سالم بودن فرد ایجاد گردد (۱۶، ۱۷).

در بررسی‌های انجام‌شده، مشخص گردید، بیش از ۵۰ درصد این بیماران دارای مشکلات خلقی بوده که از این میزان ۴۰-۲۳ درصد دارای درجات مختلفی (خفیف تا شدید) از افسردگی هستند (۱۸). احتمال اختلال در عملکرد جسمی در بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی بسیار بالاست (۱۹). تخمین زده شده است که افسردگی ۴۸-۵ درصد از تغییرات پیامدهای جسمی و عملکردی را شامل شود؛ بنابراین این‌گونه به نظر می‌رسد که عملکرد و افسردگی با هم در تعامل باشند؛ طوری که افت عملکرد منجر به افسردگی و افسردگی منجر به افت عملکرد پس از سکته مغزی گردد (۲۰، ۲۱). تمامی این تغییرات می‌تواند به‌طور بالقوه بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر بگذارد (۲۲، ۲۳).

کیفیت زندگی به‌عنوان درک فرد از خویش که تحت تأثیر سیستم‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند، قرار دارد و بر همین اساس، اهداف، انتظارات، استانداردها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی متأثر از وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات اوست (۲۴). در بررسی‌های انجام شده مشخص گردید، سکته مغزی موجب کاهش کیفیت زندگی در سه بعد جسمانی، روانی-روحي و اجتماعی می‌گردد (۲۵، ۲۶). مطالعه پاریخ و همکاران<sup>۴</sup> در سال ۲۰۱۸ مشخص گردید که بازماندگان سکته مغزی کیفیت زندگی پایینی به‌ویژه در ابعاد جسمی و روانی دارند. همچنین در مطالعه آنان استقلال عملکرد این بیماران پایین گزارش گردید (۲۷). شبنوا و همکاران<sup>۵</sup> نیز در سال ۲۰۱۸ بر پایین بودن کیفیت زندگی در این بیماران اذعان داشتند (۲۸).

بر پایه مطالب مذکور ضروری است برنامه‌های مراقبتی و بازتوانی مناسبی بلافاصله پس از ترخیص در جهت کاهش شیوع

<sup>4</sup> Parikh et al

<sup>5</sup> Šebeňová et al

<sup>1</sup> Ischemic Stroke

<sup>2</sup> Hemorrhagic Stroke

<sup>3</sup> Transient Ischemic Attack

موضوع مراقبت خانوادگی از این بیماران یک امر مهم در کاهش عوارض و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران محسوب می‌شود. لذا پژوهشگر مطالعه‌ی حاضر را باهدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت در منزل به مراقبین بر افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی طراحی و اجرا نموده است.

### مواد و روش کار

تمام بخش‌های مقاله حاضر بر اساس چک‌لیست استاندارد در مطالعات مداخله‌ای نگارش شده است (۳۸). پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون استفاده شد. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از شورای پژوهش دانشگاه و اخذ کد RCT از مرکز بین‌المللی ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT20200316046794N1) و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق و پس از هماهنگی‌های لازم با مدیریت مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه، به واحد مدارک پزشکی بیمارستان جهت نمونه‌گیری مراجعه نمود.

قبل از شروع نمونه‌گیری، ابتدا جهت بررسی نیازهای آموزشی مراقبت در منزل مراقبین، محتوای بسته آموزشی اولیه که برگرفته از مطالعات مشابه و نظر سه نفر از اساتید در این زمینه است در اختیار ده نفر از اساتید متخصص در این حوزه قرار گرفت و نظرات آن‌ها در ارتباط با محتوای آموزشی و مسائلی که به نظرشان در بسته آموزشی نبوده، جویا شده و بر اساس صلاحدید اساتید به محتوای اولیه اضافه شد.

محقق با مراجعه به پرونده‌های پزشکی بیماران سکته مغزی اقدام به دریافت شماره تماس و آدرس کلیه بیمارانی که بیش از چهار ماه و کم‌تر از دو سال از سکته‌شان گذشته نمود و ۶۶ نفر از بیماران واجد شرایط به مطالعه را انتخاب به روش تصادفی بر اساس پرتاب سکه، به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تقسیم نمود. ملاک‌های ورود بیماران شامل داشتن سن ۴۵ تا ۷۵ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، ابتلا به سکته مغزی ایسکمیک بر اساس مندرجات پرونده، اولین ابتلا به سکته مغزی، بیمارانی که بیش از چهار ماه و کم‌تر از دو سال از سکته‌شان گذشته باشد، تأیید پزشک معالج جهت شرکت در مطالعه، توانایی شناختی مناسبی داشته باشد (نمره آزمون کوتاه شناختی بزرگ‌تر و یا مساوی ۶ باشد) و توانایی ارتباط برقرار کردن به زبان فارسی بود. معیارهای ورود مراقبین نیز شامل تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن مسئولیت مستقیم در امر مراقبت از بیمار از ابتدای بیماری، مراقب از اعضای خانواده بیمار مبتلا به سکته مغزی باشد، توانایی ارتباط برقرار کردن به زبان فارسی و نداشتن اختلال روان‌شناختی حد بنا به اظهار مراقب بود. ملاک‌های خروج بیماران شامل قرار

افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی در بازماندگان سکته مغزی انجام گیرد. در ایران با توجه به کمبود مراکز درمانی برای بازتوانی و مراقبت پس از ترخیص بیماران سکته مغزی و همچنین هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی در مراکز خصوصی و ارائه مراقبت در منزل، مراقبت از بیماران سکته مغزی توسط خانواده بسیار رایج است و اکثر خانواده‌ها مسئولیت ارائه مراقبت برای بیماران را می‌پذیرند (۱۱). دلیل این امر این است که اغلب بیماران ترجیح می‌دهند در خانه نگهداری شوند و معمولاً یکی از اعضای خانواده به مراقبت‌کننده اصلی بیمار تبدیل می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین و مستعدکننده‌ترین مؤلفه‌ها برای کاهش شیوع افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران، مراقبین خانوادگی است (۲۹،۳۰).

مراقبین خانوادگی به‌عنوان حامیان اصلی روحی، جسمی و اطلاعاتی این بیماران، اجراکننده برنامه‌های مراقبتی آنان بوده و بیماران باید برای انجام فعالیت‌های روزانه و مراقبت، به آن‌ها اعتماد و تکیه کنند (۲۴، ۳۱). بااین‌وجود، اغلب خانواده‌ها حس عدم آمادگی را به دلیل مواجهه ناگهانی با سکته، اتخاذ نقش جدید به‌عنوان مراقبت‌کننده بیمار و فقدان دانش و مهارت برای انجام فعالیت‌های مراقبت احساس می‌کنند (۳۲)؛ بنابراین پاسخ به نیازهای آموزشی و ارتقای دانش و آگاهی آن‌ها باید به‌عنوان یکی از اولویت‌های مهم در نظر گرفته شود (۳۳).

کسب دانش توسط مراقبت‌کننده، اختیاری نیست، بلکه از طریق هدایت یک متخصص بهداشتی-درمانی در زمان ترخیص بیمارستان و یا زمانی که به جامعه بازمی‌گردد، به دست می‌آید (۱۱). در این راستا به نظر می‌رسد که آموزش مراقبت در منزل روش مناسبی باشد که طی آن پرستار حرفه‌ای نقش اساسی در جهت‌گیری و آموزش مراقبین این بیماران به هنگام بازگشت به خانه و در منزل ایفا می‌کند (۱۱، ۳۴، ۳۵).

آموزش مراقبت در منزل از طریق مشارکت مؤثر متقابل بین مراقبان، بیماران و خانواده‌ها انجام می‌شود. این روش علاوه بر آنکه به افراد و خانواده‌ها قدرت داده و استقلال را در آن‌ها تقویت می‌کند؛ به انتخاب‌های خانواده و بیمار، ارزش‌ها، باورها و زمینه‌های فرهنگی آن‌ها نیز احترام می‌گذارد (۱۱، ۳۶). در مطالعه عسکری و همکاران (۱۳۹۷)، مشخص گردید که آموزش مراقبت در منزل روشی عملی و ارزان برای مشارکت مراقبین و اعضای خانواده در ارائه مراقبت برای بیماران مبتلا به سکته مغزی و کاهش بروز زخم بستر در این بیماران است (۱۱). بنابراین، اهمیت آموزش مهارت‌های مراقبتی به مراقبان بیماران، باید بیش‌ازپیش موردتوجه قرار گیرد (۳۷). نظر به اینکه سکته مغزی عوارض متعددی را برای بیمار ایجاد می‌کند،

گرفت. فرم اطلاعات جمعیت شناختی بیماران و مراقبین آن‌ها از طریق بررسی پرونده و مصاحبه تکمیل و از تمامی بیماران شرکت‌کننده پیش‌آزمونی جهت ارزیابی افسردگی و کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی سکتة مغزی گرفته شد. مداخله، شامل اجرای آموزش مراقبت در منزل برای مراقبین طی چهار جلسه ۶۰ دقیقه‌ای یک بار در هفته توسط پژوهشگر در منزل بیماران به صورت چهره به چهره همراه با بحث و تبادل نظر و پرسش و پاسخ میان پژوهشگر و مراقب اصلی بیمار خواهد بود. ترتیب اولیه جلسات به قرار زیر بود:

داشتن بیمار در شرایط حاد بیماری از لحاظ جسمی- روانی، بروز سکتة مجدد در حین کار و مرگ بیمار بود. ملاک‌های خروج مراقبین نیز شامل دریافت آموزش مدون قبلی مراقبت در منزل و عدم انگیزه برای ادامه همکاری بود. بعدازاین مرحله یک جلسه توجیهی برای مراقبین در دو روز متوالی، روز اول برای مراقبین گروه مداخله و روز دوم برای مراقبین گروه کنترل جهت ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف، مراحل و مدت مطالعه از جمله زمان‌بندی جلسات و تعداد جلسات در محل بیمارستان برگزار خواهد شد و فرم رضایت شرکت در پژوهش در اختیار افرادی که مایل به شرکت در این طرح می‌باشند؛ قرار

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	ارائه توضیحاتی در رابطه با سکتة مغزی و فرایند آن، پیش‌آگهی، علائم، عوارض، عوامل خطر ساز، درمان و اهمیت آن‌ها
جلسه دوم و سوم	بهبود رفتارهای مراقبتی (تغذیه، بلع، کنترل عوارض و مصرف دارو، سازش با عواطف و احساسات، حمایت اجتماعی، ایمنی در خانه و ...)
جلسه چهارم	آموزش نظری و عملی تمرینات حرکتی و ورزش، تحرک در بستر، کنترل فشارخون، لباس پوشیدن به بیمار

### یافته‌ها

جدول ۱ (مقادیر p-value حاصل آزمون کای دو) بیانگر این مطلب است که بین متغیرهای کیفی مراقبین بیماران سکتة مغزی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری از نظر آماری مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین این متغیرها در اختلاف یا ارتباط بین دو گروه مداخله و کنترل نمی‌توانند به عنوان مخدوشگر عمل کنند، چون در هر دو گروه توزیعشان یکسان است.

پس‌آزمون پس از یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل جهت ارزیابی افسردگی و کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه‌های قبلی انجام شد. در نهایت نتایج به دست آمده از آزمون‌ها در دو گروه در نرم‌افزار spss نسخه ۲۰ با استفاده از آزمون‌های آماری استاندارد مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نرمالیتة تمام متغیرهای کمی در مطالعه حاضر با توجه به حجم نمونه کم‌تر از ۱۰۰ از آزمون شاپیرووویلکس ارزیابی شد.

**جدول (۱): وضعیت جمعیت شناختی متغیرهای کیفی مراقبین بیماران سکتة مغزی در دو گروه مداخله و کنترل**

متغیر	زیرگروه	تعداد (درصد) در گروه		p-value
		مداخله	کنترل	
جنسیت	مرد	۱۴ (۴۲/۴)	۱۱ (۳۳/۳)	۰/۳۰۶
	زن	۱۹ (۵۷/۶)	۲۲ (۶۶/۷)	
تحصیلات	دیپلم و کم‌تر	۱۱ (۳۳/۳)	۱۴ (۴۲/۴)	۰/۴۴۷
	دانشگاهی	۲۲ (۶۶/۷)	۱۹ (۵۷/۶)	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰ (۳۰/۳)	۱۲ (۳۶/۴)	۰/۳۹۷
	مجرد	۲۳ (۶۹/۷)	۲۱ (۶۳/۶)	
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۵ (۷۵/۸)	۲۰ (۶۰/۶)	/۱۴۵
	بیکار	۸ (۲۴/۲)	۱۳ (۳۹/۴)	

نسبت مراقب با بیمار	همسر	۱۴ (۴۲/۴)	۱۳ (۳۹/۴)	۰/۵۴۴
	برادر	۶ (۱۸/۲)	۹ (۲۷/۳)	
	خواهر	۳ (۹/۱)	۵ (۱۵/۲)	
	فرزند	۱۰ (۳۰/۳)	۶ (۱۸/۲)	

جدول ۲ (مقادیر p-value حاصل آزمون کای دو) بیانگر این مطلب است که بین متغیرهای کیفی بیماران سکته مغزی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری از نظر آماری مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین این متغیرها در اختلاف یا ارتباط بین دو گروه مداخله و کنترل نمی‌توانند به‌عنوان مخدوشگر عمل کنند، چون در هر دو گروه توزیعشان یکسان است.

**جدول (۲): وضعیت جمعیت شناختی متغیرهای کیفی بیماران سکته مغزی در دو گروه مداخله و کنترل**

متغیر	زیرگروه	تعداد (درصد) در گروه مداخله	تعداد (درصد) در گروه کنترل	p-value
جنسیت	مرد	۱۰ (۳۰/۳)	۱۵ (۴۵/۵)	۰/۲۰۵
	زن	۳۳ (۶۹/۷)	۱۸ (۵۴/۵)	
تحصیلات	دیپلم و کم‌تر	۱۵ (۴۵/۵)	۱۰ (۳۰/۳)	۰/۱۵۵
	دانشگاهی	۱۸ (۵۴/۵)	۲۳ (۶۹/۷)	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۱ (۳۶/۴)	۱۹ (۵۷/۶)	۰/۴۰۱
	مجرد	۱۲ (۶۳/۶)	۱۴ (۴۲/۴)	
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۴ (۷۲/۷)	۱۹ (۵۷/۶)	۰/۱۹۶
	بیکار	۹ (۲۷/۳)	۲۴ (۴۲/۴)	

جدول ۳ (مقادیر p-value حاصل آزمون من ویتنی، \*مقادیر p-value حاصل آزمون تی مستقل) بیانگر این مطلب است که بین میانگین سنی و میانگین میزان ساعات مراقبت از بیمار بین مراقبین و بیماران سکته مغزی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری

**جدول (۳): وضعیت جمعیت شناختی متغیرهای کمی در دو گروه مداخله و کنترل**

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین	بیشترین	p-value
سن بیمار*	مداخله	۵۷/۹۳	۱۰/۵۰	۴۵	۷۵	۰/۲۵۰
	کنترل	۶۰/۸۴	۱۰/۵۶	۴۵	۷۵	
سن مراقب**	مداخله	۳۵/۳۶	۷/۵۸	۲۵	۵۱	۰/۴۱۲
	کنترل	۳۷/۰۹	۹/۳۱	۲۲	۵۷	
میزان ساعات مراقبت از بیمار**	مداخله	۱۳/۳۹	۳/۶۶	۴	۱۹	۰/۲۶۴
	کنترل	۱۴/۳۳	۳/۰۸	۶	۱۹	

جدول ۴ بیانگر این مطلب است که قبل از مداخله در گروه کنترل در ابتدای مطالعه (قبل از مداخله) بیشتر افراد (۸۷/۹ درصد) مداخله بیشتر افراد (۸۴/۸ درصد) افسردگی متوسط و بعد از مداخله افسردگی متوسط داشته‌اند و بعد از مداخله نیز اغلب آن‌ها (۸۷/۹ درصد) در همان گروه افراد دارای افسردگی متوسط بوده‌اند. اغلب آن‌ها (۹۷ درصد) از افسردگی خفیف برخوردار بوده‌اند. در گروه

**جدول (۴): بررسی وضعیت افسردگی در دو گروه تحت بررسی (مداخله، کنترل) قبل و بعد از اعمال مداخله آموزشی در مطالعه حاضر**

دوره مطالعه	گروه	متغیر	تعداد	درصد
قبل از مداخله	مداخله	بدون افسردگی (یا افسردگی بدون علامت)	۰	۰
		افسردگی خفیف	۳	۹/۱
		افسردگی متوسط	۲۸	۸۴/۸
	کنترل	افسردگی شدید	۲	۶/۱
		بدون افسردگی (یا افسردگی بدون علامت)	۰	۰
		افسردگی خفیف	۲	۶/۱
بعد از مداخله	مداخله	افسردگی متوسط	۲۹	۸۷/۹
		افسردگی شدید	۲	۶/۱
		بدون افسردگی (یا افسردگی بدون علامت)	۰	۰
	کنترل	افسردگی خفیف	۳۲	۰/۹۷
		افسردگی متوسط	۱	۰/۳
		افسردگی شدید	۰	۰
کنترل	کنترل	بدون افسردگی (یا افسردگی بدون علامت)	۰	۰
		افسردگی خفیف	۴	۱۲/۱۲
		افسردگی متوسط	۲۹	۸۷/۸۸
		افسردگی شدید	۰	۰

جدول ۵ بیانگر این مطلب است گروه‌های مداخله و کنترل قبل از انجام هرگونه مداخله‌ای (ابتدای مطالعه) اغلب به ترتیب ۹۳/۹ و ۹۷ درصد کیفیت زندگی پایین داشته‌اند. بعد از انجام مداخله گروه

**جدول (۵): بررسی وضعیت کیفیت زندگی در دو گروه تحت بررسی (مداخله، کنترل) قبل و بعد از اعمال مداخله آموزشی در مطالعه حاضر**

دوره مطالعه	گروه	متغیر	تعداد	درصد
قبل از مداخله	مداخله	کیفیت زندگی بسیار پایین	۲	۶/۱
		کیفیت زندگی پایین	۳۱	۹۳/۹
		کیفیت زندگی متوسط	۰	۰
	کنترل	کیفیت زندگی خوب	۰	۰
		کیفیت زندگی بسیار پایین	۱	۰/۳
		کیفیت زندگی پایین	۳۲	۰/۹۷
بعد از مداخله	مداخله	کیفیت زندگی متوسط	۰	۰
		کیفیت زندگی خوب	۰	۰
		کیفیت زندگی بسیار پایین	۰	۰
	کنترل	کیفیت زندگی پایین	۲	۶/۰۷
		کیفیت زندگی متوسط	۲۶	۷۸/۷۸
		کیفیت زندگی خوب	۵	۱۵/۱۵
کنترل	کیفیت زندگی بسیار پایین	۶	۱۸/۲	

کیفیت زندگی پایین	۲۷	۸۱/۸
کیفیت زندگی متوسط	.	.
کیفیت زندگی خوب	.	.

جدول ۶ (حاصل تجزیه و تحلیل با آزمون تی تست مستقل) بیانگر این مطلب است که قبل از مداخله دو گروه تحت بررسی با هم اختلاف معنی داری از نظری آماری نداشته‌اند ولی دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری از نمرات افسردگی داشته‌اند و

**جدول (۶):** تعیین و مقایسه میانگین نمرات افسردگی در بیماران سکنه مغزی قبل و بعد از مداخله، بین دو گروه مداخله و کنترل در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸

زمان	گروه	میانگین	انحراف معیار	تفاضل میانگین	t, df	P-value
قبل از مداخله	مداخله	۳۹/۴۵	۵/۳۲	-۰/۰۳۰	t=-۰/۰۲۴	۰/۹۸۱
	کنترل	۳۹/۴۸	۴/۹۸		df=۶۴	
بعد از مداخله	مداخله	۲۲/۵۲	۳/۸۰	-۱۷/۹۰	t=-۱۵/۸۱	<۰/۰۰۱
	کنترل	۴۰/۴۲	۵/۲۷		df=۶۴	

جدول ۷ (حاصل تجزیه و تحلیل آزمون تی زوجی) بیانگر این مطلب است که گروه مداخله قبل نسبت به بعد از مداخله به مقدار ۱۶/۹۳ واحد کاهش در نمره افسردگی داشته که این تفاوت نمره

قبل و بعد در درون گروه مداخله معنی دار است. در گروه کنترل این روند افزایشی جزئی در نمره افسردگی قبل و بعد از مداخله مشاهده می‌شود که این تفاوت جزئی از نظر آماری معنی دار مشاهده نشد.

**جدول (۷):** تعیین و مقایسه میانگین نمرات افسردگی در بیماران سکنه مغزی قبل و بعد از مداخله، درون دو گروه مداخله و کنترل در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸

زمان	گروه	میانگین	انحراف معیار	تفاضل میانگین	t, df	P-value
قبل از مداخله	مداخله	۳۹/۴۵	۵/۳۲	۱۶/۹۳	t=۱۲/۸۶	<۰/۰۰۱
	مداخله	۲۲/۵۲	۳/۸۰		df=۳۲	
قبل از مداخله	کنترل	۳۹/۴۸	۴/۹۸	-۰/۹۳۹	t=-۱/۸۰	۰/۰۸۰
	کنترل	۴۰/۴۲	۵/۲۷		df=۳۲	

کیفیت زندگی داشته‌اند و نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله از ۱۱۸/۵۸ قبل از مداخله به نمره ۱۸۳/۹۷ بعد از مداخله افزایش داشته است در حالی که این روند در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر و ثابت مشاهده می‌شود؛ چه‌بسا که نمره کیفیت زندگی تا حدی افت نیز پیدا نموده است.

جدول ۸ (حاصل تجزیه و تحلیل با آزمون من ویتنی) بیانگر این مطلب است که قبل از مداخله دو گروه تحت بررسی با هم اختلاف معنی داری از نظری آماری در رابطه با نمره کیفیت زندگی نداشته‌اند ولی دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری از نظر نمرات

**جدول (۸):** تعیین و مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی قبل و بعد از مداخله، بین دو گروه مداخله و کنترل در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸

P-value	U mann vitney, df	تفاضل میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	زمان
۰/۴۷۱	u mann vitney=۴۷۱ df=۶۴	۱/۷۶	۱۱/۰۸	۱۱۸/۵۸	مداخله	قبل از مداخله
<۰/۰۰۱	u mann vitney=۸۴۴ df=۶۴	۷۱/۶۹	۲۰/۴۵	۱۸۳/۹۷	مداخله	بعد از مداخله
			۸/۴۳	۱۱۶/۸۲	کنترل	قبل از مداخله
			۱۱/۳۱	۱۱۲/۲۷	کنترل	بعد از مداخله

کنترل این روند افزایشی جزئی در نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله مشاهده می‌شود (۴/۵۴ واحد) که این تفاوت جزئی از نظر آماری معنی‌دار مشاهده نشد.

جدول فوق (حاصل تجزیه و تحلیل با آزمون ویلکاکسون) بیانگر این مطلب است که گروه مداخله، قبل نسبت به بعد از مداخله به مقدار ۶۵/۳۹ واحد افزایش در نمره کیفیت زندگی داشته که این تفاوت نمره قبل و بعد در درون گروه مداخله معنی‌دار است. در گروه

**جدول (۹):** تعیین و مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در بیماران سکته مغزی قبل و بعد از مداخله، درون دو گروه مداخله و کنترل در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه در سال ۹۹-۱۳۹۸

P-value	Wilcoxon, df	تفاضل میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	زمان
<۰/۰۰۱	z=-۵/۰۱ df=۳۲	۶۵/۳۹	۱۱/۰۸	۱۱۸/۵۸	مداخله	قبل از مداخله
۰/۰۷۰	z=-۲/۸۳ df=۳۲	۴/۵۴	۸/۴۳	۱۱۶/۸۲	کنترل	قبل از مداخله
			۲۰/۴۵	۱۸۳/۹۷	مداخله	بعد از مداخله
			۱۱/۳۱	۱۱۲/۲۷	کنترل	بعد از مداخله

درصد) در همان گروه افراد دارای افسردگی متوسط بوده‌اند (جدول ۴). قبل از مداخله دو گروه تحت بررسی با هم اختلاف معنی‌داری از نظری آماری نداشته‌اند ولی دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری از نمرات افسردگی داشته‌اند و نمره افسردگی در گروه مداخله از ۳۹/۴۵ قبل از مداخله به نمره ۲۲/۵۲ بعد از مداخله کاهش داشته است در حالی که این روند در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر و ثابت مشاهده می‌شود (جدول ۶). گروه مداخله قبل نسبت به بعد از مداخله به مقدار ۱۶/۹۳ واحد کاهش در نمره افسردگی داشته که این تفاوت نمره قبل و بعد در درون گروه مداخله معنی‌دار است. در گروه کنترل این روند افزایشی جزئی در نمره افسردگی قبل و بعد از مداخله مشاهده می‌شود که این تفاوت جزئی از نظر آماری معنی‌دار مشاهده نشد (جدول ۷).

نتایج فوق در کل بیانگر این مطلب است که آموزش به مراقبین از بیمار سکته مغزی موجب شده که تا یک ماه پس از مداخله‌ی

## بحث و نتیجه‌گیری

بین متغیرهای کیفی و کمی مراقبین و بیماران سکته مغزی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری از نظر آماری مشاهده نشد. این یافته خود حاکی از این مطلب است که فرایند تصادفی کردن در پژوهش حاضر به خوبی توانسته متغیرهای بالقوه مخدوش گر مدنظر محقق در ارزیابی اختلاف یا بررسی رابطه‌ها در گروه‌های تحت مطالعه را با توزیع یکسان توزیع نماید؛ طوری که نگران اثر مخدوش‌گری آن‌ها نباشد. بنابراین به نتایج معتبر حاصل از مطالعه حاضر بایستی با قوت قلب بیشتری نگریسته شود.

یافته‌ها همچنین نشان داد که قبل از مداخله در گروه مداخله بیشتر افراد (۸۴/۸ درصد) افسردگی متوسط و بعد از مداخله اغلب آن‌ها (۹۷ درصد) از افسردگی خفیف برخوردار بوده‌اند. در گروه کنترل در ابتدای مطالعه (قبل از مداخله) بیشتر افراد (۸۷/۹ درصد) افسردگی متوسط داشته‌اند و بعد از مداخله نیز اغلب آن‌ها (۸۷/۹



نداشته‌اند ولی دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری از نظر نمرات کیفیت زندگی داشته‌اند و نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله از ۱۱۸/۵۸ قبل از مداخله به نمره ۱۸۳/۹۷ بعد از مداخله افزایش داشته است در حالی که این روند در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر و ثابت مشاهده می‌شود؛ چه‌بسا که نمره کیفیت زندگی تا حدی افت نیز پیدا نموده است (جدول ۸). گروه مداخله، قبل نسبت به بعد از مداخله به مقدار ۶۵/۳۹ واحد افزایش در نمره کیفیت زندگی داشته که این تفاوت نمره قبل و بعد در درون گروه مداخله معنی‌دار است. در گروه کنترل این روند افزایشی جزئی در نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله مشاهده می‌شود (۴/۵۴ واحد) که این تفاوت جزئی از نظر آماری معنی‌دار مشاهده نشد (جدول ۹). آموزش به مراقبین از بیمار سکنه مغزی موجب شد تا یک ماه پس از مداخله‌ی آموزشی، مراقبان گروه مداخله در تمام ابعاد کیفیت زندگی، میانگین نمره‌ی بالاتری را نسبت به گروه کنترل به دست آورند. این یافته با نتایج گزارش‌شده از مطالعه مک‌هاچیتسون<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۷)(۴۵) و همچنین مطالعات گاه و همکاران (۲۰۱۷)(۴۶) هم‌خوانی داشت که بیان کرده بودند با آموزش صحیح می‌توان کیفیت زندگی را در بیماران سکنه مغزی بهبود بخشید. اندر داویک و همکارانش مطالعه‌ای تحت عنوان " آیا حمایت و آموزش روی بیماران سکنه مغزی باعث اتقاء طولانی‌مدت کیفیت زندگی این بیماران می‌شود؟ یا خیر " طراحی کردند و نتایج خود را این‌گونه گزارش کردند که بیشترین تفاوت میان گروهی که در بخش‌های عمومی تحت آموزش بودند و آن‌هایی که در بخش‌های تخصصی سکنه مغزی تحت آموزش بودند در ابعاد انرژی، واکنش عاطفی، جداسازی اجتماعی و تحرک جسمی و خواب وجود داشت که در بعد درد چنین تفاوتی وجود نداشت و در کل کیفیت زندگی این بیماران پس از یک سال آموزش در بخش تخصصی بسیار بیشتر و بالاتر از بیمارانی که در بخش‌های عمومی تحت آموزش بودند، بود(۴۷).

در پژوهشی که توسط کارین<sup>۸</sup> و همکاران (۴۸) انجام شد، ارزش خدمات مراقبتی از بیماران سکنه مغزی در منزل با ارزش این خدمات در بیمارستان مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد تفاوت فاحش در بین بیماران دو گروه در زمینه‌های فوق وجود نداشت بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که می‌توان بیماران سکنه مغزی را با ارائه خدمات لازم در منزل سریع‌تر از

آموزشی، مراقبان گروه مداخله کاهش قابل‌ملاحظه‌ای در میانگین نمرات افسردگی را نسبت به گروه کنترل به دست آورند. این یافته با نتایج گزارش‌شده از مطالعه لین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹)(۳۹)، بک هاوس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸)(۴۰)، هاکیت<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵)(۴۱)، هم‌خوانی داشت که بیان کرده بودند با آموزش صحیح می‌توان افسردگی و اختلالات روان‌شناختی را در بیماران سکنه مغزی تعدیل کرد. در مطالعه گلامکوسکی<sup>۴</sup> و همکارانش شیوع کلی افسردگی پس از سکنه‌ی مغزی ۶۶ درصد گزارش شد که از این تعداد ۵۱ درصد افسردگی خفیف و ۱۵ درصد افسردگی متوسط تا شدید داشتند که در این تحقیق نیز شیوع افسردگی پس از سکنه‌ی مغزی ۴۲ درصد بوده که ۲۶ درصد آن‌ها افسردگی خفیف و ۱۶ درصد افسردگی متوسط داشتند(۴۲). علاوه بر نقش مهم آموزش در این رابطه نویسندگان مطالعه حاضر قویاً معتقدند که افسردگی پس از سکنه‌ی مغزی ترکیب پیچیده‌ای از عوامل روان‌شناختی مثل ویژگی‌های شخصیتی فرد و عوامل هیجانی و شناختی وی و عوامل اجتماعی مثل استرس‌های اجتماعی و روابط بین فردی او و عوامل بیولوژیک ناشی از آسیب مغزی هست که بررسی هر یک از این عوامل، می‌تواند مقوله‌ی یک پژوهش جدید باشد.

این امری طبیعی است که هر چه شدت اختلال افسردگی پس از سکنه مغزی بالاتر باشد، سطح کیفیت زندگی در بیمار نیز احتمالاً پایین‌تر باید. کیفیت زندگی این در بیماران به‌صورت چشمگیری تحت تأثیر سکنه مغزی قرار می‌گیرد (۲۲) کانگ<sup>۵</sup> و همکاران در تحقیقی روی کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و تأثیر آن بر روند بهبود اعلام کردند که واکنش‌های هیجانی مثل افسردگی تأثیر منفی روی کیفیت زندگی بیماران دارند(۴۳). چنین یافته‌ای در مطالعات آن<sup>۶</sup> و همکاران نیز مورد تأیید قرار گرفت(۴۴). نویسندگان پژوهش حاضر جهت تعدیل اثر مقابل این دو آموزش به بیماران و مراقبین آن‌ها را قویاً توصیه می‌نمایند.

یافته‌ها همچنین حاکی از آن بود که گروه‌های مداخله و کنترل قبل از انجام هرگونه مداخله‌ای (ابتدای مطالعه) اغلب به ترتیب ۹۳/۹ و ۹۷ درصد کیفیت زندگی پایین داشته‌اند. بعد از انجام مداخله گروه مداخله اغلب (۷۵/۸ درصد) از کیفیت زندگی متوسط و گروه کنترل بدون تغییرات عمده اغلب (۸۱/۸ درصد) کیفیت زندگی پایین داشته‌اند (جدول ۵-۴). قبل از مداخله دو گروه تحت بررسی با هم اختلاف معنی‌داری از نظری آماری در رابطه با نمره کیفیت زندگی

<sup>5</sup> Kang

<sup>6</sup> An

<sup>7</sup> McHutchison

<sup>8</sup> Karin

<sup>1</sup> Lin

<sup>2</sup> Backhouse

<sup>3</sup> Hackett

<sup>4</sup> Glamceviski

داشتن مشکلات فردی در زمان پاسخ به پرسشنامه اشاره نمود که ممکن است روی نحوه پاسخ‌دهی آن‌ها به سؤالات تأثیر داشته باشد که از کنترل پژوهشگر خارج است، بیماران مغزی از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، متغیر مزاحمی مانند داشتن بیماری‌های دیگر در کنار بیماری مغزی کنترل نشده است، جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مقیاس‌های خود گزارش دهی انجام شده که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف و سوگیری پاسخ‌دهنده هستند، عدم توجه به شرایط فرهنگی از دیگر محدودیت‌ها بود و محدودیت دیگر عدم همکاری برخی از مراقبین و بیماران مغزی هنگام جمع‌آوری داده‌ها بود.

در پایان پیشنهاد می‌شود تأثیر آموزش مراقبین بیماران سکتی مغزی بر وضعیت افسردگی و کیفیت زندگی آنان در مطالعات جداگانه به‌صورت دوره‌ای یا در مطالعات با حجم نمونه بیشتر در سطح ملی توسط سایر محققین مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد و نتایج حاصله به مدیران و سپاسگزاران حیطه بهداشت و درمان منعکس گردد. همچنین با توجه به نتایج حاصله از مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که مسئولین آموزشی و مراقبت بهداشتی دانشگاه برای مراقبین بیماران سکتی مغزی استراتژی‌هایی در قالب برگزاری کارگاه‌های دوره‌ای به‌منظور آشنایی این‌گونه افراد و بیماران تحت مراقبتشان با راهبردهای مناسب روانشناختی و افزایش مهارت‌های انطباقی آنان را اتخاذ نمایند که منجر به افزایش سازگاری با بیماری و کاهش افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی آنان گردد. علاوه بر این باید تلاش‌هایی جهت فراهم کردن حمایت‌های مؤثر از مراقبین و همچنین خود بیماران سکتی مغزی انجام شود. شاید آموزش خانواده این بیماران و لزوم توجه مراقبین بهداشتی دانشگاهی آنان به این مسائل در دوره بیماری یکی از روش‌های مفید و کارا برای ارائه این حمایت باشد. همچنین مسئولین و اساتید آموزشی و مراقبین بهداشتی باید به دنبال شناسایی و تعدیل عوامل ایجادکننده افسردگی و عوامل دخیل در کاهش کیفیت زندگی بیماران سکتی مغزی باشند تا شاهد بهبود عملکرد و ایجاد احساسات مطلوب و کارآمدی در این‌گونه بیماران باشیم.

درمجموع می‌توان گفت که یافته‌های این پژوهش نه‌تنها از نظر علمی مهم‌اند بلکه به‌عنوان پایه‌ای برای تحقیقات کاربردی می‌توانند مفید واقع شوند.

#### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر، مستخرج از پایان‌نامه دانشجویی می‌باشد. نویسندگان، از تمام بیماران و مراقبینی که در طرح شرکت نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

بیمارستان مرخص نمود که این امر مهم از صرف هزینه‌های بیشتر نسبتاً جلوگیری خواهد کرد و از اشغال شدن طولانی‌مدت تخت‌ها بیمارستانی نیز جلوگیری خواهد شد چراکه پیشرفت در بهبودی ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها به طول انجامد و اغلب این بیماران به مدت‌های طولانی در بیمارستان بستری می‌شوند و به همین خاطر محققین مختلف پیشنهاد می‌کنند که تأکید بیشتری باید روی آموزش مراقبت در منزل معطوف شود تا هم هزینه‌ها کاهش یابد و هم مراقبت بهتری انجام گیرد و بهتر است به‌جای بستری نمودن طولانی بیماران در بیمارستان، خدمات خانگی گسترش بیشتری یابند و سازمان‌دهی مناسب‌تری از مراقبت در منزل به عمل آید.

در پژوهشی که توسط او جانت و همکارانش (۲۰۱۲) انجام شد، اهمیت آموزش به بیماران سکتی مغزی در بیمارستان و منزل مورد تأیید قرار گرفت. آن‌ها اعلام کردند که در سطح فعالیت‌های روزمره زندگی، اغلب بیماران بدون تغییر فاحشی در عملکرد روزانه بودند و فقط وضعیت غذا خوردن آن‌ها بهبود یافته بود. اما در زمینه بهداشت فردی و استحمام، لباس پوشیدن و استحمام بیماران نه‌تنها پیشرفتی حاصل نشده بود، بلکه بدتر هم شده بود و بنابراین پیشنهاد شد که لازم است پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها در بالا بردن کیفیت و کمیت آموزش‌های خود مراقبتی برای بیماران و خانواده‌هایشان بیشتر توجه نمایند تا در هنگام ترخیص راحت‌تر و بهتر بتوانند از بیمارستان به منزل منتقل شوند و به نظر بیشتر صاحب‌نظران از بین تیم درمانی، کارکنان پرستاری جهت انجام این کار، شایسته‌ترین افراد هستند (۴۹). نتایج یک تحقیق دیگر بیانگر این مطلب بود که استفاده از برنامه‌های خود مراقبتی در جهت آموزش مهارت‌های لازم برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی در بیماران سکتی مغزی، بسیار مؤثر است و گروه نسبتاً بزرگی از بیماران را قادر می‌سازد به‌نوعی استقلال نسبی دست یابند، حتی این برنامه‌ها در منزل و تحت نظارت پرستاران میز قابل‌اجرا بوده و نتایج آن به‌صورت ادامه فعالیت‌های روزمره زندگی قابل‌مشاهده خواهد بود (۵۰). نتیجه یک مطالعه دیگری حاکی از آن بود که صرفاً آموزش به خود بیمار نمی‌تواند به‌تنهایی در بهبود کیفیت زندگی او تأثیر بگذارد و نیاز به بهبود کمیت و کیفیت آموزش علاوه بر خود بیمار به اطرافیان او نیز می‌باشد، مدل مراقبت مشارکتی با طراحی جلسات آموزشی مشارکتی با اعضای خانواده بیمار و پیگیری بعد از ترخیص این نقیصه را کم‌تر کرده و با تغییر کمیت و الگوی کیفیت آموزش، احتمالاً می‌تواند تأثیر بهتری بر کیفیت زندگی بیماران سکتی مغزی بگذارد (۵۱).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مواردی همچون شرایط روحی واحدهای پژوهش به جهت وضعیت خاص بیماری آن‌ها و نیز

## References:

1. Sacco Ralph L, Kasner Scott E, Broderick Joseph P, Caplan Louis R, Connors JJ, Culebras A, et al. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *Stroke* 2013;44(7): 2064-89.
2. Organization WH. The atlas of heart disease and stroke. 2017.
3. Daneshfard B, Izadi S, Shariat A, Toudaji MA, Beyzavi Z, Niknam L. Epidemiology of stroke in Shiraz. *Iran J Neurol* 2015;14(3): 3.
4. Kaddumukasa M, Mugenyi L, Kaddumukasa MN, Ddumba E, Devereaux M, Furlan A, et al. Prevalence and incidence of neurological disorders among adult Ugandans in rural and urban Mukono district; a cross-sectional study. *BMC Neurol* 2016;16(1): 227.
5. Padir Şensöz N, Türk Börü Ü, Bölük C, Bilgiç A, Öztop Çakmak Ö, Duman A, et al. Stroke epidemiology in Karabük city Turkey: Community based study. *eNeurological Sci* 2018;10: 12-5.
6. Teh WL, Abdin E, Vaingankar JA, Seow E, Sagayadevan V, Shafie S, et al. Prevalence of stroke, risk factors, disability and care needs in older adults in Singapore: results from the WiSE study. *BMJ open* 2018;8(3): e020285.
7. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol* 2016;15(9): 913-24.
8. Béjot Y, Daubail B, Giroud M. Epidemiology of stroke and transient ischemic attacks: Current knowledge and perspectives. *Revue neurologique* 2016;172(1): 59-68.
9. Béjot Y, Bailly H, Durier J, Giroud M. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *La Presse Médicale* 2016;45(12, Part 2): e391-e8.
10. Amirifar S, Reza Masouleh S, Pourshikhian M, Monfared A, Kazemnejad Leili E. Predictive value of Braden Scale in pressure ulcer occurrence in hospitalized patients. *J. Holist. Nurs* 2013;23(2): 8-15.
11. Askari H, Yaghoobinia F, Keykha A, Karimi F. Investigating the Effect of Home-Based Training for Family Caregivers on the Incidence of Bedsore in Patients with Stroke in Ali Ebne Abitaleb Hospital, Zahedan, Iran: A Clinical Trial Study *Med Surg Nurs J* 2018;7(3).
12. Habibi-koolae M, Shahmoradi L, Niakan Kalhori SR, Ghannadan H, Younesi E. Prevalence of Stroke Risk Factors and Their Distribution Based on Stroke Subtypes in Gorgan: A Retrospective Hospital-Based Study—2015-2016. *Neurol Res Int.* 2018;2018.
13. Ramos-Lima MJM, Brasileiro IdC, Lima TLd, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics (Sao Paulo)* 2018;73: e418-e.
14. Dalvandi A, Khankeh HR, Ekman S-L, Maddah SSB, Heikkilä K. Everyday Life Condition in Stroke Survivors and Their Family Caregivers in Iranian Context. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2013;1(1): 3-15.
15. Kirkevold M, Kildal Bragstad L, Bronken BA, Kvigne K, Martinsen R, Gabrielsen Hjelle E, et al. Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychol* 2018;6(1): 12.
16. Kim JS. Post-stroke Mood and Emotional Disturbances: Pharmacological Therapy Based on Mechanisms. *J Stroke* 2016;18(3): 244-55.
17. Gorashizadeh MA, Shaafee S, Herizchi Ghadim S, Pirzeh R, Safikhanlou S, Rikhtegar Ghiasi R, et al. A Study Of Sertraline Efficacy On Reducing Disabilities In Stroke In Patients: A Double Blind

- Randomized Clinical Trial. *Urmia Med J* 2014;25(2): 97-104.
18. Dulay M, Agbayani K, Gadhia R, Lai J, Volpi J, Chiu D, et al. Cognition and<strong>&lt;/strong>major depression after frontal and cerebellar stroke (P7.133). *Neurology* 2015;84(14 Supplement): P7.133.
  19. Ezema CI, Akusoba PC, Nweke MC, Uchewoke CU, Agono J, Usoro G. Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. *Ethiop J Health Sci* 2019;29(1): 841-6.
  20. Robinson RG, Jorge RE. Post-stroke depression: a review. *Am. J Psychiatry* 2015;173(3): 221-31.
  21. Arwert HJ, Meesters JLL, Boiten J, Balk F, Wolterbeek R, Vliet Vlieland TPM. Poststroke Depression: A Long-Term Problem for Stroke Survivors. *Am J Phys Med Rehabil* 2018;97(8): 565-71.
  22. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine* 2018;97(40): e12638-e.
  23. Hekmatpou D, Mohammad Baghban E, Mardanian Dehkordi L. The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *J Multidiscip Healthc* 2019;12: 211-7.
  24. Azimi R, Mohammadi F, Hosseini M, Farzi M. The effect of home-based stroke rehabilitation on quality of life of stroke survivors and their family caregiver's strain. *Evidence Based Care* 2013 04/01;3(1): 77-85.
  25. Morris R. The psychology of stroke in young adults: the roles of service provision and return to work. *Stroke Res Treat* 2011;2011: 534812.
  26. Chen Q, Cao C, Gong L, Zhang Y. Health related quality of life in stroke patients and risk factors associated with patients for return to work. *Medicine* 2019;98(16).
  27. Parikh S, Parekh S, Vaghela N. Impact of stroke on quality of life and functional independence. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol* 2018;8(12): 1595-8.
  28. Šupínová M, Sklenková G. The quality of life of patients after an acute stroke. *Kontakt* 2018 ;20(2): e153-e9.
  29. Wagachhige Muthucumarana M, Samarasinghe K, Elgan C. Caring for stroke survivors: experiences of family caregivers in Sri Lanka - a qualitative study. *Top Stroke Rehabil* 2018 Sep;25(6): 397-402.
  30. Aghazadeh-Attari J, EntezarMahdi R, Ahmadzadeh J, Mobaraki K, Mansorian B, Karimi H, et al. The Burden of Premature Mortality Related to Suicide in West Azerbaijan From 2014 to 2016. *Crisis* 2019;40(6):407–12.
  31. Rezaeian S, Ahmadzadeh J. Assessment of food habits and their association with cardiovascular risk factors in employees. *Int J Collab Res Intern Med Public Health*. 2012;4(4): 0-.
  32. Tsai P-C, Yip P-K, Tai JJ, Lou M-F. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Prefer Adherence* 2015;9: 449-57.
  33. Ang SY, Tin AS, Pavitar G, Ng WM, Lee KE, Lim LH, et al. A qualitative study into stroke caregivers' educational needs—perspectives of caregivers and healthcare professionals. *Proceedings of Singapore Healthcare* 2013;22(3): 166-74.
  34. Day CB, Bierhals CCBK, Santos NOD, Mocellin D, Predebon ML, Dal Pizzol FLF, et al. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Trials* 2018;19(1): 96.
  35. Rahman MS, Salek AKM. Training of caregiver for home care management of stroke survivor at low resource setting. *Bangabandhu Sheikh Mujib Med Univ J* 2016;9(4): 193-5.

36. Jarrin OF, Pouladi FA, Madigan EA. International priorities for home care education, research, practice, and management: Qualitative content analysis. *Nurse Educ Today* 2019;73: 83-7.
37. Gholizade M, Akrami R, Tadayonfar M, Akbarzadeh R. An Evaluation on the Effectiveness of Patient Care Education on Quality of Life of Stroke Caregivers: a Randomized Field Trial. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2016;22(6): 955-64.
38. Ahmadzadeh J, Rezaeian S, Mobaraki K. The quality of the reporting of randomized controlled trials after CONSORT statement in the prestigious journals. *Shiraz E Med J* 2013;14(2): 130-8.
39. Lin F-H, Yih DN, Shih F-M, Chu C-M. Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. *Medicine* 2019;98(44): e17667.
40. Backhouse EV, McHutchison CA, Cvorov V, Shenkin SD, Wardlaw JM. Cognitive ability, education and socioeconomic status in childhood and risk of post-stroke depression in later life: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2018;13(7): e0200525.
41. Hackett ML, Anderson CS, House AO. Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies. *Stroke* 2005;36(5): 1092-7.
42. Glamcevski II MT, Pierson J. Prevalence of and factors associated with poststroke depression: a Malaysian study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2005;14(4): 157-61.
43. Kang YJ, Yoo HJ, Kim KS. Uncertainty, Depression, and Quality of Life in Patients with Stroke. *Journal of muscle and joint health* 2020;27(2): 189-98.
44. An T-G, Kim S-H, Kim K-U. Effect of transcranial direct current stimulation of stroke patients on depression and quality of life. *J Phys Ther Sci* 2017;29(3): 505-7.
45. McHutchison CA, Backhouse EV, Cvorov V, Shenkin SD, Wardlaw JM. Education, socioeconomic status, and intelligence in childhood and stroke risk in later life. *Epidemiology* 2017;28(4): 608-18.
46. Gh Y. The Effect of E-Learning on the Quality of Life of Patients with Stroke. *J. Health Care* 2017;19(1): 30-8.
47. Indredavik B, Bakke F, Slørdahl S, Rokseth R, Haheim L. Stroke unit treatment improves long-term quality of life: a randomized controlled trial. *Stroke* 1998;29(5): 895-9.
48. Bölenius K, Lämås K, Sandman P-O, Edvardsson D. Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services-a study protocol of a non-randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 2017;17(1): 1-9.
49. Prvu Bettger J, Alexander KP, Dolor RJ, Olson DM, Kendrick AS, Wing L, et al. Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(6): 407-16.
50. Lee KB, Lim SH, Kim KH, Kim KJ, Kim YR, Chang WN, et al. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. *Int J Rehabil Res* 2015;38(2): 173.
51. Wagachchige Muthucumarana M, Samarasinghe K, Elgán C. Caring for stroke survivors: experiences of family caregivers in Sri Lanka—a qualitative study. *Top Stroke Rehabil* 2018;25(6): 397-402.

## THE EFFECT OF HOME CARE EDUCATION TO CAREGIVERS ON DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN STROKE PATIENTS IN IMAM KHOMEINI EDUCATIONAL AND TREATMENT CENTER, URMIA, 2019-2020

Sevda Zangbari<sup>1</sup>, Jamal Ahmadzadeh<sup>2</sup>, Masumeh Hemmati Maslak Pak<sup>3</sup>, Nader Aghakhani<sup>4\*</sup>

Received: 11 February, 2021; Accepted: 22 April, 2021

### Abstract

**Background & Aims:** Stroke can lead to post-stroke depression, which has severe negative effects on the quality of life of the patients. Post-stroke depression and quality of life may have interactions with each other. The aim of this study was to determine the effect of home care education to caregivers on depression and quality of life in stroke patients in Imam Khomeini educational and treatment center, Urmia, 2019-2020.

**Materials & Methods:** The present study is a clinical trial in which a pre-test and post-test design with a control and test group was used. The sample size was 66 eligible patients who were randomly divided into two equal groups of intervention and control. The demographic information form of patients and their caregivers was completed by reviewing the records and interviews, and all the subjects underwent a pre-test to assess depression and quality of life using the Beck Depression Inventory (Second Edition) and the stroke-specific quality of life questionnaire. The intervention included conducting home care training for caregivers in four 60-minute sessions, once a week by the researcher at the patients' home by face-to-face method, with discussions and questions. Post-test was performed one month after the intervention in the intervention and control groups to assess depression and quality of life using previous questionnaires.

**Results:** The findings showed that before the intervention, the two groups did not have a statistically significant difference ( $p = 0.981$ ), but after the intervention, the two groups had a statistically significant difference in depression scores. In the intervention group, depression score decreased from 39.45 before the intervention to 22.52 after the intervention ( $p < 0.001$ ), while in the control group, this trend was almost unchanged and constant. The results also showed that before the intervention the two groups did not have a statistically significant difference in the quality of life score ( $p = 0.471$ ) but the two groups had a statistically significant difference after the intervention in quality of life scores. The quality of life score in the intervention group increased from 118.58 before the intervention to the 183.97 after the intervention ( $p < 0.001$ ), while this trend remained almost unchanged in the control group.

**Conclusion:** Based on the findings of the present study, home care training for caregivers is effective in reducing depression and improving the quality of life in stroke patients.

**Keywords:** Education, Home Care, Caregivers, Depression, Quality Of Life, Stroke

**Address:** Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Urmia, Iran

**Tel:** +989144476149

**Email:** naderaghakhani2000@gmail.com

<sup>1</sup> MSc in critical nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> MSc in Epidemiology. Social Determinants of Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>3</sup> Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor of Nursing, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)