

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه پرستاری

پایان نامه کارشناسی ارشد

مدیریت پرستاری داخلی _ جراحی

عنوان

بررسی تاثیر اجرای مدل پرستاری توان بخشی ماک (ترکیب، شکل گیری، خودیابی) بر میزان

سازگاری و خودکارآمدی بیماران سکته مغزی

نگارنده

زینب ابراهیم پور موزیرجی

استاد راهنما

دکتر اصغر دالوندی

استاد مشاور

دکتر حمیدرضا خانکه

استاد مشاور آمار

دکتر اکبر بیگلریان

بهمن ۱۳۹۲

رباس خدای را که هر چه دارم از او برت...

تقدیرم با عشق

به رید الاوصیاء شهید حداد است و عذرت و ولای مظلوم علی (ع) و فرزند کدو ارشان خدیجه الائمه الاعظم مهدی موعود (عج)...

و بیاد

آن صد زبرهای بر سرخی که چون لاله زاده شدند

و چون شقایق اریتماده جان دادند

همچون شهید علی اکبر برایم دور

به همربان فرشته جان:

پدرم به ابرواری کوه

مادرم به زلالی چشمه

و برادرم رضا به یریت باران

که موفقیتهایم از زحمات بی دریغ و دعای خیر آنهاست...

هر بی ام پیکر شان...

رپاس از یک دورت

به طراوت شبنم،

بچخلمت و خاطرآت به یادماندنی زندگیم

هریم شجاع

تقدیر و آسار از آقای که مرا صردالوندی تداکرا اندر که با نایب مایهین چراغ راهمان شدند و همه دن پدری صبر و مهر بالید ادر پرشوش یاری

نزدند.

از استاد کرامیم جناب آقای که ترحمیدر رضا خانگدیار رساکنزارم پیرا که بدون مشاورهای ارزیشانی تا مین این پایان نامه مشکل مینه ود.

و نیز از جناب آقای که تکریمیر گاریلین لیل یاری عدا به ما بهی حشدادشت ایشان نهایت رپاس را دارم.

با آسار خالصانه خدیو پیتپی سنل چه ترم مرکز توا نهنشی تبدم و درماگه زور و اوشری به مارستان امام خرنیته (لاهی) و به ماران سکتة مغزنی و خازواده های

چه ترم ایشان که مراد به انجام رساندن این مهم پلی نزد و با آندوی تو فوق و سلامتی روز افزون برای ایشان.

چکیده

مقدمه: سکته مغزی مغزی سومین علت مرگ و میر و دومین دلیل ناتوانی است. عوارض این بیماری بر روی خودکارآمدی فرد و سازگاری با تغییرات به وجود آمده، اثر می گذارد. از آنجایی که مدل ماک، تنها بر روی بیماران سکته مغزی تمرکز دارد، پژوهش حاضر به منظور تعیین تاثیر اجرای مدل پرستاری توانبخشی ماک (ترکیب، شکل گیری، خودیابی) بر میزان خودکارآمدی و سازگاری بیماران سکته مغزی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع مطالعه نیمه تجربی تک گروهی پیش آزمون - پس آزمون می باشد. جامعه پژوهش شامل بیماران سکته مغزی ۷۰ - ۵۵ سال بیمارستان امام خمینی (ره) و مرکز توانبخشی تبسم تهران بوده است. نمونه ها شامل ۷ نفر از بیماران سکته مغزی می باشند که بر اساس معیارهای ورود و به شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه های دموگرافیک، خودکارآمدی و سازگاری بیماران سکته مغزی بوده است. مداخله پژوهش به صورت اجرای ۷ جلسه ۱ ساعته آموزش فردی و چهره به چهره، به بیمار ارائه شد. قبل و بعد از مداخله، میزان خودکارآمدی و سازگاری اندازه گیری و مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده ها توسط آزمون های آماری توصیفی و t زوجی انجام شد.

یافته ها: مقایسه میانگین خودکارآمدی در بیماران مبتلا به سکته مغزی بعد از مداخله تفاوت معناداری از لحاظ آماری دارد ($p < 0.003$)، که نشان دهنده افزایش میزان خودکارآمدی بیماران سکته مغزی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون است ($p < 0.05$). مقایسه میانگین سازگاری بیماران سکته مغزی در پس آزمون به طور معناداری کمتر از پیش آزمون بوده که نشان دهنده افزایش میزان سازگاری بیماران سکته مغزی در پس آزمون می باشد ($p < 0.003$).

نتیجه گیری: نتایج بیانگر آن بود که آموزش خودکارآمدی و سازگاری که بر اساس مدل توانبخشی پرستاری ماک اجرا شده است، باعث بهبود عملکرد مبتلایان به سکته مغزی در زمینه سازگاری با عوارض و مشکلات ناشی از بیماری و رسیدن به خودکارآمدی می شود.

کلید واژه ها: توانبخشی^۱ سکته مغزی، پرستاری، مدل ماک، خودکارآمدی، سازگاری.

^۱Rehabilitation

Table of Contents

فهرست مطالب

.....	فهرست مطالب	.....
.....	فصل اول: کلیات تحقیق	.....
۱-۱	مقدمه	..... ۱
۲-۱	بیان مسئله	..... ۲
۳-۱	اهمیت و ضرورت	..... ۹
۴-۱	اهداف پژوهش	..... ۱۲
۱-۴-۱	هدف کلی	..... ۱۲
۲-۴-۱	اهداف اختصاصی	..... ۱۲
۳-۴-۱	اهداف کاربردی	..... ۱۲
۵-۱	فرضیه پژوهش	..... ۱۲
۶-۱	پیش فرضهای پژوهش	..... ۱۳
۷-۱	تعریف مفاهیم و واژه ها	..... ۱۴
۱-۷-۱	سکته مغزی	..... ۱۴
۲-۷-۱	پرستاری توانبخشی	..... ۱۵
۳-۷-۱	سازگاری	..... ۱۵
۴-۷-۱	خودکارآمدی	..... ۱۶
۸-۱	محدودیت پژوهش	..... ۱۶
.....	فصل دوم: پیشینه تحقیق	.....
۱-۲	سکته مغزی	..... ۱۷
۱-۱-۲	انواع سکته مغزی	..... ۱۷
۲-۱-۲	تظاهرات بالینی و عوارض سکته مغزی	..... ۱۹
۳-۱-۲	علل سکته مغزی	..... ۱۹
۴-۱-۲	درمان سکته مغزی	..... ۲۰
۲-۲	پیشینه مدل ماک	..... ۲۲

۲۹	۳-۲ سازگاری در یک نگاه
۳۱	۱-۳-۲ ویژگی های سازگاری
۳۱	۲-۳-۲ عناصر مرتبط با سازگاری
۳۲	۴-۲ خودکارآمدی
۳۵	۵-۲ بررسی متون
	فصل سوم: روش تحقیق
۴۵	۱-۳ مقدمه
۴۵	۲-۳ نوع پژوهش
۴۵	۳-۳ جامعه پژوهش
۴۶	۴-۳ نمونه پژوهش
۴۶	۵-۳ مشخصات واحدهای پژوهش
۴۶	۱-۵-۳ معیارهای ورود
۴۷	۲-۵-۳ معیارهای خروج بیمار
۴۷	۶-۳ روش نمونه گیری و تعیین حجم نمونه
۴۸	۷-۳ محیط پژوهش
۴۸	۸-۳ روش جمع آوری داده ها
۴۸	۱-۸-۳ پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (اطلاعات فردی)
۴۹	۲-۸-۳ پرسشنامه سازگاری بیماران سکته مغزی
۵۳	۳-۸-۳ پرسشنامه خودکارآمدی بیماران سکته مغزی
۵۶	۹-۳ روش اجرای پژوهش
۵۸	۱۰-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها
۵۸	۱۱-۳ ملاحظات اخلاقی
	فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها
۶۰	۱-۴ مقدمه
۶۰	۲-۴ بررسی متغیرهای زمینه ای پژوهش
۶۰	۱-۲-۴ بررسی جمعیت شناختی
۶۴	۳-۴ بررسی توصیفی اطلاعات
۶۵	۱-۳-۴ بررسی متغیرهای اصلی پژوهش

۶۹	۴-۴ تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها
	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۸۵	۱-۵ بررسی یافته های جانبی پژوهش
۸۶	۲-۵ بررسی یافته های اصلی پژوهش
۸۶	۱-۲-۵ در راستای هدف اول
۸۹	۲-۲-۵ راستای هدف دوم
۹۲	۳-۵ یافته های اضافی پژوهش
۹۳	۴-۵ نتیجه گیری نهایی
۹۳	۵-۵ کاربرد یافته های پژوهش
۹۴	۱-۵-۵ حیطه آموزش پرستاری
۹۴	۲-۵-۵ پرستاری مدیریت توانبخشی
۹۴	۳-۵-۵ پرستاری بالینی توانبخشی
۹۵	۴-۵-۵ بیمارستانها و مراکز توانبخشی سکنه مغزی
۹۵	۵-۵-۵ عرصه پژوهش
۹۶	۶-۵ پیشنهادات برای تحقیقات آینده
۸۳	پیوست ها

۹۸

منابع

۱۰۶	پیوست شماره ۱: برنامه پرستاری توانبخشی و آموزشی ماک در سکنه مغزی
۱۴۱	پیوست شماره ۲: سنجش روایی محتوایی پرسشنامه خودکارآمدی
۱۴۴	پیوست شماره ۳: پرسشنامه ها

فهرست جداول

- جدول ۱-۳: حداقل CVR قابل قبول براساس لاوشه ۵۰
- جدول ۲-۳: مقادیر CVR سنجش روایی صوری سوالهای پرسشنامه سازگاری بیماران سکته مغزی ۵۲
- جدول ۳-۳: مقادیر CVR سنجش روایی صوری سوالهای پرسشنامه خودکارآمدی بیماران سکته مغزی ۵۴
- جدول ۱-۴: توزیع جنسیتی بیماران مبتلا به سکته مغزی ۶۱
- جدول ۲-۴: میانگین سن بیماران مبتلا به سکته مغزی ۶۱
- جدول ۳-۴: توزیع سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سکته مغزی ۶۲
- جدول ۴-۴: توزیع وضعیت اشتغال بیماران مبتلا به سکته مغزی ۶۳
- جدول ۵-۴: توزیع نوع سکته بیماران مبتلا به سکته مغزی ۶۴
- جدول ۶-۴: شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس آزمون سازگاری بیماران مبتلا به سکته مغزی ۶۵
- جدول ۷-۴: شاخصهای توصیفی مربوط به دادههای حاصل از اجرای پیش آزمون و پس آزمون زیرمقیاس های سازگاری بیماران مبتلا به سکته مغزی ۶۶
- جدول ۸-۴: شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس آزمون خودکارآمدی بیماران مبتلا به سکته مغزی ۶۷
- جدول ۹-۴: مقایسه نمره خودکارآمدی کلی در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی ۶۸

- جدول ۴-۱۰: شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس آزمون زیرمقیاس های خودکارآمدی بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۶۸
- جدول ۴-۱۱: مقایسه نمره سازگاری شخصی در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۰
- جدول ۴-۱۲: مقایسه نمره ارتباط با همسر در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۱
- جدول ۴-۱۳: مقایسه نمره سازگاری خانوادگی در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۲
- جدول ۴-۱۴: مقایسه نمره سازگاری اجتماعی در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۲
- جدول ۴-۱۵: مقایسه نمره مشکلات مالی در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۳
- جدول ۴-۱۶: مقایسه نمره اوقات فراغت در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۴
- جدول ۴-۱۷: مقایسه نمره ورزش منظم در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۵
- جدول ۴-۱۸: مقایسه نمره اطلاعات در مورد بیماری در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۵
- جدول ۴-۱۹: مقایسه نمره کمک از جامعه و خانواده در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۶
- جدول ۴-۲۰: مقایسه نمره مولفه ارتباط با پزشک در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۷
- جدول ۴-۲۱: مقایسه نمره مولفه مدیریت بیماری در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۸
- جدول ۴-۲۲: مقایسه نمره مولفه کارکرد روزمره در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۷۹
- جدول ۴-۲۳: مقایسه نمره مولفه اوقات فراغت خودکارآمدی در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی..... ۸۰
- جدول ۴-۲۴: مقایسه نمره مولفه مدیریت علائم در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۸۰
- جدول ۴-۲۵: مقایسه نمره مولفه کوتاهی تنفس در پیش آزمون و پس آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی.....۸۱

جدول ۴-۲۶: مقایسه نمره مولفه مدیریت افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران مبتلا به سکته مغزی..... ۸۲

جدول ۴-۲۷: همبستگی پیرسون و t سازگاری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سکته مغزی..... ۸۳

فهرست نمودار

نمودار ۴-۱: نمودار ستونی مقایسه درصد بیماران مبتلا به سکته مغزی بر مبنای توزیع جنسیتی..... ۶۱

نمودار ۴-۲: نمودار ستونی مقایسه درصد بیماران مبتلا به سکته مغزی بر مبنای سن..... ۶۲

نمودار ۴-۳: نمودار ستونی مقایسه درصد بیماران مبتلا به سکته مغزی بر مبنای سطح تحصیلات..... ۶۳

نمودار ۴-۴: نمودار ستونی مقایسه درصد بیماران مبتلا به سکته مغزی بر مبنای توزیع نوع سکته مغزی..... ۶۴

نمودار ۴-۵: نمایش مقایسه میانگین نمرات بیماران مبتلا به سکته مغزی در مقیاس سازگاری بیماران مبتلا به سکته مغزی در

مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون..... ۶۵

نمودار ۴-۶: نمایش مقایسه میانگین نمرات بیماران مبتلا به سکته مغزی در مقیاس خودکارآمدی بیماران مبتلا به سکته مغزی در

مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون..... ۶۷

فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه

سکته مغزی^۱ یکی از مهم‌ترین علل ناتوانی طولانی‌مدت در میان جوانان و سالمندان می باشد و فاکتور مهمی در افزایش ناتوانی های مرتبط با سن است (۱). سکته مغزی سومین علت مرگ و میر و دومین دلیل ناتوانی است که نیاز به مراقبت در منزل دارد. در آسیا تعداد کسانی که در اثر سکته مغزی جان خود را از دست می دهند برابر کسانی است که به دنبال بیماری های قلبی می میرند و یک حادثه غیرقابل پیش بینی و ویرانگر برای بیمار و خانواده آنهاست، به عبارتی وقتی یک عضو خانواده مبتلا می شود مثل این است که کل خانواده دچار سکته مغزی شده اند، بطوریکه زندگی بیمار و خانواده وی پس از سکته مغزی دچار تغییراتی می شود که به صورت قبل از سکته برنخواهد گشت و نتایج بعدی بیماری بستگی به فرد و متغیرهایی از قبیل شدت ضایعه، نقش خانواده، منابع مالی، عوامل تسهیل کننده و موانع پیش روی فرد خواهد داشت (۲).

در ایالات متحده امریکا هر چهل ثانیه، یک نفر دچار سکته مغزی شده و هر چهار دقیقه یک نفر از سکته مغزی می میرد. هر ساله حدود ۷۹۵۰۰۰ نفر در امریکا مبتلا شده که حدود ۶۱۰۰۰۰ نفر اولین تجربه سکته را داشته و در حدود ۱۸۵۰۰۰ نفر تجربه مجددی از آن را دارند (۳).

سکته مغزی می تواند تاثیرات مهمی روی زندگی فرد بگذارد. بیماران سکته مغزی از نواقص عصبی- رفتاری رنج می برند که نتیجه مستقیم تخریب عصبی یا اختلال عملکرد در نتیجه این بیماری است (۴). حدود ۸۰٪ از بازماندگان سکته مغزی پس از طی مرحله حاد به دلیل عوارض متعدد جسمی، روانی و اجتماعی دچار کاهش سازگاری با اثرات ناشی از بیماری بوده و در نتیجه در انجام فعالیت روزانه خود با مشکل مواجه بوده و به سایرین وابسته می شوند (۵).

¹ Stroke

مدل ماک^۱، مدل توانبخشی جامع مخصوص بیماران سکته مغزی بوده و از نظر بالینی قابل اجرا می باشد. همچنین به مددجو کمک می کند به بالاترین سطح سازگاری و خودکارآمدی برسد (۲۵).

۲-۱ بیان مسئله

سکته مغزی یک سندرم عصبی با شروع ناگهانی یا تدریجی تخریب عروق مغزی است که ممکن است ۲۴ ساعت یا بیشتر طول بکشد (۶). این واقعه می تواند عوارض جدی برای بیماران داشته باشد. دو نوع اصلی بیماری شامل سکته ایسکمیک^۲ و خونریزی دهنده^۳ می باشد. نوع ایسکمیک ناشی از آمبولی یا ترومبوز بوده و شیوع آن ۸۷٪ می باشد. سکته خونریزی دهنده شامل خونریزی تحت عنكبوتیه^۴ و داخل مغزی^۵ است که ۱۳٪ شیوع دارد و در اثر پارگی عروق خونی به وجود می آید که موجب نشت خون به داخل بافت مغزی می شود (۷).

بالغ بر ۸۰٪ مرگ ناشی از سکته مغزی در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد و حدود یک چهارم آن در سنین زیر ۶۵ سال می باشد (۳). مطالعات نشان داده شیوع سکته ایسکمیک در همه رنجهای سنی در ایران ۴۳/۱۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده، اما به طور کلی شیوع سالانه سکته مغزی براساس پاره‌ای از مطالعات اپیدمیولوژیک پراکنده بین ۳۳ تا ۳۷۳ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت گزارش شده است (۸). مطالعات دیگر، افزایش شیوع سکته مغزی را ۱۰۳/۲۳-۸۴/۱۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش دادند. سکته مغزی در همه گروه‌های سنی در خانم‌ها نسبت به آقایان کمی شایع‌تر است (۵۳-۵۱٪)، درحالی که در مردان ۵۲٪ می باشد (۹).

علاوه بر صرف هزینه‌های زیاد جهت درمان و مراقبت، بیماری و اثرات آن بر روی فرد، خانواده و اجتماع گسترده بوده و بحران‌های شدیدی را ایجاد می کند که منجر به کاهش کارایی آنها می شود و

¹ Mauk

² Ischemic

³ Hemorrhagic

⁴ Sub arachnoid

⁵ Intra cerebral

به تبع آن انسان خلاق و سازنده را به انسانی که محتاج مراقبت دائمی است، تبدیل می کند (۱۰). در سال ۲۰۱۰ هزینه سکتة مغزی در ایالات متحده، حدود ۵۳/۹ بلیون دلار تخمین زده شده است (۷). افزایش مدت زمان بستری در بیمارستان منجر به افزایش هزینه‌ها و عوارض خواهد شد و بسیاری از بیمارانی که از بیمارستان ترخیص می شوند، دامنه‌ای از نواقص دائمی مانند ضعف، اشکال در تعادل، نقص شناختی^۱، بی‌حرکی و وابستگی در انجام کارهای روزمره را تجربه می کنند (۱۱). عوارض این بیماری بر روی تطابق با تغییرات به وجود آمده، توانایی خودمراقبتی، عملکردی و استقلال فرد اثر می گذارد. طبق مطالعات دی اسپولدا^۲ و چانگ^۳، ناتوانی میزان سازگاری موثر را کاهش می دهد.

با توجه به اینکه سکتة مغزی درمان قطعی ندارد، لازم است مبتلایان به آن، با بیماری مزمن خود تطابق و هماهنگی پیدا کنند تا بتوانند به وظایف و مسئولیت‌های خود عمل کنند، این امر بدیهی است که می بایست شرایط انطباق و پذیرش بیماری را برای مددجو فراهم نمود. این بیماران در جستجوی راه‌کارهایی برای سازگاری با ناتوانی بوده تا احساس پیوستگی و انسجام بعد از سکتة را در زندگی خود حفظ یا بازسازی کنند (۱۲).

سازگاری روندی است که به مددجو کمک می کند تا علیرغم مشکلات جسمی، نگرش مثبتی نسبت به خود و جهان داشته باشد (۱۳). در واقع سازگاری^۴ به عنوان تلاش فرد و خانواده جهت کنترل و مدیریت خواسته‌ها، نیازها و وفق دادن خود با شرایط جدید می باشد که به کنترل موقعیت به وجود آمده، کمک می کند (۱۴).

برخی شواهد بیان می کنند که سازگاری با شرایط بعد از ضایعه، موفقیت در توان‌بخشی را به دنبال دارد. بسیاری از بیمارانی که در اثر صدمات مغزی دچار ناتوانی شده‌اند، برای ادامه زندگی و مقابله با

¹ Cognitive deficite

² De Spulveda

³ Chang

⁴ Adjustment

عوارض ناشی از آن سازگاری لازم را ندارند، در نتیجه در رسیدن به حداکثر توانایی عملکرد جسمی، اقتصادی و اجتماعی دچار مشکل می شوند (۱۵).

سازگاری می تواند به کنترل مناسب بیماری و کاهش عوارض کمک نماید و پیشگویی کننده میزان پیروی بیماران از برنامه های آموزشی و مراقبتی در ارتباط با بیماری است. بیمار با افزایش میزان سازگاری جسمی و روانی می تواند به خودکنترلی مطلوب تر از بیماری خود دست یابد. مسلماً هدف نهایی در بیماری مزمن کنترل مناسب بیماری توسط خود بیمار و پیشگیری از عوارض آن است. شرکت فعالانه بیمار در این فرایند برای ایجاد سازگاری جسمی و روانی در بیمار ضروری است. استفاده از چهارچوب تئوری در پژوهش پرستاری به توصیف پاسخ های مختلف انسان ها در شرایط بیماری و سلامتی و در نهایت سازگاری کمک خواهد کرد (۱۶). محققین دانشگاه مریلند اعلام کردند سازگاری برای کار با بیماران در مراحل درمانی مفید و کمک کننده است و سازگاری به گسترش خدمات توان-بخشی موثر و کارآمد کمک می کند (۱۷).

از آنجا که بیماری های مزمن، از جمله سکته مغزی بر تمام جنبه های فرد، خانواده و جامعه اثر می گذارد، بر کیفیت زندگی بیمار نیز تأثیرگذار است. از طرفی مسأله کیفیت زندگی با خودکارآمدی ارتباط مستقیم دارد (۱۲). خودکارآمدی^۱ اطمینانی است که شخص، رفتار خاصی را با موفقیت اجرا می کند و انتظار نتایج به دست آمده را دارد. بندورا و همکاران^۲ معتقدند که خودکارآمدی، پیش شرط اصلی و مهم در تغییر رفتار، از جمله رفتارهای بهداشتی است (۱۸).

افراد دارای خودکارآمدی بالا ثبات و اعتماد به نفس بیشتر نسبت به افراد دارای خودکارآمدی پایین در برخورد با شرایط سخت خواهند داشت. فرایند بیماری مزمن، عوارضی از جمله افزایش تنش های عاطفی، اضطراب، افسردگی و کاهش سازگاری را به همراه دارد که این عوارض باعث کاهش رفتارهای خود مراقبتی شده و خودکارآمدی را به طور مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر قرار می دهد (۱۹).

¹ Self efficacy

² Bandora and et al

مطالعات نشان می دهند که در بیماران مزمن عواملی نظیر خودمدیریتی پایین، سن بالا و تحصیلات پایین، خودکارآمدی را کاهش می دهند (۲۰).

نتایج مطالعه نویدیان (۱۳۹۰) نشان داد بیماران سکته مغزی که از نظر انجام فعالیت‌های روزمره زندگی به طور کامل به مراقبین وابسته بودند، بیشتر از سایر گروه‌ها، فرسودگی و خستگی را تجربه کردند. هرچه سطح توانایی بیمار در مراقبت از خود پایین‌تر باشد، حس خودکارآمدی آنان کاهش می یابد. بیماران به دلیل اشکال در خودکارآمدی در برخورد با حادثه ایجاد شده، به جای برخورد منطقی به اجتناب و انکار شرایط به وجود آمده پرداخته و انتظارات نامعقولی در رابطه با بهبودی خود دارند (۱۳).

برنامه‌های توان بخشی به عنوان یک هدف مهم درمانی به بیماران در جهت عدم وابستگی و اجتناب از بستری شدن‌های مکرر بیمارستانی و کاهش هزینه‌های سرسام‌آور کمک می کند و پرستاران می توانند با تأکید بر توانایی‌های باقیمانده حتی‌الامکان حس استقلال را در آنها تقویت و در جهت خودکفا ساختن برای مراقبت از خود و ایجاد سازگاری آنان را یاری و حمایت نمایند. پرستاران به دلیل نقش‌های گسترده ای که دارند می توانند افرادی فعال در طرح توان بخشی بیمار باشند و این مشارکت، ارتباط پرستار و مددجو را در فرآیند بهبودی افزایش می دهد. از مسئولیت‌های مهم پرستار، نقش حیاتی او در آموزش بیمار، توان بخشی و تبدیل او از یک عنصر وابسته به یک فرد مستقل و خودکفاست. نتایج بررسی‌ها 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 (۲۱).

نتایج بررسی تورسن در سال ۲۰۰۵ نشان داد که تعداد قابل توجهی از بیماران در گروه مورد در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی مستقل و در فعالیت‌های اداره منزل فعال شده بودند (۲۱).

همچنین نتایج پژوهش هوپمن و ورنر در سال ۲۰۰۳ نشان داد که بیماران قادرند عملکرد جسمانی خویش را در طی دوره‌های توان بخشی و به ویژه تمرینات جسمانی بهبود بخشند. یافته‌های پژوهشی مشابه

بیانگر آن است که بعد از آموزش به بیمار، وضعیت عملکرد آنان نسبت به بیمارانی که این آموزشها را نگرفته بودند، مطلوبتر است (۲۲).

درمجموع یافته‌های پژوهش‌ها نشان داد که آموزش 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 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 می‌توانند بیمار و خانواده‌اش را هرچه بیشتر با ماهیت بیماری، عوارض و توانایی‌های مراقبت از خود آشنا سازند (۲۱).

بنابراین، خودکارآمدی یکی از روش‌های توانمند نمودن بیمار برای سازگاری با شرایط بیماری است. این برنامه مبتنی بر روش حل مساله است که اطمینان بیمار برای کنترل شرایط و توانمندی‌ها را افزایش و بیمار را برای سازش با موقعیت توانمند می‌نماید. بی‌توجهی به این امر و آموزش ناکافی و نامناسب این بیماران منجر به عدم سازگاری بیمار و در نتیجه خودکارآمدی ضعیف خواهد شد (۱۲). لذا پرستاران با توجه به نقش حساس در زمینه توان بخشی بیماران با ناتوانی جسمی و روانی قادرند که بیماران را در رسیدن به بالاترین سطح توانایی انجام فعالیت‌های روزمره یاری نموده و از مشکلات اجتماعی- روانی و اقتصادی آنها بکاهند (۱۳).

توان بخشی^۱ بیماران حادثه عروقی مغزی، به عنوان کاربرد هماهنگ و منسجم برنامه‌ها و روش‌های پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه‌ای برای بازآموزی این افراد به منظور رسیدن به حداکثر سطح مطلوب فیزیکی، روانی، اجتماعی و حرفه‌ای علی‌رغم محدودیت‌های محیطی و فیزیولوژیکی می‌باشد. در واقع مرحله فعالی است که مراقبت‌ها در مرحله حاد بستری در بیمارستان شروع شده و هدف آن کمک

^۱ Rehabilitation

به مددجو جهت بازگرداندن به جامعه و بازسازی عملکردهای مستقلانه آنهاست تا بیماران به زندگی فعال و مولد برسند (۸).

مدل‌های توان‌بخشی پرستاری مختلفی وجود دارند، اما در بازتوانی بیماران سکته مغزی به طور اختصاصی استفاده نمی‌شوند. این مدل‌ها شامل: مدل هندرسون^۱ (تعریف و ماهیت پرستاری، ۱۹۶۶)، که به ابعاد جسمی توجه کرده و استقلال بیمار را در ابعاد محدودی در نظر گرفته است. اورم^۲ (خود-مراقبتی، ۱۹۵۹)، که ارتباط پرستار بیمار در آن تعریف نشده و تنها به جنبه جسمی بیمار توجه کرده است. مدل راپر^۳ (مدل مبتنی بر زندگی، ۱۹۹۵) که تنها برای بیماری‌های حاد کاربرد دارد. مدل روی (مدل سازگاری، ۱۹۷۰) یک تئوری پیچیده، بزرگ و عمومی بوده که پیچیدگی فرضیه‌ها از عملی بودن آن برای تحقیق جلوگیری می‌کند و بیشتر دارای قدرت توصیفی و توضیحی افراد بوده و قدرت تجویزی محدودی دارد. در کل این تئوری‌ها مخصوص بیماران سکته مغزی نیستند (۲۳).

تئوری دیگر در این زمینه، تئوری انتقال میلیس (۱۹۸۶) می‌باشد که بیان می‌کند وقتی بیماران مبتلا به سکته مغزی چند ماه بعد از بیماری، به وضعیت پایداری می‌رسند، تسلیم شرایط جدید زندگی خود می‌شوند و سعی می‌کنند به استقلال برسند. در این راه برای بهتر انجام دادن کارها و تقویت روحی خود از امور معنوی نیز کمک می‌گیرند تا سریع‌تر به سازگاری برسند. طبق این تئوری، از آنجایی که این حادثه به طور ناگهانی رخ داده است و زندگی سابق خود را از دست داده‌اند، فرایند انتقال برای این بیماران آغاز می‌گردد. نتایج مطالعات بیانگر آن است که افراد بعد از توان‌بخشی سکته مغزی، مرحله‌ای انتقالی از وابستگی تا استقلال را طی می‌کنند و در طی این روند سعی می‌کنند با تغییرات حاصل از بیماری سازگار شده و به استقلال و عدم وابستگی برسند. بر اساس این تئوری، برای اینکه بیماران مرحله انتقالی سلامتی - بیماری را طی کنند باید از تغییرات به‌وجود آمده ناشی از سکته مغزی در زمان حال و

¹ Henderson

² Dorothy Orem

³ Roper

آینده آگاهی داشته باشند. همچنین افراد در جستجوی دستیابی دوباره به کنترل زندگی خود و بازسازی خود می باشند.

انتقال، عبور از بین دو مرحله زمانی نسبتاً پایدار می باشد که افراد از یک مرحله زندگی، شرایط یا وضعیت به مرحله، شرایط یا وضعیت دیگر می روند. در طول این روند مهارت‌ها، ارتباطات و سازگاری جدید مورد نیاز است تا فرد تکامل یابد. انواع انتقال بر اساس این تئوری شامل تکاملی، موقعیتی، سلامت-بیماری و سازمانی می باشد. مرحله انتقالی صحیح در بیماران مبتلا به سکته مغزی بر اساس تئوری میلیس، شامل آگاهی، تعدیل انتظارات، دوباره‌سازی روتین زندگی، توسعه دانش و مهارت، حفظ انسجام و پیوستگی، ایجاد انتخاب‌های جدید در زندگی و یافتن فرصت‌هایی برای رشد می باشد. هدف اصلی پرستار در اینجا تسهیل کردن مرحله انتقال از طریق افزایش روند انتقالی صحیح می باشد. نقش پرستار در روند انتقال طبق تئوری شامل ارزیابی، حمایت از نقش، ایجاد محیط سالم، بسیج منابع و یادآوری است.

این تئوری از نظر هدف نهایی (رسیدن به سازگاری و خودکارآمدی) مشابه با مدل ماک بوده است. اما از آن جهت که از دسته تئوری‌های مفهومی برای تمام افراد و در همه موقعیت‌های طبیعی زندگی می باشد نه فقط بیماری، همچنین مانند مدل ماک خاص بیماران سکته مغزی نبوده و مراحل مشخصی برای روند بیماری سکته مغزی و مداخلات مربوطه بیان نکرده است، در این تحقیق از مدل توان‌بخشی ماک استفاده شده است (۲۴).

اما مدل ماک^۱ تنها بر روی بیماران سکته مغزی تمرکز دارد که از نظر بالینی قابل اجرا می باشد. فرآیندی جامع بوده که مددجو را از نظر تمام ابعاد جسمی، روحی، اجتماعی بررسی می کند. این مدل به دلیل راهنمایی مددجو در جهت استفاده از درمان‌ها و مداخلات توان‌بخشی مناسب و عدم استفاده از درمان‌های جانبی، مقرون به صرفه می باشد، چارچوبی از بهبودی بعد از سکته را ارائه داده که مخصوص

^۱ Mauk