

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد

مدیریت پرستاری داخلی - جراحی

**عنوان :**

**بررسی تأثیر آموزش راهبردهای مقابله ای بر کیفیت زندگی و بار مراقبتی  
مراقبین خانوادگی بیمار مبتلا به سکته مغزی**

**نگارنده:**

دستان نریمانی

**استاد راهنما:**

دکتر اصغر دالوندی

**استاد مشاور:**

دکتر فرحناز محمدی

**استاد مشاور آمار:**

پوریا رضا سلطانی

اسفند ۹۲

شماره ثبت:

۲۵۷-۵۰۰

## تقدیم به شهدای اسلام

تقدیم به تمام کسانی که در انجام این پژوهش مرا یاری دادند

تقدیم به:

روح پدر بزرگوارم

و مادرم

و

همسر و پسر و دخترم

که فداکاری آنان پیمودن این مسیر را برایم آسان نمود.

**سپاس**

**از اساتید محترم راهنما و مشاور:  
جناب آقای دکتر اصغر دالوندی  
سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی  
پوریا رضا سلطانی**

**مدیر گروه محترم بخش پرستاری:  
جناب آقای دکتر اصغر دالوندی**

**معاون درمان مدیریت درمان تامین اجتماعی خوزستان  
جناب آقای دکتر ولی منش**

**چکیده:** سکته مغزی اولین اختلال عروقی مغزی و به عنوان سومین علت مرگ در جهان مطرح می باشد. سکته مغزی موجب کاهش کیفیت زندگی و افزایش بار مراقبین خانوادگی می شود. در اثر مراقبت از این بیماران به مراقبین فشار مراقبتی وارد می شود. پژوهش حاضر به منظور تعیین آموزش راهبردهای مقابله ای بر کیفیت زندگی و بار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیمار مبتلا به سکته مغزی انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی دو گروه بود. جامعه پژوهش شامل مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک بستری شده در بیمارستان های تامین اجتماعی و شهید زاده بهبهان بود. نمونه ها شامل ۳۰ نفر مراقب خانوادگی بیمار مبتلا به سکته مغزی که با توجه به معیارهای ورود و به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک مراقب، پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی فرم کوتاه سازمان بهداشت جهانی (QOL- Brife WHO) و بار مراقبت زاریت (Zarit) بود. مداخله پژوهش از زمان پایدار شدن وضعیت بیمار و حداقل یک ماه مدت مراقبت به مدت ۸ هفته ادامه داشت. قبل و بعد از مداخله میزان بار مراقبتی و کیفیت زندگی اندازه گیری مراقبین مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده ها توسط آزمون های آماری توصیفی و کای دو، t مستقل، t زوجی، تحلیل مانکوا و تحلیل کوواریانس صورت گرفت.

**یافته ها:** مقایسه میانگین بار مراقبتی مراقبین در پس آزمون به طور معناداری کمتر از پیش آزمون بوده ( $p < 0/01$ ) و نشان دهنده کاهش میزان بار مراقبتی مراقبین در پس آزمون می باشد. مقایسه کیفیت زندگی مراقبین در پس آزمون به طور معناداری بیشتر از پیش آزمون بوده ( $p < 0/01$ ) که نشان دهنده افزایش میزان کیفیت زندگی در پس آزمون می باشد.

**نتیجه گیری:** اجرای آموزش راهبردهای مقابله ای می تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی و کاهش بار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی شود.

**کلید واژه ها:** آموزش راهبردهای مقابله ای، سکته مغزی، بار مراقبتی، کیفیت زندگی

## فهرست مطالب

صفحه

### فصل اول - کلیات پژوهش

۱	مقدمه
۳	بیان مسئله
۱۱	اهمیت و ضرورت
۱۴	اهداف پژوهش
۱۵	فرضیه پژوهش
۱۵	پیش فرض ها
۱۷	تعاریف نظری و عملی واژه ها
۲۰	محدودیت پژوهش

## فصل دوم - پیشینه پژوهش

۲۲	چارچوب پنداشتی
۴۱	بررسی متون

## فصل سوم - روش شناسی تحقیق

۴۷	مقدمه
۴۷	نوع پژوهش
۴۷	جامعه پژوهش
۴۸	مشخصات نمونه
۴۸	روش نمونه گیری و حجم نمونه
۵۰	روش انجام کار
۵۲	روش و ابزار گردآوری داده ها
۵۶	ملاحظات اخلاقی

## فصل چهارم - توصیف و تحلیل داده ها

۵۹	مقدمه
۶۶	بررسی سوالات پژوهش
۷۵	یافته های اصلی

## فصل پنجم - بحث، نتیجه گیری، پیشنهادات

۷۹	مقدمه
۷۹	یافته های جانبی
۷۹	یافته های اصلی
۸۲	نتیجه گیری نهایی
۸۳	کاربرد یافته های پژوهش
۸۴	پیشنهاد برای پژوهش های بعدی
۸۵	فهرست منابع

### پیوست ها

۹۵	پیوست شماره یک: رضایت نامه مراقبین
۹۶	پیوست شماره دو: کارت پستال به مراقبین
۹۷	پیوست شماره ۳: بسته آموزشی
۱۰۱	پیوست شماره ۴: گامهای حل مساله
۱۰۶	پیوست شماره ۵: پرسشنامه ها



## فهرست جداول

### صفحه

- جدول ۴-۱. توزیع فراوانی و درصد مراقبین بر اساس تحصیلات ۶۰
- جدول ۴-۲. توزیع فراوانی و درصد مراقبین بر اساس درآمد ۶۱
- جدول ۴-۳. توزیع فراوانی و درصد مراقبین بر اساس نسبت مراقب با بیمار ۶۲
- جدول ۴-۴. توزیع فراوانی و درصد مراقبین آنان بر اساس وضعیت تاهل ۶۳
- جدول ۴-۵. توزیع فراوانی و درصد مراقبین بر اساس وضعیت اشتغال ۶۴
- جدول ۴-۶. میانگین و انحراف معیار سن مراقبین ۶۵
- جدول ۴-۷. بررسی نرمال بودن متغیرهای پیوسته پژوهش با استفاده از آزمون آماری کلموگروف-اسمیرنوف ۶۶
- جدول ۴-۸. مقایسه میانگین کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش راهبرد مقابله ای ۶۷
- جدول ۴-۹. مقایسه میانگین کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی در گروه کنترل قبل و بعد از آموزش راهبردهای مقابله ای ۶۹
- جدول ۴-۱۰. مقایسه میانگین کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش راهبردهای مقابله ای ۷۰
- جدول ۴-۱۱. مقایسه میانگین بار مراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش راهبردهای مقابله ای ۷۲

جدول ۴-۱۲. مقایسه میانگین بار مراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی در گروه کنترل قبل و بعد از آموزش راهبردهای مقابله‌ای

۷۳

جدول ۴-۱۳. مقایسه میانگین بار مراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش راهبردهای مقابله‌ای

۷۴

جدول ۴-۱۴. مقایسه میانگین کیفیت زندگی گروه مداخله و کنترل با استفاده از آزمون آماری مانکوا

۷۵

جدول ۴-۱۵. مقایسه میانگین نمرات پس آزمون حیطه‌های کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل با

۷۵

استفاده از آزمون تعقیبی

جدول ۴-۱۶. آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین بار مراقبتی با توجه به گروه

۷۶

# فصل اول

## کلیات تحقیق

در سالهای اخیر رشد روزافزون بیماریهای مزمن منجر به تحولات شگرفی در عرصه ارائه خدمات بهداشتی شده است. نظر به ماهیت نیازهای بهداشتی در بیماریهای مزمن، مفاهیم والگوهای مختلفی همچون انتقال مراقبتهای بهداشتی از بیمارستانها و کلینیکها به جامعه و منازل مورد توجه سیاستگذاران بهداشتی واقع شده است (۱). یک بیماری مزمن به طور بالقوه میتواند روی تمام جنبه های زندگی فرد و خانواده او تاثیر بگذارد. تغییر در ذهنیت، شناخت و تحرک. تغییرات ایجاد شده به نوبه خود روی توانایی مراقبت از فرد، تصویر ذهنی از بدن، سطح فعالیت و احساس بهبودی کلی فرد تاثیر می گذارند. به طوریکه نقشها و مسولیتهای فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد مختل شده و باعث عدم کارآیی مناسب فرد میشود علاوه بر مسولیتهای فردی و خانوادگی بر روی جوامع نیز تاثیر گذاشته و هزینه های زیادی را جهت درمان و کنترل شرایط بوجود آمده طلب می نماید (۲). یکی از شایعترین بیماریها که منجر به ناتوانی می گردد، سکته مغزی است (۳). سکته مغزی ۱ 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 می دهند (۴). در کشورهای غربی میزان بروز سکته ۱۰۰ تا ۳۰۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر و در ایران بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک پراکنده بین ۳۳ تا ۳۷۲ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است (۵). علاوه بر مرگ ناشی از این بیماریها، اختلالات و معلولیتهای جسمانی به جا مانده از این بیماریها، از لحاظ مراقبتهای 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 می کند(۶). از این رو، این بیماری به عنوان یکی از عوامل عمده از کار افتادگی به شمار می آید و هزینه اقتصادی گرانی را بر جامعه تحمیل می کند(۷). این رویداد نه تنها فرد بیمار را درگیر میکند بلکه تمام افرادی را که با آن در ارتباطند تحت تاثیر قرار میدهد. و در مراقبین و بازماندگان تغییر نقش ایجاد میکند. و با این تغییرات دگرگونی و استرس رخ میدهد. و زندگی مراقبین تحت تاثیر قرار میگیرد(۸). اخیراً با افزایش هزینه های 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 می گیرد که دانش و مهارت کافی برای مراقبت از بیمار ندارند(۹). مراقبین ۲ گروهی از افراد هستند که به علت فشارها و تقاضاهای بیش از اندازه دچار فرسودگی ۳ می شوند. مراقبت از فرد مبتلا به بیماری مزمن، تنش زیادی برای مراقب و خانواده بیمار ایجاد میکند. مراقبین بویژه نسبت به تنش آسیب پذیر هستند؛ زیرا تقاضاهای زیستی، اجتماعی و روانی بیمار بر نیازهای خود آنها پیشی میگیرد(۱۰). بنابراین اثرات بیماری مزمن نه تنها در زندگی بیماران اختلال ایجاد میکند، بلکه افراد مراقبت کننده را نیز گرفتار مینماید(۱۱). روند مراقبت مبتنی بر جامعه همراه با پیشرفت تکنولوژی پزشکی منجر به افزایش تعدادی افراد میشود که نیاز به مراقبت بهداشتی در منزل و توسط خانواده دارند. با افزایش این بیماران در خانواده ها بار، استرس و افسردگی مراقبین خانوادگی مطرح میشود و در نهایت کیفیت زندگی ۴ نیز به عنوان متغیر در مطالعه مراقبین خانواده افراد با بیماری مزمن مطرح میشود(۱۲).

---

2 caregivers

3 burnout

4 Quality of life

## ۱-۲. بیان مسأله:

سکته مغزی اولین اختلال از میان اختلالات گوناگونی است که به مراقبت های طولانی مدت نیاز دارد (۱۳). مرحله حاد این بیماری ممکن است تنها چند روز طول بکشد ولی بهبودی بیمار روند کند و تدریجی داشته و به طور معمول حداقل ۶ تا ۱۸ ماه تا پایدار شدن وضعیت بیمار نیاز به زمان دارد. جهت بهبود سکته مغزی و عوارض متعدد ایجاد شده، از درمان دارویی استفاده می شود؛ اما درمان اصلی آنها بازتوانی مداوم و طولانی مدت است (۱۴). حدود ۸۰ درصد از بازماندگان سکته مغزی پس از طی مرحله حاد و پایدار شدن وضعیت طبی از بیمارستان به منزل بر می گردند (۱۵). بعد از مرخص شدن از بیمارستان ۸۵ تا ۹۰ درصد بیماران مبتلا به سکته مغزی توسط اعضای خانواده مراقبت میشوند. که حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از آنها توسط مراقبینی که برای این کار استخدام میشوند، ۳۰ تا ۴۰ درصد از این بیماران توسط همسرانشان، ۲۰ تا ۳۰ درصد توسط دخترشان و ۲۰ تا ۳۰ درصد توسط فرزند پسر مراقبت می شوند (۱۶). این بیماران معمولاً دچار عوارض متعدد جسمی، حسی، ادراکی، ذهنی، روانی، شناختی و اجتماعی بوده و در انجام فعالیت روزانه خود نظیر خوردن، پوشیدن، دفع، حرکت و ... دچار مشکل هستند. متأسفانه به دلیل اختلالات حرکتی، ذهنی و شناختی بیماران خود قادر به رعایت اعمال بازتوانی و اجرای برنامه ای مراقبتی ارایه شده از سوی کادر درمان نیستند (۱۷).

در این حالت خانواده ها به عنوان حامیان اصلی روحی، جسمی و اطلاعاتی این بیماران، اجرا کننده برنامه های مراقبتی آنان بوده و بیماران باید برای انجام فعالیت روزانه و مراقبت، به آنها تکیه و اعتماد کنند (۱۸). در ایران نیز به دلیل کمبود مراکز دولتی جهت بازتوانی و مراقبت های پس از ترخیص در بیماران مبتلا به سکته مغزی و هزینه های بالای مراقبت در مراکز خصوصی و سرویس های ارایه مراقبت در منزل، مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی توسط خانواده بسیار رایج است و اکثر خانواده ها خود

مسئولیت اصلی مراقبت از بیماران را به عهده می گیرند (۱۹). با این حال اکثر خانواده ها به علت مواجهه ناگهانی با سکتة مغزی و اتخاذ نقش جدید به عنوان مراقب بیمار، احساس عدم آمادگی داشته و در اجرای برنامه های بازتوانی بیمار خود دچار مشکلات فراوانی می شوند. بسیاری از خانواده ها مشکلات مراقبتی خود را ناشی از کمبود اطلاعات در مورد بیماری و نوع مراقبت های لازم و مؤثر برای بیمار خود ذکر می کنند (۱۳).

طبق مطالعه ای که دالوندی و همکاران در ایران درباره تجربیات بیماران و خانواده های آن ها پس از سکتة مغزی انجام دادند، بسیاری از خانواده ها اظهار کردند که به دلیل کافی نبودن حمایت اجتماعی و مالی، فقدان برنامه های آموزشی، عدم دسترسی به خدمات بازتوانی و مشکلات جسمی و روحی دچار مشکلات بسیاری در امر مراقبت از بیمار شده اند (۱۹). عملکرد اصلی خانواده ، باید بر آوردن نیازهای فردی اعضا باشد . در هنگام وارد شدن صدمه شدید به یکی از اعضای خانواده، این نیازها ممکن است به شکل تقاضای فزاینده ای برای منابع و وقت در خانواده درآید (۲۰). تغییرات پس از سکتة مغزی، حاد هستند و مراقبت کننده باید خود را با تغییرات ناشی از سکتة مغزی سازگار کند و شیوه زندگی خود را نیز به سمت ارایه مراقبت تغییر دهد (۱۱). از آنجا که سکتة مغزی یک رویداد غیر منتظره می باشد، اعضای خانواده معمولاً به طور ناگهانی و بدون آمادگی قبلی در نقش مراقبت کننده از بیمار قرار می گیرند (۲۱). طبیعی است وقتی یکی از اعضای خانواده به بیماری مهلک و ناتوان کننده ای مبتلا می شود، سایر اعضا واکنش هایی نشان می دهند که در هر مرحله علایم آن متفاوت و اغلب شامل آشفتگی هیجانی و عاطفی، گیجی و بهت، عصبانیت و خشم، احساس درماندگی، کم حوصلگی، گریه کردن، مشغولیت ذهنی و اختلال در خواب و اشتهاست (۲۲). مراقبین خانوادگی به عنوان افراد در معرض خطر و بیماری فشار زیادی را متحمل می شوند (۲۳). علیرغم اینکه برخی معتقدند داشتن نقش مراقب، با پاداشها و تقویتهای مثبتی هم همراه است ، ولی تحقیقات موجود نشان میدهد که تنوع و شدت نقشهای مراقبتی ممکن است منجر به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیماران

گردد (۲۴). حدود ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سکته مغزی بعد از بستری و بازتوانی اولیه از بیمارستان مرخص می گردند و درانجام فعالیت های روزمره وابسته به اعضای خانواده خود می شوند و عمدتاً بار ۵ سنگین مراقبت از این بیماران بر دوش خانواده قرار می گیرد (۲۵). بار مراقبت کننده یک اصطلاح کلی است که توصیف کننده بار روحی روانی، جسمی و مالی ناشی از مراقبت می باشد که بر مراقبت کننده تحمیل می شود. در حقیقت بار مراقبت کنندگان، اشاره به سطح بالایی از استرس می باشد که ممکن است توسط مراقبت کنندگان تجربه شود. به عنوان مثال، فرد برای مراقبت از یک بیمار مبتلا به بیماری مزمن ممکن است عوامل استرس زایی مانند فشار مالی، کنترل و درمان علایم و نشانه های فرد، رویایی با بحرانها، از دست دادن دوستان، و یا از دست دادن صمیمیت را تجربه کند (۲۶). بار مراقبت در مراقبین به دو دسته تقسیم میشود: بار ذهنی ۶ و بار عینی ۷ مراقبت. بار عینی به اثرات منفی بیماری بر مراقبین، به خصوص مراقبین اصلی اطلاق می شود که شامل مواردی عینی مانند اختلال در روابط خانوادگی، محدودیت در فعالیت های اجتماعی، کار و تفریح، مشکلات مالی و مشکلات جسمی است. بار ذهنی به واکنش های هیجانی مراقبین نسبت به فرد بیمار و مراقبت از وی گفته می شود که شامل مواردی مانند فشار روانی، احساس از دست دادن، فقدان و افسوس است (۲۷).

نتایج حاصل از تحقیق دکتر دالوندی در ایران نشان میدهد که مشکلات اصلی در زندگی روزمره مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی که باعث بار مراقبت می شوند با فعالیتهای روزانه، تغییرات در نقش، اتلاف زمان و تغییرات خلق و مشکلات اقتصادی در ارتباط مستقیم می باشد. آنها سعی میکنند که در این موقعیتهای با تلاش جهت رسیدن به خودارزشی، داشتن استقلال، جستجوی معنویت و یادگیری مهارتها مقابله کنند (۲۸).

---

5 burden

6 Subjective burden

7 Objective burden



یک مطالعه در سال ۱۳۹۰ توسط حمید رضا کوهستانی و همکاران با عنوان تعیین شیوع فرسودگی در مراقبت کنندگان خانگی از بیماران مبتلا به سکته مغزی و عوامل موثر بر آن انجام شد. این پژوهش به صورت یک مطالعه مقطعی تحلیلی انجام گرفت. ۱۴۰ مراقبت کننده از بیمار مبتلا به سکته مغزی بستری در بیمارستان ولی عصر (عج) اراک مورد بررسی قرار گرفتند. بار مراقبت کنندگان در سه مرحله زمان ترخیص، یک و سه ماه بعد از ترخیص مصاحبه شد. بار مراقبت با پرسشنامه زاریت سنجیده شد. یافته‌های اولیه این بررسی نشان داد: ۷۰.۷۱ درصد مراقبت کنندگان همسر بیماران بودند و میانگین سنی آنان  $۱۱.۲ \pm ۵۷.۱$  سال بود. به طور کلی سه ماه بعد از سکته مغزی ۳۰، ۴۸ و ۲۰ درصد از مراقبت کنندگان به ترتیب به بار خفیف، متوسط و شدید مبتلا شده بودند. میانگین امتیاز بار در زمان ترخیص  $۹.۸۸ \pm ۲۵.۵۵$ ، یک ماه بعد از ترخیص  $۹.۸۸ \pm ۴۶.۴۶$  و سه ماه بعد از ترخیص  $۱۲.۸۱ \pm ۵۷.۵۵$  بود که به طور معناداری افزایش داشت. بار مراقبت کنندگان با میزان وابستگی و سن بیماران و همچنین جنسیت و نسبت فامیلی مراقبت کنندگان و میزان ساعت مراقبت روزانه دارای ارتباط بود. محققان در نتیجه گیری نهایی از این طرح مطالعاتی اظهار کردند: مراقبت از بیماران مبتلا به سکته مغزی باعث ایجاد حس فرسودگی و بارمراقبت در مراقبت کنندگان می‌شود. سن کمتر و وابستگی بیشتر بیماران و مؤنث بودن مراقبت کنندگان و دارای نقش همسری و مدت زمان مراقبت روزانه مراقبت کنندگان با میزان بار تجربه شده مرتبط است، این یافته‌ها بر ضرورت انجام مداخلات و حمایت‌های اجتماعی برای کاهش این فشارها دلالت دارد (۲۲).

مطالعه ای توسط اوستوالد ۸ در سال ۱۹۹۷ با عنوان فرسودگی و خستگی روحی روانی مراقبین، بیماری پنهان انجام شد. در این مطالعه ۲۴۵ مراقب مورد بررسی قرار گرفتند و میزان فشار روحی و روانی در آنها به

کمک سه فاکتور عدم وجود وقت کافی برای انجام امور شخصی، مشکلات شغلی و اختلالات رفتاری رایج در بیماران، تعیین گردید. نتایج نشان داد که ۵۶ درصد دچار فشار روحی و روانی بودند (۲۹).

یک مطالعه در سال ۲۰۰۳ توسط موریموتو ۹ و همکاران با عنوان بار مراقبتی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت در مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی، در کشور ژاپن انجام شد. این مطالعه بر روی ۱۰۰ مراقب مبتلا به سکته مغزی انجام گردید. که در پایان بار مراقبت توسط پرسشنامه زاریت ۱۰ و کیفیت زندگی با پرسشنامه SF-12 سنجیده شد. نتایج داد که بار مراقبت در این افراد زیاد می باشد و با بالا رفتن بار مراقبت کیفیت زندگی هم پایین می آید. همچنین افزایش ساعات مراقبت هم باعث بالا رفتن بار مراقبت می شود (۳۰). اطلاعات و آمار دقیقی در مورد سلامت جسمی و روحی مراقبت کنندگان از بیماران دچار سکته مغزی در کشور ما وجود ندارد. لازم به ذکر است که متأسفانه در حال حاضر در کشور ما، بیماران مبتلا به سکته مغزی بعد از ترخیص از بیمارستان تحت حمایت اجتماعی هیچ سازمان و یا انجمنی قرار نمی گیرند. این در حالی است که بسیاری از این بیماران نیازمند خدمات مهمی در رابطه با تأمین نیازهای ادراری (سونداژ و..)، دفعی، نیازهای غذایی، تکلم، پیشگیری از زخم بستر، فیزیوتراپی و غیره می باشند و بار سنگین این مسئولیت ها بر عهده مراقبت کنندگان از این بیماران قرار می گیرد. علی رغم شیوع بالای سکته مغزی و احتمال بالقوه فرسودگی در مراقبان آن ها، تاکنون در کشور ما این موضوع مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است و هیچ گونه آمار و ارقام مستند و رسمی در این خصوص در دست نمیباشد (۲۲). مطالعات انجام شده در سایر کشورها حاکی از آن بوده که اکثر مراقبت کنندگان از بیماران مبتلا به سکته مغزی، دچار احساس فرسودگی، تنهایی، افسردگی، کاهش سلامت جسمی و روانی می شوند. فرسودگی مراقبت کنندگان، منجر به کاهش کیفیت زندگی آن ها و کاهش کیفیت ارایه مراقبت توسط آنها می شود (۱۱).

---

9 morimoto

10 zarit

مفهوم کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی عبارت است از درک و احساس افراد از موقعیت آنها در زندگی در فرهنگ و در سیستم ارزشی که در آن زندگی میکنند و ارتباط آنها با اهداف، علائق و انتظارات، پارامترها و روابط اجتماعی شان(۲).

امروزه انسانها نه تنها تمایل زیاد به افزایش عمر دارند بلکه به خصوصیات مثبت زندگی مثل کیفیت آن نیز توجه میکنند. آنها حتی در طرح و شیوه های درمان، کیفیت زندگی را مد نظر قرار می دهند امروزه کیفیت زندگی در تحقیقات اجتماعی بهداشتی روانی انسانها مهم است. بسیاری از وقایع زندگی مثل جدایی، مرگ و بیماری سبب اضطراب و استرس شده و این مساله میتواند بر رفاه فیزیکی و رفاه روحی روانی (جنبه های مهمی از کیفیت زندگی) اثر نامطلوبی بگذارد(۳۱). مطالعه های انجام شده بر روی کیفیت زندگی در طول دهه گذشته، بر روی درک بیماران و همچنین مراقبین از کیفیت زندگی متمرکز بوده اند(۳۲). فشارهای مداوم بیماری و مراقبت از بیمار اثرات قطعی را بر کیفیت زندگی تک تک افراد و خانواده وارد میکند(۳۳). انجام مراقبت مداوم، تنش مزمن را برای مراقب به وجود میآورد و تواناییهای وی را برای کمک رساندن کامل و دلخواه محدود میکند و در نهایت سلامت جسمی و روانی او را تهدید مینماید(۳۴).

مطالعات نشان داده است که کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران سکته مغزی پایین تر از حد نرمال می باشد. نتایج یک تحقیق نشان می دهد که کیفیت زندگی کسانی که از بیماران مبتلا به سکته مغزی مراقبت می کنند از کسانی که این کار را انجام نمی دهند پایین تر است(۳۵).

بررسی پازیلی ۱۱ و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که مراقبت از افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس منجر به کاهش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی مراقبین در مقایسه با جمعیت عمومی میشود. همچنین میزان افسردگی در مراقبین با حالات سلامت جسمی و روانی بیماران در ارتباط میباشد(۳۶).

بررسی بلاسکو ۱۲ و سسو ۱۳ (۲۰۰۲)، نشان داد که مراقبت از بیماران دیالیزی ممکن است موجب احساس فشار و اثرات مخرب بر کیفیت زندگی مراقبین باشد (۳۷).

مراقبان رسمی از بیماران مبتلا به سکته مغزی سطح بالایی از بار مراقبت را تجربه می کنند. به خصوص در درازمدت این مراقبان اغلب دچار احساس انزوا، افسردگی و افزایش بار مراقبت و کاهش کیفیت زندگی میشوند. شواهد به دست آمده از پژوهشهای پیشین نشان میدهد که بار مراقب و کیفیت زندگی را می توان با آموزشهایی از قبیل آموزش راهبردهای مقابله ۱۴ بهبود بخشید (۳۸).

راهبردهای مقابله ای مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می شود. دو راهبرد اصلی مقابله عبارتند از: راهبرد مقابله ای هیجان مدار ۱۵ که شامل کوشش هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش زا است و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجانات حاصله از موقعیت تنش زا حفظ می کنند و راهبرد مقابله ای مساله مدار ۱۶ شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش زا است و سعی دارد تا منبع تنیدگی را حذف کرده یا تغییر دهد. روان شناسی سلامت برای نقش راهبردهای مقابله ای در چگونگی سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است (۳۹).

---

12 blasco

13 sesso

14 Copig strategy

15 Emotional coping strategy

16 Problem solving coping strategy