PAYESH
Volume 20, Issue 1 (January - February 2021)
Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]

Effect of Home-based Rehabilitation Intervention on Quality of Life of patients with Cerebral Stroke

Javad Jafari [1], Fatihe Kerman Saravi [2*], Fariba Yaghoubi Nia [2]

1. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Received: 27 October 2020
Accepted for publication: 4 January 2021
[EPub a head of print-19 January 2021]
Payesh: 2021; 20 (1):81-90

Abstract

Objective (s): In order to prevent the complications of the disease and improve the quality of life of patients with stroke, home-based care programs could be effective. This study aimed to assess such an intervention.
Methods: This quasi-experimental study was performed on 60 patients with stroke in Zahedan, Iran, in 2019. The intervention group received rehabilitation trainings for three sessions each lasting for 45 minutes. The control group received the usual care. The specific quality of life questionnaire for stroke patients was administered one and three months after the intervention. Data were analyzed using SPSS-22 software performing repeated measures analysis, independent t-test and chi-square.
Results: The mean score of total quality of life in one and three months after the intervention was significantly higher in intervention group compared to the control group ($p < 0.001$). The results of repeated measures analysis of variance regarding the effect of time and group on quality of life and its dimensions showed a statistically significant difference between the two groups ($P < 0.001$).
Conclusion: Home-based rehabilitation intervention could improve quality of life of patients suffering from stroke.

Key Words: Home-Care Rehabilitation, Quality of Life, Cerebral Stroke

* Corresponding author: School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences
E-mail: F_kermansaravi@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]

تاثیر آموزش توانبخشی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی

جواد جعفری[۱]، فتیحه کرمان ساروی[۲*]، فریبا یعقوبی نیا[۲]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳۰ دی ۹۹]
نشریه پایش: ۹۰-۸۱:(۱)۲۰؛۱۳۹۹

چکیده

مقدمه: جهت پیشگیری از عوارض بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سکته مغزی، می توان از برنامه های مراقبتی در منزل استفاده کرد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیراقدامات توانبخشی در منزل بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه به صورت نیمه تجربی بر روی۶۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی بستری در بخش های داخلی و داخلی اعصاب دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. نمونه ها به شیوه در دسترس انتخاب شدند و با قرعه کشی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. در گروه مداخله آموزش های توانبخشی در منزل در سه جلسه ۴۵ دقیقه ای برای بیمار و همراه وی ارائه شد و پس از ترخیص نیز انجام محتوای آموزشی در منزل پیگیری شد. پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سکته مغزی طی یک و سه ماه بعد از مداخله تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون های آماری تحلیل واریانس اندازه های تکراری، تی مستقل و کای دو درسطح معنی داری $P<۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

یافته ها: میانگین نمره کل کیفیت زندگی در یک و سه ماه بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار داشت و در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود ($P<۰/۰۰۱$). نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکراری درخصوص اثر زمان وگروه بر کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دوگروه تفاوت آماری معنی دار نشان داد ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: با توجه به تاثیر اقدامات توانبخشی در منزل، برای بهبودکیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی به نظر می رسد به کارگیری این رویکرد توسط پرستاران جهت مشارکت خانواده در مراقبت های درمانی بیماری های مزمن قابل توصیه است.

کلیدواژه: توانبخشی در منز ل، کیفیت زندگی، سکته مغزی

کد اخلاق: IR.ZAUMS.REC.1398.238

*نویسنده پاسخگو: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه
E-mail: F_kermansaravi@yahoo.com

مقدمه

سکته مغزی مهم ترین عامل مرگ در جهان و ایران بعد از بیماری های قلبی و سرطان به شمار می آید [۱،۲]. خطر سکته مغزی در سن بالای ۵۵ سال، در هر ۱۰ سال دو برابر می شود و با وجود انجام مراقبت ها، احتمال سکته مغزی مجدد طی دو سال ۲۰ درصد است [۳]. بر اساس آمارهای سازمان سلامت جهان وقوع سکته مغزی در جهان بین ۲/۷ تا ۷/۴ مورد در هر هزار نفر است و در کشورهای اروپایی شیوع سکته مغزی تقریبا یک میلیون در سال گزارش شده است [۳،۴]. در ایران نیز سالیانه ۱۳۹ تا ۱۴۹ نفر از هر ۱۰۰ هزار نفر دچار سکته مغزی می شوند که بیش از ۱۵ تا ۳۰ درصد دچار ناتوانی می شوند [۵]. این ضایعه علت اصلی ناتوانی های بلند مدت و جدی محسوب می شود و اولین اختلال از میان اختلالات گوناگونی است که به مراقبت های طولانی مدت نیاز دارد [۶]. این افراد در مرحله حاد بیماری، با توجه به محل و وسعت ضایعه دچار نقایص مربوط به میدان بینایی، حرکتی، حسی، کلامی و شناختی می شوند[۷،۸]. 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 زمان نیاز دارد [۹،۱۰].

این بیماری با آسیب به سیستم های حسی، حرکتی، ادراکی، بینایی و شناختی، توانایی بیماران را برای انجام فعالیت های روزانه زندگی مختل می کند [۱۱]. در سال های اخیر با توجه به افزایش هزینه های بیمارستانی، طول مدت بستری این بیماران در بیمارستان کمتر شده و مراقبت های بعد از ترخیص، به عهده خانواده که دانش و مهارت کافی را ندارند گذاشته می شود [۹،۱۰]. بنابراین سکته مغزی به عنوان اصلی ترین علت ناتوانی، باعث اختلال در انجام فعالیت های روزمره و کاهش کیفیت زندگی این بیماران می شود [۱۲،۱۳]. مطالعه Laurent و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که کیفیت زندگی بیماران پس از سکته مغزی کاهش می یابد [۱۴]. اغلب بیماران مبتلا به سکته مغزی پس از ترخیص از بیمارستان در انجام فعالیت های روزانه زندگی از قبیل لباس پوشیدن، غذا خوردن و حمام رفتن نیاز به کمک قابل توجه مراقبان دارند [۱۵،۱۶].

با توجه به عوارض و طولانی بودن مدت بیماری، بیماران و همچنین افراد خانواده که به عنوان مراقبین اصلی بیماران مبتلا به سکته مغزی هستند در ارائه درست برنامه های مراقبتی با مشکلات مختلفی مواجه هستند[۱۷]. به منظور پیشگیری از عوارض بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران می توان از برنامه های مراقبتی مختلفی از قبیل روش های صحیح دارودرمانی، خانواده درمانی و اقدامات توانبخشی استفاده کرد [۱۸،۱۹]. توانبخشی در منزل با توجه به حضور فعال بیمار و خانواده وی در انجام مراقبت، باعث کاهش بستری شدن مکرر در بیمارستان و عدم وابستگی بیمار می شود [۲۰،۲۱].

از مزایای خدمات توانبخشی در منزل می توان به ارزان بودن، امکان پذیری، تامین آسایش مددجو، کاهش بستری های مکرر، تعامل مددجو با خانواده، آموزش مستقیم و بی واسطه مددجو و خانواده، ارتقای بیشتر عملکرد مستقل مددجو و بالاتر بودن سطح حدود و اختیارات پرستاران توانبخشی در منزل اشاره کرد [۸،۲۲]. مراقبت پیگیر می تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی موثر باشد [۸،۱۶]. نتایج مطالعه جوکار و همکاران نشان داد اجرای برنامه توانبخشی ریوی مبتنی در منزل می تواند گامی موثر به منظور ارتقای فعالیت های روزمره زندگی و به حداکثر رساندن استقلال بیماران و کاهش عوارض در بیماری انسدادی ریه شود [۲۳،۲۴]. بنابراین توسعه الگوی توانبخشی در منزل به عنوان یک راهکار موثر در ارائه این خدمات ضروری است[۲۲،۲۳]. کادر درمانی باید به صورت حضوری یا با تماس تلفنی با بیماران و خانواده های آنها در ارتباط باشند و مراقبت پیگیر از این بیماران به عمل آورند [۸،۱۶]. با توجه به اهمیت مراقبت پیگیرانه، طولانی بودن بیماری و لزوم بهبود کیفیت زندگی در این بیماری، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر اقدامات توانبخشی در منزل بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سکته مغزی صورت پذیرفت.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی است که روی بیماران مبتلا به سکته مغزی بستری در بخش داخلی و داخلی اعصاب بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. ۶۰ بیمار واجد شرایط به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی با استفاده از قرعه کشی در دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به سکته مغزی از نوع ایسکمیک برای اولین بار، سپری شدن مرحله حاد بیماری (۴۸ تا ۷۲ ساعت)، عدم دریافت آلتپلاز (داروی ترومبولیتیک)، داشتن مقیاس رتبه بندی درجه ۳ یا ۴ در ۴۸ ساعت بعد از سکته مغزی (مقیاس بررسی میزان ناتوانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]

عملکردی بیماران به دنبال سکته مغزی که ناتوانی بیمار از صفر تا ۵ درجه بندی می شود) [۸]، با سواد بودن بیمار یا مراقب اصلی، نداشتن بیماری های زمینه ای مانند آسیب های طناب نخاعی ، معلولیت ها و آلزایمر، نداشتن اختلال شناختی (کسب امتیاز ۸ و بیشتر از Abbreviated Mental Test) [۲۵،۲۶]، نیاز به مراقبت پس از ترخیص و امکان برقراری تماس تلفنی با مراقب اصلی یا بیمار بود. انصراف از همکاری، بحرانی شدن و بستری مجدد بیمار، دریافت مراقبت هایی غیر از برنامه های توانبخشی در منزل و فوت بیمار در طی مطالعه به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. حجم نمونه براساس میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی مطالعه عظیمی و همکاران [۱۶] با در نظر گرفتن ۹۵ درصد اطمینان و توان آزمون ۹۵ درصد با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه ۱۰/۴۶ محاسبه شده است با توجه به مطالعات مشابه در هرگروه ۳۰ نفرمنظور شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}+Z_{1-\beta})^2(S_1^2+S_2^2)}{(\overline{X_1}-\overline{X_2})^2} = ۱۰/۴۶$$

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ۱/۹۶ S_1= ۳۴/۸ $\overline{X_1}$=۱۳۶/۱

$Z_{1-\beta}$ = ۱/۶۴ S_2= ۳۵ $\overline{X_2}$=۱۹۱

داده ها در این پژوهش با استفاده از فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه "کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلابه سکته مغزی" جمع آوری گردید. فرم اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعات سن، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، مراقب اصلی بیمار، سابقه بیماری، مصرف سیگار و عوارض ایجاد شده به دنبال سکته بود. پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سکته مغزی ویلیام و همکاران دارای ۴۹ گویه در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت در دوازده بعد طراحی شده است. دامنه نمرات بین ۴۹ تا ۲۴۵ بود، نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. ابعاد پرسشنامه شامل، عملکرد خانواده (۳ گویه)، انرژی (۳ گویه)، زبان (گویه ۵)، تحرک (۶ گویه)، خلق (۵ گویه)، شخصیت (۳ گویه)، خود مراقبتی (۵ گویه)، عملکردهای اجتماعی (۵ گویه)، وضعیت ذهنی (۳ گویه)، عملکرد اندام فوقانی (۵ گویه)، بینایی (۳ گویه) و کار و مولد بودن (۳ گویه) است. پاسخگویی به گویه ها براساس گزینه های «کاملا مخالفم» تا «کاملا موافقم» (در حیطه های انرژی، نقش خانوادگی، خلق، شخصیت و نقش اجتماعی) و «مشکل نداشتم» تا «اصلا نمیتوانستم» (در حیطه های تحرک، تفکر، عملکرد اندام های فوقانی، بینایی، زبان، کار و مولد بودن) و «مستقل بودم» تا «کاملا وابسته هستم» (در حیطه مراقبت از خود) است. بالاترین نمره نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. پایایی ابزار در مطالعه ویلیام و همکاران در خصوص ابعاد پرسشنامه بالای ۰/۷۵ گزارش شد [۲۷]. درایران پایایی پرسشنامه با روش بررسی محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و آزمون مجدد و نیز محاسبه همبستگی دو روش آزمون مجدد دو هفته ای به میزان ۰/۶۸ در مطالعه عظیمی و همکاران محاسبه شد [۱۶]. در مطالعه حاضر در بررسی پایایی پایایی ابزار میزان آلفای کرونباخ۰/۸۱ به دست آمد.

جهت اجرای طرح و جمع آوری داده ها پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه وانجام هماهنگی با مسئولین هر بیمارستان به بخش های داخلی و داخلی اعصاب بیمارستان ها مراجعه و پس از اخذ رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش از بیماران، با توجه به معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از قرعه کشی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. جهت تخصیص تصادفی از کارت های رنگی استفاده شد. بدین صورت که کارت سفید نشان دهنده قرار گرفتن بیمار در گروه مداخله و رنگ قرمز نشان دهنده تخصیص در گروه کنترل بود. ابتدامیزان ناتوانی بیمار با توجه به مقیاس رانکین و اختلال شناختی بیمار با مقیاس کوتاه شده ی شناختی(AMT)؛ توسط محقق محاسبه شد وسپس فرم مشخصات جمعیت شناختی شامل (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل و مراقب اصلی بیمار، سابقه بیماری، مصرف سیگار، عوارض ایجاد شده به دنبال سکته) توسط بیمار یا مراقب وی در هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. با توجه به اینکه بیماران با تشخیص جدید سکته مغزی در مطالعه مورد بررسی قرار گرفته اند، ارزیابی کیفیت زندگی و تبعیت از درمان قبل از مداخله امکان پذیر نبوده است. سپس برای بیماران گروه مداخله ابتدا توضیحاتی درباره نحوه انجام کار داده شد. سپس آموزش های توانبخشی طی مدت بستری در بیمارستان پس از گذشت مرحله حاد (۴۸ تا ۷۲ ساعت) در سه جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت فردی و چهره به چهره به بیمار و مراقب اصلی وی توسط پژوهشگر در اتاق بیمار و بر بالین وی در زمان خلوت بودن بخش داده شد. آموزش نظری شامل محتوای مرتبط با بیماری و توانبخشی در منزل است (جدول ۱).

هنگام آموزش از مراقبان خواسته می شد تا در حضور پرستار محتوای آموزشی داده شده را تمرین و در طول مدت اقامت بیمار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]

در بیمارستان آن را تکرار و ابهامات احتمالی را برطرف نمایند. از بیماران نیز خواسته می شد در حد توان در این تمرینات به طور فعالانه شرکت کنند. در پایان جلسات آموزشی کتابچه آموزشی که بر اساس متون معتبر علمی زیر نظر متخصصان این حوزه تهیه شده در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت [۲،۲۸]. پس از ترخیص محقق به صورت تلفنی و حضوری تمرین آموزش های توانبخشی توسط بیمار را هفته ای دو نوبت به مدت دو هفته (چهار بار) در منزل پیگیری کرد. همچنین شماره تلفن محقق به مراقبان اصلی بیماران داده شد تا در صورت نیاز به مشاوره تماس برقرار نمایند. در گروه کنترل نیز پس از یک ماه از شروع مداخله با مراقب اصلی تماس گرفته شد تا در مورد عدم دریافت برنامه هایی غیر از برنامه های معمول بیمارستان اطمینان حاصل شود. پرسشنامه در دو مرحله، یک و سه ماه بعد از اتمام مداخله انجام شده در بیمارستان با مراجعه پژوهشگر به منازل بیماران هر دو گروه توسط مراقبان تکمیل شد. جهت رعایت نکات اخلاقی به گروه کنترل در پایان پژوهش کتابچه آموزشی داده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آزمون های آماری تحلیل واریانس اندازه های تکراری، تی مستقل وکای دو در سطح معنی داری $P<۰/۰۵$ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سن بیماران در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب (۷/۳۳) ۶۰/۷۰ و (۴/۳۵) ۶۰/۲۰ بود. ۴۰ درصد گروه مداخله و۶۰ درصد گروه کنترل فارس بودند. دو گروه از نظر سایر مشخصات دموگرافیک به جز سنوات تحصیل($P<۰/۰۳$)، شغل($P<۰/۰۴$) و بیماری زمینه ایی($P<۰/۰۲$) با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری نداشتند (جدول شماره ۲). اثر متغیرهای فردی معنی دار کنترل شد وتنها متغیرمراقب اصلی به طور معنی دار تاثیر گذار بود.

مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی نتایج نشان داد که در دو مرحله اندازه گیری تفاوت آماری معنی دار بین گروه ها وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$)، میانگین نمره این متغیر در گروه مداخله در هر دو مرحله بیشتر از گروه کنترل بود (نمودار ۱). نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکراری درخصوص اثر زمان و گروه در کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معنی دار نشان داد. به عبارتی دو متغیر مداخله و زمان برمیانگین نمره کیفیت زندگی تاثیر داشته و تفاوت آماری معنی دار در فواصل زمانی اندازه گیری شده مشاهده شد ($P<۰/۰۰۱$) .در مورد مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی نتایج نشان داد که یک و سه ماه بعد از مداخله بین گروه ها تفاوت آماری معنی دار وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$). به طوری که در گروه مداخله میانگین نمره تمام ابعاد کیفیت زندگی افزایش داشته است و بیشترین افزایش به ترتیب در حیطه نقش اجتماعی، تحرک، عملکرد اندام فوقانی، زبان و مراقبت از خود بوده است. در حالی که در گروه کنترل در حیطه های انرژی، نقش خانوادگی، نقش اجتماعی، بینایی و زبان نمره کیفیت زندگی کاهش داشته است. ($P<۰/۰۰۱$) (جدول شماره ۳).

جدول ۱: ساختار جلسات و محتوای آموزشی بیماران مبتلا به سکته مغزی

جلسه	محتوی جلسات
اول	آموزش های مرتبط با بیماری و عوامل ایجاد آن، عوارض پس از سکته مغزی، فعالیت بدنی، تغییر پوزیشن، تمرینات دامنه حرکتی مفاصل، بهداشت فردی، زخم بستر
دوم	آموزش های مرتبط با رژیم تغذیه ای مناسب، مراقبت های حین تغذیه، بهداشت دهان و دندان
سوم	آموزش های مرتبط با نوع داروها، نحوه و زمان مصرف دارو، عوارض داروها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به سکته مغزی در دو گروه مداخله وکنترل

		گروه کنترل میانگین (انحراف معیار)	گروه مداخله میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون
سن		۶۰/۲۰ (۴/۳۵)	۶۰/۷۰(۷/۳۳)	p *=۰/۷۴
سنوات تحصیلی		۵/۱۰(۵/۵۶)	۲/۵۰ (۳/۱۹)	P* =۰/۰۳
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
جنسیت	مونث	۱۵ (۵۰)	۱۵ (۵۰)	p**=۱
	مذکر	۱۵ (۵۰)	۱۵ (۵۰)	
قومیت	بلوچ	۱۲ (۴۰)	۱۸ (۶۰)	p** =۰/۱۲
	سیستانی	۱۸ (۶۰)	۱۲ (۴۰)	
شغل بیمار	شاغل	۹ (۳۰)	۱۲ (۴۰)	p**=۰/۰۴
	غیر شاغل	۲۱ (۷۰)	۱۸ (۶۰)	
مراقب اصلی بیمار	همسر	۱۸ (۶۰)	۹ (۳۰)	P **۰/۰۲
	فرزند	۱۲ (۴۰)	۲۱ (۷۰)	
بیماری زمینه ایی	دارد	۲۷ (۹۰)	۲۱ (۷۰)	p **=۰/۰۲
	ندارد	۳ (۱۰)	۹ (۳۰)	
مصرف سیگار	دارد	۱۵ (۵۰)	۹ (۳۰)	p **=۰/۱۱
	ندارد	۱۵ (۵۰)	۲۱ (۷۰)	
عوارض بیماری	دوعارضه	۱۲ (۴۰)	۹ (۳۰)	p** =۰/۰۷
	بیش از دو عارضه	۱۸ (۶۰)	۲۱ (۷۰)	

*تی مستقل **کای دو

جدول۳: مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی بستری در یک و سه ماه پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

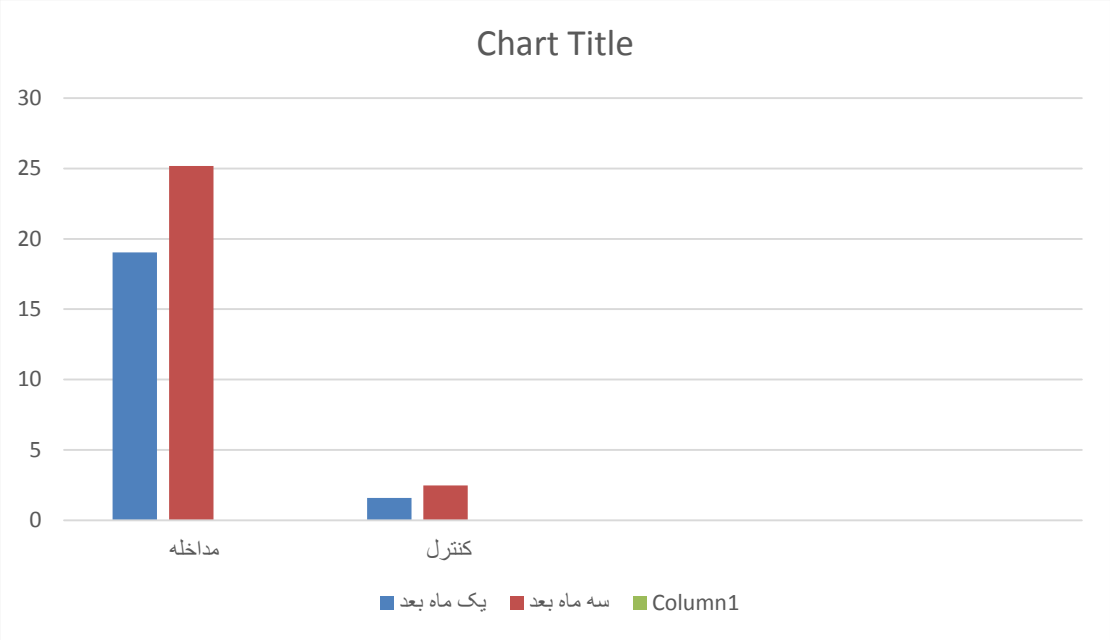
ابعاد کیفیت زندگی	گروه	مداخله (میانگین) انحراف معیار	کنترل (میانگین) انحراف معیار	نتیجه آزمون تی مستقل	تحلیل واریانس اندازه های تکراری
انرژی	یک ماه بعد از مداخله	۱۰/۲(۱/۰۹)	۷/۸(۱/۰۹)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۰/۹۶(۱/۵۶)	۷/۴۳(۱/۳)	P<۰/۰۰۱	
نقش خانوادگی	یک ماه بعداز مداخله	۹/۷(۱/۸۷)	۱۰/۸(۱/۲۸)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۱/۴۳(۱/۵۹)	۷/۸۶(۱/۶۳)	P<۰/۰۰۱	
خلق	یک ماه بعداز مداخله	۱۷/۷(۱/۸۷)	۱۲/۳(۱/۲۹)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۹/۹۳(۱/۹۸)	۱۲/۱۳(۱/۷۹)	P<۰/۰۰۱	
شخصیت	یک ماه بعداز مداخله	۱۰/۸(۰/۷۶)	۷/۳(۱/۱۱)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۱/۳۶(۱/۸۴)	۷/۵۳(۱/۳۵)	P<۰/۰۰۱	
نقش اجتماعی	یک ماه بعداز مداخله	۱۴(۱/۷)	۱۱/۹(۲)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۷/۳۶(۲/۱)	۱۱/۵۶(۲/۰۲)	P<۰/۰۰۱	
تحرک	یک ماه بعداز مداخله	۱۸(۳/۲۸)	۱۵/۷(۲/۶۱)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۲۲/۴۶(۴/۲۷)	۱۵/۷(۲/۳۶)	P<۰/۰۰۱	
تفکر	یک ماه بعداز مداخله	۱۱(۲/۰۸)	۸/۹(۱/۲۴)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۲(۲/۰۹)	۸/۹(۱/۲۴)	P<۰/۰۰۱	
عملکرد اندام فوقانی	یک ماه بعداز مداخله	۱۷/۴(۳/۱۵)	۱۳(۱/۸۷)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۲۰/۸(۳/۳۶)	۱۳/۶(۲/۰۱)	P<۰/۰۰۱	
بینایی	یک ماه بعداز مداخله	۱۳/۱(۱/۳۹)	۹/۸(۱/۱۸)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۳/۶۳(۱/۵۶)	۸/۵۶(۱/۴۳)	P<۰/۰۰۱	
کار و مولد بودن	یک ماه بعداز مداخله	۹/۶(۱/۹۹)	۶/۵(۰/۹۳)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۱/۷(۲/۶۸)	۷/۹۳(۱/۲۵)	P<۰/۰۰۱	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]

[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]

زبان	یک ماه بعداز مداخله	۱۷/۵(۲/۸۶)	۱۴/۳(۱/۶۴)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۲۰/۶۳(۳/۳۳)	۱۳/۹(۲/۰۹)	P<۰/۰۰۱	
مراقبت از خود	یک ماه بعداز مداخله	۱۵/۵(۳/۲۲)	۱۰/۵(۱/۱۳)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۸/۸(۳/۳۵)	۱۲/۱(۱/۹)	P<۰/۰۰۱	
نمره کل	یک ماه بعداز مداخله	۱۶۴/۵(۱۹/۰۳)	۱۲۵/۸(۱/۵۹)	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	سه ماه بعد از مداخله	۱۹۱/۲۶(۲۵/۱۷)	۱۲۶/۴۰(۲/۴۸)	P<۰/۰۰۱	



نمودار ۱: نمره کل کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل یک و سه ماه بعد از مداخله

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین تاثیر توانبخشی در منزل بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام گرفت. طبق نتایج این مطالعه بهبود کیفیت زندگی گروه مداخله در یک و سه ماه پس از اجرای توانبخشی در منزل مشاهده شد که با مطالعه عظیمی و همکاران با هدف "تاثیر توانبخشی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی" و جوکار و همکاران با "هدف تعیین تاثیر توانبخشی در منزل بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری انسدادی مزمن ریه" همخوانی دارد [۱۶،۲۴]. یکی از علل موفقیت برنامه توانبخشی در منزل در این مطالعه را می توان اجرای چند جلسه آموزشی به صورت فردی و چهره به چهره به بیمار و مراقب اصلی وی و پیگیری دو هفته ای پس از ترخیص و ارائه کتابچه آموزشی دانست. در مطالعه Oh تحمل ورزش کردن در بیماران مبتلا به بیماری مزمن ریوی بعد از اقدامات توانبخشی در منزل به طور معناداری افزایش یافته بود [۱۲] و در مطالعه Hui-Chan برنامه توانبخشی در منزل بر بهبود عملکرد اندام تحتانی بیمارانی که در یک سال قبل از مداخله دچار سکته مغزی شده بودند موثر بود [۱۳]. دلیل این امر می تواند این باشد که در توانبخشی، بیمار می آموزد که سبک زندگی خود را تا حدی اصلاح نمایدکه این امر در افزایش فعالیت روزمره زندگی و بهبود کیفیت زندگی بیمار کمک کننده است. در مطالعه حاضر در گروه مداخله سه ماه پس از مداخله نمرات ابعاد کیفیت زندگی نسبت به یک ماه افزایش معنی دار داشته است و در بررسی ابعاد ۱۲ گانه کیفیت زندگی به ترتیب اولویت در حیطه های نقش اجتماعی، تحرک،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]

عملکرد اندام فوقانی، زبان و مراقبت از خود بیشترین بهبودی را داشته است که نشان دهنده تاثیر توانبخشی مبتنی بر منزل بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا یه سکته مغزی است. در حالی که در مطالعه حاضر در گروه کنترل سه ماه پس از مداخله نمرات ابعاد کیفیت زندگی نسبت به یک ماه افزایش بسیار ناچیز داشته و حتی در حیطه های انرژی، نقش اجتماعی، بینایی و زبان پس از سه ماه از مداخله کاهش پیدا کرده است. یافته های این مطالعه با سایر مطالعات هم راستا است. به طوری که مطالعه عظیمی و همکاران با هدف تعیین تاثیر توانبخشی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران سکته مغزی و فشار مراقبتی مراقبان خانوادگی آنان، نشان داد که حیطه های تحرک و عملکرد اندام فوقانی و نقش اجتماعی بیشترین بهبودی را داشته است [۱۶]. همچنین مطالعه نوریان و همکاران با هدف تعیین تاثیر اقدامات توانبخشی برکیفیت زندگی بیماران سکته مغزی، نشان داد که میانگین امتیازات کیفیت زندگی در حیطه های عملکرد جسمانی، روانشناختی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی بعد از اقدامات توانبخشی افزایش معنی دار داشته است [۲۹]. کسب بالاترین میانگین برای نقش اجتماعی را می توان به شرایط فرهنگی، اجتماعی مردم ایران که معمولا دوستان و خانواده خود را در شرایط مختلف تحت حمایت قرار می دهند مربوط دانست و با توجه به آموزش های توانبخشی این مورد افزایش داشته است. یافته های مطالعه امینی و همکاران نیز نشان داد که اقدامات پرستاری و توانبخشی باعث بهبود عملکرد اجتماعی و تحرک می گردد و حداکثر بهبودی عملکرد شناختی از شروع بیماری تا سه ماه بعد از آن را ایجاد می کند [۳۰]. علت تفاوت در حیطه های آن استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی (LAQ) است در صورتی که در مطالعه حاضر از پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران سکته مغزی استفاده شده است. نتایج مطالعه Gbiri و همکاران نیز نشان داد که بیماران پس از سکته مغزی تحرک و عملکرد جسمانی خود را طی دوره های توانبخشی به ویژه تمرینات جسمانی بهبود بخشیدند[۳۱]. مطالعه Toell و همکاران نیز بیانگر تاثیر مثبت اقدامات پرستاری و توانبخشی بر روی وضعیت جسمانی و مراقبت از خود در بیماران مبتلا به سکته مغزی است[۳۲]. به نظر می رسد که مشارکت بیمار در رفتارهای مراقبت از خود، آنان را نسبت به درک بیماری و علائم آن آگاه می سازد و با ارتقاء توانایی بیمار جهت انجام کارهای روزمره خود، به احساس فرد در مورد آینده اش کمک می نماید و باعث افزایش اعتماد به نفس و بهبودی بیمار و ارتقای کیفیت زندگی وی می شود. در مطالعه حاضر، گروه کنترل برنامه معمول بیمارستان را دریافت کردند و میزان نمره کیفیت زندگی در آنها کمتر از گروه مداخله بود. در گروه مداخله اقدامات توانبخشی مبتنی بر منزل توانست با ارتقای آگاهی بیمار و خانواده منجر به بهبود کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل شود. بنابراین یافته های حاصل از پژوهش حاضر موید تأثیر مثبت برنامه های توانبخشی در منزل بر بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سکته مغزی بود. در مجموع، یافته های پژوهش نشان داد که اقدامات توانبخشی باعث بهبود کیفبت زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی می شود و بیشترین بهبودی در حیطه های نقش اجتماعی، تحرک، عملکرد اندام فوقانی، زبان و مراقبت از خود بوده است. لذا، از کارکنان بخش درمان خصوصا پرستاران انتظار می رود که با تشریک مساعی با خانواده ها در امر تداوم مراقبت از بیماران، منجر به ارتقای کیفیت زندگی این بیماران شوند. به دلیل شرایط خاص قومی، مذهبی و اجتماعی زنان این منطقه، تعدادی از بیماران زن مبتلا به سکته مغزی به دلیل عدم اجازه همسران قادر به شرکت در جلسات و حضور محقق در منزلشان نبودند و تنها زنانی وارد مطالعه شدند که اجازه از طرف همسر داشتند: این امر از محدودیت های مهم این مطالعه به حساب می آید. از محدودیت های دیگر این پژوهش مشغله برخی مراقبان اصلی مورد مطالعه بود. برخی از آنان به سختی می توانستند در برنامه روزانه خود زمانی را به خود اختصاص دهند تا بتوانند پاسخگوی تماس تلفنی و پیگیری آموزش های ارایه شده، باشند.

سهم نویسندگان

جواد جعفری: طراحی طرح نامه، جمع آوری داده ها ، مداخله، تحلیل داده ها، تهیه و تدوین مقاله

فتیحه کرمان ساروی: مدیریت مشترک پایان نامه، تحلیل داده ها، مشارکت در تهیه مقاله

فریبا یعقوبی نیا: مدیریت مشترک پایان نامه، تحلیل داده ها، مشارکت در تهیه مقاله

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی مصوب دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می باشد. بدین وسیله از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فناوری و کمیته

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]

اخلاق دانشگاه علـوم پزشـکی زاهـدان در تصـویب و اجـرای طـرح، مدیریت محترم دفتر پرستاری، کارکنان و پرستاران بخش داخلـی و داخلی اعصاب بیمارسـتان هـای آموزشـی دانشـگاه علـوم پزشـکی زاهدان و همکاری صمیمانه بیماران و مراقبین قدردانی می گردد.

منابع

1. Philp I, Brainin M, Walker M, Ward A, Gillard P, Shields A. Development of a Poststroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors. Journal of Stroke Cerebrovascular 2013; 22: 173-180

2. Hinkle J, Cheever K. Brunner & Suddarths Textbook of Medical-Surgical Nursing. 14th Edition, American: Wolters Kluwer; 2018

3. Pendleton H, Schultz-Krohn W. Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction. 8th Edition, United States: Elsevier Health Sciences; 2018

4. World Health Organization. Cerebral Stroks. 2018 [Available from: www.who.int/strok/publications/global_health.pdf]

5. Shyam P, Ilana R, Richard A. Acute Stroke Intervention; A Systematic Review. JAMA 2015;313:1451-1462

6. Salarimehr S, Heydari M, Jalilian H, Imani A. Assessing the Quality of Life Among Stroke Patients in Reza Hospital in Tabriz City. Depiction of Health 2018; 9:14-22 [Persian]

7. Tink M, Kessler M. Neurologic Intervention for Physical Therapist Assistants 2015 [Available from: http://books.google.com]

8. Dehghan Nayeri N, Mohammadi S, Pedram Razi S, Arazi T, Kazemnejad A. Effectiveness of Family Empowerment Program on Level of Adherence to Treatment Regimens in Stroke Patients; a Randomized Controlled Trial. Evidence-based Care Journal 2015; 5:57-66 [Persian]

9. Gurbuz N, Afsar SI, Ayaş S, Saracgil-Cosar SN. Effect of Mirror Therapy on Upper Extremity Motor Function in Stroke Patients: a Randomized Controlled Trial. Journal of Physical Therapy Science 2016; 28: 2501–2506

10. Shyu Y, Chen M, Chen S, Wang H, Shao J. A Family Caregiver Oriented Discharge Planning Program for Older Stroke Patients and their Family Caregivers. Journal of Clinical Nursing 2008; 17:2497-2508

11. Chien W-T, Chiu Y, Lam L-W, Ip W-Y. Effects of a Needs-Based Education Programme for Family Carers with a Relative in an Intensive Care Unit: a Quasi-Experimental Study. International Journal of Nursing Studies 2006; 43:39-50

12. Oh G. The Effects of Home-Based Pulmonary Rehabilitation in Patients with Chronic Lung Disease. International Journal of Nursing Studies 2003; 40:873-879

13. Hui-Chan C. Effectiveness of a Home-Based Rehabilitation Program on Lower Limb Functions after Stroke Hong Kong. Chinese Medical Journal 2009; 15:42-46

14. Laurent K, De Se`ze M, Delleci C, Koleck N. Assessment of Quality of Life in Stroke Patients with Hemiplegia. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 2011; 54:376–390

15. Pourshirvani A, Abed Saieedi J, Nekozad N, Zandi M. The Impact of Home Care Based on the Continuous Care Model by Family Caregivers on Activities of Daily Living of Stroke Patients. School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti Univercity 2015; 26:61-73 [Persian]

16. 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 Journal 2013; 3:76-85 [Persian]

17. Mendis S. Stroke Disability and Rehabilition of Stroke: World Health Organization Perspective. International Journal of Stroke 2013; 8:3-4

18. Taheri Tanjani P, Azadbakht M. Psychometric Properties of the Persian Version of the Activities of Daily Living Scale and Instrumental Activities of Daily Living Scale in elderly. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2015; 25:103-112 [Persian]

19. Dalvandi A, HeikkilA K, Maddah S, Khankeh H, Ekman S. Life Experiences after Stroke Among Iranian Stroke Survivors. International Nursing Review 2010; 57:247-253 [Persian]

20. Lynch E, Butt Z, Heinemann A, Victorson D, Nowinski C, Perez L. Qualitative Study of Quality of Life after Stroke: The Importance of Social Relationships. Journal of Rehabilitation Medicine 2008; 40:23-7

21. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnezhad A. The Effects of Family-based Empowerment on Family Cooperation in Following Patient Treatment Regime after Coroner Arteries Bypass Surgery: Modern Care. Scientific Quarterly of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]

Birjand Nursing and Midwifery Faculty 2014; 11:19-27 [Persian]

22. Jafari M, Dalvandi A. Quality of Life of Stroke Survivors and its Related Factors. Iran Journal of Nursing 2014; 27:14-22 [Persian]

23. Johnson C, Lane H, Barber A, Charleston A. Medication Compliance in Ischaemic Stroke Patientsim. Royal Australasian College of Physicians 2010: 47-52

24. Jokar Z, Mohammadi F, Khankeh H, Rabee Z, Falah Tafti S. Effect of Home-Based Pulmonary Rehabilitation on Daily Activity of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Journal of Evidence-based Care 2014; 4:69-76 [Persian]

25. Hodkinson HM. Evaluation of a Mental Test Score for Assessment of Mental Impairment in the Elderly. Age Ageing 1972; 1: 233-238

26. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B. Validation of the Persion Version of Abbreviated Mental Test (AMT) in Elderly Resident of Kahrizak Charity Foundation. Iranian journal of Diabetes and Metabolism (Elderly Health Research Center, Special Issue) 2014; 13:487-494 [Persian]

27. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a Stroke-Specifc Quality ofLife Scale. Stroke 1999; 30:1362-1369

28. Black B. Professional Nursing. 8th Edition, Philadelphia: Elsevier; 2018

29. Nurian K, Kazemian A, Aslani U, Delaram M. Effectiveness of Rehabilitation Program on Quality of Life of Stroke Survivors. Zanjan Medical University 2005; 13: 22-27 [Persian]

30. Amini P, Khalilzadeh H, Hemmati M, Kohankari M, Mirmohammadi A, Haghshenas A. Investigation of Nursing Intervention and Rehabilitation Programs on Life Quality of Hospitalized Patients with Stroke. Quarterly Journal of the School of Nursing and Midwifery 2006;3:1-7 [Persian]

31. Gbiri CA, Akinpelu AO. Quality of life of Nigerian Stroke Survivors During First 12 Months Post-Stroke. Hong Kong Physiotherapy Journal 2012;30;18-24

32. Toell T, Boehme C, Mayer L, Krebs S, et al. Pragmatic Trial of Multifaceted Intervention (STROKE-CARD care) to Reduce Cardiovascular Risk and Improve Quality-of-Life after Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack –Study Protocol. BMC Neurology 2018; 18:187

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.5.6]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.81]