

## The Effect of Continuous Care Model on the Burden Care of Family Caregivers of Stroke Patients

Zahra Pourshaban<sup>1</sup>, Maryam Moghimian<sup>2\*</sup>, Mina Jouzi<sup>3</sup>

1-MSc Student in Medical Surgical Nursing. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2- Assistant Professor, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. <http://orcid.org/0000-0001-8589-2279>

3- Assistant Professor, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

\*Corresponding author: Maryam Moghimian. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: [mmoghimian243@gmail.com](mailto:mmoghimian243@gmail.com)

Received: 23 May 2022

Revised: 2 Jan 2023

Accepted: 19 Jan 2023

### Abstract

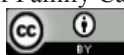
**Introduction:** Caring for a stroke patient imposes a high level of care on family caregivers and affects their lives that require specific attention. The aim of this study was to determine the effect of the follow-up care model on the care pressure of family caregivers of stroke patients.

**Methods:** This is a quasi-experimental study. The study population was family caregivers of stroke patients. 60 family caregivers were selected based on inclusion criteria and were divided into two groups of intervention and control using a random number table. In the intervention group, the follow-up was implemented for one month based on care model. The control group received routine training during discharge. Data collection tools were demographic questionnaire and Zarit care pressure. The samples answered the questionnaires one day before discharge and one week after the intervention. Data were analyzed by descriptive statistics (mean, standard deviation, rate, percentage) and inferential tests (independent and paired t-test, chi-square, Mann-Whitney) by spss-18 software.

**Results:** The mean score of caring stress before the intervention was not significantly different between the two groups ( $P < 0.67$ ). After the intervention, the mean score of care pressure in the intervention group was significantly lower than the control ( $P < 0.001$ ). The mean score of care pressure before and after the intervention in the intervention group was significantly different ( $P < 0.01$ ).

**Conclusions:** Follow-up care reduces the care pressure on family caregivers of stroke patients. It is recommended to be used to reduce the stress of care and the problems caused by it in the care of stroke patients.

**Keywords:** Stroke, Burden Care, Family caregivers, Continuous care model.



## بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی

زهرا پورشبان<sup>۱</sup>، مریم مقیمیان<sup>۲\*</sup>، مینا جوزی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲- دکتری تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران  
<http://orcid.org/0000-0001-8589-2279>

۳- دکتری تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

\*نویسنده مسئول: مریم مقیمیان، استادیار، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران  
ایمیل: [mmoghimian243@gmail.com](mailto:mmoghimian243@gmail.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۹

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۱۰/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۲

### چکیده

**مقدمه:** مراقبت از بیمار سکته مغزی، فشار مراقبتی بالایی را به مراقبین خانوادگی تحمیل می‌کند و زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا این افراد نیازمند توجه ویژه هستند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی انجام شد.

**روش کار:** این یک مطالعه نیمه تجربی است. جامعه پژوهش مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی بودند. ۶۰ مراقب خانوادگی بر اساس معیارهای ورود به مطالعه به صورت در دسترس انتخاب و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله، به مدت یکماه پس از ترخیص بیمار، مداخله آموزشی بر اساس مدل مراقبت پیگیر اجرا شد و گروه کنترل آموزش‌های روتین حین ترخیص را دریافت کرد. ابزارهای گردآوری داده، پرسشنامه جمعیت شناختی و فشار مراقبتی زاریت بود. نمونه‌ها یک روز قبل از ترخیص و یک هفته پس از اتمام مداخله یکماهه، به پرسشنامه زاریت پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، میزان، درصد) و استنباطی (تی مستقل و زوجی، کای دو، من ویتنی) توسط نرم افزار spss-18 صورت گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمره فشار مراقبتی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ( $P < 0/67$ ). بعد از مداخله میانگین نمره فشار مراقبتی در گروه مداخله بطور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ( $P < 0/001$ ). میانگین نمره فشار مراقبتی قبل و بعد از مداخله بر اساس مدل مراقبت پیگیر، در گروه مداخله تفاوت معنادار داشت ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** اجرای مدل مراقبت پیگیر، فشار مراقبتی را در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود جهت کاهش فشار مراقبتی و مشکلات ناشی از آن در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی مورد استفاده قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** سکته مغزی، فشار مراقبتی، مراقبین خانوادگی، مدل مراقبت پیگیر.

سکته مغزی شایع‌ترین اختلال عروق مغز در جهان است [۱] و سومین علت مرگ در جهان محسوب می‌شود [۲]. داده‌های مطالعات اپیدمیولوژی، بیماری سکته مغزی را عامل اصلی ناتوانی‌های طولانی مدت در کشورهای صنعتی و توسعه نیافته معرفی کرده است [۳]. طبق مطالعات پراکنده اپیدمیولوژی، شیوع سکته مغزی در ایران ۲۳۷ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است [۴].

بیماران بر حسب شدت درگیری مغز، ترکیبی از نقص در سیستم‌های حسی، حرکتی و شناختی دارند که منجر به محدود شدن توان آن‌ها در انجام فعالیت‌های روزمره و وابستگی به سایرین می‌شود [۱]. اکثر این بیماران با گذر از مرحله حاد و قرارگیری در وضعیت ناتوانی پایدار، نیازمند مراقبت مستمر هستند. از طرفی به دلیل هزینه‌های بالای بستری، طول مدت اقامت آن‌ها در بیمارستان کوتاه تر شده و مسئولیت مراقبت در منزل بر عهده خانواده قرار می‌گیرد. این در حالی است که خانواده‌ها دانش و مهارت کافی برای مراقبت از این بیماران را ندارند و متحمل فشار مراقبتی بالایی می‌شوند [۵]. نتایج مطالعات نیز حاکی از آن است که فشار سنگین مراقبت از بیماران (حدود ۹۵٪)، بر عهده مراقبین خانوادگی آن‌ها است [۶-۸]؛ زیرا ۸۰٪ از بیماران سکته مغزی، ادامه فرایند مراقبت را در منزل دریافت می‌کنند و حداقل نیمی از آن‌ها نیازمند کمک دائمی یا موقت از جانب افرادی هستند که با آن‌ها زندگی می‌کنند [۹-۱۱].

مدیریت این بیماران با وضعیت معلولیت‌های بجا مانده، نیاز به درمان و مراقبت پیگیر دارد و این شرایط به یک معضل برای خانواده تبدیل شده است؛ به طوری که مواجهه خانواده با پدیده مراقبت از بیمارانی که دچار سکته مغزی شده‌اند، تنش زیادی برای مراقبین خانوادگی آن‌ها ایجاد می‌کند [۱۰]. اعضای خانواده به دنبال تحمیل نقش مراقبتی از بیمار مجبور می‌شوند بین مسئولیت‌های نگهداری از افراد ناتوان و سبک زندگی خود، تعادل ایجاد کنند. به دلیل ماهیت مزمن و پایدار وضعیت این بیماران، مراقبت از آنها فشار و زحمت قابل توجهی را به مراقبین تحمیل می‌کند [۱۲] که این فشار مراقبتی اغلب ناشی از نقص در آگاهی و مهارت‌های مرتبط با مراقبت از بیمار، فقدان دریافت

## زهرا پورشبان و همکاران

کمک از سوی مراقبین بهداشتی، فقدان دریافت حمایت‌های اجتماعی، دریافت تنش مضاعف مرتبط با بیماری، ناتوانی متعاقب بیماری و نیازهای مراقبتی پیچیده و رو به افزایش می‌باشد [۱۳، ۱۴]

نتایج مطالعه شریفی و همکاران نشان داده است که مراقبین خانوادگی نسبت به افراد فاقد نقش مراقبتی، استرس، اضطراب و فشار مراقبتی بیشتری را تجربه می‌کنند [۱۵]؛ این افراد در اثر مراقبت از بیمار ناتوان، استرس و پریشانی عاطفی را تجربه می‌کنند که خود باعث می‌شود آنها با خطر بیمار شدن مواجه شوند که این موضوع تداوم مراقبت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مراقبین در صورت عدم دریافت حمایت کافی ممکن است به عنوان فرد بیمار وارد سیستم بهداشتی شوند [۱۶]. لذا حمایت از این افراد و انجام اقداماتی که منجر به کاهش فشار مراقبتی در آنها شود، حائز اهمیت است.

فشار مراقبتی واژه‌ای است که برای توصیف عوارض ناشی از مراقبت به کار می‌رود و شامل مشکلات جسمانی، روانی، عاطفی، مالی و اجتماعی ناشی از مراقبت طولانی و سخت است [۱۷]. یکی از مدل‌هایی که در سال‌های اخیر به منظور حمایت از بیماران و مراقبین خانوادگی و در راستای پیگیری مراقبت در منزل ارائه شده است، مدل مراقبت پیگیر است. این مدل توسط احمدی در سال ۱۳۸۰ طراحی و استفاده شد. نتایج به کارگیری این مدل حاکی از تأثیر مثبت آن بر شاخص‌های متعددی از جمله: دفعات بستری، روند ویزیت پزشک معالج، سطح چربی خون و کیفیت زندگی بیماران است. مدل مراقبت پیگیر با ویژگی‌های بیماری مزمن و پویایی مشکلات آن هماهنگی دارد. این الگو شامل چهار مرحله: آشناسازی مراقب با وضعیت تحت مراقبت، حساس سازی نسبت به موضوع مراقبت مؤثر، کنترل مراقبت و ارزشیابی مراقبت‌های ارائه شده است [۱۸]. با توجه به مزایای ارائه شده برای استفاده از مدل مراقبت پیگیر و نیز بکارگیری آن برای گروه‌های هدف مختلف، تاکنون در مورد تأثیر اجرای آن بر فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مطالعه‌ای انجام نشده است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کاهش فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی طراحی و اجرا گردید.

## روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی دو گروهی با پیش آزمون و پس آزمون است که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه پژوهش را مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی در حال ترخیص از بخش‌های داخلی و اعصاب بیمارستان امین اصفهان تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ مراقب خانوادگی واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. این حجم نمونه مطابق فرمول زیر محاسبه گردیده است:

$$n = \frac{\left[ 2 \left( z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right) \right]^2 \times s^2}{d^2}$$

در با احتساب  $\alpha=0/05$  میزان خطای نوع اول،  $1/96$  در نظر گرفته شده است. در  $B = z_{1-\beta}$  با احتساب  $B = 0/02$  میزان خطای نوع دوم،  $0/85$  در نظر گرفته شده است. S: انحراف معیار صفت مورد نظر است که با توجه به مطالعات قبل ۷ در نظر گرفته شده است. D: اختلاف قابل اهمیت بین میانگین‌های دو گروه است که برابر با  $5/4$  در نظر گرفته شده است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: بیمار بعد از ترخیص برای انجام فعالیت‌های روزانه نیاز به کمک مراقب خانوادگی داشته باشد، مراقب خانوادگی تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشد، مراقب نسبت درجه یک با بیمار داشته باشد (پدر، مادر، همسر، دختر، پسر، عروس، داماد، خواهر، برادر) و بیشترین ساعت از شبانه روز را در کنار بیمار سپری کند، سن مراقب در محدوده ۲۰-۶۰ سال باشد، مراقب تجربه مراقبت از بیمار دیگری را نداشته باشد یا در حال مراقبت از بیمار دیگری نباشد و با مراکز خدمات مراقبت در منزل همکاری نداشته باشند، مراقب در ابتدای شروع مراقبت از سلامت جسمی و روانی برای ارائه مراقبت برخوردار باشد، مشکل شناختی و ارتباطی نداشته باشد، امکان دسترسی به مراقب خانوادگی از نظر بعد مسافت و تلفن میسر باشد. در طول روز حداقل ۶ ساعت مراقبت از بیمار را انجام دهد و در فاصله زمانی یک تا سه ماه شروع مراقبت باشد. معیارهای خروج از پژوهش

شامل: انصراف خانواده از همکاری در مطالعه، مبتلا بودن مراقب خانوادگی به بیماری حاد جسمی یا روانی، بستری شدن بیمار در بیمارستان، درگیر شدن مراقب با بیماری یکی دیگر از اعضای خانواده، عدم همکاری مناسب مراقب خانوادگی با پژوهشگر و واسپاری مراقبت از بیمار به مراکز خدمات مراقبت در منزل بود. افراد واجد شرایط بر اساس توالی اعداد در محدوده در نظر گرفته شده با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. بدین ترتیب که مراقبین خانوادگی بیماران دارای یکان فرد شماره پرونده، در گروه مداخله و دارای یکان زوج در گروه کنترل قرار داده شدند.

ابزارهای گردآوری داده دو پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی (نسبت مراقب خانوادگی با بیمار، سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، میزان ساعت مراقبت از بیمار) و پرسشنامه فشار مراقبتی Zarit بود. پرسشنامه فشار مراقبتی برای تعیین سطح فشار روانی بیماری طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۲سوال در مورد فشارهای روانی است که در اثر مراقبت از یک بیمار بر فرد مراقبت دهنده تحمیل می‌شود و با لیکرت ۵ گزینه ای از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر امتیاز هر فرد بین ۰-۸۸ در نظر گرفته شده است و نمره بالاتر نشان دهنده فشار روانی بیشتر است. کسب امتیاز کمتر از ۳۰ به عنوان فشار روانی خفیف، ۳۱-۶۰ متوسط و ۶۱-۸۸ فشار مراقبتی شدید محسوب می‌شود [۲۰]. روایی این پرسشنامه در مطالعه Zarit و همکاران از نظر ساختار و محتوا مطلوب گزارش شده است و میزان پایایی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ  $0/91$  محاسبه شده است [۱۹]. نویدیان و همکاران، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از شیوه بازآزمایی،  $0/94$  و روایی آن را علاوه بر شیوه تحلیل محتوا با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسشنامه اضطراب هامیلتون  $0/88$  و نیز با پرسشنامه افسردگی بک  $0/67$  بدست آورده اند. بدین ترتیب استفاده از این پرسشنامه برای تحقیقات مشابه مورد تأیید قرار گرفته است [۲۰].

پس از ترخیص بیمار، در گروه مداخله پیگیری وضعیت بیمار و ارائه آموزشهای لازم به مراقبین خانوادگی بر اساس مدل مراقبت پیگیر به صورت زیر انجام شد:

## زهرا پورشبان و همکاران

مرحله ۱ (آشناسازی): یک روز قبل از ترخیص بیمار، جلسه ای به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه توسط پژوهشگر با حضور بیمار(در صورت امکان) و مراقبین خانوادگی او و با هدف شناسایی مشکل، انگیزه سازی، احساس نیاز به آشنایی با فرایند مراقبت در بیمار و مراقبین خانوادگی، چگونگی بیان انتظارات، لزوم تداوم رابطه مراقبتی، چگونگی برقراری ارتباط و اطلاع رسانی زمان ملاقات حضوری و تلفنی، در محل کلاس بیمارستان امین برگزار شد.

مرحله ۲ (حساس سازی): یک ساعت قبل از ترخیص بیمار جلسه ای به مدت ۳۰-۴۰ دقیقه توسط پژوهشگر با حضور بیمار (در صورت امکان) و مراقبین خانوادگی او با هدف درگیر کردن بیمار(در صورت امکان) و مراقبین خانوادگی در اجرای مراقبت پیگیر برگزار شد. در این مرحله اطلاعاتی در خصوص شناخت ماهیت بیماری، عوارض زودرس و دیررس سکنه مغزی، محدودیت‌ها و آموزش در زمینه مصرف داروها، رژیم غذایی، نحوه فعالیت، مراقبت از پوست و اندام‌ها، فیزیوتراپی و... به مراقبین خانوادگی داده شد. مطالب به صورت بیان شفاهی و جزوه آموزشی به مراقبین خانوادگی ارائه و به پرسش‌های آن‌ها پاسخ داده شد.

مرحله ۳ (کنترل): به طور هفتگی با تماس تلفنی با مراقب بیمار و در صورت نیاز مراجعه حضوری به منزل بیمار دستیابی به اهداف مراقبت پیگیر بررسی شد و آموزش‌های مورد نیاز برای مراقبت از بیمار متناسب با نیازهای مراقبتی به مراقبین خانوادگی ارائه شد. به طور متوسط با هر مراقب بیمار، پنج مرتبه تماس گرفته شد و در هر نوبت بطور متوسط طی بیست دقیقه آموزش‌های لازم داده شد.

مرحله ۴ (ارزشیابی): از مرحله اول تا آخر، به پایش و مدیریت رفتار مراقبین خانوادگی و بررسی تأثیر آموزش‌های ارائه شده پرداخته شد و رفع/عدم رفع مشکل یا بروز مشکل جدید مورد بررسی قرار داده شد و به ارائه اطلاعات تکمیلی به آنها پرداخته شد.

## یافته‌ها

توزیع نمونه‌ها در دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی یکسان بود؛ نتایج آزمون کای اسکور با نسبت درست نمایی، من- ویتنی و آزمون تی مستقل نشان دادند که توزیع فراوانی شغل، سطح تحصیلات، سن، وضعیت تأهل، نسبت مراقبین خانوادگی با بیمار و میزان ساعت مراقبت از بیمار بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت (جدول ۱).

مرحله ۲ (حساس سازی): یک ساعت قبل از ترخیص بیمار جلسه ای به مدت ۳۰-۴۰ دقیقه توسط پژوهشگر با حضور بیمار (در صورت امکان) و مراقبین خانوادگی او با هدف درگیر کردن بیمار(در صورت امکان) و مراقبین خانوادگی در اجرای مراقبت پیگیر برگزار شد. در این مرحله اطلاعاتی در خصوص شناخت ماهیت بیماری، عوارض زودرس و دیررس سکنه مغزی، محدودیت‌ها و آموزش در زمینه مصرف داروها، رژیم غذایی، نحوه فعالیت، مراقبت از پوست و اندام‌ها، فیزیوتراپی و... به مراقبین خانوادگی داده شد. مطالب به صورت بیان شفاهی و جزوه آموزشی به مراقبین خانوادگی ارائه و به پرسش‌های آن‌ها پاسخ داده شد.

مرحله ۳ (کنترل): به طور هفتگی با تماس تلفنی با مراقب بیمار و در صورت نیاز مراجعه حضوری به منزل بیمار دستیابی به اهداف مراقبت پیگیر بررسی شد و آموزش‌های مورد نیاز برای مراقبت از بیمار متناسب با نیازهای مراقبتی به مراقبین خانوادگی ارائه شد. به طور متوسط با هر مراقب بیمار، پنج مرتبه تماس گرفته شد و در هر نوبت بطور متوسط طی بیست دقیقه آموزش‌های لازم داده شد.

مرحله ۴ (ارزشیابی): از مرحله اول تا آخر، به پایش و مدیریت رفتار مراقبین خانوادگی و بررسی تأثیر آموزش‌های ارائه شده پرداخته شد و رفع/عدم رفع مشکل یا بروز مشکل جدید مورد بررسی قرار داده شد و به ارائه اطلاعات تکمیلی به آنها پرداخته شد.

آموزش‌های ارائه شده به گروه مداخله بر اساس مدل مراقبت پیگیر در مرحله اول و دوم، به مدت دو جلسه یک ساعته در اتاق کنفرانس بخش داخلی بیمارستان امین توسط پژوهشگر با مدرک کارشناس پرستاری و زیر نظر استاد پژوهشگر با مدرک روانپرستاری، با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی اجرا شد. و پیگیری وضعیت بیمار پس از

جدول ۱. بررسی میزان توزیع متغیرهای دموگرافیک و مداخله گر در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	مداخله		متغیر	گروه
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
$\chi^2=0/94$ $P=0/82$	۳ (۱۵)	۲ (۱۰)	آزاد	شغل
	۶ (۳۰)	۸ (۳۵)	کارمند	
	۹ (۴۵)	۷ (۴۰)	خانه دار	
	۲ (۱۰)	۳ (۱۵)	بیکار	
$Z=0/06$ $P=0/08$	۶ (۳۰)	۲ (۱۰)	ابتدایی	میزان تحصیلات
	۳ (۱۵)	۲ (۱۰)	سیکل	
	۱ (۵)	۲ (۱۰)	متوسطه	
	۴ (۲۰)	۳ (۱۵)	دیپلم	
	۶ (۳۰)	۱۰ (۵۰)	لیسانس	
$\chi^2=1/03$ $P=0/31$	۵ (۲۵)	۸ (۴۰)	آقا	جنس
	۱۵ (۷۵)	۱۲ (۶۰)	خانم	
$Z=0/95$ $P=0/97$	۸ (۴۰)	۶ (۳۰)	۶-۸ ساعت	میزان ساعت مراقبت در روز
	۶ (۳۰)	۱۰ (۵۰)	۸-۱۲ ساعت	
	۶ (۳۰)	۴ (۲۰)	بیشتر ۱۲ ساعت	
$\chi^2=0/81$ $P=0/85$	۴ (۲۰)	۲ (۱۰)	مجرد	وضعیت تأهل مراقب خانوادگی
	۱۴ (۷۰)	۱۶ (۸۰)	متاهل	
	۱ (۵)	۱ (۵)	مطلقه	
	۱ (۵)	۱ (۵)	بیوه	
$\chi^2=0/40$ $P=0/99$	۳ (۱۵)	۳ (۱۵)	والدین	نسبت با بیمار
	۴ (۲۰)	۴ (۲۰)	خواهر	
	۳ (۱۵)	۳ (۱۵)	برادر	
	۵ (۲۵)	۵ (۲۵)	همسر	
	۳ (۱۵)	۲ (۱۰)	فرزند	
	۲ (۱۰)	۳ (۱۵)	سایر	
$t=0/66$ $P=0/51$	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	سن (سال)	
	۱۳/۶۵±۴۹/۳۰	۱۶/۷۳±۴۶/۱۰		

جدول ۲. توزیع فراوانی فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

آزمون من-ویتنی	گروه کنترل		گروه مداخله		فشار مراقبتی	زمان		
	Z	P	درصد	تعداد			درصد	تعداد
۰/۷۱	۰/۳۸	۰/۷۱	۲۵	۵	۳۵	۷	خفیف	قبل از مداخله
			۶۰	۱۲	۳۰	۶	متوسط	
			۱۵	۳	۳۵	۷	شدید	
<0/001	۳/۹۴	<0/001	۱۰	۲	۶۵	۱۳	خفیف	بعد از مداخله
			۵۵	۱۱	۳۵	۷	متوسط	
			۳۵	۷	۰	۰	شدید	

مراقبتی در گروه مداخله به طور معناداری پایین تر از گروه کنترل بود ( $P < 0/001$ ) (جدول ۲).

نتایج آزمون من-ویتنی نشان داد که فشار مراقبتی قبل از مداخله در دو گروه اختلاف معنادار نداشت و توزیع متغیرهای دموگرافیک یکسان است ( $P=0/71$ )؛ اما بعد از مداخله فشار

## زهرا پورشبان و همکاران

جدول ۳. میانگین نمره فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه

زمان	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون t مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	P
قبل از مداخله	۴۵/۵۴	۲۲/۰۱	۴۲/۸۶	۱۷/۷۰	۰/۴۲	۰/۶۷
بعد از مداخله	۲۷/۷۳	۱۴/۲۷	۵۳/۰۴	۱۶/۶۸	۴/۶۶	<۰/۰۰۱
آزمون t زوجی	t	۲/۸۴	۲/۵۲			-----
	p	۰/۰۱	۰/۰۲			

میانگین نمره فشار مراقبتی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ( $P < ۰/۶۷$ )؛ اما بعد از آموزش در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ). نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره فشار مراقبتی مراقبین قبل و بعد از مراقبت پیگیر در گروه مداخله تفاوت معنادار داشت ( $P < ۰/۰۱$ ) و این نتیجه حاکی از آن است که ارائه الگوی مراقبت پیگیر می تواند باعث کاهش فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران سکتته مغزی شود و بدین ترتیب فرضیه پژوهش تایید می گردد (جدول ۳).

### بحث

یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که قبل از اجرای مدل مراقبت پیگیر، فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت؛ اما بعد از مداخله، در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. در پژوهشهای مشابه نیز نتیجه گیری شده است که مداخلات حمایتی بیمار محور که عملکرد روزانه بیمار را بهبود می بخشد، بر فشار مراقبتی مراقبین بیماران تأثیر بسزایی دارد. در این مطالعه پژوهشگر با آموزش مراقبین خانوادگی از طریق پیگیری روزانه، رفع نیازهای آموزشی و نیز سرکشی براساس نیاز بیمار، توانست عملکرد بیمار و مراقبین را بهبود بخشد همانگونه که عظیمی و همکاران در مطالعه ای با عنوان تأثیر توانبخشی مبتنی بر منزل بر کیفیت زندگی بیماران سکتته مغزی و فشار مراقبین خانوادگی که در بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان انجام شد، نشان دادند که ارائه مداخلات مراقبتی مبتنی بر منزل می تواند موجب توانمندی بیشتر بیماران و در نتیجه کاهش فشار مراقبتی و بار روانی مراقبین گردد [۲۱].

Faravi و همکاران، در مطالعه ای با طراحی و اجرای یک

برنامه آموزشی برای مراقبین خانوادگی نتیجه گیری کرد که پیگیری آموزش برای مراقبت بیماران سکتته مغزی می تواند فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی را کاهش دهد [۲۲]. قلی زاده و همکاران، در مطالعه خود آموزش مراقبین خانوادگی بیماران سکتته مغزی را بر کیفیت زندگی آنها موثر دانستند [۹]. معینی و همکاران، مداخلات پرستاری را منجر به کاهش بار مراقبتی خانواده قلمداد کردند [۲۳]. خطیبان، مداخله مبتنی بر توانمندسازی خانواده را بر شدت تهدید درک شده در مراقبین بیماران سکتته مغزی موثر دانست و نتیجه گیری کرد که این مداخلات می تواند منجر به کاهش فشار مراقبتی و استرس های جسمی و روانی و نیز انزوای اجتماعی مراقبین بیماران مبتلا به سکتته مغزی شود [۱۰] که این نتایج همسو با نتایج این مطالعه می باشد. موسوی نسب و همکاران، در مطالعه ای با عنوان مروری بر ۱۷ سال کاربرد مدل مراقبت پیگیر بر پیامدهای بیمارهای حاد و مزمن عنوان نمودند که این مدل مراقبت پیگیر، مدلی موثر، ساده، کارا و قابل اعتماد بوده و توانایی ارتقاء و بهبود ابعاد مختلف بیماری های حاد و مزمن را دارد [۲۴]. نتایج مطالعه نصرآبادی و همکاران نیز تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر سلامت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر را موثر دانسته است [۲۵]. در مطالعه ما نیز مدل مراقبت پیگیر توانسته است بر فشار مراقبتی مراقبین بیماران سکتته مغزی تأثیر گذار باشد که با نتایج مطالعات مشابه هم راستا است.

این مطالعه در بیمارستان امین شهر اصفهان انجام شد. پیشنهاد می شود در جامعه وسیع تر و فرهنگ های مختلف مطالعه وسیعتری صورت گیرد تا بتوان مشکلات ناشی از اجرای این مدل مراقبتی را کاوش و رفع کرد و از آن به عنوان یک مدل مراقبت کامل برای مراقبت بعد از ترخیص بهره برد.

## نتیجه گیری

تحلیل یافته های این پژوهش بیانگر تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر فشار مراقبتی مراقبین بیماران سکتة مغزی بود. بر این اساس به مسئولین نظام سلامت پیشنهاد می شود با نهادینه کردن مراقبت پیگیر بعد از ترخیص بیماران سکتة مغزی، فشار مراقبتی مراقبین را کاهش داده تا از مشکلات آنها کاسته شود.

## سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه مصوب در دانشگاه آزاد

اسلامی واحد نجف اباد و کمیته اخلاق در پژوهشهای زیست پزشکی دانشگاه مورخ ۱۳۹۹/۴/۱۱ (کد اخلاق شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.063) می باشد پژوهشگران بر خود لازم می دانند از مسئولین بیمارستان امین و جامعه هدف مراجعه کننده به آن بیمارستان که در انجام این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

## تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافی نداشتند.

## References

1. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Wolters kluwer india Pvt Ltd; 2018.
2. Padir Şensoz N, Turk Boru Ü, Bouk C, Bilgiç A, Oztop Çakmak O, Duman A, et al. Stroke epidemiology in Karabük city Turkey: Community based study. *eNeurological Sci* 2018;10: 12-5. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2017.12.003>
3. 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020285>
4. Askari H, Yaghoobinia F, Keykhah 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): e87325
5. Yeon-Gyu Jeong P.T. Pyo Myong J, Wan Koo J. The modifying role of caregiver burden on predictors of quality of life of caregivers of hospitalized chronic stroke patients *Disabil. Health J.* 2015;8 (4): 619-625. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.05.005>
6. Mackenzie A, Greenwood N. Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review *Disabil. Rehabil.* 2012; 34 (17): 1413-1422. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.650307>
7. Khairollahi N, Khatiban M, Oshvandi Kh, Alhani F, Feradmal J. The effect of family-centered empowerment intervention on perceived severity of threat in caregivers of patients with stroke: a semi experimental study. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty.* 2014; 22(3):74-82.
8. Pesantes MA, Brandt LR, Ipince A, Miranda JJ, Diez-Canseco F. An exploration into caring for a stroke-survivor in Lima, Peru: Emotional impact, stress factors, coping mechanisms and unmet needs of informal caregivers. *e Neurological Sci.* 2017;6:33-50. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2016.11.004>
9. 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. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.* 2016; 22(6): 963-965.
10. Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi KH, Alhani F, KH Oshvandi, Feradmal J. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregiver of patients with stroke: a randomized controlled trial. *Journal of Mazandaran University Medicine Science.* 2014; 23(110): 237-43.
11. Koohestani HR, Baghcheghi N. Burn out in caregivers of patients with stroke and its related factors. *Hakim Research Journal* 2012; 14(4): 242- 248.
12. Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal PM. Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Annals of Indian Academy of Neurology.* 2012; 1;15(2):113-120. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.94994>
13. Mollaoglu M, Kayatas M, Yurugen B. Effects on caregiver burden of education related to home care in patients undergoing hemodialysis. *Hemodialysis Int.* 2013;17(3):413-20.



<https://doi.org/10.1111/hdi.12018>

14. Marques FRB, Botelho MR, Marcon SS, Pupulim JSL. Coping strategies used by family members of individuals receiving hemodialysis. *Texto Contexto Enferm* 2014;23(4):915-24. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002220011>
15. Sharifi M, Fatehizade M, Jazayeri R. The effectiveness of group problem-solving training on burnout in women caregivers of family patient member in Falavarjan, Isfahan. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2013; 14(6): 38-47.
16. Hoshino J, Hori Y, Kondo T, Tamakoshi Y, Toyoshima H, Sakakibara H. Characteristics of hypertension related factors in female home caregivers in japan comparison with general community non- caregivers. *J Clinic Nurse* 2013; 22( 3-4) : 466-78. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04039.x>
17. Alizadeh M, M. H. Shojae zadeh D, Rahimi A ,Arshinji M, Rohani H.[Assessing anxiety, depression and psychological wellbeing status of urban elderly under represent of Tehran metropolitan city(Persian)]. *Iran Journal Ageing (Salmand)*. 2012; 7(3): 66-73.
18. Ahmadi F, Ghafrani Pour F, Abedi H A, Arefi H, Faghihizadeh M. Designing a continuous care model for disorder control coronary arteries. *Journal of Medical Lecturer Tarbiat Modarres University, Tehran*. 2001; 4(2): 97-104.
19. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20: 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
20. Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. The effectiveness of family training on family caregivers of patients with mental disorders. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2010; 16(2): 99-106.
21. Azimi R, Mohammadi F, Farzi M. The effect of home-based stroke rehabilitation on quality of life of stroke survivors and their family caregiver's strain. *The Evidence Base Journal*. 2013; 6(3): 82-85.
22. Faravi k, Amelia c, Mary j. Designing a curriculum to meet the needs of caregivers of patients who had a cerebral vascular accident (CVA) living in local communities in Zimbabwe. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*.2016;14(1):6.
23. Moieni M, Poorpooneh Z, Pahlevanzadeh S. Investigating the effect of family-focused nursing intervention on caregiver burden of the family members of the patients undergoing coronary bypass surgery in Isfahan Shahid Chamran Hospital during 2012. *Iran J Nurse Midwifery Res* 2014; 19(2):187.
24. Moosavinasab M, Vahedian A, Salesi M, Vahedi E, Karimi A, KhoshFetrat M, Rahimi F. A review of 17 years of application of a continuous care model on the consequences of acute and chronic diseases: describing and assessing the quality of methodology of papers. *Journal of Military Medicine*. 2018, 20(1):27-55.
25. NasrAbadi T, Sharafi S, Fallah B, Vaezi A, Heidari M. Investigating the effect of continuous care model on social health status of family caregivers in hospitalized patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Shahid Sadoughi University medicine Science*. 2016; 24(16): 513-23.