

تعیین موانع و عوامل تسهیل کننده زندگی پس از سکته مغزی در شهرستان کرمان

مهديه جعفری¹، دکتر اصغر مکارم²، دکتر اصغر دالوندی³، دکتر مجتبی عظیمیان⁴، دکتر محمد علی حسینی⁵

1- کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

2- استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، متخصص گوش و حلق و بینی

3- دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری، دکترای پرستاری

4- دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه علوم بالینی، متخصص مغز و اعصاب

5- استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، دکترای مدیریت

چکیده

زمینه و هدف: سکته مغزی سومین علت مرگ و میر، دومین علت ناتوانی طولانی مدت و یکی از چالش های بسیار مهم در زندگی است؛ هدف از این پژوهش، توصیف و تشریح موانع و عوامل تسهیل گر مؤثر بر زندگی بیماران سکته مغزی، و رابطه میان آنها را با عوامل دموگرافیک و شدت بیماری بوده است.

روش بررسی: برای بررسی این مطالعه روش توصیفی تحلیلی مورد استفاده قرار گرفت. کلیه بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهرستان کرمان انتخاب شدند که در نهایت 83 نفر آنها مشارکت کردند. داده ها توسط پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه محقق ساخته برای بررسی موانع و عوامل تسهیل گر (بعد از سنجش اعتبار و روایی)، و ابزار سنجش شدت سکته مرکز ملی سلامت جمع آوری گردید. سپس، با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس، تی-تست و ضریب همبستگی پیرسون)، توسط نرم افزار SPSS (ver.16) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته های این پژوهش نشان داد که بیماران مشکلات بیشتری در حوزه های سیاست، عوامل محیطی، جسمی، و وضعیت اقتصادی دارند. ضمناً دریافت حمایت اجتماعی از سوی دوستان و اعضای خانواده و همچنین نماز و دعا را به عنوان عوامل تسهیل کننده در زندگی معرفی کردند، بین سن و مقیاس جسمی و اقتصادی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد، زنها نسبت به مردها بیشتر از حمایت اجتماعی و فاکتورهای معنوی استفاده میکنند، افراد متأهل حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کردند و مشکلات جسمی و اقتصادی کمتری داشتند.

نتیجه گیری: بیماران با شدت بیماری بیشتر، عوارض روانی بیشتری مثل افسردگی و نگرانی نسبت به آینده را به همراه خواهد داشت، بیماران با سطح اجتماعی-اقتصادی پایین تر، موانع بیشتری را متحمل میشوند.

کلیدواژه: سکته مغزی، بازماندگان سکته مغزی، زندگی پس از سکته مغزی، موانع، عوامل تسهیل کننده

(وصول مقاله: 1390/1/24 پذیرش مقاله: 1390/6/1)

آدرس نویسنده مسئول: تهران، خ اوین، خ کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی

E Mail: jafari79m@yahoo.com

مقدمه

فرد میشود، (9 و 10) این موارد اغلب تحت عنوان موانع موجود در زندگی این بیماران معرفی میشوند و تمرکز روی کاهش این موانع و عواملی که به بهبود شرایط بعد از بیماری کمک میکنند، جهت بهبود وضعیت بیمار و توانبخشی مؤثرتر ضروری است. (11) ناتوانی و عوارض حاصل از آن منجر به هدر رفتن منابع در رابطه با ناتوانی و معلولیت میشود؛ به همین دلیل سکته مغزی به صورت یکی از جدی ترین مشکلات بهداشتی در آمده است. (12) سکته مغزی یک حادثه غیر قابل پیش بینی و ویرانگر برای بیمار و خانواده اوست، به عبارتی یک بیماری خانوادگی است، بطوریکه زندگی بیمار و خانواده وی پس از سکته مغزی دچار تغییراتی میشود، که به صورت قبل از سکته بر نخواهد گشت و نتایج بعدی بیماری بستگی به فرد و متغیرهایی از قبیل شدت ضایعه،

سکته مغزی سومین علت مرگ و میر (1) و دومین دلیل ناتوانی است که نیاز به مراقبت در منزل دارد. (2 و 3) در آسیا تعداد کسانی که در اثر سکته مغزی جان خود را از دست می دهند برابر کسانی است که به دنبال بیماریهای قلبی می میرند. (4) شیوع سکته مغزی در کشورهای غربی بین 100 تا 300 در هر 100000 نفر در سال و در ایران 372 در 100000 نفر در سال است. (5 و 6) یک سوم بیمارانی که دچار سکته مغزی می شوند ناتوانیهای دائمی را تجربه می کنند. (7) از بین بیماران مبتلا به سکته مغزی فقط 13 درصد قادر به بازگشت به شغلشان هستند. (8)

سکته مغزی یک واقعه بسیار مهم در زندگی است که منجر به تغییرات فیزیکی، عملکردی و سایکولوژیک در زندگی

دارد. آگاهی درباره موانع و عوامل تسهیل کننده در مراحل اولیه بیماری بر بهبود روند درمانی و جلوگیری از ایجاد ناتوانی بیشتر مؤثر است. (17) بررسی موانع و عوامل تسهیل کننده زندگی بیماران سکته مغزی پایه ای مهم جهت انتخاب و ارائه روش درمانی مناسب با سطح توانایی و نیاز این بیماران، و همچنین منابعی که در دسترس دارند می باشد. از این رو جهت پایه ریزی اصولی و هدفمند مداخلات توانبخشی آگاهی از عواملی که بر زندگی بیماران سکته مغزی اثر می گذارند از مهمترین اولویتهای محسوب میشود. این تحقیق با هدف تعیین موانع و عوامل تسهیل کننده در زندگی بیماران سکته مغزی انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بوده است، جامعه مورد پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهرستان کرمان بودند که معیارهای ورودی جهت شرکت داشتن در این تحقیق شامل: رضایت جهت حضور در مطالعه و ساکن شهرستان کرمان بوده که مدت 4 ماه تا 2 سال از سکته مغزی آنان گذشته باشد همچنین دارای شرایط (عدم توانایی در برقراری ارتباط، اختلال هوشیاری، نمره 17 < وضعیت شناختی) نبوده اند. (19) نمره حاصل از ابزار ارزیابی وضعیت شناختی Mini Mental State Examination (MMSE) در دامنه صفر تا 30 قرار می-گیرد که با توجه به عوامل فرهنگی و تحصیلاتی تأثیر گذار بر این ابزار نمره مد نظر جهت ورود و یا حذف بیماران به پژوهش، در کشورهای مختلف متفاوت است، با استناد به مطالعات انجام شده در ایران از جمله مطالعه ای توسط احمد رضا بحیرایی بر روی سالمندان مبتلا به دمانس در سال 1379 و نظر جمعی از اساتید مجرب در دو جلسه گروهی با در نظر گرفتن شرایط تحصیلی و اجتماعی بیماران، افرادی که نمره 17 و بالاتر از آن را گرفتند وارد تحقیق شدند.

تمامی بیماران واجد شرایط که راضی به شرکت در پژوهش بودند بعد از توضیح مطالعه و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و پژوهشگر با مراجعه حضوری به منزل بیماران اقدام به جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل) پرسشنامه محقق ساخته، و ابزار سنجش شدت سکته مرکز ملی سلامت National Institute Of Health Stroke Scale (NIHSS) کرده است. مجموع بیماران واجد شرایط که طی 4 ماه وارد مطالعه شدند،

نقش خانواده و منابع مالی و عوامل تسهیل کننده و موانع پیش روی فرد خواهد داشت؛ لذا لزوم بررسی و شناخت موانع و عوامل تسهیل کننده را ایجاد میکنند. (11) آگاهی و شناخت فاکتورهای محیطی و شخصی که تسهیل کننده و یا مانعی در زندگی بعد از سکته مغزی هستند جهت معرفی میزان ناتوانی و ارائه خدمات توانبخشی لازمست. (13) موانع موجود در زندگی فرد و عوامل محیطی و شخصی تسهیل کننده از قبیل حمایت‌های اجتماعی و عاطفی، دریافت کمک از دیگران، آگاهی و شناخت فرد از بیماری و شرایط اقتصادی فرد نقش مهمی در زندگی بعد از سکته مغزی ایفا میکنند، (14)

دالوندی (2009) در بررسی بر روی بیماران سکته مغزی مشکلات فیزیکی (از قبیل عدم توانایی در انجام فعالیتهای روزمره و وابستگی برای انجام کارها، ضعف و فلج یکطرفه بدن و...)، عدم آموزش و اطلاعات نادرست و کمبود توصیه های پزشکی، فشار اقتصادی بعد از بیماری، عدم حمایت مالی و بیمه ای از سوی دولت، ترس از آینده و ناامیدی را از جمله موانع و چالشهایی معرفی کرد که بیماران سکته مغزی با آن روبه رو هستند؛ وی همچنین ایمان و اعتقاد به خدا و دریافت حمایت از سوی خانواده و دوستان را به عنوان عواملی که زندگی این بیماران را تسهیل میکنند معرفی کرد. (5, 15) بتریکس الگورن حمایت از فردی که دچار سکته مغزی شده و تکنولوژی و سیاستها را به عنوان عوامل تسهیل کننده معرفی کرد و محیط جغرافیایی زندگی فرد را در بیش از 50% از بیماران به عنوان یکی از موانع شناسایی کرد. (16) جمز اچ ریمبر و بارت ریلی در تحقیقی عواملی از قبیل قوانین و مقررات، آموزش، شرایط اقتصادی و مالی، شرایط عاطفی و روانی و... را جزء عوامل تسهیل کننده و موانع نام بردند. (17) آلن آر میرس و جنیفر آندرسون در یک بررسی بر روی افراد ویلچر نشین موانع و عوامل تسهیل کننده را به سه گروه داخلی (بیماری و تواناییها)، بین فردی (عصبانیت و دریافت کمک از دیگران) و محیط خارجی (موانع محیطی) تقسیم کرده است. (18)

لذا ارزیابی و آگاهی از مشکلات و موانع موجود در زندگی پس از سکته مغزی و عواملی که شرایط و زندگی بعد از زندگی را تسهیل میکنند با درمان بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد؛ جهت کسب نتایج مطلوب از درمان و توانبخشی این بیماران ارزیابی صحیح و جامع موانع و عوامل تسهیل کننده ای که بر شرایط حاصل از این عارضه نورولوژی اثر می گذارند و سازگاری را تحت تأثیر قرار می دهند اهمیت و ضرورت اساسی

83 نفر بود، و نمونه گیری به روش تمام شمار و با توجه به معیارهای ورودی و خروجی از کل جامعه آماری انجام شد. پرسشنامه محقق ساخته دارای 35 سؤال در 7 حیطه، جهت تعیین موانع و عوامل تسهیل کننده زندگی بعد از سکتة مغزی، بعد از مرور منابع مختلف مرتبط با موضوع و مقالات و تحقیقات موجود در کتابخانه ها و سایتها، فهرست کاملی از اطلاعات مورد نیاز تهیه شد، در ابتدا 75 پرسش در 7 زمینه مختلف جسمی، حمایت اجتماعی و خانوادگی، سایکولوژیک، اقتصادی، معنوی، اطلاع رسانی و آگاهی، سیاستها و عوامل محیطی، که حاوی اطلاعات مورد نیاز بود به صورتهای مختلف نوشته شد و از میان آنها با صلاحدید اساتید محترم مشاور و راهنما با حذف و ادغام بعضی از پرسشها بهترین سؤالات به تعداد 35 پرسش (برای هر مقیاس 5 سؤال) انتخاب گردید و در نهایت پرسشها بر اساس یک نظم منطقی پشت سر هم قرار گرفتند و بدین ترتیب پرسشنامه تهیه شد، و پس از تعیین روایی و پایایی بر اساس مقیاس 5 درجه ای لیکرتی (کاملاً موافقم=5، موافقم=4، نظری ندارم=3، مخالفم=2، کاملاً مخالفم=1) به گزینه ها پاسخ داده شد، پس از تکمیل پرسشنامه، سؤالات هم جهت شدند و سپس میانگین هر زیر مقیاس محاسبه شده است، میانگین زیر مقیاسها در حیطه 1 تا 5 قرار گرفتند، نمره میانگین 1 بیان کننده تسهیل کنندگی آن زیر مقیاس و میانگین 5 مؤید مشکلات بیشتر در زیر مقیاس مربوطه بود.

پرسشنامه جهت تعیین روایی محتوا، در اختیار 12 نفر از متخصصین، که همگی به نحوی با موضوع مورد بررسی آشنا یا از تجربه کار در این زمینه برخوردار بودند قرار گرفت و کلیه سؤالات حداقل مقدار ضریب روایی محتوایی را به دست آوردند و هیچ سؤالی حذف نشد و ضریب 0,86 برای کل پرسشنامه محاسبه شد، پایایی پرسشنامه محقق ساخته بین 23 نفر از بیماران بطور تصادفی انتخاب شدند، توزیع شد و پس از گذشت حدوداً یک ماه مجدداً پرسشنامه به همان افراد تحویل داده شد و پس از تکمیل، نتایج تجزیه و تحلیل شد و بر اساس آزمون تی- تست جفتی ارتباط معنا داری بین نتایج مرحله اول و دوم پرسشنامه وجود داشت و ضریب همبستگی اسپیرمن در همه سؤالات بالای 0,7 و ضریب همبستگی پیرسون در همه مقیاسها بالای 0,8 (سطح معنی داری $<0,05$) بدست آمده، بنابراین در سطح 0,01 و یا 0,05 معنی دار بوده است. در تحلیل پایایی پرسشنامه بررسی موانع و عوامل تسهیل کننده، از روش بررسی همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده

شد، تمام حیطهها از پایایی مناسب (ضریب آلفای کرونباخ $>0,7$) برخوردار بودند.

شدت ضایعه هم با ابزار سنجش شدت سکتة مرکز ملی سلامت جهت بررسی شدت ضایعه استفاده شده است (این ابزار بطور رایج در بیمارستانها جهت ارزیابی شدت بیماری سکتة مغزی کاربرد دارد و باعث میشود تخمین شدت بیماری از معیارهای یکسانی برخوردار گردد) نمره حاصل از ابزار سنجش شدت سکتة مرکز ملی سلامت بین صفر تا 42 قرار می گیرد، نمره 25 و بالاتر از آن حاکی از اختلال خیلی شدید، 15 تا 24 اختلال شدید، 5 تا 14 اختلال متوسط و کمتر از 5 اختلال خفیف است.

در نهایت داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون مقایسه میانگین ها، تی-تست و تحلیل واریانس)، با کمک نرم افزار SPSS (Ver 16) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

مطالعه حاضر با برخی محدودیت ها نیز همراه بود. جمع آوری داده ها در بیشتر نمونه های مورد پژوهش به صورت مصاحبه رو در رو انجام شد، لذا امکان داشت برخی از بیماران سکتة مغزی به دلایل مختلف به برخی از سؤالات پاسخ دقیق نداده باشند، علاوه بر این ممکن است شرایط روحی و روانی نمونه های مورد پژوهش در پاسخگویی به برخی از سؤالات مؤثر بوده باشد.

یافته ها

در این پژوهش از 128 پرونده موجود در بیمارستان شفا کرمان 83 بیمار شرایط ورود به تحقیق را داشتند و مورد بررسی قرار گرفتند که 49/4% بیماران مرد بودند و 69% افراد بالای 50 سال سن داشتند، (میانگین سنی 63,32 با حداقل سن 30 و حداکثر سن 85)، 69/9% افراد متأهل بودند و با همسر و فرزندان شان زندگی می کردند. از نظر میزان تحصیلات 61 نفر (73/4%) سطح سواد کمتر از دبیرستان داشتند. (ویژگیهای دموگرافیک و کلینیکی بیماران در جدول 1 آورده شده است)

میانگین نمره مقیاسهای مقابله ای در جدول شماره 2 آمده است، بیماران سکتة مغزی بیشترین مشکلات و موانع را در حیطه سیاستها و عوامل محیطی و حیطه جسمی بیان کردند و ضمناً دریافت حمایت اجتماعی از سوی دوستان و اعضای خانواده

جدول 1- ویژگیهای دموگرافیک و کلینیکی بیماران

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
سن		
کمتر از 50 سال	16/9	14
50-70 سال	50/6	42
بیشتر از 70 سال	32/5	27
جنسیت		
زن	50/6	42
مرد	49/4	41
وضعیت تأهل		
مجرد	1/2	1
متأهل	69/9	58
مطلقه/بیوه	28/9	24
میزان تحصیلات		
بیسواد	36/1	30
سیکل	37/4	31
دیپلم	16/9	14
فوق دیپلم	6/0	5
لیسانس و بالاتر از آن	3/6	3
میزان درآمد		
زیر 300 هزار تومان	36/1	41
بین 300 تا 499 هزار تومان	37/3	47
بالای 500 هزار تومان	16/9	12
مدت زمان بیماری		
4-6 ماه	32/5	27
6 ماه تا 1 سال	41/0	34
1 تا 2 سال	26/5	22
نیمکره آسیب دیده		
چپ	48/2	40
راست	50/6	42
دو طرفه	1/2	1
شدت بیماری		
خفیف	26/5	22
متوسط	26/5	22
شدید	31/3	26
خیلی شدید	15/7	13

و همچنین نماز و دعا را به عنوان عوامل تسهیل کننده در زندگی معرفی کردند.

با توجه به جدول شماره 3، بین سن و مقیاس جسمی و اقتصادی ارتباط معنی دار مشاهده شد، میانگین مشکلات جسمی در افراد کمتر از 50 سال (2,907) نسبت به افراد بالای 70 سال (3,888) کمتر است به عبارتی با افزایش سن مشکلات جسمی بیشتر میشود، گروه سنی 50-70 سال میانگین مشکلاتی اقتصادی (3,078) کمتری در مقایسه با دو گروه دیگر نشان دادند، بین جنسیت و مقیاس اقتصادی و معنوی ارتباط معنی داری وجود دارد، زنها در حیطة اقتصادی (2,980) نسبت به مردها (3,652) مشکلات کمتری داشتند، و میانگین حیطة معنوی در زنها (1,940) کمتر از مردها (2,404) بود، بین وضعیت تأهل و مقیاس جسمی، مقیاس حمایت اجتماعی و مقیاس اقتصادی ارتباط معنی داری وجود دارد، به عبارتی مقیاس جسمی، حمایت اجتماعی و اقتصادی در تمام زیر گروه های وضعیت تأهل یکسان نیست، میانگین مقیاس جسمی در افراد متأهل (3,317) در مقایسه با افراد مطلقه/ بیوه (3,891) مؤید این نکته است که افراد متأهل مشکلات جسمی کمتری را نسبت به افراد مطلقه/ بیوه بیان کردند، میانگین مقیاس حمایت اجتماعی در افراد متأهل (2,279) در مقایسه با افراد مطلقه/ بیوه (2,779) نشان می دهد که افراد متأهل حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کردند، با توجه به میانگین مقیاس اقتصادی در افراد متأهل (3,124) و افراد مطلقه/ بیوه (3,837) می توان گفت افراد متأهل مشکلات اقتصادی کمتری را مطرح کردند، بین میزان تحصیلات و مقیاس جسمی، اقتصادی و اطلاع رسانی و آگاهی ارتباط معنی داری وجود دارد، مقایسه میانگین مقیاس اقتصادی در افراد بیسواد (3,653)، افراد لیسانس و بالاتر از آن (3,566) نشان میدهد که افراد با سطح

تحصیلات بالاتر با مشکلات اقتصادی کمتری مواجه میشوند، میانگین مقیاس آگاهی و اطلاع رسانی در گروههای با تحصیلات متفاوت، افراد بیسواد (3,160)، دیپلم (2,612)، لیسانس و بالاتر از آن (1,833) نشان می دهد که هر چه سطح سواد فرد بالاتر باشد اطلاعات و آگاهی بیشتری در زمینه بیماریش دارد، مشکلات جسمی در بین افراد بیسواد (3,036) نسبت به افراد با سطح سواد دیپلم (3,257) و افراد لیسانس و بالاتر از آن (3,733) کمتر گزارش شده است، بین میزان درآمد و مقیاس اقتصادی ارتباط معنی داری وجود دارد، میانگین مشکلات اقتصادی در افراد با درآمد زیر 300 هزار تومان (3,819) نسبت به افراد با درآمد بالای 500 هزار تومان (2,520) بالاتر است، بین مدت زمان بیماری و مقیاس سایکولوژیک ارتباط معنی داری وجود دارد، مشکلات سایکولوژیک در افرادی که 4-6 ماه از سکنه شان گذشته (2,559) نسبت به افرادی که 1-2 سال از سکنه شان گذشته (3,090) کمتر است، بین نیمکره درگیر و هیچکدام از موانع و عوامل تسهیل کننده ارتباط معنی داری وجود ندارد، بین شدت بیماری و مقیاس جسمی، سایکولوژیک و اقتصادی ارتباط معنی داری وجود دارد. میانگین مشکلات جسمی در افراد با عوارض خفیف (2,563) کمتر از افراد با عوارض خیلی شدید (4,476) است که به طور مسلم افراد با بیماری خیلی شدید مشکلات بیشتری را تجربه میکنند، میانگین مشکلات سایکولوژیک در افراد با عوارض خفیف (2,354) کمتر از افراد با عوارض خیلی شدید (3,415) است که می توان خاطر نشان کرد هرچه شدت بیماری بیشتر باشد عوارض روانی بیشتری مثل افسردگی، ناامیدی و نگرانی نسبت به آینده را به همراه خواهد داشت، میانگین مشکلات اقتصادی در افراد با عوارض خفیف (2,800) کمتر از افراد با عوارض خیلی شدید (3,907) است.

جدول 2- میانگین موانع و عوامل تسهیل کننده

موانع و عوامل تسهیل کننده	میانگین	انحراف معیار
مقیاس جسمی	3,45	1,120
مقیاس سایکولوژیک	2,94	0,950
مقیاس حمایت اجتماعی	2,42	0,825
مقیاس اقتصادی	3,32	0,930
مقیاس معنوی	2,16	1,045
مقیاس اطلاع رسانی و آگاهی	2,83	0,756
مقیاس سیاستها و عوامل محیطی	3,72	0,657
مقیاس جسمی	3,45	1,120

جدول 3- ارتباط بین موانع و عوامل تسهیل کننده و ویژگیهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل و...)

موانع و عوامل تسهیل کننده	سن	جنسیت	وضعیت تأهل	میزان تحصیلات	میزان درآمد	مدت زمان بیماری	نیمکره درگیر	شدت بیماری
مقیاس جسمی	0,019	0,342	0,038	0,039	0,218	0,077	0,286	<0,001
مقیاس سایکولوژیک	0,535	0,121	0,731	0,620	0,595	0,031	0,180	<0,001
مقیاس حمایت اجتماعی	0,102	0,739	0,042	0,289	0,110	0,587	0,802	0,230
مقیاس اقتصادی	0,047	0,001	0,003	0,006	<0,001	0,743	0,582	0,004
مقیاس معنوی	0,575	0,042	0,264	0,071	0,500	0,395	0,169	0,197
مقیاس اطلاع رسانی و آگاهی	0,787	0,200	0,097	0,002	0,136	0,747	0,243	0,802
مقیاس سیاستها و عوامل محیطی	0,667	0,156	0,743	0,070	0,628	0,203	0,827	0,543

بحث

عنوان یکی از عوامل کمک کننده در زندگی شان معرفی کردند). کلارن وینرت (2008) حمایت اجتماعی، اعتماد به نفس، پذیرش بیماری را جزء موارد کمک کننده به بهبود شرایط بیماران مزمن معرفی کرد (20)، آماندا و داوینا فرنچ (2008) عصبانیت و ناامیدی، اطلاعات ناکافی از آینده بیماری و عدم اطلاع مناسب از پیش آگهی بیماری را از جمله مواردی که مانع یک زندگی سازگار یافته بعد از سکته مغزی میشوند، معرفی کرده و شوخ طبعی، اعتقادات مذهبی، مثل دعا کردن به کلیسا رفتن و دریافت حمایت از سوی دوستان و فامیل و خانواده را به عنوان عوامل تسهیل کننده زندگی معرفی کردند. (7) دالوندی (2009) مشکلات فیزیکی (از قبیل عدم توانایی در انجام فعالیتهای روزمره و وابستگی برای انجام کارها، ضعف و فلج یکطرفه بدن و...)، عدم آموزش و اطلاعات نادرست و کمبود توصیه های پزشکی، فشار اقتصادی بعد از بیماری، عدم حمایت مالی و بیمه ای از سوی دولت، ترس از آینده و ناامیدی از جمله موانع و چالشهایی معرفی کرد که بیماران سکته مغزی با آن روبه رو هستند وی همچنین ایمان و اعتقاد به خدا و دریافت حمایت از سوی خانواده و دوستان را به عنوان عواملی که زندگی این بیماران را تسهیل میکنند معرفی کرد، (5، 15) آنه راجت و جان دسیروسیرس (2000) حمایت عاطفی را باعث بهبود شرایط عملکردی فرد بعد از سکته معرفی کردند. با توجه به یافته های حاصل از این پژوهش می توان گفت از آنجا که تعداد زیادی از بیماران سکته مغزی سطح سواد پایین دارند اطلاع رسانی درباره شرایط بعد از سکته مغزی از طریق رادیو و تلویزیون بهترین راه برای آگاهی دادن به بیماران سکته مغزی است و با افزایش

نتایج بدست آمده از این تحقیق حاکی از آن است بیماران سکته مغزی بیشترین مشکلات و موانع را به ترتیب ذیل بیان کردند: حیطة سیاستها و عوامل محیطی (شامل: خدمات بیمه ای، عدم مناسب سازی محیط اطراف، عدم دسترسی آسان و راحت وسایل کمکی و مراکز درمانی و توانبخشی)، حیطة جسمی (شامل: محدودیت و یا عدم توانایی در انجام کارهای شخصی و روزمره، کندی در حرکات و در نهایت عدم توانایی در انجام امور مربوط به شغل)، حیطة اقتصادی (اکثر بیماران نداشتن درآمد کافی جهت دریافت خدمات درمانی و توانبخشی و عدم کفاف درآمد برای هزینه های زندگی را به عنوان مشکلات اقتصادی بعد از بیماری مطرح کردند) حیطة روانی (ترس از ماندگار شدن بیماری، ناامیدی و عدم علاقه به ادامه زندگی، پرخاشگری و عصبانیت از جمله مشکلاتی بودند که بیماران در این زمینه بیان کردند)، حیطة اطلاع رسانی و آگاهی (اکثر بیماران اطلاعاتی را که از بعضی برنامه های تلویزیونی درباره بیماریشان دریافت کرده بودند کمک کننده اعلام کردند اما اکثر آنها معتقد بودند اطلاعاتی را از طریق کتب و یا روزنامه ها به دست نیاوردند و نداشتن اطلاعات مناسب درباره بیماری را به عنوان یک مشکل بیماری مطرح کردند)، حیطة حمایت اجتماعی (اکثر بیماران دریافت حمایت از سوی اعضای خانواده و دوستان و همکاری و وابستگی بین اعضای خانواده را به عنوان یک عامل کمک کننده معرفی کردند و عده ای از بیماران ترحم و تمسخر مردم را تحت عنوان یکی از مسائل مشکل ساز برای داشتن یک زندگی عادی بیان کردند)، و حیطة معنوی (اکثر بیماران دعا کردن، نماز خواندن و رفتن به اماکن مذهبی مثل امامزاده ها را به

آگاهی بیماران راجع به راههای پیشگیری و درمان و توانبخشی و... ترس از آینده و سردرگمی فرد که ناشی از دانش کم وی است از بین می رود، و با توجه به اینکه این دسته از بیماران معمولاً معلولیت‌های طولانی مدت و یا حتی در بعضی موارد معلولیت دائمی را تجربه میکنند و به تبع آن شغل و درآمدشان تحت تأثیر قرار می گیرد با در نظر گرفتن حمایت‌های مالی و بیمه ای از سوی دولت برای این گروه از بیماران تا حدودی می توان از فشارهای اقتصادی که متحمل میشوند کم کرد، و برنامه های روان درمانی نیز بهتر است که در زمره برنامه های درمانی این بیماران قرار گیرد تا همزمان با درمانهای توانبخشی که منجر به کاهش مشکلات جسمی این بیماران میشود مشکلات روانی و سایکولوژیک آنها نیز کاهش یابد.

بر اساس پژوهش حاضر بین سن و مشکلات جسمی ارتباط معنی داری وجود دارد، گرینگلاس (2006) بیان کرد که بین سن و سطح معلولیت رابطه وجود دارد، (21) ناکایاما و جورگنسن (1994) اعلام کردند که سن روی جنبه نورولوژیک بیماری تأثیر نمی گذارد اما توانایی انجام فعالیتهای روزمره را بطور غیر مستقیم تحت تأثیر قرار می دهد، (22) یکی از دلایل مشکلات بیشتر در افراد مسن تر ناشی از کهولت سن و مشکلات جسمی که فرد بدلیل افزایش سن تجربه میکند می باشد.

براساس پژوهش حاضر مشکلات اقتصادی بیشتری در مردهای مبتلا به سکتة مغزی نسبت به زنها مشاهده شد که می توان این مسأله را اینگونه تعبیر کرد، از آنجا که مرد نان آور خانواده است وقتی دچار بیماری میشود، شغل وی از بیماری تأثیر می پذیرد و به تبع آن فرد مشکلات بیشتری را در این زمینه احساس میکند، زنها از اعمال معنوی و مذهبی مثل دعا کردن، نماز خواندن و رفتن به اماکن مذهبی بیشتر بهره گرفتند، لاجر (2006) (23) کاواناف، (24) دون و هورگاس، (25) فلوری (26) و کونیج (27) نیز یافته هایی مبنی بر بهره گیری بیشتر زنان از استراتژیهای مذهبی به دست آوردند. لاجر (2006) در بررسی بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 اعلام کرد که تأهل و حمایت اجتماعی منجر به کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی میشود، (23) فیراند (2002) در پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اعلام کرد افراد با دوستان بیشتر حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت کردند، (28) دونالد شربورن (1990) در پژوهشی گفت افراد متأهل مبتلا به بیماریهای مزمن بیشتر از افراد مجرد و مطلقه تمایل به بهبودی دارند و شرایط جسمانی و روانی بهتری دارند که این ناشی از حمایت اجتماعی است که

افراد متأهل دریافت میکنند، (29) در پژوهش حاضر نیز بین وضعیت تأهل و مقیاس حمایت اجتماعی و مشکلات جسمی ارتباط معنی داری مشاهده شد بطوریکه افراد متأهل حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کرده و مشکلات جسمی کمتری را گزارش داده اند می توان اینگونه تعبیر کرد افرادی که با خانواده (همسر و فرزندان) زندگی میکنند حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت میکنند و کمتر دچار مشکلات حمایتی میشوند و ضمناً افراد متأهل مشکلات اقتصادی کمتری را گزارش دادند شاید به این دلیل باشد که وقتی یکی از اعضای خانواده مریض میشود سایر افراد خانواده سعی میکنند با تلاش و حمایت بیشتر از یکدیگر، هزینه های زندگی را تأمین کنند. بر اساس نتایج پژوهش بین میزان تحصیلات و مشکلات جسمی و اقتصادی و میزان آگاهی و اطلاع رسانی ارتباط معنی داری وجود دارد هر چه سطح تحصیلات فرد بالا برود مشکلات اقتصادی وی کمتر میشود و شاید بتوان اینگونه تعبیر کرد که فرد با سطح تحصیلات بالاتر از نظر شغلی وضعیت پایدارتری دارد و میزان درآمد بالاتری دارند، هر چه سطح سواد فرد بالاتر باشد در زمینه آگاهی و اطلاع رسانی مشکلات کمتری دارد که شاید ناشی از راههای متعددی (کتب، روزنامه، تلویزیون و اینترنت) که یک فرد تحصیل کرده برای دریافت اطلاعات نسبت به یک فرد بیسواد در اختیار دارد باشد، افراد با سطح سواد کمتر مشکلات جسمی کمتری را گزارش کردند که شاید ناشی از اطلاعات بیشتر افراد تحصیل کرده از بیماری و ارزیابیهای مکرر آنها از شرایطشان باشد که منجر به درک بیشتر مشکلات میشود؛ وینکلی و جاتولیس (1992) گفتند افراد با تحصیلات بالاتر شرایط اجتماعی - اقتصادی بهتری دارند و در نهایت وضعیت سلامتی فرد بهتر خواهد بود. (30) نتایج پژوهش حاکی از ارتباط معنی دار بین مدت زمان بیماری و مقیاس سایکولوژیک است که با افزایش مدت زمان بیماری مشکلات روانی فرد بیشتر میشود که این شاید ناشی از احساس ناامیدی و افسردگی بدلیل عدم سلامت کامل فرد و طولانی شدن مدت بیماری باشد.

بین شدت بیماری و مقیاس جسمی، سایکولوژیک و اقتصادی ارتباط معنی داری وجود دارد هرچه شدت بیماری بیشتر باشد عوارض روانی بیشتری مثل افسردگی، ناامیدی و نگرانی نسبت به آینده را به همراه خواهد داشت، به طور مسلم افراد با بیماری خیلی شدید مشکلات جسمی بیشتری را تجربه میکنند، و هر چه محدودیت ها بیشتر باشد به تبع آن فرد کمتر می تواند امور مربوط به شغلش را انجام دهد و در نتیجه مشکلات اقتصادی بیشتری را تجربه خواهد کرد. دسروسیرس و مجله علمی پژوهشی توانبخشی نوین - دانشکده توانبخشی - دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره 5، شماره 2، تابستان 1390

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان "بررسی وضعیت سازگاری و موانع و عوامل تسهیل کننده مرتبط با آن در زندگی بیماران سکته مغزی" در مقطع کارشناسی ارشد در سال 1388-89 کد 300-204 می‌باشد. ضمناً از مسؤولین و پرسنل محترم بیمارستان شفا شهر کرمان و کلیه افرادی که به نوعی در این مطالعه همکاری داشتند، کمال تشکر داریم.

راچت (2002) گفتند که هرچه میزان معلولیت و ناتوانی فرد مبتلا به سکته مغزی کمتر باشد فرد بیشتر از استراتژی ارزیابی مجدد و کمتر از استراتژی گریز و اجتناب بهره می‌گیرد. (31)

قدردانی

REFERENCES

1. Shepherd R., Carr J. Balance and walking rehabilitation after stroke. First ed. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2006:1
2. Robert G, Robinson. The clinical neuropsychiatry of stroke: cognitive, behavioral and emotional disorders following vascular brain injury. second ed. New York: Cambridge university; 2006: 3-6
3. Smout S., Koudstaal PJ., Ribbers GM. Struck by stroke: A pilot study exploring quality of life and coping patterns in younger patients and spouses. International Journal of Rehabilitation Research. 2001;24:261-8
4. Tapas K., Shyamal KD. Epidemiology of stroke in India. Neurology Asia. 2006;11:1-4
5. Dalvandi A., Maddah SSB., Khankeh HR., Heikkilä K. Post stroke life in Iranian people: used and recommended strategies. Iranian Rehabilitation Journal. 2009; 7(9):17-25
6. Miyai I., Suzuki T., Kang J. Middle cerebral artery stroke that includes the premotor cortex reduces mobility outcomes. Stroke. 1999;30:1380-3
7. Amanda MCN, Davina F. Coping with the challenge of recovery from stroke. Journal of Health Psychology. 2009;13(8):1136-46
8. Haymaker, Sharon T. The Nursing clinics of North America. 1999;26(4):1027-39
9. Kadriye O., Ebru Y. Quality of life for patients poststroke and the factors affecting it. Journal of stroke and Cerebrovascular Disease. 2005;14(6):261-6
10. Kim P., Warren S., Madill H., Hadley M. Quality of life of stroke survivors. Quality of Life Research. 1999;8:293-301
11. Donnellan C., Hevey D. Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77:1208-18
12. Anderson, Caiand, Wynne S. Clinical presentation of stroke: The classic and the less obvious. Australian Family Physician. 1991;20(11):1565
13. Maaik V., Tebbe S., Bergen M., Henk S., Hans B. Barriers to and facilitators of everyday physical activity in persons with spinal cord injury after discharge from the rehabilitation center. Journal of Rehabilitation Medicine 2008; 40: 461-7
14. Jensen MP., Keefe FJ., Lefebvre JC. One - and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. Pain. 2003;104:453-69
15. Dalvandi A., Maddah B., Khankeh HR. Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors. International Nursing Review. 2010; 57(2): 247-253
16. Alguren B., Lundgren-Nilsson A. Facilitators and barrier of stroke survivors in the early post-stroke phase. Disability and Rehabilitation 2009;31(19):1584-91
17. Rimmer J., Riley B. Physical activity participation among persons with disabilities (Barriers and Facilitators). American Journal of Preventive Medicine. 2004;26(5):419-25
18. Meyers AR., Anderson J. Barriers, facilitator, and access for wheelchair users: substantive and methodologic lessons from a pilot study of environmental effects. Social Science & Medicine. 2002;5:1435-46
19. Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sajadi A, Faghihi niya M. Defining depression after stroke and its relationship with disability. Journal of Fundamental of Mental Health. 2008,3(39):191-9
20. Weinert CL. Evolution of a conceptual model for adaptation to chronic illness. Journal Nursing Scholarship. 2008;40(4):364-72
21. Greenglass E., Fiksenbaum L., Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. Anxiety, Stress, and Coping. 2006;19(1):15-31
22. Nakayama H., Jorgensen H., Raaschou H., Olsen T. The influence of age on stroke outcome. The Copenhagen Stroke Study. Stroke. 1994;25: 808-13
23. Lager JM. Relationship among religious coping, psychosocial factors, and quality of life in individuals with type 2 diabetes. Texas: A&M university; 2006:5,9,25
24. Cavanaugh A. Adolescent Coping and Anxiety. First ed. USA: University of Delaware, 2002:5
25. Dunn KS., Horgas AL. Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. Pain Management Nursing. 2004;5(1):19-28

26. Fleury Seidl EM. Coping, clinical and sociodemographic aspect of people living with HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*. 2005;10(3):421-9
27. Koenig H., Cohen H., Blazer D., Pieper C., Meador K., Shelp F., et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*. 1992;149:1693-700
28. Fyrand L, Moum T, Finset A, Glennås A. The Impact of disability and disease, duration on social support of women with rheumatoid arthritis. *Journal of Behavioral Medicine*. 2002;25(3):251-68
29. Donald Sherbourne C., Hays RD. Marital status, social support, and health transitions in chronic disease patients. *Journal of Health and Social Behavior*. 1990;31:328-43
30. Winkleby MA., Jatulis DE., Frank E., Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*. 1992;82(6):816-20
31. Rochette A., Desrosiers J. Coping with the consequences of a stroke. *International journal of Rehabilitation Research*. 2002;25:17-24

Determination of facilitators and barriers in post stroke life, in Kerman city

Jafari M^{1*}, Makarem A², Dalvandi A³, Azimian M³, Hosseini M.A³

1 MSc of Rehabilitation Management

2 Assistant professor of Rehabilitation Management, University of Social Welfare& Rehabilitation Sciences

3. Associated professor of Nursing, University of Social Welfare& Rehabilitation Sciences

Abstract

Background and Aim: Stroke is the third leading cause of death, second cause of long-term disability and one of the very important challenging in life. The aim of this research was to explain the barriers and facilitating factors affected on stroke patients' life, and to identify relationship among them with demographic factors and severity of disease.

Materials and methods: The descriptive-analytic technique was used. All patients who suffered from stroke were recruited in Kerman city. Finally 83 patients were selected, and data were gathered by demographic qualification questionnaire, proven questionnaire by researcher for studying barriers and facilitating factors (after testing validity and reliability), and NIHSS tools . Then, data were analyzed by using descriptive and referential statistics ANOVA test, T-Test, and Pearson coefficient correlation by SPSS software (ver. 16).

Results: The findings showed that patients had more problems in the domains of politics, environmental factors, physical, and economic status. Also, they introduced social support from friends, family and prayer as facilitating factors in their lives. There was a significant positive relationship between age and physical and economical problems. Women have used social support and religious coping more than men. Married patients received more social support and their physical and economic problems raised less.

Conclusion: Patients with higher severity of disease had more psychological problems such as depression and worry about future and Patients with lower socio-economic status more faced with barriers.

Key words: stroke, stroke survivors, life after stroke, barriers and facilitators.

*Corresponding author:

Mahdiye jafari, Rehabilitation Management, University of Social Welfare& Rehabilitation Sciences

Email: jafari79m@yahoo.com

This research was supported by University of social wale fare & rehabilitation