

## بررسی تأثیر مراقبت پرستاری در منزل بر عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی بیماران مبتلا به سکتة مغزی

### چکیده

**هدف:** سکتة مغزی عامل ایجاد عوارض طولانی مدت در بیماران می باشد، با توجه به عوارض ناشی از بی حرکتی در سکتة مغزی یکی از مهمترین مسائلی که لازم است به آن توجه کرد، مراقبت پرستاری از بیمار است. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر مراقبت در منزل بر عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی بیماران مبتلا به سکتة مغزی بستری در منزل بوده است.

**روش بررسی:** در این مطالعه نیمه تجربی جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سکتة مغزی بستری در منزل هستند که در زمستان سال ۸۱ و بهار ۸۲ در یکی از بیمارستانهای شهرستان سمنان بستری بوده اند که از بین آنها تعداد ۳۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردیده اند (آزمون و شاهد). ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش می باشد: بخش اول مشخصات دموگرافیک و بخش دوم به صورت چک لیست بررسی عوارض ناشی از بی حرکتی. سپس برای بیماران گروه آزمون مراقبتهای پرستاری با تأکید بر سیستمهای عضلانی اسکلتی هر هفته ۱۲ تا ۱۸ جلسه (هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه تا یک ساعت) جمعاً به مدت ۴۰ روز انجام گرفته است.

**یافته ها:** تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی بعد از انجام مداخلات بین دو گروه آزمون و شاهد در سیستم عضلانی اسکلتی ( $P = 0/006$ ) اختلاف آماری معنی داری را نشان می دهد. همچنین در مورد فعالیتهای روزمره زندگی، ضعف عضلانی و وضعیت فعالیت حرکتی در گروه آزمون نسبت به شاهد بهبود مشاهده شد.

**نتیجه گیری:** یافته های حاصل در ارتباط با هدف کلی پژوهش نشان داد که میزان عوارض ناشی از بی حرکتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کمتر بوده است یعنی مطابق فرضیه انجام مراقبتهای پرستاری در منزل بر عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستمهای عضلانی اسکلتی مؤثر بوده و نقش بسزایی در کاهش عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم مذکور داشته است.

**کلید واژه ها:** سکتة مغزی / مراقبت پرستاری / مراقبت در منزل / بی حرکتی / سیستم عضلانی اسکلتی

### \* محمد علی حسینی

کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

### دکتر حمیدرضا خانکه

دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

### سیف ا... علائی

کارشناس ارشد مدیریت پرستاری بهداشت جامعه

### مارال دیبایی

دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری بهداشت روان

\* E-mail:mahmaimy@uswr.ac.ir



مقدمه

انسان از ابتدای خلقت با بیماری مواجه بوده، هرچند که نوع بیماری‌ها و آسیب‌های ناشی از آن متفاوت بوده و در آینده نیز تغییر می‌نماید (۱). ولی امروزه افزایش بیماری‌های عروق مغزی بعنوان یکی از مشکلات دنیای کنونی، گریبانگیر بسیاری از کشورهای جهان می‌باشد. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی وقوع سکته سالانه ۲/۷ تا ۷/۴ مورد در هر هزار نفر جمعیت در نوسان است (۲). بر اساس آمارهای موجود در مرکز آمار ایران تعداد مبتلایان به سکته مغزی (stroke) accident cerebrovascular در کل کشور ۲۷۰ مورد در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت ایران محاسبه شده است (۳). میزان شیوع معلولیت در کشور ۲۵۸۰۹۷۵ نفر گزارش شده است (جمعیت کل ۶۰۰۵۴۴۸) یعنی برابر با ۴/۲۹ درصد جمعیت کشور می‌باشد که نسبت به دهه‌های قبل گسترش قابل توجه داشته است، لازم بذکر است ۲ تا ۲/۵ درصد از ۴/۲۹ درصد معلولیت‌های ذکر شده از نوع اختلالات حرکتی بوده است که سکته مغزی یکی از عوامل عمده آن می‌باشد (۴). سکته مغزی عامل ایجاد عوارض طولانی مدت در بیماران می‌باشد، این بیماری مهمترین عامل ایجاد ناتوانی‌های طولانی مدت در تمام دنیا است (۵). فیشر (Fisher) می‌نویسد: از بیمارانی که مرحله حاد بیماری را سپری می‌کنند تقریباً ۵۰٪ از آنها بعد از ۷ سال زنده می‌مانند. از این عده تقریباً ۱۰٪ بدون ناتوانی به زندگی باز می‌گردند، ۴۰٪ با ناتوانی متوسط ۴۰٪ با ناتوانی شدید و ۱۰٪ از آنها به مراقبت بسیار طولانی در مراکز درمانی نیاز دارند (۶). در کشور انگلستان هزینه درمان و بازتوانی بیماران مبتلا به سکته مغزی ۴٪ بودجه خدمات بهداشتی کشور را شامل می‌شود (۷). سهم عمده‌ای از هزینه ۴۰ میلیارد دلاری که سالانه در امریکا صرف بیماران سکته مغزی می‌شود به مراقبت طولانی و توانبخشی بعد از بیماری اختصاص دارد بنابراین بهبود و توسعه درمان مؤثری که مرحله بهبودی بعد از حادثه را نیز در برمی‌گیرد از لحاظ پزشکی (درمانی) - اجتماعی و اقتصادی اهمیت حیاتی دارد (۶). طبق بررسی‌های انجام شده توسط ای. درومریک (Dromeric. A) و ام ردینگ (Reding. M) بر روی ۱۰۰ بیمار مقیم در بخش نوتوانی مشخص گردید که آنها به عوارض متعددی نظیر عفونت ادراری - درد عضلانی - احتباس ادراری - افتادن - افت فشار خون - پنومونی - ترمبوآمبولی و... مبتلا گردیدند (۸). یکی از عوامل عمده در ایجاد و پیشرفت عوارض در بیماران سکته مغزی بی‌حرکتی یا کاهش در محدوده حرکتی و ایجاد عوارض مرتبط با آن بر بیمار است (۹). جهت پیشگیری از عوارض بیماری می‌توان از خدمات نوتوانی مورد نیاز استفاده کرد. (مراقبت در منزل Home care) (۱۰). اهداف مداخلات در مرحله نوتوانی عبارتند

از: ۱ - اجرای پیشگیری سطح دوم جهت کاهش احتمال ایجاد حمله مجدد بیماری ۲ - پیشگیری و درمان عوارض مرتبط با سکته مغزی ۳ - حداکثر استفاده از نیروهای باقی مانده در بدن کسانی که کاملاً بهبود نیافته یا به طور کل بهبود نمی‌یابند (۶). پس از سال ۱۹۷۰ به دلایلی از جمله هزینه کمتر، وجود بیماران سرپایی، افزایش سالمندان، توسعه تجهیزات کمکی و... اهمیت مراقبت در منزل مورد توجه قرار گرفت (۱۱). بر طبق تعریف انجمن مراقبت‌های بهداشتی (Association of Health care National) پرستار در مراقبت منزل مسئول بر آوردن بهترین و سالمترین راه‌ماندن فرد در منزلش می‌باشد. استحکام بافت اجتماعی و خانوادگی در ایران می‌تواند نوید یک مراقبت شایسته را از بیمار بدهد و حتی به صورتی این مراقبت جلوه‌گر شود که در طی سالهای آینده روند امر مراقبت در منزل یک خواست عمومی و مورد قبول همه‌شود.

با توجه به توضیحات ذکر شده عوارض ناشی از بی‌حرکتی در سکته مغزی یکی از مهمترین مسائلی است که باید به آن توجه کرد. توجه به این نکته ضروری است که مراقبت پرستاری از بیمار باید به شکل مناسب با در نظر گرفتن اهداف قابل دسترسی و حمایت خانواده و بیمار از این برنامه همراه گردد. نظر به اهمیت سلامت و کارکرد مناسب سیستم عضلانی اسکلتی در ثبات و کارکرد مناسب بدن، تأکید محقق بر انجام مراقبت پرستاری و ارزیابی عوارض ناشی از بی‌حرکتی در سیستم‌های ذکر شده می‌باشد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی (Quasi Experimental) می‌باشد که هدف کلی آن تعیین تأثیر مراقبت در منزل بر عوارض ناشی از بی‌حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی بیماران مبتلا به سکته مغزی بستری در منزل بوده است.

جامعه پژوهش بیماران مبتلا به سکته مغزی بستری در منزل هستند که در زمستان سال ۸۱ و بهار ۸۲ در یکی از بیمارستانهای شهرستان سمنان بستری بوده‌اند که از بین آنها تعداد ۳۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردیده‌اند (۱۶ نفر گروه آزمون و ۱۶ نفر گروه شاهد). معیارهای انتخاب نمونه شامل کسانی بود که برای اولین بار دچار این بیماری شده بودند - سکته آنها از نوع ایسکمیک بوده، حداکثر دو بیماری زمینه‌ای داشتند، حین تحقیق از خدمات بازتوانی استفاده نمی‌کرده‌اند، بیش از دو ماه از خدمات پرستاری در منزل استفاده نمی‌کردند. این بیماران به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها



نتایج نشان می‌دهد که ۷۵٪ نمونه‌های گروه آزمون و ۸۰٪ نمونه‌های گروه شاهد حداکثر از تحویلات ابتدایی برخوردار بوده‌اند و اکثر آنها در منزل شخصی خود زندگی می‌کرده‌اند، ضمناً ۶۸/۸٪ نمونه‌های گروه آزمون از وضعیت اقتصادی متوسط و ۶۰٪ نمونه‌های گروه شاهد از وضعیت اقتصادی بالاتر از سطح متوسط برخوردار بوده‌اند، آزمون آماری فیشر نشان می‌دهد که اختلاف معنی داری بین دو گروه از لحاظ سطح تحویلات ( $P=1$ )، محل سکونت ( $P=1$ ) و وضعیت اقتصادی ( $P=0/102$ ) وجود نداشته و گروه‌ها همسان بوده‌اند.

در زمینه اختلال حسی (۵۶/۳٪ گروه آزمون و ۵۳/۳٪ گروه شاهد اختلال حسی دست چپ و همچنین ۴۳/۸٪ گروه آزمون و ۴۶/۷٪ گروه شاهد اختلال حسی دست راست داشته‌اند، علاوه بر آن ۵۶/۳٪ گروه آزمون و ۴۳/۸٪ گروه شاهد اختلال حسی پای چپ و ۴۳/۸٪ گروه آزمون و ۴۰٪ گروه شاهد اختلال حسی پای راست داشته‌اند) و حرکتی اندامها (۵۶/۳٪ گروه آزمون و ۵۳/۳٪ گروه شاهد اختلال حرکتی دست چپ و ۴۳/۸٪ گروه آزمون و ۴۶/۷٪ گروه شاهد اختلال حرکتی دست راست داشته‌اند. ضمناً ۵۶/۳٪ گروه آزمون و ۵۳/۳٪ گروه شاهد اختلال حرکتی پای چپ و ۴۳/۸٪ گروه آزمون و ۴۶/۷٪ گروه شاهد اختلال حرکتی پای راست داشته‌اند) نمره وضعیت حسی حرکتی (جدول ۱)، مناسب بودن محل بستری، شخص مراقبت دهنده، سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو و آگاهی از نحوه مصرف دارو، عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی در دو گروه قبل از مداخله اختلاف معناداری دیده نشد.

مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی در گروه آزمون و شاهد قبل از انجام مداخله اختلاف معناداری را نشان نداد (جدول ۲).

مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی در گروه آزمون قبل و بعد از انجام مداخله اختلاف معناداری را نشان داد (جدول ۳).

در مقایسه سیستم عضلانی اسکلتی گروه‌های آزمون و شاهد بعد از انجام مداخلات در مورد فعالیت‌های روزمره زندگی اختلاف بین دو گروه معنی دار می‌باشد ( $P=0/027$ ) در مورد ایجاد کنتراکچر تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ( $P=0/302$ ) در مورد ضعف عضلانی ( $P=0/042$ ) و وضعیت فعالیت حرکتی ( $P=0/002$ ) اختلاف بین دو گروه معنی دار می‌باشد. در مورد حفظ تعادل در حالت نشسته ( $P=0/221$ ) و استفاده از وسایل کمکی جهت حرکت ( $P=0/968$ ) بین دو گروه اختلاف معنی داری در مرحله بعد از مداخلات وجود ندارد. بطور کلی اختلاف

شامل پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش می‌باشد: بخش اول مشخصات دموگرافیک مبتلایان به سکنه مغزی و بخش دوم به صورت چک لیست که سئوالات چک لیست جهت بررسی عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی می‌باشد و توسط پژوهشگر تکمیل گردیده است. ابزار مذکور پس از تأیید اعتبار محتوایی با نظر اساتید و اعتماد علمی با محاسبه ضریب  $\alpha$  بر روی نمونه آزمایشی ( $\alpha=0/8$ ) در این پژوهش بکار برده شده است.

بعد از انتخاب نمونه‌ها و تکمیل پرسشنامه دموگرافیک و چک لیست در ابتدای کار، برای بیماران گروه آزمون مراقبت‌های پرستاری با تأکید و تمرکز بر سیستم عضلانی اسکلتی هر هفته ۱۲ تا ۱۸ جلسه (هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه تا یک ساعت) جمعاً به مدت ۴۰ روز انجام گرفته است و برای گروه شاهد مراقبت خاصی ارائه نشد. (لیکن در دریافت مراقبت‌ها آزاد بودند و در صورتی که از این گونه مراقبت‌ها استفاده می‌نمودند، از نمونه تحقیق خارج می‌شدند). پس از استخراج داده‌های تحقیق، ابتدا فراوانی اطلاعات دموگرافیک و دیگر متغیرهای مورد نظر پژوهشگر تعیین و با استفاده از آمار توصیفی استنباطی محاسبات آماری و تحلیل انجام شد.

برای مقایسه گروه‌های آزمون و شاهد از لحاظ سن و وزن در پرسشنامه دموگرافیک از آزمون آماری T استفاده شد، برای مقایسه بقیه مشخصات موجود در پرسشنامه دموگرافیک بین گروه‌های آزمون و شاهد از آزمون‌های آماری کاسکوئر (Chi-Squar) و یا فیشر استفاده گردید، برای مقایسه تغییرات قبل و بعد از انجام مداخلات در گروه‌های آزمون شاهد از آزمون آماری علامت ویلکاکسون (Wilcaxon signed Ranks test) استفاده گردید، برای مقایسه بین گروه‌های آزمون و شاهد قبل از انجام مداخلات و مقایسه بین دو گروه از لحاظ تفاوت رتبه‌های حاصل بعد از انجام مداخلات، از آزمون غیر پارامتری منویتی (Mann-Whitney) استفاده گردید.

#### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۲۳ نفر از نمونه‌های تحقیق مذکور (۱۳ نفر آزمون و ۱۰ نفر شاهد) و ۸ نفر (۳ نفر آزمون و ۵ نفر شاهد) مؤنث بوده‌اند. آزمون آماری فیشر بین گروه‌های آزمون و شاهد از لحاظ توزیع جنسی اختلاف معنی دار را نشان نمی‌دهد ( $P=0/303$ ) میانگین سنی گروه آزمون ۶۳ سال و در گروه شاهد ۷۰ سال بوده است. میانگین وزن بیماران گروه آزمون ۶۷kg و در گروه شاهد ۶۵kg بوده است. آزمون آماری T اختلاف معنی داری را بین دو گروه از لحاظ سن ( $P=0/204$ ) و وزن ( $P=0/86$ ) نشان نمی‌دهد.



آماري معنی داری بین دو گروه شاهد و آزمون در عوارض سیستم عضلانی اسکلتی مشاهده می شود ( $P = 0/006$ ) (جدول ۴).

جدول ۱. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب نمره وضعیت حسی حرکتی (GCS)

نتیجه آزمون	شاهد		آزمون		اختلال حسی حرکتی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$P = 0/833$	۳۳/۳٪	۵	۳۷/۵٪	۶	۱۴
	۶۶/۷٪	۱۰	۶۲/۵٪	۱۰	۱۵
	۱۰۰٪	۱۵	۱۰۰٪	۱۶	جمع

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می شود ۶۲/۵٪ گروه آزمون و ۳۳/۳٪ گروه شاهد در مورد وضعیت حسی حرکتی ۱۵ بوده اند. آزمون کاسکوئر نشان اختلاف معنی داری وجود ندارد.

جدول ۲. مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی بین گروه آزمون و شاهد قبل از انجام مداخلات.

نتیجه آزمون	شاهد		آزمون		گروه
	جمع نمونه	میانگین رتبه	جمع نمونه	میانگین رتبه	
$P = 0/445$	۱۵	۱۷/۲۷	۱۶	۱۴/۸	فعالیت های روزمره زندگی
$P = 0/164$	۱۵	۱۷	۱۶	۱۵/۰۶	کانترکچر
$P = 0/7$	۱۵	۱۶/۰۷	۱۶	۱۵	ضعف عضلانی
$P = 0/061$	۱۵	۱۹/۰۷	۱۶	۱۳/۱۳	وضعیت فعالیت حرکتی
$P = 0/589$	۱۵	۱۵/۵۳	۱۶	۱۶/۴۴	تعادل بدن در حالت نشسته
$P = 0/190$	۱۵	۱۳/۹۳	۱۶	۱۷/۹۴	استفاده از وسایل کمکی
$P = 0/573$	۱۵	۱۶/۴۶	۱۶	۱۴/۶۶	رتبه کل

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می شود در مقایسه سیستم عضلانی اسکلتی گروه آزمون و شاهد قبل از انجام مداخلات در مورد فعالیت های روزمره زندگی ( $P = 0/445$ )، کانترکچر ( $P = 0/164$ )، ضعف عضلانی ( $P = 0/7$ )، وضعیت فعالیت حرکتی ( $P = 0/061$ ) حفظ تعادل در حالت نشسته ( $P = 0/589$ )، استفاده از وسایل کمکی جهت حرکت ( $R = 0/19$ ) بین دو گروه اختلاف معنی داری در مرحله قبل از مداخلات وجود ندارد. بطورکلی اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه شاهد و آزمون در عوارض سیستم عضلانی، اسکلتی مشاهده نمی شود ( $P = 0/573$ ). مقایسه گروه های آزمون و شاهد با استفاده از آزمون آماری غیر پارامتری منویتنی انجام شد.



جدول ۳. مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی در گروه آزمون (قبل و بعد)

نتیجه آزمون	جمع نمونه	عدم تغییر	تغییر		سیستم عضلانی اسکلتی
			منفی	مثبت	
Z = -۳/۵۳۱ P = ۰/۰۰۰	۱۶	۰	۰	۱۶	فعالیت های روزمره زندگی *
Z = ۰/۰۰۰ P = ۱	۱۶	۱۶	۰	۰	وجود کتتراکچر
Z = -۰/۷۷ P = ۰/۵۶۴	۱۶	۷	۴	۵	ضعف عضلانی
Z = -۲/۷۸۸ P = ۰/۰۰۵	۱۶	۱	۱	۱۴	وضعیت فعالیت حرکتی **
Z = -۳/۳۵۷ P = ۰/۰۰۱	۱۶	۱	۱	۱۴	حفظ تعادل در حالت نشسته
Z = -۳/۳۳۲ P = ۰/۰۰۱	۱۶	۲	۰	۱۴	نحوه استفاده از وسایل کمکی
Z = -۳/۵۲۴ P = ۰/۰۰۰	۱۶	۰	۰	۱۶	تغییرات کل

به طور کلی ارزیابی آماری نشان می‌دهد که در سیستم عضلانی اسکلتی اختلاف آماری معنی داری نسبت به قبل وجود دارد ( $P = ۰/۰۰۰$ ).  
\* منظور از فعالیتهای روزمره زندگی مجموعه رتبه ای است که فرد در ارزیابی استقلال یا وابستگی در خوردن و نوشیدن - حمام کردن - لباس پوشیدن - توالیت کردن و حرکت در تخت کسب می‌نماید.  
\*\* منظور از وضعیت فعالیت حرکتی مجموعه رتبه ای است که فرد در ارتباط با وجود ناستواری، ضعف، درد مفاصل عضلات و درد پا حین حرکت کسب می‌کند.

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود در فعالیت روزمره زندگی تغییرات قبل و بعد از انجام تحقیق در گروه آزمون معنی دار بوده است ( $P = ۰/۰۰۰$ ) در مورد ایجاد کتتراکچر، در هیچکدام از نمونه‌ها دچار این مشکل نشده بودند و تغییرات معنی داری نسبت به قبل از مداخلات وجود ندارد ( $P = ۱$ ). در مورد ضعف عضلانی تغییرات قبل و بعد از مداخلات معنی دار نبوده است ( $P = ۰/۵۶۴$ ). در مورد وضعیت فعالیت حرکتی ( $P = ۰/۰۰۵$ )، حفظ تعادل در حالت نشسته ( $P = ۰/۰۰۱$ ) و توانایی استفاده از وسایل کمکی جهت حرکت ( $P = ۰/۰۰۱$ )، آزمون آماری نشان می‌دهد تغییرات نسبت به قبل محسوس و معنی دار بوده است.

جدول ۴. مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی بین گروه آزمون و شاهد بعد از انجام مداخلات

نتیجه آزمون	شاهد		آزمون		گروه
	جمع نمونه	میانگین رتبه	جمع نمونه	میانگین رتبه	
P = ۰/۰۲۷	۱۵	۱۱/۳	۱۶	۱۹/۴۷	فعالیت های روزمره زندگی
P = ۰/۳۰۲	۱۵	۱۵/۴۷	۱۶	۱۶/۵	کتتراکچر
P = ۰/۰۴۲	۱۵	۱۲/۲۵	۱۶	۱۸/۳۴	ضعف عضلانی
P = ۰/۰۰۲	۱۵	۱۰/۸۵	۱۶	۲۰/۸۴	وضعیت فعالیت حرکتی
P = ۰/۲۲۱	۱۵	۱۴/۵	۱۶	۱۷/۴۱	تعادل بدن در حالت نشسته
P = ۰/۹۶۸	۱۵	۱۵/۹۳	۱۶	۱۶/۰۶	استفاده از وسایل کمکی
P = ۰/۰۰۶	۱۵	۱۰/۸۲	۱۶	۱۹/۵۹	تغییر رتبه کل





نشسته اختلاف معنی دار آماری بین دو گروه وجود نداشته است و در ارزیابی کلی نیز بین عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی دو گروه آزمون و شاهد (قبل از انجام مداخلات) اختلاف آماری معنی دار وجود نداشته است ( $P = 0/573$ ).

در مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در بخشهای سیستم عضلانی اسکلتی گروه آزمون قبل و بعد از انجام مداخلات مشاهده می شود که در فعالیتهای روزمره زندگی، وضعیت فعالیت حرکتی، حفظ تعادل در حالت نشسته و نحوه استفاده از وسایل کمکی تغییرات قبل و بعد معنی دار بوده است ولی در مورد کنتراکچر و ضعف عضلانی تغییری حاصل نشده است. ارزیابی کلی نیز نشان دهنده وجود اختلاف معنی دار در عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی نسبت به مرحله قبل از انجام مداخلات می باشد ( $P = 0/000$ ). ضمناً در مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی گروه شاهد قبل و بعد از انجام مداخلات (جدول ۲) نتایج نشان می دهد که در مورد فعالیتهای روزمره زندگی، ضعف عضلانی، حفظ تعادل در حالت نشسته و استفاده از وسایل کمکی اختلاف معنی داری نسبت به مرحله قبل وجود داشته است. لازم به ذکر است که در مورد ضعف عضلانی نتایج نشاندهنده بدتر شدن وضعیت می باشد. در مورد کنتراکچر و وضعیت فعالیت حرکتی تغییر معنی داری نسبت به مرحله قبل ایجاد نشده است در ارزیابی کلی نتیجه گیری می شود اختلاف آماری معنی داری در عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی گروه شاهد نسبت به قبل از تحقیق ایجاد شده است ( $P = 0/001$ ).

با مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی بین گروههای آزمون و شاهد مشاهده می شود علیرغم اینکه هر دو گروه در مورد فعالیتهای روزمره بهبودی داشته اند ولی این بهبودی و کاهش عوارض در گروه آزمون سریعتر بوده است و بین دو گروه اختلاف آماری معنی دار وجود داشته است ( $P = 0/027$ ). با توجه به اینکه آسیبهای عصبی بتدریج کاهش یافته و علاوه بر آن با افزایش تدریجی قوای مغزی بیمار با بازسازی خورسسانی مغزی توانایی فعالیتهای روزمره زندگی بیمار افزایش می یابد. لیکن همانطور که تحقیقات ناجنت و همکاران نشان داده است سیر بهبودی فعالیتهای حرکتی دارای دو مسیر جداگانه (خودبخودی و با تمرین و فعالیتهای ورزشی) مرتبط بهم می باشد، که با افزایش فعالیتهای ارادی بهبود خودبخودی نیز تسریع می گردد (۱۳). مداخلات پژوهشگر شامل انجام حرکات غیرفعال و نیمه فعال و در محدوده حرکتی مفاصل و تشویق به انجام حرکات فعال و کمک و آموزش بیماران در مورد استفاده از وسایل کمکی و آموزش لباس

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود در مقایسه سیستم عضلانی اسکلتی گروههای آزمون و شاهد بعد از انجام مداخلات در مورد فعالیتهای روزمره زندگی اختلاف بین دو گروه معنی دار می باشد ( $P = 0/027$ ). در مورد ایجاد کنتراکچر تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ( $P = 0/302$ )، در مورد ضعف عضلانی ( $P = 0/042$ ) و وضعیت فعالیت حرکتی ( $P = 0/002$ ) اختلاف بین دو گروه معنی دار می باشد. در مورد حفظ تعادل در حالت نشسته ( $P = 0/221$ ) و استفاده از وسایل کمکی جهت حرکت ( $P = 0/968$ ) بین دو گروه اختلاف معنی داری در مرحله بعد از مداخلات وجود ندارد. بطورکلی اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه شاهد و آزمون در عوارض سیستم عضلانی اسکلتی مشاهده می شود ( $P = 0/006$ ).

#### بحث

آزمون آماری کاسکوئر نشان داد که بین دو گروه آزمون و شاهد در مورد نمره وضعیت حسی حرکتی اختلاف معنی داری وجود ندارد ( $P = 0/833$ ). تعداد زیادی از بیماران مبتلا به سکنه مغزی در حین ابتلا و دوره حاد بیماری به کاهش سطح هوشیاری مبتلا می گردند که بدلیل درمان در بخشهای تخصصی بیمارستانی و طی دوره حاد بیماری سطح هوشیاری آنها به تدریج افزایش می یابد، بازگشت هوشیاری بیمار و توانایی بلع مناسب از شروط ترخیص بیماران سکنه مغزی از بیمارستان می باشد.

نتایج نشان می دهد که ۵۶/۳٪ نمونه های گروه آزمون و ۵۳/۳٪ نمونه های گروه شاهد سابقه مصرف دارو داشته اند. آزمون آماری کاسکوئر اختلاف معنی دار بین دو گروه را نشان نداده است. ضمناً قابل ذکر است که ۷۷/۸٪ نمونه های گروه آزمون و ۷۵٪ نمونه های گروه شاهد از چگونگی مصرف دارو اطلاع دقیقی نداشتند. در تحقیقی با عنوان «بررسی عوامل مؤثر در عود درد قفسه سینه در بیماران کرونری» مشخص گردید که ۵۳٪ از موارد بستری مجدد بیماران کرونری پس از ترخیص اولیه بدلیل نداشتن اطلاعات کافی درباره چگونگی استفاده منظم از داروهای تجویز شده، اثرات داروها و نحوه نگهداری آنها بوده است (۱). بنابراین آموزش در مورد نحوه مصرف دارو و زمان مصرف و نظارت بر نحوه مصرف داروها توسط بیماران، یکی از وظایف مهم پرستاران مراقب در منزل به شمار می آید.

در مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی در مورد فعالیتهای روزمره زندگی، کنتراکچر، استفاده از وسایل کمکی، ضعف عضلانی، وضعیت فعالیت حرکتی و حفظ تعادل در حالت ۱-



کمکی برخوردار بوده‌اند، اما این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبوده است. شاید ارزیابی نحوه استفاده از وسایل کمکی می‌توانست تأثیر مراقبت و آموزش پرستاری را بهتر مشخص نماید. قبل از شروع تمرینات راه رفتن، بیمار باید قدرت و مهارت نشستن و حفظ تعادل در وضعیت نشسته را کسب نماید (۵). مطالعه انجام شده توسط فردمن (Fredman, Va) نشان داد که استفاده از وسایل کمکی ساده برای افراد نیازمند به مراقبت راحت‌تر است و نسبت به مواقعی که از وسایل پیچیده کمکی استفاده می‌کنند کمتر نیاز به نظارت رسمی مراقبین دارند، بطور کلی استفاده از وسایل به جای اشخاص موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه مراقبت می‌شود (۱۵).

بطور کلی بین دو گروه آزمون و شاهد از لحاظ عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی (بعد از انجام مداخلات) اختلاف آماری معنی دار وجود داشته ( $P = 0/006$ ) و نشان می‌دهد که مداخلات پرستاری مؤثر بوده است. آقای دانکن (Duncan, K) طی تحقیقاتی به این نتیجه رسید که تمرینات و فعالیتهای ورزشی ارائه شده توسط پرستار مراقب در منزل موجب بهبود وضعیت فیزیولوژیک، عملکردهای جسمی و کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه شده است (۱۶).

#### نتیجه‌گیری

با مقایسه عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی ( $P = 0/006$ ) در گروه آزمون و شاهد بعد از انجام مداخلات مشاهده می‌شود که بین دو گروه آزمون و شاهد در تمام سیستمهای فوق الذکر اختلاف معنی داری وجود دارد و فرضیه تحقیق که عبارتست از: «مراقبتهای پرستاری در منزل بر عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی بیماران مبتلا به سکته مغزی بستری در منزل مؤثر است» کاملاً تأیید گردیده است.

پوشیدن، غذا خوردن به بیمار و خانواده توانسته است موجب افزایش سریعتر توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی در گروه آزمون گردد. بازگشت بیمار به خود مراقبتی باید شامل فعالیتهای روزمره زندگی در سطح ساده (حد پایه) مثل غذا خوردن، رفتن به حمام و دستشویی باشد، در بعضی از مواقع شاید هدف رسیدن به یک زندگی طبیعی معنی شود. تیم مراقبتی بیمار و خانواده باید جهت دستیابی به این حد پایه فعالیت نمایند (۱۳).

نتیجه تحقیقات انجام شده توسط مک کورکل (Mc corkle.R) بر روی بیماران مبتلا به سرطان که پس از جراحی در منزل بستری بوده و تحت شیمی درمانی قرار داشته‌اند، نیز نشاندهنده تأثیر مراقبت پرستاری در منزل بر وضعیت خودمراقبتی این بیماران در مقایسه با گروه شاهد می‌باشد (۱۴).

قابل توجه است که هیچکدام از بیماران قبل از مداخلات دچار کانترکچر مفاصل نبودند ولی در حین تحقیق یک نفر از بیماران گروه شاهد دچار کانترکچر مفاصل شده بود که ممکن است دلیل تعداد کم نمونه‌ها و مراقبت مناسب در دوره حاد بیماری در بیمارستان باشد.

ضعف عضلانی در ۵ نفر از بیماران گروه آزمون کاهش یافته و در ۴ نفر تشدید شده است ولی در گروه شاهد تنها ۱ نفر بهبود داشته است و در ۸ نفر، ضعف عضلانی تشدید شده است و اختلاف بین دو گروه معنی دار بود ( $P = 0/042$ ). در مورد وضعیت فعالیت حرکتی (ضعف، درد مفاصل و عضلات و درد پا حین حرکت و جابجایی) نیز در ۱۴ نفر از بیماران گروه آزمون بهبودی ایجاد شده و تنها ۱ نفر از آنها بدتر شده است در صورتی که در گروه شاهد ۴ نفر بهبودی و ۸ نفر وضعیت بدتری داشته‌اند و اختلاف بین دو گروه از لحاظ آماری معنی دار بوده است ( $P = 0/02$ ). علیرغم سیرکند بهبود توانایی عضلانی که بیشتر با پیشرفت تواناییهای عصبی اندامهای مبتلا در ارتباط است، در بیماران گروه آزمون مراقبتهای ارائه شده توسط پرستار از جمله ماساژ اندامها و کمک به انجام حرکات فعال و غیرفعال و قرار دادن بیمار در وضعیتهای مناسب، توانسته از تشدید ضعف عضلانی پیشگیری نماید. در صورتی که در بیماران گروه شاهد دلیل عدم آگاهی و حمایت لازم در زمینه انجام این فعالیتهای ضعف عضلانی و درد پا و مفاصل و عدم تعادل در حرکت و فعالیت تشدید گردیده است.

در زمینه حفظ تعادل در حالت نشستن و استفاده از وسایل کمکی جهت حرکت و جابجایی هر دو گروه وضعیت بهتری را نسبت به قبل از مداخلات نشان دادند علیرغم اینکه از لحاظ تعداد، نمونه‌های بیشتری از گروه آزمون از توانایی حفظ تعادل در حالت نشستن و استفاده از وسایل



منابع:

5. Brottmiller. W, Home care aid in CVA, 2000, 15-57.
  6. Dromerick.A & Reding.M, "Medical and Neurological Complication during inpatient stroke", rehabilitation stroke, 1994, P25.
  7. Duekett, Kathy.A etal, "long term care management of the patient witacerbral vascular accident (CVA)," Home care case manegment, 2004, P1
  8. Duncan.K. "Effect of a exercise aderance Intervention outcome in patient with heart failur", Rehabilitation Nursing. 2003, 23(4)-117
  9. Fisher.M, "Stroke therapy", second edition, BH:365-365.
  10. Fredman.VA, "Incorporating devices into community based long term care: an analysis of the potential for substitution and supplementation", Journal of Aging and Health, [NLM – Medline], AUG 2000.
  11. Graven.R, "Fundamental of Nursing", 3 edit, lippincott, 2000:744 746.
  12. Mc Corkle. R, "family home care for cancer - A community based model", Yale University at YSN, subcontract with Michigan state university, 2004.
  13. Nugent.JA & Schurr.KA. & Adams.RD, "A Dose Response Relationship Between Amount of Weight Bearing exercise and walking outcome", 1994.
  14. Rosdahi.C, "Basic Nursing", Lippincott 1999: P1463.
  15. Walsh.M, "Watson,s Clinical Nursing and related sciences", 6 edit, 2002: 6,686-687.
  16. Wolf.C & Burney.P, "Is stroke mortality on the Decline in England?", Americen Journal of Epidemilogy, 1992, 136(5): 558.
- ۱- احمدی، فضل ا...، "ضرورت آموزش خود مراقبتی در بیماران کرونری"، خلاصه مقالات اولین سمینار سراسری آموزش در بیمار، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی آذربایجان غربی. ارومیه: ۱۳۷۵، ص ۳.
  - ۲- شیروانی، غلامحسین، "بیماریهای مغزی و عروقی"، دانشکده پزشکی، بخش فرهنگی - دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی، دانشگاه شهید چمران. اهواز: ۱۳۶۴، ص ۱۱۴-۱۱۳.
  - ۳- یعقوبی، طاهره، "بررسی ارتباط رفتارهای بهداشتی و عادات غذایی با ابتلا به سکته مغزی در مراجعین بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران"؛ پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران: ۱۳۷۴، ص ۱.
  - ۴- کمالی، محمد، "سمینار بررسی شیوع معلولیتها در ایران"، تهران: دی ماه ۱۳۸۲.