

## بررسی اثربخشی برنامه مراقبت پرستاری در منزل بر فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهر ارومیه، ۱۳۹۳

عبدالله خرمی مارکانی<sup>۱\*</sup>، علی یارمحمدی<sup>۲</sup>، حمیدرضا خلخالی<sup>۳</sup>، رقیه عظیم‌زاده<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۸/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۱۱/۵

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** ناتوانایی‌های حرکتی متعاقب سکته مغزی در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران اختلال ایجاد می‌کند. برنامه مراقبت پرستاری در منزل روش مناسبی برای این گروه از بیماران جهت کسب استقلال عملکردی محسوب می‌شود. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی برنامه مراقبت پرستاری در منزل بر فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهر ارومیه می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده است که در آن ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به سکته مغزی واجد شرایط در شهر ارومیه با روش تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس فعالیت‌های روزانه زندگی بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل گردید. در گروه مداخله برنامه مراقبت پرستاری در منزل اجرا شده و گروه کنترل مراقبت‌های معمول روزانه را دریافت کردند. داده‌های گردآوری شده در قالب نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** طبق نتایج بیشتر نمونه‌ها در هر دو گروه مرد، متأهل، در محدوده سنی بیشتر از ۵۰ سال و دارای سطح سواد پایین بوده و اکثر آن‌ها از نظر وضعیت مالی تا حدودی از زندگی خود راضی بودند. همچنین بین میانگین امتیازات بیماران در ابعاد فعالیت‌های روزانه زندگی با استفاده از شاخص بارتل و شاخص گسترده فعالیت‌های روزانه زندگی نائینگهام در دو گروه مورد و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه مراقبت پرستاری در منزل اختلاف وجود داشت که این اختلاف از نظر آماری و با استفاده از آزمون تی مستقل معنی‌دار بود ( $P=0/001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** برنامه مراقبت پرستاری در منزل باعث ارتقاء فعالیت‌های روزانه زندگی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی مقیم منزل می‌شود. گسترش خدمات پرستاری منظم در منزل برای این گروه از بیماران توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** برنامه مراقبت پرستاری، سکته مغزی، مراقبت در منزل، فعالیت‌های روزانه زندگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۷۷، اسفند ۱۳۹۴، ص ۱۰۸۰-۱۰۷۱

آدرس مکاتبه: آذربایجان غربی، خوی، بلوار ولیعصر، مجتمع آموزش عالی سلامت خوی، تلفن: ۰۴۴۳۶۲۵۲۵۵۵

Email: Khorami.abdolah@gmail.com

### مقدمه

مغزی علاوه بر مرگ‌ومیر بالا، ناتوانی‌های قابل ملاحظه‌ای نیز ایجاد می‌کند، طوری که ۳۱ درصد از بیماران نیاز به کمک در خود مراقبتی داشته، ۲۰ درصد دچار مشکلات حرکتی بوده و نیاز به کمک در فعالیت‌های حرکتی دارند. همچنین توانایی شغلی ۷۱ درصد از مبتلایان تا ۷ سال پس از وقوع سکته مغزی دچار اختلال بوده و ۱۶ درصد تا پایان عمر در سازمان‌های مراقبتی نگهداری می‌شوند (۳). در ایران سالیانه ۳۲۷ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر دچار سکته مغزی می‌شوند که این اختلال شایع‌ترین عامل ناتوانی در

سکته مغزی آسیب عصبی حاد ناشی از اختلال خون‌رسانی به قسمتی از بافت مغز در اثر انسداد یا پارگی یکی از عروق تغذیه کننده آن می‌باشد (۱). در بین بیماری‌های مزمن عصبی بالغین، سکته مغزی از نظر اهمیت و شیوع رتبه اول را داراست (۲). این بیماری شایع‌ترین علت ناتوانی جسمی و سومین علت مرگ در سراسر جهان محسوب می‌شود به طوری که تنها در ایالات متحده آمریکا سالانه ۷۹۵۰۰۰ سکته مغزی رخ می‌دهد (۳-۴). سکته

۱ استادیار، دکترای آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مجتمع آموزش عالی سلامت خوی (نویسنده مسئول)

۲ کارشناسی ارشد، آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۳ استادیار، دکترای آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۴ مربی، آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

انجام شده است و به نیازهای آموزشی و مراقبتی آن‌ها و خانواده‌شان در منزل کمتر پرداخته شده است. لذا با توجه به موارد فوق و اهمیت موضوع، پژوهش در این زمینه ضروری است. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی برنامه مراقبت پرستاری در منزل بر فعالیت‌های روزانه زندگی در بیماران مبتلا به سکته مغزی می‌باشد.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه با طرح کار آزمایی بالینی تصادفی شده است. نمونه‌های پژوهشی تعداد ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به سکته مغزی مقیم منزل بود که با مطالعه پرونده بیماران در بیمارستان امام خمینی ارومیه، بلافاصله بعد از ترخیص به روش تصادفی انتخاب شدند. پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه و معرفی به محیط پژوهش، در بخش داخلی مغز و اعصاب بیمارستان امام خمینی حضور یافت و داده‌های مورد نیاز را از پرونده و خود بیماران مشرف به ترخیص و همراهان آن‌ها اخذ کرد. ابتدا با بیان اهداف پژوهش به بیماران و خانواده آن‌ها، مشارکت آن‌ها جلب شده و فرم رضایت آگاهانه توسط آن‌ها امضاء و مجوز ورود به منزل از آن‌ها گرفته شد. بعد پژوهشگر، بیمار و خانواده با یکدیگر آشنا شده و بر ضرورت عدم قطع ارتباط مراقبتی تاکید شد. مدت نمونه‌گیری ۴۵ روز طول کشید. معیارهای ورودی شامل قرار گرفتن در محدوده سنی ۶۵-۳۰ سال، توانایی برقراری ارتباط، مقیم بودن در منزل، ساکن شهر ارومیه، امکان دسترسی و امکان کنترل آن‌ها در طی ۳ ماه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل بیماران دارای پرستار خصوصی، سابقه قبلی دمانس، ناتوانی در صحبت و درک مفاهیم، نداشتن رضایت آگاهانه، فوت بیمار قبل از بررسی اولیه و مشارکت در طرح پژوهشی دیگر بود. سپس نمونه‌ها به‌صورت تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. برای گردآوری داده‌های پایه قبل از شروع مداخله، مشخصات فردی-اجتماعی و متغیرهای رفتاری خطرناک بیماران (مصرف الکل و استعمال سیگار) توسط پژوهشگر تکمیل گردید. همچنین شفاف سازی انتظارات بیمار و خانواده، توافق در اوقات ملاقات حضوری و تلفنی و چگونگی امکان برقراری ارتباط بود. میزان فعالیت‌های روزانه زندگی با شاخص بارتل<sup>۱</sup> و شاخص گسترش‌یافته فعالیت‌های روزانه زندگی ناتینگهام<sup>۲</sup> در هر دو گروه مداخله و کنترل اندازه گیری شد.

ابتدا پرسشنامه‌ها بر اساس اهداف پژوهش انتخاب شده و سپس طبق روند پیشنهادی وایلد<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵) ترجمه و تطبیق فرهنگی شد (۱۴). برای تعیین روایی محتوا، پرسشنامه‌ها در اختیار

بزرگسالان ایران محسوب می‌شود (۶). تقریباً ۵۰ درصد از قربانیان دچار اختلالات حرکتی دائمی در حفظ تعادل، ایستادن و راه رفتن به تنهایی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی از قبیل لباس پوشیدن، غذا خوردن و حمام رفتن هستند که غلبه بر این مشکلات مستلزم بکارگیری روش‌های صحیح درمانی شامل دارو درمانی، خانواده درمانی، اجتماع درمانی و بازتوانی می‌باشد (۵). بسیاری از بیماران مبتلا به سکته مغزی پس از ترخیص از بیمارستان نیازمند مراقبت و اقدامات توان‌بخشی می‌باشند. این بیماران قادر نخواهند بود به تنهایی کارهای روزمره زندگی را انجام داده و مانند دوران سلامت از عهده نیازهای خود برآیند و نیازمند کمک دیگران می‌باشند که این نیاز از طریق اجرای برنامه‌های مراقبتی توسط پرستار به بیمار و خانواده امکان‌پذیر می‌باشد. این مراقبت باید آگاهانه و دقیق انجام شود و چون بیمار و بستگان او اطلاعات کافی در این خصوص ندارند نقش پرستار در مراقبت و توان‌بخشی این بیماران بسیار مهم است (۶).

ارتقاء فعالیت‌های شخصی در زندگی روزانه بخش عمده‌ای از درمان نوتوانی در افراد مبتلا به سکته مغزی است. سطح وابستگی بیماران در هر یک از این فعالیت‌ها معیار مهمی جهت موفقیت در برنامه نوتوانی می‌باشد (۷). استقلال عملکردی به حضور فعال بیمار در فعالیت‌های روزانه اشاره دارد (۸). فعالیت‌های روزانه زندگی برای بقای انسان ضروری هستند و شامل خوردن، آشامیدن، استحمام، نظافت روزانه، لباس پوشیدن و توالیت کردن می‌باشد. آموزش برنامه‌های حمایتی در انجام فعالیت‌های روزانه در بیمارانی که قدرت، تعادل و مهارت کافی را جهت انجام فعالیت‌های روزانه داشته باشند امکان‌پذیر می‌باشد (۹). در زمینه مراقبت از بیماران مبتلا به سکته مغزی در منزل به‌صورت تأثیر مداخلات پرستاری توان‌بخشی بر وابستگی بیماران در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی مطالعات زیادی انجام شده است که نتایج بیانگر آن است که برنامه مراقبت پرستاری در منزل روش مؤثری جهت بهبود توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی این بیماران است (۱۰-۱۱). بسیاری از عوارض بیماری در صورت تشخیص به‌موقع، قابل پیشگیری و درمان می‌باشند و تمرکز روی کاهش این عوارض به بهبود شرایط بعد از بیماری کمک کرده و باعث ارتقاء کیفیت خدمات توان‌بخشی در منزل می‌شود (۱۲). در همین زمینه یکی از مسئولیت‌های مهم پرستاران، نقش حیاتی آن‌ها در آموزش بیمار، ارائه خدمات توان‌بخشی و تبدیل بیمار به یک فرد مستقل و خودکفاست (۱۳). علاوه بر این، نتایج مرور متون نشان داد که اکثر مطالعات در رابطه با مشکلات بیماران مبتلا به سکته مغزی بستری در بیمارستان

<sup>3</sup> Wild

<sup>1</sup> Barthel Index

<sup>2</sup> Nottingham extended activities of daily living index

گروه مداخله این امکان فراهم شد که در طول ۲۴ ساعت شبانه‌روز در صورت داشتن مشکل یا سایر علل برای ارائه راه‌حل مناسب از پژوهشگر مشاوره تلفنی بگیرند. ۴۵ روز پس از آخرین جلسه اجرای برنامه مراقبت پرستاری، فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران به‌عنوان متغیر پیامد در گروه مداخله و کنترل مورد ارزیابی قرار گرفتند. به لحاظ رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام برنامه مراقبت پرستاری در گروه مداخله، به گروه کنترل نیز آموزش‌های لازم و جزوه آموزشی ارائه شد. کلیه پرسشنامه‌ها کدبندی گردیده و وارد رایانه شد و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS.ver 16 استفاده گردید. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی و برای تحلیل آن‌ها از آزمون آماری استنباطی مانند آزمون تی مستقل، تست دقیق فیشر و مجذور کای استفاده شد.

### یافته‌ها

طبق نتایج بیشتر نمونه‌ها در هر دو گروه مرد (مداخله ۵۳/۳ درصد و کنترل ۶۰ درصد)، متأهل (مداخله ۸۳/۳ درصد و کنترل ۸۰ درصد) و دارای سطح سواد پایین (مداخله ۵۰ درصد و کنترل ۷۶/۶ درصد) بود. بیشتر نمونه‌ها در محدوده سنی بیشتر از ۵۰ سال (مداخله ۸۰ درصد و کنترل ۹۰ درصد) قرار داشتند و اکثر آن‌ها تا حدودی از زندگی راضی (مداخله ۵۰ درصد و کنترل ۴۶/۷ درصد) بودند. به‌طور کلی توزیع فراوانی متغیرهای کمی جمعیت شناختی در دو گروه مشابه بوده و اختلاف معنی‌دار آماری بین آن‌ها مشاهده نشد (کل نتایج در جدول ۱).

شش نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشکده پرستاری ارومیه و دو نفر از پرسنل مجرب پرستاری بخش داخلی مغز و اعصاب و دو نفر از متخصصان داخلی مغز و اعصاب قرار گرفت و بر اساس شاخص روایی محتوا پیشنهادی اصلاحی اساتید به کار گرفته شد و پرسشنامه نهایی تهیه شد. پایایی پرسشنامه‌ها به روش بازآزمایی تعیین گردید. برای این منظور از ۱۰ بیمار بستری در منزل خواسته شد در فاصله چهار هفته ۲ بار به پرسشنامه جواب دهند. با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون ضریب پایایی شاخص بارتل و فعالیت‌های روزانه زندگی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۰ تعیین شد که تمام نتایج در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار بود. همچنین در این پژوهش جهت تعیین پایایی پرسشنامه، از پایایی همسانی درونی (ضریب آلفا کرونباخ) استفاده شد. پایایی برای شاخص بارتل و شاخص گسترش یافته فعالیت‌های روزانه زندگی ناتیگهام به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۷ به دست آمد که حاکی از پایایی قابل قبول مقیاس‌ها بود.

اجرای برنامه مراقبت پرستاری و حضور در منزل بیماران طی ۴ تا ۵ جلسه در ۳ ماه با فواصل دو هفته یک‌بار و هر جلسه به مدت ۲ ساعت اجرا شد. این برنامه شامل ارائه پمفلت درباره ماهیت و اثرات سکته مغزی، اطلاعات ارتقاء بهداشت (رژیم غذایی، سیگار، ورزش و دارو)، آموزش خودمراقبتی، ارجاع به فیزیوتراپیست، تشویق در فعالیت‌های سرگرم‌کننده بود. برنامه پیگیری تلفنی در ماه اول بعد از ترخیص ۳ بار در هفته و در ماه دوم ۲ بار در هفته و ماه سوم بعد از ترخیص ۱ بار در هفته بود. زمان اولین مکالمه بعد از ترخیص بیمار و مدت مکالمه ۳۰ دقیقه و البته بسته به نیاز بیماران متفاوت بود. با دادن مشاوره‌های مراقبتی تلفنی به بیماران

جدول (۱): مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی بیماران مبتلا به سکته مغزی در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون آماری	کنترل		مداخله		گروه	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$X^2 = 0/27, df = 1$ $p = 0/60$	۶۰	۱۸	۵۳/۳	۱۶	مرد	جنسیت
	۴۰	۱۲	۴۶/۷	۱۴	زن	
$X^2 = 0/11, df = 1$ $p = 0/73$	۲۰	۶	۱۶/۷	۵	مجرد	تأهل
	۸۰	۲۴	۸۳/۳	۲۵	متأهل	
$X^2 = 4/75, df = 2$ $p = 0/09$	۷۶/۶	۲۳	۵۰	۱۵	دیپلم و زیر دیپلم	تحصیلات
	۱۳/۳۳	۴	۳۳/۳	۱۰	لیسانس	
	۱۰	۳	۱۶/۷	۵	بالتر از لیسانس	
$X^2 = 1/17, df = 1$ $p = 0/27$	۱۰	۳	۲۰	۶	کمتر از ۵۰ سال	سن
	۹۰	۲۷	۸۰	۲۴	بیشتر از ۵۰ سال	
$X^2 = 0/34, df = 2$ $p = 0/84$	۱۰	۳	۱۳/۳۳	۴	راضی بوده و نگرانی ندارم	رضایت از زندگی
	۴۶/۷	۱۴	۵۰	۱۵	تا حدودی راضی هستم	
	۴۳/۳	۱۳	۲۶/۶	۱۱	راضی بوده و نگرانی دارم	

رفتاری در دو گروه مداخله و کنترل با فراوانی مشاهده شده انطباق داشت و اختلاف معنی داری بین سطوح فراوانی های مشاهده شده افراد در دو گروه وجود نداشت

در جدول ۲ مشخصات مربوط به بیماران مبتلا به سکته مغزی نشان داده شده است. آزمون آماری کای دو اختلاف معناداری را بین دو گروه مداخله و کنترل، قبل از مداخله از نظر متغیرهای مذکور نشان نداد. همچنین با توجه به نتیجه آزمون آماری، ویژگی های

**جدول (۲):** مقایسه توزیع فراوانی بیماران مبتلا برحسب نوع سکته، بی حرکتی سمت مبتلا، سابقه سکته مغزی و بیماری همراه در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون آماری	کنترل		مداخله		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر	
$X^2 = 0.07, df = 1$ $p = 0.78$	۶۶/۶۶	۲۰	۷۰	۲۱	ایسکمیک	
	۳۳/۳	۱۰	۳۰	۹	خون ریزی دهنده	
$X^2 = 0.09, df = 2$ $p = 0.95$	۳۰	۹	۳۳/۳	۱۰	راست	
	۳۰	۹	۳۰	۹	چپ	
	۴۰	۱۲	۳۶/۶	۱۱	سایر موارد	
$X^2 = 0.68, df = 2$ $p = 0.71$	۳۶/۶	۱۱	۳۰	۹	ندارد	
	۳۳/۳	۱۰	۲۳/۳	۷	یکبار	
	۳۰	۹	۴۶/۷	۱۴	دو بار و بیشتر از دو بار	
$X^2 = 0.95, df = 3$ $p = 0.81$	۲۳/۳	۷	۳۰	۹	پرفشاری خون	
	۳۰	۹	۲۶/۷	۸	دیابت	
	۲۳/۳	۷	۲۰	۶	چربی خون بالا	
$X^2 = 0.73, df = 1$ $p = 0.39$	۲۳/۳	۷	۲۳/۳	۷	سکته قلبی	
	۷۶/۷	۲۳	۶۶/۶	۲۰	بلی	
	۲۳/۳	۷	۳۳/۳	۱۰	خیر	
$X^2 = 0.16, df = 1$ $p = 0.68$	۷۰	۲۱	۶۳/۳	۱۹	بلی	
	۳۰	۹	۳۶/۶	۱۱	خیر	

آماري بين آن‌ها وجود نداشت. ولي در مرحله بعد از مداخله بين نمره میانگین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود داشت.

در جدول ۳، شاخص بارتل در مقایسه بین دو گروه مداخله و کنترل، قبل از هرگونه اعمال مداخله نشان دهنده عدم اختلاف دو گروه بود و دو گروه تقریباً میانگین مشابه داشتند و اختلاف معنی دار

**جدول (۳):** مقایسه میانگین نمرات فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله در شاخص بارتل

مستقل t آزمون آماری	کنترل		مداخله		گروه	
	انحراف معیار $\pm$ میانگین		انحراف معیار $\pm$ میانگین		متغیر	
$T = 0.02, df = 58$ $P = 0.98$	$46/5 \pm 2/33$		$46/43 \pm 2/78$		قبل	
$T = 6/16, df = 58$ $P = 0.001$	$29/03 \pm 3/07$		$56/2 \pm 3/15$		بعد	
$T = 54, df = 58$ $P = 0.001$	$-17/46 \pm 4/04$		$9/78 \pm 4/42$		اختلاف بعد - قبل	

**جدول (۴):** مقایسه نمرات میانگین فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران (کلیه ابعاد) در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله در پرسشنامه شاخص گسترش یافته فعالیت‌های روزانه زندگی ناتینگهام

آزمون آماری t مستقل	متغیر		زمان
	کنترل انحراف معیار ± میانگین	مداخله انحراف معیار ± میانگین	
T=۰/۶۲, df= ۵۸ P= ۰/۵۲	۱/۹۶ ± ۰/۱۳	۱/۸۵ ± ۰/۱۲	قبل
T= ۶/۵۵, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	۱/۱۲ ± ۰/۰۷	۲/۱۳ ± ۰/۱۳	بعد
T= ۴/۷۸, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	-۰/۸۳ ± ۰/۱۴	۰/۲۸ ± ۰/۱۸	اختلاف بعد - قبل
T=۱/۱۹, df= ۵۸ P= ۰/۲۴	۲/۲۱ ± ۰/۱	۲/۰۱ ± ۰/۱۳	قبل
T= ۸/۳۸, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	۱/۰۶ ± ۰/۰۷	۲/۲ ± ۰/۱۲	بعد
T= ۶/۲۷, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	-۱/۱۵ ± ۰/۱۳	۰/۱۹ ± ۰/۱۷	اختلاف بعد - قبل
T=۰/۶۴, df= ۵۸ P= ۰/۵۲	۱/۹۹ ± ۰/۱۲	۱/۸۸ ± ۰/۱۲	قبل
T=۶/۲۲, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	۱/۰۵ ± ۰/۱	۲/۰۴ ± ۰/۱۲	بعد
T= ۴/۶, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	-۰/۹۵ ± ۰/۱۶	۰/۱۵ ± ۰/۱۷	اختلاف بعد - قبل
T=۸۱, df= ۵۸ P= ۰/۴۲	۲/۰۵ ± ۰/۰۹	۱/۹۱ ± ۰/۱۴	قبل
T=۷/۵۳, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	۱/۰۳ ± ۰/۰۸	۲/۱ ± ۰/۱۱	بعد
T=۴/۸۴, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	-۱/۱۹ ± ۰/۱۶	۰/۱۹ ± ۰/۱۹	اختلاف بعد - قبل
T=۰/۹۹, df= ۵۸ P= ۰/۲۳	۷/۳۰ ± ۱/۰۱	۶/۷۵ ± ۱/۲۶	قبل
T=۱۲/۸۴, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	۶/۰۹ ± ۰/۸۶	۱۱/۹۲ ± ۰/۹۷	بعد
T=۸/۳۱, df= ۵۸ P= ۰/۰۰۱	-۱/۲۱ ± ۱/۲۳	۵/۱۷ ± ۱/۸۳	اختلاف بعد - قبل

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، اکثر واحدهای مورد پژوهش در حیطه سنی بیشتر از ۵۰ سال (گروه مداخله ۸۰ درصد و در گروه کنترل ۹۰ درصد) قرار داشتند. نتایج مطالعه هیکی<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) و فغانی (۱۳۷۷) نیز تایید کننده چنین حالتی می باشد (۱۷ - ۱۵). بر

با توجه به جدول ۴، دو گروه، قبل از مداخله هیچ اختلافی در فعالیت‌های روزانه زندگی ناتینگهام نداشته و تقریباً میانگین مشابه داشتند و اختلاف معنی‌دار آماری بین این دو گروه وجود نداشت ولی بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین آن‌ها وجود داشت (P=۰/۰۰۱).

<sup>۱</sup> Hicky

طبق نتایج جدول ۲ اکثر واحدهای مورد پژوهش دو بار و بیشتر از دو بار سابقه‌ی سکته مغزی ۴۶/۷ درصد در گروه مداخله و ۳۰ درصد در گروه کنترل را داشتند. تایسون<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه خود گزارش کردند که تنها ۴۱ درصد از بیماران مبتلا به سکته مغزی سکته مجدد می‌کنند و احتمال سکته مغزی در افرادی که یکبار سکته مغزی کرده‌اند بیشتر است (۲۴). با توجه به جدول ۲ بیماری‌های دیابت (گروه مداخله ۲۶/۷ درصد و در گروه کنترل ۳۰ درصد) و فشارخون بالا (گروه مداخله ۳۰ درصد و در گروه کنترل ۲۳/۳ درصد)، مهم‌ترین بیماری همراه هر دو گروه واحدهای مورد پژوهش بود. مطالعات بسیار زیادی در مورد عوامل خطر مرتبط با تقریباً تمامی آن‌ها در سکته‌های مغزی انجام شده است. در پژوهشی که درگان<sup>۸</sup> و همکاران در سال ۲۰۱۱ با عنوان (بررسی فواید پایش الکترونیک بیماران مبتلا به سکته مغزی جهت پیشگیری ثانویه از سکته مغزی) انجام دادند، اکثر بیماران سابقه ابتلا به پرفشاری خون و چربی خون بالا را داشتند که با پژوهش حاضر هم‌راستا است (۲۵). در پژوهش دیگری که توسط اوستوالد<sup>۹</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۹ با عنوان (راهنمای آموزشی مبتنی بر شواهد برای بازماندگان سکته مغزی پس از ترخیص به منزل) انجام گرفت، ۳۶ درصد بیماران سابقه دیابت داشتند و ۲۸ درصد بیماران سیگار مصرف می‌کردند که این نتایج نیز با نتایج پژوهش حاضر همسو است (۲۱).

بیشتر نمونه‌ها سیگاری (گروه مداخله ۶۶/۶ درصد و در گروه کنترل ۷۶/۷ درصد) و الکل (گروه مداخله ۶۳/۳ درصد و در گروه کنترل ۷۰ درصد) مصرف می‌کردند. بر طبق مطالعات اخیر، درصد افراد سیگاری و معتاد به الکل (نوشیدن ۳ و یا بیشتر از ۳ بار در طول روز) و مواد مخدر در میان مبتلایان به سکته مغزی از اواسط دهه ۱۹۹۰ تا اواسط ۲۰۰۰ افزایش داشته است (۲۰). عوامل خطر مرتبط با سکته‌های مغزی نه‌تنها می‌توانند مشخص‌کننده احتمال ابتلا به سکته‌های مغزی باشند بلکه در بسیاری موارد طول دوره بیماری، میزان مرگ‌ومیر و ناتوانی‌های ناشی از آن‌ها و احتمال ابتلای مجدد به حوادث عروقی مغز را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند (۲۶-۲۷).

بر اساس اهداف پژوهش، "میزان فعالیت‌های روزانه زندگی قبل و بعد از اجرای برنامه مراقبت پرستاری در منزل در گروه مداخله و کنترل در بیماران مبتلا به سکته مغزی" مورد سنجش قرار گرفت. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون بارتل در مرحله

اساس یافته‌های پژوهش در گروه مداخله ۴۶/۷ درصد و در گروه کنترل ۴۰ درصد واحدهای مورد پژوهش را زنان و باقی آن را مردان تشکیل می‌دادند که با نتایج مطالعات روبرت<sup>۲</sup> و هاروی<sup>۳</sup> (۱۹۹۶)، همتی (۱۳۸۷) همخوانی دارد (۱۹-۱۸). در پژوهش حاضر، نیز درصد مردان مبتلا بیشتر از زنان مبتلا بود. همچنین، اکثریت واحدهای مورد پژوهش، متأهل (گروه مداخله ۸۳/۳ درصد و در گروه کنترل ۸۰ درصد) و هر دو گروه کم‌ترین مطلقه و مجرد را دارا هستند و در دو گروه دارای اختلاف معنی‌داری نبودند. این نتایج همسو با مطالعه هالی<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) می‌باشد (۲۰).

طبق نتایج مجموعاً در هر دو گروه رضایت از زندگی در بیشترین واحدهای مورد پژوهش، مربوط به (تا حدودی راضی هستیم) ۵۰ درصد در گروه مداخله و ۴۶/۷ درصد در گروه کنترل بود و کم‌ترین درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله و کنترل در قسمت (راضی بوده و نگرانی ندارم) بود. عدم پوشش خدمات بیمه درمانی و وضعیت اقتصادی نامناسب از دلایل عدم بهبودی و رغبت به ادامه درمان می‌باشد که با مطالعه اوستوالد<sup>۹</sup> (۲۰۰۹) همخوانی داشت (۲۱).

بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک (گروه مداخله ۷۰ درصد و گروه کنترل ۶۶/۶ درصد) بودند و تعداد کمتری از آن‌ها مبتلا به سکته نوع هموراژیک (گروه مداخله ۳۰ درصد و گروه کنترل ۳۳/۳ درصد) بودند. میزان بروز سکته‌های هموراژیک نسبت به سکته‌های ایسکمیک کمتر می‌باشد. محمودی (۱۳۷۷) و فغانی (۱۳۷۷) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۷، ۲۲).

در هر دو گروه، مداخله و کنترل نوع سکته ایسکمیک بیشتر بود و بی‌حرکتی سمت مبتلا، مربوط به سایر موارد با ۳۶/۶ درصد در گروه مداخله و ۴۰ درصد در گروه کنترل بود. اوستوالد (۲۰۰۹) درگیری دو نیمکره را در مطالعه‌اش به‌صورت برابر اعلام (۲۱) و گالوین<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) در امریکا درگیری نیمکره چپ و بی‌حرکتی سمت راست را بیشتر از نیمکره راست و بی‌حرکتی سمت چپ گزارش نمود و آن را علت بهبودی بیماران دانست زیرا سلامتی نیمکره راست باعث حفظ آگاهی در بیماران بود و به یادگیری آنان در حین آموزش کمک می‌کند (۲۳). در مطالعه حاضر فاکتور فوق تأثیری در مداخله نداشت زیرا کلیه بیماران در صورت سلامت وضعیت شناختی اجازه ورود به مطالعه را داشتند.

<sup>6</sup> Galvin  
<sup>7</sup> Tyson  
<sup>8</sup> Dregan  
<sup>9</sup> ostwald

<sup>2</sup> Robert  
<sup>3</sup> Harvey  
<sup>4</sup> Haley  
<sup>5</sup> ostwald

بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری بین نمره میانگین دو گروه وجود داشت ( $P=0/001$ ) و میانگین مداخله  $56/2$  و میانگین کنترل نیز  $29/02$  بود. به‌طور کلی گروه مداخله افزایش میانگین و گروه شاهد کاهش میانگین در نمره آزمون بارتل داشته است.

طبق شاخص گسترش‌یافته فعالیت‌های روزانه زندگی ناتینگهام، میانگین نمره متغیرها در تمام ابعاد تحرک ( $2/13 \pm 0/13$ )، کار در آشپزخانه ( $2/2 \pm 0/12$ )، کارهای خانگی ( $2/04 \pm 0/12$ ) و اوقات فراغت ( $2/1 \pm 0/11$ ) بعد از مداخله افزایش یافته بود و این اختلاف نمره میانگین از نظر آماری معنی‌دار بود که حاکی از مؤثر بودن برنامه مراقبت پرستاری در منزل در استقلال عملکردی و انجام فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران بود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از شاخص گسترش‌یافته فعالیت‌های روزانه زندگی ناتینگهام در مرحله بعد از مداخله برای گروه مداخله و عدم‌مداخله در گروه کنترل اختلاف معنی‌دار آماری در سطح احتمال یک درصد بین میانگین دو گروه وجود داشت ( $P=0/001$ ) و میانگین مداخله  $11/92$  و میانگین کنترل نیز  $6/09$  بود.

در مطالعه‌ای که احمد<sup>۱۰</sup> و همکاران ( $2003$ ) با هدف تعیین تأثیر مراقبت توان‌بخشی بر ارتقای فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران مبتلا به سکنه مغزی انجام شد مشخص گردید که توان انجام فعالیت‌های روزانه و استقلال عملکردی بیماران بعد از مداخله ارتقاء یافته است و بین میانگین‌های دو مرحله قبل و بعد اختلاف معنی‌داری موجود بوده است ( $28$ ). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که مراقبت‌های پرستاری در منزل باعث افزایش سطح فعالیت‌های بیمار و کاهش وابستگی بیماران در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی می‌شود. همچنین همسو با نتایج این مطالعه، نتایج مطالعه‌ی هولمویست<sup>۱۱</sup> و همکاران ( $1996$ ) با هدف تعیین تأثیر مداخلات پرستاری توان‌بخشی بر وابستگی بیماران در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی در بیماران مبتلا به سکنه مغزی بستری در منزل نشان داد که برنامه مراقبت توان‌بخشی در منزل روش مؤثری جهت بهبود توانایی حرکتی، فعالیت‌های اجتماعی، فعالیت‌های روزمره زندگی و قدرت تکلم این بیماران می‌باشد ( $11$ ). یافته‌های هولمویست با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد زیرا برنامه مراقبت پرستاری در منزل بر ابعاد تحرک و کارهای خانگی و انجام فعالیت‌های روزانه زندگی تأثیری مثبت داشته است. تورس<sup>۱۲</sup> و همکاران ( $2004$ ) نیز با مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر دو استراتژی توان‌بخشی ارائه شده توسط پرستاران برای بیماران سکنه مغزی بستری در منزل به نتایج مشابه مطالعه حاضر دست

یافتند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد با توجه به مقیاس بارتل و ارزیابی انجام فعالیت‌های روزانه اساسی، نمرات انجام فعالیت‌های روزانه زندگی بعد از مداخله در حیطه اجتماعی و ارزیابی وضعیت ذهنی بهبودی معنی‌دار داشت ( $29$ ). در مطالعه حاضر نتایج نشان داد بیماران که مراقبت پرستاری در منزل دریافت کرده‌اند تفاوت قابل توجهی در سطح فعالیت‌های روزانه زندگی آنان نسبت به گروه کنترل مشاهده شد. حسینی و همکاران ( $1382$ ) در یک مطالعه با هدف تعیین تأثیر مراقبت پرستاری بر عوارض ناشی از بی‌حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی بیماران مبتلا به سکنه مغزی بستری در منزل انجام دادند. که نتایج آن همسو با نتایج پژوهش حاضر است به این صورت که نتایج آن نشان داد که مقایسه عوارض ناشی از بی‌حرکتی بعد از انجام مداخلات بین دو گروه آزمون و شاهد در سیستم عضلانی اسکلتی اختلاف آماری معنی‌دار بوده است و همچنین در مورد فعالیت‌های روزمره زندگی، ضعف عضلانی و وضعیت فعالیت حرکتی در گروه آزمون نسبت به شاهد بهبودی مشاهده شد ( $30$ ). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان‌دهنده تأثیر مثبت مراقبت پرستاری در منزل بر ارتقاء سطح فعالیت‌های روزانه زندگی بود. طبق نظر دبکین<sup>۱۳</sup> ( $2004$ ) از آنجایی که مداخلات درمانی و نوتوانی بیماران پس از ترخیص طی مدت کوتاهی به‌طور دقیق پیگیری نمی‌شود او نیز با ادامه مراقبت پرستاری در منزل توانست تفاوت  $30$  درصد تغییر را در فعالیت روزانه بیماران سکنه مغزی در گروه مداخله ایجاد نماید. لازم به ذکر می‌باشد که تغییر  $30$  درصد حاصل در مطالعه حاضر میزان بالایی نیست اما در افزایش کارایی بیماران کاملاً قابل مشاهده می‌باشد ( $31$ ). این مطالعه نیز یافته‌های پژوهش حاضر را تایید می‌کند. با توجه به مطالعه فورستر<sup>۱۴</sup> و همکاران ( $2007$ )، در مورد تأثیر مثبت اقدامات توان‌بخشی بر روی بیماران مبتلا به سکنه مغزی استنباط می‌شود که بر حیطه توان‌بخشی بالینی و جامعه توجه کمی شده است و باید تدابیری اندیشید تا در آینده قلمرو این حیطه نزد پرستاران و عامه مردم پر رنگ جلوه کند تا اهداف توان‌بخشی که همانا افزایش سازگاری و تطابق بیماران با شرایط سخت و طاقت فرسا با تکیه بر توانمندی‌های آن‌ها و درنهایت ارتقاء کیفیت زندگی مددجویان محقق شود ( $32$ ). به‌طور کلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت گسترش خدمات پرستاری در منزل برای بیماران مبتلا به اختلال سکنه مغزی بسیار مؤثر می‌باشد زیرا طول مدت بستری شدن در بیمارستان را کاهش داده و خطر عود بیماری را به حداقل می‌رساند. در سیستم بهداشتی درمانی کشور ما با توجه به

13 Dobkin  
14 Forster

10 Sara Ahmed  
11 L. Wide 'n Holmqvist  
12 Laura del Pilar Torres-Arreola

درک نشده است و دانشجویان از چنین برنامه‌های آموزشی بهره لازم را نمی‌برند.

### تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام پذیرفت. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی بیماران و خانواده‌های آنان، پزشکان، پرستاران، مدیریت و پرسنل و کلیه افرادی که در انجام این مطالعه همکاری و همراهی داشتند، ابراز نمایند.

محدود بودن نیروی انسانی ماهر و تعداد تخت‌های بیمارستانی، توجه به خدمات پرستاری در منزل باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد و در برنامه ریزی‌های بهداشتی و درمانی بالادست بیماری سکنه مغزی استفاده از این روش می‌تواند نتایج ارزشمندی را به همراه داشته باشد اما متأسفانه در حال حاضر به این خدمات توجه چندانی نمی‌شود. حتی در برنامه‌های آموزش پرستاری علی‌رغم تأکید بر پرستاری جامعه‌نگر، اهمیت پرستاری در منازل به خوبی

### References:

1. Brown M. Cerebrovascular disease. *Med Int* 1992; 4158-67.
2. Robinson RG, Jorge RE. Neuropsychiatry aspects of cerebrovascular disorders. In: Sadock JB, Sadock AV. (editors). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. P. 349-54.
3. Black GM, Hawks JH, Keene AM. *Medical-Surgical Nursing WBS*; 2001. P. 1972.
4. Lin LY, Lee CH, Yu CC, Tsai CT, Lai LP, Hwang JJ, et al. Risk factors and incidence of ischemic stroke in Taiwanese with nonvalvular atrial fibrillation-- a nation wide database analysis. *Atherosclerosis* 2011;217: 292-5.
5. Hawkey B, Williams J. Role of rehabilitation Nurse. *Royal college Nurs* 2009; 3(178): 4-28.
6. Outpatient Service Trialists. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD002925.
7. Cramer SC. Repairing the human brain after stroke: I. Mechanisms of spontaneous recovery. *Ann Neurol* 2008; 63: 272-871.
8. Langhorne P, Coupar F, Pollock A. Motor recovery after stroke: A systematic review. *Lancet Neurol* 2009;8:741.
9. Bucks RS, Ashworth DL, Wilcock GK, Siegfried K. Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. *Age Ageing* 25. 1996; 113-20.
10. Anne F, John Y. Specialist nurse support for patients with stroke in the community: a randomised controlled trial. *BMJ* 1996 29;312(7047):1642-6.
11. Widén Holmqvist L, von Koch L, Kostulas V, Holm M, Widsell G, Tegler H, et al. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Stroke* 1998;29(3): 591-7.
12. Sit WH. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *J Clin Nurs* 2004;13:816-24.
13. Stuart G.W, Laraia MT. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 7th ed. C.V: Mosby Co; 2001. P. 843-68.
14. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005;8(2):94-104.
15. Victor M, Ropper A, Adams V. *Principles of Neurology*. Seventh edition. London: Mcgraw- Hill Co; 2001.



16. Hicky J. The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Co; 1997.
17. Faghani V. Assessment of hospitalized patients with stroke with dysarthria based on age, sex, type of dysarthria, left hemiplegia, the affected hemisphere, stroke type, along with the risk factors, previous history of myocardial infarction and stroke in the Medical AI 75 and March to December 1997 in order to obtain a Doctor of Medicine thesis. (Dissertation). Isfahan: School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences; 1998. (Persian)
18. Afshari D, Ahmadi J. Epidemiology and risk factors for cerebrovascular lesions in Farabi Hospital. Kermanshah Brain Sci Aslb 2002 ; 78-1376 (5): 20-3. (Persian)
19. Hemmati R. Assessment of aspirin in patients with cerebrovascular accidents Alzahra Medical Center in 1996-98. To obtain a medical doctorate thesis. (Dissertation). Isfahan: School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences; 2008. (Persian)
20. Haley William E, David L. Rot Prospective Epidemiological Study. Stroke 40(6).2009; 2129-33.
21. Ostwald S K, Cheong M D. Predictors of Resuming Therapy Within Four Weeks after Discharge from Inpatient Rehabilitation. Top Stroke Rehabil 2009; 16(1): 80-91.
22. Mahmoudi M. An epidemiologic study of 100 patients with a stroke in railway hospital in Yazd. To obtain a medical doctorate thesis. (Dissertation). Yazd: School of Medicine, Yazd University of Medical Sciences Martyr; 1998. (Persian)
23. Galvin R, Murphy B, Cusack T, Stokes E. The impact of increased duration of exercise therapy on functional recovery following stroke- what is the evidence? Top Stroke Rehabil 2011; 42 (3) : 681-6.
24. Tyson S, Turner G. Discharge and follow-up for people with stroke: what happens and why. Cline Rehab 2000; 14 (4) : 381-92.
25. Dregan A, Toschke MA, Wolfe CD, Rudd A, Ashworth M, et al. Utility of electronic patient records in primary care for stroke secondary prevention trials. BMC Public Health 2011; 11(86): 2-9.
26. Yamada Y, Metoki N, Yoshida H, Satoh K, Ichihara S, Kato K, et al. Genetic risk for ischemic and Hemorrhagic stroke. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2006; 26: 1920-5.
27. Abbott RD, Yin Y, Reed DM, Yano K. Risk of stroke in male cigarette smokers, N Engl J Med 1986; 315: 717-20.
28. Ahmed S, Mayo NE, Higgins J, Salbach NM, Finch L, Wood-Dauphinée SL. The Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM): a comparison with other measures used to evaluate effects of stroke and rehabilitation. Phys Ther 2003; 83(7): 617-30.
29. Torres-Arreola L del P, Doubova Dubova SV, Hernandez SF, Torres-Valdez LE, Constantino-Casas NP, Garcia-Contreras F, et al. Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico. J Clin Nurs 2009; 18(21): 2993-3002.
30. Hosseini Mohammad Ali, reviews Tasyimraqbt nursing home patients with common musculoskeletal system Brvarz by Azby motor stroke. J Rehabil 2004; 5(4): 19. (Persian)
31. Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. Lancet Neurol 2004; 14: 528-536.
32. Young J, Forster A. Review of stroke rehabilitation. BMJ 2007; 334: 86-90.

## ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF HOME NURSING CARE PLAN ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING OF STROKE PATIENTS IN URMIA CITY, 2014

*Khorrami-Markani A<sup>1\*</sup>, Yarmohammadi A<sup>2</sup>, Khalkhali HR<sup>3</sup>, Azimzadeh R<sup>4</sup>*

*Received: 21 Nov, 2015; Accepted: 25 Jan, 2016*

### Abstract

**Background & Aims:** Motor disabilities following stroke can disrupt daily activities of the patients. Nursing home care program can be performed in these patients to achieve functional independence. The aim of this study was to determine the effectiveness of nursing home care on the daily activities in patients with stroke in Urmia.

**Materials & Methods:** This study is a randomized clinical trial in which 60 stroke patients eligible for the study were entered in the study in Urmia, they were randomly divided into two groups. The data collection tool was a valid and reliable scale of daily life activities which were completed in the pre-test and post-test phases of the study. Nursing home care program was implemented in the intervention group while the control group received usual care daily. Data analysis was performed on the obtained data by using descriptive and analytical statistics in the Spss v.16 software.

**Results:** The results shows that in both groups, the patients were male, married, aged more than 50 years and has a low literacy level, and most of them were satisfied with their financial situation in their life. Also by using the Barthel Index and the Nottingham extended, it was shown that there was a statistically significant difference ( $P=0/001$ ) between the mean scores of patients in the dimensions of daily life activities in both intervention and controls groups.

**Conclusion:** Nursing home care program can enhance daily life activities and ultimately it can improve the quality of life of patients with stroke living at home. Regular nursing services at home for this group of patients is recommended.

**Keywords:** Nursing care plan, stroke, home care, activities of daily living

**Address:** West Azerbaijan, Khoy, Valieasr Blvd, The complex of health education

**Tel:** (+98) 4436252555

**Email:** Khorami.abdolah@gmail.com

<sup>1</sup> Assistant Professor, PhD of Nursing, Urmia University of Medical Science (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Master of science in Nursing, Urmia University of Medical Science

<sup>3</sup> Assistant Professor, PhD of Biostatistics, Health Faculty, Urmia University of Medical Science

<sup>4</sup> Instructor, Master of science in Nursing (Medical-Surgical), Urmia University of Medical Science