

Effectiveness of Handling Training Program on the Quality of Life of Institutional Caregivers

Abbass Dehghan¹, Mehdi Rassafiani^{2*}, Seyed Ali Hosseini³, Hamid Dalvand⁴

1. PhD Student of Occupational Therapy, Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
2. Ph.D. of Occupational Therapy, Associate professor, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran & Occupational Therapy Department, Faculty of Allied Health Sciences, Kuwait University, Kuwait
3. Ph.D. of Occupational Therapy, Professor, Social Determinants of Health Research Center and Occupational Therapy Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran
4. Ph.D. of Occupational Therapy, Assistant Professor, Department of Occupational Therapy, Arak University of medical Sciences, Arak, Iran

Received: 2017.July.14

Revised: 2017. October.06

Accepted: 2017.November.07

Abstract

Background and Aims: Children with cerebral palsy require a constant care because of their long-term complications. Thus, taking care of them can affect physical and mental health of their caregivers. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of handling training program on caregivers' quality of life working in care centers for children with cerebral palsy.

Materials and Methods: In the current semi-experimental interventional study, 60 caregivers were selected supervised by Welfare Organization of Tehran according to the related inclusion criteria and divided into intervention (30 participants) and control (30 participants) groups. Demographic questionnaire and SF-36 were used for data collection three months prior to and after presenting handling training program. The training session were conducted theoretically and practically in two days and each day with 15 caregivers. Statistical analyses were carried out using SPSS, version 22.

Results: The mean age and standard deviation of caregivers in intervention and control group were (43/57±10/84) and (42/50±9/22), respectively. The comparison of the mean scores between the two groups showed that the quality of life of the caregiver in the intervention group significantly increased three months after receiving handling training in all dimensions of SF-36 except for social function ($p < 0.05$).

Conclusion: Providing the caregivers with proper handling training program can decrease their job and physical stress and improve both their and the children' quality of life, well-being, and health.

Keywords: Child with cerebral palsy; Caregiver; Quality of life; Handling training (special care)

Cite this article as: Abbass Dehghan, Mehdi Rassafiani, Seyed Ali Hosseini, Hamid Dalvand. Effectiveness of Handling Training Program on the Quality of Life of Institutional Caregivers. *J Rehab Med.* 2018; 7(3): 18-24.

* **Corresponding Author:** Mehdi Rassafiani. Associated Professor, Occupational Therapy Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
Email: mrassafiani@yahoo.com

DOI: 10.22037/jrm.2017.110960.1654

بررسی تاثیر آموزش هندلینگ (مراقبت‌های ویژه) بر کیفیت زندگی مراقبان شاغل در مراکز نگهداری

عباس دهقان^۱، مهدی مصافیانی^{۲*}، سید علی حسینی^۳، حمید دالوند^۴

۱. دانشجوی دکتری کاردرمانی، گروه آموزش کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۲. دکتری تخصصی کاردرمانی، دانشیار، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳. دکتری تخصصی کاردرمانی، استاد تمام، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۴. دکتری تخصصی کاردرمانی، استادیار، دانشکده توانبخشی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

* دریافت مقاله ۱۳۹۶/۰۴/۲۳ بازنگری مقاله ۱۳۹۶/۰۷/۱۴ پذیرش مقاله ۱۳۹۶/۰۸/۱۶ *

چکیده

مقدمه و اهداف

کودکان مبتلا به فلج مغزی مقیم مراکز به علت مشکلات طولانی مدت نیاز به مراقبت دائمی دارند و مراقبت از آنها می‌تواند سلامت جسمانی و روانی مراقبان آنها را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مراقبت‌های ویژه بر کیفیت زندگی مراقبان شاغل در مراکز نگهداری از کودکان دارای فلج مغزی انجام شد.

مواد و روش‌ها

در مطالعه مداخله‌ای-نیمه تجربی حاضر، ۶۰ نفر از مراقبان شاغل در مراکز نگهداری از کودکان دارای فلج مغزی تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر تهران به شیوه تمام‌شماری و با رعایت معیارهای لازم انتخاب و در دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) سه ماه قبل و بعد از انجام آموزش هندلینگ برای جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. جلسه آموزش هندلینگ به صورت تئوری و عملی طی دو روز و هر روز با شرکت ۱۵ نفر از مراقبان گروه مداخله و برگزار شد. داده‌ها قبل و سه ماه بعد از مداخله جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار مراقبان قبل از شروع آموزش در گروه مداخله (۴۲/۵۰±۹/۲۲) و گروه کنترل (۴۳/۵۷±۱۰/۸۴) بوده است. مقایسه میانگین نمرات بین دو گروه نشان داد که کیفیت زندگی مراقبان گروه مداخله ۳ ماه بعد از دریافت آموزش در تمامی ابعاد SF-۳۶ به جز عملکرد اجتماعی به طور معناداری ارتقاء یافته است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری

آموزش اصول صحیح مراقبت‌های ویژه از کودکان دارای فلج مغزی در مراکز می‌تواند میزان استرس‌های شغلی و فشارهای فیزیکی که بر بدن مراقبان وارد می‌شود را کاهش داده و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی، رفاه و سلامت آنها و کودکان تحت مراقبت‌شان را به همراه داشته باشد.

واژگان کلیدی

کودک فلج مغزی؛ مراقب؛ کیفیت زندگی؛ آموزش هندلینگ (مراقبت ویژه)

نویسنده مسئول: دکتر مهدی مصافیانی. دانشیار، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و

توانبخشی، تهران، ایران

آدرس الکترونیکی: mrassafiani@yahoo.com

مقدمه و اهداف

فلج مغزی شایع‌ترین اختلال حرکتی و عارضه عصبی-شناختی در کودکان است^[۱] که به واسطه آسیب غیرپیشرونده در مغز در حال رشد جنین یا نوزاد به وجود می‌آید و منجر به محدودیت حرکتی می‌گردد.^[۲] شیوع آن در ایران ۲ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده^[۳] در سایر کشورها ۲ تا ۳ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده گزارش شده است.^[۴] کودکان فلج مغزی به علت مشکلات طولانی‌مدت و محدودیت در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام و توانایی تحرک نیاز به مراقبت دائمی دارند.^[۵] اکثر کودکان دارای ناتوانی شدید با خانواده‌هایشان زندگی می‌کنند، اما تعدادی از آنها تحت شرایط خاصی به مراکز مراقبتی طولانی‌مدت سپرده می‌شوند.^[۶] حدود ۶۰٪ تا ۷۰٪ کارکنان این مراکز، مراقبینی می‌باشند که به طور تخمینی ۸۰٪ تا ۹۰٪ از فعالیت‌های مراقبت فردی کودکان دارای ناتوانی را به عهده دارند.^[۷] ساعات کاری طولانی‌مدت، وضعیت شغلی نامناسب و بالا بودن حجم کاری در مراکز مراقبتی سبب افزایش اختلالات جسمی و روانی در مراقبان آنها می‌شود.^[۸] نتایج مطالعات مختلف نشان داده است کیفیت زندگی مراقبان کودکان فلج مغزی در مقایسه با مراقبان کودکان سالم در سطح پایین‌تری قرار دارد^[۹-۱۱]؛ لذا با توجه به مشکلات طولانی‌مدت و نیاز به مراقبت دائمی از آنها، آموزش هندلینگ (مراقبت‌های ویژه) از کودک فلج مغزی در فعالیت‌های روزمره زندگی یکی از بخش‌های ضروری و اصلی برنامه‌های درمانی و توانبخشی کودک دارای فلج مغزی است که بایستی به مراقبان کودک فلج مغزی آموزش هندلینگ داده شود.^[۱۲]

در سال‌های اخیر، مطالعات مختلفی اثرات آموزش هندلینگ را بر کیفیت زندگی مراقبان کودکان دارای فلج مغزی که عمدتاً مراقبان خانوادگی بودند، مورد بررسی قرار داده‌اند. جلیلی و همکاران (۲۰۱۳) مطالعه‌ای با هدف بررسی اثربخشی آموزش هندلینگ بر استرس و کیفیت زندگی ۲۹ مادر دارای کودک فلج مغزی ۴ تا ۱۲ سال انجام دادند. نتایج مطالعه حاکی از تاثیر آموزش هندلینگ بر کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی مادران بوده است.^[۱۳] بابایی و همکاران (۲۰۱۴) در یک مطالعه کارآزمایی بالینی، به بررسی تاثیر آموزش هندلینگ صحیح حمل و وضعیت‌دهی کودک فلج مغزی بر کیفیت زندگی ۱۰ مادر دارای کودک فلج مغزی پرداختند. نتایج مطالعه فوق نشان داد که کیفیت زندگی مادران دارای کودک فلج مغزی ۴ هفته پس از دریافت آموزش هندلینگ، در سه حوزه سلامت فیزیکی، سلامت روانی و سلامت محیطی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بهبود یافته است.^[۱۴] پتل^۱ و همکاران (۲۰۰۴) در یک مطالعه کارآزمایی بالینی، تاثیر آموزش مراقبت‌های ساده پرستاری و تکنیک‌های مراقبت از خود را بر کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی و افزایش کیفیت زندگی مراقبان بیماران سکتی مغزی بررسی نمودند. نتایج مطالعه فوق نشان داد که آموزش مراقبان سبب کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی بیماران سکتی مغزی و بهبود کیفیت کلی زندگی مراقبان آنها در طول یک سال شده است.^[۱۵]

با توجه به اطلاعات محقق و مرور مطالعات انجام‌شده در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی مانند Google SID, PubMed, Scholar, Magiran, Science Direct، تاکنون مطالعه‌ای که تاثیر مداخله حاضر را بر کیفیت زندگی مراقبان شاغل در مراکز نگهداری بررسی کرده باشد، یافت نشد؛ لذا انجام پژوهشی با هدف بررسی تاثیر آموزش هندلینگ بر کیفیت زندگی مراقبان شاغل در مراکز نگهداری ضروری به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها

در مطالعه مداخله‌ای-نیمه تجربی حاضر، کیفیت زندگی مراقبان شاغل در ۳ مرکز نگهداری از کودکان فلج مغزی تحت نظارت اداره بهزیستی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا با معرفی نامه دانشگاه به بهزیستی شهرستان تهران مراجعه و پس از اخذ مجوزهای لازم جهت ورود به مراکز، افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. در ابتدا هدف مطالعه، روش اجرا و حق افراد نسبت به شرکت یا امتناع از مطالعه برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و سپس رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنها دریافت گردید. روش نمونه‌گیری از نوع تمام سرشماری بوده و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه، تعداد ۳۰ نفر از مراقبان واجد شرایط مراکز توانبخشی فرخنده و بچه‌های آسمان یک در گروه کنترل و ۳۰ نفر از مراقبان واجد شرایط مرکز توانبخشی رفیده در گروه مداخله قرار گرفتند. ابتدا مراقبان از نظر متغیرهای مشخصات دموگرافیک تاثیرگذار، توسط آزمون‌های آماری بررسی شدند. نتایج نشان‌دهنده همگن بودن آنها از نظر متغیرهای مداخله‌گر مانند سن (۰/۶۸)، سطح تحصیلات (۰/۹۸)، سابقه کار (۰/۹۹)، شیف کاری (۰/۷۵)، تعداد کودکان تحت نظر هر مراقب (۰/۰۹) بود. معیارهای ورود مراقبان به مطالعه شامل تجربه مراقبت به مدت حداقل ۴ سال، داشتن مسئولیت اصلی مراقبت از کودکان فلج مغزی در مراکز و عدم وجود مشکلات جسمی زمینه‌ای بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل بروز آسیب یا صدمه در حین مطالعه و داشتن اختیار خروج در هر مرحله از مطالعه بوده است.

قبل از شروع آموزش هندلینگ، کیفیت زندگی تمامی مراقبان شرکت‌کننده در پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسش‌نامه توسط کارشناس همکار پژوهش که نسبت به پرسش‌نامه آشنایی کامل داشت، انجام شد. این

¹ Patel

پرسش‌نامه یکی از ابزارهایی است که به طور اختصاصی به منظور سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت طراحی و در سطح جهانی مطرح می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سؤال در دو بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی می‌باشد و هشت مقیاس مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از عملکرد جسمانی، درد بدنی، نقش فیزیکی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی.^[۱۶] در این پرسش‌نامه هر چه میانگین نمرات به صفر نزدیک تر باشد، نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و هر چه میانگین نمرات به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. این ابزار در ایران توسط منتظری و همکاران برای جمعیت ایران طراحی و استاندارد شده است. تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز حیطه نشاط ($\alpha=0/65$)، سایر حیطه‌های گونه فارسی پرسش‌نامه از حداقل ضرایب استاندارد در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردار است.^[۱۷] معتمد و همکاران در سال ۱۳۸۰ در شیراز پایانی آن را بررسی کرده و آلفای کرونباخ پرسش‌نامه فارسی را ۰/۸۷ برآورد نمودند^[۱۸]؛ بنابراین گونه فارسی ابزار استاندارد SF=۳۶ به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از روایی و پایایی لازم برخوردار است.

جلسه آموزش هندلینگ طی دو روز و هر روز با شرکت ۱۵ نفر از مراقبان گروه مداخله، به مدت ۴ ساعت به صورت تئوری با استفاده از پاورپوینت، و عملی با اجرای روش‌های صحیح هندلینگ بر روی کودک فلج مغزی و مراقبان آنها توسط نویسنده اول که فردی آموزش دیده و باتجربه بود، در سالن اجتماعات مرکز رفیده برگزار شد. همچنین بسته آموزش هندلینگ، ویژه مراقبان شاغل در مراکز نگهداری از کودکان فلج مغزی در هشت فصل شامل "کلیاتی در مورد فلج مغزی و مشکلات همراه"، "نحوه غذا دادن"، "نحوه پوشاندن و در آوردن لباس"، "استحمام کودکان فلج مغزی"، "خواباندن کودکان فلج مغزی"، "حمل و جابجایی"، "ایمنی حین کار و مناسب سازی" و "اصول مراقبت از خود"^[۱۹] تکثیر و در اختیار تمامی مراقبان گروه مداخله قرار داده شد. پس از پایان کارگاه آموزش هندلینگ، پژوهشگر در یک دوره ۳ ماهه از طریق تلفن و حضور در محل کار مراقبان عملکرد آنها را در بکارگیری روش‌های صحیح هندلینگ زیر نظر گرفت و در صورت لزوم نسبت به برطرف نمودن مشکلات احتمالی مراقبان در ارتباط با هندلینگ صحیح کودکان فلج مغزی اقدام نمود. در انتهای دوره پیگیری، جهت مطالعه اثربخشی جلسه آموزش هندلینگ، مجدداً کارشناس همکار پژوهش از طریق مصاحبه با مراقبان حاضر در گروه‌های مداخله و کنترل، پرسش‌نامه کیفیت زندگی را تکمیل نمودند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ استفاده شد. میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش هندلینگ در مواردی که میانگین نمرات از منحنی نرمال تبعیت می‌کردند، با استفاده از آزمون تی‌زوجی و در مواردی که پراکندگی نمرات نرمال نبود، با آزمون ناپارامتری ویکاکسون مقایسه شد.

یافته‌ها

بر اساس معیارهای ورود ۶۰ مراقب وارد مطالعه شدند. جوان‌ترین آنها ۲۴ ساله و مسن‌ترین آنها ۶۱ ساله بودند. میانگین سنی و انحراف معیار مراقبان گروه مداخله $(42/50 \pm 9/22)$ و گروه کنترل $(43/57 \pm 10/84)$ بوده است. ۴۸/۳ درصد (۲۹ نفر) از مراقبان شرکت‌کننده در پژوهش دارای تحصیلات ابتدایی، ۴۰ درصد (۲۴ نفر) دیپلم و ۱۱/۷ درصد (۷ نفر) دانشگاهی بودند. ۵۱/۶۶ درصد (۳۱ نفر) مراقبان ۱۲ ساعت کار می‌کردند و ۱۲ ساعت استراحت داشتند، ۲۶/۶۶ درصد (۱۶ نفر) مراقبان ۲۴ ساعت کار و ۲۴ ساعت استراحت داشتند و ۲۱/۶۶ درصد آنها (۱۳ نفر) ۴۸ ساعت کار و ۴۸ ساعت استراحت می‌نمودند. مشخصات جمعیت‌شناختی مراقبان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی مشارکت‌کنندگان در مطالعه ($n=60$)

متغیر	رده‌های سنی	گروه مداخله	گروه کنترل
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
سن	۲۴-۶۰	$(42/50 \pm 9/22)$	$(43/57 \pm 10/84)$
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سابقه کار	۱-۱۰	۱۱ (۳۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)
	۱۱-۲۰	۷ (۲۳/۳)	۷ (۲۳/۳)
	۲۱-۳۰	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)
نوع استخدام	رسمی	۷ (۲۳/۳)	۹ (۳۰)
	قراردادی	۲۲ (۷۳/۳)	۲۱ (۷۰)

---	۱ (۳/۳)	پیمانی	تحصیلات
۱۶ (۵۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)	ابتدایی	
۹ (۳۰)	۱۵ (۵۰)	دیپلم	
۵ (۱۶/۷)	۲ (۶/۷)	دانشگاهی	
۹ (۳۰)	۷ (۲۳/۳)	مجرد	وضعیت تاهل
۱۲ (۴۰)	۱۴ (۴۶/۷)	متاهل	
۹ (۳۰)	۹ (۳۰)	مطلقه	
۱۹ (۶۳/۳)	۱۲ (۴۰)	۱۲-۱۲	نوع شیفت
۲ (۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	۲۴-۲۴	
۹ (۳۰٪)	۴ (۱۳/۳٪)	۴۸-۴۸	

مقایسه میانگین نمرات مراقبان در خرده‌آزمون‌های عملکرد جسمانی ($P=0/003$)، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی ($P=0/003$)، سلامت عمومی ($P=0/002$) و درد ($P=0/003$) از بعد سلامت جسمانی و همچنین خرده‌آزمون‌های خستگی/نشاط ($P=0/004$)، محدودیت نقش ناشی از عملکرد عاطفی ($P=0/005$) و سلامت عاطفی از بعد سلامت روانی پرسش‌نامه کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری نشان داده است، اما تفاوت معناداری در خرده‌آزمون عملکرد اجتماعی ($P=0/007$) از بعد سلامت روانی پرسش‌نامه کیفیت زندگی در موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نشد (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات ابعاد پرسش‌نامه SF=۳۶ (Short Form-36) مراقبان قبل و بعد از انجام مداخله ($n=60$)

مقدار احتمال	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
0/003	۱۴/۷۸	۶۶/۱۷	۱۰/۸۶	۶۰/۱۶	مداخله	عملکرد جسمانی
	۱۵/۲۰	۵۵/۸۳	۱۶/۰۸	۵۸/۵۰	کنترل	
0/001	۲۷/۶۶	۶۲/۵۰	۲۶/۳۲	۴۵/۸۳	مداخله	محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی
	۳۱/۰۷	۴۵/۰۰	۳۳/۰۵	۴۵/۵۰	کنترل	
0/004	۲۷/۲۴	۵۲/۲۲	۳۲/۶۷	۴۲/۲۲	مداخله	محدودیت نقش ناشی از مشکلات هیجانی
	۳۱/۴۸	۴۲/۲۲	۳۲/۲۸	۴۶/۶۶	کنترل	
0/004	۱۴/۸۴	۵۵/۶۷	۱۴/۵۷	۴۶/۵۰	مداخله	خستگی/نشاط
	۱۰/۸۸	۴۸/۰۰	۱۱/۷۰	۵۰/۱۶	کنترل	
0/005	۱۰/۶۹	۶۲/۵۳	۱۵/۶۰	۵۴/۱۳	مداخله	سلامت هیجانی
	۹/۲۲	۵۲/۶۷	۱۰/۰۷	۵۴/۹۳	کنترل	
0/001	۱۹/۵۸	۵۷/۵۰	۱۲/۴۳	۴۸/۷۵	مداخله	عملکرد اجتماعی
	۱۳/۵۰	۴۶/۶۶	۱۴/۶۰	۴۸/۸۳	کنترل	
0/003	۱۹/۵۹	۵۴/۲۵	۱۸/۶۹	۴۴/۸۳	مداخله	درد
	۱۶/۰۹	۴۵/۳۳	۱۷/۹۹	۴۶/۷۵	کنترل	
0/002	۱۳/۰۴	۶۳/۰۰	۱۶/۲۰	۵۰/۵۰	مداخله	سلامت عمومی
	۱۳/۵۶	۴۶/۱۷	۱۵/۵۷	۴۷/۸۳	کنترل	

همچنین در ابعاد کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد ($P < 0.05$) (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین ابعاد کلی پرسش‌نامه SF-36 مراقبان در دو گروه قبل و بعد از مداخله ($n=60$)

مقدار احتمال	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
0.001	۱۲/۷۹	۶۱/۴۸	۱۱/۸۸	۵۰/۳۳	مداخله	سلامت جسمانی
	۱۱/۶۰	۴۸/۰۸	۱۳/۷۸	۵۰/۱۵	کنترل	
0.003	۱۱/۹۶	۵۵/۵۹	۱۱/۷۸	۴۷/۹۰	مداخله	سلامت روانی
	۱۰/۶۰	۴۶/۲۸	۹/۴۹	۴۹/۰۴	کنترل	
0.001	۱۰/۵۲	۵۸/۵۴	۱۰/۷۱	۴۹/۱۲	مداخله	کیفیت زندگی کل
	۹/۸۰	۴۷/۱۸	۱۰/۳۶	۴۹/۵۹	کنترل	

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برنامه آموزش مراقبت‌های ویژه می‌تواند کیفیت زندگی مراقبان شاغل در مراکز نگهداری از کودکان دارای فلج مغزی را به طور معناداری بهبود بخشد؛ بنابراین به منظور افزایش بهره‌وری و ایمنی محیط کار، آموزش مراقبان در رابطه با کاری که بایستی انجام دهند، ضروری به نظر می‌رسد.^[۲۰] متأسفانه تاکنون پژوهش‌های معدودی درباره اثربخشی آموزش مراقبت‌های ویژه بر کیفیت زندگی مراقبان انجام گرفته است که اکثر آنها به مراقبان خانوادگی اختصاص داشته‌اند که از جمله می‌توان به پژوهش‌های خانجانی^[۲۱]، بارلو^[۲۲]، بابایی^[۱۴] و جلیلی^[۱۳] اشاره کرد که نتایج همه آنها مانند پژوهش حاضر حاکی از ارتقاء کیفیت زندگی مراقبان پس از دریافت آموزش بوده است. خانجانی و همکاران در پژوهشی مقطعی تاثیر آموزش نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی را بر کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی آنها بررسی نمودند. بر اساس یافته‌های مطالعه فوق، کیفیت زندگی مراقبان ۳ ماه پس از دریافت آموزش در تمامی ۸ خرده‌آزمون پرسش‌نامه SF-36 به طور معناداری ارتقاء داشته است. بارلو و همکاران (۲۰۰۶) مطالعه‌ای با هدف بررسی اثربخشی یک برنامه آموزشی و حمایتی بر سلامت روانی-اجتماعی مادران کودکان فلج مغزی انجام دادند. پس از گذشت ۴ ماه از آموزش، علاوه بر تاثیر مثبت این برنامه بر کودک، استرس و اضطراب والدین کاهش، و بهبودی قابل ملاحظه‌ای در رضایت از زندگی و وضعیت سلامتی والدین مشاهده شد. بابایی و همکاران (۲۰۱۴) در یک مطالعه کارآزمایی بالینی، به بررسی تاثیر آموزش صحیح حمل و وضعیت‌دهی کودک فلج مغزی بر کیفیت زندگی ۱۰ مادر دارای کودک فلج مغزی پرداختند. نتایج مطالعه فوق نشان داد که کیفیت زندگی مادران دارای کودک فلج مغزی ۴ هفته از دریافت آموزش، در سه حوزه سلامت فیزیکی، سلامت روانی و سلامت محیطی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بهبود یافته است. نوقایی و همکاران (۲۰۱۵) در یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع قبل و بعد، به مطالعه تاثیر برنامه آموزش مراقبت از طریق بحث گروهی بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی پرداختند. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی والدین گروه مداخله قبل و بعد از ۲ ماه آموزش، حاکی از بهبود کیفیت زندگی در ۶ حیطة درد بدنی، سلامت عمومی، سلامت هیجانی، محدودیت نقش ناشی از مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی و خستگی/انشطاط بوده است.^[۲۳] جلیلی و همکاران (۲۰۱۳)، اثربخشی آموزش هندلینگ بر استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان دچار فلج مغزی ۴ تا ۱۲ سال مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه که از نوع کارآزمایی بالینی بود، داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های منابع و استرس، کیفیت زندگی و دموگرافیک، از دو گروه مداخله (شامل ۲۹ نفر) و شاهد (شامل ۲۵ نفر) قبل و بعد از مداخله گردآوری شد. نتایج مطالعه فوق نشان داد که بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی مادران کودکان فلج مغزی پس از آموزش ارتقاء یافته است که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. نوبخت و همکاران (۲۰۱۶) در یک مطالعه روایتی، به بررسی تاثیر آموزش به والدین کودکان فلج مغزی پرداختند. آنها گزارش کردند که آموزش مراقبت از کودک دارای فلج مغزی بر سلامت روانی مراقب و همچنین بر مشارکت کودک در فعالیت‌های روزمره زندگی و عملکرد حرکتی ظریف و درشت کودک تاثیر مثبت دارد.^[۲۴] لازم به ذکر است که در برنامه آموزشی حاضر، تلاش گردیده است تا شیوه‌های مراقبتی کودکان بستری در مراکز اصلاح و در برنامه کاری مراقبان ادغام گردد تا فشار مضاعفی بر آنها وارد نگردد. همچنین اصول مراقبت از خود که حاوی نکاتی در خصوص وضعیت‌های صحیح بدنی، روش‌های صحیح حمل و جابجایی و تمرینات مناسب ورزشی به مراقبان آموزش داده شد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، افزایش آگاهی مراقبان از شیوه‌های صحیح مراقبت از کودکان فلج مغزی و اصول مراقبت از خود می‌تواند میزان استرس‌های شغلی و فشارهای فیزیکی که بر بدن آنها وارد می‌شود و دردهای ناشی از آن را کاهش داده و بهبود کیفیت زندگی، رفاه و سلامت آنها و کودکان تحت مراقبت‌شان را به همراه داشته باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که آموزش مراقبت‌های ویژه در طول ۳ ماه باعث شده است میانگین نمرات ابعاد جسمانی و روانی آزمون کیفیت زندگی در مراقبان شاغل در مراکز نگهداری از کودکان فلج مغزی به طور معناداری ارتقاء یابد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دانشجوی دکتری کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است؛ لذا نویسنده مقاله از تمامی مدیران مراکز نگهداری تحت نظارت سازمانی بهزیستی شهر تهران، مراقبان و کارشناسان کاردرمانی شاغل در مراکز و همچنین از گروه آموزش هندلینگی کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تقدیر و تشکر می‌نماید.

منابع

1. Krägeloh-Mann I, Cans C. Cerebral palsy update. *Brain and development*. 2009;31(7):537-44.
2. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental medicine and child neurology*. 2005;47(8):571-6.
3. Joghataei MT, Mohammad K, Rahgozar M, Siadati S. Prevalence of some paralysis and limb amputation disabilities in Iran national epidemiological survey. *Archives of Rehabilitation*. 2002;3(1):7-16.
4. Cans C. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2000;42(12):816-24.
5. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC pediatrics*. 2004;4(1):1.
6. Grunewald K. Close the institutions for the intellectually disabled: everyone can live in the open society. Retrieved February. 2003;13:2007.
7. Chappell NL, Novak M. The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*. 1992;32(3):351-9.
8. Vassos MV, Nankervis KL. Investigating the importance of various individual, interpersonal, organisational and demographic variables when predicting job burnout in disability support workers. *Research in Developmental Disabilities*. 2012;33(6):1780-91.
9. Yilmaz H, Erkin G, İZKİ AA. Quality of life in mothers of children with Cerebral Palsy. *ISRIN Rehabilitation*. 2013;2013.
10. Zanon MA, Batista NA. Quality of life and level of anxiety and depression in caregivers of children with cerebral palsy. *Revista Paulista de Pediatria*. 2012;30(3):392-6.
11. Ones K, Yilmaz E, Cetinkaya B, Caglar N. Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2005;19(3):232-7.
12. Solomon JW, O'Brien JC. *Pediatric Skills for Occupational Therapy Assistants—E-Book*: Elsevier Health Sciences; 2015.
13. Jalili N, Rassafiani M, Dalvand H, Hahgoo HA, Farzi M. The effectiveness of handling training on stress and quality of life among mothers of children with cerebral palsy aged 4-12 years old. 2013.
14. Babaei M, Hosseini SA, Rigi-Khas B, Khayat-zadeh-Mahani M. Effect of Training the Correct Methods of Child's Carrying and Positioning on Quality of Life of Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Jentashapir Journal of Health Research*. 2014;5(5).
15. Kalra, L., et al., Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *Bmj*, 2004. **328**(7448): p. 1099.
16. Brazier JE, Harper R, Jones N, O'cathain A, Thomas K, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *Bmj*. 1992;305(6846):160-4.
17. Montazeri A, GOSHTASBI A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. 2006.