Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol.2 No.2 Issue 6 Winter 2015

A review of the effective factors on physical rehabilitation of stroke patients

Ahmadichenari A[1], Esmaili A A[2], *Hasanzadeh F[3], Taheri N Kh[4]

1-MSc, Department of Medical-Surgical, School of paramedic ferdows, University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
2-Associated Professor, Department of Psychiatrist, University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
3- MSc, Department of Medical-Surgical, School of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran **(Corresponding Author)**
E-mail: hasanzadehf@mums.ac.ir
4- MSc,Department of Medical-Surgical, School of Nursing and Midwifery, ghaen University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Abstract

Introduction: Stroke is the most common nervous disorder in the world. For successful implementation of physical rehabilitation programs for these patients it is crucial that any important relevant factors on this process to be explored. This study using a systematic review of relevant literature was done to comprehensively investigate these factors.

Method: Our study was a systematic review. We conducted a search on international scientific digital data bases including: Science Direct, pub Med, ProQuest, Google Scholar, Elsevier and Ovid databases spanning 1991-2014 using CVA, Stroke, Rehabilitation, physical Rehabilitation key words and national databases including: Iron doc, Iran Medex, SID spanning 1380-1393 using Persian equivalent keywords. We found 648 relevant articles from which only 7 original articles and 8 review articles were qualified for inclusion in our systematic review.

Results: Based on the resulting data the most important contributing factors in physical rehabilitation of stroke patients determined as follows: Age of stroke survivor, Early scheduling of rehabilitation programs, mental status, Self-care capabilities and extension and severity of hemiplegia.

Conclusion: It is very important that the members of rehabilitation team have a clear understanding about relevant effective factors contributing to successful implementation of rehabilitation programs in stroke patients. This good understanding can safeguard smooth transition of these clients toward recovery.

Keywords: CVA, Stroke survivors, Rehabilitation, physical Rehabilitation, physical disorders.

Received: 18 June 2015 Accepted: 29 July 2015

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

مروری بر عوامل مؤثر در بازتوانی جسمی بیماران مبتلا به سکته مغزی

هادی احمدی چناری[۱]، علی اکبر اسماعیلی[۲]، *فرزانه حسن زاده[۳]، نرجس خاتون طاهری[۴]

۱ –کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پیراپزشکی فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۲– استادیار اعصاب و روان، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۳– کارشناسی ارشد پرستاری، گروه داخلی– جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران **(نویسنده مسئول)**
پست الکترونیکی: hasanzadehf@mums.ac.ir
۴–کارشناسی ارشد پرستاری، گروه داخلی– جراحی دانشکده پرستاری و مامایی قائن، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، دوره ۲ شماره ۲ زمستان ۱۳۹۴ ۷۷–۶۸

چکیده

مقدمه: سکته مغزی از شایع‌ترین بیماری‌های عصبی در سطح جهان است. برای اینکه بتوان یک برنامه توانبخشی جسمی کامل برای بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام داد، باید مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بازتوانی در این بیماران را شناخت. این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر بازتوانی جسمی بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه مروری نظام مند است. با جستجو در پایگاه های اطلاعاتی SID، Iran Medex، Iran doc، بین سال‌های ۱۳۹۴– ۱۳۸۰ همچنین در بین پایگاه‌های Google، Pro Quest، Ovid، Science Direct، Elsevier، Pub Med Scholar بین سال‌های ۲۰۱۵–۱۹۹۱ با استفاده از کلید واژه‌های Cerebro vascular accident, Stroke Rehabilitation, physical Rehabilitation, physical disorder و معادل فارسی آن‌ها، ۶۴۸ مقاله به دست آمد. از این تعداد، ۷ مطالعه پژوهشی و ۸ مطالعه مروری که معیارهای ورود به مطالعه مرور نظام مند را داشتند، انتخاب و بررسی شدند.

یافته‌ها: بعد از بررسی و تجزیه تحلیل مطالعات انجام شده، مشخص شد که عوامل متعددی بر بازتوانی جسمی بیماران مبتلا به سکته مغزی مؤثر می‌باشد و از این بین مهم‌ترین عوامل شامل: سن، مرحله شروع بازتوانی، وضعیت شناختی و ذهنی، درجه مراقبت از خود، وجود یا فقدان فلجی در اندام‌ها بود.

نتیجه‌گیری: تیم درمانی و مراقبتی باید در برنامه بازتوانی بیماران سکته مغزی عوامل مذکور را مد نظر قرار دهد تا با کنترل و رفع این موانع بالقوه، برنامه بازتوانی بیماران سکته مغزی با روند مطلوب‌تری انجام شود.

کلید واژه‌ها: حمله عروقی مغزی، بیماران سکته مغزی، بازتوانی، بازتوانی جسمی، اختلالات جسمی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۸

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

مقدمه

سکته مغزی بعد از بیماری قلبی و سرطان به عنوان سومین علت مرگ در سطح جهان مطرح است (۱). همچنین از اصلی‌ترین مشکلات سلامت در سالمندان دنیا به حساب می‌آید (۲). طبق اعلام انجمن سکته آمریکا هر ثانیه یک نفر دچار سکته مغزی می‌شود (۳). باوجود بیش از ۵/۶ میلیون باقی‌مانده از بیمارانی که دچار سکته مغزی شده‌اند، این عارضه علت اصلی ناتوانی‌های بلند مدت در ایالات متحده است (۴) و عامل بروز ناتوانی شدید در ۵۰ درصد از بازماندگان از این بیماری به شمار می‌آید(۵). در ایران طبق تحقیقاتی که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفته، در استان‌های مازندران، خراسان و آذربایجان آمار سکته مغزی ۳۳ تا ۳۴ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بیان شده است (۶).

سکته مغزی سبب فقدان کنترل ارادی بر فعالیت‌های حرکتی می‌شود. همچنین ناتوانی حاصل، اجرای فعالیت‌های روزمره زندگی (Activity of daily living: ADL)، شغلی و تفریحی را برای بازماندگان دشوار و یا غیرممکن می‌سازد و تنها ۲۴ درصد آن‌ها به طور کامل در ADL مستقل می‌شوند. این در حالی است که استقلال در ADL از نیازهای اساسی هر فرد است و زمینه‌ساز امید بیشتر به زندگی و افزایش اعتمادبه‌نفس برای حضور فعال‌تر در جامعه محسوب می‌شود.

تشخیص و طبقه‌بندی نقایص بیماران دچار ضایعات سیستم عصبی، در حوزه های مختلفی چون حرکت، حس و یکپارچگی مغز حائز اهمیت بوده و این مسأله خصوصاً در زمان طراحی یک برنامه درمانی مراقبتی از اهمیت بالایی برخوردار است (۷). برنامه توانبخشی جسمی در این بیماران شامل مجموعه اقداماتی در جهت بازسازی و آماده‌سازی ساختمان جسمی فیزیولوژیک فرد مثل ورزش، افزایش دامنه حرکتی، بهبود تغذیه، تکلم، دفع و عملکرد جنسی می باشد (۵).

گرچه بهبودی خودبه‌خودی عملکرد می تواند در طی زمان ایجاد گردد، اما بازگشت عملکرد حرکتی در اندام فوقانی مبتلا در کم‌تر از ۱۵ درصد موارد گزارش شده است. لذا محققان و درمانگران در جستجوی روش‌های توانبخشی مؤثر برای به دست آوردن مجدد کنترل ارادی در این افراد هستند (۱). بنابراین جهت بازگشت بیمار به وضعیت جسمی قبل باید تلاش کرد و یکی از روش‌ها برای نیل به این هدف، بازتوانی می‌باشد (۸).کسب توان جسمی و استقلال فردی از مهم‌ترین وظایف درمانگران در طی بازتوانی است (۹و۱۰). بنابراین در بیماران سکته مغزی بازتوانی از روز وقوع سکته مغزی باید آغاز شود و این فرایند باید در طول دوران نقاهت بیش‌تر شود (۵ و۱۱). اما عوامل زیادی ممکن است روی برنامه بازتوانی جسمی بیماران سکته مغزی تأثیر بگذارد که در تحقیقات انجام یافته هر کدام به یک عامل خاص اشاره کرده‌اند و نتایج ضد و نقیض در این زمینه وجود دارد. به طور مثالHewett و همکاران در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که عوامل حسی و شناختی و همچنین اجتماعی-محیطی از جمله عوامل اصلی مؤثر در برنامه بازتوانی بیماران سکته مغزی می‌باشد(۱۲). درحالی‌که Aichner و همکاران منطقه درگیری مغز و این که کدام نیمکره درگیر سکته مغزی شده باشد، به عنوان عامل مؤثر در بازتوانی این بیماران به حساب می‌آورند (۱۳). همچنین Anderson و همکاران مهم‌ترین عامل را تأثیر همراه بیمار و مراقبت دهنده بیمار روی برنامه بازتوانی می دانند (۱۴).

بنابراین با توجه به اینکه مطالعه مروری کاملی در این زمینه انجام نیافته و مطالعه‌ای پیدا نشد که همه این عوامل تأثیرگذار را به طور کامل دسته‌بندی کرده باشد، همچنین ازآنجا که برنامه بازتوانی جسمی نه تنها باعث بهبود عملکرد جسمی فرد می شود، بلکه عملکرد روانی و ذهنی را نیز تحت تأثیر قرار می دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی و برگشت فرد به اجتماع و محیط کاری می شود، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر در بازتوانی جسمی بیماران مبتلا به سکته مغزی، با مرور بر تحقیقات انجام یافته در این زمینه انجام یافته است.

روش مطالعه

این مطالعه یک پژوهش مروری ساختار یافته است. در این پژوهش با جستجو در پایگاه های اطلاعاتی Iran doc، Iran Medex، SID، بین سال‌های ۱۳۹۴- ۱۳۸۰ همچنین در بین پایگاه‌های Pub Med،Elsevier،Science Direct، Google Scholar، Pro Quest، Ovid بین سال‌های ۲۰۱۵-۱۹۹۱ با استفاده از کلید واژه‌هایCerebro vascular

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-15]

accident Stroke, Rehabilitation, physical Rehabilitation, physical disorder و معادل فارسی آن‌ها، حمله عروقی مغزی، سکته مغزی، بازتوانی، بازتوانی جسمی و اختلالات جسمی، تعداد ۶۴۸ مقاله به دست آمد. سپس بر اساس معیارهای ورود شامل: ۱) پژوهش‌های مرتبط با برنامه‌های بازتوانی سکته مغزی و عوامل مؤثر بر آن، ۲) پژوهش‌های انجام یافته بین سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۸۰ (۲۰۱۵-۱۹۹۱)، ۳) انتشار مقاله به زبان فارسی یا انگلیسی، ۴) کامل بودن متن مقالات، ۵) برخورداری از ساختار مناسب، ۶) مقالاتی که واژه‌های کلیدی در عنوان، خلاصه و یا متن آن‌ها به کار رفته است، این مقالات بررسی شدند و مقالاتی که فاقد چنین معیارهایی بودند مورد بررسی قرار نگرفتند. نهایتاً ۱۵ مورد از این مطالعات که ۷ مورد پژوهشی و ۸ مورد مروری (خود این مطالعات مروری نیز شامل۴۱۱ مطالعه دیگر بودند)، انتخاب شدند. یکی از مقاله‌ها فارسی و ۱۴ مورد انگلیسی بود.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بازتوانی این بیماران شامل دو دسته کلی است: دسته اول عوامل بازدارنده بازتوانی جسمی بیماران سکته مغزی، شامل: نقص مراقبت از خود، درگیری دوطرفه بدن نسبت به یک طرفه، عدم امکان انجام ورزش، قدرت ضعیف حرکتی پاها، درجه همی‌پارزی بالا، سن بالا، وجود بیماری‌های زمینه‌ای، اختلال درک و ضعیت شناختی، تنها زندگی کردن، نقص بینایی، افسردگی، فعالیت‌های اجتماعی پایین، استرس‌های خانوادگی زیاد، بی اختیاری ادرار، آفازی، تأخیر در بازتوانی، طول کم دوره بازتوانی، غیرفعال بودن خود فرد و ورزش نکردن، عدم انجام فیزیوتراپی و کاردرمانی. دسته دوم عوامل تسهیل‌کننده بازتوانی، شامل: میزان فعالیت‌های اجتماعی بالا، وضعیت شناختی خوب، سن پایین، آموزش به بیمار و خانواده، جنس زن، شروع بازتوانی در مراحل اولیه، عملکرد مناسب اندام فوقانی، درگیری یک طرفه اندام، وجود حمایت سازمان‌های دیگر، بازتوانی در خانه، کار کردن به صورت تیمی، مراقبت‌های بیمار محور، زمان بازتوانی بین۳۰ تا ۶۰ دقیقه در هر جلسه، انجام باز توانی پنج تا هفت بار در هفته، بازتوانی بر اساس توانمندی فرد. در نهایت مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار به ترتیب شامل: ۱. سن که در پنج مطالعه بررسی شده بدان اشاره شده است،۲. مرحله شروع بازتوانی که در پنج مطالعه بدان اشاره شده ۳. وضعیت شناختی و ذهنی که در چهار مطالعه بررسی شده بدان اشاره شده است ۴. درجه مراقبت از خود که در سه مطالعه بدان اشاره شده ۵. وجود یا فقدان همی پارزی اندام‌ها که در سه مطالعه بدان اشاره شده است، می‌باشد. این مطالعات در دو بخش، مطالعات پژوهشی و مطالعه‌های مروری همراه با مشخصات پژوهش‌های انجام یافته در جداول ۱ و۲ لیست شده است.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

جدول ۱: مقالات پژوهشی که عوامل مؤثر در بازتوانی جسمی بیماران مبتلا به سکته مغزی را بررسی کرده‌اند.

نتایج	روش	عنوان، نویسنده و سال انتشار
عوامل پیش‌بینی‌کننده بازتوانی: ۱. عکس موقعیت از خود ۲. درگیری دوطرفه بدن نسبت به یک طرف بدن ۳. عدم امکان انجام وزش ۴. قدرت عضله مرکزی پا (۱۷).	نوع پژوهش: مطالعه کمی گذشته‌نگر تعداد نمونه‌های پژوهش: ۳۲ بیمار (گروه سیدنی) و ۳۲ فرد سالم (گروه شاهد) روش کار: جهت مطالعه از سامانه پیدا سنی علت پیدایی واحد بدن‌ترتیب که در گروه سیدنی و شاهد میانی سطح فعالیت پیوسته مشاهده شده است روش تجزیه تحلیل: آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار	Andersen S, Carter N, Hosenbaw, W.
عوامل پیش‌بینی‌کننده بازتوانی: ۱. سن (۷) ۲. درجه همیپارزی (۷) ۳. وجود بیماری‌های زمینه‌ای ۴. اختلال درک وضعیت شناختی ۵. تنهازندگی کردن ۶. عکس پیاپی (۱۸).	نوع پژوهش: توصیفی مقطعی تعداد نمونه‌های پژوهش: ۲۵۵ بیمار روش کار: بیماران بازگشت به کار بیمارستان تابع توزیع شدن از بیماران و فعالیت‌های پیوسته به وسیله شاخص (AIDL) مشاهده شده است روش تجزیه تحلیل: آمار توصیفی و همبستگی پیرسون و اسپیرمن	Katila M, Wilhimen ۲۰۱۲
عوامل پیش‌بینی‌کننده بازتوانی: ۱. افسردگی ۲. سطح فعالیت‌های اجتماعی پایین ۳. آسیب‌های خانوادگی (۱۹).	نوع پژوهش: کمی- مروری تعداد نمونه‌های پژوهش: ۱۸۰ بیماری سکته مغزی روش کار: متغیرهای مربوط با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی یک پرسشنامه میزان فعالیت‌های روزانه و پرسشنامه آسیب خانوادگی گرین مشاهده شده است روش تجزیه تحلیل: آزمون‌های آماری کای دو، فیشر، یک طرفه آزمون من ویتنی و آزمون کایدو کال والیس	Angelini Vita F, Vita Aurora Ar ۲۰۱۲
عامل تسهیل‌کننده بازتوانی: آموزش مراقبت از خود (۱۲)	نوع پژوهش: کارآزمایی بالینی تعداد نمونه‌های پژوهش: ۵۰ بیمار سکته مغزی روش کار: آموزش مراقبت از خود به گروه مداخله داده شد و ۱۵ روز پس از مداخله فعالیت‌های روزمره زندگی و فعالیت‌های شناختی روزمره زندگی مشاهده شده است روش تجزیه تحلیل: t مستقل، آزمون پیاپی‌کاکسون تست دقیق فیشر و مجذور کای	صاحب زمانی و همکاران (۲۰۰۸)
عامل تسهیل‌کننده بازتوانی: وضعیت شناختی (۱۸)	نوع پژوهش: توصیفی مقطعی تعداد نمونه‌های پژوهش: ۲۵۰ بیمار سکته مغزی روش کار: وضعیت شناختی این بیماران به روش مصاحبه شبیه متوسط خانه و عدم اختلال شناختی تقسیم‌بندی شد وضعیت شناختی این بیماران با ابزار اندازه‌گیری وضعیت شناختی و فعالیت آن‌ها با ابزار اندازه‌گیری فعالیت مستقل (FIM) بررسی شده است روش تجزیه تحلیل: آزمون رگرسیون لوجستیک و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه	Mikrosiosis G, Dieulestoyts Abdoumalek's Kr ۲۰۱۱
عوامل تسهیل‌کننده بازتوانی: ۱. سن کمتر از ۶۵ سال ۲. جنس زن ۳. شروع بازتوانی در مراحل اولیه ۴. عملکرد مناسب اندام فوقانی ۵. وضعیت شناختی ۶. درگیری یک طرفه اندام ۷. وجود حمایت سازمان‌های دیگر (۲۱).	نوع پژوهش: توصیفی مقطعی تعداد نمونه‌های پژوهش: ۲۳۵ بیمار سکته مغزی روش کار: اطلاعات جمعیت‌شناختی و سایر متغیرهای بیماران شامل وضعیت شناختی و دیگر متغیرها بررسی و کدبندی تحلیل شده است روش تجزیه تحلیل: آمار توصیفی	Canadian Institute for health information ۲۰۰۹
عوامل پیش‌بینی‌کننده بازتوانی: ۱. سن (۷) ۲. درگیری دوطرفه بدن نسبت به یک طرف بدن ۳. وجود عوارض حال بیماران ایوار و افازیا (۲۰)	نوع پژوهش: آینده‌نگر تعداد نمونه‌های پژوهش: ۴۲ بیمار سکته مغزی روش کار: در ابتدا در هر دو گروه میزان عملکرد بیماران سکته مغزی با استفاده از شاخص میزان فعالیت مستقل (FIM) مشاهده شده سپس عوامل حال سن، جنس، شدت سکته، مقدار درگیری بدن بیماران و وضعیت اجتماعی اقتصادی و دیگر متغیرها در هر دو گروه در نظر گرفته شده و در انتهای پیوسته بازتوانی نیز عملکرد در گروه مشاهده شده است روش تجزیه تحلیل: آمار توصیفی شامل میانگین و فراوانی نسبی	Wiam et Al ۲۰۱۲

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

جدول ۲: مقالات مروری که عوامل مؤثر در بازتوانی جسمی بیماران مبتلا به سکته مغزی را بررسی کرده‌اند.

نتایج	روش	عنوان، نویسنده و سال انتشار
عوامل تسهیل‌کننده بازتوانی: ۱-زمان بازتوانی جسمی که بیشترین زمان بین ۲۰ تا ۴۰ دقیقه بوده است ۲-میزان بازتوانی در هفته که بیش تا هفت بار در هفته بیشترین نتیجه را حاصل می‌کرد ۳-بازتوانی به وسیله فیزیوتراپ و کاردرمان ۴-شروع بازتوانی بلافاصله بعد از سکته مغزی ۵-درمان توسط فیزیوتراپیست پرتلاش تواناتر می‌باید ۶-سن کمتر در بیماران سکته مغزی(۲۱)	نوع مرور: مروری مقایسه تعداد مطالعات: ۳ نوع مطالعات بررسی شده: کارآزمایی بالینی	Pollock A, Baer G-۲۰۰۷ پیامدهای بازتوانی جسمی برای بهبودی عملکرد و تحرک بعد از سکته مغزی
عوامل تسهیل‌کننده بازتوانی: ۱-تمایل بودن بیمار در حین انجام آن ۲-مراقبت‌های بیمار محور ۳-دادن اطلاعات به بیمار در مورد بازتوانی(۲۲)	نوع مرور: مروری مقایسه تعداد مطالعات: ۱۲۲ پایگاه‌های اطلاعاتی: MEDLINE, CINAHL, Embase	Lohse J, Lynch E-۲۰۰۸ کیفیت مراقبت در مددجوان تحت‌مانی جسمی بیماران سکته مغزی
عامل تسهیل‌کننده بازتوانی: انتقال بیمار به مراکز مخصوص بازتوانی(۲۳)	نوع مرور: مروری مقایسه تعداد مطالعات: ۳۴ نوع مطالعات بررسی شده: کارآزمایی بالینی و آینده نگر	Hillier S-۲۰۰۷, Lynch E , زمان شروع بازتوانی بیماران سکته
عوامل تسهیل‌کننده بازتوانی: ۱-بازتوانی در بیماری ویژه ۲-مستقل بازتوانی در منازل اولیه ۳-بازتوانی در خانه ۴-خدمات اجتماعی پیگیری(۲۴)	نوع مرور: مروری جنس بر شواهد تعداد مطالعات: ۱۱ نوع مطالعات بررسی شده: مطالعات کیفی	Robert Turnell, Marian Foley, Sanjit Bhogal-۲۰۱۱ بازتوانی بیماران سرپایی سکته مغزی
عوامل بازدارنده بازتوانی: سن بالا	نوع مرور: مروری جنس بر شواهد تعداد مطالعات: ۴ نوع مطالعات بررسی شده: انواع مطالعات مختلف	Robert Turnell, Marian Foley-۲۰۱۲ بررسی تأثیر سن بر بازتوانی بیماران با سکته مغزی
عوامل تسهیل‌کننده بازتوانی: ۱-کار گروهی به صورت تیمی ۲-پیگیری شروع گروهی بوسیله بازتوانی ۳-استفاده از تخصص‌های مختلف در پیشبرد بازتوانی بیماران(۲۵)	نوع مرور: مروری جنس بر شواهد تعداد مطالعات: ۲۵ نوع مطالعات بررسی شده: توصیفی، توصیفی تحلیلی و مداخله‌ای	Robert Turnell, Marian Foley, Sanjit Bhogal, Mark Spaniolay-۲۰۱۲ بازتوانی بیماران سرپایی
عوامل بازدارنده بازتوانی: ۱-غیرفعال بودن خود فرد ۲-بدن کاری ۳-عدم انجام فیزیوتراپی و کاردرمانی ۴-عدم مراقبت از خود ۵-سطح هوشیاری و شناختی پایین(۲۶)	نوع مرور: مروری مقایسه تعداد مطالعات: ۲۲ نوع مطالعات بررسی شده: انواع مطالعات مختلف پایگاه‌های اطلاعاتی: پاب مد، اوویدو، مطالعات دستی و سایر	Tanya West, Julia Bernhardt-۲۰۱۱, ۲۰۱۲ فعالیت‌های جسمی در بیماران با سکته مغزی
عوامل تسهیل‌کننده بازتوانی: ۱-بازتوانی در مراحل اولیه ۲-بازتوانی با استفاده از همه اعضای تیم بازتوانی ۳-استفاده از سرویس‌های مختلف در بازتوانی عملکرد بیماران سکته مغزی ۴-پیگیری بعد از ترخیص ۵-وجود تکنیکهای جبرانی(۲۷)	نوع مرور: مروری سنتی تعداد مطالعات: ۲۶ نوع مطالعات بررسی شده: توصیفی تحلیلی و مداخله‌ای	Gifa DX, Stewart DG-۲۰۰۲ عوامل مؤثر بر عملکرد بیماران با سکته مغزی بعد از سکته مغزی و نوع از مداخلات بازتوانی

بحث

علائم و نشانه های سکته مغزی برحسب شدت صدمه، محل و سمت درگیر مغزی متفاوت است و بیش‌تر بیماران سکته مغزی ترکیبی از نقص در سیستم‌های حسی، حرکتی و شناختی دارند که منجر به محدود شدن توان جسمی آن‌ها در انجام فعالیت‌های روزمره می شود و این عوامل ممکن است بازتوانی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (۲۸). هدف مطالعه حاضر این بود که عوامل مؤثر بر بازتوانی جسمی بیماران سکته مغزی را بررسی کند.

نتایج این پژوهش نشان داد اولین عاملی که ممکن است بر بازتوانی جسمی بیماران مبتلا به سکته مغزی مؤثر باشد، سن است که در پنجم مطالعه بررسی شده بدان اشاره شده است. از جمله مطالعه Martino و همکاران که به صورت مروری انجام یافته است، نشان داد بین سن و سطح فعالیت ($p<0/001$) و بین سن و مشارکت اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p=0/2$) (۲۹).

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

همچنین مطالعه Kotila و همکاران نشان داد، هر چه سن افزایش پیدا می کند بیمار دیرتر ترخیص می‌شود و دیرتر به کار برمی گردد و میزان فعالیت‌های روزانه او کم می شود (۱۵). در مطالعه Luk و همکاران نیز رابطه معنی دار معکوسی بین سن و میزان فعالیت روزانه و بین سن و سطح تحرک دیده شد و هرچه سن افزایش پیدا می کرد سطح فعالیت و سطح تحرک کمتر می شد که به نظر می رسد دلیل این نتایج، آن است که فرایند پیری و سالمندی خود ممکن است، عوارضی از جمله بیماری‌های مزمن جسمی و بیماری‌های روانی مثل افسردگی را ایجاد کند که میزان فعالیت بیمار را کاهش و روی عملکرد جسمی بیمار تأثیر می گذارد و باعث کاهش همکاری و مشارکت بیمار در برنامه بازتوانی می شود. اما مطالعه Luk نشان داد وقتی سن به سطح ۷۵ به بالا برسد دیگر رابطه مستقیمی با سطح فعالیت نخواهد داشت (۳۰).

عامل دومی که بررسی شد بازتوانی در مراحل اولیه می باشد که در پنج مطالعه بدان اشاره شده است. نتایج مطالعه Pollock و همکاران این یافته را تائید کرد، آنان بازتوانی در مراحل اولیه را از عوامل اصلی در بهبود برنامه بازتوانی بیماران سکته مغزی به حساب آوردند، ولی تأکید داشتند علاوه بر شروع در مراحل اولیه استمرار این بازتوانی و مدت زمان هر جلسه بازتوانی نیز روی برنامه بازتوانی تأثیر به سزایی دارد. از دلایل اصلی بازتوانی بهتر در مراحل اولیه به افزایش طول دوره بازتوانی، افزایش همکاری بیمار به دلیل اینکه بیمار بعد از چند روز بستری بودن و ماندن در تخت خسته می‌شود و مشارکت بیمار پایین می‌آید، اشاره کرده‌اند(۲۱). اما مطالعه Cifu و همکاران نشان داد که بازتوانی در مراحل اولیه تنها نقطه شروع برای بازتوانی بیماران سکته مغزی به کار می رود و عامل‌های مهم‌تر دیگری وجود دارد، از جمله بازتوانی با استفاده از همه اعضای تیم پزشکی، استفاده از سرویس‌های مختلف در بازتوانی عملکرد بیماران سکته مغزی، پیگیری بعد از ترخیص که لزوم یک برنامه بازتوانی مناسب را فراهم می‌کند و تنها شروع بازتوانی در مراحل اولیه بدون یک برنامه منسجم و هماهنگ کارایی لازم را نخواهد داشت (۲۷).

عامل سومی که در این مطالعه بررسی شد وضعیت شناختی و ذهنی می باشد که در چهار مطالعه بررسی شده بدان اشاره شده است. به طور مثال مطالعه Kotila و همکاران نشان داد هرچه وضعیت شناختی و ذهنی بیمار پایین‌تر باشد، باعث عدم توانایی در انجام فعالیت‌های روزانه می‌شود. ضمن این که منجر به طولانی شدن دوره درمان بیمار و کاهش تعاملات اجتماعی می شود که خود این کاهش تعاملات اجتماعی در تحقیقات دیگر، از جمله موانع بازتوانی به شمار می آید (۱۵). دلیل دیگر تأثیر وضعیت شناختی این است که این مسأله مانع همکاری بیمار با فیزیوتراپ و کاردرمان برای اجرای برنامه بازتوانی می شود. مطالعه Westو همکاران نیز این یافته را تائید کرد و نشان داد در صورتی که وضعیت شناختی و سطح هوشیاری بیمار پایین باشد،به عنوان عامل بازدارنده بازتوانی جسمی در این بیماران به حساب می‌آید (۲۶). اما مطالعه کرمی و همکاران نشان داد در صورت انجام تمرینات ذهنی در مورد سالمندان، این افراد از نظر ذهنی بهبود پیدا می کنند، اما کیفیت زندگی این بیماران تغییری نمی کند. همچنین میزان فعالیت روزانه و استقلال در عمل که یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان می باشد، بدون تغییر می‌ماند (۳۱). این نتایج متناقض احتمالاً به این دلیل می باشد که عوامل مهم‌تر دیگری غیر از وضعیت شناختی در سالمندان وجود دارد که می تواند بیش‌تر روی استقلال و تحرک این افراد تأثیر بگذارد و اگر این مطالعه در مورد افراد بیمار و افراد جوان‌تر صورت گیرد، ممکن است نتایج متفاوتی به دست آید.

عامل چهارمی که بررسی شد، درجه مراقبت از خود می باشد که در سه مطالعه بدان اشاره شده است. در مطالعه West و همکاران عامل مراقبت از خود یکی از اجزای اصلی برنامه بازتوانی جسمی بیماران دانسته شده و آنان در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بدون آموزش مراقبت از خود به بیماران و همچنین همراهان، بازتوانی جسمی توسط فیزیوتراپ و کاردرمانگر به علت حضور کم‌تر این افراد از نظر زمانی در بالین بیمار، تأثیر چندانی نخواهد داشت، زیرا اکثر اقداماتی که توسط فیزیوتراپ و کاردرمانگر انجام می گیرد، قابل آموزش دادن است (۲۶). اما از آنجا که مطالعه دهقان نیری و همکاران با هدف بررسی میزان تبعیت از رژیم بازتوانی و آموزش‌های داده شده در بیماران سکته مغزی توسط خانواده‌های آن‌ها، نشان داد فقط ۱۰ درصد مراقبان میزان آموزش‌های بازتوانی داده شده را رعایت می کنند، پیگیری بیمار بعد از ترخیص و برگزاری کارگاه‌های آموزشی دیگر بعد از ترخیص، برای مراقبان نیز امری ضروری است (۳۲).

عامل پنجمی که بررسی شد وجود همی پارزی اندام‌ها می باشد که در سه مطالعه بدان اشاره شده است. نتایج مطالعه Kotila و همکاران نشان داد وجود همی پارزی در بیمار باعث می شود، او نتواند در امر مراقبت از خود شرکت کند و آموزش‌های داده شده از طرف تیم درمانی را اجرا کند و این امر باعث می شود بازتوانی بیمار سکته مغزی به تأخیر بیفتد (۱۵). همچنین مطالعه SternHan و همکاران نیز مؤید این یافته بود که وجود همی پارزی در فرد و نقص مراقبت از خود از موانع بازتوانی به حساب می آید. ضمن اینکه وجود همی پارزی ممکن است دلیل ایجاد

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

زخم بستر و بروز عفونت شود که مشکلات مزمن عدیده‌ای را ایجاد کند و عارضه فراموشی یک طرف بدن (آمفورسنتز) را باعث شود (۱۴). مطالعه Cifu و همکاران نیز وجود همی پارزی در بیمار را از عوامل منع اجرای برنامه بازتوانی جسمی این بیماران به حساب می‌آورد. آنان تأکید داشتند که همی پارزی بر کیفیت مراقبت پرستاری نیز تأثیر می گذارد و ممکن است نوع نگاه خانواده را برای اجرای برنامه بازتوانی تغییر دهد (۲۷).

سایر عوامل مؤثری دیگری که بررسی شد به طور مثال طول دوره بازتوانی، حمایت‌های اجتماعی، نقص بینایی و شنوایی، عامل جنس، پیگیری بعد از ترخیص و عدم انجام فیزیوتراپی و کاردرمانی به صورت هماهنگ با هم در ۱ یا نهایتاً در ۲ مقاله ذکر شده بود که نشان از اهمیت کم‌تر این عوامل دارد؛ اما این نتایج دلیل بر آن نمی شود که این عوامل تأثیری در بازتوانی بیماران سکته مغزی ندارد، چون اگر در یک مطالعه جامع‌تر بررسی شود، احتمال تأثیر بیش‌تر این عوامل نیز ممکن است آشکار گردد؛ بنابراین توصیه می شود جهت دست‌یابی به نتایج دقیق‌تر پژوهش جامع‌تری انجام گیرد.

نتیجه‌گیری نهایی

در جمع‌بندی کلی از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که عوامل متعددی هستند که ممکن است بازتوانی جسمی بیماران سکته مغزی را تحت تأثیر قرار دهند که شایع‌ترین آن‌ها سن بالا، وضعیت شناختی پایین، بازتوانی در مراحل اولیه، درجه مراقبت از خود و وجود همی پارزی می باشد که همه تیم درمانی و مراقبتی باید در برنامه بازتوانی بیماران سکته مغزی از همان بدو پذیرش بیمار و در طی سیر درمان این عوامل را مدنظر قرار دهند تا با کمک به رفع این موارد تا جایی که امکان دارد، بتوان باعث بهبود برنامه بازتوانی بیماران سکته مغزی شد و از عوارض حاصل از ناتوانی جسمی این بیماران که شامل مشکلات اجتماعی، اقتصادی و روحی روانی می باشد و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد، جلوگیری کرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم دسترسی به متن کامل بعضی مقالات و اشاره نشدن به عوامل مؤثر دیگری است که ممکن است بر بازتوانی جسمی بیماران سکته مغزی تأثیر داشته باشد. در پژوهش‌های بعدی با بررسی کامل‌تر در منابع می‌توان این مشکل را رفع کرد. جهت انجام پژوهش‌های بعدی توصیه می‌شود که عوامل مؤثر بیش‌تری از مطالعه‌های دیگر استخراج شود و مطالعه‌های بیش‌تری بررسی شود. همچنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی جهت رفع عواملی که مانع از اجرای کامل برنامه بازتوانی می‌شود، راه‌حل اجرایی ارائه گردد تا از عدم بازتوانی بیماران و به وجود آمدن عوارض عدم این بازتوانی مثل مشکلات سلامتی، اقتصادی و اجتماعی جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از مطالعه‌ای است که با همکاری اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و بیرجند انجام یافته است. از همه اعضای هیئت‌علمی و کارکنان این دانشگاه‌ها که موجب شدند این پژوهش به سرانجام برسد، کمال تشکر را داریم.

References

1 - Ghandehari K, SaboorDavoudian F, Maarufi P. [Evaluation of Factors Influencing Sensory Disability in Cerebral Stroke Patients]. The Journal of ShahidSadoughi University of Medical Sciences. 2010; 18(2): 92-97. (Persian)

2 - Nakipoglu-Yuzer GF, Dogan-Aslan M, Dogan A, Ozgirgin N. The effect of the stroke etiology on functional improvement in our geriatric hemiplegic patients. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2010 May; 19(3): 204-8.

3 - American Stroke Association. Impact of Stroke. Available at: www.Strokeassociation.org. Accessed Jun 7, 2013.

4 - Smeltezer S, Bare B. Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

5 - Lawrence ES, Coshall C, Dundas R, Stewart J, Rudd AG, Howard R, et al. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. Stroke. 2001 Jun; 32(6): 1279-84.

6 - Tagha M. [Cerebral vascular accident]. Available at: http://www.aftabir.com. Accessed Feb 31, 2010.

7 - Radomski M, Trombly C. Occupational therapy for physical dysfunctions. 6th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

8 - Fawcett J. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2006.

9 - Fattahi A, Azad A, Montazeri A. [Quality of life among stroke patients in Kermanshah city]. Journal of Modern Rehabilitation. 2008; 2(1): 1-8. (Persian)

10 - Legg L, Drummond A, Leonardi-Bee J, Gladman J, Corr S, Donkervoort M, et al. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. BMJ. 2007 Nov 3; 335(7626): 922.

11 - Hassanzade F, Soltani M, Habibi R. [Education to stroke patient]. 1st ed. Mashhad: ParastaranJavan; 2012. (Persian)

12 - Hewett TE, Ford KR, Levine P, Page SJ. Reaching kinematics to measure motor changes after mental practice in stroke. Top Stroke Rehabil. 2007 Jul-Aug; 14(4): 23-9.

13 - Aichner F, Adelwohrer C, Haring HP. Rehabilitation approaches to stroke. J Neural Transm Suppl. 2002; (63): 59-73.

14 - Anderson CS, Carter KN, Brownlee WJ, Hackett ML, Broad JB, Bonita R. Very long-term outcome after stroke in Auckland, New Zealand. Stroke. 2004 Aug; 35(8): 1920-4.

15 - Kotila M, Waltimo O, Niemi ML, Laaksonen R, Lempinen M. The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. Stroke. 1984 Nov-Dec; 15(6): 1039-44.

16 - Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, Nolfe G. The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. Stroke. 1993 Oct; 24(10): 1478-83.

17 - Sahebalzamani M, Alilou L, Shakibi A. [The effect of education on self care rehabilitation stroke patients]. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch. 2007; 17(4): 213-218. (Persian)

18 - Milinaviciene E, Rastenyte D, Krisciunas A. Effectiveness of the second-stage rehabilitation in stroke patients with cognitive impairment. Medicina (Kaunas). 2011; 47(9): 486-93.

19 - Joseph KS, Fahey J. Validation of perinatal data in the discharge abstract database of the Canadian institute for health information. Chronic Dis Can. 2009; 29(3): 96-100.

20 - Ween JE, Alexander MP, D'Esposito M, Roberts M. Factors predictive of stroke outcome in a rehabilitation setting. Neurology. 1996 Aug; 47(2): 388-92.

21 - Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, et al. Physical rehabilitation

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

approaches for the recovery of function and mobility after stroke major update. Stroke. 2014; 45(10): e202.

22 - Luker J, Lynch E, Bernhardsson S, Bennett L, Bernhardt J. Stroke Survivors' Experiences of Physical Rehabilitation: A Systematic Review of Qualitative Studies. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Sep; 96(9): 1698-708.

23 - Lynch E, Hillier S, Cadilhac D. When should physical rehabilitation commence after stroke: a systematic review. Int J Stroke. 2014 Jun; 9(4): 468-78.

24 - Foley N, Teasell R, Bhogal S, Speechley M, Hussein N. The efficacy of stroke rehabilitation. Available at: http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter5_Efficacy-of-SR_FINAL_16ed.pdf. Accessed Nov 10, 2013.

25 - Foley NC, Teasell RW, Bhogal SK, Doherty T, Speechley MR. The efficacy of stroke rehabilitation: a qualitative review. Top Stroke Rehabil. 2003 Summer; 10(2): 1-18.

26 - West T, Bernhardt J. Physical activity in hospitalised stroke patients. Stroke Research and Treatment. 2012; 1-13.

27 - Cifu DX, Stewart DG. Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. Arch Phys Med Rehabil. 1999 May; 80(5 Suppl 1): S35-9.

28 - Hassanzade F, Chenari HA, Mazlum R. [The comparisons survey off effect education based on Roy and Orem patterns on muscle strength in stoke patient]. Proceeding of the Buali Congress on Medical science: 2012: Mashhad, Iran. (Persian)

29 - Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke. 2005 Dec; 36(12): 2756-63.

30 - Luk JK, Cheung RT, Ho SL, Li L. Does age predict outcome in stroke rehabilitation? A study of 878 Chinese subjects. Cerebrovasc Dis. 2006; 21(4): 229-34.

31 - Karami M, Hadian MR, Abdolvahab M, Raji P, Yekaninejad S, Montazeri A. [Effects of mental practices on quality of life in elderly men (60-80yrs)]. Journal of Modern Rehabilitation. 2014; 8(3): 21-30. (Persian)

32 - DehghanNayeri N, Mohammadi S, PedramRaziSh, Kazemnejad A. [Adherence of family caregivers of patients with stroke to rehabilitation regimen]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2012; 18(1): 30-41. (Persian)

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]