

Self-Care and Outcomes for Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review

Ahmad Nooreddini^{1*}, Seyed Reza Borzou², Efat Sadeghian³, Masoud Ghiasian⁴, Alireza Soltanian⁵, Mahnaz Khatiban⁶

1. PhD, Assistant Professor, Department of Nursing, Gonbad Kavous School of Nursing, Golestan University of Medical Sciences, Gonbad Kavous, Iran ORCID: 0000-0002-7785-9476
2. PhD, Professor in nursing, Department of medical surgical nursing, Chronic nursing (home care) Research center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University Medical Science, Hamadan, Iran ORCID: 0000-0002-9150-7689
3. PhD, Professor in nursing, Chronic Disease Research Center at Home, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. ORCID: 0000-0001-6075-3811
4. Department of Neurology, School of Medicine Sina (Farshchian) Educational and Medical Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
5. PhD, Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Institute of Health Sciences and Technology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran ORCID: 0000-0002-7483-3502
6. PhD, Professor in nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University Medical Science, Hamadan, Iran.

***Corresponding Author:** Ahmad Nooreddini, PhD, Assistant Professor, Department of Nursing, Gonbad Kavous School of Nursing, Golestan University of Medical Sciences, Gonbad Kavous, Iran.
Email: dr.nooreddini@goums.ac.ir

Received: 7 Oct 2025

Revised: 25 Des 2025

Accepted: 28 Des 2025

Abstract

Introduction: Each year, many individuals are affected by strokes, with family caregivers primarily providing their care. This study utilized a systematic review to investigate self-care and outcomes for family caregivers of stroke patients.

Methods: Conducted in 1404, this systematic review adhered to the PRISMA 2020 guidelines. Articles were sourced from Scopus, PubMed, ISI Web of Science, SID, and Magiran in both English and Persian, with no time constraints on the studies. Out of 64 articles identified, 12 were excluded due to structural incompleteness, and 34 were filtered out based on the inclusion and exclusion criteria, resulting in 18 selected articles for the study.

Results: Among the 18 studies reviewed, 9 focused on the caregiving burden and its effects on family caregivers, 4 assessed the self-care in caregivers, and another 5 investigated psychological impacts, including depression and anxiety, psychological interventions, and the significance of resilience.

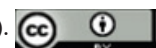
Conclusion: The analysis revealed that the disease's duration, progressive nature, lack of definitive treatment, and the patient's high dependency on caregivers significantly increase the stress experienced by family caregivers. It is essential to address the needs of family caregivers in chronic and incurable conditions to mitigate the adverse effects of caregiving and enhance their ability to manage the challenges they face.

Key words: Self-Care, Family Caregivers, Stroke, Systematic Review.

How to cite this article: Nooreddini A, Sadeghian E, Borzou SR, Ghiasian M, Soltanian AR, Khatiban M. Self-Care and Outcomes for Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review. Journal of Nursing Education (JNE). December 2025.p 69 - 85 (in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



خودمراقبتی و پیامدهای مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی: یک مرور سیستماتیک

احمد نورالدینی^{۱*}، سیدرضا برزو^۲، عفت صادقیان^۳، مسعود غیاثیان^۴، علیرضا سطنیان^۵، مهناز خطیبیان^۶

۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری گنبد کاووس، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گنبد کاووس، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۷۷۸۵-۹۴۷۶
۲. استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت از بیمارهای مزمن (در منزل)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۹۸۶۷-۹۱۵
۳. استاد، مرکز تحقیقات بیماری های مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۶۰۷۵-۳۸۱۱
۴. استادیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۵. استاد، گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۷۴۸۳-۳۵۰۲
۶. استاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

*نویسنده مسئول: احمد نورالدینی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری گنبد کاووس، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گنبد کاووس، ایران.

ایمیل: dr.nooredini@goums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۷

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۴/۱۰/۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۱۵

چکیده

مقدمه: سالانه افراد زیادی دچار سکته مغزی، می شوند و مراقبت از این بیماران بصورت عمده توسط مراقبین خانوادگی صورت می گیرد. این مطالعه با رویکرد مرور سیستماتیک، به بررسی خودمراقبتی و پیامدهای مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی پرداخته است.

روش کار: مطالعه مروری سیستماتیک حاضر در سال ۱۴۰۴ انجام شد. روش ارائه مطالب بر اساس سیستم گزارش دهی مطالعات سیستماتیک (PRISMA ۲۰۲۰) بود. سرچ مقالات در پایگاه های ISI Web of Science ، PubMed ، Scopus و SID و Magiran به دو زبان انگلیسی و فارسی استفاده شد. محدودیت زمانی برای مطالعات در نظر گرفته نشد. تعداد ۶۴ مقاله با توجه به عنوان انتخاب شدند که ۱۲ مقاله به علت ساختار ناقص و ۳۴ مقاله با توجه به معیارهای ورود و خروج حذف شدند. ۱۸ مقاله بعنوان نمونه های این مطالعه انتخاب شدند.

یافته ها: در ۱۸ مطالعه بررسی شده حاضر ۹ مطالعه به بار مراقبتی در بیماران سکته مغزی و عواقب آن روی مراقبین خانوادگی را بررسی کرده اند، ۴ مطالعه به بررسی خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی و ۵ مطالعه نیز به بررسی عواقب روانی نظیر افسردگی و اضطراب و مداخلات روانشناختی و اهمیت تاب آوری در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی پرداخته بودند.

نتیجه گیری: بررسی و تحلیل نتایج نشان داد که طول مدت بیماری، سیر پیش رونده آن و همچنین نبود درمان قطعی و وابستگی زیاد بیمار به مراقبین خانوادگی، میزان فشار ناشی از بیماری را روی مراقبین خانوادگی چند برابر کرده است. مراقبین خانوادگی در بیماری های مزمن و صعب العلاج، خود نیاز به بررسی و مراقبت دارند تا از عواقب تحلیل برنده بیمار مزمن خود در امان بمانند و توان مدیریت و کنترل شرایط رخ داده را داشته باشند.

کلیدواژه ها: خود مراقبتی، مراقبین خانوادگی، سکته مغزی، مروری سیستمیک

مقدمه

در بین بیماری‌های مزمن عصبی بالغین، سکته مغزی از نظر اهمیت و شیوع رتبه اول را دارا است و سومین علت مرگ و میر در سراسر جهان است [۱]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سکته مغزی عبارت است از مجموعه علائم کلینیکی که به طور ناگهانی ایجاد شده و مربوط به اختلال در عملکرد یک ناحیه یا کلی از مغز است و بیش از ۲۴ ساعت تداوم داشته باشد [۲] و هیچ علت واضحی جز منشأ عروقی نداشته باشد [۳]. عوارضی که بعد از سکته مغزی ایجاد می‌شود بستگی به محل سکته و وسعت بافت‌های گرفتار شده در مغز دارد [۴]. داده‌های مطالعات اپیدمیولوژیکی، بیماری سکته مغزی را عامل اصلی ناتوانی‌های طولانی مدت در کشورهای صنعتی و توسعه نیافته معرفی کرده است [۵]. اپیدمیولوژیست‌ها نسبت به همه گیر شدن این بیماری در ۱۰ سال آینده هشدار داده‌اند. در ابتدای قرن ۲۱ میزان بروز سکته مغزی در اروپا بین ۹۵ تا ۲۰۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال با میزان مرگ و میر ماهیانه ۱۳-۳۵٪ بوده است [۶]. تقریباً ۱/۱ میلیون نفر از ساکنان اروپا هر سال دچار سکته مغزی می‌شود که سکته ایسکمیک مغزی حدود ۸۰ درصد موارد را تشکیل می‌دهد [۷]. طبق مطالعات پراکنده اپیدمیولوژی شیوع سکته مغزی در ایران ۳۳۷ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است. متخصصان کم تحرکی، مصرف بی‌رویه نمک و چربی، چاقی، استعمال دخانیات و در مجموع رژیم نامناسب غذایی و سبک زندگی نادرست را عاملی برای حرکت به سمت سکته مغزی ایرانیان می‌دانند [۸]. این بیماری به طور بالقوه می‌تواند بر روی تمام جنبه های زندگی فرد و خانواده وی تاثیر بگذارد. تغییر در ذهنیت، شناخت و تحرک به نوبه خود می‌تواند روی توانایی مراقبت از خود، تصویر ذهنی از بدن، سطح فعالیت و احساس بهبودی کلی فرد تاثیر گذارد [۹]. به طوری که نقش‌ها و مسئولیت های فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد مختل شده و باعث عدم کارایی مناسب فرد می‌شود [۱۰]. اغلب بیمارانی که از سکته مغزی رنج می‌برند در جنبه های مختلف عملکرد اختلال دارند و نیازمند مراقبت مداوم و برنامه بازتوانی منظم هستند [۱۱].

بدلیل کمبود وجود مراکز درمانی دولتی جهت بازتوانی و مراقبت های پس از ترخیص در بیماران مبتلا به سکته مغزی، مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی توسط مراقبین

احمد نورالدینی و همکاران

خانوادگی بسیار رایج است [۱۲]. بطوریکه در مطالعات متعدد ذکر شده است که در سراسر جهان پس از ترخیص این بیماران از بیمارستان، مراقبت از آنها بر عهده مراقبین خانوادگی است [۱۳]. طبق گزارشات و مطالعات انجام شده نزدیک به ۵۰ درصد مبتلایان به سکته مغزی با ناتوانی های طولانی مدت از بیمارستان ترخیص شده و برای مراقبت درازمدت به منزل می روند [۱۴]. در مطالعات انجام شده در ایران نیز ذکر شده است که مسئولیت مراقبت از این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان بر عهده مراقبین خانوادگی است [۱۵]. اکثر مراقبین خانوادگی به علت مواجهه ناگهانی با سکته مغزی و اتخاذ نقش جدید به عنوان مراقب بیمار، احساس عدم آمادگی داشته و در اجرای برنامه های بازتوانی برای بیمار خود دچار مشکلات فراوانی می شوند که می تواند باعث کمبود اطلاعات در مورد بیماری و نوع مراقبت های لازم و مؤثر برای بیمار باشد [۱۶]. در واقع مراقبین خانوادگی و بیماران سکته مغزی، دارای سطوح بالاتری از فشار روحی و جسمی در مقایسه با مراقبین خانوادگی وسایر بیمارهای عصبی هستند [۱۷] و ابعاد زندگی و خودمراقبتی شان، ناشی از بار بیماری سکته مغزی در معرض فشارهای غیر قابل پیش بینی می باشند [۱۸].

پرستاران به عنوان گروه مراقبتی در برخورد با بیماران نجات یافته از سکته مغزی وظیفه سنگینی بر عهده دارند [۱۹]. در واقع پرستاران می توانند با مداخلات مؤثر در قالب آموزش مبتنی بر نیاز بیماران و مراقبین آنها، باعث افزایش توان خود مراقبتی گردند [۲۰]. مداخلات پرستاری وقتی مبتنی بر آموزش و خودمراقبتی ارائه گردند، از رویکرد جامع‌نگر برخوردار می‌شوند و ایجاد تفکر و ذهن خودمراقب، موجب می‌شود که مداخلات پرستاران از فعالیت‌های خدمت محور به فعالیت‌های متمرکز بر مددجو تبدیل شود [۲۱]. خود مراقبتی در اختلالات مزمن، بخصوص بیماری سکته مغزی می تواند بخوبی در کنترل و مدیریت بیماری نقش مثبتی ایفا کند [۲۲]. ولی بعضاً در مواردی که میزان نقص در سکته مغزی بالاست بنابراین بیمار توان مراقبت از خود را ندارد، بنابراین مراقبین خانوادگی به عنوان عامل مراقبتی، بعنوان گروه هدف در بیماران سکته مغزی هستند [۲۳]. نقص خود مراقبتی در واقع مرکزیت و نقطه توجه در بحث خودمراقبتی است [۲۴]. که در رابطه با مراقبت از بیماران سکته مغزی شامل: برطرف کردن نیازهای بیمار در مراقبت

از خود، مسئول کردن بیمار در مراقبت از خود، افزایش استقلال بیمار در خودمراقبتی و سازگاری مراقبین با تغییرات ایجاد شده در اثر بیماری می باشد [۲۵]. ابعاد خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی طیف وسیعی از رفتارهای خودمراقبتی را شامل میشود که عبارتند از: حمایت از بیماران در زمان غذا خوردن، تحرک، استفاده از داروها، فعالیت های فیزیکی، پیشگیری از عوارض حاد و مزمن، مراقبت از سایر اندام ها و پیشگیری از زخم و سایر رفتارهای بهداشتی می باشد [۲۶]. در این راستا نتایج مطالعه Steiner و همکاران نشان داد که کمبود خودمراقبتی زمانی رخ می دهد که در زمان خود مراقبتی، نیازها اولویت بندی نشوند. پرستاران با آموزش کامل خودمراقبتی به مراقبین خانوادگی و افراد دارای نقص مراقبت از خود کمک می کنند تا بتوانند در رابطه با نیازها و اولویت ها برنامه ریزی کنند [۲۷] بر اساس مطالعه Lobo و همکاران چهار نیاز حیاتی بر اساس تجربیات مراقبین فردی در سراسر مسیر بیماری سکته مغزی شناسایی شده اند، که عبارتند از: نیاز اطلاعاتی، نیاز مشارکتی، نیاز حمایتی و نیاز مراقبت از خود. این محقق اعتقاد داشت که ایجاد یک رویکرد مراقب محور در بیماران سکته مغزی برای ارتقاء توان خود مراقبتی و افزایش اعتماد به نفس جهت بهبودی آنها مورد نیاز است که از طریق درگیر کردن مراقبین خانوادگی در امر مراقبت از بیمارشان، نتیجه خواهد گرفت [۲۸]. در ایران مطالعه نورالدینی و همکاران نیز نشان داد که مراقبین خانوادگی، با توجه به مزمن بودن بیماری و تحت الشعاع قرار گرفتن تمام ابعاد زندگی آنها، دچار سردرگمی در خود مراقبتی هستند [۲۹]. همچنین در مطالعه زنگباری و همکاران نیز بار مراقبتی بالا، ابعاد خودمراقبتی خانواده و اعضای آن را با مشکلات عدیده ای روبرو کرده است [۳۰]. مطالعه دهمرده و همکاران نیز نشان داد که بار مراقبتی بیماران سکته مغزی مرخص شده از بخش مراقبت های ویژه، تاثیر واضح و مستقیم بر خودمراقبتی مراقبین خانوادگی داشته و تمام ابعاد جسمی، روحی، اجتماعی و اقتصادی در خانواده را با چالش روبرو می کند [۳۱].

از آنجا که مراقبین خانوادگی سکته مغزی به دلیل نیاز به مراقبت حاصل از اختلالات متعدد در مددجویان، دچار چالش در خودمراقبتی می گردند، بنابراین انجام مطالعه ای جامع که بتواند بر اساس عوامل تاثیر گذار بر خودمراقبتی مراقبین

خانودگی را بررسی نماید ضروری بنظر می رسد. با توجه به این که یکی از مدل های ارزشمند در خود مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی، مدل خودمراقبتی اورم است، این مطالعه با رویکرد مرور سیستماتیک، به بررسی خودمراقبتی و پیامدهای مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی پرداخته است.

روش کار

مطالعه مروری سیستماتیک حاضر در سال ۱۴۰۴ با هدف بررسی خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی در مطالعات انجام شد. روش ارائه مطالب بر اساس سیستم گزارش دهی مطالعات سیستماتیک (2020 PRISMA) انجام یافت. با معیار قرار دادن پروتکل مذکور، جستجوی مقالات آغاز شد. برای دستیابی به اطلاعات مورد نظر، از مقالات چاپ شده در پایگاه های ISI Web of Sci- PubMed، Scopus، SID و Mگیران به دو زبان انگلیسی و فارسی استفاده شد. به این منظور کلمات کلیدی فارسی مدل خودمراقبتی اورم، مراقبین خانوادگی و بیماران سکته مغزی و Orem Self-Care Model، Family Caregivers، Stroke Patients و معادل های Mesh آن با استفاده از عمل گر های بولین OR و AND استفاده شد (جدول ۱). کلمات کلیدی توسط دو متخصص در حوزه پرستاری تعیین و جستجوی عبارات در پایگاه های اطلاعاتی توسط دو پژوهشگر مستقل صورت گرفت. منابع خاکستری، پایان نامه ها و گزارش های موردی در این مطالعه استفاده نشدند. محدودیت زمانی برای مطالعات در نظر گرفته نشد و آخرین جستجو مقالات که شامل کلیه مطالعات فارسی بود تا ۳۱ شهریور سال ۱۴۰۴ و همچنین مقالات انگلیسی تا ۳۰ ژوئن سال ۲۰۲۵ صورت پذیرفت. نمونه استراتژی جستجو در پایگاه PubMed در جدول ۱ آورده شده است. در جستجو اولیه کلیه پایگاه ها ۱۴۲ مقاله یافت شد. سپس مقالات در نرم افزار اندنوت وارد و موارد تکراری حذف شدند و ۶۴ مقاله باقی ماند. در ادامه ۱۲ مقاله به علت ساختار ناقص (Full text only) حذف شد. سپس ۱۶ مقاله به علت قرار گرفتن در مطالعات دیگر از نظر متدولوژیک، ۸ مقاله به علت نداشتن روش شناسی مناسب، ۶ مقاله به علت نداشتن جداول آماری مناسب برای گزارش اثربخشی و ۴ مقاله به علت کسب نمره پائین بر اساس چک لیست استورب که جمعا تعداد ۳۴ مقاله بود، حذف شدند. در ادامه دو مرور کننده

ارتباط با خودمراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی باشند. ارزیابی مقالات با استفاده از چک لیست گزارش دهی مطالعات مشاهده ای استروب (STROBE) صورت پذیرفت [۳۲]. این چک لیست دارای ۵ بعد (عنوان و چکیده، مقدمه، نتایج، بحث و سایر اطلاعات) و ۲۲ بخش می باشد که دارای حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۴۴ می باشد [۳۳]. آیتام های چک لیست بصورت بله (۲ امتیاز) خیر (صفر امتیاز) و تا حدودی (۱ امتیاز) رتبه بندی شدند. مقالات از نظر کیفیت به سه گروه تقسیم شدند، مطالعات با کیفیت بالا (نمره بالای ۳۰)، مطالعات با کیفیت متوسط (نمره بین ۱۶ تا ۳۰) و مطالعات با کیفیت پایین (نمره کمتر از ۱۶) رتبه بندی شدند. مطالعات با نمره بالاتر از ۱۶ وارد مطالعه مروری سیستمیک شدند. مرور مطالعات حاضر بصورت یکپارچه سازی صورت پذیرفت.

بطور مستقل و با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۱۸ مقاله باقیمانده را بررسی کردند و هر گونه اختلاف نظر با مشورت کننده ی سوم رفع گردید. سپس متن کامل مقالات مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات مربوط به مقالات از نظر سال، مکان انجام تحقیق، حجم نمونه، نام پرسشنامه ی مورد استفاده، خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی و نمره کسب شده بر اساس آن وارد شدند. از الگوی PICOTS جهت انتخاب معیارهای ورود به مطالعه به شرح زیر استفاده گردید: جامعه مورد مطالعه (Popu- lation): مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی، مداخله (Intervention) و گزینه مورد مقایسه (Comparator): محدود به مداخله خاصی نشدن، پیامد (Outcomes): بار مراقبتی، تاب آوری، کیفیت زندگی، افسردگی و اضطراب، زمان انتخاب مداخلات (Time): بدون محدودیت زمانی طراحی مطالعات، (Study Design): مقالات تحقیقاتی که در

شکل ۱: دیاگرام ورود سیستماتیک مقالات به مطالعه

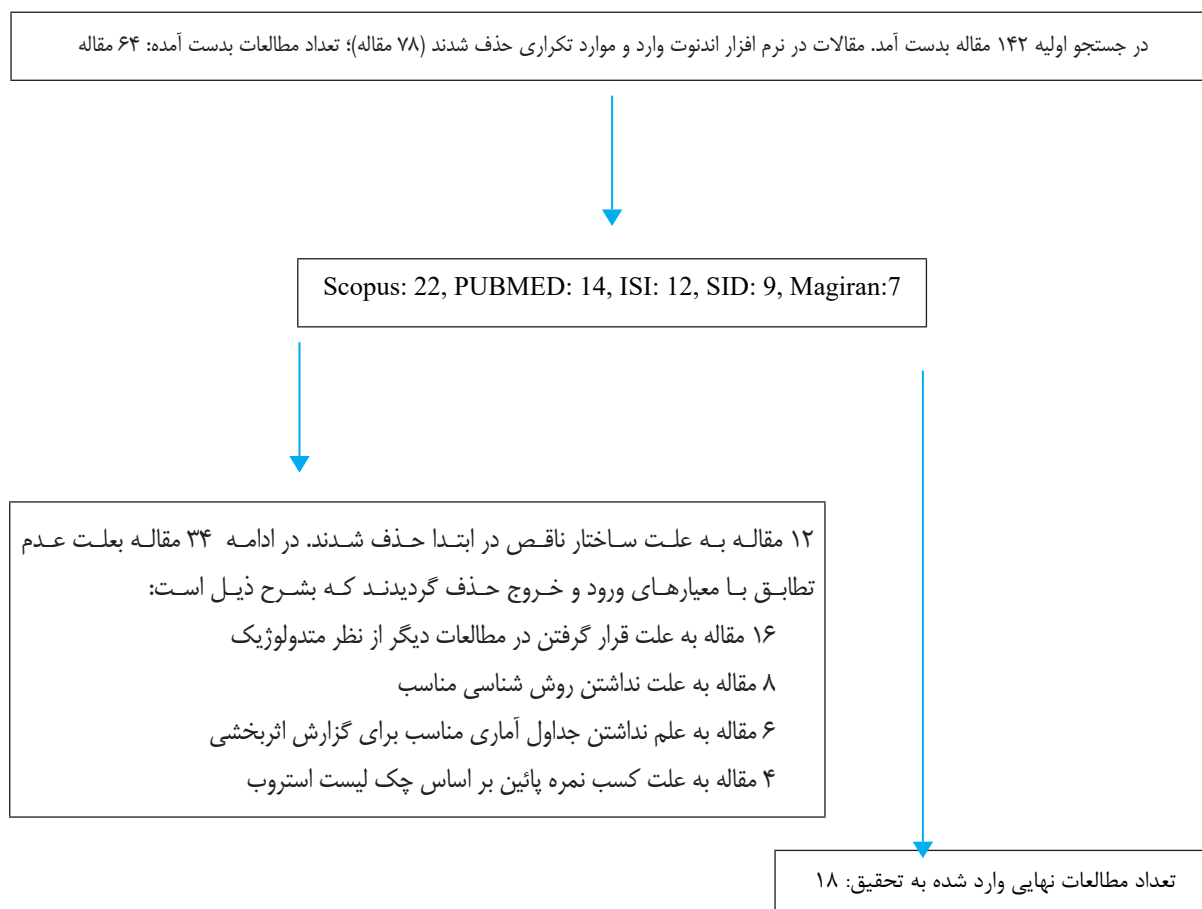


Table 1. PubMed Search Strategy

۱	Search (“Stroke, Self-Care, Family Caregivers” (MeSH Terms))
۲	Search “CVA” (title/abstract) or “Stroke” (title/abstract) or “Post-stroke” (title/abstract) or “Post-stroke” (title/abstract) or “Transient ischemic attack” (title/abstract) or “TIA” (title/abstract) or “Mild stroke” (title/abstract) or “SAH” (title/abstract))
۳	Search (“Informal caregiving” (title/abstract) or “Caregiver” (title/abstract) or “Wife” (title/abstract) or “Husband” (title/abstract) or “Wife” (title/abstract) or “Family” (title/abstract) or “Families” (title/abstract) or “Son” (title/abstract) or “Daughter” (title/abstract) or “Parents” (title/abstract) or “Partner” (title/abstract) or “couple” (title/abstract) or “caregiver” (title/abstract) or “caregivers” (title/abstract) or “two people” (title/abstract)
۴	Search for “self-care” (title/abstract) or “self-treatment” (title/abstract) or “self-management” (title/abstract) or “self-management” (title/abstract) or “self-monitoring” (title/abstract) or “self-help” (title/abstract) or “self-help” (title/abstract) or “self-management” (title/abstract) or “self-treatment” (title/abstract) or (“self-treatment” (all fields) and “self-maintenance” (title/abstract)) or “self-maintenance” (title/abstract) or “self-efficacy” (title/abstract) or “self-efficacy” (title/abstract) or “self-assessment” (title/abstract) or “self-assessment” (title/abstract)

یافته ها

بعد از جستجوی مقالات در پایگاه های داخلی و بین المللی، تعداد ۶۴ مقاله با توجه به عنوان انتخاب شدند. بعد از بررسی چکیده مقالات در نهایت تعداد ۱۸ مقاله بعنوان نمونه های مورد بررسی در این تحقیق برگزیده شدند. در ۱۸ مطالعه بررسی شده حاضر ۹ مطالعه به بار مراقبتی در

بیماران سکته مغزی و عواقب آن روی مراقبین خانوادگی را بررسی کرده اند، ۴ مطالعه به بررسی خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی و ۵ مطالعه نیز به بررسی عواقب روانی نظیر افسردگی و اضطراب و مداخلات روانشناختی و اهمیت تاب آوری در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی پرداخته بودند (جدول ۲).

جدول ۲. مشخصات مطالعات وارد شده به مرور سیستماتیک

پیوند نظری	عنوان	نویسندگان	سال و نوع مطالعه	نتایج	روش کار
مراقبین خانوادگی + سکته مغزی + تاب آوری + بار مراقبتی	نقش پیش بینی کننده تاب آوری در بار مراقبتی مراقبین خانوادگی مبتلایان سکته مغزی	امیری و همکاران [۱]	۲۰۲۴ مقطعی	نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات تاب آوری و بار مراقبتی به ترتیب ۸۶/۳۵ و ۴۲/۵۶ بود. همچنین ارتباط بین بار مراقبتی و تاب آوری مراقبین معکوس و معنی دار بود و تاب آوری از عوامل پیش بینی کننده در کاهش بار مراقبتی است.	مطالعه حاضر از نوع مقطعی و همبستگی بود. ۱۹۴ مراقب خانوادگی بیماران سکته مغزی در بیمارستان بعثت همدان که شدت ناتوانی آنها متوسط بود بصورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار مطالعه شامل فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه بار مراقبتی نواک و تاب آوری کانردیویدسون و مقیاس سنجش ناتوانی بارتل بود.

پیوند نظری	عنوان	نویسندگان	سال و نوع مطالعه	نتایج	روش کار
برنامه حمایتی + خود مراقبتی + سکنه مغزی + کیفیت زندگی + تاب آوری + مراقبین خانوادگی	اثربخشی برنامه حمایتی مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و تاب آوری مراقبین خانوادگی بیمار سکنه مغزی؛ یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده	نورالدینی و همکاران [۳]	۲۰۲۴ کارآزمایی بالینی	در بین بیماران، تفاوت در نمره کل کیفیت زندگی گروه کنترل قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار نبود ($P = ۰,۰۶۵$)، با نمرات به ترتیب $۸۳,۷۷ \pm ۳,۳۹$ و $۸۶,۷۰ \pm ۸,۲۵$ ، برعکس، در گروه مداخله، نمره کل کیفیت زندگی به طور قابل توجهی از $۸۳,۹۵ \pm ۱,۴۳$ به $۱۱۹,۷۲ \pm ۴,۵۴$ بهبود یافت ($P < ۰,۰۰۰۱$). برای مراقبان خانوادگی، نمره کل کیفیت زندگی در گروه کنترل بهبود معنی دار نشان نداد و از $۱۷,۳۰ \pm ۱,۶۰$ به $۱۸,۱۷ \pm ۲,۴۵$ افزایش یافت ($P = ۰,۰۹۶$). با این حال، گروه مداخله افزایش قابل توجهی در نمرات کیفیت زندگی، از $۱۷,۷۰ \pm ۱,۱۱$ به $۲۵,۳۷ \pm ۲,۳۱$ ($P < ۰,۰۰۰۱$) تجربه کرد. علاوه بر این، نمره تاب آوری در گروه کنترل اندکی کاهش یافت و از $۱۲۹,۱۵ \pm ۳,۴۰$ به $۱۲۴,۲۵ \pm ۵,۳۱$ رسید. در مقابل، نمره تاب آوری در گروه مداخله به طور قابل توجهی افزایش یافت و از $۱۳۰,۲۵ \pm ۲,۸۱$ به $۱۹۴,۲۰ \pm ۲,۱۵$ رسید ($P > ۰,۰۰۰۱$).	این کارآزمایی تصادفی کنترل شده در بیمارستان بعثت همدان، ایران، در سال ۲۰۲۲ با حضور بیماران سکنه مغزی و مراقبان خانواده آنها انجام شد. در مجموع ۸۰ بیمار و ۸۰ مراقب خانواده به طور تصادفی به گروه مداخله یا گروه کنترل اختصاص داده شدند. گروه مداخله برنامه مراقبت های ویژه (SSP) را دریافت کردند که شامل چهار هفته پیگیری مداوم حضوری و تلفنی بود. گروه کنترل برنامه مراقبتی معمول ارائه شده توسط بخش مغز و اعصاب راندها کردند. کیفیت زندگی بیماران با استفاده از ابزار کیفیت زندگی ویژه سکنه مغزی (SS-QOL) ارزیابی شد، در حالی که کیفیت زندگی و تاب آوری مراقبان خانواده به ترتیب با استفاده از ابزارهای فرم کوتاه ۱۲ و Sixbey ۲۰۰۵، قبل و بعد از مداخله ارزیابی شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، از جمله کای دو، آزمون های تی زوجی، آزمون های تی مستقل و آزمون دقیق فیشر، تجزیه و تحلیل شدند.
خود مراقبتی + خود مدیریت + مراقبین خانوادگی + سکنه مغزی	ارزیابی خودمراقبتی و خودمدیریتی در مراقبین خانوادگی غیررسمی سکنه مغزی	Mores et al [۱۵]	۲۰۱۸- مداخله ای	نمرات SOCB به طور مداوم در طول زمان افزایش یافت و تفاوت معنی داری را در ۶ ماه در مقایسه با ۲ هفته ($P = ۰/۰۰۱$) و ($P = ۰/۰۰۱$) نشان داد. نمرات زمان SBCO به طور مداوم در طول زمان کاهش می یابد، که تفاوت معنی داری را در ۶ ماه در مقایسه با پایه نشان می دهد ($P = ۰/۰۲$).	داده ها برای ارزیابی نمونه راحتی ۴۲ مراقب استفاده شد. ارزیابی های کمی در ابتدا، ۲ هفته و ۶ ماه (پس از مداخله) تکمیل شد و داده های کیفی در ۲ هفته و ۶ ماه جمع آوری شد. تغییرات زندگی و بار با استفاده از مقیاس پیامد مراقبتی باکاس (BCOS) و مقیاس بار مراقبتی Oberst (OCBS) اندازه گیری شد.
مراقبین خانوادگی + سکنه مغزی + مراقبت در منزل + افسردگی + کیفیت زندگی	تاثیر آموزش مراقبت در منزل به مراقبین بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی در بیمارستان امام خمینی ارومیه	زنگباری و همکاران [۳۰]	۲۰۲۱ کارآزمایی بالینی	قبل از مداخله، دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند ($۰/۹۸۱ = P$)، اما پس از مداخله، نمره افسردگی در گروه مداخله از $۳۹/۴۵$ قبل از مداخله به $۲۲/۲۵$ بعد از مداخله کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). گروه کنترل تقریباً بدون تغییر بود. همچنین نتایج نشان داد که قبل از مداخله دو گروه تفاوت آماری معنی داری در نمره کیفیت زندگی نداشتند ($P = ۰/۴۷۱$) اما پس از مداخله نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله از $۱۱۸/۵۸$ قبل از مداخله به $۱۸۳/۹۷$ بعد از مداخله افزایش یافت. ($P > ۰,۰۰۱$)، اما در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر بود.	حجم نمونه ۶۶ بیمار واجد شرایط به صورت تصادفی (۳۳ شاهد و ۳۳ مداخله) بود. به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تقسیم می شوند. همه آزمودنی ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه سکنه مغزی تحت یک پیش آزمون برای ارزیابی افسردگی و کیفیت زندگی قرار گرفتند. مداخله شامل اجرای آموزش مراقبت در منزل برای مراقبین در چهار جلسه ۶۰ دقیقه ای، هفته ای یک بار توسط محقق در منزل بیماران به روش حضوری، همراه با بحث و پرسش بود. پس آزمون یک ماه پس از مداخله برای سنجش افسردگی و کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه های قبلی انجام شد.

پیوند نظری	عنوان	نویسندگان	سال و نوع مطالعه	نتایج	روش کار
مراقبین خانوادگی + سکنه مغزی + یار مراقبتی	مراقبان غیررسمی بیماران مبتلا به سکنه مغزی؛ راهکارهایی برای کاهش بار اضافی	Mendonca [۱۷] et al	۲۰۲۴ نیمه تجربی	استراتژی‌های اصلی یافت شده در عبارت بودند از: آموزش سلامت به روش‌های مختلف (آموزش روانی، راهنمایی از طریق تماس تلفنی، راهنمایی کلامی) و آرامسازی پیشرونده عضلانی. استراتژی‌هایی وجود دارد که هدف آنها کاهش بار جسمی، روانی و اجتماعی مراقبان غیررسمی بیماران مبتلا به سکنه مغزی است. با این حال، مطالعات بیشتری برای بررسی این استراتژی‌ها مورد نیاز است، به خصوص مطالعاتی که مداخلات انجام شده را با جزئیات بیشتری گزارش دهند.	نمونه کل مراقبان غیررسمی ۶۸۷ نفر با میانگین سنی ۵۰٫۸ سال بود که ۵۰۲ نفر (۷۳٫۰۷٪) زن و ۱۸۵ نفر (۲۶٫۹۲٪) مرد بودند. استراتژی‌های اصلی یافت شده عبارت بودند از: آموزش سلامت به روش‌های مختلف (آموزش روانی، راهنمایی از طریق تماس تلفنی، راهنمایی کلامی) و آرامسازی پیشرونده عضلانی. استراتژی‌هایی وجود دارد که هدف آنها کاهش بار جسمی، روانی و اجتماعی مراقبان غیررسمی بیماران مبتلا به سکنه مغزی است.
حمایت خانواده + خود مراقبتی + بیماران سکنه مغزی	رابطه بین حمایت خانواده و خودمراقبتی در بیماران سکنه مغزی غیر خونریزی دهنده	Risal et al [۱۸]	۲۰۲۰ مقطعی	نتایج مطالعه با آزمون رتبه‌ای اسپیرمن نشان داد که مقدار p به طور قابل توجهی کمتر از ۰٫۰۵ است، بنابراین بین حمایت خانواده و مراقبت از خود در بیماران سکنه مغزی غیر خونریزی دهنده در پلی‌کلینیک مغز و اعصاب بیمارستان لاگالیکو رابطه وجود دارد.	این تحقیق در پلی‌کلینیک مغز و اعصاب بیمارستان East.I Lagaligo Luwu Regency در کشور اندونزی از ژوئیه تا آگوست ۲۰۲۲ انجام شد. طراحی این مطالعه از یک نظرسنجی تحلیلی با رویکرد مقطعی استفاده کرد. تعداد نمونه‌ها ۳۹ پاسخ‌دهنده با تکنیک نمونه‌گیری تصادفی متناسب بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن با مقدار $p = ۰٫۰۵$ انجام شد.
مراقبین خانوادگی + سکنه مغزی	بازماندگان سکنه مغزی و مراقبین خانواده؛ مشارکت مراقبان در مراقبت از سکنه مغزی	Haley et al [۱۹]	۲۰۱۹ مقطعی	گزارش‌های بازماندگان سکنه مغزی و مراقبان از میزان مشارکت، همبستگی بالایی داشت ($r = ۰٫۸۹$)، اگرچه مراقبین مشارکت بیشتری را گزارش کردند. نظرات باز نشان داد که در حدود ۲۵٪ موارد، بازماندگان سکنه مغزی و مراقبان موافق بودند که مشارکت مراقبان منجر به پیشرفت‌های عمده در مراقبت از بازماندگان سکنه مغزی، عمدتاً در زمان شروع علائم، شده است.	مطالعه حاضر از نوع همبستگی و مقطعی است که روی ۷۱ مراقب خانوادگی (بازمانده) بیمار سکنه مغزی انجام شده است. ابزار مطالعه شامل پرسشنامه‌ای با سوالات باز و بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی بود. مطالعه در سال ۲۰۱۹ در کشور آمریکا انجام شد.
بار مراقبتی + کیفیت زندگی + مراقبین خانوادگی + سکنه مغزی	بار و کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران سکنه مغزی	Caro et al [۲۰]	۲۰۱۸ توصیفی	میانگین نمره بار در SIBZ ۲۹٫۶ بود که نشان‌دهنده بار متوسط است و میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در FERB-LOQOHW ۶۲٫۰۶٪ بود که نشان‌دهنده کیفیت زندگی متوسط است. همبستگی منفی ضعیف و معنی‌داری بین بار و حوزه‌های محیطی ($r = -۰٫۴۷۰$ ؛ $p = ۰٫۰۰۹$)، کیفیت زندگی ($r = ۰٫۴۱۴$ ؛ $p = ۰٫۰۲۳$) و حوزه‌های فیزیکی ($r = ۰٫۳۹۴$ ؛ $p = ۰٫۰۳۱$) مشاهده شد. هیچ همبستگی معناداری بین بار و کیفیت زندگی و متغیرهای حوزه‌های روانی و اجتماعی، سن مراقبان یا دوره مراقبت مشاهده نشد.	یک مطالعه توصیفی-همبستگی مقطعی با نمونه‌ای در دسترس از مراقبان خانوادگی ($n = 30$) بیماران سکنه مغزی در سائوپائولو، برزیل انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای در مورد ویژگی‌های شرکت‌کنندگان، مقیاس مصاحبه بار زاریت (ZBIS) و ابزار کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-BREF (WHO-BREF) جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل توصیفی انجام شد و همبستگی بین متغیرها با استفاده از ضریب همبستگی گشتاور ضریبی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

پیوند نظری	عنوان	نویسندگان	سال و نوع مطالعه	نتایج	روش کار
مراقبین خانوادگی + سکنه مغزی + حمایت اجتماعی	اثر بخشی حمایت اجتماعی در مقابله با سکنه مغزی توسط مراقبین خانوادگی در ایبدا	Blessing et al [۲۱]	۲۰۱۷ توصیفی	نتایج نشان داد که حمایت خانواده در مقابله با سکنه مغزی در بیماران مبتلا به سکنه مغزی تأثیر معنی داری داشت ($p < 0.05$)، حمایت مالی بر روی مقابله با سکنه مغزی بیماران مبتلا به سکنه مغزی تأثیر معنی داری داشت ($p < 0.05$)، حمایت عاطفی در مقابله با سکنه مغزی در بیماران پزشکی رابطه معنی داری داشت ($p < 0.05$)، حمایت همراهی بر مقابله با سکنه مغزی بیماران پزشکی ($p < 0.05$)، رگرسیون چندگانه تأثیر معنی داری داشت.	در مجموع ۵۰ بیمار سکنه مغزی مراجعه کننده به بیمارستان دولتی آدنوبو، ابدان به طور هدفمند برای مطالعه انتخاب شدند. این مطالعه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی را برای محققان اتخاذ کرد و نتیجه $r = 0.78$ در هنگام مقابله با سکنه مغزی با استفاده از مقیاسی از پرسشنامه خودکارآمدی سکنه مغزی جمع آوری شد (۲۰۰۸) Blackwell Publishing Ltd. اندازه گیری شد که نتیجه ۰.۸۱ به دست آمد.
مراقبین خانوادگی + سکنه مغزی + عملکرد فیزیکی + بار مراقبتی + کیفیت زندگی	نقش تغییر عملکرد فیزیکی و بار مراقبتی بر کیفیت زندگی در سکنه مغزی	Pucciarelli et al [۲۲]	۲۰۱۷ طولی	بازماندگان (۵۰٪ جنس مرد) و مراقبان (۶۶٪ جنس زن) به ترتیب ۷۰.۸ (انحراف معیار=۱۱.۹) و ۵۲.۴ (انحراف معیار=۱۳.۱) سال سن داشتند. در طول ۱۲ ماه، کیفیت زندگی جسمی ($P < 0.001$) و روانی ($P = 0.06$) بازماندگان سکنه مغزی به طور قابل توجهی بهبود یافت؛ کیفیت زندگی اجتماعی و محیطی تغییر نکرد ($P < 0.05$). کیفیت زندگی مراقبان، به طور متوسط، در طول زمان تغییر قابل توجهی نداشت ($P < 0.05$). بهبود در عملکرد جسمی بازمانده با افزایش کیفیت زندگی جسمی و روانی بازمانده و مراقب و کیفیت زندگی محیطی بازمانده همراه بود. کاهش بار مراقبتی به طور قابل توجهی با بهبود کیفیت زندگی جسمی، روانی و محیطی مراقب همراه بود اما با کیفیت زندگی بازمانده ارتباطی نداشت.	طراحی طولی با ۲۲۶ زوج بازمانده سکنه مغزی-مراقب که در زمان ترخیص از بیمارستان های توانبخشی ثبت نام شده بودند. جمع آوری داده ها طی ۱۲ ماه انجام شد. عملکرد فیزیکی بازمانده، بار مراقبتی و کیفیت زندگی (فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی) هم در بازمانده و هم در مراقب اندازه گیری شد. از مدل سازی چندسطحی برای کنترل وابستگی متقابل داده ها استفاده شد.

پیوند نظری	عنوان	نویسندگان	سال و نوع مطالعه	نتایج	روش کار
مراقبین خانوادگی + سکنه مغزی + مداخله روانشناختی آموزشی	اثرات مداخله روانشناختی- آموزشی دوتایی متمرکز بر خانواده برای بازماندگان سکنه مغزی و مراقبان خانوادگی آنها: یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده	Mou et al [۲۳]	۲۰۲۳ کارآزمایی بالینی	شرکت کنندگان در گروه آموزش روانی، کاهش قابل توجه بیشتری را در بار مراقبتی نسبت به گروه کنترل در T۱ نشان دادند، اما اثرات غیرمعنی داری بر عملکرد بازمانده، به جز در حوزه احساسات در T۱ مشاهده شد. علاوه بر این، مداخله بهبود قابل توجهی در صلاحیت مراقبت، علائم افسردگی بازماندگان و روابط دو نفره در T۱ و T۲ و همچنین در مقابله با مشکلات بازماندگان در T۲ نشان داد.	بررسی اثرات یک مداخله روان آموزشی دوتایی متمرکز بر خانواده بر پیامدهای عملکردی و روانی-اجتماعی بازماندگان سکنه مغزی و مراقبان خانواده. یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده تک کور، موازی و با طراحی اندازه گیری های مکرر. دو بیمارستان عمومی و یک مرکز توانبخشی در جینان، چین. بازماندگان سکنه مغزی و مراقبان خانواده (N=۱۶۲ زوج). این زوج ها به طور تصادفی به گروه آموزش روانی یا گروه کنترل با مراقبت های معمول اختصاص داده شدند (N=۸۱ زوج در هر گروه). این مداخله شامل سه جلسه آموزشی ساختاریافته حضوری (یک ساعت در هر جلسه) در بیمارستان قبل از ترخیص و چهار تماس مشاوره تلفنی هفتگی پس از ترخیص بود. پیامدهای مطالعه شامل عملکرد بازمانده و بار مراقبتی مراقب (پیامدهای اولیه) و سایر پیامدهای ثانویه (یعنی شایستگی مراقبت، مقابله زوج ها، علائم افسردگی و اضطراب، عملکرد خانواده و رابطه دوتایی، و همچنین استفاده از مراقبت های بهداشتی بازمانده و آسیب های مرتبط با مراقبت) بود. داده ها در ابتدا (T۰) و بلافاصله (T۱) و ۳ ماه پس از مداخله (T۲) جمع آوری شدند. اثرات مداخله با استفاده از مدل های معادله تخمین تعمیم یافته تخمین زده شد.
مراقبین خانوادگی + سکنه مغزی + آموزش حمایتی + بار مراقبتی	تأثیر آموزش حمایتی بر بار مراقبتی مراقبین بیماران سکنه مغزی پس از ترخیص از بخش مراقبت های ویژه	دهمرد و همکاران [۳۱]	۲۰۲۵ کارآزمایی بالینی	قبل از مداخله، تفاوت معنی داری در بار مراقبتی بین دو گروه وجود نداشت (مداخله: 81.13 ± 13.99 ، کنترل: 70.66 ± 14.61 ، $P \text{ value} = 0.03$). پس از پس آزمون، بار مراقبتی در گروه مداخله در مقایسه با قبل از مداخله (56.46 ± 10.52) و در مقایسه با گروه کنترل (72.33 ± 15.86)، $P \text{ value} < 0.001$ به طور معنی داری کاهش یافت.	در این کارآزمایی بالینی تصادفی، جامعه مورد مطالعه شامل ۰۶ نفر از مراقبان بیماران سکنه مغزی بود. روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورود بود. مداخله در ۶ جلسه برنامه آموزشی حمایتی انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه های جمعیت شناختی و پرسشنامه بار مراقبتی نواک و گست جمع آوری شدند. داده ها با استفاده از آزمون های تی زوجی، تی مستقل و آنکووا تجزیه و تحلیل شدند.

پیوند نظری	عنوان	نویسندگان	سال و نوع مطالعه	نتایج	روش کار
مراقبین خانوادگی + سکتة مغزی + بار مراقبتی	بار بر روی مراقبین بیماران مبتلا به عواقب ناشی از حوادث عروقی مغزی	Da Costa et al [۲۵]	۲۰۲۰ مقطعی	فعالیت با دوستان، «زمان من برای فعالیت های خانوادگی»، «توانایی من برای مقابله با استرس» و «عملکرد فیزیکی من». با جنس مؤنث و مراقبانی که مدت طولانی تری به آنها کمک می کردند، ارتباطی وجود داشت	یک مطالعه مقطعی، اکتشافی و کمی با ۱۵۱ مراقب از افراد مبتلا به عاقبت سکتة مغزی انجام شد، از طریق مصاحبه های خانگی بین سپتامبر و دسامبر ۲۰۱۷ میانگین کلی بار کم وجود داشت.
مراقبین خانوادگی + سکتة مغزی بار مراقبتی	بار بر دوش مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به سکتة مغزی	Da Costa et al [۲۶]	۲۰۱۵ توصیفی	شیوع بالایی از بار در بین مراقبین وجود داشت (۷۷٫۲٪) که ارتباط آماری معنی داری با ویژگی های زیر نشان داد: افراد مبتلا به عاقبت سکتة مغزی، داشتن ۶۵ سال یا بیشتر، با درجه بسیار شدید وابستگی، مراقبین زن، سن بزرگسال و سطح تحصیلات پایین.	نمونه مورد مطالعه ۱۳۶ نفر بود مراقبین. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه در خانه افراد مبتلا به سکتة مغزی و مراقبان آنها انجام شد. پرسشنامه های نیمه ساختاریافته با ویژگی های دموگرافیک اجتماعی، شاخص بارتل (برای سنجش شدت ناتوانی) و ارزیابی و رتبه بندی بار در بین مراقبین از مصاحبه بار زریست استفاده شد.
خودمراقبتی + مراقبین خانوادگی + سکتة مغزی + استرس و اضطراب	تأثیر خود مراقبتی بر استرس، اضطراب و افسردگی مراقبین سکتة مغزی	امرابی و همکاران [۳۴]	۲۰۲۰ نیمه تجربی	نتایج نشان داد که استرس، اضطراب و افسردگی مراقبین در گروه آزمایش یک ماه پس از مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافت ($P < 0/05$).	در این مطالعه نمونه ها زنانی بودند که از بیماران همی پلژی خود که از بیمارستان آموزشی کوهدشت ترخیص شده بودند، مراقبت می کردند. گروه آزمایش ۴ جلسه گروهی دریافت کردند بحث و گفتگو و ۳ بازدید از منزل در برنامه آموزشی طراحی شده. استرس، اضطراب و افسردگی زنان مراقب هر دو گروه با استفاده از DASS ۲۱ قبل و بعد از مداخله اندازه گیری شد.
مراقبین خانوادگی + سکتة مغزی + برنامه مراقبتی	برنامه ای مبتنی بر جامعه برای مراقبان خانواده پس از سکتة مغزی بازماندگان در تایلند	Pitthayapong et al [۳۵]	۲۰۱۷ نیمه تجربی	توانایی در انجام فعالیت های روزمره زندگی در بیماران پس از سکتة مغزی در گروه آزمایش به طور قابل توجهی در طول زمان افزایش یافت و بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$ ، $46/01$ F٪). همچنین عوارض در بیماران گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بود.	این پژوهش از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل غیرمعادل بود طراحی در مجموع ۲۶ جفت از بیماران پس از سکتة مغزی و مراقبان خانواده آنها برای مطالعه انتخاب شدند. این مداخله شامل یک برنامه چهار هفته ای بود که شامل توزیع اطلاعات مربوطه، ارائه تمرین مهارتی در طول جلسات مراقبت پس از سکتة مغزی و استفاده از راهبردهایی برای افزایش انگیزه و مهارت های رفتاری مراقبان خانواده بر اساس مدل مهارت های رفتاری اطلاعات انگیزشی بود. فعالیت های روزمره زندگی (ADLs) و عوارض بیماران در ابتدا و بلافاصله و ۲ ماه پس از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفت.

پیوند نظری	عنوان	نویسندگان	سال و نوع مطالعه	نتایج	روش کار
مراقبین خانوادگی + سگته مغزی + افسردگی + وابستگی	افسردگی و وابستگی در میان بیماران سگته مغزی و فشار بر مراقبان آنها در مراکز توانبخشی در کاتماندو	Shrestha et al [۳۲]	۲۰۲۵ مقطعی	میانگین سنی بیمار و مراقب ۵۷.۴۳ ± ۱۴.۵۱ و ۴۰.۵۲ ± ۱۴.۸۵ بود. ۹۸.۶۵% تا حدی از نظر عملکردی وابسته بودند. حدود ۶۹.۵% از بیماران علائم افسردگی را با شدت‌های مختلف تجربه کردند. میانگین فشار مراقب ۱۲.۹۳ ± ۵.۳۴ بود که نشان دهنده سطح متوسط تا بالای فشار مراقب است. در مقابل، فشار روانی مراقب، همبستگی منفی و معناداری با وابستگی عملکردی ($r = -۰.۲۶۷$ ، $p < ۰.۰۵$) و همبستگی مثبت و معناداری با افسردگی پس از سگته مغزی ($r = ۰.۲۱۲$ ، $p < ۰.۰۵$) نشان داد. ارتباط معناداری بین مدت سگته مغزی و فشار روانی تجربه شده توسط مراقب آنها وجود داشت، اگرچه هیچ ارتباط معناداری بین فشار روانی بین بیمار و مراقبان یافت نشد.	یک طرح مطالعه مقطعی بین ۱۴۱ بیمار سگته مغزی و مراقبان آنها که در مراکز توانبخشی مختلف در دره کاتماندو بستری بودند، انجام شد. نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب شرکت‌کنندگان بود. PSD، وابستگی عملکردی و فشار مراقب به ترتیب با استفاده از پرسشنامه سلامت بیمار-۹ (PHQ-۹)، شاخص بارتل (BI) و شاخص فشار مراقب اصلاح‌شده (MCSI) ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۵.۰ تجزیه و تحلیل شدند. بسته به نرمال بودن داده‌ها، از آزمون‌های پارامتری و غیرپارامتری برای تجزیه و تحلیل استفاده شد.
مراقبین خانوادگی + سگته مغزی + مراقبت در منزل + بار مراقبتی + کیفیت زندگی	تأثیر مراقبت در منزل برای بیماران سگته مغزی و آموزش مراقبین بر بار مراقبتی و کیفیت زندگی	Ugur et al [۱۶]	۲۰۱۹ تجربی	تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات پیش‌آزمون بین مراقبان گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت. با این حال، تفاوت آماری معنی‌داری در تمام زیرابعاد مقیاس کیفیت زندگی بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مراقبان گروه آزمایش مشاهده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که مراقبت در منزل برای بیماران سگته مغزی و آموزش مراقبان، بار مراقبتی را کاهش و کیفیت زندگی آنها را افزایش داده است.	این مطالعه با استفاده از یک روش تجربی واقعی با گروه کنترل پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. این مطالعه شامل ۴۳ بیمار آزمایشی و ۴۳ بیمار کنترل و مراقبان آنها بود. برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه از فرم توصیف بیمار و مراقب، فرم شناسایی مشکل بیمار، مقیاس بار مراقبتی و مقیاس کیفیت زندگی SF-۳۶ استفاده شد. مراقبت‌های پرستاری طبق مدل فعالیت‌های روزمره زندگی به بیماران گروه آزمایش ارائه شد، در حالی که مراقبان آنها آموزش و مشاوره دریافت کردند. در گروه کنترل، چنین مداخله‌ای انجام نشد.

بحث

در ۱۸ مطالعه بررسی شده حاضر ۹ مطالعه به بار مراقبتی در بیماران سکته مغزی و عواقب آن روی مراقبین خانوادگی را بررسی کرده اند، ۴ مطالعه به بررسی خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی و ۵ مطالعه نیز به بررسی عواقب روانی نظیر افسردگی و اضطراب و مداخلات روانشناختی و اهمیت تاب آوری در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی پرداخته بودند. مطالعات مذکور، اهمیت بار مراقبتی و تأثیری که این عامل بر مراقبت بیماران دارد و باعث غافل شدن از خود مراقبتی مراقبین خانوادگی می گردد و با تأکید بر اهمیت خود مراقبتی در مراقبین خانوادگی، پویایی ماهیت منزل و جامعه و حتی بیمارستان به عنوان محیطی که در آن امر خودمراقبتی انجام می گیرد را نشان دادند. خودمراقبتی به روش های مختلفی در بیماران سکته مغزی و مراقبین خانوادگی آنها استفاده شده است. اما ممکن است بر اجرای این مفهوم در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی چالشی وجود داشته باشد. علی رغم وجود مطالعات مختلف در رابطه با خود مراقبتی، مراقبین خانوادگی و بیماران سکته مغزی، در این مطالعه تعداد محدودی از مطالعات بخوبی موضوع خودمراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی را بسط داده بودند. همچنین با توجه به این نکته که مطالعات زیادی در رابطه با مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی انجام شده است، ولی خود مراقبتی مراقبین خانوادگی موضوعی است که به تازگی مورد بحث بیماری های مزمن بخصوص سکته مغزی قرار گرفته است. دلیل آن هم می تواند مزمن بودن بیماری و همچنین ناتوانی در انجام فعالیت های روزمره زندگی توسط بیمار باشد. از آنجا که در اختلالات صعب العلاج، بیماران نمی توانند عامل مراقبت باشند. بنابراین عامل مراقبت یا مددجو کسی است که خودمراقبتی را باید فرا بگیرد. بر این اساس در بیماری های مزمن و تحلیل برنده نظیر سکته مغزی، مراقب خانوادگی درجه اول (کسی که حداقل ۴ روز در هفته و حداقل ۲ ماه از سال از بیمار مراقبت نماید) که معمولاً همسر بیمار، دختر یا پسر بیمار، پدر یا مادر و برادر یا خواهر ایشان می باشند، عامل مراقبت به شمار می آیند. خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی از مهمترین موضوعاتی است که در تمام حیطه های سلامتی این اختلال مزمن موثر است. برای کنترل بیماری طاقت فرسای نظیر سکته مغزی، خود مراقبتی بر اساس شناسایی

احمد نورالدینی و همکاران

نیازهای آموزشی مراقبین خانوادگی مددجویان به اندازه درمان مناسب، اهمیت ویژه ای دارد و از مهمترین مزیت های آن است [۲۰]. از مهمترین مزایای بکارگیری خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی در بررسی سیستمیک مطالعات می توان به حمایت از مراقبین در حفظ و ارتقاء سلامت جسمانی، ارتقاء فعالیت های بدنی و کاهش میزان خستگی مراقب، شرکت در فعالیت های اجتماعی، افزایش روحیه مثبت، نحوه کمک خواستن از سازمان های حامی بیماران، بهبود کیفیت زندگی، بهبود خود مدیریتی، بهبود عملکرد روانی اجتماعی و سایر رفتارهای بهداشتی اشاره کرد. از مزایای دیگر الگوی خود مراقبتی در بررسی مطالعات همچنین می توان به تشویق مددجویان به مراقبت از خود، نقش پرستاران در بررسی نیازهای مراقبت از خود، تعیین نیروهای مراقبت از خود و وجود و عدم وجود نقص مراقبت از خود در مراقبین اشاره کرد [۳]. رعایت اصل خودمراقبتی می تواند سبب اصلاح عملکرد مراقبتی مددجویان شده و در نهایت منجر به اصلاح کیفیت زندگی و آینده ای بهتر در بیمار گردد [۴]. همانطور که انجام خود مراقبتی مزایای خوبی دارد، عدم رعایت خودمراقبتی، عوارض و مشکلاتی را نیز به همراه دارد [۵]. در واقع کاربرد خود مراقبتی در مراقبین خانوادگی و بیماران سکته مغزی بصورت قابل توجهی در به ثمر رسیدن آموزش های پرستاری و پیاده سازی ابعاد پرستاری جامعه نگر و مبتنی بر جامعه نقش اساسی خواهد داشت [۶].

خودمراقبتی در قالب برنامه های حمایتی مراقبتی و حمایتی آموزشی برای مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی، باعث افزایش رفاه مراقبین و بیماران می گردد. در واقع خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی بصورت پشتیبان، آموزش و راهنمای ضروری می باشد و مراقبین را قادر می سازد تا فعالیت های روزانه را مدیریت کرده و به طور مؤثر به چالش های ذهنی، عاطفی، جسمی و روانی بپردازند. مطالعه دهمرده و همکاران در رابطه با مراقبین خانوادگی بیماران سکته مغزی و نحوه تأثیر برنامه ی حمایتی مراقبتی نظرات سازنده ای دادند. بر اساس یافته های این مطالعه، برنامه آموزشی-حمایتی اجرا شده در گروه مداخله منجر به کاهش قابل توجه بار مراقبتی سه ماه بعد از ترخیص بیماران شد. در واقع، تفاوت بین گروه کنترل و مداخله از نظر بار مراقبتی معنی دار بود. استفاده از مراقبت و پیگیری و تکنیک های مشابه شامل آموزش

مستقیم و تلفنی برای مراقب، تمام آموزش‌های لازم برای مراقبت از بیماران سکنه مغزی، بار مراقبتی را به طور مؤثر کاهش می‌دهد. بیماران مبتلا به سکنه مغزی که پس از سکنه مغزی ناتوان باقی می‌مانند، نیاز به مراقبت و مدیریت مداوم دارند. این بیماران به یک بار مسئولیت برای خانواده تبدیل می‌شوند، زیرا مدیریت بیماران مبتلا به سکنه مغزی استرس زیادی ایجاد می‌کند. وقتی اعضای خانواده نقش مراقب را بر عهده می‌گیرند، مجبور می‌شوند زندگی خود را با سبک جدید متعادل کنند. مراقبت از این دسته از بیماران بسیار طاقت‌فرسا است و فشار و تلاش زیادی را بر مراقب وارد می‌کند، زیرا این بیماری ماهیت مزمن و مداوم دارد. بنابراین، رویکرد آموزشی-حمایتی می‌تواند به حداکثر استفاده برسد تا بار مراقبتی مراقبین این بیماران کاهش دهد [۳۱]. از مهمترین ابعاد تاثیر پذیر از خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی، بعد روانی آنهاست. در واقع مراقبین با ارتقاء توان تحمل رنج‌ها و سختی‌ها که از آن بعنوان تاب‌آوری یاد می‌شود، می‌توانند سازگاری خود را با شرایط ایجاد شده بهبود ببخشند. در رابطه با تاثیر خودمراقبتی بر تاب‌آوری، مطالعه نورالدینی و همکاران نیز نشان داد که تاب‌آوری مراقبین خانوادگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل با اجرای برنامه خودمراقبتی بطور معنی‌داری بهبود پیدا کرده است. همچنین تمام ابعاد تاب‌آوری در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه حمایت خود مراقبتی از تفاوت آماری معنی‌داری برخوردار بود ولی در کنترل نمره ابعاد تاب‌آوری تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که افزایش نمره تاب‌آوری به علت مداخله بوده است. در واقع ارتقاء تاب‌آوری بستگی به میزان دانش، حمایت اجتماعی و ساختار خانواده دارد. تاب‌آوری یک پیش‌بینی‌کننده مستقل برای کیفیت زندگی نیز می‌تواند باشد [۲]. همچنین مطالعه امیری و همکاران نیز نشان داد که تاب‌آوری در مراقبین خانوادگی بیماران سکنه مغزی با بار مراقبتی رابطه معنی‌دار و معکوس دارد. در واقع با افزایش تاب‌آوری در مراقبین خانوادگی، بار مراقبتی آنها کاهش می‌یابد. یک توضیح احتمالی ممکن است این باشد که مراقبینی که سطح تاب‌آوری پائینی دارند، بطور منفی با ناملایمات زندگی مواجه می‌شوند. در نقطه مقابل، در مراقبت‌های غیر رسمی (مانند مراقبت از بیمار در منزل)، مراقبین با تاب‌آوری بالا، حتی در صورت وجود تقاضای بالای مراقبت از سوی بیماران، بار

مراقبتی پائینی را تجربه می‌کنند [۱].

خود مدیریتی و خودمراقبتی دو مفهوم پرکاربرد در مراقبت از بیماران صعب‌العلاج و مراقبم خانوادگی آنها می‌باشد. مورش و همکاران در این رابطه اعتقاد دارند که مراقبین خانوادگی باید علاوه بر اینکه در انجام کارهای روزمره مانند غذا خوردن، اجابت مزاج، ادرار کردن، لباس پوشیدن و غیره از بیمارشان مراقبت می‌نمایند، باید از خودشان هم مراقبت کنند. در واقع علاوه بر اینکه در درجه اول عامل مراقبت بیمار سکنه مغزی هستند، در درجه دوم باید عامل مراقبت خودشان باشند و از خودشان در رابطه با عوامل استرس‌ور روحی و جسمی ناشی از بار سنگین بیماری محافظت کنند و به نحوی مهارت مدیریت خودشان را بالا ببرند و مهارت مواجهه با بیماری و بار بیماری و استرس و افسردگی و سرخوردگی ناشی از بیماری را مدیریت کنند [۳۴].

بار مراقبتی در بیماران سکنه مغزی و عواقب آن در کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی از مباحث مهم دیگر در خودمراقبتی در این دسته از مددجویان مطرح است. در این راستا زنگباری و همکاران اذعان داشتند که آموزش به بیماران سکنه مغزی در بهبود عملکرد آنها در انجام کارهای روزمره زندگی تغییری ایجاد نمی‌کند و فقط در امر غذا خوردن توانایی لازم را کسب کرده‌اند. در واقع در مسائل نظافت فردی، استحمام و حتی لباس پوشیدن نه تنها پیشرفتی نداشتند بلکه بدتر هم شده‌اند. بنابراین تصمیم گرفته شد که علاوه بر آموزش حین ترخیص به بیمار، برای مراقب خانوادگی هم آموزش لازم را بگذارند و شبکه حمایتی از مراقبین خانوادگی برپا نمایند تا بتوانند آنها را آگاه‌تر کنند. به این دلیل که مراقبین خانوادگی این دسته از بیماران عامل خود مراقبتی برای بیمار و خودشان هستند. این امر باعث می‌شود که حتی بیماران استقلال لازم را در امر خود مراقبتی به دست بیاورند و کیفیت مراقبت افزایش یابد و بار مراقبتی کمتر گردد [۳۰]. از محدودیت‌های این پژوهش میتوان به عدم دسترسی به تمام مطالعات انجام شده اشاره کرد. همچنین ناهمگونی بالای طراحی‌ها، ابزارها و پیامدها، ثبت نشدن پروتکل در PROSPERO، محدودیت زبان (فارسی-انگلیسی) و عدم جستجو در منابع خاکستری از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر بودند.

نتیجه‌گیری

در ۱۸ مطالعه بررسی شده حاضر ۹ مطالعه به بار مراقبتی

بیماری های مزمن و صعب العلاج، خود نیاز به بررسی و مراقبت دارند تا از عواقب تحلیل برنده بیمار مزمن خود در امان بمانند و توان مدیریت و کنترل شرایط رخ داده را داشته باشند. مراقبین خانوادگی به عنوان هسته اصلی مراقبت، دچار محرومیت های جسمی، عاطفی، روحی، اقتصادی و اجتماعی می گردند که با توجه به آنها باید برای ادامه مراقبت، برنامه ریزی منظمی داشته باشند. خودمراقبتی باید در رابطه با بیمارشان در قالب برنامه های حمایتی شامل حمایت روحی و عاطفی و ایمنی بیمار، تجهیزات و امکانات مورد نیاز در امر مراقبت در منزل، پیشگیری از سکتة مجدد و دسترسی به منابع باشد که در برگیرنده حمایت های روانی، اطلاعاتی، مراقبتی، آموزشی و ابزاری می باشد که می تواند برای عامل مراقبت، بهترین منابع باشند.

سپاسگزاری

از تمام کسانی که در انجام و به اتمام رساندن این مطالعه به ما یاری رساندند کمال تشکر را داریم. مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۴۰۱ و به کد اخلاق شماره IR.UMSHA.REC.1401.786 می باشد.

تضاد منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

References:

1. Amiri Bonyad S, Shamlou Hasani F, Karampourian A, Alafchi B. [The Role of Resilience in Predicting the Care Burden of Family Caregivers of Stroke Patients: Descriptive Cross-Sectional Study]. Iran Journal of Nursing. 2024; 36(146):618-631. (Persian) <https://doi.org/10.32598/ijn.36.146.3420.1>
2. Nooreddini A, Sadeghian E, Borzou S R, Ghiasian M, Soltanian A R. Effectiveness of self-care support program on the quality of life and resilience of family caregivers of stroke patient; a randomized controlled trial. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2024;18(4):e148594. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-148594>.
3. Kingsbury C, Buzzi M, Chaix B, Kanning M, Khezri S, Kiani B, Kirchner TR, Maurel A, Thierry B, Kestens Y. STROBE-GEMA: a STROBE extension for reporting of geographically explicit

در بیماران سکتة مغزی و عواقب آن روی مراقبین خانوادگی را بررسی کرده اند، ۴ مطالعه به بررسی خودمراقبتی در مراقبین خانوادگی و ۵ مطالعه نیز به بررسی عواقب روانی نظیر افسردگی و اضطراب و مداخلات روانشناختی و اهمیت تاب آوری در مراقبین خانوادگی بیماران سکتة مغزی پرداخته بودند. طول مدت بیماری، سیر پیش رونده آن و همچنین نبود درمان قطعی و وابستگی زیاد بیمار به مراقبین خانوادگی، میزان فشار ناشی از بیماری را روی مراقبین خانوادگی چند برابر کرده است. در واقع از مراقبین خانوادگی بیماران سکتة مغزی بعنوان افراد در معرض خطر بیماری جسمی و روحی و یا بیماران پنهان یا کوه یخ یاد می شود که از کمترین حمایت اجتماعی و اقتصادی برخوردارند. این امر باعث شده است که بار مراقبتی ناشی از این بیماری صعب العلاج، سایر آیتم های سلامتی اعم از بعد روانی و جسمانی مددجویان و مراقبین آنها را تحت الشعاع قرار دهد و با نمود علائم افسردگی و اضطراب، تنش را برای خود مراقبتی افزایش دهد. با بررسی تاثیر مداخلات حمایتی و خودمراقبتی، در رفتار مراقبین خانوادگی تغییراتی که نشان دهنده بهبودی در عملکرد و روحیه و شرایط روانی مراقبین و بیماران مشهود بود. بخصوص که در اکثر مراقبین و بیماران بهبود اضطراب و افسردگی و ارتقاء شرایط روحی و روانی احساس می شد. نتایج بررسی مطالعات در رابطه با خودمراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران سکتة مغزی نشان داد که مراقبین خانوادگی

ecological momentary assessment studies. Archives of Public Health. 2024;82(1):84. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01310-8>

4. Nooreddini A, Cheraghi F, Borzou SR, Khatiban M. Nursing process based on the Johnson's behavioral model in patient with CVA: case report. J Nurs Educ. 2021;10(2):54-61. <http://jne.ir/article-1-1266-fa.html>
5. Atsu, F.S., Botha, N.N., Segbedzi, C.E. et al. Care for the cerebrovascular accident survivors: experiences of family caregivers. BMC Palliat Care 2024; 23: 138. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01468-6>
6. Gomes TJB, Ferreira BAdS, Baixinho CL, Ferreira ÓMR. Algorithm for transitional care for caregivers of dependent older adults: a validation study. Revista Brasileira de Enfermagem. 2021;74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0625>
7. Silva JK, Angos KF, Alves JP, Rosa DOD,

- Boery RNSO. Needs for family caregivers of cerebrovascular accident survivors. *Invest Educ Enferm.* 2020;38(3):e06. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e06>
8. Azizi A, Khatiban M, Mollai Z, Mohammadi Y. The effect of informational support on the satisfaction of family caregivers of patients with hemiplegic stroke from receiving information. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty-ISSN.* 2018;2008:2819. DOI:10.30699/sjhnmf.26.4.211
9. Tsai Y-H, Lou M-F, Feng T-H, Chu T-L, Chen Y-J, Liu H-E. Mediating effects of burden on quality of life for caregivers of first-time stroke patients discharged from the hospital within one year. *BMC Neurology.* 2018;18(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1057-9>
10. Cordonnier C, Sprigg N, Sandset E, Pavlovic A, Sunnerhagen K, Caso V, et al. Stroke in women from evidence to inequalities. *Nature Reviews Neurology* 2017;13(9):521-32. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.95>
11. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. Relationship between anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine* 2018 ;97(40):e12638. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000012638>
12. De Souza Oliveira-Kumakura AR, da Silva KCR, Sousa CMFM, Biscaro JA, Spagnol GS, Morais SCR. Content validation of clinical evidence related to self-care deficits of patients with stroke. *Rehabilitation Nursing Journal.* 2020;45(6):332-9. DOI: 10.1097/rnj.0000000000000225
13. Naziyah N, Suharyanto T, Pratiwi IA. the collaboration of family support with self-care patients with non-hemorrhagic stroke inpatients at cempaka putih islamic hospital, Jakarta. 2019. <https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000225>
14. Malek MG, Mohammed AH, Mahrous FM, Mostafa HA, Nesnawy S, Ibrahim MI. Empowering caregivers in hemiplegia care: a quasi-experimental study for enhancing care-competency through a structured educational development approach. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research.* 2024 Sep 1;5(2):41-59.10.21608/EJNSR.2024.307604.1386
15. Mores G, McNicoll Whiteman R, Ploeg J, Knobl P, Cahn M, Klaponski L, Lindley A, Fisher K. An evaluation of the family informal caregiver stroke self-management program. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 2019; 45(6): 660-668.DOI: <https://doi.org/10.1017/cjn.2018.335>
16. Gok Ugur H, Erci B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clinica Croatica.* 2019;58(2.):321-32.<https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.02.16>
17. Mendonça AG, Ferreira ML, Teixeira VP, Oliveira GD, Barroso ACS. Informal caregivers of patients affected by stroke: strategies for reduction overload. *Rev. Aten. Saúde.* 2024; e20249012(22). doi <https://doi.org/10.13037/ras.vol22.e20249012>
18. Risal M, Sali A. Relationship between family support and self-care among non-hemorrhagic stroke patients. *Nurse and Health: Journal Keperawatan.* 2021;10(2):284-91. <https://doi.org/10.36720/nhjk.v10i2.244>
19. Haley William E, Marino Victoria R, Sheehan Orla C, Rhodes J David and et al. Stroke survivor and family caregiver reports of caregiver engagement in stroke care. *Rehabilitation Nursing* 44(6):\ 302-310, 11/12 2019. | DOI: 10.1097/rnj.0000000000000100
20. Caro C, Costa JD, Da Cruz D. Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. *Occupational Therapy In Health Care* 2018; 32(2): 154–171. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1449046>
21. Blessing M, Oluwagbemiga O. Effectiveness of social support in coping with stroke by medically ill patient in Ibadan. *International Journal of Neurorehabilitation.* 2017;4(4):1-8. <https://doi.org/10.4172/2376-0281.1000281>.
22. Pucciarelli G, Vellone E, Savini S, Simeone S, Ausili D, Alvaro R, Lee CS, Lyons KS. Roles of changing physical function and caregiver burden on quality of life in stroke: A longitudinal dyadic analysis. *Stroke.* 2017;48(3):733-9. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.014989>
23. Mou H, Lam SK, Chien WT. The effects of a family-focused dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and their family caregivers: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2023; 143:104504. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104504>
24. Mores G, Whiteman RM, Ploeg J, Knobl P, Cahn M, Klaponski L, et al. An evaluation of the family informal caregiver stroke self-management program. *Canadian Journal of*

- Neurological Sciences. 2018;45(6):660-8 .<https://doi.org/10.1017/cjn.2018.335>.
25. Tatiana Ferreira da Costa et al. Burden on caregivers of patients with sequelae of cerebrovascular accident. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0868>
26. Tatiana Ferreira da Costa et al. Burden on family caregivers of elderly people with stroke. *Esc Anna Nery* 2015;19(2):350-355.<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150048>
27. Steiner L, Homan S, Everts R, Federspiel A, Kamal S, Rodriguez JA, Kornfeld S, Slavova N, Wiest R, Kaelin-Lang A, Steinlin M. Functional connectivity and upper limb function in patients after pediatric arterial ischemic stroke with contralateral corticospinal tract wiring. *Scientific reports.* 2021;11(1):5490.
28. Lobo EH, Froelich A, Abdelrazek M, Rasmussen LJ, Grundy J, Livingston PM, et al. Information, Involvement, Self-care, and The Needs of Caregivers of People with Stroke: A Grounded Theory Approach. *medRxiv.* 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281198>
29. Nooreddini, Ahmad1; Sadeghian, Efat2; Borzou, Seyed Reza2,3; Ghiasian, Masoud4; Sotanian, Alireza5. Family caregiver's perception of resilience in caring for stroke patients: a qualitative research. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 30(4):p 561-571, Jul–Aug 2025. DOI: 10.4103/ijnmr.ijnmr_106_24
30. Zangbari S, Ahmadzadeh J, Hemmati Maslak Pak M, Aghakhani N. The effect of home care education on caregivers ' depression & quality of life in stroke patients in imam khomeini educational and treatment center, Urmia, 2019-2020. *Nursing and Midwifery Journal* 2021; 19(3): 193-206. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4319-en.html>
31. Dahmardeh M, Dahmardeh H, Sadeghi NK, Moghaddam AA. Effects of a supportive training on caregiving burden of stroke patients' caregivers after discharge from an intensive care unit (ICU). *Archives of Anesthesia and Critical Care.* 2025 . <https://doi.org/10.18502/aacc.v11i2.17961>
32. Shrestha H. Depression and dependency among stroke patients and strain on their caregivers in Rehabilitation Centers in Kathmandu (Doctoral dissertation, Bangladesh Health Professions Institute, Faculty of Medicine, the University of Dhaka, Bangladesh).
33. Hisaka Y, Ito H, Yasuhara Y, Takase K, Tanioka T, Locsin R. nurses' awareness and actual nursing practice situation of stroke care in acute stroke units: a japanese cross-sectional web-based questionnaire survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18: 1-21. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312800>
34. Amraei A, Anoosheh M, Kazemnejad A. The effect of a designed care program for hemiplegic stroke patients on family caregivers' stress, anxiety, and depression. *Payesh* 2020; 19 (4): 405 – 414. <https://doi.org/10.29252/payesh.19.4.405>.
35. Pitthayapong S, Thiangtam W, Powwattana A, Leelachara S, Catherine M. A community-based program for family caregivers for post stroke survivors in Thailand. *Asian Nursing Research* 2017; 11:150-157. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.05.009>.
36. Azimi R, Mohammadi F, Hoseini M, Farzi M. The effect of home-based stroke rehabilitation on the quality of life of stroke survivors and their family caregivers' strain. *Evidence-Based Care journal* 2013; 3(6):77-86. DOI:10.22038/ebej.2013.729
37. Jia Y, Jing S, Kristin K, Yang F, Can C, Weiyu Z, Yang X. Positive effects of resilience and self-efficacy on World Health Organization Quality of Life Instrument score among caregivers of stroke inpatients in China. *Psychogeriatrics* 2021; 21: 89–99. <https://doi.org/10.1111/psyg.12635>.