Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol 1 Issue 2 No2 Winter 2015

The effect of empowering family caregivers of brain damaged patients base on problem solving by telephone follow-ups on knowledge, attitude and skills of caregiving

Aliabadi[1] M, *Mojali[2] M, Khosravan[3] S, Mohamadzadeh[4] F

Abstract

Introduction: Complications of brain damage are one of very important issue and a potential barrier to the optimal recovery of these patients. Hospital based training of family caregivers have not been able to solve the various problems of the patients and their families. The goal of this research is to determine the effect of empowering family caregivers of brain damaged patients base on problem solving by telephone follow-ups on knowledge, attitude and skills of caregiving.

Methods: This study is a randomized clinical trial with a control group. Sixty caregivers of brain damaged patients were selected by convenience sampling and were randomly allocated to experimental (30 people) and control group (30 people). In the control group routine care was provided to patients until their discharge from hospital. In the experimental group a training program for family caregivers based on problem solving at the patient's bedside was initiated and after discharge from hospital they were followed up by telephone for 8 weeks. Data collecting tools in this study was a researcher-made questionnaire including information on demographic factors, awareness, understanding and skills of caregiver. The validity of the questionnaire was checked and confirmed by experts and the reliability of it was examined and confirmed by Cronbach's alpha. This questionnaire was filled out by caregivers before and after the research. Then the data were analysed with SPSS V.16 by independent Mann-Whitney T test and Wilcoxon's matched pairs T test by repeating measurement.

Results: Based on independent T-test there wasn't a significant difference among means of scores of awareness, understanding and skills of control group and experimental group before introducing interference ($P>0.05$). But the numbers resulted from two months interference was significant ($P<0.001$). Also the means of scores of awareness, understanding and caregivers skills of experimental group after 8 weeks interventions significantly increased ($P<0.001$) while there was no significant difference in control group ($P>0.05$).

Conclusion: Training in releasing period based on problem solving by telephoning follow-ups leads to increasing awareness, understanding and skills of brain damaged caregivers and will help them in different caregiving jobs. It will lead to improving the role of caregivers and health condition of the patient. We can recommend it as a substituting method when there is no social nursing present in Iran.

Keywords: empowering, awareness, understanding, skills, family caregivers.

Received: 6 November 2014 **Accepted:** 21 December 2014

1- MSc student in nursing, School of Nursing & Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
2- PhD student in Nursing, School of Nursing & Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran. **(Corresponding Author).**
E-mail: mmojali@yahoo.com
3- Associate Professor, School of Nursing & Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
4- PhD student in Biostatistics, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-02]

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره اول، شماره ۲ زمستان ۱۳۹۳ ۲۱-۱۰

تأثیر توانمندسازی بر اساس روش حل مسئله و با پیگیری تلفنی بر آمادگی جهت ترخیص مراقبین خانوادگی بیماران صدمات مغزی و آگاهی، نگرش و مهارت مراقبتی آنان

محبوبه علی آبادی[۱]، *محمد مجلی[۲]، شهلا خسروان[۳]، فاطمه محمدزاده[۴]

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات بسیار مهم افراد مبتلاء به صدمات مغزی عوارض پس از آن می باشد که به طور بالقوه مانع بهبودی مطلوب این دسته از بیماران می گردد. اگرچه این عوارض قابل پیشگیری بوده ولی آموزش‌های معمول بیمارستانی خود به‌تنهایی نتوانسته‌اند کلید حل مشکلات متعددی باشند که بیمار و خانواده او در این زمینه با آن مواجه هستند. هدف از این پژوهش تعیین تأثیر توانمندسازی مراقبین خانوادگی بیماران صدمات مغزی بر اساس روش حل مسئله با پیگیری تلفنی بر آگاهی، درک و مهارت مراقبتی آنان بود.

روش: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه شاهد بود که در آن ۶۰ مراقب بیمار مبتلا به صدمه مغزی به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) تقسیم شدند. گروه شاهد مراقبت‌های روتین بیمارستانی را تا زمان ترخیص دریافت نمودند. در مورد گروه مداخله یک برنامه آموزشی مبتنی بر حل مسئله در خصوص چگونگی مراقبت از بیمار برای مراقبین به اجرا گذاشته شد و پس از ترخیص نیز به مدت ۸ هفته از طریق تلفن آموزش و پیگیری‌های بعدی انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌های محقق ساخته شامل اطلاعات جمعیت شناختی، آگاهی، نگرش و مهارت بود که روایی محتوای آن با نظر اساتید بررسی و مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی و تأیید شد. این پرسشنامه‌ها توسط مراقبین قبل و بعد از اتمام پژوهش تکمیل گردیدند. داده‌ها در نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS وارد و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل من –ویتنی، تی زوجی و زوج‌های همسان شده ویلکاکسون با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: بر اساس آزمون تی مستقل، بین میانگین نمرات آگاهی، نگرش و مهارت مراقبین گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$) ولی مقادیر میانگین نمرات آگاهی، نگرش و مهارت مراقبین گروه مداخله ۸ هفته بعد از مداخله به صورت معنی‌داری افزایش یافت ($p<۰/۰۰۱$) در حالی که در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: توانمندسازی مراقبین خانوادگی به روش حل مسئله منجر به افزایش آگاهی، نگرش و مهارت مراقبین صدمات مغزی شده و آن ها را در ارائه مراقبت کارآمد یاری داده و منجر به بهبود ایفای نقش مراقبتی آن ها می‌شود و می‌توان آن را به عنوان یک روش جایگزین در شرایط عدم وجود پرستاران جامعه محور در کشور توصیه نمود.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی، آگاهی، نگرش مهارت، مراقبین خانوادگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۳۰

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۲- دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران. **(نویسنده مسؤول)**

پست الکترونیکی: mmojali@yahoo.com

۳- دانشیار، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۴- دانشجوی دکترای آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-02]

مقدمه

صدمه مغزی نوعی آسیب کارکردی و ساختاری مغز است که می‌تواند حیطه‌های سوماتیک (جسمانی)، شناختی و عاطفی کارکرد مغز را متأثر سازد (۱). عوارض ناشی از صدمات مغزی یک مشکل بسیار مهم پس از صدمه مغزی است و یک مانع بالقوه در بهبودی مطلوب بیماران به‌حساب می‌آیند. مطالعات قبلی نشان داده این عوارض نه تنها معمول هستند بلکه تخمین زده می‌شود که ۴۰ تا ۹۶ درصد بیماران دچار عوارضی با درجات متفاوت می‌شوند که این عوارض به‌طور بالقوه قابل‌پیشگیری هستند. از جمله این عوارض می‌توان به سکته مغزی مجدد، عفونت مجاری اداری، عفونت ریوی، زخم فشاری، ترومبوز وریدهای عمقی، آمبولی ریه، درد شانه، افسردگی، اضطراب، دلیریوم و تشنج اشاره نمود (۲). احتمال مرگ مبتلایان به صدمات مغزی شدید نسبت به دیگر افراد جامعه به دلیل تشنج ۳۷ برابر؛ سپتی سمی ۱۲ برابر، پنومونی ۴ برابر و به دلیل سایر مشکلات ریوی، گوارشی و عفونت‌های ادراری ۳ برابر بیشتر می‌باشد (۳). با توجه به این که بیماران در زمان ترخیص از بیمارستان، مرحله حاد بیماری و عوارض مربوط به آن مرحله را گذرانده و در مرحله بازتوانی قرار دارند، لذا مرگ و میرهای مرحله بازتوانی معمولاً ناشی از عدم برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های مراقبتی مناسب و در نتیجه بروز عوارض ثانویه در این بیماران است. Fisher در این باره می‌نویسد تقریباً ۵۰ درصد بیمارانی که مرحله حاد بیماری سکته مغزی را سپری می‌کنند تا ۷ سال بعد زنده می‌مانند. از این تعداد تقریباً ۱۰ درصد بدون ناتوانی به زندگی باز می‌گردند، ۴۰ درصد با ناتوانی متوسط، ۴۰ درصد با ناتوانی شدید و ۱۰ درصد آن‌ها به مراقبت بسیار طولانی مدت در مراکز نیاز دارند (۴). در ایران متأسفانه آمار دقیقی از بروز عوارض ثانویه، مرگ‌ومیر پس از ترخیص بیماران صدمه مغزی وجود ندارد؛ اما نتایج مطالعه فخار نشان داد که ۲۶/۱ درصد بیماران ضربه به سر شدید ۲ سال پس از ترخیص فوت نموده‌اند، ۱۳/۹ درصد با ناتوانی شدید، ۲۷ درصد با ناتوانی متوسط و از این عده تنها ۱/۵ درصد به زندگی عادی بازگشته بودند (۵). McBride در مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر مداخلات پرستاری بعد از ترخیص بر روی ۹۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی و خانواده‌هایشان به این نتیجه رسید که بیش از نیمی از بیماران در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی وابستگی نسبی دارند (۶).

پس از سال ۱۹۷۰ به دلایلی از جمله هزینه‌های کمتر مربوط به ارائه مراقبت، افزایش تعداد بیماران نیازمند خدمات سرپایی، افزایش جمعیت سالمندان، توسعه تجهیزات پزشکی پرتابل، اهمیت مراقبت در منزل بیش از پیش مورد توجه قرار گرفت (۷). مراقبت خانواده محور یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی خصوصاً در مورد بیماری‌های مزمن که نیازمند مراقبت در منزل و خود مدیریتی می‌باشد به رسمیت شناخته و آن را مورد تاکید قرار می‌دهد (۸). در این دیدگاه خانواده به عنوان اساسی‌ترین رکن جامعه، مسئول ارائه مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار تلقی می‌شود (۹). پرستاران در وضعیت منحصر به فردی جهت تعامل با افراد و اعضاء خانواده قرار دارند (۱۰). آن‌ها می‌توانند آگاهی، مهارت و حمایت لازم را برای ارائه مراقبت‌های کیفی در منزل فراهم نمایند (۱۱).

بر طبق تعریف انجمن ملی مراقبت‌های بهداشتی (National Association of Health Care) پرستار در مراقبت منزل مسئول تأمین بهترین و سالم‌ترین نوع مراقبت در منزل مددجویان می‌باشد. استحکام بافت اجتماعی و خانوادگی در ایران می‌تواند نویدبخش یک مراقبت شایسته به این بیماران باشد (۱۲) که متأسفانه به دلیل فعال نبودن سیستم پرستاری جامعه محور، امکان ارائه خدمات بازدید از منزل برای پرستاران فراهم نیست و بار مراقبت از این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان بر دوش خانواده‌های آنان می‌باشد؛ و از طرفی خانواده‌ها نیز نیازمند آموزش و حمایت جهت ارائه خدمات مناسب به این بیماران هستند و این در حالی است که آموزش‌های روتین و سنتی بیمارستانی خود به تنهایی نتوانسته کلید حل مشکلات متعددی باشد که بیمار و خانواده با آن مواجه هستند. در روش آموزش مبتنی بر حل مسئله خانواده باید برای

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-02]

مقابله با مشکلات ابتدا آن‌ها را شناسایی نموده و سپس راه حل‌های مناسبی برای آن‌ها پیدا کرده و به آن‌ها عمل نماید (۱۳). Won توانمندسازی را درگیر کردن مددجویان و خانواده آن‌ها در تصمیم‌گیری برای ارتقاء سطح سلامتی تعریف می‌کند که لازمه آن داشتن قدرت یا توانایی برای اتخاذ تصمیمات درست است. توانمندسازی به مددجو در فهم نیازها و روش بر طرف سازی آن‌ها به صورت آگاهانه با استفاده از روش حل مسئله، افزایش خوداتکایی و ایجاد اعتماد به نفس کمک می‌کند (۱۵،۱۴). یادگیری به روش حل مسئله، مؤثرترین شیوه یادگیری را فراهم می‌کند چرا که نوعی یادگیری فعالانه است (۱۶). حل مسئله شامل پنج مرحله می‌باشد که با توجه به حروف اول کلمات آن به زبان انگلیسی با سر واژه IDEAL (آرمانی) معرفی می‌شود. این پنج مرحله شامل تشخیص مسئله (Identify)، تعریف مسئله (Define)، بررسی و کشف راه‌حل‌های احتمالی (Explore)، عمل کردن بر اساس راه‌حل‌های کشف شده (Act) و مرحله آخر نگاه به عقب و ارزشیابی نتایج فعالیت‌های انجام‌شده (Look back) است (۱۷). از آنجا که در ایران سیستم پرستاری اجتماعی فعال نیست؛ عدم برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های مراقبتی مناسب باعث بروز عوارض ثانویه در این بیماران می‌شود. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر توانمندسازی بر اساس روش حل مسئله با پیگیری تلفنی بر آمادگی حین ترخیص مراقبین خانوادگی بیماران صدمات مغزی و آگاهی، نگرش و مهارت مراقبتی آنان انجام دهند.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی از نوع گروه مداخله و شاهد بود که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل مراقبین خانوادگی اصلی بیماران مبتلا به صدمه مغزی بودند که بیمارانشان برای اولین بار در سال ۹۲ به دلیل صدمه مغزی بستری شده بودند. در این مطالعه نمونه‌گیری به صورت مستمر و متوالی (Sequential) انجام گردید (۱۸،۱۹) در این نوع نمونه‌گیری پذیرش واحدهای نمونه‌گیری تا رسیدن به حجم نمونه محاسبه‌شده ادامه می‌یابد. لذا با توجه به بررسی مقدماتی محیط پژوهش و مقالات مرتبط با موضوع (۲۱،۲۰) و با احتساب ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون۸۰ درصد، حداقل اندازه نمونه در هر گروه ۲۵ نفر تعیین شد که به دلیل ریزش احتمالی این تعداد به ۳۰ نفر افزایش یافت. نمونه‌گیری به صورت در دسترس طی ۲ ماه در فاصله زمانی اول آبان تا ۳۰ آذر سال ۹۲ تا رسیدن به تعداد نمونه کافی انجام شد. نمونه‌ها پس از هماهنگی با پزشک معالج و نظر ایشان مبنی بر ترخیص بیمار طی ۴-۳ روز بعد، به شیوه بلوک‌های جایگشتی (permuted Randomized Blocks) در گروه شاهد و مداخله قرار گرفتند. معیارهای ورود بیماران به مطالعه شامل اولین بستری به دلیل صدمه مغزی، تشخیص قطعی صدمه مغزی، ضریب هوشیاری بالاتر و یا مساوی ۷ در مقیاس گلاسکو، نداشتن مشکلات زمینه‌ای و مؤثر دیگر بر مراقبت مانند دیابت، شکستگی در سایر اندام ها، تروما به شکم و ریه بود. همچنین معیارهای ورود به مطالعه مراقبین نیز شامل تمایل به شرکت در مطالعه، مراقبت‌کننده اصلی بیمار مبتلا به صدمه مغزی، داشتن محدوده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، نداشتن مشکلات شنوایی، بینایی و تکلم، نداشتن اختلالات روانی و شناختی مؤثر بر امر مراقبت، نداشتن تحصیلات در رشته‌های بهداشتی و درمانی، داشتن تلفن همراه و یا تلفن در منزل بود. در صورت فوت بیمار در طول مطالعه و یا عدم پاسخگویی تلفن مراقب و بیمار از مطالعه خارج می‌شدند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت شناختی و ابزار سنجش آگاهی، نگرش و مهارت مراقبین بود.

ابزار سنجش آگاهی، نگرش و مهارت مراقبین در برگیرنده ۳۰ سؤال مربوط به آگاهی، ۱۲ سؤال مربوط به نگرش و ۳۰ سؤال مربوط به عملکرد مراقبتی بود. در حوزه آگاهی پرسشنامه از سؤالات چندگزینه‌ای استفاده شد؛ و برخی از سؤالات دارای بیش از یک جواب صحیح بودند و از مراقبین درخواست گردید که با توجه به مشکلات و نیازهای بیمار خود به سؤالات پاسخ دهند، به‌طور مثال چنانچه بیماری از طریق لوله تغذیه نمی‌شد، سؤالات مربوط به این بخش از فرد مراقب پرسیده نمی‌شد. نحوه نمره‌گذاری به این صورت انجام گرفت که در صورت

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-02-02]

انتخاب جواب صحیح امتیاز ۱ و در صورت پاسخ غلط امتیازی به آن سؤال تعلق نمی‌گرفت. سپس تعداد پاسخ‌های صحیح فرد با هم جمع شده و بر تعداد کل سؤالات پاسخ داده شده تقسیم شده و درصد پاسخ‌های صحیح محاسبه می‌گردید. حوزه مهارت پرسشنامه شامل ۳۰ سال چند گزینه‌ای بود؛ به عنوان مثال سؤال «قبل از تغذیه با لوله، بیمار را در وضعیت ... قرار می‌دهم.» که در صورت انتخاب جواب صحیح امتیاز یک و در غیر این صورت امتیازی تعلق نمی‌گرفت. از آنجا که به این سؤالات پس از اجرای صحیح مهارت و بر اساس نیاز بیمار به سؤالات این بخش پاسخ داده شد تعداد جواب‌های صحیح پاسخ داده شده توسط هر فرد با هم جمع شده و بر تعداد کل سؤالات پاسخ داده شده تقسیم شده و درصد پاسخ‌های صحیح محاسبه گردید. پرسشنامه مذکور در حوزه نگرش شامل ۱۲ سؤال بود که هر سؤال دارای ۴ گزینه کاملاً موافق با نمره «۴»، موافق «۳»، مخالف «۲» و کاملاً مخالف با امتیاز «۱» بود. لذا حداقل نمره پرسشنامه ۱۲ و حداکثر نمره آن ۴۸ بود. برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه‌ها از روش اعتبار محتوی توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه گناباد، دانشگاه مشهد و نیشابور استفاده شد. اعتماد علمی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ بررسی شد؛ که برای آگاهی (α= ۸۱/۰)، برای نگرش (α=۹۰/۰) و برای مهارت (α= ۷۵/۰) به دست آمد. روش انجام کار بدین صورت بود که پژوهشگر با دریافت معرفی‌نامه پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه و اخذ مجوز کتبی از مسئولان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد و نیز کسب اجازه از مسئولان بیمارستان‌های ۲۲ بهمن و حکیم نیشابور شروع به نمونه‌گیری کرده و پس از معرفی اهداف، اهمیت مسئله و چگونگی انجام تحقیق و بیان امکان و حق خروج از مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه کتبی از مشارکت‌کنندگان، داده‌های مرحله اول (قبل از مداخله) که منجر به شناسایی منابع، محدودیت‌ها و نقاط ضعف مراقبین در زمینه‌های مختلف می‌گردید را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و بر اساس آن محتوای برنامه توانمندسازی برای مراقبین طراحی و بازنگری شد و سپس مرحله دوم (مداخله) انجام شد که به مدت ۲ ماه در گروه مداخله به طول انجامید و در این زمان گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در این پژوهش آموزش به شیوه حل مسئله ارائه شد. این روش شامل تشخیص مسئله، تعریف مسئله، کشف راه حل‌های احتمالی، عمل کردن به راه حل‌های انتخابی، ارزیابی کردن نتایج بود (جدول۱).

جدول شماره ۱: روش آموزش به شیوه حل مسئله

	آموزش به شیوه حل مسئله
مرحله اول	تشخیص مسئله: در این مرحله از مراقب خواسته می شد که مشکلاتی را که بیمار با آن روبرو بود بیان نماید. به‌طور مثال مراقب باید تشخیص می‌داد که بیمار خود به‌تنهایی نمی‌تواند بهداشت دهان و دندان را رعایت نماید؛ و عدم رعایت بهداشت دهان و دندان باعث ایجاد چه مشکلاتی در بیمار می‌شود. در این مرحله چنانچه مراقب قادر به پاسخگویی نبود توضیحات کامل توسط پژوهشگر در مورد مشکلات بیمار به مراقب داده می‌شد.
مرحله دوم	تعریف مسئله: در این مرحله مراقب باید به تعریف و درک صحیحی از مسئله می‌رسید؛ مثلاً درک و تعریف صحیحی از رعایت بهداشت دهان و دندان ارائه می‌داد یا در صورت تراکئوستومی بودن بیمار باید تعریف مناسبی از تراکئوستومی و کاربرد آن ارائه می‌داد. در این مرحله نیز پژوهشگر توضیحات کافی را در مورد ماهیت و چگونگی انجام آن به صورت تئوری برای مراقبین توضیح می‌داد.
مرحله سوم	راه‌حل‌های احتمالی: در این مرحله مراقب راه‌حل‌های مناسب با مشکل را ارائه می‌داد. به‌طور مثال در بیمار بیهوش راه‌حل‌های مراقبت از دهان و دندان را بیان می‌نمود و یا در بیمار با تراکئوستومی راه‌های مراقبت از آن را بیان می‌نمود. در این مرحله در صورت داشتن راه حل مناسب مراقب وارد مرحله بعد می‌شد. در غیر این صورت مراقبت‌های مربوطه توضیح داده می‌شد.
مرحله چهارم	اجرای عملی: در این مرحله از مراقب خواسته می‌شد راه حل ها را به صورت عملی اجرا نماید. در این مرحله پژوهشگر جلوی مراقب به‌طور کامل مهارت را انجام می‌داد. در مرحله بعد، پژوهشگر مهارت را به اجزای کوچک‌تر تقسیم می‌کرد و آن ها را گام به گام انجام می‌داد. سپس پژوهشگر از مراقب می‌خواست آن جزء مهارتی را انجام دهد و به وی فرصت تمرین و تکرار جهت کسب مهارت لازم داده می‌شد؛ سپس پژوهشگر از مراقب می‌خواست که با تمرین و تکرار در سایر اجزای آن وظیفه، خودکار یا توانمند شود؛ به حدی که بدون حضور پژوه شکر قادر به انجام آن مهارت باشد. در نهایت فرد مراقب در انجام آن مهارت، کاملاً کارآمد می‌شد. تعداد جلسات برگزارشده بر اساس نیازهای مراقبتی بیماران بین ۴ تا ۶ جلسه آموزش یک ساعت و سی دقیقه‌ای متفاوت بود.
مرحله پنجم	ارزیابی: در این مرحله از مراقب خواسته می‌شد تمام مراحل قبلی انجام‌شده در مورد مسئله (وظیفه یا مهارت) را بیان نموده و اجرا نماید.

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-02-02]

محتوای آموزشی بر اساس متون معتبر علمی تدوین شد و توسط متخصصین پرستاری، پزشک متخصص مغز و اعصاب و اساتید رشته‌های پرستاری و فیزیوتراپی تأیید گردید. جهت آموزش فیزیوتراپی از کارشناس این رشته کمک گرفته شد و سایر آموزش‌ها توسط پژوهشگر اصلی ارائه می‌شد. پس از ترخیص بیمار از بیمارستان پیگیری تلفنی به مدت ۸ هفته بدین ترتیب که در ماه اول، دو بار در هفته و در ماه دوم هفته‌ای یک بار (مجموعاً ۱۲ بار) با افراد گروه مداخله انجام گردید؛ به منظور اطمینان از انجام آموزش‌های داده‌شده؛ چک لیستی تهیه شده بود که هنگام ترخیص، در اختیار مراقبین قرار داده می‌شد؛ که در آن، انتظارات از انجام آموزش‌های داده‌شده منظور شده بود. پژوهشگر پس از دو ماه مداخله مجدداً به منازل افراد گروه مداخله و شاهد مراجعه و پرسشنامه آگاهی، نگرش و مهارت توسط مراقبین تکمیل گردید. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss v.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها استفاده گردید و در صورت برقراری فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی و در غیر این صورت از آزمون‌های من- ویتنی و زوج‌های همسان شده ویلکاکسون استفاده شد. سطح معنی‌داری نیز در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، بیماران در محدوده سنی ۹۰- ۱۹ و با میانگین سنی ۱۷/۵۳±۶۲/۳۵ بودند. ۵۵ درصد بیماران مرد و بقیه زن بودند تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه در نوع بیماری، ضریب هوشیاری، وضعیت حرکتی اندام، نحوه تغذیه، نحوه دفع ادرار، نوع راه هوایی و نیازهای مراقبتی بیماران وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). محدوده سنی مراقبین ۶۰- ۱۸ سال با میانگین ۱۰/۶۴ ±۴۰/۵۰ بود. دو گروه مراقب از نظر متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی تفاوت معنی‌داری نداشتند و اغلب زن با سطح تحصیلات دیپلم و کمتر و وضعیت اقتصادی ضعیف تا متوسط بودند (جدول ۲). میانگین تعداد روزهای مراقبت در هفته ۱/۷۰ ± ۶/۰۷ روز بود که از این نظر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و شاهد وجود نداشت ($p=۰/۷۶$). نتایج آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی‌داری را بین نمرات آگاهی، درک و مهارت دو گروه مداخله و شاهد پیش از مداخله نشان نداد (جدول ۳). نتایج آزمون آماری تی مستقل (بین گروهی) برای متغیرهای آگاهی و مهارت و آزمون من- ویتنی برای متغیر نگرش اختلاف معنی‌داری را پس از دو ماه مداخله در مقایسه با گروه شاهد نشان داد ($p<۰/۰۰۱$). نتایج آماری تی زوجی (درون گروهی) برای متغیرهای آگاهی و مهارت و زوج‌های همسان شده ویلکاکسون برای متغیر نگرش قبل و بعد از مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری را در گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله نشان داد ($p<۰/۰۰۱$).

جدول شماره ۲: اطلاعات جمعیت شناختی مراقبین موردمطالعه

متغیر	فراوانی گروه‌ها	شاهد	مداخله	p-value
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سن (سال)	≤۳۵	۸ (٪۲۶/۶)	۱۴ (٪۴۶/۶)	۰/۲
	۳۶-۴۵	۱۱ (٪۳۶/۶)	۸ (٪۲۶/۶)	
	≥۴۶	۱۱ (٪۳۶/۶)	۸ (٪۲۶/۶)	
جنس	مرد	۱۰ (٪۳۳/۴)	۱۱ (٪۳۶/۶)	۰/۰۷
	زن	۲۰ (٪۶۶/۶)	۱۹ (٪۶۳/۴)	
تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۱۱ (٪۳۶/۶)	۱۲ (٪۴۰)	۰/۴
	راهنمایی و دبیرستان	۸ (٪۲۶/۶)	۸ (٪۲۶/۷)	
	دیپلم و بالاتر	۱۱ (٪۳۶/۶)	۱۰ (٪۳۳/۳)	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۳ (٪۷۶/۷)	۲۹ (٪۹۶/۷)	۰/۰۲
	مجرد	۷ (٪۲۳/۴)	۱ (٪۳/۴)	
وضعیت اقتصادی	خوب و عالی	۷ (٪۲۳/۳)	۸ (٪۲۶/۶)	۰/۷
	متوسط و ضعیف	۲۳ (٪۷۶/۶)	۲۲ (٪۷۳/۳)	

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-02-02]

جدول شماره ۳: میانگین نمرات دانش، نگرش و مهارت مراقبین قبل و بعد از مداخله

سازه	گروه	قبل از مداخله			بعد از مداخله			نوع و نتایج آزمون
		میانه	میانگین	انحراف معیار	میانه	میانگین	انحراف معیار	
دانش	مداخله	۲۷/۶۵	۳۳/۷۸	۱۶/۱۸	۶۳/۷۳	۶۶/۲۸	۱۶/۴۸	زوجی t t=-۱۳/۱۶ P=۰/۰۰۱
	شاهد	۲۴/۴۴	۲۷/۹۹	۱۳/۰۰	۲۸/۸۲	۳۰/۲۰	۱۴/۲۱	زوجی t t=-۳/۰۴ P= ۰/۰۶
	نوع و نتایج آزمون	مستقل t t=۱/۵۲ P=۰/۱۳۲			مستقل t t=۲۵/۸ P=۰/۰۰۱			
مهارت	مداخله	۴۳/۱۹	۴۴/۷۵	۱۸/۵۰	۹۳/۳۳	۹۰/۳۸	۹/۰۹	زوجی t t=-۱۵/۹۵ P= ۰/۰۰۱
	شاهد	۳۷/۲۶	۳۹/۸۵	۱۵/۵۴	۴۴/۶۵	۴۳/۹۱	۱۸/۰۰	زوجی t t=-۱/۸۳ P=۰/۰۸۱
	نوع و نتایج آزمون	مستقل t t=۱/۱۱ P=۰/۲۷۲			مستقل t t=۱۲/۰۴ P=۰/۰۰۱			
نگرش	مداخله	۶۶/۶۶	۶۲/۵۰	۲۶/۶۰	۹۱/۶۶	۹۰/۲۲	۱۲/۸۰	رتبه علامت‌دار ویلکاکسون t=-۴/۳۰۶ P=۰/۰۰۱
	شاهد	۶۶/۶۶	۶۷/۵۰	۲۲/۰۳	۷۹/۱۶	۷۰/۴۵	۲۵/۸۱	رتبه علامت‌دار ویلکاکسون t=-۰/۳۴۳ P=۰/۷
	نوع و نتایج آزمون	مستقل t t=۰/۷۹ P=۰/۴۳۱			من-ویتنی U= -۳/۲۱ P= ۰/۰۰۱			

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اغلب مراقبین بیماران صدمات مغزی زن، متأهل با وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین و دارای تحصیلات ابتدایی بودند. در مطالعه عظیمی و همکاران نیز مشابه مطالعه حاضر اغلب مراقبین زن با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، دارای تحصیلات ابتدایی و متأهل بودند (۲۲).

در این پژوهش نتیجه آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری را بین دانش و آگاهی مراقبین قبل از مداخله بین دو گروه نشان نداد. درحالی‌که بعد از مداخله این تفاوت معنادار بود؛ بنابراین، بر اساس یافته‌ها، فرضیه پژوهش مبنی بر مؤثر بودن توانمندسازی مراقبین به روش حل مسئله بر آگاهی مراقبین حمایت می‌شود. یافته‌های این مطالعه با سایر مطالعات هم راستا می‌باشد. به طوری که نتایج مطالعه خطیبان نیز نشان داد، دانش مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی بین دو گروه قبل از مداخله تفاوتی با هم نداشته است، اما پس از آموزش الگوی توانمندسازی خانواده محور به مدت یک ماه افزایش معنی‌داری را در گروه مداخله نشان داد (۲۳). نتایج پژوهش chien و همکاران با عنوان تأثیر آموزش‌های نیاز محور بیمار و خانواده بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نشان داد که سطح آگاهی افرادی که در کنار خانواده و به همراه آنان آموزش‌های مربوط به نیازهای بعد از بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را دریافت کردند، تفاوت آماری قابل‌توجهی نسبت به گروه شاهد داشتند chien بیان می‌کند که تنها اکتفا به یک جلسه آموزشی به

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-02]

بیمار و خانواده اگر چه ممکن است در بالا بردن سطح دانش و آگاهی تأثیرگذار باشد، اما برای ایجاد تغییرات دائمی در رفتار کافی به نظر نمی‌رسد (۲۴). در مطالعه مسعودی آگاهی مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس در گروه مداخله پس از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور نسبت به قبل از آن افزایش معنی‌داری یافته بود (۲۵). نتایج مطالعه جابری نیز نشان داده است که آموزش مراقبت در منزل دانش مراقبین مبتلا به سکته مغزی را پس از دو ماه مداخله به‌طور معناداری افزایش داد (۲۶). نتایج مطالعه سوزنی و حسنی نیز نشان داد که آموزش مراقبت از زخم بستر در منزل، میزان آگاهی مراقبین خانگی مبتلایان به ضایعه نخاعی را افزایش داد (۲۷).

در مورد یافته‌های مربوط به نگرش مراقبین بیماران صدمه مغزی، وجود تفاوت معنادار آماری در نمرات نگرش نشان‌دهنده اثربخشی برنامه توانمندسازی بر نگرش مراقبین در گروه مداخله نسبت به قبل از آن و نیز در مقایسه با گروه شاهد بود؛ بنابراین، فرضیه دیگر این پژوهش مبنی بر «مؤثر بودن توانمندسازی بر درک و نگرش مراقبین بیماران صدمه مغزی» تأیید می‌گردد. نتایج برخی مطالعات قبلی هم راستا با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد از جمله مطالعه Yeung نشان داد که نگرش و اعتماد به نفس یک عامل کلیدی در ارزیابی حل مسئله در مراقبین خانوادگی چینی تبار در مراقبت از بیماران سکته مغزی است (۲۸). همچنین نتیجه مطالعه خطیبان که به این مطالعه نزدیک می‌باشد، نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور توانسته است افزایش آماری معناداری بر اعتماد به نفس مراقبین در گروه مداخله داشته باشد درحالی که در گروه شاهد اعتماد به نفس مراقبین کاهش یافته بود هر چند که از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار نبود. خطیبان معتقد است که هر چه میزان دانش و آگاهی مراقبین بیشتر باشد اعتماد به نفس آن ها نیز در امر مراقبت بالاتر خواهد بود (۲۲). نتایج مطالعه مسعودی در زمینه توانمندسازی مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نیز نشان داد که میزان نگرش مراقبین پس از مداخله در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری افزایش یافته بود (۲۵).

در بحث یافته‌های مربوط به مهارت مراقبین خانوادگی بیماران صدمه مغزی، وجود تفاوت معنادار آماری در نمرات مهارت مراقبین نشان‌دهنده اثربخشی برنامه توانمندسازی بر مهارت مراقبین بیماران صدمه مغزی بود؛ بنابراین، فرضیه دیگر این پژوهش «موثر بودن توانمندسازی به روش حل مسئله بر مهارت مراقبین» نیز حمایت می‌شود. نتایج برخی از مطالعات قبلی هم راستا یا متفاوت با نتایج پژوهش حاضر می‌باشند از جمله نتایج مطالعه Shyu نشان داد که خانواده‌های بیماران سکته مغزی در گروه آزمون توانسته بودند پس از ۱۲ ماه پیگیری عملکرد بهتری در زمینه بازتوانی جسمی، روحی و شناختی بیماران نسبت به گروه شاهد داشته باشند (۲۹). نتایج مطالعهGrant که با هدف تعیین تأثیر مداخلات تلفنی بر اساس حل مسئله در مراقبین خانوادگی مبتلا به سکته مغزی انجام شد نشان داد که مهارت حل مسئله و عملکرد اجتماعی و روانی مراقبین در گروه مداخله به‌طور قابل توجهی بهبود یافت بود (۳۰). نتایج مطالعه آینده‌نگر Sander و همکارانش بر روی بیماران ضربه سر نشان داد که عملکرد عاطفی بیماران و مراقبین خانوادگی آنان که تحت برنامه توانبخشی قرارگرفته بودند ۶ ماه پس از مداخله بهبود یافته بود اما هیچ رابطه معنی‌داری بین عملکرد خانواده و پیامد مشارکت آنان در بهبود بیماران وجود نداشت (۳۱). تفاوت نتایج مطالعه Sander با مطالعه حاضر احتمالاً می‌تواند به این دلیل باشد که آموزش‌های مذکور بیشتر در حیطه روانی مراقبت بوده است. نتایج مطالعه مسعودی نیز نشان داد که مهارت مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس پس از آموزش‌های توانمندسازی خانواده محور به‌طور معناداری در گروه مداخله افزایش یافت (۲۵). نتایج کارآزمایی بالینی Kalra نشان داد آموزش به مراقبین و بیماران سکته مغزی میزان اضطراب، افسردگی و همچنین کیفیت زندگی مراقبین را افزایش داد اما بر میزان مرگ‌ومیر، ناتوانی و سازمان‌دهی مجدد بیماران تاثیری نداشت (۲۷). دلیل تفاوت نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر می‌تواند به دلیل تفاوت در نوع آموزش ها باشد (۳۲). در کارآزمایی بالینی Rivera و همکاران که با عنوان آموزش حل مسئله در مراقبین خانوادگی

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-02-02]

بیماران ضربه سر انجام دادند، نتایج پژوهش نشان داد که آموزش به مراقبین گروه مداخله به روش حل مسئله و پیگیری تلفنی باعث کاهش افسردگی، پیشگیری از بروز عوارض و حل مشکلات غیرعادی بیماران در طول دوره مداخله گردید (۳۳). از ویژگی‌های مطالعه حاضر این بود که بر اساس نیاز بیماران به همراهان آنان آموزش داده می‌شد که از جمله این آموزش ها می‌توان به چگونگی مراقبت از راه هوایی (پیشگیری از آسپیراسیون در حین تغذیه، ساکشن نمودن تراکئوستومی و مراقبت از راه هوایی) اشاره نمود. Martino و همکاران شیوع اختلال بلع و بروز پنومونی را در بیماران سکته مغزی بررسی نمودند نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که اختلال بلع و پنومونی ناشی از آسپیراسیون یکی از بزرگترین خطراتی است که بیماران سکته مغزی را تهدید می‌کند (۳۴). در مطالعه sackly و همکاران نیز پنومونی ناشی از آسپیراسیون و عفونت تنفسی یکی از شایع‌ترین عوارض به دنبال وقوع سکته مغزی ذکر شده است (۳۵). در مطالعه حاضر در گروه مداخله افزایش معنی‌داری را در سطح آگاهی و مهارت مراقبین در امر مراقبت از راه هوایی بیماران را شاهد بودیم. هر چند مراقبت از این بیماران برای خانواده بسیار سخت و طاقت‌فرسا است و در برخورد اول بسیاری از خانواده‌ها به دلیل ناتوانی در مراقبت از پذیرش بیماران خود با این وضعیت امتناع می‌ورزیدند، اما آموزش کافی به خانواده‌ها و ارتقاء مهارت آن‌ها توانست این بیماران را با امنیت بیشتر به محیط خانواده بازگرداند.

نتیجه‌گیری نهایی

مراقبین خانگی با پدیده مراقبت از مددجویانی مواجه هستند که اغلب دارای بیماری‌های مزمن و طاقت‌فرسایی هستند و این درحالی است که از آموزش خاصی در این زمینه برخوردار نمی باشند و لذا نیازمند دریافت آموزش از سوی پرستاران مراکز درمانی و همچنین حمایت و پیگیری توسط پرستاران سلامت جامعه هستند، اما نبود پرستاران جامعه محور در کشور، محدود بودن مراکز توانبخشی بیماران سکته مغزی و بالا بودن هزینه‌های این‌گونه خدمات باعث می‌شود که بیماران و خانواده‌های آنان با یک خلأ مراقبتی مواجه باشند که این امر می‌تواند تأثیر منفی بر بیماران و خانواده‌های آنان داشته باشد. اجرای برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر خانواده به‌نوعی تحقق برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه است که با توسعه این برنامه‌ها می‌توان باعث افزایش امید به زندگی بیماران و کاهش فشار و بار مراقبتی خانواده‌ها شد. طبق مطالعاتی که در ایران و سایر کشورها انجام شده است، ضمن تاکید بر وجود ضعف مراقبتی در خانواده‌های بیماران مبتلا به صدمات مغزی و عدم تبعیت آن ها از برنامه‌های بازتوانی، علت اصلی ضعف در مراقبت را نبود حمایت اجتماعی از خانواده‌ها، عدم دریافت اطلاعات کافی در مورد بیماری و نحوه مراقبت از آن، نبود برنامه‌های بازتوانی و ترخیص در بیمارستان و هزینه‌های بالای مراکز خصوصی توانبخشی ذکر کرده‌اند (۳۶، ۳۷). لذا علی رغم وجود محدودیت‌های مطرح در انجام مطالعه حاضر نتایج این پژوهش نشان داد که با توانمندسازی مراقبین خانگی بیماران مبتلا به صدمات مغزی در سه حیطه دانش، نگرش و مهارت می‌توان آن ها را در امر ارائه مراقبت‌های تخصصی و کارآمد یاری داده و بیماران را با امنیت مراقبتی بیشتر به محیط خانه‌هایشان بازگرداند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به یکسان نبودن مشکلات تمام بیماران و در نتیجه نیازهای مراقبتی آن ها اشاره نمود. محدودیت‌های دیگری از قبیل تأثیر ویژگی‌های فردی و شرایط روحی – روانی مراقبین در نحوه پاسخ به مداخله آموزشی را ذکر کرد. از آنجایی که وضعیت سلامت بیماران نیز از پیامدهای مهم این گونه مداخلات محسوب می‌شود لذا پیشنهاد می‌گردد که جهت مشخص نمودن تأثیر این آموزش‌ها بر بیماران، وضعیت سلامت آن ها نیز قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه بررسی و باهم مقایسه شود و یا با استفاده از ابزارهای استانداردی همچون مقیاس پیامد گلاسکو (Glasgow Outcome Scale) پیامد وضعیت سلامتی این بیماران شش ماه الی یک سال پس از ترخیص مجدداً مورد ارزیابی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه تحصیلی می‌باشد. مطالعه با کد IRCT2013051813367N1 در مرکز بین‌المللی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-02]

ثبت کارآزمایی های بالینی ایران (http://irct.ir) ثبت شده است. بدین وسیله از تمامی بیماران و خانواده‌های آنان، کارکنان محترم مراکز درمانی نیشابور و کلیه افرادی که در انجام پژوهش تیم پژوهشی را یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

1- Scorza KA, et al. Current concepts in concussion: evaluation and management. J American Family Physician. 2012; 85 (2): 123-132.

2- Langhorne DJS, Robertson L. Medical Complications after Stroke. J American Stroke Assocation.2000; 31(1):1223-9.

3- Harrison-Felix C, Whiteneck G, Devivo MJ, Hammond FM, Jha A. Causes of death following 1 year post injury among individuals with traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil. 2006; 21(1): 22-33.

4- Fisher M, Feuerstein G. Update of the stroke therapy academic industry roundtable preclinical recommendations. J American Stroke.2009; 40(1): 2244-2250.

5- Fakhar H. The outcome of patients hospitalized with severe head injury according to Glascow Coma Scale. Arak Medical University Journal. 2010;12(4):1-9.(persian).

6- McBride KL WC, Sourial R, Mayo N. Post Discharge Nursing Interventions for Stroke Survivors and their families. J Adv Nurs. 2004;47(2):192-200.

7- Dromerick M, Reding M. Medical and Neurological Comlication during inpatient stroke. Rehabilitation stroke J. 1994;25(2):358-361.

8- Masoudi R, Soleymani M, Hashemi N. The effect of family centred empowerment model on the quality of life in elderly people. J QUMS. 2010;14(1):57-64. (Persian).

9- Graven R. Fundamentals of Nursing: 3edit; Lippincott. 2000: 744-746.

10- larson J, Billing E, Arbin M, Murray V, Wredling R. The impact of a nurse-led support and education programe for spouses of stroke patient. J Clin Nurse. 2005;14(8):995-1003.

11- Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1999;36(8):26-32.

12- Hussein M,Khanke H R. The Effect of Home Care on the Complication of Immobility in Patients whit Stroke. J Rehabilitation. 2004;4(5):35-42. (Persian).

13- Vshany B. Shirdelzade S. The Effect of Problem -solving Education based on Self Management of Diabetes. J of University Medical Sciences Sabzevar. 2011;18(4):88-95. (Persian).

14- Won CW FS, Favaro S, Olsen P. Phelan EA. Community-based "powerful tools " intervention enhances health of caregivers. Arch Gerontol Geriatr. 2008;46(1):89-100.

15- Catford J. Environmental health promotion: advancing the science and practice. Health Promot Pract. 2010;11(3):301-302.

16- Cashman SB, Bushnell FK, Fulmer HS. Community-oriented primary care: a model for public health nursing. J Health Polit Policy Law 2001;26(3):617-634.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-02]

17- Seif AA. Measurement, evaluation and educational assessment; Tehran: Agah publication.2007: P 215.(persian).

18- Herman Chernoff. Sequential design of experiments. Annals of Mathematical Statistics. 1959:30(3):755-777.

19- Morris H, DeGroot k. Optimal Statistical Decisions. Journal Wiley.2004:p 367.

20- Shokohi Yekta M, Parand A. The Effectiveness of Instruction Based on Cognitive Approach on Family Relationship. 2008;4 (13):5-16.(persian).

21- Norian K, Kazemia A, Aslani Y, Delaram M. The Effect of Rehabilitation on life quality in Patients with Stroke.2005;13(50); 22-27.(persian).

22- Azimi R, Mohammadi F, Hoseini M, Farzi M. The effect of home-based stroke rehabilitation on quality of life of stroke survivors and their family caregiver's strain. Journal of Evidence-Based Care. 2013;3(6):77-85.(persian).

23- Khatiban M, Kheirollahi A, OshvandiK h, Alhani F, Feradmal J. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: a randomized controlled trial. J Mazand Univ Med Sci. 2014;23(110):244-250.(persian).

24- Chien W,Chiu Y, Lam W. Effects of a needs based education programmed for family carrier with a relative in an intensive care unit. International Journal of Nursing Studies. 2006;43(24):39-41.

25- Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill,attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. J Birjand University of Medical Sciences. 2010;17(2):87-97. (persian).

26- Jaberi R. Effect of home care teaching to knowing and adherence by stroke caregivers in Tehran University of medical science hospital: Master Thesis of Tehran University of Medical Science; 2001:P40-55.(persian).

27- Soozani A, Hasani M. The effect of structured educational model on knowledge of caregivers and the process of pressure ulcer healing in veterans with spinal cord injury. Horizon Med Sc. 2007;12(4):55-61.(persian).

28- Yeung S, Lui M H, ROSS F. Family carers in stroke care: examining the relationship between problem-solving,depression and general health. Journal of Clinical Nursing. 2007;16:344–352.

29- Shyu YI CM, Chen ST, Wang HP, Shao JH. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. J Clin Nurs. 2008;17(18):2497-508.

30- Grant J ER, Weaver M, Bartolucci A. Telephone Intervention With Family Caregivers of Stroke Survivors After Rehabilitation. J American Stroke. 2002;33(1):2060-5.

31- Sander AM, Maestas KL, Sherer M, Malec JF, Nakase RR. Relationship of caregiver and family functioning to participation outcomes after postacute rehabilitation for traumatic brain injury: a multicenter investigation. Arch Phys Med Rehabi. 2012;93(5):482-8.

32- KalraL, Evans A, Perez I, Melboun A, Patel A, Kanapp M. Training care of stroke patients: randomaized controlled trail. BMJ. 2004;328(7448):1099.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-02]

33- Rivera PA, Elliot TR, Berry JW, Grant JS. Problem-solving training for family caregivers of persons with traumatic brain injuries: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2008;89(5):931-41.

34- Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: Incidence and pulmonary complications. J American Stroke Association. 2005;36(1):2756-63.

35- Sackley C, Brittle N, Patel S, Ellins J, Scott M, Wright C, Dewey ME. The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. Stroke. 2008 Dec;39(12):3329-34.

36- Hartke RJ, King RB. Analysis of problem types and difficulty among older stroke caregivers. Top Stroke Rehabil. 2002;9(1):16-33.

37- Mitchell K. Assessment of stroke survivors: assisting families of stroke survivors on acute rehabilitation units. J Top Stroke Rehabil. 2009;16(6):420-424.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-02]