Military Caring Sciences

Original Article

10.22034/12.3.255

OPEN ACCESS

# Effects of Family-Centered Empowerment on Death Anxiety and Satisfaction with Life of the Family Caregivers of Patients with Stroke

Afraseyabi. M[1]
Deris. F[2]
Rafiee. L[3]
* Davoodvand. Sh[3]

*1 - Student Research Committee, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran*

*2- Statistics and Epidemiology Department, Health School, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran*

*3- Adult and Elderly Nursing Department, Community-Oriented Nursing and Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran, (*Corresponding Author), Email: shdavodvand@gmail.com*

## ABSTRACT

**Introduction:** Family caregivers of patients with stroke commonly experience elevated death anxiety and diminished life satisfaction. Family-centered empowerment, interventions have shown promise in alleviating psychological distress among this population.

**Objective:** This study aimed to investigate the impact of a family-centered empowerment intervention on death anxiety and life satisfaction among family caregivers of patients with stroke.

**Materials and Method:** This quasi-experimental study was conducted with family caregivers of patients with stroke in Shahrekord, Iran. Sixty caregivers were recruited via convenience sampling and randomly allocated to intervention (n=30) and control (n=30) groups. Data were collected using a demographic questionnaire, the Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener et al. 1985), and the Templer Death Anxiety Scale (TDAS; Templer, 1970) at baseline, immediately post-intervention, and at three-month follow-up. The family-centered empowerment intervention, consisting of eight 60–90-minute sessions delivered individually and in groups, was implemented only in the intervention group. Data were analyzed using SPSS software.

**Results:** No significant between-group differences were observed in life satisfaction or death anxiety at baseline or immediately post-intervention ($P>0.05$). At the three-month follow-up, life satisfaction scores were significantly higher in the intervention group (21.10±3.85) than in the control group (14.67±2.48; $P=0.002$). Similarly, death anxiety scores were significantly lower in the intervention group (9.60 ±1.48) compared with the control group (13.13±1.36; $P<0.001$).

**Conclusion:** The family-centered empowerment intervention significantly reduced death anxiety and enhanced life satisfaction among caregivers of patients with stroke, with sustained effects observed at three-month follow-up. Accordingly, this intervention is recommended as an effective strategy to improve the psychological well-being of family caregivers and should be incorporated into comprehensive care plans for stroke patients.

**Keywords:** Death Anxiety, Family-Centered Empowerment, Satisfaction with Life, Stroke

**Cite this article**: Afraseyabi M, Deris F, Rafiee L, Davooddvand Sh. Effects of Family-Centered Empowerment on Death Anxiety and Satisfaction with Life of the Family Caregivers of Patients with Stroke. Military Caring Sciences. 2025; 12 (3): 255-264.

Received: 2024/02/18 Received in revised form: 2024/08/05 Accepted: 2024/08/07 Published: 2025/09/30

©The Author(s)

**Publisher:** Aja University of Medical Sciences

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

# تأثیر توانمندسازی خانواده – محور بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی

**محبوبه افراسیابی**[1]
**فاطمه دریس**[2]
**لیلا رفیعی وردنجانی**[3]
***شیرمحمد داودوند**[3]

۱ - کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲ -گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۳ - گروه پرستاری بزرگسالان و سالمندان، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران (*نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک:

shdavodvand@gmail.com

**چکیده**

**مقدمه:** مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی اغلب دچار اضطراب مرگ بالا و رضایت از زندگی پایین هستند. توانمندسازی خانواده محور به عنوان یک رویکرد مداخله‌ای، می‌تواند در کاهش مشکلات روانی این افراد مؤثر باشد.

**هدف:** این مطالعه با هدف بررسی تأثیر توانمندسازی خانواده محور بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه نیمه تجربی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی در شهرکرد انجام شد. ۶۰ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری کنترل و مداخله تخصیص یافتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه رضایت از زندگی داینر و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله جمع آوری شد. مداخله مبتنی بر توانمندسازی خانواده- محور در هشت جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای به صورت فردی و گروهی انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** رضایت از زندگی و سطح اضطراب مرگ مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی در دو گروه، قبل و بلافاصله بعد از مداخله تفاوت معنادار آماری نداشت ($P < ۰/۰۵$). سه ماه پس از مداخله نمره رضایت از زندگی در گروه کنترل ۲/۴۸±۱۴/۶۷ و در گروه مداخله ۳/۸۵±۲۱/۱۰ بود که تفاوت معنادار آماری نشان داد ($P=۰/۰۰۲$). سطح اضطراب مرگ نیز در گروه کنترل ۱/۳۶±۱۳/۱۳ و در گروه مداخله ۱/۴۸±۹/۶۰ بود که تفاوت معنادار آماری نشان می‌داد ($P<۰/۰۰۱$).

**نتیجه‌گیری:** مداخله مبتنی بر توانمند سازی خانواده محور بر سطح اضطراب مرگ و رضایت از زندگی مراقبین تأثیر داشت. لذا، پیشنهاد می‌گردد تا استفاده از آن به عنوان یکی از عوامل ارتقاء دهنده سطح سلامت مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی در برنامه‌ریزی مراقبتی برای این بیماران گنجانده شود.

**کلمات کلیدی:** اضطراب مرگ، توانمند سازی خانواده محور، رضایت از زندگی، سکته مغزی

**استناد:** افراسیابی محبوبه، دریس فاطمه، رفیعی وردنجانی لیلا، داودوند شیرمحمد. تأثیر توانمندسازی خانواده - محور بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۴؛ ۱۲(۳): ۲۶۴- ۲۵۵.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۹ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۷ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۷/۰۸

CC BY NC

©نویسندگان

**ناشر:** دانشگاه علوم پزشکی آجا

**مقدمه**

سکته مغزی به عنوان دومین علت مرگ و میر و سومین علت ایجاد ناتوانی در جهان شناخته شده است (۱). هر ساله بیش از ۵/۵ میلیون نفر در دنیا که دو سوم آن‌ها به کشورهای در حال توسعه اختصاص دارد در اثر این بیماری فوت می‌کنند (۲). در ایران نیز سالانه هزاران نفر بدین دلیل جان خود را از دست می‌دهند (۳). در کشورهای صنعتی شیوع سکته مغزی ۵ در ۱۰۰۰ نفر جمعیت است و در کشورهای در حال توسعه در حدود ۱۰-۵ نفر در ۱۰۰۰ نفر جمعیت است (۴). ۸۰-۷۵ درصد این بیماران با محدودیتها و ناتوانی‌های شدیدی از بیمارستان ترخیص و به خانه بر می‌گردند که گاهی حتی در کوچک‌ترین امور شخصی خود و مراقبت از خود به کمک دیگران نیاز پیدا می‌کنند. نیاز مراقبتی این بیماران در منزل و توسط مراقبین خانوادگی تأمین می‌شود و نقش مراقب را نیز به وظایف افراد خانواده اضافه می‌کند که با توجه به زمان بر بودن روند بهبودی بیمار، گاهی نیازهای زیستی، اجتماعی و روانی بیمار بر نیازهای مراقبین خانوادگی پیشی می‌گیرد و باعث تنیدگی فراوانی در آنان می‌شود (۵). مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن مشکلات اقتصادی، اجتماعی، احساس سرخوردگی، استرس، اضطراب و افسردگی و نا امیدی را گزارش نموده‌اند (۶). بر اساس نتایج مطالعه گراهام (Graham) و همکاران مراقبین بیماران مزمن ۴۹ درصد از تنش‌های اجتماعی و روانی و به خصوص اضطراب را تجربه می‌کنند (۷) اضطراب یکی از مسائل پر اهمیت مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی است (۸) که شامل اضطراب عمومی، آشکار، پنهان و اضطراب مرگ می‌باشد (۹).

اضطراب مرگ به عنوان ترس از مردن خود و دیگران شامل ترس‌هایی از قبیل ترس از پایان وجود شخص، ترس از فرآیند مردن، ترس از ناشناختههای پس از مرگ یا ترس از دست دادن عزیزان می‌باشد، مطالعات نشان داده است که مواجهه مداوم با افراد پیر یا به شدت بیمار یا بیماری‌های با سیر مزمن مانند سکته مغزی باعث برانگیختن افکار پیرامون مرگ و ایجاد اضطراب مرگ در خانواده و در نتیجه تغییر خلق و خو و گاهاً ترس و خودداری از رویارویی با مسائل این بیماران می‌گردد (۱۰، ۱۱). بر اساس نتایج مطالعه لشکری و همکاران مراقبین خانوادگی شدت بالاتری از اضطراب مرگ را تجربه می‌کنند که افزایش آسیب‌پذیری آنان در مقابل مشکلات گوناگون را در پی دارد (۱۲). سمنوا (Semenova) در سال ۲۰۱۶ نیز بیان می‌کند تجربه بالاتر اضطراب مرگ توسط مراقبین خانوادگی، به کاهش پذیرش مرگ قریب الوقوع بیمار، کاهش سازگاری با استرس ناشی از بار مراقبتی و همچنین کاهش رضایت از زندگی آنان می‌شود (۱۳). ژائو (Zhao) و همکاران بیان کرده‌اند که اضطراب و افسردگی مراقبین خانوادگی، مرگ و میر بیماران مبتلا به سکته‌های مغزی را افزایش می‌دهد (۱۴).

یکی دیگر از مسائل مراقبین خانوادگی کاهش رضایت از زندگی است (۱۵). مفهوم رضایت از زندگی چیزی فراتر از شادمانی و یک سازه شناختی بهزیستی ذهنی در نظر گرفته شده است که نشان می‌دهد فرد از زندگی خود خرسند است. این مفهوم هم برآورده شدن نیازهای اساسی و هم دستیابی به اهداف متنوع را مشخص می‌نماید (۱۶). از علل احتمالی افت رضایت از زندگی در مراقبین، عدم پذیرش نقش مراقب بودن، خستگی روحی، جسمی و عدم حمایت‌های اجتماعی در جهت ایفای این نقش می‌باشد (۱۷).

به نظر می‌رسد به دلیل افزایش شیوع و عوارض بیماری‌های مزمن مانند سکته مغزی در دهه اخیر و تحمیل نقش مراقبتی به افراد خانواده و عوارضی مانند اضطراب مرگ و کاهش رضایت از زندگی، بایستی رویکردهای توانمندسازی و مراقبتی از بیمار محور به سمت رویکرد ترکیبی بیمار- مراقب محوری (خانواده- محوری) حرکت نماید (۱۸، ۱۹). توانمندسازی یک فرآیند دینامیک، مثبت، مؤثر و اجتماعی برای بهبود کیفیت زندگی افراد، پاسخ درمانی بهتر، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه‌های درمانی و نگرش مثبت به ناتوانی‌ها است (۲۰). یکی از الگوهای توانمندسازی مناسب برای جامعه ایرانی توانمندی خانواده- محور است که در ایران نخستین بار در سال ۱۳۸۱ توسط الحانی و همکاران ارائه شده است (۲۱). مراحل اصلی این الگو شامل تهدید درک شده، خودکارآمدی به روش مشکل‌گشایی، عزت نفس به روش مشارکت و ارزشیابی است. این الگو با تأکید بر نقش خانواده در ابعاد انگیزشی، خودباوری (عزت نفس)، عملکردی (خودکارآمدی)، روان‌شناختی (دانش، نگرش، تهدید درک شده) طراحی شده که همزمان دانش، نگرش، اعتقادات، مهارت خانواده را در جهت ارتقاء سلامت تقویت کند (۲۲).

شهدادی و همکاران بیان کردند که استفاده از مدل توانمندسازی خانواده محور منجر به کاهش اضطراب مرگ و افسردگی در

بیماران همودیالیزی می‌شـــود (۲۳). اعتمادی فر و همکاران نیز بیان نمودند که استفاده از این الگو منجر به کاهش سطح استرس، اضطراب و افســـردگی مراقبین بیماران مبتلا به صرع شده است (۸). دیهـــول (Deyhoul) و همکاران نیز نشـــان دادند که برنامه توانمندسازی خانواده محور می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی و کاهش بار مراقبان گردد (۲۴)؛ اما فورستر (Forster) و همکاران بیان کردند که آموزش مراقبین و بیماران و توانبخشی، تأثیری در کاهش مشکلات مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی نداشته است (۲۵). همچنین بیلی (Baily) و همـــکاران نیز بین حمایت اطلاعاتی و اضطراب خانواده بیماران بســـتری در بخش مراقبت‌های ویژه ارتباط معناداری پیدا نکردند (۲۶). از آنجا که توانمندســـازی خانواده محور میتواند عوارض و مشـــکلات ناشـــی از مراقبت از بیماران مبتلا به افسردگی مزمن را در مراقبیـــن خانوادگـــی کاهش دهد و ســـطح رضایت آنان از زندگی آنان را بالا ببرد (۲۷) و با توجه به اینکه شیوع سکته‌های مغزی بالاست، بهبودی آنان زمان بر است و بار مراقبتی سنگینی را بـــر مراقبین خانوادگی تحمیل می‌کنـــد و حتی باعث افزایش اضطراب مرگ در مراقبین شده و رضایت آنان از زندگی را کاهش می‌دهد، اهمیت مراقبت مداوم بیشتر نمایان می‌شود. لذا، بایستی از مداخلات آموزشـــی با محوریت خانواده و بیمار استفاده شود تا هم کیفیت مراقبت از بیمار ارتقاء یابد و هم در سلامت جسمی و روانی مراقبین خانوادگی به منزله بیماران فراموش شده بهبودی حاصل شود (۲۸).

نتایج برخی از مطالعات مشابه حاکی از تأثیر مداخلات توانمندسازی از جملـــه توانمندســـازی خانواده محور بر ابعـــاد مختلف زندگی بیماران و خانواده‌های آن‌ها بوده اســـت و با توجه به ارتباط بین ابعاد و مشکلات مختلف زندگی انسان و همچنین با در نظر گرفتن نقشی که پرستار می‌تواند در اجرای برنامه‌های توانمندسازی ایفا نماید، به نظر می‌رسد اجرای مداخله توانمندسازی خانواده محور بتواند در جهت بهبود شرایط زندگی و کاهش مشکلات و عوارض جسمی و روانی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به حوادث عروق مغزی مؤثر باشـــد. لذا، از آنجا که مطالعه‌ای در مورد تأثیر اجرای این مدل بـــر مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به ســـکته مغزی یافت نشـــد و در مورد تأثیر توانمندسازی خانواده محور در سایر ابعاد زندگی مراقبین خانواده نتایج متناقض دیده می‌شود، بر آن شـــدیم تا با انجام این مطالعه، بررسی کنیم که آیا توانمندسازی خانواده-محور بـــر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی تأثیر دارد؟

## مواد و روش‌ها

مطالعـــه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی اســـت که به صورت دو گروهی (کنترل و مداخله) و به روش پیش آزمون و پس آزمون و جامعه پژوهش مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به ســـکته مغزی انجام شده است. هدف مطالعه، بررسی تأثیر توانمندسازی خانواده - محـــور بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به ســـکته مغزی بود. حجم نمونه طبق فرمول زیر و بر اســـاس نتایج حاصل از مطالعه کاظم نژاد و همکاران (۲۹) با در نظـــر گرفتن احتمال ۱۰ در هر گروه مداخله و کنترل ۳۰ نفر تخصیص داده شدند. در طول مطالعه ریزش نمونه وجود نداشت.

$$n = \frac{2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$

α=۰/۹۵

Z (1-α/2) =۱/۹۶

β=٪۸۰

Z (1-β) =۰/۸۴

D = ۰/۵۶

در نهایـــت ۶۰ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به ســـکته مغزی بســـتری در مراکز آموزشـــی درمانی بیمارســـتان آیت‌الله کاشانی شهرکرد در سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و با استفاده از نرم‌افزار اختصاص تصادفی (Random Allocation Software) بـــه طـــور تصادفی بـــه دو گروه مداخلـــه و کنترل تخصیص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه شـــامل ســـن مراقب بالای ۱۸ سال، مشـــارکت در بخش عمده مراقبت از بیمار، عدم دریافت پول برای مراقبت (۳۰)، مراقبت تنها از یک بیمار مبتلابه ســـکته مغزی، مراقبت بـــرای حداقل ۲ ماه، عدم مشـــارکت در مطالعه پژوهشی دیگر همزمان با این مطالعه و توانایی خواندن و نوشـــتن بود. معیارهای عدم ورود شامل ابتلا مراقب به اختلالات روانی که منجر به مصرف داروی مؤثر بر اعصاب و روان می‌شـــد و

داشتن دانش آکادمیک در حوزه سلامت بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل مراقب خانوادگی به ادامه مطالعه یا عدم شرکت در حداقل ۷۵ درصد جلسات مداخله بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ثبت ویژگی‌های دموگرافیک، نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر و نسخه فارسی پرسشنامه رضایت از زندگی داینر بود.

پرسش‌نامه اضطراب مرگ تمپلر که در سال ۱۹۷۰ میلادی توسط تمپلر ساخته شده است، دارای ۱۵ سؤال بلی- خیر است که نمره ۱ یا ۰ تعلق می‌گیرد. امتیاز کلی پرسشنامه از صفر (عدم وجود اضطراب مرگ) تا ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی بالا) با نقطه برش (۶-۷) بود. نمره بین ۷ الی ۱۵ نشان دهنده اضطراب مرگ بالا و ۰ الی ۶ نشان دهنده اضطراب مرگ پایین بود. روایی نسخه انگلیسی به روش روایی ملاکی همزمان اثبات شد و پایایی آن با شیوه آزمون- آزمون مجدد و ضریب همبستگی برابر با ۰/۸۳ مورد ارزیابی قرار گرفت (۳۱). پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه نیز توسط مسعود زاده و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفت. روایی به صورت روایی محتوا و پایایی به صورت تعیین ضریب همبستگی درونی برابر با ۰/۹۵ تعیین شد (۳۲). پایایی این ابزار در مطالعه حاضر از روش آلفا کرونباخ تعیین شد به‌این‌ترتیب که تکمیل پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از مراقبین خانوادگی واجد شرایط که جزء گروه‌های مطالعه نبودند، بررسی شد آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ مؤید پایایی مطلوب پرسشنامه بود.

پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS) توسط داینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ ساخته شد. این مقیاس از ۵ سؤال تشکیل شده است که در طیف لیکرت از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌گردد. با توجه به سهولت اجرای این پرسشنامه و ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب، استفاده از آن به خصوص در پژوهش‌های مرتبط با رضایت از زندگی بسیار زیاد است. طیف نمرات به دست آمده از ۵ تا ۳۵ متغیر است و طبق معیار زیر دسته‌بندی می‌شود: (۳۱-۳۵ کاملاً راضی، ۲۶-۳۰ راضی، ۲۱-۲۵ رضایت خفیف، ۲۰ معمولی، ۱۵-۱۹ عدم رضایت خفیف، ۱۰-۱۴ عدم رضایت، ۵-۹ کاملاً ناراضی) (۳۳). روایی نسخه اصلی به روش روایی همزمان ثابت شد و پایایی آن به روش همبستگی درونی و آلفای برابر با ۰/۷۹ اثبات شده است (۳۴). واحدی و اسکندری در سال ۲۰۱۰ روایی نسخه فارسی این ابزار را در دانشجویان پرستاری و مامایی به شیوه تحلیل چند عاملی تأییدی بررسی و تائید کردند. همچنین پایایی را با محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ مطلوب گزارش نمودند (۳۵). پایایی این ابزار در مطالعه حاضر از روش آلفا کرونباخ تعیین شد به این ترتیب که تکمیل پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از مراقبین خانوادگی واجد شرایط که جزء گروه‌های مطالعه نبودند، بررسی شد. آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ نشان از پایایی قابل قبول این پرسشنامه داشت. سپس، برای گروه مداخله برنامه مداخله‌ای مبتنی بر توانمندسازی خانواده محور در گروه‌های ۷-۴ نفری و طی چهار گام توسط دانشجوی کارشناسی ارشد و عضو هیئت علمی و تحت نظارت نماینده معاونت تحقیق و فناوری دانشگاه از آبان ماه تا اسفند ماه ۱۴۰۰ اجرا شد.

در گام اول (درک تهدید) طی یک جلسه، بیماری و خطرات آن طی یک جلسه برای مشارکت کنندگان شرح داده شد تا دانش و حساسیت آنان در این موارد افزایش یابد. در گام دوم (خودکار آمدی) طی پنج جلسه توانایی افراد برای برخورد با مشکلات و مدیریت آن‌ها تقویت شد. همچنین مشارکت کنندگان در حضور تیم پژوهش مشکلات عینی خود را مطرح می‌کردند تا با مشارکت همدیگر راه حل مشکلات را بیابند. در گام سوم (خودباوری)، طی یک جلسه مطالب آموخته شده در جلسات قبلی یادآوری شد و پمفلت و کتابچه در اختیارشان قرار گرفت. در گام چهارم، ارزشیابی فرآیندی همراه با بازخورد در طول همه مراحل قبلی و ارزشیابی برآیندی در جلسه آخر انجام شد. با خاتمه مداخله، پیگیری حضوری و تلفنی (بر اساس شرایط بیماری کووید-۱۹) انجام شد. بر این اساس مداخله در قالب ۸ جلسه گروهی به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه (۳۶) اجرا شد. در صورتی که فردی قادر به شرکت در جلسات گروهی نبود، محتوای آموزشی به صورت فردی ارائه می‌شد. محتوای آموزشی زیر نظر استاد راهنما و مشاور طرح به صورت کتابچه و پمفلت تهیه شد و برای تائید روایی در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری قرار گرفت. پس از دریافت نظرات ۶ نفر از آنان و اصلاح محتوای آموزشی مجدداً برای تائید نهایی به آنان عودت داده شد و سپس در جلسات مذکور به شرکت کنندگان ارائه شد. پس از مداخله در صورت تمایل مشارکت کنندگان گروه کنترل محتوای آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت.

پس از جمع آوری داده‌ها اطلاعات وارد نرم‌افزار آماری SPSS

نسخه ۱۸ گردید. آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار است (P< ۰/۰۰۵). سپس با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آنالیز واریانس مقادیر تکراری، آزمونه کای دو، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون) تحلیل شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، معرفی‌نامه از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد همراه با مجوز کمیته اخلاق دانشگاه مذکور با شماره IR.SKUMS.REC.۱۳۹۹,۱۴۵ کسب گردید. محرمانه و بی نام ماندن تمام مستندات مربوط به شرکت کنندگان، رعایت امانت در منابع اطلاعاتی استفاده شده، بر اساس آیین نشر (COPE) رعایت و انجام شد. بر اساس بیانیه هلسینکی محقق یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری بوده و در روند درمان و مراقبت بیماران تأثیری نخواهد داشت. اهداف پژوهش برای مشارکت کنندگان و وظایف تیم پژوهش در قبال آنان بیان شد و همه شرکت کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در پژوهش را مطالعه و امضا نمودند.

**یافته‌ها**

در این پژوهش ۶۰ مراقب خانوادگی بیماران مبتلا به سکته مغزی، در دو گروه کنترل و آزمون مطالعه شدند. اکثریت در هر دو گروه از نظر مشخصات مراقب زن، زیر دیپلم و همسر بیمار و از نظر بیمار بستری مرد بوده‌اند. میانگین سن مراقب در گروه کنترل ۱۲/۰۸±۳۷/۰۶ و در گروه مداخله ۱۱/۳۰±۳۸/۳۳ بوده است. دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت معناداری نداشتند (P< ۰/۰۵)، (جدول ۱).

**جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک در دو گروه کنترل و مداخله**

| متغیر | شرح | کنترل تعداد (درصد) | مداخله تعداد (درصد) | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|
| وضعیت تأهل (مراقب) | متأهل | ۲۳(۷۶/۷) | ۲۵(۸۳/۳) | ۰/۷۴۸* |
| | مجرد | ۷(۲۳/۳) | ۵ (۱۶/۷) | |
| مدرک تحصیلی (مراقب) | زیر دیپلم | ۸(۲۶/۷)۸ | ۱۱(۳۶/۷)۱۱ | ۰/۳۰۲* |
| | دیپلم | ۱۵(۵۰) | (۳۰)۹ | |
| | فوق دیپلم و بالاتر | ۷(۲۳/۳) | ۱۰(۳۳/۳) | |
| جنسیت (بیمار) | مرد | ۱۸(۶۰) | ۱۵(۵۰) | ۰/۶۰۴* |
| | زن | ۱۲(۴۰) | ۱۵(۵۰) | |
| جنسیت (مراقب) | مرد | ۱۰(۳۳/۳۳) | ۱۱(۳۶/۷) | ۱/۰۰۰* |
| | زن | ۲۰(۶۶/۷) | ۱۹(۶۳/۳) | |
| نسبت مراقب با بیمار | همسر | ۱۷(۵۶/۷) | ۱۶(۵۳/۳) | ۰/ ۶۳۸** |
| | فرزند | ۱۳(۴۳/۳) | ۱۲(۴۰) | |
| | خواهر | ۰ | ۲(۶/۷) | |
| سن بیمار (سال) | | ۹/۱۸±۵۹/۶۰ | ۶/۳۰±۷۳/۶۲ | ۰/۱۲۹*** |
| سن مراقب (سال) | | ۱۲/۰۸±۳۷/۰۶ | ۱۱/۳۰±۳۸/۳۳ | ۰/۶۷۷ *** |
| مدت بستری (روز) | | ۴/۲۹±۱۳/۵۶ | ۸/۸۴±۱۶/۱۳ | ۰/۱۵۹ *** |

* بر اساس آزمون کای دو ** بر اساس آزمون دقیق فیشر *** بر اساس آزمون تی مستقل

آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های تکراری نشان می‌دهد که دو گروه قبل از مداخله از نظر رضایت زندگی تفاوت معناداری آماری ندارند (P=۰/۳۵). ولی سه ماه پس از مداخله هردو متغیر تفاوت معنادار آماری نشان دادند؛ اما پس از مداخله تفاوت معنادار آماری

دیده می‌شـــود که مقایســـه دو به دو میانگین‌ها با آزمون تعقیبی توکی نشـــان داد که بیشـــترین تفاوت مربوط به مرحله سه ماه پس از مداخله است (P= ۰/۰۰۲)؛ بنابراین، توانمندسازی خانواده محور بلافاصله پس از مداخله تأثیری بر رضایت از زندگی نداشته است ولی ســـه ماه بعد باعث افزایش رضایت از زندگی مشارکت کنندگان شـــده است. با در نظر گرفتن سطح بندی معیار رضایت زندگی مشخص می‌شـــود که گروه کنترل در سه مرحله بررسی، تقریبـــاً بدون تغییر در محدوده نارضایتی خفیف قرار دارد (۰/۸۹ =P) ولی در گروه مداخله از نارضایتی خفیف به سطح معمولی سه ماه پس از مداخله بهبود یافته است (P= ۰/۰۴).

آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های تکراری نشان می‌دهد که دو گروه قبل از مداخله از نظر اضطراب مرگ تفاوت معناداری آماری ندارند (P=۰/۸۴)؛ اما پس از مداخله تفاوت معنادار آماری دیده می‌شود که مقایســـه دو به دو میانگین‌ها با آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بیشـــترین تفاوت مربوط به مرحله سه ماه پس از مداخله است (P> ۰/۰۰۱)؛ بنابراین توانمندســـازی خانواده محور بلافاصله پس از مداخله تأثیری بر اضطراب نداشـــته است ولی سه ماه بعد باعث کاهش اضطراب مرگ مشـــارکت کنندگان شـــده است. با در نظر گرفتن ســـطح بندی معیار اضطراب مرگ مشخص می‌شود که در گروه کنترل اضطراب مرگ در ســـه مرحله مطالعه بدون تغییر در محـــدوده اضطراب مرگ بالا قـــرار دارد (P= ۰/۵۳) ولی در گروه مداخله اضطراب مرگ کاهش یافته است (P= ۰/۰۰۵). (جدول ۲)

**جدول ۲- میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی و نمره اضطراب از مرگ مراقبین در دو گروه کنترل و مداخله در زمان‌های مورد بررسی**

| متغیر | زمان مداخله | گروه کنترل میانگین (انحراف معیار) | گروه مداخله میانگین (انحراف معیار) | سطح معنی‌داری* |
|---|---|---|---|---|
| **رضایت از زندگی** | قبل از مداخله | ۱۵/۵۰(۳/۴۲) | ۱۵/۰۰(۳/۱۷) | ۰/۳۵ |
| | بلافاصله پس از مداخله | ۱۵/۸۷(۳/۵۰) | ۱۴/۸۰(۲/۴۳) | ۰/۶۳ |
| | سه ماه پس از مداخله | ۱۴/۶۷(۲/۴۸) | ۲۱/۱۰(۳/۸۵) | ۰/۰۰۲ |
| **سطح معنی‌داری** | ۰/۸۹ | ۰/۰۴ | | |
| **اضطراب مرگ** | قبل از مداخله | ۱۲/۶۳(۲/۰۶) | ۱۲/۴۷(۲/۲۲) | ۰/۸۴ |
| | بلافاصله پس از مداخله | ۱۲/۸۷(۱/۷۴) | ۱۲/۲۷(۱/۷۰) | ۰/۷۷ |
| | سه ماه پس از مداخله | ۱۳/۱۳(۱/۳۶) | ۹/۶۰(۱/۴۸) | P> ۰/۰۰۱ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۵۳ | ۰/۰۰۵ | |

* بر اساس آزمون آنالیز واریانس مقادیر تکراری

بر اســـاس ضریب همبستگی پیرســـون در هر دو گروه کنترل و مداخله رابطـــه خطی معنادار منفی بین نمره رضایت از زندگی و نمره اضطراب مرگ بلافاصله بعد از مداخله مشـــاهده شد (P< ۰/۰۵)، ولی در سایر زمان‌ها چنین رابطه‌ای دیده نشد (P> ۰/۰۵)، (جدول ۳).

**جدول ۳- ضریب همبستگی نمره رضایت از زندگی و اضطراب از مرگ در گروه‌های مداخله و کنترل به تفکیک زمان‌های مورد بررسی بر اساس ضریب همبستگی پیرسون**

| زمان | کنترل | | مداخله | |
|---|---|---|---|---|
| | سطح معنی‌داری | آماره (r) | سطح معنی‌داری | آماره (r) |
| **قبل از مداخله** | ۰/۹۴۹ | ۰/۰۱۲ | ۰/۶۴۴ | ۰/۰۸۸ |
| **بلافاصله پس از مداخله** | ۰/۰۲۹ | -۰/۴۰۰ | ۰/۰۲۰ | ۰/۴۲۱ |
| **سه ماه پس از مداخله** | ۰/۰۵۵ | ۰/۷۷۵ | ۰/۲۹۲ | ۰/۱۹۹ |

بحث و نتیجه‌گیری مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر توانمندسازی خانواده - محور بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلابه حوادث عروق مغزی انجام گرفت که با توجه به نتایج باید گفت که توانمندسازی خانواده- محور بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به سکته مغزی مؤثر بوده است.

در مطالعه‌ای که توسط دیهول (Deyhoul) و همکاران انجام شده است، گزارش داده شد که برنامه توانمندسازی خانواده محور می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته مغزی و کاهش بار مراقبان گردد (۲۴). از آنجا که سطح کیفی زندگی می‌تواند رضایت از زندگی را افزایش دهد، می‌توان گفت که مطالعات مذکور به نتایجی همسو با نتایج مطالعه حاضر دست یافته‌اند. دلیل این شباهت را می‌توان در نقش حمایتی خانواده جستجو کرد. چرا که هر دو مطالعه در بستر فرهنگی یکسانی انجام شده است. از سوی دیگر، مطالعه فورستر (Forster) و همکاران نشان داد که آموزش مراقبین و بیماران و توانبخشی، نسبت به مراقبت‌های معمول تفاوت معنادار آماری در جهت کاهش بار مراقبین یا بهبود نتایج جسمی و روانی ایجاد نکرده است (۲۵). کاهش بار و علائم جسمی و روانی افراد می‌تواند بر رضایت آنان از زندگی اثر بگذارد. لذا، به نظر می‌رسد مطالعه فورستر و همکاران با نتایج مطالعه حاضر همسو نیست. دلیل این تفاوت را می‌توان به عدم وجود برنامه‌های پیگیری پس از ترخیص و بی‌اثر بودن مداخلات صرفاً آموزشی برای بیماران مبتلا به سکته مغزی مورد مطالعه و مراقبین آن‌ها نسبت داد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رضایت از زندگی تا حد زیادی به برخی از ویژگی‌های روانی نظیر اضطراب وابسته است. به عبارتی با افزایش متغیر اضطراب از مرگ رضایت زندگی روندی کاهشی به خود می‌گیرد. مطالعه‌ای برای رد یا تائید نتایج مطالعه حاضر در مورد اضطراب مرگ یافت نشد؛ اما مطالعه ایمان پور و همکاران بر روی خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب نشان داد که حمایت اطلاعاتی، شامل تور آشناسازی و ارائه کتابچه آموزشی بر اضطراب خانواده هنگام ترخیص بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه تأثیر نداشته است (۳۷). همچنین در مطالعات بیلی (Baily) و همکاران نیز بین حمایت اطلاعاتی و اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه ارتباط معناداری وجود نداشت (۲۶). شاید بتوان علت تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مذکور را به وجود عوامل فراوانی مانند وجود بیماری‌های زمینه‌ای و اشتغال مراقبت خانوادگی به مشاغل خارج از منزل و نیز نقش‌های دیگر مانند نقش والدینی مرتبط دانست. از سوی دیگر شاید برنامه‌های حمایت اطلاعاتی از تداوم کافی برخوردار نبوده یا کمتر از برنامه موردنظر مطالعه حاضر به حمایت عاطفی توجه داشته‌اند. شاید وضعیت خاص بیماران بخش‌های مراقبت ویژه اضطراب بیشتری نسبت به سایر بیماری‌ها در خانواده‌ها ایجاد نماید که به برنامه‌های متفاوتی نیاز داشته باشند.

مراقبین خانوادگی بیماران مزمن به عنوان افراد در معرض خطر بیماری که تحت عنوان بیماری پنهان از آن‌ها یاد می‌شود، فشارهای زیادی را متحمل می‌شوند. از آنجا که توانمندسازی خانواده- محور کاهش اضطراب مرگ و افزایش رضایت از زندگی را در پی داشته است باید گفت که مداخلاتی نظیر اجرای الگوی توانمندسازی با توجه به نیازهای آموزشی و درمانی به آنان کمک خواهد کرد تا نگرش آن‌ها در مورد علائم بیماری، علائم و نشانه‌های رفتاری تغییر یافته و از شدت استرس و فشار روحی روانی آن‌ها بکاهد و رضایت زندگی آن‌ها را ارتقاء دهد. یکی از نقاط قوت این مطالعه پیگیری حضوری و تلفنی وضعیت سلامت بیماران پس از ترخیص از بیمارستان و ترویج مراقبت پیگیر است. این گونه مداخلات کم هزینه، ایمن و تأثیرگذار می‌تواند کیفیت مراقبت ارائه شده توسط مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن نظیر سکته مغزی را افزایش دهد. با توجه به لزوم توجه دانشجویان پرستاری به بیمار و خانواده وی بهتر است از نتایج این مطالعه در آموزش دانشجویان پرستاری در محیط بالینی استفاده گردد. لذا، استفاده از این مداخلات به پرستاران در محیط بالینی توصیه می‌شود. یکی از محدودیت‌های این مطالعه می‌تواند آموزش صرفاً حضوری باشد. تلفیق این روش با آموزش غیر حضوری می‌تواند برای شرایط بحرانی مانند بیماری کووید-۱۹ مفید باشد. لذا، مطالعه تأثیر این مدل مراقبتی همراه با آموزش و پیگیری غیرحضوری توصیه می‌شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پایان نامه دانشجویی کارشناسی

ارشد پرســـتاری داخلی- جراحی است که با شـــماره ۵۳۲۹ در تاریخ ۱۳۹۹/۵/۲۸در دانشـــگاه علوم پزشکی شهرکرد به تصویب رسیده است. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، پرستاران و تمام بیماران و مراقبین که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاری به عمل می آید.

**تضاد منافع**

بدین وســـیله نویســـندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

**References**

1. Gorelick PB. The global burden of stroke: Persistent and disabling. Lancet Neurol. 2019; 18(5): 417-8. DOI: 10.1016/S1474-4422(19)30030-4
2. Aminoff M, Greenberg D, Simon R. Clinical neurology: McGraw-Hill Education; 2015.
3. Farzadfard MT, Sheikh Andalibi MS, Thrift AG, Morovatdar N, Stranges S, Amiri A, et al. Long-term disability after stroke in Iran: Evidence from the Mashhad Stroke Incidence Study. Int J Stroke. 2019; 14(1): 44-7. DOI: 10.1177/1747493018789839
4. Chong JY, Sacco RL. Epidemiology of stroke in young adults: Race/ethnic differences. J Thromb Thrombolysis. 2005; 20(2): 77-83. DOI: 10.1007/s11239-005-3201-9
5. Hesamzadeh A, Dalvandi A, Bagher Maddah S, Fallahi Khoshknab M, Ahmadi F, Mosavi Arfa N. Family caregivers' experience of activities of daily living handling in older adult with stroke: A qualitative research in the Iranian context. Scand J Caring Sci. 2017; 31(3): 515-26. DOI: 10.1111/scs.12365
6. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: A literature review. J Clin Nurs. 2015; 24(17-18): 2376-82. DOI: 10.1111/jocn.12884
7. Ganapathy V, Graham GD, DiBonaventura MD, Gillard PJ, Goren A, Zorowitz RD. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. Clin Interv Aging. 2015; 10: 1793-802. DOI: 10.2147/CIA.S91123
8. Etemadifar S, Heidari M, Jivad N, Masoudi R. Effects of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. Epilepsy Behav. 2018; 88: 106-12. DOI:10.1016/j.yebeh.2018.08.030
9. Seyedoshohadaee M, Bozorgi Matin M, Haghani H. Association of Death Anxiety and Quality of Life in the Caregivers of Patients with Multiple Sclerosis. Iran Journal of Nursing. 2019; 32(120):1-13. (Persian) DOI:10.29252/ijn.32.120.1
10. Draper EJ, Hillen MA, Moors M, Ket JC, van Laarhoven HW, Henselmans I. Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: A systematic review. Patient Educ Couns. 2019; 102(2): 266-74. DOI:10.1016/j.pec.2018.09.019
11. Krishnan S, Pappadis MR, Weller SC, Stearnes M, Kumar A, Ottenbacher KJ, et al. Needs of stroke survivors as perceived by their caregivers: A scoping review. Am J Phys Med Rehabil. 2017; 96(7): 487-505. DOI: 10.1097/PHM.0000000000000717
12. Lashgari F, Azimian J, Ranjbaran M, Soleimani MA. Predictive Factors of Death Anxiety in Caregivers of Hemodialysis Patients. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2019; 27(3): 187-97. (Persian) DOI: 10.30699/ajnmc.27.3.187
13. Semenova V, Stadtlander L. Death anxiety, depression, and coping in family caregivers. Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences. 2016; 10(1): 34-48. DOI: 10.5590/JSBHS.2016.10.1.05
14. Zhao J, Zeng Z, Yu J, Xu J, Chen P, Chen Y, et al. Effect of main family caregiver's anxiety and depression on mortality of patients with moderate-severe stroke. Sci Rep. 2021; 11(1): 2747. DOI: 10.1038/s41598-021-81596-8
15. Mou H, Wong MS. Effectiveness of dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and family caregivers on functional and psychosocial health: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2021; 120: 103969. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2021.103969
16. Prasoon R, Chaturvedi K. Life satisfaction: A literature review. The Researcher: International Journal of Management, Humanities and Social Sciences. 2016; 1(02): 24-31.
17. Caldeira RdB, Neri AL, Batistoni SST, Cachioni M. Variables associated with the life satisfaction of elderly caregivers of chronically ill and dependent elderly relatives. Revista Brasileira De Geriatria e Gerontologia. 2017; 20(4): 502-15. DOI:10.1590/1981-22562017020.160177
18. Gbiri CA, Olawale OA, Isaac SO. Stroke management: Informal caregivers' burdens and strians of caring for stroke survivors. Ann Phys Rehabil Med. 2015; 58(2): 98-103. DOI:10.1016/j.rehab.2014.09.017
19. Zhu W, Jiang Y. A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2018; 27(12): 3636-46. DOI:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.08.037
20. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, KazemNejad A. The effect of family-centered empowerment in self efficacy and self-esteem in patients undergoing coronary bypass graft surgery. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. 2013; 10(2): 44-53. (Persian) URL: http://nmj.goums.ac.ir/article-1-455-en.html
21. Shirvani H, Alhani F, Montazeri A. The effect of family-centered empowerment model on the functional scales quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2017; 10(1): 61-72. (Persian)
22. Mohalli F, Mahmoudirad GH, Alhani F, Ebadinejad Z, Foroozanfar H. The effect of family-centered empowerment model on the indicators of the ability of patients with

hypertension. IJNR. 2019; 13 (5): 8-14. (Persian) URL: http://ijnr.ir/article-1-1878-en.html

23. Shahdadi H, Rahdar Z, Mansouri A, Abdollahimohammad A. The effect of family-centered empowerment model on the level of death anxiety and depression in hemodialysis patients. Revista Publicando. 2018; 5(16 (1)): 470-82. https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/1517
24. Deyhoul N, Vasli P, Rohani C, Shakeri N, Hosseini M. The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: A randomized controlled trial study. Aging Clin Exp Res. 2020; 32(7): 1343-52. DOI: 10.1007/s40520-019-01321-4
25. Forster A, Dickerson J, Young J, Patel A, Kalra L, Nixon J, et al. A structured training programme for caregivers of inpatients after stroke (TRACS): A cluster randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. Lancet. 2013; 382(9910): 2069-76. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61603-7
26. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. Intensive Crit Care Nurs. 2010; 26(2): 114-22. DOI:10.1016/j.iccn.2009.12.006
27. Ghadami EJN, Journal M. The effect of family-centered empowerment model on the severity of symptoms in patients with major depressive disorder. Nursing and Midwifery Journal. 2019; 17(7): 535-45. (Persian) URL: http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3794-en.html
28. Kheirollahi N, Khatiban M, Oshvandi K, Alhani F, Faradmal J. The effect of family-centered empowerment intervention on perceived severity of threat in caregivers of patients with stroke: A semi experimental study. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2014; 22(346): 74-82. (Persian) URL: https://scispace.com/papers/the-effect-of-family-centered-empowerment-intervention-on-1d6kcc66mg
29. Kazemnejad A, Nahid Dn, Sepideh m, Shadan Pr, mohammad aT. Effectiveness of family empowerment program on level of adherence to treatment regimens in stroke patients; A randomized controlled trial. Evivence Based Care Journal. 2015; 5(1):57-66. (Persian) DOI: 10.22038/ebcj.2015.4072
30. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Jaracz J, Moczko J, Kozubski WJPe, et al. Burden in caregivers of long-term stroke survivors: Prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke. Patient Educ Couns. 2015; 98(8):1011-6. DOI:10.1016/j.pec.2015.04.008
31. Tavakoli MA, Ahmadzadeh B. Investigation of validity and reliability of templer death anxiety Scale. Journal of Behavior in Clinical Psychology Year.2011; 6(21): 80-72.
32. Masoudzadeh A, Setareh J, Mohammadpour RA. A survey of death anxiety among personnel of a hospital in Sari. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2008; 10; 18(67): 84-90. (Persian) URL: http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-496-en.html
33. Pavot W, Diener E. The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. The journal of positive psychology. 2008; 3(2): 137-52. DOI: 10.1080/17439760701756946
34. Abdallah T. The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties in an Arabic-speaking sample. International Journal of Adolescence and Youth. 1998; 7(2): 113-9. DOI:10.1080/02673843.1998.9747816
35. Vahedi S, eskandari F. The validation and multi-group confirmatory factor analysis of the Satisfaction with Life Scale in nurse and midwife undergraduate students. Iranian Journal of Nursing Research. 2010; 5(17): 68-79. URL: http://ijnr.ir/article-1-617-en.html
36. Rezai Asl H, Pishgooi SAH, Alhani F. The effectiveness of "Family-Centered Empowerment Model" on the treatment adherence of patients with type II diabetes and heart disorder admitted to Aja Hospitals, during year 2015. Military Caring Sciences. 2017; 4(1): 58-69. (Persian) DOI: 10.29252/mcs.4.1.58
37. Imanipour M, Heidari Z, Seyedfatemi N, Haghani H. Effectiveness of informational support on anxiety among family carers of patients undergone open heart surgery. Hayat. 2012; 18 (3): 33-43. (Persian) URL: http://hayat.tums.ac.ir/article-1-21-en.html