

Review Paper

Barriers and Facilitators of Occupational Performance of People With Stroke: A Meta-synthesis

Hassan Vahidi¹, *Ghazaleh Mandani¹, Seyed Ali Hosseini¹, Nazila AkbarFahimi¹, Azad Rahmani²

1. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.



Citation Vahidi H, Mandani Gh, Hosseini SA, AkbarFahimi N, Rahmani A. Barriers and Facilitators of Occupational Performance of People With Stroke: A Meta-synthesis. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(3):396-423. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.3.1451.2>

doi <https://doi.org/10.32598/RJ.25.3.1451.2>

ABSTRACT

Objective Strokes are among the most destructive health problems. They can especially have detrimental effects on the occupational performance of sufferers. The experiences of patients suffering from stroke regarding the impact of the disease on their occupational performance, especially the barriers and facilitators of this performance, can help understand this phenomenon better and design client-centered interventions in this field. Nevertheless, a limited body of literature has investigated the encounters of these individuals and their familial caretakers within this domain. Therefore, the objective of this research is to synthesize the available research evidence regarding the experiences of stroke survivors and their family caregivers regarding barriers and facilitators of occupational performance after stroke.

Materials & Methods All published articles were searched from 4 databases without a time limit according to the determined keywords. Among the 70 articles found, only 22 were included in the study and analyzed based on the quality indicators.

Results The analysis of extractive studies led to the emergence of two categories of barriers to occupational performance with subcategories of individual obstacles, contextual barriers, and rehabilitation barriers and facilitators of occupational performance with subcategories of educational strategies, development of environmental support, and strengthening of individual strategy.

Conclusion Clients with stroke have many barriers in their occupational performance, and the barriers that are related to the context of rehabilitation are significant. In addition to these important barriers, the existence of supportive and educational facilitators can help improve the client's occupational performance. A better understanding of the factors related to the occupational performance of patients suffering from stroke requires more studies, especially in the relationship between the context and professional issues of occupational therapy and clients' occupational performance.

Keywords Occupational performance, Stroke, Meta-synthesis

Received: 27 Nov 2023

Accepted: 06 Apr 2024

Available Online: 01 Oct 2024

* Corresponding Author:

Ghazaleh Mandani, Assistant Professor.

Address: Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180037

E-Mail: ghazal.mandani@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

English Version

Introduction

Stroke is an acute neurological event with vascular origin, which leaves lasting and destructive effects on the brain function of the victims. This illness is prevalent, leading to mortality and incapacity, posing a significant issue for the global public health domain [1]. According to the assessment of the **World Health Organization (WHO)**, stroke is “an acute neurological disorder lasting more than 24 hours or leading to death in less than 24 hours” [2]. The frequency of initial stroke occurrence in Iran is recorded at 150 cases per 100000 individuals. The findings from research conducted in Iran indicate a notably elevated prevalence of stroke compared to the majority of Western nations, with a tendency for manifestation at a relatively younger age. The rate of ischemic stroke in Iran also shows a notably elevated rate compared to other geographical areas [3]. Stroke is often experienced as a major disorder in a person’s life and causes tremendous changes in different dimensions of the survivors’ lives [4]. This disorder usually occurs suddenly without warning and leads to major changes in the lives of patients and their families [5].

Upon discharge from the hospital following a stroke, several patients undergo enduring impairments, comprising weakness, balance issues, cognitive impairments, and immobility [6]. All these problems can have destructive effects on occupational performance, particularly the daily activities of individuals affected, which were previously viewed as uncomplicated in their daily routines. Therefore, it is necessary to take all measures required to improve the occupational performance of these people that can facilitate their participation in purposeful activities [7].

Occupational performance can be characterized as the capacity to select, arrange, and effectively engage in significant activities that are culturally determined and suitable for one’s age. It encompasses the ability to attend to one’s needs, derive pleasure from life, and engage in societal participation and interaction within a given community’s social and economic framework [8]. Occupational performance in occupational therapy is one of the main and essential concepts that is also developing and evolving [9]. Recognizing and understanding the various life problems of stroke sufferers can help occupational therapists and other rehabilitation staff [10] to design more effective measures to meet the needs of clients in the field of occupational performance because

the improvement in occupational performance after being discharged from the hospital can improve the overall quality of life (QoL) after experiencing a stroke [11].




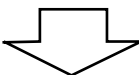
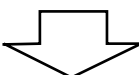
Numerous investigations have been conducted within the domain of postdischarge care and transitioning to home for individuals who have suffered a stroke, particularly within the discipline of nursing [12]. Studies conducted in other countries using a qualitative approach frequently focus on delineating various aspects, such as the patient’s recovery and expectations from the recovery period after a stroke, understanding society’s thoughts about stroke disease, or understanding the patient’s fatigue after a stroke. From Chen’s (2021) perspective, the passage from hospitalization to home constitutes a complex phase in the process of rehabilitation and recovery following a stroke. Additional investigations are essential to enhance comprehension of the viewpoints held by various parties involved and to tackle unaddressed requirements in transitional health-care [12].

Many individuals who have experienced a stroke and are released from medical facilities to continue their rehabilitation and recovery process at home encounter a multitude of obstacles related to home care [13]. Most stroke survivors enter an environment that presents many challenges when they return home, and occupational therapy to reduce these challenges is often prescribed to stroke survivors to enhance the shift from medical facility to home [14]. From Simeone’s (2015) perspective, the treatment and rehabilitation team should improve their interventions to support survivors in effectively managing the impactful changes in their post-stroke lives, while also motivating them to adjust to the challenges that arise in their daily activities due to the stroke [15].

Cobley (2013) stated in her study, based on the experience of patients, that failure to pursue rehabilitation puts them in danger. An apparent discrepancy was evident in the delivery of rehabilitation services between the period of hospitalization and the phase in the community. The prolonged waiting period for community-based rehabilitation programs, which certain survivors encountered, directly influenced the attainment of their objectives [16].

Brannigan (2017) concluded that resuming occupational performance following a stroke is intricate and can be influenced positively or negatively by factors within the organization, social environment, personal characteristics and the availability of suitable services. The consequences

Table 1. Search strategy and review method

Databases	Web of Science	Scopus	PubMed	CINAHL
Using the English keywords	30	44	15	36
				
	Web of Science	Scopus	PubMed	CINAHL
After applying the inclusion and exclusion criteria	12	14	8	14
				
Selection of 22 articles to analyze them according to Table 1 and then perform research quality assessment				
				
Detailed study of articles and their analysis on work performance of stroke survivors				
				
Extracting 163 primary codes and reducing them to 126 codes after rechecking their similarity to each other.				
				
Grouping them into 2, which are the main concepts in this study, i.e. occupational performance barriers and occupational performance facilitators, and then reporting the final meta-synthesis				

of a stroke, such as fatigue and various other elements, influence the reintegration into post-stroke occupational performance. Collaborative communication among health-care providers and interdisciplinary team members may facilitate the reintegration process for individuals who have experienced a stroke. Furthermore, environmental modifications and activity adjustments are among the enabling factors that can support the integration of stroke survivors into their living environment [17].

Numerous research endeavors have been conducted concerning the challenges of post-hospital care for individuals who have survived a stroke [12]. Nevertheless, there is a notable scarcity of meta-synthesized research findings about the daily occupational performance of stroke patients and their caregivers following discharge within the realm of occupational therapy. This knowledge gap is further exacerbated by the predominant focus of existing studies on nursing, with a limited exploration from the vantage point

of the occupational therapy discipline. This meta-synthesis tries to fill this gap. The outcomes of this study contribute to an enhanced comprehension of occupational performance post-stroke, gaining insight into the challenges and requirements of individuals affected by this condition and their support system and creating interventions focused on the individual. This meta-synthesis review aimed to combine qualitative research outcomes regarding the firsthand encounters of individuals who have suffered from stroke and their caregivers concerning occupational performance following a stroke.

Materials and Methods

This review employs a meta-synthesis methodology defined by Edwards and Kaimal (2016), which extracts qualitative data from different articles, integrates them, and then creates new data and results [18]. Despite the variations in methodologies utilized in different catego-

Table 2. Barriers and facilitators of occupational performance

Theme	Category	Subcategory
Barriers to occupational performance	Individual barriers	Physical limitations
		Psychological limitations
		The burden of social life roles
	Contextual barriers	Dissatisfaction with social supports
		Financial difficulties
		Cultural and educational barriers
		Management barriers
	Rehabilitation barriers	Barriers to vocational rehabilitation
		Barriers to access and environmental adaptation
		Patient education
Facilitators of occupational performance	Development of educational strategies	Education to caregivers and society
		Promotion of financial support
	Development of environmental support	Promotion of social support
		Contributing to the spiritual structure
		Strengthening the rehabilitation system
	Strengthening of individual strategies	Improvement of psychological function
		Facilitating maximum independence in activities of daily living

Archives of
Rehabilitation

ries of literary examinations, all reviews can be conducted by adhering to 8 fundamental steps: 1) Articulation of the research inquiry, 2) Establishment and authentication of the review protocol, 3) Retrieval of relevant articles, 4) Evaluation for the inclusion of studies, 5) Assessment of quality, 6) Extraction of data, 7) Analysis and synthesis of data and 8) Presentation of findings [19]. All these steps have been followed in this study. The articles

were searched after formulating the research question and developing the review protocol. After screening for the inclusion criteria, the research quality was assessed using the critical appraisal skills program (CASP) questionnaire. The data have been extracted and analyzed, and the findings are reported in this study (Table 1).

Table 3. The Inclusion and exclusion criteria of studies

Inclusion Criteria		Exclusion Criteria	
1	All studies regardless of time period	1	Content unrelated to occupational performance
2	The availability of the full text of the articles		
3	Relationship with the subject of study means daily occupational performance between studies	2	Language different from English and Farsi
4	Articles related to stroke in adults		

Archives of
Rehabilitation

In this review, three important points were noted; the first thing is what experience clients with stroke had throughout their hospital stay and following their release from the medical facility in connection to their disability. The next thing is how these clients performed the tasks related to self-care after living with the problem of stroke and what experience their caregivers have in this field. The last thing is how, after recovery, the client's occupational performance regarding returning to the former job has been affected. Therefore, after repeatedly reading and analyzing the articles in the results section, each article was analyzed line by line, and the meaning units were extracted from the articles' text based on the research purpose. Then, the meaning units were converted into codes, and in the third stage, the classification of codes began until finally, classes and sub-classes were formed, and codes similar to each other were placed in one class. These classes were revised several times to compare with each other and form newer classes. At first, after analyzing the studies, 163 primary codes were extracted, which were reduced to 126 after rechecking their similarity to each other after grouping them. They were divided into 2 main groups: Occupational performance barriers and occupational performance facilitators (Table 2).

The keywords used in this study were the following: "occupational performance," "self-care," "activity of daily living," "work," "stroke," "adult hemiplegia" and "qualitative research." The search databases include CINAHL, PubMed, Web of Science, and Scopus until 2023. The inclusion and exclusion criteria for this study are also summarized in Table 3.

Quality assessment

To guarantee the validity of the data employed, the instrument known as the CASP [20]. This instrument comprises a set of 10 inquiries designed to assess the caliber of research works for which the researcher has employed this survey in all publications (Table 4).

The results of this study were presented and discussed so that some practical guidance could be received for Tabriz University of Medical Sciences Nursing Researchers, Tabriz University of Medical Sciences, Occupational Therapy Department, and University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Classification using predetermined categories and precise definitions, along with the dependability of coding, enhances the internal validity of the results. Extracting the context and forming theoretical abstractions from the outcomes of content analysis enables a certain lev-

el of generalizability of the results, thereby enhancing external validity [21]. In general, strategies for building trust in qualitative research were considered in this study. All authors read the articles independently, and during the analysis of classes and units of meaning, they repeatedly discussed them until they reached the final classes and subclasses.

Results

All 22 studies were incorporated into the synthesis. The sample sizes in the studies ranged from 4 to 86 individuals. The cumulative number of participants in the scrutinized articles comprised 400 stroke survivors and their caregivers. Most of the studies were conducted in Iran (Table 5). The prevalent methodologies were descriptive qualitative, interpretive and grounded theory utilizing semi-structured interviews. This review identified two main categories with six subcategories: 1) Barriers of occupational performance with subclasses of individual barriers, contextual barriers and rehabilitation barriers, 2) Facilitators of occupational performance with subclasses of development of educational strategies, development of environmental support, strengthening of individual strategies (Table 2).

Barriers to occupational performance

Barriers to occupational performance refer to factors that cause limitations in the daily occupational performance of clients. The existence of these barriers has reduced the level of independence of clients and, as a result, can increase the severity of disability. These barriers have led to limitations in their daily living, work, and leisure activities and occupational therapists must consider them. By identifying these barriers, rehabilitation, and occupational therapy specialists can improve clients' QoL. These barriers may be related to the clients themselves and fundamentally involve them, or may be related to background factors and cause strong effects on a person's life. Identifying and evaluating these barriers can help reduce the intensity of their impact on the client's occupational performance. This theme itself was classified into three separate and important subcategories: Individual barriers, contextual barriers, and rehabilitation barriers.

Table 4. CASP

Study	Q1 Was there a clear statement of the aims of the research?	Q2 Is a qualitative methodology appropriate?	Q3 Was the research design appropriate to address the research objectives?	Q4 Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Q5 Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Q6 Has the relationship between the researcher and participants been adequately considered?	Q7 Have ethical issues been taken into consideration?	Q8 Was the data analysis sufficiently rigorous?	Q9 Is there a clear statement of findings?	Q10 How valuable is the research?
1	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
2	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	Y	Y	Y
3	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
4	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
5	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	Y	Y	Y
6	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
7	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	Y	Y	Y
8	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
9	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
10	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	Y	Y	Y
11	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
12	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
13	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
14	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	Y	Y	Y
15	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
16	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
17	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	Y	Y	Y
18	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
19	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	Y	Y	Y
20	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
21	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
22	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Y: Yes; N: No; ?: Can't tell.

Table 5. Extracted articles for analysis

No.	Title	Country	Journal's Name	Year	No. Participants in Research	Methods	
						Data Collection	Data Analysis
1	"Frustrated and invisible younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process" [22]	Sweden	Disability and Rehabilitation	2003	5	Semi-structured interviews	Grounded theory methodology
2	"Post stroke life in Iranian people: used and recommended strategies" [23]	Iran	Iranian Rehabilitation Journal	2009	28	Semi-structured interviews	Grounded theory methodology
3	"Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors" [24]	Iran	International Nursing Review	2010	10	Semi-structured interviews	Grounded theory methodology
4	"Holistic concerns of Chinese stroke survivors during hospitalization and in transition to home" [10]	China	Journal of Advanced Nursing	2011	15	Semi-structured interviews	Phenomenology
5	"Couples' approaches to changes in everyday life during the first year after stroke" [25]	Sweden	Scandinavian Journal of Occupational Therapy	2011	4	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis
6	"Barriers and facilitators of return to work for individuals with strokes: Perspectives of the stroke survivor, vocational specialist, and employer" [26]	USA	Topics in Stroke Rehabilitation	2011	38	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis
7	"Critical factors related to return to work after stroke: A qualitative Study" [27]	USA	Topics in Stroke Rehabilitation.	2011	12	Semi-structured interviews	Grounded theory methodology
8	"Everyday life condition in stroke survivors and their family caregivers in Iranian context" [28]	Iran	International Journal of Community Based Nursing & Midwifery.	2012	25	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis
9	"The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation" [15]	Italy	European Journal of Cardiovascular Nursing	2014	15	Semi-structured interviews	Phenomenology
10	"The combined perceptions of people with stroke and their carers regarding rehabilitation needs 1 year after stroke: A mixed methods study" [29]	Sweden	BMJ Open	2015	86	Questionnaire with open-ended questions	Qualitative Content analysis
11	"Striving for a life worth living: Stroke survivors' experiences of home rehabilitation" [30]	Norway	Scandinavian Journal of Caring Sciences	2015	8	Semi-structured interviews	Thematic analysis based on interpretive description
12	"Survey of survivors' perspective on return to work after stroke" [31]	USA	Topics in Stroke Rehabilitation	2015	12	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis

No.	Title	Country	Journal's Name	Year	No. Participants in Research	Methods	
						Data Collection	Data Analysis
13	"Family caregivers' experience of activities of daily living handling in older adult with stroke: A qualitative research in the Iranian context" [32]	Iran	Scandinavian Journal of Caring Sciences.	2016	19	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis
14	"QoL after stroke in Pakistan" [33]	Pakistan	BMC Neurology	2016	20	Semi-structured interviews	Qualitative Content analysis
15	"Factors affecting adherence to rehabilitation in Iranian stroke patients: A qualitative study" [34]	Iran	Journal of Vascular Nursing.	2018	20	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis
16	"Experiences of participating in a client-centered ADL intervention after stroke" [35]	Sweden	Disability and Rehabilitation	2018	10	Semi-structured interviews	Phenomenology
17	"Stroke survivors' experiences of occupation in hospital-based stroke rehabilitation: A qualitative exploration" [36]	Australia	Disability and Rehabilitation	2018	8	Semi-structured interviews	Thematic analysis of descriptive exploratory design
18	"Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home" [37]	USA	Journal of Clinical Nursing	2018	31	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis
19	"Determining the consequences of perceived self-care ability in stroke patients living at home: A qualitative study in Iran" [38]	Iran	Archives of Neuroscience	2019	10	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis
20	"Stroke self-management and the role of self-efficacy" [39]	Australia	Disability and Rehabilitation.	2019	7	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis
21	"Experiences of occupational performance in survivors of stroke attending peer support groups" [40]	Canada	Canadian Journal of Occupational Therapy	2020	7	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis
22	"Perception of self-care ability among patients with stroke postdischarge: A qualitative descriptive study in Iran" [41]	Iran	International Health Trends and Perspectives	2021	10	Semi-structured interviews	Qualitative content analysis

Individual barriers

Physical problems are among an individual's barriers, which, in terms of physical structure, such as a disorder in the central nervous system, causes problems in the sensory and motor systems (Article 6). Also, these clients may have a series of other underlying diseases and disorders that developed after the stroke and during hospitalization (Article 22). The lack of hand function is a major factor in the client's inability to perform occupations (Article 6). Loss of mobility and difficulty in

walking (Article 6) are other barriers to clients' physical activity and occupational performance, leading to fatigue (Article 1) and the need for help in their self-care tasks (Article 7). In general, these physical problems have caused the client to fail to meet his occupation's physical needs and to face problems in continuing his previous job (Article 7). Following a stroke and causing physical problems for the patient, psychological issues also appear and create a lot of tension and psychological pressure for the patient (Articles 22 and 1). These negative feelings cause incompatible adaptive reactions

and behaviors (Articles 14 and 22) and disrupt the way to achieve normal occupational performance (Articles 9 and 18). After being discharged from the hospital and returning home, clients feel a big change in their lives, which often has a negative aspect and evokes a negative image of themselves in their minds (Article 11). This issue also causes a feeling of change in occupational needs and demands, which itself is considered a big barrier for occupational performance (Article 11).

Contextual barriers

The context of every person's life consists of social, cultural, political, economic, and time concerning clients suffering from stroke. This context has a negative role in implementing occupational performance due to many restrictions and barriers. This issue is two-sided: The client cannot perform social roles, and the social support for him is weak. For example, the client cannot perform social roles and feels that he burdens other family members (Articles 3, 6, 9, 22). On the other hand, the absence of familial assistance for individuals and the dearth of interpersonal backing from their social circle impose restrictions on the clients' social interactions (Articles 1, 3, 4 and 6). The lack of financial support is another barrier and these clients face many economic problems regarding treatment, rehabilitation, and insurance matters (Articles 3, 7, 8 and 15). Cultural and educational barriers are also other contextual barriers. The lack of a suitable training program to strengthen the client's occupational performance (Articles 3 and 8) and guiding this issue by the family and environment of the clients has magnified its importance. This condition results in insufficient knowledge of the caregivers about the interventions needed to return and strengthen the individual's occupational performance (Articles 1, 4, 6 and 14).

Rehabilitation barriers

One of the important measures to improve the client's ability in occupational performance is rehabilitation professions, especially occupational therapy, which, if not implemented well, becomes a significant barrier to the person's limitations. Among the rehabilitation barriers, we can mention management barriers, such as insufficient availability of rehabilitation services, challenges associated with the rehabilitation team and fundamental gaps in managing this team (Articles 3, 4 and 15). The next issue is the vocational rehabilitation of clients, which this part of rehabilitation refers to returning clients to their previous jobs and maintaining or changing their last jobs. In this part of rehabilitation, many prob-

lems arise, such as the mismatch between specific job requirements and the patient's current capabilities, the inability to maintain the speed required to perform work tasks, the inability to estimate the quality requirements of work, and the employer's negative attitudes towards the phenomenon of disability (Articles 6, 7, 12). The next issue, which is considered among the areas of rehabilitation, is environmental adaptation and the implementation of adaptation and access plans, which, if not implemented well, will become a big barrier, such as the lack of a public transportation system in the region, the inability to drive to work, and the problems of adapting the workspace (Article 6).

Facilitators of occupational performance

Facilitators of occupational performance are solutions and strategies that strengthen clients' occupational performance. These strategies can be applied to the individual by the client's living environment and the surrounding people and family or by the client himself to compensate for the weaknesses. If all of these solutions have a good result, the severity of the client's disability will be reduced, and occupational performance will be strengthened after discharge from the hospital. A significant percentage of these strategies is increasing the awareness and information of clients and their families. This category is also divided into three separate subcategories. They all try to provide appropriate solutions to strengthen the clients' working performance, including developing educational strategies, environmental support, and individual strategies.

Development of educational strategies

The development of educational strategies refers to increasing the awareness and information of clients, families, and society to strengthen clients' occupational performance with sufficient details and correct training. Teaching the patient is one of these strategies that can be used with self-education and adaptation to disability (Article 19). Teaching activities of daily living improves coping and adaptation strategies (Article 10), and it is also possible to increase and maintain a healthy lifestyle by teaching individual independence (Articles 5, 6, 14, 15). Education to caregivers and the community is another essential part of educational strategies that can be tried to increase the family's health awareness and increase the client's independence by providing suitable educational programs for stroke patients to the family as well as the primary caregivers of the patient (Articles 3). This training can include training on personal duties, training on client transfer, training on the use of assistive

devices, and training on physical movements and physical exercises (Articles 13 and 14). It is emphasized that experts transfer these training pieces to the family and society (Article 2).

Development of environmental support

Considering that man is a social being and all human occupational performance are done in an environmental context, the person and the environment are completely connected and can affect occupational performance. If the environment is rich and provides sufficient support, it will develop the clients' occupational performance. Social support has different dimensions. The first is financial support, which can be referred to as appropriate financial support after discharge and strengthening of health and supplementary insurance (Articles 1, 2, 3, and 13). The second is social support, such as encouraging the client's social presence and participation in the community by the family, receiving support through peers, and participating in group meetings with other patients, plays a significant role in helping the client (Articles 13, 14, 20, 21). The third one is environmental support can help a person's spiritual health and encourage religious activities at home and in the community (Articles 2, 8, 13). Another critical aspect of environmental support is strengthening the rehabilitation system and improving its quality by forming a suitable rehabilitation team to provide comprehensive services to the patient and family for the development of neuromuscular functions and also providing suitable discharge plans for the rehabilitation of the patient after the hospital (Articles 2, 3, 6, 14, 15).

Strengthening of individual strategies

Individual strategies refer to providing solutions to strengthen intra-individual factors. These strategies have strengthened the cognitive and functional performance of the clients. Also, by providing these solutions, it is possible to increase the client's self-confidence and independence in daily activities. One of these strategies is to improve psychological performance by enhancing the individual's insight about the need to use existing strategies and facilities, improving the motivation for occupation and increasing the sense of responsibility and having a positive view of the events, the occupational performance of the clients can be enhanced (Articles 2, 6, 8). Based on the findings of studies, the next factor is to facilitate maximum independence in activities of daily living. In this strategy, trying to regain independence, carrying out occupation and activities of daily living to strengthen occupational performance, and

creating a balance between rest and recreation in occupational performance can have a good effect in this field (Articles 5, 6, 16, 17).

Discussion

This meta-synthesis revealed that resuming daily occupational activities post-stroke entails a multifaceted journey influenced by various factors that can either hinder or support this transition. Individuals who took part in the research incorporated in this analysis deliberated on the impact of stroke-related consequences as a hindrance to re-engaging in occupational tasks following a stroke. Independent occupational performance in daily life is necessary for individuals who have suffered from a stroke and their caregivers to optimize their overall QoL and effectively deal with their health issues and way of living. This meta-synthesis provides a comprehensive analysis of the insights gained from the viewpoints of stroke survivors, caregivers, and healthcare professionals on the obstacles to occupational performance and the factors that enhance it, taking into account both individual and environmental aspects.

The findings of this study show that the factors that cause challenges in occupational performance and the facilitators of occupational performance during the rehabilitation period after stroke need the attention of the treatment and rehabilitation staff to identify these factors and opportunities. Effective rehabilitation is achieved when specialists use the client's active collaborative approach to improve occupational performance and to guide clients with stroke and their caregivers to use physical and psychosocial rehabilitation services to meet their needs.

The international classification of functioning, disability, and health (ICF) classification system, derived from the biopsychosocial models, thoroughly examines the correlation and interplay between functioning and disability following a stroke, along with personal and environmental influences [42]. The findings of this meta-synthesis confirm that the interaction between physical and psychological disabilities after stroke, social support after discharge, and cultural barriers can disrupt occupational performance and participation in life. People's health can be improved by creating environments where clients are active and participating actors in that environment. In these environments, people learn how to use their internal and external resources to meet occupational needs in their daily lives, and they are also supported in identifying these resources in the correct way [43].

Internationally, individuals who have experienced a stroke commonly indicate a diminished QoL as a result of various factors such as the financial burden associated with inadequate healthcare services, lifestyle choices, limited access to medical knowledge, environmental and socioeconomic circumstances, and suboptimal compliance with recommended interventions [44, 45]. In African and other developing regions, distinctive elements like limited availability of rehabilitation facilities, inadequate social assistance and care networks, socioeconomic restrictions, ineffective social reintegration initiatives for individuals with disabilities, substandard healthcare services, absence of post-disability home adjustments, as well as cultural and traditional convictions, collectively impact the QoL throughout the process of stroke recovery [44, 46, 47].

According to Brannigan's study (2017), an adapted environment is one of the primary elements that can help one return to occupational performance. The absence of adequate treatment and rehabilitation services can pose a significant obstacle for individuals recovering from strokes. In fact, there is a necessity to access specialized stroke units during the acute phase to enhance the management of these individuals. Therefore, returning to occupational performance should be considered during rehabilitation, and specialists play an important role in this field [17]. According to the results of this review, the challenges in the field of rehabilitation can be a huge barrier to improving the occupational performance of these clients; these challenges prolong the rehabilitation period and cause the patient to become exhausted. Palmer and Glass (2003) stated that most stroke survivors eventually shift to living in the community. However, many encounter the challenge of undergoing lengthy, arduous, and draining rehabilitation. They argue that the stroke rehabilitation process goes beyond simply regaining muscle strength, range of motion, or enhancing gross movements; instead, it entails a collaborative effort involving reconstructing one's identity, adopting new roles, and establishing relationships. The ultimate objective of rehabilitation services is to assist stroke patients in attaining a functional capacity level that enables them to resume independent living within the community [48].

Overall, this research agrees with Oswald's (2008) findings, highlighting the ongoing significance of stroke as a primary concern for individuals who have experienced it, as well as their families and healthcare and social support providers. Most stroke survivors reside within the community and receive assistance from family caregivers, particularly their spouses. Challenges such

as stroke-related complications and post-stroke depression can impede recovery progress, resulting in disturbances in relationships and diminished life contentment among clients and their partners. These findings underscore the necessity for novel interventions aimed at aiding stroke survivors and their loved ones in navigating the multifaceted physical, emotional, and environmental adjustments following a stroke, thereby facilitating their successful reintegration into society [49].

According to this review, one of the facilitators of occupational performance is educational strategies that can include both patient and caregiver education. Some level of stroke education is often provided to patients or their family caregivers through rehabilitation programs, yet studies examining the impact of these interventions have been constrained in scope. Variances in educational goals for stroke survivors and educational initiatives are evident across different healthcare facilities. Surprisingly, limited data exist regarding the efficacy of educational programs tailored specifically for stroke patients. A logical initial step in formulating stroke education strategies involves evaluating the educational requirements of both the patient and their family members [48].

A study conducted by the UK Stroke Association on counseling centers revealed that during a 4-month timeframe, around 25% of individuals expressed a desire for more comprehensive insights into stroke characteristics [50]. Among the commonly sought-after types of information by clients are assistance within their homes, involvement in stroke support groups, speech-related issues, rehabilitation programs, alterations in personality, and the presence of depression [48, 50]. Correspondingly, a research endeavor carried out by Van Veenendaal et al. (1996) highlighted similar areas of interest in terms of the educational requirements of stroke patients and their family members, particularly emphasizing the necessity for guidance on methods to mitigate the chances of experiencing a subsequent stroke [51].

According to Langduo Chen (2021), disseminating information regarding complications associated with stroke, management of medications, and lifestyle adjustments to stroke survivors and their caregivers is essential for equipping them with self-care abilities and preventive strategies in addressing risk factors [12]. From the viewpoint of Florence Denby (2016), instructing individuals with a stroke and their families on methods to prevent recurring incidents poses a significant challenge within the realm of rehabilitation. Complexities may arise from staff dynamics, patients' medical stability, readiness to acquire knowledge, the suitability of edu-

educational materials to their specific needs, and the limited timeframe available for educational purposes. During stroke recovery, patient education is an ongoing journey. The training program should consider the individual's readiness to learn, unique learning styles, and the timing of the sessions. Indeed, stroke rehabilitation represents an educational philosophy that aims to empower patients and their families [52].

According to this review, one way to facilitate clients' occupational performance is to develop environmental support. This support can take different social, financial, and spiritual dimensions. According to Hanne Peoples, a significant consensus exists regarding the non-physical requirements, such as consideration of the societal repercussions of a stroke, provision of psychological assistance, offering couples therapy, and dissemination of spiritual guidance. The spiritual teachings emphasize the preservation of principles and can be viewed as a foundation of significance and direction for human endeavors.

Consequently, spirituality constitutes a crucial element of an individual's day-to-day endeavors, and thus, meeting spiritual requirements is imperative for participation in activities and professional empowerment. This aspect may hold particular relevance for individuals recovering from a stroke, who may face constraints in occupational performance yet retain a fundamental necessity to partake in routine tasks [53, 54].

Enhancing individual strategies can facilitate patients' self-regulation, leading to enhanced psychological functioning and improved performance in everyday tasks. Self-regulation denotes an individual's capacity to manage a long-standing ailment in cooperation with caregivers, family members, the community, and suitable healthcare professionals. As indicated by the research conducted by Satink (2016), engagement in activities represents a critical domain for enhancing self-regulation and accountability post-stroke. Programs focusing on self-regulation post-stroke can be implemented among stroke survivors, targeting not only the survivors themselves but also their family members. Furthermore, these interventions should not solely concentrate on the functional aspect of activities but also consider the existential dimension of self-regulation post-stroke. By engaging in daily tasks, individuals can observe the implications of their stroke, subsequently acquiring the skills to cope with these consequences in their daily routines, adjusting their expectations, engaging in meaningful activities, and participating in valuable tasks. Moreover, executing daily activities within a defined role can sup-

port stroke survivors in deriving lessons from their experiences, acknowledging their capabilities, and attributing new significance to their lives [55].

This meta-synthesis incorporated research from 9 distinct nations, showcasing cultural diversity and methodological orientations. Leveraging this diversity can offer a more extensive perspective on the topic and result in a fresh interpretation of the study results. In most views, the role of clients' lack of knowledge is colorful, and informing and training clients and their caregivers in occupational performance is a priority. Training clients and caregivers can improve occupational performance and subsequently improve the client's QoL. The next item is changing and improving the client's living environment.

It can include the physical environment, such as adapting the client's home and place of residence, or other social and cultural environments that take steps to improve it with the cooperation of occupational therapists and other rehabilitation and treatment staff and fill the existing gaps by conducting research in this field. Subsequent research endeavors ought to explore issues concerning the return to occupational functioning through the viewpoints of various stakeholders, such as patients, their caregivers, families and the rehabilitation team, including service providers, utilizing a mixed methods strategy. The outcomes of these investigations can enrich our comprehension of the barriers to occupational performance and the interventions that support it, thereby enhancing comprehensive approaches to effective rehabilitation.

Conclusion

Clients with stroke have many barriers in the field of their occupational performance, and especially the barriers related to the context of rehabilitation are of particular importance. In addition to these important barriers, the existence of supportive and educational facilitators can help improve the client's occupational performance. Educational strategies improve the QoL by enhancing clients' knowledge and skills in life management, and by improving financial and social support, we can help the clients. A better understanding of the factors affecting the occupational performance of patients with stroke requires more studies, especially in the field of context and rehabilitation issues with the occupational performance of clients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

There were no ethical considerations to be considered in this research.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

Supervision: Ghazaleh Mandani; Data collection: Hassan Vahidi and Ghazaleh Mandani; Conceptualization, data analysis, and writing: All authors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors are grateful to all occupational therapists and nurses who helped them in this study.



مقاله مروری

موانع و تسهیل‌گرهای عملکرد کاری افراد مبتلا به سکته مغزی: مطالعه متاستنز

حسن وحیدی^۱، غزاله ماندنی^{۱*}، سیدعلی حسینی^۱، نازیلا اکبر فهیمی^۱، آزاد رحمانی^۲

۱. گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

Use your device to scan
and read the article online



Citation Vahidi H, Mandani Gh, Hosseini SA, AkbarFahimi N, Rahmani A. Barriers and Facilitators of Occupational Performance of People With Stroke: A Meta-synthesis. Barriers and Facilitators of Occupational Performance of People With Stroke: A Meta-synthesis.. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(3):396-423. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.3.1451.2>

doi <https://doi.org/10.32598/RJ.25.3.1451.2>

حکیده

هدف سکته مغزی از مخرب‌ترین مشکلات سلامتی است که به‌ویژه می‌تواند اثرات مخربی بر عملکرد کاری مبتلایان داشته باشد. تجارب بیماران مبتلا به سکته مغزی در رابطه با تأثیرات بیماری بر عملکرد کاری آنان، به‌ویژه در رابطه با موانع و تسهیل‌گرهای این عملکرد، می‌تواند به درک بهتر این پدیده و طراحی مداخلات مراجع‌محور در این زمینه کمک کند. با این وجود، متون اندکی وجود دارند که تجارب این بیماران و مراقبین خانوادگی آنان در این زمینه را بررسی کرده باشند. بنابراین، هدف این مطالعه ترکیب شواهد پژوهشی موجود از تجربیات بازماندگان سکته مغزی و مراقبین خانوادگی آنان در مورد موانع و تسهیل‌گرهای عملکرد کاری پس از سکته مغزی است.

روش بررسی تمامی مقالات چاپ شده و بدون محدودیت زمانی با توجه به کلیدواژه‌های تعیین‌شده، از ۴ پایگاه اطلاعاتی جست‌وجو شدند. از این بین، ۷۰ مقاله یافت شد و براساس شاخص‌های کیفیت تنها ۲۲ مورد وارد مطالعه شدند و مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها تجزیه و تحلیل مطالعات استخراجی به پیدایش دو طبقه موانع عملکرد کاری با زیرطبقه‌ها موانع فردی، موانع بافتاری و موانع توانبخشی و تسهیل‌کننده‌های عملکرد کاری با زیرطبقه‌ها استراتژی‌های آموزشی، توسعه حمایت‌های محیطی و تقویت استراتژی‌های فردی منجر شد.

نتیجه‌گیری مراجعان با سکته مغزی موانع زیادی در زمینه عملکرد کاری خود دارند و به‌ویژه موانعی که مرتبط با بافتار توانبخشی هستند از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. در کنار این موانع مهم، وجود تسهیل‌گرهای حمایتی و آموزشی می‌تواند به ارتقای عملکرد کاری مراجعان کمک کند. درک بهتر عوامل مؤثر بر عملکرد کاری مراجعان با سکته مغزی نیازمند مطالعات بیشتر به‌ویژه در زمینه ارتباط بافتار و مسائل توانبخشی با عملکرد کاری مراجعان است.

کلیدواژه‌ها عملکرد کاری، سکته مغزی، متاستنز

تاریخ دریافت: ۰۶ آذر ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۸ فروردین ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۰ مهر ۱۴۰۳

* نویسنده مسئول:

دکتر غزاله ماندنی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، دانشکده علوم توانبخشی، گروه کاردرمانی.

تلفن: +۹۸ ۲۲۱۸۰۰۳۷ (۲۱)

رایانامه: ghazal.mandani@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

در بازماندگان سکته مغزی در رشته پرستاری فراوان است [۱۲]. مطالعاتی که در کشورهای دیگر با رویکرد کیفی انجام شده است غالباً در جهت تعریف جنبه‌های مختلف اعم از پدیده‌هایی مانند بهبودی بیمار و انتظارات وی از دوره بهبودی پس از سکته مغزی یا درک تفکرات جامعه درمورد سکته مغزی یا درک خستگی بیمار پس از سکته مغزی است. از دیدگاه چن و همکاران، انتقال از بیمارستان به خانه یک دوره چالش برانگیز در مسیر توانبخشی و بهبودی پس از سکته مغزی بوده و تحقیقات بیشتر برای تعمیق درک دیدگاه‌های همه ذی‌نفعان و رسیدگی به نیازهای برآورده‌نشده در طول مراقبت انتقالی موردنیاز است [۱۲]. اکثر بازماندگان سکته مغزی زمانی که از بیمارستان ترخیص می‌شوند و به خانه بر می‌گردند دچار چالش‌های زیاد مراقبتی در خانه می‌شوند، درحالی‌که درگیر توانبخشی و بهبودی هستند [۱۳]. اکثر بازماندگان سکته مغزی در زمان بازگشت به خانه به محیطی وارد می‌شوند که چالش‌های زیادی را به‌همراه دارد و کاردرمانی جهت کاهش این چالش‌ها اغلب برای بازماندگان سکته مغزی تجویز می‌شود تا روند انتقال از بیمارستان به خانه بهبود یابد [۱۴]. از دیدگاه سیمئونه و همکاران، اعضای تیم درمان و توانبخشی باید مداخلات بیشتری را برای کمک به بازماندگان برای مقابله بهتر با تغییرات زندگی و تشویق آن‌ها برای سازگاری با محدودیت‌های زندگی روزمره ناشی از سکته ارائه کنند. این اعضا باید پشتیبانی‌های ارائه‌شده به اعضای خانواده بیماران سکته مغزی را نیز بهبود بخشند [۱۵].

کابلی و همکاران در مطالعه خود بنابر تجربه بیماران بیان کردند که عدم پیگیری توانبخشی، آن‌ها را با خطر جدی روبه‌رو می‌سازد. درواقع، شکاف قابل توجهی بین خدمات توانبخشی در فاز بستری و پس از آن در جامعه وجود دارد و زمان قابل توجه انتظار برای برنامه‌های توانبخشی در جامعه که توسط برخی از بازماندگان تجربه شده بود، بر دستیابی به اهداف آن‌ها تأثیر داشته است [۱۶]. برانگان و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که بازگشت به عملکرد کاری پس از سکته مغزی، فرایند پیچیده‌ای است که می‌تواند توسط عوامل سازمانی، اجتماعی یا شخصی و همچنین دسترسی به خدمات مناسب، تسهیل یا مانع شود. اثرات سکته مغزی مانند خستگی و دیگر عوامل، تأثیر بسزایی در بازگشت به عملکرد کاری پس از سکته دارند. ارتباط بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و دیگر اعضای تیم می‌تواند به روند بازگشت به عملکرد کاری برای بازماندگان سکته مغزی کمک کند. همچنین عوامل دیگر تسهیل‌کننده شامل سازگاری‌های محیطی و تطابقتی در فعالیت می‌تواند به پذیرش بازماندگان سکته مغزی در محل زندگی کمک کند [۱۷].

مطالعات درمورد مسائل مربوط به مراقبت‌های پس از ترخیص از بیمارستان برای بازماندگان سکته مغزی فراوان است [۱۲]. باین‌حال، شواهد تحقیقاتی متاسفانه درمورد تجارب مراجعان

سکته مغزی یک رویداد عصبی حاد با منشأ عروقی است که تأثیرات مخرب و ماندگاری بر عملکرد مغز قربانیان برجای می‌گذارد. این بیماری یکی از شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر و ناتوانی و نیز یک نگرانی عمده برای سلامت عمومی در سطح بین‌المللی است [۱]. طبق گفته سازمان بهداشت جهانی^۱، سکته مغزی یک اختلال عصبی حاد است که بیش از ۲۴ ساعت طول می‌کشد یا به مرگ در کمتر از ۲۴ ساعت منجر می‌شود [۲]. نرخ سالانه بروز اولین سکته مغزی در کشور ایران ۱۵۰ نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت است. نتایج یک مطالعه در ایران نشان می‌دهد بروز سکته مغزی در ایران به‌طور قابل توجهی بیشتر از اکثر کشورهای غربی بوده و همچنین، این حادثه در سنین پایین‌تری رخ می‌دهد. بروز سکته مغزی ایسکمیک در ایران نیز به‌طور قابل توجهی بیشتر از سایر مناطق گزارش شده است [۳].

سکته مغزی اغلب به‌عنوان یک اختلال عمده در زندگی فرد تجربه شده و تغییرات شگرفی در ابعاد مختلف زندگی مبتلایان ایجاد می‌کند [۴]. درواقع، این اختلال معمولاً ناگهانی و بدون هشدار قبلی رخ داده و به ایجاد تغییرات بزرگی در زندگی بیماران و خانواده آن‌ها منجر می‌شود [۵]. بسیاری از افرادی که پس از سکته از بیمارستان ترخیص می‌شوند، دارای اختلالات مداوم مانند ضعف، مشکلات تعادلی، اختلالات شناختی و بی‌حکمتی هستند [۶]. تمامی این مشکلات می‌توانند تأثیرات مخربی بر عملکردهای کاری به‌خصوص فعالیت‌های روزمره زندگی^۲ مبتلایان، که قبلاً از زندگی آنان بدیهی تلقی می‌شد، داشته باشند. بنابراین، لازم است اقدامات ضروری برای بهبود عملکرد کاری این افراد که بتواند مشارکت آنان در فعالیت‌های هدفمند را تسهیل کند، صورت گیرد [۷].

عملکرد کاری، توانایی انتخاب، سازمان‌دهی و انجام رضایت‌بخش فعالیت‌های معنی‌دار بوده که از نظر فرهنگی تعریف شده و از لحاظ سنی مناسب فرد است و برای مراقبت از خود، لذت بردن از زندگی و کمک به مشارکت و تعامل در بافتار اجتماعی و اقتصادی یک جامعه تعریف می‌شود [۸]. مفهوم عملکرد کاری در حرفه کاردرمانی، یکی از مفاهیم اصلی و مهم بوده و نیز در حال توسعه و تکامل است [۹]. شناخت و درک مشکلات مختلف زندگی مبتلایان به سکته مغزی می‌تواند به کاردرمانگران و دیگر کادر توانبخشی [۱۰] کمک کند تا اقدامات مؤثرتری برای برآورد نیازهای مراجعان در زمینه عملکرد کاری طراحی کنند؛ چرا که عملکرد کاری پس از ترخیص از بیمارستان می‌تواند کیفیت زندگی پس از سکته را افزایش دهد [۱۱].

مطالعات در زمینه مراقبت‌های پس از ترخیص و انتقال به خانه

1. World Health Organization (WHO)
2. Activity of daily living

جدول ۱. ملاک‌های ورود و خروج مطالعات

ملاک‌های ورود	ملاک‌های خروج
۱. تمام مطالعات بدون در نظر گرفتن بازه زمانی	۱. مطالب بی‌ارتباط با عملکردهای کاری
۲. متن کامل مقالات	۲. زبان متفاوت با انگلیسی و فارسی
۳. ارتباط با موضوع مورد بررسی یعنی عملکرد کاری روزمره در بین مطالعات	-
۴. مقالات مرتبط با سکنه مغزی در بزرگسالان	-

توانبخشنی

آخر اینکه چگونه پس از بهبودی، عملکرد کاری مراجعان در زمینه بازگشت به شغل سابق تحت تأثیر قرار گرفته است. بر این اساس، پس از بازخوانی‌های مکرر مقالات و نیز تجزیه و تحلیل آن‌ها در قسمت نتایج به دست آمده، ابتدا هر مقاله خط به خط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و واحدهای معنایی براساس هدف تحقیق از متن مقالات استخراج شدند. سپس واحدهای معنایی تبدیل به کد شدند و در مرحله سوم طبقه‌بندی کدها شروع شد تا در نهایت طبقات و زیرطبقات شکل گرفتند و کدهایی که به همدیگر شباهت داشتند در یک طبقه قرار گرفتند. این طبقات چندین بار بازبینی شدند تا با همدیگر مقایسه شوند و طبقات جدیدتری را شکل دهند. در ابتدا پس از تجزیه و تحلیل مطالعات، ۱۶۳ کد اولیه استخراج شد که پس از بررسی مجدد در مورد شباهت آن‌ها به همدیگر، به ۱۲۶ مورد تقلیل یافت. پس از گروه‌بندی، آن‌ها به ۲ گروه اصلی تقسیم شدند که این گروه‌ها، مفهوم اصلی در این مطالعه یعنی موانع عملکرد کاری و تسهیل‌کننده‌های عملکرد کاری بودند (جدول شماره ۲).

کلیدواژه‌هایی که در این مطالعه استفاده شدند عبارت‌اند از:

Occupational performance, Self-care, Activity of daily living, Work, Stroke, Adult hemiplegia, Qualitative research

همچنین بانک‌های اطلاعاتی پابمد^۴، وب‌آوساینس^۵، اسکوپوس^۶ و سیناهل^۷ در کلیه بازه‌های زمانی تا سال ۲۰۲۳ در این مرور سیستماتیک مورد استفاده قرار گرفتند.

روش تحقیق

جهت افزایش اعتبار و ارزیابی کیفیت، از «برنامه مهارت‌های ارزیابی انتقادی» [۲۰] استفاده شد. این ابزار متشکل از ۱۰ سؤال است که جهت ارزیابی کیفیت مطالعات به کار می‌رود. محقق با استفاده از این پرسش‌نامه برای تک‌تک مقالات نمره‌دهی را انجام داد (جدول شماره ۳).

با مشکل سکنه مغزی و نیز مراقبان آنان در زمینه عملکرد کاری روزمره زندگی پس از ترخیص در کاردرمانی، کمیاب است و اکثر مطالعات در رشته پرستاری بوده و کمتر از دید حرفه کاردرمانی انجام شده است. این متاسنتز سعی بر این دارد که این شکاف را پر کند. یافته‌های حاصل از این مطالعه به شناخت بیشتر عملکرد کاری بعد از وقوع سکنه مغزی و نیز درک مشکلات و نیازهای افراد با این بیماری و نیز مراقبان آن‌ها و توسعه مداخلات مراجع محور کمک می‌کند. درواقع، هدف از این مرور متاسنتز، ترکیب شواهد تحقیق کیفی در مورد تجربیات بازماندگان سکنه مغزی و مراقبان آنان در زمینه عملکرد کاری پس از بیماری سکنه مغزی بود.

روش‌ها

این مرور، یک رویکرد متاسنتز به شیوه ادواردز و کایمال است که داده‌های کیفی را از مقالات مختلف استخراج کرده و آن‌ها را ادغام می‌کند و سپس داده‌ها و نتایج جدیدی را به وجود می‌آورد [۱۸]. معیارهای ورود و خروج به این مطالعه در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. علی‌رغم تفاوت‌های رویه‌ها در انواع مختلف مرور متون، همه مرورها را می‌توان در ۸ مرحله رایج انجام داد: (۱) فرمول‌بندی مسئله تحقیق، (۲) توسعه و اعتبار پروتکل مرور، (۳) جست‌وجو در مقالات، (۴) غربالگری برای گنجاندن مطالعات، (۵) ارزیابی کیفیت، (۶) استخراج داده‌ها، (۷) تجزیه و تحلیل و ترکیب داده‌ها و (۸) گزارش یافته‌ها [۱۹]. تمامی این مراحل در این مطالعه نیز رعایت شده است و پس از فرمول‌بندی مسئله تحقیق و توسعه پروتکل مرور، جست‌وجو در مقالات انجام شده و پس از غربالگری برای گنجاندن، به ارزیابی کیفیت تحقیق با استفاده از برنامه مهارت‌های ارزیابی انتقادی^۳ پرداخته شده است. سپس داده‌ها استخراج شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

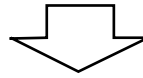
در این بررسی به سه نکته مهم توجه شد؛ مورد اول اینکه مراجعان با سکنه مغزی در زمان بستری در بیمارستان و پس از ترخیص از بیمارستان چه تجربه‌ای در ارتباط با ناتوانی ایجاد شده داشتند. مورد بعدی اینکه این مراجعان پس از زندگی با مشکل سکنه مغزی چگونه وظایف مربوط به مراقبت از خود را انجام داده و مراقبین آن‌ها در این زمینه چه تجربه‌ای داشتند، و مورد

4. PubMed
5. Web of Science
6. Scopus
7. CINAHL

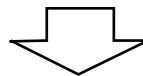
3. Critical Appraisal Skills Program (CASP)

جدول ۲. استراتژی جستجوی منابع و روش بررسی

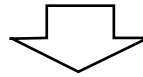
Web Of Science	Scopus	PubMed	CINAHL	بانک‌های اطلاعاتی
۳۰	۴۴	۱۵	۳۶	با استفاده از کلیدواژه‌های انگلیسی



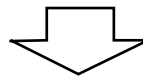
Web Of Science	Scopus	PubMed	CINAHL	بعد از اعمال ملاک‌های ورود و خروج
۱۲	۱۴	۸	۱۴	



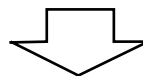
انتخاب ۲۲ مورد از مقالات جهت تجزیه و تحلیل آن‌ها طبق برنامه مهارت‌های ارزیابی انتقادی و سپس انجام ارزیابی کیفیت تحقیق



مطالعه جزئی مقالات و تجزیه و تحلیل آن‌ها در مورد عملکرد کاری بازماندگان سکتة مغزی



استخراج ۱۶۳ کد اولیه و تقلیل آن به ۱۲۶ کد پس از بررسی مجدد در مورد شباهت آن‌ها به همدیگر



گروه‌بندی آن‌ها به ۲ گروه اصلی که این گروه‌ها، مفهوم اصلی در این مطالعه یعنی موانع عملکرد کاری و تسهیل‌کننده‌های عملکرد کاری بودند و سپس گزارش نهایی متاستز

توانبخشی

سکتة مغزی و مراقبان بودند. بیشتر مطالعات در ایران انجام شده بود (جدول شماره ۴). متداول‌ترین روش‌ها توصیفی کیفی، تفسیری و نظریه زمینه‌ای با مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بود. این بررسی، ۲ طبقه اصلی با ۶ زیرطبقه را شناسایی کرد: (۱) موانع عملکرد کاری با زیرطبقات موانع فردی، موانع بافتاری و موانع توانبخشی و (۲) تسهیل‌کننده‌های عملکرد کاری با زیرطبقات توسعه استراتژی‌های آموزشی، توسعه حمایت‌های محیطی و تقویت استراتژی‌های فردی (جدول شماره ۵).

موانع عملکرد کاری

موانع عملکرد کاری به عواملی اطلاق می‌شود که باعث ایجاد محدودیت در عملکرد کاری روزمره مراجعان می‌شوند. وجود این موانع باعث کاهش سطح استقلال مراجعین شده و در نتیجه می‌تواند شدت ناتوانی را افزایش دهد. این موانع در واقع باعث ایجاد محدودیت در فعالیت‌های روزمره زندگی و اشتغال و تفریح آن‌ها شده و در نظر گرفتن آن‌ها برای کار درمانگران واجب است و شناسایی آن‌ها توسط متخصصان توانبخشی و کار درمانی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مراجع بیانجامد. این موانع ممکن است مربوط به خود مراجع باشد

نتایج این مطالعه با هدف دریافت برخی راهنمایی‌های عملی برای محققان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دیارتمان کار درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی ارائه شد و مورد بحث قرار گرفت. طرح طبقه‌بندی با دسته‌بندی‌های از پیش تعریف شده و تعاریف روشن و همچنین قابلیت اطمینان کدگذاری، اعتبار داخلی یافته‌ها را افزایش می‌دهد. زمینه‌زدایی و انتزاع مبتنی بر نظریه از نتایج تحلیل محتوا امکان ادعای درجه خاصی از تعمیم یافته‌ها و در نتیجه اعتبار خارجی را فراهم می‌کند [۲۱]. در کل، راهبردهایی برای ایجاد اعتماد در پژوهش کیفی در این مطالعه در نظر گرفته شد. تمامی نویسندگان، مقالات را به‌طور مستقل مطالعه کردند و در طول تجزیه و تحلیل طبقات و واحدهای معنا، به‌طور مکرر آن‌ها را مورد بحث قرار دادند تا به طبقات و زیرطبقات نهایی رسیدند.

یافته‌ها

تمامی ۲۲ مطالعه در سنتز گنجانده شدند. حجم نمونه در سراسر مطالعات از ۴ الی ۸۶ مشارکت‌کننده متغیر بود. کل شرکت‌کنندگان در مقالات بررسی شده، ۴۰۰ نفر از بازماندگان

جدول ۳. ابزار ارزیابی انتقادی

مطالعات	سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
	آیا بیان واضحی از اهداف تحقیق وجود داشت؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	آیا روش کیفی مناسب است؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	آیا طرح تحقیق برای پرداختن به اهداف تحقیق مناسب بود؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	آیا استراتژی به کارگیری شرکت کنندگان در تحقیق با اهداف تحقیق مناسب بود؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	موضوع تحقیق رسیدگی کند؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	جمع آوری شده است که به	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	آیا داده‌ها به گونه‌ای	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	کافی در نظر گرفته شده است؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	آیا رابطه بین محقق و شرکت کنندگان به اندازه کافی در نظر گرفته شده است؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	آیا مسائل اخلاقی در نظر گرفته شده است؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	داده‌ها به اندازه کافی دقیق بود؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	آیا تجزیه و تحلیل	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	آیا بینیه واضحی از یافته‌ها وجود دارد؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب
	تحقیق جقدر ارزشمند است؟	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب

توانبخشی

ب: بله، خ: خیر، ؟: قابل ذکر نبود

موانع فردی

مشکلات جسمی یکی از موانع فردی است که از لحاظ ساختار جسمی مانند اختلال در سیستم عصبی مرکزی باعث بروز مشکلاتی در سیستم‌های حسی و حرکتی می‌شود [۲۶]. همچنین ممکن است خود این مراجعان نیز دارای یک سری بیماری‌ها و اختلالات زمینه‌ای دیگر باشند که متعاقب بیماری

که به شکل اساسی مراجع را درگیر می‌کند یا ممکن است مربوط به عوامل زمینه‌ای باشد که باعث تأثیرات قوی بر روی زندگی فرد می‌شود. شناسایی و ارزیابی این موانع می‌تواند در کاهش شدت تأثیر آن‌ها بر عملکرد کاری مراجعان مفید واقع شود. این مضمون خود به ۳ طبقه جداگانه و مهم طبقه‌بندی شد که شامل موانع فردی، موانع بافتاری و موانع توانبخشی است.

جدول ۴. مقالات استخراجی جهت تجزیه و تحلیل

ردیف	عنوان مقاله	کشور	سال اجرا	تعداد شرکت کننده در تحقیق	نام مجله	روش گردآوری داده‌ها	شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها
۱	"Frustrated and invisible younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process" [22]	سوئد	۲۰۰۳	۵	Disability and rehabilitation	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	نظریه پایه
۲	"Post Stroke life in Iranian people: used and recommended strategies" [23]	ایران	۲۰۰۹	۲۸	Iranian rehabilitation journal	مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته	نظریه پایه
۳	"Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors" [24]	ایران	۲۰۱۰	۱۰	International nursing review	مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته	نظریه پایه
۴	"Holistic concerns of Chinese stroke survivors during hospitalization and in transition to home" [10]	چین	۲۰۱۱	۱۵	Journal of advanced nursing	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	پدیدارشناسی
۵	"Couples' approaches to changes in everyday life during the first year after stroke" [25]	سوئد	۲۰۱۱	۴	Scandinavian journal of occupational therapy	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۶	"Barriers and facilitators of return to work for individuals with strokes: Perspectives of the stroke survivor, vocational specialist, and employer" [26]	ایالات متحده آمریکا	۲۰۱۱	۳۸	Topics in stroke rehabilitation	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۷	"Critical factors related to return to work after stroke: A qualitative Study" [27]	ایالات متحده آمریکا	۲۰۱۱	۱۲	Topics in stroke rehabilitation.	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	نظریه پایه
۸	"Everyday life condition in stroke survivors and their family caregivers in Iranian context" [28]	ایران	۲۰۱۲	۲۵	International Journal of Community Based Nursing & Midwifery.	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۹	"The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation" [15]	ایتالیا	۲۰۱۴	۱۵	European Journal of Cardiovascular Nursing.	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	پدیدارشناسی
۱۰	"The combined perceptions of people with stroke and their carers regarding rehabilitation needs 1 year after stroke: a mixed methods study" [29]	سوئد	۲۰۱۵	۸۶	BMJ open	پرسش نامه با سوالات باز	تحلیل محتوای کیفی
۱۱	"Striving for a life worth living: Stroke survivors' experiences of home rehabilitation" [30]	نروژ	۲۰۱۵	۸	Scandinavian journal of caring sciences.	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل موضوعی براساس توصیف تفسیری
۱۲	"Survey of survivors' perspective on return to work after stroke" [31]	ایالات متحده آمریکا	۲۰۱۵	۱۲	Topics in stroke rehabilitation	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۱۳	"Family caregivers' experience of activities of daily living handling in older adult with stroke: A qualitative research in the Iranian context" [32]	ایران	۲۰۱۶	۱۹	Scandinavian Journal of Caring Sciences.	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۱۴	"Quality of life after stroke in Pakistan" [33]	پاکستان	۲۰۱۶	۲۰	BMC neurology.	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی

ردیف	عنوان مقاله	کشور	سال اجرا	تعداد شرکت کننده در تحقیق	نام مجله	روش گردآوری داده‌ها	شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها
۱۵	"Factors affecting adherence to rehabilitation in Iranian stroke patients: A qualitative study" [34]	ایران	۲۰۱۸	۲۰	Journal of Vascular Nursing.	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۱۶	"Experiences of participating in a client-centered ADL intervention after stroke" [35]	سوئد	۲۰۱۸	۱۰	Disability and rehabilitation	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	پدیدارشناسی
۱۷	"Stroke survivors' experiences of occupation in hospital-based stroke rehabilitation: a qualitative exploration" [36]	استرالیا	۲۰۱۸	۸	Disability and rehabilitation	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل موضوعی طرح توصیفی اکتشافی
۱۸	"Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home" [37]	ایالات متحده آمریکا	۲۰۱۸	۳۱	Journal of clinical nursing	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۱۹	"Determining the consequences of perceived self-care ability in stroke patients living at home: a qualitative study in iran" [38]	ایران	۲۰۱۹	۱۰	Archives of Neuroscience	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۲۰	"Stroke self-management and the role of self-efficacy" [39]	استرالیا	۲۰۱۹	۷	Disability and rehabilitation.	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۲۱	"Experiences of occupational performance in survivors of stroke attending peer support groups" [40]	کانادا	۲۰۲۰	۷	Canadian Journal of Occupational Therapy	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی
۲۲	"Perception of self-care ability among patients with stroke postdischarge: A qualitative descriptive study in Iran" [41]	ایران	۲۰۲۱	۱۰	International Health Trends and Perspectives	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته	تحلیل محتوای کیفی

توانبخشنی

تصویر منفی از خود را در ذهن تداعی می‌کند [۳۰]. این مسئله نیز باعث احساس تغییر نیازها و خواسته‌های کاری می‌شود که خود مانع بزرگی برای عملکرد کاری محسوب می‌شود [۳۰].

موانع بافتاری

بافتار زندگی هر فردی از محیط اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و نیز بافتار زمانی تشکیل شده است که در ارتباط با مراجعان مبتلا به سکته مغزی، این بافتار به دلیل وجود محدودیت‌ها و موانع زیاد، در اجرای عملکرد کاری نقش منفی دارد. این مسئله دوسویه بوده و هم خود مراجع توان اجرای نقش‌های اجتماعی را ندارد و هم حمایت‌های اجتماعی از وی ضعیف است. به عنوان مثال، مراجع توان اجرای نقش‌های اجتماعی را نداشته و احساس می‌کند باری بر روی دوش دیگر اعضای خانواده است [۱۵، ۲۴، ۲۶، ۴۱] و از سوی دیگر عدم حمایت خانواده از مراجع و نبود حمایت‌های بین فردی از جانب اطرافیان، باعث ایجاد محدودیت در زندگی اجتماعی مراجع می‌شود [۱۰، ۲۲، ۲۴، ۲۶]. کمبود حمایت‌های مالی، یکی دیگر از موانع بافتاری است و این مراجعان

سکته مغزی و در مدت زمان بستری در بیمارستان ایجاد شده باشند [۴۱]. از لحاظ عملکردی، عدم کارکرد دست، یک عامل بزرگ در ارتباط با ناتوانی مراجع در عملکرد کاری است [۲۶]. از دست دادن تحرک و مشکل در راه رفتن [۲۶]، یکی دیگر از موانع موجود بر سر راه مراجعان در انجام فعالیت‌های فیزیکی و امور عملکرد کاری است که به بروز خستگی زودرس [۲۲] و نیاز به کمک در وظایف مراقبت از خود منجر می‌شود [۲۷]. در کل، این مشکلات فیزیکی باعث می‌شوند مراجع توان برآورد نیازهای فیزیکی کار را نداشته باشد و در ادامه شغل قبلی با مشکل روبه‌رو شود [۲۷]. متعاقب بیماری سکته مغزی و ایجاد مشکلات جسمی برای بیمار، مشکلات روان‌شناختی نیز بروز کرده و تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی را برای بیمار خلق می‌کند [۲۲، ۴۱]. این احساسات منفی، ایجادکننده واکنش‌ها و رفتارهای تطبیقی ناسازگار بوده [۳۳، ۴۱] و مسیر دستیابی به عملکرد کاری نرمال را مختل می‌کند [۱۵، ۳۷]. پس از ترخیص از بیمارستان و بازگشت به منزل، مراجعان تغییر بزرگی را در زندگی خود احساس می‌کنند که اغلب جنبه منفی داشته و

جدول ۵. موانع و تسهیل‌گرهای عملکرد کاری

مضمون	طبقه	زیر طبقه
موانع عملکرد کاری	موانع فردی	محدودیت‌های جسمی محدودیت‌های روان‌شناختی
	موانع بافتاری	گرانیاری نقش‌های زندگی اجتماعی ناخشنودی از حمایت‌های اجتماعی
		تنگناهای مالی موانع فرهنگی و آموزشی موانع مدیریتی
	موانع توانبخشی	موانع توانبخشی حرفه‌ای موانع دسترسی و مناسب‌سازی محیطی
تسهیل‌کننده‌های عملکرد کاری	توسعه استراتژی‌های آموزشی	آموزش به بیمار آموزش به مراقبین و جامعه
	توسعه حمایت‌های محیطی	ارتقای حمایت‌های مالی ارتقای حمایت‌های اجتماعی
	تقویت استراتژی‌های فردی	کمک به ساختار معنوی تقویت سیستم توانبخشی بهبود عملکرد روان‌شناختی
		تسهیل‌کننده‌های استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی

توانبخشنی

شغل قبلی و حفظ آن یا تغییر شغل قبلی اطلاق می‌شود. در این قسمت از توانبخشی مشکلات متعددی ایجاد می‌شود مانند عدم تطابق بین الزامات شغلی خاص و قابلیت‌های فعلی بیمار، ناتوانی در حفظ سرعت مورد نیاز برای انجام وظایف کاری، ناتوانی در برآورد الزامات کیفی کار و نیز نگرش‌های منفی کارفرما نسبت به پدیده معلولیت و ناتوانی [۲۶، ۲۷، ۳۱]. مورد بعدی که جزو حیطه‌های توانبخشی محسوب می‌شود، مناسب‌سازی محیطی و اجرای طرح‌های مناسب‌سازی و دسترسی است که اگر به خوبی اجرا نشود، به مانع بزرگی تبدیل می‌شود، مانند نبود سیستم حمل‌ونقل عمومی در منطقه، ناتوانی در رانندگی به محل کار و مشکلات مناسب‌سازی فضای کاری [۲۶].

تسهیل‌کننده‌های عملکرد کاری

تسهیل‌کننده‌های عملکرد کاری در واقع راهکارها و استراتژی‌هایی هستند که باعث تقویت عملکرد کاری مراجعان می‌شوند. این استراتژی‌ها می‌توانند از جانب محیط زندگی مراجع و نیز از جانب اطرافیان و خانواده بر فرد اعمال شوند، یا اینکه از جانب خود مراجع بوده و ضعف‌ها و کاستی‌ها را جبران کنند.

با مشکلات اقتصادی فراوانی در امر درمان و توانبخشی و امور بیمه‌ای مواجه می‌شوند [۲۴، ۲۷، ۲۸، ۳۴]. موانع فرهنگی و آموزشی نیز یکی دیگر از موانع بافتاری بوده و فقدان برنامه آموزشی مناسب جهت تقویت عملکرد کاری مراجع [۲۴، ۲۸] و هدایت این امر توسط خانواده و محیط مراجع، اهمیت آن را دوچندان کرده است. این مسئله به فقدان آگاهی کافی همراهان در مورد مداخلات مورد نیاز جهت بازگشت و تقویت عملکرد کاری فرد منجر می‌شود [۱۰، ۲۲، ۲۶، ۳۳].

موانع توانبخشی

یکی از اقدامات مهم جهت بازگشت توانایی مراجع در زمینه عملکرد کاری، استفاده از توانبخشی علی‌الخصوص کاردرمانی است که اگر به خوبی اجرا نشود، خود تبدیل به مانع بزرگی برای فرد می‌شود. از بین موانع توانبخشی می‌توان به موانع مدیریتی اشاره کرد، مانند عدم دسترسی کافی به خدمات توانبخشی و مشکلات مربوط به تیم توانبخشی و شکاف‌های اساسی در مدیریت این تیم [۱۰، ۲۴، ۳۴]. مورد بعدی، توانبخشی حرفه‌ای مراجع است که این قسمت از توانبخشی به روندی جهت بازگشت مراجع به

سیستم توانبخشی و بهبود کیفیت آن است که با تشکیل یک تیم توانبخشی مناسب برای ارائه خدمات جامع به بیمار و خانواده جهت توسعه عملکردهای عصبی عضلانی و نیز ارائه طرح‌های ترخیصی مناسب جهت توانبخشی بیمار پس از بیمارستان می‌تواند به این افراد کمک شایانی بکند [۲۳، ۲۴، ۲۶، ۳۳، ۳۴].

تقویت استراتژی‌های فردی

استراتژی‌های فردی به ارائه راهکارهایی جهت تقویت عوامل درون فردی اطلاق می‌شود. این استراتژی‌ها باعث تقویت عملکرد شناختی و کاری مراجع می‌شود. همچنین با ارائه این راهکارها می‌توان با افزایش اعتمادبه‌نفس مراجع، سطح استقلال وی را در فعالیت‌های روزمره زندگی افزایش داد. یکی از این استراتژی‌ها بهبود عملکرد روان‌شناختی است که با بهبود بینش فرد در مورد نیاز به استفاده از استراتژی‌ها و تسهیلات موجود و بهبود انگیزه برای کار و افزایش حس مسئولیت‌پذیری و داشتن دید مثبت نسبت به رویدادها می‌توان عملکرد کاری مراجع را ارتقا داد [۲۳، ۲۶، ۲۸]. براساس یافته‌های حاصل از مقالات و مطالعات، عامل بعدی، تسهیل حداکثر استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی است که در این استراتژی، تلاش برای یادگیری مجدد و بازیابی استقلال، اجرای فعالیت‌های کاری و روزمره زندگی جهت تقویت عملکرد کاری و ایجاد تعادل بین استراحت و تفریح در عملکرد کاری می‌تواند تأثیر خوبی در این زمینه داشته باشد [۲۵، ۲۶، ۳۵، ۳۶].

بحث

نتایج این مطالعه متاسفانه نشان داد بازگشت به عملکرد کاری روزمره پس از سکته مغزی یک روند پیچیده است و عوامل بسیاری می‌توانند مانع یا تسهیل این روند شوند. شرکت‌کنندگان در مطالعاتی که در این مرور گنجانده شده بودند، در مورد ماهیت اثرات سکته مغزی به‌عنوان مانعی برای بازگشت به عملکرد کاری پس از سکته صحبت کردند. عملکرد کاری مستقل در زندگی روزمره، نیاز بزرگی برای بازماندگان سکته مغزی و مراقبان آنان بوده تا به‌وسیله آن کیفیت زندگی خود را به حداکثر برسانند و نیز شرایط بهداشتی و سبک زندگی خود را مدیریت کنند. این متاسفانه، درک عمیقی از تجارب بازماندگان و مراقبان سکته مغزی و نیز کادر درمان در مورد موانع عملکرد کاری و تسهیل‌گرهای آن در ارتباط با عوامل فردی و محیطی به وجود می‌آورد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد عواملی که باعث ایجاد چالش در عملکرد کاری می‌شوند و نیز تسهیل‌گرهای عملکرد کاری در طول دوران توانبخشی پس از سکته مغزی، نیازمند توجه کادر درمان و توانبخشی هستند تا بتوانند این عوامل و فرصت‌ها را شناسایی کنند. توانبخشی مؤثر زمانی حاصل می‌شود که متخصصان امر از رویکرد مشارکتی فعال مراجع جهت ارتقای عملکرد کاری استفاده کنند و مراجعان با سکته مغزی و

در صورتی که کلیه این راهکارها بتواند ثمره مناسبی داشته باشد، از شدت معلولیت مراجع کاسته شده و عملکرد کاری بعد از ترخیص از بیمارستان تقویت می‌شود. درصد قابل توجهی از این استراتژی‌ها افزایش آگاهی و اطلاعات مراجع و خانواده وی است. این مضمون نیز به سه طبقه جداگانه تقسیم شده که هر سه آن‌ها سعی در ارائه راهکارهای مناسب جهت تقویت عملکرد کاری مراجع دارند که شامل توسعه استراتژی‌های آموزشی، توسعه حمایت‌های محیطی و تقویت استراتژی‌های فردی هستند.

توسعه استراتژی‌های آموزشی

توسعه استراتژی‌های آموزشی به افزایش آگاهی و اطلاعات مراجع و خانواده و جامعه اطلاق می‌شود تا بتوانند با داشتن اطلاعات کافی و آموزش‌های صحیح به تقویت عملکرد کاری مراجع بپردازند. آموزش به بیمار یکی از این استراتژی‌هاست که با آموزش خودکارآمدی و سازگاری با معلولیت [۲۸] و آموزش فعالیت‌های روزمره زندگی باعث ارتقای استراتژی‌های مقابله‌ای و تطابقی می‌شود [۲۹]. همچنین می‌توان با آموزش استقلال فردی باعث افزایش و حفظ سبک زندگی سالم شد [۲۵، ۲۶، ۳۳، ۳۴]. آموزش به مراقبین و جامعه، جزء مهم دیگر استراتژی‌های آموزشی است. بنابراین می‌توان با ارائه برنامه‌های آموزشی مناسب بیماران سکته مغزی به خانواده و نیز مراقبین اولیه بیمار [۲۴]، سعی در افزایش سواد سلامت خانواده داشت و باعث تسهیل استقلال مراجع شد. این آموزش‌ها می‌تواند شامل آموزش وظایف شخصی، آموزش ترانسفر مراجع، آموزش استفاده از وسایل کمکی و نیز آموزش حرکات بدنی و تمرینات جسمانی باشد [۳۲، ۳۳]. تأکید بر این است که این آموزش‌ها توسط متخصصین به خانواده و جامعه منتقل شود [۲۳].

توسعه حمایت‌های محیطی

انسان موجودی اجتماعی است و کلیه عملکردهای کاری انسان در بافتار محیطی انجام می‌شود، بنابراین فرد و محیط کاملاً به هم مرتبط بوده و محیط می‌تواند روی عملکرد کاری تأثیر بگذارد و در صورتی که محیط غنی باشد و حمایت‌های کافی را فراهم کند، باعث توسعه عملکرد کاری مراجع می‌شود. حمایت‌های اجتماعی ابعاد مختلفی دارد که یکی از آن‌ها، حمایت‌های مالی است که از آن جمله می‌توان به حمایت‌های مالی مناسب پس از ترخیص و تقویت بیمه‌های درمانی و تکمیلی اشاره کرد [۲۲-۲۴، ۳۲]. حمایت‌های اجتماعی مانند تشویق حضور اجتماعی مراجع و مشارکت در اجتماع توسط خانواده و همراهان و دریافت حمایت از طریق هم‌تایان و شرکت در جلسات گروهی با دیگر بیماران، نقش بسزایی در کمک به مراجع دارد [۳۲، ۳۳، ۳۹، ۴۰]. حمایت‌های محیطی می‌تواند به سلامت معنوی فرد کمک کند و مراجع را به فعالیت‌های مذهبی در خانه و اجتماع تشویق نماید [۲۳، ۲۸، ۳۲]. بعد مهم دیگر از حمایت‌های محیطی، تقویت

مراقبان آنان را به سمت استفاده از خدمات توانبخشی جسمی و روانی اجتماعی جهت برآوردن نیازهای خود هدایت نمایند.

طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد^۸ که بر پایه مدل‌های زیست‌روانی و اجتماعی استوار است، تجزیه و تحلیل جامعی از ارتباط و تعامل بین عملکرد و ناتوانی پس از سکته مغزی و عوامل شخصی و محیطی ارائه می‌کند [۴۲]. یافته‌های این متاسنتز تأیید می‌کند که تأثیر متقابل بین ناتوانی‌های جسمی و روان‌شناختی پس از سکته مغزی، حمایت‌های اجتماعی پس از ترخیص و موانع فرهنگی می‌تواند عملکرد کاری و مشارکت در زندگی را مختل کند. سلامتی افراد را می‌توان با ایجاد محیط‌هایی ارتقا داد که در آن مراجعان، بازیگران فعال و مشارکت‌کننده در آن محیط باشند. در این محیط‌ها افراد یاد می‌گیرند که چگونه از منابع داخلی و خارجی خود جهت رسیدن به نیازهای کاری در زندگی روزمره استفاده کنند و همچنین از آنان حمایت می‌شود تا به طریق صحیح این منابع را شناسایی نمایند [۴۳]. در سطح جهانی، بازماندگان سکته به دلایل مربوط به هزینه خدمات بهینه پزشکی، عوامل سبک زندگی، اطلاعات پزشکی پایین، عوامل محیطی و اجتماعی-اقتصادی و رعایت ناکافی مداخلات، کیفیت زندگی پایین را گزارش می‌کنند [۴۴، ۴۵].

در آفریقا و سایر کشورهای در حال توسعه، عوامل منحصر به فرد دیگری مانند دسترسی ناکافی به خدمات توانبخشی، حمایت اجتماعی ناکافی و شبکه‌های خدمات مراقبتی، محدودیت‌های اجتماعی-اقتصادی، برنامه‌های ضعیف ادغام مجدد در جامعه برای افراد معلول، خدمات بهداشتی با استاندارد پایین، نبود مناسب‌سازی منزل پس از ناتوانی و باورهای فرهنگی و سنتی، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی در طول بهبودی سکته دارد [۴۵-۴۷]. طبق مطالعه برانینگان و همکاران، یکی از عناصر اولیه برای بازگشت به عملکرد کاری، محیط آماده‌سازی شده است و عدم دسترسی به درمان و توانبخشی مناسب می‌تواند جزو موانع مهم بر سر راه بازماندگان سکته مغزی باشد. به همین جهت نیاز به دسترسی به واحدهای اختصاصی سکته مغزی در مرحله حاد وجود دارد تا مدیریت این بیماران بهینه شود. بنابراین بازگشت به عملکرد کاری باید در طول مرحله توانبخشی مورد توجه قرار گیرد و متخصصان نقش مهمی در این زمینه دارند [۱۷].

طبق نتایج این مرور نیز چالش‌های موجود در حوزه توانبخشی می‌تواند مانع بزرگی جهت ارتقای عملکرد کاری این مراجعان باشند. این چالش‌ها باعث می‌شوند دوره توانبخشی طولانی شده و باعث فرسودگی بیمار شود. همان‌طور که پالمرو و گلاس به این نتیجه رسیده‌اند که اکثر بازماندگان سکته مغزی در نهایت قادر به زندگی در جامعه هستند، اما بسیاری از آن‌ها با چالش توانبخشی طولانی، سخت و طاقت‌فرسای روبه‌رو هستند [۴۸]. به اعتقاد

ایشان، فرایند توانبخشی سکته مغزی تنها در مورد بازیابی قدرت عضلانی، دامنه حرکتی یا بهبود حرکات بزرگ نیست، بلکه یک فرایند مشارکتی بوده که در آن بازسازی هویت فرد، نقش‌ها و روابط جدید به همان اندازه مهم است. هدف ایده‌آل خدمات توانبخشی کمک به بیماران سکته مغزی برای دستیابی به سطحی از ظرفیت عملکردی است که به آن‌ها اجازه می‌دهد به زندگی مستقل در جامعه بازگردند [۴۸].

در کل، این مطالعه همسو با مطالعه اسوالد است که از دیدگاه وی، سکته مغزی همچنان یک نگرانی اصلی برای بازماندگان، خانواده‌های آن‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی است، زیرا اکثر آن‌ها در جامعه زندگی می‌کنند و توسط مراقبان خانواده علی‌الخصوص همسران آنان کمک می‌شوند. اختلالات مرتبط با سکته مغزی و افسردگی پس از سکته در بهبودی سکته مغزی اختلال ایجاد کرده و به اختلال در روابط و کاهش رضایت از زندگی برای مراجعان و همسرانشان منجر می‌شود. این نتایج مستلزم مداخلات جدیدی برای کمک به مراجعان با سکته مغزی و اعضای خانواده آن‌ها برای مقابله با بسیاری از تغییرات فیزیکی، عاطفی و محیطی است که پس از سکته مغزی ایجاد شده و مراجعان را قادر می‌سازد تا دوباره در جامعه حضور مؤثر داشته باشند [۴۹].

طبق این مرور، یکی از تسهیل‌کننده‌های عملکرد کاری، استراتژی‌های آموزشی است که می‌تواند هم شامل آموزش به بیمار و هم مراقبان باشد. درجاتی از آموزش سکته مغزی برای بیماران یا مراقبان خانواده معمولاً در برنامه‌های توانبخشی موجود است، اما تحقیقات در مورد اثربخشی چنین مداخلاتی محدود بوده است. اهداف آموزشی مبتلایان به سکته مغزی و برنامه‌های آموزشی از مؤسسه‌ای به مؤسسه دیگر متفاوت است. در واقع، اطلاعات کمی در مورد اثربخشی بسته‌های آموزشی ویژه سکته مغزی موجود است. یک نقطه شروع معقول برای برنامه‌ریزی آموزشی سکته مغزی، ارزیابی نیازهای آموزشی بیمار و خانواده آن‌هاست [۴۸].

تحقیقی که در مراکز مشاوره انجمن سکته مغزی در بریتانیا انجام شد نشان داد در یک دوره ۴ ماهه تقریباً ۲۵ درصد افراد خواهان اطلاعات بیشتر در مورد ماهیت سکته مغزی بودند [۵۰]. سایر دسته‌های متداول اطلاعاتی که مراجعان اغلب به دنبال آن‌ها هستند شامل کمک در خانه، کلپ‌های سکته مغزی، مشکلات گفتاری، توانبخشی، تغییرات شخصیتی و افسردگی است [۴۸، ۵۰]. علائق مشابهی در مطالعه‌ای در مورد نیازهای آموزشی بیماران سکته مغزی و اعضای خانواده توسط وان وینبندال و همکاران شناسایی شد و نیاز به اطلاعات در مورد چگونگی کاهش خطر سکته مغزی مکرر اولویت اصلی بیماران بود [۵۱]. به اعتقاد چن و همکاران، ارائه دانش به بازماندگان و مراقبان سکته مغزی در مورد عوارض مربوط به سکته مغزی، مدیریت دارو و تغییرات

8. International Classification of Functioning (ICF)

خود مدیریت نمایند و انتظارات خود را در رابطه با کارهای روزمره خود تطبیق دهند و دوباره در فعالیت‌های روزانه ارزشمند شرکت کنند. علاوه بر این، انجام فعالیت‌های روزمره به‌عنوان بخشی از نقش فرد تعریف شده و می‌تواند به بازماندگان سکتة مغزی کمک کند تا از تجربیات بیاموزند، توانایی‌های خود را بشناسند و معنای جدید زندگی را در خود تعریف کنند [۵۵].

این متاسنتر شامل مطالعاتی از ۹ کشور مختلف بود که نشان‌دهنده تنوع فرهنگی و جهت‌گیری روش شناختی بود. این تنوع می‌تواند به ارائه دیدگاه‌های گسترده‌تری در مورد موضوع موردنظر و ایجاد تفسیر جدیدی از یافته‌های مطالعات منجر شود. در اکثر دیدگاه‌ها، نقش عدم آگاهی مراجعان پررنگ بوده و اطلاع‌رسانی و آموزش مراجعان و مراقبان آن‌ها در زمینه عملکرد کاری در اولویت است. آموزش به مراجع و مراقبان می‌تواند موجب ارتقای عملکرد کاری، و متعاقب آن باعث بهبود کیفیت زندگی مراجع شود. مورد بعدی نقش تغییر و بهبود محیط زندگی مراجع است که می‌تواند شامل محیط فیزیکی مانند مناسب‌سازی منزل و محل زندگی یا دیگر محیط‌های اجتماعی و فرهنگی باشد که با هم‌اندیشی کاردرمانگران و دیگر کادر توانبخشی و درمانی می‌توان جهت بهبود آن گام برداشت و خلأهای موجود در آن را با انجام تحقیقاتی در این زمینه پر کرد. در واقع تحقیقات آینده باید مسائل مربوط به بازگشت به عملکرد کاری را از دیدگاه سایر افراد و تیم توانبخشی از جمله خود بیماران و مراقبان و خانواده آنان و نیز ارائه‌دهندگان خدمات توانبخشی با استفاده از رویکرد روش‌های ترکیبی بررسی کنند. یافته‌های حاصل از این گونه مطالعات می‌تواند در زمینه شناخت عوامل ایجاد محدودیت و راهکارهای تسهیل‌کننده عملکرد کاری مفید باشند و همچنین می‌تواند باعث تقویت اقدامات همه‌جانبه جهت توانبخشی مناسب شوند.

نتیجه‌گیری

مراجعان با سکتة مغزی موانع زیادی در زمینه عملکرد کاری خود دارند و به‌ویژه موانعی که مرتبط با بافتار توانبخشی هستند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. در کنار این موانع مهم، وجود تسهیل‌گرهای حمایتی و آموزشی می‌تواند به ارتقای عملکرد کاری مراجعان کمک کند. استراتژی‌های آموزشی با ارتقای دانش و مهارت مراجع در زمینه مدیریت زندگی باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شوند. همچنین با ارتقای حمایت‌های مالی و اجتماعی می‌توان به مراجع کمک شایانی کرد. درک بهتر عوامل مؤثر بر عملکرد کاری مراجعان با سکتة مغزی نیازمند مطالعات بیشتری به‌ویژه در زمینه ارتباط بافتار و مسائل توانبخشی با عملکرد کاری مراجعان است.

باتوجه به اینکه یکی دیگر از حوزه‌های مهم عملکرد کاری در مراجعان با مشکل سکتة مغزی، تفریح و فعالیت‌های مربوط به تفریح و سرگرمی بیماران است، بنابراین تحقیقات در این زمینه

سبک زندگی، آن‌ها را با مهارت‌های خودمدیریتی و اقدامات پیشگیرانه برای مدیریت عوامل خطر و جلوگیری از عوارض جانبی توانمند می‌کند [۱۲].

از دیدگاه دنی و هاروی، آموزش بیماران سکتة مغزی و خانواده‌های آن‌ها در زمینه پیشگیری از سکتة‌های مکرر یک چالش توانبخشی است. از عوامل مرتبط چالش‌برانگیز می‌توان به مشکلات کارکنان، ثبات پزشکی بیماران، آمادگی بیماران برای یادگیری، ناسازگاری مطالب ارائه‌شده با نیازهای آموزشی بیماران و زمان محدود اختصاص داده‌شده برای آموزش اشاره کرد. در طول بهبودی سکتة مغزی، آموزش بیمار یک سفر مداوم است. برنامه آموزشی باید آمادگی فرد برای یادگیری، سبک‌های یادگیری منحصر به فرد و زمان برگزاری جلسات را در نظر بگیرد. در واقع توانبخشی سکتة مغزی، فلسفه آموزش به‌منظور توانمندسازی بیماران و خانواده‌هایشان است [۵۲].

طبق این مرور، یکی از راه‌های تسهیل‌کننده عملکرد کاری مراجعان توسعه حمایت‌های محیطی است. این حمایت می‌تواند ابعاد مختلفی را به خود بگیرد که شامل حمایت‌های اجتماعی، مالی و معنوی است. از دیدگاه پیپلز و همکاران، توافق قابل توجهی در مورد نیازهای غیرفیزیکی وجود دارد؛ به‌عنوان مثال، توجه به پیامدهای اجتماعی سکتة مغزی، حمایت روانی، مشاوره زوجین و آموزه‌های معنوی. آموزه‌های معنوی بر حفظ ارزش‌ها متمرکز هستند و می‌توانند به‌عنوان منبعی از معنا و هدف برای کاری که انسان انجام می‌دهد در نظر گرفته شوند. بنابراین معنویت یک جزء کلیدی از فعالیت‌های روزانه فرد است، بنابراین برآورده شدن نیازهای معنوی برای درگیر شدن در فعالیت‌ها و توانمندسازی شغلی ضروری است. این مسئله ممکن است برای بازماندگان سکتة مغزی اهمیت ویژه‌ای داشته باشد، چون توانایی محدودی برای انجام کار دارند اما هنوز به درگیر شدن در فعالیت‌های روزانه نیاز اساسی دارند [۵۳، ۵۴].

تقویت استراتژی‌های فردی می‌تواند باعث خودمدیریتی مراجع شده و در نتیجه به بهبود عملکرد روان‌شناختی و نیز انجام بهتر فعالیت‌های روزمره زندگی منجر شود. خودمدیریتی به توانایی فرد در مدیریت یک بیماری مزمن با همکاری مراقب، خانواده، جامعه و متخصصان بهداشتی مناسب اشاره دارد. طبق مطالعه ساتینک و همکاران، انجام فعالیت‌ها عرصه مهمی برای توسعه خودمدیریتی و مسئولیت‌پذیری پس از سکتة مغزی است. برنامه‌های خودمدیریتی سکتة مغزی را می‌توان به بازماندگان سکتة مغزی ارائه کرد و نه تنها بر بازماندگان سکتة مغزی بلکه بر بستگان آن‌ها نیز تمرکز کرد. علاوه بر این، تمرکز چنین مداخلاتی باید نه تنها بر سطح فعالیت‌ها، بلکه بر سطح وجودی خودمدیریتی پس از سکتة نیز باشد. از طریق فعالیت‌های روزمره، مراجعان می‌توانند پیامدهای سکتة مغزی خود را تجربه کنند و متعاقباً یاد می‌گیرند که پیامدهای سکتة را در زندگی روزمره

محدود بودند و در نتیجه کمتر به آن پرداخته شد. مورد بعدی مقالاتی بودند که به زبان فرانسوی و دیگر زبان‌ها نوشته شده بودند که به دلیل عدم آشنایی محققین به این زبان‌ها از مطالعات حذف شدند.

انجام مطالعاتی در زمینه مسائل آموزشی و فرهنگی و نیازهای آموزشی مراجعان با مشکل سخته مغزی در زمینه عملکرد کاری لازم به نظر می‌رسد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله یک متاسنتز بدون نمونه انسانی یا حیوانی است.

حامی مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، تحلیل داده‌ها، نگارش، ویرایش و بررسی: حسن وحیدی، غزاله ماندنی، سیدعلی حسینی، نازیلا اکبرفهمی، آزاد رحمانی؛ گردآوری اطلاعات: حسن وحیدی، غزاله ماندنی؛ سرپرست: غزاله ماندنی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه همکاران کاردرمان و پرستار که در زمینه این مطالعه به ما کمک کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- [1] Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF Core Sets for stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004; (44 Suppl):135-41. [DOI:10.1080/16501960410016776] [PMID]
- [2] WHO. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (The) Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992. [Link]
- [3] Azarpazhooh MR, Etemadi MM, Donnan GA, Mokhber N, Majidi MR, Ghayour-Mobarhan M, et al. Excessive incidence of stroke in Iran: Evidence from the Mashhad Stroke Incidence Study (MSIS), a population-based study of stroke in the Middle East. *Stroke*. 2010; 41(1):e3-10. [DOI:10.1161/STROKEA-HA.109.559708] [PMID]
- [4] Husserl E. *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy*. Illinois: Northwestern University Press; 1970. [Link]
- [5] Larson J, Franzén-Dahlin A, Billing E, von Arbin M, Murray V, Wredling R. The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses of stroke patients during the first year after the patients' stroke event: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(2):257-65. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.021] [PMID]
- [6] Perry SB, Marchetti GF, Wagner S, Wilton W. Predicting caregiver assistance required for sit-to-stand following rehabilitation for acute stroke. *Journal of Neurologic Physical Therapy*. 2006; 30(1):2-11. [DOI:10.1097/01.NPT.0000282144.72703.cb] [PMID]
- [7] Fisher AG. *Occupational therapy intervention process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered and occupation-based interventions*. Three Star Press; 2009. [Link]
- [8] Rebeiro KL, Polgar JM. Enabling occupational performance: Optimal experiences in therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1999; 66(1):14-22. [DOI:10.1177/00084174990660012] [PMID]
- [9] Crabtree J. On occupational performance. *Occupational Therapy in Health Care*. 2003; 17(2):1-18. [DOI:10.1080/J003v17n02_01] [PMID]
- [10] Yeung SM, Wong FK, Mok E. Holistic concerns of Chinese stroke survivors during hospitalization and in transition to home. *Journal of Advanced Nursing*. 2011; 67(11):2394-405. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2011.05673.x] [PMID]
- [11] Bourland EL, Neville MA, Pickens ND. Loss, gain, and the reframing of perspectives in long-term stroke survivors: A dynamic experience of quality of life. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2011; 18(5):437-49. [DOI:10.1310/tsr1805-437] [PMID]
- [12] Chen L, Xiao LD, Chamberlain D, Newman P. Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2021; 30(19-20):2786-807. [DOI:10.1111/jocn.15807] [PMID]
- [13] Lindblom S, Ytterberg C, Elf M, Flink M. Perceptive dialogue for linking stakeholders and units during care transitions—a qualitative study of people with stroke, significant others and health-care professionals in Sweden. *International Journal of Integrated Care*. 2020; 20(1):11. [DOI:10.5334/ijic.4689] [PMID]
- [14] Schulz CH, Hersch GI, Foust JL, Wyatt AL, Godwin KM, Virani S, et al. Identifying occupational performance barriers of stroke survivors: Utilization of a home assessment. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. 2012; 30(2):10.3109/02703181.2012.687441. [DOI:10.3109/02703181.2012.687441] [PMID]
- [15] Simeone S, Savini S, Cohen MZ, Alvaro R, Vellone E. The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015; 14(2):162-9. [DOI:10.1177/1474515114522886] [PMID]
- [16] Cobley CS, Fisher RJ, Chouliara N, Kerr M, Walker MF. A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2013; 27(8):750-7. [DOI:10.1177/0269215512474030] [PMID]
- [17] Brannigan C, Galvin R, Walsh ME, Loughnane C, Morrissey EJ, Macey C, et al. Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. *Disability and Rehabilitation*. 2017; 39(3):211-22. [DOI:10.3109/09638288.2016.1141242] [PMID]
- [18] Edwards J, Kaimal G. Using meta-synthesis to support application of qualitative methods findings in practice: A discussion of meta-ethnography, narrative synthesis, and critical interpretive synthesis. *The Arts in Psychotherapy*. 2016; 51:30-5. [DOI:10.1016/j.aip.2016.07.003]
- [19] Xiao Y, Watson M. Guidance on conducting a systematic literature review. *Journal of Planning Education and Research*. 2019; 39(1):93-112. [DOI:10.1177/0739456X17723971]
- [20] Long HA, French DP, Brooks JM. Optimising the value of the critical appraisal skills programme (CASP) tool for quality appraisal in qualitative evidence synthesis. *Research Methods in Medicine & Health Sciences*. 2020; 1(1):31-42. [DOI:10.1177/2632084320947559]
- [21] Avenier MJ. Shaping a constructivist view of organizational design science. *Organization Studies*. 2010; 31(9-10):1229-55. [DOI:10.1177/0170840610374395]
- [22] Röding J, Lindström B, Malm J, Öhman A. Frustrated and invisible—younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(15):867-74. [DOI:10.1080/0963828031000122276] [PMID]
- [23] Dalvandi A, Ekman SL, Maddah SS, Khankeh HR, Heikkilä K. Post Stroke life in Iranian people: Used and recommended strategies. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2009; 7(1):17-24. [Link]
- [24] Dalvandi A, Heikkilä K, Maddah SS, Khankeh HR, Ekman SL. Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors. *International Nursing Review*. 2010; 57(2):247-53. [DOI:10.1111/j.1466-7657.2009.00786.x] [PMID]
- [25] Ekstam L, Tham K, Borell L. Couples' approaches to changes in everyday life during the first year after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2011; 18(1):49-58. [DOI:10.3109/11038120903578791] [PMID]

- [26] Culler KH, Wang YC, Byers K, Trierweiler R. Barriers and facilitators of return to work for individuals with strokes: Perspectives of the stroke survivor, vocational specialist, and employer. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2011; 18(4):325-40. [DOI:10.1310/tsr1804-325] [PMID]
- [27] Hartke RJ, Trierweiler R, Bode R. Critical factors related to return to work after stroke: A qualitative study. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2011; 18(4):341-51. [DOI:10.1310/tsr1804-341] [PMID]
- [28] Dalvandi A, Khankeh HR, Ekman S-L, Maddah SSB, Heikkilä K. Everyday life condition in stroke survivors and their family caregivers in Iranian context. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*. 2013; 1(1):3-15. [Link]
- [29] Ekstam L, Johansson U, Guidetti S, Eriksson G, Ytterberg C. The combined perceptions of people with stroke and their carers regarding rehabilitation needs 1 year after stroke: A mixed methods study. *BMJ Open*. 2015; 5(2):e006784. [DOI:10.1136/bmjopen-2014-006784] [PMID]
- [30] Taale T, Strand LI, Skouen JS, Råheim M. Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015; 29(4):651-61. [DOI:10.1111/scs.12193] [PMID]
- [31] Hartke RJ, Trierweiler R. Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2015; 22(5):326-34. [DOI:10.1179/1074935714Z.0000000044] [PMID]
- [32] 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. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017; 31(3):515-26. [DOI:10.1111/scs.12365] [PMID]
- [33] Khalid W, Rozi S, Ali TS, Azam I, Mullen MT, Ilyas S, et al. Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC Neurology*. 2016; 16(1):250. [DOI:10.1186/s12883-016-0774-1] [PMID]
- [34] Khoshbakht Pishkhani M, Dalvandi A, Ebadi A, Hosseini M. Factors affecting adherence to rehabilitation in Iranian stroke patients: A qualitative study. *Journal of Vascular Nursing*. 2019; 37(4):264-71. [DOI:10.1016/j.jvn.2019.07.001] [PMID]
- [35] Ranner M, Guidetti S, von Koch L, Tham K. Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2019; 41(25):3025-33. [DOI:10.1080/09638288.2018.1483434] [PMID]
- [36] Purcell S, Scott P, Gustafsson L, Molineux M. Stroke survivors' experiences of occupation in hospital-based stroke rehabilitation: A qualitative exploration. *Disability and Rehabilitation*. 2020; 42(13):1880-5. [DOI:10.1080/09638288.2018.1542460] [PMID]
- [37] Connolly T, Mahoney E. Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(21-22):3979-87. [DOI:10.1111/jocn.14563] [PMID]
- [38] Jafari-Golestan N, Hosseini M, Dalvandi A, Fallahi-Khoshknab M, Ebadi A, Rahgozar M, et al. Determining the consequences of perceived self-care ability in stroke patients living at home: A qualitative study in Iran. *Archives of Neuroscience*. 2019; 6(4):e95653. [DOI:10.5812/ans.95653]
- [39] Nott M, Wiseman L, Seymour T, Pike S, Cuming T, Wall G. Stroke self-management and the role of self-efficacy. *Disability and Rehabilitation*. 2021; 43(10):1410-9. [DOI:10.1080/0963828.2019.1666431] [PMID]
- [40] Wijekoon S, Wilson W, Gowan N, Ferreira L, Phadke C, Udler E, et al. Experiences of occupational performance in survivors of stroke attending peer support groups. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2020; 87(3):173-81. [DOI:10.1177/0008417420905707] [PMID]
- [41] Jafari-Golestan N, Dalvandi A, Hosseini M, Fallahi-Khoshknab M, Ebadi A, Rahgozar M, et al. Perception of self-care ability among patients with stroke post-discharge: A qualitative descriptive study in Iran: Self-care among patients with stroke post-discharge. *International Health Trends and Perspectives*. 2021; 1(3):328-35. [DOI:10.32920/ihtp.v1i3.1439]
- [42] Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The international classification of functioning, disability and health: A new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(11-12):565-71. [DOI:10.1080/0963828031000137063] [PMID]
- [43] von Koch L. Individualised care and rehabilitation. In: Suhonen R, Stolt M, Papastavrou E, editors. *Individualized care*. Cham:Springer; 2019. [DOI:10.1007/978-3-319-89899-5_14]
- [44] Morgenstern LB, Kissela BM. Stroke disparities: Large global problem that must be addressed. *Stroke*. 2015; 46(12):3560-3. [DOI:10.1161/STROKEAHA.115.009533] [PMID]
- [45] Bello UM, Chutiyami M, Salihu D, Abdu SI, Tafida BA, Jabbo AA, et al. Quality of life of stroke survivors in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*. 2021; 30(1):1-19. [DOI:10.1007/s11136-020-02591-6] [PMID]
- [46] Brainin M, Teuschl Y, Kalra L. Acute treatment and long-term management of stroke in developing countries. *The Lancet Neurology*. 2007; 6(6):553-61. [DOI:10.1016/S1474-4422(07)70005-4] [PMID]
- [47] Wahab KW. The burden of stroke in Nigeria. *International Journal of Stroke*. 2008; 3(4):290-2. [DOI:10.1111/j.1747-4949.2008.00217.x] [PMID]
- [48] Palmer S, Glass TA. Family function and stroke recovery: A review. *Rehabilitation Psychology*. 2003; 48(4):255-65. [DOI:10.1037/0090-5550.48.4.255]
- [49] Ostwald SK. Predictors of life satisfaction among stroke survivors and spousal caregivers: A narrative review. *Aging Health*. 2008; 4(3):241-52. [DOI:10.2217/1745509X.4.3.241]
- [50] Hanger HC, Mulley GP. Questions people ask about stroke. *Stroke*. 1993; 24(4):536-8. [DOI:10.1161/01.STR.24.4.536] [PMID]
- [51] van Veenendaal H, Grinspun DR, Adriaanse HP. Educational needs of stroke survivors and their family members, as perceived by themselves and by health professionals. *Patient Education and Counseling*. 1996; 28(3):265-76. [DOI:10.1016/0738-3991(95)00853-5] [PMID]

- [52] Denby F, Harvey RL. An educational intervention for stroke rehabilitation patients and their families: Healthy living after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2003; 9(4):34-45. [DOI:10.1310/WPF9-K8]V-1BMY-VAVD] [PMID]
- [53] Peoples H, Satink T, Steultjens E. Stroke survivors' experiences of rehabilitation: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2011; 18(3):163-71. [DOI:10.3109/11038128.2010.509887] [PMID]
- [54] Jonsson H, Josephsson S. Occupation and meaning. *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. 2005; 177-32. [Link]
- [55] Satink T, Josephsson S, Zajec J, Cup EH, de Swart BJ, Nijhuis-van der Sanden MW. Self-management develops through doing of everyday activities-a longitudinal qualitative study of stroke survivors during two years post-stroke. *BMC Neurology*. 2016; 16(1):221. [DOI:10.1186/s12883-016-0739-4] [PMID]