

Exploring the Educational Needs among Informal Caregivers of Older Adults with Alzheimer's Disease: A Content Analysis Study

Maryam Matini¹, Soleiman Ahmadi², Arya Hamedanchi^{3*}

1- Master's Student in Medical Education, School of Medical Education and Learning Technologies, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2.-MD, PhD, Professor of Medical Education, School of Medical Education and Learning Technologies, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3.-MD, MPH, PhD, Shahid Beheshti University of Medical Sciences branch, ACECR, Tehran, Iran.

Corresponding Author, Arya Hamedanchi, MD, MPH, PhD, Shahid Beheshti University of Medical Sciences branch, ACECR, Tehran, Iran.

Email: dr.hamedanchi@gmail.com

Received: 2025/05/17

Accepted: 2025/06/7

Abstract

Introduction: Alzheimer's disease is one of the most common cognitive disorders that manifests through the gradual loss of memory and cognitive abilities, progressively increasing the need for constant care and support for the patient. The caregivers of these patients are often family members who bear the heavy responsibility of caring for the patient. The aim of the current study is to explore the educational needs of informal caregivers of older individuals suffering from Alzheimer's disease.

Methods: The present research is a qualitative study employing content analysis methodology. Data were collected through semi-structured interviews with 5 relevant specialists, 12 informal caregivers with at least 6 months of experience in caring for an older adult with Alzheimer's disease, and 5 older adults in the mild stage of Alzheimer's disease, as confirmed by a physician. The Graneheim and Lundman method was employed to analyze the data.

Results: In this study, 294 primary codes, 19 sub-categories, and 4 main categories were identified. The four main categories included "the need for information and education, the need for home modifications and safety, the need for self-health management, and the need to engage other family members".

Conclusions: This study indicates that the most important needs of informal caregivers of older adults with Alzheimer's disease include receiving adequate information, raising awareness, and having quick access to information resources. Addressing these educational needs can improve the quality of life of these older adults and reduce the caregiving burden.

Keywords: Older adults, Caregivers, Alzheimer, Educational needs.

تبیین نیازهای آموزشی مراقبین غیر رسمی سالمندان مبتلا به آلزایمر: یک مطالعه تحلیل محتوا

مریم متینی^۱، سلیمان احمدی^۲، آریا همدان چی^{۳*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی و فناوری‌های یادگیری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- دکتری آموزش پزشکی، استاد دانشکده آموزش پزشکی و فناوری‌های یادگیری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- دکتری حرفه‌ای، دکتری تخصصی، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: آریا همدان چی، دکتری حرفه‌ای، دکتری تخصصی، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
ایمیل: dr.hamedanchi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۲۷

چکیده

مقدمه: بیماری آلزایمر یکی از شایع‌ترین اختلالات شناختی است که با از دست دادن تدریجی حافظه و توانایی‌های شناختی بروز می‌کند و به مرور زمان نیاز به مراقبت و حمایت شبانه‌روزی بیمار را افزایش می‌دهد. مراقبین این بیماران غالباً اعضای خانواده هستند که مسئولیت سنگین نگهداری از بیمار را بر عهده دارند. این مسئولیت می‌تواند فشارهای روانی و عاطفی زیادی را به مراقبین تحمیل کند. هدف از مطالعه حاضر، بررسی نیازهای آموزشی مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به آلزایمر می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی تحلیل محتوا است. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۵ متخصص مرتبط با سالمندی، ۱۲ مراقب غیررسمی که حداقل دارای ۶ ماه تجربه مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر هستند و ۵ بیمار مبتلا به آلزایمر مرحله خفیف که به تایید پزشک مرکز رسیده‌اند، استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش گرانهایم و لاندمن انجام شده است.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۲۹۴ کد، ۱۹ زیرمضمون و ۴ مضمون اصلی استخراج شده است. ۴ مضمون اصلی شامل نیاز به اطلاعات و آموزش، نیاز به مناسب سازی و ایمن سازی منزل و تعدیل محیط، نیاز به مدیریت سلامت خود، و جلب همکاری دیگر اعضای خانواده بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که مهم‌ترین نیازهای مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به آلزایمر شامل دریافت اطلاعات کافی، ارتقاء سطح آگاهی و دسترسی سریع به منابع آموزشی است. تامین این نیازهای آموزشی می‌تواند به ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان و کاهش بار مراقبتی کمک نماید.

کلیدواژه‌ها: سالمند، مراقبین، آلزایمر، نیازهای آموزشی.

جمعیت جهان در حال پیر شدن است و افراد با بیشتر شدن عمر مدت طولانی‌تر در دوران سالمندی به سر می‌برند. روند پیری جمعیت می‌تواند با افزایش بیماری‌های زمینه‌ای و عوارض آنها وابستگی سالمندان را به دیگران خصوصاً اعضای خانواده، اجتماع و سازمان‌ها افزایش دهد و موجب افزایش تقاضای سالمندان برای مراقبت‌های طولانی شود (۱).

دمانس یکی از بیماری‌های شایع دوران سالمندی محسوب می‌شود. شواهد موجود افزایش شدید بیماری دمانس را مطرح می‌کنند. در سال ۲۰۲۱، ۵۷ میلیون نفر در سراسر جهان به زوال عقل مبتلا بودند که بیش از ۶۰ درصد آنها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط زندگی می‌کنند (۲). در حال حاضر در دنیا در هر ۳ ثانیه یک نفر به دمانس مبتلا می‌شود (۳). پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد مبتلا به دمانس به ۱۵۲/۸ میلیون مورد در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد که بیشترین میزان افزایش آن مربوط به خاورمیانه با ۳۶۷ درصد افزایش خواهد بود (۴).

در سال ۲۰۱۹، هزینه زوال عقل برای اقتصاد جهانی حدود ۱/۳ تریلیون دلار بود. تقریباً ۵۰ درصد از این هزینه‌ها به مراقبت‌هایی که توسط مراقبین غیررسمی (مانند اعضای خانواده و دوستان نزدیک) ارائه می‌شود، نسبت داده می‌شود. این مراقبین به‌طور میانگین روزانه ۵ ساعت مراقبت و نظارت ارائه می‌دهند (۲). رشد تعداد افرادی که با زوال عقل زندگی می‌کنند، نیاز به تلاش بیشتر برای برنامه‌ریزی بهداشت عمومی و سیاست‌گذاری برای پاسخگویی به نیازهای این گروه را برجسته می‌کند (۴). بر اساس شواهد دمانس (شامل آلزایمر) یکی از علل مهم مرگومیر در سطح جهانی است به‌طوری‌که در جهان ششمین علت مرگومیر در مردان و چهارمین علت مرگومیر در زنان بالای ۷۰ سال گزارش شده است. جامعه ایران نیز که طی دهه اخیر با افزایش شاخص طول عمر روبه‌رو بوده است، در آستانه افزایش چشمگیر بیماری‌های مربوط به دوران سالمندی قرار دارد. یکی از این بیماری‌ها دمانس است که پیش‌بینی می‌شود در آینده آمار تعداد مبتلایان به آن افزایش یابد. در کشور ایران دمانس پنجمین عامل مرگومیر مردان و چهارمین علت مرگومیر زنان بالای ۷۰ سال به شمار می‌رود (۵).

بیماری آلزایمر شایع‌ترین نوع دمانس است و حدوداً ۶۰

تا ۷۰ درصد موارد را تشکیل می‌دهد (۲). سال‌های اخیر حرکت از مراقبت مبتنی بر بیمارستان به سمت مراقبت در منزل و جامعه‌محور افزایش یافته است و باعث درگیر شدن بیشتر خانواده‌ها در مراقبت از سالمندان شده است (۶). مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر معمولاً به عهده اعضای خانواده وی می‌باشد (۷). بیماری آلزایمر نه تنها سبب رنج بیمار می‌شود، بلکه بر اعضای خانواده خصوصاً مراقب اصلی تأثیر می‌گذارد. مراقبان عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر با چالش‌های زیادی مواجه هستند که جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامتی، اشتغال و درآمد مراقبان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پیامدها و عوارض بیماری آلزایمر از جمله تغییرات روان‌شناسی و روان‌پزشکی در کنار اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در حافظه و سایر عملکردهای شناختی (قضاوت و تفکر و غیره)، بیماران را نیازمند یاری و نظارت مراقبان بر فعالیت‌های روزمره آنان می‌کند. بیشتر افراد مبتلا به آلزایمر، حداقل یک مراقبت‌کننده یا حمایت‌کننده دارند که معمولاً همسر یا خویشاوندان بیمار هستند. این گروه مهم‌ترین منبع مراقبتی برای بیماران و سیستم مراقبت بهداشتی می‌باشند. در اکثر موارد همسران نقش خود را به نقش یک مراقب تغییر می‌دهند و مراقبت از همسر برای آنها طاقت‌فرسا و یک مسئولیت تمام‌وقت خواهد بود. همچنین زنان بیشتر از مردان بار مسئولیت بیشتری را تحمل می‌کنند (۸).

مراقبان با موانع زیادی روبرو هستند زیرا مراقبت با سایر وظایف مراقب از جمله تربیت کودک، شغل و روابط تداخل دارد. آنها در معرض خطر افزایش بار، استرس، افسردگی و انواع دیگر عوارض سلامتی هستند. اثرات بر مراقبین متنوع و پیچیده است و بسیاری از عوامل دیگر وجود دارند که ممکن است نحوه واکنش و احساس مراقبین را تشدید یا بهبود بخشند. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که مراقبت از یک فرد مبتلا به زوال عقل استرس‌زاتر از مراقبت از یک فرد دارای ناتوانی جسمی است (۹). با توجه به اینکه تعداد مبتلایان به بیماری آلزایمر در جهان رو به افزایش است و اعضای خانواده با بار مراقبتی بالایی مواجه هستند، برنامه‌ریزی برای ارتقاء سطح آگاهی و توانمندسازی مراقبین غیررسمی می‌تواند باعث مدیریت بهتر مراقبت‌های روزانه بیمار و کاهش بار مراقبتی مراقبین شود. اغلب مراقبین سالمندان مبتلا به زوال عقل یا اختلال شناختی برای این نقش چالش‌برانگیز، آموزش ندیده‌اند. مراقبان ممکن است

به اطلاعات مراقبتی دسترسی نداشته باشند و برنامه‌های آموزش مراقبین به‌طورگسترده به صورت بالینی اجرا نمی‌شوند. مطالعات قبلی، درک کمی از نیازهای اطلاعاتی مراقب را به همراه داشته و بسته‌های آموزشی منسجم که بتواند نیازهای آموزشی مراقبین غیررسمی را مرتفع کند محدود می‌باشد (۱۰). بیش از یک سوم از این افراد نیاز مبرم به کسب آگاهی در مورد بیماری سالمند خود و کسب مهارت‌های سازگاری برای افزایش تاب‌آوری و افزایش آمادگی برای چالش‌های آینده دارند (۱۱).

در ایران نیز مطالب آموزشی و منابع آموزشی با موضوعات مختلف در راستای ارتقاء سطح آگاهی مراقبین غیررسمی تهیه و به چاپ رسیده است، اما متأسفانه منابع آموزشی کافی که به صورت هدفمند و مبتنی بر نیازهای روزانه مراقبین غیررسمی بر اساس تجربیات واقعی، سطح آگاهی و نیازهای آموزشی مراقبین غیر رسمی تهیه شده باشد، در دسترس نمی‌باشد. هدف از مطالعه حاضر تبیین نیازهای آموزشی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر، از طریق انجام مطالعه کیفی می‌باشد.

روش کار

این مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۳ با رویکرد تحلیل محتوا استقرایی در شهر تهران انجام شده و جمع‌آوری داده در این مطالعه از طریق نمونه‌گیری هدفمند و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق با ۵ متخصص مرتبط به سالمندی (دو نفر متخصص طب سالمندی، یک نفر روانپزشک، یک نفر پزشک عمومی که دارای ۵ سال سابقه مدیریت مرکز سالمندی را دارد و یک کارشناس پرستاری سالمندی که دارای تجربه ۵ سال پرستاری در مراکز سالمندی را دارد) و ۱۲ مراقب غیررسمی که دارای حداقل ۶ ماه تجربه مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر را دارند و ۵ سالمند مبتلا به آلزایمر نوع خفیف که بیماری ایشان به تایید پزشک کلینیک تخصصی مرکز بهداشت تهران غرب رسیده است، انجام شد. با توافق شرکت کنندگان این مصاحبه‌ها در کلینیک تخصصی مرکز بهداشت تهران غرب انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. شروع مصاحبه با تعدادی سوال کلی به عنوان سوالات راهنما برای روشن کردن موضوعات خاص آغاز شد. اغلب مصاحبه‌ها با این سوال از متخصصین که: «از نظر

شما مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر با کدام چالش‌ها بیشتر درگیر هستند؟» و از مراقبین غیر رسمی «در یک روز عادی که از عزیزتان مراقبت می‌کنید شما بیشتر با کدام چالش‌ها رو به رو هستید؟» و از سالمندان «کی و چگونه متوجه شدید که به بیماری آلزایمر مبتلا شدید؟» آغاز می‌شد و بر مبنای پاسخ مشارکت‌کننده مصاحبه ادامه می‌یافت. مدت زمان انجام مصاحبه‌ها بسته به نحوه و تمایل به پاسخگویی از ۲۰ دقیقه تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌ها ضبط و بعد از اتمام به آنها گوش داده شد. سپس کلمه به کلمه مکتوب و برای دستیابی به درک کلی از محتوای هر مصاحبه متن چندین بار با دقت مطالعه شد. مصاحبه‌ها تا جایی ادامه یافت که با انجام مصاحبه جدید تغییری در ساختار یافته‌های مطالعه حاصل نشد. تحلیل داده‌ها با رویکرد استقرایی و به روش گرانهایم و لاندمن (۱۲) انجام شده است. به طور خلاصه این روش شامل انتخاب واحدهای معنایی، خلاصه‌سازی و کدگذاری، و طبقه‌بندی و ایجاد مضامین در سطوح مختلف می‌باشد (۱۳).

استحکام داده‌ها

استحکام داده‌ها در مطالعه حاضر برگرفته از معیارهای گویا در چهار محور اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری قابلیت‌اطمینان و قابلیت تأیید است (۱۴) این معیارهای چهارگانه به طور سنتی توسط بسیاری از محققان برای نشان دادن استحکام داده‌ها در تحقیقات مختلف کیفی استفاده می‌شود (۱۵). در این مطالعه اعتبارپذیری و اطمینان از انطباق یافته‌ها با تجارب واقعی مشارکت‌کنندگان از طریق انتخاب شرکت کنندگان دارای دانش و تجربه کافی در موضوع مورد مطالعه، درگیری طولانی مدت با داده‌ها، چک کردن یافته‌ها با مشارکت کنندگان، با استفاده از ثبت و ضبط مصاحبه‌ها و نگهداری و حفظ آنها حاصل شده است. برای حفظ انتقال‌پذیری توضیحات مبسوط در مورد نحوه تحلیل و ارائه نتایج به ثبت رسیده است. برای رسیدن به قابلیت اطمینان روند مطالعه توسط اساتید راهنما و مشاور مورد بازبینی مداوم قرار داشته و نتایج به افراد خبره ارائه، و بازنگری‌های لازم در آن انجام شده است. از نظر قابلیت تأیید از گفته‌ها و نقل‌قول مستقیم مشارکت‌کنندگان - که نشان‌دهنده ارتباط داده‌ها با منابع و ظهور نتایج و تفسیر آنها می‌باشد - استفاده شده است.

یافته ها

این مطالعه، با ۲۲ متخصص، مراقب و سالمند دارای آلزایمر خفیف مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان، در جدول ۱ آورده شده است.

این مطالعه با هدف بررسی و مطالعه نیازهای آموزشی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام شده است. در

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی مصاحبه شوندگان

شماره	جنسیت	سن	شغل	تحصیلات	شماره	جنسیت	سن	شغل	تحصیلات
۱	زن	۵۷	پزشک	دکتر	۱۲	زن	۴۲	مراقب	دیپلم
۲	مرد	۵۳	پزشک	دکتر	۱۳	زن	۶۶	مراقب	دیپلم
۳	مرد	۳۷	پرستار	ارشد	۱۴	زن	۲۴	مراقب	لیسانس
۴	زن	۵۲	پزشک	طب سالمندی	۱۵	زن	۳۹	مراقب	لیسانس
۵	زن	۳۴	پزشک	روانپزشک	۱۶	زن	۴۹	مراقب	دیپلم
۶	زن	۲۴	مراقب	لیسانس	۱۷	زن	۶۵	مراقب	دیپلم
۷	زن	۳۲	مراقب	فوق دیپلم	۱۸	زن	۷۴	سالمند	سیکل
۸	زن	۳۷	مراقب	لیسانس	۱۹	مرد	۷۹	سالمند	ابتدایی
۹	زن	۳۰	مراقب	دیپلم	۲۰	زن	۸۱	سالمند	ابتدایی
۱۰	زن	۲۹	مراقب	فوق لیسانس	۲۱	مرد	۷۳	سالمند	دیپلم
۱۱	زن	۳۰	مراقب	لیسانس	۲۲	زن	۸۳	سالمند	ابتدایی

در این مطالعه، ۲۹۴ کد، ۱۹ زیرمضمون و ۴ مضمون اصلی مطابق با جدول ۲ استخراج شده است:

جدول ۲: مضامین اصلی، زیر مضامین و کدهای استخراج شده

مضمون اصلی	زیر مضمون	کدهای استخراج شده
نیاز به کلاس های آموزشی	نیاز به کلاس های آموزشی	۱- برای توانمند کردن مراقبین باید ابتدا آلزایمر و علائم بیماری را بشناسند ۲- بدانند کی باید به پزشک مراجعه کنند ۳- شناخت زمانها و علل بروز علائم در بیمار با انجام برنامه ریزی هم مراقب هم بیمار احساس امنیت خواهد کرد ۴- علائم شایع بیماری آلزایمر: بی قراری، شب بیداری، رفتارهای ناهنجار ۵- آموزش اعضای خانواده به علائم خفیف مثل فراموشی، پرسش سوالات تکراری توجهی ندارند ۶- شایعترین علامت بیماری فراموشی رویدادهای جدید است ۷- آموزش مدیریت / خشم / ۸- آموزش برنامه هایی برای ارتقاء سطح زندگی / ۹- توانمند سازی مراقب / ۱۰- مراقب باید بیماری آلزایمر و علائم بیماری را بشناسند / ۱۱- مراقب بدانند که رفتارهایی را که بیمار از خود نشان می دهد عمدی نیست و به دلیل بیماری است / ۱۲- شناخت زمانها و علل بروز علائم / ۱۳- آگاهی مراقبین از سندرم غروب آفتاب / ۱۴- به اعضای خانواده باید آموزش داد تا با مشاهده علائم بیماری سریعتر به پزشک مراجعه شود / ۱۵- زمان مراجعه به پزشک وقتی است که بیمار علائم شدید مثل بی قراری، پر خاشگری ناهنجار از خود نشان می دهد / ۱۶- آموزش در خصوص پیشگیری از سرگردانی و گم شدن بیمار / ۱۷- آموزش نحوه تغذیه و نوع تغذیه بیمار / ۱۸- آموزش در خصوص انجام فعالیت های بدنی متناسب با توانایی عملکردی بیمار / ۱۹- آموزش نحوه رعایت بهداشت فردی بیمار / ۲۰- آموزش نحوه برنامه ریزی روزانه / ۲۱- آموزش نحوه ایمن سازی محیط زندگی سالمند / ۲۲- آموزش به مراقبین در خصوص پیشگیری از بروز زخم بستر در سالمند مبتلا / ۲۳- آموزش در خصوص نحوه برقراری ارتباط با سالمند مبتلا / ۲۴- آموزش مدیریت روان و تاب آوری مراقب.
		۲۵- به دلیل نا آگاهی از علائم بیماری با سالمند بد رفتاری می شود / ۲۶- رفتارهای تکراری و وسواس گونه از عوارض بیماری است / ۲۷- بی قراری و انجام کارهای تکراری از عوارض بیماری است / ۲۸- گریه کردن هم جز علائم اولیه بیماری است که متأسفانه به اشتباه افسردگی تشخیص داده می شود / ۲۹- خودداری از خشونت و بحث هنگام بروز علائم چون توهم و سوظن و بدبینی در بیمار / ۳۰- علائم بیماری در دوران سالمندی غیر اختصاصی است / ۳۱- در صورت عدم کنترل بیمار با رفتارهای غیر درمانی باید دارو مصرف کند / ۳۲- یادآوری اینکه این علائم بیماری است / ۳۳- بیمار را تهدید نکنید / ۳۴- حذف صدا های مزاحم / ۳۵- از جملات آرامش بخش استفاده کنید / ۳۶- وقتی یک رویکرد جواب نداد از روش دیگر امتحان کنید / ۳۷- یادآوری اینکه علائم بیماری همیشه ثابت نیست / ۳۸- علائم و نشانه های بیماری آلزایمر در مراحل اولیه مبهم است و در اکثر موارد اعضای خانواده متوجه بیماری نمی شوند / ۳۹- در این حالت حتما در میدان دید بیمار باشیم و از پشت سر و خارج دید بیمار نباشیم چون این رفتار را بیمار بعنوان حمله حساب میکند / ۴۰- سعی کنیم با صدای آرام و بدون خشونت با بیمار صحبت کنیم.

نیاز به آموزش علائم و نشانه‌های بیماری آلزایمر

۴۱-بیماری آلزایمر یک بیماری تحلیل رونده و پیشرونده و بدون بهبودی است/ ۴۲-آموزش علائم شایع بیماری آلزایمر/ ۴۳-اعضای خانواده به علائم خفیف مثل فراموشی، پرسش سوالات تکراری توجهی ندارند/ ۴۴-دیگر علائم بیماری سردرگمی، سرگردانی و توهم و هذیان، سوطن، بدبینی و قضاوت نادرست است ولی همه بیماران همگی به یک صورت بیماری را بروز نمی‌دهند/ ۴۵-زمانی که مراقبین علائم مثل توهم، بدبینی و علائم حاد و عبور از مراحل خفیف به دنبال درمان و مراجعه به پزشک هستند و می‌خواهند بیمار درمان شود/ ۴۶-علائم و نشانه‌های بیماری آلزایمر در مراحل اولیه مبهم است و در اکثر موارد اعضای خانواده متوجه بیماری نمی‌شوند/ ۴۷-شایعترین علامت بیماری فراموشی رویدادهای جدید است/ ۴۸-علائم مثل افت حافظه تا آنجایی که دیگر از انجام کارهای روزانه ناتوان میشود/ ۴۹-فراموشی اسم و اعضای خانواده/ ۵۰-سالمند مبتلا به آلزایمر نحوه انجام کار را به خاطر نمی‌آورد مثلا چطوری باید سالاد درست کند، سالمندی که دچار آلزایمر کاذب است اطلاعات را به یاد نمی‌آورد اما بعد مدتی به خاطر خواهد آورد اما سالمند مبتلا به آلزایمر اصلا به یاد نمی‌آورد/ ۵۱-علائم بیماری در بیمار مبتلا غیرشایع است مثلا عفونت ساده با بی قراری یا افت عملکرد خودش را نشان می‌دهد/ ۵۲-به خاطر نیابردن کارهای روزانه اینکه غذا خورده یا نه، فراموشی مراحل انجام کار و یا استفاده از وسایل مثلا استفاده از قاشق و چنگال برای غذا خوردن/ ۵۳-علل بروز سندرم غروب آفتاب مثلا رفتن به جای ناآشنا، عدم روشنایی کامل در محیط/ ۵۴-علائم بیماری در دوران سالمندی غیراختصاصی است/ ۵۵-همه‌ی بیماران همگی به یک صورت بیماری را بروز نمی‌دهند/ ۵۶-سالمندی که دچار عفونت می‌شود تب نمی‌کند دچار کاهش سطح هوشیاری و بی قراری می‌شود/ ۵۷-علائم شایع بیماری: پرخاشگری، رفتارهای تهدید آمیز، ۵۸-سالمند مبتلا کم‌کم توان عملکردی خود را از دست خواهد داد/ ۵۹-مراقبین این را باید بدانند که انجام کارهای عادی برای بیمار سخت و دشوار خواهد شد، مثل حمام کردن/ ۶۰-وسواس و رفتارهای تکراری وسواس گونه از عوارض بیماری است/ ۶۱-بی‌قراری و انجام کارهای تکراری از عوارض بیماری است/ ۶۲-مراقب باید بداند که این علائم نتیجه بیماری است و آرامش خود را حفظ کند/ ۶۳-حفظ شان و منزلت سالمند.

۶۴-شنونده خوبی باشیم/ ۶۵-به بیمار بفهمانیم که به او گوش می‌دهید/ ۶۶-از طریق زبان بدن یا اصوات دلگرم کننده استفاده شود/ ۶۷-انتخاب زمان مناسب برای صحبت/ ۶۸-یک چیز بگویید یا یک چیز بخواهید/ ۶۹-از جملات طولانی بپرهیزید/ ۷۰-رعایت فاصله مناسب با بیمار/ ۷۱-چیز بیمار با کسب اجازه از بیمار/ ۷۲-رعایت کرامت بیمار در صدا کردن و با حفظ احترام/ ۷۳-حفظ خلق و خوی مثبت مراقب در برقراری ارتباط با بیمار/ ۷۴-عدم برچسب زدن به بیمار به علت ابتلا به بیماری/ ۷۵-عدم نادیده گرفتن بیمار به دلیل ابتلا به بیماری/ ۷۶-آموزش مدیریت احساسات در برخورد با بیمار/ ۷۷-خودداری از استفاده از زور و خشونت در انجام کارها/ ۷۸-استفاده از زور و خشونت و عجله باعث استرس و اضطراب در بیمار می‌شود/ ۷۹-در برخورد با مشکلات روحی بیمار اول حفظ آرامش بیمار است/ ۸۰-اگر بیمار از مراقب سوال کرد صادقانه جواب بدهد اما بحث و جدل نکند/ ۸۱-حفظ حرمت سالمند در انجام کارها/ ۸۲-مراقب سعی کند حواس بیمار را از موضع پرت کند/ ۸۳-با بیمار بحث و جدل نکند/ ۸۴-تشویق سالمند به داشتن روابط اجتماعی/ ۸۵-بحث و جدل با بیمار باعث میشود بی قرار و پرخاشگر شود/ ۸۶-پرت کردن حواس بیمار از محیط به منظور کاهش بی قراری بیمار/ ۸۷-خودداری از خشونت و بحث هنگام بروز علائمی چون توهم و سوطن و بدبینی در بیمار/ ۸۸-بحث و جدل با سالمند باعث بروز علائمی روانی در بیمار خواهد شد/ ۸۹-با بیمار کودکانه رفتار نکنیم/ ۹۰-باید رفتارهایمان به گونه‌ای باشد که بیمار احساس کند شما به او احتیاج دارید تا شان بیمار حفظ بشود/ ۹۱-بی قراری و خشونت از عارضه‌های شایع بیماری است/ ۹۲-اگر بیمار آرام نشد حتما باید با پزشک مشورت شود/ ۹۳-مطمئن شویم که او متوجه منظور شما شده است و شما نیز او را درک می‌کنید/ ۹۴-از زبان ساده و مستقیم استفاده کنید/ ۹۵-احساسات و عواطف بیمار را تایید کنید حتی اگر واقعیت آنها تحریف شده باشد/ ۹۶-مراحل کارها را برای بیمار توضیح دهید حتی اگر کاری ساده و پیش پا افتاده باشد/ ۹۷-سالمند از انجام کارهای بسیار ساده هم ناتوان خواهد شد/ ۹۸-کسب مهارت‌ها و استراتژی مناسب در برقراری ارتباط با بیمار/ ۹۹-در این وضعیت مراقب باید آرامش خودش را حفظ کند/ ۱۰۰-آرام صحبت کند/ ۱۰۱-بیمار را متوقف نکند (بروز استرس و اضطراب بیمار)/ سعی کنیم محیط را آرام کنیم/ ۱۰۲-حفظ روشنایی محیط/ ۱۰۳-از کلمات آرامش بخش استفاده کنیم/ ۱۰۴-استفاده از موسیقی آرامبخش/ ۱۰۵-طوری رفتار نکنید گویی سالمند یک کودک است و متوجه نیست/ ۱۰۶-همیشه یک راهکار جواب نمی‌دهد باید راههای مختلف را امتحان کنیم.

نیاز به آموزش راهکارهایی مناسب برای یک ارتباط موثر و مناسب با بیمار

۱۰۷-بیمار را پشتیبانی کنید/ ۱۰۸-آرامش خود را حفظ کنید/ ۱۰۹-مراقب بدانند که رفتارهایی را که بیمار از خود نشان می‌دهد عمدی نیست و به دلیل بیماری است/ ۱۱۰-سعی کنیم مراحل انجام کارهای روزانه را برای بیمار آسانتر کنیم/ ۱۱۱-از خشونت و بحث و جدل با بیمار بپرهیزیم/ ۱۱۲-تا آنجا که امکان دارد استقلال بیمار حفظ شود/ ۱۱۳-سالمند را تا جایی که ممکن است فعال نگه داریم/ ۱۱۴-آگاهی مراقبین از علائم و زمان بروز سندرم غروب آفتاب/ ۱۱۵-فرایند انجام کارها آسانتر و کوتاهتر شود.

نیاز به آگاهی در زمینه مراقبت‌های جسمی بیمار

۱۱۶-از گفتن الفاظ تحقیر آمیز خودداری کنید/ ۱۱۷-با بیمار با ملایمت رفتار کنید/ ۱۱۸-بیمار را سرزنش نکنیم/ ۱۱۹-بررسی علت: حضور در مکان‌های نا آشنا و جدید و یا علل بیماری جسمی مثل یبوست، خشکی پوست، عفونت ادراری، خستگی و تشنگی باعث بروز استرس و اضطراب می‌شود/ ۱۲۰-در این وضعیت مراقب باید آرامش خودش را حفظ کند آرام صحبت کند بیمار را متوقف نکند (بروز استرس و اضطراب بیمار) سعی کنیم محیط را آرام کنیم/ ۱۲۱-زمانی که دچار بی قراری و استرس می‌شود بهترین کار این است که حواس بیمار را از موضوع پرت کنیم/ ۱۲۲-حفظ روشنایی محیط/ ۱۲۳-از کلمات آرامش بخش استفاده کنیم/ ۱۲۴-استفاده از موسیقی آرام بخش/ ۱۲۵-حذف صداهای مزاحم (بروز استرس و اضطراب بیمار)/ ۱۲۶-عفونت ادراری، سرماخوردگی یا عوارض دارویی می‌تواند باعث بروز علائم روحی در بیمار شود/ ۱۲۷-خودداری از استفاده از زور و خشونت در انجام کارها/ ۱۲۸-در برخورد با مشکلات روحی بیمار اول حفظ آرامش بیمار است/ ۱۲۹-بیمار مبتلا توانایی ارتباطی خود را از دست می‌دهد و زمانی که دچار مشکل جسمی و روحی می‌شود خودش را به شکل استرس و اضطراب نشان می‌دهد/ ۱۳۰-زمان مراجعه به پزشک وقتی است که بیمار علائم شدید مثل بی قراری، پرخاشگری و ناهنجار از خود نشان می‌دهد/ ۱۳۱-حفظ عواطف انسانی بیمار و اینکه هرچی خواستیم در کنارش نگوئیم، گویی بیمار در آنجا حضور ندارد/ ۱۳۲-پرهیز از بحث و جدل با بیمار/ ۱۳۳-اینکه سعی کنیم به بیمار بفهمانیم او اشتباه می‌کند/ ۱۳۴-سعی کنیم مراحل انجام کارهای روزانه را برای بیمار آسانتر کنیم و از خشونت و بحث و جدل با بیمار بپرهیزیم/ ۱۳۵-برای پرت کردن حواس بیمار می‌توانیم به کاری که در حد توانش هست مشغولش کنیم تا آرام شود/ ۱۳۶-زمانی که بیمار شروع به پرخاشگری و تندی می‌کند مراقب باید آرامش خود را حفظ کند/ ۱۳۷-خودداری از خشونت و بحث هنگام بروز علائمی چون توهم و سوطن و بدبینی در بیمار/ ۱۳۸-برای بیمار دلیل و منطق نیاورید فایده‌ای ندارد/ ۱۳۹-تشویق سالمند به داشتن روابط اجتماعی و اینکه مکان‌هایی را برای سالمند در نظر بگیریم که به آنجا بروند و با دوستان و همسالان خودشان ساعتی را بگذرانند/ ۱۴۰-انجام فعالیت‌های ذهنی با هدف تقویت حافظه و ارتقاء سطح عملکرد مغز/ ۱۴۱-با انجام فعالیت‌های اجتماعی و تمرین‌های ورزشی مغزی حداقل به سالمند مبتلا کمک می‌شود که در همان مرحله اختلال شناختی باقی بماند/ ۱۴۲-اگر توهم برای بیمار آسیبی ندارد با بیمار بحث نکنیم که اشتباه می‌کند.

نیاز به آگاهی در زمینه مراقبت‌های روحی بیمار

۱۴۳- از علل مهم ناتوانی و مرگ سالمندان سقوط است / ۱۴۴- اکثر سالمندان در منزل خودشان می افتند و دچار شکستگی می شوند / - ۱۴۵ مسیر رفت و آمد سالمند راحت و بدون وسایل مزاحم باشد/ ۱۴۶- حمام و سرویس بهداشتی دستگیره داشته باشد، روشنایی محیط کامل باشد.

۱۴۷- زمانی را برای حمام کردن انتخاب کنید که بیمار با حوصله است/ ۱۴۸- مراحل حمام کردن را برای بیمار مرحله به مرحله توضیح دهید/ ۱۴۹- مراحل انجام کارها را آسان کنید / ۱۵۰- برای آرامش بیمار چیزی مثل حوله به دستش بدهید/ ۱۵۱- برای بیمار جایزه تعیین کنید/ ۱۵۲- حین حمام کردن تمام بدن بیمار را بررسی کنید/ ۱۵۳- اگر بیمار خجالت می کشد بدنش را با حوله یا پارچه بپوشانید/

۱۵۴- همیشه حمام را با یک شیوه و در یک زمان مشخص انجام دهید/ ۱۵۵- کف پوش پلاستیکی استفاده شود تا بیمار لیز نخورد/ ۱۵۶- طبق عادت سالمند حمام را انجام دهید/ ۱۵۷- هنگام حمام آرام و مهربان باشد/ ۱۵۸- اگر حین حمام مقاومت می کند بیمار را به صورت قسمتی و محدود شستشو دهید/ ۱۵۹- اشیاء اضافی را از حمام خارج کنید/ ۱۶۰- همیشه دمای آب را کنترل کنید / ۱۶۱- از تنها گذاشتن بیمار داخل حمام خودداری کنید/ ۱۶۲- حمام کردن باعث آرامش عمومی می شود ولی به ایمنی حمام دقت کنید / ۱۶۳- زیر دوش صندلی بگذارید/ ۱۶۴- حتما در حمام از دستگیره برای حفظ تعادل سالمند و پیشگیری از افتادن سالمند استفاده کنید / ۱۶۵- زمان انجام استحمام بیمار را کوتاه کنید.

۱۶۶- اولین چیزی که مراقبها باید بدانند حفظ ایمنی منزل است / ۱۶۷- آگاهی از مسائلی که باعث می شود بیمار دچار سرگردانی شود و گم شود/ ۱۶۸- مراقب باید چه کارهایی انجام دهد مثلا بیمار نباید تنها رها شود/ ۱۶۹- ایمنی منزل باید رعایت شود/ ۱۷۰- به همسایه و آشنایان گفته شود که سالمند دچار آلزایمر است اگر تنها در محل دیده شد اطلاع داده شود/ ۱۷۱- برای پیشگیری از گم شدن باید آدرس و شماره تلفن های افراد آشنا را در جیب بیمار گذاشته شود/ ۱۷۲- نباید بیمار را در منزل تنها بگذاریم/ ۱۷۳- یکی از مشکلات بیمار این است که دچار سردرگمی میشود و می خواهد به تنهایی از خانه خارج شود.

۱۷۴- فرایند انجام کارها آسانتر و کوتاهتر شود/ ۱۷۵- یادآوری این موضوع که بروز این رفتارها در سالمند نتیجه بیماری است/ ۱۷۶- استفاده از زور و خشونت و عجله باعث استرس و اضطراب بیمار می شود/ ۱۷۷- در برخورد با مشکلات روحی بیمار اولویت حفظ آرامش بیمار است/ ۱۷۸- زمان هایی را برای انجام کارهای شخصی سالمند در نظر بگیرید که سالمند سرحال و با حوصله است / ۱۷۹- در برنامه ریزی روزانه از سالمند کارهایی که به آن علاقمند است سوال شود/ ۱۸۰- استفاده از فعالیت های ورزشی متناسب با توانمندی سالمند / ۱۸۱- خلوت کردن محیط زندگی و پرهیز شلوغی / ۱۸۲- مراقب باید بداند چه زمانی و چه مسائلی باعث بی قراری و اضطراب سالمند بیمار می شود/ ۱۸۳- از جابه جا کردن و بردن سالمند به محیط های ناآشنا بپرهیزد/ ۱۸۴- از روش های پرت کردن حواس استفاده کنید/ ۱۸۵- در زمان بروز اختلالات روحی با سالمند بحث نکنید/ ۱۸۶- اگر با مدیریت رفتاری اختلالات روحی سالمند برطرف نشد از پزشک و مشاور کمک بگیرید/ ۱۸۷- سالمند را در کارهای کوچک متناسب با توانمندی بیمار مشارکت دهید/ ۱۸۸- با سالمند کودکانه رفتار نکنید و احترام و حریم خصوصی سالمند حفظ شود/ ۱۸۹- از رفتارهایی که باعث خجالت سالمند می شود بپرهیزد.

۱۹۰- حتما به طور منظم به پزشک برای چکاپ سالیانه مراجعه شود/ ۱۹۱- ورزش کنید حتی در منزل/ ۱۹۲- برای خود وقت بگذارید/ ۱۹۳- اهمیت دادن به نوع تغذیه و دریافت گروه های غذایی اصلی / ۱۹۴- مصرف مکمل های غذایی.

۱۹۵- آموزش تکنیک های مدیریت خشم/ ۱۹۶- آگاهی از احساسات خود/ باید بدانند که این احساس طبیعی است/ ۱۹۷- در زمان های پر استرس، تنفس عمیق می تواند به کاهش تنش کمک کند/ ۱۹۸- گاهی اوقات، سردرگمی در ارتباط می تواند منجر به خشم شود/ ۱۹۹- استفاده از زبان ساده و واضح برای برقراری ارتباط بهتر/ ۲۰۰- گوش دادن فعال/ ۲۰۱- پذیرش محدودیت ها / ۲۰۲- به جای تمرکز بر رفتارهای منفی، به نقاط قوت و توانایی های سالمند توجه کنید/ ۲۰۳- مدیتیشن و یوگا/ فعالیت های تفریحی / ۲۰۴- مشاوره حرفه ای

۲۰۵- تکنیک های تمدد اعصاب را یاد بگیرید/ ۲۰۶- آموزش نحوه مقابله استرس و اضطراب توسط مراقب/ ۲۰۷- سطح استرس خود را مدیریت کنید/ ۲۰۸- از نظر جسمی و روانی قوی باشید/ ۲۰۹- پرهیز از گوشه نشینی و ترک روابط اجتماعی / ۲۱۰- رعایت تعادل در ۴ حوزه: کار تحصیل یادگیری مراقبه و معنویت سلامت برای مراقبین / ۲۱۱- به راحتی آشفتگی و ناراحت می شود/ ۲۱۲- احساس بی ارزشی و گناه/ ۲۱۳- احساس ناامیدی/ ۲۱۴- خستگی و از دست دادن انرژی/ ۲۱۵- مشکل در تفکر و تمرکز/ ۲۱۶- تغییر در اشتها وزن/ ۲۱۷- علائم فیزیکی که به درمان پاسخ نمی دهد/ ۲۱۸- خودداری از فاجعه سازی توسط مراقب/ ۲۱۹- فاجعه سازی باعث اضطراب و استرس می شود/ ۲۲۰- نیاز به مراقبت های سلامت روان، انجام مدیتیشن، مراقبه کردن / ۲۲۱- آموزش برنامه های برای ارتقاء سطح زندگی.

۲۲۲- از مراقبت خوب از خود غافل نشوند/ ۲۲۳- به مراقب باید توجه شود تا بیمار نشود / ۲۲۴- حتما به طور منظم به پزشک برای چکاپ سالیانه مراجعه شود/ ۲۲۵- هر گونه علائم غیرطبیعی مثل بی خوابی خشم بی حوصلگی جدی گرفته شود/ ۲۲۶- انجام فعالیت بدنی منظم/ ۲۲۷- در خانه ورزش کنید/ ۲۲۸- فعال بمانید/ ۲۲۹- باهم موسیقی گوش کنید/ ۲۳۰- الگوی تغذیه سالم داشته باشید/ ۲۳۱- علائم خود را یادداشت کنید تا متوجه تغییرات شوید/ ۲۳۲- واقع بین باشید و بدانید که بهترین کار را انجام می دهید/ ۲۳۳- استراحت کنید/ ۲۳۴- هیچ کس نمی تواند به تنهایی مراقبت را انجام دهد/ ۲۳۵- حتما کمک بخواهید/ ۲۳۶- تغییرات بیماری را بپذیرید/ ۲۳۷- از انکار بیماری خودداری کنیم انکار باعث بروز استرس در مراقب خواهد شد/ ۲۳۸- اگر نگران هستید ممکن است افسرده شده باشید/ ۲۳۹- مصرف دارو باعث درمان و ارتقاء کیفیت مراقبت می شود/ ۲۴۰- به دنبال حمایت باشید/ ۲۴۱- مراقب باید اوقات فراغت برای خودش داشته باشد

ایمن سازی منزل به منظور پیشگیری از سقوط

ایمن سازی حمام

نیاز به مناسب سازی و ایمن سازی منزل و تعدیل محیط

ایمن سازی منزل به منظور پیشگیری از گم شدن و فرار از منزل

ایجاد محیط امن و آرام به منظور پیشگیری از بروز اختلالات روحی در بیمار

نیازهای مربوط به مراقبت های جسمی

تکنیک های مدیریت خشم

نیاز به مراقبت های سلامت روان

نیاز به مدیریت سلامت خود

خودمراقبتی مراقب

۲۴۲- برنامه روزانه برای بیمار/ ۲۴۳- اولویت بندی کارها در نوشتن برنامه/ ۲۴۴- تطبیق دادن کارهای روزانه با توانایی در حال تغییر بیمار/ ۲۴۵- برنامه ابزار اولیه مراقبت است/ ۲۴۶- انجام برنامه ریزی روزانه باهدف تصمیم گیری های بهتر/ ۲۴۷- فرایند بیماری کندتر طی می شود/ ۲۴۸- جلوگیری از سرگردانی مراقب در روند مراقبت/ ۲۴۹- پیش بینی به موقع امور بیمار/ ۲۵۰- کمک به تغییرات غیرمنتظره نسبت به برنامه قبلی/ ۲۵۱- کمک به زندگی در منزل/ ۲۵۲- ماندن در کنار خانواده/ ۲۵۳- روال همیشگی باید در برنامه باشد/ ۲۵۴- در برنامه روال عادی بیمار در نظر گرفته شود/ ۲۵۵- هرچه برنامه ساده تر مراقبت راحت تر/ ۲۵۶- زمان مشخص برای خوابیدن و بیدار شدن/ ۲۵۷- انجام نظم و توالی انجام کارهای روزانه مثلاً زمان حمام کردن سرویس رفتن/ ۲۵۸- وقت گذاشتن برای کارهای مورد علاقه بیمار/ ۲۵۹- آمادگی برای آینده/ ۲۶۰- برنامه ریزی برای زمان های آزاد/ ۲۶۱- ثبت وقایع و آنچه اتفاق می افتد/ ۲۶۲- برنامه با پیشرفت بیماری باید تغییر کند/ ۲۶۳- لیست افراد و مکان هایی که بیمار دوست دارد یا ندارد/ ۲۶۴- اگر زمانی بیمار کسل و بی حوصله بود برنامه را تغییر دهید و از دستور دادن به بیمار بپرهیزید/ ۲۶۵- انعطاف پذیر باشد/ ۲۶۶- قابل تغییر بودن برنامه/ ۲۶۷- بر اساس علایق قبلی برنامه ریزی شود/ ۲۶۸- تهیه جدول دارویی و علائمی که در مصرف داروها مشاهده می شود/ ۲۶۹- فعالیت های فکری، حرکتی و فیزیکی برای بیمار در نظر گرفته شود/ ۲۷۰- یادداشت نوبت های پزشک در تقویم/ ۲۷۱- مشخص کردن نوبت های بعدی/ ۲۷۲- از بیمار دعوت کنیم در برنامه ریزی تا جایی که ممکن است مشارکت کند/ ۲۷۳- زور و اجبار در کار نباشد/ ۲۷۴- از بیمار پرسید چه کاری را دوست دارد انجام دهد/ ۲۷۵- چند فعالیت را پیشنهاد دهید و ممکن است مجبور باشید چندبار یک کار را تکرار کنید تا بیمار یاد بگیرد/ ۲۷۶- همیشه کارهای روزانه را زمانی برنامه ریزی کنیم که سالمند سر حال است.	اهمیت برنامه ریزی روزانه در کاهش فشار مراقبتی
۲۷۷- اکثر مراقبین بیماری سالمند خود را نمی پذیرند/ ۲۷۸- پذیرش مراقب بسیار مهم است/ ۲۷۹- مراقب باید بداند بیماری بهیودی ندارد و یک مراقبت طولانی مدت خواهد داشت/ ۲۸۰- حفظ کیفیت زندگی/ ۲۸۱- توسعه استراتژی های مراقبتی/ ۲۸۲- دریافت خدمات مشاوره/ ۲۸۳- پذیرش احساسات، شناسایی و درک بیماری/ ۲۸۴- گفتگوهای عاطفی با سالمند و اعضای خانواده با یکدیگر.	تفاوت فکر کردن و پذیرش
۲۸۵- درباره موضوعات با اعضای خانواده مشورت کنید/ ۲۸۶- حمایت عاطفی با مراقب اصلی/ ۲۸۷- گوش دادن به چالش هایی که مراقب اصلی با آنها روبه رو است/ ۲۸۸- برنامه ریزی برای استراحت دادن به مراقب اصلی.	تعهد اعضا و فرزندان دیگر خانواده
۲۸۹- تقسیم کار بین اعضای خانواده به منظور کاهش بار مراقبتی/ ۲۹۰- تقسیم وظایف در نگهداری از سالمند مبتلا در بین اعضای خانواده/ ۲۹۱- تمیز کردن و نظافت، آشپزی و خرید/ ۲۹۲- برنامه ریزی ملاقات ها.	جلب همکاری دیگر اعضای خانواده
۲۹۳- باید مسئولیت مراقبت و نگهداری از بیمار تقسیم شود،/ ۲۹۴- پشتیبانی یکدیگر.	تقسیم کار سهیم بودن اعضا خانواده

۱- نیاز به اطلاعات و آموزش

این مضمون که از بالاترین تعداد کد معنایی برخوردار است، منعکس کننده نظرات شرکت کنندگان در مورد نیاز مراقبین به کسب آگاهی و دانش در مورد مراقبت از سالمند دارای آلزایمر می باشد.

این مضمون اصلی شامل ۶ زیرمضمون به شرح زیر می باشد:

۱-۱ نیاز به کلاس های آموزشی:

آموزش و افزایش آگاهی در مورد علائم و رفتارهای آلزایمر برای هر کسی که با این بیماری در تعامل است، ضرورت دارد. این آگاهی می تواند به ایجاد روابط مثبت و مؤثر کمک کند. کلاس های آموزشی برای مراقبان نه تنها به بهبود توانایی های آن ها کمک می کند، بلکه می تواند تأثیر مثبتی بر روی زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر و کیفیت مراقبت ارائه شده داشته باشد. آموزش می تواند به مراقبان کمک کند تا روش های بهتری برای ارتباط برقرار کردن و مراقبت از سالمند اتخاذ کنند، که در نتیجه کیفیت زندگی سالمند را بهبود می بخشد.

در این خصوص مشارکت کننده شماره ۶ می گوید: «پس از شرکت در کلاس های آموزشی یاد گرفتم چگونه برای

فعالیت های روزانه سالمند برنامه ریزی کنم این کار باعث کاهش سردرگمی و اضطراب من و ایجاد نظم و انضباط در زندگی بیمارم شده است.»

۱-۲ نیاز به آموزش مدیریت رفتارهای چالشی بیمار:

رفتارهای چالشی می توانند برای مراقبین بسیار استرس زا باشند. آموزش مدیریت این رفتارها به آن ها کمک می کند تا احساس کنترل بیشتری داشته باشند و در نتیجه استرس کمتری را تجربه کنند. با درک بهتر رفتارهای چالشی و نحوه مدیریت آن ها، مراقبان می توانند به بیمار کمک کنند تا از نظر عاطفی و جسمی وضعیت بهتری داشته باشد. درک نیازها و احساسات که منجر به بروز رفتارهای چالشی می شود، می تواند به بهبود ارتباطات و ایجاد روابط مثبت تر بین مراقب و بیمار کمک کند. آموزش مدیریت رفتارهای چالشی بیماران مبتلا به آلزایمر به مراقبین ابزارهای لازم برای مدیریت بهتر این چالش ها را می دهد. با استفاده از تکنیک های مناسب و ایجاد یک محیط حمایتی، مراقبان می توانند به سالمندان کمک کنند تا کیفیت زندگی بهتری داشته باشند و در عین حال خود نیز از استرس کمتری برخوردار شوند.

در این خصوص مشارکت کننده شماره ۱۷ که همسرش را

عهده دارد و می‌گوید: «بسیار سخت است وقتی می‌بینید که شخصی که قبلاً سالم و مستقل بوده، حالا به شما وابسته است. ولی یادگیری روش‌های جدید برای برقراری ارتباط و سرگرم کردن خواهرم باعث می‌شود که احساس رضایت بیشتری داشته باشم.»

۱-۵ نیاز به آگاهی در زمینه مراقبت‌های جسمی بیمار:

آگاهی از نیازهای جسمی بیماران مبتلا به آلزایمر برای ارائه مراقبت مؤثر و بهینه بسیار حائز اهمیت است. با افزایش شناخت و درک از نیازهای جسمی این بیماران، می‌توان به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کرد و از بروز مشکلات جسمی و روحی جلوگیری کرد.

در این خصوص مشارکت کننده شماره ۱۱ می‌گوید: «تمرکز بر نظافت روزانه، استحمام، لباس پوشیدن اهمیت زیادی دارد. در عین حال باید با ملایمت و احترام این کارها را انجام داد، چون ممکن است سالمند حساس باشد یا از این کارها ناراحت شود.»

۱-۶ نیاز به آگاهی در زمینه مراقبت‌های روحی بیمار:

آگاهی در زمینه مراقبت‌های روحی بیماران مبتلا به آلزایمر به مراقبین و خانواده‌ها کمک می‌کند تا بتوانند به نیازهای عاطفی و روانی این بیماران پاسخ دهند و از بروز مشکلات روحی جلوگیری کنند. مدیریت صحیح این جنبه‌ها می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد و روابط آنها با مراقبین را تقویت کند. مراقبت روحی و عاطفی از بیماران مبتلا به آلزایمر یک جنبه اساسی از مراقبت همه‌جانبه است. با افزایش آگاهی در این زمینه، مراقبان و خانواده‌ها می‌توانند به بیماران کمک کنند تا احساس بهتری داشته باشند.

در این مورد مشارکت کننده شماره ۱۲ می‌گوید: «گاهی سالمند فقط نیاز دارد کسی به حرف‌هایش گوش بدهد و احساس کند که حمایت می‌شود. این کار احساس امنیت و آرامش او را بیشتر می‌کند.»

۲- نیاز به مناسب‌سازی و ایمن‌سازی منزل و تعدیل محیط

مفاهیم مضمون فوق این مسئله را مطرح می‌کند با توجه به ماهیت آلزایمر و اینکه بیماری به طور شایع در دوره سالمندی بروز می‌کند برای اینکه بتوانیم یک محیط مناسب برای مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر داشته باشیم باید محیط منطبق با مراقبت از بیمار کنیم. با توجه به احتمال اختلالات رفتاری مثل توهّم، اضطراب، سردرگمی

مراقبت می‌کند، می‌گوید: «ارتباط با همسرم شاید سخت‌تر شده باشد، اما گاهی با یک عطر یا یک موسیقی قدیمی او را به یاد روزهای خوب می‌اندازم.» همسرش باور دارد که خاطرات گذشته می‌تواند به همسرش احساس خوشایندی بدهد و لحظات خوبی را برایشان فراهم کند.

۱-۳ نیاز به آموزش علائم و نشانه‌های بیماری آلزایمر:

آموزش در زمینه علائم و نشانه‌های بیماری آلزایمر برای مراقبین، خانواده‌ها و جامعه به طور کلی، اهمیت زیادی دارد. آگاهی از این علائم به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند تشخیص بهتری داشته باشند و به طور مؤثرتری از بیماران مراقبت کنند.

مشارکت کننده شماره ۱۱ مادرش را که به آلزایمر مبتلا است، مراقبت می‌کند و درباره اهمیت آموزش و آگاهی از علائم شایع این بیماری چنین می‌گوید: «چند ماه پیش وقتی متوجه شدم که مادر به طور مکرر نام من را فراموش می‌کند و سوالاتی را چند بار از من می‌پرسد، واقعاً نگران شدم. ابتدا فکر می‌کردم که این فقط یک علامت طبیعی پیری است، اما بعد از تحقیقات بیشتر و مراجعه به پزشک، متوجه شدم که این ممکن است نشانه‌های آلزایمر باشد با حمایت یکی از پزشکان، به یک کارگاه آموزشی درباره آلزایمر شرکت کردم. در آنجا با علائم مختلف این بیماری، از جمله فراموشی، سردرگمی و مشکلاتی در برقراری ارتباط آشنا شدم. اطلاعاتی که دریافت کردم به من کمک کرد تا متوجه شوم که چگونه می‌توانم به مادر کمک کنم.»

۱-۴ نیاز به آموزش راهکارهایی مناسب برای یک ارتباط مؤثر و مناسب با بیمار:

برقراری ارتباط مؤثر با بیماران مبتلا به آلزایمر می‌تواند چالش برانگیز باشد، اما با استفاده از راهکارهای مناسب، می‌توان این ارتباط را تسهیل کرد و به بهبود کیفیت زندگی بیمار کمک کرد. مانند: استفاده از زبان ساده و واضح، ایجاد محیطی آرام و بدون حواس پرتی، استفاده از زبان بدن تا صحبت کلامی، صبوری و همدلی و حفظ شان و منزلت بیمار، اجتناب از سوالات پیچیده و آموزش به مراقب و اعضای خانواده، به اعضای خانواده آموزش داده شود که چگونه با بیمار ارتباط برقرار کنند. این کار می‌تواند هماهنگی و بهبود ارتباطات را به همراه داشته باشد.

مشارکت کننده شماره ۱۲ خواهرش که مبتلا به آلزایمر است را به خانه خود آورده است. او وظیفه مراقبت از او را بر

و گم شدن باید تمهیدات لازم در نظر گرفته شود. مبلان، سیم‌ها و سایر موانع را از مسیرهای اصلی مانند راهروها و اتاق‌ها بردارند تا احتمال زمین خوردن کاهش یابد. دستگیره‌ها و نرده‌های ایمنی را در مکان‌هایی مانند حمام، پله‌ها و نزدیک تخت نصب شود تا سالمند برای حفظ تعادل و حرکت ایمن‌تر باشد.

اکثر مراقبین این مطلب را عنوان می‌کردند که بیماری که می‌تواند راه ورود امکان خروج از منزل و گم شدن و سردرگمی را دارد. باید محیط منزل امن و ایمن شود تا از گم شدن و از سقوط سالمند و زمین گیر شدن بیمار پیشگیری کرد

این مضمون شامل ۴ زیر مضمون می‌باشد:

۲-۱ ایمن سازی منزل به منظور پیشگیری از سقوط:

ایمن‌سازی منزل برای سالمندان مبتلا به آلزایمر بسیار مهم است تا از وقوع حوادث جلوگیری شود و محیطی امن‌تری برای آنها فراهم گردد. روشنایی ضعیف، عدم وجود تجهیزات ایمنی، وجود قالیچه‌های لغزنده روی سنگ و موارد مشابه که منجر به زمین خوردن می‌گردد.

مشارکت‌کننده شماره ۱۰ در این خصوص می‌گوید: «بعد از زمین خوردن پدرم تصمیم گرفتم در کلاس‌های آموزشی شرکت کنم تا نحوه مراقبت صحیح از سالمند را یاد بگیرم.»

۲-۲ ایمن سازی حمام:

ایمن‌سازی حمام برای بیماران مبتلا به آلزایمر از بروز حوادث و صدمات پیشگیری کرده و به فرایندهای روزمره زندگی ایشان کمک می‌کند. محیط حمام می‌تواند خطرات زیادی از جمله سقوط و لیز خوردن داشته باشد. با اتخاذ تدابیر مناسب و توجه به نیازهای خاص این بیماران، می‌توان محیطی امن‌تر و راحت‌تر برای آنان فراهم کرد. در همین راستا مشارکت‌کننده شماره ۱۰ می‌گوید: «ما در حمام دستگیره‌های ایمنی نصب کردیم تا مادرم بتواند بدون خطر زمین خوردن از آن‌ها استفاده کند. همچنین از فرش‌های ضد لغزش استفاده کردیم.»

۲-۳ ایمن سازی منزل به منظور پیشگیری از گم شدن و فرار از منزل:

ایمن‌سازی منزل برای بیماران مبتلا به آلزایمر باید شامل تدابیر پیشگیرانه، نظارت مداوم و حمایت عاطفی باشد. این بیماران ممکن است در مراحل مختلف بیماری دچار اختلالات حافظه شوند و قادر به شناسایی محل زندگی خود نباشند، که این می‌تواند منجر به گم شدن آن‌ها شود.

در صورت لزوم می‌توان یک اتاق امن با قفل مناسب فراهم کرد که بیمار از آن خارج نشود و در عین حال در یک محیط راحت و ایمن باشد. شلوغی و تنش در محیط می‌تواند منجر به تشویش بیمار شود. سعی شود فضایی آرام و ساده را طراحی کرد. اعضای خانواده و مراقبین باید به علائم فرار و گم شدن بیمار دقت کنند تا بتوانند به موقع پاسخ دهند.

مشارکت‌کننده شماره ۹ در این خصوص می‌گوید: «یکبار که مادر سعی کرد از خانه خارج شود تصمیم گرفتم قفل‌های درها را عوض کنیم تا از خروج ناخواسته‌اش جلوگیری شود. سعی کردم مادرم را با فعالیت‌های روزانه که به آنها علاقمند است سرگرم کنم تا کمتر به فکر خروج از منزل بیفتد.»

۲-۴ ایجاد محیط امن و آرام به منظور پیشگیری از بروز اختلالات روحی در بیمار:

بر طرف کردن عواملی مانند مصرف برخی داروها، محیط نامناسب و یا ناآشنا و ایجاد یک محیط امن و آرام برای بیماران مبتلا به آلزایمر به پیشگیری از بروز اختلالات روحی و عاطفی کمک زیادی می‌کند. این بیماران معمولاً به محیط‌های استرس‌زا و شلوغ حساس هستند و ایجاد فضایی آرام می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند.

مشارکت‌کننده شماره ۱۱ اظهار می‌دارد: «بخش موسیقی قدیمی یا خاطرات خوش، سبب آرامش و کاهش اضطراب می‌شود. این روش‌ها کمک می‌کند احساس ترس و تنهایی کم شود، صحبت کردن با لحن آرام، لبخند زدن، تماس چشمی و نشان دادن محبت، آرامش را در سالمند افزایش می‌دهد و اضطرابش را کاهش می‌دهد.»

۳- نیاز به مدیریت سلامت مراقب

زمانی که مراقب به پذیرش ابتلای سالمندش به آلزایمر می‌رسد بسیار حائز اهمیت خواهد بود تا بتواند بار مراقبتی و چالش‌هایی که در طی مراقبت با آن‌ها روبه رو می‌شود را مدیریت کند و روزهای خوبی را برای خود و بیمار رقم بزند. مضامین این مضمون این موارد را مطرح می‌کنند که تجربیات مراقبین مطرح کننده آن است که مراقبت‌های روزانه و مستمر و مواجهه با چالش‌های رفتاری و مراقبتی سالمندان مبتلا به آلزایمر مراقبین را با مشکلات جسمی و روحی متعددی روبه‌رو خواهد کرد. با توجه به اینکه مراقب در معرض بیماری است، باید به سلامتی روحی و جسمی

۲-۳ تکنیک‌های مدیریت خشم:

مدیریت خشم یک مهارت مهم است که می‌تواند به بهبود روابط و کیفیت زندگی شخصی کمک کند. استفاده از تکنیک‌هایی مانند: نوشتن احساسات، تنفس عمیق (تنفس کنترل شده، تکنیک ۴-۷-۸)، فاصله‌گیری از موقعیت، استراحت کردن، تمرکز بر جنبه‌های مثبت مراقبت، مشاوره و آموزش می‌تواند در شناسایی منبع خشم و ارائه راهکارهای موثر کمک کننده باشد. مدیریت خشم نیازمند تمرین و آگاهی است. با استفاده از این تکنیک‌ها، می‌توان با خشم خود به شکل موثرتری برخورد کرد و به بهبود روابط و کیفیت زندگی خود و بیمار کمک کرد. تغییر رفتار و نگرش به زمان نیاز دارد، اما با ممارست می‌توان بر خشم غلبه کرد.

مشارکت کننده شماره ۱۱ در این خصوص می‌گوید: «مدیتیشن و تمرین‌های ذهن آگاهی به من کمک می‌کند تا آرامش بیشتری پیدا کنم و بهتر بتوانم با چالش‌های روزمره مقابله کنم.»

۳-۳ نیاز به مراقبت‌های سلامت روان:

مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر، با چالش‌های زیادی روبه‌رو هستند و نیازمند مراقبت‌های خاص در حوزه سلامت روان خود هستند. توجه به نیازهای روانی مراقبین می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها و توانایی‌شان در ارائه مراقبت مؤثر به بیماران کمک کند. مانند: آموزش تکنیک‌های خودمراقبتی، زمان برای خود، مدیریت استرس، مدیریت کنترل خشم، رعایت الگوی خواب، رعایت تغذیه مناسب، کاهش احساس گناه، پشتیبانی از طریق دیگر اعضای خانواده.

مشارکت کنندگان ۹ و ۱۰ در خصوص اهمیت سلامت روان مطرح می‌کردند که «پس ما چی؟»، «نمی‌دانم باید چطور به خودم هم برسیم»، «چطور برای خودم هم وقت بزارم چندین بار برای خودم وقت دکتر گرفتم اما نتوانستم بروم»، «بعضی وقتها اینقدر گریه می‌کنم فکر می‌کنم دیوانه می‌شوم»، «بسیاری از مواقع احساس تنهایی می‌کنم، چون به‌خاطر مسئولیت‌های مراقبت نمی‌توانم وقت کافی برای دوستان و خانواده‌ام داشته باشم.»

۳-۴ خودمراقبتی مراقب:

خودمراقبتی برای مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر از اهمیت بالایی برخوردار است. مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر می‌تواند بار روانی و جسمی بالایی را بر مراقب

مراقب اهمیت داد تا بتواند بار مراقبتی طولانی مدت را کاهش داده و تجربه تلخ مراقبت را به روزهای معمولی و قابل تحمل مبدل کند. مراقب باید زمانی را برای خود اختصاص دهد. حتی زمان‌های کوتاهی از استراحت می‌تواند به بازسازی انرژی و روحیه کمک کند. مثلاً می‌توان به یک پیاده‌روی کوتاه رفت یا یک فنجان چای آرامش‌بخش نوشید. از دوستان و خانواده خواسته شود که به مراقب کمک کنند یا فقط برای شنیدن و حمایت از مراقب حضور داشته باشند. همچنین گروه‌های حمایتی وجود دارند که می‌توان به آنها پیوست و تجربیات خود را با دیگران به اشتراک گذاشت. روش‌های مختلفی برای مدیریت استرس وجود دارد مانند یوگا، مدیتیشن، تمرینات تنفسی و حتی گوش دادن به موسیقی این فعالیت‌ها می‌توانند به کاهش استرس کمک کنند. تغذیه سالم و متعادل می‌تواند باعث انرژی و توان بیشتر شود. از مواد غذایی فرآوری شده پرهیز شود و به جای آن از میوه‌ها، سبزیجات، پروتئین‌های سالم و غلات کامل استفاده شود. حتی فعالیت‌های فیزیکی کوتاه مانند پیاده‌روی یا تمرینات ساده در خانه می‌تواند به بهبود سلامت جسمی و روانی کمک کند. مراقبت از بیمار نیاز به تلاش گروهی دارد و نباید تمامی مسئولیت‌ها را به تنهایی بر عهده یک نفر باشد. در صورت نیاز، با مشاوران حرفه‌ای یا روان‌شناسان مشورت شود. آنها می‌توانند به اعضای خانواده بیمار راهنمایی‌هایی در خصوص مدیریت استرس و مشکلات روانی بدهند.

این مضمون شامل شش زیر مضمون می‌باشد:

۳-۱ نیازهای مربوط به مراقبت‌های جسمی:

مراقبین باید مانند بیماران مبتلا به آلزایمر به سلامتی و رفاه خود نیز اهمیت دهند. خودمراقبتی بخشی اساسی از کار مراقبت است و به جلوگیری از فرسودگی و استرس کمک می‌کند. مثلاً برنامه‌ریزی منظم، توجه به غذای سالم، ورزش منظم، خواب کافی، مدیریت استرس، چک کردن سلامت جسمی، شناسایی و پذیرش احساسات و نیازهای عاطفی خود و آنچه که نیاز دارند حائز اهمیت است. توجه به خود، در نهایت به بهبود کیفیت مراقبت از بیماران خواهد انجامید.

مشارکت کننده شماره ۱۷ در این خصوص عنوان کرد: «دیگه برای خودم زندگی ندارم، تمام وقتم صرف مراقبت از اون میشه. از دوستان دور افتادم، نمی‌تونم حتی یه استراحت ساده کنم، برام شده آرزو.»

بیماری وجود ندارد و هر فرد در خانواده ممکن است به نحوه متفاوت با این واقعیت کنار بیاید. مشارکت کننده شماره ۱۷ می‌گوید: «پذیرفتم که این بیماری بخشی از زندگی ما شده و باید باهاش کنار بیایم. تمرکز رو گذاشتم روی این تا جایی که می‌تونم بهش عشق بورزم و ازش مراقبت کنم.»

۴- تقسیم وظایف بین اعضای خانواده

مضامین این مضمون همکاری بین اعضای خانواده را مطرح می‌کند اکثریت مراقبین از مشکلات بار مراقبتی که بر عهده یکی از فرزندان خصوصاً فرزند آخر خانواده شکایت داشتند و خواستار این مهم بودند که آنها هم نیاز به داشتن روابط اجتماعی و رسیدگی به کارهای شخصی خود دارند و باید دیگر اعضای خانواده در انجام مراقبت سهیم باشند.

این مضمون بر جلب همکاری و مشارکت دیگر اعضای خانواده در یاری رساندن به مراقب اصلی تأکید دارد. مشارکت اعضای خانواده در مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر می‌تواند نقش بسیار مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیمار و کاهش فشار روانی مراقب اصلی داشته باشد. اختصاص وظایف مختلف به اعضای خانواده می‌تواند باعث کاهش فشار روانی مراقب اصلی شود. برای مثال، یک نفر می‌تواند مسئول داروها باشد، در حالی که دیگری مراقبت‌های روزانه را برعهده گیرد. ابتدا باید نیازهای بیمار را ارزیابی کنند. این شامل نیازهای پزشکی، مراقبت‌های روزانه و فعالیت‌های اجتماعی است. یک برنامه زمانی مناسب که در آن مشخص شود که چه کسی و در چه زمانی مسئول انجام چه وظیفه‌ای است می‌تواند مفید باشد. تقسیم وظایف باید انعطاف‌پذیر باشد. ممکن است نیاز باشد که وظایف به مرور زمان و با تغییر شرایط بیمار یا اعضای خانواده تغییر کند. به طور مرتب از اعضای خانواده بازخورد گرفته شود و در صورت نیاز تقسیم وظایف را بازبینی و اصلاح کنند. این کار می‌تواند به بهبود همکاری و کاهش تنش‌ها کمک کند.

این مضمون شامل سه زیر مضمون می‌باشد:

۴-۱ تعهد اعضا و فرزندان دیگر خانواده:

مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر نیازمند تعهد و همکاری همه اعضای خانواده است. هنگامی که تمامی اعضای خانواده از جمله فرزندان، در این فرآیند مشارکت دارند، می‌توانند به شکل مؤثرتری از سالمند حمایت کرده و

تحمیل کند و مراقبین نیاز دارند که به سلامت روانی و جسمی خود توجه کنند تا بتوانند بهتر از بیماران مراقبت کنند. یادگیری خودمراقبتی برای مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر نه تنها به سلامت و رفاه خود مراقب کمک می‌کند، بلکه بر کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار نیز اثر مستقیم می‌گذارد.

در این خصوص مشارکت کننده شماره ۶ می‌گوید: «در ابتدای مراقبت بی وقفه کار می‌کردم و دچار خستگی شدید شده بودم اما با شرکت در کلاس آموزشی یاد گرفتم روزانه زمانی مشخص به استراحت خودم اختصاص بدهم حتی زمانی کوتاه و، وقتی که زمانی را برای کارهای مورد علاقه‌ام مثل مطالعه و یا انجام یوگا و مدیتیشن اختصاص می‌دهم حس بهتری دارم.»

۳-۵ اهمیت برنامه‌ریزی روزانه در کاهش فشار مراقبتی:

زمان‌بندی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های دلپذیر و شخصی بیماران مبتلا به آلزایمر می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و احساس رضایت مراقب و سالمند کمک کند. بنابراین می‌بایست زمان‌های مناسب برای فعالیت‌های مختلف در نظر گرفته شود. برخی بیماران صبح‌ها انرژی بیشتری دارند، بنابراین فعالیت‌های ذهنی و بدنی را می‌توان در صبح برنامه‌ریزی کرد. زمان‌بندی ملاقات‌های منظم با دوستان و خانواده به تقویت ارتباطات عاطفی کمک خواهد کرد. زمان‌هایی برای تمرینات تنفس و آرامش یا پیاده‌روی‌های آرام در یک محیط طبیعی می‌تواند بی‌نهایت مفید باشد. برنامه‌ریزی فعالیت‌ها نباید منجر به خستگی او شود. از او پرسیده شود که چه چیزهایی او را خوشحال می‌کند و به آن‌ها توجه شود. برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های دلپذیر و شخصی بیماران مبتلا به آلزایمر می‌تواند بر اساس علایق فردی و انرژی روزانه تنظیم شود، یعنی، با ایجاد یک روال منظم و در عین حال متنوع.

مشارکت کننده شماره ۹ در این باره مطرح می‌کند: «این وضعیت بسیار دردناک است، چون نمی‌توانم او را به زندگی طبیعی برگردانم. اما برنامه‌های خلاقانه مانند نقاشی و موسیقی به ما کمک می‌کند تا در کنار هم لحظات شادی را بسازیم.»

۳-۶ متفاوت فکر کردن و پذیرش:

درک و پذیرش بیماری آلزایمر در خانواده یک فرایند دشوار و چندوجهی است که نیازمند صبر، همدلی، آموزش و حمایت متقابل است. هیچ راه درست و آسانی برای پذیرش این

او به دلیل فشارهای عاطفی و فیزیکی کار خود، تصمیم می‌گیرد که از سایر اعضای خانواده و نیز یک پرستار کمک بگیرد. او می‌گوید: «این تصمیم به من اجازه می‌دهد تا خودم هم کمی استراحت کنم و احساس کنم که می‌توانم بهتر به والدینم خدمت کنم.» همچنین به اهمیت پشتیبانی از دیگر اعضای خانواده نیز اشاره می‌کند.

به طور خلاصه می‌توان گفت در مصاحبه‌های انجام شده خصوصاً در مصاحبه‌هایی که با متخصصین انجام شد، همگی به این مهم تاکید داشتند که مراقبین غیررسمی نیازمند آموزش و ارتقاء سطح دانش و آگاهی در خصوص انجام مراقبت‌های روزانه و مدیریت بحران و چالش‌های رفتاری بیماران مبتلا به آلزایمر هستند تا به واسطه یک بسته آموزشی کاربردی که در اختیار مراقبین غیر رسمی داده شود، بتوانند بار مراقبتی حاصل از یک مراقبت فرسایشی و طولانی مدت را کاهش دهند.

بحث

نتایج این مطالعه که به منظور تبیین نیازهای آموزشی مراقبین سالمند دارای آلزایمر انجام شده نشان می‌دهد مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به آلزایمر در ابعاد مختلف از جمله مدیریت چالش‌های رفتاری بیمار، برنامه‌ریزی مراقبت‌های روزانه، ایمن‌سازی محل زندگی بیمار، ارتباط موثر و مناسب با بیمار و خودمراقبتی باهدف کاهش چالش‌های روحی و جسمی، نیاز به اطلاعات و ارتقاء سطح آگاهی دارند. همچنین اخذ اطلاعات مرتبط در مورد سلامت و بیماری و اینکه مراقب بتواند به منابع آموزشی دسترسی سریع و به موقع داشته باشد از مهمترین نیازهای مراقبین محسوب می‌شود. شواهد مبتنی بر مطالعات موجود نشان می‌دهد مراقبینی که در خصوص نحوه انجام مراقبت آموزش دیده‌اند و توانسته‌اند مراقبت روزانه را با برنامه‌ریزی مناسب و دقیق انجام دهند و راهکارهای مناسب در خصوص روبه‌رویی با چالش‌های رفتاری بیمار را با ارتقاء سطح دانش و آگاهی به دست بیاورند و آمادگی لازم در خصوص مدیریت مراقبت در منزل را کسب کنند، بار مراقبتی و مشکلات جسمانی و روحی آنها به صورت چشمگیری کاهش یافته و می‌تواند به کارهای روزانه خود و مراقبت از خود بپردازند. نکته قابل توجه این است که این آموزش‌ها باید در زمان مناسب و در موقعیت مناسب به مراقب داده شود تا هم برای مراقب و هم بیمار موثر

کیفیت مراقبت را بهبود ببخشند. تشکیل برنامه‌های ملاقات و همکاری می‌تواند به هماهنگی و تقسیم بهتر وظایف کمک کند. اعضای خانواده باید مسئولیت‌های مختلف را شناسایی و تقسیم کنند. اعضای خانواده باید فضایی را ایجاد کنند که در آن سالمند احساس عشق و حمایت کند. این احساس می‌تواند به بهبود روحیه و کیفیت زندگی سالمند کمک کند. تعهد اعضای خانواده در مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر ضروری است. با همکاری، آموزش و پشتیبانی عاطفی و عملی، خانواده می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی سالمند کمک کند.

مشارکت کننده شماره ۱۳ در این خصوص عنوان می‌کند: «بعضی از اعضای خانواده اصلاً درک نمی‌کنن و حتی انتقاد هم می‌کنن. این خیلی آزار دهنده ست.»

۴-۲ تقسیم کار:

تقسیم وظایف در مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر یک فرآیند حیاتی است که به خانواده‌ها کمک می‌کند تا به بهترین شکل ممکن از سالمند حمایت کنند. با توجه به اینکه مراقبت از این بیماران می‌تواند چالش‌برانگیز باشد، تقسیم مناسب وظایف می‌تواند به کاهش بار عاطفی و جسمی افراد کمک کند و کیفیت مراقبت را بهبود بخشد. هر عضو خانواده می‌تواند توانایی‌ها و علایق خاصی داشته باشد. برای مثال، یکی از اعضاء ممکن است در زمینه مدیریت دارو مهارت داشته باشد، در حالی که دیگری در کارهای هنری و اجتماعی بهتر است.

مشارکت کننده شماره ۹ در این خصوص می‌گوید: «اگر خانواده‌ام از من حمایت نمی‌کردند، نمی‌توانستم از پس مسئولیت برآیم. حمایت آنها به من انرژی می‌دهد.»

۴-۳ سهیم بودن اعضای خانواده:

اگر یکی از اعضای خانواده به عنوان مراقب اصلی انتخاب شده است، سایر اعضا باید او را حمایت کنند و بار عاطفی و جسمی او را کاهش دهند. اعضای خانواده باید برای مراقب اصلی زمان‌هایی برای استراحت و خودمراقبتی فراهم کنند. ایجاد یک سیستم ارتباطی مؤثر بین اعضای خانواده می‌تواند به کاهش سوءتفاهم‌ها و بهبود هماهنگی در مراقبت کمک کند. ایده خوبی است که اعضای خانواده در کنار هم در فعالیت‌های مراقبتی مشارکت کنند، حتی اگر نقش اصلی را نداشته باشند.

مشارکت کننده شماره ۱۴ که به صورت همزمان از پدر و مادرش که هر دو به آلزایمر مبتلا هستند، مراقبت می‌کند.

و کارساز باشد (۱۶). به نظر می‌رسد آموزش برنامه‌های ارتباطی باعث افزایش دانش و بهبود رضایت ارتباطی برای مراقبت‌کنندگان از بیماران آلزایمر می‌شود. ارائه آموزش کافی به مراقبان برای اطمینان از کیفیت مراقبت و ارائه خدمات ضروری است. آموزش در مورد راهبردهای ارتباطی خاص می‌تواند نگرش نسبت به بیماران را تغییر داده و رضایت بیشتر مراقبان و ایجاد احساس موفقیت در فعالیت‌های روزانه آنان را به دنبال داشته باشد (۱۷).

به عنوان یک مداخله موثر و مناسب، تشکیل تالارهای گفتگو و گروه‌های حمایتگر می‌تواند برای در اختیار قرار دادن تجربیات مراقبین و ارتقاء سطح آگاهی و کاهش بار روانی مراقبین در نظر گرفته شود. در همین راستا مطالعه کیفی که در کشورهای اروپایی انجام شده است بر ادغام مراقبت‌های روانی اجتماعی مراقبان غیر رسمی تأکید دارد. اسناد از جستجو در یک پلت فرم اطلاعات (آلزایمر اروپا) در میان ۴۰ استراتژی ملی در اروپا بین نوامبر ۲۰۲۰ تا مارس ۲۰۲۱ و از طریق کلماتی مثل: حمایت روانی مراقبین، گروه‌های حمایتی، گروه آموزشی روانی و گروه خودیاری، جمع‌آوری شده است. نتایج این مطالعه پیشنهاد کننده آن است تا در جامعه برای سالمندان مبتلا به آلزایمر و مراقبان غیر رسمی سیستمی ایجاد شود که مشارکت اجتماعی ارتقا یافته و اطلاعات مورد نیاز خود را در اسرع وقت دریافت کنند و بدانند کجا باید به دنبال کمک باشند؟ چه خدماتی را دریافت کنند؟ گروه‌های خودیاری مانند کافه‌های آلزایمر این امکان را به مراقبان غیررسمی می‌دهد که گرد هم آمده و از تجربیات یکدیگر استفاده کنند. به عنوان مثال در کشور فنلاند بسته‌ای تهیه شده است با این عبارت «آلزایمر، حالا چی؟» که مرتباً این بسته آموزشی برای مراقبان غیررسمی در حال به روز رسانی است. بسته آموزشی شامل: آموزش روانی، جلسات آموزشی و برقراری ارتباط مراقبان غیر رسمی با یکدیگر می‌باشد (۱۸). در مطالعه دیگری در توکیو ارائه آموزش به مراقبان بیماران مبتلا به زوال عقل، علائم افسردگی و احساس بار مراقبت را بهبود بخشیده و رفتار و علائم روان‌شناختی زوال عقل در سالمندان را کاهش داده است. بر اساس این نتایج، ارائه آموزش به مراقبان بیماران مبتلا به زوال عقل می‌تواند منجر به اثرات مفید برای بیماران و مراقبان شود و باید به‌طور گسترده در مراقبت از زوال عقل استفاده شود (۱۹).

برگزاری کلاس آموزشی برای مراقبین به صورت گروهی خصوصاً به صورت آنلاین و مجازی که مراقب نگران

تنها ماندن بیمار خود نباشد و بتواند ساعاتی از روز را برای دریافت اطلاعات و آموزش بگذارند، می‌تواند مفید باشد. مطالعه دیگری که در آسویل کارولینای شمالی از مارس تا دسامبر ۲۰۲۰ انجام شده است، به بررسی یک برنامه آموزشی مجازی در دو گروه مداخله و کنترل برای پاسخ به این سوال پرداخته که آیا برنامه آموزشی مجازی با موضوعات روان‌شناختی برای مراقبان سالمند مبتلا به آلزایمر می‌تواند باعث ارتقاء اعتماد به نفس، خودکارآمدی و کاهش بار مراقبت شود؟ نتایج این مطالعه نمایانگر آن بود که در طی دوره آموزشی سطح دانش و آگاهی، میزان اعتماد به نفس و خودکارآمدی مراقبین افزایش و میزان استرس و علائم افسردگی در مراقبین شرکت کننده در جلسات آموزشی کاهش یافته بود. در مطالعه مذکور میزان ارتقاء سطح آگاهی در جلسات آموزشی مجازی در مقایسه با جلسات آموزشی حضوری تفاوتی نداشت (۲۰). در یک مطالعه دیگر لیو و همکاران از ابعاد مختلف نقش آموزش مبتنی بر نظریه توانمند سازی را در مراقبین سالمندان دارای آلزایمر بررسی کردند. نتایج نمایانگر آن بودند که گروه مداخله از نظر آگاهی نسبت به دمانس، آمادگی برای مراقبت و احساسات مثبت در مقایسه با گروه کنترل به صورت معناداری در سطوح بالاتری قرار داشتند. بعلاوه میزان اضطراب و افسردگی در این گروه کمتر بود (۲۱). یک مرور سیستماتیک توسط اوانز و همکاران که در سال ۲۰۲۴ بر روی اثرات آموزش بر مراقبین غیر رسمی سالمندان دارای دمانس در کشورهای با درآمد متوسط و پایین انجام شد، نشان داد که آموزش‌هایی که به صورت گروهی و به مدت حدود دوازده ساعت اجرا شده است، موثرتر بوده‌اند (۲۲). از سویی دیگر شواهد بیانگر آن است که فناوری‌های جدید رایانه‌ای می‌تواند به کاهش پیامدهای روانی منفی مراقبت از سالمندان دارای آلزایمر مانند افسردگی، اضطراب، فشار روانی و نیز به کاهش بار مراقبتی کمک کند (۲۳).

مطالعات انجام شده در ایران نیز نمایانگر آن است که مراقبین این سالمندان تحت فشارهای مختلفی قرار می‌گیرند تا جایی که گاهی ادامه ایفای نقش به عنوان مراقب، برای آنان بسیار مشکل می‌شود (۲۴). احساس فرسودگی و خستگی شدید همراه با مشکلات عاطفی و روانی، مانند افسردگی، ناامیدی، احساس گناه، انزوا، رنج، استرس، تنش، تحریک‌پذیری، خشونت، و بی‌صبری در آنان گزارش شده است (۲۵). این درحالی است که مطالعه حسین پور و همکاران نشان می‌دهد که آمادگی برای

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مهم‌ترین نیازهای مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به آلزایمر شامل دریافت اطلاعات کافی، ارتقاء سطح آگاهی و دسترسی سریع به منابع آموزشی است. تامین این نیازهای آموزشی می‌تواند به ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان و کاهش بار مراقبتی کمک نماید. تهیه بسته آموزشی براساس مهمترین نیازهای مراقبتی مراقبین غیر رسمی می‌تواند نقش موثری در ارتقاء سطح آگاهی و دانش مراقبین غیر رسمی سالمندان مبتلا به آلزایمر داشته باشد. لازم است در آینده مطالعات کافی با هدف بررسی میزان تاثیر بسته آموزشی بر آگاهی مراقبین غیر رسمی سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام شود. پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزشی منظم برای مراقبین طراحی و برگزار شود تا به آنها در افزایش آگاهی و بهبود مهارت‌های لازم کمک کند و تاثیر مثبت‌تری روی کیفیت ارائه خدمات به بیماران آلزایمر داشته باشد.

محدودیت‌ها

انجام این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود. مشکل دسترسی به چالش‌های مراقبینی که به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه نمی‌کنند از محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رود. از دیگر محدودیت‌های مطالعه این بود که برخی از مراقبین در ابتدای مصاحبه تمایل به انکار بیماری و مشکلات سالمند داشته و از عنوان کردن برخی از نیازها و چالش‌های مراقبتی که در طول مراقبت با آنها روبه رو می‌شدند امتناع می‌کردند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه بخشی از مراحل تولید محتوا برای انجام پایان نامه کارشناسی ارشد با عنوان «طراحی و اجرا و ارزشیابی دوره آموزشی مجازی جهت توانمندسازی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر» در رشته آموزش پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده که با کد اخلاق IR.SBMU.SME.REC.1402.074 به ثبت رسیده است.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر که آنان را در این امر یاری کردند، کمال تشکر را داشته باشند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تضاد منافع ندارد.

مراقبت از سالمندان دارای آلزایمر پیش‌بینی کننده فشار مراقبت می‌باشد، به صورتی که افزایش آمادگی مراقبین غیررسمی در این سالمندان موجب کاهش فشار مراقبتی و ارتقاء کیفیت زندگی آنها می‌شود (۱۶). از این نظر می‌توان گفت دوره‌های آموزشی با هدف ارتقاء توانمندی‌های این مراقبین می‌تواند کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد. در مطالعه قزلسفلو و همکاران نشان داده شد که هشت جلسه آموزش‌های روانشناختی به صورت گروهی و به مدت یک ماه می‌تواند فشار روانی و مشکلات ارتباطی را در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر کاهش دهد (۲۶). در سالهای اخیر، خصوصاً در دوره پاندمی کرونا تمایل به برگزاری دوره‌های آموزشی مجازی افزایش یافت و در همین راستا، اثرات مثبتی در استفاده از آموزش‌های مبتنی بر وب برای ارتقاء سلامت روان مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر گزارش گردیده است. هر چند بنظر می‌رسد مطالعات بیشتری برای افزایش اثربخشی برنامه‌های حمایتی مبتنی بر وب و نیز غلبه بر موانع فناوری، تقویت مهارت‌های دیجیتال مراقبین، تطبیق محتوا با نیازهای فردی و پرداختن به عوامل خطر کلیدی مرتبط با سلامت روان مورد نیاز است (۲۷).

به طور خلاصه می‌توان گفت ارتقاء سطح آگاهی و دانش مراقبین علاوه بر بهبود کیفیت مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر، می‌تواند در ارتقاء تندرستی جسمی و روحی مراقب هم موثر باشد یافته‌های مطالعه حاضر هم بیانگر این است نیاز دیگر مراقب بیمار، تقسیم وظایف و همکاری بین اعضای خانواده است. مراقب اصلی باید وظیفه رهبری و مدیریت روند مراقبت را بر عهده داشته باشد و برنامه‌ریزی روزانه را انجام دهد. مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر به تنهایی یک روند فرسایشی و بسیار سخت است و بدون همکاری بین اعضای خانواده در طولانی مدت طاقت فرسا و ناممکن است زیرا ظرفیت و توان مراقبت‌کننده اصلی محدود است. برای حل این مشکل یک نفر می‌تواند مسئولیت امور پزشکی بیمار را بر عهده بگیرد، با پزشکان تماس داشته باشد و داروی بیمار را مرتب و منظم به او بدهد. عضو دیگری از خانواده می‌تواند مسئول خرید و تهیه غذا باشد. با تقسیم کارها، هر فرد در امر به‌خصوصی از مراقبت دقیق می‌شود و آن را به نحو بهتری انجام می‌دهد. طبیعی است که باید یک نظم ارتباطی دقیق و مستمر بین اعضای خانواده وجود داشته باشد و از کارهای انجام شده کاملاً آگاه باشند.

References

1. Imani A, Dashtgiri S, Zeinalhajlou AA. Population aging and burden of diseases (a review). *Depiction of Health*. 2015;6(2):54-61.
2. Dementia [Internet]. WHO. 2025 [cited April 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
3. Omidvar E, Babakhani V, Rashedi V, Foroughan M. Relationship between Psychological, Social and Educational Needs with General Health among Informal Caregivers of the Elderly with Dementia. *Journal of North Khorasan Medical Sciences*. 2020;12(3):39-46. <https://doi.org/10.52547/nkums.12.3.40>
4. Emma Nichols. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public health*. 2022;7(2):e105-e25. <https://doi.org/10.1002/alz.051496>
5. Hamedanchi A, Rezaie F, Nafei A, Hamzezadeh H. Causes and Trends of Mortality among Iranian Older Adults from 2000 to 2019. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2025;19(4):0-. <https://doi.org/10.32598/sija.2024.3154.3>
6. Feinberg L. CAREGIVER ASSESSMENT. *Journal of Social Work Education*. 2008;44(sup3):39-41. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2008.773247709>
7. Brodaty H, Green A. Defining the role of the caregiver in Alzheimer's disease treatment. *Drugs & aging*. 2002;19(12):891-8. <https://doi.org/10.2165/00002512-200219120-00001>
8. Zahari S, Khatooni S, Abedsaiidi Z, Alavimajid H, Yaghmaei F. Examining the Problems of Primary Caregivers of Alzheimer's Patients Referring to the Tehran Alzheimer's Association (In Persian). *Advances in Nursing & Midwifery*. 2006;16(53):65.
9. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2009;11(2):217-28. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
10. Peterson K, Hahn H, Lee AJ, Madison CA, Atri A. In the Information Age, do dementia caregivers get the information they need? Semi-structured interviews to determine informal caregivers' education needs, barriers, and preferences. *BMC geriatrics*. 2016;16(1):164. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0338-7>
11. Novais T, Mouchoux C, Kossovsky M, Winterstein L, Delphin-Combe F, Krolak-Salmon P, et al. Neurocognitive disorders: what are the prioritized caregiver needs? A consensus obtained by the Delphi method. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):1016. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3826-y>
12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
13. Khankeh H, Shirozhan S, Roudini J. Qualitative Content Analysis. In: Khankeh H, editor. *Qualitative Applied Research in Healthcare*. Tehran: Jame-e-Negra; 2024. p. 61-80.
14. Loh J. Inquiry into issues of trustworthiness and quality in narrative studies: A perspective. *Qualitative Report*. 2013;18(33).
15. Hamedanchi A, Zanjari N, Khankeh HR, Abolfathi Momtaz Y. Hermeneutic Studies: Challenges And Strategies In Trustworthiness. *Nursing And Midwifery Journal*. 2021;19(2):119-27.
16. Hoseinpoor M, Nourozi K, Rahgoi A, Ghasemi S, Noroozi M, Babaie M. The relationship between care burden, care preparedness and the quality of life in the home caregivers of the elderly with the alzheimer's disease in Iran alzheimer's association. *Journal of Gerontology*. 2021;6(2):10-8.
17. Ripich DN, Wykle M, Niles S. Alzheimer's disease caregivers: the focused program. A communication skills training program helps nursing assistants to give better care to patients with disease. *Geriatric nursing (New York, NY)*. 1995;16(1):15-9. [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(05\)80073-4](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(05)80073-4)
18. Tokovska M, Nour MM, Sørensen A, Småland Goth U. Informal caregivers and psychosocial support: Analysis of European Dementia Policy documents. *Journal of public health research*. 2022;11(1):jphr. 2021.416. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2416>
19. Terayama H, Sakurai H, Namioka N, Jaime R, Otakeguchi K, Fukasawa R, et al. Caregivers' education decreases depression symptoms and burden in caregivers of patients with

- dementia. *Psychogeriatrics*. 2018;18(5):327-33.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12337>
20. Noel MA, Lackey E, Labi V, Bouldin ED. Efficacy of a virtual education program for family caregivers of persons living with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2022;86(4):1667-78.
<https://doi.org/10.3233/JAD-215359>
21. Liu X, Wang S, Wei L, Liu Y, Bian J, Wang S, et al. The impact of empowerment theory-based health education on Alzheimer's disease informal caregivers: a randomized controlled trial. *Frontiers in Public Health*. 2024; Volume 12 - 2024.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1393823>
22. Evans I, Patel R, Stoner CR, Melville M, Spector A. A Systematic Review of Educational Interventions for Informal Caregivers of People Living with Dementia in Low and Middle-Income Countries. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*. 2024;14(3).
<https://doi.org/10.3390/bs14030177>
23. Smriti D, Wang L, Huh-Yoo J. Emotion work in caregiving: the role of technology to support informal caregivers of persons living with dementia. *Proceedings of the ACM on human-computer interaction*. 2024;8(CSCW1):1-34.
<https://doi.org/10.1145/3637325>
24. Dadashi-Tonkaboni N, Mahdizadeh M, Peyman N, Gholamnia-Shirvani Z, Tehrani H. Factors influencing the ability of family caregivers of Alzheimer's patients within Iranian families to continue and persist in their caregiving roles: a qualitative study. *BMC Nursing*. 2024;23(1):801.
<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02468-w>
25. Ashrafizadeh H, Gheibizadeh M, Rassouli M, Hajibabae F, Rostami S. Explain the Experience of Family Caregivers Regarding Care of Alzheimer's Patients: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychology*. 2021; Volume 12 - 2021.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699959>
26. Ghezelsefloo M, Saadati N, Yousefi Z, Zamanpour M. Study the Effect of Resilience Training on Reducing Stress and Communication Problems in the Primary Caregivers of the Elderly With Alzheimer Disease. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019;14(3):284-97.
27. Rahimi F, Shakibazadeh E, Ashoorkhani M, Hosseini H, Foroughan M, Aghayani Z, et al. Effect of a web-based intervention on the mental health of informal caregivers of the elderly: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):404.
<https://doi.org/10.1186/s12888-025-06819-y>