Journal of Research in Psychological Health
March 2025, Volume 18, Issue 4

A Qualitative study of Narrative analysis of the experiences and perceptions of informal caregivers of an elderly person

Zeinab Mihandoost
Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran (Corresponding author)

Citation: Mihandoost, Z. A Qualitative study of Narrative analysis of the experiences and perceptions of informal caregivers of an elderly person. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 18 (4):0-0 [Persian].

Article Info:

Received:
2024/07/17

Accepted:
2025/03/21

Key words
Elderly, Informal caregiver, Qualitative study, Narrative research

Abstract

Informal caregivers play an important role in meeting the communication, nutrition and health needs of the elderly.Understanding the experiences and perspectives of informal caregivers in caring for the elderly is important. This study aims to identify and organize the experiences of informal caregivers. The purpose of this research is to analyze the physical, cognitive and psychological problems of an elderly person with a stroke with a qualitative approach and narrative research. The research method in this study is qualitative and based on unstructured interviews. The sampling method is purposeful. Interviews were conducted with the caregivers of an elderly person who had a stroke. The interview was conducted in an elderly person's home located in Ilam city. Data analysis was done by using NVIVO software. Therefore, the interview were reviewed and initially coded, and at this stage, 570 initial codes were extracted. The initial codes were reviewed and revised several times and finally the number of five main classes with the titles of cognitive, physical, economic, care, and environmental conditions were achieved with 13 sub stage. In this study, it was found that the care provided was based on rotin actions and according to psychological, physical, health, nutrition and medicinal aspects. The findings of this study can be used for formal and informal caregivers of the elderly and other caregivers of disabled people.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

مطالعهٔ کیفی تحلیل روایت تجربیات و ادراک مراقبت‌کنندگان غیررسمی یک سالمند

زینب میهن‌دوست
استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایلام، گروه روانشناسی، ایلام، ایران
Zeinab47@gmail.com

تاریخ دریافت
۱۴۰۳/۰۴/۲۷
تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۴/۰۱/۰۱

چکیده
مراقبت‌کنندگان غیررسمی نقش مهمی در برآورده کردن نیازهای ارتباطی، تغذیه‌ای و بهداشتی افراد سالمند ایفا می‌کنند. درک تجارب و دیدگاه‌های مراقبت‌کنندگان غیررسمی در مراقبت از سالمندان دارای اهمیت است. این مطالعه باهدف شناسایی و سازمان‌دهی تجارب مراقبت‌کنندگان غیررسمی سالمندان انجام‌شده است. هدف از این پژوهش، واکاوی مشکلات جسمی، شناختی و روانی یک سالمند سکتهٔ مغزی، با رویکرد کیفی و روایت پژوهی است. روش پژوهش در این مطالعه کیفی و مبتنی بر مصاحبهٔ بدون ساختار است. شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند است. مصاحبه با مراقبت‌کنندگان یک سالمند سکتهٔ مغزی به‌عمل‌آمده است. مصاحبه در منزل شخصی سالمند واقع در شهر ایلام انجام‌شده است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار NVIVO استفاده‌شده است. پس از جمع‌آوری داده‌ها، کُدگذاری اولیه انجام شد و تعداد ۵۷۰ کُد اولیه استخراج گردید. کُدهای اولیه چندین بار بررسی و بازنگری شدند و درنهایت تعداد پنج طبقهٔ اصلی با عناوین شناختی، جسمانی، اقتصادی، مراقبتی و شرایط محیطی در ۱۳ زیر طبقه حاصل شد. در این مطالعه مشخص شد که مراقبت‌های انجام‌شده بر اساس اقدامات روتین و با توجه به جنبه‌های روان‌شناختی، فیزیکی، بهداشتی، تغذیه‌ای و دارویی بوده است. یافته‌های این مطالعه برای مراقبت‌کنندگان غیررسمی و رسمی سالمندان و سایر مراقبین افراد ناتوان قابل‌استفاده است.

واژگان کلیدی
سالمندی، مراقبت غیررسمی، مطالعهٔ کیفی، روایت پژوهی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

مقدمه

پیشرفت‌های علم پزشکی باعث شده است که امروزه مردم جهان زندگی طولانی‌تری داشته باشند. بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی، بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰، نسبت جمعیت بالای ۶۰ سال جهان تقریباً از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد خواهد رسید، یعنی دو برابر خواهد شد (۲/۱ میلیارد). پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد ۸۰ ساله یا بیشتر بین سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۵۰ سه برابر شود و به ۴۲۶ میلیون نفر برسد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲).

پیری در سطح بیولوژیکی، ناشی از طیف گسترده‌ای از آسیب مولکولی و سلولی در طی زمان است. این امر منجر به کاهش تدریجی ظرفیت جسمی و ذهنی و افزایش خطر ابتلا به بیماری می‌شود. کاهش توانایی‌های انسان در دوران سالمندی اغلب نیاز به مراقبت رسمی را می‌طلبد؛ اما نارسایی در مراقبت رسمی از سالمندان، مسئولیت مراقبت را بر دوش مراقبان غیررسمی یعنی خانواده و دوستان می‌گذارد (یندل و بارکر، ۲۰۱۷).

مراقبت از سالمندان مواردی از قبیل بررسی وضعیت سلامت جسمانی و روانی، میزان نیاز و درخواست مراقبت و چگونگی رابطه با گیرندهٔ مراقبت را شامل می‌شود. برخی از مطالعات منتشرشده، اثرات سلامت روانی و جسمی مراقبت را بررسی کرده‌اند، این مطالعات نشان می‌دهند که مراقبین در معرض پیامدهای نامطلوبی مانند محدودیت در روابط اجتماعی، مشکلات خُلقی و جسمانی قرار دارند (شولتس، بیچ، چایا، مارتیر و مونین، ۲۰۲۰، برامبل، دیورک و بالترس، ۲۰۲۰؛ یی لام، نیلسن و کِلی، ۲۰۲۳؛ **علی‌اکبری دهکردی، علی پور، زارع، شهیدی و براقی ایرانی، ۱۳۹۲**). مراقبت ازنظر شروع و پیشرفت آن با توجه به نوع و علت ناتوانی گسترده و متفاوت است. مراقبت از کمک در فعالیت‌های روزانه و ارائهٔ مراقبت مستقیم به گیرندهٔ مراقبت تا هدایت سیستم‌های پیچیدهٔ مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی را شامل می‌شود (یی لام و همکاران، ۲۰۲۳؛ هایلی، عبدالقادر، اسفاو و میلز، ۲۰۲۴). در زمینهٔ مراقبت از افراد ناتوان می‌توان گفت که سه گروه متمایز دریافت‌کنندگان مراقبت غیررسمی وجود دارند که شامل: ۱. کودکان مبتلابه بیماری مزمن و ناتوانی که معمولاً توسط والدین بالغ و جوان مراقبت می‌شوند،۲. کودکان بزرگ‌سالی که از بیماری روانی رنج می‌برند که والدین میان‌سال از آن‌ها مراقبت می‌کنند و ۳. افراد سالمند که توسط همسر یا فرزندان میان‌سالشان نگهداری می‌شوند. هر یک از این جمعیت‌ها با توجه به تنوع در شرایط سلامت، علائم، سیستم‌های حمایتی، خدمات اجتماعی و مراقبت، چالش‌های منحصربه‌فرد خود را برای مراقبین ایجاد می‌کنند (ویستر، لوواسور، گریفیت و فایف، ۲۰۱۵)

در ایران به‌طور سنتی خانواده‌ها از افراد ناتوان و مسن نگهداری می‌کنند، گرچه تغییرات در سبک زندگی، اعضای خانواده را وادار می‌کند تا مراقبت‌های رسمی را انتخاب کنند، اما هنوز ترجیح برای مراقبت غیررسمی به‌ویژه اگر مراقب همسر یا فرزندان باشند در مقایسه با مراقبت رسمی بیشتر است.

بنابراین، درک فعالیت‌های مراقبتی و تجربهٔ ذهنی مراقبین دارای اهمیت است. مراقبین غیررسمی که درگیر مراقبت از سالمند هستند، معمولاً رابطهٔ نزدیکی با گیرندهٔ مراقبت دارند که اغلب یکی از اعضای خانواده یا دوستان است (لام، نیلسن، اسپریگ و کِلی، ۲۰۲۲؛ **مسعودی، پورجعفر و پیری، ۱۴۰۲**). برخی از مطالعات نشان می‌دهند که مراقبت از سالمندان با استفاده از تعداد ساعات صرف شده برای مراقبت اندازه‌گیری می‌شود (برامبل و همکاران، ۲۰۲۰؛ یی لام، نیلسن و کِلی، ۲۰۲۳). معمولاً مراقبت از سالمندان شامل کمک در فعالیت‌های روزانه و ارائهٔ مراقبت مستقیم به گیرندهٔ مراقبت تا هدایت سیستم‌های پیچیده مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی را شامل می‌شود. نحوهٔ مدیریت این وظایف به وضعیت سلامتی، ارزش‌ها، ترجیحات، دانش، مهارت و کیفیت رابطه با گیرندهٔ مراقبت، همچنین کیفیت مراقبت،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

خدمات و حمایت‌های بلندمدت بستگی دارد (هایلی و همکاران، ۲۰۲۴؛ اِبولایتی، ژانگ، گوئان، وانگ، جیا و وانگ، ۲۰۲۲).

تأثیر مراقبت بسیار متغیر است که عمدتاً ناشی از شدت مراقبت ارائه‌شده و رنج دریافت‌کنندگان مراقبت است (شولتس، بیچ، چایا، مارتیر و مونین، ۲۰۲۰؛ هایلی و همکاران، ۲۰۲۴). مراقبت باعث می‌شود که مراقبین در معرض پیامدهای نامطلوب مراقبت نظیر استرس و اضطراب قرار گیرند (شولتز و همکاران، ۲۰۲۰؛ **صادقی، جهانگیری، تقوایی، ۱۴۰۳**). برخی مطالعات طولی و همچنین مقطعی نشان می‌دهند که مراقبان غیررسمی ممکن است دچار پریشانی روانی، ازجمله علائم افسردگی، استرس و سطوح پائین بهزیستی روانی شوند. بعلاوه به نظر می‌رسد که مراقبین غیررسمی در معرض خطر ابتلا به مسائل مربوط به‌سلامت جسمانی هستند (شولتس و همکاران، ۲۰۲۰؛ رامدونک، لامبوت، ویت و گوروس، ۲۰۲۲؛ **عرب زاده، ۱۳۹۵**). به‌هرحال مراقبین خانواده ملزم به کمک به سالمندان خود هستند. اعضای خانواده مراقبت روزمره از سالمند و محافظت در برابر سوءاستفاده از سالمندان و زمین خوردن آن‌ها را وظایف خود می‌دانند. آن‌ها به افراد سالمند خانواده که نمی‌توانند از خودشان مراقبت کنند با ارائهٔ حمایت فیزیکی، هیجانی، روان‌شناختی گاهی حمایت مالی از آن‌ها مراقبت می‌کنند (هایلی و همکاران،۲۰۲۴). موضوع مراقبت در سراسر جهان موردمطالعه قرارگرفته است. برخی از این مطالعات بر جنبه‌های منفی مراقبت مثل افسردگی، اضطراب، استرس و فرسودگی در بین مراقبین متمرکزشده‌اند (کانتریماین، ساوزرین، بلاژویسین، رایلا و یاروسیونس، ۲۰۲۱؛ شولتس و همکاران، ۲۰۲۰). این دسته از مطالعات نشان می‌دهند که وضعیت روانی و جسمانی بیمار بر مراقبان تأثیر می‌گذارد. در طول پیشرفت بیماری، تغییرات در تفکر و رفتار نه‌تنها نتیجهٔ آسیب مغز است، بلکه گاهی اوقات بیان پیچیده‌تری از احساسات، تجربیات و شخصیت است که در بسیاری از موارد منجر به سوءتفاهم‌های ارتباطی می‌شود (گراین و زیچ، ۲۰۱۹؛ اِبولایتی، ژانگ، گوئان، وانگ، جیا و وانگ، ۲۰۲۲؛ **دهقانی آرانی، اسدی و فراهانی، ۱۴۰۲**). مراقبت غیررسمی چالش بزرگی برای خانواده و دوستان ایجاد می‌کند. مراقبت غیررسمی یک پاسخ چندبعدی به استرس‌های فیزیکی، روانی، عاطفی، اجتماعی و مالی مرتبط باتجربهٔ مراقبت است. درحالی‌که بار عینی مراقبت به میزان زمان صرف شده برای مراقبت و وظایفی که انجام می‌شود اشاره دارد، بار ذهنی نشان می‌دهد که مراقبان غیررسمی چگونه انجام وظایف مراقبتی خود را تجربه می‌کنند و ممکن است به جنبه‌های فیزیکی، روانی، عاطفی، اجتماعی و غیره اشاره داشته باشد (گراین و زیچ، ۲۰۱۹؛ اِبولایتی، ژانگ، گوئان، وانگ، جیا و وانگ، ۲۰۲۲).

بعلاوه برخی مطالعات بر جنبه‌های مثبت مراقبت در بین مراقبین غیررسمی متمرکزشده‌اند (گوگلر، جیمز، جانسون، رایمر، سولیس، ویوو و همکاران، ۲۰۲۲؛ وانگ، بائی، لو، گانگ و تانگ، ۲۰۲۰). در این مطالعات بیان می‌شود که مراقبت مثبت به نگرش مراقب، شفقت، نقش‌ها، مسئولیت‌ها، باورها و ارزش‌ها بستگی دارد (میشرا، داتی، توا و سیریستی، ۲۰۲۳؛ گوگلر، جیمز، جانسون، رایمر، سولیس، ویوو و همکاران، ۲۰۲۲؛ وانگ، بائی، لو، گانگ و تانگ، ۲۰۲۰). هنگامی‌که مراقبین رابطهٔ خوبی با گیرنده مراقبت دارند، به میل خود مراقبت می‌کنند، می‌توانند احساسات خود را تخلیه کنند و خارج از خانه کار نمی‌کنند، از مراقبت خود رضایت دارند. (میشرا، داتی، توا و سیریستی، ۲۰۲۳). داشتن احساس موفقیت، قدردانی و احترام توسط گیرنده مراقبت، ایفای نقش فعال در رویدادهای غنی‌سازی روزانه مانند بیرون رفتن برای پیاده‌روی، استراحت و سوگواری خصوصی دور از بیمار از دیگر عوامل تعیین‌کننده در مراقبت مثبت هستند (سارابیا-کوبو و ساریا، ۲۰۲۱؛ میشرا و همکاران، ۲۰۲۳). بعلاوه، تاب‌آوری و احساس انسجام به‌طور مثبتی با رضایت از مراقبت مرتبط است (سارابیا-کوبو و ساریا، ۲۰۲۱؛ میشرا و همکاران، ۲۰۲۳).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

به‌هرحال، مراقبت با بسیاری از جنبه‌های مثبت و منفی همراه است؛ بنابراین محققان باید این عوامل و ارتباط آن‌ها با یکدیگر را مطالعه کنند و مداخلات لازم را برای ارتقای رفاه مثبت گیرندگان و مراقبین برنامه‌ریزی کنند. این مطالعه به بررسی تجارب مراقبین غیررسمی سالمند سکتهٔ مغزی می‌پردازد. هدف از این مطالعه بررسی دانش و مهارت‌های مراقبین غیررسمی یک سالمند سکتهٔ مغزی در منزل شخصی سالمند است.

روش

این پژوهش ازلحاظ رویکرد جزء پژوهش‌های کیفی و ازلحاظ روش‌شناسی، مبتنی بر مطالعات روایت پژوهی به شیوهٔ زیست‌نگاری است. هدف از طرح تحقیق روایت نگری توصیف زندگی افراد است. این نوع پژوهش به‌منظور بازنمایی تجربه‌های فردی و اجتماعی افراد بکار می‌رود. هدف استفاده از شیوهٔ کیفی روایت پژوهی، بررسی عمیق تجربهٔ زیستهٔ مراقبت‌کنندهٔ غیررسمی اصلی و مراقبین غیررسمی جایگزین، یک سالمند سکتهٔ مغزی است و به اشتراک گذاشتن این تجربیات و ادراکات با مخاطبان این حوزه نظیر مراقبت‌کنندگان، پرستاران و سایر افرادی که به نحوی با سالمندان سروکار دارند. در این پژوهش نمونه برابر با جامعه است و به شیوهٔ هدفمند انتخاب‌شده است. نمونه شامل یک مراقبت‌کنندهٔ اصلی و ۴ مراقبت‌کنندهٔ جایگزین سالمند سکتهٔ مغزی است.

جمع‌آوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه؛ مصاحبه بدون ساختار و یادداشت‌های مراقبت از یک سالمند سکتهٔ مغزی است. این یادداشت‌ها به‌صورت روزانه، هفتگی و ماهیانه فراهم‌شده‌اند؛ بنابراین جمع‌آوری داده‌ها از طریق بررسی یادداشت‌های روزانهٔ مراقبت‌کنندهٔ اصلی و مصاحبه‌های بدون ساختار از مراقبت‌کنندهٔ اصلی و مراقبت‌کنندگان جایگزین به‌دست‌آمده است. مصاحبه با یک سؤال اساسی شروع شد: لطفاً تجربهٔ مراقبت از مادرتان را برایم بگوئید؟» و سؤالات اضافی به‌منظور به دست آوردن اطلاعات بیشتر دربارهٔ موضوع مراقبت انجام‌شده است. مصاحبه زمانی پایان یافت که مراقبت‌کنندهٔ اصلی و مراقبت‌کنندگان جایگزین همهٔ تجربیات و اطلاعات را مطرح کردند.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

در این پژوهش کُدگذاری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVIVO نسخهٔ ۱۴ انجام‌شده است. ابتدا مصاحبه‌ها و یادداشت‌ها بررسی و نسخه‌برداری شد. در مرحلهٔ دوم متن‌های نوشته‌شده در نرم‌افزار NVIVO وارد و کُدگذاری اولیه انجام شد که در جریان کُدگذاری اولیه ۵۷۰ کُد به دست آمد، با مقایسهٔ مداوم کُدهای و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، این کُدها در ۵ طبقهٔ اصلی قرار گرفتند که شامل عوامل شناختی، عوامل جسمانی، عوامل اقتصادی، عوامل مراقبتی و شرایط محیطی است.

یافته‌ها

شرکت‌کننده در این پژوهش شامل یک مراقبت‌کنندهٔ اصلی غیررسمی و ۴ مراقبت‌کنندهٔ غیررسمی جایگزین بودند. همهٔ مراقبت‌کنندگان فرزندان سالمند بودند که مسئولیت مراقبت از او را به عهده داشتند. مراقبت‌کنندگان شامل ۴ زن و یک مرد بودند که محدودهٔ سنی آن‌ها بین ۴۵ سال تا ۶۵ سال و میانگین سن آن‌ها ۵۶ سال بود. کمترین زمان مراقبت توسط مراقبت‌کنندگان جایگزین ۲ ساعت در روز و بیشترین زمان ۴ ساعت بود. کمترین زمان مراقبت توسط مراقبت‌کنندهٔ غیررسمی اصلی ۶ ساعت و بیشترین زمان به‌صورت شبانه‌روزی بود. ازنظر سابقهٔ مراقبت، حداقل زمان یک ماه و حداکثر زمان ۷ سال بود. در جدول ۱ سرگذشت مراقبین ارائه‌شده است. سالمند تحت مراقبت یک زن ۸۵ ساله بود که در شهر ایلام زندگی می‌کرد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

جدول ۱

خصوصیات جمعیت شناختی مراقبین شرکت‌کننده در تحقیق

سن	جنسیت	میزان سواد	وضعیت تأهل	وضعیت اشتغال	محل سکونت	نسبت با سالمند	نوع مراقبت
۵۴	زن	دانشگاهی	مجرد	معلم	همراه سالمند	فرزند	اصلی
۵۷	زن	دیپلم	متأهل	کارمند بازنشسته	جدا از سالمند	فرزند	جایگزین
۴۵	زن	دیپلم	متأهل	خانه‌دار	جدا از سالمند	فرزند	جایگزین
۵۶	زن	سیکل	متأهل	خانه‌دار	جدا از سالمند	فرزند	جایگزین
۶۰	مرد	دانشگاهی	متأهل	معلم بازنشسته	جدا از سالمند	فرزند	جایگزین

پنج طبقهٔ اصلی استخراج‌شده از مصاحبه‌ها شامل عوامل شناختی، جسمانی، اقتصادی، مراقبتی و شرایط محیط زندگی سالمند است که در جدول ۲ ارائه‌شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

جدول ۲

مضامین اصلی و شواهد گفتاری استخراج‌شده از مصاحبه‌ها

طبقات	زیر طبقات
عوامل شناختی	۱. موقعیت سنجی ۲. توهم و هذیان، ۳. افسردگی ۴. پرخاشگری ۵. درک و فهم
توانایی جسمانی	۱. کم توانایی حرکتی، ۲. ناتوانی حرکتی
عوامل اقتصادی	۱. لوازم بهداشتی ۲. تخت و تشک طبی، ۳. غذا و داروها
عوامل مراقبتی	این عامل به سه زیر طبقه تقسیم می‌شود که شامل ۱. عوامل فردی نظیر الف. مهارت در مراقبت، ب. انجام فعلیت‌های خود مراقبتی، ج. خصوصیات فردی مراقب، ۲. عوامل بین فردی نظیر الف. برقراری رابطهٔ مناسب با سالمند، ب. وابستگی کامل سالمند و ج. حمایت اعضای خانواده سالمند ۳. محیط‌های حمایتی
شرایط محیط زندگی	حمایت خانواده و اعضای فامیل

۱. عوامل شناختی

پیشرفت‌های به‌دست‌آمده در فنون تشخیصی زیست‌شناسی مولکولی و درمان دارویی به میزان زیادی توانایی شناخت و درمان اختلالات شناختی را بهبود بخشیده‌اند. شناخت شامل حافظه، زبان، موقعیت سنجی، قضاوت، برقراری روابط بین فردی، انجام کنش‌ها و حل مسئله است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۲۲). در سالمندی، توانایی‌های شناختی کاهش می‌یابند، اُفت حافظه در مرحلهٔ ورود اطلاعات یا در مرحلهٔ تثبیت آثار حسی اتفاق می‌افتد و بر عملکرد روزانهٔ آن‌ها تأثیر می‌گذارد. باوجوداین مشکلات اکثر سالمندان می‌توانند فعالیت‌های طبیعی خود را ادامه دهند (گنجی، ۱۴۰۱)؛ اما سالمندی که دچار سکتهٔ مغزی می‌شود، ضایعاتی را در کارکردهای شناختی نشان می‌دهد. ماهیت ضایعات بستگی به ناحیه‌ای از مغز دارد که براثر سکته آسیب‌دیده است. فرد ممکن است فلج، درد، بی‌حسی، از دست دادن گفتار، ناتوانی در درک زبان، اختلال در فرآیندهای فکری، از دست دادن حرکت در بخشی از بدن یا سایر نشانگان را تجربه کند (استرنبرگ و استرنبرگ، ۲۰۱۱). در این پژوهش سالمندی که دچار سکتهٔ مغزی شده است از مشکلات متعدد شناختی رنج می‌برد. پس از سکتهٔ مغزی بیمار قادر به تشخیص روز و شب، گرما و سرما نبود و به‌صورت معکوس آن‌ها را تشخیص می‌داد، همچنین به مشکلات افسردگی، هذیان و توهم، پرخاشگری نیز دچار شده بود.

– **شرکت‌کنندهٔ شماره ۱:** ظهر مادرم را به حیاط بردم و به آفتاب اشاره کردم و گفتم الآن ظهر است، به آفتاب و به روشنایی نگاه کن، با تعجب به من نگاه کرد و دوباره گفت: فعلاً که اول شب است»؛ بنابراین او را به اتاق هدایت کردم، ساعت دیواری را درآوردم و عقربهٔ ساعت و دقیقه را به او نشان دادم و از او خواستم به من بگوید ساعت چند است؟ ابتدا مکث کرد و گفت ساعت ۱۲ و نیم است. او را تشویق کردم و گفتم آفرین، درست است، اما ۱۲ و نیم ظهر است، حرف من را چند بار تکرار کرد و به من نگاه کرد.

...هنگام مصرف آب با داروها، می‌گوید: چرا این‌قدر آب داغ است، آب سرد به من بده و زمانی که آب کمی ولرم

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

باشد می‌گوید چقدر سرد است»؛ بنابراین در طول روز چندین بار دست او را ابتدا در آب ولرم و کمی داغ قرار می‌دادم و به او می‌گفتم این آب گرم است و او تکرار می‌کرد آب گرم است. سپس آب سرد را در ظرفی می‌ریختم و دست او را در درون آن قرار می‌دادم و می‌گفتم این آب سرد است، به‌تدریج و در فاصلهٔ چند ماه پس از سکتهٔ مغزی به میزان زیادی توانایی تشخیص صحیح زمان و دما یعنی آب سرد و گرم را به دست آورد.

ازجمله مشکلات شایع در سالمندانی که دچار سکتهٔ مغزی می‌شوند توهم و هذیان است. این مشکلات می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد و خانواده‌اش تأثیرات منفی بگذارند. در این مطالعه سالمند موردنظر در سال‌های پایانی زندگی به‌تدریج میزان هذیان و توهم او افزایش می‌یافت و مخصوصاً در ماه‌های آخر قبل از مرگ، میزان هذیان و توهم او به‌شدت افزایش‌یافته بود.

– **شرکت‌کنندهٔ شماره ۱:** ... فریاد می‌زد و با دست گوشش را می‌گرفت و باز می‌کرد و می‌گفت صدا در داخل سرم است، کی دارد سروصدا می‌کند؟ و این در شرایطی بود که هیچ سروصدایی در محیط نبود و اصلاً کسی پیش ما نبود».

او سروصداهایی می‌شنود که افراد باهم دعوا می‌کنند یا اینکه صدای فردی را می‌شنود که دارد ترانه یا شعرهایی که معانی فحش و ناسزا دارند را می‌خواند و یا» ... صدا می‌زد، بیانید من را ببرید قبرستان دفن کنید، من مرده‌ام، چرا باید روی زمین باشم؛ و یا اینکه می‌گوید:... مورچه‌ها و سوسک‌ها بالای کُمد دارند حرکت می‌کنند و مشغول تخم‌گذاری هستند... حیوانی روی سقف است که گردنبندی گردن او است و دارد از چشمه آب می‌خورد.

برای مقابله با هذیان و توهم‌ها در سال‌های اولیه در کنار دارودرمانی از درمان شناختی-رفتاری استفاده می‌شد و بیمار واکنش مثبت به این درمان نشان می‌داد اما در یک ماه پایانی زندگی، درمان‌های غیر دارویی قادر به کنترل هذیان و توهم‌های بیمار نبودند و درمان‌های دارویی هم پس از دو سه روز بی‌تأثیر می‌شدند و پزشک معالج هر هفته نوع دارو و میزان دوز آن را تغییر می‌داد.

اختلالات شناختی نظیر توهم و هذیان در سالمندان پس از سکتهٔ مغزی مشکلات جدی هستند که نیاز به همکاری خانواده، روان‌پزشک و روانشناس دارد تا محیطی حمایتی برای بیمار ایجاد کنند. اختلالات شناختی مخصوصاً در سالمندان با چندگونگی هم ابتلایی و مرزهای نامشخص، متخصصین طبقه‌بندی را به چالش می‌کشند. دمانس اواخر عمر به‌ویژه از این لحاظ مشکل‌ساز هستند. دمانس موجود که اغلب شناسایی نمی‌شود، عامل خطرساز عمده‌ای برای اضافه شدن دلیریم است. سیر تقریباً تمام افرادی که دچار دمانس پیش‌رونده می‌شوند براثر شروع یک یا چند سندرم رفتاری مجزا ازجمله افسردگی، مشکلات خواب، روان‌پریشی و پرخاشگری پیچیده می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی،۲۰۲۲).

افراد مبتلابه دمانس که هذیان‌های پارانوییدی دارند عموماً نسبت به اعضای خانواده و مراقبین خود رفتاری خصمانه دارند. بیمارانی که لوب‌های پیشانی و گیجگاهی آن‌ها مبتلا است ممکن است تغییرات شخصیتی بارزی نشان دهند و رفتار تحریک‌پذیر و انفجاری از خود بروز دهند.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱: دیشب ساعت ۱۱:۳۰ شب، مادرم از خواب بیدار شد، گیسوهایش را باز کرد و رفت دستشویی، هنگام برگشت از دستشویی می‌گفت: فتانه گفت موهایت را بازکن تا حمام آت کنم، موهایم را باز کردم اما فتانه از خانه بیرون رفت. گفتم: الآن شب است، فتانه خانهٔ خودش است سپس موهایش را بافتم و تکرار کردم، الآن شب است و کسی اینجا نیست، ساکت شد و تا صبح خوابید.»

... سه روز پیش ساعت ۱۲ شب مادرم از خواب بیدار شد و کنار تخت ایستاد و صدا می‌زد، بیا راه دستشویی را به من نشانم بدهید. رفتم کمک کردم و به سمت دستشویی او را هدایت کردم، اما می‌گفت چرا به اتاق‌خواب می‌روید؟ گفتم مسیر دستشویی مثل قبل است و هیچ تغییری نکرده است.»

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

ازآنجایی‌که حافظهٔ وقوف به شخص، مکان و زمان دارای اهمیت است، در جریان سکتهٔ مغزی ممکن است بیمار دچار دمانس شده و فراموش کند که راه دستشویی کجاست و یا پس از رفتن به دستشویی چگونه به اتاق برگردد، به‌عبارتی‌دیگر فرد دچار اختلال موقعیت سنجی شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۲۲).

شرکت‌کنندهٔ شماره ۳: گاهی اوقات مادرم به‌شدت گریه می‌کند، مخصوصاً عصرها، به کنار تخت او می‌روم، دست‌هایش را می‌گیرم تا بنشیند، سپس با او صحبت می‌کنم، دست و صورت او را با دستمال خیس تمیز می‌کنم، برای او چای و شکلات می‌آورم و به‌تدریج وضعیت او بهتر می‌شود.»

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱: گاهی اوقات مادرم دو سه شب پشت سرهم شدیداً پرخاشگری می‌کند. شب‌هایی که دچار پرخاشگری می‌شود، تلاش می‌کنم تا او را آرام کنم، یک لیوان آب به او می‌دهم، دست‌هایش را می‌گیرم و با او صحبت می‌کنم، به‌تدریج حال او بهتر می‌شود.»

شرکت‌کنندهٔ شماره ۴: مادرم اخیراً کلمات را درک نمی‌کند، باید چندین بار کلمات را به‌آرامی تکرار کنم تا اندکی متوجه شود»

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲ امروز مادرم کمک می‌خواست، سمت چپ بدنش به‌شدت می‌لرزید. دست‌وپایش را محکم گرفتم تا میزان لرزش کمتر شد. پای چپ را نمی‌توانست دراز کند به او کمک کردم تا پا را دراز کند.»

عصب‌روان‌پزشکی بر اختلالات جسمی به‌عنوان پایهٔ اعمال روانی و هیجانات تأکید دارد و به آسیب‌های روانی همراه کارکرد مغز که در اختلالات تشنجی دیده می‌شود، می‌پردازد. سکتهٔ مغزی در سالمندان ممکن است باعث تخریب پیش‌روندهٔ شناختی شود که علامت مشخصه در دلیریم و دمانس است و یکی از علل شایع دمانس عبارت از دمانس عروقی است که در اثر سکتهٔ مغزی ایجاد می‌شود. دمانس حوزه‌های شناختی متعددی را شامل می‌شود و نواقص شناختی آن موجب تخریب چشمگیر در عملکرد اجتماعی فرد می‌شود. با پیر شدن جمعیت، شیوع دمانس رو به افزایش است. شیوع دمانس متوسط تا شدید در جمعیت عمومی بالای ۶۵ سال حدود ۵ درصد، در افراد بالای ۸۵ سال ۲۰ تا ۴۰ درصد است. حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران مبتلابه دمانس دچار توهم می‌شوند و ۳۰ تا ۴۰ درصد آن‌ها هذیان دارند که عمدتاً از نوع پارانویید یا گزند و آسیب است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۲۲).

۲. عوامل اقتصادی: این عامل شامل داشتن بودجهٔ مالی مناسب برای تهیهٔ امکانات، تجهیزات و وسایل موردنیاز سالمند است. بیشتر مواردی که در این زمینه می‌توان به آن‌ها اشاره کرد شامل تهیهٔ لوازم بهداشتی مثل ایزی‌لایف و ضدعفونی‌کننده، وسایل راحتی مثل تخت و تشک طبی، نصب هندریل بر روی محل‌های رفت‌وآمد سالمند، تهیهٔ ویلچر، واکر و عصا، سرانجام تهیه دارو و غذا است؛ که از بین عوامل مذکور تهیهٔ دارو، غذا و ایزی‌لایف جزء نیازهای روتین سالمند سکتهٔ مغزی است.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲: بعد از بیماری کرونا، مادرم کاملاً فلج شده و دیگر نمی‌تواند کارهای روزانه‌اش را انجام دهد، لذا کارهای مربوط به نظافت و تعویض ایزی‌لایف را به‌نوبت انجام می‌دهیم، با این افزایش قیمت‌ها، هرماه ایزی‌لایف مصرفی را گران‌تر از ماه قبل تهیه می‌کنیم.»

۳. عوامل مراقبتی: یکی از عوامل مراقبتی، عامل فردی است که شامل خصوصیات فردی مراقبت‌کنندگان و دیدگاه آن‌ها در مورد مراقبت، مهارت در مراقبت و انجام فعالیت‌های خود مراقبتی است.

۱,۳. مهارت در مراقبت: سه نفر از شرکت‌کنندگان، مهارت‌های عملی در مراقبت داشتند که باعث تسهیل امر مراقبت می‌شد. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۵ ... من قبلاً در دوره‌های آموزشی شرکت کرده‌ام، می‌توانم آمپول بزنم و سوند وصل کنم... لازم نیست پرستاری را برای این امور دعوت کنیم.»

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

۲،۳. انجام فعالیت‌های خود مراقبتی: با توجه به نظر مراقبت‌کنندگان، اعمالی که مراقب برای حفظ سلامتی خود انجام می‌دهد نظیر ورزش، استراحت و تغذیهٔ مناسب است.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱ ...اگر بخواهم مشکلات نگهداری از سالمند را صبورانه تحمل‌کنم باید بتوانم سلامت روانی و جسمانی خودم را حفظ کنم.»

۳،۳. خصوصیات فردی مراقب: ازنظر شرکت‌کنندگان، مراقبت از فرد سالمند کاری بسیار سخت است به‌ویژه اگر دست‌تنها باشید و مجبور باشید مدت طولانی به مراقبت بپردازید. احساس مسئولیت در مقابل سالمند، صبوری در برخورد با مشکلات و خدمت کردن به سالمند و داشتن روحیهٔ حمایت گر مواردی هستند که علیرغم دشواری مراقبت از سالمند باعث می‌شوند که مراقبت‌کننده کار مراقبت را با ازخودگذشتگی انجام دهد.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱ (۸ سال سابقهٔ مراقبت): ... مادرم است، نمی‌توانم از او مراقبت نکنم، به نظرم مراقبت کاری بسیار دشوار است مخصوصاً اگر بیشتر اوقات دست‌تنها باشید...»

۴،۳. عوامل بین فردی: این عامل شامل برقراری رابطهٔ مناسب با سالمند، وابستگی کامل سالمند و برخورداری از حمایت دیگران است.

۱،۴،۳. برقراری رابطهٔ مناسب با سالمند: مراقبت‌کنندگان با افزایش تحمل و بردباری و کنترل خشم در مقابل رفتارهای نامناسب و بداخلاقی‌های سالمند، روابط خود را با سالمند بهبود می‌بخشند.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱: بعضی‌اوقات مادرم بسیار بی‌قرار و بددهن می‌شود، برای دقایقی از جلو چشمش دور می‌شوم، تلاش می‌کنم خودم را کنترل کنم و رفتار نامناسبی نشان ندهم، بعدازاینکه حالم بهتر شد کار مراقبت را ادامه می‌دهم.»

شرکت‌کنندهٔ شماره ۳: گاهی اوقات که مادر به دستشویی می‌رود از روی سنگ دستشویی فرنگی پائین می‌افتد، بسیار به‌سختی او را از زمین بلند می‌کنم و روی دستشویی قرار می‌دهم.»

۲،۴،۳. وابستگی کامل سالمند: سالمند موردنظر یک زن خانه‌دار بود و ازلحاظ مالی منبع حمایت‌کننده‌ای نداشت، در طول دورهٔ بیماری نوسان‌های خُلقی و حرکتی زیادی را تجربه کرد، به‌طوری‌که مدتی بعد از سکتهٔ مغزی توانایی راه رفتن و انجام نظافت شخصی را به دست آورد اما بعد از بیماری کرونا به‌تدریج توانایی حرکتی‌اش تقلیل پیدا کرد به‌طوری‌که در ۴ سال آخر زندگی توانایی حرکتی فقط شامل نشستن و غذا خوردن بود.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱: مادرم استقلال مالی ندارد، مجبورم علاوه بر شغل اصلی، شغل دوم به‌صورت دور کار نیز داشته باشم تا بتوانم هزینهٔ ایزی‌لایف، دارو و سایر نیازهای ضروری‌اش و را برآورده کنم.»

شرکت کندهٔ شمارهٔ ۲: مادرم کاملاً فلج شده اما می‌تواند بدون متکا بنشیند، با دست خودش غذا بخورد و چای و مایعات را بنوشد.»

۳،۴،۳. حمایت مراقبین جایگزین سالمند: مراقبین جایگزین با ملاقات کردن و در کنار سالمند بودن و تنها نگذاشتن سالمند در اوقاتی که مراقب اصلی سرکار است، از سالمند حمایت می‌کنند و به جابجا کردن، استحمام، تهیهٔ غذا و دارو کمک می‌کنند.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۴: مادرم دفترچهٔ خدمات درمانی دارد، هر وقت داروهایش تمام شود، دفترچه نزد پزشک معالج می‌برم تا داروهایش را تمدید کند.»

شرکت‌کنندهٔ شماره ۲: من زمانی که نزد مادرم هستم، لباس‌هایش را تعویض می‌کنم، نظافت می‌کنم، برای او غذا می‌پزم و وقتی کارم تمام شد، دست‌های او را می‌گیرم و با او حرف می‌زنم ...»

۴. محیط‌های حمایتی: شامل محیط فیزیکی، محیط‌های کار و حمایت مالی است.

۱،۴. محیط فیزیکی: با توجه به گفتهٔ مراقبت‌کنندگان، محیط فیزیکی سالمند باید مجهز به وسایل کمک حرکتی مثل نصب هندریل، ویلچر، واکر و عصا باشد تا در صورت لزوم، سالمند از آن‌ها استفاده کند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

شرکت‌کنندهٔ شماره ۵: محل زندگی مادرم مجهز به وسایل کمک حرکتی از قبیل عصا، واکر، هندریل بر روی دیوارهای محل تردد از قبیل دستشویی و کنار تخت است که سالمند به کمک آن‌ها می‌تواند تحرک داشته باشد.»

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱: زمانی که بخواهیم مادر را نزد پزشک ببریم، ابتدا لباس‌هایش را تعویض می‌کنم، او را روی ویلچر قرار می‌دهم تا به نزدیک ماشین برسیم سپس او را داخل ماشین قرار داده و به مطب پزشک می‌بریم، در آنجا هم اگر اسکن داشته باشد او را به بیمارستان می‌بریم تا اسکن جدید از مغزش تهیه شود ... مراقبت نیاز به تحمل و حوصله زیاد دارد»

۲،۴. حمایت‌های محیط کار: در این مطالعه مراقبت‌کنندگانی که شاغل بودند به عدم‌حمایت مدیران و همکاران در مورد کاهش ساعات کار اشاره کردند، آن‌ها می‌گفتند که مدیران و همکاران باید دشواری‌های مراقبت از سالمندان را درک کنند.

شرکت‌کننده شماره ۲: به نظر من نیاز است که مدیران و رؤسا درک کنند که اگر کسی سالمند وابسته یا افراد ناتوان دارد ممکنه مرخصی بگیرد و مثلاً مادر سالمندش را به دکتر ببرد... و نباید با مرخصی‌اش مخالفت کنند»

۳،۴. حمایت مالی: در این مطالعه منبع مالی به‌طور عمده توسط شرکت‌کننده شماره ۱ تأمین می‌شد و بیمهٔ خدمات درمانی سالمند از محل کار شرکت‌کننده شماره ۵ صادرشده بود. امکانات رفاهی و تفریحی توسط شرکت‌کنندهٔ شماره ۱ تأمین می‌شد زیرا سالمند مذکور هیچ‌گونه کمک‌هزینه یا حقوقی نداشت و سایر اعضاء خانواده‌اش از وضعیت متوسط یا پائینی برخوردار بودند.

در این مطالعه، مراقبین به‌مرورزمان تجربه‌های لازم درزمینهٔ مراقبت از سالمند را به دست آورده بودند. مراقبت‌کنندگان باهم تبادل‌نظر می‌کردند و با توجه به وضعیت متغیر سالمند، روش‌های مراقبتی خود را تغییر می‌دادند.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۴:... در ابتدا مادرم غذاهای مثل کباب و برنج را ترجیح می‌داد و ماست مصرف می‌کرد، اما در سال‌های آخر فقط غذاهای آبکی نظیر سوپ و آبگوشت ساده را ترجیح می‌داد و ما هم با توجه به تغییر ذائقهٔ او غذا می‌پختیم.»

شرکت‌کنندهٔ شماره ۳:...قیمت ایزی‌لایف هرروز افزایش می‌یابد و در کنار سایر هزینه‌های بیماری این هم مشکل دیگری است، البته مادرم یکی دو ماه بعد از سکته، می‌توانست راه برود، نظافت شخصی‌اش را انجام دهد و ما فقط غذا برای او می‌پختیم و لباس‌ها را می‌شستیم، اما در سال‌های آخر توانایی حرکتی نداشت و از ایزی‌لایف استفاده می‌کرد.»

۵. شرایط محیط زندگی: شامل حمایت خانواده و اعضای فامیل است. در خصوص حمایت خانواده شرکت‌کنندهٔ شماره ۱ می‌گوید: من به‌طور شبانه‌روزی کنار مادرم هستم و هر زمان که به چیزی نیاز داشته باشد برایش تهیه می‌کنم و اگر سرکار باشم معمولاً سایر مراقبت‌کنندگان به‌نوبت مسئولیت نگهداری مادر را به عهده می‌گیرند.»

شرکت‌کنندهٔ شماره ۲ می‌گوید: ما سعی می‌کنیم یک محیطی راحت و سرگرم‌کننده برای مادرم ایجاد کنیم، وقتی نوبت من می‌شود شروع می‌کنم از اتفاقات روزمره صحبت کردن درعین‌حال چون مادرم خیلی به اخبار علاقه دارد، اخبار را برایش تعریف می‌کنم.»

شرکت‌کنندهٔ شماره ۴ می‌گوید: من سعی می‌کنم یک محیط مفرح و شادی‌بخش برای مادرم فراهم کنم، وقتی نوبت من است، ابتدا کارهای روتین او را انجام می‌دهم مثل غذا دادن، دارو دادن، نظافت کردن، تعویض ملحفه و غیره سپس شروع می‌کنم به دلقک‌بازی و ادای افراد مختلف را درمی‌آورم تا مادرم بخندد و وضعیت روحی‌اش بهتر شود.»

در کنار مراقبت‌های ضروری برای سالمند مذکور، تلاش‌های شادی‌بخش، سرگرم‌کننده و تفریحی نیز صورت گرفته است، به عبارتی در کنار فراهم آوردن محیط و موقعیت مناسب از درمان‌های غیر دارویی نیز استفاده‌شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱ می‌گوید: سر مادرم را شانه می‌زنم، لباس مرتب به او می‌پوشانم و او را به پارک جنگلی می‌برم، مادرم خیلی فضاهای سبز را دوست دارد.»

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر یک مطالعهٔ کیفی از نوع تحلیل روایت است که تجربیات و ادراک مراقبت‌کنندگان غیررسمی سالمندی که سکتهٔ مغزی کرده است را روایت می‌کند.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که مراقبت امری مستمر است و مراقبت‌کنندگان غیررسمی با دشواری‌های مختلفی از قبیل اضطراب، استرس و محدودیت در روابط اجتماعی روبرو می‌شود که حمایت اجتماعی توسط دیگران را طلب می‌کند. این نتایج همسو با پژوهش‌های رامدونک، لامبوت، دی ویت و گوروس (۲۰۲۲)؛ لام و همکاران (۲۰۲۲)؛ برامبل و همکاران (۲۰۲۰)؛ یی لام، نیلسن و کِلی (۲۰۲۳) است. این پژوهشگران نشان می‌دهند که مراقبت از سالمندان امری پیچیده و غیرقابل‌پیش‌بینی است و مراقبین غیررسمی که معمولاً یکی از اعضای خانواده هستند به حمایت اجتماعی نیاز دارند. در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت حتی صبورترین مراقبان در برآورده کردن نیازهای مداوم سالمند بیمار، دچار مشکلات خُلقی، خشم و ناکامی می‌شوند. لذا ضروری است که سایر اعضای خانواده، دوستان و اطرافیان نقشی حمایت‌کننده داشته باشند. سایر اعضای خانواده به‌عنوان مراقبین غیر اصلی با مراقبت از سالمند در ساعاتی از روز باعث می‌شوند که مراقب اصلی استراحت کند و فرصت رسیدگی به مسائل شخصی و خصوصی‌اش را داشته باشد.

این مطالعه نشان می‌دهد که سالمند سکتهٔ مغزی باوجودی که در ابتدای به کمک فیزیوتراپی و درمان‌های دارویی و غیر دارویی نظیر شناخت درمانی و رفتاردرمانی تا حدودی توانایی‌اش را به دست آورد و می‌توانست کارهای اولیه و نظافتی‌اش را انجام دهد اما باگذشت چندین سال و افزایش سن بیمار به‌تدریج ناتوانی‌اش بیشتر شد؛ بنابراین در سال‌های پایانی زندگی، زوال کارکردهای شناختی، رفتاری و جسمانی‌اش به حداکثر ممکن رسید و توهم‌ها و هذیان‌هایش برجسته‌تر شدند. پیشرفت تدریجی توهم‌ها و هذیان‌ها سرانجام منجر به روان‌پریشی شدید در سالمند سکتهٔ مغزی شد.

سکتهٔ مغزی باعث تغییرپذیری شخصیت، عدم‌تشخیص موقعیت، اختلالات حافظه، قضاوت و تفکر و مشکلات حرکتی می‌شود. معمولاً مشکلات حرکتی و تغییرات روان‌شناختی سالمندان بعد از سکتهٔ مغزی تدریجی است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۲۲). مشکلات حرکتی و تغییرات روان‌شناختی در سالمندان سکتهٔ مغزی باعث دشواری در امر مراقبت می‌شود، به‌ویژه برای مراقبین غیررسمی که مسئولیت مراقبت طولانی‌مدت را به عهده‌دارند؛ بنابراین ضروری است که مراقبت‌کنندگان غیررسمی از تغییرات شخصیتی، روان‌شناختی و حرکتی سالمندان آگاهی داشته باشند. عدم آگاهی مراقبین غیررسمی از این تغییرات باعث می‌شود که رفتار، اعمال و گفتار غیرعادی سالمند سکتهٔ مغزی را عمدی تلقی کنند و زمینهٔ رفتار نامناسب با سالمند فراهم شود؛ بنابراین آموزش مراقبین غیررسمی و آگاهی دادن به آن‌ها در مراقبت از سالمندان امری ضروری است. مطالعهٔ چیو، وای، لی، چووانیچونگ و ونگ (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که یک برنامهٔ آموزشی باهدف توانمندسازی مراقبان خانواده، در بهبودی بهزیستی روان‌شناختی ازجمله کاهش بار مراقبت مؤثر است.

در این مطالعه یافته‌های به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که مراقبت‌کنندگان درک خوبی از شرایط فیزیکی، روان‌شناختی، بهداشتی و تغذیه‌ای سالمندان دارند. شرکت‌کنندگان در این مطالعه دارای دانش‌پایه‌ای برای مراقبت از سالمند بودند. آن‌ها در مورد مدیریت صحیح شرایط محیطی و موقعیتی دانش کافی داشتند و این نشان‌دهندهٔ آگاهی در امر مراقبت از سالمندان است. بااین‌حال، مراقبین آگاهی کافی در مورد مراکز حمایت‌کنندهٔ سالمندان را نداشتند و از منابع و خدمات پشتیبانی سالمندان نظیر پرستاران تخصصی برای

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

سالمندان بی‌اطلاع بودند که این امر می‌تواند بر توانایی آن‌ها در ارائهٔ مراقبت بهینه برای بستگان سالمندشان تأثیر بگذارد؛ بنابراین داشتن آگاهی از این منابع بسیار مهم است. برخی مطالعات قبلی اهمیت ارائهٔ اطلاعات و آموزش به مراقبت‌کنندگان غیررسمی، در مورد منابع و خدمات موجود را برجسته کرده است (راینهارت، ژیوان، پیتلیک و همکاران، ۲۰۰۸؛ مریم، سیلوا، تامیناتو و باربوزا، ۲۰۱۳).

مشکل قابل‌توجه ای که در این مطالعه شناسایی شد، عدم آگاهی و دانش کافی مراقبت‌کنندگان در مورد پیشگیری از سقوط و جلوگیری از صدمات جسمی سالمندان است. با توجه به این مشکل ضروری است که به مراقبت‌کنندگان غیررسمی آموزش پیشگیری از سقوط داده شود و مجهز به مهارت‌های لازم برای جلوگیری از حوادث احتمالی و سقوط شوند.

بااین‌وجود، شرکت‌کنندگان در این مطالعه دانش و مهارت کافی در مراقبت‌های بهداشتی مانند تزریق آمپول، وصل سرم، وصل سوند، پانسمان زخم و نظارت بر علائم حیاتی را نشان دادند. این فعالیت‌ها برای حفظ سلامت و رفاه افراد سالمند مخصوصاً آن‌هایی که محدودیت‌های فیزیکی و شناختی دارند و به عبارتی سالمند وابسته هستند دارای اهمیت است.

در این مطالعه ۵ کُد اصلی شناختی، جسمانی، اقتصادی، مراقبتی و شرایط محیطی موردبررسی قرار گرفت. در این پژوهش سالمندی که دچار سکتهٔ مغزی شده بود از مشکلات شناختی متعددی از قبیل موقعیت سنجی، ادراکی و مشکلات خُلقی رنج می‌برد. مهم‌ترین مشکلات شناختی سالمند مذکور هذیان و توهم‌ها بودند که در طول ۸ سال سیری پیش‌رونده و افزایشی داشتند. علاوه بر مشکلات شناختی، مشکلات اقتصادی نیز مطرح است که در این زمینه سالمندان بیمار نیاز به وسایل کمک حرکتی، لوازم بهداشتی، دارویی و تغذیهٔ مناسب دارند. به‌هرحال سالمندان ناتوان شده نیاز به مراقبت مداوم دارد و در صورت فقدان مراقبت مناسب توسط نهادهای رسمی، معمولاً مراقبین غیررسمی که اغلب همسر، فرزندان و یا سایر افراد فامیل هستند وظیفهٔ مراقبت را به عهده می‌گیرند.

در مطالعه حاضر از یک طرح روایت‌پژهی استفاده‌شده است، درحالی‌که استفاده از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها می‌تواند درک جامعی از موانع و تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمندان را به دست دهد. به‌عنوان‌مثال، جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از روش‌های کمی و کیفی یعنی استفاده از روش ترکیبی پژوهش، توصیف بیشتری از مراقبت سالمندان را به دست می‌دهد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

References

Abulaiti, B., Zhang, X., Guan, T., Wang, M., Jia, S., & Wang, A. (2022). The dyadic care experiences of elderly individuals with disabilities and caregivers in the home setting from the perspective of family resilience: A qualitative study. *Psychiatry 13*(963101). doi:10.3389/fpsyt.2022.963101

Aliakbari Dehkurdi M, Alipour A, Zare H, Shahidi G, Barghi Irani Z. (2014). The effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Old people (CBTO) on quality of life in patients who suffered from Parkinson Disease (PD). Journal of Research in Psychological Health. 7 (2):23-33

American Psychiatric Association. (2022). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)* United States.

Arabzadeh, M. (2016). Meta-analysis of Effective Factors inMental health of older people. Journal of Research in Psychological Health. 10 (2):42-52 [Persian].

Bramble, R. J., Duerk, E. K., & Balters, B. B. (2020). Finding the nuance in eldercare measurement: Latent profilees of eldercare characteristics. *Journal of Psychology, 35*(1), 29-43. doi:10.1007/s10869-019-09616-z

Chiu, M. Y. L., Wei, G. F. W., Lee, S., Choovanichvong, S., & Wong, F. H. T. (2011). Empowering cargivers: Impact analysis of family link education programme (FLEP) in Hong Kong, Taipei and Bang Kok. *International Journal of Social Psychiatry, 59*, 28-39. doi:org/10.1177/0020764011423171

Dehghani-Arani F, Asadi Z, Farahani H. (2024). The Relationship between Willingness to Help Others and Resilience with Post-Traumatic Growth in People with A History of Severe Covid-19 in Close Relatives: The Moderating Role of Guilt.Journal of Research in Psychological Health. 17 (4):1-17

Ganji, H. (2022). *Aging Psychology*. Tehran: Savalane.

Gaugler, J., James, B., Johnson, T., Reimer, J., Solis, M., Weuve, J., & al., e. (2022).

Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement, 18*, 700-789. doi:10.1002/alz.12638

Hailu, G. N., Abdelkader, M., Asfaw, F., & Meles, H. A. (2024). Exploring the knowledge and skills for effective family caregiving in elderly home care: a qualitative study. *B.M.C Geriatrics, 24*, 342. doi:org/10.1186/s12877-024-04924-3

Kontrimiene, A., Sauseriene, J., Blazeviciene, A., Raila, G., & Jaruseviciene, L. (2021). Qualitative research of informal caregiver's personal experiences caring for older adults with dementia in lithuania. *Ment Health Syst, 15*(12). doi:org/10.1186/s13033-020-00428-W

Lam, W. W. Y., Nielsen, K., Sprigg, C. A., & Kelly, C. A. (2022). The demands and resources of working informal caregivers of older people: a systematic review. *Work and Stress, 36*(1), 105–127. doi:10.1080/02678373.2022.2028317

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

Liu, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., & al., e. (2017). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in A lzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing, 26*(9-10), 1291-1300. doi:10.1111/jocn.13601[PMID]

Marim, C. M., Silva, V., Taminato.M., & Barbosa, D. A. (2013). Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: a systematic review. *Rev. Latino-Am. Enfermagen, 21*, 267-275. Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae

Masoudi, S.Poorjafar, M.R.Piri, S. (2024). A ystematic Review of Research on the Mental Health ofthe Elderly in Iran: A Co-Word Study. Journal of Research in Psychological Health. 17 (4):101-117 [Persian].

Mishra, N., Datti, R., Tewari, A., & Sirisety, M. (2023). Exploring the positive aspects of caregiving among family caregivers of the older adults in India. *Public Health, 11*. doi:10.3389/fpubh.2023.1059459

Raemdonck, E., Lambotte, D., Witte, N. D., & Gorus, E. (2022). Giving voice to informal caregivers of community-dwelling older adults: A systematic review of empowerment intervention. *Health Soc Care Community, 30*. doi:10.1111/hsc.13928

Sadeghi, A., Jahangiri, M. M., Taghvaei, D. (2024).The effectiveness of self-compassion therapy on depression, caregiving burden, and alexithymia among caregivers of elderly Alzheimer's patients. Journal of Research in Psychological Health. 18 (2):31-45 [Persian]

Sarabia-Cobo, C., & Sarriá, E. (2021). Satisfaction with caregiving among informal caregivers of elderly people with dementia based on the salutogenic model of health. *Appl Nurs Res, 62*. doi:10.1016/J.APNR.2021.151507

Schulz, R., Beach, S., Czaja, S., Martire, L., & Monin, J. (2020). Family Caregiving for older adults. *Annu Rev Psychol, 71*, 635-659. doi:10.1146/annurev-Psych-010419-050754

Sternberg, R. J., & Sternberg, K. (2011). *Cognitive Psychology*. Wadsworth: Cengage Learning.

Wang, A., Bai, X., Lou, T., Pang, J., & Tang, S. (2020). Mitigating distress and promoting positive aspects of caring in caregivers of children and adolescents with schizophrenia: mediation effects of resilience, hope, and social support. *J Ment Health Nurs, 29*, 80-91. doi:10.1111/inm.12651

Wister, A., Levasseur, M., Griffith, L., & Fyffe, L. (2015). Estimating multiple morbidity disease burden among older persons: a convergent construct validity study to discriminate among six chronic illness measures, CCHS 2008/09. *BMC Geriatrics, 15*(12). doi:10.1186/s12877-015-0001-8

World Health Organization. (2022). *Ageing: Healthy ageing and functional ability*: In World Health Organization.

Yeandle, S., & Buckner, L. (2017). Older workers and care-giving in England: the policy context for older workers' employment patterns. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 32*(3), 303–321. doi:10.1007/s10823-017-9332-6

Yee Lam, W. W., Nielsen, K., & Kelly, C. M. (2023). The experience of

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]

working informal carers of older people: a qualitative diary study. *International Journal of Care and Caring*, *8*(1), 82–97 doi:https://doi.org/10.1332/239788221X16745596718955

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.4.8.5]