تعامل انسان و اطلاعات. جلد ششم، شماره دوم (تابستان ۱۳۹۸): ۶۹-۵۷
http://hii.khu.ac.ir
مقاله اصیل پژوهشی

بررسی نیازهای اطلاعاتی مراقبان غیرحرفه‌ای افراد بزرگسال مبتلا به آلزایمر در منزل: یک مطالعه کیفی

*فرشاد پرهام نیا: استادیار، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، ، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه ، ایران fparhamnia@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۲۸
پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: یکی از بیماری‌های رایج در افراد سالخورده بیماری آلزایمر است که به دلیل ماهیت ویژه آن نیاز به مراقبت‌های خاصی دارد. اکثر خانواده‌ها در ایران به دلایلی همچون مسائل مذهبی، بافت فرهنگی و اقتصادی تصمیم به مراقبت از فرد بیمار در منزل می‌گیرند که این امر می‌تواند یک نظام مراقبت بهداشتی محسوب شود. یکی از دغدغه‌های اصلی خانواده‌های بیماران مبتلا به آلزایمر نیاز آنان به اطلاعات مناسب و درخور در خصوص شیوه برخورد با بیماران و چگونگی مراقبت از آن‌ها می‌باشد. بنابراین هدف اصلی پژوهش، شناسایی اطلاعات مورد نیاز همراهان در مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر است.

روش پژوهش: پژوهش حاضر، با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوا از نوع مقوله‌ای انجام شد. جامعه آماری بخش کیفی شامل ۹ نفر از همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر در کرمانشاه بود. ابزار گردآوری اطلاعات مصاحبه و به روش مصاحبه ی نیمه ساختار یافته انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، چهار مقوله اصلی و شانزده مقوله فرعی در نیازهای اطلاعاتی همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر از اهمیت زیادی برخوردارند. مقوله‌های اصلی شامل نیازهای اطلاعاتی مرتبط با بیماری آلزایمر، مراقبت‌های روحی و روانی، مراقبت‌های جسمی و بهداشت فردی و سازمان‌های خدماتی بهداشتی بود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی همراهان بیماران دارای دانش محدودی در خصوص انواع مراقبت‌های مورد نیاز بیماران مبتلا به آلزایمر بودند. بنابراین ضروری است که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی که مرتبط با بیماری آلزایمر هستند علاوه بر خدمات تخصصی، اقدام به آموزش‌های لازم کرده تا همراهان بتوانند خدمات بهتری در اختیار این بیماران قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: آلزایمر، بزرگسال، نیازهای اطلاعاتی، همراهان بیمار، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله

APA: Parhamnia, F., (2019). An Investigation Into Information Needs of Amateur Cares of Adult Alzheimers Patients: A qualitative Study. *Human Information Interaction*. 6(2);57-69. (Persian)

Vancouver: Parhamnia F. An Investigation Into Information Needs of Amateur Cares of Adult Alzheimers Patients: A qualitative Study. *Human Information Interaction*. 2019; 6(2): 57-69. (Persian)

انتشار مجله تعامل انسان و اطلاعات با حمایت مالی دانشگاه خوارزمی انجام می‌شود.
انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

تعامل انسان و اطلاعات. جلد ششم، شماره دوم (تابستان ۱۳۹۸): ۶۹-۵۷
http://hii.khu.ac.ir
مقاله اصیل پژوهشی

An Investigation Into Information Needs of Amateur Cares of Adult Alzheimers Patients: A qualitative Study

* **Farshad Parhamnia:** Department of Knowledge and Information Science, Islamic Azad University, Kermanshah Branch ,Kermanshah, Iran. fparhamnia@yahoo.com

Received: 19/12/2018 Accepted: 22/06/2019

Abstract

Background and Aim: A prevalent disese among old people is Alzheimers (AD), which requires special care due to its nature. Taking relegion, culture and economy into account, mojorty of families protect an old family member afflicted with AD. However, major concern is the need for sufficient information regarding treatment of elderly dignosed with AD.

Method: Qualitative research approach was applied and content analysis method utilized to analyze the data. Population included 9 patients with Alzheimers. The instrument used was a semi-structured interviews.

Finding: The results of the content analysis of the obtained categories showed that the four main categories and sixteen sub categories are important in the information needs of adherents of patients with AD. The main categories include information needs related to AD, information needs related to mental health, information needs related to physical and personal health and information needs related to health services.

Conclusion: In general, amateur cares (caregiver) were of limited knowledge of physical and mental care regarding AD. Healthcare providers or institutions providing Alzheimer care are mandatory. In addition to specialized services, these people have been trained to provide patients with better patient care.

Keywords: Alzheimer's, Information needs, Caregiver , Qualitative Study, Content analysis.

Conflicts of Interest: None
Funding: None.

How to cite this article

APA: Parhamnia, F., (2019). An Investigation Into Information Needs of Amateur Cares of Adult Alzheimers Patients: A qualitative Study. *Human Information Interaction*. 6(2);57-69. (Persian)

Vancouver: Parhamnia F. An Investigation Into Information Needs of Amateur Cares of Adult Alzheimers Patients: A qualitative Study. *Human Information Interaction*. 2019; 6(2): 57-69. (Persian)

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه:

جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن است. برای نمونه طبق گزارش سال ۲۰۰۶ وزارت اقتصاد، صنعت و تجارت ژاپن، این کشور در سال ۲۰۰۴ تقریباً دارای ۱۹/۵ درصد جمعیت بیش از ۶۵ سال سن داشته است. پس از آن تعداد سالمندان جمعیت این کشور به طور چشمگیری افزایش یافته است. انتظار می‌رود جمعیت این کشور در سال ۲۰۵۰ به ۳۵/۷ درصد برسد که تقریباً دو سوم افراد حداقل ۶۵ سال سن خواهند داشت (نقل در تاکای و دیگران[1]، ۲۰۰۹). همچنین تعداد افرادی که در جهان مبتلا به زوال عقل هستند از ۳۵ میلیون نفر به ۶۵ میلیون نفر تا سال ۲۰۳۰ افزایش خواهد یافت (کورولیو[2]، ۲۰۱۴؛ ویمو و پرینس[3]، ۲۰۱۰؛ انجمن آلزایمر ایران، ۱۳۹۷). همچنین تا سال ۲۰۵۰ این تعداد به ۱۱۵/۴ میلیون نفر خواهد رسید (ویمو و پرینس، ۲۰۱۰). چالز و بیچ[4] (۱۹۹۹) و چالز، اوبرین، بوکوالا و فلیسنر[5] (۱۹۹۵) و سامسون، پارکر، دای و هیپبورن[6] (۲۰۱۶) گزارش دادند که در آمریکا تعداد ۵/۳ میلیون نفر مبتلا به آلزایمر وجود دارد که عامل اصلی در مرگ و میر افراد مسن در این کشور را تشکیل می‌دهد.

انجمن آلزایمر ایران در بهمن ۱۳۹۴ طی گزارشی اعلام کرد که مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۱۷ هم‌اکنون در هر ۳ ثانیه یک نفر به بیماری آلزایمر و دمانس[7] مبتلا می‌شود. در حقیقت هر سال ۱۰ میلیون نفر به جمعیت دمانس اضافه می‌شود. همچنین آخرین گزارش شیوه ابتلا به دمانس در ایران نشان می‌دهد که هر ۱۱ و نیم دقیقه یک نفر به آن مبتلا می‌گردد. باید اضافه نمود که حدود ۷۰ درصد از افراد مبتلا در کشورهای در حال توسعه می‌باشند در حالیکه ۸۹ درصد هزینه‌ی جهانی در کشورهای پیشرفته صرف می‌شود (انجمن آلزایمر ایران، ۱۳۹۷). از سوی دیگر، شیوع زوال عقل با بالا رفتن سن افزایش چشمگیری دارد. چنانچه در برخی از جوامع، در سن ۶۵ سالگی، حدود ۲ تا ۱۰ درصد بوده است (لی و چانگ[8]، ۲۰۰۷). طبق گزارش انجمن آلزایمر[9] (۲۰۱۸) اکثریت افراد مبتلا به آلزایمر افرادی هستند که دارای بیش از ۶۵ سال سن دارند. تقریباً ۳ درصد از افراد دارای سن ۶۵ تا ۷۵ ساله، ۱۷ درصد از افراد ۷۵ تا ۸۴ ساله و ۲۲ درصد از افراد بالای ۸۵ ساله به بالا مبتلا به آلزایمر هستند. هر چند که سن یکی از عوامل شایع در ابتلا به این بیماری می‌باشد.

بیماری آلزایمر، شایع‌ترین علت زوال عقل است (کورولیو، ۲۰۱۴). بیماری آلزایمر، نوعی اختلال مغزی مزمن پیشرونده و ناتوان‌کننده است (مک‌گلینن، داینن و پسمور[10]، ۱۹۹۹؛ سیلسیز[11]، ۲۰۰۰؛ گیلمن[12] (۲۰۱۰)، مک‌خان[13]، و دیگران (۲۰۱۱) به نقل از کورولیو، ۲۰۱۴). بیماری آلزایمر با اثرات منفی عمیق بر حافظه، هوش و توانایی همراه بوده و سبب نقص در تکلم، ضعف در انجام فعالیت‌های حرکتی، ناتوانی در شناخت مناظر و یا افراد آشنا، اختلال عملکرد، برنامه‌ریزی، سازماندهی و استدلال انتزاعی همراه است (آگرونین[14]، ۲۰۰۴ نقل در خاتونی و زهری، ۱۳۸۹)؛ انجمن آلزایمر (۲۰۱۸). از آنجا که مغز انسان مجموعه و ارگانی است که تمام اطلاعات ضروری را ذخیره، یادآوری و پردازش می‌کند، تخریب آن به وسیله بیماری آلزایمر شباهت زیادی با حافظه کامپیوتری دارد که اطلاعاتش را از دست داده است. چنانچه که پیشتر گفته شد، بیماری آلزایمر یکی از مهمترین دلایل ایجاد دمانس می‌باشد. بیماری آلزایمر یک مشکل بزرگ برای سلامت جامعه محسوب می‌شود که بر روابط بین فردی و اجتماعی نیز بسیار اثرگذار است (پارسا، ۱۳۹۰).

مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر طیف وسیعی از نیازهای جسمی، عاطفی و مالی را در بر می‌گیرد که ناشی از تخریب تدریجی و غیرقابل کنترل خود و ذهن بیمار است. مراقبین و پرستاران مهمترین نقش را در تأمین محیط مناسب و ارائه مراقبت با کیفیت برای بیماران مبتلا به آلزایمر بر عهده دارند. بنابراین شناخت دیدگاه‌های مراقبین در مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر، این امکان را فراهم می‌سازد تا علاوه بر امکان ارزیابی مراقبت به شکل دقیق و مبتنی بر جوهره اصلی آن، رهیافت‌های نوین و بدیع مراقبت را طراحی و توانمندی مراقبتی مراقبین را نیز ارتقاء بخشید (یکتاطلب و دیگران، ۱۳۹۱). با توجه به این که این بیماری فعلاً قابل درمان نمی‌باشد (زارع، افخم ابراهیمی و بیرشک، ۱۳۸۸). محیط فرد و نحوه مراقبت از آن‌ها باید به گونه‌ای باشد که بتوان امنیت و رفاه این دسته از بیماران را تأمین کرد. به دلیل اینکه اکثر مردم ایران با توجه به مسائل مذهبی، بافت فرهنگی و اقتصادی از فرستادن بستگان خود به آسایشگاه‌ها و یا مراکز سالمندان خودداری می‌کنند. از این جهت مراقبت از بیمار سالمند در منزل از اهمیت بسزایی برخوردار است. از طرفی دیگر، به منظور مراقبت از بیماران، داشتن اطلاعات می‌تواند در مراقبت و کنترل بیمار نقش مهم و اساسی را بازی کند. بنابراین با شناسایی نیازهای اطلاعاتی همراهان این نوع بیماری و اولویت‌بندی آن‌ها با برنامه‌ریزی مناسب و بکارگیری فرایند مراقبت حرفه‌ای می‌تواند در تأمین نیازها به همراهان کمک کند. طی

[1] Takai, et al
[2] Korolev
[3] Wimo & Prince
[4] Schulz & Beach
[5] Schulz, O'Brien, Bookwala and Fleissner
[6] Samson, Parker, Dye and Hepburn
[7] dementia
[8] Lai & Chung
[9] Alzheimer's Assocation
[10] McGleenon, Dynan and Passmore
[11] Celsis
[12] Gilman
[13] Mckhann, et al.
[14] Agronin

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

بررسی‌های بعمل آمده در متون علمی، مطالعه‌ی کیفی در رابطه با نیازهای اطلاعاتی همراهان بیماران آلزایمر یافت نشد. از طرفی با توجه به لزوم دسترسی به اطلاعات به عنوان عامل کلیدی در تسهیل سازگاری و خود مدیریتی همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر، پژوهشگر بر آن شد تا با انجام مطالعه کیفی نیازهای اطلاعاتی همراهان بیماران مبتلا به آزایمر را شناسایی نموده و بدینوسیله تصویر روشن‌تری نسبت به این بیماری برای همراهان غیرحرفه‌ای به عنوان پرستار در منزل و سیاستگذران نظام بهداشتی ارائه دهد.

مطالعات محدودی در دهه‌های گذشته بر مراقبت خانواده افراد مبتلا به زوال عقل در ایران و خارج از کشور انجام شده است. برای نمونه پژوهش خاتونی و زهری (۱۳۸۹) نشان داد که مراقبت‌کنندگان از بیماران مشکل اصلی را در عدم برقراری ارتباط با بیمار می‌دانستند. همچنین بیشترین میزان مشکلات ارتباطی را در حیطه فهمیدن و درک درخواست‌ها، نیازها، معنا و مفهوم اعمال و رفتار بیمار گزارش کرده‌اند. به طور کلی برقراری ارتباط مؤثر عاملی مهم در برآورده کردن نیازهای جسمی و روحی است. پژوهش یکتاطلب و دیگران (۱۳۹۱) نشان دادند که مراقبت از این نوع بیماران بیشتر متمرکز بر بعد فیزیکی و مشابه سایر سالمندان ارایه می‌شود. در این تجارب اگرچه ردپای ابعاد دیگر مراقبت نیز مشهود بود، اما تشریح آن‌ها حاکی از عملکرد غیرحرفه‌ای، مبتنی بر درک عامه و تجربه شخصی بود. پژوهش واکیربرث و جانسون[1] (۲۰۰۲) نشان دادند که مهمترین نیاز آن‌ها مربوط به اطلاعات حقوقی، مالی، و تشخیص و درمان است. پژوهش ماری، مری و راهوندا[2] (۲۰۰۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند رفتارهای مشکل‌زای ناشی از آلزایمر همانند پرخاشگری، سرگردانی، تهاجم به طور معناداری با میزان افسردگی و خستگی مراقبین ارتباط دارد (نقل در خاتونی و زهری، ۱۳۸۹). همچنین پژوهش لای و چانگ[3] (۲۰۰۷) نشان داد که همراهان بیماران نیاز به یادگیری در رابطه با نحوه مراقبت از بیمار مبتلا به زوال عقل بودند.

روش شناسی

روش پژوهش حاضر کیفی و به روش تحلیل محتوا از نوع مقوله‌ای انجام شد. جامعه آماری شامل ۹ نفر از همراهان بیماران بزرگسال مبتلا به آلزایمر در شهر کرمانشاه بود. ساندلوسکی[4] (۲۰۰۰) بیان می‌کند که در پژوهش کیفی حجم نمونه و طرح نمونه‌گیری با توجه به هدف مطالعه تعیین می‌شوند. تعداد افراد، محیط‌ها، مصنوعات، یا اسناد برای نمونه‌گیری به وسیله عمق اطلاعات مورد نیاز برای به دست آوردن بینش نسبت به پدیده، توصیف یک عنصر فرهنگی، توسعه‌ی یک نظریه یا توصیف یک رویداد تاریخی تعیین می‌شود (نقل در برنز و گرو[5]، ۱۳۸۸). بنابراین به جای انتخاب تعداد زیادی از افراد یا مکان‌ها، تعداد کمی را بر می‌گزینند که در مورد هر فرد یا مکان اطلاعات عمیق و غنی حاصل شود (کرسول و پلانو کلارک[6]، ۱۳۹۰). روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت هدفمند صورت گرفت. بدان معنی که یکی از همراهان فرد بیمار، شناسایی و انتخاب شد که بیشترین تماس و وقت زیادی در شبانه روز را با بیمار مبتلا به آلزایمری می‌گذراند و از طرفی توانایی و تمایل مصاحبه را داشته باشد. همچنین به طور همزمان شیوه نمونه‌گیری گلوله برفی جهت انتخاب افراد واجد شرایط نیز صورت گرفت. به عبارت دیگر، از همراهان خواسته شد افرادی دیگری که با این پدیده مواجهه شده‌اند را به مصاحبه‌کننده معرفی نمایند. بر اساس این نوع نمونه‌گیری، دو نفر توسط شرکت‌کنندگان در آزمون معرفی شدند. پس از بررسی نمونه معرفی شده مشخص شد که این افراد با هدف پژوهش مطابقت داشتند. جهت انجام نکات اخلاقی و کسب اطمینان خاطر، به مشارکت‌کنندگان قبل از مصاحبه به اطلاع آنان رسید که اولاً اسامی آنان در مقاله و یا جایی دیگر بازگو نمی‌شود، دوماً به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که گفته‌هایشان به صورت محرمانه بوده و علیه آنان در هیچ جایی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه و به روش مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته انجام شد. معمولاً در پژوهش‌های کیفی بیشتر از این نوع مصاحبه استفاده می‌شود. مصاحبه‌ها به دو شیوه یعنی استفاده از کاغذ و ابزار ذخیره صوتی (دستگاه ضبط صدا لندر[7] مدل LD-74) با موافقت مشارکت‌کنندگان انجام گرفت. زمان مصاحبه در بهار سال ۱۳۹۷ انجام شد و طول مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود که به صورت تک نفره صورت گرفت. مکان مصاحبه‌ها در دفتر کار گروه آموزشی و همچنین شش نفر از همراهان بیمار ترجیح دادند در محل کارشان و محوطه بیمارستان فارابی شهر کرمانشاه زمان مراجعه به پزشک مصاحبه انجام شود. در مصاحبه نیمه ساختاریافته تمامی سؤالات از قبل مشخص نیست و فرایند مصاحبه تا حدودی بستگی به سؤالاتی است که در تعامل مصاحبه‌کننده و مصاحبه‌شونده پیش می‌آید. جهت تعیین حجم و اندازه نمونه، از روش اشباع داده‌ها که در روش کیفی معمول است، استفاده شد. در پژوهش کیفی، رسیدن به اشباع داده‌ها نشان‌دهنده زمان اتمام مصاحبه است. در این پژوهش چند سؤال به صورت ساده ولی کلی به عنوان راهنمای مصاحبه بیان گردید؛ برای مثال سؤالاتی در خصوص بیماری آلزایمر چقدر اطلاعات دارید؟ یا به نظر شما علل بیماری آلزایمر چه چیزی است؟

[1] Wackerbarth & Johnson
[2] Marie, Mary and Rhonda
[3] Lai & Chung
[4] Sandelowski
[5] Burns and Grove
[6] Creswell and Plani Clark
[7] Lander

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

که این سؤال‌ها نیاز به پاسخ باز و تفسیری داشت، و در مرحله بعدی به سوالات عمیق بر اساس پاسخ مشارکت‌کننده در طول مصاحبه طراحی گردید.

به منظور روایی و اعتبار پژوهش از چهار معیار اعتبارپذیری[1]، انتقال-پذیری[2]، وابستگی و اتکاپذیری[3] و تأئیدپذیری[4] استفاده شد.

اعتبارپذیری: لینکلن و گوبا[5] (۱۹۹۵) بیان می‌کند که برای افزایش اعتبارپذیری پژوهش، دو راهبرد با اهمیت یعنی تماس طولانی با محیط پژوهش و مشاهده مستمر داشته باشد (نقل در حریری، ۱۳۸۵). در خصوص اعتبارپذیری پژوهش حاضر، تقریباً پژوهشگر بیش از ۸ سال تجربه زندگی در خانواده‌ای دارد که در آن یکی از اعضاء دارای این بیماری بوده است. بنابراین پژوهشگر با محیط پژوهش تماس مستمر داشته و این شرایط موجب شده که اعتماد شرکت‌کنندگان در پژوهش را به خود جلب کند.

انتقال‌پذیری: اصطلاح انتقال‌پذیری جانشینی برای اصطلاح روایی بیرونی و نزدیک به اندیشه تعمیم‌پذیری مبتنی بر تئوری است، که بر گسترش یافته‌ها و نتایج مطالعه به سایر محیط‌ها، موقعیت‌ها، جامعه-ها، و شرایط دیگر اشاره دارد (هومن، ۱۳۸۵؛ حریری، ۱۳۸۵). جهت انتقال‌پذیری و تناسب یا قابلیت تعمیم و انتقال نتایج به دست آمده به سایر گروه‌ها و محیط‌های مشابه، نتایج پژوهش در اختیار تعدادی از افرادی که به نحوی با بیماری آلزایمر در ارتباط بودند ولی در این پژوهش شرکت و یا نقشی نداشتند، قرار گرفت تا انتقال‌پذیری و تناسب آن بررسی گردد. نتیجه این بررسی ضمن تأیید یافته‌ها، ارائه تجربیات و دیدگاه‌های تکمیلی بود که در فرآیند تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد.

وابستگی و اتکاپذیری: لینکلن و گوبا (۲۰۰۰) توصیه می‌کنند که به منظور ارزشیابی میزان وابستگی و اتکاپذیری، پژوهشگر باید به دنبال شواهد و مدارک کافی و دقیق تغییرات، و رویدادهای عجیب، در پدیده مورد مطالعه باشد (نقل در هومن، ۱۳۸۵). معیار وابستگی و اتکاپذیری در پژوهش حاضر توسط روش‌هایی مانند سعی در جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان از طریق گوش دادن دقیق و غوطه‌وری در داده‌ها و انجام مصاحبه در مکان‌های انتخاب شده توسط مشارکت-کنندگان صورت گرفت.

تأئیدپذیری: برای اینکه مطالعه قابل تأیید باشد باید بتواند نشان دهد چگونه داده‌ها به منابع آن‌ها پیوند می‌یابد به گونه‌ای که خواننده بتواند تصدیق کند که نتایج و تفسیرها به گونه مستقیم برخاسته از آن‌ها است (هومن، ۱۳۸۵). به منظور تأیید یافته‌های پژوهش، دست نوشته‌های تنظیم شده به همراه کدهای اولیه به منظور بازخوانی آن‌ها در اختیار سه نفر از همکاران هیأت علمی گروه آموزشی علم اطلاعات و دانش‌شناسی که در رابطه با نیازهای اطلاعاتی کار کرده بودند، قرار گرفت و نظرهای هر یک از آنان به صورت مجزا جمع-آوری و سپس با یکدیگر مقایسه و نظرات مشابه و متفاوت آنان مورد تحلیل قرار گرفت. در زیر نمونه‌ای از شیوه گردآوری داده‌ها و کدبندی اولیه بر روی کاربرگه پژوهش تایپ گردیده، نشان داده شده است.

شکل ۱. نمونه کاربرگه از مصاحبه


بسمه تعالی

کاربرگه پژوهش

که مشارکت‌کننده: شماره ۲ جنسیت: زن مرد سن همسر: ۷۳ سال میزان تحصیلات: زیر دیپلم نسبت با بیمار: همسر

جنسیت بیمار: زن مرد سن بیمار: ۸۱ سال مدت ابتلا به آلزایمر: ۷ سال تاریخ مصاحبه: ۹۲/۱۱/۲۴ ساعت مصاحبه: ۱۱ صبح

سوال: لطفاً بگویید چگونه در رابطه با پزشک معالج اطلاعات کسب کرده‌اید؟ آیا از منبع موثق استفاده شده یا شکل دیگر؟

پاسخ:

... پس از چند ماه مشاهده کردیم که فراموشی آن شدیدتر شد بیشتر نگرانم کرد. کسی که در مورد این بیماری اطلاعات خوبی داشته باشه را نمی شناختیم و مجبور بودیم به اطلاعات دوستان و فامیلها بسنده کنیم. برخی از دوستان می گفتند هیچی نیست مربوط به پیریه برخی دیگر می گفتند پیش متخصص مغز بریمش و برخی دیگر می گفتند نه روان پزشک صحبت کنید برخی دیگر می گفتند به متخصص روانشناس و یا برخی دیگر می گفتند که پیش فلان شخص بریم که داروهای گیاهیش شفابخشه مطمئناً خوب میشه برخی از دوستان می گفتند پیش فلان روحانی برید خیلی کارش درسته، احتمالاً چن زده شده. باور کنید از این همه توصیه خسته شده بودیم و ناسفانه باورهم می کردیم ولی بالاخره بعد از مدتی زیادی آمرش پیش یک روانپزشک برادمش ولی دیر شده بود. بیماریش بیشتر شده بود از این واقعه خیلی ناراحت شدم. متاسفانه می گفت چرا زودتر متوجه نشدم حداقل از پیشرویش جلوگیری بکنم. به دلیل همین احساس گناه از این پزشک به آن پزشک دیگر می بردمش. معمولاً داروهای متفاوتی تجویز می کردند و این اشتباه دیگر بزرگم بود. بایستی به یک دکتر متخصص می بردمش که در طول زمان از داروهایش جواب مثبت می گرفتم نه اینکه همزمان به دلیل صحبت غیر متقنی و احساسی از این پزشک به آن پزشک میرفتم...

- بی اطلاعی نسبت به بیماری آلزایمر
- استفاده از افراد غیر متخصص
- اظهار نظرهای بی مورد اطرافیان
- بی اطلاعی از نوع پزشک معالج
- روی آوردن به خرافات
- باور کردن گفته های غیر متخصص
- دیر مراجعه کردن به پزشک متخصص
- احساس گناه کردن
- جابجایی از پزشکی به پزشک دیگر
- تجویز داروهای متفرقه
- جابجایی از پزشکی به پزشک دیگر

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران نشان داد، تعداد ۱ نفر زن و ۸ نفر مرد مبتلا به آلزایمر بودند. همچنین این بیماران بین ۷۵ الی ۸۵ سال سن داشتند. از لحاظ جنسیت همراهان ۸ نفر زن و یک نفر مرد بودند که همسر یا دختر بیمار بودند. لازم بذکر است معمولاً این افراد با دیگر اعضای خانواده مراقب از بیمار را انجام داده ولی نسبت به دیگر اعضای خانواده بیشترین تماس روزانه را با بیمار داشتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همراهان در جدول ۱ نشان داده شده است.

[1] Credibility
[2] Transferability
[3] Dependability
[4] Conformability
[5] Lincoln and Guba

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همراهان بیماران مشارکت‌کننده در پژوهش

کد مشارکت‌کننده	جنسیت	نسبت با بیمار	سن	میزان تحصیلات
کد ۱	زن	دختر	۳۲	دیپلم
کد ۲	مرد	همسر	۶۳	دیپلم
کد ۳	زن	دختر	۴۹	کاردانی
کد ۴	زن	همسر	۶۷	دیپلم
کد ۵	زن	دختر	۳۵	دیپلم
کد ۶	زن	همسر	۵۸	زیردیپلم
کد ۷	زن	دختر	۴۶	کارشناس
کد ۸	زن	دختر	۴۲	کاردانی
کد ۹	زن	همسر	۶۵	زیردیپلم

فرایند تحلیل داده‌های کیفی بدین صورت بود که بعد از گردآوری داده‌ها، مفاهیم و مقوله‌های اصلی و فرعی شناسایی گردید. با استخراج کدهای مفهومی مشترک و پالایش و حذف موارد تکراری، برخی از کدهای مفهومی شناسایی و با انجام پالایش این مفاهیم در قالب مقوله‌های فرعی سازماندهی شدند. بنابراین، فرایند تحلیل در هر قسمت به دو بخش یعنی ابتدا نکات کلیدی و واحدهای معنایی و در مرحله دوم، کلیه کدهای واحدهای معنایی با همدیگر ترکیب و کدهایی که به لحاظ معنایی با همدیگر یکی بود، تلفیق شدند و مقوله‌بندی قیاسی صورت گرفت. به منظور جلوگیری از افزایش حجم این نوشتار، از ارائه کدهای اولیه که دویست و پنجاه و هشت مفهوم اولیه بود، خودداری شد. نتایج مقوله اصلی، فرعی و نمونه کد اولیه در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل محتوایی مصاحبه‌ها و کدگذاری: نمونه کد اولیه، مقوله فرعی و اصلی

ردیف	نمونه کد اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
۱	بعد از چند سال کنار پدرم دلیل بیماری رو نمی‌دانم	بی‌اطلاعی از ماهیت و دلایل بیماری	نیازهای اطلاعاتی مرتبط با بیماری آلزایمر
	اوایل مریضیش نیم دانستم پیش کدام پزشک ببرمش	بی‌اطلاعاتی از نوع پزشک	
	چگونه می‌توانستم از این بیماری پیشگیری کنم	راه‌های پیشگیری	
	می‌خواستم ببینم که روش درمان این بیماری چیه	شیوه‌های درمان	
	اطلاعاتی از نوع داروها نداشتیم	بی‌اطلاعی از عوارض داروها	
۲	خیلی بی قرار بود فقط راه می‌رفت	بی‌قراری	نیازهای اطلاعاتی مرتبط با مراقبت‌های روحی و روانی
	همیشه با عصبانیت با وی برخورد می‌کردم ولی نمی‌دانستم که عصبانیتم موجب پرخاشگری او می‌شود.	پرخاشگری	
	موقع حمام کردنش اضطراب و استرس سراسر بدنش را می‌گرفت	استرس	
	خیلی زودرنج شده وقتی چای یا میوه‌ی در بین جمع میاریم در صورتی که دیر بهش بدیم قهر می‌کنه	زودرنجی	
	چندماهی اصلاً صحبت نمی‌کرد و یک گوشه می‌نشست	افسردگی	
	همانند یک ضبط و صوت مدام حرف می‌زنه و آن هم به این صورت که یک جمله را ساعت‌ها تکرار می‌کنه	پرحرفی	
	چشم‌هاش قرمز عین خون می‌شد ولی نمی‌خوابید	بی‌خوابی	
۳	این اواخر بدون کمک ما نمی‌تونه راه بره	مراقبت فیزیکی	نیازهای اطلاعاتی مرتبط با مراقبت‌های جسمی و بهداشت فردی
	خیلی نیاز به مراقبت داره	مراقبت بهداشتی	
	همیشه داد می‌زنه که چیزی بخوره	شیوه تغذیه	
۴	مرکز دولتی که کلاس‌های آموزشی بگذاره‌رو نمی‌شناسم	آموزش خانوارها	نیازهای اطلاعاتی مرتبط با سازمان‌های بهداشتی و خدماتی

مطابق جدول ۲ طبق نظر مشارکت‌کنندگان مقوله‌های اصلی و فرعی مؤثر بر نیازهای اطلاعاتی همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر را می‌توان از مجموع دویست و پنجاه هشت مفاهیم اولیه، چهار مقوله و عامل اصلی و شانزده عامل فرعی طبقه‌بندی کرد. چهار مقوله اصلی شامل نیازهای اطلاعاتی مرتبط با نوع بیماری، مراقبت‌های روحی و روانی، مراقبت‌های جسمی و بهداشت فردی و ساختار سازمان‌های بهداشتی و خدماتی بودند که در ذیل به آنها پرداخته می‌شوند.

نیازهای اطلاعاتی مرتبط با نوع بیماری

نتایج کدگذاری و تحلیل محتوایی مقوله‌ها نشان داد، چهار مقوله یا عامل در نیازهای اطلاعاتی همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر از اهمیت زیادی برخوردارند. این عامل‌ها از نگاه مشارکت-کنندگان شامل: "بی‌اطلاعی از ماهیت و دلایل بیماری"، بی‌اطلاعی از نوع پزشک"، "پیشگیری"، "شیوه روش درمان" و "بی‌اطلاعی از عوارض داروها" می‌باشد.

– بی اطلاعی از ماهیت و دلایل بیماری: موردی که افراد همراه بیماران مبتلا به آلزایمر به آن اشاره کردند بی‌اطلاعی از ماهیت این

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

بیماری بود. به عبارتی، همراهان و خانواده‌های بیماران در زمان مواجهه با این بیماری به دلیل نداشتن اطلاعات کافی دچار سردرگمی زیادی شده‌اند. مشکلی که این همراهان داشتند این بود که اطلاعات و منبع درستی را که بتواند نیازهای اطلاعاتی آن‌ها، جهت اطلاع از ماهیت و دلایل بیماری را پیدا کنند، را نمی‌شناختند. بنابراین جهت اطلاع از ماهیت و دلیل بیماری این افراد روی به شبکه‌های اجتماعی آورده بودند. آنچه که این همراهان به آن تأکید داشتند وجود اطلاعات ناقصی است که در این شبکه‌ها است. از دیدگاه آنان، این ابزار به دلیل اطلاعات ضد و نقیض‌های فراوان، سردرگمی آنان در مورد بیماری دوچندان کرده است. همچنین بی‌اطلاعی از دلایل بیماری یکی دیگر از چالش‌های روبروی همراهان بیمار بوده است. یکی از این همراه بیمار بیان کرد: "زمانی که پزشک متخصص گفتش که پدرتان دچار آلزایمر شده خیلی شوکه شدم. در ذهنم دنبال این بودم که چه عاملی موجب این بیماری شده. وارد تلگرام شدم شروع به جستجو کردم. هر شبکه‌ای که می‌شد گشتم ولی اطلاعات مختلفی وجود داشت. نمی‌دانستم به کدامش اطمینان کنم... "(مشارکت‌کننده شماره ۵).

– نیازهای اطلاعاتی مرتبط با نوع پزشک: مقوله‌ی دیگری که مراقبت‌کنندگان بیمار به آن اشاره کردند، موضوع نیاز به اطلاعات مرتبط با نوع پزشک معالج بود. پاسخ اصلی همراهان این بود که اطلاعات دقیقی در خصوص نوع تخصص پزشکی که مربوط به این بیماری باشد را نداشتند، چرا که هر کدام از اطرافیان و دوستان خانواده، توصیه‌های متفاوتی می‌کردند و در برخی از موارد اطلاعات غلطی را نیز به این خانواده‌ها می‌دادند. چنانچه یکی از آنان بیان می‌کند: "کسی که در مورد این بیماری اطلاعات خوبی داشته باشه را نمی‌شناختیم و مجبور بودیم به اطلاعات دوستان و فامیل‌ها بسنده کنیم. برخی از دوستان می‌گفتند هیچی نیست مربوط به پیری برخی دیگر می‌گفتند پیش متخصص مغز ببرینش و برخی می‌گفتند با روان پزشک صحبت کنید برخی دیگر می‌گفتند به متخصص روانشناس ... ببریدش ... باور کنید از این همه توصیه خسته شده بودیم و متاسفانه باورهم می‌کردیم..." (مشارکت‌کننده شماره ۲).

– راه‌های پیشگیری: بیماری آلزایمر از محدود بیماری‌هایی است که در حال حاضر درمان خاص و قطعی برای آن وجود ندارد. ولی با دانش و آگاهی و اقدامات خاص می‌توان تا حدودی از آن پیشگیری یا به تأخیر انداخت. بنابراین از زیر مقوله‌ی دیگر پژوهش، اطلاعات در رابطه با راه‌های پیشگیری این بیماری بود. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان می‌کند: "بعد از اینکه فهمیدم همسرم دچار آلزایمر شده نیاز داشتم بدانم که برای چه به این بیماری مبتلا شده و چگونه می‌توانستم از این بیماری پیشگیری کنم یا از حاد شدن بیش از حد آن جلوگیری کنم." (مشارکت کننده شماره ۴).

– شیوه‌های درمان: عامل بعدی که مراقبان احساس نیاز به اطلاعات در مورد آن داشتند، شیوه‌های درمان این بیماری بود. چرا که آن‌ها معتقد بودند در صورت داشتن اطلاعات به خصوص از افراد با تجربه می‌توانند در مراقبت از بیمار کمک کنند. یکی از مشارکت‌کنندگان اینگونه بیان می‌کند: " ... به خاطر وحشت از این مریضی باورم شده بود. هرچه گشتم فردی با تجربه پیدا نکردم. می‌خواستم ببینم که روش درمان این بیماری چیه؟" (مشارکت‌کننده شماره ۸).

– بی اطلاعی از عوارض داروها: مورد دیگری که همراهان به آن اشاره کردند این بود که آنان شدیداً نیاز به اطلاعات در مورد عوارض داروهای این بیماری بود. بی‌خبری از عوارض داروها از مشکلات اصلی همراهان بیمار بوده زیرا احساس محبت و عاطفه بیشتر از سوی همراهان داروها را قطع یا برعکس مقدار دارو را افزایش دهند و این امر سبب بروز خطرات جدی برای بیمار آلزایمری می‌شود. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها بیان می‌کند: "پزشک یک نایلون پر از دارو نوشت که همه داروهای تجویز شده کلاً آرام بخش و برخی از آن خیلی قوی بودند روزهای اول که بهش دادیم شروع به هذیان گفتن کرد... خیال کردیم با خوردن این قرص‌ها دیوونه شده. اطلاعاتی از نوع داروها نداشتیم" (مشارکت‌کننده شماره ۱).

نیازهای اطلاعاتی مرتبط با مراقبت‌های روحی و روانی

همراهان بیمار آلزایمر نیازمند به اطلاعاتی خاص و متفاوت با دیگر بیماری‌های شایع دارند که با برنامه‌ریزی دقیق و مناسب می‌توان به بیمار مبتلا به آلزایمر که در منزل سکونت دارند، کمک کنند. یکی از مراقبت‌های مهم در این نوع از بیماری مراقبت‌های روحی و روانی خاص آن است که این بیماران بیشتر به آن مبتلا می‌شوند. مواردی که مصاحبه شونده‌ها به آنها اشاره کردند شامل بی قراری، پرخاشگری، استرس، زودرنجی، افسردگی، پرحرفی، و بی‌خوابی بود.

– بی قراری: یکی از عوارض شایع در بیماران مبتلا به آلزایمر بی‌قراری غیرمعمول و مستمر فرد آلزایمری است. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان می‌کند. "خیلی بی‌قرار بود فقط راه می‌رفت بندرت زمین می‌نشست حتی تا جایی پیش رفت که ایستاده چای می‌خورد. می‌خواست بیرون ببریمش این کار می‌کردیم ولی حاضر نبود به خانه برگرده فقط راه می‌رفت و اونم خیلی زیاد" (مشارکت‌کننده شماره ۸).

– پرخاشگری: عامل دیگری که بیماران آلزایمری در دراز مدت در آن‌ها نمو پیدا می‌کند، پرخاشگری است. کنترل فرد پرخاشگر نیاز به فرد با تجربه و آموزش دیده دارد. از دیدگاه همراهان در صورت داشتن اطلاعات مناسب می‌توانند از پرخاشگری بیمار جلوگیری کنند و یا موجب شوند که فرد مبتلا به آلزایمر کمتر به مرحله پرخاشگری و یا عصبانیت حاد برسند. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها بیان می‌کند: "...

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

هر موقع کاری می کرد همیشه با عصبانیت با وی برخورد می‌کردم ولی نمی‌دانستم که عصبانیتم موجب پرخاشگری او می‌شود. تا جایی پیش می‌رفت که حالت تشنج به او دست می‌داد"(مشارکت کننده شماره ۹).

– استرس: عامل دیگری که همراهان بیماران به آن اشاره کردند این بود که این دسته از بیماران همواره در استرس هستند. از نظر همراهان جهت برخورد مناسب با این وضعیت بیمار داشتن اطلاعات به آن‌ها کمک می‌کند. چنانچه یکی از این همراهان بیان می‌کند: "موقع حرف زدن به خودش فشار می‌آره. فکر می‌کرد تمام پولهاشو بردن... موقع حمام کردنش اضطراب و استرس سراسر بدنش می‌گرفت موقع حرف زدن با عصبانیت حرف می‌زد تاجائیکه می‌لرزید و به سروکله خود می‌زد" (مشارکت‌کننده شماره ۲).

– زودرنجی: دغدغه مهم دیگر همراهان بیماران آلزایمر در این پژوهش، زودرنجی بیش از حد بیمار آلزایمری است. این همراهان اظهار می‌کنند که در این زمینه اطلاعات کافی ندارند و از طرفی مشکل برقراری ارتباط با بیمار دارند. یکی از همراهان می‌گوید: "خیلی زودرنج شده وقتی چای یا میوه‌ی در بین جمع میاریم در صورتی که دیر بهش بدیم قهر می‌کنه و دیگه از دستمان هیچی نمی‌گیره به سختی از دلش درمیارم "(مشارکت‌کننده شماره ۵).

– افسردگی: مورد دیگر که بیماران مبتلا به آلزایمر با آن روبرو می‌شوند، افسردگی شدید بیمار است. با توجه به اینکه برخورد با بیمار افسرده نیاز به اطلاعات و ارائه رفتارهای حرفه‌ای از سوی همراهان دارد. همراهان مورد بحث در این پژوهش در این زمینه فاقد اطلاعات لازم بودند. چنانچه یکی از همراهان می‌گوید: "چندماهی اصلاً صحبت نمی‌کرد و یک گوشه می‌نشست هرچه باهاش حرف می‌زدیم که اون هم حرف بزنه نتونستیم. سعی کردیم حرف بزنه ولی هیچ واکنشی نشان نمی‌داد. فقط کرک‌های فرش را جمع می‌کرد " (مشارکت‌کننده شماره ۱).

– پرخرفی: موضوع پرحرفی بیش از حد معمول بیمار مبتلا به آلزایمر یکی دیگر از مواردی است که مشارکت‌کنندگان در مصاحبه به آن اشاره کردند. یکی از آنان اینگونه بیان می‌کند: " از زمستان ۹۶ وضعیت شدیدتر شد تا جایی که نزدیک سه ماهه بیش از دو تا سه شبه اصلاً نمی‌خوابه و همانند یک ضبط و صوت مدام حرف می‌زنه و آن هم به این صورت که یک جمله را ساعت‌ها تکرار می‌کنه و این جمله مربوط به زمان حال نبود بلکه مربوط به بیش از ۵۰ سال پیش بود"(مشارکت کننده شماره ۳).

– بی‌خوابی: در پایان نیازهای اطلاعاتی مرتبط با مراقبت‌های روحی و روانی، موضوع بی‌خوابی شدید این دسته از بیماران بود. بی‌خوابی بیمار سبب نگرانی همراهان شده است. از سویی برخی مواقع بی‌خوابی باعث ضربه زدن به بیمار نیز می‌شود چرا که برخی از همراهان برای آرام کردن بیمارشان از قرص‌های آرام بخش‌های قوی و خطرناک و بدون مشاوره با پزشک استفاده می‌کنند. یکی از این همراهان اینگونه بیان می‌کند: " اخیراً شب‌ها خواب نداره روزهای اول فکر می‌کردیم به دلیل ترس از تاریکی باشه به این خاطر شب‌ها برق‌ها را خاموش نمی‌کردیم . از سر شب تا صبح فقط حرف می‌زنه ... چشم‌هاش قرمز عین خون می‌شد ولی نمی‌خوابید "(مشارکت‌کننده شماره ۴).

نیازهای اطلاعاتی مرتبط با مراقبت‌های جسمی و بهداشتی

سومین چالش مهم که همراهان بیماران آلزایمر با آنان روبرو بودند شامل مراقبت‌های فیزیکی و کاهش قدرت جسمی، مراقبت بهداشتی و شیوه تغذیه است.

مراقبت‌های فیزیکی و کاهش قدرت جسمی: یکی از پیامدهای بارز بیمار مبتلا به آلزایمر این است که این بیماران به دلیل کهولت سن، نیاز شدید به مراقبت‌های فیزیکی و جسمی دارند. همراهان در این خصوص احساس نیاز به اطلاعات می‌کنند که دسترسی به این اطلاعات می‌تواند به آن‌ها در مراقبت از بیمار یاری کند. یکی از همراهان در این زمینه بیان می‌کند: " این اواخر بدون کمک ما نمی‌تونه راه بره و حتی نمی‌تونه بلند شه لازمه یکی دستشو بگیره حتی موقع غذا خوردن نیاز داره یک نفر بهش غذا بده به خصوص از زمانی که زمین‌گیر شده"(مشارکت‌کننده شماره ۶).

مراقبت بهداشتی: مورد دیگری که همراهان بیماران به آن اشاره کردند مشکلاتی در خصوص مراقبت‌های بهداشتی و فردی بیمار می‌باشد. بیمار مبتلا به آلزایمر با توجه به اینکه اختیار کارهاش در دست و کنترل آن‌ها نمی‌باشد، شدیداً وابسته به دیگران هستند. در این رابطه یکی از همراهان می‌گوید: "خیلی نیاز به مراقبت داره حتی کوچکترین مسائل بهداشتی را فراموش کرده "(مشارکت‌کننده شماره ۱).

شیوه تغذیه: از مشکلاتی که همراهان با بیماران داشتند عدم اگاهی از شیوه برخورد با تغذیه بیمار بود. همراهان معتقدند اطلاعات چندانی در این زمینه ندارند. یکی از این همراهان اینگونه بیان می‌کند: "فراموش کرده کی غذا یا چای خورده همیشه داد می‌زنه که چیزی بخوره. چای را با همان داغی می‌خوره انگار احساس داغی نداره. قبل از اینکه به این بیماری مبتلا بشه خیلی رعایت می‌کرد مثلاً از خوردن نمک، غذاهای نشاسته‌دار، چربی‌ها و قند و شیرینی صرف نظر می‌کرد"(مشارکت‌کننده شماره ۱).

نیازهای اطلاعاتی مرتبط با سازمان‌های بهداشتی و خدماتی

مشکل اصلی که همراهان بیمار مبتلا به آلزایمر با آن روبرو بودند این بود که سازمان‌های خدماتی بهداشتی، آموزش‌های لازم را به شهروندان از طریق رسانه‌های جمعی یا محلی انجام نمی‌دهند و این وضعیت موجب شده که آنان را با مشکل بزرگی روبرو شوند. این آموزش می‌تواند از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی یا کارگاه‌های آموزشی رسمی یا غیررسمی در محافل آموزشی یا به صورت محلی

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

قابل دستیابی باشد. چنانچه یکی از آنان بیان می کند: "مرکز دولتی که کلاس‌های آموزشی بگذاره نمی‌شناسم هیچ اطلاعاتی در خصوص مراکز ندارم که آن‌ها کجای شهر قرار دارن "(مشارکت‌کننده شماره ۱).

بحث و نتیجه‌گیری

شیوع بیماری آلزایمر در چند دهه گذشته باعث شده که این بیماری به یک چالش بزرگ برای نظام‌های بهداشتی و مراقبت‌های اجتماعی در سراسر جهان تبدیل شود (کوبوس و رودریگیز[1]، ۲۰۱۲). دمانس یا آلزایمر یک بیماری پیشرونده و غیر قابل برگشت است که عملکرد شناختی را به ویژه در سالمندان تحت تاثیر قرار می‌دهد. از طرفی مراقبت از یک فرد مبتلا به دمانس، مشکل و پرچالش است (صالحی‌نژاد و دیگران، ۱۳۹۶). اکثر خانواده‌های ایرانی به دلایلی همچون آموزه‌های دین اسلام، فرهنگ و اقتصاد، خانواده‌ها سعی می‌کنند خود مراقبت از بیماران را برعهد بگیرند. این وضعیت می‌تواند از بار مالی سازمان‌های بهداشتی بکاهد. در رابطه با جنبه اقتصادی، پژوهش صفوی و دیگران، (۱۳۹۲) بیان می‌کنند که امروزه جامعه ما با مشکل نگهداری و مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر دست به گریبان است و در ایران نگهداری بیمار آلزایمر سالیانه هفت میلیون تومان است. گیلمن[2] (۲۰۱۰) و مک‌خان[3]، و دیگران (۲۰۱۱) بیان می‌کنند که دمانس یک سندرم بالینی است که موجب کاهش توانایی در حافظه، زبان، قدرت تصمیم‌گیری، کاهش توجه، رفتارهای اجتماعی، همچنین در فعالیت روزانه می‌شود (نقل در کرولیو، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، با پیشرفت بیماری آلزایمر، نیاز به مراقبت بیشتری احساس می‌شود. بسیاری از بیماران با درجه بیماری متوسط و شدید نیاز به مراقبت تمام وقت پیدا می‌کنند که این مراقبت فرای امور عادی روزانه است (مظلومی‌محمودآبادی و دیگران، ۱۳۹۴). تحقیقات نشان داده است که مراقبان خانواده افرادی که نیاز به مراقبت دارند ممکن است پیامدهای فیزیکی و روانی اجتماعی منفی را تجربه کنند (هادسون و دیگران[4]، ۲۰۰۸). با این وجود یکی از دغدغه‌های اصلی خانواده‌های بیماران مبتلا به آلزایمر نیاز آنان به اطلاعات مناسب در خصوص شیوه انواع مراقبت‌ها از بیمار مبتلا به آلزایمر می‌باشد. بنابراین هدف اصلی این مقاله شناسایی نقاط ضعف همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر و همچنین شناسایی اطلاعات مورد نیاز آنان در مراقبت از بیماران است. بدین جهت نیازهای اطلاعاتی همراهان بیمار مبتلا به آلزایمر در چهار مقوله اصلی شامل نیازهای اطلاعاتی مرتبط با بیماری آلزایمر با پنج مقوله فرعی؛ نیازهای اطلاعاتی مرتبط با مراقبت‌های روحی و روانی با هفت مقوله فرعی؛ نیازهای اطلاعاتی مرتبط با مراقبت‌های جسمی و بهداشتی با سه مقوله فرعی و نیازهای مرتبط با سازمان‌های بهداشتی و خدماتی با یک مقوله طبقه‌بندی شد.

اولین مقوله اصلی این پژوهش، نیازهای اطلاعاتی مرتبط با بیماری آلزایمر بود که از پنج مقوله فرعی تشکیل شده است. یکی از مقوله‌های فرعی در این پژوهش، نیاز به اطلاعات در خصوص بی‌اطلاعی از دلایل بیماری آلزایمر است که توسط مشارکت‌کننده‌ها در مصاحبه به آن اشاره کرده‌اند. همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر به این نکته توجه داشتند که علت‌های این نوع بیماری برای آنان مشخص نبوده بنابراین در این راستا نیاز به اطلاعات دارند. تحقیقات نشان داده‌اند که آگاهی در زمینه بیماری آلزایمر بسیار پایین است و این موضوع به خصوص در زمینه علت و شیوع بیماری مشهودتر است (مظلومی‌محمودآبادی و دیگران، ۱۳۹۴). هر چند که در حال حاضر تشخص این بیماری در مراحل اولیه دشوار است (پسندمژده، علی‌پور و برهانی‌حقیقی، ۱۳۹۵) ولی خانواده‌ها با داشتن اطلاعات مناسب می‌توانند اقدام به تصمیم‌گیری درستی در رابطه با این بیماری انجام دهند. همچنین یکی دیگر از نیازهای اطلاعاتی همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر بی‌اطلاعی آنان از ماهیت این بیماری است. شناخت بیماری موجب می‌شود که همراه بیمار با دید بازتر، آگاه‌تر و با دانش بیشتر اقدام به نگهداری و مراقبت از بیمار خود بپردازد. اغلب همراهان، اطلاعاتی در خصوص نوع بیماری یا چگونگی برخورد با بیماران نداشته‌اند به عبارتی، آن‌ها درک درستی از بیماری آلزایمر نداشته و این امر موجب به چالش کشاندن همراهان شده است. عامل بعدی که خانوادهای بیماران با آن روبرو شده بودند این است که همراهان در روزهای اولیه بروز بیماری بستگانشان در خصوص نوع پزشک معالج اطلاعات کافی نداشته‌اند و این امر موجب شده که بیمارانشان نزد پزشک غیرمتخصص یا افراد غیرمسئول همچون رمال‌ها مراجعه کنند. از طرفی، اظهار نظرهای بی‌مورد و بدون دانش کافی اطرافیان و افراد غیر متخصص یکی از معظلات اصلی در کشور است که هر فردی در خصوص همه چیز و انواع بیماری‌ها بالاخص درمان بیماری اظهار نظرهای غیرتخصصی می‌کنند. این اظهار نظرها موجب پیامدهای منفی مختلفی بر بیمار و حتی بر روی بستگان و همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر شده است. از دیگر مشکلات موجود در جامعه ایران این است که معمولاً تا زمانی که افراد به بیماری مبتلا نشوند و یا بیماری به مرحله حاد نرسد به پزشک مراجعه نمی‌کنند. این وضعیت در برخی از مناطق تبدیل به یک عادت غلط شده است. حتی این وضعیت در بین خانواده‌هایی که دارای بیمار آلزایمری هستند، صادق می‌باشد. با توجه به ویژگی بیماری آلزایمر که فعلاً درمان ندارد و تنها می‌توان تاحدودی و در حد ضعیفی از وقوع آن پیشگیری کرد. با این وجود، اطلاع از نوع و ماهیت بیماری می‌تواند در پیشگری از این بیماری برای همراهان در حدی مفید باشد. عامل بعدی که در این پژوهش

[1] Cobos & Rodriguez
[2] Gilman
[3] Mckhann, et al.
[4] Hudson, et al

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

به آن پرداخته شد، شیوه‌های درمان بیماری آلزایمر بود که همراهان را با مشکل روبرو کرده است. داشتن اطلاعات می‌تواند کمک شایانی در برخورد با این نوع بیماری برای همراهان به همراه داشته باشد. از طرفی افراد را قادر می‌سازد که در مراقبت از بیمار کمک فراوانی کند. در پایان یکی از معظلات دیگری که همراهان بیمار با آن مواجه بودند بی‌اطلاعی از عوارض انواع داروهای اعصاب و روان می‌باشد. برخی از خانواده‌ها خودسرانه اقدام به کاهش یا افزایش مقدار داروها می‌کنند و بدون اینکه اطلاعی از داروها داشته باشند. این امر موجب بروز خطرات جدی به بیمار می‌شود. از سوی دیگر، جابجایی بی‌مورد پزشک معالج و تجویز داروهای مختلف می‌تواند پیامدهای منفی برای بیمار بوجود بیاورد. نتایج این پژوهش با پژوهش واکیربرث و جانسون[1] (۲۰۰۲) که نشان دادند مراقبین به دنبال اطلاعاتی در رابطه با تشخیص درمان بودند. همچنین با پژوهش برجعلی‌لو و دیگران (۱۳۹۶) که در خصوص نیازهای اطلاعاتی والدین کودکان به سرطان بود، همخوانی دارد. پژوهش مونتوگامری و دیگران[2] (۲۰۱۸) که نشان دادند تشخیص زود هنگام بیماری آلزایمر ممکن است در کاهش بار مراقبتی بیماران را برای همراه بیمار به وجود آورد. از سوی دیگر با نتایج پژوهش مظلومی‌محمودآباد و دیگران (۱۳۹۴) که گزارش دادند که مراقبین بیماران مورد مطالعه از آگاهی خوبی برخوردارند، مغایرت دارد.

مقوله اصلی دیگر این پژوهش، نیازهای اطلاعاتی مرتبط با مراقبت‌های روحی و روانی بیمار می‌باشد. در این زمینه یکتاطلب و دیگران (۱۳۹۱) بیان می‌کنند که مراقبت روانی در جهت کنترل علائم روانی و آرام نگه‌داشتن بیمار است که اغلب از روش‌های غیرحرفه‌ای استفاده می‌شود. از مشکلات همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر بی‌قراری این دسته از بیماران بوده است. در این رابطه اقدم‌زاده و دیگران (۱۳۹۵) معتقدند که بی‌قراری از شایع‌ترین مشکلات رفتاری در آلزایمر می‌باشد که می‌تواند سالمند را در معرض خطر آسیب‌رسانی به خودشان یا دیگر ساکنان سرا و همچنین مراقبت‌دهندگان قرار دهد. همچنین تحقیقات سانگ و چانگ[3] (۲۰۰۵) و رمینگتون[4] (۲۰۰۲) نشان داده‌اند که بی‌قراری را یکی از چالش انگیزترین رفتارهای این بیماران گزارش کرده‌اند. این رفتارها تأثیر زیادی بر ساکنان خانه‌های سالمندان و مراکز مراقبت از این بیماران می‌گذارد و هزینه زیادی نیز به آنها تحمیل می‌کند (نقل در زارع، افخم‌ابراهیمی و بیرشک، ۱۳۸۸). مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به مشکل روحی دیگری یعنی پرخاشگری بیماران اشاره کردند. پرخاشگری از شایع‌ترین علائم و رفتار بیمار مبتلا به آلزایمر است. همچنین از معظلات افراد غیرحرفه‌ای در مقابل رفتارهای بیماران مبتلا به آلزایمر آرام کردن بیمار بی‌قراری و آشفته است. این بیماران به دلیل محدودیت‌هایی که دارند اغلب افسرده، پراسترس، زودرنج، پرحرف و بی‌خواب می‌شوند به همین دلیل همراهان، نیازمند به اطلاعات در خصوص مراقبت‌های روحی و روانی بیماران دارند. تحقیقات نشان می‌دهد که بیشترین مشکل در حیطه فهماندن درخواست‌ها و موضوعات، درک سخنان، معنای اعمال و رفتار بیمار است (خاتونی و زهری، ۱۳۸۹).

سومین مقوله بدست آمده در پژوهش حاضر، نیازهای اطلاعاتی مرتبط با مراقبت‌های جسمی و بهداشتی بود. اسپورلاک[5] (۲۰۰۵) بیان می‌کند که مراقبت از عضو خانواده تجربه‌ای استرس‌آور است (محمدی‌شاهبلاغی، ۱۳۸۵). همچنین پژوهش دلا و کورا[6] (۲۰۰۵) اشاره می‌کنند که مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر حاد، نیاز به مراقبت‌های بیست و چهار ساعته دارد که اکثر همراهان این نوع از بیماری فاقد هرگونه اطلاعات علمی در خصوص این بیماری بودند که در برخی مواقع هنوز هم با توجه به درگیری مستقیم با این بیماری این وضعیت بهبود نداشته است. به همین دلیل بیشتر به خاطر تجربه شخصی و یا اظهار نظر دیگران اقدام به مواظبت و نگهداری می‌پردازند. بنابراین از عواملی که همراهان بیماران به آن اشاره کردند شیوه مراقبت‌های جسمی، بهداشتی و شیوه تغذیه آنان بوده است. تحقیقات نشان می‌دهد که همزمان با کاهش توانایی بیمار در برقراری ارتباط با مراقبین خود رفتارهایی همچون بی‌قراری، افسردگی، پرخاشگری افزایش پیدا می‌کند و این رفتارها ناشی از برآورده نشدن نیازهای بیمار از جمله گرسنگی، تشنگی، درد و غیره است (نقل در خاتونی و زهری، ۱۳۸۹). از زیر مقوله‌های این مقوله اصلی می‌توان به مراقبت‌های فیزیکی و جسمی، مراقبت‌های بهداشتی و شیوه تغذیه بود. مراقبت از بیمار مسن و از طرفی ارادی نبودن رفتارهای فرد بیمار مبتلا به آلزایمر سبب می‌شود که مراقبت از این بیماران بیش از هر زمان سخت‌تر و پرچالش شود. این بیماران همانند یک نوزاد نیازمند به مراقبت تمام وقت به خصوص در رابطه با بهداشت فردی آنان دارد.

مقوله اصلی چهارم این پژوهش، نیازهای اطلاعاتی مرتبط با سازمان‌های بهداشتی و خدماتی بود. مشکل اصلی این همراهان این بود که آن‌ها نیاز به آموزش‌های لازم توسط سازمان‌های بهداشتی و خدماتی داشتند. مصاحبه شوندهها اعلام کردند بی‌اطلاعی از سازمان یا موسسه‌ای که بتواند آموزش‌های لازم به همراهان بیماران آلزایمری بدهند را نمی‌شناختند. نتایج پژوهش‌های پیشین به این نکته نیز اشاره کرده‌اند برای نمونه پژوهش کوزو و دیگران[7] (۲۰۰۵) نشان دادند که نبود آموزش‌های لازم در باره چگونگی مقابله با

[1] Wackerbarth & Johnson
[2] Montogomery,et al
[3] Sung & Chang
[4] Remington
[5] Spurlock
[6] Della & Cora
[7] Kuzu, Beser, et al

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

نیازهای همراهان بیمار موجب شده که مشکلات آنان چندین برابر شود. نتایج پژوهش صالحی‌نژاد و دیگران (۱۳۹۶) نشان دادند که ارائه اطلاعات از طریق وب بر بار مراقبتی آنان موثر بوده و موجب کاهش بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس شده است. همچنین پژوهش ویدبک[1] (۲۰۰۸) نشان داد که با توجه به بروز نسبتاً بالای عوارض روانی در مراقبین خانوادگی مبتلایان به دمانس، آن‌ها نیاز دارند درباره بیماری و نحوه مراقبت از آن آموزش ببینند (نقل در قائدی‌حیدری و دیگران، ۱۳۹۳). همچنین پژوهش ادیب‌حاج باقری، صفا و امین الرعایایی‌یمینی (۱۳۹۴) نشان دادند یک مراقبت استاندارد و صحیح در سایه آگاهی مناسب پرستار صورت می‌گیرد. همچنین پژوهش کوچمانسکی و دیگران[2] (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که مسئولین حوزه سلامت بایستی توجه به همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر داشته باشند. برای این منظور استفاده از متخصصین آموزش دیده برای تعامل با خانواده‌ها ضروری می‌دانند. زیر این وضعیت باعث می‌شود که همراهان مراقبت از بیمار را در خانه ایمن‌تر و کم تنش‌تری را ارائه دهند. بنابراین از وظایف سازمان‌هایی که فعالیت بهداشتی و خدماتی انجام می‌دهند این است که آموزش‌های لازم را در اختیار مردم به ویژه خانواده‌های دارای بیمار آلزایمری قرار دهند. زیرا مراقبت از این بیماران نیازمند دانش فراوانی است که شاید در دیگر بیماری‌ها کمتر وجود دارد.

نتیجه‌گیری

مراقبت از افراد مبتلا به آلزایمر به طور فزاینده‌ای نیاز به پاسخ به اطلاعات پزشکی دارد، بنابراین منابع مراقبین باید اطلاعات و مهارت‌های لازم برای مدیریت مسائل مربوط به پزشکی را داشته باشند (زیمرمن[3]، ۲۰۱۸). با توجه به فرهنگ خاصی که در غرب کشور به خصوص مناطق کردنشین وجود دارد و با توجه تأکید دین مبین اسلام بر محبت و احترام به بزرگان توصیه‌های فراوانی شده است، اعضای خانواده‌ها، سعی می‌کنند شخصاً اقدام به مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر در منزل کنند. بنابراین آن‌ها به عنوان یک منبع ضروری برای آن فرد و همچنین یک دارایی برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی کشور محسوب می‌شوند. با این وجود افرادی که در خانواده به مراقبت از بیمار خود می‌کنند دارای اطلاعات و دانش محدودی در خصوص انواع مراقبت‌ها از لحاظ جسمی و روحی و به طور کلی شیوه چگونگی رفتار و برخورد با بیمار مبتلا به آلزایمر هستند. شاید علت اصلی این وضعیت به این افراد هیچ آموزش رسمی، غیررسمی یا از طریق رسانه‌های جمعی داده نشده است. بنابراین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، سازمان‌ها یا انجمن‌هایی که مرتبط با بیماری آلزایمر فعالیت می‌کنند، لازم است علاوه بر خدمات تخصصی در بیمارستان‌ها اقدام به آموزش‌هایی در شیوه برخورد با این نوع بیماری و یا بیماران داشته باشند تا همراهان بتوانند خدمات بهتر و حرفه‌ای‌تری در اختیار بیمار خود قرار دهند. همچنین جهت رفع نیازهای اطلاعاتی خانواده‌ها، وظیفه مراکز اطلاع‌رسانی به خصوص کتابخانه‌های عمومی محلی و مرکزی، انجمن‌های دولتی و غیردولتی، رسانه‌های جمعی (صدا و سیما) و شبکه‌های اجتماعی تخصصی که از یک منبع اطلاعاتی موثق اطلاعات را در اختیار آنان قرار دهد. از طرفی سلامتی افراد نه تنها پایه و اساس تمام زندگی انسان است بلکه برای یک مراقبت مؤثر نیز بسیار لازم و ضروری است. به عبارتی، افرادی که مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر بر عهده دارند در دراز مدت مشکلات روحی و جسمی فراوانی نیز برای آنان بوجود می‌آورد. بنابراین سلامتی همراه بیمار نیز از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. بنابراین لازم است خانواده‌ها بالاخص همراهان بایستی اطلاعات مفید و مؤثری برای مراقبت از خود و بیمار در دسترس داشته باشند.

پیشنهادها:

جهت آگاهی بخشی به همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر پیشنهاد می‌شود از فناورهای اطلاعاتی به خصوص شبکه‌های اجتماعی تخصصی و وب سایت‌های آموزشی که توسط سازمان‌های بهداشتی و خدماتی حمایت می‌شوند، استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که کتابخانه‌های علوم پزشکی و سایرکتابخانه‌ها همچون کتابخانه‌های تخصصی سازمان‌های مرتبط با بیماری آلزایمر و کتابخانه‌های عمومی با راه اندازی بخشی از وب سایت کتابخانه منابع اطلاعاتی مؤثق زیر نظر پزشکان متخصص، اطلاعات لازم را در اختیار خانواده‌ها قرار دهند. در پایان پیشنهاد می‌شود که پژوهشی بر روی همراهان بیماران مبتلا به آلزایمر در مناطق دیگر کشور که دارای فرهنگ‌های متفاوتی هستند، انجام شده تا درک بهتر و جامع‌تری از نیازهای اطلاعاتی همراهان بیماران دست یافت.

محدودیت‌ها:

پژوهش‌های کمی و کیفی با توجه به موضوع، ماهیت، روش، جامعه آماری و ... دارای محدویت‌هایی می‌باشند که پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. یکی از محدودیت‌ها که بیشتر در پژوهش‌های کیفی وجود دارد قابل تعمیم نبودن نتایج پژوهش می‌باشد. همچنین تأثیر احتمالی تعصبات و تمایلات شخصی افراد بر نتایج پژوهش، که ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد.

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسنده هیچگونه تضاد منافعی با فرد یا سازمانی نداشته است.

[1] Videbeck
[2] Kucmanski, et al
[3] Zimmerman

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

References

Adib Hajbaghery, M., Safa, A., Aminolroayaee-Yamini, E. (2015).Nurses' knowledge of ethical and legal issues in elderly care. Qurterly Medical Ethics. 9 (31); 169-191. (Persian).

Aghdamizaheh, S., et al. (2016).The Impact of Individualized Music Therapy on the Behavior of Agitation in Elderly Patients with Alzheimer Living in Nursing Homes. Journal of Health Literacy. 1 (2); 100-108. (Persian).

Alzheimer's Assocation (2018). Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 14 (3); 367-429.

Borjaliu, S., et al. (2017). The information needs of parents of children with cancer: A qualitative study. J Qual Res Health Sci. 6 (3); 228-237. (Persian).

Burns, N., Grove, S.K. (2009). The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. Translation Nahid Dehghan Nayeri, et al. Tehran: Andisheh Rafi. (Persian).

Celsis, P. (2000). Age-related cognitive decline, mild cognitive impairment or preclinical Alzheimer's disease. Ann Med. 32 (1); 6-14.

Cobos, F.J.M., Rodriguez, M. del M.M. (2012). A review of psychological intervention in Alzheimer s disease. Int J Psychol Psychol Ther. 12 (3); 373–88.

Creswell, J.W.; Plano Clark, V.L. (2011). Mixed methods research. Translation A.R. Kiamanesh and J. Saraei. Tehran: Ayyzh. (Persian).

Ghaedi Heidari, F., et al (2014). Effect of family education program on depression, anxiety and stress of family caregivers of elderly individuals with dementia**.** Journal of Nursing Education. 3 (1); 39-45. (Persian).

Hariri, N. (2006). Principles and methods of qualitative research. Thehran: Islamic Azad University, Science & Research branch. (Persian).

Hooman, H. (2006). A Practical Guide to Qualitative Research. Tehran: Organization for the Study and Compilation of Humanities Books of Universities (SAMT). (Persian).

Hudson, P., et al (2008). Evaluation of a psychoeducational group programme for family caregivers in home-based palliative care. Palliat Med. 22 (3);270-280.

Iman, M.T., Noshasadi, M.R. (2011). Qualitative content analysis. Research. 3 (2); 15-44. (Persian).

Iran Alzheimer's Association.[25 August 2018]. Avaliable at: http://iranalz.ir. (Persian).

Khatooni , M., Zohari, S. (2010). A Survey on Communicative Problems Between Elders With Alzheimer Disease and Their Family Care Givers**.** Salmadn(Iranian Journal of Ageing). 5 (3); 36-42. (Persian).

Korolev, I.O. (2014). Alzheimer's Disease: A Clinical and Basic Science Review. Medical Student Research Journal, 04 (fall); 024-033.

Kucmanski, L.S., et al. (2016). Alzhei,er's desease: challenges faced by family caregivers. Revista Brasileira de Geriatriae Geronologia (Brazilian Journal of Geriatrics and Geronotology). 19 (6); 1022-1029.

Kuzu, N., et al. (2005). Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. Geriatr Nurs. 26 (6); 378-86.

Lai, C.K.Y., Chung, J.C.C. (2007). Caregivers' informational needs on dementia and dementia care. Asian J Gerontol Geriatr, 2, 78–87.

Mazloomi-Mahmoodabad SS, et al (2015). A Study on the Evaluation of Relationship between the Predisposing Factors and Practice and Demographic Variables in Caregivers of Patients with Alzheimer's Diseases. J Isfahan Med Sch. 33 (329); 429-441. (Persian).

McGleenon, B.M., Dynan, K.B., Passmore, A.P. (1999). Acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. Br J Clin Pharmacol. 48 (4); 471-480.

Mohamadi-Shahbalaghi, F. (2006). Self-Efficacy and Caregiver Strain in Alzheimer's Caregivers. Salmadn(Iranian Journal of Ageing). 1 (1); 26-33. (Persian).

Montogomery, W., et al. (2018). Alzheimer's disease serverity and its association with patient and caregiver quality of life in Japan: results of a community-based survey. BMC Geriatrics. 18 (141); 1-12.

Parsa, N. (2011). Alzheimer's Disease: A medical challenge of 21st century . Journal of Arak University of Medical Sciences. 14 (2); 100-108. (Persian).

Pasand Mojdeh, H., Alipour, F.; Borhani Haghighi, M.(2016). Alzheimer's Disease: Background, Current and Future Aspects. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam (Shefaye Khatam). 4 (3); 71-80. (Persian).

Safavi, M., et al. (2013). The effect of multi-sensory stimulation (MSS) on cognitive status of women with Alzheimer's disease in Fereshtegan elderly care center. Journal of Jahrom University of Medical Sciences. 11 (2); 39-45. (Persian).

Salehi Nejad, S., et al. (2017). The Effect of web-based information intervention in caregiving burden in caregivers of patients with dementia. Journal of Health and Biomedical Informatics. 4 (3); 181-191. (Persian).

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]

Samson, Z.B., et al. (2016). Experiences and Learning Needs of African American Family Dementia Caregivers. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. 31 (6); 492-501.

Schulz, R., Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. JAMA. 282 (23); 2215-2219.

Schulz, R., et al. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. Gerontologist. 35 (6);771-791.

Takai, M., et al. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. Archives of Gerontology and Geriatrics; 49; e1-e5.

Wackerbarth, S.B., Johnson, M.M.S. (2002). Essential information and support needs of family caregivers. Patient Education and Counseling. 47; 85–100.

Wimo, A., Prince, M. (2018). World Alzheimer report, 2010. The global economic impact of dementia. Accessed: [22 August 2018]. Available from: www.alz.org/documents/ national/World_ Alzheimer _Report_2010.pdf.

Yektatalab, S., et al. (2012). Caring for patients with Alzheimer's disease in nursing homes: a qualitative content analysis. J Qual Res Health Sci. 1 (3); 240-253. (Persian).

Zare, M., Afkham Ebrahimi, A., Birrashk, B. (2009). The effect of music therapy on reducing agitation in patients with Alzheimer's disease in Shahryar city nursing home. Zdvances in Cognitive Science. 11 (2); 55-62. (Persian).

Zimmerman, S. (2018). Helping Dementia Caregivers Manage Medical Problems: Benefits of an Educational Resource. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. 33 (3); 176-183.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.24237418.1398.6.2.6.3]