

بررسی اضطراب و افسردگی و سلامت جسمی افراد مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به سکته مغزی و کهنسالان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۲/۲۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۷

چکیده

مقدمه: به طور قطع با پیشرفت‌های بهداشتی-درمانی، بهبود وضع تغذیه و مراقبت‌های مختلف، امروزه متوسط طول عمر در اغلب جوامع افزایش یافته و این امر با میزان توسعه صنعتی و فناوری جامعه ارتباط دارد. جمعیت سالمندان، در کلیه جوامع رو به افزایش است. از آنجا که بیماران و سالمندان نیازمند کمک مراقبین هستند، از این رو سلامت مراقبین نیز از اهمیت خاصی برخوردار است.

روش: این پژوهش یک مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که بین سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۲ در استان تهران انجام شد. ۲۰۰ مراقب (۱۰۱ نفر مراقب سالمند کهولت سن، ۹۹ نفر مراقب سالمند سکته مغزی)، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. در این نمونه ۶۷ نفر مرد و ۱۲۰ نفر زن شرکت داشتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه نیمه ساختارمند، پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب کنترل و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 سوالی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری کولموگراف اسمیرنوف، یومن ویتنی، تی مستقل و تحلیل واریانس عاملی چندمتغیری انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۵۰/۵ درصد مراقبین کهولت سن و ۴۹/۵ درصد مراقبین سکته مغزی بودند که از این بین بطور میانگین ۶۶/۴۹ درصد از مراقبین سالمندان کهولت سن و ۷۱/۹۹ درصد از مراقبین سالمندان سکته مغزی سلامت جسمی داشتند. همچنین افسردگی در بین مراقبین کهولت سن ۱۴/۲۲ درصد و در بین مراقبین سکته مغزی ۱۳/۷۶ درصد بود. اضطراب مراقبین کهولت سن ۳۶/۰۰ درصد و اضطراب مراقبین سکته مغزی ۳۵/۰۴ درصد بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که مراقبین برای انجام وظایف مراقبتی از بیماران و سالمندان به دانش، مهارت و بینش نیاز دارند. مراقبینی که برای انجام وظایف از آمادگی لازم و حمایت کافی برخوردارند، مشکلات جسمی و روانی کمتری دارند.

کلمات کلیدی: مراقبین سالمند، اضطراب، افسردگی، سلامت جسمی

مقدمه

سالمندی یک مسئله جمعیت شناختی عمده می‌باشد. در آغاز قرن بیستم امید به زندگی در ثروتمندترین کشورها بیش از ۵۰ سال نبوده و امروزه این رقم به ۷۵ سال رسیده است.^۱ طبق برآورد سازمان ملل متحد تخمین زده می‌شود جمعیت سالمندان جهان در سال ۲۰۲۵ به دو برابر یعنی ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید.^۲ سالمندی پدیده روز عرصه‌های بهداشتی دنیا و کشور ما نیز محسوب می‌شود. پیش‌بینی می‌شود در حدود سال ۱۴۱۰ در ایران

پدیده انفجار سالمندی رخ خواهد داد و بین ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت در سنین بالای ۶۰ سالگی قرار خواهند گرفت.^۳ تخمین زده شده است که افزایش نسبت سالمندی جمعیت کشور ما از سال ۱۴۲۰ به بعد خودنمایی خواهد کرد.^۴ در بعضی از کشورها مخصوصاً کشور ما مراقبین خانگی از اجزای ضروری خدمات بهداشتی در جامعه محسوب می‌شوند. در حالی که در اکثر کشورها بر آوردن نیازهای مراقبتی سالمندان مسئولیت مشترکی است که سیاست‌های حمایتی رسمی و غیررسمی را درگیر می‌کند.

آرزو تاروی مرادی^۱ و حسن احدی^۲

^۱دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران

^۲دکترای تخصصی روانشناسی، استاد و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران

* نویسنده مسئول:

دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران

۰۹۱۹-۱۶۹۰۳۶۲

E-mail: arezootarimoradi@yahoo.com

رضایتمندی، نتایج منفی مراقبت را برطرف می‌کند. محققان دیگر جنبه‌های مثبت مراقبت را به عنوان تفاوت میان پیشرفت‌های بیماری سالمند و وظیفه مراقبت بررسی می‌کنند.^۹ مراقبانی که سعی می‌کنند میان شغل و فعالیت‌های دیگرشان مانند: تفریح، خانواده، تحصیل و ... تعادل برقرار کنند، ممکن است تمرکز روی جنبه‌های مثبت مراقبت برایشان مشکل باشد و خیلی از اوقات واکنش‌های منفی بیشتری را دریافت می‌کنند. مراقبانی که درآمد کمتری دارند، تنش بیشتری را تحمل می‌کنند چون اندوخته‌های کمتری برای برآورده کردن نیازهای خود دارند. بطور کلی نگرانی‌های مالی موجب ایجاد تنش‌های خاص برای مراقب در طول زمان پرستاری می‌شود^{۱۰} میزان زحمت و مشقتی که مراقب در امر پرستاری با کهنسال بیمار متحمل می‌شود بر شرایط پرستاری تاثیر می‌گذارد. زمانی که مراقب پریشان و افسرده باشد، غفلت و اشتباهاتش بیشتر می‌شود و ممکن است افراد مسن را برای مدتی طولانی تنها بگذارند و یا نتوانند با آنها تعامل داشته باشند. هدف اصلی در این پژوهش بررسی اضطراب، افسردگی و سلامت جسمی در افراد مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به سکته مغزی و کهنسالان شهر تهران بوده است (منظور از کهنسالان در این پژوهش سالمندان ناتوان ۹۰-۷۰ سال بود).

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی - تحلیلی بوده است. جامعه تحت مطالعه ۲۰۰ نفر بود که ۱۰۱ نفر آنان مراقبین کهنسالان بودند و ۹۹ نفر آنان مراقبین سالمندان مبتلا به سکته مغزی بودند و از این ۲۰۰ نفر ۱۲۸ نفر زن و ۶۷ نفر مرد در مطالعه قرار داشتند که در هر گروه به طور مساوی تقسیم شدند. شرایط ورود مراقبین به جامعه آماری داشتن سن ۵۰-۲۰ سال بود که یکسال از مراقبت آنان می‌گذشت و میزان تحصیلات آنان از پنجم ابتدایی به بالا بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات و استخراج دیدگاه‌ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته، پرسشنامه افسردگی (بک)، اضطراب (کتل) و پرسشنامه جمعیت‌شناختی و همچنین جهت سنجش سلامت جسمی از هشت سوال پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد. جمع‌آوری اطلاعات از هر فرد مراقب حدوداً ۱ ساعت زمان برد. روایی و پایایی پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی و کیفیت

سیستم‌های حمایتی رسمی تدابیر دولتی برای نگهداری از سالمندان می‌باشد، در حالیکه سیستم‌های حمایتی غیررسمی، مراقبت از سالمندان به‌طور غیر حرفه‌ایست که توسط اعضای خانواده، دوستان و بستگان انجام می‌گیرد (که در این میان اعضای خانواده سالمند به‌طور واضح بیشترین حمایت را از سالمند به عمل می‌آورند).^۵ در مطالعه حاضر پژوهش روی مراقبینی انجام شد که در مراکز خصوصی نگهداری سالمندان کار می‌کردند. این مراقبین که عمدتاً زنان می‌باشند با چالش‌های زیادی در زمینه ارائه مراقبت در منزل رو به رو هستند. امر مراقبت با سایر مسئولیت‌هایی چون نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه داری و ترس از شناخته نشدن در جامعه به عنوان مراقب، همراه شده و منجر به احساس افسردگی، اضطراب، فرسودگی، تنش و خودکارآمدی پایین می‌شود. از علائم مهم اضطراب و افسردگی همچنین می‌توان به تجربه استرس زیاد اشاره کرد. این امر موجب مستعد شدن فرد مراقب در ابتلا به اختلالات مزمن جسمی و روانی می‌شود. لذا می‌توان پیش بینی نمود که افراد مراقبت‌دهنده به سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن در معرض آسیب و اختلالات سلامتی و بهداشتی قرار داشته باشند.^۶ بررسی و اندازه‌گیری عوامل متعدد درگیر در امر مراقبت از جمله افسردگی، اضطراب، سلامت جسمانی مراقبین منجر به ارتقای درک ما از ارتباطات متغیرهای مهم در حوزه مراقبت شده و ما را در ارائه، استمرار و کیفیت مداخلات مراقبتی یاری خواهد کرد. این اطلاعات همچنین به افراد حرفه‌ای تیم سلامت و مسئولان مربوط در کشور کمک می‌کند تا نیازهای مراقبین را درک و آنها را به شکل مناسب رفع و ابعاد مشکلات آنها را تخفیف و تاحدی رفع و اصلاح نمایند.^۶ عدم توجه آشکار متخصصان بهداشت به مراقبان، شکافی جدی در مراقبت بهداشتی است. مراقبان خودشان، بیمارانی پنهان هستند که بخاطر کار فیزیکی و احساسی و توجه کم به سلامتی و مراقبت از خودشان با مشکلات جسمی و روانی روبرو هستند.^۷ گیون و همکارانش در پژوهشی دریافتند که کاهش سلامتی میان مراقبانی دیده می‌شود که فکر می‌کنند خودشان هیچ حق تقدمی ندارند. مشکل و فشار کار مراقبتی به وضعیت بد سلامتی، رفتارهای مضر و پرخطر مانند سیگار کشیدن، استفاده از مواد مخدر و داروها منجر می‌شود.^۸ نتایج مثبت و منفی مراقبت کردن ممکن است همزمان با هم وجود داشته باشند. نتایج مثبت همانند پاداش و

اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه جهت شرکت در تحقیق رعایت گردیده، برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی بود که رعایت شد.

یافته‌ها

ابتدا شاخص‌های آماری مربوط به توصیف داده‌های جمعیت شناختی ارائه شده است، سپس در بخش تحلیل داده‌ها، فرضیه‌های پژوهش با آزمون‌های T test، یومن ویتنی و تحلیل واریانس یکراهه بررسی شده است.

زندگی توسط خود پژوهشگر انجام و تأیید شد که برای این امر از روش بازآزمایی و همسانی درونی استفاده گردید. در این پژوهش از آزمون‌های آماری میانگین دو گروه مستقل، یومن ویتنی، تحلیل واریانس یکراهه، تحلیل کروسکال والیس، آزمون کلموگروف اسمیرنوف و تحلیل چند متغیره استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS V.16 استفاده شد. روش نمونه‌گیری بصورت تصادفی ساده بود. در آغاز این پژوهش، هدف تحقیق، روش پرکردن پرسشنامه‌ها و حق مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه یا امتناع از آن توضیح داده شد. اصول محرمانه بودن

جدول ۱: مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه سالمندان کهنسال و سکته مغزی ($n=200$)

ویژگی	کهلوت سن	سکته مغزی	کای دو	P
جنسیت	مرد	۳۵	۰/۰۳۷	۰/۸۴۷
	زن	۶۵		
وضعیت تأهل	مجرد	۳۶	۰/۳۹۳	۰/۸۲۲
	متاهل	۴۵		
	مطلقه/ بیوه	۱۸		
وضعیت اقتصادی	متوسط	۶۸	۱/۶۳۸	۰/۲۰۱
	ضعیف	۲۹		
میزان تحصیلات	پنجم ابتدایی	۹	۱/۴۹۴	۰/۶۸۴
	سیکل	۲۴		
	دیپلم	۴۹		
	لیسانس	۱۹		

جدول ۲: مقایسه میانگین‌ها برای نمرات اضطراب در دو گروه مراقبین سالمندان کهنسال و سکته مغزی

اضطراب	گروه	میانگین	انحراف معیار	df	P
کل	کهلوت سن	۳۶/۰۰	۹/۹۶	۱۹۵	۰/۴۹۴
	سکته مغزی	۳۵/۰۴	۹/۸۶		
پنهان	کهلوت سن	۱۷/۲۷	۴/۴۷	۱۹۸	۰/۸۸۸
	سکته مغزی	۱۷/۷	۴/۸۶		
آشکار	کهلوت سن	۱۸/۷۳	۶/۲۴	۱۹۸	۰/۳۳۱
	سکته مغزی	۱۷/۸۷	۶/۳۰		

جدول ۳: مقایسه نمرات افسردگی در دو گروه مراقبین سالمندان کهنسال و سکنه مغزی

گروه	میانگین رتبه‌ها	شاخص U	Z	P
کهنسال سن	۱۰۲/۵۴	۴۷۹۳/۵۰۰	۰/۵۰۴	۰/۶۱۴
سکنه مغزی	۹۸/۴۲			

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات سلامت جسمی در دو گروه مراقبین سالمندان کهنسال و سکنه مغزی

گروه	میانگین	انحراف معیار	آزمون مقایسه میانگینها
			P df
کهنسال سن	۴۹/۶۶	۵۱/۱۸	۰/۰۴۷ ۱۹۸
سکنه مغزی	۹۹/۷۲	۴۴/۲۰	

بحث

محور اصلی در این مطالعه مربوط به بررسی سلامت جسمی و روانی (اضطراب و افسردگی) مراقبین سالمندان بود. براساس نتایج حاصله، اضطراب و افسردگی افراد مراقبت کننده از سالمندان کهنسال و سکنه مغزی یکسان بود و همچنین مراقبین سالمندان سکنه مغزی سلامت جسمی بیشتری را نسبت به مراقبین سالمندان کهنسال گزارش دادند و نیز جنسیت بر اضطراب مراقبین سالمندان کهنسال و سکنه مغزی تأثیر دارد و در زنان بیشتر می‌باشد. پرستاری سالمندی شامل درک جامعی از سالمندی با دیدگاه کل نگر است و چیزی بیش از یک رویکرد علمی طبی است و پرستار را در مفاهیم شخصی به عنوان موجودی معنوی، زیستی روانی و اجتماعی معرفی می‌نماید.^{۱۱}

در سال‌های اخیر آگاهی از نقش تعیین کننده مراقبین در نگهداری دراز مدت از بیماران افزایش یافته است و به همین دلیل تحقیقاتی در زمینه مشکلات بهداشتی مراقبین، کمبود حمایت از مراقبین و آسیب پذیری آنان و به خطر افتادن سلامتی آنان مورد توجه قرار گرفته است.^{۱۲} حتی در برخی موارد مداخلاتی جهت کاهش مشکلات مراقبین صورت گرفته است و لذا درک و شناخت مشکلات مرتبط با سلامتی مراقبین می‌تواند نقش بسزایی در شناسایی نوع مداخلات، برای حل این مسائل داشته باشد.^{۱۳} پژوهش‌های انجام شده در ایران، نشان می‌دهد که جامعه زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات و مسائل بیشتری

رنج می‌برند و از وضعیت مساعد سلامتی برخوردار نبوده و همگام با زنان دیگر کشورها، اختلالات و آسیب‌های فیزیولوژیکی و روان شناختی متعددی را تجربه می‌کنند.^{۱۱} الیولوس (۲۰۰۱) می‌نویسد: یکی از عوامل اختلال در گذراندن اوقات فراغت مراقبین افزایش میزان وابستگی سالمند در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی می‌باشد. همچنین با افزایش سن سالمند نیز این مشکلات افزایش خواهد یافت.^{۱۴}

بررسی تأثیر آموزش راهکارهای ارتباطی به مراقبین بر روند ارتباطی با بیمار نشان داد که با آموزش راهکارهای برقراری ارتباط، مراقبین از رفتار ارتباطی خویش، آگاه شده و آن را تعدیل می‌کنند که باعث بهبود روند ارتباط با سالمند می‌شود.^{۱۵}

در مطالعه‌ای که توصیف خالد و رکسانا کوثر در سال (۲۰۱۳) بر روی افسردگی و کیفیت زندگی در میان مراقبت کنندگان از افرادی که دچار سکنه شدند انجام دادند، دریافتند که تقریباً نیمی از مراقبت کنندگان افسردگی داشتند (۴۸ درصد) و یک چهارم از آنها امتیاز حد مرزی (۲۴ درصد) گرفتند. و همچنین این مراقبان از لحاظ اجتماعی و روانشناختی امتیاز پایینی گرفتند. در مطالعه‌ای دیگر که کریگ، راس اندرسون و همکاران (۲۰۱۳) با عنوان بررسی مراقبینی که در طولانی مدت از سالمندان مبتلا به سکنه نگهداری می‌کردند انجام دادند، دریافتند که مراقبین سطح بالایی از تنش‌های هیجانی منفی را مانند اضطراب، خشم، افسردگی گزارش دادند. همچنین دنیز و همکاران در سال ۲۰۱۳ در مطالعه‌ای

با توجه به فقدان تحقیقات و پژوهش درباره مراقبت و مراقبین سالمندان در داخل کشور، این مطالعه با هدف بررسی اضطراب، افسردگی و سلامت جسمی مراقبین سالمندان مبتلا به سکته مغزی و کهنسالان انجام شد. این تحقیق اهمیت تمهیدات مربوط به خدمات روانشناسی را برای مراقبین کهولت سن و سکته مغزی مشخص می‌کند. این تحقیق می‌تواند برای مشاوره و هرگونه مداخله ممکن در موارد مربوط به مراقبت کنندگان مفید باشد به نحوی که آنها بتوانند مراقبت موثر و کارا برای سالمندان فراهم کنند و بتوانند سلامت و کیفیت زندگی خودشان را نیز حفظ نمایند. به دلیل حجم سنگین کاری و مسئولیت‌های سنگین، مراقبت کنندگان از افراد مبتلا به سکته، افسردگی را تجربه می‌کنند و افسردگی بر کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد.^{۱۸}

سلامت روانشناختی و سلامت فیزیکی مراقبین تحت تأثیر سالمند قرار گرفته و نیز زندگی اجتماعی آنان محدود می‌شود. در فعالیتها و نقش‌های اجتماعی، مراقبین استرس زیادی را تجربه می‌کنند.^{۱۹}

تأثیرات منفی بر روی مراقبت کنندگان تنها محدود به نگرانی‌های سلامت نمی‌شوند. مراقبین به ویژه مراقبین جوانتر مشکلاتی را در تحصیل خود تجربه می‌کنند، از جمله در مدرسه با مشکل مواجه می‌شوند یا بطور کلی ترک تحصیل می‌کنند که می‌تواند بر شغل و درآمد آینده شان تأثیرگذار باشد.^{۲۰}

اهمیت پرستاری و مراقبت برکسی پوشیده نیست، چرا که نیازی است که شاید همه ما روزی خواهان آن باشیم. از آن جا که در کشور ما پژوهشهایی با این موضوع کمتر انجام شده است لذا تحقیقات بعدی در این زمینه می‌تواند مکمل این بررسی باشد.

در حیطه پژوهش نیز انتظار می‌رود که محققین حیطه سالمند شناسی، با دیدگاه‌های جدیدتری به مفاهیم پرداخته و با تکیه بر یافته‌های مطالعه، عوامل مرتبط با افسردگی و اضطراب و نیازهای روانی و نیز مشکلات جسمی مراقبین را شناسایی نمایند و بدین ترتیب در امر پیشگیری و کنترل عوارض جانبی عدم توجه به ابعاد یاد شده، گامی مهم بردارند. مهمترین محدودیت این پژوهش عدم همکاری مردان مراقب با پژوهشگر بود و نیز زنان مراقب به سختی تمایل به همکاری داشتند و چون این پژوهش در ایران به این شکل و با این موضوع انجام نشده، لذا بررسی پیشینه پژوهش در ایران

دریافتند که مراقبین سالمندان مبتلا به سکته، میزان بالایی از هیجان‌ها و استرس‌های منفی را نشان می‌دهند. در مطالعه‌ای دیگر پدرسون در سال ۲۰۱۲ دریافت که مراقبین سالمندان مبتلا به سکته مغزی ریسک بالایی برای اضطراب و افسردگی دارند. میورا و همکاران (۲۰۰۸) این مساله را تأیید نمودند که مراقبینی که از پشتیبانی کافی برخوردار نیستند، افسردگی را بیشتر از مراقبینی که حمایت و پشتیبانی دارند نشان می‌دهند. مطالعات نشان می‌دهند که مراقبت از سالمندان مبتلا به سکته مغزی می‌تواند به بروز مشکلات جسمانی منجر شود. وایت، مایو، هانلی و دافینه (۲۰۰۳) تخمین زدند که کیفیت زندگی و سلامتی مراقبین مبتلا به سکته مغزی پایین است. بطور کلی می‌توان بیانگر این مطلب بود که پژوهش‌های دانشمندانی چون کالرا، دونالدسون، مک کالاغ (۲۰۰۸) این نکته را نشان داد که مراقبت یک مفهوم چند لایه‌ای می‌باشد که با جنبه‌های مختلف رفتار انسانی سر و کار دارد که نمی‌توان آنرا در مدل‌های ساده و بر اساس متغیرهای قابل سنجش جسمانی، روان‌شناختی و یا اجتماعی خلاصه کرد. با وجود این موضوع، آموزش و آگاهی مراقبین می‌تواند به اضطراب و مشقت کمتر منجر شود و همچنین ارتقای وضعیت آموزشی مراقبین تا حدی می‌تواند اضطراب و افسردگی را کاهش دهد. متأسفانه در کشور ما مطالعات زیادی در این خصوص انجام نشده و اگر مطالعه‌ای وجود دارد بر روی خانواده‌هایی است که از سالمندان آرایمر مراقبت می‌کنند و بیشتر مطالعه‌ها جنسیت محور هستند، این مطالعه می‌تواند تا حدی این کمبود را جبران و راهگشایی برای مطالعات بعدی باشد.

نتیجه گیری

مراقبان زمان زیادی را به برقراری ارتباط با سالمندان اختصاص می‌دهند و در کارهای زیادی به آنها کمک می‌کنند. مراقبت ممکن است مدت کوتاهی پس از بیماری آغاز شود و این وظیفه تبدیل به یک مسئولیت طولانی و مداوم شود. بیش از نیمی از مراقبان هفته ای ۸ ساعت و یا بیشتر را به مراقبت اختصاص می‌دهند و یک پنجم آنها بیش از ۴۰ ساعت در هفته به مراقبت می‌پردازند.^{۱۶} مراقبین با مسئولیت‌های متعدد و تقاضاهای پیچیده‌ای به لحاظ زمان، انرژی و تلاششان مواجهند. در نتیجه مراقبت کردن می‌تواند انرژی روان‌شناختی و فیزیکی قابل ملاحظه‌ای را از شخص بگیرد.^{۱۷}

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکترای روان شناسی سلامت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می باشد. بدین وسیله از جناب آقای دکتر رهگذر و دکتر عشایری که در تمامی مراحل پژوهشگر را یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

بسیار مشکل بود.

در زمینه آموزش با توجه به نتایج به دست آمده ضرورت می یابد همراه با دروس مربوطه به سلامت جسمی به ابعاد روانی مراقبین نیز توجه خاصی مبذول داشته و این مهم را به عنوان بخش لاینفک فرایند مراقبت در برنامه های آموزشی و تربیتی مراقبین لحاظ نمود.

References

- Saban KL, Sherwood PR, Devon HA, Hynes Dm. Measures of psychological stress and physical health in family caregivers of stroke survivors: alliterate is review. 2009
- WHO (EMRO). Regional strategy for healthcare of the elderly in Eastern Mediterranean region. 2005- 2015
- E, K.Groe, A.A Dhal, S.D Fossa. Anxiety, Depression and quality of life in caregivers of patient switch cancer in late palliative phase .2005;16:1185-1191.
- Gathier, Serg. Clinical Diagnosis and management of Alzheimer disease. third edition 2007:227-233.
- Shelly E. Taylor. Health psychology. seventh edition, chapter 13, 2009:327-339.
- Wisman, M.A, ueblack L.A., Weinstock L, MC. Psychology and marital statistician: the importance of evaluation both partners. Journal consulting and clinical psychology 2007; 27: 830-838.
- Gibson, Gail Hunt. Care for the family caregiver. Fifth Anniversary. the White House Conference on Aging. Emblem Health 2010.
- J. keefe et al. the self-efficacy of family caregivers for helping cancer patients manage pain at end of life . pain 2003;103:157-162.
- Granfeld E et al. Caring for elderly people at home: the consequence to caregivers. Canadian medical association. 2007; 157 : 1101- 1106.
- Mary K. Buss, Laurence. Vander Werker, sharonk Inouye, Bahuzhang, Susan D, Block and Holly G. Association between caregiver-perceived delirium in patients with cancer and generalized anxiety in their caregivers. journal of palliative medicine 2007; 10(5): 1083-1092.
- Barbara Given, RN, FAAN, Gwen Wyatt, RN, Charles given, Paala Sherwood, RN. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life 2007; 31: 1105-1117.
- Susan C, Rein Hard, Given Barbara, Huhtala Petlick Nirvana, Ann Bemis. Supporting family caregivers in providing care. chapter 14. 2010
- Jeffs, Gloria G, Saskia M. Effectiveness of communication strategies used by care givers of person with Alzheimer disease during activities of daily living . Journal of speech, language, and Hearing Research 2003; 46 (2): 353-367.
- Touseef Khalid, Rukhsana Kausar. Depression and quality of life among caregivers of people affected by stroke 2013;Vol. 179-2/brief reports-html
- Rebecca Siegel, Deepa Naish adham, ahmedin jermal. Cancer statistics, CA cancer j Clin 2012; 62: 1029
- Martin Pinquart, Silvia Soresen. Correlates of Physical Health of Informal Caregivers. Ameta Analysis, D-077430 Department of Developmental Psychology and center for applied Developmental Science 2008.
- Trington, W, Knicton, Engel, Widen, Jean. Advanced therapy in epilepsy. Edition 1. Department Pathology. 2007
- Gathier, Serg. Clinical diagnosis and management of Alzheimer disease, third edition 2007: 227-233.
- Carlos W. Patt, Kenneth J.Gill, Barrett Noram, M. Roberts. Melisa .Psychiatric rehabilitation. second edition, Elsevier 2007.