CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Factors related to the care burden in family caregivers of the elderly with chronic diseases - a review study

F. Sabzalipoor(Msc) [1], Z. Fotoukian(PhD) [2], H. Ahmadi(Bsc) [3], Z. Jannat Alipour (Msc) [2]

1. Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
2. Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
3. Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, I.R.Iran

Article Info

Article Type:
Review Article

Received: Jul 3th 2021
Revised: Aug 30th 2021
Accepted: Sep1st 2021

ABSTRACT

Background and Objective: Family caregivers carry a heavy care burden when caring for the elderly with a chronic illness. Due to the fact that the care burden is affected by various factors; therefore, the aim of this study was to review the factors related to the care burden in family caregivers of the elderly with chronic diseases.

Methods: This review study was conducted through searching, Irandoc, SID, PubMed, Magiran, Google Scholar, Scopus and SienceDirect without time limitation with the keywords caregivers, family, elderly, care burden and chronic illness (in English and Persian). In the initial search, 65 articles were found so that after reviewing the inclusion and exclusion criteria, finally 36 articles were included in the study based on their relevance to the subject.

Findings: The care burden in family caregivers of the elderly with chronic diseases was influenced by factors related to caregivers (age, sex, marital status, health status, resilience and ...), factors related to patient (degree of patient dependence on caregiver, comorbidity of several chronic underlying diseases, cognitive disorders, age and...) and factors related to care (duration of care, assistance in daily living activities and…).

Conclusion: Considering that reducing the care burden of caregivers improves the quality of care for the elderly; hence, it is suggested that the findings of this study should be used in the development and implementation of support, educational and counseling programs to reduce the care burden.

Keywords: Caregivers, Family, Elderly, Care burden, Chronic illness

Cite this article: Sabzalipoor F, Fotoukian Z, Ahmadi H, Jannat Alipour Z. Factors related to the care burden in family caregivers of the elderly with chronic diseases - a review study. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2021; 6 (1): 29-52.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

Corresponding Author: Z. Jannat Alipour (Msc)
Address: Enghelab Squere,Imam Sajjad HospitaL,Fateme Zahra Nursing& Midwifery School,Ramsar,mazandaran, Iran.
Tel: +98 (11) 55225151. **E-mail:** z.jannat@mubabol.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

عوامل مرتبط با بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن –یک مطالعه مروری

فتانه سبزعلی‌پور (Msc)[1]، زهرا فتوکیان (PhD)[2]، حسین احمدی (Bsc)[3]، زهرا جنت علیپور (Msc)[2]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله مروری

دریافت:۱۴۰۰/۴/۱۲
اصلاح:۱۴۰۰/۶/۸
پذیرش:۱۴۰۰/۶/۱۰

چکیده

سابقه و هدف: مراقبین خانوادگی، بار مراقبتی زیادی را در هنگام مراقبت از سالمند مبتلا به بیماری مزمن متحمل می‌شوند. با توجه به اینکه بار مراقبتی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد لذا این مطالعه با هدف مروری بر عوامل مرتبط با بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مروری است که با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی Magiran، Irandoc، SID، PubMed, Google Scholar,Scopus, SienceDirect , بدون محدودیت زمانی با کلیدواژه‌های فارسی مراقبان، خانواده، سالمند، بار مراقبتی، بیماری مزمن و کلیدواژه‌های انگلیسی Caregivers, family, elderly, care burden, chronic illness انجام شد. در جستجوی اولیه، ۶۵ مقاله یافت شد که پس از بررسی معیارهای ورود و خروج، درنهایت ۳۶ مقاله بر اساس مرتبط بودن با موضوع وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها: بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن تحت تأثیر عوامل مرتبط با مراقبان (سن، جنس، وضعیت تأهل، تاب‌آوری، وضعیت سلامتی و ...)، عوامل مرتبط با بیمار (میزان وابستگی بیمار به مراقب، همراهی چندین بیماری زمینه‌ای، اختلالات شناختی، سن و ...) و عوامل مرتبط با مراقبت (مدت‌زمان مراقبت، کمک در فعالیت‌های روزمره زندگی و ...) قرار دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه کاهش بار مراقبتی مراقبان باعث بهبود کیفیت مراقبت از سالمند می‌گردد لذا پیشنهاد می‌شود یافته‌های این پژوهش در تدوین و اجرای برنامه‌های حمایتی، آموزشی و مشاوره‌ای برای کاهش بار مراقبتی بکار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: مراقبان، خانواده، سالمند، بار مراقبتی، بیماری مزمن

استناد: فتانه سبزعلیپور، زهرا فتوکیان، حسین احمدی، زهرا جنت علیپور. عوامل مرتبط با بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن –یک مطالعه مروری. سلامت و سالمندی خزر. ۱۴۰۰؛ ۶ (۱): ۲۹-۵۲.

© The Author(s)
Publisher: Babol University of Medical Sciences

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد فتانه سبزعلیپور دانشجوی رشته پرستاری سالمندی با کد اخلاق IR.MUBABOL.HRI.REC.1398.326 دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

* مسئول مقاله: زهرا جنت علیپور
آدرس: رامسر، خیابان مطهری، میدان انقلاب، بیمارستان امام سجاد(ع)، دانشکده پرستاری مامائی فاطمه زهرا(س). تلفن: ۵۵۲۲۵۱۵۱ - ۰۱۱ رایانامه: jannat@mubabol.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

سابقه و هدف

یکی از گروه‌های اجتماعی رشد یافته در جوامع امروزی، سالمندان می‌باشند که با توجه به هرم سنی کشور، رشد روزافزونی یافته‌اند (۱). هرساله ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود که این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است (۲). حدود دوسوم جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای درحال‌توسعه زندگی می‌کنند. در ایران، نتایج سرشماری حاکی از افزایش سهم جمعیت سالمندان بالای ۶۵ سال از ۵/۷ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۶/۱ درصد در سال ۱۳۹۵ می‌باشد (۳). سالمندی دوره حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است (۲). افزایش جمعیت سالمندی به نوبه خود، با افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و وابستگی در فعالیت‌های زندگی روزانه همراه خواهد بود (۴). سالمندی به مفهوم بیماری نیست، اما بیش از ۸۰ درصد سالمندان به یک یا چند اختلال یا بیماری مزمن مبتلا می‌باشند که مشکلات مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی برای سالمند ایجاد می‌کند (۳). بیماری‌های قلبی، سرطان‌ها، دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی، بیماری‌های عضلانی اسکلتی مزمن، اختلالات گوارشی و کلیوی و بیماری عصبی–روانی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در سالمندان هستند (۱). سالمندانی که به بیماری مزمن دچار می‌شوند نه تنها خودشان تحت تأثیر قرار می‌گیرند، بلکه اعضای خانواده، دوستان و سایر افرادی که به‌نوعی به ارائه مراقبت از آنان می‌پردازند نیز ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند (۵). مراقبت‌کنندگان اشخاصی هستند که در طی یک دوره‌ی بیماری یا ناتوانی، بیشترین درگیری را در امر مراقبت و کمک به مددجو، به‌منظور سازگاری و اداره‌ی بیماری مزمن دارند (۷ و ۶). به‌طورکلی، مراقبان به دو نوع تقسیم می‌شوند: مراقبان رسمی و مراقبان غیررسمی. مراقبان رسمی، مراقبان آموزش‌دیده و باصلاحیت حرفه‌ای، برای انجام انواع مراقبت هستند؛ و معمولاً در قبال کاری که انجام می‌دهند حقوق می‌گیرند؛ اما مراقبان غیررسمی به‌طور قانونی پول نمی‌گیرند و در امر مراقبت هیچ‌گونه آموزشی ندیده‌اند و شامل اعضای خانواده از قبیل همسر، فرزندان و دوستان می‌باشند (۶ و ۲). خانواده در اکثر موارد مسئولیت مستقیم نگهداری و مراقبت از سالمند بیمار را بر عهده دارد. به‌طوری‌که بر اساس نتایج مطالعه Pesantes (۲۰۱۶) بار سنگین مراقبت حدود ۹۵ درصد از افراد وابسته و دچار معلولیت، بر دوش یکی از اعضا خانواده می‌باشد (۷).

مراقبت‌های غیررسمی یا همان مراقبت خانوادگی از سال ۱۹۸۰ وارد ادبیات سلامت شده است (۸). دلایل عمده‌ی شکل‌گیری پدیده‌ی مراقبت خانوادگی عبارت‌اند از افزایش جمعیت سالمندان، افزایش جمعیت مبتلابه بیماری‌های مزمن، تغییرات در نظام‌های بهداشتی به‌ویژه هزینه‌های بهداشتی. لذا مراقبان خانواده در حال حاضر ستون نظام‌های مراقبت درازمدت به‌حساب می‌آیند و امروزه به سبب افزایش هزینه‌های بستری، خانواده‌ها به امر مراقبت از سالمندان در منزل تشویق می‌شوند (۸)؛ اما باید توجه داشت که نگهداری و حمایت از سالمند بیمار، ناتوان و وابسته در منزل چالش‌های فراوانی را برای خانواده ایجاد می‌کند (۹) و مراقبان خانواده به‌عنوان افراد در معرض خطر، بار مراقبتی زیادی را متحمل می‌شوند (۱۰). اصطلاح بار مراقبتی معمولاً به صورت تأثیر منفی حاصل از زندگی با چنین بیمارانی و همچنین برای توصیف عوارض حاصل از مراقبت به کار می‌رود که شامل مشکلات جسمی، عاطفی، مالی و اجتماعی مربوط به مراقبت می‌باشد (۱۱). در تعریفی دیگر اصطلاح بار مراقبتی عموماً جهت توصیف ابعاد مختلفی از استرس که نتیجه‌ای از عدم تعادل میان تقاضای مراقبتی و دسترسی به منابع جهت برآوردن تقاضا است، به کار می‌رود (۱۲).

واژه بار مراقبتی بیانگر صعوبت و سختی متحمل مراقبین می‌باشد (۱۳). رها و همکاران (۲۰۱۵) بیان کردند که بار مراقبتی به‌عنوان پریشانی یا اضطرابی است که مراقبین درنتیجه ارائه مراقبت تجربه می‌کنند (۱۴). بار مراقبتی دیسترس‌های روانی، جسمی و اجتماعی است که در اثر مراقبت از بیماران مزمن به مراقبین وارد می‌شود و به دنبال آن مشکلات زیادی همچون فرسودگی، اضطراب، افسردگی و ... را برای مراقبین ایجاد می‌کند (۱۵). بار مراقبتی اصطلاحی کلی برای توصیف هزینه‌های جسمی، هیجانی، اجتماعی و مالی مراقبت است. بار مراقبتی محصول نبود تعادل بین نیازهای بیمار و امکانات مراقب نیز تعریف‌شده است (۱۶). بار مراقبتی ماهیت پنهان و کاملاً فردی داشته و شامل مؤلفه‌هایی همچون بار مراقبتی وابسته به زمان، تکاملی، جسمی، اجتماعی و احساسی می‌شود (۱۷). این مفهوم دارای دو بعد درونی و بیرونی نیز می‌باشد. بعد بیرونی بار مراقبتی شامل مواردی است که به شخص بیمار بستگی دارد مانند تلاش بسیار در جهت توجه به نیازهای بیمار، اختصاص زمان برای او و خدماتی که درجهت بهبود وی داده می‌شود؛ و بعد درونی نیز شامل اعتقادات شخصی، احساسات درونی و اهمیت فرد به نقش مراقب است (۱۸). همچنین بار مراقبتی دارای دو بعد عینی و ذهنی است: بار مراقبتی عینی را می‌توان به مدت‌زمان و میزان تلاش موردنیاز برای تأمین نیازهای دیگران در نظر گرفت که شامل مشکلات مربوط به هزینه‌های مالی، خانوادگی و اجتماعی می‌باشد و بار مراقبتی ذهنی میزان تجربه‌ی دسترسی مراقب در مواجهه با بار مراقبتی عینی است که شامل مشکلات روحی و عاطفی و رفتاری ناشی از بیماری می‌باشد (۱۹).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

اما مراقبان در برآورده سازی نیازهای سالمند بیمار خود، دارای توانمندی‌های متفاوت و محدودی هستند که این حالت فرد مراقبت‌کننده را، در مواجهه با تغییرات و نیازهای مراقبتی بیمار در خانه، آسیب‌پذیر می‌کند. مطالعه‌یBeach و همکاران (۲۰۰۰) در ایالت متحده‌ی آمریکا در خصوص مراقبت از سالمند در خانواده، بیان می‌دارد که افزایش مشکلات سالمندی در فرد سالمند و هم‌چنین افزایش فشارهای مراقبتی بر فرد مراقبت‌کننده از سالمند، پیامدهای مخاطره‌آمیزی چون افسردگی و اضطراب (۲۰)، فرسودگی، خستگی، غیبت از کار، نداشتن وقت کافی برای خود و اطرافیان، مختل شدن ارتباطات اجتماعی و تفریح و مشکلات خانوادگی (۲۲ و ۲۱) را برای مراقبان خانواده به همراه خواهد داشت که درنهایت می‌تواند مراقبت ناکافی از بیمار و رها کردن بیمار را به دنبال داشته باشد (۲۳). برخی مطالعات نیز، مراقبان خانواده سالمندان را «بیماران مخفی» می‌دانند (۲۵ و ۲۴) که از کم‌خوابی، کاهش اشتها و فشارخون بالا رنج می‌برند (۲۳). نتایج مطالعه دیگری نیز نشان داد که ۸۲/۹ درصد از مراقبان، با مشکلات اجتماعی، ۳۵/۴ درصد با مشکلات جسمی و ۳۸ درصد از مراقبان با مشکلات شغلی ناشی از مراقبت از سالمند ناتوان درگیر هستند (۲۶).

ازجمله عوامل مؤثر بر بار مراقبتی می‌توان به سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، تعدد نقش‌های فرد مراقب، متوسط درآمد خانواده (۱) وضعیت سلامت عمومی مراقب (۲۷)، سن و سطح تحصیلات سالمند، میزان وابستگی سالمند به مراقب، نوع بیماری سالمند، مدت‌زمان مراقبت (۲۹ و ۲۸)، استرس و اضطراب (۳۰)، شدت بیماری سالمند (۳۱)، منابع حمایتی و کیفیت خدمات مراقبت دولتی اشاره کرد (۳۲) chang و همکاران نشان دادند مراقبینی که تعداد ساعات بیشتری را در طول روز به مراقبت از بیمارشان اختصاص می‌دادند، بار مراقبتی بیشتری را متحمل شده و سلامت روانی کمتری داشتند (۳۳).

مطالعه دیگری نشان داد که میان بار مراقبتی و وضعیت سلامت مراقبین، همبستگی معکوس وجود دارد (۳۲). همچنین تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که نوع بیماری، بار مراقبتی متفاوتی را ایجاد می‌کند. برای مثال بار مراقبتی در مراقبان بیماران آسیب مغزی ناشی از سانحه نسبت به مراقبان بیماران سرطان پیشرفته بیشتر است (۳۴). مطالعات نشان داده بین وضعیت مالی مراقبین و بار مراقبتی آن‌ها نیز ارتباط وجود دارد، به‌گونه‌ای که مراقبینی که درآمد پایینی دارند، وضعیت شغلی آن‌ها تحت تأثیر فرآیند مراقبت از بیمارشان قرار می‌گیرد و از بار مالی و بار مراقبتی بالایی رنج می‌برند (۳۲). گتابی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند بار مراقبتی در مراقبان زن، فرزندان دختر و مراقبینی که با سالمند زندگی کرده و مدت‌زمان بیشتری از سالمند مراقبت می‌کنند بیشتر است (۱). کاظمی و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند افزایش نیازهای مراقبتی سالمند باعث افزایش بار مراقبتی مراقبین می‌شود (۳۵). بر اساس مطالعه ong و همکاران (۲۰۱۸) حمایت اجتماعی پایین (۳۶)، بر اساس نتایج مطالعه شاهبلاغی و همکاران (۲۰۰۶) خودکارآمدی پایین (۱۳) و بر اساس مطالعه Senturk و همکاران (۲۰۱۸) تاب‌آوری پایین (۳۷) با بار مراقبتی بیشتر همراه است.

دانش و آگاهی از عوامل مؤثر بر بار مراقبتی در مراقبان می‌تواند به ارائه راهبردها و برنامه‌های مناسب به‌منظور کاهش بار مراقبتی و درنتیجه حفظ و ارتقاء سلامت جسمانی و روانی مراقبان و افزایش کیفیت مراقبت ارائه‌شده به سالمندان منجر شود. ازآنجاکه در مطالعات انجام‌شده در خصوص بار مراقبتی، هر یک یا به توصیف ارتباط بین بار مراقبتی با متغیر یا متغیرهایی خاص پرداخته شده است و یا عوامل مرتبط با بار مراقبتی در یک بیماری خاص موردبررسی قرارگرفته است و هیچ‌یک از مطالعات به بررسی عوامل مرتبط با بار مراقبتی در بیماری‌های مزمن دوران سالمندی نپرداخته است، مطالعه حاضر قصد دارد تا به‌صورت مروری عوامل تأثیرگذار بر بار مراقبتی مراقبان خانواده سالمندان مبتلابه بیماری‌های مزمن را ارائه دهد. لذا مطالعه حاضر باهدف بررسی عوامل مرتبط با بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلابه بیماری‌های مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها

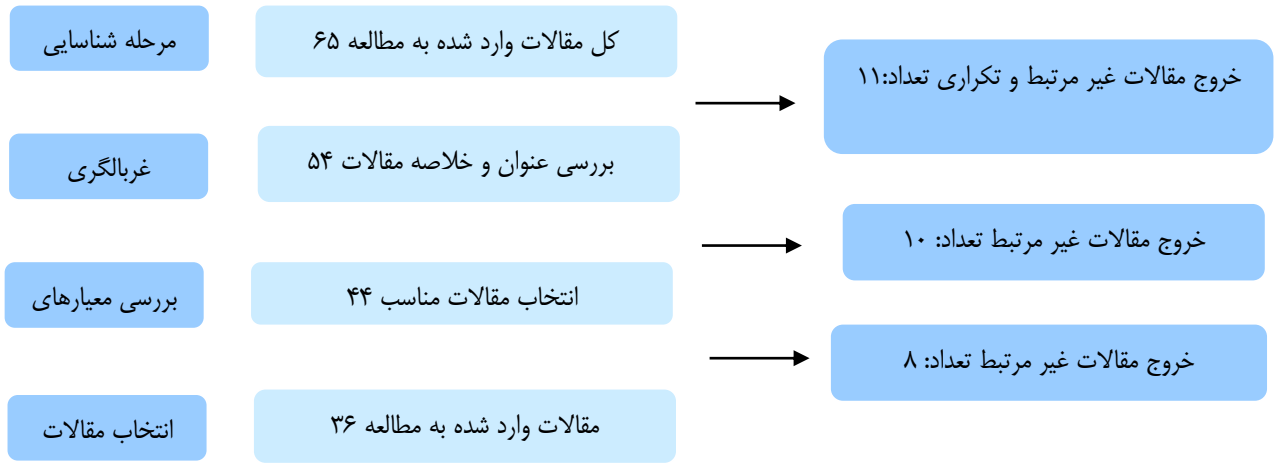
مطالعه مروری حاضر به روش یکپارچه در پنج مرحله جستجوی متون، انتخاب متون، ارزشیابی داده‌ها، استخراج داده‌ها و طبقه‌بندی داده‌ها (۳۸ و ۳۷) با جستجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی‌زبان Magiran، Irandoc، SID با کلیدواژه‌های فارسی مراقبان، خانواده، سالمند، بار مراقبتی، بیماری مزمن و در پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی‌زبان SienceDirect،Scopus،PubMed, Google Scholar , با کلیدواژه‌های انگلیسی Caregivers, family, elderly, care burden, chronic illness بدون محدودیت زمانی انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل مقالات در زمینه بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن، دسترسی به متن کامل مقاله و چاپ مقاله به زبان فارسی یا انگلیسی بدون محدودیت زمانی بود. معیارهای خروج شامل مقالات به‌صورت نامه به سردبیر، گزارش کوتاه، پوستر

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

یا سخنرانی، مقالات ابزارسازی، خلاصه کتاب و تکراری بودن مقالات بود. جستجو مقالات توسط نویسنده اول انجام شد و سپس توسط نویسنده دوم بررسی و مورد تائید قرار گرفت. در جستجوی اولیه، ۶۵ مقاله یافت شد که پس از بررسی معیارهای اصیل بودن مقالات (۳۹) و همچنین معیارهای ورود و خروج، مقالات واجد شرایط که با اهداف مطالعه همخوانی داشتند انتخاب شدند. در روند بررسی ۱۱ مقاله پس از غربالگری عنوان،۱۰ مقاله پس از مطالعه چکیده و ۸ مقاله پس از بررسی متن کامل از مطالعه حذف شدند و درنهایت ۳۶ مقاله شامل ۱۷ مقاله به زبان فارسی و ۱۹ مقاله به زبان انگلیسی که از نوع توصیفی، مروری، کوهورت و کارآزمایی بالینی بودند و بیشترین ارتباط را با هدف و سؤال پژوهش داشتند وارد مطالعه شدند. اعتبار مطالعات با چک‌لیست‌های معتبر بررسی شد. استانداردهای معتبر در گزارش مطالعات کارآزمایی بالینی شامل ذکر کارآزمایی بالینی در عنوان، خلاصه ساختارمند، زمینه و هدف، طراحی مداخله، شرکت‌کنندگان، مداخله، پیامدها، حجم نمونه، نوع تصادفی سازی، کور سازی، روش‌های آماری، دیاگرام مطالعه، تعداد آنالیز، محدودیت‌ها، تعمیم‌پذیری و تفسیر داده‌ها بود (۴۰). دسته‌بندی و تحلیل داده‌ها برای مطالعات کارآزمایی بالینی با روش نقد ۹ مرحله‌ای Sidani & Braden انجام شد (۴۱). برای مطالعات توصیفی از چک‌لیست استانداردهای معتبر شامل ذکر هدف تحقیق، روش مطالعه، حجم نمونه، معیارهای ورود و خروج، مشخصات نمونه‌ها، روش‌های آنالیز داده‌ها، محدودیت‌ها و نتیجه‌گیری استفاده شد (۴۲).

از چک‌لیست استاندارد ۲۲ آیتمی (The Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology=STROBE) حاوی اطلاعاتی مانند ذکر هدف تحقیق، روش مطالعه، حجم نمونه، پیامدها، مواجهه‌ها، مخدوش‌کننده‌ها، روش‌های همسان‌سازی، مدت پیگیری، معرفی متغیرها، برای ارزیابی، دسته‌بندی و تحلیل مطالعات کوهورت استفاده شد (۴۳). در طی جمع‌آوری داده‌ها، از هیچ تفسیری استفاده نشد و از عبارات اصلی مقالات که توسط نویسنده به‌کاررفته بود، استفاده گردید. روایی و تحلیل‌ها به‌وسیله دو محقق که به‌طور مستقل از هم در طی فرآیند تحلیل کار می‌کردند صورت می‌گرفت و دو محقق نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل را به تائید هم می‌رساندند و در صورت اختلاف‌نظر بین دو محقق، نتایج توسط محقق سوم که آشنا به موضوع و هدف مطالعه بود، مورد داوری قرار می‌گرفت.



نمودار ۱. انتخاب مقالات

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

یافته‌ها

از میان مقالات موردبررسی ۱۷ مقاله (۴۷/۲٪) به زبان انگلیسی و ۱۹ مقاله (۵۲/۸٪) به زبان فارسی بودند. ازنظر نوع مطالعه ۷ مطالعه (۱۹/۴٪) کارآزمایی بالینی،۱۹ مطالعه (۵۳٪) توصیفی، ۸ مطالعه (۲۲/۲٪) مقطعی، ۱ مطالعه (۲/۷٪) مروری و ۱ مطالعه (۲/۷٪) کوهورت بودند. از نظر محیط پژوهش مطالعات خارجی در کشورهای آمریکا (۴۸-۴۴)، برزیل (۴۹)، تایوان (۵۰)، تایلند (۵۱)، کره شمالی (۱۴)، ترکیه (۳۷)، چین (۳۶،۳۵)، سنگاپور (۳۶ و ۲۹)، اسرائیل (۵۳)، ژاپن (۵۴)، اسپانیا (۲۶) و مطالعات داخلی در شهرهای سبزوار (۱)، گرگان (۲۳)، تهران (۲۵)، زنجان (۳۵)، رفسنجان (۵۵)، کرمان (۵۶)، رشت (۳۱ و ۵۷)، تهران (۶۰-۵۷)، تهران (۶۱،۳۸)، تهران (۶۵-۶۲)، بیرجند (۶۶) انجام شده بودند. جامعه پژوهش در مطالعات مورد بررسی شامل مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن آلزایمر، دمانس، اختلالات شناختی، سرطان، نارسایی کلیه تحت همودیالیز، سکته مغزی، نارسایی قلبی، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت بودند. تحلیل مطالعات نشان داد که در تمام مطالعات از ابزارهای استاندارد جهت بررسی بار مراقبتی مراقبان استفاده شده بود. ابزارهای مورد استفاده به ترتیب فراوانی عبارت بودند از: پرسشنامه بار مراقبتی زاریت (Zarit Caregiver Burden Interview =ZBI) (۷۳٪)، سیاهه فشارمراقبتی مراقبان (The Caregiver Burden Inventory= CBI) (۱۹/۳٪) و شاخص فشار مراقبتی(Caregiver Strain Index= CSI) (۷/۷٪).

پرسشنامه بار مراقبتی زاریت: این پرسشنامه توسط زاریت و همکاران در سال ۱۹۸۰ تهیه شده است. دارای ۲۲ گویه می‌باشد که فشارهای شخصی، اجتماعی، عاطفی و مالی را ارزیابی می‌کند. هر یک از این ابعاد در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۰(همیشه) تا ۴ (تقریباً همیشه) رتبه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات از ۰ تا ۸۸ است و نمرات بالاتر بار مراقبتی بیشتر را نشان می‌دهد (۶۷).

سیاهه بار مراقبتی مراقبان: این پرسشنامه ۲۴ ماده‌ای توسط Novak & Guest در سال ۱۹۸۹ برای ارزیابی بار عینی و ذهنی مراقبت طراحی شده است. دارای ۵ زیرمقیاس بار جسمی، تکاملی، عاطفی، اجتماعی و وابستگی به زمان است. هر یک از زیر مقیاس‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱(کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً صحیح) رتبه‌بندی می‌شوند. دامنه کل امتیازات از ۲۴ تا ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشانگر بار مراقبتی بیشتر است (۶۸).

شاخص فشار مراقبتی: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط رابینسون طراحی شده است. دارای ۱۲ گویه است. هر گویه به‌صورت نمره ۰(خیر) و ۱(بله) امتیازدهی می‌شود. دامنه امتیازات بین ۰ تا ۱۲ می‌باشد و نمره بالاتر از ۷ به معنی فشار مراقبتی بالا است (۶۹).

نتایج به‌دست‌آمده در ارتباط با فراوانی بار مراقبتی در مراقبان خانواده نشان داد که اکثر مراقبان سطح خاصی از بار مراقبتی از خفیف تا شدید را تجربه می‌نمایند. به‌طوری‌که فراوانی بار مراقبتی در مطالعه Chindaprasirt (۵۱) ۳۷٪، در مطالعهGarlo (۴۵) ۹۰٪، در مطالعه باماری ۹۵/۸٪ (۸)، در مطالعه طالبی ۹۶٪ (۳۱)، در مطالعه باقربیک (۵۹)، گتابی (۱) و عباسی (۱۵) ۱۰۰٪ بوده است. از نظر شدت بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری مزمن در مطالعه عباسی (۱۵)، طالبی (۳۱)، حسینی (۵۸)، قانع (۶۳) وHu (۲۸) بار مراقبتی شدید، در مطالعه باماری (۸)، علایی (۶۰)، رجبی (۶۱)، محمدی (۲۴) و شفیع‌زاده (۶۴ و ۶۲) بار مراقبتی از متوسط تا شدید، در مطالعه چفیری ترابی (۵۷)، محمدی (۱۳)، صالحی نژاد (۵۶)، Caro(۴۹) و اربابی (۶۶) بار مراقبتی متوسط و در مطالعات Chindaprasirt (۵۰)، Hsu(۵۲) و کاظمی (۳۵) بار مراقبتی خفیف تا متوسط گزارش شد.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از مطالعات عوامل مرتبط با بار مراقبتی در مراقبان سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن به سه دسته عوامل مرتبط با مراقبان، عوامل مرتبط با بیماران و عوامل مرتبط با مراقبت (۲۹) به شرح زیر تقسیم شدند:

عوامل مرتبط با مراقبان: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از مرور بر مطالعات انجام‌شده ویژگی‌های مربوط به مراقبان که با بار مراقبتی ارتباط دارند عبارت‌اند از: سن: سن بالاتر مراقبین با بار مراقبتی بیشتر همراه می‌باشد. مراقبان با سن بالاتر احتمالاً خود نیز به لحاظ روند افزایش سن ازنظر جسمی بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند و بعضاً ممکن است خود نیز به بیماری‌های مزمن مبتلا باشند. از سوی دیگر این عده از مراقبان احتمالاً به خاطر اینکه میزان فعالیت فیزیکی خود را کاهش می‌دهند ازنظر روانی نیز بیشتر از مراقبان جوان‌تر آسیب‌پذیر می‌باشند که علت آن می‌تواند ایزولاسیون اجتماعی تجربه شده به سبب پرداختن به مراقبت از فرد سالمند باشد (۶۹ و ۶۱ و ۱)

جنس: اگرچه مراقبت از سالمند وظیفه تمامی اعضای خانواده است ولیکن، معمولاً زنان نقش مراقب اولیه را به عهده می‌گیرند و برای ایفای نقش‌های خود مجبور به ازخودگذشتگی و نادیده انگاشتن رفاه و بهزیستی خود می‌باشند. ایفای نقش و مسئولیت‌پذیری بیشتر زنان در امور مراقبتی که با هنجارهای فرهنگی و اجتماعی مرتبط می‌باشد و مراقبت را بیشتر نقشی زنانه می‌دانند تا مردانه، باعث می‌شود تا زنان بیشتر به‌عنوان مراقبان خانگی در هنگام بیماری افراد خانواده ازجمله سالمندان ایفای نقش نمایند؛ بنابراین بیشتر از مردان در معرض بار مراقبتی ناشی از نگهداری از سالمندان مبتلا به بیماری مزمن قرار دارند (۴۸ و ۶۲ و ۱)

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

وضعیت تأهل: بار مراقبتی در مراقبین متأهل نسبت به مجردها بالاتر است. متأهلین همراه با نقش مراقب، نقش‌های دیگری مانند تربیت و رسیدگی به فرزندان، موقعیت اجتماعی و رسیدگی به امور منزل را نیز بر عهده‌دارند. این مشغله کاری متأهلین و استرس‌های همراه با آن باعث می‌شود که میزان فشار مراقبتی و خستگی آن‌ها نسبت به مجردها بیشتر باشد (۱ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۵).

سطح تحصیلات: مراقبان با تحصیلات پایین‌تر دانش و آگاهی و درک کمتری در ارتباط با روند بیماری و نیازهای مراقبتی سالمند بیمار و همچنین مراقبت از خود داشته و توانمندی کمتری برای بهره‌گیری از منابع اطلاعاتی موجود دارند. این عدم آگاهی، فشار روانی بیشتری به آن‌ها وارد می‌کند و می‌تواند فشار مراقبتی را در آنان افزایش دهد (۲۸ و ۳۶).

وضعیت اشتغال: بار مراقبتی در مراقبان شاغل نسبت به مراقبان غیر شاغل بیشتر است. داشتن تعدد نقش و مسئولیت در خانواده و محل کار منجر به کشمکش در ایفای نقش و درنتیجه فشار بیشتر بر این گروه از مراقبان می‌شود (۱ و ۲۸).

وضعیت اقتصادی: وضعیت اقتصادی نامطلوب و پایین و عدم‌کفایت درآمد مراقبان با بار مراقبتی بیشتر در آنان مرتبط است. استرس‌های مالی خود به‌عنوان یکی از ابعادی است که در تعریف بار مراقبتی نیز به آن اشاره می‌شود. تأمین هزینه‌های مراقبت از بیمار به‌عنوان یک استرس برای مراقبان محسوب می‌شود که در کنار هزینه‌های زندگی فردی و خانوادگی، مراقبان را با چالش‌های متعددی مواجه می‌نماید. مراقبان ممکن است مجبور باشند که به خاطر ارائه مراقبت تمام‌وقت به بیمار، شغل خود را رها کرده و یا فعالیت‌های شغلی خود را محدود نمایند. برخی از مراقبان نیز ممکن است برای تأمین هزینه‌های مراقبت از بیمارشان مجبور به کار شوند؛ که درهرصورت منجر به تحمیل استرس بیشتر به مراقب و درنتیجه افزایش بار مراقبتی می‌گردد (۳۲).

نسبت مراقب با بیمار: هنجارهای فرهنگی و اجتماعی که مراقبت را بیشتر نقشی زنانه می‌دانند تا مردانه، باعث می‌شود تا زنان (فرزند دختر و همسر) بیشتر به‌عنوان مراقبان خانگی ایفای نقش‌نمایند. اگر در خانواده هم پسر و هم دختر حضورداشته باشد، معمولاً این دختران هستند که نقش مراقب اوّلیّه را به عهده می‌گیرند. مراقبان دختر ممکن است به‌اندازه همسران بیماران دچار اختلالات جسمانی ناشی از بالا بودن سن نباشند؛ اما به دلیل وضعیت خانوادگی مستقل این مراقبان که بیشتر متأهل و دارای فرزند هستند و مسئولیت‌های مختلفی را بر عهده دارند و همچنین جدا بودن محل سکونت از والدین بیمار خود می‌تواند آنان را در برابر استرس ناشی از مراقبت آسیب‌پذیرتر کرده و بار مراقبتی بیشتری را به آنان تحمیل کند (۵۱).

وضعیت سلامت عمومی: سلامت عمومی پایین (وجود بیماری‌های جسمی و روانی) ظرفیت مراقب را برای مراقبت دادن تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. اغلب این افراد احساس می‌کنند که قدرت آن‌ها برای کار کردن کم است و بیشتر اوقات خسته و ناتوان به نظر می‌رسند. این امر باعث می‌شود تا بیشتر احساس افسردگی، درماندگی، به دام افتادن در کار و فرسودگی داشته باشند و بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات جسمی و روانی مزمن بشوند که باعث افزایش قابل‌توجه بار مراقبتی در آنان می‌شود (۲۷ و ۲۵).

کیفیت زندگی: کیفیت زندگی پایین و نامطلوب (عدم برخورداری از سلامت جسمانی و روانی، حمایت اجتماعی و مالی نامناسب، روابط اجتماعی نامناسب با خانواده و دوستان) می‌تواند باعث افزایش بار مراقبتی در مراقبان گردد (۴۸ و ۱۴).

خودکارآمدی: خودکارآمدی را می‌توان اعتقاد به توانایی در انجام رفتارهای خاص در شرایط ویژه دانست، افرادی که به کارآمدی خود باور دارند برای غلبه بر موانع و مشکلات تلاش‌های مضاعفی می‌کنند. افراد دارای خودکارآمدی بالا برخلاف افراد دارای خودکارآمدی پایین بیشتر احساس امیدواری، سلامت و شادکامی و کمتر احساس تنش، اضطراب و افسردگی می‌کنند و معتقدند که اگر بخواهند، می‌توانند بر مشکل‌ها و چالش‌های زندگی فائق آیند (۶۹ و ۱۳).

سبک مقابله‌ای مذهبی: رویکردهای معنوی را می‌توان تحت سبک‌های مقابله مذهبی مثبت و منفی عنوان نمود. به‌کارگیری سبک مقابله‌ای مذهبی منفی که فرد رابطه‌ی اجتنابی و نامطمئن باخدا برقرار می‌نماید (شامل ارزیابی مجدد خدای تنبیه‌کننده، تسلیم فعالانه و منفعلانه، مقابله مذهبی خودمدارانه، ارزیابی مجدد شیطانی، ناخوشنودی معنوی و ناخشنودی مذهبی بین فردی) تأثیر منفی بر تحمل فشار مراقبان داشته و منجر به کاهش سلامت روان و افزایش بار مراقبتی می‌گردد. درحالی‌که سبک مقابله‌ای مذهبی مثبت ازآنجاکه هم به‌عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند (شامل بازنگری خیرخواهانه مذهبی، ارزیابی مجدد قدرت خدا، جستجوی حمایت معنوی، مقابله مذهبی مشارکتی، پالایش مذهبی، آمرزش مذهبی، کمک‌رسانی مذهبی، تمرکز مذهبی، ارتباط معنوی و جستجوی حمایت از روحانیون) می‌توانند سبب حفظ و ارتقای عزت‌نفس، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی و افزایش آسایش خاطر روانی و امیدواری و درنتیجه توانایی برای مقابله با وقایع استرس‌آور بشوند (۶۱).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف‌شده است. حمایت اجتماعی منجر به کاهش فشار روانی در افراد شده و از این طریق بر سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد. حمایت اجتماعی با انزوای اجتماعی، عوامل استرس‌زا، اختلالات روانی، نشانه‌های افسردگی، ارتباطات زناشویی صمیمی و مقدار تعامل اجتماعی در ارتباط است. اشخاصی که از سطوح بالای حمایت اجتماعی برخوردارند، علائم روان‌شناختی کمتری احساس می‌کنند و از استرس‌های زندگی کمتر تأثیر می‌پذیرند. عواملی مانند عدم وجود سیستم مراقبت‌های اجتماعی، عدم انسجام با فرد مراقبت‌کننده، شبکه اجتماعی کوچک، همراه با سطح حمایت اجتماعی کم با سطوح بالای بار مراقبتی مرتبط است (۳۶ و ۲۸ و ۱۳).

حمایت اجتماعی ادراک‌شده: حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طریق تقویت باورهای خودکارآمدی در پیش‌بینی تجارب تنیدگی زا، افزایش توانمندی‌ها و قابلیت‌های سازگاری فرد در مواجهه با چالش‌ها و غلبه بر مشکلات نقش‌آفرینی می‌کند. حمایت اجتماعی درک شده با افزایش درک صحیح از رویدادهای استرس‌زا و تعدیل واکنش افراد در برابر وقایع استرس‌زا باعث کاهش تأثیر فشار روانی شده و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل می‌رساند و علاوه بر آن تعهدات متقابلی را به وجود می‌آورد که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت‌نفس و ارزشمند بودن کرده که با نتایج سلامتی ارتباط مستقیمی دارد. درواقع افرادی که از حمایت اجتماعی درک شده بالاتری برخوردارند، وضعیت سلامت بهتری دارند. با توجه به اینکه بار مراقبتی نوعی استرس برای مراقبان محسوب می‌شود بنابراین حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالاتر می‌تواند با بار مراقبتی کمتر همراه باشد (۳۶ و ۳۱)

تاب‌آوری: مراقبین زمانی می‌توانند بر استرس و نگرانی ناشی از مراقبت از بیمار خود غلبه کنند و سلامتی خود و دیگر اعضای خانواده را حفظ کنند که تاب آور باشند. تاب‌آوری موجب افزایش خودمراقبتی شده و توان فرد را برای مقابله با استرس‌های مربوط به مراقبت از سالمند افزایش داده و احتمال بروز مشکلات جسمانی را کاهش می‌دهد. تاب‌آوری این امکان را به مراقبان می‌دهد تا به درک بهتری برسند و واکنش مناسبی را در شرایط چالش‌برانگیز داشته باشند. افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند آسیب‌پذیرترند و فاقد جسارت، انگیزه تشویق و راهبردهای لازم برای تغییر شرایط تنش‌زا هستند و مشکلات خود را به‌صورت مبالغه‌آمیز بزرگ کرده و خود را قربانی حوادث می‌دانند (۶۰ و ۴۴ و ۳۷).

بینش و آگاهی نسبت به بیماری و مراقبت: مراقبین غیررسمی باید اطلاعات کافی در خصوص بیماری سالمند بیمار خود داشته باشند تا بتوانند خود را برای ایفای چنین نقشی آماده کنند و مراقبت مناسب و باکیفیت به سالمند ارائه دهند. نداشتن آگاهی و مهارت لازم و کافی باعث تحمیل رنج و سختی بیشتر و درنتیجه بار مراقبتی بیشتر خواهد شد (۶۰).

مهارت‌های مقابله‌ای: زمانی که انسان تحت تأثیر شرایط استرس‌زا قرار بگیرد، برای مقابله با استرس استفاده از روش‌های مقابله‌ای ضروری است و سازگاری مؤثر با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب می‌تواند افراد را از آسیب‌ها و مشکلات جسمی و روانی حفظ کند. راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود (۱۵).

سلامت و نگرش معنوی: دین و معنویت منابع قابل‌توجهی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی به شمار می‌روند (۷۳). معنویت نه‌تنها بر وضعیت روانی و سلامت روان فرد تأثیر می‌گذارد، بلکه باعث بهبود سلامت جسمی و افزایش توانایی مقابله با بحران‌ها و وقایع استرس‌آور می‌شود (۷۸ و ۶۵ و ۵۷).

اضطراب و افسردگی: زندگی مراقبان خانگی به دلیل مراقبت از بیماران سالمند دچار تغییراتی از قبیل کمبود وقت، کاهش حس عاطفی، اختلال در زندگی اجتماعی و خانوادگی، ارزش قائل نشدن برای خود و استرس مداوم و طولانی و درنتیجه اضطراب و افسردگی می‌شود. درواقع اضطراب و افسردگی به‌عنوان یک عکس‌العمل عاطفی نسبت به استرس مراقبت می‌باشد؛ که با تأثیرات منفی بر احساسات، افکار، ادراک، رفتار و عملکرد مراقبان باعث می‌شود تا این افراد نتوانند وظایفشان را به‌صورت مطلوب انجام دهند و در سازگاری با وضعیت موجود موفق نباشند که درنتیجه به افزایش بار مراقبتی منجر خواهد شد (۶۹ و ۶۴ و ۳۱).

اندوه و سوگواری پیش‌بینی‌شده: اندوه پیش‌بینی (سوگواری) واکنشی است که نزدیکان و افراد خانواده بعد از تشخیص یک بیماری دریکی از افراد خانواده از خود نشان می‌دهند که با علائمی مانند یاس و ناامیدی، ترس، احساس پوچی، اضطراب، فرسودگی، عصبانیت، ناتوانی، درماندگی، اختلال در خواب و...همراه باشد و می‌تواند بر سلامت روانی و جسمی، بهره‌وری و روابط اجتماعی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد و درنتیجه منجر به افزایش بار مراقبتی گردد (۴۷ و ۴۶).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

خستگی ناشی از شفقت: خستگی ناشی از شفقت در مراقبت از بیماران به شرایطی اطلاق می‌شود که احساس و تجربه کمک به دیگران در افراد مراقبت‌کننده به‌واسطه مشاهده و روبه‌رو شدن با آسیب و بیماری بیماران، تغییر کرده و به‌نوعی سرخوردگی در خود مواجه می‌شود. خستگی ناشی از شفقت به‌عنوان احساس خشم، ناکارآمدی، دلهره و افسردگی ناشی از ناتوانی مراقب در مقابله با استرس ویرانگر معنی می‌شود (۷۵ و ۵۳). خستگی ناشی از شفقت می‌تواند باعث بروز پیامدهایی مانند افسردگی، بی‌خوابی، توقف همدلی، تنش شدید و اضطراب، احساس گناه، درماندگی، کاهش خودکنترلی، کاهش انگیزه و عدم توانایی در انجام مراقبت در فرد مراقب گردیده و سلامت جسمانی و روانی‌آور او را به مخاطره بیاندازد و باعث افزایش بار مراقبتی گردد (۷۹ و ۵۳).

عوامل مرتبط با بیماران: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از مرور بر مطالعات انجام‌شده ویژگی‌های مربوط به سالمند بیمار که با بار مراقبتی مراقبان ارتباط دارند عبارت‌اند از:

سن: سن بالاتر سالمند با بار مراقبتی بیشتر در مراقبان همراه می‌باشد. سنین بالاتر به لحاظ تغییرات فیزیولوژیکی در سیستم‌های اسکلتی عضلانی، عصبی و ساختار عملکرد ذهنی و شناختی مرتبط با فرآیند پیری معمولاً با اختلال حرکتی، عملکردی و شناختی بیشتری مواجه است که باعث کاهش استقلال و وابستگی بیشتر سالمند به مراقب می‌گردد (۲۹ و ۲۸).

سطح تحصیلات: سطح تحصیلات سالمندان با دانش و آگاهی، مهارت مناسب و کافی برای مراقبت از خود و خودکارآمدی او و همچنین بهره‌گیری از منابع اطلاعاتی مختلف در ارتباط می‌باشد و باعث می‌شود تا سالمند در امر مراقبت از خود توانمندتر بوده و کمتر به مراقب خود وابسته باشد. کاهش میزان وابستگی به مراقب با بار مراقبتی کمتر در مراقبان همراه می‌باشد (۲۹ و ۲۸).

وضعیت بیمه: استفاده از خدمات بهداشتی درمانی به لحاظ شیوع بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی افزایش می‌یابد که هزینه‌های زیادی را در پی دارد. عدم برخورداری از خدمات بیمه بار مالی زیادی را به سالمند و خانواده تحمیل می‌نماید که خود به‌عنوان یک استرس برای مراقبان محسوب می‌شود و منجر به افزایش بار مراقبتی در آنان می‌گردد (۲۸).

حمایت مالی: نداشتن حمایت مالی کافی و مناسب (مستمری اندک، نداشتن پوشش بیمه‌ای مناسب، عدم برخورداری از پوشش نهادهای حمایتی مانند صندوق‌های بازنشستگی، نداشتن اندوخته مالی، بی‌سرپرستی به‌ویژه برای زنان سالمند و ...) باعث به مخاطره افتادن استقلال سالمند، وابستگی او به فرزندان و تحمیل هزینه‌های مالی سالمند به خانواده می‌گردد که درنتیجه مراقبان سالمند را با استرس و افزایش بار مراقبتی مواجه می‌نماید (۱ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۶).

میزان وابستگی بیمار سالمند به مراقب: وابستگی زیاد سالمند به مراقب باعث خستگی، فرسودگی، اختلال در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی، استرس زیاد و اختصاص زمان کمتر به خود در فرد مراقب شده و زمینه را برای بروز مشکلات جسمی و روانی در فرد مراقب سالمند مستعد می‌نماید که این امر خود منجر به افزایش بار مراقبتی می‌گردد (۲۶).

هم‌زمانی چند بیماری مزمن زمینه‌ای در سالمند: هم‌زمانی چند بیماری زمینه‌ای با توجه به نوع بیماری، ماهیت و سیر هر بیماری و نیازهای مراقبتی خاص هر یک باعث افزایش نیاز به مراقبت و درنتیجه فشار مراقبتی بیشتر می‌گردد (۲۸).

نوع بیماری سالمند: نوع بیماری سالمند با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده و پیچیده آن و با توجه به میزان ناتوانی و وابستگی که در سالمند ایجاد می‌کند بر بار مراقبتی مراقبان مؤثر است (۲۹).

شدت و وخامت بیماری موجود در سالمند: شدت و وخامت بیماری سالمند باعث افزایش میزان وابستگی سالمند به مراقب و نیاز به مراقبت بیشتر گردیده و درنتیجه منجر به افزایش بار مراقبتی در مراقب می گردد (۶۲ و ۳۱ و ۲۹).

وجود اختلالات شناختی در سالمند: در اختلالات شناختی دوران سالمندی نظیر دمانس، دلیریوم و اختلالات نسیانی، توجه، حافظه، زبان، جهت‌یابی، انجام کنش‌ها، عملکرد اجرایی، قضاوت و مهارت حل مسئله دچار اشکال است. اختلال شناختی در سالمند باعث افت کارایی و کیفیت زندگی، افزایش ناتوانی و آسیب‌پذیری، کاهش استقلال و افزایش وابستگی به مراقبان و درنتیجه بار مراقبتی بیشتر می‌گردد (۸۰ و ۶۹).

عملکرد فیزیکی (افت عملکردی): عملکرد فیزیکی پایین‌تر (افت عملکردی بیشتر) در سالمند تحت مراقبت با بار مراقبتی بیشتر همراه است. افت عملکردی سالمند منجر به ناتوانی سالمند در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی شده و درنتیجه منجر به وابستگی بیشتر سالمند به مراقب خود می‌گردد (۴۸ و ۲۹ و ۱۴).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

محیط فیزیکی محل زندگی سالمند: متناسب نبودن طراحی محیط داخلی محل زندگی سالمند با وضعیت و نیازهای سالمند و عدم رعایت نکات ایمنی لازم در محیط خانه و همچنین نبودن امکانات رفاهی و کمک حرکتی لازم برای سالمند باعث کاهش استقلال سالمند، افزایش خطر بروز حوادث و سوانح ناخواسته ازجمله سقوط و پیامدهای حاصل از آن شده و درنتیجه منجر به وابستگی بیشتر سالمند به فرد مراقب و افزایش بار مراقبتی می‌گردد (۷۱ و ۷۰).

عوامل مرتبط با مراقبت: به‌طورکلی وضعیت مراقبت در اغلب مطالعات به‌خوبی بررسی نشده و عوامل مرتبط با وضعیت مراقبت شناخته‌شده شامل مدت‌زمان مراقبت، نحوه انجام مراقبت، تناوب مراقبت و کمک در فعالیت‌های روزمره زندگی به سالمند تحت مراقبت بود. بر این اساس ساعات مراقبت بیشتر از ۲ ساعت در روز (۲۸)، ساعات مراقبت بیشتر از ۱۰ ساعت در طی هفته (۲۹)، مدت‌زمان کلی مراقبت از سالمند (۲۸ و ۱)، مراقبت مداوم و مستمر (شبانه‌روزی) از سالمند (۶۱)، کمک روزانه در فعالیت‌های روزمره زندگی سالمند (۴۸ و ۴۵ و ۲۹) و مراقبت به‌تنهایی و بدون کمک (۷۰) با بار مراقبتی بالاتر در مراقبان همراه بود. به‌طورکلی مراقبت طولانی‌مدت و مداوم و همچنین به‌تنهایی و بدون برخورداری از حمایت سایر افراد خانواده و یا مراقبان رسمی، مراقبان خانواده را در طول زمان دچار خستگی و فرسودگی جسمی و روانی می‌کند که درنتیجه منجر به افزایش بار مراقبتی می‌گردد.

جدول ۱. مطالعات بررسی‌شده در ارتباط با عوامل مرتبط با بار مراقبتی

سال، نویسنده، کشور	مقاله عنوان	نوع مطالعه	پژوهش جامعه	یافته اصلی
حسینی و همکاران (۲۰۱۶)؛ ایران (۵۸)	تأثیر برنامه ذهن آگاهی بر بار مراقبتی مراقبان سالمندان مبتلابه آلزایمر	نیمه تجربی	مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر	مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با کنترل موقعیت‌های استرس‌آور می‌تواند موجب کاهش بار مراقبتی مراقبان گردد.
باقربیک و همکاران (۲۰۱۵)؛ ایران (۵۹)	تأثیر آموزش مداخلات رفتاری- شناختی بر بار مراقبتی مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر	کارآزمایی بالینی کنترل‌شده	مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر	مداخلات رفتاری- شناختی می‌تواند باعث کاهش بار مراقبتی مراقبان گردد.
ابوزاده گنابی و همکاران (۲۰۱۶)؛ ایران (۱)	بار مراقبتی مراقبان خانواده سالمندان و رابطه آن با برخی عوامل	توصیفی- تحلیلی	مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن	بین میزان فشار مراقبتی با مدت ابتلا به بیماری سالمند، شغل مراقب، نسبت فرد مراقب با سالمند، وضعیت اقتصادی مراقب، طول مدت مراقبت مراقب و وضعیت همزیستی با سالمند ارتباط وجود دارد.
طالبی و همکاران (۲۰۱۵)؛ ایران (۳۱)	بار مراقبتی در مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به نارسایی کلیه	مقطعی	مراقبان بیماران همودیالیزی	نوع بیماری سالمند می‌تواند تأثیر بسزایی بر میزان بار مراقبتی تحمیل شده بر مراقبان داشته باشد.
قانع و همکاران (۲۰۱۶)؛ ایران (۶۳)	تأثیر برنامه آموزشی حمایتی بر بار مراقبتی مراقبان خانواده بیماران تحت همودیالیز	کارآزمایی بالینی تصادفی	مراقبان خانواده بیماران همودیالیزی	به‌کارگیری برنامه آموزشی-حمایتی می‌تواند در کاهش فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی تأثیرگذار باشد.
علائی و همکاران (۲۰۱۸)؛ ایران (۶۰)	بارمراقبتی مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهر تهران	توصیفی- مقطعی	مراقبان خانواده و اصلی بیماران سالمند مبتلا به بیماری‌های مزمن	افزایش دانش و آگاهی مراقبان با آموزش‌های بالینی در مراکز درمانی در خصوص بیماری و روند درمان و چگونگی مراقبت و افزایش حمایت‌های اجتماعی می‌توان بارمراقبتی مراقبان را کاهش دهد.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

سال، نویسنده، کشور	مقاله عنوان	نوع مطالعه	پژوهش جامعه	یافته اصلی
کاظمی و همکاران (۲۰۱۸)؛ ایران (۳۵)	ارتباط بین بار مراقبتی مراقبان با میزان وابستگی بیماران سالمند مبتلا به سکته مغزی	توصیفی- مقطعی	مراقبان بیماران سالمند با سکته مغزی	افزایش نیازهای مراقبتی بیماران سالمند موجب افزایش فشار مراقبتی مراقبان می‌شود.
حسینی و همکاران (۲۰۱۴)؛ ایران (۲۷)	ارتباط سلامت عمومی و بار مراقبتی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر	مقطعی از نوع همبستگی	مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر	کاهش سلامت عمومی مراقبان، با افزایش بار مراقبتی همراه می‌باشد.
رجبی و همکاران (۲۰۱۸)؛ ایران (۶۱)	پیش‌بینی بار مراقبتی بر اساس مقابله مذهبی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان	مقطعی- همبستگی	مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در مرحله انتهایی	به کارگیری سبک مقابله مذهبی منفی منجر به کاهش سلامت روان و افزایش بار مراقبتی می‌گردد.
صالحی نژاد و همکاران (۲۰۱۷)؛ ایران (۵۶)	بررسی تأثیر ارائه اطلاعات سلامت مبتنی بر وب بر بار مراقبتی مراقبان خانواده بیماران مبتلا به دمانس	مداخله‌ای با استفاده از گروه کنترل	مراقبان خانواده بیماران مبتلا به دمانس	ارائه اطلاعات از طریق وب بر بار مراقبتی مراقبان مؤثر بوده و موجب کاهش بار مراقبتی از طریق افزایش دانش و مهارت مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به دمانس می‌شود.
عباسی و همکاران (۲۰۱۲)؛ ایران (۲۳)	ارتباط فشار مراقبتی با مهارت‌های مقابله‌ای مراقبین بیماران تحت درمان با همودیالیز	توصیفی تحلیلی	مراقبین بیماران همودیالیزی	استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور و غنی‌سازی مهارت‌های سازگاری مراقبین فشار مراقبتی ادراک‌شده توسط مراقبین را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد.
Ongو همکاران (۲۰۱۸)؛ سنگاپور (۳۶)	تأثیر حمایت اجتماعی درک شده بر تاب‌آوری و بار مراقبتی در مراقبان سالمندان	توصیفی- مقطعی	مراقبان سالمندان مبتلا به بیماری جسمی یا روانی	افزایش حمایت اجتماعی درک شده باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش بار مراقبتی در مراقبان سالمندان می‌شود.
محمدی و همکاران (۲۰۱۰)؛ ایران (۲۴)	تأثیر مشارکت در گروه‌های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر	نیمه تجربی	مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر	مشارکت فعال مراقبین در گروه‌های حمایتگر، مصداق توانمندسازی آنان برای رویارویی با مشکلات مراقبت از سالمندان است که با کاهش فشار مراقبتی و ارتقاء سلامت معنوی، منجر به رویایی مؤثرتر مراقب با عوارض منفی مراقبت می‌شود.
محمدی شاهبلاغی (۲۰۰۶)؛ ایران (۱۳)	خودکارآمدی و فشارمراقبتی مراقبان عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در تهران	توصیفی- تحلیلی از نوع همبستگی	مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر	بین خودکارآمدی و بار مراقبتی مراقبان ارتباط معناداری وجود دارد. خودکارآمدی بالاتر با بار مراقبتی پایین‌تر همراه می‌باشد.
Senturk و همکاران (۲۰۱۸)؛ ترکیه (۳۷)	ارتباط بار مراقبتی و تاب‌آوری در مراقبان بیماران سالمند مبتلا به زوال عقل	توصیفی- مقطعی	مراقبان سالمندان مبتلا به زوال عقل	بین بار مراقبتی و تاب‌آوری رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد، به‌طوری‌که با افزایش سطح تاب‌آوری مراقبان، می‌توان بار مراقبتی مراقبان را کاهش داد.
scottو همکاران (۲۰۱۳)؛ آمریکا (۴۴)	ارتباط بار مراقبتی با تاب‌آوری در مراقبان بیماران آلزایمری	توصیفی- مقطعی	مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر	با افزایش تاب‌آوری، بار مراقبتی مراقبان کاهش می‌یابد.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

سال، نویسنده، کشور	مقاله عنوان	نوع مطالعه	پژوهش جامعه	یافته اصلی
Hu و همکاران (۲۰۱۸)؛ چین (۳۰)	ارتباط بین اضطراب و افسردگی با بار مراقبتی در مراقبان اصلی بیماران مبتلا به سکته مغزی	توصیفی- مقطعی	مراقبان اصلی بیماران مبتلا به سکته مغزی	اضطراب و افسردگی در مراقبان ارتباط مستقیمی با بار مراقبت دارد. اضطراب و افسردگی بالاتر با بار مراقبتی بیشتر همراه می‌باشد.
carlo و همکاران (۲۰۱۰)؛ آمریکا (۴۵)	بررسی بار مراقبتی در طول زمان در مراقبان بیماران مبتلا به بیماری مزمن پیشرفته	کوهورت	مراقبان سالمندان مبتلا به سرطان پیشرفته، نارسایی قلبی و بیماری مزمن انسدادی ریوی	نیاز به کمک بیشتر در کارهای روزانه سالمند با بار مراقبتی بیشتر در مراقبان همراه است.
Hu و همکاران (۲۰۱۶)؛ چین (۲۸)	عوامل مرتبط با بار مراقبتی در مراقبان خانواده بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در جنوب غربی چین	توصیفی- مقطعی	مراقبان خانواده بیماران مبتلا به نارسایی قلبی	سطح تحصیلات بیمار، دفعات بستری شدن در طی ۶ ماه گذشته، طول مدت بیماری، بیماری‌های زمینه‌ای، نبود بیمه و برخی ویژگی‌های مراقبان از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، میزان درآمد، مدت‌زمان مراقبت از بیمار، ساعات مراقبت در روز با بار مراقبتی در مراقبان ارتباط دارد.
Chiang و همکاران (۲۰۱۲)؛ تایوان (۵۰)	تأثیر مراقبت از راه دور بر بار مراقبتی، کنترل استرس و عملکرد خانواده در مراقبان خانواده بیماران نارسایی قلبی: یک مطالعه نیمه تجربی	نیمه تجربی	مراقبان خانواده بیماران نارسایی قلبی	مراقبت از راه دور همراه با برنامه‌ریزی برای ترخیص می‌تواند بار مراقبتی مراقبان خانواده را کاهش داده، کنترل استرس را بهبود بخشد و عملکرد خانواده را در طی یک ماه اول پس از ترخیص بهبود ببخشد.
Ge و همکاران (۲۰۱۷)؛ سنگاپور (۲۹)	عوامل مرتبط با بار مراقبتی بالاتر در مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به سرطان	مرور سیستماتیک	مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به سرطان	عملکرد فیزیکی پایین‌تر، کاهش وزن ناخواسته ۵٪ یا بیشتر، وجود اختلالات اسکلتی و عضلانی، دیسترس روانی شدید، محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی، نوع بیماری و نمره خودکارآمدی پایین‌تر در بیماران و سن پایین‌تر مراقبان، مدت‌زمان مراقبت از بیمار در طول هفته، کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، حمایت مالی ناکافی، کمبود حمایت اجتماعی باعث افزایش بار مراقبتی می‌شود.
چفجیری و همکاران (۲۰۱۷)؛ ایران (۵۷)	رابطه بار مراقبتی مراقبان خانواده بیماران سالمند با سکته مغزی و نگرش معنوی	توصیفی- مقطعی	مراقبان خانواده بیماران سالمند با سکته مغزی	آموزش خودمراقبتی معنوی، می‌تواند بار مراقبتی مراقبان را کاهش دهد.
Caroو همکاران (۲۰۱۷)؛ برزیل (۴۹)	استقلال و وضعیت شناختی بیماران بعد از سکته مغزی و ارتباط آن با بار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانواده	توصیفی- مقطعی از نوع همبستگی	مراقبان خانواده بیماران سالمند با سکته مغزی	بین کیفیت زندگی مراقبان خانواده و بار مراقبتی آنان ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد. کیفیت زندگی پایین‌تر با بار مراقبتی بیشتر همراه است.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

سال، نویسنده، کشور	مقاله عنوان	نوع مطالعه	پژوهش جامعه	یافته اصلی
Garandو همکاران (۲۰۱۲): آمریکا (۴۶)	غم پیش‌بینی‌شده در مراقبان خانواده مبتلایان به اختلال شناختی و دمانس	مقطعی	مراقبان سالمندان مبتلا به دمانس	غم پیش‌بینی‌شده یا واکنش عاطفی نسبت به از دست دادن قریب‌الوقوع یک عزیز با بار مراقبتی ارتباط دارد.
Hollyو همکاران (۲۰۰۹): آمریکا (۴۷)	تأثیر غم پیش‌بینی‌شده بر بار مراقبتی سالمندان مبتلا به دمانس	توصیفی–تحلیلی	مراقبان سالمندان مبتلا به دمانس	غم پیش‌بینی‌شده یا واکنش عاطفی نسبت به از دست دادن قریب‌الوقوع یک عزیز با بار مراقبتی تجربه‌شده ارتباط دارد و عاملی کلیدی در پیش‌بینی بار مراقبتی می‌باشد.
شفیع زاده و همکاران (۲۰۲۰): ایران (۶۲)	ارتباط بار مراقبتی با ویژگی‌های جمعیت شناختی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر	توصیفی–تحلیلی	مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر	سن بالای مراقب، مراقبت شبانه‌روزی از سالمند، جنس زن، وضعیت درآمد پایین و شدت بیماری سالمند با بار مراقبتی ارتباط دارد.
Chindaprasirt و همکاران (۲۰۱۴)؛ تایلند (۵۱)	عوامل خطر مرتبط با بار مراقبتی در مراقبان سالمندان مبتلا به سرطان پیشرفته	مقطعی	مراقبان سالمندان مبتلا به سرطان پیشرفته	وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نسبت با بیمار، میگرن، اختلالات اضطرابی و اسکلتی–عضلانی در مراقب و فعالیت‌های نیازمند کمک در سالمند با بار مراقبتی مراقبان ارتباط دارد.
Rhaو همکاران (۲۰۱۵)؛ کره شمالی (۱۴)	عوامل مؤثر بر بار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانواده بیماران سرطانی	توصیفی–مقطعی	مراقبان سالمندان مبتلا به سرطان	بار مراقبتی بیشتر باکیفیت زندگی پایین‌تر مراقبان همراه است. مراقبانی که از سالمندان با افت عملکردی مراقبت می‌کنند، بار مراقبتی بیشتری را متحمل می‌شوند.
Khalailaو همکاران (۲۰۲۰)، اسرائیل (۵۳)	بار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت در مراقبان خانواده سالمندان عرب	مقطعی	مراقبان سالمندان	خستگی ناشی از شفقت با بار مراقبتی مراقبان خانواده ارتباط دارد.
اربابی و همکاران (۲۰۲۱)، ایران (۶۶)	تأثیر یک برنامه حمایتی چند رشته‌ای بر بار مراقبتی مراقبان خانواده بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریوی پیشرفته: یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده	کارآزمایی تصادفی کنترل شده	مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه پیشرفته	برنامه حمایتی چند رشته‌ای (متخصص، روان-پرستار، پرستار متخصص) در کاهش بار مراقبتی مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریوی پیشرفته مؤثر است
Noguchi و همکاران (۲۰۲۰)، ژاپن (۵۴)	ارتباط بین بار مراقبتی مراقبان خانواده و بهزیستی ذهنی و اثر تعدیل‌کننده مشارکت اجتماعی در سالمندان ژاپنی: یک مطالعه مقطعی	مقطعی	مراقبان خانواده سالمندان	بین بهزیستی ذهنی و بار مراقبتی رابطه معکوس وجود دارد و مشارکت اجتماعی نقش تعدیل‌کنندگی دراین‌ارتباط دارد؛ بنابراین تشویق مراقبین به مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌تواند به بهبود بهزیستی ذهنی و درنتیجه کاهش بار مراقبتی بیانجامد.
Miravitllesو همکاران (۲۰۱۵)، اسپانیا (۲۶)	بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه	توصیفی–مقطعی	مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه	بین میزان وابستگی سالمند بیمار به مراقب و بار مراقبتی ارتباط وجود دارد. وابستگی بیشتر با بار مراقبتی بالاتر همراه است.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

سال، نویسنده، کشور	مقاله عنوان	نوع مطالعه	پژوهش جامعه	یافته اصلی
Shankar و همکاران (۲۰۱۴)، آمریکا (۴۸)	بار مراقبتی مراقبان سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی در زمان بستری شدن در بیمارستان–یک مطالعه مقطعی	مقطعی	مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی	بار مراقبتی با سن و نسبت مراقب با سالمند، افسردگی در مراقب، خودکارآمدی پایین مراقب و وضعیت اقتصادی پایین ارتباط دارد. همچنین وجود دیسترسهای روانی و اختلال در عملکرد به‌ویژه در فعالیت‌های روزمره زندگی در سالمند با بار مراقبتی بیشتر در مراقب همراه است.
باستانی و همکاران (۲۰۱۴)، ایران (۲۵)	ارتباط سالمت عمومی و فشار بار مراقبتی در زنان مراقبت‌کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر	مقطعی	مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر	بین سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی همبستگی معکوس معناداری وجود دارد؛ یعنی با کاهش سلامت عمومی فشار بار مراقبتی افزایش می‌یابد و برعکس.
شفیع‌زاده خولنجانی و همکاران (۲۰۲۰)، ایران (۶۴)	بررسی ارتباط بین فشار بار مراقبتی، اضطراب و افسردگی در مراقبان سالمندان آلزایمری	مقطعی	مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر	بین اضطراب و افسردگی مراقبین با بار مراقبتی ارتباط وجود دارد. اضطراب و افسردگی بیشتر با بار مراقبتی بالاتر همراه است.
صالحی و همکاران (۲۰۲۰)، ایران (۶۵)	ارتباط سلامت معنوی با بار مراقبت در مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به دمانس	توصیفی از نوع همبستگی	مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس	هرچه وضعیت معنویت وجودی مطلوب‌تر باشد، بار مراقبت ادراک‌شده توسط مراقبین در سطح پایین‌تری قرار خواهد داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه عوامل مرتبط با بار مراقبتی در مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن با استفاده از مرور منابع ذکر شده است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن از شیوع بالایی برخوردار بوده و اکثریت آنان سطوح مختلفی از بار مراقبتی از خفیف تا بسیار شدید را تجربه می‌نمایند (۵۱ و ۲۳). تفاوت در سطح بار مراقبتی تجربه شده در مراقبان می‌تواند به نوع بیماری، سیر بیماری، عوامل اجتماعی، میزان حمایت مراقبین از سوی سیستم‌های مراقبتی و همچنین ویژگی‌های فردی مراقبان و فرد سالمند مربوط باشد (۶ و ۲). مطالعات نشان می‌دهد مراقبانی که بار مراقبتی بیشتری را تجربه می‌کنند از خودکارآمدی کمتری برای ارائه مراقبت از سالمند برخوردار بوده و اغلب سلامت عمومی خود را بد گزارش نموده و مدعی ابتلا به نوعی اختلال در ابعاد بهداشت روان هستند (۷۲). از سوی دیگر این گروه از مراقبان با مشکلات عدیده‌ای مانند خستگی، اختلال در خواب، تحمل بار مسئولیت شدید، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی، مشکلات اقتصادی، اختلال در اشتغال و ادامه تحصیل و کاهش کیفیت زندگی مواجه هستند (۴۵ و ۲۹). افزایش فشارهای مراقبتی بر فرد مراقبت‌کننده از سالمند، پیامدهای مخاطره‌آمیزی را به دنبال خواهد داشت که درنهایت می‌تواند مراقبت ناکافی از بیمار، رها کردن بیمار و کاهش کیفیت زندگی بیمار را به دنبال داشته باشد (۲۳).

بر اساس یافته‌های پژوهش راوری (۵۵)، کاظمی (۳۵) و باماری (۸)، زنان بار مراقبتی بیشتری را نسبت به مردان متحمل می‌شوند. ایفای نقش و مسئولیت‌پذیری بیشتر زنان در امور مراقبتی که با هنجارهای فرهنگی و اجتماعی مرتبط می‌باشد و مراقبت را بیشتر نقشی زنانه می‌دانند تا مردانه، باعث می‌شود تا زنان بیشتر به‌عنوان مراقبان خانگی در هنگام بیماری افراد خانواده ازجمله سالمندان ایفای نقش‌نمایند؛ بنابراین بیشتر از مردان در معرض بار مراقبتی ناشی از نگهداری از سالمندان مبتلا به بیماری مزمن قرار دارند.

نتایج مطالعات ابوزاده گتابی (۱)، حسینی (۲۷)، کاظمی (۳۵)، راوری (۵۵) و باقر بیک (۵۹) نشان داد از نظر نسبت فرد مراقب با سالمند در اکثر مطالعات فرزندان دختر و سپس همسران وظیفه اصلی نگهداری از سالمند را بر عهده داشتند. هنجارهای فرهنگی و اجتماعی که مراقبت را

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

بیشتر نقشی زنانه می‌دانند تا مردانه، باعث می‌شود تا زنان بیشتر به‌عنوان مراقبان خانگی ایفای نقش نمایند. مراقبان دختر ممکن است به اندازه همسران بیماران دچار اختلالات جسمانی ناشی از بالا بودن سن نباشند؛ اما به دلیل وضعیت خانوادگی مستقل این مراقبان که بیشتر متأهل و دارای فرزند هستند و مسئولیت‌های مختلفی را بر عهده دارند که می‌تواند آنان را در برابر استرس ناشی از مراقبت آسیب‌پذیرتر کرده و بار مراقبتی بیشتری را به آنان تحمیل کند.

نتایج مطالعاتHU (۲۸)، Chindaprasirt(۵۱)، کاظمی (۳۵) و باقربیک (۵۹) بیانگر بار مراقبتی بالاتر در مراقبین متأهل نسبت به مجردها بود. متأهلین همراه با نقش مراقب، نقشه‌ای دیگری مانند تربیت و رسیدگی به فرزندان، موقعیت اجتماعی و رسیدگی به امور منزل را نیز بر عهده دارند. این مشغله کاری متأهلین و استرس‌های همراه با آن باعث می‌شود که میزان فشار مراقبتی و خستگی آن‌ها نسبت به مجردها بیشتر باشد.

سن مراقبین عامل دیگری است که در میزان بار مراقبتی نقش دارد. بر اساس یافته‌های مطالعات شفیع‌زاده (۶۲)، Shankar(۴۸) و دستیار (۷۴) سن بالاتر مراقبین با بار مراقبتی بیشتر همراه می‌باشد. مراقبان با سن بالاتر احتمالاً خود نیز به لحاظ روند افزایش سن ازنظر جسمی بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند و بعضاً ممکن است خود نیز به بیماری‌های جسمی مبتلا باشند. از سوی دیگر این عده از مراقبان احتمالاً به خاطر اینکه میزان فعالیت فیزیکی خود را کاهش می‌دهند ازنظر روانی نیز بیشتر از مراقبان جوان‌تر آسیب‌پذیر می‌باشند که علت آن می‌تواند ایزولاسیون اجتماعی تجربه شده به سبب پرداختن به مراقبت از فرد سالمند باشد.

بر اساس نتایج مطالعات ابوزاده گتابی (۱) وHU (۳۰) بار مراقبتی در مراقبان شاغل بیشتر بود. این امر می‌تواند به علت داشتن تعدد نقش و مسئولیت در خانواده و محل کار باشد که منجر به کشمکش در ایفای نقش و درنتیجه فشار بیشتر بر این گروه از مراقبان شود.

ابوزاده گتابی (۱)، شفیع‌زاده ۶۱، HU(۲۸) و Hsu (۵۲) در مطالعات خود نشان دادند وضعیت اقتصادی نامطلوب و پایین و عدم‌کفایت درآمد خانواده با بار مراقبتی بیشتر در مراقبان مرتبط می‌باشد. استرس‌های مالی خود به عنوان یکی از ابعادی است که در تعریف بار مراقبتی نیز به آن اشاره می‌شود. تأمین هزینه‌های مراقبت از بیمار به عنوان یک استرس برای مراقبان محسوب می‌شود که مراقبان را با چالش‌های متعددی مواجه می‌نماید. مراقبان ممکن است مجبور باشند که به خاطر ارائه مراقبت تمام‌وقت به بیمار، شغل خود را رها کرده و یا فعالیت‌های شغلی خود را محدود نمایند. برخی از مراقبان نیز ممکن است برای تأمین هزینه‌های مراقبت از بیمارشان مجبور به کار شوند؛ که در هر صورت منجر به تحمیل استرس بیشتر به مراقب و درنتیجه افزایش بار مراقبتی می‌گردد.

Duru(۷۵)، Hu(۲۸)، حسینی (۲۷)، عباسی (۲۳)، باستانی (۲۵)، سلمانی (۷۶) در مطالعات خود نشان دادند بین سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی همبستگی معکوس معناداری وجود دارد؛ یعنی مراقبان باسابقه بیماری‌های جسمی و سلامت عمومی پایین‌تر فشار مراقبتی بیشتری را تجربه می‌نمایند. در توجیه این یافته می‌توان بیان نمود که مراقبان با سلامت عمومی پایین اغلب احساس می‌کنند توان آن‌ها برای کار کردن کم است و بیشتر اوقات خسته و ناتوان به نظر می‌رسند. این امر باعث می‌شود تا بیشتر احساس افسردگی، درماندگی، به دام افتادن در کار و فرسودگی داشته باشند و بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات جسمی و روانی مزمن بشوند. از سوی دیگر این دسته از مراقبان باوجود بیماری‌های جسمی و سلامت عمومی پایین به دلیل مراقبت از سالمند زمان کمتری برای استراحت داشته و زمان کمتری به خود اختصاص می‌دهند و حتی ممکن است بیماری و درمان خود را نادیده بگیرند که درنتیجه باعث افزایش قابل‌توجه بار مراقبتی در آنان می‌شود.

بر اساس نتایج مطالعاتChindaprasirt (۵۱)، (۲۸) Hu، سلمانی (۷۶)، دستیار (۷۴) و قانع (۶۳) تحصیلات پایین‌تر مراقبان با بار مراقبتی بالاتر همراه بود. این مسئله می‌تواند به جهت نداشتن دانش و آگاهی و درک کافی در ارتباط با بیماری و نیازهای مراقبتی سالمند و عدم توانایی برای بهره‌گیری از منابع اطلاعاتی موجود به‌وسیله این عده از مراقبان باشد. عدم آگاهی، با افزایش فشار روانی در مراقبان، می‌تواند فشار مراقبتی را در آنان افزایش دهد.

مطالعه عباسی و همکاران (۲۳) نشان داد استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور، فشار مراقبتی ادراک‌شده توسط مراقبان را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد و مراقبانی که از روش‌های مقابله‌ای مسئله محور استفاده می‌نمایند، فشار مراقبتی مرتبط با زمان و فشار مراقبتی جسمی کم‌تری دارند. درحالی‌که به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای هیجان مدار منجر به افزایش بار مراقبتی می‌گردد. زمانی که انسان تحت تأثیر شرایط استرس‌زا قرار بگیرد، برای مقابله با استرس استفاده از روش‌های مقابله‌ای ضروری است و سازگاری مؤثر با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب می‌تواند افراد را از آسیب‌ها و مشکلات جسمی و روانی حفظ کند. راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

بر اساس مطالعه چفیری ترابی و همکاران (۵۷)، سلامت و نگرش معنوی پایین‌تر با بار مراقبتی بالاتر همراه بود. دین و معنویت منابع قابل‌توجهی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی به شمار می‌روند (۷۷). معنویت نه‌تنها بر وضعیت روانی و سلامت روان فرد تأثیر می‌گذارد، بلکه باعث بهبود سلامت جسمی و افزایش توانایی مقابله با بحران‌ها و وقایع استرس‌آور می‌شود (۷۸).

مطالعه رجبی و همکاران (۶۱) نشان داد به‌کارگیری سبک مقابله‌ای مذهبی منفی تأثیر منفی بر تحمل فشار مراقبان داشته و منجر به کاهش سلامت روان و افزایش بار مراقبتی می‌گردد. در توجیه این مطلب می‌توان بیان نمود که استفاده از سبک مقابله‌ای مذهبی مثبت (بازنگری خیرخواهانه مذهبی، ارزیابی مجدد قدرت خدا، جستجوی حمایت معنوی، مقابله مذهبی مشارکتی، پالایش مذهبی، آمرزش مذهبی، کمک‌رسانی مذهبی، تمرکز مذهبی، ارتباط معنوی و جستجوی حمایت از روحانیون) می‌تواند با افزایش امیدواری و خودکارآمدی و کاهش تنش‌ها منجر به افزایش سلامت روان و درنتیجه کاهش بار مراقبتی شود. درواقع مذهب به‌عنوان نوعی مکانیسم مقابله‌ای درونی فرصت مقابله با فشارهای روانی در زندگی را به افراد می‌دهد.

نتایج مطالعات Hu و همکاران (۲۸) و شاهبلاغی و همکاران (۱۳) نشان داد حمایت اجتماعی و خودکارآمدی از عوامل مؤثر بر بار مراقبتی در مراقبان می‌باشند. به‌نحوی‌که مراقبانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند و خودکارآمدی پایین‌تری دارند، بار مراقبتی بیشتری را متحمل می‌شوند. به نظر می‌رسد مراقبانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند وقت و انرژی بیشتری برای مراقبت از خود و سالمند تحت مراقبت و همچنین رسیدگی به فعالیت‌های اجتماعی و خانوادگی را دارند و درنتیجه بهتر می‌توانند سبک زندگی خود را با بیمار تحت مراقبت سازگار نمایند. از سوی دیگر مراقبانی که دارای خودکارآمدی بالاتری هستند، تمایل دارند بتوانند با استرس و وظایف مراقبتی با سهولت بیشتری کنار بیایند که درنتیجه بار مراقبتی کمتری را تجربه می‌کنند. در مقابل مراقبانی که از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردار هستند بر ابعاد منفی و ضعف‌های خود، سختی مهارت‌های مراقبتی و شکست‌ها تمرکز می‌یابند و ابراز می‌دارند که از حمایت کمتر اطرافیان برخوردار می‌باشند.

یکی دیگر از عوامل مرتبط با بار مراقبتی ذهن آگاهی است. حسینی و همکاران (۵۸) در مطالعه خود نشان دادند که انجام مداخله ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش بار مراقبتی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر شود. مداخله ذهن آگاهی که شامل بحث درباره ذهن آگاهی، روش‌های کنترل استرس، شیوه آرام‌سازی عضلات و روش‌های مختلف مراقبه است با کاهش استرس و بهبود سلامت روان مراقبان و درنتیجه مقابله بهتر با وضعیت‌های استرس‌زا باعث کاهش بار مراقبتی به‌ویژه در بعد ذهنی و روانی می‌شود.

ازجمله عوامل تأثیرگذار بر بار مراقبتی مراقبان کمبود دانش و آگاهی و نداشتن مهارت‌های لازم برای مراقبت از سالمند بیمار است. در این راستا قانع و همکاران (۶۳) در مطالعه خود نشان دادند که برنامه آموزشی–حمایتی بر فشار مراقبتی مراقبان بیماران تحت همودیالیز مؤثر بوده و باعث کاهش بار مراقبتی در آنان می‌گردد. درواقع با آموزش چگونگی مراقبت از بیمار در منزل و مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور به مراقبان می‌توان آن‌ها را در ایفای مناسب نقش مراقبتی، سازگاری با مسؤولیت‌ها و تغییرات ایجاد شده در شیوه زندگی به دنبال مراقبت از بیمار در منزل توانمند ساخت که درنتیجه به کاهش بار مراقبتی منجر خواهد شد.

نتایج مطالعه محمدی و بابایی (۲۴)، اثربخشی مشارکت در گروه‌های حمایتگر را بر کاهش بار مراقبتی در مراقبان سالمندان مبتلابه آلزایمر نشان داد. به نظر می‌رسد مشارکت مراقبان در گروه‌های حمایتگر با ایجاد فرصتی برای تبادل احساسات، تجارب، دانش و آگاهی و مهارت‌های مراقبتی و حل مسئله منجر به کاهش استرس و کاهش بار مراقبتی می‌گردد.

صالحی نژاد و همکاران (۵۶) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ارائه اطلاعات از طریق وب باعث کاهش بار مراقبتی مراقبان خانواده سالمندان مبتلا به دمانس می‌گردد. در این رابطه می‌توان اذعان نمود که ازجمله عوامل مؤثر در ارائه مراقبت مناسب و باکیفیت به سالمند تحت مراقبت توانمندی ذهنی و عملی (داشتن دانش و آگاهی و مهارت لازم و کافی در رابطه با بیماری سالمند) می‌باشد. در این راستا به نظر می‌رسد اینترنت به‌عنوان ابزاری باقابلیت کاربرد بالا، آسان، کم‌هزینه و در دسترس بیش‌ازپیش موردتوجه قرارگرفته و بسیاری از افراد تمایل دارند تا اطلاعات بهداشتی موردنیاز خود را از این طریق دریافت نمایند؛ بنابراین استفاده از روش‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی غیرحضوری با فراهم نمودن حمایت و مشاوره به مراقبان می‌تواند به کاهش استرس و بار مراقبتی کمک نماید.

یکی دیگر از عوامل مرتبط با بار مراقبتی اندوه پیش‌بینی (سوگواری) است Garand .و همکاران (۴۶) و Holley و همکاران (۴۷) در مطالعات خود نشان دادند بین اندوه پیش‌بینی (سوگواری) و بار مراقبتی ارتباط وجود دارد بدین ترتیب که مراقبانی که نمره سوگواری آن‌ها بالاتر بود، از بار مراقبتی بیشتری رنج می‌بردند. اندوه پیش‌بینی (سوگواری) می‌تواند بر سلامت روانی و جسمی، بهره‌وری و روابط اجتماعی مراقبان تأثیر منفی بگذارد و درنتیجه منجر به افزایش بار مراقبتی گردد.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

خستگی ناشی از شفقت عامل دیگری است که با بار مراقبتی مراقبان ارتباط دارد. Khalaila(۵۳) در مطالعه خود نشان دادند خستگی ناشی از شفقت بیشتر با بار مراقبتی بیشتر در ارتباط است. خستگی ناشی از شفقت می‌تواند باعث بروز پیامدهایی مانند افسردگی، بی‌خوابی، توقف همدلی، تنش شدید و اضطراب، احساس گناه، درماندگی، کاهش خودکنترلی، کاهش انگیزه و عدم توانایی در انجام مراقبت در فرد مراقب گردیده و سلامت جسمانی و روانی آور ا به مخاطره بیندازد و باعث افزایش بار مراقبتی گردد.

افسردگی و اضطراب عامل دیگری است که با بار مراقبتی مراقبان در ارتباط می‌باشد Hu .(۳۰) و Shankar (۴۸) در مطالعات خود نشان دادند که وجود افسردگی و اضطراب با بار مراقبتی مراقبان مرتبط می‌باشد. زندگی مراقبان به‌واسطه مراقبت از سالمند بیمار دچار تغییراتی از قبیل کمبود وقت، کاهش حس عاطفی، اختلال در زندگی اجتماعی، احساس از دست دادن کنترل بر زندگی شخصی و به وجود آمدن فشار فیزیکی و عاطفی (اضطراب، استرس و افسردگی) می‌شود که باعث افزایش بار مراقبتی در ابعاد جسمانی و عاطفی و اجتماعی می‌شود.

Ong(۳۶)، Scott(۴۴) و Senturk (۳۷) در مطالعات خود نشان دادند بار مراقبتی مراقبان با تاب‌آوری در ارتباط است و مراقبان با تاب‌آوری بیشتر بار مراقبتی کمتری را متحمل می‌شوند. تاب‌آوری نقطه مقابل آسیب‌پذیری است. تاب‌آوری به‌واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به‌عنوان میانجی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها عمل می‌نماید که درنتیجه باعث کاهش آسیب‌پذیری افراد در برابر شرایط تنش‌زا مانند مراقبت از بیمار می‌شود.

Rah(۱۴) و Caro (۴۹) در مطالعات خود نشان دادند کیفیت زندگی مراقبان با بار مراقبتی در ارتباط هست. عدم برخورداری از سلامت جسمانی و روانی، حمایت اجتماعی و مالی نامناسب، روابط اجتماعی نامناسب با خانواده و دوستان که از ابعاد کیفیت زندگی می‌باشند می‌توانند در بار مراقبتی تأثیرگذار باشد.

بر اساس نتایج مطالعاتHu (۲۸) و Ge (۲۹) سن بالاتر سالمند با بار مراقبتی بیشتر در مراقبان همراه می‌باشد. سنین بالاتر به لحاظ تغییرات فیزیولوژیکی در سیستمهای اسکلتی عضلانی، عصبی و ساختار عملکرد ذهنی و شناختی مرتبط با فرآیند پیری معمولاً با اختلال حرکتی، عملکردی و شناختی بیشتری مواجه است که باعث کاهش استقلال و وابستگی بیشتر سالمند به مراقب می‌گردد.

در مطالعه Hu و Ge سطح تحصیلات پایین‌تر سالمندان با بار مراقبتی بیشتر در مراقبان در ارتباط بود (۲۹ و ۲۸). پایین بودن سطح تحصیلات بادانش و آگاهی و مهارت نامناسب و ناکافی و خودکارآمدی کمتر برای مراقبت از خود و همچنین عدم توانایی برای بهره‌گیری از منابع اطلاعاتی مختلف در ارتباط می‌باشد و باعث می‌شود تا سالمند از توانمندی کمتری برای مراقبت از خود برخوردار بوده به مراقب خود وابسته باشد.

بر اساس نتایج مطالعات Hu(۲۸)، Ge(۲۹) وOng (۳۶) نداشتن حمایت مالی کافی و مناسب سالمند با افزایش بار مراقبتی در مراقبان همراه است. در توجیه این یافته می‌توان بیان نمود که عدم برخورداری سالمند از حمایت مالی مناسب باعث به مخاطره افتادن استقلال سالمند، وابستگی او به فرزندان و تحمیل هزینه‌های مالی سالمند به خانواده می‌گردد که درنتیجه مراقبان سالمند را با استرس و افزایش بار مراقبتی مواجه می‌نماید.

بر اساس نتیجه مطالعه HU (۲۸) قرار نداشتن سالمند تحت پوشش بیمه باعث افزایش بار مراقبتی مراقبان می‌گردد. استفاده از خدمات بهداشتی درمانی به لحاظ شیوع بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی افزایش می‌یابد که هزینه‌های زیادی را در پی دارد. عدم برخورداری از خدمات بیمه بار مالی زیادی را به سالمند و خانواده تحمیل می‌نماید که خود به‌عنوان یک استرس برای مراقبان محسوب می‌شود.

بر اساس نتایج مطالعات کاظمی (۳۵) و Miravitlles (۲۶) وابستگی بیشتر بیمار سالمند به مراقب با بار مراقبتی بالاتری همراه است. وابستگی زیاد سالمند به مراقب باعث خستگی، فرسودگی، اختلال در نقشه‌ای خانوادگی و اجتماعی، استرس زیاد و اختصاص زمان کمتر به خود در فرد مراقب شده و زمینه را برای بروز مشکلات جسمی و روانی در فرد مراقب سالمند مستعد می‌نماید که این امر خود منجر به افزایش بار مراقبتی می‌گردد.

بر اساس مطالعه Hu (۲۸) همزمانی چند بیماری مزمن زمینه‌ای در سالمند و بر اساس نتایج مطالعات Ge (۲۹) و طالبی (۳۱) نوع بیماری سالمند باعث افزایش بار مراقبتی در مراقبان می‌گردد. در توجیه این مطلب می‌توان بیان کرد که همزمانی چند بیماری زمینه‌ای با توجه به نوع بیماری، ماهیت و سیر هر بیماری و نیازهای مراقبتی خاص هر یک باعث افزایش نیاز به مراقبت و درنتیجه فشار مراقبتی بیشتر می‌گردد. همچنین نوع بیماری سالمند با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده و پیچیده آن و با توجه به میزان وابستگی که در سالمند ایجاد می‌کند بر بار مراقبتی مراقبان مؤثر است.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

بر اساس نتایج مطالعات طالبی (۳۱)، شفیع‌زاده (۶۲) وGe (۲۹)، شدت و وخامت بیماری موجود در سالمند باعث افزایش بار مراقبتی در مراقبان می‌گردد. شدت و وخامت بیماری سالمند باعث افزایش میزان وابستگی سالمند به مراقب و نیاز به مراقبت گردیده و درنتیجه منجر به افزایش بار مراقبتی در مراقب می‌گردد.

HU(۲۹)، Rah(۱۴) و Shankar (۴۸) نیز در مطالعات خود نشان دادند که عملکرد فیزیکی پایین‌تر (افت عملکردی بیشتر) در سالمند تحت مراقبت با بار مراقبتی بیشتر همراه است. افت عملکردی سالمند منجر به ناتوانی سالمند در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی شده و درنتیجه منجر به وابستگی بیشتر سالمند به مراقب خود و افزایش بار مراقبتی می‌گردد.

Tosun (۸۰) در مطالعه خود بیان می‌کند که وجود اختلالات شناختی در سالمند باعث افزایش بار مراقبتی در مراقبان می‌شود. اختلال شناختی در سالمند باعث افت کارایی و کیفیت زندگی، افزایش ناتوانی و آسیب‌پذیری، کاهش استقلال و افزایش وابستگی سالمند به مراقبان و درنتیجه افزایش بار مراقبتی می‌گردد.

بر اساس نتایج مطالعات Schulz (۷۰) و Gitlin (۷۱) محیط فیزیکی نامناسب محل زندگی سالمند (نداشتن امکانات رفاهی مناسب و وجود پله) با بار مراقبتی مراقبان ارتباط دارد. در توجیه این بافته می‌توان اظهار داشت که متناسب نبودن طراحی محیط داخلی محل زندگی سالمند با وضعیت و نیازهای سالمند و عدم رعایت نکات ایمنی لازم در محیط خانه و همچنین نبودن امکانات رفاهی و کمک حرکتی لازم برای سالمند باعث کاهش استقلال سالمند به‌ویژه در فعالیت‌های روزمره زندگی، افزایش خطر بروز حوادث و سوانح ناخواسته ازجمله سقوط و پیامدهای حاصل از آن شده و درنتیجه منجر به وابستگی سالمند به فرد مراقب می‌گردد. از سوی دیگر عدم وجود شرایط فیزیکی مناسب در محیط زندگی سالمند باعث تحمیل بیشتر بار جسمی ناشی از مراقبت و خستگی و فرسودگی مراقبان می‌گردد.

نتایج مطالعات ابوزاده گتابی (۱)، طالبی (۳۱)، کاظمی (۳۵)، Ge(۲۹)، Hu(۲۸) نشان داد مراقبانی که مدت‌زمان بیشتری از سالمند مراقبت می‌کردند بار مراقبتی بیشتری داشتند. شفیع‌زاده (۶۲) در مطالعه خود بیان می‌نماید مراقبت مداوم و مستمر شبانه‌روزی از سالمند با بار مراقبتی بیشتری در مراقب همراه می‌باشد Ge.(۲۹)، Garlo(۴۵) و Shankar (۴۸) در مطالعات خود بیان کردند که کمک روزانه در فعالیت‌های روزمره زندگی سالمند که نیازمند حضور مداوم مراقب می‌باشد باعث افزایش بار مراقبتی در مراقب می‌گردد. Schulz(۷۰) نیز بیان می‌کند مراقبت به‌تنهایی و بدون حمایت باعث افزایش بار مراقبتی در مراقب می‌گردد. در توجیه این نتایج می‌توان بیان کرد مراقبت طولانی‌مدت و مداوم و همچنین به‌تنهایی و بدون برخورداری از حمایت سایر افراد خانواده و یا مراقبان رسمی مراقبان خانواده را در طول زمان دچار خستگی و فرسودگی جسمی و روانی می‌کند که درنتیجه منجر به افزایش بار مراقبتی می‌گردد.

با توجه به اینکه بار مراقبتی مراقبان خانواده سالمندان مبتلابه بیماری‌های مزمن تحت تأثیر عوامل مختلف اعم از ویژگی‌های مرتبط با مراقب، ویژگی‌های مرتبط با سالمند بیمار، ویژگی‌های مراقبت قرار دارد لازم است تا در مراکز مشاوره‌ای، حمایتی، آموزشی و همچنین پرستاران در برنامه‌های حمایتی‌شان به‌منظور کاهش بار مراقبتی مراقبان خانواده سالمندان مبتلابه بیماری‌های مزمن، این عوامل را در نظر بگیرند. در این راستا با عنایت به مباحث مطرح‌شده و یافته‌های حاصل از مرور بر مطالعات جهت کاهش بار مراقبتی در مراقبان خانواده سالمندان مبتلابه بیماری‌های مزمن استراتژی‌های زیر پیشنهاد می‌گردد: افزایش دانش و آگاهی مراقبان با آموزش‌های بالینی در مراکز درمانی، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش‌های مبتنی بر وب، مداخلات رفتاری- شناختی، به‌کارگیری برنامه آموزشی-حمایتی و مشارکت دادن فعال مراقبان در گروه‌های حمایت گر، ارتقاء سطح تاب‌آوری و خودکارآمدی، مراقبت از راه دور همراه با برنامه‌ریزی برای ترخیص، بررسی سلامت عمومی مراقبان و غربالگری اضطراب و افسردگی و مشکلات سلامتی در آنان، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و سلامت معنوی، تشویق مراقبان به افزایش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی به‌منظور حفظ و ارتقاء بهزیستی ذهنی و حس خوب بودن، توانمندسازی سالمندان در امر مراقبت از خود به‌منظور کاهش میزان وابستگی، بهسازی محیط زندگی سالمند ازنظر معیارهای فیزیکی محیطی، ایمنی و رفاهی به‌منظور تشویق هر چه بیشتر سالمند به داشتن استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی و کاهش وابستگی به مراقب.

تقدیر و تشکر

این مقاله مروری بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد سالمندی با کد اخلاق IR.MUBABOL.HRI.REC.1398.326 می باشد، بدین وسیله، از دانشگاه علوم پزشکی بابل تقدیر و تشکر به عمل می آید.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

References

1. Aboozadeh Gotabi K, Ghanbari Moghaddam A, Mohammadi M, Zarei F. The burden of family caregivers caring for older adults and its relationship with some factors. njv. 2016; 3(6):27-36. [In Persian]
2. Rohani H, Eslami AA, Jafari-Koshki T, Raei M, Abrishamkarzadeh H, Mirshahi R et al. The factors affecting the burden of care of informal caregivers of the elderly in Tehran. J Kermanshah Univ Med Sci. 2015; 18(12):726 -33. [In Persian]
3. Darvishpoor Kakhki A, Abed saeedi J. Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) of elderly people in Tehran. J Nurs Midwifery. 2013; 23:8–16. [In Persian]
4. Habibi A, Nemadi-Vosoughi M, Habibi S, Mohammadi M. Quality of life and prevalence of chronic illnesses among elderly people: A cross-sectional survey. J health. 2012; 3(1):58-66. [In Persian]
5. Khezri R, Ravanipour M, Motamed N, Vahedparast H. Effect of self-management empowering model on the quality of life in the elderly patients with hypertension. Iran.J..Ageing. 2016; 10(4):68-79. [In Persian]
6. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Kozubski W. Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. AMS. 2014;10(5):941-50.
7. Pesantes MA, Brandt LR, Ipince A, Miranda JJ, Diez-Canseco F. An exploration into caring for a stroke-survivor in Lima, Peru: Emotional impact, stress factors, coping mechanisms and unmet needs of informal caregivers. EN eurological Sci. 2017; 6:33-50.
8. Bamari F, Madarshahian F, Barzgar B. Review's burden of caring caregivers of patients with type II diabetes referred to diabetes clinic in the city of Zabol. J Diabetes Nurs. 2016; 4 (2):59-67. [In Persian]
9. Mazdeh M, Torabian S, Zafari P. Recurrent stroke in hospitalized patients, in Farshchian hospital of Hamadan, Iran: 2004-2009. HMJ. 2012; 16(4):293-8. [In Persian]
10. Cheng HY, Chair SY, Chau JP. The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. Patient edu couns. 2014; 95(1):30-44.
11. Kneebone II. A framework to support cognitive behavior therapy for emotional disorder after stroke. Cogn Behav Pract. 2016; 23(1):99-109.
12. Mohamed S, Rosenheck R, Lyketsos CG, Schneider LS. Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates. Am J Geriatr Psychiatry. 2010; 18(10):917-27.
13. Mohammadi Shahbalaghi F. Self-efficacy and burden of caring in family caregivers of the elderly with Alzheimer's disease in Tehran. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2006; 1(1):26-33. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

14. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. Eur J Oncol Nurs. 2015; 19(4):376-82.
15. Abbasi A, Asayesh H, Ruhani H, Shariati A, Hosseini A, Rouhi GH. The Burden on cargivers from Hemodialysis patients and Related Factors. J Res Dev Nurs Midw. 2011; 8(1):26-33.
16. Adili D, Dehghani-Arani F. The Relationship between Caregivers Burden and Patients Quality of life women with Breast Cancer. J Res Psychol Health. 2018; 12(2): 30-9. [In Persian]
17.Gage-Bouchard EA, Devine KA, Heckler CE.The relationship between socio demographic characteristics, family environment, and caregiver coping in families of children with cancer. J Clin Psychol Med. 2013; 20(4):478-87.
18. Govina O, Kotronoulas G, Mystakidou K, Katsaragakis S, Vlachou E, Patiraki E. Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. Eur J Oncol Nurs. 2015; 19(1):81-8.
19. Papastavrou A, charalambous A, Tsangari H.How do informal caregivers of patient with Cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed. Eur J Oncol Nurs .2012; 16(3):258-63.
20. Beach SR, Schulz R, Yee JL, Jackson S. Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. Psychol Aging. 2000; 15(2): 259-71.
21. Mourad GM, Zaki RA, Ali RA. Improving coping abilities among caregivers of patients with cerebrovascular stroke. J Educ Pract. 2014; 5(36):8-20.
22. Narekuli A, Raja K, Kumaran S. Impact of physical therapy on burden of caregivers of individuals with functional disability. DCID. 2011; 22(1): 108-19.
23. Abbasi A, Ashraf-Ebrahimi N, Asayesh H, Shariati A, Rahmani H, Mollaei E. Relationship between caregiver's burden and counter skills in hemodialysis patient. J. Urmia Nurs. Midwifery Fac. 2012; 4(39):533-9.. [In Persian]
24. Mohammadi F, Babaee M. The effect of supportive group participation and pressure on spiritual health care "family caregivers" seniors suffering from Alzheimer's disease. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2011; 6(1):29-37. [In Persian]
25. Bastani F, Hosseiny R.S, Baniasad M.M, Haghni H. Investigation of General Health in Female Care givers of Elderly People with Alzheimer. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2010; 5(3):41-53. [In Persian]
26. Miravitlles M, Longobardo P. Caregiver's burden in Patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015; 10: 347-56.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

27. Hosseiny R, Aliganpoor M, Bastani F, Salehabadi S, Ghezelbash S. Relationship between general health and burden in female caregivers of patients with Alzheimer disease. jsums. 2015; 21(6):134-42. [In Persian].
28. Hu X, Dolansky MA, Hu X, Zhang F, Qu M. Factors associated with the caregiver burden among family caregivers of patients with heart failure in southwest China. Nurs health Sci. 2016; 18(1):105-12.
29. Ge L, Mordiffi SZ. Factors associated with higher caregiver burden among family caregivers of elderly cancer patients: a systematic review. Cancer nurs. 2017; 40(6):471-8.
30. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. Medicine. 2018; 97(40):e12638.
31. Talebi M, Mokhtari Lakeh N, Rezasoltani P. Caregiver Burden in Caregivers of Renal Failure Patients under Hemodialysis. J Holist Nurs Midwifery. 2016; 26(2):59-68. [In Persian].
32. Aliakbarian M, Karimi Moonaghi H, Emadzade A, Behnam Vashani H. The effect of group training on burden of care givers of Children with Cancer. mjms. 2019; 62(5): 1692-1699. [In Persian].
33. Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver Burden on familycaregivers' physical health. Arch Gerontol Geriatr. 2010; 50(3): 267-71.
34. Harding R, Gao W, Jackson D, Person C, Murray J, Higginson IJ. Comparative analysis of in formal Caregiver burden in advanced Cancer, dementia and ac quired brain injury. J Pain Symptom Manag. 2015; 50(4): 445-52.
35. Kazemi A, Azimian J, Mafi M, Motalebi SA. Relationship between burden of care of caregivers and dependence level of elderly patients with stroke. J Nurs Midwifery. 2019; 16(11):841-8.
36. Ong HL, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan ME, et al. Resilience and burden in caregiver of older adults: moderating and mediating effects of perceived Social support. BMC Psy chiatry. 2018; 18(1):27.
37. Senturk SG, Akyol MA, Kucukguclu O. The Relationship between Caregiver Burden and Psychological Resilience in Caregivers of Individuals with Dementia. Int. J. Caring Sci. 2018; 11(2):1223-30.
38. Khan KS, Kunz R, Kleijnen J, Antes G. Five steps to conducting a systematic review. J R Soc Med. 2003; 96(3):118-21.
39. Grove SK, Gray JR. Understanding Nursing Research E-Book: Building an Evidence-Based Practice. Elsevier Health Sciences; 2018.
40. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMC med. 2010; 8(1):18.27.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

41. Sidani S, Braden CJ. Evaluating Nursing Interventions: A Theory-Driven Approach. Thousand Oaks. CA: Sage;1998.
42. Knottnerus A, Tugwell P. STROBE—a checklist to strengthen the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. J Clin Epidemiol. 2008; 61(4):323.
43 - Da Costa BR, Cevallos M, Altman DG, Rutjes AW, Egger M. Uses and misuses of the STROBE statement: bibliographic study. BMJ Open. 2011; 1(1): e000048.
44. Scott CB. Alzheimer's disease Caregiver Burden: Does Resilience Matter? J Hum Behav Soc Environ. 2013; 23(8):879-92.
45. Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. J Am Geriatr Soc. 2010; 58(12):2315-22.
46. Garand L, Lingler JH, Deardorf KE, DeKosky ST, Schulz R, Reynolds III CF, et al. Anticipatory grief in new family caregivers of persons with mild cognitive impairment and dementia. Alzheimer Dis. Assoc Disord. 2012; 26(2):159-65.
47. Holley CK, Mast BT. The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. Gerontologist. 2009; 49(3):388-96.
48.Shankar KN, Hirschman KB, Hanlon AL, Naylor MD. Burden in caregivers of cognitively impaired elderly adults at time of hospitalization: a cross-sectional analysis. J Am Geriatr Soc. 2014; 62(2):276-84.
49. Caro CC, Mendes PV, Costa JD, Nock LJ, Cruz DM. Independence and cognition post-stroke and its relationship to burden and quality of life of family caregivers. Top Stroke Rehabil. 2017; 24(3):194-9.
50. Chiang LC, Chen WC, Dai YT, Ho YL. The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: a quasi-experimental study. Int J Nurs Stud. 2012; 49(10):1230-42.
51. Chindaprasirt J, Limpawattana P, Pakkaratho P, Wirasorn K, Sookprasert A, Kongbunkiat K, et al. Burdens among caregivers of older adults with advanced cancer and risk factors. Asian Pac J Cancer Prev. 2014; 15(4):1643-8.
52. Hsu T, Loscalzo M, Ramani R, Forman S, Popplewell L, Clark K. Factors associated with high burden in caregivers of older adults with cancer. Cancer. 2014; 120(18):2927-35.
53. Khalaila R. Caregiver burden and compassion fatigue among Arab family caregivers of older relatives. J Appl Gerontol. 2021; 40(7):722-30.
54.Noguchi T, Nakagawa-Senda H, Tamai Y, Nishiyama T, Watanabe M, Kamiya M, et al. The association between family caregiver burden and subjective well-being and the moderating effect of social participation among Japanese adults: A cross-sectional study. In Health care. 2020; 8(2):87.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

55. Ravari A, Mirzaei T, Salamizadeh A, Askari Majdabadi H. Effect of the spiritual care training on anxiety reduction in home caregivers of the elderly with Alzheimer disease. Koomesh. 2017; 19(2):467-74. [In Persian].
56. Salehi NS, Azami M, Motamedi F, Bahaadinbeigy K, Sedighi B, Shahesmaili A. The effect of web-based information intervention in caregiving burden in caregivers of patients with dementia. J Biomed Health Inform.2017; 4(3): 181-91.
57. Chafjiri RT, Navabi N, Shamsalinia A, Ghaffari F. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. Clin Interv Aging. 2017; 12:453-58.
58. Hosseini MA, Mohammadzaheri S, Fallahi Khoshkenab M, Mohammadi Shahbolaghi F, Reza Soltani P, Sharif Mohseni M. Effect of mindfulness program on caregivers' strain on Alzheimer's disease caregivers. Iran J Ageing. 2016; 11(3):448-55. [In Persian]
59. Bagherbeik Tabrizi L, Navab E, Farokhnezhad Afshar P, Asadi Noghabi AA, Haghani H. Effect of cognitive-behavioral intervention on burden of family caregivers of patients with Alzheimer's disease. hayat. 2015; 21(1):94-102. [In Persian]
60. Alaee N, Zaeri F, Shahrestanaki M. The burden of caring for family caregivers of the elderly with chronic diseases in Tehran, 1398. JGN. 2018; 5(1). [In Persian]
61. Rajabi M, Bastami M, Shahvaroughi Farahani N, Tavanaie A H, Ghanbari B, Alasti H. Religious coping as a predictor of the burden of care in the caregivers of end-stage cancer patients. IJN. 2018; 31 (114):6-16. [In Persian]
62. shafizadeh A, mirzaee A, heravi-karimooi M, rejeh N, sharif nia H, montazeri A. Relationship between Caregiver Burden and Demographic Characteristics in Caregivers of Alzheimer's Elderly. JNE. 2020; 9(1):65-73. [In Persian]
63. Ghane G, Ashghali farahani N, Seyedfatemi N, Haghani H. Effectiveness of supportive program on the burden in family caregivers of hemodialysis patients. J Nurs Midwifery. 2017; 14 (10):885-95. [In Persian]
64.shafizadeh A, mirzaee A, heravi-karimooi M, rejeh N, sharif nia H, montazeri A. Relationship between Caregiver Burden and Depression and Anxiety in Caregivers of Alzheimer's Elderly. IJNR; 2020; 15(2):67-75. [In Persian]
65. Salehi M, Ahmadzad asl M, Seddigh R, Rashedi V, Almasi Dooghaee M, Kamalzadeh L, et al. The Relationship between Spiritual Well-Being and Care Burden in Unofficial Caregivers of Elderly Patients with Dementia. IJPCP. 2020; 26 (1):64-75. [In Persian]
66. Arbabi M, Rahimi H, Mehrpooya N, Vagharseyyedin SA, Mortazavi Moghaddam SG. The Effects of a Multidisciplinary Supportive Program on Caregiver Burden among the Family Caregivers of Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Field Trial. J Adv Med Biomed Res. 2021; 29(135):206-14. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]

67. Zarit SH, Reever KE, Bach -Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist. 1980; 20(6):649–55.
68. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. The Gerontologist. 1989; 29(6):798–803.
69. Robinson BC. Validation of a caregiver strain index. J Gerontol. 1983; 38(3):344-8.
70. Schulz R, Eden J. Families caring for an aging America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016.
71.Gitlin LN, Winter L, Corcoran M, Dennis MP, Schinfeld S, Hauck WW. Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver–care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH initiative. The Gerontologist. 2003; 43(4):532-46.
72. Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Khanke H. Needs of caregivers for the elderly with Alzheimer's disease: An analysis of the experience of family caregivers. Adv Nurs Midwifery.2011; 20(72):29-36. [In Persian]
73. Rosdinom R, Zarina MZ, Zanariah MS, Zanariah MS, Marhani M, Suzaily W. Behavioural and psychological symptoms of dementia, cognitive impairment and caregiver burden in patients with dementia. Prev Med. 2013; 57:S67-9.
74. Dastyar N, Mashayekhi F, Rafati F. Caregiving burden in hemodialysis patients' caregivers in Kerman Province: A descriptive-analytical study. JJUMS. 2020; 7(1):323-31. [In Persian]
75. Duru Aşiret G, Kapucu S. Burden of caregivers of stroke patients. Turk J Neurol.2013; 19(1): 5-10.
76. Salmani N, Ashketorab T, Hasanvand S. The burden of caregiver and related factors of oncology patients of shahvali hospital. Adv Nurs Midwife. 2014; 23(84):11-7. [In Persian]
77. Sadrollahi A, Khalili Z. Spiritual well-being and associated factors among the elderly population in Kashan. J Geriatr Nurs. 2015; 1(2):94–104. [In Persian]
78. Alizadeh M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Ghassemi S, Zanjari N, Mohamadiazar M. Comparative study of physical and mental health status of old people in aged groups of 60–64 and 65–69 years old in Tehran metropolitan area. Iran J Diabetes Metab. 2013; 13(1):50–61. [In Persian]
79. Lee W, Veach PM, MacFarlane IM, LeRoy BS. Who is at risk for compassion fatigue? An investigation of genetic counselor demographics, anxiety, compassion satisfaction and burnout. J Genet Couns.2015; 24(2): 358-70.
80. Tosun ZK, Temel M. Burden of caregiving for stroke patients and the role of social support among family members: An assessment through home visits. Int J Caring Sci. 2017; 10(3): 1696-704.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.29]