

Components of Family Resilience in Caring for Older Adults with Cognitive Disorders: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies

1. Abolfazl Aminian¹: Department of Counseling, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Mohsen Mohammadi^{2*}: Department of Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Nooshin Pordelan³: Department of Counseling, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: Dr.mohammadi@iau-tnb.ac.ir

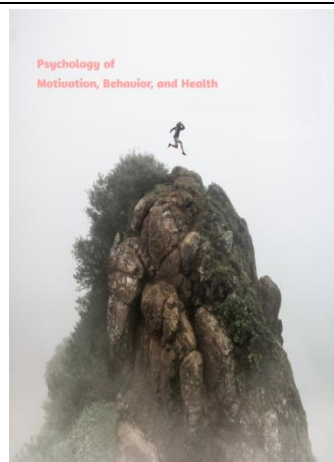
Received: 2026-04-26

Revised: 2026-07-24

Accepted: 2026-07-31

Initial Publish: 2026-08-01

Final Publish: 2027-06-22



Abstract

Introduction and Aim: Cognitive disorders in older adults, owing to their chronic and progressive nature, impose considerable psychological, social, economic, and caregiving pressures on families; nevertheless, some families successfully mobilize internal and external resources to preserve cohesion, maintain functioning, and adapt to changing circumstances. This study aimed to identify, synthesize, and develop a conceptual framework for the components of family resilience in caring for older adults with cognitive disorders.

Methodology: This qualitative study employed a meta-synthesis design based on the seven-step method proposed by Sandelowski and Barroso. Persian- and English-language qualitative studies published between 2015 and 2026 were identified through systematic searches of national and international scientific databases. Following screening according to predefined inclusion and exclusion criteria and methodological quality appraisal using the Critical Appraisal Skills Programme checklist, 23 studies, including 14 English-language and nine Persian-language articles, were included in the final synthesis. The findings were coded, compared, and integrated using Braun and Clarke's six-phase thematic analysis. To assess coding reliability, a proportion of the extracted codes was independently reviewed, producing a Cohen's kappa coefficient of 0.82.

Findings: The synthesis indicated that family resilience was organized into three overarching themes: cognitive-belief components, structural-functional components, and communicative-interactive components. Cognitive-belief components comprised meaning-making in response to crisis, positive outlook and hope, spiritual and religious beliefs, acceptance of the illness, family hardiness and commitment, and personal growth. Structural-functional components included flexibility in family roles and routines, family cohesion and connectedness, utilization of formal and informal support resources, effective management of symptoms and behaviors, caregiver self-care, and systematic care planning. Communicative-interactive components encompassed effective information exchange, constructive emotional expression, collaborative problem-solving, empathy, professional counseling, and purposeful family dialogue.

Conclusion: Family resilience in caring for older adults with cognitive disorders is not a fixed or exclusively individual characteristic; rather, it is a dynamic, multidimensional, and relational process arising from the interaction of shared belief systems, flexible family organization, and constructive communication. The proposed framework can inform the development of family-centered interventions, caregiver education programs, culturally appropriate assessment instruments, and supportive aging policies adapted to diverse sociocultural contexts.

Keywords: Family resilience; Cognitive disorders; Family caregiving; Older adults; Meta-synthesis.

How to Cite: Aminian, A., Mohammadi, M., & Pordelan, N. (2027). Components of Family Resilience in Caring for Older Adults with Cognitive Disorders: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(2), 1-25.



Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Population aging has become one of the most consequential demographic transformations of the contemporary era. Improvements in life expectancy, declining fertility rates, and advances in medical care have increased the proportion of older adults across societies, while simultaneously expanding the prevalence of age-related chronic and disabling conditions. Among these conditions, cognitive disorders, particularly dementia and Alzheimer's disease, constitute a major public health challenge because of their progressive course, irreversible nature, and extensive effects on memory, language, judgment, executive functioning, behavior, and everyday independence. Global projections indicate that the number of individuals living with dementia will increase substantially in the coming decades, resulting in a corresponding rise in the demand for long-term care and family-based support (World Health, 2021). In Iran, the rapid growth of the older population and the limited availability of formal long-term care services have further intensified the caregiving responsibilities assigned to families. Evidence from Middle Eastern and North African countries also suggests that dementia prevalence is considerable, highlighting the urgent need for culturally responsive systems of care and family support (Noroozi, 2024).

Cognitive disorders affect not only older adults but also the entire family system. As the illness progresses, family members are required to assist with medication administration, personal hygiene, mobility, nutrition, behavioral management, financial affairs, medical decisions, and the prevention of injury. These responsibilities frequently fall upon spouses, adult children, daughters-in-law, or other close relatives who may have little professional training and limited access to formal assistance. Caregiver burden therefore encompasses psychological, physical, social, temporal, occupational, and financial pressures that accumulate over the course of prolonged caregiving (Liu et al., 2020). Family caregivers of individuals with dementia are particularly vulnerable to chronic stress, emotional exhaustion, cognitive strain, and adverse biological and psychological outcomes (Allen et al., 2017). They may also experience anxiety, depression, social isolation, sleep disturbance, role conflict, and deterioration in their own health (Choi et al., 2024; Manzini & Vale, 2020).

The consequences of caregiving extend beyond the primary caregiver and may disrupt family roles, relationships, routines, and decision-making processes. Previous Iranian studies have demonstrated associations between impaired family functioning and higher levels of depression and anxiety among family caregivers of older adults with dementia (Goudarzi et al., 2017; Goudarzi et al., 2018). Financial limitations, inadequate institutional assistance, and unequal access to treatment may further intensify caregiving difficulties and transform care into an experience shaped by economic insecurity (Sabbaghchi et al., 2024). Furthermore, caregivers frequently report unmet needs related to information, emotional support, mental health services, respite care, appreciation, and assistance from other family members (Abbasi Asl et al., 2025; Khanjani et al., 2025). These findings indicate that family caregiving cannot be understood solely as an individual task; rather, it is a systemic process that influences and is influenced by the functioning of the family as a whole.

Despite the considerable burden associated with cognitive disorders, families do not respond to caregiving demands in identical ways. Some families experience severe conflict, exhaustion, isolation, and functional decline, whereas others are able to preserve cohesion, adapt their roles, mobilize resources, maintain hope, and even achieve personal or relational growth. This variation has directed increasing scholarly attention toward family resilience. Family resilience is not a fixed personality trait or merely the absence of distress. It refers to a dynamic and relational process through which families withstand adversity, reorganize their functioning, recover from disruption, and develop new capacities in response to prolonged challenges. According to the family resilience framework, resilient adaptation develops through the interaction of belief systems, organizational patterns, and communication processes (Walsh, 2016).

The belief-system dimension includes the ways families interpret adversity, construct meaning, sustain hope, and draw upon spiritual, religious, moral, and cultural values. In caregiving contexts, perceiving care as an ethical responsibility, an expression of love, a religious duty, or an opportunity for growth may reduce feelings of meaninglessness and helplessness. Spiritual health has been associated with lower caregiver burden, suggesting that religious faith and existential meaning may operate as important psychological resources (Salehi et al., 2020). In Iranian religious families, honoring older adults, filial responsibility, patience, sacrifice, and trust in

God have been identified as central motivations for sustained caregiving (Shafagh et al., 2023). Positive meaning-making, acceptance, optimism, and family commitment have similarly been identified as important elements of resilience among families caring for relatives with dementia (Deist & Greeff, 2015).

Organizational processes involve flexibility, role redistribution, family cohesion, access to social resources, and the ability to adapt routines to changing caregiving demands. Families caring for individuals with cognitive disorders must continuously reorganize responsibilities as symptoms progress and levels of dependency increase. Flexibility in family patterns, shared responsibilities, and the use of external support have been recognized as central elements of family resilience in home-based care (Abulaiti et al., 2022). Family adaptation to chronic illness is dynamic and may change over time in response to illness severity, available resources, and relationship quality (Mickelson et al., 2021). Cultural studies have also shown that collective decision-making, shared resources, mutual responsibility, and cooperation may play particularly important roles in collectivist societies (Chua et al., 2021).

Communication and interactional processes constitute another essential domain of family resilience. Clear information exchange, emotional expression, empathy, collaborative problem-solving, and constructive dialogue can reduce misunderstanding and facilitate coordinated caregiving. Conversely, emotional suppression, blame, unclear expectations, and poor communication may contribute to isolation and family conflict. Family caregivers frequently employ strategies such as discussing emotions, seeking information, maintaining calmness, adjusting their responses to behavioral symptoms, and consulting professionals to manage caregiving stress (Huis in het Veld et al., 2016). Access to sincere and effective support from relatives, professionals, and social institutions has also been identified as a central strategy among older spousal caregivers of individuals with Alzheimer's disease (Sadeghi-Mahalli et al., 2024).

Previous qualitative studies have identified numerous individual, relational, spiritual, structural, and social factors related to caregiver resilience. These include positive outlook, preservation of the care recipient's identity, knowledge about dementia, self-care, social support, respite services, spiritual coping, symptom management, acceptance, family hardiness, and collaborative caregiving (Donnellan et al., 2015; Martyr

et al., 2023; Robinson-Lane et al., 2021). Caregiving may also generate positive experiences such as increased patience, personal maturity, spiritual development, emotional closeness, and a sense of competence (Farhadi et al., 2018). Nevertheless, the literature remains fragmented. Some studies focus primarily on individual caregiver resilience, others emphasize family functioning, and still others examine social support, cultural values, or coping strategies. Recent qualitative syntheses have underscored the multidimensional nature of caregiving experiences and the need to integrate individual, family, cultural, and contextual elements into a unified conceptual model (Chan et al., 2024; Deng et al., 2026; Kuang et al., 2023). Accordingly, the present study aimed to identify and synthesize the components of family resilience in caring for older adults with cognitive disorders and to develop an integrated conceptual framework based on qualitative evidence.

Methodology

This qualitative study was conducted using a meta-synthesis approach based on the seven-step method of Sandelowski and Barroso. A systematic search was undertaken to identify Persian- and English-language qualitative studies addressing family resilience, family adaptation, caregiving experiences, and related processes among families caring for older adults with cognitive disorders. National and international databases were searched for studies published between 2015 and 2026. Search terms included combinations of family resilience, family caregiving, informal caregiving, older adults, cognitive impairment, dementia, Alzheimer's disease, family adaptation, coping, caregiving experience, and qualitative research.

The initial search yielded 237 records, including 185 international and 52 national articles. After removing 32 duplicates, 205 records remained for title and abstract screening. A total of 147 articles were excluded because they were unrelated to the research topic or outside the specified publication period. The full texts of 58 articles were subsequently reviewed. Thirty-three articles were excluded because they did not sufficiently address family resilience, had an unsuitable or incomplete qualitative methodology, or lacked adequate qualitative findings. Twenty-five studies underwent methodological quality assessment using the Critical Appraisal Skills Programme checklist. Two studies were excluded because of low methodological quality, resulting in a final sample of 23 articles, including 14 international and nine Iranian studies.

Data were extracted systematically, including authorship, publication year, country, research design, participants, and principal qualitative findings. The findings sections and relevant interpretive sections of each study were examined line by line. Meaningful statements related to family resilience were assigned open codes. Similar codes were then grouped into subthemes, and conceptually related subthemes were integrated into overarching themes using Braun and Clarke's six-phase thematic analysis. The analysis proceeded iteratively until conceptual saturation was reached. To enhance reliability, approximately 20% of the extracted codes were independently reviewed by a second qualitative researcher. Inter-coder agreement was evaluated using Cohen's kappa and yielded a coefficient of 0.82, indicating excellent agreement.

Findings

The analysis generated 142 open codes with a cumulative frequency of 927 across the selected studies. Of these, 52 codes were associated with cognitive-belief components, 47 with structural-functional components, and 43 with communicative-interactive components. The codes were organized into 17 subthemes and three overarching themes.

The first overarching theme was cognitive-belief components of the family. Its subthemes included meaning-making in relation to stress and crisis, positive outlook and hope, spiritual and religious beliefs, acceptance and adaptation to reality, family hardiness and commitment, and personal growth and self-actualization. Families constructed meaning by interpreting caregiving as an ethical or religious duty, an expression of love, repayment of parental devotion, a divine test, or an opportunity for personal and spiritual growth. Hope was maintained through attention to the older adult's remaining abilities, appreciation of positive moments, realistic planning, and the belief that difficult periods could be endured. Spirituality was expressed through trust in God, prayer, religious practices, belief in divine reward, and acceptance of destiny. Acceptance involved recognizing the progressive nature of the illness, adjusting expectations, adapting to new roles, and preparing for future deterioration. Hardiness and commitment were reflected in loyalty, sacrifice, protection of dignity, and sustained responsibility. Personal growth included increased patience, maturity, empathy, self-awareness, self-efficacy, and crisis-management skills.

The second overarching theme was structural-functional components of the family. Its subthemes consisted of flexibility and adaptability, family

cohesion and connectedness, utilization of supportive resources, effective management of symptoms and behaviors, caregiver self-care, and care planning and organization. Resilient families redistributed roles, modified daily routines, established new patterns of functioning, and adjusted expectations according to the older adult's changing needs. Cohesion was reflected in mutual emotional support, shared caregiving, collective decision-making, and strengthened intergenerational relationships. Supportive resources included assistance from extended family members, friends, neighbors, professionals, community organizations, insurance systems, charities, religious networks, and respite-care services. Symptom management involved learning to respond to behavioral disturbances, monitoring health, managing medication, preventing crises, and coordinating with healthcare professionals. Self-care included rest, exercise, recreation, counseling, stress management, nutrition, and preserving personal time. Planning involved scheduling daily caregiving activities, organizing resources, anticipating future needs, coordinating family responsibilities, and preparing alternative plans for emergencies.

The third overarching theme was communicative-interactive components of the family. Its subthemes included effective information exchange, constructive emotional expression, collaborative problem-solving, empathy, professional consultation, and family dialogue. Effective information exchange involved communicating clearly with healthcare professionals, sharing disease-related knowledge among family members, seeking credible information, documenting health changes, and educating relatives about caregiving. Emotional expression included openly discussing fear, anger, sadness, frustration, and hope without blame or hostility. Collaborative problem-solving involved defining difficulties collectively, examining alternatives, sharing decisions, and distributing responsibilities. Empathy referred to understanding the perspectives of both the caregiver and the older adult, validating emotional experiences, and responding respectfully to cognitive and behavioral changes. Consultation and family dialogue supported collective reflection, reduced misunderstandings, and facilitated coordinated action.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that family resilience in the context of cognitive disorders is a multidimensional process emerging from the interaction of meaning, organization, and communication. No single personal quality, coping strategy, or external resource was

sufficient to explain resilient adaptation. Rather, resilience developed when families were able to interpret caregiving meaningfully, reorganize their roles and resources, and maintain constructive relationships under prolonged pressure.

Cognitive-belief components appeared to provide the motivational and interpretive foundation of resilience. Meaning-making transformed caregiving from an exclusively burdensome experience into one that could also express love, moral commitment, spirituality, and personal growth. Acceptance enabled families to respond to the actual course of the illness rather than remain immobilized by denial or unrealistic expectations. Hope supported continued engagement, although it was most adaptive when directed toward manageable goals, preservation of dignity, and improved quality of care rather than recovery from an irreversible condition.

Structural-functional components translated beliefs into practical action. Flexibility allowed families to respond to changing symptoms and levels of dependency, while cohesion reduced the risk that caregiving responsibilities would become concentrated on a single person. The use of formal and informal support systems was essential because family resilience did not mean self-sufficiency or unlimited endurance. Resilient families were able to recognize their limitations, seek assistance, and distribute caregiving demands. Similarly, caregiver self-care was not separate from the quality of care provided to the older adult; it was a prerequisite for sustainable caregiving.

Communicative-interactional components connected the cognitive and structural dimensions. Families required accurate information to make decisions,

emotional openness to prevent accumulated distress, and collaborative problem-solving to coordinate responsibilities. Empathy and dialogue also helped preserve the personhood and dignity of older adults whose communication and behavior had changed. In this sense, communication was not merely a supportive skill but a central mechanism through which resilience was developed and maintained.

The proposed framework suggests that family resilience is culturally embedded. Spiritual beliefs, filial responsibility, extended family networks, and collective caregiving may have particular significance in Iranian and other collectivist contexts. At the same time, cultural expectations can become harmful when they discourage caregivers from requesting assistance or prioritizing their own health. Effective interventions must therefore reinforce culturally meaningful strengths while challenging unrealistic expectations of sacrifice and self-neglect.

In conclusion, family resilience in caring for older adults with cognitive disorders is a dynamic, relational, and context-dependent process composed of cognitive-belief, structural-functional, and communicative-interactional components. The interaction of these components enables families to construct meaning, adapt their organization, mobilize support, manage symptoms, protect caregiver health, communicate effectively, and preserve family cohesion. The framework developed in this study may provide a comprehensive basis for family-centered assessment, caregiver education, counseling interventions, culturally appropriate measurement tools, and supportive policies in the field of aging and cognitive disorders.

مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی: یک مطالعه فراترکیب از پژوهش‌های کیفی

۱. ابوالفضل امینان^{ID}: گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. محسن محمدی^{ID}: گروه مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. نوشین پردلان^{ID}: گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: Dr.mohammadi@iau-tnb.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۴/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۹

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۰۲

دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۰۶

چکیده

مقدمه و هدف: اختلالات شناختی سالمندان، به دلیل ماهیت مزمن و پیش‌رونده خود، فشارهای روانی، اجتماعی، اقتصادی و مراقبتی گسترده‌ای بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند؛ با این حال، برخی خانواده‌ها با بهره‌گیری از منابع درونی و بیرونی، انسجام و کارکرد خود را حفظ کرده و با شرایط جدید سازگار می‌شوند. پژوهش حاضر با هدف شناسایی، تلفیق و ارائه چارچوبی مفهومی از مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش کیفی با رویکرد فراترکیب و بر اساس روش هفت‌مرحله‌ای ساندلوسکی و باروسو انجام شد. مطالعات کیفی فارسی و انگلیسی منتشرشده در فاصله سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۶ از طریق جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های داخلی و بین‌المللی شناسایی شدند. پس از غربالگری مطالعات بر اساس معیارهای ورود و خروج و ارزیابی کیفیت روش‌شناختی با ابزار CASP، ۲۳ مقاله، شامل ۱۴ مطالعه انگلیسی و ۹ مطالعه فارسی، وارد تحلیل نهایی شدند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون شش‌مرحله‌ای براون و کلارک کدگذاری و تلفیق شدند. برای بررسی پایایی کدگذاری، بخشی از کدها توسط ارزیاب مستقل بازبینی شد و ضریب کاپای کوهن ۰/۸۲ به دست آمد.

یافته‌ها: تلفیق یافته‌های مطالعات نشان داد که تاب‌آوری خانواده در سه مضمون اصلی سازمان می‌یابد: مؤلفه‌های شناختی - باورهای خانواده، مؤلفه‌های ساختاری - کارکردی خانواده و مؤلفه‌های ارتباطی - تعاملی خانواده. مؤلفه‌های شناختی شامل معنابخشی به بحران، امیدواری، باورهای معنوی، پذیرش واقعیت بیماری، سخت‌رویی و تعهد خانوادگی و رشد فردی بودند. مؤلفه‌های ساختاری - کارکردی، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، انسجام خانوادگی، بهره‌گیری از منابع حمایتی، مدیریت علائم، خودمراقبتی و برنامه‌ریزی مراقبت را در بر گرفتند. مؤلفه‌های ارتباطی - تعاملی نیز شامل انتقال مؤثر اطلاعات، بیان سازنده هیجانات، حل مسئله مشارکتی، همدلی، دریافت مشاوره و گفت‌وگوهای خانوادگی بودند.

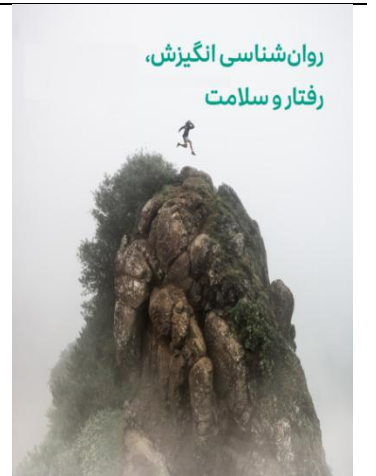
نتیجه‌گیری: تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی، یک ویژگی ثابت یا صرفاً فردی نیست، بلکه فرایندی پویا، چندبعدی و تعاملی است که از پیوند نظام باورهای مشترک، سازمان‌دهی انعطاف‌پذیر خانواده و ارتباطات سازنده شکل می‌گیرد. چارچوب حاصل می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات خانواده‌محور، آموزش مراقبان، تدوین ابزارهای بومی و توسعه سیاست‌های حمایتی متناسب با بافت فرهنگی باشد.

کلیدواژه‌گان: تاب‌آوری خانواده؛ اختلالات شناختی؛ مراقبت خانوادگی؛ سالمندان؛ فراترکیب.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: امینان، ابوالفضل، محمدی، محسن، و پردلان، نوشین. (۱۴۰۶). مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی: یک مطالعه فراترکیب از پژوهش‌های کیفی. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۲۵(۲)، ۱-۲۵.

مقدمه

سالمندی جمعیت یکی از مهم‌ترین دگرگونی‌های جمعیتی و اجتماعی قرن حاضر است که نظام‌های سلامت، خانواده‌ها و ساختارهای حمایتی را با مجموعه‌ای از چالش‌های پیچیده و بلندمدت مواجه ساخته است. افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری سبب شده است سهم سالمندان از جمعیت بسیاری از کشورها به سرعت افزایش یابد و هم‌زمان، شیوع بیماری‌های مزمن، ناتوان‌کننده و وابسته به سن نیز بیشتر شود. در این میان، اختلالات شناختی و به‌ویژه دمانس، به دلیل ماهیت پیش‌رونده، برگشت‌ناپذیر و چندبعدی خود، یکی از جدی‌ترین تهدیدها برای استقلال، کیفیت زندگی و کارکرد روزمره سالمندان به شمار می‌روند. برآوردهای جهانی نشان می‌دهند که شمار افراد مبتلا به دمانس در دهه‌های آینده به‌طور چشمگیری افزایش خواهد یافت و این افزایش، تقاضا برای مراقبت‌های رسمی و غیررسمی را در سطح جهان گسترش خواهد داد (World Health, 2021). در ایران نیز روند سریع سالمندی جمعیت، افزایش تعداد سالمندان نیازمند مراقبت و محدودیت زیرساخت‌های مراقبت طولانی‌مدت، اهمیت این مسئله را دوچندان ساخته است. گزارش‌های ملی حاکی از آن است که سهم سالمندان در ساختار جمعیتی کشور رو به افزایش است و خانواده‌ها در آینده نزدیک با مسئولیت‌های گسترده‌تری در زمینه مراقبت از سالمندان وابسته روبه‌رو خواهند شد. همچنین، یافته‌های مرورهای منطقه‌ای نشان داده‌اند که شیوع دمانس در برخی کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا، از جمله ایران، قابل توجه است و ضرورت توسعه برنامه‌های پیشگیری، تشخیص، مراقبت و حمایت از خانواده‌ها را برجسته می‌سازد (Noroozi, 2024).

اختلالات شناختی طیفی از کاهش خفیف کارکردهای شناختی تا دمانس شدید را در بر می‌گیرند و می‌توانند حافظه، توجه، قضاوت، زبان، عملکرد اجرایی، تنظیم هیجان و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره را مختل کنند. این اختلالات معمولاً با تغییرات رفتاری و روان‌شناختی مانند بی‌قراری، پرخاشگری، اختلال خواب، سرگردانی، افسردگی، اضطراب و کاهش توانایی ارتباطی همراه‌اند و در مراحل پیشرفته، وابستگی کامل سالمند به دیگران را به دنبال دارند. اگرچه برخی مداخلات غیردارویی، از جمله رویکردهای مبتنی بر فعالیت،

تعامل اجتماعی و درمان با حیوانات، می‌توانند در بهبود نسبی نشانه‌های رفتاری و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به اختلالات عصبی‌شناختی مؤثر باشند، این مداخلات جایگزین نیاز مستمر به مراقبت خانوادگی نمی‌شوند (Sbrizzi & Sapuppo, 2021). از سوی دیگر، خانواده‌ها ناگزیرند هم‌زمان با پیشرفت بیماری، خود را با کاهش استقلال سالمند، تغییر نقش‌ها، افزایش نیازهای جسمانی و روانی و پیچیده‌تر شدن تصمیم‌های درمانی سازگار سازند. مفهوم بار مراقبتی نیز بیانگر مجموعه فشارهای جسمی، روانی، اجتماعی، زمانی و اقتصادی است که در نتیجه مراقبت طولانی‌مدت بر مراقب و خانواده تحمیل می‌شود (Liu et al., 2020).

در بسیاری از جوامع، به‌ویژه جوامع جمع‌گرا، خانواده مهم‌ترین منبع مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی است. مراقبت غالباً توسط همسران، فرزندان، عروس‌ها یا دیگر بستگان نزدیک و بدون آموزش تخصصی یا حمایت کافی انجام می‌شود. این مسئولیت ممکن است به تدریج به محور اصلی زندگی مراقب تبدیل شود و بر اشتغال، روابط زناشویی، تعاملات خانوادگی، فعالیت‌های اجتماعی و سلامت جسمی و روانی وی تأثیر بگذارد. مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده است که شدت بیماری، مدت مراقبت، میزان وابستگی سالمند، محدودیت حمایت اجتماعی و تعارض نقش‌ها از عوامل مؤثر بر افزایش بار مراقبتی هستند (Choi et al., 2024). پژوهش‌های مربوط به مراقبت از مبتلایان به دمانس نیز از وجود استرس مزمن، فرسودگی روانی، اختلالات شناختی ثانویه، تغییرات زیستی ناشی از فشار و کاهش بهزیستی در مراقبان خبر داده‌اند (Allen et al., 2017). افزون بر این، مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر ممکن است درجات قابل توجهی از اضطراب، افسردگی و دیگر اختلالات هیجانی را تجربه کنند (Manzini & Vale, 2020). در مطالعات ایرانی نیز ارتباط میان مسئولیت مراقبت، اختلال در کارکرد خانواده و افزایش افسردگی مراقبان تأیید شده است (Goudarzi et al., 2017) و یافته‌های دیگری نشان داده‌اند که ضعف کارکرد خانواده می‌تواند با اضطراب بیشتر مراقبان سالمندان مبتلا به دمانس همراه باشد (Goudarzi et al., 2018).

بزرگ بر مراقبان افراد مبتلا به دمانس خفیف تا متوسط، تاب‌آوری با بهزیستی، رضایت از زندگی و توانایی بهتر برای مدیریت نقش مراقبتی همراه بود (Martyr et al., 2023). یافته‌های ایرانی نیز نشان داده‌اند که تاب‌آوری می‌تواند رابطه میان استرس ادراک‌شده و بار مراقبتی را تعدیل کند و از شدت پیامدهای منفی مراقبت بکاهد (Jafari et al., 2022). افزون بر آن، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری می‌توانند به‌طور هم‌زمان نقش محافظتی در برابر استرس و بار مراقبتی ایفا کنند (Hayat et al., 2026).

مفهوم تاب‌آوری خانواده فراتر از ویژگی‌های فردی یک مراقب است و بر فرایندهای ارتباطی، سازمانی و معنایی مشترک میان اعضای خانواده تأکید دارد. بر اساس چارچوب والش، تاب‌آوری خانواده فرایندی پویا و رابطه‌ای است که در سه حوزه اصلی نظام باورها، الگوهای سازمانی و فرایندهای ارتباطی شکل می‌گیرد (Walsh, 2016). نظام باورها به شیوه‌ای اشاره دارد که خانواده بحران را تفسیر می‌کند، برای آن معنا می‌سازد، امید را حفظ می‌کند و از منابع معنوی یا فرهنگی بهره می‌گیرد. الگوهای سازمانی شامل انعطاف‌پذیری، انسجام، توزیع مسئولیت‌ها، استفاده از منابع اجتماعی و توانایی بازسازمان‌دهی خانواده است. فرایندهای ارتباطی نیز انتقال روشن اطلاعات، بیان هیجان، همدلی، گفت‌وگوی سازنده و حل مسئله مشارکتی را در بر می‌گیرند. یافته‌های فراترکیب پژوهش‌های مربوط به خانواده‌های نیازمند مراقبت طولانی‌مدت نیز نشان داده‌اند که تاب‌آوری خانواده حاصل تعامل منابع فردی، روابط خانوادگی، سازگاری ساختاری و حمایت‌های اجتماعی است (Kuang et al., 2023).

مطالعات کیفی انجام‌شده در زمینه دمانس نیز ابعاد گوناگون این فرایند را آشکار کرده‌اند. در خانواده‌های دارای عضو مبتلا به دمانس، پذیرش، خوش‌بینی، ارتباط مثبت، پیوند خانوادگی، سخت‌رویی، معنویت، مدیریت علائم و حمایت اجتماعی از عوامل اصلی تاب‌آوری شناخته شده‌اند (Deist & Greeff, 2015). در مراقبان همسر، حفظ نگرش مثبت، تداوم هویت همسر، کسب دانش درباره بیماری، دریافت حمایت و استفاده از خدمات مراقبت موقت می‌توانند تاب‌آوری را تسهیل کنند؛ در مقابل، انزوا، از دست دادن روابط اجتماعی و نگرش منفی نقش بازدارنده دارند (Donnellan et

فشار مراقبت از سالمند مبتلا به اختلال شناختی صرفاً به تجربه فردی مراقب محدود نمی‌شود، بلکه نظام خانواده را به‌عنوان یک کل تحت تأثیر قرار می‌دهد. تغییر نقش‌های خانوادگی، کاهش فرصت تعامل عاطفی، محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی، افزایش هزینه‌ها، اختلاف درباره تقسیم مسئولیت‌ها و دشواری تصمیم‌گیری در مورد درمان و نگهداری سالمند می‌توانند انسجام و تعادل خانواده را مختل کنند. پویایی سازگاری خانواده با بیماری مزمن ثابت نیست، بلکه اعضای خانواده در طول زمان و در پاسخ به تغییر شرایط بیماری، منابع موجود و کیفیت روابط خود، الگوهای متفاوتی از سازگاری را تجربه می‌کنند (Mickelson et al., 2021). در برخی خانواده‌ها، این فرایند به همکاری، انسجام و بازسازمان‌دهی مؤثر منجر می‌شود، درحالی‌که در برخی دیگر، تعارض، فاصله عاطفی و فرسودگی جمعی را به دنبال دارد. بررسی مسیرهای رابطه‌ای در خانواده‌های مواجه با بیماری‌های شدید روان‌شناختی نیز نشان داده است که خانواده‌ها ممکن است از مراحل سردرگمی، بازاندیشی و بازسازی روابط عبور کنند و در صورت برخورداری از منابع مناسب، به هویت و روابطی منسجم‌تر دست یابند (Patrick et al., 2020). در محیط‌های بحرانی مانند بخش‌های مراقبت ویژه نیز تاب‌آوری خانواده در تعامل میان شدت بحران، الگوهای رفتاری، تنظیم هیجانی، تعامل با نظام درمان و تغییرات کارکرد خانواده شکل می‌گیرد (Sun et al., 2026).

باوجود گستردگی پیامدهای منفی مراقبت، همه خانواده‌ها در برابر فشارهای ناشی از اختلالات شناختی به یک اندازه آسیب‌پذیر نیستند. برخی خانواده‌ها، علی‌رغم محدودیت منابع و تداوم فشار، قادرند تعادل نسبی خود را حفظ کنند، نقش‌ها را بازتعریف نمایند، از حمایت‌های موجود بهره گیرند و حتی تجربه مراقبت را به فرصتی برای رشد فردی و خانوادگی تبدیل کنند. این تفاوت‌ها توجه پژوهشگران را از رویکردهای صرفاً آسیب‌شناختی به سوی مفهوم تاب‌آوری معطوف ساخته است. تاب‌آوری در مراقبت از دمانس به ظرفیت فرد و خانواده برای حفظ یا بازیابی کارکرد، سازگاری با تغییرات، مدیریت فشارها و استفاده از منابع درونی و بیرونی اشاره دارد. مرورهای مفهومی نشان داده‌اند که تاب‌آوری مراقبان دمانس ساختاری چندبعدی است و مؤلفه‌هایی مانند خودکارآمدی، معنا، خوش‌بینی، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری را در بر می‌گیرد (Zhou et al., 2020). همچنین، در یک مطالعه

خانواده مستلزم توجه هم‌زمان به نیازهای ملموس مانند مسکن، درآمد و خدمات، و نیازهای ناملموس مانند عشق، تعلق، احترام و مشارکت است (Reid et al., 2025). در فرهنگ ایرانی، مراقبت از سالمندان غالباً به‌عنوان وظیفه اخلاقی، دینی و خانوادگی تلقی می‌شود و مفاهیمی مانند تکریم سالمند، صبر، ایثار، توکل و جبران زحمات والدین در آن نقش برجسته دارند. مطالعه زنان مراقب در خانواده‌های مذهبی نشان داد که انگیزش دینی و خانوادگی، معنا در زندگی و عوامل عاطفی آرام‌بخش از پایه‌های استمرار مراقبت و تکریم سالمند هستند (Shafagh et al., 2023). همچنین، سلامت معنوی با بار مراقبتی ارتباط دارد و می‌تواند به‌عنوان منبعی برای تحمل فشارها و معنا دادن به تجربه مراقبت عمل کند (Salehi et al., 2020).

مطالعات ایرانی، در کنار جنبه‌های معنوی، بر اهمیت حمایت‌های عملی، اقتصادی و نهادی نیز تأکید کرده‌اند. پژوهش‌های کیفی نشان داده‌اند که مراقبان سالمندان در منزل برای انجام مؤثر نقش خود به آموزش، اطلاعات درباره بیماری، مهارت‌های مراقبتی، حمایت خانوادگی، محیط مناسب و دسترسی به خدمات تخصصی نیاز دارند (Rahimi et al., 2024). در مراقبان همسر سالمندان مبتلا به آلزایمر، دریافت «حمایت صادقانه و کارآمد» از اعضای خانواده، متخصصان و نهادها به‌عنوان راهبرد مرکزی سازگاری با نقش مراقبتی شناخته شده است (Sadeghi-Mahalli et al., 2024). در مقابل، ضعف نظام‌های حمایتی و هزینه‌های درمان می‌تواند مراقبت را به مسئله‌ای وابسته به توان مالی خانواده تبدیل کنند و دسترسی نابرابر به درمان و خدمات را افزایش دهند (Sabbaghchi et al., 2024). بررسی ساختار تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن نیز نشان داده است که منابع حمایتی، وضعیت رفاهی، حفظ کرامت و پذیرش اجتماعی از عناصر مهم تاب‌آوری هستند (Izadi Ounji et al., 2016). بنابراین، تاب‌آوری را نمی‌توان صرفاً به تلاش فردی یا اخلاقی مراقب تقلیل داد، بلکه باید آن را در پیوند با منابع اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نهادی تحلیل کرد.

تجربه مراقبت، علاوه بر فشار و محرومیت، می‌تواند با پیامدهای مثبت نیز همراه باشد. برخی مراقبان از افزایش صبر، رشد معنوی، احساس پختگی، رضایت از ایفای نقش، نزدیکی عاطفی با سالمند و کسب مهارت سخن گفته‌اند (Farhadi et al., 2018). با این حال، این

همچنین، مراقبان برای مدیریت تغییرات رفتاری و خلقی سالمند از راهبردهایی مانند حفظ آرامش، تعدیل واکنش‌ها، داستان‌گویی، تشویق به فعالیت، استراحت و گفت‌وگو درباره هیجان‌ها استفاده می‌کنند (Huis in het Veld et al., 2016). در مرحله اختلال شناختی خفیف، فرایند «آماده‌سازی محافظتی» می‌تواند از طریق پذیرش تدریجی، آمادگی برای آینده، حفظ ایمنی و مدیریت تغییرات شناختی، زمینه سازگاری خانواده را فراهم سازد (Wang et al., 2018). راهبردهای جمع‌آوری اطلاعات، استفاده از تجربه‌های پیشین، مقابله معنوی و اتکا به حمایت اجتماعی نیز از عناصر مهم سازگاری با مراقبت از دمانس معرفی شده‌اند (Robinson-Lane et al., 2021).

گذار به نقش مراقب معمولاً فرایندی تدریجی، پیچیده و همراه با بازتعریف هویت است. مراقبان همسر یا فرزند ممکن است در آغاز با تغییر ناگهانی زندگی روزمره، احساس ناتوانی، از دست دادن آزادی و محدود شدن هویت شخصی مواجه شوند و سپس با دریافت حمایت، کسب مهارت و پذیرش نقش جدید به تعادل نسبی دست یابند. مطالعه‌ای مبتنی بر نظریه داده‌بنیاد در مراقبان افراد مبتلا به آلزایمر پیشرفته نشان داد که این گذار از پیوند عاطفی به مسئولیت مراقبتی، مراحل مانند تغییر زندگی روزمره، احساس ناتوانی، از دست دادن خود و اشتراک تجربه با دیگران را در بر می‌گیرد (Dellafiore et al., 2025). در یک مداخله روان‌آموزشی نیز بازچارچوب‌بندی شناختی، افزایش اعتماد به توانایی‌های شخصی، ایجاد تعادل و برخورداری از زمان شخصی از سازوکارهای مهم تغییر در مراقبان دمانس بود (Kipfer et al., 2024). مطالعات گسترده‌تر درباره راهبردهای مقابله مراقبان بیماری‌های مزمن نیز بر نقش حمایت خانواده، دوستان و جامعه، خودمراقبتی، کمک حرفه‌ای، معنویت و تنظیم هیجان تأکید کرده‌اند (Md Khalid et al., 2026).

در جوامع جمع‌گرا، تاب‌آوری خانواده عمیقاً با ارزش‌های فرهنگی، تعهدات بین‌نسلی، باورهای دینی و تعریف گسترده‌تر از خانواده پیوند دارد. مطالعه جوامع بومی مالزی نشان داد که مسئولیت مشترک، تصمیم‌گیری جمعی، اشتراک دانش و منابع و همکاری اجتماعی از عناصر اساسی کارکرد تاب‌آور خانواده هستند (Chua et al., 2021). مدل‌های مبتنی بر اخلاق مراقبت نیز نشان داده‌اند که تقویت ظرفیت

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر شناسایی و تلفیق مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی و ارائه یک چارچوب مفهومی یکپارچه بر پایه یافته‌های مطالعات کیفی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و به روش فراترکیب انجام شده است. فراترکیب، فرایندی نظام‌مند برای تلفیق و تفسیر یافته‌های مطالعات پیشین با هدف دستیابی به درکی جامع‌تر، عمیق‌تر و یکپارچه‌تر از پدیده مورد نظر است. به بیان دیگر، فراترکیب فرایندی نظام‌مند برای ترکیب تفسیرهای استخراج‌شده از داده‌های اصلی پژوهش‌های منتخب است (زیمر، ۲۰۱۶). داده‌های پژوهش از طریق مطالعه اسنادی و منابع علمی مرتبط با مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی گردآوری و تحلیل شده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در سه مرحله انجام شد. در مرحله نخست، با بررسی جامع ادبیات پژوهش، فهرستی از مقالات مرتبط و نیز مطالعاتی که به‌طور غیرمستقیم به موضوع پرداخته بودند، گردآوری شد. در مرحله دوم، چکیده این مقالات استخراج و بر اساس مفاهیم کلیدی دسته‌بندی شدند. در مرحله سوم، با استخراج یکپارچه‌سازی عناصر کلیدی، ترکیب نهایی انجام گرفت و تحلیل جمع‌بندی یافته‌ها صورت پذیرفت. شایان ذکر است که در این پژوهش به‌منظور انجام مراحل فراترکیب از روش ۷ مرحله‌ای ساندلوسکی و باروسو (۲۰۰۷) استفاده شده است. این مراحل شامل موارد زیر است: ۱. تنظیم سؤالات تحقیق؛ ۲. مرور و بررسی ادبیات به‌صورت نظام‌مند؛ ۳. جستجو و انتخاب مقالات مناسب؛ ۴. استخراج نتایج؛ ۵. تجزیه و تحلیل و تلفیق یافته‌های کیفی؛ ۶. حفظ کنترل کیفیت؛ ۷. ارائه دقیق یافته‌ها (شکل ۱). در ادامه، هر یک از مراحل هفت‌گانه به تفکیک شرح داده می‌شود.

تجارب مثبت در کنار احساس اسارت، فرسودگی، محدودیت زندگی شخصی، خشم، ترس و اختلال در روابط خانوادگی شکل می‌گیرند (Shafiei et al., 2017). مرور نیازهای روان‌شناختی مراقبان نیز نشان می‌دهد که آنان به همدلی، دیده‌شدن، حمایت عاطفی، مراقبت موقت، رسیدگی به سلامت روان و فرصت رهایی از نقش مراقبتی نیاز دارند (Abbasi Asl et al., 2025). مطالعه‌ای دیگر با موضوع مشابه، بر ضرورت پاسخ‌گویی منسجم به نیازهای اطلاعاتی، هیجانی، اجتماعی و حمایتی مراقبان تأکید کرده است (Khanjani et al., 2025). وجود ابزارهای معتبر برای سنجش تاب‌آوری مراقبان خانگی نیز می‌تواند به شناسایی خانواده‌های در معرض خطر و ارزیابی اثربخشی مداخلات کمک کند (Samouei & Yari, 2022).

باوجود گسترش مطالعات در این حوزه، هنوز ابهام‌هایی اساسی درباره ساختار یکپارچه تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی وجود دارد. برخی پژوهش‌ها بر تاب‌آوری فردی مراقب، برخی بر کارکرد خانواده و برخی بر منابع اجتماعی یا معنوی تمرکز کرده‌اند و در نتیجه، مؤلفه‌ها در چارچوب‌های پراکنده گزارش شده‌اند. فراترکیب مربوط به فقدان مبهم در دمانس نشان داده است که خانواده‌ها هم‌زمان با حضور جسمانی سالمند و کاهش تدریجی هویت، حافظه و نقش‌های پیشین او مواجه‌اند و تاب‌آوری آنان در بستر این فقدان تدریجی شکل می‌گیرد (Chan et al., 2024). مرور کیفی تجربه مراقبت از افراد مبتلا به اختلال شناختی نیز بر چندبعدی بودن این تجربه و تعامل فشارهای روانی، مسئولیت‌های خانوادگی، منابع حمایتی و معناهای فرهنگی تأکید کرده است (Deng et al., 2026). افزون بر این، شواهد جدید نشان می‌دهند که مدل‌های برگرفته از بافت‌های غربی ممکن است نتوانند تمام ابعاد خانواده، مراقبت و تاب‌آوری را در جوامع جمع‌گرا توضیح دهند (Hayat et al., 2026). ازاین‌رو، نیاز به تلفیق نظام‌مند یافته‌های کیفی موجود و استخراج چارچوبی جامع، منسجم و حساس به بافت فرهنگی احساس می‌شود.



شکل ۱. مراحل روش سندلوسکی و باروسو (۲۰۰۷)

مرحله اول (تنظیم سؤالات پژوهش): این بخش شامل پرسش‌های مورد مطالعه، جامعه و منابع مورد بررسی، محدوده زمانی و روش پژوهش است. این پژوهش با هدف نقد و تحلیل نظام‌مند مطالعات کیفی پیشین، به شناسایی، ترکیب و تفسیر یافته‌های مرتبط با «مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی» می‌پردازد. چارچوب سؤالات پژوهش بر اساس مؤلفه‌های چه چیزی، چه کسی، چه زمانی و چگونه تنظیم شده است. در این راستا، سؤالات پژوهش مطابق با جدول شماره ۱ تدوین و بررسی شده‌اند. مشارکت‌کنندگان در مطالعات اولیه، عمدتاً شامل مراقبان خانوادگی (همسران، فرزندان، عروس‌ها و سایر بستگان درجه یک)؛ خود سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی (در مراحل خفیف تا متوسط بیماری)؛ متخصصان سلامت (پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی) و اعضای خانواده گسترده هستند که تجربه زیسته مراقبت از سالمند مبتلا به دمانس، آلزایمر یا سایر اختلالات شناختی را داشته‌اند. این مشارکت‌کنندگان در بافت‌های فرهنگی،

جدول ۱. پرسش‌های گام نخست پژوهش

پارامتر	سؤالات پژوهش
شناسایی مؤلفه‌ها، عناصر و شاخص‌ها (چه چیزی)	مؤلفه‌های اصلی تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی کدامند؟
جامعه مورد مطالعه (چه کسی/چه چیزی)	کلیه مقالات علمی-پژوهشی معتبر و اصیل در دسترس در پایگاه‌های معتبر داخلی و خارجی که در آن‌ها به صورت کیفی (برای مثال با روش‌هایی مانند تحلیل مضمون، نظریه زمینه‌ای، پدیدارشناسی، تحلیل محتوا، روش‌شناسی کیو و...) به بررسی مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبان سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی پرداخته شده باشد.
محدودیت زمانی (چه موقع)	کلیه آثار موجود بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۶ میلادی (معادل ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۵ خورشیدی)
روش (چگونگی)	استفاده از رویکرد فراترکیب سندلوسکی و باروسو (۲۰۰۷) و به عنوان چارچوب کلی پژوهش و به کارگیری تحلیل مضمون براون و کلارک (۲۰۰۶) جهت کدگذاری، استخراج و ترکیب مضامین مطالعات منتخب.

گذشته استفاده شده است. در این مرحله، مرور نظام‌مندی بر ادبیات پژوهش شکل گرفته و مهم‌ترین کلیدواژگان جستجو شدند.

مرحله دوم (بررسی نظام‌مند متون و ادبیات پژوهش): برای گردآوری داده‌های پژوهش از داده‌های ثانویه (اسناد و مدارک)

“Cognitive impairment” OR “Dementia” OR
“Alzheimer” OR “Caregiving experience” OR
“Family adaptation” OR “Family coping” OR
“Qualitative study” OR “Grounded theory” OR
“Phenomenology” OR “Content analysis”

کلیدواژه‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی مانند Science، Scopus، Springer، Web of Science، Emerald، PubMed، Direct و داخلی مانند نورمگز، مگیران، سیویلیکا، مرکز پژوهش‌های علوم و فناوری اطلاعات ایران (ایرانداک) (پژوهش‌های سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۶ میلادی و ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۵ خورشیدی به دلیل بررسی محتوای جدیدتر) تا حد اشباع نظری انجام شد.

کلیدواژه‌هایی که در این تحقیق مورد کنکاش قرار گرفتند در جدول شماره ۲ گزارش شده‌اند. استراتژی جستجوی کلیدواژه‌ها در بخش فارسی بدین شرح است:

«تاب‌آوری خانواده»، «مراقبت خانوادگی»، «سالمند»، «اختلال شناختی»، «دمانس»، «آلزایمر»، «مراقبت از سالمند»، «تجربه مراقبت»، «سازگاری خانواده»، «مطالعه کیفی» و در بخش انگلیسی بدین قرار است:

“Family resilience” OR “Family resiliency” OR
“Family caregiving” OR “Informal caregiving” OR
“Elderly” OR “Older adult” OR “Aged” OR

جدول ۲. کلیدواژه‌های مورد استفاده در جستجوی منابع

شماره	کلیدواژه فارسی	کلیدواژه انگلیسی
۱	تاب‌آوری خانواده	Family Resilience
۲	مراقبت خانوادگی	Family Caregiving
۳	سالمند	Elderly / Older Adult
۴	اختلال شناختی	Cognitive Impairment
۵	دمانس	Dementia
۶	آلزایمر	Alzheimer
۷	تجربه مراقبت	Caregiving Experience
۸	مطالعه کیفی	Qualitative Study

یا پایان‌نامه، روش‌شناسی کمی، آزمایشی یا مرور نظام‌مند صرف، تمرکز بر تاب‌آوری فردی مراقب به‌جای تاب‌آوری خانواده به‌عنوان یک واحد پویا و تعاملی و انتشار قبل از بازه زمانی تعیین شده بود.

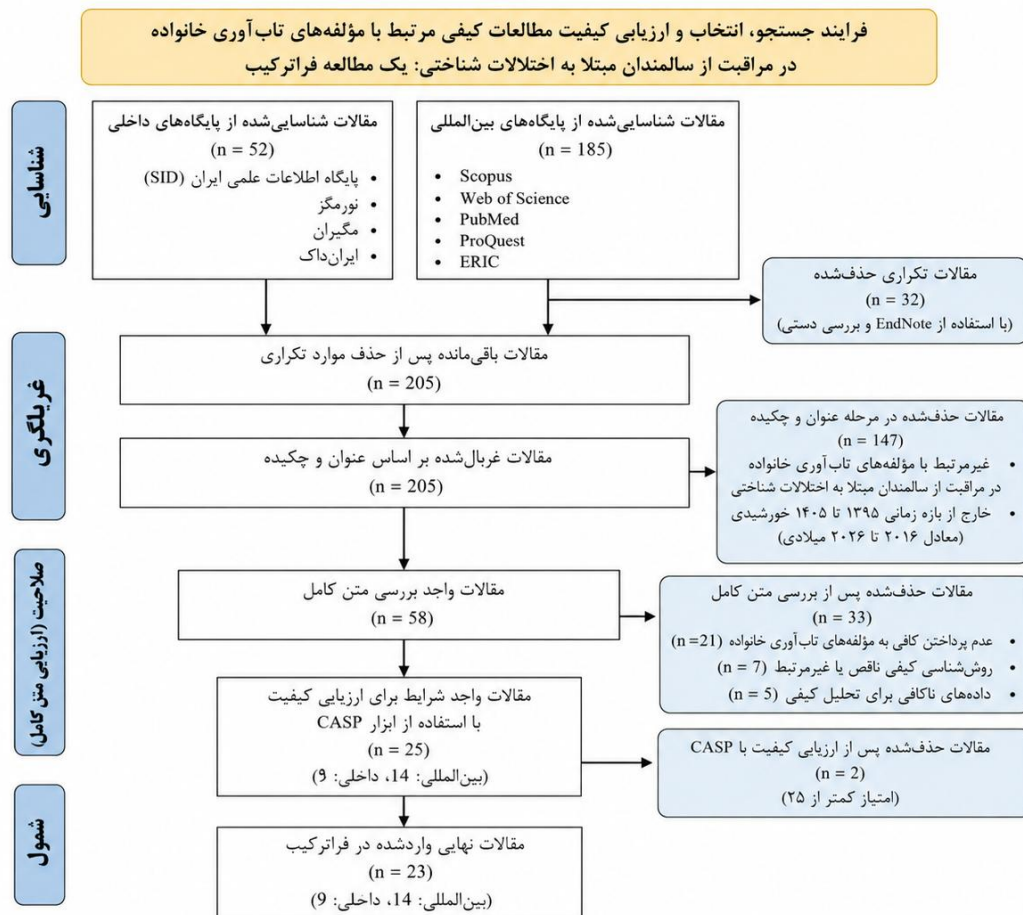
همانطور که پیشتر گفته شد جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی و پایگاه‌های داخلی انجام شد. در گام نخست، جستجو در پایگاه‌های بین‌المللی منجر به شناسایی ۱۸۵ مقاله و در پایگاه‌های داخلی منجر به شناسایی ۵۲ مقاله گردید (مجموع ۲۳۷ مقاله). از این تعداد، ۳۲ مقاله تکراری (چه در پایگاه‌های مختلف و چه در جستجوهای جداگانه) با استفاده از نرم‌افزار EndNote و بررسی دستی حذف شدند و ۲۰۵ مقاله برای غربالگری عنوان و چکیده باقی ماندند. در مرحله غربالگری عنوان و چکیده، ۱۴۷ مقاله به دلایل غیرمرتبط بودن با حوزه مورد مطالعه و خارج بودن از بازه زمانی تعیین شده حذف شدند. پس از این مرحله، ۵۸ مقاله برای بررسی متن کامل باقی ماندند. در بررسی متن کامل، ۳۳ مقاله به

مرحله سوم (جستجو و انتخاب متون مناسب): در این مرحله، فرایند جستجوی نظام‌مند، بررسی و گزینش مقالات مرتبط با مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی انجام شد. مقالات بر اساس معیارهای ورود و خروج، غربالگری گردیدند. معیارهای ورود شامل: (۱) پرداختن مستقیم به مؤلفه‌ها، فرایندها یا عوامل مرتبط با تاب‌آوری خانواده یا سازگاری مراقبان در زمینه مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی (دمانس، آلزایمر، اختلال شناختی خفیف و سایر انواع زوال عقل)، (۲) مقالات ژورنالی نمایه‌شده در پایگاه‌های معتبر علمی، (۳) دارا بودن روش‌شناسی کیفی اصیل (مانند نظریه داده‌بنیاد، پدیدارشناسی، تحلیل محتوای کیفی، قوم‌نگاری، تحلیل مضمون و غیره) و (۴) انتشار در بازه زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۵ خورشیدی (معادل ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۶ میلادی). معیارهای خروج نیز شامل: تمرکز صرف بر جنبه‌های بالینی، دارویی یا تشخیصی اختلالات شناختی بدون توجه به تجربه مراقبت خانوادگی، وبسایت، کتاب، فصل کتاب، گزارش کنفرانس

۳ = متوسط، ۲ = ضعیف، ۱ = بسیار ضعیف) و در نهایت مجموع امتیاز هر مطالعه بین ۱۰ تا ۵۰ محاسبه گردید. بر این اساس، مطالعات بر اساس امتیاز نهایی در سطوح عالی (۴۲-۵۰)، خوب (۳۳-۴۱)، متوسط (۲۵-۳۲) و ضعیف (۱۰-۲۴) طبقه‌بندی شدند. مطالعات با امتیاز کمتر از ۲۵ (سطوح ضعیف و متوسط پایین) از فرایند تحلیل نهایی حذف و مطالعات با امتیاز ۲۵ و بالاتر به عنوان مطالعات واجد شرایط وارد مرحله تحلیل شدند. فرایند ارزیابی کیفیت توسط دو ارزیاب مستقل (نویسنده اول و یکی از همکاران با تجربه در روشهای کیفی) انجام شد و در موارد اختلاف، از طریق بحث و تبادل نظر تا رسیدن به اجماع ادامه یافت. در نتیجه این ارزیابی، از ۲۵ مقاله اولیه، ۲ مقاله به دلیل کیفیت روش‌شناسی پایین (امتیاز کمتر از ۲۵) حذف و ۲۳ مقاله (شامل ۱۴ مقاله بین‌المللی و ۹ مقاله داخلی) به عنوان بهترین و مرتبط‌ترین مطالعات با هدف پژوهشی محققان شناخته شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند (شکل ۲).

دلایل عدم پرداختن کافی به مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده (۲۱ مقاله)، روش‌شناسی کیفی ناقص یا غیرمرتبط (۷ مقاله) و داده‌های ناکافی برای تحلیل کیفی (۵ مقاله) حذف شدند. در نتیجه، ۲۳ مقاله (شامل ۱۴ مقاله بین‌المللی و ۹ مقاله داخلی) برای ارزیابی کیفیت روش‌شناسی با استفاده از ابزار **CASP** انتخاب شدند.

در ادامه به منظور کیفیت‌بخشی روش‌شناختی مطالعات، از ابزار برنامه مهارت‌های ارزیابی نقادانه (**CASP**) برای هر مقاله استفاده شده است. این ابزار یکی از روش‌های معتبر برای سنجش کیفیت و اعتبار مطالعات کیفی در فراترکیب است. در این روش، هر مطالعه بر اساس ۱۰ معیار شامل تناسب اهداف پژوهش با مسئله تحقیق، تناسب روش‌شناسی، طراحی پژوهش، روش نمونه‌گیری، کیفیت جمع‌آوری داده‌ها، میزان انعکاس‌پذیری، رعایت ملاحظات اخلاقی، دقت در تحلیل داده‌ها، وضوح ارائه یافته‌ها و ارزش کلی پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفت. مطابق دستورالعمل **CASP**، به هر یک از معیارها امتیازی بین ۱ تا ۵ اختصاص داده شد (۵ = عالی، ۴ = خوب،



شکل ۲. خلاصه‌ای از نتایج جستجو و انتخاب متون مناسب

توافق بین دو کدگذار با استفاده از شاخص کاپای کوهن^۱ محاسبه شد که مقدار ۰/۸۲ به دست آمد. این مقدار در محدوده «توافق عالی» قرار دارد و نشان‌دهنده پایایی مطلوب فرایند کدگذاری و تحلیل مضامین است. این مقدار همچنین، در طول فرایند تحلیل، جلسات منظم با تیم پژوهشی برای بحث و بررسی درباره کدها، زیرمضمون‌ها و مضامین اصلی برگزار شد و بازخوردهای اصلاحی در تحلیل نهایی اعمال گردید تا از دقت و جامعیت یافته‌ها اطمینان حاصل شود.

مرحله هفتم (ارائه یافته‌ها): در گام نهایی، یافته‌های حاصل از تلفیق نظاممند مطالعات کیفی در قالب یک چارچوب مفهومی منسجم ارائه گردید. پس از اجماع نظر نویسندگان و خبرگان شرکت‌کننده در فرایند بازبینی، سه مضمون اصلی شامل «مؤلفه‌های شناختی-باورهای خانواده» (شامل نظام باورها، معنابخشی به استرس، چشم‌انداز مثبت، تربیت معنوی و پذیرش)؛ «مؤلفه‌های ساختاری-کارکردی خانواده» (شامل انعطاف‌پذیری الگوهای خانواده، استفاده از منابع اجتماعی و حمایتی، پیوند و انسجام خانوادگی، سخت‌رویی خانواده و مدیریت مؤثر علائم) و «مؤلفه‌های ارتباطی-تعاملی خانواده» (شامل انتقال مؤثر اطلاعات، بیان منطقی هیجانات، حل مسئله مشارکتی، همدلی و ارتباط مثبت) به همراه زیرمضمون‌های مربوط به هر یک، به عنوان یافته‌های نهایی پژوهش تعیین شدند. این مضامین در قالب جدول مشخصات مطالعات (جدول شماره ۴) و نقشه مفهومی در بخش یافته‌ها به تفصیل تشریح شده‌اند و در بخش بحث و نتیجه‌گیری نیز مورد تفسیر و مقایسه با ادبیات پیشین قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها

پس از استخراج اطلاعات ۲۳ مطالعه منتخب (جدول ۴)، فرایند تحلیل و تلفیق یافته‌های کیفی در سه مرحله انجام شد (جدول ۵). نخست، تمام بخش‌های مرتبط با مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در بخش یافته‌ها و بحث هر مقاله، خط به خط مطالعه و کدگذاری باز گردید. در این مرحله، ۱۴۲ کد آزاد (مفهوم اولیه) استخراج شد که مجموع فراوانی آن‌ها ۹۲۷ بود (هر کد ممکن بود در چند مقاله تکرار شود). به تفکیک، ۵۲ کد به مؤلفه‌های شناختی-باورهای خانواده، ۴۷ کد به مؤلفه‌های ساختاری-کارکردی خانواده و ۴۳ کد به مؤلفه‌های

مرحله چهارم (استخراج اطلاعات): در مرحله چهارم، ابتدا تمامی ۲۳ مقاله نهایی منتخب (شامل ۱۴ مقاله بین‌المللی و ۹ مقاله داخلی) به دقت مطالعه شد و اطلاعات مهم آنها، از جمله مفاهیم و مضامین مرتبط با مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی به همراه نام نویسندگان، سال انتشار، کشور/بافت پژوهش، روش تحقیق، مشارکت‌کنندگان و یافته‌های اصلی آنها گردآوری شد (جدول شماره ۴). این جدول به صورت نظام‌مند، اطلاعات کلیدی هر مطالعه را به منظور تسهیل فرایند تحلیل و ترکیب داده‌ها، سازماندهی نمود.

مرحله پنجم (تجزیه و تحلیل یافته‌های کیفی): برای تلفیق و یکپارچه‌سازی یافته‌های مطالعات منتخب، از روش تحلیل مضمون شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) استفاده شد. فرایند کدگذاری به صورت نظام‌مند آغاز گردید: ابتدا تمام قطعات متنی مرتبط با فرصت‌ها، چالش‌ها و ملاحظات اخلاقی از هر مقاله استخراج و کدهای اولیه (باز) به هر قطعه معنادار اختصاص یافت. سپس کدهای مشابه در گروه‌های معنادارتر ترکیب شده و زیرمضمون‌ها شکل گرفتند. در گام بعد، زیرمضمون‌ها بر اساس قرابت مفهومی در مضامین اصلی (شامل مؤلفه‌های ساختاری، فرآیندی و زمینه‌ای تاب‌آوری خانواده) جای گرفتند و هر مضمون اصلی تعریف، نام‌گذاری و پالایش شد. در نهایت، نقشه نهایی مضامین با بازبینی همه مقالات تأیید گردید. این فرایند به صورت رفت و برگشتی و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت، به گونه‌ای که بررسی مقالات جدیدتر، اطلاعات تازه‌ای به کدها و مضامین مستخرج اضافه نکرد.

مرحله ششم (حفظ کنترل کیفیت): در این مرحله، برای تضمین اعتبار و پایایی فرایند فراتلفیق، از ترکیبی از راهکارهای کیفی استفاده شد. ابتدا، کیفیت روش شناختی هر یک از ۲۳ مقاله نهایی پیش از ورود به تحلیل، با استفاده از ابزار برنامه مهارت‌های ارزیابی نقادانه (CASP) ارزیابی شده بود (همان‌طور که در مرحله سوم گزارش شد). علاوه بر این، برای سنجش پایایی کدگذاری‌ها، حدود ۲۰ درصد از کدهای استخراج‌شده به طور تصادفی انتخاب و توسط یک کدگذار مستقل (خبره در روش‌های کیفی) بازبینی گردید. میزان

1. Cohen's Kappa

ارتباطی-تعاملی خانواده اختصاص داشت. در گام دوم، کدهای آزاد سوم، این زیرمضمون‌ها در قالب سه مضمون اصلی سازماندهی شدند بر اساس شباهت معنایی در ۱۷ زیرمضمون دسته‌بندی شدند و در گام (جدول ۵)

جدول ۴. مشخصات مطالعات وارد شده در فراترکیب

ردیف	نویسندگان (سال)	عنوان مقاله	موضوع/مجله	روش	مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده
۱	عابولایتی و همکاران (۲۰۲۲)	تجارب مراقبت دوتایی سالمندان ناتوان و مراقبان در منزل از دیدگاه تاب‌آوری خانواده	مراقبت خانگی از سالمندان ناتوان در چین / فصلنامه مرزهای روانپزشکی	پدیدارشناسی	سه مؤلفه اصلی: تعدیل باورهای خانواده (معنابخشی به استرس، چشم‌انداز مثبت، تربیت معنوی)؛ تغییر الگوهای خانواده (انعطاف‌پذیری، استفاده از منابع اجتماعی)؛ بهبود ارتباطات خانواده (انتقال مؤثر اطلاعات، بیان منطقی هیجانات، حل مسئله مشارکتی)
۲	دانلان، بنت و سولسبی (۲۰۱۵)	عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده تاب‌آوری در مراقبان همسر سالمند مبتلا به دمانس	مراقبت همسر از مبتلایان به دمانس در انگلستان / نشریه سالمندی و سلامت روان	پدیدارشناسی	عوامل تسهیل‌گر: مثبت‌اندیشی، حفظ تداوم هویت همسر، کسب دانش در مورد دمانس، حمایت دوستان و خانواده، مشارکت در گروه‌های حمایتی، استفاده از مراقبت فرج‌های؛ عوامل بازدارنده: نگرش منفی، از دست دادن روابط اجتماعی، انزوا
۳	هایس اینت ولد و همکاران (۲۰۱۶)	خودمدیریتی مراقبان خانوادگی در تغییرات رفتار و خلق‌وخوی خویشاوند مبتلا به دمانس	مراقبت از مبتلایان به دمانس در هلند / نشریه بی‌ام‌سی سالمندان	گروه کانونی آنلاین	راهنمادهای خودمدیریتی تاب‌آورانه: آرام‌سازی (حفظ خونسردی، انطباق با خلق بیمار)؛ تحریک (داستان‌گویی، تشویق به فعالیت، ایجاد حواس‌پرتی)؛ مدیریت استرس خود (جستجوی حواس‌پرتی، استراحت، بحث درباره احساسات)
۴	کیفر و همکاران (۲۰۲۴)	کاوش کیفی تغییرات و مکانیسم‌های تغییر در مداخله روان‌آموزشی برای مراقبان خانوادگی مبتلا به دمانس	مداخله روان‌آموزشی در سوئیس / نشریه بی‌ام‌سی مراقبت اولیه	نظریه داده‌بنیاد سازنده‌گرا	مدل آرامش: تغییرات میانجی شامل داشتن زمان برای خود، داشتن تعادل، توانایی مدیریت زندگی روزمره، اعتماد به توانایی‌های خود، تجربه تعاملات مثبت؛ راهبرد کلیدی: بازچارچوب‌بندی شناختی
۵	دلافیوره و همکاران (۲۰۲۵)	گذار به نقش مراقب در آلزایمر پیشرفته: از پیوند عاطفی تا مسئولیت مراقبتی	مراقبت از آلزایمر پیشرفته در ایتالیا / نشریه گزارش‌های پرستاری	نظریه داده‌بنیاد سازنده‌گرا	مقوله هسته‌ای: «تأمیل خاموش و قطعی به مراقبت»؛ چهار فاز تاب‌آوری: تغییر زندگی روزمره (ایثار)، احساس ناتوانی، از دست دادن خود، اشتراک با دیگران (جستجوی تعادل در مراقبت)
۶	وانگ و همکاران (۲۰۱۷)	آماده‌سازی مراقبتی: فرایندی محوری در مراقبان خانوادگی افراد با اختلال شناختی خفیف	مراقبت از اختلال شناختی خفیف در تایوان / نشریه روان‌پزشکی سالمندی بین‌المللی	نظریه داده‌بنیاد طولی	مقوله هسته‌ای: «آماده‌سازی محافظتی»؛ سه مؤلفه: عادی‌سازی دوگانه (پذیرش و انکار همزمان)، آمادگی هشیارانه (واکنشی و چشم‌اندازمحور)، مدیریت محافظتی (حفاظت از عزت نفس، ایمنی، کنترل علائم و حفظ عملکرد شناختی)
۷	دیست و گریف (۲۰۱۵)	تاب‌آوری در خانواده‌های دارای عضو مبتلا به دمانس	مراقبت از مبتلایان به دمانس در آفریقای جنوبی / نشریه آموزش سالمندی	روش ترکیبی با بخش کیفی	عوامل تاب‌آوری: حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان، جامعه)، الگوهای ارتباطی مثبت، پذیرش، خوش‌بینی، سخت‌رویی خانواده، پیوند خانوادگی، مدیریت مؤثر علائم، معنویت/مذهب
۸	مدخالد و همکاران (۲۰۲۶)	راهبردهای مقابله در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری مزمن	بیماری مزمن عمومی در مالزی / نشریه هندی مراقبت تسکینی	نظریه داده‌بنیاد	چهار راهبرد اصلی مقابله تاب‌آورانه: سیستم‌های حمایتی (خانواده، دوستان، کارفرما، جامعه)، رفتار مثبت (خودمراقبتی، کمک حرفه‌ای، مدیریت استرس، بیان هیجانات، نوشتن)، معنویت (ایمان به خدا، اعمال مذهبی)، خودتنظیمی (تنظیم هیجانی و

شناختی)					
۹	رابینسون-لین، ژانگ و پاتل (۲۰۲۱)	مقابله و سازگاری با مراقبت خانوادگی از دمانس: یک مطالعه مقدماتی	مراقبت از دمانس در آمریکا / نشریه پرستاری سالمندی	مطالعه ترکیبی با بخش کیفی	راهبردهای مقابله‌ای رایج: مقابله معنوی (۸۰٪)، استفاده از تجارب گذشته (۸۰٪)، جمع‌آوری اطلاعات (۷۵٪)، عوامل مرتبط با تاب‌آوری: خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، سلامت جسمی و روانی مراقب
۱۰	سان و همکاران (۲۰۲۵)	توسعه تاب‌آوری خانواده در محیط‌های بخش مراقبت‌های ویژه	بخش مراقبت‌های ویژه در چین / نشریه مراقبت‌های ویژه استرالیا	نظریه داده‌بنیاد سنتی	پنج کد نظری تاب‌آوری: شرایط (شدت بیماری، ویژگی‌های خانواده)، فرایندها (رفتار تطبیقی، رفتار تعاملی، عوامل فرهنگی)، هم‌تغییر (مدت بیماری، بار اقتصادی)، پیامدها (سازگاری در برابر فروپاشی)، رفتار تطبیقی: انطباق با محیط آی‌سی‌یو، تنظیم روانی-هیجانی، تغییر کارکرد خانواده
۱۱	چوآ و همکاران (۲۰۲۱)	مدل اکتشافی فرایندها و کارکرد تاب‌آوری خانواده: دیدگاهی فرهنگی از جوامع بومی سمای در مالزی	جوامع بومی سمای در مالزی / نشریه روان‌شناسی بین‌فرهنگی	نظریه داده‌بنیاد	پنج بعد کارکرد خانواده تاب‌آور: تقسیم تعهدات و مسئولیت‌ها، تصمیم‌گیری جمعی، اولویت‌دهی به رفاه جامعه، به اشتراک‌گذاری دانش و منابع، تمایل به همکاری با همه؛ مفهوم خانواده بر اساس رابطه با نیاکان معنوی و میراث فرهنگی
۱۲	رید و همکاران (۲۰۲۵)	مدل مفهومی توانمندسازی ظرفیت‌های خانواده از طریق فرایند مراقبت	خانواده‌های کم‌درآمد در آفریقای جنوبی / نشریه بین‌المللی تحقیقات محیطی و بهداشت عمومی	تحلیل مضمون با رویکرد راهنمای گوش دادن	مدل مراقبت-محور تاب‌آور یک نیازهای ملموس (غذا، مسکن، شغل)، نیازهای ناملموس (عشق، تعلق، احترام)، آسیب‌ها؛ فرایندهای مراقبتی: مراقبت کردن (توجه)، مراقبت‌دادن (مسئولیت)، مراقبت‌دریافت‌کردن (پاسخگویی)، مراقبت-باهم‌کردن (تکثر)
۱۳	پاتریک، روپرت و مک‌لین (۲۰۲۰)	مسیرهای رابطه‌ای در خانواده‌های دارای والدین با بیماری روانی	والدین دارای بیماری روانی در استرالیا / نشریه بی‌ام‌سی روانشناسی	نظریه داده‌بنیاد سازنده‌گرا	مدل مسیر رابطه‌ای: سه فاز تاب‌آوری رابطه‌ای: سردرگمی (هرج و مرج داخلی و خارجی)، تفکر (درون‌کاوی، راهبردهای مقابله، بازتاب والدینی)، آشتی (هویت والدی تکامل‌یافته، ترمیم روابط با والدین)
۱۴	چئونگ و کام (۲۰۱۲)	تاب‌آوری در سالمندان چینی: هنگ‌کنگی: رویکرد نظریه داده‌بنیاد برای آشکارسازی شرایط اجتماعی و معنوی	تاب‌آوری خود سالمندان در هنگ‌کنگ / نشریه مطالعات سالمندی	نظریه داده‌بنیاد	نظریه دیالکتیک اجتماعی-معنوی: سه مؤلفه تاب‌آوری (خودانگیزی، گشودگی، آرامش)؛ عوامل زمینه‌ای (انزوا، فقر، جامعه‌پذیری خانوادگی، ایمان مذهبی)؛ فرایند تبدیل تجارب منفی به نیروی تاب‌آوری از طریق دیالکتیک
۱۵	شفیعی و همکاران (۱۳۹۶)	تجارب مراقبتی خانواده‌های سالمندان آلزایمری (یک مطالعه پدیدارشناسی)	مراقبت از سالمندان آلزایمری / مجله بالینی پرستاری و مامایی	پدیدارشناسی توصیفی	مؤلفه‌های تاب‌آوری در تقابل با فشارها: حفظ تعالی بیمار (عشق و تعهد، رعایت شأن بیمار)، احساسات واکنشی مثبت (لذت و امید در کنار خشم)، اسیری مراقب (تعهد پایدار علیرغم محدودیت‌ها)
۱۶	رحیمی و همکاران (۱۴۰۳)	تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمندان در منزل و نیازهای آموزشی مراقبین خانوادگی	مراقبت از سالمندان در منزل / مجله سالمندی ایران	تحلیل محتوای کیفی	سه طبقه اصلی تسهیل‌کننده تاب‌آوری: عوامل فردی (خصوصیات مراقب، منافع درک‌شده، مهارت، خودمراقبتی)؛ عوامل بین‌فردی (رابطه با سالمند، همکاری خانواده، حمایت دیگران)؛ محیط‌های حمایتی (محیط فیزیکی، حمایت سازمان‌ها)
۱۷	شفق، یوسفی و منشی (۱۴۰۲)	چگونگی تکریم سالمندان از منظر زنان مراقب در خانواده‌های مذهبی	زنان مراقب در خانواده‌های مذهبی / فصلنامه زنان و خانواده	تحلیل مضمون تمثقی	چهار مضمون هسته‌ای تاب‌آوری در تکریم: انگیزش (مذهبی و خانوادگی)، صفات تکریم‌کننده (شخصیتی و تجارب زیسته)، علل عائق به تکریم (گذشته و حال)، چگونگی تاب‌آوری در مسیر تکریم

(معنا در زندگی، عوامل عاطفی آرام‌بخش، گذران اوقات فراغت)					
۱۸	ایزدی اونجی و همکاران (۱۳۹۵)	تبیین ساختار تاب‌آوری در سالمند مبتلا به بیماری مزمن	سالمندان مبتلا به بیماری مزمن / مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت	پدیدارشناسی توصیفی	چهار درون‌مایه اصلی ساختار تاب‌آوری: منابع پشتیبانی (خانواده، تیم درمان، نهادهای دولتی)، وضعیت رفاهی (استقلال مالی و عدم دسترسی به منابع جبرانی)، کاهش بهره‌مندی (فقدان نزدیکان، کاهش توانایی جسمی، خدشه‌دار شدن کرامت)، نگرش به سالمند بیمار (عدم پذیرش اجتماعی)
۱۹	عباسی اصل و همکاران (۱۴۰۴)	مشکلات و روان‌شناختی مراقبین خانوادگی سالمندان	مشکلات و نیازهای روان‌شناختی مراقبین / مجله سالمندی ایران	ترکیب مضمون	نیازهای تاب‌آورانه: نیاز به حمایت و تکیه‌گاه، نیاز به رسیدگی به وضعیت سلامت روان، نیاز به همدلی و دیده‌شدن، نیاز به راهی موقت از مراقبت؛ مشکلات تاب‌آوری‌زا: کنار گذاشته شدن نیازهای شخصی، تداخل نقش، غرق شدن در هیجانات منفی، فشار سنگین مراقبت
۲۰	فرهادی و همکاران (۱۳۹۷)	تجارب مثبت مراقبت از سالمند مبتلا به دمانس از دیدگاه مراقبین خانوادگی	مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس / مجله طب جنوب	تحلیل محتوای کیفی	سه طبقه اصلی ارزیابی مثبت تاب‌آورانه: رشد فردی (احساس پختگی، برجسته‌شدن صفات مثبت، رشد معنوی)، رضایتمندی از مراقبت (رضایت از خود، خشنودی از وضعیت بیمار، لذت از بودن با بیمار)، دستاوردهای مراقبت (تأیید اجتماعی، احساس خبرگی در نقش مراقبتی)
۲۱	محمدی، دباغی و یادآورنیکروش (۱۳۹۶)	عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده مراقبت خانوادگی از سالمندان آسیب‌پذیر در منزل: تجربه زنان مراقب	زنان مراقب سالمندان آسیب‌پذیر / مجله سالمندی ایران	نظریه داده‌بنیاد	سه طبقه اصلی عوامل تاب‌آوری: عوامل فردی (آگاهی از مراقبت، ویژگی‌های فردی، تجربه بار مراقبتی)؛ عوامل خانوادگی (ارتباط مؤثر، شبکه حمایتی، مشارکت خانوادگی)؛ عوامل خارجی (حمایت رسمی، زمینه مراقبت در منزل، سیستم‌های بهداشتی-مراقبتی)
۲۲	صباغچی، عسکری ندوشن و روحانی (۱۴۰۳)	مراقبت از سالمندان در تلاقی فرایندهای درمانی و حمایت‌گری خانواده	فرایندهای درمانی و حمایت‌گری خانواده / مجله جامعه‌شناسی کاربردی	نظریه داده‌بنیاد سیستماتیک	مقوله هسته‌ای: «مراقبت در گرو پول»؛ مؤلفه‌های تاب‌آوری اقتصادی-اجتماعی: شرایط علی (اقتصاد مراقبت، مضیقه مالی)، شرایط زمینه‌ای (امنیت مالی)، شرایط مداخله‌گر (نارسایی در نظام درمان)، استراتژی‌ها (تعادل مالی، سطوح دسترسی درمانی) و پیامد (کیفیت دسترسی درمانی)
۲۳	محمدی، فلاحی خشک‌ناب و خانکه (۱۳۹۴)	نیازهای مراقبت‌دهندگان به سالمندان مبتلا به آلزایمر: تحلیل تجربه مراقبین خانوادگی	مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر / نشریه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی	تحلیل محتوای کیفی	هفت طبقه اصلی نیازهای تاب‌آورانه: نیاز به اطلاعات (آموزش، آگاهی از مراقبت جسمی و رفتاری)، جلب همکاری سایر اعضای خانواده، مناسب‌سازی محیط زندگی، مدیریت سلامت خود (جسمی و روانی)، نیاز به دیده‌شدن (قدردانی و همدلی)، نیاز به نظام‌های بهداشتی جایگزین (مراقبت موقت)، نیاز به امکانات مراقبتی (حمل‌ونقل، مواد مصرفی، بیمه)

جدول ۵. مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی: جدول تلفیقی اطلاعات

منابع	کدهای آزاد (مفاهیم اولیه) با فراوانی	مضامین فرعی	مضامین اصلی
۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳	درک مراقبت به عنوان یک وظیفه اخلاقی و دینی (۹)؛ پذیرش بیماری به عنوان بخشی از سرنوشت و تقدیر (۸)؛ یافتن معنا در رنج و سختی مراقبت (۷)؛ بازتعریف مراقبت به عنوان یک چالش قابل مدیریت (۶)؛ تلقی مراقبت به عنوان جبران زحمات والدین (۶)؛ نگاه به مراقبت به عنوان یک آزمون الهی (۵)؛ درک مراقبت به عنوان یک عمل عاشقانه و ایثارگرانه (۵)؛ معنابخشی به بحران به عنوان فرصتی برای رشد (۴)؛ بازتعریف هویت خود از طریق نقش مراقبتی (۴)؛ درک مراقبت به عنوان یک سفر معنوی (۳)؛ نگاه به مراقبت به عنوان یک مسئولیت اجتماعی (۳)	معنابخشی به استرس و بحران	مؤلفه‌های شناختی-باورهای خانواده
۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲	حفظ امید به بهبود وضعیت سالمند علیرغم پیشرفت بیماری (۸)؛ تمرکز بر جنبه‌های مثبت زندگی و قدردانی از نعمت‌ها (۷)؛ تقویت روحیه با نگاه به آینده و برنامه‌ریزی برای آن (۶)؛ مثبت‌اندیشی به عنوان راهبرد اصلی مقابله با فشارها (۶)؛ نگاه به مراقبت به عنوان فرصتی برای رشد شخصی و معنوی (۵)؛ استفاده از شوخ‌طبعی در مواجهه با سختی‌ها و تنش‌ها (۴)؛ باور به این که "این روزها نیز می‌گذرند" (۴)؛ تمرکز بر توانایی‌های باقی‌مانده سالمند به جای نقص‌ها (۳)؛ امیدواری به حمایت‌های الهی در شرایط سخت (۳)	چشم‌انداز مثبت و امیدواری	مثبت و
۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۳	توکل به خدا و ایمان مذهبی به عنوان منبع اصلی قدرت و آرامش (۹)؛ دعا و نیایش برای کاهش استرس و افزایش تحمل (۷)؛ باور به پاداش اخروی مراقبت از والدین (۶)؛ معنویت به عنوان عامل آرامبخش در شرایط بحرانی (۵)؛ شرکت در مراسم مذهبی و ارتباط با خدا به عنوان منبع انرژی (۵)؛ توسل به ائمه و اولیاء الهی برای کسب صبر و استقامت (۴)؛ قرائت قرآن و ادعیه به عنوان راهکار کاهش اضطراب (۴)؛ باور به قضا و قدر و تسلیم در برابر خواست خدا (۳)	باورهای معنوی و مذهبی	
۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۳	پذیرش واقعیت بیماری و تغییرات ناشی از آن (۹)؛ عادی‌سازی علائم بیماری به عنوان بخشی از فرایند سالمندی (۷)؛ انطباق تدریجی با نقش مراقبتی و مسئولیت‌های جدید (۶)؛ پذیرش محدودیت‌های خود در ارائه مراقبت (۵)؛ آمادگی ذهنی برای تغییرات آینده و پیشرفت بیماری (۴)؛ کنار آمدن با از دست دادن تدریجی توانایی‌های سالمند (۴)؛ پذیرش کمک از دیگران بدون احساس شرم یا گناه (۳)؛ انطباق با تغییرات نقش‌های خانوادگی (۳)	پذیرش و واقعیت	انطباق با
۱، ۲، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳	احساس تعهد و مسئولیت عمیق در قبال سالمند (۱۰)؛ پایبندی به ارزش‌های خانوادگی و فرهنگی در مراقبت (۸)؛ عشق و دلبستگی عاطفی به سالمند به عنوان انگیزه اصلی مراقبت (۷)؛ ایثار و ازخودگذشتگی در ارائه مراقبت (۶)؛ حفظ کرامت و شأن سالمند علیرغم زوال شناختی (۵)؛ احساس وظیفه در برابر والدین به عنوان یک اصل اخلاقی (۵)؛ وفاداری به پیمان زناشویی در مراقبت از همسر (۴)؛ تعهد به حفظ خانواده به عنوان یک واحد منسجم (۴)	سخت‌رویی و تعهد خانوادگی	
۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۲	کسب صبر و حوصله بیشتر در اثر مراقبت (۶)؛ افزایش آگاهی نسبت به خود و توانایی‌های شخصی (۵)؛ تقویت حس همدلی و درک دیگران (۵)؛ رشد معنوی و نزدیکی بیشتر به خدا (۴)؛ کسب حس پختگی و بلوغ عاطفی (۴)؛ افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی (۴)؛ کسب مهارت‌های جدید در مدیریت بحران (۳)؛ تقویت حس نوع‌دوستی و کمک به دیگران (۳)	رشد فردی و خوددشکوفایی	و
۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۱، ۲۳	تغییر نقش‌ها و تقسیم وظایف بین اعضای خانواده (۹)؛ بازتوزیع مسئولیت‌ها بر اساس توانایی هر عضو (۸)؛ تطبیق برنامه‌های روزانه با نیازهای متغیر سالمند (۷)؛ جذب منابع جدید برای پاسخ به نیازهای رو به افزایش (۶)؛ تغییر سبک زندگی برای تطابق با الزامات مراقبت (۵)؛ بازسازی ساختار خانواده برای مدیریت بحران (۴)؛ ایجاد روال‌های جدید در زندگی روزمره (۴)؛ تعدیل انتظارات از خود و سایر اعضای خانواده (۳)	انعطاف‌پذیری و انطباق‌پذیری خانواده	مؤلفه‌های ساختاری-کارکردی خانواده
۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱	همبستگی و اتحاد اعضای خانواده در مواجهه با بحران (۸)؛ افزایش نزدیکی عاطفی و صمیمیت بین اعضا (۷)؛ همکاری و مشارکت جمعی در ارائه مراقبت (۶)؛ حمایت عاطفی متقابل بین اعضای خانواده (۶)؛ تقویت روابط خانوادگی از طریق مراقبت مشترک (۵)؛ احساس تعلق و همبستگی در برابر سختی‌ها (۴)؛ ایجاد فضای امن و حمایت‌گر در خانواده (۴)؛ تقویت ارتباطات عاطفی بین نسل‌ها (۳)	پیوند و انسجام خانوادگی	

۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷	حمایت عاطفی و عملی از سوی خانواده گسترده (۱۰)؛ دریافت کمک و مساعدت از دوستان و استفاده از منابع حمایتی	۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳	همسایگان (۷)؛ استفاده از خدمات مراقبت فرجه‌ای و موقت (۶)؛ بهره‌مندی از خدمات سازمان‌های حمایتی و خیریه (۵)؛ مشارکت در گروه‌های حمایتی مراقبان (۴)؛ دریافت مشاوره از متخصصان سلامت روان (۴)؛ استفاده از حمایت‌های مالی و بیمه‌ای (۴)؛ بهره‌مندی از کمک‌های معنوی و مذهبی از سوی روحانیون (۳)	۲۳، ۲۱
۱، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸	یادگیری مهارت‌های مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز سالمند (۸)؛ پیگیری منظم وضعیت سلامت و درمان سالمند (۷)؛ تنظیم و مدیریت داروها و پیگیری درمان (۶)؛ پیش‌بینی و پیشگیری از بحران‌های رفتاری (۵)؛ سازگاری با تغییرات شناختی و رفتاری سالمند (۵)؛ مدیریت عوارض جسمی و روانی بیماری (۴)؛ استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی برای کنترل رفتارهای سالمند (۴)؛ هماهنگی با کادر درمان برای مدیریت علائم (۳)	۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۶	مدیریت مؤثر علائم و رفتارها	۲۳، ۲۱، ۲۰
۲، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۵	توجه به نیازهای جسمی و روانی خود در کنار مراقبت (۷)؛ برنامه‌ریزی منظم برای استراحت و تفریح (۶)؛ انجام فعالیت‌های ورزشی و آرام‌سازی (۵)؛ حفظ سلامت روان از طریق مشاوره و حمایت (۵)؛ اختصاص زمان برای خود در کنار مسئولیت مراقبت (۴)؛ تغذیه مناسب و توجه به سلامت جسمانی (۴)؛ شرکت در کلاس‌های آموزشی و مهارت‌آموزی (۳)؛ مدیریت استرس از طریق تکنیک‌های تنفس و مدیتیشن (۳)	۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹	خودمراقبتی و حفظ سلامت مراقب	۲۲، ۲۰
۱، ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۰	برنامه‌ریزی روزانه برای مدیریت وظایف مراقبتی (۶)؛ سازماندهی منابع و امکانات مورد نیاز (۵)؛ پیش‌بینی نیازهای آینده سالمند (۴)؛ هماهنگی بین اعضای خانواده برای ارائه مراقبت (۴)؛ تهیه برنامه‌های جایگزین برای مواقع ضروری (۴)؛ مدیریت زمان بین مراقبت و سایر مسئولیت‌ها (۳)؛ ایجاد سیستم پشتیبانی برای مواقع بحران (۳)	۱۵، ۲۰، ۲۳	برنامه‌ریزی و سازماندهی مراقبت	
۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷	برقراری ارتباط شفاف با کادر درمان و پزشکان (۸)؛ به اشتراک‌گذاری اطلاعات بیماری بین اعضای خانواده (۷)؛ جستجوی فعال اطلاعات درباره بیماری و روش‌های مراقبت (۶)؛ انتقال به موقع اطلاعات به سایر اعضای خانواده (۵)؛ استفاده از منابع اطلاعاتی معتبر برای یادگیری (۵)؛ مستندسازی وضعیت سلامت سالمند برای پیگیری درمان (۴)؛ آموزش سایر اعضای خانواده درباره بیماری (۴)؛ استفاده از فناوری برای دسترسی به اطلاعات به‌روز (۳)	۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۶	انتقال مؤثر اطلاعات	مؤلفه‌های ارتباطی-تعاملی خانواده
۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۸	ابراز احساسات به‌صورت باز و صادقانه در خانواده (۷)؛ تخلیه هیجانی از طریق گفتگو با نزدیکان و دوستان (۶)؛ مدیریت خشم و ناامیدی در مواجهه با رفتارهای دشوار (۶)؛ ابراز محبت و قدردانی نسبت به یکدیگر (۵)؛ به دل نگرفتن رفتارهای نامناسب سالمند (۴)؛ گریه کردن به عنوان راهکاری برای کاهش تنش (۴)؛ بیان نگرانی‌ها و ترس‌ها با اعضای خانواده (۳)؛ استفاده از نوشتن برای بیان احساسات (۳)	۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹	بیان منطقی هیجانات	
۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷	تصمیم‌گیری جمعی درباره مراقبت و درمان (۸)؛ همفکری برای حل مشکلات روزمره مراقبت (۷)؛ تقسیم وظایف بر اساس توانایی‌های هر عضو (۶)؛ مشورت با یکدیگر در موقعیت‌های بحرانی (۵)؛ برنامه‌ریزی مشترک برای آینده و پیشگیری از بحران (۴)؛ ارزیابی جمعی راه‌حل‌های ممکن (۴)؛ مشارکت همه اعضا در تصمیم‌گیری‌های مهم (۳)	۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۶	حل مسئله مشارکتی	
۱، ۲، ۳، ۵، ۷، ۱۰	درک متقابل احساسات و نیازهای یکدیگر در خانواده (۷)؛ همدلی با سالمند و درک شرایط و محدودیت‌های او (۶)؛ حفظ ارتباط عاطفی با سالمند علیرغم زوال شناختی (۶)؛ تقویت صمیمیت و نزدیکی با سالمند از طریق تعاملات روزمره (۵)؛ حفظ احترام و کرامت سالمند در تمام تعاملات (۵)؛ گوش دادن فعال به صحبت‌ها و نیازهای سالمند (۴)؛ برقراری ارتباط غیرکلامی مؤثر با سالمند (۴)؛ حفظ حس شوخ‌طبعی در تعامل با سالمند (۳)	۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷	همدلی و ارتباط مثبت با سالمند	
۳، ۴، ۸، ۹، ۱۵، ۱۷	دریافت مشاوره از متخصصان سلامت روان و مددکاران اجتماعی (۵)؛ راهنمایی گرفتن از مراقبان با تجربه‌تر (۵)؛ مشارکت در جلسات آموزشی و روان‌آموزشی (۴)؛ بهره‌مندی از تجارب دیگران در گروه‌های حمایتی (۴)؛ دریافت آموزش‌های مهارتی برای مراقبت بهتر (۳)؛ مشاوره با روحانیون برای کاهش استرس معنوی (۳)	۱۹، ۲۰، ۲۲	مشاوره و راهنمایی	
۱، ۲، ۵، ۷، ۱۵، ۱۷	برگزاری جلسات منظم خانوادگی برای بررسی وضعیت سالمند (۵)؛ گفتگو درباره چالش‌ها و راه‌حل‌های مراقبت (۴)؛ تبادل نظر درباره تصمیمات مهم درمانی (۴)؛ ایجاد فضای گفتگوی باز در خانواده (۳)؛ برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مشترک خانوادگی (۳)	۲۱، ۲۰	گفتگوهای خانوادگی و نشست‌های منظم	

تاب‌آورانه را تشکیل می‌دهند که سازگاری خانواده را در مواجهه با بحران مراقبت از سالمند مبتلا به اختلال شناختی ممکن می‌سازند. مدل برخاسته از داده‌ها (شکل ۳) بر اساس این یافته‌ها ترسیم شده است تا روابط پویا میان این سه دسته مؤلفه را به تصویر بکشد. در این مدل، «نظام باورهای مشترک خانواده» و «ارتباطات مؤثر درون‌خانوادگی» به عنوان عناصر هسته‌ای، تعادل میان بهره‌گیری از ظرفیت‌های درونی خانواده و جذب منابع حمایتی بیرونی را ممکن می‌سازند. تاب‌آوری خانواده در این مدل نه یک ویژگی ایستا، بلکه فرآیندی پویا و تعاملی است که خانواده را در کنار نظام‌های حمایتی رسمی و غیررسمی به عاملی توانمندساز در مسیر سازگاری و رشد تبدیل می‌کند.

جدول ۵ ساختار نهایی مضامین اصلی، زیرمضمون‌ها و کدهای آزاد را به همراه فراوانی هر کد و منابع مرتبط نشان می‌دهد. جدول فوق نشان می‌دهد که مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در سه حوزه اصلی شناختی-باورهای خانواده (شامل نظام باورها، معنابخشی به استرس، چشم‌انداز مثبت، تربیت معنوی و پذیرش)، ساختاری-کارکردی خانواده (شامل انعطاف‌پذیری الگوهای خانواده، استفاده از منابع اجتماعی و حمایتی، پیوند و انسجام خانوادگی، سخت‌رویی خانواده و مدیریت مؤثر علائم) و ارتباطی-تعاملی خانواده (شامل انتقال مؤثر اطلاعات، بیان منطقی هیجانات، حل مسئله مشارکتی، همدلی و ارتباط مثبت) قرار دارند. هیچ یک از این سه مضمون به تنهایی قابل حذف نیستند و در تعامل با یکدیگر، شبکه‌ای از منابع و فرآیندهای



شکل ۳. مدل نهایی پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

مضمون اصلی شامل «مؤلفه‌های شناختی - باورهای خانواده»، «مؤلفه‌های ساختاری - کارکردی خانواده» و «مؤلفه‌های ارتباطی - تعاملی خانواده» سازمان می‌یابد. این سه مضمون در مجموع ۱۷ زیرمضمون را در بر گرفتند و نشان دادند که توانایی خانواده برای مواجهه با فشارهای ناشی از مراقبت، تنها به ویژگی‌های فردی مراقب محدود نیست، بلکه از تعامل میان نظام معنایی خانواده، نحوه

پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تلفیق مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی انجام شد. تحلیل یافته‌های ۲۳ مطالعه کیفی نشان داد که تاب‌آوری خانواده در این زمینه پدیده‌ای چندبعدی، پویا و تعاملی است که در قالب سه

کرده است (Shafagh et al., 2023). همچنین، رابطه معکوس سلامت معنوی با بار مراقبتی نشان می‌دهد که معنویت می‌تواند منبعی روان‌شناختی برای تنظیم فشار و افزایش تحمل باشد (Salehi et al., 2020). در مطالعه مراقبان بیماری‌های مزمن نیز ایمان، دعا، اعمال مذهبی و اتکا به خدا به‌عنوان راهبردهای مهم مقابله‌ای شناسایی شدند (Md Khalid et al., 2026). بنابراین، باورهای معنوی در این خانواده‌ها صرفاً یک نگرش انتزاعی نیستند، بلکه کارکردی عملی در تنظیم هیجان، حفظ امید و استمرار مسئولیت مراقبتی دارند.

چشم‌انداز مثبت و امیدواری نیز یکی دیگر از ابعاد مهم مؤلفه‌های شناختی بود. حفظ تمرکز بر توانایی‌های باقی‌مانده سالمند، توجه به لحظات مثبت، استفاده از شوخ‌طبعی و نگاه به مراقبت به‌عنوان فرصت رشد، می‌تواند شدت ادراک تهدید را کاهش دهد. این یافته با نتایج مطالعه مراقبان همسر مبتلایان به دمانس همسو است که مثبت‌اندیشی، حفظ تداوم هویت همسر و نگاه واقع‌بینانه اما امیدوارانه را از عوامل تسهیل‌کننده تاب‌آوری دانسته است (Donnellan et al., 2015). همچنین، یافته‌های مطالعه IDEAL نشان داد که تاب‌آوری بیشتر با بهزیستی روان‌شناختی، رضایت از زندگی و سازگاری بهتر مراقبان افراد مبتلا به دمانس همراه است (Martyr et al., 2023). بااین‌حال، امیدواری در این زمینه به معنای انکار ماهیت پیش‌رونده بیماری نیست، بلکه نوعی امید واقع‌بینانه است که بر حفظ کیفیت روابط، مدیریت بهتر وضعیت و استفاده از ظرفیت‌های موجود تأکید دارد.

پذیرش و انطباق با واقعیت نیز در یافته‌های پژوهش حاضر جایگاه برجسته‌ای داشت. خانواده‌ها در فرایند مراقبت ناگزیرند کاهش تدریجی توانایی‌های شناختی و عملکردی سالمند را بپذیرند و انتظارات، نقش‌ها و برنامه‌های خود را متناسب با آن تغییر دهند. این پذیرش معمولاً تدریجی است و ممکن است با دوره‌هایی از انکار، سوگ، خشم و سردرگمی همراه باشد. فرایند «آماده‌سازی محافظتی» در مراقبان افراد مبتلا به اختلال شناختی خفیف نیز شامل عادی‌سازی علائم، آمادگی برای تغییرات آینده و تلاش برای حفظ ایمنی و عملکرد سالمند بود (Wang et al., 2018). یافته‌های فراترکیب فقدان مبهم در دمانس نیز نشان می‌دهد که خانواده‌ها با نوعی فقدان تدریجی مواجه‌اند؛ فرد از نظر جسمانی حضور دارد، اما بخش‌هایی از حافظه، هویت و نقش‌های پیشین او از دست می‌روند و سازگاری

سازمان‌دهی نقش‌ها و منابع و کیفیت ارتباطات درون‌خانوادگی و برون‌خانوادگی شکل می‌گیرد. این یافته با دیدگاه فرایندی تاب‌آوری خانواده همسو است که تاب‌آوری را نه یک صفت ثابت، بلکه ظرفیتی قابل تحول در بستر روابط، باورها و ساختار خانواده می‌داند (Walsh, 2016). همچنین، با یافته‌های فراترکیب خانواده‌های نیازمند مراقبت طولانی‌مدت مطابقت دارد که در آن تاب‌آوری حاصل تعامل منابع فردی، انسجام خانوادگی، انعطاف‌پذیری، حمایت اجتماعی و ارتباطات مؤثر معرفی شده است (Kuang et al., 2023).

نخستین مضمون اصلی، مؤلفه‌های شناختی - باورهای خانواده بود که زیرمضمون‌هایی مانند معنابخشی به استرس و بحران، چشم‌انداز مثبت، باورهای معنوی و مذهبی، پذیرش و انطباق با واقعیت، سخت‌رویی و تعهد خانوادگی و رشد فردی را در بر می‌گرفت. این یافته نشان می‌دهد که نحوه تفسیر خانواده از بیماری و نقش مراقبتی، در چگونگی واکنش آن به فشارهای مزمن نقش اساسی دارد. هنگامی که مراقبت صرفاً به‌عنوان یک بار تحمیلی، محرومیت یا تهدید ادراک شود، احتمال فرسودگی و آشفتگی خانوادگی افزایش می‌یابد؛ اما اگر خانواده بتواند برای تجربه مراقبت معنایی اخلاقی، عاطفی، دینی یا رشدی ایجاد کند، تحمل دشواری‌ها و استمرار مراقبت تسهیل می‌شود. این تبیین با الگوی والش مطابقت دارد که معنا دادن به بحران، حفظ امید و بهره‌گیری از باورهای متعالی را از عناصر بنیادین تاب‌آوری خانواده می‌داند (Walsh, 2016). یافته‌های مربوط به خانواده‌های دارای عضو مبتلا به دمانس نیز نشان داده‌اند که پذیرش، خوش‌بینی، معنویت، تعهد و سخت‌رویی خانواده از مهم‌ترین عوامل تسهیل‌کننده سازگاری هستند (Deist & Greeff, 2015).

معنابخشی به مراقبت در بافت فرهنگی ایران می‌تواند از طریق مفاهیمی مانند وظیفه‌فرزندی، تکریم سالمند، جبران زحمات والدین، صبر و پاداش معنوی شکل گیرد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که این باورها به خانواده کمک می‌کنند تا بحران را در یک نظام معنایی گسترده‌تر قرار دهد و از احساس پوچی، بی‌عدالتی یا درماندگی بکاهد. این نتیجه با مطالعه زنان مراقب در خانواده‌های مذهبی همسو است که انگیزه‌های دینی و خانوادگی، معنا در زندگی و پیوند عاطفی با سالمند را از عوامل استمرار تکریم و مراقبت معرفی

خانواده مستلزم پذیرش این وضعیت متناقض است (Chan et al., 2024).

سخت‌رویی، تعهد خانوادگی و رشد فردی نیز از دیگر زیرمضمون‌های این بخش بودند. مراقبان در بسیاری از مطالعات، عشق، وفاداری، مسئولیت اخلاقی و حفظ کرامت سالمند را دلایل اصلی استمرار مراقبت بیان کرده‌اند. این یافته با مطالعه تجربه زیسته خانواده‌های سالمندان مبتلا به آلزایمر همخوان است که در آن، عشق، تعهد، حفظ شأن سالمند و امید در کنار احساس اسارت و فشار گزارش شده بود (Shafiei et al., 2017). همچنین، برخی مراقبان تجربه مراقبت را زمینه‌ای برای افزایش صبر، رشد معنوی، پختگی عاطفی و احساس خبرگی دانسته‌اند (Farhadi et al., 2018). بنابراین، مراقبت می‌تواند در کنار پیامدهای منفی، فرصت‌هایی برای تحول هویت و رشد شخصی نیز ایجاد کند؛ هرچند این رشد نباید بهانه‌ای برای نادیده گرفتن نیازهای واقعی و فشارهای مراقبان باشد.

دومین مضمون اصلی، مؤلفه‌های ساختاری - کارکردی خانواده بود که انعطاف‌پذیری، پیوند و انسجام خانوادگی، استفاده از منابع حمایتی، مدیریت مؤثر علائم، خودمراقبتی و برنامه‌ریزی مراقبت را شامل می‌شد. یافته‌ها نشان دادند خانواده‌های تاب‌آور قادرند در پاسخ به نیازهای متغیر سالمند، نقش‌ها، وظایف، برنامه‌های روزمره و شیوه تخصیص منابع را بازتنظیم کنند. این انعطاف‌پذیری برای جلوگیری از تمرکز کامل بار مراقبت بر یک فرد ضروری است. در مطالعه تجارب دوتایی سالمندان و مراقبان، تغییر انعطاف‌پذیر الگوهای خانواده، استفاده از منابع اجتماعی و تعدیل نقش‌ها از فرایندهای مرکزی تاب‌آوری معرفی شد (Abulaiti et al., 2022). همچنین، پویایی سازگاری خانواده با بیماری مزمن نشان می‌دهد که خانواده‌ها باید به‌طور مستمر ساختار و روابط خود را در پاسخ به تحولات بیماری بازسازمان‌دهی کنند (Mickelson et al., 2021).

پیوند و انسجام خانوادگی از طریق همکاری، حمایت عاطفی متقابل، تقسیم مسئولیت‌ها و تصمیم‌گیری جمعی شکل می‌گیرد. در خانواده‌هایی که مراقبت به مسئولیت مشترک تبدیل می‌شود، مراقب اصلی کمتر دچار انزوا و فرسودگی می‌گردد. یافته‌های مطالعه فرهنگی جوامع بومی نیز نشان داده‌اند که اشتراک منابع، تقسیم تعهدات، همکاری و اولویت دادن به رفاه جمعی از مؤلفه‌های اصلی

تاب‌آوری خانواده هستند (Chua et al., 2021). در مقابل، اختلال در عملکرد خانواده با افسردگی و اضطراب بیشتر مراقبان همراه است (Goudarzi et al., 2017; Goudarzi et al., 2018). بنابراین، انسجام خانوادگی نه فقط پیامد تاب‌آوری، بلکه یکی از سازوکارهای تولید و حفظ آن است.

استفاده از منابع حمایتی رسمی و غیررسمی نیز در یافته‌ها اهمیت زیادی داشت. خانواده گسترده، دوستان، همسایگان، گروه‌های حمایتی، متخصصان سلامت و خدمات مراقبت موقت می‌توانند بخشی از بار عملی و هیجانی مراقبت را کاهش دهند. مطالعه مراقبان همسر در ایران نشان داد که دریافت حمایت صادقانه و کارآمد، راهبرد محوری سازگاری با نقش مراقبتی است (Sadeghi-Mahalli et al., 2024). یافته‌های دیگر نیز نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی و تاب‌آوری را در رابطه میان بار مراقبتی و استرس تأیید کرده‌اند (Hayat et al., 2026). بااین‌حال، حمایت زمانی مؤثر است که متناسب با نیاز خانواده، قابل اعتماد، پایدار و بدون ایجاد احساس وابستگی یا تحقیر باشد.

مدیریت مؤثر علائم و رفتارهای سالمند یکی دیگر از مؤلفه‌های ساختاری - کارکردی بود. کسب دانش درباره بیماری، تنظیم داروها، پیش‌بینی رفتارهای چالش‌برانگیز و هماهنگی با کادر درمان، احساس کنترل و خودکارآمدی خانواده را افزایش می‌دهد. مراقبان در مطالعات کیفی از آرام‌سازی، تغییر نحوه واکنش، تحریک فعالیت و گفت‌وگو درباره احساسات برای مدیریت رفتار و خلق سالمند استفاده کرده‌اند (Huis in het Veld et al., 2016). جمع‌آوری اطلاعات، استفاده از تجربه‌های قبلی و کسب مهارت نیز از راهبردهای اصلی سازگاری با مراقبت از دمانس گزارش شده‌اند (Robinson-Lane et al., 2021). نیازهای آموزشی مراقبان ایرانی نیز شامل شناخت بیماری، مهارت‌های مراقبت جسمی و رفتاری و دسترسی به راهنمایی تخصصی بوده است (Rahimi et al., 2024).

خودمراقبتی و برنامه‌ریزی نیز برای پایداری مراقبت ضروری‌اند. اختصاص زمان به استراحت، حفظ سلامت جسمی و روانی، دریافت مشاوره و طراحی برنامه جایگزین برای بحران‌ها از فرسودگی پیشگیری می‌کند. یافته‌های مداخله روان‌آموزشی نشان داد که بازچارچوب‌بندی شناختی، ایجاد تعادل، داشتن زمان شخصی و

افزایش اعتماد به توانایی‌های خود از سازوکارهای اصلی بهبود وضعیت مراقبان هستند (Kipfer et al., 2024). از سوی دیگر، مرور نیازهای روان‌شناختی مراقبان بر ضرورت فرصت‌رهایی موقت از مراقبت، دیده‌شدن و رسیدگی به سلامت روان آنان تأکید کرده است (Abbasi Asl et al., 2025; Khanjani et al., 2025). این نتایج نشان می‌دهد که خودمراقبتی نباید رفتاری خودخواهانه تلقی شود، بلکه شرط حفظ کیفیت و استمرار مراقبت است.

سومین مضمون اصلی، مؤلفه‌های ارتباطی - تعاملی خانواده بود که انتقال اطلاعات، بیان هیجان، حل مسئله مشارکتی، همدلی، مشاوره و گفت‌وگوی خانوادگی را در بر می‌گرفت. ارتباط شفاف به اعضای خانواده کمک می‌کند تا از وضعیت بیماری، نیازهای سالمند و محدودیت‌های مراقب آگاه شوند و تصمیم‌های منسجم‌تری بگیرند. در چارچوب تاب‌آوری خانواده، ارتباط روشن و حل مسئله مشترک از فرایندهای مرکزی مواجهه موفق با بحران هستند (Walsh, 2016). یافته‌های مطالعه عابولایتی و همکاران نیز نشان داد که انتقال مؤثر اطلاعات، بیان منطقی هیجان و حل مسئله مشارکتی، محور بهبود ارتباطات خانواده در مراقبت از سالمندان ناتوان است (Abulaiti et al., 2022).

بیان سازنده هیجان نیز از انباشت خشم، گناه و ناامیدی جلوگیری می‌کند. مراقبان اغلب هیجان‌های متناقضی مانند عشق، خشم، دلسوزی، درماندگی، امید و خستگی را هم‌زمان تجربه می‌کنند. وجود فضای امن برای بیان این احساسات می‌تواند از تعارض و فاصله عاطفی بکاهد. در مقابل، سرکوب هیجان و نبود همدلی، مراقب را در معرض انزوای و اختلالات عاطفی قرار می‌دهد (Manzini & Vale, 2020). حل مسئله مشارکتی نیز امکان می‌دهد خانواده به‌جای سرزنش یکدیگر، بر تعریف مسئله، بررسی راه‌حل‌ها و تقسیم مسئولیت‌ها تمرکز کند. در فرایند گذار به نقش مراقب، اشتراک تجربه با دیگران و بازسازی روابط می‌تواند به خروج از احساس ناتوانی و از دست دادن خود کمک کند (Dellafiore et al., 2025).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تاب‌آوری خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی از تعامل سه سطح معنا، سازمان و ارتباط شکل می‌گیرد. نظام‌ها و باورها به خانواده کمک می‌کند بحران را قابل فهم و تحمل سازد؛ ساختار

انعطاف‌پذیر، منابع و وظایف را سازمان می‌دهد؛ و ارتباط سازنده زمینه هماهنگی، همدلی و حل مسئله را فراهم می‌کند. ضعف هر یک از این ابعاد می‌تواند کارکرد ابعاد دیگر را نیز مختل سازد. فراترکیب‌های جدید نیز بر چندبعدی بودن تجربه مراقبت و ضرورت توجه هم‌زمان به عوامل فردی، خانوادگی، فرهنگی و ساختاری تأکید کرده‌اند (Deng et al., 2026). مدل حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند در شناسایی نقاط قوت و آسیب‌پذیری خانواده‌ها و طراحی مداخلات متناسب با بافت فرهنگی مورد استفاده قرار گیرد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست، یافته‌ها بر مطالعات کیفی منتشرشده و در دسترس استوار بود و احتمال دارد برخی پایان‌نامه‌ها، گزارش‌ها یا مطالعات منتشرنشده وارد تحلیل نشده باشند. دوم، تفاوت در روش‌شناسی، ترکیب مشارکت‌کنندگان، نوع اختلال شناختی و بافت فرهنگی مطالعات، مقایسه مستقیم یافته‌ها را دشوار می‌کرد. سوم، برخی مطالعات به تاب‌آوری فردی مراقب پرداخته بودند و مرز میان تاب‌آوری فردی و خانوادگی همواره کاملاً روشن نبود. همچنین، فراوانی کدها الزاماً بیانگر اهمیت بالاتر یک مؤلفه نیست، زیرا شیوه گزارش‌دهی و حجم داده‌های مطالعات متفاوت بود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، مدل استخراج‌شده با استفاده از مطالعات کیفی عمیق در خانواده‌های ایرانی دارای سالمند مبتلا به انواع مختلف اختلالات شناختی بازبینی و تکمیل شود. انجام مطالعات طولی می‌تواند تغییر مؤلفه‌های تاب‌آوری را در مراحل مختلف بیماری آشکار سازد. همچنین، طراحی و اعتبارسنجی ابزارهای بومی برای سنجش مؤلفه‌های شناختی، ساختاری و ارتباطی مدل و آزمون روابط میان آن‌ها با روش‌های کمی ضروری است. مقایسه خانواده‌ها بر اساس جنسیت مراقب، رابطه خویشاوندی، وضعیت اقتصادی، محل سکونت و شدت بیماری نیز می‌تواند شناخت دقیق‌تری از عوامل زمینه‌ای ایجاد کند.

پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و خدمات سالمندی، ارزیابی تاب‌آوری خانواده را به بخشی از فرایند مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی تبدیل کنند. برنامه‌های آموزشی باید علاوه بر مهارت‌های مدیریت علائم، موضوعاتی مانند پذیرش بیماری، معنابخشی، تنظیم هیجان، خودمراقبتی، تقسیم مسئولیت و حل مسئله

- Choi, J. Y., Lee, S. H., & Yu, S. (2024). Exploring Factors Influencing Caregiver Burden: A Systematic Review of Family Caregivers of Older Adults with Chronic Illness in Local Communities. *Healthcare*, 12(10), 1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>
- Chua, R. Y., Kadirvelu, A., Yasin, S., & Park, M. S. A. (2021). An Exploratory Model of Family Resilience Processes and Functioning: A Cultural Perspective of the Semai Indigenous Communities in Perak, Malaysia. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 52(6), 567-582. <https://doi.org/10.1177/00220221211028297>
- Deist, M., & Greeff, A. P. (2015). Resilience in Families Caring for a Family Member Diagnosed with Dementia. *Educational Gerontology*, 41(2), 93-105. <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.942146>
- Dellafiore, F., Diamanti, O., Guardamagna, L., Modena, G., Servi, P., Rotondo, D. A., & Artioli, G. (2025). Transition to Caregiver Role in Advanced Alzheimer's: A Grounded Theory Study. *Nursing Reports*, 15(3), 284. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030284>
- Deng, Y., Wan, H., Liu, X., Zhao, Z., & Wang, X. (2026). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Family Caregiving Experiences for Individuals with Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 13, 1701561. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1701561>
- Donnellan, W. J., Bennett, K. M., & Soulsby, L. K. (2015). What Are the Factors That Facilitate or Hinder Resilience in Older Spousal Dementia Carers? A Qualitative Study. *Aging & mental health*, 19(10), 932-939. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.977771>
- Farhadi, A., Noroozian, M., Mohammadi, F., Foroughan, M., Rasouli, M., Sadegh Moghadam, L., Nazari, S., & Sadeghi, N. (2018). Positive Experiences of Caring for an Older Adult with Dementia from the Perspective of Family Caregivers: A Qualitative Content Analysis. *Iranian South Medical Journal*, 21(4), 319-334.
- Goudarzi, N., Mohammadi Shahboulaghi, F., Rahgooy, A., & Biglarian, A. (2017). Family Functioning and Depression among Family Caregivers of Older Adults with Dementia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27(151), 105-116.
- Goudarzi, N., Rahgooy, A., Mohammadi Shahboulaghi, F., & Biglarian, A. (2018). Correlation between Family Functioning and Anxiety among Family Caregivers of Older Adults with Dementia. *Journal of psychiatric nursing*, 6(3), 1-8.
- Hayat, S. Z., Saad, M., Bukhari, S. R., & Nazi, N. (2026). A Buffering Role of Perceived Social Support and Resilience between Caregiver Burden and Perceived Stress among Informal Caregivers of Older Adults with Dementia. *BMC Geriatrics*, 26, 351. <https://doi.org/10.1186/s12877-026-07351-8>
- Huis in het Veld, J., Verkaik, R., van Meijel, B., Verkade, P. J., Werkman, W., Hertogh, C., & Francke, A. (2016). Self-Management by Family Caregivers to Manage Changes in the Behavior and Mood of Their Relative with Dementia: An Online Focus Group Study. *BMC Geriatrics*, 16, 95. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0268-4>
- Izadi Ounji, F. S., Hasani, P., Rakhshan, M., & Alavi Majd, H. (2016). Explaining the Structure of Resilience in Older Adults with Chronic Disease. *Qualitative Research in Health Sciences*, 5(4), 314-325.
- Jafari, M., Alipour, F., Raheb, G., & Mardani, M. (2022). Perceived Stress and Caregiver Burden among Caregivers of Older Adults: The Moderating Role of Resilience. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 17(1), 62-75.

خانوادگی را پوشش دهند. ایجاد خدمات مراقبت موقت، گروه‌های حمایت از مراقبان، مشاوره خانوادگی و دسترسی آسان به اطلاعات معتبر ضروری است. همچنین، سیاست‌گذاران باید حمایت‌های مالی، بیمه‌ای و اجتماعی را به گونه‌ای توسعه دهند که بار مراقبت صرفاً بر یک عضو خانواده متمرکز نشود.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Abbasi Asl, M., Khanjani, M. S., Foroughan, M., Azkhosh, M., & Moloudi, R. (2025). Psychological Problems and Needs of Family Caregivers of Older Adults: A Thematic Synthesis Study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 20(3), 320-335.
- Abulaiti, B., Zhang, X., Guan, T., Wang, M., Jia, S., & Wang, A. (2022). The Dyadic Care Experiences of Elderly Individuals with Disabilities and Caregivers in the Home Setting from the Perspective of Family Resilience: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 963101. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.963101>
- Allen, A. P., Curran, E. A., Duggan, A., Cryan, J. F., Chorchoráin, A. N., Dinan, T. G., & Clarke, G. (2017). A Systematic Review of the Psychological Burden of Informal Caregiving for Patients with Dementia: Focus on Cognitive and Biological Markers of Chronic Stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 123-164. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.006>
- Chan, A. C. Y., Perkins, C., Garcia, L., Lyons, S., Hernandez, F., & Singer, J. (2024). Ambiguous Loss and Resilience in the Family Context of Dementia: A Meta-Synthesis. *Innovation in Aging*, 8(Supplement 1), 693. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.2264>

- Alzheimer's Disease. *Geriatric Nursing*, 60, 511-520. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.10.011>
- Salehi, M., Ahmadzad Asl, M., Sedigh, R., Rashedi, V., Almasi Doghaee, M., Kamalzadeh, L., & Shariati, B. (2020). The Relationship between Spiritual Health and Caregiver Burden among Informal Caregivers of Older Adults with Dementia. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26(1), 64-75.
- Samouei, R., & Yari, Z. (2022). Psychometric Evaluation of the Home Caregiver Resilience Questionnaire for Older Adults. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 31(206), 130-142.
- Sbrizzi, C., & Sapuppo, W. (2021). Effects of Pet Therapy in Elderly Patients with Neurocognitive Disorders: A Brief Review. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 11(3), 198-206. <https://doi.org/10.1159/000518757>
- Shafagh, F., Yousefi, Z., & Manshei, G. (2023). Honoring Older Adults from the Perspective of Female Caregivers in Religious Families: A Qualitative Study. *Women and Family Cultural-Educational Quarterly*, 18(62), 67-87.
- Shafiei, N., Abd Yazdan, G., Sasani, L., Abedi, H., & Najafi, M. R. (2017). Caregiving Experiences of Families of Older Adults with Alzheimer's Disease: A Phenomenological Study. *Clinical Journal of Nursing and Midwifery*, 6(2), 48-58.
- Sun, S., Song, C., Guan, L., Yang, J., & Lan, J. (2026). The Development of Family Resilience in Intensive Care Unit Settings: A Grounded Theory Study Integrating Perspectives of Healthcare Professionals and Families. *Australian Critical Care*, 39(1), 101517. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2025.101517>
- Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience* (3rd ed.). Guilford Press.
- Wang, C. L., Kuo, L. M., Chiu, Y. C., Huang, H. L., Huang, H. L., Hsu, W. C., & Shyu, Y. I. L. (2018). Protective Preparation: A Process Central to Family Caregivers of Persons with Mild Cognitive Impairment. *International Psychogeriatrics*, 30(3), 375-385. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001120>
- World Health, O. (2021). *Global Status Report on the Public Health Response to Dementia*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
- Zhou, Y., Ishado, E., O'Hara, A., Borson, S., & Sadak, T. (2020). Developing a Unifying Model of Resilience in Dementia Caregiving: A Scoping Review and Content Analysis. *Journal of Applied Gerontology*, 39(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/0733464820923549>
- Khanjani, M. S., Foroughan, M., Azkhosh, M., & Moloudi, R. (2025). Psychological Problems and Needs of Family Caregivers of Older Adults: A Thematic Synthesis Study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 20(3), 320-335.
- Kipfer, S., Mabire, C., Vézina, J., Koppitz, A., & Pihet, S. (2024). A Qualitative Exploration of Changes and Mechanisms of Change in a Psychoeducational Intervention for Family Dementia Caregivers. *BMC Primary Care*, 25(1), 353. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02602-2>
- Kuang, Y., Wang, M., Yu, N. X., Jia, S., Guan, T., Zhang, X., & Wang, A. (2023). Family Resilience of Patients Requiring Long-Term Care: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Journal of clinical nursing*, 32(13-14), 4159-4175. <https://doi.org/10.1111/jocn.16500>
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver Burden: A Concept Analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Manzini, C. S. S., & Vale, F. A. C. (2020). Emotional Disorders Evidenced by Family Caregivers of Older People with Alzheimer's Disease. *Dementia & Neuropsychologia*, 14(1), 56-61. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010009>
- Martyr, A., Rusted, J. M., Quinn, C., Gamble, L. D., Collins, R., Morris, R. G., & Clare, L. (2023). Resilience in Caregivers of People with Mild to Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. *BMC Geriatrics*, 23, 815. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04549-y>
- Md Khalid, N., Sumari, M., Sajali, N. S., Razali, A., & Mohd Kassim, N. (2026). Coping Strategies among Family Caregivers of Patients with Chronic Illness: A Qualitative Grounded Theory Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 32(1), 72-77. https://doi.org/10.25259/IJPC.246_2025
- Mickelson, K. D., Clasen, P. C., & Biehle, S. N. (2021). The Dynamic Nature of Family Adaptation to Chronic Illness. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(1), 124-146. <https://doi.org/10.1177/0265407520960738>
- Noroozi, M. (2024). Prevalence of Dementia in Selected Middle East and North Africa Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Alzheimer's & Dementia*. <https://doi.org/10.1002/alz.13821>
- Patrick, P. M., Reupert, A. E., & McLean, L. A. (2020). Relational Trajectories in Families with Parental Mental Illness: A Grounded Theory Approach. *BMC psychology*, 8(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00432-2>
- Rahimi, F., Shakibazadeh, E., Ashourkhani, M., & Foroughan, M. (2024). Facilitators of Home Care for Older Adults and the Educational Needs of Their Family Caregivers in South Tehran: A Qualitative Study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 19(2), 222-241.
- Reid, J., Johannes, C., Wareley, S., Ngadhi, C. M., Nginase, A., & Roman, N. V. (2025). A Conceptual Model for Strengthening Family Capabilities through a Process of Care. *International journal of environmental research and public health*, 22(7), 1150. <https://doi.org/10.3390/ijerph22071150>
- Robinson-Lane, S. G., Zhang, X., & Patel, A. (2021). Coping and Adaptation to Dementia Family Caregiving: A Pilot Study. *Geriatric Nursing*, 42(1), 256-261. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.08.008>
- Sabbaghchi, M., Askari Nodoushan, A., & Rouhani, A. (2024). Caring for Older Adults at the Intersection of Therapeutic Processes and Family Support: A Qualitative Study in Yazd. *Applied Sociology*, 35(2), 101-130.
- Sadeghi-Mahalli, N., Mohammadi-Shabboulaghi, F., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., Foroughan, M., & Atazadeh, M. (2024). Getting Sincere and Efficient Support: A Grounded Theory Study of Older Spousal Caregivers of People with