

تبیین ساختار تاب‌آوری در سالمند مبتلا به بیماری مزمن

فاطمه سادات ایزدی اونجی^۱، پرخیده حسنی^۲، مهناز رخشان^۳، حمید علوی مجد^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از اهداف مهم حرفه‌ای پرستاران در مراقبت از سالمندان، افزایش تاب‌آوری می‌باشد. تحقیقات کمی مختلفی بر روی تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن در دنیا انجام شده، اما در کشور ما هیچ مطالعه‌ای (چه کمی و چه کیفی) در این زمینه صورت نگرفته است. هدف از انجام تحقیق حاضر، تبیین ساختار تاب‌آوری در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن بود.

روش: این پژوهش به روش کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی انجام گردید. شرکت کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین منظور، با ۲۲ سالمند مبتلا به بیماری مزمن، طی ۲۴ جلسه مصاحبه صورت گرفت. حداقل و حداکثر زمان مصاحبه ۲۵ و ۷۵ دقیقه بود. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید و با روش پیشنهادی Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: چهار درون‌مایه شامل «منابع پشتیبانی، وضعیت رفاهی، کاهش بهره‌مندی و نگرش به سالمند بیمار» از یافته‌ها استخراج شد که می‌توانند دیدگاه سالمندان مبتلا به بیماری مزمن پیرامون ساختار تاب‌آوری در بستر فرهنگی-اجتماعی خاص جامعه ایران را به تصویر بکشند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر مفاهیم مهمی از ساختار تاب‌آوری در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن را آشکار ساخت که می‌تواند به آرایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی جهت درک منابع مؤثر بر تاب‌آوری و برنامه‌ریزی‌های مراقبتی جامع برای رشد و افزایش تاب‌آوری سالمندان کمک نماید.

کلید واژه‌ها: تاب‌آوری، سالمند، پدیدارشناسی

ارجاع: ایزدی اونجی فاطمه سادات، حسنی پرخیده، رخشان مهناز، علوی مجد حمید. تبیین ساختار تاب‌آوری در سالمند مبتلا به بیماری مزمن. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۴): ۳۲۵-۳۱۴.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۴

- ۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
- ۴- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: fs.izadi@gmail.com

نویسنده مسئول: پرخیده حسنی

مقدمه

هدف کلی در سراسر طول عمر، توانایی خوب زندگی کردن است. این هدف برای سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن، اغلب به عنوان یک چالش مطرح می‌شود (۱). در دوره سالمندی، افزایش احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری مزمن وجود دارد؛ شرایطی که مشخصه آن، پیشرفت کند و طولانی مدت، همراه با نوسان علائم و پیامدهای نامعلوم است (۲). همچنین، احتمال مواجه شدن با ناخوشی‌های متعدد ناشی از وقوع هم‌زمان دو یا چند بیماری مزمن، بیشتر می‌شود. به همین دلیل در سال‌های اخیر، افزایش توجه به بیماری‌های مزمن و پیامدهای ناشی از آن افزایش یافته است (۳). اثرات منفی زندگی با بیماری‌های مزمن شامل کاهش سلامتی، کاهش عملکرد جسمی، تحمل درد و بالقوه شدن از نظر کاهش طول عمر و تهدیداتی مانند احساس تنهایی، کاهش اعتماد به نفس و تغییر در نقش‌های اجتماعی است (۴). افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، منجر به تحمیل بار اضافی روی سطوح اجتماعی، بستری شدن طولانی مدت، افزایش استفاده از منابع مراقبت‌های بهداشتی و کاهش بهره‌وری می‌گردد (۲). نتایج مطالعه Roger و همکاران گزارش کرد که بیماری‌های مزمن با عوارض فیزیولوژیک، عملکردی و اختلال در رفاه شناختی همراه می‌باشد (۵).

با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد. بیماری‌های مزمن، مشکلات بالینی، اجتماعی و روانی فراوانی را به دنبال خواهند داشت که این مشکلات به نوبه خود باعث محدودیت فعالیت جسمانی و روانی افراد سالمند می‌شود (۶). با این وجود، تحقیقات بیانگر احساس بهزیستی در این دوران است (۱). فرایند پیچیده و پویایی که افراد سالمند با وجود مواجه بودن با چالش‌ها، دوباره به یک احساس بهزیستی دست می‌یابند، تاب‌آوری نامیده می‌شود (۷). تحقیقاتی مانند Rar-tur و Levy-Shiff (۸) و Felten (۹)، تاب‌آوری را به عنوان «حفظ، بازیابی و یا ارتقای سلامت روانی و جسمانی به دنبال تغییرات یا پس از یک بیماری ویرانگر یا فقدان» تعریف می‌کنند و معتقد هستند که تاب‌آوری پیامد منابع فردی است که به عنوان عوامل

محافظتی در سطوح دموگرافیک، روانی، اجتماعی و بیولوژیک عمل می‌کند.

نتایج مطالعات نشان داده است که تاب‌آوری رابطه مثبتی با تعامل اجتماعی، خوش‌بینی، قدرت و استقلال عملکردی دارد (۱۰-۱۲). در مقابل، همبستگی منفی با طیف وسیعی از فشارهای روانی و جسمانی مانند علائم افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و ناتوانی جسمی دارد (۱۳-۱۵).

نتایج تحقیق Schure و همکاران نشان داد که تاب‌آوری بخشی از سالمندی موفق به شمار می‌رود و برای درک ماهیت و ساختار آن در جمعیت سالمند، به مطالعات بیشتری نیاز است (۱۶). مطالعه و شناخت عوامل مؤثر بر تاب‌آوری، منبعی برای مراقبت از افراد با ناخوشی‌های متعدد با رویکرد فرد محور و جامع می‌باشد (۲). Sturgeon و Zautra بر این باور هستند که باید به منابع خارجی مؤثر بر تاب‌آوری به اندازه منابع داخلی توجه شود؛ چرا که محیط‌های اجتماعی می‌تواند به پرورش تاب‌آوری کمک کند (۱۷). چنین تلاش‌هایی می‌تواند به طور گسترده دیدگاه زیستی، روانی و اجتماعی را برای مطالعه تاب‌آوری که به‌تازگی ظهور یافته است، به کار گیرد (۱۸). تبیین ساختار تاب‌آوری، منجر به روشن‌سازی عوامل خارجی مؤثر بر آن می‌گردد که ارتقا و رشد تاب‌آوری را به همراه دارد. مفهوم تاب‌آوری از فردی به فرد دیگر، از قومی به قوم دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است و در این باره باید تحقیقات بیشتری در هر منطقه صورت گیرد (۱۹). ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای افزایش تاب‌آوری سالمندان باید درک روشنی از عوامل مؤثر بر تاب‌آوری بر پایه مستندات کیفی و بر اساس تجارب انسانی در بستر اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی خاص جامعه خود داشته باشند. از این رو، مطالعه حاضر با رویکرد کیفی طراحی گردید تا ساختار تاب‌آوری سالمند مبتلا به بیماری مزمن مبتنی بر تجارب و درک آن‌ها از بیماری و نیازهایشان را تبیین نماید.

روش

این مطالعه به روش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی انجام گرفت. هدف این روش، توصیف پدیده‌های خاص بر اساس

شاید بتوان با ترسیم و فراهم کردن درک عمیقی از تجربه بیماران مبتلا به بیماری مزمن از تاب‌آوری، فرصتی را نیز برای افراد حرفه‌ای فراهم ساخت تا دیدگاه خود را نسبت به این پدیده مورد بازنگری قرار دهند و با توجه به آن، تمهیدات لازم را برای برطرف کردن نیازهای سالمندان از تاب‌آوری فراهم نمایند.

مرحله دوم: جمع‌آوری توصیف شرکت‌کنندگان

در مورد پدیده: این مرحله در حقیقت فرایند جمع‌آوری داده‌ها می‌باشد که در طی آن پژوهشگر ضمن خودداری از هرگونه نقد، ارزیابی و اظهار نظر شخصی، شروع به شناخت پدیده مورد نظر بر اساس توصیف شرکت‌کنندگان می‌کند (۲۰، ۲۱). جمع‌آوری داده‌ها با روش مصاحبه نیمه ساختار یافته و عمیق و با طرح یک سؤال کلی در مورد تجربه آنان از پدیده مورد نظر انجام شد. سپس سؤالات اکتشافی برای تشویق شرکت‌کننده و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به بیان احساسات درونی خود نسبت به مفهوم مورد تحقیق، سن ۶۵ سال و بالاتر، ابتلا به حداقل یک بیماری مزمن با تأیید پزشک متخصص، توانایی تکلم و فهم زبان فارسی، عدم ابتلا به بیماری تأیید شده روانی و اختلالات شناختی بود. با توجه به هدف مطالعه، شرکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. فرایند گزینش نمونه‌ها تا هنگامی که هیچ داده جدیدی پدیدار نشد، ادامه داشت و داده‌ها به اشباع رسید.

به طور کلی، ۲۴ جلسه مصاحبه با ۲۲ مشارکت‌کننده برگزار شد که حداقل مدت مصاحبه، ۲۵ دقیقه و حداکثر آن ۷۵ دقیقه بود. با بعضی از مشارکت‌کنندگان به دلیل خستگی، مصاحبه طی دو جلسه و بر اساس زمان و مکان توافق شده صورت پذیرفت. در پایان هر مصاحبه، محقق به شرکت‌کنندگان برای تماس دوباره با آن‌ها از طریق تلفن به منظور بحث یافته‌های مطالعه یادآوری می‌کرد تا مطمئن شود یافته‌ها انعکاسی از تجربیات آنان است.

مرحله سوم: خواندن اطلاعات به طور مکرر:

کلیه مصاحبه‌ها با استفاده از دستگاه ضبط صوت ضبط گردید. در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از انجام هر مصاحبه، اطلاعات ضبط شده چندین بار به طور دقیق گوش داده شد و سپس

تجارب انسانی است. مسأله اساسی و لازم برای کاربرد روش پدیدارشناسی، پاسخ به این سؤال است که آیا نیاز به روشن‌سازی بیشتر پدیده خاصی وجود دارد؟ (۲۰). پدیده تاب‌آوری در کشور ما هنوز به درستی تبیین نشده است. متون و تحقیقات زیادی در این زمینه وجود ندارد و مطالعات موجود هم بیشتر در چارچوب بررسی‌های کمی در گروه‌های سنی زیر ۶۰ سال انجام گرفته است. با توجه به این که پدیده تاب‌آوری در پژوهش حاضر، تجارب انسانی می‌باشد، از روش پدیدارشناسی که هدف آن درک ساختار اصلی پدیده تجربه شده انسانی از طریق تجزیه و تحلیل توضیحات شفاهی شرکت‌کنندگان است، استفاده گردید.

در راستای جنبش پدیدارشناسی و بر اساس دیدگاه‌های فلسفی، روش‌شناسی‌های مختلفی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها مطرح شده است (۲۰). در مطالعه حاضر از پدیدارشناسی توصیفی با تأکید بر دیدگاه و روش Colaizzi جهت کشف ساختار پدیده تاب‌آوری استفاده شد. این روش نه مرحله را برای هدایت تحقیق پدیدارشناسی توصیفی ارائه می‌کند. این فعالیت‌ها چارچوبی را برای تأمل و تعمق در تجربه مورد مطالعه و تفسیر آن فراهم می‌نماید (۲۰). انجام روش‌شناسی پژوهش در قالب این نه مرحله، به محققان کمک می‌کند تا بتوانند روش پژوهش را بر اساس پایه فلسفی آن به مرحله اجرا درآورند.

مراحل نه‌گانه پیشنهاد شده روش Colaizzi برای تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل «شرح پدیده مورد نظر، جمع‌آوری توصیف شرکت‌کنندگان در مورد پدیده، خواندن مکرر اطلاعات، استخراج جملات مهم، مشخص کردن معنی و مفهوم هر جمله، دسته‌بندی مفاهیم و معانی مشابه و گروه‌بندی مفاهیم، بیان یک توصیف جامع و کامل، مشخص کردن ساختار اصلی پدیده و مراجعه به شرکت‌کنندگان برای معتبر کردن توصیف‌ها» می‌باشد.

مرحله اول: شرح پدیده مورد نظر: این مرحله با

اشاره به حضور مداوم سؤال مربوط به پدیده مورد بررسی در ذهن پژوهشگر، به پیش برده می‌شود (۲۰). در پژوهش حاضر، تمرکز بر تجربیات واقعی سالمندان از تاب‌آوری بود تا

مرحله نهم: اصلاح یا افزودن موارد لازم در طول

تعیین اعتبار: در طول تعیین اعتبار و در صورت دستیابی به داده‌های جدید، این داده‌ها به توصیف جامع اضافه می‌شوند (۲۱). در پژوهش حاضر نیز پس از ارجاع خلاصه‌ای از مصاحبه و درون‌مایه‌های پدیدار شده به شرکت کنندگان، موارد اصلاحی و یا اضافه شده توسط شرکت کنندگان در متن نهایی یافته‌ها لحاظ گردید.

موتق بودن پژوهش: برای تأیید روایی و دقت

(Rigor) مطالعه از روش‌های متنوعی استفاده شد.

معتبر بودن (Credibility) یک مطالعه یعنی درجه حقیقی بودن یافته‌های مطالعه و این که یافته‌ها بازتاب هدف پژوهش و واقعیت اجتماعی شرکت کنندگان در پژوهش هستند (۲۲). برای معتبر بودن مطالعه حاضر، یافته‌ها به شرکت کنندگان ارائه شد و آن‌ها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیات خود از تاب‌آوری به محقق ابراز نمودند. علاوه بر این، برای تأمین این معیار از تحلیل دو نفر از همکاران استفاده شد. وقتی معیار معتبر بودن برای یک پژوهش تأیید گردد، عیار قابلیت اعتماد (Dependability) نیز مورد تأیید است (۲۱). این معیار به معنای سازگار، منطقی و پیوسته بودن یافته‌ها می‌باشد (۲۲). محقق با انجام اقداماتی مانند بازبینی توسط اعضا و تحلیل دو نفر از همکاران (External check)، قابلیت اعتماد پژوهش را نیز تأمین کرد. قابلیت انتقال (Transferability) پژوهش‌های کیفی امکان‌پذیر نیست. تنها پژوهشگر با ارائه توضیحات مبسوط از یافته‌ها، می‌تواند به افرادی که برای به کارگیری یافته‌ها در موقعیت دیگری علاقمند هستند، کمک نماید (۲۱). در مطالعه حاضر سعی شد با توصیف‌های مبسوط، زمینه برای قضاوت و ارزیابی دیگران در مورد قابلیت انتقال یافته‌ها فراهم گردد.

قابلیت تأیید (Confirmability) را می‌توان از طریق ارائه روند پژوهش به طریقی که قابلیت پیگیری باشد، تضمین نمود (۲۱). محقق با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش، به تضمین قابلیت تأیید آن کمک کرد. علاقمندی پژوهشگر به پدیده مورد مطالعه، تماس دراز مدت با داده‌ها و همچنین، تلاش برای کسب نظرات دیگران، از جمله عوامل تضمین کننده قابلیت

مصاحبه‌ها کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل شد تا تسلط بیشتری بر اطلاعات مذکور حاصل گردد. همچنین، بلافاصله پس از پایان هر مصاحبه، گزارش کوتاهی در مورد روند مصاحبه و نکات مهم آن نوشته شد تا در مرحله تأمل و نوشتن متون بحث و نتیجه‌گیری مورد استفاده قرار گیرد.

مرحله چهارم: استخراج عبارت اصلی: در این

مرحله به توصیف‌های مشارکت کنندگان رجوع شد و بر روی بیاناتی که برای مطالعه پدیده تاب‌آوری مهم به نظر می‌رسید، تمرکز گردید. Colaizzi این مرحله از جداسازی بیانات مهم را «استخراج عبارات اصلی» نامیده است (۲۱). در این مرحله، ۷۶۷ کد استخراج شد.

مرحله پنجم: یافتن معنای عبارات اصلی:

Colaizzi معتقد است که معنای پنهان در این مرحله آشکار می‌شود (۲۱). در حقیقت، پس از این که جملات و عبارات مضمونی از متن جدا شد، برخی از آن‌ها به عباراتی برای شناخته‌تر شدن پدیده مورد نظر تبدیل می‌شوند.

مرحله ششم: سازماندهی معنای عبارات اصلی:

در زمان انجام این مرحله، الگوی معمول یا گرایش به داده‌ها تمایل به آشکار شدن دارد (۲۱). در پژوهش حاضر، معنای حاصل از مصاحبه‌ها در خوشه‌ای از درون‌مایه گروه‌بندی شد و سازمان یافت. این فرایند برای هر مصاحبه تکرار گردید و سازماندهی معنای به درون خوشه درون‌مایه انجام گرفت. بدین ترتیب از مجموع مصاحبه‌ها، ابتدا ۷ درون‌مایه و ۳۵ زیرطبقه استخراج شد. در نهایت، با مقایسه مشترکات و ادغام آن‌ها ۳ درون‌مایه و ۷ زیرطبقه نمایان گردید.

مرحله هفتم: بیان یک توصیف جامع و کامل: در

این مرحله با استفاده از یادداشت‌هایی که در حین تحلیل متن مصاحبه‌ها تهیه شده بود، توصیف‌ها و توضیحات کتبی درباره گفته‌های مشارکت کنندگان، نمونه‌هایی از نقل قول‌های مشارکت کنندگان و متون پدیدارشناسی یافته‌ها تنظیم گردید.

مرحله هشتم: مراجعه به شرکت کنندگان برای

معتبر کردن توصیف‌ها: در این مرحله، یافته‌ها جهت اعتباربخشی به شرکت کنندگان ارجاع داده شد و آن‌ها نتایج تحلیل را از نظر مشابهت با تجربیاتشان ارزشیابی نمودند.

از تحلیل داده‌های به دست آمده در پژوهش حاضر، چهار درون‌مایه اصلی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان پیرامون ساختار تاب‌آوری پدیدار شد که می‌توانند درک سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن را از ساختار این پدیده نمایان کنند. این درون‌مایه‌ها شامل «منابع پشتیبانی، وضعیت رفاهی، کاهش بهره‌مندی و نگرش به سالمند بیمار» بود (جدول ۲).

جدول ۲. درون‌مایه‌ها و زیرطبقات ساختار تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن

زیرطبقات	درون‌مایه
حمایت خانواده و اطرافیان حمایت تیم درمان	منابع پشتیبانی
حمایت نهادها و سازمان‌های دولتی استقلال مالی	وضعیت رفاهی
عدم دسترسی به منابع جبرانی فقدان نزدیکان و اطرافیان کاهش توانایی جسمی	کاهش بهره‌مندی
خدشه‌دار شدن کرامت انسانی عدم پذیرش اجتماعی	نگرش به سالمند بیمار

منابع پشتیبانی: یکی از درون‌مایه‌های بسیار مهم و اساسی در تجربه مشارکت‌کنندگان از ساختار تاب‌آوری، منابع پشتیبانی بود. این درون‌مایه در همه مصاحبه‌ها به شکلی خود را نشان می‌داد. در این رابطه سه زیرطبقه «حمایت خانواده و اطرافیان، حمایت تیم درمان و حمایت نهادها و سازمان‌های دولتی» در تجربیات مشارکت‌کنندگان پدیدار شد.

حمایت خانواده و اطرافیان: تجربیات سالمندان شرکت‌کننده، حمایت و پشتیبانی خانواده را به عنوان یکی از عوامل مهم تاب‌آوری آشکار نمود. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که حمایت عاطفی، مالی و انواع کمک‌های دیگر از اعضای خانواده، اطرافیان، دوستان و قرار داشتن در فضای خانواده، عامل مهمی برای غلبه آن‌ها بر بیماری مزمن بوده است و بر عکس فوت و یا رهاشدگی از طرف همسر، فرزندان و یا سایر اطرافیان را به عنوان عامل کاهش دهنده تاب‌آوری تجربه کرده بودند. سالمندان بیان می‌کردند که فقدان نزدیکان و اطرافیان، باعث کم‌رنگ شدن روابط اجتماعی و یا قطع روابط با بعضی از اطرافیان شده است.

تأیید بود. علاوه بر این، پژوهش حاضر به صورت تیمی و با راهنمایی و نظارت صاحب‌نظران انجام گرفت که هم اطمینان‌پذیری داده‌ها و هم قابلیت تأیید را امکان‌پذیر ساخت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، شرکت‌کنندگان قبل از شروع مصاحبه از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. از مشارکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت برای ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده تنها در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار افرادی غیر از تیم پژوهش گذاشته نمی‌شود. همچنین، به شرکت‌کنندگان تأکید گردید که در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند انصراف خود را از شرکت در ادامه پژوهش اعلام نمایند و مشخصات آنان در طول تحقیق و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ می‌گردد.

یافته‌ها

در مجموع، ۲۲ نفر که دارای معیارهای ورود به مطالعه و قادر به ارائه اطلاعات غنی بودند، در مطالعه شرکت نمودند. ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های شرکت‌کنندگان مطالعه

متغیر	مقدار
جنسیت	زن ۱۲
	مرد ۱۰
سن (سال)	میانگین ۷۱/۲
	دامنه ۶۵-۸۲
مدت زمان مصاحبه (دقیقه)	میانگین ۵۵
	دامنه ۲۵-۷۵
محل سکونت	شهر ۱۵
	روستا ۷
وضعیت تأهل	متاهل ۱۵
	بیوه ۵
	مجرد ۱
	مطلقه ۱
تحصیلات	بی‌سواد ۱۴
	ابتدایی ۴
	دیپلم ۱
	کارشناسی ۲
	کارشناسی ارشد ۱

تشکیل شده بود.

استقلال مالی: بیشتر سالمندان شرکت کننده در پژوهش تأکید داشتند که استقلال مالی و وضعیت رفاهی و معیشتی مناسب، باعث نوعی امنیت خاطر و افزایش تاب‌آوری می‌شود و بر عکس عدم توانایی در تأمین هزینه‌های درمان و نیازهای ضروری زندگی، وابستگی اقتصادی به فرزندان یا دیگر اطرافیان باعث کاهش توانایی آن‌ها در رویارویی با مشکلات ناشی از بیماری می‌گردد.

«معیشت زندگی خیلی مهمه... منظورم مسایل مالیه. خوب اگه من پول نداشتم و باید عمل می‌شدم، چی می‌شد، زود از پا درمی‌اومدم؛ چون نمی‌تونستم خودم را درمون کنم. بیشتر غصه می‌خوردم، ولی چون می‌تونستم، خیالم راحت بود که توانش را دارم و وسعم بهم اجازه داد زود به داد خودم رسیدم» (مشارکت کننده شماره ۱۹).

عدم دسترسی به منابع جبرانی: زیرطبقه دیگری که مشارکت کنندگان به آن اشاره داشتند، عدم دسترسی به منابع جبرانی بود. عدم دسترسی به بیمه درمانی و یا تسهیلات پایین بیمه‌های درمانی، عدم دسترسی آسان به خدمات درمانی و مراقبتی رایگان یا ارزان و نبود فرصت‌های شغلی برای سالمندان، به عنوان مواردی یاد شدند که یکی از علل کاهش تاب‌آوری معرفی گردید.

«بیمه‌ای که ما داریم هیچ فایده‌ای نداره. دکترای خوب که بیمه ما را قبول نمی‌کنند و می‌گن ما قرارداد نداریم. پول دارو هامون هم خیلی می‌شه... زیاد فرقی با اونیه که بیمه نداره نیست» (مشارکت کننده شماره ۵).

«سالمندا بیشترشون مثل من درد و مرض زیاد به جوشون می‌افته. این دفت‌چه من که دردی از من دوا نمی‌کنه. خونه‌نشین هم که شدم. اگه کاری برام جور می‌شد یا یک مقرری بهم می‌دادن، وضعم بهتر بود. بهتر می‌تونستم به خودم برسم. اون وقت تحملم هم بالا می‌رفت» (مشارکت کننده شماره ۳).

کاهش بهره‌مندی: یکی از درون‌مایه‌های ظاهر شده در رابطه با ساختار تاب‌آوری، «کاهش بهره‌مندی» بود. در این رابطه سه زیرطبقه «فقدان نزدیکان و اطرافیان، کاهش توانایی جسمی

«زن و بچه خیلی مهم‌اند. اونا به آدم روحیه می‌دن تا بتونی دردت را تحمل کنی. خانواده نسبت به من هیچ کوتاهی نمی‌کنند. می‌خواستم حتی برم آسایشگاه بخوابم تا باعث آزار و اذیتشون نشم، ولی اونا مخصوصاً پسر بزرگم شدیداً مخالف این قضیه هستن. خوب این جور بچه‌ها به آدم خیلی روحیه می‌دن» (مشارکت کننده شماره ۱۳).

حمایت و پشتیبانی تیم درمان: شرکت کنندگان اظهار داشتند که تیم درمان می‌تواند با جلب اعتماد بیمار و ارائه خدمات تخصصی در زمینه آموزش، درمان و مراقبت، به آن‌ها برای رویارویی با چالش‌ها کمک نماید.

«وقتی من بیهوشم سخت بشه اول می‌رم دکتر. آدم پیش هر دکتری نباید بره. بینه کی وارده؟ بره پیش اون... من تحملم نسبت به بیماریم خیلی خوبه؛ چون به دکترم اعتماد دارم» (مشارکت کننده شماره ۶).

«من ۲۰ سال بود که بیوست داشتم، پیش فوق تخصص می‌رفتم. این قدر دارو به من داد که نزدیک بود کلیه‌هام از کار بیفته و خوبم نشدم. بعد رفتم پیش این دکتر که حالا می‌رم پیشش. گفت تو هیچیت نیست... این مشکلات مال اعصابته، به حرف من گوش کنی خوب می‌شی. خدا رو شکر حالا هم بهتر هستم» (مشارکت کننده شماره ۱۵).

حمایت نهادها و سازمان‌های دولتی: شرکت کنندگان بیان نمودند که نهادها و سازمان‌ها می‌توانند با برگزاری اردوهای زیارتی - سیاحتی ویژه سالمندان، پخش برنامه‌های شاد از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی و ارائه کمک هزینه‌های درمانی، به تقویت روحیه آن‌ها برای غلبه بر مشکلات ناشی از بیماری کمک کنند.

«خرج دوا و درمون من خیلی بالاست. هر دفعه کلی پول می‌دم تا این اسپری‌ها را بگیرم. زنم هم مریضه. با سختی پولشون را جور می‌کنیم. کمیته امداد یک کمک جزئی می‌کنه» (مشارکت کننده شماره ۸).

وضعیت رفاهی: یکی از درون‌مایه‌های بسیار مهم پدیدار شده که همه شرکت کنندگان آن را به شکلی در لوای تجربیات خود مطرح می‌کردند، «وضعیت رفاهی» بود که از دو زیرطبقه «استقلال مالی و عدم دسترسی به منابع جبرانی»

و خدشه‌دار شدن کرامت انسانی» شکل گرفت.

فقدان نزدیکان و اطرافیان: مشارکت کنندگان کاهش تاب‌آوری را از تبعات فوت و یا رهاشدگی از طرف همسر، فرزندان و یا سایر اطرافیان توصیف کردند. سالمندان بیان نمودند که فقدان نزدیکان و اطرافیان، باعث کم‌رنگ شدن روابط اجتماعی و یا قطع روابط با دیگران می‌شود.

«همسرم خیلی برا من خوب بود. شش سال پیش شوهرم را از دست دادم... تا وقتی زنده بود، به من سخت نمی‌گذشت. الآن که مرده من خیلی اذیت شدم. انگار همه چیز را از دست دادم» (مشارکت کننده شماره ۷).

کاهش توانایی جسمی: زیرطبقه دیگری که مشارکت کنندگان به آن اشاره کردند، کاهش توانایی جسمی به دلیل بیماری مزمن بود که مانعی برای تداوم روابط خانوادگی، انجام فعالیت‌های روزانه زندگی، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، سفر به اماکن مقدس و شرکت در تجمعات مذهبی و غیر مذهبی بود.

«این مریضی منو بیچاره کرده... همه سختی‌های زندگی من به یه طرف، مریضیم هم به یه طرف... ۲۰ ساله دارم تحمل می‌کنم. سوی چشمم را از دست دادم. نمی‌تونم همه کاری بکنم. اون موقع‌ها که رو پا بودم، مشکلی نداشتم، ولی حالا تا سر کوجه هم نمی‌تونم برم. چند ساله یک زیارت هم نرفتم. همش توی خونه هستم» (مشارکت کننده شماره ۲۱).

خدشه‌دار شدن کرامت انسانی: تجربیات مشارکت کنندگان سالمند زیرطبقه خدشه‌دار شدن کرامت انسانی را به عنوان عاملی در کاهش تاب‌آوری آشکار نمود. توصیفات مشارکت کنندگان نشان داد که آن‌ها از اشکال مختلف محرومیت از وقار و کرامت انسانی مانند فقدان زندگی آبرومندانه، بی‌احترامی کلامی، عاطفی و رفتاری رنج می‌بردند. یکی از رفتارهای نامناسب که همه سالمندان درباره آن صحبت می‌کردند، بی‌احترامی کلامی بود.

«من نمی‌تونم از پس همه کارام بریام. یک وقت‌هایی به بچه‌ها می‌گم کمک کنند. می‌فهمم انگار می‌خوان کو بکنن... خیلی سختشون هست. با بی‌میلی اون کار را می‌کنند. اگه دو بار هم بهشون بگم اخم و تخم می‌کنند. خوب آدم وقتی به این

روزا می‌افته، تحملش پایین میاد» (مشارکت کننده شماره ۳).

«یه پسر دارم نمی‌شه باهش اصلاً حرف زد. تا باش حرف می‌زنی، می‌گه پاشو برو من حوصلت را ندارم. با این جمله اون منو می‌کوبونه (تحقیر می‌کنه)» (مشارکت کننده شماره ۱۱).

نگرش به سالمند بیمار: یکی دیگر از درون‌مایه‌های ساختار تاب‌آوری، نگرش به سالمند بیمار بود که از زیرطبقه «عدم پذیرش اجتماعی» تشکیل شده بود و شرکت کنندگان آن را به عنوان عامل تأثیرگذاری بر تاب‌آوری تجربه کرده بودند.

عدم پذیرش اجتماعی: سالمندان بیان کردند که به دنبال پذیرش آن‌ها از سوی افراد جامعه، ارتباط و تعامل آن‌ها با دنیای بیرون بیشتر حفظ می‌شود و زمینه مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و عضویت در انجمن‌ها و هیأت‌های مذهبی و غیر مذهبی فراهم می‌گردد و بر عکس عدم پذیرش از سوی افراد جامعه، باعث کاهش تعامل آن‌ها و خانه‌نشینی می‌گردد.

«از وقتی تشنجی شدم، کارم را از دست دادم، خونه‌نشین شدم، دوست و آشنا کمتر خونه من میان. می‌رم مسجد یک کاری می‌خوام بکنم زودی اون کار را از من می‌گیرند. می‌گن تو مریضی نمی‌تونی...» (مشارکت کننده شماره ۱).

«من الآن دبیر بازنشسته هستم. یک روزایی می‌رم اداره کمک می‌کنم. حالا که مریض هستم با وقتی که مریض نبودم، یک جور به من نگاه می‌کنند. تو اداره می‌رم همون احترام را دارم. براشون فرقی نمی‌کنه. نگاه‌ها و رفتارها یک جور هست. این جور رفتارها منو تشویق می‌کنه که بیشتر از خونه بیرون بیام» (مشارکت کننده شماره ۱۹).

بحث

هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین دیدگاه سالمندان مبتلا به بیماری مزمن از ساختار تاب‌آوری بود که با استفاده از تحقیق کیفی با رویکرد پدیدارشناسی انجام گرفت و منجر به استخراج چهار درون‌مایه «منابع پشتیبانی، وضعیت رفاهی، کاهش بهره‌مندی و نگرش به سالمند بیمار» گردید.

طبق تجربه مشارکت کنندگان، یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر تاب‌آوری، منابع پشتیبانی مانند حمایت خانواده و

طریق افزایش اطلاعات مربوط به بیماری، تشویق رفتارهای مقابله‌ای، افزایش عزت نفس و در دسترس قرار دادن تسهیلات، به تعدیل استرس ناشی از بیماری مزمن کمک کردند. تأثیر حمایت اجتماعی بر روی تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن، بستگی به نوع حمایت و نیاز سالمند داشت. به عنوان مثال، سالمندان زن نیاز بیشتری به حمایت عاطفی از طرف همسر و فرزندان داشتند؛ در حالی که نقش حمایت عاطفی برای مردان سالمند بسیار کم‌رنگ بود و حمایت‌های مراقبتی اطرافیان، باعث افزایش تاب‌آوری آن‌ها می‌شد. نتایج تحقیق Janicki-Devverts و Cohen نشان داد که دریافت حمایت از اطرافیان، تأثیر مهم و مثبتی در پیامد تجربه سختی دارد؛ به شرطی که مطابق با نیاز فرد باشد (۳۳).

یکی دیگر از ساختارهای تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن، وضعیت رفاهی آن‌ها بود. مرور مطالعات حاکی از توجه اندک به بررسی ارتباط وضعیت رفاهی و اقتصادی با تاب‌آوری سالمندان است. Hildon و همکاران به طور خاص نقش منابع مالی و اقتصادی (از جمله مالکیت خانه) را در تعدیل سختی و بهبود کیفیت زندگی فرد سالمند مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که شرایط بد اقتصادی، ارتباط معنی‌داری با تغییرات منفی کیفیت زندگی سالمندان ندارد. نتیجه‌گیری آنان این بود که درآمد ناکافی در همه افراد تهدید کننده کیفیت زندگی نیست. به عبارت دیگر، وضعیت رفاهی و اقتصادی مناسب به اندازه عواملی مانند حمایت اجتماعی، ممکن است نقش محافظتی در برابر سختی‌ها نداشته باشد (۲۸). در مطالعه Wells رابطه معکوسی بین سطح درآمد و تاب‌آوری مشاهده شد (۱۲). به نظر می‌رسد تأثیر وضعیت رفاهی و اقتصادی روی تاب‌آوری سالمند در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف متفاوت باشد و این بستگی به شرایط اجتماعی و اقتصادی و تسهیلات در دسترس آن جامعه برای جمعیت سالمند خود دارد. در جوامعی که تسهیلات کافی برای درمان و کنترل بیماری در دسترس سالمندان قرار دارد، وضعیت اقتصادی روی تاب‌آوری چندان تأثیرگذار نیست. نکته دیگر، اهمیت نابرابر ناتوانی جسمی و مالی در فرهنگ‌های مختلف است و این که کدام بر تاب‌آوری مؤثرتر است، باید در

اطرافیان، حمایت تیم درمان و حمایت نهادها و سازمان‌های دولتی بود. مروری بر شواهد موجود در خصوص ارتباط تاب‌آوری با حمایت اجتماعی در سالمندان نشان می‌دهد که روابط مراقبتی و حمایتی در طیف گسترده‌ای از بیماران مبتلا به بیماری مزمن، باعث افزایش تاب‌آوری و تسهیل پیامد مثبت می‌شود (۳). نتایج پژوهش Janssen و همکاران نشان داد سالمندانی که تاب‌آوری بالاتری دارند، از خدمات اجتماعی و بهداشتی مورد نیاز برخوردار بوده‌اند (۲۳). شواهد تجربی بیانگر آن است که تاب‌آوری با دسترسی به موقع و کافی به منابع بهداشتی و مراقبتی، افزایش می‌یابد (۲۴). در مطالعه DiMatteo، بیمارانی که از سطوح بالای منابع اجتماعی مانند حمایت از طرف افراد برخوردار بودند، انسجام بیشتری با رژیم درمانی خود داشتند. همچنین، تمایل آن‌ها برای استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی بیشتر بود. در مطالعه وی، حمایت خانواده نیز در تاب‌آوری سالمندان نقش بسزایی داشت (۲۵). Resnick و Inguito بر این باور هستند که وجود منابع مختلف حمایتی، باعث پرورش و ارتقای تاب‌آوری در سالمندان می‌شود (۲۶). منابع حمایتی مانند سازمان‌ها، دوستان و افراد خانواده به سالمند کمک می‌کنند با فقدان‌ها و چالش‌ها مقابله کند و باعث تقویت عزت نفس، خودکارآمدی و خودپرورشی مداوم در آن‌ها می‌گردد (۲۸، ۲۷). به طور کلی، شبکه‌ای از افراد خانواده و دوستان ترکیبی از حمایت‌های عاطفی و ابزاری را فراهم می‌نماید که پیش‌بینی کننده پیامد تاب‌آوری می‌باشد (۳۰، ۲۹). محققان دایره وسیعی از روابط با دوستان و نزدیکان، روابط خوب با اطرافیان همراه با اعتماد، حمایت خانواده و تعامل با جامعه را موجودی و حساب ذخیره انرژی سالمند برای تاب‌آوری می‌دانند که احساس پیوستگی با جامعه را در سالمند افزایش می‌دهد (۳۱، ۲۸). Netuveli و همکاران در یک مطالعه طولی به این نتیجه رسیدند که منابع اجتماعی شامل دسترسی سالمند به افراد قابل اعتماد برای دریافت کمک همراه با عزت و احترام، باعث تاب‌آوری می‌شود (۳۲).

در مطالعه حاضر سازمان‌ها، تیم درمان و افراد خانواده و دوستان شبکه‌ای از حمایت اجتماعی را تشکیل دادند که از

داوطلب در فعالیتهای اجتماعی در جوامع خود با افزایش سطح تعامل و احساس پیوستگی با جامعه به عنوان عامل ارتقا دهنده تاب‌آوری شناسایی شده است (۳۷). مکانیسم‌هایی که از طریق فعالیتهای داوطلبانه به افزایش تاب‌آوری کمک می‌کند، شامل ارایه یک نقش پرارزش برای سالمند که باعث اعتماد به نفس و تداوم هویت می‌شود، فراهم کردن راهی برای ایجاد و حفظ روابط اجتماعی با افراد خارج از خانه و به عنوان روش مقابله‌ای فعال، باعث احساس هدف و مفید بودن در سالمند می‌گردد (۳۷). به نظر می‌رسد که پذیرش سالمند از سوی جامعه، باعث گسترش فعالیتهای اجتماعی و تقویت منابع فردی برای آمادگی بیشتر در برابر فقدان‌ها و یا بحران‌ها می‌شود و سالمند می‌تواند از آن به عنوان پاسخی در برابر ناملایمات برای رفع نیازهای عاطفی و یا احساسی از آن استفاده کند. همچنین، پذیرش و تشویق سالمند برای شرکت در فعالیتهای گروهی و همکاری با افراد آشنا، به حفظ عملکرد جسمانی و شناختی او کمک می‌کند و عزت نفس و مهارت‌های وی را بالا می‌برد و هویتش را تأیید می‌نماید.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به تبیین دیدگاه سالمندان مبتلا به بیماری مزمن پیرامون ساختار تاب‌آوری پرداخت و منجر به استخراج درون‌مایه‌های «منابع پشتیبانی، وضعیت رفاهی، کاهش بهره‌مندی و نگرش به سالمند بیمار» گردید. یافته‌های مطالعه شاهدهی مستند بر اساس تجربیات سالمندان از اهمیت تأثیر وضعیت رفاهی و اقتصادی سالمند و منابع پشتیبانی بر روی تاب‌آوری است. پذیرش توسط افراد جامعه و حمایت خانواده، دوستان، اطرافیان، ارایه دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی و نهادها و سازمان‌ها، از جمله منابع خارجی مهم برای تاب‌آوری سالمند مبتلا به بیماری مزمن بود. همچنین، دسترسی به منابع جبرانی در صورت فقدان منابع حمایت کننده و نامناسب بودن وضعیت رفاهی و اقتصادی، از عواملی بود که روی افزایش تاب‌آوری نقش مؤثری داشت. در نهایت، نتایج پژوهش مفاهیم مهمی از ساختار تاب‌آوری را در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن آشکار ساخت. بنابراین، لازم است در

هر جامعه‌ای به طور جداگانه مورد بررسی قرار گیرد. یکی از درون‌مایه‌های ظاهر شده در ساختار تاب‌آوری، «کاهش بهره‌مندی» بود. مشارکت کنندگان کاهش تاب‌آوری را نتیجه فقدان همسر و نزدیکان در اثر فوت یا رهاشدگی می‌دانستند. Lee و همکاران فقدان‌های مختلف مانند کاهش تعاملات به دنبال فقدان اطرافیان، کاهش سلامت جسمی، حمایت اجتماعی و کرامت انسانی را از عوامل مؤثر بر کاهش تاب‌آوری می‌دانند (۳۴). شایع‌ترین اشکال بی‌حرمتی که سالمندان پژوهش حاضر در خصوص آن صحبت نمودند، بی‌احترامی کلامی، رفتاری و رهاشدگی بود. شاید بتوان گفت شرایط خاص اجتماعی مانند شهرنشینی، تجددگرایی، تغییر در ارزش‌های سنتی، تضاد نظام ارزشی نسل جدید و قدیم و عدم آمادگی برای پذیرش مراقبت از سالمند، سبب می‌گردد که خانواده قادر به ایفای وظایف خود در قبال سالمند نباشد. در چنین شرایطی ممکن است سالمند در معرض خطر سوء رفتار توسط اعضای خانواده و پیامدهای ناشی از آن قرار گیرد (۳۵). نگرش به سالمند بیمار، یکی دیگر از ساختارهای تعیین کننده در تاب‌آوری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن بود. سالمندان بیان کردند که نوع نگرش افراد جامعه به سالمند، روی تعامل آن‌ها با اطرافیان و سایر افراد جامعه تأثیرگذار بوده و منجر به پذیرش و یا عدم پذیرش آن‌ها برای شرکت در فعالیتهای اجتماعی مانند هیأت‌های مذهبی و غیر مذهبی و حضور در مراسم‌های مختلف شده است. نتایج مطالعات نشان داده است که افزایش روابط اجتماعی با بسیاری از نتایج مثبت برای سالمندان از جمله افزایش عملکرد فیزیکی، بهبود سلامت روان، عزت نفس و رضایت از زندگی همراه می‌باشد (۳۶، ۳۷). بر اساس دیدگاه Musick و Wilson، حضور در فعالیتهای اجتماعی، منابع فردی و اجتماعی شخص را افزایش می‌دهد. این منابع بخشی از موجودی فرد برای بازگشت به تعادل روانی و اجتماعی است (۳۸). نتایج پژوهش Greenfield و Marks نشان داد که فعالیتهای اجتماعی داوطلبانه می‌تواند سالمندان را هنگام مواجهه با فقدان نقش هویت (به عنوان مثال همسر، کارمند، پدر و مادر) با توجه به هدف زندگی محافظت کند (۳۹). مشارکت مدنی سالمندان

نتایج پژوهش‌های کیفی می‌باشد. همچنین، بیماران مبتلا به سرطان همکاری اندکی داشتند که پژوهشگر سعی نمود با استفاده از مهارت‌های ارتباطی، مشارکت آن‌ها را برای شرکت در پژوهش جلب نماید.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در این زمینه همکاری لازم را به عمل آوردند و همچنین، از تمام سالمندان و افرادی که در انجام پژوهش حاضر یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

راستای برنامه‌ریزی برای ارزیابی مراقبت‌های پرستاری جامع از سالمندان مبتلا به بیماری مزمن، مداخلات متمرکز بر تقویت عوامل مؤثر بر تاب‌آوری طبق نیاز سالمند باشد.

پیشنهادات: پیشنهاد می‌شود به دلیل کمبود پژوهش در رابطه با پدیده تاب‌آوری در سالمندان رو به رشد ایران، مطالعات آینده با استفاده از روش‌های دیگر جمع‌آوری داده‌ها انجام شود. همچنین، مرور مطالعه حاضر نشان داد که در دنیا تحقیقات کافی برای تعیین رابطه وضعیت اقتصادی با تاب‌آوری در سالمندان انجام نگرفته است و نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه برای روشن‌سازی احساس می‌گردد.

محدودیت‌ها: از محدودیت‌های پژوهش حاضر، به کارگیری عملی نتایج تحقیق به دلیل غیر قابل تعمیم بودن

References

1. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: Literature review. *Cien Saude Colet* 2015; 20(5): 1475-95.
2. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: An approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(10): E1-E25.
3. Trivedi RB, Bosworth HB, Jackson GL. Resilience in chronic illness. In: Resnick B, Gwyther LP, Roberto KA, Editors. *Resilience in aging: Concepts, research, and outcomes*. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2010. p. 181-97.
4. Southwick SM, Litz BT, Charney D, Friedman MJ. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2011.
5. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics-2011 update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123(4): e18-e209.
6. Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol A, Moradian Sorkhkolaei M. The impact of chronic diseases on the quality of life among the elderly people in the east of Tehran. *Payavard Salamat* 2012; 6(3): 225-35. [In Persian].
7. Ungar M. The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *Am J Orthopsychiatry* 2011; 81(1): 1-17.
8. Rar-tur L, Levy-Shiff R. Coping with losses and past trauma in old age: The separation-individuation perspective. *J Pers Interpers Los* 2000; 5(2-3): 263-81.
9. Felten BS. Resilience in a multicultural sample of community-dwelling women older than age 85. *Clin Nurs Res* 2000; 9(2): 102-23.
10. Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res* 2008; 43(2): 148-54.
11. Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorios DK, Martin AS, et al. Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry* 2013; 170(2): 188-96.
12. Wells M. Resilience in rural community-dwelling older adults. *J Rural Health* 2009; 25(4): 415-9.
13. Connor KM, Davidson JR, Lee LC. Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *J Trauma Stress* 2003; 16(5): 487-94.
14. Burns RA, Anstey KJ. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Pers Individ Dif* 2010; 48(5): 527-31.
15. Mehta M, Whyte E, Lenze E, Hardy S, Roumani Y, Subashan P, et al. Depressive symptoms in late life: Associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23(3): 238-43.

16. Schure MB, Odden M, Goins RT. The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: the Native Elder Care Study. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res* 2013; 20(2): 27-41.
17. Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: A new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14(2): 105-12.
18. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(5): 479-95.
19. Ungar M. Cultural dimensions of resilience among adults. In: Reich JW, Zautra AJ, Hall JS, Editors. *Handbook of adult resilience*. New York, NY: Guilford Press; 2010. p. 404-23.
20. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
21. Grbich C. *Qualitative data analysis: An introduction*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2012.
22. Trainor A, Graue E. *Reviewing qualitative research in the social sciences*. Abingdon, UK: Routledge; 2013.
23. Janssen BM, Van Regenmortel T, Abma TA. Identifying sources of strength: Resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *Eur J Ageing* 2011; 8(3): 145-56.
24. Clark PG, Burbank PM, Greene G, Owens N, Riebe D. What do we know about resilience in older adults? An exploration of some facts, factors, and facets. In: Resnick B, Gwyther LP, Roberto KA, Editors. *Resilience in aging: concepts, research, and outcomes*. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2010. p. 51-66.
25. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychol* 2004; 23(2): 207-18.
26. Resnick BA, Inguito PL. The Resilience Scale: Psychometric properties and clinical applicability in older adults. *Arch Psychiatr Nurs* 2011; 25(1): 11-20.
27. Harris PB. Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *Int J Aging Hum Dev* 2008; 67(1): 43-61.
28. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: What is "right" about the way we age? *Gerontologist* 2010; 50(1): 36-47.
29. Aléx L. Resilience among very old men and women. *J Res Nurs* 2010; 15(5): 419-31.
30. Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, et al. Understanding resilience. *Front Behav Neurosci* 2013; 7: 10.
31. Hildon Z, Smith G, Netuveli G, Blane D. Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociol Health Illn* 2008; 30(5): 726-40.
32. Netuveli G, Wiggins RD, Montgomery SM, Hildon Z, Blane D. Mental health and resilience at older ages: Bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(11): 987-91.
33. Janicki-Deverts D, Cohen S. Social ties and resilience in chronic disease. In: Southwick SM, Litz BT, Charney D, Friedman MJ, Editors. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2011. p. 76-89.
34. Lee YJ, Choi YS, Hwang IC, Kim HM, Hwang SW. Resilience at the end of life as a predictor for postloss growth in bereaved caregivers of cancer patients: A prospective pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51(3): e3-e5.
35. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A, Zayeri F, Mirmohammadkhani M, et al. Psychometric properties of the Persian version of the critical care family needs inventory. *J Nurs Res* 2014; 22(4): 259-67.
36. Parkinson L, Warburton J, Sibbritt D, Byles J. Volunteering and older women: Psychosocial and health predictors of participation. *Aging Ment Health* 2010; 14(8): 917-27.
37. Morrow-Howell N, O'Neill G, Greenfield JC. Civic engagement: Ppolicies and programs to support a resilient aging society. In: Resnick B, Gwyther LP, Roberto KA, Editors. *Resilience in aging: Concepts, research, and outcomes*. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2010. p. 147-62.
38. Musick MA, Wilson J. Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Soc Sci Med* 2003; 56(2): 259-69.
39. Greenfield EA, Marks NF. Continuous participation in voluntary groups as a protective factor for the psychological well-being of adults who develop functional limitations: Evidence from the national survey of families and households. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62(1): S60-S68.

Structure of Resilience in Older Adults with Chronic Conditions

Fatemeh Sadat Izadi-Avanji¹, Parkhideh Hasani², Mahnaz Rakhshan³, Hamid Alavi-Majd⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Promoting resilience in older adults with chronic conditions is one of the goals of professional nursing. However, few studies have been conducted in world on this issue. In our country, Iran, no study, either qualitative or quantitative, has been done in this area. The aim of this study was to explore the structure of resilience in older adults with chronic conditions.

Method: In this study with descriptive phenomenological approach, participants were selected using purposive sampling method. Overall, 24 interview sessions were held with 22 participants. The minimum duration of an interview was 25 and the maximum was 75 minutes. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the Colaizzi's proposed stages.

Results: Four themes were emerged that could illustrate the perspective of older adults with chronic conditions from the external structure of resilience in particular socio-cultural context of Iranian society. The themes were supportive resources, welfare status, cut-of benefit, and attitude to the elderly patient.

Conclusion: Results of this study revealed important concepts in the structure of resilience in older adult patients with chronic diseases. Our findings can help health care providers to understand the effective resources on the resilience and comprehensive care planning to grow and increase the resilience among older adults.

Keywords: Resilience, Older adults, Phenomenology

Citation: Izadi-Avanji FS, Hasani P, Rakhshan M, Alavi-Majd H. **Structure of Resilience in Older Adults with Chronic Conditions.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(4): 314-25.

Received date: 26.09.2015

Accept date: 20.07.2016

1- PhD Student, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, International Branch, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Internal and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Internal and Surgical Nursing, Fatemeh School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4- Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Parkhideh Hasani, Email: fs.izadi@gmail.com