



تاب‌آوری مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهر تهران ۱۳۹۸

معصومه شهرستانی^۱، نسرين علای^{۲*}، مجیده هروی کریموی^۳، فرید زایری^۴

^۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۳. دانشیار مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۴. استاد مرکز تحقیقات پروتئومیکس و مرکز آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

(دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۰۳ - پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۱۹)

چکیده

مقدمه: مراقبین خانوادگی از اولین و مهمترین اعضای درگیر در امر پی‌گیری درمان و مراقبت از سالمندان به شمار می‌روند. شناخت میزان تاب‌آوری و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند در برنامه‌ریزی حمایتی از مراقبین خانوادگی و حفظ سلامت آنان تأثیر گذار باشد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین تاب‌آوری مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهر تهران انجام شد. **روش:** این پژوهش توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۱۰ نفر از مراقبین بیماران سالمند مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری در مراکز درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شد. سالمندانی که از نظر انجام فعالیت‌های روزانه زندگی نمره مساوی یا کمتر از ۱۱ را کسب کرده بودند. بیماران و مراقبین به صورت در دسترس، بر اساس معیار ورود به مطالعه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه فعالیت‌های روزانه زندگی و پرسشنامه تاب‌آوری (CONNOR-DAVIDSON) گردآوری و بوسیله آمارهای توصیفی و آزمون‌های آماری استنباطی و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان تحت مراقبت $9/23 \pm 77/37$ بود. ۶۱ نفر (۵۵/۵ درصد) از سالمندان از نظر انجام فعالیت‌های روزانه زندگی نیازمند کمک و ۴۹ نفر (۴۵/۵٪) وابسته بودند. از ۱۱۰ نفر مراقب، ۸۳ نفر (۷۵/۵ درصد) زن و ۲۷ نفر (۲۴/۵٪) مرد با میانگین سنی $10/71 \pm 47/03$ بودند. تاب‌آوری مراقبین در حد خوب با میانگین و انحراف معیار $16/27 \pm 66/87$ به دست آمد. بین نمره تاب‌آوری مراقبین با سن و میزان ADL سالمندان، ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). همچنین بین میانگین نمره تاب‌آوری در سطوح مختلف مشخصات جمعیت شناختی مراقبین تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: تاب‌آوری مراقبین خانوادگی در محدوده خوب و بالاتر از خط برش و مستقل از مشخصات جمعیت شناختی مراقبین و همچنین مستقل از ویژگی‌های متفاوت سالمندان بود. پیشنهاد می‌شود، حمایت بیشتری از مراقبین خانوادگی صورت گیرد تا تاب‌آوری آنها در مراقبت از سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش یابد.

کلیدواژه‌ها: سالمندی، بیماری‌های مزمن، مراقبین خانوادگی، تاب‌آوری

مقدمه

سالمندی در ایران مانند سایر کشورهای جهان در نتیجه کاهش میزان مولید، پیشرفت‌های علوم پزشکی، بهداشت، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش امید به زندگی رو به افزایش است. (۱) روند افزایش جمعیت سالمندان در جهان و ایران و ماهیت بیماری‌های دوران سالمندی فی‌الذات مهم نیست، تبعاتی که این افزایش بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی (منابع بخش بهداشت و درمان) به خصوص مشکلاتی که برای خود سالمندان بر جای خواهد گذاشت حایز اهمیت است. (۲) با چنین افزایشی در جمعیت سالمندان، احتمال افزایش قابل توجه بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده مرتبط با این دوران، نظیر دیابت، سکنه قلبی، دمانس، مشکلات اسکلتی، سرطان و... که امکان زندگی مستقل را از فرد سالمند می‌گیرند وجود خواهد داشت، بیماری‌هایی که نه تنها فرد بلکه مراقبان خانواده و کل نظام اجتماعی و سلامت جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرایند مراقبت مداوم را امری اجتناب ناپذیر می‌نمایند. (۳) سندرم سالخوردگی که به عنوان زوال پیشرونده سن نیز از آن نام برده می‌شود همراه با مبتلا شدن به چند نوع بیماری است که نتیجه آن افزایش میزان استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و افزایش هزینه‌ها است. همچنین تغییرات فیزیولوژیکی و افزایش ریسک عوارض بیماری‌ها باعث افزایش میزان وابستگی به مراقب می‌شود. (۴) بیماری‌های مزمن از جمله مشکلات شایع بهداشتی در سراسر جهان به شمار می‌روند (۵) که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد بطور چشمگیری بر میزان ابتلای و شدت آنها تأثیر می‌گذارد. (۶)

این بیماری‌ها یکی از نگرانی‌های اصلی و مهم در جمعیت سالمندان به شمار می‌آید. بالارفتن امید به زندگی و افزایش سلامت سالمند علیرغم بازتاب رضایت بخش خود، مسائل و مشکلاتی را در سالهای پایانی عمر به ویژه در رابطه با سلامت و بیماری به همراه دارد. از این رو ارتقای سلامت سالمندان بستری یکی از مهمترین اهداف مراقبت و درمان و از پرچالش‌ترین ابعاد سیستم مراقبتی و درمانی تلقی می‌شود. (۷) هدف اصلی توجه به بیماری‌های مزمن تشخیص به موقع بیماری و مدیریت آن و به حداقل رساندن عوارض، تأخیر در مرگ و میر و بهینه سازی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است. (۸) خانواده به عنوان اساسی‌ترین رکن جامعه، مسئول مراقبت صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان وی می‌باشد (۹)، از این رو مراقبت‌های غیر رسمی یا همان مراقبت‌های خانوادگی، ستون اصلی نظام مراقبت‌های طولانی مدت به حساب می‌آیند. (۱۰) بیماری‌های جسمی و روانی جدی، چالش‌های بی‌شماری را برای خانواده‌ها به بار می‌آورد که مقابله با آنها تاب‌آوری بالایی را می‌طلبد. مراقبین زمانی می‌توانند بر استرس و نگرانی ناشی از مراقبت از بیمار خود غلبه کنند و سلامتی خود و دیگر اعضای خانواده را حفظ کنند که تاب‌آور باشند. رویکردهای مبتنی بر تاب‌آوری در موقعیت‌های ضربه‌زننده به خاطر تمرکز بر بازگشتن به حالت اول بعد از حوادث بحرانی و غلبه بر چالش‌های مداوم، ارزش خاصی دارد. اگر چه برخی افراد نسبت به دیگران آسیب پذیرترند، اما هیچکس نسبت به رنج کشیدن از ضربه روانی، در حوادث بسیار وخیم ایمن نیست. (۱۱) مطالعه احمدی و همکاران

نیز نشان می‌دهد که مراقبین با توان تاب‌آوری کمتر نسبت به افراد دارای تاب‌آوری بیشتر به دلایل مشکلات جسمی، مراجعات بیشتری به پزشک دارند. تاب‌آوری موجب افزایش خودمراقبتی شده و توان فرد را برای مقابله با استرس‌های مربوط به مراقبت از سالمند افزایش و احتمال بروز مشکلات جسمانی را کاهش می‌دهد. (۱۲) افراد تاب‌آورتر، روابط اجتماعی بهتری با دیگران دارند و در فعالیتهای اجتماعی خود موفق‌تر عمل می‌کنند. (۱۳) نتایج بعضی از مطالعات در خصوص تاب‌آوری، بیانگر رابطه مستقیم بین تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی (۱۴)، تاب‌آوری و بهبود کیفیت مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر (۱۵)، و تاب‌آوری به عنوان عامل محافظت کننده بر سازگاری بیماران با درد مزمن است و در عین حال گویای نقش تاب‌آوری در سلامت افرادی است که درگیر مشکلات مراقبت از بیماران و یا وضعیت‌های دشوار می‌باشند. (۱۶) موللی و همکاران (۱۳۹۴) معتقدند که تاب‌آوری فرایندی پویا در رشد انسان است که در تعامل با شخصیت و عوامل محیطی در جریان دو سویه رشد می‌کنند. (۱۷) با توجه به نتایج مطالعات بر اهمیت تاب‌آوری و تأثیر آن بر کیفیت مراقبت و همچنین کاهش توانایی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی و نیاز آنها به یک مراقب، این مطالعه با هدف تعیین تاب‌آوری مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهر تهران انجام شد.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که از اول

فروردین ماه تا آخر تیرماه سال ۱۳۹۸ در شهر تهران انجام شد. جامعه پژوهش مراقبین خانوادگی و اصلی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری در بخش‌های داخلی بودند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام شد. پنج مرکز درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران به عنوان خوشه انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا بیمارستانهای غیر تخصصی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهیدبهشتی، ایران و دانشگاه شاهد در پنج منطقه شهر تهران (شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز) مشخص گردید سپس، بصورت تصادفی بسته به تعداد مرکز درمانی هر دانشگاه در یک منطقه، یک یا دو بیمارستان در نظر گرفته شد و از بین مراکز درمانی دانشگاه‌های مختلف در یک منطقه بصورت تصادفی یک مرکز درمانی انتخاب گردید. حجم نمونه مورد نیاز از فرمول برآورد میانگین جامعه (۱۸) و با استفاده از میانگین و انحراف معیار (۷۰/۸±۱۵/۰۵) مطالعه مشابه (۱۹) و با توجه به خطای نوع اول معادل ۰/۰۵، تعداد ۱۱۰ نفر برآورد شد. جهت تعیین تعداد نمونه‌های هر مرکز درمانی به مرکز انفورماتیک بیمارستانهای مورد نظر مراجعه و آمار تعداد سالمندان بستری در بازه زمانی ۶ ماهه (از اول مرداد ماه سال ۹۷ تا پایان دی ماه ۹۷) گرفته شد. به این ترتیب تعداد نمونه‌های لازم در هر بیمارستان انتخاب شده به نسبت درصد سهم کل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر بستری شده در بخش‌های داخلی بیمارستانهای مورد نظر بدست آمد. نمونه‌های پژوهش بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا سالمندان ۶۰ سال سن و بالاتر بستری

در بخش داخلی مراکز مورد نظر که به استناد پرونده بالینی بیش از ۶ ماه به یکی از بیماری‌های مزمن نظیر (دیابت، فشارخون، مشکلات قلبی عروقی، نارسایی مزمن کلیوی، آلزایمر، مشکلات عضلانی اسکلتی و ...) مبتلا بودند و نمره فعالیت روزانه زندگی آنها بر اساس پرسشنامه ADL 11 و یا کمتر بود مشخص شدند، سپس مراقبین خانوادگی و اصلی آن سالمندان که بیش از ۱۸ سال سن داشتند و مدت بیش از ۶ ماه و حداقل به میزان ۱۴ ساعت در هفته از فرد سالمند مبتلا به بیماری مزمن مراقبت می‌کردند و رضایت به شرکت در پژوهش داشتند، انتخاب شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم اطلاعات جمعیت شناختی سالمندان و مراقبین خانوادگی، پرسشنامه فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان و پرسشنامه تاب‌آوری (CONNOR-DAVIDSON) استفاده شد.

فرم اطلاعات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، نوع رابطه با سالمند، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، زندگی با سالمند، وضعیت درآمد، تعداد افراد کمکی، متوسط ساعت مراقبت در هفته، طول دوره مراقبت و محل زندگی مراقبین بود. فرم اطلاعات جمعیت شناختی سالمندان شامل سن، جنس، نوع بیماری، مدت ابتلاء و نوع بیمه درمانی سالمند بود. پرسشنامه فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان (Activity of Daily Living) (ADL) با ۸ سؤال میزان استقلال سالمندان زن و مرد را در اجرای فعالیت‌های زندگی از قبیل غذا خوردن، پوشیدن و درآوردن لباس، راه رفتن، انجام کارهای مربوط به وضعیت ظاهر، حمام کردن یا دوش

گرفتن، به رختخواب رفتن و بیرون آمدن، دستشویی رفتن و کنترل ادرار و مدفوع را در طیف لیکرت سه سطحی وابسته (صفر)، نیازمند کمک (۱) و مستقل (۲) اندازه‌گیری می‌کند. نمره کلی شاخص (ADL) از صفر تا ۱۶ است و هر فرد با توجه به نمره‌ای که کسب می‌کند، در یکی از سه طبقه وابسته (۷-۰)، نیازمند کمک (۱۱-۸) و مستقل (۱۶-۱۲) قرار می‌گیرد. این ابزار توسط طاهری تنجانی و همکاران در سال ۱۳۹۴ ترجمه و روانسنجی شده است و میانگین شاخص روایی محتوا برای این ابزار را ۰/۸۲ گزارش نموده‌اند. همچنین، آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای برای پرسشنامه، به ترتیب ۰/۸ و ۰/۷۶ گزارش گردیده است. (۲۰) جهت تعیین میزان تاب‌آوری مراقبین خانوادگی از پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۵ عبارت و پنج زیرمقیاس دارد که در یک مقیاس لیکرتی کاملاً نادرست (۰) به ندرت درست (۱) گاهی درست (۲) اغلب درست (۳) همیشه درست (۴) نمره گذاری می‌شود. زیرمقیاس‌های تاب‌آوری شامل: ۱- تصور شایستگی فردی با ۸ گویه ۲- اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی با ۷ گویه ۳- پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن با ۵ گویه ۴- کنترل بر زندگی با سه گویه و ۵- تأثیرات معنوی با دو گویه است. طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می‌باشد. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک

فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. (۲۱) این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین همسانی درونی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. (۲۲) همسانی درونی تاب‌آوری در مطالعه حاضر ۰/۸۸ بدست آمد. با توجه به اختلاف تعداد گویه‌ها در هر زیرمقیاس، از میانگین درصد استفاده شد. به این ترتیب که نمره کل هر زیرمقیاس را منهای نمره کسب شده هر یک از نمونه‌های پژوهش بر نمره به دست آمده از تفاضل حداکثر و حداقل نمره همان زیر مقیاس تقسیم و عدد حاصل به درصد محاسبه شد.

پس از تعیین جامعه و محیط پژوهش و تهیه پرسشنامه‌ها و گرفتن مجوز از کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد با کد اخلاق IR.SHAHED.REC.1397.113 و موافقت مسئولین مراکز درمانی منتخب و دادن توضیحات کامل در خصوص نحوه انجام پژوهش و محرمانه‌بودن و بدون هزینه بودن آن برای مراقبین و کسب رضایت آگاهانه از آنها، پرسشنامه‌ها در اختیار مراقبین قرار گرفت. چنانچه به هر علتی (بیسوادی و یا مشکل بینایی) مراقبین قادر به خواندن پرسشنامه‌ها نبودند، از طریق مصاحبه پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS۲۲ استفاده گردید. توصیف متغیرها با جداول

فراوانی، میانگین و انحراف معیار انجام شد. نرمال بودن توزیع متغیر تاب‌آوری با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف سنجیده شد. به دلیل تأیید فرض نرمالیتی این متغیر (تاب‌آوری) از آزمونهای پارامتری (تی مستقل و تحلیل واریانس یکطرفه) استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمام موارد کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

با توجه به نتیجه تحلیل آماری و توزیع فراوانی از ۱۱۰ سالمند تحت مراقبت، ۶۳ نفر (۵۷/۳ درصد) زن و ۴۷ نفر مرد (۴۲/۷ درصد) بودند. میانگین سنی سالمندان (۷۷/۳۷±۹/۲۳) بود. ۵۳ نفر از سالمندان (۴۸/۲ درصد) بیشتر از ۸۰ سال سن داشتند. از بین بیماری‌های شایع این دوران ۶۷ نفر (۶۰/۹ درصد) مبتلا به فشارخون ۵۱ نفر (۴۶/۳ درصد) مبتلا به دیابت، ۳۶ نفر مبتلا به مشکلات اسکلتی و عضلانی (۳۲/۷ درصد) بودند. اکثر سالمندان بیش از دو تا سه بیماری را گزارش کردند.

توزیع فراوانی فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان تحت مراقبت بر اساس امتیاز ADL در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. بیشتر سالمندان در تعویض لباس احتیاج به کمک داشتند. وابستگی سالمندان در راه رفتن بیشتر از فعالیت‌های دیگر بود.

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان تحت مراقبت بر اساس امتیاز ADL

نوع فعالیت	نیازمند کمک (درصد) فراوانی	وابسته (درصد) فراوانی	مستقل (درصد) فراوانی
غذا خوردن	۵۲ (۴۷/۳)	۱۲ (۱۰/۹)	۴۶ (۴۱/۸)
راه رفتن	۵۵ (۵۰/۰)	۵۲ (۴۷/۳)	۳ (۲/۷)
دوش گرفتن	۶۰ (۴۵/۵)	۴۷ (۴۲/۷)	۳ (۲/۸)
تعویض لباس	۸۷ (۷۹/۱)	۱۱ (۱۰/۰)	۱۲ (۱۰/۹)
رسیدگی به وضعیت ظاهر	۶۳ (۵۷/۳)	۲۶ (۲۳/۶)	۲۱ (۱۹/۱)
از تختخواب بیرون آمدن و به تخت برگشتن	۶۱ (۵۵/۵)	۳۰ (۲۷/۳)	۱۹ (۱۷/۲)
دستشویی رفتن	۵۶ (۵۰/۹)	۴۵ (۴۰/۹)	۹ (۸/۲)
کنترل ادرار و مدفوع	۳۹ (۳۵/۵)	۴۵ (۴۰/۹)	۲۶ (۲۳/۶)

میانگین و انحراف معیار سنی مراقبین ($47/03 \pm 10/71$) بود. اکثر مراقبین بیش از ۴۰ ساعت در هفته از سالمند خود مراقبت می‌کردند و یک یا دو نیروی کمکی هم داشتند. مشخصات جمعیت شناختی مراقبین شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین مقایسه میانگین نمره تاب‌آوری بر حسب سطوح مختلف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۲ گنجانده شده است.

جدول شماره ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی واحدهای پژوهش و مقایسه میانگین نمره تاب‌آوری برحسب سطوح این متغیرها

Df	f	t	p	(انحراف معیار) میانگین	(درصد) فراوانی	رده	مشخصات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی
۱۰۸		۰/۷۲۶	۰/۰۹۳	۶۸/۸۵ (۱۳/۳۲)	۲۷ (۲۴/۵)	مرد	جنس *
				۶۶/۲۲ (۱۷/۱۴)	۸۳ (۷۵/۵)	زن	
۱۰۸		۰/۸۷۸	۰/۳۸۲	۶۸/۲۳ (۱۶/۲۵)	۵۵ (۰/۵۰)	بلی	زندگی با سالمند *
				۶۵/۵۰ (۱۶/۳۱)	۵۵ (۰/۵۰)	خیر	
				۶۷/۵۱ (۱۷/۰۸)	۲۹ (۲۶/۴)	۱۸-۴۰	
۲	۰/۷۴۷	-	۰/۴۷۶	۶۵/۸۷ (۱۶/۷۲)	۷۲ (۶۵/۵)	۴۱-۶۰	سن (سال) **
				۷۲/۷۷ (۷/۳۷)	۹ (۸/۱)	۶۱-۸۰	
				۶۸/۲۸ (۱۴/۴۷)	۲۱ (۱۹/۱)	مجرد	
۲	۰/۱۵۲	-	۰/۸۵۹	۶۶/۳۸ (۱۶/۸۸)	۸۳ (۷۵/۵)	متاهل	وضعیت تأهل **
				۶۸/۸۳ (۱۵/۵۸)	۶ (۵/۴)	بیوه (مطلقه، همسر فوت شده)	
				۶۷ (۱۷/۴۴)	۱۱ (۱۰/۰)	همسر	
				۶۵/۵۳ (۱۶/۵۳)	۶۰ (۵۴/۵)	دختر	
۳	۰/۳۳۲	-	۰/۸۰۲	۶۹/۰۴ (۱۴/۳۷)	۲۵ (۲۲/۸)	پسر	نوع رابطه با سالمند **
				۶۸/۶۸ (۱۸/۰۲)	۱۴ (۱۲/۷)	سایر (عروس، داماد، نوه)	
				۷۰/۰۳ (۱۶/۹۰)	۳۲ (۲۹/۱)	سیکل و پایینتر	
۲	۰/۸۷۱	-	۰/۴۲۲	۶۵/۳۵ (۱۵/۹۲)	۵۹ (۵۳/۶)	دیپلم	سطح تحصیلات **
				۶۶/۲۶ (۱۶/۳۸)	۱۹ (۱۷/۳)	دانشگاهی	
				۶۰/۳۱ (۲۰/۵۴)	۱۶ (۱۴/۵)	خیلی ضعیف	
۳	۱/۱۱۸	-	۰/۳۴۵	۶۶/۸۱ (۱۵/۳۷)	۳۲ (۲۹/۱)	ضعیف	وضعیت درآمد **
				۶۸/۳۸ (۱۶/۳۰)	۵۰ (۴۵/۵)	متوسط	
				۶۹/۵۰ (۱۰/۸۰)	۱۲ (۱۰/۹)	خوب	
				۶۴/۲۲ (۱۷/۲۵)	۵۹ (۵۳/۶)	خانه دار	
				۶۷/۸۵ (۱۳/۶۱)	۱۴ (۱۲/۷)	بازنشسته	
۴	۱/۳۵۷	-	۰/۲۵۴	۶۸ (۱۷/۰۴)	۹ (۸/۲۰)	کارمند	وضعیت اشتغال **
				۷۳/۴۵ (۱۳/۲۰)	۲۲ (۲۰)	شغل آزاد	
				۶۴/۸۳ (۱۸/۸۴)	۶ (۵/۵)	بیکار	
				۶۷/۲۱ (۱۵/۸۷)	۳۷ (۳۳/۷)	۶ماه تا یکسال	
۲	۱/۳۸۳	-	۰/۲۵۵	۷۰/۹۲ (۱۳/۷۹)	۲۶ (۲۳/۶)	۱-۳ سال	طول دوره مراقبت **
				۶۴/۳۶ (۱۷/۶۲)	۴۷ (۴۲/۷)	۳ سال و بیشتر	
				۶۱/۴۶ (۱۶/۶۰)	۱۳ (۱۱/۸)	۲۰-۱۴ ساعت	
۲	۰/۸۵۴	-	۰/۴۲۹	۶۸/۴۰ (۱۴/۶۶)	۲۵ (۲۲/۷)	۲۱-۴۰ ساعت	متوسط ساعت مراقبت در هفته **
				۶۷/۳۱ (۱۶/۷۵)	۷۲ (۶۵/۵)	بیش از ۴۰ ساعت	
				۶۵/۵۶ (۱۷/۹۶)	۱۶ (۱۴/۵)	هیچکس	تعداد افراد کمکی در امر مراقبت **
				۶۹/۴۳ (۱۵/۸۶)	۳۲ (۲۹/۱)	یک نفر	
				۶۷/۵۲ (۱۶/۹۳)	۴۰ (۳۶/۴)	دو تا سه نفر	
				۶۳/۱۸ (۱۵/۹۲)	۱۶ (۱۴/۵)	چهار تا پنج نفر	
				۶۲/۱۶ (۱۳/۱۶)	۶ (۵/۵)	بیش از پنج نفر	

حداکثر امتیاز کسب شده تاب آوری مراقبین جامعه پژوهش ۱۰۰ و حداقل ۱۸ با میانگین و انحراف معیار (۶۶/۸۷±۱۶/۳۷) بود. میانگین نمره تاب آوری در چارک سوم و در حد خوب قرار داشت. توزیع فراوانی سطوح مختلف تاب آوری در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی تاب آوری مراقبین خانوادگی

درصد	فراوانی	تاب آوری (۰-۱۰۰)
۱۶/۴	۱۸	تاب آوری کم (کمتر از ۵۰)
۸۳/۶	۹۲	تاب آوری زیاد (بیشتر از ۵۰)
۱۰۰	۱۱۰	جمع کل

بر اساس نتایج جدول شماره ۴ میانگین نمره تاب آوری بین دو گروه وابسته و نیازمند کمک، اختلاف آماری معنی داری نداشت. ($df=108, t=1/060, p=0/292$).

جدول شماره ۴. میانگین نمره تاب آوری مراقبین برحسب فعالیت های روزانه زندگی سالمندان تحت مراقبت

تاب آوری			فعالیت های روزانه		
t	p	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زندگی
		۱۴/۳۲	۶۸/۲۶	۶۱	نیازمند کمک
۱/۰۶۰	۰/۲۹۲	۱۸/۶۳	۶۴/۹۳	۴۹	وابسته
			۱۱۰		جمع کل

میانگین نمره حیطه های تاب آوری در جدول ۵ گنجانده شده است. در زیر مقیاس تأثیرات معنوی، بیش از ۷۷ نفر (۷۰ درصد) به سؤال سوم تاب آوری "وقتی که راه حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، خدا با تقدیر می تواند کمک کند" و ۸۰ نفر (۷۲/۷ درصد) به سؤال نهم تاب آوری "معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بد مصلحتی است" به هر دو گویه پاسخ همیشه درست داده بودند.

جدول شماره ۵. میانگین و انحراف معیار نمره کل تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن در ۱۰ نفر از مراقبین خانوادگی

تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن	حداکثر - حداقل	میانگین	انحراف معیار	میانگین درصد
تاب‌آوری (۰-۱۰۰)	۱۸-۱۰۰	۶۶/۸۷	۱۶/۲۷	۷۸
تصور شایستگی فردی (۰-۳۲)	۴-۳۲	۲۱/۳۶	۶/۱۲	۶۲
اعتماد به‌غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی (۰-۲۸)	۱-۲۸	۱۶/۹۱	۵/۷۰	۵۸
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۰-۲۰)	۲-۲۰	۱۳/۷۰	۳/۹۳	۶۵
کنترل (کنترل بر زندگی) (۰-۱۲)	۱-۱۲	۷/۹۴	۲/۷۵	۶۳
تأثیرات معنوی (۰-۸)	۲-۸	۶/۹۴	۱/۶۲	۸۲

بحث

جهت، تاب‌آوری مراقبین ارتباطی با سطح تحصیلات و تأهل آنها نداشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تاب‌آوری مراقبین خانوادگی خوب بود و بین تاب‌آوری و سن مراقبین و میزان درآمد آنها ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه Pessotti و همکاران (۲۰۱۸) مطابقت دارد. در مطالعه Pessotti و همکاران هم راستا با مطالعه حاضر، بین تاب‌آوری و سن و تحصیلات و درآمد مراقبین رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت ولی تاب‌آوری بالاتر با دینداری ذاتی رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت به گونه‌ای که حضور فرد مراقب در کلیساها و انجام اعمال مذهبی و صرف وقت جهت نماز و دعا از طریق تقویت آرامش و پذیرش بیماری سالمند خود، با به حداقل رساندن تأثیر منفی بیماری، باعث حفظ سلامت روان آنها و بالابردن تاب‌آوری آنها می‌شد. (۲۵)

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که تاب‌آوری اکثریت مراقبین خانوادگی جامعه پژوهش بیشتر از خط برش و میانگین نمره تاب‌آوری آنها در حد خوب بود و بین نمره تاب‌آوری و مشخصات جمعیت شناختی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. از این رو با نتایج مطالعه جعفری و همکاران (۱۳۹۵) که بین نمره تاب‌آوری با سطح تحصیلات و تأهل مراقبین رابطه وجود داشت، همسو نیست. (۲۳) با توجه به مدل چالشی تاب‌آوری که یک عامل استرس‌زا به عنوان عاملی جهت تقویت شایستگی ارایه می‌شود، مراقبین خانوادگی هم مانند سایر افراد تاب‌آور، وقتی در معرض سختی‌ها و مشکلات مراقبت قرار می‌گیرند سعی در حفظ اعتماد به نفس و افزایش تواناییهای خود برای حل مسئله می‌کنند و هنگامی که به آن مشکل فائق می‌آیند، شایستگی و کفایت آنها تقویت می‌شود (۲۴) از این

محققین معتقدند که اعتقادات مذهبی مراقبین خانوادگی و تأکید دین اسلام بر تکریم والدین و گرامیداشت مقام سالمندان و متوسل شدن به دعا باعث افزایش تاب‌آوری آنها می‌شود و به همین علت هم مراقبین جامعه پژوهش بدون توجه به سن و میزان درآمد، به امر مراقبت مشغول بودند و بارمراقبتی را با توسل به دعا و افزایش تاب‌آوری راحت تر تحمل می‌کردند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین جنسیت مراقبین خانوادگی و تاب‌آوری آنها ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت و با مطالعه (Manzini 2016) که مراقبین زن از تاب‌آوری بالاتری برخوردار بودند همسو نیست (۲۶) کریمی‌راد و همکاران (۱۳۹۲) نیز طی بررسی انجام شده بر مراقبین خانوادگی مبتلایان به اختلالات روانی شهر تهران بیان کردند، بین تاب‌آوری مراقبین با مشخصات جمعیت شناختی ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد. (۲۷) در مطالعه حاضر نیز اگر چه تعداد مراقبین زن بیشتر از مردان بود ولی بین میانگین تاب‌آوری و جنسیت مراقبین تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. احساس مسئولیت خانواده در مقابل بیماری یکی از افراد خانواده با نوع بیماری و جنس و سایر مشخصات جمعیت شناختی آنها ارتباطی ندارد. محقق معتقد است که حس نوع دوستی و تعلق خاطر به یکدیگر نیروی محرکه قوی است تا سایر اعضای خانواده با حفظ صبر و تحمل و کسب توان بیشتر در صدد برآورده کردن نیازهای یکدیگر باشند.

در یافته‌های مطالعه حاضر بین نمره تاب‌آوری و میزان درآمد مراقبین ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد، که با

مطالعه حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) همراستا نیست. (۲۸) شاید علت این اختلاف در نوع بیماری جامعه پژوهش باشد که عوارض بیماری‌های مزمن خیلی دیرتر از علائم بیماری آنها بروز می‌کند و ممکن است سالمند مبتلا به بیماری شده باشد بدون اینکه روند زندگی روزمره آنها تغییر کرده باشد و پس از بروز عوارض بیماری، مراقبین از تمام دارایی خود برای بهبودی، حفظ سلامت و نگهداری سالمند خود استفاده کرده اند .

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نمره تاب‌آوری مراقبین و فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL) سالمندان ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت که با مطالعه ong و همکاران (۲۰۱۸) که دریافتند، مراقبینی که تاب‌آوری کمتری داشتند حتی در حضور بیمارانی که احتیاج به مراقبت کمتری داشتند بارمراقبتی بیشتری را تجربه کرده بودند، در مقابل مراقبینی که تاب‌آوری بیشتری داشتند، حتی زمانی که بیشترین مراقبت را انجام می‌دادند، بارمراقبتی کمتری را گزارش کردند همسو نیست. (۲۹) به نظر می‌رسد سالمند وابسته، بارمراقبتی بیشتری را بر مراقبین وارد کند ولی اگر تفاوت در فعالیت فرد سالمند، تفاوتی در تاب‌آوری مراقبین خانوادگی را نشان نداده است، به عواملی نظیر پذیرش فرد سالمند، توان مراقبتی مراقبین و دریافت حمایت‌های اجتماعی می‌توان اشاره کرد .

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، از بین زیرمقیاس‌های تاب‌آوری، میانگین درصد زیر مقیاس تأثیرات معنوی بیشتر از سایر زیرمقیاس‌ها بود. در زیر مقیاس تأثیرات معنوی بیش از ۷۷ نفر (۷۰٪) به سؤال سوم تاب‌آوری "وقتی که راه

حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، خدا با تقدیر می‌تواند کمک کند" و ۸۰ نفر (۷۲/۷٪) به سؤال نهم تاب‌آوری "معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بد مصلحتی است" به هر دو گویه پاسخ همیشه درست داده بودند و با توجه به اینکه جامعه پژوهش معتقد بودند برای رهایی از سختی‌ها و جلوگیری از ناامیدی‌ها در حین مراقبت متوسل به دعا می‌شدند، می‌توان نتیجه گرفت که، معنویت در بالا بردن تاب‌آوری مراقبین تأثیر به‌سزایی داشت، از این رو نتایج این پژوهش با مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۶) که دریافتند مداخله معنویت سبب افزایش تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان شده بود همراستا است. (۳۰)

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین درصد زیرمقیاس کنترل برزندگی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن و تصور شایستگی فردی نزدیک به میانگین درصد تاب‌آوری بود. تاب‌آوری یک ویژگی شخصیتی است. برخی از فاکتورهای شخصیتی مانند احساس شایستگی ممکن است رابطه بین مراقبت و بار مراقبتی را بصورت یک احساس مثبت تعدیل کند. (۳۱) کنترل بیشتر بر زندگی به سازگاری بیشتر کمک می‌کند و درک بهتر وضعیت موجود را بهبود می‌بخشد. پذیرش تغییرات و اعتماد به نفس مراقبان و رابطه عاطفی آنها با گیرندگان خدمت حس خوب و مطلوب در مراقبین ایجاد می‌کند. (۳۲) احساس مثبت مراقبین به انجام وظیفه در مقابل فردی که سالها عمر خود را برای آنها صرف کرده باعث می‌شود که مراقبین مشکلات بارمراقبتی را با تاب‌آوری و انعطاف پذیری بیشتری تحمل کنند.

نتیجه‌گیری نهایی

تاب‌آوری مراقبین خانوادگی، مستقل از خصوصیات جمعیت‌شناختی و مستقل از نوع ناتوانی سالمند در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی، خوب و در چارک سوم قرار داشت. مراقبین با داشتن مسائل و مشکلات عدیده‌ی قرن حاضر با حفظ تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری خود که به نظر می‌رسد متأثر از فرهنگ دینی و مذهبی و ویژگی شخصیتی است، حرمت سالمند خود را حفظ کرده و سعی می‌کنند بیشترین خدمات را به سالمندان خود که سرمایه‌های ارزشمند زندگیشان هستند ارایه نمایند. حال که مراقبین خانوادگی با هرگونه سطح تحصیلات و نوع درآمد و سطح خانوادگی یکی از ارکان مهم سلامت جامعه هستند، به گونه‌ای که ادامه مراقبت و درمان در منزل به آنها سپرده می‌شود، لازم است که توسط سیاستگذاران حوزه سلامت با در نظر گرفتن حمایت‌های اجتماعی (بیمه و توانبخشی و ...) و پی‌گیری تلفنی نیازها و مشکلات ناشی از مراقبت بیشتر مورد توجه و حمایت قرار گیرند. بررسی مراقبین خانوادگی که در یک مقطع زمانی به بیمارستانهای دانشگاهی مراجعه کرده بودند و انتخاب غیر تصادفی مراقب اصلی بیمار و سالمند دارای نمره فعالیت روزانه زندگی مساوی ۱۱ و یا کمتر از آن و صرف نمونه‌گیری در شیفت صبح به دلیل حضور ملاقات کنندگان در شیفت عصر و تداخل با کارهای درمانی و سپس استراحت بیماران و مراقبین که باعث از دست دادن تعدادی از نمونه‌های پژوهش می‌شد، از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان برشمرد. تعمیم‌پذیری این مطالعه به دلیل بررسی مراقبین مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاهی با تجربه حداقل شش ماه مراقبت

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی می باشد. پژوهشگران از همه مسئولین و همکاران سرپرستار و پرستاران و کلیه مراقبین و سالمندان مراکز درمانی طالقانی، مدرس، سینا، بهارلو و امام حسین (ع) که ما را در انجام این پژوهش همکاری نمودند نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می آورند.

از سالمند در منزل، مورد تأمل است و پیشنهاد می شود، تاب آوری مراقبین خانوادگی سالمندان با گستردگی و تعداد نمونه های بیشتر در سطح جامعه و به روش طولی، طی زمان های متعدد مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

References:.....

1. Sadrollahi, Ali. Gerontological nursing. Two Edition, Tehran, Jameahnegar. 2015;5-8.
2. Rasel M, Ardalan A. The future of ageing and its health care costs: A warning for health system. Iranian Journal of Ageing. 2007;2(2):300-5.
3. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. The Lancet Neurology. 2008;7(9):812-26.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2001;56(3):46-57.
5. Coleman S, Briffa NK, Carroll G, Inderjeeth C, Cook N, McQuade J. A randomised controlled trial of self-management education program for osteoarthritis of the knee delivered by health care professionals. Arthritis research & therapy. 2012;14(1)
6. Ghodsbin F, Najafi S, Razeghi M, Zare N, Keshtkaran Z. The impact of self care education on quality of life of those clients suffering from osteoarthritis in rehabilitation centers of shiraz university of medical science (Iran). J Babol Univ Med Sci. 2010;12(54):65-70.
7. Arab M, Hosseini M, Ranjbar M, Rashidian A, pourreza A, Varmaghani M, et al. The survey of satisfaction rate and the effective factors on the aged peoples satisfaction regarding to the given services in the hospitals Tehran university of medical sciences. Jhosp. 2011; 9 (3 and 4) 45-50.
8. Touhy, Jett Ebersol. Toward & Healthy, Human needs & Nursing response. Elsevier, 19e Handbook A. Book Me. LAMP. 2016:(1089-94).
9. Abbasi A, Rahmani H, Shariati A, Asayesh H, Ashraf Rezaee N, Mollaei E, et al. The relationship between caring burden and coping strategies in hemodialysis patients caregivers. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2012;10(4):533-9.
10. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. American Journal of Kidney Diseases. 2006;48(6):955-63.

11. Dehghani M, Khajeh Rasouli M, Mohammadi S, Abbasi M. Translational Strengthening of family resilience (Passage of Life's Troubles) Froumavalesh (author), First Edition, Tehran, Dangeh. 2012: 376-285
12. 12-Ahmadi, R, Sharifydramadi, P. A Study of the effect of resilience training on mental health of People with drug dependency at touska Camp in Tehran. Pshychiatry Science. 2014;4(16-17).
13. 13-White N, Richter J, Koeckeritz J, Lee Y ,Munch KL. A cross-cultural comparison of family resiliency in hemodialysis patients. Journal of Transcultural Nursing. 2002;13(3):218-27.
14. 14- Hagh Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Barmas H. Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children.SID.2010
15. 15-Ghaffari F, Fotokian Z, Rostami M, Meskini L. An analysis of the impact of resiliency interventions on the mental health of elderly family caregivers alzheimers clinical excellenes. Educational Research.2017(7):14-21.
16. 16-Jolai S, Poladi Rey Shahri A, Lak A, Noorbala A, Safari Nia M. Resilience and age in adaptation to chronic pain symptoms and signes. Two scientific journals- Shahed University. 2015;24 (125).
17. 17-Movallali G,Pirzadi H.Resilience and hearing impairment. Journal of Rehabilitation Medicine. 2014(2):144-58
18. 18-Moatamed N, Zamani F. Sample size in medical research, An applied approach. 2015.
19. 19-Ong HL, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan ME, Chong SA, Goveas RR, Chiam PC, Subramaniam M. Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. BMC psychiatry. 2018;18(1):27.
20. 20-Tanjani T, Azadbakht m. Psychometric properties of the persian version of the activities of daily living scale and instrumental activities of daily living scale in elderly. Mazandaran. 2015;25(132).
21. 21-Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82.
22. 22-Mohammadi M. Investigating resilience ractors at risk of rug rbuse in fars province.1384
23. 23-Jafari M. The relationship between perceived stress and resilience and caregiver burden of
24. family caregivers. Masters thesis, Department of Assistant Education Social, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Iran, Tehran, 2016.
25. 24-Hosseini Al-Madani, A. Resiliency (Family and Social Personality). Tehran, Danjeh, First Edition, 2015; 28
26. 25-Pessotti C, Fonseca L, Tedrus G, Lalon D. Family caregivers of elderly with dementia relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. Dementia & Neuropsychologia. 2018;(4)12.408.
27. 26-Manzini C, Brigola A, Pavarini S, Vale F. Factors associated with the resilience of family caregivers of persons with dementia: A systematic review. Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia. 2016;19(4):703-14.

-
28. 27-Seyedfatemi N, Noghani F, Amini E, Kamali R. Resiliency family caregivers of people with mental disorders in Tehran .Iranian Journal of Nursing Research. 2018;13(1):57-63
 29. 28-Hassanzadeh F, Hojati H. The Relationship between resilience and caring burden of parents of mentally retarded students in golestan province in 2016. Journal of Research in Rehabilitation Sciences. 12 (5): 252-8.
 30. 29-Ong HL, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan M-E, et al. Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. BMC psychiatry. 2018;18(1):27
 31. 30-Mohammad Karimi M, Shariatnia K. The Effect of spirituality therapy on resilience of women with breast cancer in tehran. Journal of Gorgan University of Medical iences.2016.(19).
 32. 31-Rohr MK, Wagner J, Lang F. Effects of personality on the transition into caregiving. Psychology and Aging. 2013;28(3):692-700.
 33. 32-Contador I, Fernandez-Calvo B, Palenzuela DL, Miguéis S,Ramos F. Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: a perspective of optimism based on generalized expectancies of control. Aging Ment Health. 2012;16(6):675-82.

*Original Article***Resiliency of family caregivers of the elderly with chronic diseases of
Tehran 2019****Shahrastaki M¹, Alaie N^{2*}, Heravi Karimooi M³, Zaeri F⁴**¹. MSc Student in Nursing, Shahed University, Tehran, Iran². Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran³. Associate Professor, Aging Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.⁴. Professor, Proteomics Research Center and Biostatistics Center, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.**(Received: 23Jan, 2020- Accepted: 7 Apr, 2020)**

Introduction: Family caregivers are among the first and foremost members involved in the pursuit of care and care for the elderly. Recognizing the extent of resilience and the factors that affect it can be effective in planning support for family caregivers and maintaining their health.

Aim: The aim of this study was to determine the resiliency of family caregivers of elderly with Chronic disease in Tehran.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted in 2019 on 110 caregivers of elderly patients with chronic diseases hospitalized in medical centers of Tehran University of Medical Sciences. Elderly people who had a score equal to or less than 11 in terms of daily living activities. Patients and caregivers were selected by non-randomized and available method based on inclusion criteria. Data were collected using demographic information form, daily living activities questionnaire and resiliency questionnaire (CONNOR-DAVIDSON) and analyzed by descriptive statistics and inferential statistics using SPSS 22 software.

Results: The mean age of the caregivers was (77.37 ± 9.23.) Sixty-five (55.5%) of the elderly were in need of assistance with daily living activities and 49 (45.5%) were dependent. Out of 110 caregivers, 83 (75.5%) were female and 27 (24.5%) were male with mean age: (47.03 ± 10.71). Resiliency of Caregivers were in good agreement with mean (66.87 ± 16.27). There was no significant statistically relationship between caregiver resilience score with age, gender, and ADL levels of the elderly (p <0.050). Also no statistically significant relationship was observed between the resilience score and demographic characteristics of caregivers (p > 0.050).

Conclusion: The resilience of family caregivers was in a good range above the cutting line and independent of the demographic characteristics of caregivers as well as independent of the different characteristics of the elderly. It is suggested that more support be provided to family caregivers to increase their resilience in the care of the elderly with chronic Diseases.

Keywords: Aging, Chronic Diseases, Family caregivers, Resiliency