

طراحی الگوی جامع مدیریت درد مزمن در سالمندی، یک پژوهش کیفی

منوچهر شیرازی^۱

دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، ایران.

هومان منوچهری

استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

منصوره زاغری تفرشی

دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

فرید زایری

دانشیار گروه آمار حیاتی. دانشکده پیرا پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

ویولت علی پور

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، ایران

Development of comprehensive chronic pain management model in older people:

A qualitative Study

Shirazi M, Nursing PhD

Manoochehri H , Nursing PhD

Zagheri Tafreshi, Nursing PhD

Zayeri F, Nursing PhD

Alipour V, PhD Student

ABSTRACT

Background & Aim: Identifying significant factors influencing on chronic pain management process and achievement to a comprehensive model for effective chronic pain management in the elderly is high importance. Hence, the current study aimed at developing a comprehensive model for chronic pain management in the elderly.

Material & methods: In order to process identification and developing a comprehensive model for chronic pain management a qualitative study was applied. Unstructured interviews and observation of participants as the main methods for data collection were used. Study participants including 62 people consisted of 30 elderly people with chronic pain, 3 relatives and 29 health care providers participated with purposive and theoretical sampling methods in Ahvaz city. Data analysis was performed concurrently with data gathering based on Corbin Strauss's proposed method. Data rigor was confirmed via Lincoln and Gubba's approach.

Results: Developed chronic pain management model in the elderly consist of five constructs inclusive living with pain, loving life, holistic support, being vulnerable and ailment. Among them "living with pain" was the major concept. In this comprehensive model, pain as a disease and a bio-psycho- socio - spritual phenomenon was known. Barriers such as vulnerability, and facilitating factors including holistic support and loving life were considered. Diagnostic and therapeutic interventions will be done regarding to

^۱. نویسنده مسؤول: shirazimanouchehr57@gmail.com

multidisciplinary collaborations. Finally, chronic pain will be managed with a holistic and balanced approach using different pain relieving methods.

Conclusion: The obtained model in this study is a comprehensive caring model. In order to its use in clinical settings, testing of this model by further studies on elderly patients with chronic pain will be needed.

Keywords: Model; Pain management; Chronic pain; Elderly; Qualitative Study

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی عوامل مؤثر بر فرآیند مدیریت درد مزمن و دستیابی به یک الگوی جامع به منظور مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندی، از اهمیت فراوانی برخوردار است، بدین جهت این پژوهش با هدف طراحی الگویی جامع برای مدیریت درد مزمن در سالمندان، انجام گردید.

مواد و روش‌ها: در پژوهش حاضر به منظور شناسایی فرآیند و طراحی الگویی جامع مدیریت درد مزمن از یک مطالعه کیفی استفاده گردید. مصاحبه‌های نیمه ساختارمند و مشاهده شرکت‌کنندگان روش اصلی گردآوری داده‌ها بود. شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۶۲ نفر شامل ۳۰ سالمند مبتلا به درد مزمن، سه نفر از همراهان آنها و همچنین ۲۹ نفر از اعضای تیم درمانی در شهر اهواز بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری در مطالعه شرکت نمودند. تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از روش کوربین و اشتراوس انجام گردید. اعتبار داده‌ها بر اساس معیارهای لینکلن و گابا تأیید شد.

یافته‌ها: الگوی جامع طراحی شده برای مدیریت درد مزمن در سالمندان از پنج سازه عمده تشکیل شده بود که شامل زندگی همراه با درد، دوست داشتن زندگی، حمایت همه‌جانبه، آسیب‌پذیری و دردمندی بود که در میان آنها "زندگی همراه با درد"، مفهوم مرکزی بود. در این الگوی جامع، درد به عنوان یک بیماری و پدیده زیستی، روانی، اجتماعی و مذهبی شناخته شد. موانع موجود همچون آسیب‌پذیری و عوامل تسهیل‌کننده همانند حمایت همه‌جانبه و دوست داشتن زندگی مورد توجه قرار گرفت. ارائه اقدامات تشخیصی و درمانی بر اساس مشارکت تخصص‌های مختلف و همکاری بین بخشی انجام می‌شود و با یک دید جامع و متوازن و با کاربرد روش‌های مختلف کاهش دهنده درد اقدام به مدیریت درد می‌گردد.

نتیجه‌گیری: الگوی طراحی شده در این پژوهش، یک الگوی مراقبتی جامع است و استفاده از آن در محیط‌های بالینی نیازمند انجام مطالعات بیشتر در زمینه آزمون مدل فوق بر روی سالمندان مبتلا به درد مزمن، خواهد بود.

کلواژگان: الگو؛ مدیریت درد؛ درد مزمن؛ سالمندی؛ پژوهش کیفی

مقدمه

می‌گردند (۳). یک‌سوم افراد سالمند مبتلا به درد مزمن هستند (۴، ۵) که ممکن است بنا به دلایل زیادی از جمله استئوآرتریت، پوکی استخوان، اختلالات عروقی و بیماری‌های مزمن همچون دیابت ایجاد شوند (۶).

چنانچه دردهای مزمن در سالمندان به خوبی مدیریت نشود، می‌تواند باعث افزایش خطر خودکشی، اختلالات شناختی، اختلال در عملکرد و فعالیت‌های

درد شایع‌ترین شکایت در دوران سالمندی است (۱). یکی از انواع مهم درد نوع مزمن آن است که می‌تواند منشاء بدخیم و یا غیر بدخیم داشته باشد (۲). دردهای مزمن غیر بدخیم به عنوان یک مشکل عمومی مطرح هستند که به طور اساسی باعث اختلال در سلامت جسمی، روان‌شناختی و رفاه اقتصادی سالمندان

روزمره زندگی گردد و زندگی سالمند و خانواده وی را تحت تأثیر قرار داده و در نتیجه کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد (۸، ۷).

در بسیاری از موارد چالش‌های مرتبط با سلامت سالمندان از جمله دردهای مزمن، مورد غفلت قرار می‌گیرد، به صورتی که دردهای مزمن در سالمندان اغلب به میزان کافی بررسی و درمان نمی‌شوند (۹، ۱). در حالی که سالمندان نسبت به سایر افراد جامعه به دلیل تغییرات فیزیولوژیک مرتبط با افزایش سن، استفاده از داروهای متعدد و افزایش بیماری‌های زمینه‌ای و همراه، در معرض خطرات بیشتری قرار دارند. به علاوه، سالمندان نسبت به تداخلات دارویی مستعدتر هستند، نشانه‌های غیر اختصاصی بیماری در آنها بیشتر ظاهر می‌کند، و نسبت به عوارض جانبی اقدامات درمانی، حساس‌ترند. بدین جهت، تشخیص، درمان و اقدامات پیگیری کننده در آنان نیازمند شیوه‌های اختصاصی است (۱).

گرچه درد مزمن در سالمندان بسیار شایع است، اما بیشتر مطالعاتی که در زمینه درد انجام شده اغلب بر روی افراد جوان صورت گرفته است. درمان درد مزمن در سالمندان یک چالش و مشکل جدی است که نیازمند دانش و آموزش اختصاصی در زمینه درمان و مدیریت درد است (۱). هدف از درمان دردهای مزمن در سالمندان اغلب از بین بردن کامل آن نیست، بلکه با توجه به ماهیت درد در بسیاری از موارد هدف از درمان این درد، بهبود توانایی برای انجام فعالیت‌های روزانه زندگی و همچنین کیفیت زندگی است (۱). بدین جهت، کنترل مناسب درد مزمن و همچنین کاهش عواقب آن بر روی ابعاد مختلف زندگی و سلامتی سالمندان، به یک مدیریت ویژه نیاز دارد (۱۰).

یکی از راهکارهای علمی که در حل بسیاری از مشکلات و چالش‌های مرتبط با سلامت از جمله مدیریت درد مزمن می‌تواند مفید واقع شود، استفاده از مدل است. الگو یا مدل، نمایشی از جنبه‌های واقعیت است که وقایع را به صورت کلامی، نمادین و یا خطوط و

جهت‌ها نشان می‌دهد (۱۱). به واقع، مدل چارچوبی است که متغیرهای بهم پیوسته و روابط بین آنها را توضیح داده و پیامدهای ناشی از این روابط را پیش‌بینی می‌کند (۱۲). در حال حاضر، به منظور مدیریت درد مزمن در سالمندان از یک مدل جامع که تمامی جنبه‌های مدیریت درد مزمن در آنان را در بر داشته باشد، استفاده نمی‌شود (۱۳).

در گذشته مدل‌های ساده‌ای همچون مدل بیومدیکال^۱ برای تبیین درد و پیامدهای آن مطرح شده است، اما استفاده از مدل بیومدیکال به منظور مدیریت درد مزمن معمولاً ناموفق بوده است (۱۴) و بسیاری از صاحب نظران سلامت عمومی که در زمینه مدیریت درد مزمن در سالمندان اشتغال داشتند، به صورت فزاینده‌ای نسبت به استفاده از این مدل ناراضی بوده‌اند (۱۵). در واقع، امکان تبیین درد و پیامدهای آن با استفاده از الگوهای ساده میسر نیست (۱۶). مدل دیگری که در این زمینه مطرح است مدل بیوسایکوسوشیال^۲ است. این مدل درد را به عنوان یک تعامل پیچیده و پویا بین عوامل فیزیولوژیک، روان‌شناختی، و اجتماعی می‌داند. (۱۷) نتایج تحقیقات بیانگر این است که استفاده از مدیریت چندبخشی جامع بر اساس مدل زیستی-روانی-اجتماعی در کنترل درد مزمن از نظر بالینی مؤثر بوده و مقرون به صرفه نیز است اما چندان در دسترس نیست و از آن استفاده نمی‌گردد (۱۸). یکی از مشکلات مرتبط به استفاده از مدل زیستی-روانی-اجتماعی این است که مدل فوق، در خصوص رفتار بیمار جنبه عملیاتی و کاربردی مشخصی ندارد. به علاوه در زمان اجرا با چالش‌های متعددی مواجه خواهد شد (۱۴).

امروزه مشخص گردیده که استفاده از یک مدل و برنامه مراقبتی، فراگیر و جامع که توجه ویژه‌ای به دیدگاه سالمندان و اعضاء تیم مراقبتی، پیرامون درد مزمن، موانع و عوامل تسهیل کننده این نوع درد را داشته باشد، می‌تواند باعث مشارکت بیشتر آنها در امر

¹ - Bio-Medical model

² - Bio- Psycho-Social model

مراقبت، بهبود عملکرد جسمی و روانی، کاهش موانع پیروی از اصول درمانی، افزایش ایمنی، کاهش بار اقتصادی برای بیمار و جامعه و بهبود کیفیت زندگی آنان گردد (۲۰، ۱۹).

استفاده از تحقیقات کیفی یک بخش ضروری برای ارزیابی مدل‌های مبتنی بر ابعاد زیستی- روانی - اجتماعی است، به صورتی که تبیین دلایل عقلانی و شناختی ارزش‌های اجتماعی و هیجانی اقدامات درمانی به شفاف‌سازی و مشخص شدن، مدیریت درد کمک نموده و می‌توانند به افزایش دانش زمینه‌ای منتهی شوند (۲۱). به واقع، تحقیقات کیفی در مواردی که دانش اندکی دربارهٔ مسألهٔ مورد مطالعه وجود داشته باشد، مفید خواهد بود (۲۲). در این پژوهش نیز با توجه به اینکه تا سال ۱۳۹۳، گزارشی از چگونگی مدل‌های مراقبتی مربوط به مدیریت دردهای مزمن در سالمندان ارائه نشده است و شناخت کافی از آن وجود ندارد، از پژوهشی کیفی به منظور کسب اطلاعات در مورد چگونگی مدیریت دردهای مزمن و طراحی الگویی مراقبتی جامع در این مورد استفاده گردید. به علاوه، با توجه به ماهیت نژادی، قومیتی و فرهنگی موضوع نمی‌توان از مدل‌های مشابه مربوط به سایر کشورها عموماً در غرب بهره گرفت. لذا، به نظر می‌رسد انجام پژوهشی کیفی لازم و مقتضی است.

مواد و روش‌ها

روش جمع‌آوری داده‌ها

این مطالعه بخشی از یک پژوهش ترکیبی اکتشافی متوالی است که طی آن از رویکرد گراند تئوری برای تبیین فرآیند مدیریت درد مزمن غیر بدخیم و ارائه الگویی جامع به منظور مدیریت درد مزمن در سالمندان در طول سال‌های سال ۳-۱۳۹۲ در شهر اهواز بهره‌گیری شد. رویکرد گراند تئوری شامل مجموعه‌ای از مراحل است که اجراء دقیق و منظم آن موجب ظهور یک نظریه نهفته در اطلاعات گردیده (۲۳) و یکی از اهداف آن

ساختن مدلی است که بیانگر عمل و تعامل بین عوامل تشکیل دهنده یک پدیده باشد (۲۴، ۲۵).

تعیین حجم نمونه لازم در مطالعات کیفی قبل از شروع تحقیق امکان‌پذیر نیست و قانون مشخصی در این زمینه وجود ندارد، اما عواملی مانند نوع موضوع تحقیق، هدف پژوهش، تعداد عوامل مورد بررسی، کیفیت مشارکت کنندگان و افراد مطلع، بر روی تعداد نمونه‌ها مؤثر هستند. رسیدن به اشباع داده‌ها نقطه پایان نمونه‌گیری خواهد بود. در همین زمینه گراند تئوری با استفاده از نمونه‌گیری نظری^۱ و به صورت اختصاصی با ۲۰ تا ۳۰ نمونه انجام می‌شود (۲۲، ۲۶)

در پژوهش حاضر، با توجه به پیچیده و گسترده بودن درد مزمن، تشخیص و مدیریت آن که اغلب نیازمند شیوه‌ای چندبخشی و همه جانبه است (۲۷)، لذا حضور همراهان سالمندان و همچنین اعضاء گروه درمانی در این زمینه لازم بود. به صورتی که در این پژوهش شیوهٔ مثلث سازی یا تلفیقی^۲ زمانی، مکانی و نوع نمونه‌ها در انتخاب شرکت کنندگان به کار برده شد. در این مرحله، تلاش شد تا افراد دارای تجربیات متفاوت در مطالعه قرار داده شوند. بدین منظور، پس از دریافت مجوزهای لازم ابتدا با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند^۳، فرآیند انتخاب نمونه‌ها شروع شد و سپس به صورت نمونه‌گیری نظری ادامه یافت. در نمونه‌گیری نظری انتخاب هر نمونه بستگی به داده‌های جمع‌آوری شده از نمونه یا نمونه‌های قبلی دارد (۲۴).

در ادامه و بر اساس نتایج حاصل از تحلیل داده‌های مصاحبه‌های ابتدایی با سالمندان شرکت کننده و پدیدار شدن طبقات اولیه، مشارکت کنندگان بعدی انتخاب می‌شدند. بدین صورت که یافته‌های فوق پژوهشگر را به انجام مصاحبه‌های بعدی با تعدادی از همراهان آنها و اعضاء گروه درمانی هدایت نمود تا افراد انتخاب شده بتوانند به روشن شدن بیشتر نظریه در حال پدیدار شدن و ساختارهای تشکیل دهندهٔ مدل کمک کنند.

^۱ -Theoretical sampling

^۲ -Triangulation

^۳ -Purposeful

مشارکت‌کنندگان ۶۲ نفر شامل ۳۰ سالمند مبتلا به درد مزمن، سه نفر از همراهان آنها و همچنین ۲۹ نفر از تیم بهداشتی درمانی شاغل در مراکز مختلف بهداشتی درمانی آموزش و غیر آموزشی در شهر اهواز بودند (جدول ۱).

معیارهای انتخاب سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه شامل داشتن تجربه درد مزمن غیر بدخیم، داشتن سن ۶۰ سال یا بالاتر، برخورداری از هوشیاری کامل، توانایی گفتگو به زبان فارسی، داشتن تمایل به بیان احساسات درونی خود نسبت به مفهوم مورد تحقیق، دارا بودن ثبات روانی لازم برای انتقال تجارب خود، عدم ابتلاء به بیماری تأیید شده روانی، نابینایی و ناشنوایی براساس تشخیص پزشک معالج، عدم ابتلاء به اختلالات شناختی با کسب نمره شش یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت‌شناختی^۱ بود. این آزمون اولین بار توسط فروغان و همکاران (۱۳۸۷) به فارسی ترجمه و هنجاریابی شد، که روایی آن رضایت‌بخش ($\alpha = 0.78$) گزارش شد و در نقطه برش ۲۱ حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد داشت (۲۸)، پایایی آن در این پژوهش نیز، با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ۰/۷۹ بود. به علاوه، شرکت‌کنندگان سالمند با حداکثر تنوع از لحاظ سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زندگی با همسر یا اعضاء خانواده انتخاب شدند. معیار خروج عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش بود.

معیارهای انتخاب سایر شرکت‌کنندگان شامل دارا بودن اطلاعات مناسب در مورد موضوع پژوهش برای همراهان سالمندان (که به وسیله پاسخ‌گویی مناسب به سؤالات مطرح شده پیرامون چگونگی درد مزمن و روش‌های مختلف تسکین درد بررسی گردید) و برای اعضاء گروه درمانی نیز شامل داشتن سابقه کاری در زمینه کنترل و مدیریت درد مزمن در سالمندان، تجربه بودن و برخورداری از اطلاعات مناسب پیرامون مدیریت

درد مزمن در سالمندان (که از طریق بررسی میزان رضایت سالمندان از متخصصان فوق در موفقیت کنترل درد و پرسش از افراد هیأت علمی دانشگاه در زمینه شناسایی افراد خُبره، بررسی گردید) و همچنین، تمایل به بازگویی این اطلاعات در تمامی شرکت‌کنندگان بود. معیار خروج عدم تمایل به ادامه همکاری در نظر گرفته شد.

روش اصلی گردآوری داده‌ها، شامل مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند فردی، مشاهده و یادآوردنوسی بود، که تا زمان اشباع داده‌ها^۲ ادامه می‌یافت. قبل از شروع هر مصاحبه، در مورد هدف مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات و ضبط مصاحبه‌ها برای آنها توضیح داده می‌شد. سپس، در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه به طور آگاهانه تکمیل می‌گردید. مصاحبه‌ها به صورت چهره به چهره انجام شد. محل مصاحبه‌ها به صورتی بود که شرکت‌کنندگان به راحتی بتوانند تجارب خود را در اختیار پژوهشگر قرار دهند بر همین اساس مصاحبه‌ها در خانه سالمندان، منزل شرکت‌کنندگان، بیمارستان‌ها یا پارک‌های سطح شهر اهواز و بر اساس تمایل آنها در محلی که آنها احساس راحتی می‌نمودند، انجام گرفت. معیار اصلی در خصوص تعداد مصاحبه‌ها، استفاده از مطلعان کلیدی، خود داده‌ها، طبقات، نظریه در حال ظهور و رسیدن به اشباع نظری بود.

مدت زمان مصاحبه با هر شرکت‌کننده بسته به تحمل و میزان علاقه وی در یک جلسه صورت گرفت، که حداقل ۳۰ دقیقه و حداکثر ۵۰ دقیقه بود که بر روی نوار دیجیتالی ضبط گردید. در همین مورد فیلد و مورس^۳ توصیه می‌کنند که زمان مصاحبه‌ها بیش از یک ساعت نباشد، اما با وجود آن تجربه نشان می‌دهد که مدت مصاحبه به مصاحبه شونده بستگی دارد (۲۹). مصاحبه‌ها دارای سؤالات راهنما بود که براساس اهداف پژوهش تنظیم شده بودند. مصاحبه‌هایی که با شرکت‌کننده‌های سالمند انجام می‌شد با سؤال باز "درباره

² - Data Saturation

³ - Filed and Morse

¹ - Iranian Version of the Abbreviated Mental Test
Score: I.V.A.M.T.S

دردتون چی می‌تونین بگین؟"، در همراهان سالمندان: "درباره درد بیمار سالمندتون چی می‌تونین بگین؟" و در اعضاء گروه درمانی: "در مورد مدیریت درد مزمن در بیمار سالمند چی می‌تونید بگید؟" آغاز می‌گردید. در ادامه، سؤالات پی‌گیری کننده از جمله "این که در روند کنترل درد مزمن چه عواملی به شما کمک می‌کنن که کنترل درد راحت‌تر انجام بشه؟" و "در هنگام تصمیم گیری درباره کنترل درد مزمن در سالمندان از چه مدل و الگویی استفاده می‌کنید؟" بر اساس طبقات استخراج شده مطرح می‌شد.

به منظور تحلیل داده‌ها از نسخه پیشنهادی کوربین و اشتراس که شامل سه روش کدگذاری باز، محوری و انتخابی، همچنین مقایسه مداوم داده‌ها استفاده گردید (۲۴). در کدگذاری باز که نوعی تحلیل میکروسکوپی داده‌ها است، ابتدا به منظور کسب اطمینان از رعایت امانت در انتقال گفتار مشارکت کنندگان، پس از پایان هر مصاحبه جملات عیناً با زبان محاوره‌ای مشارکت کنندگان و به صورت کلمه به کلمه از نوار دیجیتالی دست‌نویس گردیده و بر روی فایل نوشتاری دیجیتالی رایانه‌ای نوشته و متن آنها چندین بار خوانده شد تا درک کلی از آنها به دست آید، سپس برای سازمان‌دهی طبقات و زیرطبقات نرم‌افزار تحلیل کیفی MAXQDA 10 مورد استفاده قرار گرفت.

مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص گردید و کدهایی به آنها اختصاص داده شد. در همین مورد، از دو شیوه کدگذاری استفاده گردید به طوری که کدهای حاصله یا گفته‌های فرد در حین مصاحبه بود که از آنها تحت عنوان کد زنده^۱ استفاده شد، یا مشاهده حالات و یا موارد تلویحی استنباط شده توسط پژوهشگر بودند.

در مشاهدات انجام شده، واکنش‌های غیر کلامی و برخوردها و ارتباطات مشارکت‌کنندگان در هنگام مصاحبه مورد بررسی قرار گرفت و بلافاصله پس از پایان مصاحبه ثبت شد و با استفاده از نرم‌افزار فوق مورد تحلیل قرار گرفت. همه مصاحبه‌ها و مشاهدات توسط

یک پژوهشگر انجام شد. داده‌های به دست آمده از مصاحبه، مشاهده و یادآوردنوسی همزمان با استفاده از شیوه‌های مقایسه‌ای مداوم تحلیل گردید. در مجموع تعداد ۳۵۲۱ کد اولیه به دست آمد. اما با مقایسه مداوم داده‌ها، کدهای نامرتب حذف شدند و کدهایی که به لحاظ مفهومی با یکدیگر مشابه بودند، در یکدیگر ادغام شده و از مجموع کدهای اولیه، تعداد ۸۱۴ کد باقی ماند.

در کدگذاری محوری که مستلزم مقایسه مداوم داده‌ها است، داده‌های کدگذاری شده با یکدیگر مقایسه، کدهای اولیه به طبقاتی کاهش و طبقات توسعه یافتند، به صورتی که طبقات مشابه با یکدیگر ترکیب شدند و هر طبقه با سایر طبقات مقایسه گردید تا اطمینان حاصل شود که طبقات از یکدیگر متمایز هستند و طبقات انتزاعی‌تری نمایان گردید. در کدگذاری محوری، طبقات اصلی با زیرطبقات خود بر اساس پارادایم "شرایط به وجودآورنده"، "زمینه"، "راهنمایی که برای کنترل پدیده به کار می‌رود" و "پیامدهای راهنمدها" ارتباط داده شدند، و عناوینی برای این مفاهیم برگزیده شد. در کدگذاری انتخابی، پژوهشگر با استفاده از مرور مکرر داده‌ها، کدها و طبقات پدیدار شده، یادآوردنوسی‌ها، نمودارهای طبقه مرکزی، ارتباط آن با سایر طبقات و فرآیند موجود در داده‌ها را بررسی و تعیین نمود (۲۴، ۲۳).

برای اطمینان از استحکام داده‌ها^۲، از چهار معیار موثق بودن لینکلن و گابا^۳ که شامل اعتبار^۴، تأییدپذیری^۵، قابلیت اعتماد^۶ و انتقال‌پذیری^۷ است، استفاده شد (۲۶). بدین منظور، پژوهشگر برای اطمینان از اعتبار یافته‌ها، با استفاده از تماس طولانی مدت با مشارکت کنندگان و داده‌ها که در حدود ۱ سال به طول انجامید به جلب اعتماد شرکت کنندگان و همچنین

²- Rigour

³-Lincoln and Gubba

⁴-Credibility

⁵-Confirm ability

⁶-Dependability

⁷-Transferability

¹ - In-vivo

درک جامع‌تر از تجارب مشارکت کنندگان و محیط مورد مطالعه، کمک نمود. به علاوه، راهبرد نمونه‌گیری مورد استفاده که شامل شیوه تلفیقی در انتخاب شرکت کنندگان و روش گردآوری داده‌ها بود، شرکت کنندگان را در طیف وسیعی از تنوع نمونه و جنس قرار داد تا موجبات افزایش بیشتر اعتبار داده‌ها را فراهم نماید.

برای تعیین اعتبار یافته‌ها و تأیید صحت داده‌ها و کدها، از بازنگری شرکت کنندگان استفاده شد. به منظور تعیین قابلیت اعتماد داده‌ها، متن برخی از مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظران قرار گرفت، یعنی کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر پژوهشگر توسط ۳ نفر از اعضاء هیأت علمی مورد بررسی قرار گرفت که ۹۰-۸۶ درصد توافق در میان نتایج استخراج شده وجود داشت. برای محاسبه توافق از روش پیشنهاد شده توسط پولیت و هانگلر^۱ استفاده شد (۲۶)، به صورتی که به عنوان مثال، تعداد کدهای استخراج شده از یکی از مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر ۹۲ کد بود، فرد کدگذار دوم در ۸۱ مورد از این کدها با پژوهشگر توافق داشت که میزان توافق ۸۸/۰۴ درصد محاسبه شد.

برای تأیید انتقال‌پذیری نیز یافته‌ها با نمونه‌هایی که در مطالعه شرکت ندارند، در میان گذارده شد و نظرات آنها پیرامون تناسب یافته‌ها بررسی گردید که تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند. به علاوه، از روش‌های مختلفی مانند بررسی و مشاهده مداوم، تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، حسن ارتباط با مشارکت کنندگان و انجام مصاحبه در مکان‌های مناسب با انتخاب توسط مشارکت کنندگان (همانند خانه سالمندان، منزل شرکت کنندگان، بیمارستان‌ها یا پارک‌های سطح شهر اهواز) برای افزایش مقبولیت و قابلیت اعتماد داده‌ها استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی شامل رازداری و آزادی مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه یا خروج از آن بود به صورتی که مشارکت کنندگان حق داشتند تا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج گردند. همچنین،

^۱ - Polit & Hungler

مسئولان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی اهواز پژوهش را مورد تأیید قرار داده بودند و قبل از جمع‌آوری داده‌ها، اجازه کتبی از مسئولان محیط‌های پژوهش و مشارکت کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

سن سالمندان شرکت کننده بین ۶۱ تا ۸۵ سال با میانگین و انحراف معیار ($67 \pm 6/4$) سال بود که از این میان ۱۶ نفر مرد و ۱۴ نفر زن بودند. ۲۰ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم و ۳ نفر دانشگاهی بودند. از ۳ همراه شرکت کننده در این پژوهش یک نفر مرد با تحصیلات دانشگاهی و ۲ نفر زن با تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم و با میانگین سنی ($40 \pm 14/36$) حضور داشتند (جدول ۱). اعضاء تیم درمانی ۲۹ نفر شامل ۱۳ نفر زن و ۱۶ نفر مرد بودند که تخصص‌های مختلف با سطوح تحصیلی متفاوتی داشتند (جدول ۲).

با توجه به نظر مشارکت کنندگان در این پژوهش و بر اساس تحلیل محتوای داده‌ها، پنج طبقه زندگی همراه درد، "دوست داشتن زندگی"، "حمایت همه‌جانبه"، "آسیب‌پذیری" و "دردمندی" در مورد فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان حاصل گردید، که می‌تواند پایه و اساس قابل قبولی برای الگوی مدیریت درد مزمن در سالمندان باشد. در میان آنها "زندگی همراه با درد"، مفهوم مرکزی بود که در همه طبقات تکرار شده و به طور مستقیم یا غیر مستقیم، سایر طبقات را تحت تأثیر خود قرار می‌داد (جدول ۳)، که در ادامه شرح داده می‌شوند.

۱- زندگی همراه با درد: هنگامی از سالمندان

شرکت کننده در این پژوهش، در مورد درد مزمن و مدیریت آن پرسش شد، اکثر آنها بر ادامه زندگی همراه با درد تأکید داشتند و معتقد بودند که چون در حال زندگی با این درد هستند، پس باید به هر شکل شده آن را کنترل کنند. در همین مورد، یکی از سالمندان گفت:

جدول ۳: روند شکل‌گیری طبقات، زیرطبقات و طبقات اولیه

طبقات	زیر طبقه دوم	زیر طبقه اول
زندگی همراه با درد	پذیرش واقعیت	پذیرش سالمندی
	الگوی نامناسب زندگی	الگوی نامناسب زندگی فردی
	مقابله با درد	الگوی نامناسب زندگی اجتماعی
		استقامت و مبارزه با درد
دوست داشتن زندگی	صیانت از خویشتن	کنار آمدن با درد
	تلاش برای زندگی	خود مراقبتی
		تغییر الگوی زندگی
		شرایط روحی مناسب
حمایت همه جانبه	بودن در کنار خانواده	تلاش و فعالیت
	کارتیمی	حمایت خانواده
	درمان هدفمند	حفظ منزلت سالمند
	حمایت اجتماعی	درمان مبتنی بر سالمند، خانواده و بیماری
		مشارکت تخصص‌های مختلف
		تعیین اهداف درمانی
آسیب پذیری	محدودیت ها	انتظارات منطقی و علمی از درمان
	ناتوانی	محیط پویا
	اختلال در عملکرد	پشتیبانی نهاد های اجتماعی
		محدودیت‌های فردی
		محدودیت‌های محیطی
دردمندی	ماهیت درد مزمن	ناتوانی در کارهای درون خانه
	ویژگی‌های درد مزمن	ناتوانی در کارهای بیرون خانه
		اختلال در حیطه خلقی و عاطفی
		اختلال در حیطه روانی اجتماعی
		امکان مدیریت درد
		همه‌گیر بودن درد
		کیفیت درد
		کمیت درد

پذیرش واقعیت

مطراحی الگوی جامع مدیریت درد مزمن در ...

منوچهر شیرازی و همکاران



بسیاری از سالمندان شرکت کننده در این پژوهش، همراهان آنها و همچنین اعضاء تیم درمانی، به واقعیت درد مزمن و امکان کنترل آن اذعان داشتند، به طوری که دایمی بودن درد، عدم درمان قطعی، همچنین، وجود تعدد بیماری‌ها را پذیرفته بودند، اما اعتقاد داشتند که امکان کنترل درد وجود دارد و می‌توان با استفاده از روش‌های مختلف، آن را کنترل و مدیریت نمود. در همین مورد یکی از سالمندان می‌گفت: ”... من احساس می‌کنم که این دردهایی که اکثراً تو این سن دارن، همین که تسکین پیدا کنه خوبه، دردش درمان قطعی که دیگه نداره...“ (همراه سالمند، ۵۵ ساله، شرکت کننده مرد، با تحصیلات دانشگاهی)

الگوی نامناسب زندگی

یکی از عوامل مهم در مورد زندگی همراه با درد مزمن در سالمندان، الگوی نامناسبی بود که بسیاری از سالمندان در حیطه‌های زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی از آن استفاده می‌کردند. در مورد حیطه زندگی فردی، عواملی همچون رژیم غذایی نامناسب، وابستگی، الگوی نامناسب درمانی، اعتیاد و عدم استفاده از وسایل کمکی بیان گردید، به طوری که، فرزند یک سالمند می‌گفت: ”... اگه مادرم از یک تکیه‌گاهی مثل عصا استفاده می‌کرد، بهتر بود ولی قبول نمی‌کنه و می‌گه [که] من حاضر نیستم عصا دستم بگیرم، چون عادت می‌کنم و دیگران هم مثل یک آدم پیر به من نگاه می‌کنن و دوست ندارم که دیگران من رو توی این وضعیت ببینن...“ (همراه سالمند، ۴۵ ساله، شرکت کننده زن، با تحصیلات دیپلم)

در حیطه خانوادگی نیز، به عواملی همچون عملکرد نامناسب و مشکلات اعضا خانواده اشاره شد که فرآیند کنترل درد، در این سالمندان را دچار مشکل کرده بود. در همین مورد، یک روان‌پزشک بیان می‌کرد: ”... الان تو بعضی خانواده‌ها، الان خیلی خیلی براشون مهمه که بچه ۴ ساله‌شون چی می‌خوره، ولی برای یک سالمندی که توی این خونه هست، اصلاً این فکرها کمه، و بیشتر الویت رو می‌دن به اون بچه‌شون و سالمند در رده دوم

قرار می‌گیره...“ (روان‌پزشک، ۴۳ ساله، شرکت کننده خانم، عضو هیأت علمی با ۱۱ سال سابقه کار).

در مورد حیطه زندگی اجتماعی، عواملی همچون الگوی نامناسب زندگی در جوانی و میانسالی، مشکلات مالی و تنهایی عنوان گردید، به طوری که یک متخصص نورولوژی بیان می‌کرد: ”... بارها بوده وقتی که یک مریض سالمندی رو درمان می‌کنیم، بعد می‌بینیم که درمانش با مشکل مواجه شده، می‌بینیم که دارو رو درست نخورده، [در واقع] مشکل بیشتر زمانی پیش می‌یاد که سالمندان دارن به تنهایی زندگی می‌کنن، بدون حمایت خانواده...“ (نورولوژیست، ۴۶ ساله، شرکت کننده آقا، عضو هیأت علمی با ۱۴ سال سابقه کار).

مقابله با درد

یکی از رویکردهایی که بسیاری از سالمندان شرکت کننده در این پژوهش از آن برای کنترل درد استفاده می‌کردند مقابله با درد بود، که در این مورد، استقامت و مبارزه با درد و همچنین کنار آمدن با درد، مطرح گردید. در همین مورد، یک سالمند بیان می‌داشت: ”... دیگه با این درد دوست شدم، ولی از طرف دیگه، دارم باهاش مبارزه می‌کنم و موفق هم بودم چون اگه موفق نبودم، الان توی خونه خوابیده بودم...“ (مرد شرکت کننده، ۷۱ ساله، با سابقه ۱۵ ساله آرتروز زانو).

از روش‌های دیگری که برخی از سالمندان در مواجهه با این نوع درد از آن استفاده می‌کردند، کنار آمدن با درد بود، این روش در مقایسه با روش قبلی که مبارزه با درد بود، جنبه انفعالی داشت، در همین زمینه، یکی از سالمندان اظهار می‌داشت: ”... وقتی من این درد رو دارم، می‌تونم چکارش کنم، باهاش کنار اومدم و درد می‌کشم تا ببینم چی می‌شه...“ (زن شرکت کننده، ۶۵ ساله، با سابقه ۱۰ ساله آرتروز مهره‌های گردنی و زانو).

۲- دوست داشتن زندگی

یکی از عوامل انگیزشی برای ادامه زندگی و مقابله با درد در این گروه از سالمندان، ” دوست داشتن زندگی “ بود. به صورتی که، اغلب سالمندان شرکت کننده در این

پژوهش بیان می‌داشتند که به ادامه زندگی علاقه‌مند هستند، در همین مورد، یکی از سالمندان می‌گفت: "... اگه کار نکنم و فعالیت کمتر باشه دردم کمتره، ولی متأسفانه من نمی‌تونم، تا زنده‌ام نمی‌تونم از زندگیم دست بکشم، دوست دارم زندگیم رو...". (زن شرکت کننده، ۶۹ ساله، با سابقه ۷ ساله آرتروز مهره‌های کمری، هر دو زانو و مچ پا).
دو زیرطبقهٔ صیانت از خویشتن و تلاش برای زندگی، طبقه دوست داشتن زندگی را تشکیل داده بودند.

صیانت از خویشتن

افراد در سنین مختلف، ممکن است به منظور صیانت از خویشتن یک‌سری کارها را انجام دهند، که به طور اختصاصی، در مورد درد مزمن در سالمندان، یکی از راهبردهای مورد استفاده برای صیانت از خویشتن، خود مراقبتی بوده است. در همین زمینه، یکی دیگر از سالمندان وقتی مجبور شده بود الگوی انجام فرائض دینی خود را تغییر دهد، می‌گفت: "... برای نماز خوندن می‌شینم و پاهام رو دراز می‌کنم و یک تخته می‌ذارم برای سجود [سجده]، گفتم به آقا [پیش‌نماز مسجد] و گفته که اشکالی نداره...". (زن شرکت کننده، ۶۵ ساله، با سابقه ۸ ساله آرتروز شدید هر دو زانو).

تلاش برای زندگی

سالمندانی که علاقه‌مند به زندگی بودند، اعتقاد داشتند که در ادامهٔ روند زندگی باید تلاش و فعالیت نمایند، و باید برنامه‌های درمانی و مراقبتی را پیگیری نموده و در کنار آن، از تجارب قبلی که دارند نیز، استفاده کنند. از طرف دیگر، برای موفقیت در این زمینه از امکاناتی همچون داشتن شرایط روحی مناسب، اعتماد به نفس، امید، تکیه‌گاه معنوی، انجام فعالیت‌های سالم و داشتن زندگی شرافتمندانه بهره می‌بردند.

در همین مورد یکی از سالمندان می‌گفت: "... مرتب سعی می‌کنم، اطلاعاتم رو بیشتر کنم، نباید به خودمون تلقین کنیم که کاری نمی‌توان کرد و باید تلاش کنیم و اعتماد به نفس داشته باشیم و اگه به چیزهای منفی فکر کنیم، بدتر می‌شه...". (مرد شرکت کننده، ۶۹ ساله،

با سابقه ۵ ساله دردهای مبهم شکمی و آرتروز شدید زانو).

۳- حمایت همه جانبه

کادر درمانی شرکت کننده در این پژوهش، معتقد بودند مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندان نیازمند یک حمایت همه‌جانبه از طرف خانواده، کادر درمانی، و نهادهای اجتماعی است. در این زمینه، یک متخصص روان‌شناسی می‌گفت: "... دردای مزمن توی سالمندان، باید کنترل بشه و مدیریت بشه، یعنی همه‌جانبه باید در نظر گرفته بشه نه تک‌بُعدی، این کار فقط مرتبط با روان‌شناس، پرستار و یا یک پزشک نمی‌تونه باشه...". (دکترای تخصصی روان‌شناسی، ۳۰ ساله، شرکت کنندهٔ خانم، عضو هیأت علمی با ۴ سال سابقه کار).
این طبقه، از چهار زیر طبقهٔ بودن در کنار خانواده، درمان هدفمند، کار تیمی و حمایت اجتماعی تشکیل شده بود.

بودن در کنار خانواده

یکی از ارکان مهم حمایت همه جانبه، نقش حمایتی خانواده و بودن سالمند در کنار آنها معرفی گردید، در این میان عواملی همچون حفظ منزلت، علاقمندی سالمند به اعضاء خانواده، حمایت، کمک و وضعیت مناسب اعضاء خانواده از نظر مالی و اجتماعی، در اجراء این نقش مؤثر بودند. در همین مورد، یک پزشک عمومی، اظهار داشت: "... بیشتر سعی می‌کنیم به سالمندان توصیه کنیم که هر وقت میان [به پزشک مراجعه می‌کنند] تنها نیان، چون در بسیاری از موارد در معاینات و پرسش و پاسخ‌ها و شرح حالی که ما می‌گیریم، اونها راحت‌تر با ما تبادل افکار می‌کنن، بعضی مواقع هم سالمندانی هستن که مشکل زبانی دارن و همراهانشون برای ترجمه مشکلاتشون به ما خیلی کمک می‌کنن و این باعث می‌شه که درمان بهتر انجام بشه...". (پزشک عمومی با مدرک MPH سالمندی، ۴۸ ساله، شرکت کننده آقا، با ۱۸ سال سابقه کار).

درمان هدفمند

از دیگر راهبردهای مطرح شده از طرف کادر درمانی به منظور حمایت همه‌جانبه از سالمند، استفاده از درمان هدفمند بود. آنها مشارکت سالمند در تعیین اهداف درمانی را ضروری دانسته و معتقد بودند که باید انتظارات سالمند و خانواده‌اش از درمان منطقی و علمی گردد، به صورتی که یک متخصص نورولوژی در همین مورد بیان داشت: ”... توی درمان این مریضا باید هدف داشته باشیم، اصلاً درمان ناقصه، بی‌معنیه، توی همه چیز همین طوره...“ (نورولوژیست، ۴۵ ساله، شرکت کننده خانم، عضو هیأت علمی با ۱۵ سال سابقه کار).

کار تیمی

یکی از راهبردهای کادر درمانی که به منظور حمایت همه‌جانبه از سالمند مطرح گردید، استفاده از کار تیمی بود. آنها معتقد بودند که از عوامل مهمی که می‌تواند منجر به موفقیت مدیریت درد مزمن در این‌گونه سالمندان شود کار تیمی خواهد بود، به صورتی که، یک متخصص ارتوپد در همین مورد بیان داشت: ”... مدیریت درد سالمندان نیازمند به یک آپروچ [رویکرد] تیمی داره، همکاران رشته‌های تخصصی دیگه در امر درمان باید دخالت داشته باشن و بین اینها هماهنگی هم باشه تا درمان به نحو احسن انجام بشه...“ (جراح ارتوپد، ۵۲ ساله، شرکت کننده مرد، عضو هیأت علمی با ۲۵ سال سابقه کار).

حمایت اجتماعی

از دیگر ارکان مهم این حمایت همه‌جانبه، حمایت‌های اجتماعی موجود در سطح جامعه عنوان شد، به طوری که، بدون وجود حمایت‌های اجتماعی، روند مدیریت درد این سالمندان با مشکلات زیادی مواجه خواهد شد. حمایت‌های اجتماعی فوق در راستای کمک به سالمند، خانواده سالمند و همچنین کادر درمانی می‌تواند این مشکلات را کمتر نماید. در همین زمینه، یک مددکار اجتماعی بیان داشت: ”... سالمندهایی هستن که راه و چاه رو بلد شدن، یکی می‌ره کارت ریاست جمهوری میاره و هزینه‌اش رو کاملاً صفر می‌کنه، یکی از نماینده مجلس نامه میاره و کارش رو انجام می‌دیم...“ (مددکار

اجتماعی، ۴۱ ساله، شرکت کننده خانم، کارشناس روان‌شناسی با ۱۲ سال سابقه کار).

۴- آسیب‌پذیری

بسیاری از کادر درمانی شرکت کننده در این پژوهش معتقد بودند، از عواملی که می‌تواند نقش یک مانع را در مدیریت درد مزمن در سالمندان داشته باشد، آسیب‌پذیری سالمندان است. آنها بیان داشتند که معمولاً با افزایش سن، توانایی‌های سالمند کاهش یافته و در این زمینه با محدودیت‌ها و ناتوانی‌هایی چه در زندگی شخصی و چه در روند درمانی مواجه می‌شوند.

در همین مورد، یک پزشک عمومی بیان کرد: ”... افراد سالمند ممکنه بیمار نباشن ولی از نظر فیزیولوژیک اون ذخیره‌شون در واقع کاهش پیدا می‌کنه، برا همینه که می‌بینید سالمند به راحتی آسیب پذیرتر از شرایط دیگه و سن‌های پایین‌تر هستن، یعنی کافیه شما در سالمندی یک استرس کوچیک که می‌تونه در سنین جوانی ایجاد بشه و هیچ مشکلی ایجاد نشه، ولی در سالمندی همون استرس می‌تونه فرد رو بیمار کنه...“ (پزشک عمومی با مدرک MPH سالمندی، ۴۶ ساله، شرکت کننده آقا، با ۱۵ سال سابقه کار).

سه زیرطبقه محدودیت‌ها، ناتوانی و اختلال در عملکرد طبقه آسیب‌پذیری را تشکیل داده بودند.

محدودیت‌ها

شرکت کنندگان در این پژوهش عنوان کردند که به دنبال کنترل نامناسب درد مزمن و همچنین روند پیری، سالمند، خانواده وی و درمانگر با مجموعه‌ای از محدودیت‌ها مواجه می‌شوند، که می‌تواند باعث آسیب‌پذیری آنها گردد. در همین زمینه، یک متخصص توان‌بخشی بیان داشت: ”... چیزی که درمان سالمندان رو یک مقداری متفاوت می‌کنه از یک فرد جوان، محدودیت‌هاشونه، مثلاً ممکنه یک فرد جوون باشه و پاهاش مشکل رنج آف موشن داره [محدودیت دامنه حرکتی]، من خیلی راحت فورس [نیرو و فشار] وارد می‌کنم به زانوی اون فرد، اما اگه مثلاً به زانوی پای یک سالمند، همین فورس رو وارد کنم دچار عوارض

می‌شه...“ (متخصص توان‌بخشی، ۴۰ ساله، شرکت کننده خانم، با ۱۴ سال سابقه کار).

ناتوانی

از مشکلات دیگری که در زمینه آسیب‌پذیری سالمندان مطرح گردید، ناتوانی‌های ناشی از عدم کنترل درد و سالمندی است. این ناتوانی‌ها روند زندگی فرد را مختل نموده، باعث سلب آسایش در سالمند شده و مشکلات متعددی نیز، در روند درمان و مراقبت از این سالمندان ایجاد می‌نماید. به طوری که، یکی از سالمندان بیان داشت: ”... الان خیلی زجر می‌کشم، دردم اذیتم می‌کنه، حتماً باید ماشین باشه که جایی برم، الان نمی‌تونم و زجرم همینه، برای دستشویی رفتن مشکل دارم و مجبورم از دستشویی فرنگی استفاده کنم، هر جایی که می‌دونم دستشویی فرنگی هست می‌رم...“ (زن شرکت کننده، ۷۰ ساله، با سابقه ۱۵ ساله آرتروز مهره‌های گردنی، کمبری و هر دو زانو).

اختلال در عملکرد

بسیاری از شرکت کنندگان سالمند، در حیطه‌های خلقی و عاطفی، اجتماعی و روانی دچار اختلال عملکرد شده بودند و کیفیت زندگی آنان کاهش یافته بود. در همین مورد، تعدادی از کادر درمانی شرکت کننده در این پژوهش نیز معتقد بودند که تعداد زیادی از سالمندان دارای خلق و خوی افسرده هستند و کیفیت زندگی آنان نیز به تدریج کاهش پیدا می‌کند، در همین زمینه، یک متخصص روانپزشکی می‌گفت: ”... بعضی وقت‌ها دردی مزمن باعث می‌شه که بی حوصله بشن، غمگین بشن و کیفیت زندگی اونها هم تحت تأثیر قرار بگیره و کاهش پیدا کنه...“ (روان‌پزشک، ۴۲ ساله، شرکت کننده خانم، عضو هیأت علمی با ۱۰ سال سابقه کار).

در حیطه اجتماعی نیز به کمتر شدن ارتباط با دیگران، احساس بی‌ارزشی، اختلال در انجام وظایف در خانه و محل کار، خانه‌نشین شدن، و ایجاد زحمت برای دیگران اشاره شد، که فرآیند کنترل درد در این سالمندان را دچار مشکل کرده بود. در همین زمینه، یک روان‌شناس بیان می‌کرد: ”... معمولاً این‌جور افراد چون

درد دارن، کمتر می‌تونن جایی برن، ارتباطشون با دیگران هم کمتر می‌شه، در نتیجه سعی می‌کنیم از طریق شناسایی شبکه‌های اجتماعی اطرافشون، ازشون بخوایم که ارتباط بیشتری با سالمند خود داشته باشن و بهشون روحیه بدن و ازشون حمایت کنن...“ (کارشناس ارشد روان‌شناسی، ۳۴ ساله، شرکت کننده خانم، با ۵ سال سابقه کار).

۵- دردمندی

دردمندی، طبقه دیگری بود که شرکت کنندگان در این پژوهش مطرح کردند، که از دو زیرطبقه ماهیت درد مزمن و ویژگی‌های درد مزمن، تشکیل شده بود.

ماهیت درد مزمن

در مورد ماهیت درد، عواملی همچون امکان مدیریت درد مزمن، مشکل بودن کنترل درد و همه‌گیر بودن درد مزمن بیان شد. به صورتی که یک فیزیوتراپیست عنوان می‌کرد: ”... خیلی از دردهای مزمن خوب شدنی نیست، ولی قابل کنترل، ولی اول باید ذهن سالمند آماده بشه، با آگاهی دادن و بالابردن شناخت، داشتن زندگی خونوادگی هم باعث میشه، این درد مزمن رو بهتر تحمل کنن...“ (دکترای تخصصی فیزیوتراپی، شرکت کننده آقا، ۳۵ ساله، عضو هیأت علمی با ۵ سال سابقه کار).

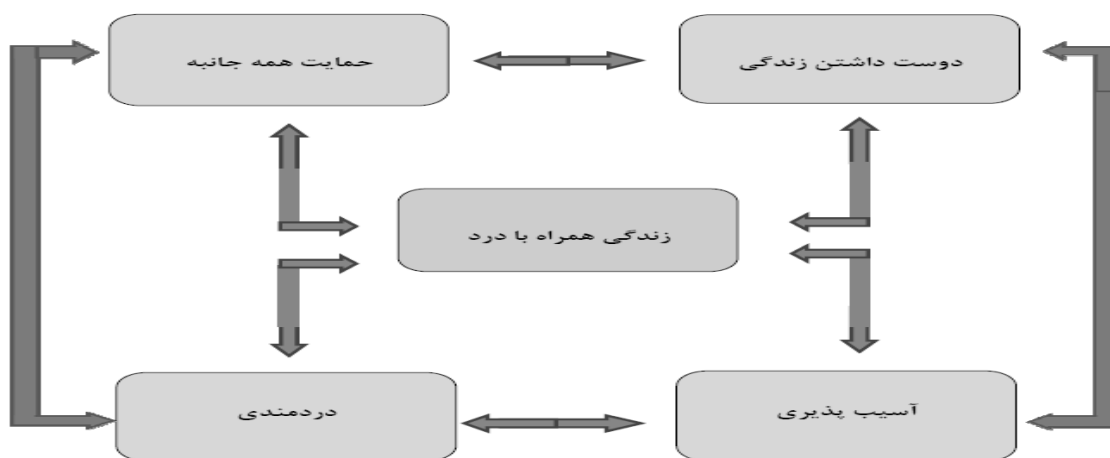
ویژگی های درد مزمن

حیطه دیگری که در مورد طبقه دردمندی عنوان شد، ویژگی‌های درد مزمن بود که در این حیطه نیز عواملی همچون کیفیت، شدت، حیطه‌های روان‌شناختی، عوامل ایجاد کننده، محل و الگوی زمانی درد مزمن مشخص گردید. در همین مورد یک متخصص ارتوپد بیان می‌کرد: ”... استئوآرتریت یا آرتروز، تقریباً شایع‌ترین بیماری مفصلی در افراد مسنه و شایع‌ترین مفصلی هم که درگیر می‌شن و علائم کلینیکی پیدا می‌کنه و منجر به درد و ناتوانی بیمار می‌شه، در وهله اول، مفصل زانو هست و مفاصل دیگه مثل ستون مهره‌ها، مثل مفاصل شانه و انگشتان دست به درجات کمتر درگیر می‌شه...“

(جراح ارتوپد، ۳۱ ساله، شرکت کننده مرد، عضو هیأت علمی با ۲ سال سابقه کار).

در مجموع چالش اصلی تمامی مشارکت کنندگان، ادامه زندگی همراه با درد بود، به گونه‌ای که جنبه‌های مختلف مدیریت درد مزمن را تحت تأثیر خود قرار می‌داد. هر چند نحوه زندگی با درد در بین سالمندان، متفاوت بود، اما بیانگر این است که "زندگی با درد مزمن" می‌تواند به عنوان متغیر مرکزی در نظر گرفته شود.

توجه به تمامی سازه‌های الگوی مدیریت درد مزمن



شکل ۱: تصویر شماتیک سازه‌های الگوی جامع مدیریت درد مزمن در سالمندان

بحث و نتیجه‌گیری

مشکل اجتماعی اساسی مطرح شده از طرف شرکت کنندگان در این پژوهش دشواری مدیریت درد مزمن بوده است، از این رو شناسایی ماهیت آن به منظور طراحی یک الگوی مراقبتی جامع ضروری خواهد بود. بر اساس نقطه‌نظرات شرکت کنندگان در این پژوهش، مدیریت درد مزمن در سالمندان به معنی کنترل اثرات جسمی، روانی و اجتماعی درد بوده تا فرد سالمند بتواند زندگی مستقلی داشته باشد و با توجه به مقطع زندگی، نقش‌های خود را ایفا کند. نتیجه این پژوهش ارائه الگوی مدیریت درد مزمن در سالمندان مبتلا به درد

در سالمندان همچون شرایط زمینه‌ای (دردمندی و آسیب‌پذیری)، راهبردهای استفاده شده (تلاش برای برخورداری از حمایت همه‌جانبه و دوست داشتن زندگی)، بیانگر باورها، اعتقادات و تلاش آنها برای ادامه زندگی همراه با درد به منظور دست یابی به پیامد (مدیریت درد مزمن در سالمندان) است. بدین جهت، ضرورت ادامه "زندگی همراه با درد" به عنوان نظریه پژوهش حاضر، مطرح است.

مزمن غیر بدخیم بود. این الگو از پنج سازه اصلی تشکیل شده که شامل زندگی همراه با درد، دوست داشتن زندگی، حمایت همه‌جانبه، آسیب‌پذیری و دردمندی است که نشانگر عوامل اصلی تأثیرگذار بر مدیریت درد مزمن در سالمندان است.

در مورد سازه "زندگی همراه با درد" شرکت کنندگان در این پژوهش معتقد بودند که علی‌رغم این که بسیاری از دردهای مزمن به طور کامل بهبود پیدا نمی‌کنند ولی چون سالمند در حال زندگی با این درد است، این درد و عوارض جانبی آن باید مدیریت شود، در

همین زمینه وینر^۱ (۲۰۰۷) در مقاله خود بیان می‌کند که هرچند درد مزمن یک روند طبیعی در سالمندی محسوب نمی‌شود، با توجه به عوارض و عواقب متعددی که می‌تواند برای سالمند و سیستم بهداشتی در پی داشته باشد باید به صورت قاطعانه درمان گردد (۳۰).

در مقابل یک اعتقاد و باور غلط در مورد درد مزمن در سالمندان این است که درد باید به عنوان بخشی از زندگی سالمند در نظر گرفته شود و یک پدیده طبیعی در روند سالمندی محسوب گردد و به جای تلاش برای درمان و کنترل آن، باید آن را تحمل نمود (۳۲، ۳۱). در حالی که یکی از اساسی‌ترین موارد حقوق بشر، مدیریت درد است (۱۶).

یکی دیگر از سازه‌هایی که الگوی مدیریت درد مزمن در سالمندان را تشکیل می‌داد، دوست داشتن زندگی بود که به عنوان یک عامل انگیزشی برای ادامه زندگی و مقابله با درد در این گروه از سالمندان مشخص گردید. سالمندانی که زندگی خود را دوست داشتند به زندگی امیدوارتر بوده و از شرایط روحی مناسب‌تری نیز برخوردار بودند. در همین زمینه بالسانلی و همکاران،^۲ (۲۰۱۱) معتقدند امید، با احساس خوب بودن، کیفیت زندگی مرتبط است، و قدرتی برای حل مشکلات و مقابله با دشواری‌هایی همچون درد را فراهم می‌آورد (۳۳). از طرف دیگر، در میان سالمندان مبتلا به درد، سطح امید باورهای آنها در مورد نشانه‌های درد (مانند مدت زمان درد، شدت و کاهش درد) بیشتر از خود درد به تنهایی، مرتبط است. این مسأله بیانگر تأثیر فرآیندهای شناختی و روانی درد بر ارتباط بین درد و امید است (۳۴، ۳۵).

حمایت همه‌جانبه از دیگر سازه‌هایی بود که الگوی مدیریت درد مزمن در سالمندان را تشکیل می‌داد. در این مورد کادر درمانی شرکت کننده در این پژوهش، معتقد بودند که مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندان، نیازمند حمایتی همه‌جانبه از طرف خانواده، کادر درمانی و نهادهای اجتماعی است. در همین زمینه پارک و

همکاران^۳ (۲۰۱۳) در مطالعه خود حمایت‌های اجتماعی، نگرش مثبت و منابع در دسترس را به عنوان عوامل تسهیل کننده اقدامات غیر دارویی جهت مدیریت درد مزمن در سالمندان ذکر نمودند (۳۶). در مقابل، نتایج تحقیق روزلاند و همکاران^۴ (۲۰۱۰) بیانگر این بود که این حمایت‌ها می‌تواند گاهی تسهیل کننده و گاه مانعی برای خود-مدیریتی در بیماران باشد (۳۷). تفاوت‌های این مطالعه با تحقیق حاضر احتمالاً به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش، و عدم توجه به تفاوت‌ها و نیازهای فردی سالمندان است که بر روی نتایج مؤثر واقع شده است.

یکی دیگر از سازه‌هایی که الگوی مدیریت درد مزمن در سالمندان را تشکیل می‌داد، آسیب‌پذیری بود، که از یک نقش بازدارنده در فرآیند مدیریت درد مزمن برخوردار است. آسیب‌پذیری به معنی مستعد بودن نسبت به مشکلات سلامت، درمان‌دگی، نیاز به محافظت و از دست دادن کنترل است، به طوری که، افراد آن را طی گذار به سالمندی یا تغییرات زندگی تجربه می‌کنند (۳۸). نایک و همکاران^۵ (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود با هدف توصیف درک اعضاء کادر مراقبتی و خدمات اجتماعی از آسیب‌پذیری سالمندانی که در جامعه زندگی می‌کنند، به این نتیجه رسیدند که، آسیب‌پذیری از چهار درونمایه ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه، فقدان حمایت‌های اجتماعی، عوامل اجتماعی-جمعیت‌شناسی و وضعیت‌های عصبی - روانی تشکیل شده است (۳۹).

دردمندی، سازه دیگری بود که در این پژوهش مشخص گردید. در واقع، یکی از اولین گام‌ها در فرآیند مدیریت درد مزمن، شناسایی ماهیت و چگونگی درد مزمن در سالمندان است. این ارزیابی می‌تواند به تشخیص بهتر درد کمک نموده و کادر درمانی را قادر می‌سازد که سریع‌تر درد سالمندان را کنترل نمایند. به علاوه، نگرانی بیمار در مورد درد کمتر شده و باعث

³ - Park et al

⁴ - Rosland et al

⁵ - Naik et al

¹ - Weiner

² - Balsanelli et al

ایجاد اطمینان خاطر و قوت قلب در وی می‌گردد (۴۰) تعیین ماهیت درد مزمن و ویژگی‌های درد مزمن در سالمندان از این نظر مهم است که در ارائه مراقبت‌های درمانی و پیشگیری کننده، دانستن بیشترین و یا شایع‌ترین نوع و محل درد، برای انجام برنامه‌ریزی مراقبتی، می‌تواند مفید باشد. در همین زمینه، سسله^۱ (۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که، با توجه به ابعاد حسی، عاطفی- انگیزشی و شناختی درد و تأثیر عوامل فیزیکی، روانی، اجتماعی و اعتقادی بر این ابعاد، به منظور کنترل مؤثر درد، تمامی این عوامل باید در نظر گرفته شود (۴۱).

یکی از مدل‌هایی که مدیریت درد مزمن در سالمندان بر اساس آن انجام می‌شده است، مدل بیومدیکال است. در این مدل درد به عنوان یک علامت خطر ناشی از آسیب بافتی محسوب می‌گردد. این مدل از ظرفیت لازم برای تبیین درد برخوردار نیست، زیرا مدل بیومدیکال برای مواردی همچون ارتباط بسیار اندک درد گزارش شده توسط سالمندان با شواهد پاتولوژی بافتی، عدم برطرف شدن درد با استفاده از اقدامات درمانی برنامه‌ریزی شده برای حذف یا اصلاح آسیب بافتی، عدم توجه نسبت به عوامل غیر زیستی- پزشکی مانند عوامل روان‌شناختی و اجتماعی که می‌توانند نقش مهمی در تجربه درد داشته باشند توضیح و تفسیر مشخصی ندارد. (۱۵). فاین^۲ (۲۰۰۹) نیز معتقد است که استفاده انحصاری و مطلق از مدل بیومدیکال در مدیریت درد مزمن در سالمندان، با یک‌سری چالش و مشکل مواجه خواهد بود. به صورتی که استفاده از داروهای کنترل کننده درد می‌تواند به دلیل تغییرات فیزیولوژیک وابسته به سن منجر به تغییر در جذب، فراهمی زیستی و زمان عبور داروها شده و ایجاد مشکل نماید (۴۲).

در حالی که مدل حاصل شده در این مطالعه درد به عنوان یک پدیده زیستی، روانی، اجتماعی و مذهبی در

نظر گرفته می‌شود، و از طرف دیگر با توجه به دیدگاه سالمندان، همراهان آنها و اعضای تیم تخصصی مراقبتی طراحی شده است، بدین جهت سعی گردیده تمامی جنبه‌های درد مزمن در سالمندان مدنظر قرار گیرد.

از طرف دیگر در مدل بیومدیکال تأکید زیادی بر استفاده از مسکن‌های مخدر جهت کنترل درد می‌شود که متأسفانه منجر به رشد سوء مصرف، عدم مصرف و ازدیاد مصرف این داروها می‌گردد (۴۳). به علاوه، عوامل روان‌شناختی (مانند عدم تمایل برای گزارش درد، دیدگاه جبری نسبت به درد، ترس از عوارض جانبی و اعتیاد نسبت به داروها) و عوامل رفتاری (مانند متغیرهای مرتبط با پیروی از درمان) می‌تواند بر روی اثربخشی رژیم‌های دارویی، تأثیر داشته باشد (۴۲).

در حالی که در مدل مدیریت درد مزمن در این پژوهش، به موانع موجود همچون آسیب‌پذیری توجه می‌شود. به علاوه، با یک دید جامع و متوازن و با استفاده از عوامل تسهیل کننده همچون حمایت همه جانبه و دوست داشتن زندگی و با کاربرد روش‌های مختلف کاهش دهنده درد اقدام به مدیریت درد می‌شود.

مدل زیستی-روانی-اجتماعی، مدل دیگری است که به عنوان یک رویکرد سودمند به منظور مفهوم‌سازی درد در سالمندان، شناسایی گردیده است (۱۵). در حال حاضر مدل زیستی- روانی - اجتماعی به عنوان ابتکارترین شیوه در درک و درمان اختلالات درد مزمن مطرح است که جایگزین مدل‌های قدیمی زیستی- پزشکی شده (۱۷). در این مدل، درد به عنوان تجربه‌ای پیچیده که می‌تواند تحت تأثیر زمینه‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی قرار گیرد، محسوب می‌گردد. مدل زیستی-روانی- اجتماعی یک مدل پویا بوده که در آن، برای مثال عواملی مانند فعالیت بیماری در زمینه زیست‌شناختی می‌تواند عوامل دیگر زمینه‌ها همچون باورها نسبت به درد در زمینه روان‌شناختی، و حمایت‌های اجتماعی در زمینه جامعه‌شناختی را تحت تأثیر خود قرار دهد (۱۵).

¹ - Sessle

² - Fine

نتایج پژوهش کولن^۱ (۲۰۱۵) با هدف عملیاتی نمودن مدل بیوسایکوسوشیال در کشور آمریکا انجام شد. بیانگر این بود که استفاده از مدل بیوسایکوسوشیال انتخاب بهتری نسبت به مدل بیومدیکال به منظور مدیریت درد است. اما یکی از مشکلات مرتبط با استفاده از مدل زیستی- روانی- اجتماعی این است که مدل فوق، در خصوص رفتار بیمار جنبه عملیاتی و کاربردی مشخصی ندارد. به صورتی که وقتی با استفاده از این مدل، افراد مبتلا به درد مزمن تشویق به استفاده روزانه از چهار رفتار بهداشتی خودمدیریتی درد شامل جنبه‌های اجتماعی، اشتغال، ورزش و فعالیت، و خلسه می‌شوند، با چالش‌های متعددی مواجه خواهند شد (۱۴).

از طرف دیگر، هرچند این مدل از نظر بالینی مؤثر بوده و مقرون به صرفه نیز است زیاد در دسترس نیست و از آن استفاده نمی‌گردد؛ زیرا بسیاری از بیماران اعتقاد دارند که اعضاء تیم درمانی از اطلاعات کافی برخوردار نیستند و مشاوره‌های آنها با عجله همراه است، پزشکان عمومی اولویت کمتری به مدیریت درد داده و به دلایل آن کمتر توجه می‌کنند، متخصصان درد بیشتر اقداماتی را انجام می‌دهند که کمتر بر اساس درمان مبتنی بر شواهد است، داروهایی که تجویز می‌کنند چندان مطلوب نیستند، و درد مزمن به عنوان یک بیماری در نظر گرفته نمی‌شود، از مهارت پرستاران، داروشناسان و فیزیوتراپیست‌ها به طور کامل استفاده نمی‌شود، همچنین درمان‌های روان‌شناختی به صورت غیر مداوم و اغلب دیر ارائه می‌گردد (۴۴).

در حالی که مدل مدیریت درد مزمن حاصل شده در پژوهش حاضر، ارائه اقدامات تشخیصی، درمانی و مراقبتی نیز بر اساس مشارکت تخصص‌های مختلف و همکاری بین بخشی انجام می‌شود. از طرف دیگر، درد مزمن نه تنها به عنوان یک بیماری نگریسته می‌شود، بلکه با توجه به در مد نظر قرار گرفتن جنبه‌های مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و مذهبی درد مزمن در

سالمندان، بُعد روان‌شناختی آن نیز به طور اختصاصی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در همین زمینه گچل و همکاران^۲ (۲۰۰۷) معتقدند هر گونه مدلی که فقط بر روی یکی از این ابعاد تمرکز داشته باشد، کامل نبوده و در واقع، ناقص است (۴۵).

نتیجه‌گیری

الگوی حاصل شده در این پژوهش، یک الگوی مراقبتی جامع است که در آن توجه ویژه‌ای به دیدگاه سالمندان، همراهان آنها و اعضاء گروه مراقبتی شده است. به منظور استفاده از این الگو ابتدا لازم است متغیر اصلی مطرح شده، که زندگی با درد است مورد توجه قرار گیرد. به طوری که، همواره باید در نظر داشت، چون سالمندان در حال زندگی با این درد هستند، باید حتماً درد آنها کنترل شود. دومین اقدام، توجه به عوامل ایجاد کننده و الگوی درد است که در قالب مفهوم دردمندی نمایاگر می‌شود. سپس، باید متغیرهای دیگر این الگو را که می‌توانند نقش تسهیل کننده داشته باشند، مانند دوست داشتن زندگی و حمایت همه جانبه، تقویت نمود. در ادامه، موانع موجود را که شامل متغیر آسیب‌پذیری است کنترل نمود، تا درد مزمن به شیوه مؤثری مدیریت و کنترل گردد. علی‌رغم موارد فوق، به منظور استفاده از الگوی مدیریت درد مزمن که در این پژوهش به دست آمده است، انجام مطالعات بیشتر در زمینه آزمون مدل فوق بر روی سالمندان مبتلا به درد مزمن، ضروری خواهد بود.

محدودیت‌های پژوهش: با توجه به این که یکی از ویژگی‌های پژوهش‌های کیفی، اندک بودن تعمیم نتایج آنها است، در این پژوهش نیز به دلیل این که، شرکت کنندگان فقط مربوط به یک ناحیه جغرافیایی بودند، تعمیم‌پذیری نتایج آن محدود است. هرچند، به منظور کنترل آن، راهبردهای مناسب و مختلف نمونه‌گیری که شامل شیوه تلفیقی زمانی، مکانی و تنوع در انتخاب

² - Gatchel et al

¹ - Collen



پژوهش، به خاطر همکاری با گروه تحقیق که اجراء پژوهش حاضر را امکان‌پذیر نمودند، نهایت قدردانی و سپاس به عمل می‌آید.

شرکت‌کنندگان و روش گردآوری داده‌ها بود، استفاده گردید.

تشکر و قدردانی: از تمامی سالمندان، خانواده‌های آنان، کادر درمانی مراقبتی و سایر شرکت‌کنندگان در این

REFERENCES

- 1-Iliaz R, Ozturk GB, Akpinar TS, Tufan A, Sarihan I, Erten N, et al. **Approach to Pain in the Elderly.** J Gerontol Geriat Res.2013; 2(3): 1-10.
- 2-Vadalouca A, Raptis E, Moka E, Zis P, Sykioti P, Siafaka I. **Pharmacological Treatment of Neuropathic Cancer Pain: A Comprehensive Review of the Current Literature.** Pain Pract.2012; 12(3): 219–251.
- 3-Inoue S, Kobayashi F, Nishihara M, Arai YC, Ikemoto T, Kawai T, et al. **Chronic Pain in the Japanese Community Prevalence, Characteristics and Impact on Quality of Life.** PloS ONE.2015; 10(6): 1-14.
- 4-Cairncross L, Magee H, Askham J. **A hidden problem: pain in older people. A qualitative study.** Picker institute Europe. Available at: <http://www.pickereurope.org>. 2007.
- 5-Brennan F, Cousins MJ. **Pain Relief as a Human Right.** Pain: Clinal Updates.2004; 12(5):1–4.
- 6- Pizzo P A, Clark NM, Carter-Pokras O, Christopher M, Farrar JT, Follett KA, et al. **IOM (Institute of Medicine). (Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research.** Washington, DC: The National Academies Press.2011.
- 7-Schofield P, Drago R. **The management of pain in older people.** In P. Schofield (Ed.). Chichester: John Wiley & Sons.2007.
- 8-Tse MM, Vong SK, Ho SS. **The effectiveness of an integrated pain management program for older persons and staff in nursing homes.** Arch Gerontol Geriatr.2012; 54(2): e203–e212.
- 9- Smith BH, Torrance N. **Management of chronic pain in primary care.** Curr Opin Support Palliat Care. 2011; 5(2): 137-142.
- 10- van Hecke O, Torrance N, Smith BH. **Chronic pain epidemiology and its clinical relevance.** Br J Anaesth.2013; 111 (1): 13–18.
- 11-McEvan M, Wills EM. **Theoretical Basis for Nursing.** 2 ed edition. Philadelphia: Lippincott- Williams and Wilkins.2007.
- 12-Politt DF, Beck CT. **Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice,** 7th ed. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.2010.
- 13-Wilson MG, Lavis JN. **Engaging Health System Decision-makers in Supporting Comprehensive Chronic Pain Management in Provincial and Territorial Healthcare Systems in Canada.** McMaster Health Forum University. 2011.
- 14-Collen M. **Operationalizing Pain Treatment in the Biopsychosocial Model: Take a Daily “SWEM”—Socialize, Work, Exercise, Meditate.** J Pain Palliat Care Pharmacother. 2015; 29(3):290-299.
- 15-Keefe FJ, Porter L, Somers T, Shelby R, Wren AV. **Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications.** Br J Anaesth.2013; 111 (1): 89–94.
- 16-International association for the study of pain. **Pain terminology.** 2010. Available from: http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pa_in_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain.
- 17- Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA. **Interdisciplinary Chronic Pain Management Past, Present, and Future.** Am Psychol.2014; 69(2): 119–130.
- 18- Kress HG, Aldington D, Alon E, Coaccioli S, Collett B, Coluzzi F, et al. **A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed.** Curr. Med. Res. Opin.2015; 31(9): 1743–1754.
- 19-McCarberg BH, Stanos S, Williams DA. **Comprehensive Chronic Pain Management: Improving Physical and Psychological Function (CME Multimedia Activity).** Am J Med.2012; 125(6):S1.
- 20- Oslund S, Robinson RC, Clark T, Garofalo JP, Behnk P, Walker B, et al. **Long-term effectiveness of a comprehensive pain management program: strengthening the case for interdisciplinary care.** Proc (Bayl Univ Med Cent).. 2009; 22(3):211–214.



21-Gorge S. **What is the effectiveness of a biopsychosocial approach to individual physiotherapy care for chronic low back pain?** IJAHSP 2008; 6(1):1-10.

22- Holloway I, Wheeler S. **Qualitative research in nursing**. 3rd Edition.Oxford. Wiley-Blackwell.2009.

23-Streubert HJ, Carpenter DR. **Qualitative research in nursing**. 4th ed, Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins; 2007.

24- Corbin JM, Strauss AL. **Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory**. Washington, DC .Sage Publications, Inc; 2008.

25-Schreiber R S, Stern PN. **Using grounded theory in nursing**. Springer Publishing Company. New York.2001.

26-Polit DF, Beck CT. **Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice**. 7th ed, Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

27-Kaye A D, Baluch A, Scott J. T. **Pain Management in the Elderly Population: A Review**. Ochsner J.2010; 10(3):179-187.

28- Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaem Magham Farahni Z, Rahgozar M. **Standardization of mini-mental state examination among Iranian elderly in Tehran**. Adv Cogn Psychol 2008; 10(2): 29-37. [Persian]

29-Sanei A, Nikbakhat nasrabady A. **Qualitative Research methodology in Medical Sciences**.Tehran. Baraye Farda Publications. 2004. [Persian]

30- Weiner DK. **Office Management of Chronic Pain in the Elderly**. Am J Med.2007; 120(4): 306-315.

31 -American Society for Pain Management Nursing. **Pain assessment in the patient unable to self-report** .2011. Available from: http://www.aspmn.org/Organization/documents/UPDATED_NonverbalRevisionFinalWEB.pdf.

32- McDonald D D. **WHAT'S HOT: Pain Management for Older Adults**. A Newsletter of the Gerontological Society of America.2011. Available from: [http:// www.tylenolprofessional.com/.../gsa-newsletter;1-15](http://www.tylenolprofessional.com/.../gsa-newsletter;1-15)

33- Balsanelli A .C, Grossi S .A, Herth K. **Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers**. Acta Paul Enferm.2011; 24(3):354-8.

34- Chen ML. **Pain and hope in patients with cancer: A role for cognition**. Cancer Nurs.2003; 26(1):61-67.

35-Wright MA, Wren AA, Somers TJ, Goetz MC, Fras AM, Huh BK , et al.**Pain Acceptance, Hope, and Optimism: Relationships to Pain and Adjustment in Patients With Chronic Musculoskeletal Pain**. J Pain .2011; 12(11):1155-1162.

36-Park J, Hirz CE, Manotas K, Hooyman N. **Nonpharmacological pain management by ethnically diverse older adults with chronic pain: barriers and facilitators**. J Gerontol Soc Work. 2013; 56(6):487-508.

37- Rosland AM, Heisler M, Choi HJ, Silveira MJ, Piette JD. **Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: Do family members hinder as much as they help?** Chronic Illn. 2010; 6(1): 22-33.

38- De Santis JP, Barroso S. **Living in Silence: A Grounded Theory Study of Vulnerability in the Context of HIV Infection**. Issues Ment Health Nurs. 2011; 32(6): 345-354.

39- Naik AD, Kunik ME, Cassidy KR et al. **Assessing Safe and Independent Living in Vulnerable Older Adults: Perspectives of Professionals Who Conduct Home Assessments**. J. A m. Board Fam. Med. 2010; 23 (5): 614-621.

40- Reid MC, Eccleston Ch, Pillemer K. **Management of chronic pain in older adults**. BMJ; 2015; 350(7995):1-10.

41-Sessle BJ. **Pain management challenges: Research, access, costs, education and public awareness**. J Pain Manag .2011; 1(1) 25-29.

42-Fine PG. **Chronic pain management in older adults: special considerations**. J Pain Symptom Manage .2009; 38(2): S4-14

43- Burns J, Mullen TA. **The Role of Traditional Chinese Medicine in the Management of Chronic Pain: A Biopsychosocial Approach**. J Patient-Centered Res Rev. 2015; 2(4):192-196.

44- Kress HG, Aldington D, Alon E, Coaccioli S, Collett B, Coluzzi F, et al. **A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed**. Curr. Med. Res. Opin.2015; 31(9): 1743-1754.

45-Gatchel R J, Peng YB, Fuchs PN, Peters ML, Turk DC. **The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions**. Psychol Bull. 2007; 133(4): 581-624.