

طراحی و روانسنجی پرسشنامه سوء رفتار نسبت به سالمندان در خانواده (مقاله پژوهشی)

مجیده هروی کریموی^۱، منیره انوشه^{۲*}، مهشید فروغان^۳، محمدتقی شیخی^۴، ابراهیم حاجی زاده^۵

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر با هدف طراحی و تعیین ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه‌ای متناسب با معیارهای فرهنگی جامعه ایرانی جهت بررسی سوء رفتار با سالمندان در خانواده انجام شده است. **روش بررسی:** مطالعه حاضر یک پژوهش روش شناختی است که در ۳ مرحله انجام گرفت. در مرحله اول محققین با استفاده از روش پدیدارشناسی به تبیین مفهوم سوء رفتار با سالمندان در خانواده پرداختند. در مرحله دوم، عبارات پرسشنامه، بر اساس مصاحبه‌های بدون ساختار با قربانیان سالمندآزاری و استقراء از گروه متخصصین، تدوین گردید. سپس در مرحله سوم، ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه با بهره‌گیری از روشی صوری، روائی محتوا، روائی سازه، همسانی درونی و ثبات، مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله اخیر، ۳۲۵ سالمند تهرانی به صورت تصادفی از بیمارستان‌ها و کانون‌های جهانبیدگان منتخب شهر تهران، انتخاب شده، در مطالعه شرکت کردند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از مرحله اول و دوم مطالعه، پرسشنامه اولیه شامل ۷۸ عبارت ارائه شد. پس از تعیین روائی صوری و محتوا به صورت کمی و کیفی، عبارات پرسشنامه به ۴۹ عبارت کاهش یافت. نتیجه تحلیل عاملی اکتشافی در این پرسشنامه، بیانگر وجود ۸ عامل بود: غفلت مراقبتی، سوء رفتار روان شناختی، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار مالی، سلب اختیار، طردشدگی، غفلت مالی و غفلت عاطفی. این ۸ عامل در مجموع ۷۹/۹۳ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمودند. نتایج روش تحلیل مقایسه‌ای گروه‌های شناخته شده در پارامترهای وضعیت عملکردی و بستری مجدد، نمایانگر تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌ها بود. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، مؤید همسانی درونی بالای پرسشنامه (۰/۹۷۵ - ۰/۹) و ثبات از طریق آزمون مجدد ۰/۹۹ بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها، حاکی از آن است که پرسشنامه حاضر با عنوان «پرسشنامه بررسی سوء رفتار با سالمند در خانواده» با ۴۹ عبارت، و وجود ویژگی‌هایی نظیر طراحی ابزار، بر اساس درک مفهوم سوء رفتار از دیدگاه سالمندان ایرانی و مبتنی بر تجربیات زیسته آنان، تبیین کلیه اشکال سوء رفتار با سالمند در خانواده، نمره گذاری ساده، پایایی و روائی مناسب و قابلیت به کارگیری در موقعیت‌های مختلف، از سوی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، از جمله پرستاران، ابزاری مناسب جهت بررسی سوء رفتار با سالمند در خانواده‌های ایرانی است. **کلیدواژه‌ها:** سوء رفتار، سالمند، خانواده، طراحی پرسشنامه، روانسنجی.

۱- استادیار، گروه پرستاری دانشگاه شاهد و عضو مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو- گروه سلامت سالمندی

پست الکترونیک نویسنده اول مقاله heravi@shahed.ac.ir

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: anoosheh@modares.ac.ir

۳- استادیار، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندی، عضو گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه توانبخشی و علوم بهزیستی

۴- استاد، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه الزهرا

۵- دانشیار، گروه علوم حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

سوء رفتار با سالمند، از سوی اعضای خانواده یکی از اشکال خشونت خانگی است (۱) که سلامت و کیفیت زندگی شخص سالمند را به مخاطره انداخته، برای او شرایطی رنج آور ایجاد می‌کند (۲،۳). معمولاً معضل سوء رفتار با سالمندان، در محدوده‌ای دور از دسترس، از مشاهده و بررسی پنهان می‌ماند. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۲) میزان سوء رفتار با سالمندان در منزل را ۴ تا ۶ درصد تخمین می‌زند (۴). بر اساس گزارش

نیوتن^۱ (۲۰۰۵) ۶۷ درصد و بوکا و سوخو^۲ (۲۰۰۶) ۷۳/۳ درصد از کل موارد سوء رفتار نسبت به سالمندان، در منزل رخ می‌دهد (۵،۶). نتایج تحقیقات هروی و همکاران (۱۳۷۹ و ۱۳۸۶)، زندگی و فدایی (۱۳۸۶) و منوچهری و همکاران (۱۳۸۷) وجود سوء رفتار نسبت به سالمندان در خانواده‌های ایرانی را تأیید می‌نمایند (۷-۱۰). گزارش تحقیق کشوری در خصوص سالمندان در سال ۱۳۷۷ نیز نشان می‌دهد که به ترتیب ۱۰ درصد و ۸ درصد از زنان

شده‌اند که توانایی توصیف پدیده سوءرفتار نسبت به سالمندان را به صورت درست و کامل ندارند (۱۸).

در تعدادی از مطالعات پژوهشگران از ابزارهایی برای شناسایی موارد سوءرفتار نسبت به سالمندان استفاده کرده‌اند که برای این هدف طراحی نشده بودند؛ از جمله کمیجس وهمکاران^۷ (۱۹۹۸) از مقیاس تاکتیک‌های تضاد^۸ (CTS) برای بررسی سوءرفتار جسمی و از ابزار اندازه‌گیری فعالیت‌های روزانه زندگی^۹ (ADL) برای بررسی غفلت استفاده کردند (۲۰). پودنیکز^{۱۰} برای بررسی غفلت، قسمتی از ابزار خدمات و منابع سالمندان آمریکایی (OARS)^{۱۱} را به کار گرفت (۱۴). سوفیلد و میشر^{۱۲} (۲۰۰۳) از مقیاس غربالگری آسیب‌پذیری سوءرفتار (VASS)^{۱۳} برای اندازه‌گیری سوءرفتار در سالمندان استفاده نمودند (۲۱). شایان ذکر است که در برخی از تحقیقات نیز پژوهشگران ابزارهای محقق ساخته را به کار گرفته‌اند (۲۵-۲۲).

سوفیلد (۲۰۰۳) و ولف^{۱۴} (۲۰۰۰) معتقدند که محققان این عرصه باید به سمت طراحی و تدوین ابزارهایی حرکت کنند که دارای پایایی و روایی مناسب باشند (۱۵،۲۱). برای تحقق این هدف، توجه به پژوهش عمیق، در زمینه زندگی مردم، درک مفهوم سوءرفتار در نزد آن‌ها، بررسی تجربیاتشان و چگونگی سازگاری یا مخالفتشان با این پدیده، ضرورتی انکارناپذیر است (۲۶). زیرا سوءرفتار نسبت به سالمندان، پدیده‌ای روانی - اجتماعی - زیستی است که به زمینه فرهنگی، وابسته است و هیچ ابزاری در بررسی دقیق سوءرفتار موفق نخواهد بود، مگر با در نظر گرفتن زمینه و عوامل فرهنگی مؤثر بر جامعه‌ای که قرار است این ابزار در آن به اجرا درآید. از این رو، فولمر و همکاران، طراحی و تدوین ابزارهای معتبر، پایا و متناسب با فرهنگ را برای انجام تحقیقات در زمینه سوءرفتار نسبت به سالمندان قدم مهم و ضروری بعدی می‌دانند (۱۸).

ومردان سالمند ایرانی، نیازمند حل مشکل تضادهای خانوادگی بوده‌اند (۱۱). مطالعات انجام شده در مورد سوءرفتار نسبت به سالمندان در ایران، بسیار محدود است (۷-۱۰). بررسی‌های دقیق نشان داده‌اند که نرخ سالمندآزاری در تمامی فرهنگ‌ها کمتر از حد واقعی گزارش می‌شود (۱۲). به عبارت دیگر رقم سیاه بزهکاری (فاصله موجود بین موارد ثبت شده و موارد واقعی) در مورد سوءرفتار با سالمندان بسیار بالاست (۹)، به طوری که تنها یک مورد از هر ۱۰ مورد سوءرفتار گزارش می‌شود. که به عقیده متخصصین فقط نوک کوه یخ^۱ را نشان می‌دهد (۱۳).

سابرامنیا^۲ (۱۹۹۸) و دالی^۳ (۲۰۰۵) معتقدند یکی از اساسی‌ترین موانع شناسایی، بررسی و تعیین میزان شیوع سوءرفتار نسبت به سالمندان، فقدان ابزارهای بررسی استاندارد است (۱۴،۱۵). محققین برای شناسایی سالمندان در معرض خطر، به ابزارهایی نیاز دارند که دارای قابلیت اعتماد، اعتبار و تعمیم‌پذیری باشند (۱۶،۱۵) جستجوی مقالات در بانک‌های اطلاعاتی مدلاین^۴ و سیناهل^۵ نشان داد ابزارهای معدودی برای بررسی و غربالگری سوءرفتار نسبت به سالمندان طراحی و تدوین شده‌اند (۱۷). پژوهشگران در شمار اندکی از مطالعات، ابزارهایی را برای شناسایی قربانیان به کار گرفته‌اند که به طور اختصاصی برای اندازه‌گیری سوءرفتار نسبت به سالمندان طراحی شده‌اند. از بین ابزارهای اختصاصی موجود فقط ۶ ابزار روانسنجی شده، روایی و پایایی آن‌ها تعیین گردیده است. اکثریت ابزارهای مذکور (۵ ابزار) با رویکرد کمی تدوین شده‌اند. فولمر و همکاران^۶ (۲۰۰۴) معتقدند مشکل اساسی این ابزارها، اتکاء شدید آن‌ها بر تئوریهای موجود سوءرفتار است (۱۸). این تئوری‌ها ناقص، متناقض و پراکنده بوده، قادر نیستند تمام اشکال سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان را توضیح دهند (۱۹). زیرا اغلب آن‌ها از تئوری‌های مربوط به انواع دیگر خشونت‌های خانگی نظیر تئوری‌های سوءرفتار نسبت به کودکان و زنان اقتباس

7- Comijs et al.

8- Conflict Tactics Scale

9- Activities of Daily Living

10- Podnieks

11- Older Americans Resources and Services

12- Schofield & Mishra

13- Vulnerability to Abuse-Screening Scale

14- Wolf

1- Tip of the Iceberg

2- Subramanian

3- Daly

4- MEDLINE

5- CINAHL

6- Fulmer et al.

ساختار و عمیق استفاده شد که در طی آن سالمندان تجربیات خود را در خصوص این پدیده بیان نمودند. مدت مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۸۰ دقیقه و تعداد جلسات بین ۵-۲ جلسه متغیر بود. مصاحبه‌ها روی نوار کاست ضبط شده و بلافاصله متن مصاحبه‌ها پیاده و سپس با استفاده از رویکرد ون مانن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در مرحله دوم پژوهش، بر اساس مفهوم مستخرج از مرحله نخست، سازه‌های اصلی پرسشنامه شامل سازه غفلت، سوءرفتار مالی، سلب اختیار، سوءرفتار روان شناختی، سوءرفتار جسمی، سوءرفتار جنسی و طردشدگی استخراج گردید. شایان ذکر است سازه غفلت، خود درسه حیطه غفلت عاطفی، غفلت مراقبتی و غفلت مالی طبقه‌بندی گردید. سپس، عبارات مناسبی که هر یک، جنبه‌ای از مفهوم سوءرفتار نسبت به سالمندان را پوشش می‌داد، تدوین گردید. به منظور استخراج گویه‌های سازنده پرسشنامه، از شیوه کیفی جمع آوری داده‌ها استفاده شد. لویوندو و وود و هابر (۲۰۰۶) معتقدند داده‌های به دست آمده از مطالعات کیفی، می‌تواند اطلاعات مفیدی را درباره مفهوم مورد پژوهش در اختیار پژوهشگر قرار دهند؛ اطلاعاتی که می‌توان از آن، جهت طراحی ابزاری کمی، برای سنجش مفهوم مورد نظر استفاده نمود (۲۸). پس از استخراج طبقات سازنده پرسشنامه، گویه‌های پرسشنامه از نتایج حاصل از بخش کیفی پژوهش (عبارات مضمونی مستخرج از مصاحبه‌های بدون ساختار با قربانیان سالمند آزاری در مرحله اول پژوهش) استخراج گردید. نمونه‌ای از فرایند طراحی عبارات پرسشنامه در ذیل ارائه شده است:

فقدان ابزار مناسب بررسی سوءرفتار، نسبت به سالمندان در ایران، ضرورت طراحی پرسشنامه‌ای برخوردار از روایی و پایایی قابل قبول و هماهنگ با فرهنگ ایرانی را مطرح می‌سازد. بدین منظور، پژوهشگران مطالعه حاضر، بر آن شدند تا پرسشنامه‌ای را برای بررسی سوءرفتار نسبت به سالمندان توسط اعضای خانواده طراحی و اعتبار و پایایی آن را ارزیابی کنند تا شاید گامی کوچک در توسعه خدمات بهداشتی و درمانی برای این گروه از مددجویان دردمند برداشته باشند.

روش بررسی

پژوهش حاضر، یک پژوهش روش شناختی است که با هدف طراحی و تعیین ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه‌ای برای بررسی سوءرفتار اعضای خانواده نسبت به سالمندان انجام شد. این پرسشنامه طی مراحل زیر که توسط اشنایدر و همکاران^۱ (۲۰۰۴) توضیح داده شده است (۲۷) طراحی گردید.

در مرحله اول پژوهش، مفهوم سوءرفتار نسبت به سالمندان بر اساس تجربیات سالمندان آزر دیده با استفاده از تحقیق پدیدارشناسی تعریف گردید. در این مرحله با توجه به هدف مطالعه، شرکت کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از بین زنان و مردان سالمندی که در کنار اعضای خانواده و یا به صورت جدا از خانواده زندگی می‌کردند انتخاب شدند. فرایند گزینش نمونه‌ها تا آنجا ادامه یافت که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده جدیدی پدیدار نشد و به عبارتی، داده‌ها به اشباع^۲ رسیدند. در این مرحله ۱۴ سالمند با دامنه سنی ۶۸-۸۷ سال مشارکت داشتند. به منظور جمع آوری اطلاعات، از مصاحبه بدون

سازه	تم	تجربیات سالمندان
غفلت مالی	فقدان زندگی آبرومندانانه و در شأن افراد سالمند	باید منتظر بشم که پسر من بی‌پول داری یا نه؟ من هیچ موقع روم نمی‌شه دستم را جلوی پسرانم دراز کنم. یک وقت می‌گم می‌خوام برم دکتر، از من می‌پرسه پول داری؟ می‌گم نه، ۱۰ تومان پول از جیبش درمیاره، می‌ذاره کف دستم. آنقدر نجالت می‌کشم، دلم می‌خواد زمین دهن باز کنه، من را بی‌لعه. بچه‌ها ی من که میدونن مادرشون حقوقی نداره، پول خرج دوا و درمون، خورد و خوراک نداره... حقه که با این خفت به من پول بدن...
عبارت طراحی شده: آیا پیش آمده است به رغم نیاز شما به پول برای تأمین مابحتاج اولیه زندگی، نسبت به تأمین آن کوتاهی شده باشد؟		

محتوا، پژوهشگران از ۱۰ نفر از متخصصان درخواست کردند تا پس از بررسی کیفی پرسشنامه بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان^۹، استفاده از واژه‌های مناسب^{۱۰}، ضرورت، اهمیت، قرارگیری عبارات در جای مناسب خود^{۱۱}، و امتیازدهی مناسب^{۱۲} بازخورد لازم را ارائه دهند. برای بررسی روائی محتوا به شکل کمی از ۲ شاخص نسبت روائی محتوا^{۱۳} (CVR) و شاخص روائی محتوا^{۱۴} (CVI) استفاده شد. ابتدا، برای تعیین شاخص نسبت روائی محتوا از ۲۰ نفر از متخصصان (متفاوت از متخصصان مرحله قبل) درخواست شد تا هر آیتم را بر اساس طیف ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. بر اساس جدول لاوشه^{۱۵}، برای تعیین حداقل ارزش شاخص نسبت روائی محتوا^{۱۶}، عباراتی که میزان عددی CVR آن‌ها از ۰/۴۲ (بر اساس ارزیابی ۲۰ متخصص) بالاتر بود، معنادار ($P < 0/05$) ارزیابی شده، حفظ گردید (۳۲). سپس بررسی CVI، بر اساس شاخص روائی محتوای والتس و باسل^{۱۷} (۳۳) اجرا شد. بدین منظور، پژوهشگران، پرسشنامه طراحی شده را در اختیار متخصصان قرار دادند و از ایشان درخواست کردند تا بر اساس شاخص روائی محتوای والتس و باسل میزان مربوط بودن^{۱۸}، ساده بودن^{۱۹}، و واضح بودن^{۲۰} هر یک از عبارات موجود در پرسشنامه را تعیین نمایند. بدین ترتیب سه معیار، ساده بودن، مربوط بودن و واضح بودن به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر یک از آیتم‌ها توسط ۲۰ نفر از متخصصان (متفاوت از متخصصان مراحل قبل) مورد بررسی قرار گرفت (مثلاً جهت معیار مربوط بودن گزینه‌های زیر به کار گرفته شد: ۱=مربوط نیست، ۲=نسبتاً مربوط است، ۳=مربوط است، ۴=کاملاً مربوط است. در این تحقیق، امتیاز شاخص روائی محتوا برای هر عبارت به وسیله تقسیم تعداد متخصصان موافق با عبارت دارای رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل متخصصان

در مرحله سوم پژوهش، برای کسب اطمینان بیشتر از روائی پرسشنامه، از سه شیوه شامل روائی صوری^۱، روائی محتوا^۲، و روائی سازه^۳ استفاده گردید. در اولین قدم، بررسی روائی صوری انجام گرفت زیرا در صورت نیاز به تغییر جملات و عبارات ممکن بود کل اعتبار پرسشنامه دستخوش تغییر شود (۲۹). برای تعیین روائی صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده شد: در تعیین کیفی روائی صوری با ۱۰ نفر از سالمندان به صورت چهره به چهره مصاحبه شد و موارد سطح دشواری^۴ (دشواری درک عبارات و کلمات)، میزان تناسب^۵ (تناسب و ارتباط مطلوب عبارات با ابعاد پرسشنامه) و ابهام^۶ (احتمال وجود برداشت‌های اشتباه از عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات) مورد بررسی قرار گرفت. پس از اصلاح موارد بر اساس نظر سالمندان، در گام بعدی جهت کاهش عبارت‌ها، حذف عبارت‌های نامناسب^۷ و تعیین اهمیت هریک از عبارت‌ها، از روش کمی تأثیر آیتم^۱، استفاده شد (۳۰). در روش تأثیر آیتم در صورتی که نمره تأثیر مساوی و یا بیشتر از ۱/۵ باشد، عبارت برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شده، حفظ می‌گردد (۳۰، ۳۱). همچنین، پژوهشگران تلاش کردند تا از شیوه صحیح نگارش و جمله‌بندی منطقی برای نوشتن عبارات پرسشنامه استفاده نمایند. عبارات توسط تیم تحقیق چند بار بازخوانی و نظرات ایشان اعمال شد و سپس توسط دو متخصص در زمینه ادبیات فارسی بازنگری گردید.

برای تعیین روائی محتوا از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. از آنجا که تعیین روائی محتوا در این مطالعه، مبتنی بر قضاوت افراد متخصص بود، قضاوت بر اساس نظرات متخصصان دارای دانش و تجربه در حیطه‌های طراحی ابزار، پرستاری، روان پزشکی، طب سالمندان، پزشکی قانونی، بهداشت، جامعه‌شناسی، سالمندشناسی، روان‌شناسی، حقوق، علوم تربیتی، علوم دینی و اسلامی و مددکاری اجتماعی صورت پذیرفت. در بررسی کیفی

9- Grammar	10- Wording
11- Item Allocation	12- Scaling
13- Content Validity Ratio	14- Content Validity Index
15- Lawshe	16- Minimum CVR Value
17- Waltz & Bausell	18- Relevancy
19- Simplicity	20- Clarity

1- Face Validity	2- Content Validity
3- Construct Validity	4- Difficulty
5- Relevancy	6- Ambiguous
7- Item Reduction	8- Item Impact Method

گذشته و وضعیت عملکردی^۷ (۴۰) بود. مقایسه گروه‌های شناخته شده، با استفاده از آزمون آماری تی و آنالیز واریانس یک طرفه اندازه‌گیری گردید.

در مرحله آخر پژوهش، برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو شیوه تعیین همسانی درونی^۸، و ثبات^۹، استفاده گردید. برای اندازه‌گیری همسانی درونی از آلفای کرونباخ^{۱۰} (یا ضریب آلفا^{۱۱}) استفاده شد. آلفای کرونباخ معرف میزان تناسب گروهی از آیت‌هاست که یک سازه را می‌سنجند. برای داشتن همسانی درونی در حد خوب و کافی، میزان آلفای کرونباخ باید بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ لحاظ شود (۴۱). ارزیابی ثبات نیز از طریق روش آزمون-بازآزمون^{۱۲} انجام پذیرفت. نکته مهم در این روش، فاصله زمانی بین دو آزمون است. فاکس^{۱۳} (۱۹۸۲) معتقد است فاصله زمانی بین دو آزمون باید تا حدی باشد که از طرفی فراموشی عبارات ابزار اتفاق بیفتد و از طرف دیگر تغییر در پدیده مورد اندازه‌گیری رخ ندهد (۴۲). برنز و گراو^{۱۴} (۲۰۰۶) این فاصله زمانی را دو هفته تا یک ماه پیشنهاد کرده‌اند (۴۳). محققین، ابزار را در ۲ مرحله، با فاصله زمانی دو هفته تکمیل کردند (۴۴، ۴۵). و سپس نمرات کسب شده در این ۲ مرحله را با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای^{۱۵} (ICC) با هم مقایسه نمودند. شایان ذکر است که قابل قبول‌ترین آزمون آماری، برای محاسبه میزان پایایی (ثبات)، آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای (ICC) است. چنانچه این شاخص بالاتر از ۰/۸۰ باشد، میزان ثبات مطلوب است (۴۶).

تعداد نمونه مورد نیاز، جهت انجام تحلیل عاملی به منظور تعیین روائی سازه، از نظر پژوهشگران مختلف متفاوت است. تعداد نمونه توصیه شده جهت انجام تحلیل عاملی، ۱۰-۵ نمونه به ازای هر عبارت ابزار می‌باشد. برخی از صاحب نظران، حتی تعداد ۳ نمونه را به ازای هر عبارت ابزار به شرط درصد واریانس بیان شده و مقدار بار عاملی بیشتر از ۰/۸، کافی تلقی می‌نمایند (۴۷). در این

محاسبه شد (۳۴). هیرکاس و همکاران^۱ (۲۰۰۳) نمره ۰/۷۹ و بالاتر را برای پذیرش آیت‌ها بر اساس نمره CVI توصیه نموده‌اند (۳۵). در مرحله بعد، بر اساس میانگین نمرات شاخص روائی محتوای همه عبارات پرسشنامه، متوسط شاخص روائی محتوای^۲ (S-CVI/Ave) پرسشنامه محاسبه گردید. پولیت و بک^۳ (۲۰۰۶) نمره ۰/۹۰ و بالاتر را برای پذیرش S-CVI/Ave توصیه نموده‌اند (۳۴).

به منظور بررسی تعیین روائی سازه در پژوهش حاضر، از روش تحلیل عاملی^۴ و مقایسه گروه‌های شناخته شده^۵ استفاده گردید (۳۶، ۳۷). ابتدا جهت تعیین روائی سازه، پس از بررسی همسانی درونی عبارات پرسشنامه، از روش تحلیل عاملی که ارتباط درونی میان متغیرها را مورد بررسی قرار می‌دهد، به منظور کشف طبقاتی از متغیرها که دارای بیشترین ارتباط با یکدیگر بودند، استفاده شد. تحلیل عاملی یکی از گام‌های بسیار مهم در طراحی ابزارهای جدید محسوب می‌شود (۳۸). در مطالعه حاضر، از تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از آزمون شاخص نمونه‌گیری کیسر - مایر - الکین (KMO) و آزمون کرویت بارتلت (BT)، تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی، نمودار شن ریزه، و دوران واریماکس؛ استفاده شده است. در این مطالعه، نقطه عطف ۰/۴۰ به عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز برای حفظ هر عبارت در عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی در نظر گرفته شد. پس از استخراج عوامل و عبارات قرارگرفته در هر عامل، میزان همخوانی این عوامل با مفهوم و ابعاد اصلی مفهوم سوءرفتار نسبت به سالمندان بررسی شد. جهت تعیین روائی سازه پرسشنامه علاوه بر روش تحلیل عاملی از مقایسه گروه‌های شناخته شده نیز استفاده گردید (۳۶، ۳۷). این روش به منظور آنکه پرسشنامه تدوین شده به چه میزان توان جداسازی زیرگروه‌های گوناگون را دارد، به کار گرفته شد (۳۹). در این پژوهش، پارامترهای به کار برده شده برای تشکیل زیر گروه‌های سالمندان، شامل وضعیت بستری مجدد در بیمارستان^۶ در طی سال

7- Functional Status
9- Stability
11- Coefficient alpha
13- Fox
15- Intraclass Correlation Coefficient

8- Internal Consistency
10- Cronbach's alpha
12- Test Re test
14- Burns& Grove

1- Hyrkaset al
2- Scale-level Content Validity Index/ Averaging Calculation Method
3- Polit& Beck
4- Factor Analysis
5- Known Group Comparison 6- Rehospitalization

در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند انصراف خود را از ادامه شرکت در آن اعلام نمایند و مشخصات آنان در طول تحقیق وبعد از آن به صورت محرمانه حفظ می‌گردد.

یافته‌ها

در مرحله اول پژوهش، با استفاده از تحقیق پدیدارشناسی، مفهوم سوءرفتار نسبت به سالمندان بر اساس تجربیات سالمندان آزردهنده تعریف شد. بنابراین تعریف، سوءرفتار با سالمند در خانواده عبارت است از تحمیل درد و رنج به سالمند از سوی اعضای خانواده که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزردهنده و یا ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیر عمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد. سوءرفتار، یکی از مصادیق محرومیت از حقوق و شئون انسانی است که به شکل غفلت، سلب اختیار، بهره برداری مالی، آزارهای روان شناختی و بدنی و طردشدگی رخ می‌دهد.

در مرحله دوم پژوهش، از عبارات مضمونی مستخرج از مصاحبه‌های بدون ساختار با قربانیان سالمندآزاری در مرحله اول پژوهش، عبارات پرسشنامه استخراج شد. مجموع عبارات پرسشنامه در این مرحله شامل ۱۸۸ عبارت بود که اشکال سوءرفتار نسبت به سالمندان را در متن فرهنگ و نظام ارزشی و محیط زندگی سالمندان و اعضای خانواده آنها بازتاب می‌داد. سپس گویه‌های استخراج شده در سه نشست توسط تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت و عبارات دارای مفاهیم همپوشان، ادغام شدند و عبارات پرسشنامه اولیه به ۷۸ عبارت تقلیل یافت. عبارات در هفت سازه (زیر مقیاس) غفلت (۲۲ عبارت) [غفلت عاطفی (۳ عبارت)، غفلت مراقبتی (۱۴ عبارت) و غفلت مالی (۵ عبارت)]، سوءرفتار مالی (۱۱ عبارت)، سلب اختیار (۱۲ عبارت)، سوءرفتار روان شناختی (۱۸ عبارت)، سوءرفتار جسمی (۶ عبارت)، سوءرفتار جنسی (۴ عبارت) و طردشدگی (۵ عبارت) تنظیم گردید.

ابزار مذکور دارای گزینه‌های «بلی»، «خیر»، و «موردی ندارد» است. گزینه «موردی ندارد» دلالت بر شرایطی دارد

پژوهش، نمونه‌ای از سالمندان به تعداد ۶ برابر گویه‌های پرسشنامه، انتخاب شد.

در مرحله تعیین روایی سازه و همچنین پایایی پرسشنامه از روش نمونه‌گیری تصادفی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی و کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران استفاده شد. ابتدا از هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران، ایران و شهید بهشتی که عمده خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی را به سالمندان در شهر تهران ارائه می‌دهند، یک بیمارستان به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و نمونه‌گیری در هر بیمارستان نیز به صورت تصادفی انجام گرفت. سپس شهر تهران به ۴ منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم گردید و از هر منطقه ۲ کانون، به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و نمونه‌گیری در هر یک از کانون‌های جهاندیدگان نیز به صورت تصادفی انجام گرفت. برای دستیابی به اهداف پژوهش، معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان عبارت بود از: هوشیاری و تمایل به بیان احساسات درونی خود نسبت به مفهوم مورد تحقیق، دارا بودن سن ۶۵ سال یا بالاتر، توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم ابتلا به بیماری تأیید شده روانی، نابینایی، ناشنوایی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۶ یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی^۱ (۴۸))، و تمایل به شرکت در پژوهش.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، جهت انجام پژوهش، اجازه از مسئولین فرهنگسرای سالمند، کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران و بیمارستان‌های تابعه دریافت شد. همچنین قبل از شروع پژوهش، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. از آنها برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت برای ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار افرادی غیر از گروه پژوهش قرار نمی‌گیرد. همچنین به شرکت کنندگان توضیح داده شد که

جهت استخراج عوامل در این پژوهش از شیوه تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی و جهت تعیین تعداد عوامل از روش ارزش ویژه استفاده گردید. نتایج نشان داد بیشترین درصد واریانس کل (۸۲ درصد) توسط ۹ عامل اول و باقیمانده درصد واریانس کل (۱۸ درصد) توسط ۴۰ عامل باقیمانده تبیین می‌گردد. به عبارت دیگر، تحلیل عاملی، ۹ عامل با ارزش ویژه بالای یک را مشخص نمود که در مجموع، ۸۲ درصد واریانس را تبیین نمود. لکن، بر اساس ماتریس چرخش یافته مؤلفه‌ها، عامل ۹ فقط شامل یک بار عاملی با ارزش منفی بود که در عامل ۵ از ارزش بالاتری برخوردار بود. بنابراین ۸ عامل که در مجموع ۷۹/۹۳۶ درصد واریانس را بیان می‌کردند، مورد قبول قرار گرفتند. بدین ترتیب ۴۱/۸۱۳ درصد واریانس مشترک، توسط عامل نخست، ۱۰/۶۱۷ درصد توسط عامل دوم، ۸/۲۴۹ درصد توسط عامل سوم، ۶/۰۳۹ درصد توسط عامل چهارم، ۴/۶۱۸ درصد توسط عامل پنجم، ۳/۲۵۴ درصد توسط عامل ششم، ۳/۰۲۴ درصد توسط عامل هفتم و ۲/۳۲۲ درصد توسط عامل هشتم تبیین می‌شود. حداقل بار عاملی مورد پذیرش در این پژوهش ۰/۴ در نظر گرفته شد. بنابراین همه عبارات در هر ۸ عامل حفظ شد. عامل نخست (غفلت مراقبتی) شامل ۱۱ عبارت (۱۳-۳)، عامل دوم (سوءرفتار روان شناختی) دارای ۸ عبارت (۳۹-۳۲)، عامل سوم (سوءرفتار جسمی) با ۶ عبارت (۴۳-۴۰)، عامل چهارم (سوءرفتار مالی) شامل ۶ عبارت (۲۳-۱۸)، عامل پنجم (سلب اختیار) دارای ۱۰ عبارت (۳۱-۲۴، ۴۵-۴۴)، عامل ششم (طردشدگی) با ۴ عبارت (۴۹-۴۶)، عامل هفتم (غفلت مالی) شامل ۴ عبارت (۱۷-۱۴)، عامل هشتم (غفلت عاطفی) دارای ۲ عبارت (۲-۱) بود (جدول ۲).

که عبارت مورد نظر با شرایط زندگی سالمند همخوانی و تناسب ندارد. به عنوان مثال در خصوص شخص سالمندی که نوه ندارد، پاسخ عبارت «آیا شما را از ملاقات با نوه‌هایتان محروم کرده‌اند؟» گزینه «موردی ندارد» خواهد بود. امتیازهای اخذ شده در محدوده ۰-۱۰۰ بوده و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود شواهد بیشتری از سوءرفتار است. بدین ترتیب ۱۰۰ نشان دهنده حداکثر میزان سوءرفتار و صفر نشان دهنده عدم وجود سوءرفتار خواهد بود.

در مرحله سوم پژوهش، ۱۰ عبارت پرسشنامه به علت کسب نمره تأثیر کمتر از مقدار ۱/۵، ۱۲ عبارت در بررسی کیفی محتوا بر اساس نظرات ارائه شده صاحب نظران، ۴ عبارت به علت کسب میزان عددی CVR کمتر از ۰/۴۲، و ۳ عبارت به علت کسب نمره CVI کمتر از ۰/۷۹ حذف گردیدند. بنابراین، عبارات پرسشنامه به ۴۹ عبارت تقلیل یافت. شایان ذکر است متوسط شاخص روائی محتوای (S-CVI/Ave) پرسشنامه ۰/۹۲ بود.

تحلیل عاملی اکتشافی به کمک روش مؤلفه‌های اصلی بر روی ۴۹ عبارت انجام شد. ارزش کیسر - مایر - الکین (KMO) ۰/۸۱۷ به دست آمد. همچنین آزمون کرویت بارتلت با میزان ۵۸۸۴/۹۳۸ در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بود که اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس همبستگی حاصل در نمونه مورد مطالعه را توجیه می‌نمود (جدول ۱).

جدول ۱- تحلیل عاملی: شاخص نمونه‌گیری کیسر - مایر - الکین (KMO) و نتایج آزمون کرویت بارتلت (BT) -

آماره KMO	۰/۸۱۷
تقریب کای - اسکوئر	۵۸۸۴/۹۳۸
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰۱

جدول ۲- تحلیل عاملی: ماتریس چرخش یافته عبارات پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان

عبارت	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم	عامل ششم	عامل هفتم	عامل هشتم
۱								۰/۶۲۰
۲								۰/۶۵۲
۳	۰/۶۳۰							
۴	۰/۶۱۶							
۵	۰/۸۹۰							
۶	۰/۸۹۹							
۷	۰/۶۸۹							
۸	۰/۶۸۹							
۹	۰/۷۹۳							
۱۰	۰/۷۵۳							
۱۱	۰/۸۸۶							
۱۲	۰/۸۱۷							
۱۳	۰/۸۱۷							
۱۴							۰/۷۲۶	
۱۵							۰/۷۵۲	
۱۶							۰/۶۳۹	
۱۷							۰/۶۷۹	
۱۸				۰/۶۹۹				
۱۹				۰/۸۳۱				
۲۰				۰/۸۴۵				
۲۱				۰/۸۰۶				
۲۲				۰/۵۳۰				
۲۳				۰/۵۹۸				
۲۴				۰/۸۰۰				
۲۵				۰/۷۰۶				
۲۶				۰/۶۸۹				
۲۷				۰/۷۰۳				
۲۸				۰/۶۸۰				
۲۹				۰/۷۱۶				
۳۰				۰/۷۲۰				
۳۱				۰/۵۱۸				
۳۲	۰/۵۸۰							
۳۳	۰/۶۳۵							
۳۴	۰/۷۱۳							
۳۵	۰/۸۷۲							
۳۶	۰/۸۳۶							
۳۷	۰/۸۳۱							
۳۸	۰/۸۳۷							
۳۹	۰/۸۱۱							
۴۰	۰/۵۳۰			۰/۵۶۱				
۴۱	۰/۵۳۰			۰/۵۶۱				
۴۲				۰/۶۸۱				
۴۳				۰/۵۷۲				
۴۴				۰/۷۲۰				
۴۵				۰/۶۳۷				
۴۶						۰/۸۱۱		
۴۷						۰/۸۶۸		
۴۸						۰/۸۶۳		
۴۹						۰/۷۱۶		

(جدول ۳) از نظر آماری، تفاوت‌های معناداری ($P < 0/005$) در جهت مورد انتظار در مورد تمامی مقیاس‌ها و امتیاز کل پرسشنامه وجود دارد. آزمون Post Hoc نشان داد سالمندانی که از وضعیت عملکردی بدتری برخوردار هستند امتیازهای بالاتری را در تمامی مقیاس‌ها و امتیاز کل پرسشنامه کسب نمودند.

به منظور ارزیابی توان جداسازی زیرگروه‌های گوناگون توسط پرسشنامه طراحی شده از طریق دو پارامتر بستری مجدد در بیمارستان و وضعیت عملکردی از آزمون ANOVA استفاده شد. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) امتیازهای مقیاس‌های سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان بر مبنای وضعیت عملکردی را نشان داد

جدول ۳- مقایسه گروه‌های شناخته شده: خلاصه آنالیز واریانس یک طرفه امتیاز مقیاس‌های سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان بر مبنای وضعیت عملکردی

احتمال معنی داری	مستقل (n=۲۲۱) میانگین (انحراف معیار)	نیمه مستقل (n=۷۷) میانگین (انحراف معیار)	وابسته (n=۲۷) میانگین (انحراف معیار)	زیر مقیاس‌ها
۰/۰۰۱	۳/۰۱ (۱۱/۷۵)	۱۶/۸۲ (۲۷/۹۹)	۷۲/۵۶ (۴۱/۶۹)	غفلت مراقبتی
۰/۰۰۵	۱۰/۹۱ (۲۴/۱۳)	۴۳/۶۱ (۲۸/۲۸)	۵۸/۰۲ (۱۷/۱۷)	سوءرفتار روان شناختی
۰/۰۰۲	۲/۴۸ (۱۱/۸۹)	۵/۱۹ (۱۸/۷۳)	۲۸/۷۰ (۴۴/۲۳)	سوءرفتار جسمی
۰/۰۰۵	۲/۲۱ (۸/۸۳)	۵/۷ (۱۶/۵۷)	۲۳/۰۴ (۲۹/۷۰)	سوءرفتار مالی
۰/۰۰۱	۳/۹۷ (۱۲/۶۸)	۶/۷۸ (۱۷/۷۶)	۲۷/۱۶ (۳۰/۲۴)	سلب اختیار
۰/۰۰۴	۰/۳ (۳/۱۶)	۰/۴ (۳/۷۹)	۲۵/۳۰ (۲۸/۵۷)	طردشدگی
۰/۰۰۱	۱/۶ (۶/۰۵)	۳/۷ (۸/۹۷)	۱۴/۸۳ (۱۳/۴۰)	غفلت مالی
۰/۰۰۴	۲۰/۳۶ (۳۹/۲۱)	۴۲/۲۰ (۴۸/۰۳)	۷۴/۰۷ (۴۲/۴۴)	غفلت عاطفی
۰/۰۰۱	۴/۵۳ (۸/۸۰)	۸/۱۴ (۱۰/۹۴)	۳۲/۱۷ (۲۳/۴)	کل مقیاس

نتایج آزمون تی (اختلاف میانگین) امتیازهای مقیاس‌های سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان را بر مبنای وضعیت بستری مجدد نشان داد (جدول ۴). از نظر آماری، تفاوت‌های معناداری ($P < ۰/۰۱$) در جهت مورد انتظار در مورد تقریباً تمامی مقیاس‌ها و امتیاز کل پرسشنامه (به استثنای مقیاس طردشدگی) وجود دارد. به بیان دیگر، سالمندانی که سابقه بستری مجدد دارند امتیازهای بالاتری را در تمامی مقیاس‌ها و امتیاز کل پرسشنامه کسب نمودند.

جدول ۴- مقایسه گروه‌های شناخته شده: میانگین امتیاز مقیاس‌های سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان بر مبنای وضعیت بستری مجدد

احتمال معنی داری	بستری مجدد (n=۹۰) میانگین (انحراف معیار)	عدم بستری مجدد (n=۲۳۵) میانگین (انحراف معیار)	زیر مقیاس‌ها
۰/۰۰۰۱	۲۰/۳۲ (۳۸/۶۲)	۶/۱۹ (۲۹/۲۴)	غفلت مراقبتی
۰/۰۰۲	۳۰/۸۶ (۳۷/۱۶)	۱۰/۷۳ (۲۴/۹۴)	سوءرفتار روان شناختی
۰/۰۱۳	۱۰/۸۳ (۲۷/۰۳)	۳/۱۹ (۱۵/۵۱)	سوءرفتار جسمی
۰/۰۰۳	۹/۸۷ (۲۱/۰۹)	۲/۸۳ (۱۱/۰۷)	سوءرفتار مالی
۰/۰۰۳	۱۱/۷۷ (۲۱/۷۰)	۴/۳۸ (۱۴/۲)	سلب اختیار
۰/۱۲۹	۴/۰۷ (۱۲/۸۱)	۱/۷۷ (۱۰/۲۴)	طردشدگی
۰/۰۰۱	۶/۶۶ (۱۱/۲۳)	۱/۹۸ (۶/۷۲)	غفلت مالی
۰/۰۰۱	۵۲/۷۷ (۴۸/۷۸)	۲۱/۷۶ (۳۹/۶۸)	غفلت عاطفی
۰/۰۰۱	۱۴/۷۶ (۱۶/۷۳)	۴/۹۸ (۱۰/۸۷)	کل مقیاس

نمونه‌ای شامل ۶۰ نفر از سالمندان تعیین گردید که ضریب آلفای کرونباخ اولیه ۰/۹۷۳ بود. در مرحله دوم، پس از انجام تحلیل عاملی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و همچنین برای هر عامل، در نمونه‌ای شامل ۳۲۵ سالمند محاسبه گردید. حداکثر آلفای کرونباخ در صورت حذف عبارت^۳، ۰/۹۶۸ بود. بنابراین در این مرحله هیچ عبارتی حذف نشد (جدول ۵).

در مرحله آخر پژوهش، برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو شیوه تعیین همسانی درونی^۱، و ثبات^۲ استفاده گردید. جهت تعیین همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ در دو مرحله برای پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان محاسبه گردید. در مرحله نخست، پس از تعیین شاخص روائی محتوا و روائی صوری پرسشنامه، همسانی درونی پرسشنامه طراحی شده به صورت پایلوت در

جدول ۵- تعیین همسانی درونی: ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان

ضریب آلفای کرونباخ (n=۳۲۵)	تعداد و شماره عبارات	زیر مقیاس‌ها
۰/۹۷۵	۱۱ (۳-۱۳)	عامل اول: غفلت مراقبتی
۰/۹۵۱	۸ (۳۲-۳۹)	عامل دوم: سوءرفتار روان شناختی
۰/۹۰	۴ (۴۰-۴۳)	عامل سوم: سوءرفتار جسمی
۰/۷۶۴	۶ (۱۸-۲۳)	عامل چهارم: سوءرفتار مالی
۰/۷۹۳	۱۰ (۲۴-۴۴، ۳۱، ۴۵)	عامل پنجم: سلب اختیار
۰/۹۰۳	۴ (۴۶-۴۹)	عامل ششم: طردشدگی
۰/۹۳۵	۴ (۱۴-۱۷)	عامل هفتم: غفلت مالی
۰/۹۴۳	۲ (۲۰ و ۱)	عامل هشتم: غفلت عاطفی
۰/۹۶۸	۴۹	کل مقیاس

نتایج آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای (ICC) نشان داد (جدول ۶) بین نمرات آزمون اول و دوم توافق معناداری ($P < 0/001$) وجود دارد که تأیید کننده تکرار پذیری زیر مقیاس‌ها و کل پرسشنامه بوده و نشان دهنده ثبات بالا در پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان می‌باشد.

جدول ۶- تعیین ثبات: شاخص همبستگی درون خوشه‌ای (ICC) پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان

احتمال معنی داری	CI=۰/۹۵		ICC	میانگین (انحراف معیار) (n=۳۰)	زیر مقیاس‌ها
	حد بالایی	حد پایینی			
۰/۰۰۰۱	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۸	۲۳/۹۴ (۰/۴۶)	غفلت مراقبتی
۰/۰۰۲	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۷	۲۹/۶۳ (۰/۵)	سوءرفتار روانشناختی
۰/۰۰۵	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۷	۹/۱۶ (۱/۱۷)	سوءرفتار جسمی
۰/۰۰۱	۰/۹۶	۰/۸۴	۰/۹۲	۱۰/۳۷ (۱/۵۶)	سوءرفتار مالی
۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۹۰	۰/۹۵	۱۵/۹۲ (۱/۰۴)	سلب اختیار
۰/۰۰۳	۰/۹۱	۰/۶۷	۰/۸۳	۷/۲۲ (۲/۳۵)	طردشدگی
۰/۰۰۵	۰/۹۲	۰/۷۱	۰/۸۵	۱۲/۸۹ (۴/۱۶)	غفلت مالی
۰/۰۰۱	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۶	۴۵ (۲/۳۵)	غفلت عاطفی
۰/۰۰۱	۰/۹۹	۰/۹۶	۰/۹۸	۱۷/۹۰ (۱/۴۵)	کل مقیاس

بحث

پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان بر پایه مفهوم تبیین شده در بخش کیفی پژوهش با ۴۹ عبارت در هشت بعد طراحی گردید. در این پژوهش، روایی صوری و روایی محتوا (کیفی و کمی)، روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی و مقایسه گروه‌های شناخته شده)، همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و ثبات این ابزار مورد تأیید قرار گرفت.

شایان ذکر است کاربرد پرسشنامه مذکور نسبتاً به سادگی امکان پذیر بوده، پرستار یا سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند در عرصه‌های مختلف نظیر بیمارستان، مراکز بهداشتی، توانبخشی و منزل سالمند در حدود ۲۰ آنرا دقیقاً تکمیل نمایند. روایی صوری و محتوایی آن، سادگی، وضوح و روشنی عبارات را تأیید نمود. هر چند در طی مراحل اعتباریابی پرسشنامه، بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان، نظر به بی‌سوادی و یا کم سوادی اکثریت سالمندان (آزمودنی‌ها)، برای یکسان‌سازی نحوه تکمیل تک تک عبارات، برای آزمودنی‌ها خوانده شد؛ اما، با عنایت به سادگی، وضوح و روشنی عبارات، تکمیل پرسشنامه توسط سالمندان با سواد کاملاً ممکن و به سادگی عملی است.

در پژوهش حاضر، پژوهشگران در مرحله طراحی پرسشنامه، بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان، ۷۸ عبارت در هفت بعد شاخص‌های غفلت، سوءرفتار مالی، سلب اختیار، سوءرفتار روان شناختی، سوءرفتار جسمی، سوءرفتار جنسی و طردشدگی بر اساس بخش کیفی پژوهش تنظیم نمود. در مرحله تعیین روایی صوری، علاوه بر تعیین کیفی روایی صوری از روش کمی تأثیر آیتم استفاده شد. با عنایت به اینکه نمره تأثیر ۱۰ عبارت پرسشنامه کمتر از مقدار ۱/۵ بود (۳۱،۳۰). در این مرحله ۱۰ عبارات حذف و عبارت پرسشنامه به ۶۸ عبارت تقلیل یافت. بنابراین بر اساس منابع روایی صوری پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان از روایی صوری برخوردار است.

در این پژوهش، برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه، علاوه بر بررسی کیفی محتوا، شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوای (CVI) محاسبه شد که به ترتیب منجر به حذف و یا ادغام ۶، ۴ و ۳ عبارات گردید. متوسط شاخص روایی محتوای (-S CVI/Ave) پرسشنامه نیز محاسبه گردید. بر اساس یافته‌های به دست آمده S-CVI/Ave پرسشنامه از حد مطلوبی (۰/۹۲) برخوردار است. پولیت و بک^۱ (۲۰۰۶) نمره ۰/۹۰ و بالاتر را برای پذیرش S-CVI/Ave توصیه نموده‌اند (۳۴). بنابراین، بر اساس منابع روایی محتوا، پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان از روایی محتوا برخوردار است. فولمر و همکاران^۲ (۲۰۰۴) متوسط شاخص روایی محتوای ابزار بررسی سوءرفتار نسبت به سالمندان^۳ (EAI) را ۰/۸۳ گزارش نمودند (۱۸).

روایی سازه پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان، ابتدا از طریق تحلیل عاملی بر روی ۴۹ عبارت باقی مانده بررسی گردید. نتایج اندازه‌گیری معیار KMO (۰/۸۱۷) و آزمون بارتلت ($P < ۰/۰۰۱$) تأییدکننده مدل تحلیل عاملی و بیانگر مناسب بودن آن است. نتایج ارزش ویژه نشان دهنده چند عاملی بودن پرسشنامه (وجود هشت عامل) است. از آن جایی که حداقل بار عاملی مورد نیاز برای شمول یک عبارت در یک عامل به شمار عبارات ابزار و مقدار ویژه در نظر گرفته شده وابسته است (۴۷)، نقطه برش^۴ ۰/۴ به عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز هر عبارت جهت حفظ آن در نظر گرفته شد. سپس بر اساس این که هر عبارت، بیشترین بار عاملی بر روی کدامیک از هشت عامل داشت به عنوان عبارت مربوط به آن عامل در نظر گرفته شد. با عنایت به اینکه حداقل بار عاملی کلیه عبارات پرسشنامه از ۰/۴ بالاتر بود، همه عبارات پرسشنامه حفظ شدند.

در طراحی پرسشنامه اولیه، عبارات در هفت بعد شاخص‌های غفلت، سوءرفتار مالی، سلب اختیار، سوءرفتار روان شناختی، سوءرفتار جسمی، سوءرفتار جنسی و

1- Polit & Beck
2- Fulmer et al.
3- Elder Abuse and Neglect Assessment
4- Cut-off Point

مطالعه وانگ و همکاران^۳ (۲۰۰۷) با هدف روانسنجی مقیاس سوءرفتار روانشناختی نسبت به سالمندان^۴ (EPAS) ارتباط معناداری را بین وضعیت عملکردی و مقیاس مذکور نشان داد. به عبارت دیگر سالمندان با وابستگی عملکردی بالاتر، سوءرفتار روانشناختی بیشتری را تجربه کرده بودند (۵۰).

نتایج تحلیل مقایسه گروه‌های شناخته شده در پارامتر وضعیت بستری مجدد در بیمارستان در طی سال گذشته نیز روایی مستدلی را نشان داد. هنگامی که وضعیت بستری مجدد به عنوان تنها عامل تعیین وجود شواهد سوءرفتار نسبت به سالمندان بکار برده شد، تفاوت‌های آماری معنا داری بین گروه‌ها مشاهده شد. به بیان دیگر، سالمندانی که از سابقه بستری مجدد برخوردار بودند امتیاز بالاتری از پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان کسب نمودند. کوهن و همکاران (۲۰۰۶) نیز از روش مقایسه گروه‌های شناخته شده برای تعیین روائی سازه‌ی ابزار توسعه یافته شاخص‌های غربالگری سوءرفتار نسبت به سالمندان^۵ (E-IOA) استفاده نمودند، لکن، تفاوت آماری معنا دار بین گروه‌ها، فقط در پارامتر میزان آلبومین خون مشاهده شد (۴۰).

در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه طراحی شده، نشان دهنده همسانی درونی بالای عبارات ابزار میباشد که پایایی پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان را تأیید می‌نماید. نیل و همکاران (۱۹۹۱)، ریسن و نیمیش (۱۹۹۸) فولمر و همکاران (۲۰۰۰)، و کوهن و همکاران (۲۰۰۶) نیز از روش همسانی درونی برای تعیین پایایی ابزارهای خود استفاده نمودند (۳۹، ۴۹، ۵۱، ۵۲)؛ هر چند نیل و همکاران (۱۹۹۱)، همسانی درونی ابزار H-S/EAST را بسیار پایین (۰/۲۹) گزارش کردند (۴۹). شایان ذکر است که با توجه به همسانی درونی بالای پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان، امکان تقلیل عبارات پرسشنامه در مطالعات آتی وجود دارد که این امر ممکن است سبب سهولت بیشتر کاربرد پرسشنامه مذکور شود.

طردشدگی و عبارات بعد غفلت درسه حیطة غفلت عاطفی، غفلت مراقبتی و غفلت مالی طبقه‌بندی گردید. نتایج تحلیل عاملی نشان داد عبارات سه حیطة غفلت با عامل اول، هفتم و هشتم و عبارات عوامل دوم تا ششم به ترتیب با ابعاد سوءرفتار روان شناختی، سوءرفتار جسمی، سوءرفتار مالی، سلب اختیار و طردشدگی همخوانی دارد.

عبارات بعد سوءرفتار جنسی علی‌رغم موضوعیت جنسی، با عنایت به ماهیت عبارات مبنی بر تحمیل نظرات و تصمیم‌گیری به جای سالمند و نداشتن حق انتخاب در انجام فعالیت‌های جنسی در بعد سلب اختیار قرار گرفت. بنابراین با توجه به همخوانی عبارات در عوامل منتج از تحلیل عاملی با تعریف و ابعاد مفهوم سوءرفتار نسبت به سالمندان، روایی سازه ابزار با استفاده از تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت. نیل و همکاران (۱۹۹۱)، و کوهن و همکاران^۲ (۲۰۰۶) نیز از روش تحلیل عاملی برای تعیین روائی سازه‌ی ابزارهای بررسی سوءرفتار نسبت به سالمندان استفاده نمودند (۴۹، ۵۰). اما، با عنایت به تعاریف متفاوت مفهوم سوءرفتار نسبت به سالمندان در این تحقیقات تعداد و نامگذاری عوامل متفاوت بوده و هیچ یک از ابزارها توانایی تشخیص انواع مختلف سوءرفتار را ندارد. شایان ذکر است هیچ یک از ابزارهای موجود، مقیاس سلب اختیار، غفلت عاطفی و غفلت مالی را نمی‌سنجند.

در این پژوهش، برای بررسی روائی سازه‌ی پرسشنامه، علاوه بر تحلیل عاملی، از مقایسه گروه‌های شناخته شده نیز جهت پارامترهای وضعیت بستری مجدد در بیمارستان در طی سال گذشته و وضعیت عملکردی سالمندان استفاده گردید. نتایج تحلیل مقایسه گروه‌های شناخته شده در پارامتر وضعیت عملکردی روایی مستدلی را نشان داد. هنگامی که وضعیت عملکردی به عنوان تنها عامل تعیین وجود شواهد سوءرفتار نسبت به سالمندان بکار برده شد، تفاوت‌های آماری معنا داری بین گروه‌ها مشاهده شد. به بیان دیگر، سالمندانی که از وضعیت عملکردی بدتری برخوردار بودند امتیاز بالاتری را از پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان کسب نمودند.

3- Wang et al.

4- The Elders' Psychological Abuse Scale

5- Indicators of Abuse Screen

1- Neale et al.

2- Cohen et al.

ابزار بر اساس درک مفهوم سوءرفتار نزد سالمندان از طریق کاوش در تجربیات زیسته آنان با به کارگیری روش پژوهشی عمیق و کیفی، تبیین کلیه اشکال سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان، نمره گذاری (امتیازبندی) ساده، پایایی و روایی مناسب، و قابلیت بکارگیری درموقعیت‌های مختلف توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران، برای غربالگری و بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمند ابزاری مناسب است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از سالمندان شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین، ابراز می‌دارند.

پایایی پرسشنامه طراحی شده با شیوه آزمون مجدد نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده از دو بار اجرای آزمون به فاصله دو هفته، ثبات بالای پرسشنامه مذکور را نشان می‌دهد. وانگ و همکاران نیز جهت تعیین ثبات مقیاس سوءرفتار روانشناختی نسبت به سالمندان (EPAS) از روش آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته استفاده نمودند (۵۰).

نتیجه گیری

پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان در این پژوهش، بر اساس مفهوم سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان در متن فرهنگ ایرانی طراحی شد. به نظر می‌رسد این پرسشنامه با وجود ویژگی‌هایی نظیر طراحی



REFERENCES

منابع

1. Wolf RS. The nature and scope of elder abuse. *Generations* 2000; 24(2): 6-11.
2. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder abuse. *Journal of the American Medical Association* 1998; 280(5):428-432.
3. Schofield Mj, Mishra GD. Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: Women's Health Australia. *Quality of Life Research* 2004; 13: 1043-1052.
4. Krug EG, Dahlberg L L, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health 2002. Geneva: World Health Organization.
5. Newton JP. Abuse in the elderly: a perennial problem; *Gerontology* 2005; 22(1):1-2.
6. Buka P & Sookhoo D. Current legal responses to elder abuse. *International Journal of Older People Nursing* 2006; 1(4): 194-200.
۷. هروی کریموی م، انوشه م، معماریان ر. بررسی تأثیر برنامه مشاوره با خانواده در پیشگیری از سوءرفتار با زنان سالمند، دانشور ۱۳۷۹؛ ۷(۲۷): ۳۹-۴۶.
۸. هروی کریموی م، انوشه م، فروغان م، شیخی م ت، حاجی زاده الف، مداح م و همکاران. تبیین دیدگاه زنان سالمند پیرامون پدیده سوء رفتار نسبت به سالمندان؛ یک پژوهش پدیدار شناسی. فصلنامه پرستاری و مامایی (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) ۱۳۸۷، ۶۱(۱۸): ۲۸-۳۹.
۹. زندی ف، فدایی ف. بزه دیدگی سالمندان. مجموعه مقالات دومین کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران. تهران: انتشارات اندیشه کهن؛ ۱۳۸۶. صص. ۵۸۷-۵۷۱.
۱۰. منوچهری ه، قربی ب، حسینی م، نصیری اسکویی ن، کاریخش م. میزان و انواع سوء رفتار خانگی با سالمندان مراجعه کننده به پارکهای شهر تهران. فصلنامه پرستاری و مامایی (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) ۱۳۸۷؛ ۶۳(۱۸): ۳۹-۴۵.
۱۱. دلاور ب، امینی ا، بیضایی ه، نقوی م. بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور. مجموعه مقالات اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران. ج ۱. تهران: انتشارات بانوان نیکوکار؛ ۱۳۷۸. صص. ۷-۴۱.
12. Reis M Sc, Nahmiash D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist* 1998; 38(4): 471-480.
13. Boldy D, Horner B, Crouchley K, Davey M, Boylen S. Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing* 2005; 24(1): 3-8.
14. Subramanian SV. Towards the development of a time-efficient screening questionnaire for the outpatient detection of elder abuse: The creation of a 'Question List' for use by primary care physicians [Thesis]. New York Medical College; 1998.
15. Wolf R. Risk assessment instruments. National center on elder abuse newsletter 2000; [cited 2006 November 12]. Available From: <http://www.elderabusecenter.org/research/risk.html>.
16. Kimbell, A M. A psychometric study of items predicting decisions on allegations of elder abuse, neglect and exploitation [Dissertation]. Texas A&M University; 2003.
17. Meeks-Sjostrom D. A Comparison of Three Measures of Eider Abuse. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36(3), 247-250.
18. Fulmer T, Guadagno L, Dyer CB, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments more-detailed diagnostic assessments. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004; 52: 297-304.
19. Bonnie RJ, Wallace RB. Elder Mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America 2003; Washington DC: The National Academies Press; 2003.
20. Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998; 46(7): 885-888.
21. Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's health Australia; *The Gerontologist* 2003; 43(1): 110-120.
22. Steen K, Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. *Medical Science Monitor* 2004; 10(2): 75-79.
23. Wong C, Marr S. Factors Influencing Health-Care Professionals in Identifying and Managing Elder Abuse: A Preliminary Report *Geriatrics Today. Journal of the canadian geriatrics Society* 2002(Feb); 1-4.

REFERENCES

منابع

24. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia--a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*. 1995; 41(4): 276-83.
25. Coyne A, Reichman W, Berbig LJ. the relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 643-646.
26. Pain R. Theorising Age in Criminology: The Case of Home Abuse. *The British Criminology Conferences: Selected Proceedings*. Vol 2. Queens University, Belfast, 15-19 July 1997. This volume published March 1999. Editor: Mike Brogden. Available From: <http://www.britisoccrim.org/volume2/006.pdf> (22 November 2006).
27. Schneider Z, Elliot D, LoBiondo-Wood G, Beanland C, Haber J. *Nursing research: methods, critical appraisal and utilization*. 2nd ed. Sydney: Mosby-Elsevier; 2004.
28. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing research: methods, clinical appraisal, and utilization*. 6th Edition,. St. Louis: Mosby; 2006.
29. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Psychometric properties of a new health needs analysis tool designed for cardiac patients. *Public Health* 2005; 119(7): 590-8.
30. Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health related quality of life in obstructive sleep apnea. *European Respiratory Journal* 2002; 19(3): 499-503.
31. Juniper EF, Guyott GH, Streiner DL. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. *Journal of Clinical Epidemiology* 1997; 50(3): 233-238.
32. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 1975; 28: 563-575.
۳۳. یغمایی ف. اندازه‌گیری رفتار در پژوهش با ابزارهای معتبر و پایا. تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ۱۳۸۸.
34. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? *Appraisal and Recommendations*. *Research in Nursing & Health* 2007; 30: 459-467.
35. Hyrkas K, Schmidlechner KA, Oksa L; Validating on Instrument for Clinical Supervision using an Expert Panel. *International journal of nursing studies* 2003; 40(6):619-625.
36. Rubio DM, Berg-weger M, tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Social work research* 2003; 27(2): 94-104.
37. Patrick DL, Edwards TC, Topolski TD. Adolescent quality of life, Part II: initial validation of a new instrument. *Journal of Adolescence* 2002; 25: 287-300.
38. Munro BH. *Statistical methods for health care research*. 4th Edition, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005.
39. Kerlinger FN. *Foundations of behavioral research*. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1973.
40. Cohen M, Halevi-Levin S, Gaglin R, Friedman G. Development of a Screening Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers. *Journal of Aging and Health* 2006; 18: 660-285.
41. Bland JM, Atman DG. Statistic Note: Cronbach Alpha. *BMJ (Clinical research ed.)* 1997(7080); 314-572.
42. Fox DJ. *Fundamentals of Nursing Research*. 4th Edition. USA: Appleton-Century-Crofts; 1982.
43. Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2003.
44. Leung SF, Arthur D. The alcohol use disorder identification test (AUDIT): Validation of an instrument for enhancing nursing practice in Hong Kong. *International journal of nursing studies* 2000; 37(1): 57-64.
45. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden S J, Lazzara D J, et al. A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(2), 155-164.
46. de Boer MR, Moll AC, de Vet HC, Terwee CB, Vo'iker-Dieben HJ, van Rens GH. Psychometric properties of vision-related quality of life questionnaires: a systematic review. *Ophthalmic and Physiological Optic* 2004; 24:257-273.
47. Knapp TR, Brown JK. Ten measurement commandments that often broken. *Research in Nursing & Health*. 1995; 18(5):465-9.
۴۸. فروغان م، جعفری ز، شیرین بیان پ، قائم مقام فراهانی ض، رهگذر م. هنجاریابی نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی و تعیین همبستگی آن با آزمون معاینه مختصر وضعیت شناختی در سالمندان ایرانی. مجموعه مقالات سومین کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۶. ص. ۳۶.
49. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology* 1991; 10(4); 406-418.
50. Wang JJ, Tseng HF, Chen KM. Development and Testing of Screening Indicators for Psychological Abuse of Older People. *Archives of Psychiatric Nursing* 2007; 21(1): 40-47.
51. Reis M Sc, Nahmiash D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist* 1998; 38(4): 471-480.
52. Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 2000; 216(5): 436-443.