

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۵، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۳

طراحی و روانسنجی ابزار بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان

هومان منوچهری^۱، منوچهر شیرازی*^۱، منصوره زاغری تفرشی^۲، فرید زایری^۳

۱. استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان شهید بهشتی
۲. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، شعبه بین الملل.
۳. استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴. دانشیار گروه آمار حیاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۱۱

تاریخ بازبینی: ۹۳/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت بررسی درد مزمن در سالمندان، دسترسی به ابزاری دقیق جهت بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان برای مدیریت درد مزمن، ضروری است. بدین جهت، این مطالعه با هدف طراحی و روانسنجی ابزاری جهت بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه ترکیبی است که به منظور طراحی و روانسنجی ابزاری جهت بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان، در طی ۳ مرحله انجام گرفت. در مرحله اول با استفاده از روش نظریه مبنایی مفهوم پذیرش درد مزمن در سالمندان براساس نظرات ۳۰ سالمند مبتلا به درد مزمن، ۳ نفر از همراهان آنها و ۲۹ نفر از اعضاء گروه درمانی که براساس نمونه‌گیری هدفمند و نظری در مطالعه شرکت نموده بودند، تبیین گردید. در مرحله دوم، عبارات پرسش‌نامه با استفاده از نتایج بخش کیفی مطالعه، همچنین بررسی متون معتبر و مرتبط با موضوع پژوهش، تدوین گردید، و در مرحله سوم نیز که یک مطالعه روش شناختی است ویژگی‌های روانسنجی پرسش‌نامه با استفاده از روائی‌های صوری، محتوا و سازه، همچنین پایایی همسانی درونی و ثبات، تعیین گردید.

یافته‌ها: در طی مرحله اول پژوهش، مفهوم پذیرش درد مزمن در سالمندان تبیین گردید. براساس نظرات شرکت‌کنندگان در بخش کیفی این مطالعه، پذیرش درد به معنی باور داشتن درد، محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن بوده که به فرد در جهت تلاش برای کنترل درد، کمک می‌نماید. در مرحله دوم عبارات اولیه ابزار که شامل ۳۸ عبارت بود، تدوین گردید در طی مرحله سوم این پژوهش، به ترتیب روائی صوری و محتوا به صورت کیفی و کمی (میانگین‌های نسبت اعتبار محتوا، ۰/۹۴ و شاخص اعتبار محتوا، ۰/۹۲ بودند)، انجام شد. در ادامه روائی سازه به وسیله تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد که عبارات ابزار به ۷ عدد کاهش پیدا نمود و دو عامل برای عبارات ابزار حاصل گردید که به ترتیب در عامل اول (آگاهی در مورد درد) شامل ۲ عبارات و عامل دوم (تلاش برای کاهش درد) دارای ۵ عبارت، قرار گرفتند. در پایان نیز، پایایی آن نیز با استفاده از روش‌های همسانی درونی ($\alpha=0/83$) و ثبات از طریق آزمون مجدد (۰/۸۵) تعیین گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به طراحی، روائی و پایایی مناسب ابزار بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان، استفاده از آن به منظور بررسی پذیرش درد مزمن و مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندان، برای اعضاء گروه درمانی و پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: طراحی ابزار، روانسنجی، پذیرش درد مزمن، سالمندی.

نویسنده مسئول: منوچهر شیرازی، دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهید بهشتی، شعبه بین‌الملل ایمیل: Manouchehr_Shirazi@yahoo.com

مقدمه

درد پدیده‌ای چند بعدی است که دارای اجزاء جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و به‌واقع، نوعی تجربه ناخوشایند حسی و روحی بوده که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه در ارتباط است و به‌وسیله یک سری از واژه‌ها از طرف افرادی که آن را تجربه می‌کنند بیان می‌گردد. یکی از انواع مهم درد، نوع مزمن آن است. درد مزمن دردی است که مدت زمان بهبودی آن بیش از ۳ ماه به‌طول انجامد. در واقع، این نوع درد، مقاوم به درمان بوده و مدت زمان بهبودی آن طولانی‌تر از زمان مورد انتظار است^(۱). دردهای مزمن به‌عنوان یکی از مهمترین معضلات پزشکی در تمام جهان مطرح بوده و سالیانه میلیون‌ها نفر از افراد بشر به آن گرفتارند، ولی درمان مناسبی دریافت نمی‌کنند^(۲-۳). این نوع درد ممکن است گروه‌های سنی مختلف از جمله سالمندان را مبتلا سازد. پدیده سالمندی روندی طبیعی است که از زمان حیات جنین شروع و تا مرگ ادامه می‌یابد و به تغییرات فیزیولوژیکی طبیعی و پیش‌رونده غیرقابل برگشتی اطلاق می‌گردد که در طول زندگی هر فردی رخ می‌دهد که اغلب با تغییرات مشخص در سلامت و نیازهای تغذیه‌ای همراه است^(۴). سالمندی به سنین بالاتر از ۶۰ سال اطلاق می‌گردد^(۵-۶). در همین رابطه، با توجه به افزایش میزان امید به زندگی در قرن بیست و یکم، افراد نسبت به ۳۰ سال گذشته بیشتر عمر می‌کنند، به صورتی که تا سال ۲۰۵۰ میلادی، جمعیت سالمندان دو میلیارد نفر خواهد بود و بیشتر آنها در نواحی شهری زندگی می‌کنند^(۷-۸). در ایران نیز پیش‌بینی شده که تا سال ۱۳۹۸، جمعیت سالمندان به حدود ۱۰ میلیون نفر برسد^(۹).

عدم مدیریت درد مزمن شرایط جسمی و روحی سالمند را تحت تأثیر خود قرار داده، کیفیت زندگی سالمند و خانواده را کاهش داده و از طرف دیگر، به‌همراه ناتوانی‌های جسمی و روان‌شناختی حاصله، هزینه چشم‌گیری را بر منابع اقتصادی کشورها، سیستم‌های درمانی و بیمه‌ها تحمیل می‌نماید^(۱۰-۱۳). هزینه اقتصادی ناشی از درد مزمن به تنهایی از مجموع هزینه ناشی از بیماری‌های قلبی، سرطان و ایدز بیشتر بوده و بالغ بر ۲۰۰ میلیارد یورو در اروپا و ۶۳۵ میلیارد دلار در ایالات متحده

آمریکا در سال ۲۰۰۸ برآورد شده‌است. علاوه بر هزینه‌های پزشکی مستقیمی که به‌وسیله درد مزمن ایجاد می‌گردد، هزینه‌های غیرمستقیمی نیز همچون عوارض اقدامات درمانی، تعداد روزهایی که فرد قادر به کار کردن نیست، محدودیت‌های حرکتی، مفید و مؤثر نبودن، اختلالات عملکردی، ناتوانی‌های ناشی از درد و جبران این ناتوانی‌ها بر فرد و جامعه تحمیل می‌گردد^(۱۴-۱۵). در ایران نیز این نوع درد در میان سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان شایع می‌باشد. در میان سالمندانی که از درد مزمن رنج می‌برند، این نوع درد به‌طور معنی‌داری با افسردگی و کاهش کیفیت زندگی همراه است^(۱۶).

امروزه، یکی از مفاهیم با ارزش و مهم در تئوری‌های معاصر پیرامون چگونگی واکنش و سازگاری فرد با درد مزمن، پذیرش درد است^(۱۷). در واقع، پذیرش درد اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتی که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه دهد و در عین حال، برای کنترل درد نیز تلاش کند^(۱۸). به علاوه، به‌دنبال پذیرش درد، فرد اقدامات غیر مؤثر برای کاهش درد را متوقف نموده و به جای آن بر مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند و پیگیری اهداف مناسب شخصی خود تمرکز می‌کند و در نتیجه، عملکرد روانی و جسمی مناسب‌تری خواهد داشت^(۱۹). در همین زمینه، مطالعات متعددی از نقش پذیرش درد در کارکرد روزانه افراد مبتلا به دردهای مزمن، حمایت می‌کنند. به صورتی که، پذیرش درد با تجربه درد، مشکلات روان‌شناختی و ناتوانایی‌های جسمانی کمتر و بهزیستی روان‌شناختی بیشتر ارتباط دارد^(۲۰). به علاوه، پذیرش بیشتر درد با کارکرد اجتماعی، جسمی و روان‌شناختی بهتری همراه است^(۲۱). از طرف دیگر، سطح پذیرش درد می‌تواند علاوه بر پیش‌بینی میزان تداخل درد در زندگی روزانه و سطح سلامت جسمی و روان‌شناختی، شدت درد را نیز، پیش‌بینی نماید^(۲۲).

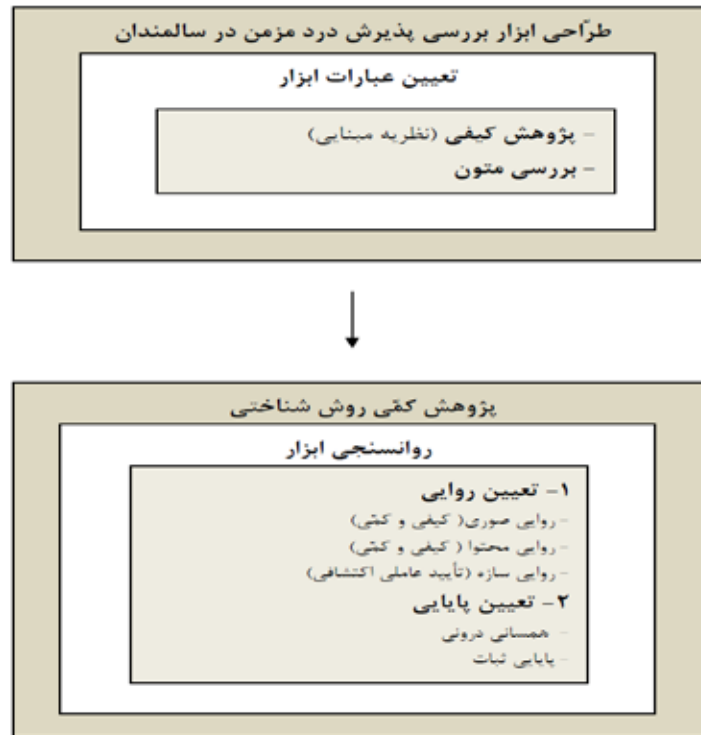
کمپل و کرامب (۲۰۰۸) نیز معتقدند که تفاوت اصلی بین افرادی که دسترسی محدود به خدمات بهداشتی دارند و افرادی که دسترسی مناسب‌تری به این تسهیلات دارند، پذیرش و سازگاری بهتر با درد است^(۲۳). به‌عبارت دیگر، یکی از عوامل مهم در ایجاد تفاوت‌های فردی برای مقابله

مدیریت این درد هموار شده و مراحل بعدی آن با سهولت و موفقیت طی می‌گردد. بدین جهت این پژوهش با هدف طراحی و روانسنجی یک ابزار مناسب برای بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه که بخشی از یک پژوهش بزرگتری است که با استفاده از روش ترکیبی متوالی در سال ۱۳۹۳ و در شهر اهواز انجام شده است، در این پژوهش، ابزار بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان، در طی سه مرحله و به ترتیب زیر طراحی و روانسنجی شد (شکل ۱).

با درد، پذیرش درد است^(۲۴). به صورتی که، پذیرش درد بر میزان ناتوانی ادراک شده در بیماران درد مزمن مؤثر بوده، بنابراین جهت به حداقل رساندن ناتوانی، علاوه بر کاهش شدت درد، می‌توان استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر افزایش میزان پذیرش درد مزمن را، پیشنهاد نمود^(۲۵). در همین رابطه، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بیمارانی که از سطوح پذیرش درد بالاتری برخوردار هستند، سازگاری بیشتری با درد مزمن داشته و از طرف دیگر شدت افسردگی، اضطراب و استیصال کمتری را نیز گزارش می‌کنند^(۲۶). از این رو، در فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان، چنانچه این درد و ماهیت آن به‌خوبی درک شده و پذیرفته شود، راه برای



شکل ۱: مراحل طراحی ابزار بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان

یادآور نویسی شروع شد و سپس به صورت نمونه‌گیری نظری تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت. در نمونه‌گیری نظری انتخاب هر نمونه بستگی به داده‌های جمع‌آوری شده از نمونه یا نمونه‌های قبلی دارد^(۲۷). شرکت‌کنندگان در این مرحله شامل ۳۰ سالمند بالای ۶۰ سال، سه نفر از همراهان آنها و ۲۹

در مرحله نخست به منظور طراحی و تعیین عبارات ابزار فوق، مفهوم پذیرش درد مزمن در سالمندان با استفاده از یک مطالعه کیفی و با رویکرد نظریه منبایی در میان شرکت‌کنندگان در پژوهش تبیین گردید. جمع‌آوری اطلاعات به صورت مبتنی بر هدف و با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته، مشاهده و

با زبان محاوره‌ای مشارکت‌کنندگان و به صورت کلمه به کلمه از نوار دیجیتالی دست‌نویس گردیده و بر روی فایل نوشتاری دیجیتالی رایانه‌ای نوشته شد و متن آنها چندین بار خوانده شد تا درک کلی از آنها به دست آید و بلافاصله با استفاده از نرم‌افزار تحلیل کیفی مکس کیودی نسخه ۱۰، سازماندهی و تحلیل شد. در مشاهدات انجام شده، عکس‌العمل‌های غیرکلامی و برخوردها و ارتباطات مشارکت‌کنندگان در هنگام مصاحبه مورد بررسی قرار گرفته و بلافاصله پس از پایان مصاحبه ثبت شده و با استفاده از نرم‌افزار فوق مورد تحلیل قرار گرفت. همه مصاحبه‌ها و مشاهدات توسط یک پژوهشگر انجام شد. در مرحله دوم، براساس مفاهیم به دست آمده از مرحله اول پژوهش و با استفاده از شیوه کیفی جمع‌آوری داده‌ها و مطالعه‌ی وسیع منابع معتبر علمی در زمینه پذیرش درد مزمن که شامل مقالات و کتب مرتبط با موضوع پژوهش و همچنین، پرسش‌نامه‌ها و ابزارهای مربوط به پذیرش درد مزمن در سالمندان بودند، نیز استفاده گردید و عبارات اولیه پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن در سالمندان که شامل ۳۸ عبارت بود، استخراج گردید (جدول ۱) در همین زمینه لاش و همکاران (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که می‌توان از داده‌های به دست آمده از مطالعات کیفی به منظور طراحی ابزاری کمی، برای سنجش مفهوم مورد نظر استفاده نمود به صورتی که یکی از شیوه‌های مناسب برای طراحی ابزارهای خودگزارشی، استفاده از تحقیق به شیوه نظریه مبنایی است. به علاوه، تشکیل عبارات یک ابزار، نیازمند انجام مطالعه وسیع، جامع و گسترده است^(۳۰).

نفر از اعضای گروه درمانی مرتبط با مدیریت درد مزمن در سالمندان بودند (جدول ۲). معیارهای انتخاب سالمندان شرکت‌کننده در این مرحله از پژوهش شامل داشتن سن ۶۰ سال یا بالاتر، داشتن تجربه درد مزمن غیرسرطانی، برخورداری از هوشیاری کامل، داشتن تمایل به بیان احساسات درونی خود نسبت به مفهوم مورد تحقیق، توانایی گفتگو به زبان فارسی، دارا بودن ثبات روانی لازم برای انتقال تجربیات خود، عدم ابتلا به اختلالات شناختی با کسب نمره شش یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی^(۳۸)، عدم ابتلاء به بیماری تأیید شده روانی، نابینایی و ناشنوایی براساس تشخیص پزشک معالج بود. معیارهای انتخاب سایر شرکت‌کنندگان شامل برخورداری از اطلاعات مناسب در رابطه با موضوع پژوهش برای همراهان سالمندان و اعضای گروه درمانی و همچنین، تمایل به بازگویی این اطلاعات در تمامی شرکت‌کنندگان بود. در رابطه با مدت زمان مصاحبه‌ها گیل و همکاران توصیه می‌کنند که زمان مصاحبه‌ها بین ۲۰ تا ۶۰ دقیقه باشد، اما با وجود آن تجربه نشان می‌دهد که مدت مصاحبه به موضوع، محقق و مصاحبه شونده بستگی دارد^(۳۹). در این پژوهش نیز مدت زمان مصاحبه‌ها 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. هنگام تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، به منظور کسب اطمینان از رعایت امانت در انتقال گفتار مشارکت‌کنندگان، جملات عیناً

جدول ۱: نمونه‌ای از فرآیند تعیین عبارات پرسش‌نامه به صورت ذیل می‌باشد:

سازه	کد	نظرات و تجربیات شرکت‌کنندگان در پژوهش
پذیرش درد	آگاهی از بیماری و درد و نحوه مقابله با آن	“... الان ۶۱ ساله که آرتروز گردن دارم، شروع دردم زمانیه که مثلاً دارم سبزی پاک می‌کنم اول تو مهره‌های گردنم یک احساس دارم و مثل این که سوزن می‌ره داخل گردنم و یک درد داغ و تیز دارم که می‌دونم باید کارام را همون لحظه قطع کنم. دیگه می‌دونم دردم چیه، بیماریم چیه، چکارش باید کنم که دردم کمتر بشه...”
عبارت طراحی شده: از نوع بیماری و دردم آگاهم.		

طیف ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است و ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. در همین رابطه، براساس جدول لاوشه عباراتی که نسبت روائی محتوا آنها برابر و یا بیشتر از ۰/۶۲ (براساس ارزیابی ۱۰ متخصص) بود، معنی‌دار ($P < 0/05$) ارزیابی شده، حفظ گردید^(۳۴).

به‌منظور تعیین شاخص روائی محتوا، با استفاده از روش پیشنهاد شده توسط والتس و باسل، از نظرات ۱۰ نفر متخصصان (متفاوت از مراحل قبل) در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی براساس معیارهای میزان مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن برای هر یک از عبارات موجود در پرسش‌نامه، استفاده گردید. در این بخش عباراتی با ۰/۷۵ نمره و بیش از آن حفظ شده و عبارات کمتر از آن حذف شدند. در مرحله بعد، براساس میانگین نسبت و شاخص روائی محتوا پرسش‌نامه محاسبه گردید. در همین رابطه پولیت و بک نمره ۰/۹۰ و بالاتر را برای پذیرش توصیه نموده‌اند^(۳۵).

برای تعیین روائی سازه، با توجه به این که تحلیل عاملی یکی از روش‌های بسیار مهم در طراحی ابزارهای جدید محسوب می‌شود^(۳۶). از روش تحلیل عاملی تأییدی (اکتشافی) به‌وسیله آزمون‌های شاخص نمونه‌گیری کایزر مایر الکین، کرویت بارتلت، تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی، نمودار شن‌ریزه و دوران واریماکس به‌منظور کشف طبقاتی از متغیرها که دارای بیشترین ارتباط با یکدیگر بودند، استفاده گردید^(۳۷).

تعداد نمونه مورد نیاز جهت انجام تحلیل عاملی از نظر پژوهشگران مختلف متفاوت است. تعداد نمونه توصیه شده جهت انجام تحلیل، ۱۰-۵ نمونه به‌ازای هر عبارت ابزار می‌باشد. برخی از صاحب‌نظران، حتی تعداد ۳ نمونه را به‌ازای هر عبارت ابزار به‌شرط درصد واریانس بیان شده و مقدار بارعاملی بیشتر از ۰/۸ کافی تلقی می‌نمایند^(۳۶)، که در این پژوهش نیز تعداد ۵ نمونه به‌ازای هر عبارت ابزار و به‌صورت تصادفی. چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند. بدین ترتیب که، شهر اهواز براساس تقسیم‌بندی شهرداری به ۸ منطقه و هر منطقه به دو خوشه تقسیم شد. از هر منطقه یک خوشه به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. در ادامه از هر خوشه ۲۵ نمونه سالمند زن و مرد مبتلا به درد مزمن غیر بدخیم به‌صورت تصادفی،

در مرحله سوم به‌منظور انجام روان‌سنجی ابزار فوق، روائی و پایایی آن تعیین گردید. جهت تعیین روائی آن از روائی صوری، محتوا و سازه استفاده گردید. در همین رابطه ابتدا روائی صوری با استفاده از دو روش کیفی و کمی بررسی شد، زیرا در صورت نیاز به تغییر جملات و عبارات، ممکن بود اعتبار کل ابزار تغییر نماید^(۳۱).

برای تعیین کیفی روائی صوری ۱۰ نفر از سالمندان به‌صورت چهره‌به‌چهره در رابطه با سطح دشواری، میزان تناسب و ابهام در مورد کلمات، عبارات و جملات ابزار مصاحبه شد. پس از اصلاح موارد براساس نظر سالمندان، در گام بعدی جهت تعیین کمی روائی صوری از روش کمی تأثیر آیتم، استفاده گردید. در همین زمینه به‌منظور کاهش، حذف عبارت نامناسب و همچنین تعیین اهمیت هر یک از عبارات از نظرات ۱۰ سالمند مبتلا به درد مزمن که به‌صورت تصادفی انتخاب شده بودند و همچنین از نظرات ۱۰ نفر افراد صاحب‌نظر در زمینه طراحی ابزار، متخصصین در زمینه سالمندی، بیهوشی، فیزیوتراپی و پرستاری استفاده گردید. در روش تأثیر آیتم در صورتی که نمره تأثیر هر عبارت مساوی یا بیشتر از ۱/۵ باشد، عبارت برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده‌شده، حفظ گردید^(۳۳-۳۲). به‌منظور اطمینان از شیوه صحیح نگارش و جمله‌بندی منطقی برای نوشتن عبارات پرسش‌نامه، عبارات توسط گروه تحقیق چندبار بازخوانی و نظرات ایشان اعمال شد و سپس توسط دو متخصص در زمینه ادبیا فارسی مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفت.

برای تعیین روائی محتوا نیز از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در همین رابطه ابتدا روائی کیفی محتوا با استفاده از نظرات ۱۰ نفر افراد صاحب‌نظر در زمینه طراحی ابزار، متخصصین در زمینه سالمندی، بیهوشی، فیزیوتراپی و همچنین پرستاری براساس معیارهای رعایت دستور زبان فارسی، استفاده از واژه‌های مناسب، ضرورت، اهمیت، قرارگیری عبارات در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب، تعیین گردید. در ادامه روائی کمی محتوا با استفاده از تعیین نسبت و شاخص روائی محتوا، بررسی گردید. برای تعیین نسبت روائی محتوا از ۱۰ نفر از متخصصان (متفاوت از متخصصان مرحله قبل) درخواست شد تا هر عبارت را براساس

تا در هر مرحله‌ای از مطالعه خارج گردند. به‌علاوه، اطلاعات خصوصی افراد محرمانه نگاه داشته شد و در پایان هر مصاحبه از شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به‌عمل آمد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در طی مرحله اول پژوهش که به‌صورت کیفی انجام شد شامل ۳۰ سالمند بالای ۶۰ سال، سه نفر از همراهان آنها و ۲۹ نفر از اعضای گروه درمانی مرتبط با مدیریت درد مزمن در سالمندان بودند. اعضای گروه درمانی دارای تخصص‌های مختلف با سوابق کاری متفاوتی بودند (جدول ۲).

همان‌طور که نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد، دامنه‌ی سابقه کاری اعضای گروه درمانی بین ۱ تا ۰ سال با میانگین ۱۶ سال بود که ۱۳ نفر آنها، زن و ۱۶ نفر مرد بودند، که تخصص‌های مختلف با سوابق کاری متفاوتی داشتند.

در طی مرحله اول پژوهش مفهوم پذیرش درد مزمن در سالمندان تبیین و جنبه‌های مختلف آن آشکار گردید. براساس نظرات شرکت‌کنندگان در بخش کیفی این مطالعه، پذیرش درد به‌معنی باور داشتن درد و محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن بوده که به فرد در جهت تلاش برای کنترل درد کمک می‌نماید. در مرحله دوم عبارات اولیه ابزار که شامل ۵۴ عبارت بود، و هر یک به‌صورت مناسبی، جنبه‌ای از مفهوم بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان را پوشش می‌داد تدوین گردید. در پایان این بخش، گویه‌های استخراج شده مورد بررسی قرار گرفته و عبارات دارای مفاهیم مشابه، ادغام شدند به صورتی که عبارات ابزار اولیه به ۳۸ عبارت تقلیل پیدا نمود.

در مرحله سوم پژوهش که روانسنجی ابزار فوق انجام شد، ۶ عبارت ابزار به‌علت کسب نمره تأثیر کمتر از مقدار ۱/۵، ۹ عبارت در بررسی کیفی محتوا براساس نظرات ارائه شده صاحب‌نظران، ۵ عبارت به‌علت کسب میزان عددی CVR کمتر از ۰/۶۲ و ۴ عبارت به‌دلیل کسب نمره CVI کمتر از ۰/۷۵ حذف گردیدند. بنابراین، عبارات پرسش‌نامه به ۱۴ عبارت تقلیل یافت. در ادامه، متوسط نسبت و شاخص روائی محتوا ابزار نیز اندازه‌گیری گردید که ۰/۹۴ و ۰/۹۲ بود.

به‌عنوان نمونه انتخاب شده و در پژوهش شرکت نمودند. که با توجه به حضور پژوهشگر در کنار نمونه‌های فوق هنگام تکمیل پرسش‌نامه‌ها، میزان پاسخ‌دهی ۱۰۰ درصد بوده‌است. در همین رابطه پس از استخراج عوامل و عبارات مربوط به آن، حداقل برای حفظ هر عبارت، نقطه عطف ۰/۵ در نظر گرفته شد. در ادامه میزان هم‌خوانی این عوامل با مفهوم بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان و حیطه‌های اصلی آن بررسی گردید. در انتها، برای تعیین پایایی ابزار از دو شیوه هم‌سانی درونی و ثبات استفاده گردید، هم‌سانی درونی ابزار در یک نمونه ۳۰ نفری از سالمندان که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند با استفاده از اندازه‌گیری آلفای کرونباخ تعیین گردید. آلفای کرونباخ معرف میزان تناسب گروهی از آیت‌هاست که یک سازه را می‌سنجند. میزان آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ قابل قبول خواهد بود^(۳۸). برای تعیین پایایی ثبات ابزار نیز از روش بررسی آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته استفاده گردید و نمرات کسب شده در این دو مرحله با استفاده از شاخص همبستگی درون خوشه‌ای با هم مقایسه شدند. قابل قبول‌ترین آزمون آماری، برای محاسبه میزان پایایی (ثبات)، آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای است. چنانچه این شاخص بالاتر از ۰/۸۰ باشد، میزان ثبات مطلوب است^(۳۹).

در این پژوهش تمامی نکات اخلاقی رعایت گردید به‌صورتی که، پس از دریافت معرفی‌نامه کتبی از شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مجوز لازم برای انجام پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و بهزیستی استان خوزستان اخذ گردید. در ادامه و در بخش کیفی تحقیق، پژوهشگر هدف از انجام تحقیق را برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده و مجوز لازم را به رؤیت آنها رساند. سپس مصاحبه و ضبط آن با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان انجام گرفت و از آنها رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی اخذ شد، در تمامی مصاحبه‌ها، اسامی مشارکت‌کنندگان حذف گردید و به‌جای آن از حروف رمز استفاده شد. در طی مراحل تحقیق به ارزش‌ها و تصمیمات شرکت‌کنندگان در پژوهش احترام گذاشته شد. همچنین رازداری و آزادی مشارکت‌کنندگان برای شرکت یا خروج از تحقیق رعایت شد و آنان حق داشتند

جدول ۲: نوع تخصص، وضعیت سابقه و مدرک تحصیلی کادر درمانی شرکت‌کننده در پژوهش

میانگین سابقه	دامنه سابقه	مدرک تحصیلی	تعداد	نوع تخصص
۱۷	۱۳-۲۲	کارشناس(۲)، کارشناس ارشد(۱)	۳	پرستار
۱۸	۱۵-۲۰	دکتر	۳	پزشک عمومی دارای ام پی اچ سالمندی
۱۳	۱-۲۵	دکتر-عضو هیات علمی	۲	ارتوپد
۱۵	۱۵	دکتر-عضو هیات علمی	۱	جراح مغز و اعصاب
۱۶	۱۵-۱۷	دکتر-عضو هیات علمی	۲	بیهوشی
۲۰	۱۵-۲۵	دکتر-عضو هیات علمی	۲	نرولوژی
۲۸	۲۵-۳۰	دکتر-عضو هیات علمی	۲	فارماکولوژیست
۱۱	۱۰-۱۱	دکتر-عضو هیات علمی	۲	روانپزشک
۵	۱-۷	کارشناس(۱)، کارشناس ارشد(۱) دکتر-عضو هیات علمی (۱)	۳	روانشناس
۲۲	۲۰-۲۵	دکتر-عضو هیات علمی	۳	تغذیه
۲۰	۱۰-۲۸	کارشناس ارشد(۲)، دکتر-عضو هیات علمی (۱)	۳	فیزیوتراپ
۱۴	۱۴	دکتر-عضو هیات علمی	۱	توانبخشی
۶	۱۲	کارشناس	۲	مددکار اجتماعی

جدول ۳: تعداد سئوال‌ات حذف شده در طی روایی صوری (نمرات تأثیر آیتیم) و روایی محتوا (نسبت و شاخص روایی محتوا) و اعتبار سازه اکتشافی برای عبارات پرسش‌نامه بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان (عبارات ابزار اولیه ۳۸ بوده‌است)

شاخص‌های روانسنجی	تعداد سئوال‌ات حذف شده	تعداد سئوال‌ات باقی مانده
روایی صوری کمی	۶	۳۲
روایی کیفی محتوا	۹	۲۳
نسبت روایی محتوا	۵	۱۸
شاخص روایی محتوا	۴	۱۴
اعتبار سازه اکتشافی	۷	۷

به‌منظور تعیین روایی سازه ابزار، تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۱۴ عبارت انجام شد. در همین رابطه، مقدار آزمون کایزر- مایر- الکین ۰/۸۱ حاصل گردید، همچنین آزمون کرویت بارتلت با میزان ۴۷۲/۷۶۷ در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود که بیانگر اجرای قابل قبول تحلیل عاملی با توجه به ماتریس همبستگی به‌دست آمده در نمونه مورد مطالعه بود(جدول ۴).

کسب بار عاملی کمتر از ۰/۵ حذف شده و ۷ گویه دیگر باقی ماندند.

داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهند که دو عامل دارای مقادیر بالاتر از یک هستند. بنابراین، از مجموع ۷ گویه، می‌توان دو عامل ساخت (آنها را به دو عامل تقلیل داد). سایر عامل‌ها با مقادیر ویژه کمتر از یک حذف شدند. نتایج نشان داد بیشترین درصد واریانس کل (۶۳ درصد) توسط ۲ عامل اول و باقی‌مانده درصد واریانس کل (۳۷ درصد) توسط ۵ عامل باقی‌مانده تبیین می‌گردد. به عبارت دیگر، تحلیل عاملی، ۲ عامل با ارزش ویژه بالای یک را مشخص نمود (نمودار ۲) که در مجموع، ۶۳ درصد واریانس را تبیین نمود. بدین ترتیب ۳۶/۵۷ درصد واریانس مشترک، توسط عامل نخست، و ۲۶/۷۹ درصد توسط عامل دوم، تبیین می‌شود. بنابراین گروه تحقیق اقدام به دسته‌بندی عبارات با توجه به میزان همبستگی با یکدیگر و دانش نظری موجود نمودند. بدین ترتیب در عامل اول (آگاهی در مورد درد) شامل ۲ عبارات^(۱-۲) و عامل دوم (تلاش برای کاهش درد) دارای ۵ عبارت^(۳-۷)، قرار گرفتند (جدول ۵).

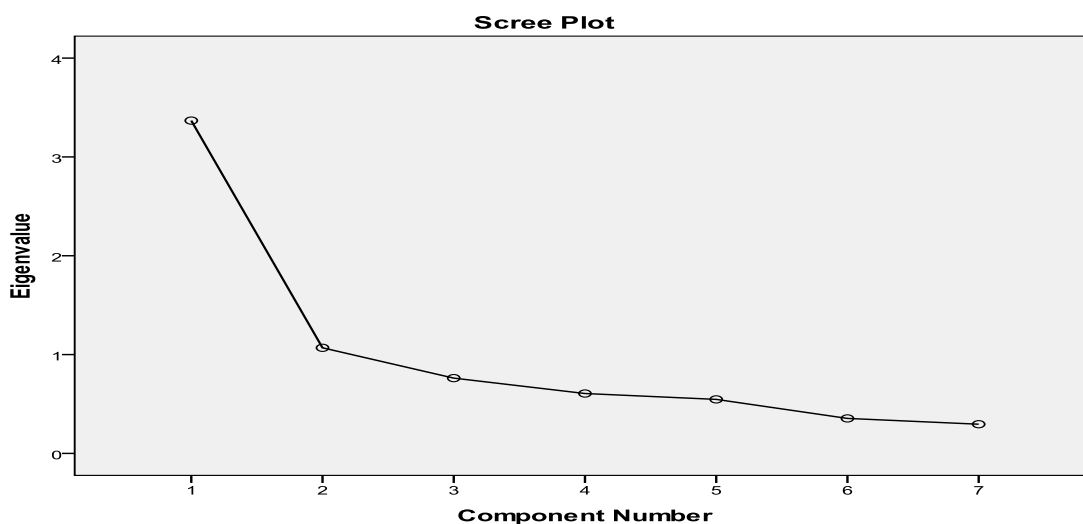
جدول ۴: نتایج آزمون KMO و آزمون کرویت بارتلت، جهت گویه‌های مربوط به پرسش‌نامه بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان

نتیجه	نام آزمون	
۰/۸۱	شاخص کفایت نمونه‌گیری	
۴۷۲/۷۶۷	تخمین کای اسکور	آزمون کرویت بارتلت
۲۱	درجه آزادی	
<۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری	

به منظور استخراج عوامل در این پژوهش از شیوه تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی و جهت تعیین تعداد عوامل از روش ارزش ویژه استفاده گردید. با توجه به این که نقطه عطف ۰/۵ به عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز برای حفظ هر عبارت در عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی، در نظر گرفته شد، از مجموع ۱۴ گویه‌ای که به منظور تعیین روایی سازه پرسش‌نامه بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان بررسی شدند، ۷ گویه به دلیل

جدول ۵: جدول عامل‌ها، پس از چرخش واریماکس در پرسش‌نامه بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان

عامل‌ها		گویه‌ها
آگاهی در مورد درد	تلاش برای کاهش درد	
۰/۶۲		۱- از نوع بیماری و دردم آگاهم.
۰/۸۳		۲- امکان کاهش دردم وجود دارد.
۰/۵۰		۳- از انجام کارها و شرایطی که باعث تشدید دردم می‌شوند، خودداری می‌کنم.
۰/۶۴		۴- از توانایی‌هایم برای مقابله با درد استفاده می‌کنم.
۰/۷۷		۵- از بروز درد پیشگیری می‌کنم.
۰/۷۸		۶- توانسته‌ام دردم را کاهش دهم.
۰/۷۹		۷- اقدامات درمانی توصیه شده را پیگیری می‌کنم.



نمودار ۲ (نمودار سنگ‌ریزه): نتایج جدول ۵ مبنی بر تعداد مناسب عامل‌ها را به صورت تصویری نشان می‌دهد. به علاوه، از طریق این نمودار می‌توان مناسب بودن انتخاب ارزش ویژه یک را مشاهده نمود.

فاصله زمانی دو هفته استفاده گردید و نمرات کسب شده در این دو مرحله با استفاده از شاخص همبستگی درون خوشه‌ای با هم مقایسه شدند. قابل قبول‌ترین آزمون آماری، برای محاسبه میزان پایایی (ثبات)، آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای است. چنانچه این شاخص بالاتر از ۰/۸۰ باشد، میزان ثبات مطلوب است^(۳۹). نتایج نشان داد بین نمرات آزمون اول و دوم توافق معنی‌داری ($P < 0/001$) وجود دارد که تأیید کننده تکرارپذیری زیر مقیاس‌ها و کل پرسش‌نامه بوده و بیانگر ثبات بالا در ابزار بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان بود (جدول ۶).

در انتها، برای تعیین پایایی ابزار از دو شیوه هم‌سانی درونی و ثبات استفاده گردید، هم‌سانی درونی ابزار در یک نمونه ۳۰ نفری از سالمندان که به صورت تصادفی انتخاب شدند با استفاده از اندازه‌گیری آلفای کرونباخ، تعیین گردید. آلفای کرونباخ معرف میزان تناسب گروهی از آیتم هاست که یک سازه را می‌سنجند. میزان آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ قابل قبول خواهد بود^(۳۸). حداکثر آلفای کرونباخ برای حذف عبارات ۰/۷۰ بود، بنابراین در این مرحله هیچ عبارتی حذف نشد (جدول ۳). برای تعیین پایایی ثبات ابزار نیز از روش بررسی آزمون مجدد با

جدول ۶: نتایج سنجش هم‌سانی درونی ابزار بررسی آسیب‌پذیری ناشی از درد مزمن در سالمندان

حیطه‌ها	تعداد و شماره عبارات	ضریب آلفای کرونباخ	ICC	احتمال معنی‌داری
عامل اول: آگاهی در مورد درد	۲ (۱-۲)	۰/۷۶	۰/۷۶	$P < 0/001$
عامل دوم: تلاش برای کاهش درد	۵ (۳-۷)	۰/۸۴	۰/۸۰	$P < 0/001$
کل ابزار	۷ (۱-۷)	۰/۸۳	۰/۸۵	$P < 0/001$

بحث

ابزار پذیرش درد مزمن در سالمندان با هدف سنجش میزان پذیرش درد مزمن غیر بدخیم در سالمندان طراحی و روانسنجی گردید. این ابزار از دو بخش تشکیل شده است که به ترتیب شامل عوامل مرتبط با پذیرش درد مزمن با ۷ عبارت بوده که پس از تعیین ویژگی‌های روانسنجی آن در دو حیطه آگاهی در مورد درد و تلاش برای کاهش درد، تنظیم گردیدند. به منظور تعیین ویژگی‌های روانسنجی این ابزار، روایی آن با استفاده از روایی صوری (کیفی و کمی)، روایی محتوا (کیفی و کمی) و روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی) و پایایی آن از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و ثبات، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. در همین رابطه پس از تبیین مفهوم پذیرش درد مزمن در مرحله اول این پژوهش، نسخه اولیه این پرسش‌نامه با ۵۴ عبارت، طراحی گردید. در ادامه به منظور تعیین ویژگی‌های روانسنجی ابزار فوق و دستیابی به یک روایی صوری مناسب، روایی کیفی صوری آن با اصلاح موارد مطرح شده، انجام شد. در ادامه روایی کمی آن نیز با استفاده از روش کمی تأثیر آیتم تعیین گردید. در این بخش با توجه به این که نمره تأثیر ۶ عبارت پرسش‌نامه کمتر از مقدار ۱/۵ بود^(۳۲-۳۳)، ۶ عبارت حذف گردیدند. بنابراین، براساس منابع روایی صوری، پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن در سالمندان از روایی صوری برخوردار است.

برای تعیین روایی محتوا این ابزار، روایی کیفی محتوا با بررسی و اجرای پیشنهادات مطرح شده انجام شد و ۹ عبارت حذف گردیدند. سپس روایی کمی محتوا با استفاده از شاخص و نسبت روایی محتوا بررسی گردید. در این بخش به ترتیب ۵ و ۴ عبارت در تعیین نسبت و شاخص روایی محتوا حذف شدند. در ادامه متوسط شاخص روایی محتوای ابزار نیز محاسبه گردید (۰/۹۲)، که مناسب بوده است. در همین رابطه پولیت و یک (۲۰۱۰) نمره ۰/۹۰ و بالاتر را برای پذیرش متوسط شاخص روایی محتوا یک پرسش‌نامه ضروری می‌دانند^(۳۵). که با توجه به منابع روایی محتوا، ابزار بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان از روایی محتوا برخوردار است.

به منظور تعیین روایی سازه پرسش‌نامه فوق، تحلیل عاملی

اکتشافی بر روی ۱۴ عبارت باقی‌مانده انجام گردید. با توجه به معیار KMO (۰/۸۱) و آزمون بارتلت ($P < ۰/۰۰۱$)، تأییدکننده مدل تحلیل عاملی و بیانگر مناسب بودن آن می‌باشد. استفاده از ارزش ویژه نیز، نشان دهنده چند عاملی بودن پرسش‌نامه فوق بوده است. از آن جایی که حداقل بار عاملی مورد نیاز برای حفظ یک عبارت در یک عامل به‌شمار عبارات، ابزار و مقدار ویژه در نظر گرفته شده وابسته است، نقطه برش ۰/۵ به‌عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز هر عبارت جهت حفظ آن در نظر گرفته شد. سپس براساس اینکه هر عبارت، بیشترین بار عاملی بر روی کدامیک از دو عامل داشت به‌عنوان عبارت مربوط به آن عامل در نظر گرفته شد. با توجه به این که نقطه عطف ۰/۵ از مجموع ۱۴ گویه‌ای که به‌منظور تعیین روایی سازه پرسش‌نامه بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان بررسی شدند، ۷ گویه به‌دلیل کسب بار عاملی کمتر از ۰/۵ حذف شده و ۷ گویه دیگر باقی ماندند. بنابراین، با توجه به همخوانی عبارات در عوامل حاصل شده از تحلیل عاملی، با تعریف و ابعاد مفهوم پذیرش درد مزمن در سالمندان، روایی سازه ابزار با استفاده از تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت.

برای بررسی پایایی پرسش‌نامه فوق، همسانی درونی آن با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ تعیین گردید (۰/۸۳) که نشان دهنده همسانی درونی مناسب عبارات آن می‌باشد. در همین رابطه، برای تعیین پایایی ثبات نیز از شیوه آزمون مجدد استفاده گردید که نتایج به‌دست آمده از دو بار اجرای آزمون به فاصله دو هفته، ثبات بالای پرسش‌نامه بررسی مدیریت درد مزمن در سالمندان را نشان می‌دهد (۰/۸۵).

تمامی عبارات ابزار فوق در مقیاس لیکرت ۵ قسمتی به‌صورت همیشه (۴ نمره)، اغلب (۳ نمره)، گاهی (۲ نمره)، به‌ندرت (۱ نمره) و هرگز (صفر) طراحی شده و امتیازهای اخذ شده در محدوده ۰-۲۸ است، که نمره بالاتر نشان دهنده پذیرش مناسب‌تر درد مزمن در سالمندان است. بخش دوم نیز شامل متغیرهای جمعیت‌شناختی است که با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد نیاز پژوهش، براساس مطالعه تحقیقات مشابه و تجربه گروه تحقیق تدوین شد. این ابزار، یک پرسش‌نامه خود گزارشی است. پرسش‌نامه‌های خود گزارشی به‌عنوان

مزمّن در سالمندان که در پژوهش حاضر طراحی و روان‌سنجی گردید به‌طور اختصاصی مفهوم پذیرش درد را با توجه به شرایط ویژه سالمند مبتلا به درد مزمن، به‌صورت خلاصه و با استفاده از ۷ سوال، در مقیاس لیکرت چهار قسمتی، که از جملات ساده و قابل درکی نیز تشکیل شده‌است، مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

نتیجه‌گیری نهایی

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که، پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن براساس مفهوم پذیرش درد مزمن در سالمندان و در متن فرهنگ ایرانی و با استفاده از یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و مشاهدات انجام شده در مرحله اول پژوهش که به‌صورت کیفی انجام شد، همراه با مطالعات وسیع منابع معتبر علمی در زمینه پذیرش درد مزمن در سالمندان، طراحی گردید، همچنین، ویژگی‌هایی مانند پایایی و روایی مناسب، نمره‌گذاری (امتیازبندی) ساده، سهولت کاربرد و جامعیت آن، ابزاری مناسب برای بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان است، و کاربرد آن در مراکز درمانی و پژوهشی پیشنهاد می‌گردد، هر چند استفاده از آن می‌تواند نواقص احتمالی این پرسش‌نامه را مشخص نماید.

محدودیت‌ها

با توجه به اینکه یکی از ویژگی‌های پژوهش‌های کیفی، غیر قابل تعمیم بودن نتایج آنها است، در این پژوهش نیز به‌دلیل این که، شرکت‌کنندگان فقط مربوط به یک ناحیه جغرافیایی بودند، تعمیم‌پذیری نتایج آن محدود است. اما به‌منظور کنترل آن، راهبردهای مناسب و مختلف نمونه‌گیری که شامل شیوه تلفیقی زمانی، مکانی و تنوع در انتخاب شرکت‌کنندگان و روش گردآوری داده‌ها بود، استفاده گردید. به‌علاوه، در طراحی این ابزار از مطالعات وسیع منابع معتبر علمی در زمینه پذیرش درد مزمن در سالمندان، بهره برده شد.

تشکر و قدردانی

از تمامی سالمندان و سایر شرکت‌کنندگان در این پژوهش به‌خاطر همکاری با گروه تحقیق که اجرای پژوهش حاضر را امکان‌پذیر نمودند، نهایت قدردانی و سپاس به‌عمل می‌آید.

یک استاندارد طلایی در ارزیابی درد مطرح هستند^(۴۰). در واقع، معتبرترین شیوه در ارزیابی درد، خودگزارشی است^(۴۱-۴۲).

شایان ذکر است که، کاربرد پرسش‌نامه بررسی پذیرش درد مزمن نسبتاً ساده بوده، و سالمندان می‌توانند در عرصه‌های مختلف نظیر بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی، توانبخشی و خانه سالمندان در مدت حدود ۳ دقیقه آن را تکمیل نمایند. در همین رابطه، لیلی و همکاران (۲۰۱۱) معتقد هستند که در بررسی درد سالمندان با استفاده از ابزارهای مختلف، باید زمان کافی برای تکمیل این ابزارها در اختیار آنها گذاشته شود، عبارات آنها به‌اندازه کافی، بزرگ و قابل دیدن باشد و به آنها اجازه داده شود تا گزینه‌ای که به بهترین شیوه، سطح درد آنها را توصیف می‌کند، انتخاب نمایند^(۴۳).

در این زمینه، ابزار مشابهی که وجود دارد، پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن است، که از ۲۰ سوال تشکیل شده و شامل دو حیطه پذیرش ارادی درد و انجام فعالیت بوده که به‌منظور بررسی مفهوم پذیرش درد، طراحی شده است. اولین حیطه، به دامنه تجربه درد می‌پردازد، که در آن تلاشی برای مدیریت یا اجتناب از درد صورت نمی‌پذیرد. حیطه دوم، حفظ فعالیت‌های زندگی در کنار تجربه درد را بررسی می‌کند^(۱۹-۴۴). چنگ نینگ و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیق خود، اعتبار و پایایی این ابزار را مناسب گزارش نموده‌اند^(۴۵). به علاوه، همبستگی بالایی با مقیاس‌های اجتناب، آشفتگی روانی و کارکردهای روزانه داشته‌است. از طرف دیگر، اعتبارهای صوری، سازه و ملاکی آن نیز مناسب بوده‌است به‌صورتی که در بخش اعتبار ملاکی، همبستگی مناسبی با پرسش‌نامه‌های افسردگی بک، مقیاس علائم اضطرابی درد و نمایه شدت بیماری گزارش گردیده‌است^(۱۹). این پرسش‌نامه، به‌خوبی مفهوم پذیرش درد را با استفاده از ۲۰ سوال مورد بررسی قرار می‌دهد، اما ویژه سالمندان طراحی نشده‌است، به‌علاوه، تعداد زیادی از عبارات موجود در پرسش‌نامه به‌صورت دو جمله‌ای و ترکیبی است. از طرف دیگر، مقیاس پاسخ‌گویی به آن به‌صورت لیکرت هفت قسمتی است و پاسخ‌گویی آن به دلیل تشابه بین عبارات هرگز، خیلی بندرت، بندرت، گاهی، اغلب، تقریباً همیشه و همیشه، برای سالمند مبتلا به درد مزمن مشکل خواهد بود. در حالی که، پرسش‌نامه بررسی پذیرش درد

References

1. Pizzo P A, Clark NM, Carter-Pokras O, Christopher M, Farrar JT, Follett KA et al (2011) IOM (Institute of Medicine). (Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. Washington, DC: The National Academies Press: 3- 33.
2. Zuccaro SM, Vellucci R, Sarzi-Puttini P, Cherubino P, Labianca R, Fornasari D. Barriers to Pain Management. *Clin Drug Investig.* 2012; 32(1):11-19.
3. Tse MM, Lo AP, Cheng TL, Chan Ek, Chan AH and Chung HS. Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *J Aging Res* 2010; 2010: 1-9
4. Ghasemi S, Mosavi N. [Health guidance for elderly(In Persian)]. Sadr laboratory Publications. 2000:19-20.
5. Azidah A.K., Hasniza H., Lili Husniati Y. Peripheral Neuropathy among Elderly Diabetes in a Tertiary Center, Malaysia. *IJCRIMPH* 2014; 6(3):64-72.
6. Mitha S, Nagarajan V, Babar MG, Siddiqui MJ, Jamshed SQ. Reasons of using complementary and alternative medicines (CAM) among elderly Malaysians of Kuala Lumpur and Selangor states: An exploratory study. *J Young Pharm* 2013; 5(2): 50-53.
7. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Lopez Ridaura R, et al. Data resource profile: the World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). *Int J Epidemiol* 2012; 41(6):1639-49.
8. Michalakis K, Goulis DG, Vazaiou A, Mintziori G, Polymeris A, Abrahamian- Michalakis A. Obesity in the ageing man. *Metabolism* 2013; 62(10):1341-9.
9. Sharifzadeh GH, Moudi M, Akhbari SH. [Investigating health status of older people supported by imam Khomeini (In Persian)] *Iran J Ageing.* 2010; 3(7): 52-60.
10. Taverner T, Jose Closs S, Briggs M. The journey to chronic pain: A grounded theory of older adults 'experiences of pain associated with leg ulceration. *Pain Manag Nurs* 2014; 15(1): 186-198.
11. Tse M.M, Vong S.K, Ho S.S. The effectiveness of an integrated pain management program for older persons and staff in nursing homes. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012; 54(2): e203-e212.
12. Tse M.M, Vong S.K, Ho S.S. Pain management for older persons living in nursing homes: A pilot study. *Pain Manag Nurs* 2013; 14(2): 10-21.
13. Gran SV, Festvag LS, Landmark BT. "Alone with my pain-It can not be explained, it has to be experienced." A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents. *Int J Older People Nurs* 2010; 5(1): 25- 23.
14. Brennan F, Carr D. B, Cousins M (2007) Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesth Analg.* 105 (1):205-221.
15. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PJ, Adler JA, Ballantyne JC, Davies P et al. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic non cancer pain. *J Pain* 2009; 10(2):113-30.
16. Asghari A, Ghaderi N, Ashory A. The Prevalence of Pain among Residents of Nursing Homes and the Impact of Pain on Their Mood and Quality of Life. *Arch Iran Med* 2006; 9 (4): 368 – 373.
17. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain* 2003; 105(1-2):197-204.
18. Ridson A, Eccleston C, Crombez G, and McCracken L. How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Soc Sci Med* 2003; 56(2): 375-86.
19. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and

- a revised assessment method. *J Pain* 2004; 107 (1-2): 66-159.
20. McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *Euro J Pain* 2010; (14): 170-175.
 21. Viane I, Crombez G, Eccleston C, Devulder J and De Corte W. Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: Effects upon attention to pain and engagement with daily activities. *Pain* 2004; 112(3): 282-8.
 22. Wicksell RK, Melin L, Lekander M and Olsson G.L. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain-a randomized controlled trial. *Pain* 2009; 141(3): 248-57.
 23. Campbell C, Cramb G. 'Nobody likes a back bore'-exploring lay perspectives of chronic pain: Revealing the hidden voices of non service users. *Scand J Caring Sci* 2008; 22(3): 383-390.
 24. Reneman MF, Dijkstra A, Geertzen JH and Dijkstra PU et al. Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: A systematic review. *Eur J Pain* 2010; 14(5): 457-465.
 25. Mesgarian F, AsghariMoghadam MA, Shaeiri MR. [The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patients (Persian)]. *Behav Sci* 2012; 10(3):194-203.
 26. Mc Cracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in patients with chronic pain. *J Pain* 1998; 74 (1): 21-27.
 27. Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology. In: Denzin NK, Lincoln YS (Eds.) *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications; 1998: 158-183.
 28. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaem magham farahani Z, Rahgozar M. [Standardization of Mini-Mental State Examination among Iranian elderly in Tehran (Persian)]. *Advances in Cognitive Sciences*. 2009; 10(2); 29-37.
 29. Gill P, Stewart K, Treasure E and Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Br Dent J* 2008; 204 (6):291-295.
 30. Lasch KE, Marquis P, Vigneux M, Abetz L, Arnould B, Bayliss M, et al. PRO development: rigorous qualitative research as the crucial foundation. *Qual Life Res* 2010; 19(8): 1087-96.
 31. 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.
 32. Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health related quality of life in obstructive sleep apnea. *Eur Respir J*. 2002; 19(3): 499-503.
 33. Juniper EF, Guyott GH, Streiner DL and King DR. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. *J Clin Epidemiol*. 1997; 50(3): 233-238.
 34. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 1975; 28(4): 563-575.
 35. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? *Appraisal and Recommendations*. *Res Nurs Health* 2007; 30: 459-467.
 36. Knapp TR, Brown JK. Ten measurement commandments that often broken. *Res Nurs Health*. 1995; 18(5):465-9.
 37. Munro BH. *Statistical methods for health care research* (6 ed). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. 2012:322-325.
 38. Bland JM, Atman D.G. *Statistic Note: Cronbach Alpha*. *BMJ (Clinical research ed)* 1997; 314(7080): 314-572.
 39. De Boer M.R, Moll A.C, De Vet H.C, Terwee CB, Völker-Dieben HJ and Van Rens GH. Psychometric

- properties of vision-related quality of life questionnaires: a systematic review. *Ophthalmic Physiol Opt* .2004; 24(4):257-273.
40. Herr K. Pain in the Older Adult: An Imperative Across All Health Care Settings. *Pain Manag Nurs*. 2010; 11(2): S1-S10.
41. -Prkachin KM, Solomon PE, Ross J. Underestimation of pain by health-care providers: towards a model of the process of inferring pain in others. *Can J Nurs Res* 2007; 39(2):88–106.
42. Katz B. Pharmacological Management of Pain in Older People. *Journal of Pharmacy Practice and Research* 2007; 37(1):63-68.
43. Lilley LL, Collins SR, Harrington S and Snyder JS. *Pharmacology and the nursing process*. 6th edition. St Louis: Mosby Elsevier.2011: 167-168.
44. Reneman MF, Dijkstra A, Geertzen GB and Dijkstra PU. Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: A systematic review. *Eur J Pain*. 2010; 14 (2010): 457–465.
45. Cheung MN, Wong TC, Yap JC and Chen PP. Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in Cantonese-Speaking Chinese Patients. *J Pain* 2008; (9): 823-832.

Development and psychometric evaluation of chronic pain acceptance instrument in the elderly

Homan Manoochehri¹, Manouchehr Shirazi^{2*}, Mansoreh Zagheri Tafreshi³, Farid Zayeri⁴

1. Assistant Professor of Nursing Department, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

2. PhD student of Nursing, Nursing and Midwifery school, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, International branch

3. Assistant Professor of Nursing Department, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

4. Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

ABSTRACT

Aims and Background: Aims and Background: With respect to the importance of assessing chronic pain acceptance in the elderly, access to a precise instrument for this purpose is essential. Hence, the current study aimed to develop and evaluate a chronic pain acceptance instrument in the elderly.

Materials and methods: This study is a mixed method research, implemented in three stages. The grounded theory approach was applied for concept exploration of chronic pain acceptance in the first stage. It was based on the viewpoints of 30 elderly people with chronic pain, 3 relatives and 29 health care providers who participated with purposeful and theoretical sampling methods. In the second stage, instrument sentences were extracted and developed by qualitative part results and review of the valid and related literature, respectively. Psychometric evaluation of the instrument in the third stage was based on face, content, and construct validities, internal consistency and stability reliabilities.

Findings: The concept of Chronic pain acceptance was explored in the first stage. Based on participants' viewpoints in the qualitative part of the study, pain acceptance was to believe in pain, and its related limitations and disabilities in order to control it. An elementary instrument with 38 sentences was developed in the second stage. During the third phase of the study, face and content validities by quality and quantity methods (Content validity ratio average = 0.94, and content validity index average = 0.92) were performed, respectively. Moreover, construct validity was assessed by exploratory factor analysis, and instrument sentences were decreased to 7 items, in which two factors were obtained: the first factor (awareness of pain) including two items and the second one (trying to decrease pain) including 5 items. Finally, internal consistency ($\alpha = 0.83$) and stability (0.85) were determined for reliability evaluation by retest method.

Conclusions: Regarding the precise development process, suitable validity, and reliability of chronic pain acceptance assessment instrument, its application is suggested for pain acceptance assessment and effective pain management in the elderly.

Keyword: Instrument development, psychometric evaluation, chronic pain acceptance, elderly

► Please cite this Paper as:

Manoochehri H, Shirazi M, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F. [Development and psychometric evaluation of chronic pain acceptance instrument in the elderly (Persian)]. JAP 2014;5(2):33-47.

Corresponding Author: Manouchehr Shirazi, PhD student of Nursing, Nursing and Midwifery school, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, International branch, Tehran

Email: Manouchehr_Shirazi@Yahoo.com