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



طرّاحی و روانسـنجی ابزار بررسـی پذیرش درد مزمن در سـالمندان

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. ستادیار 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 دریافت: ۹۳/۴/۲۰ **تاریخ بازبینی: ۹۳/۵/۲۰** **تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۱۱**

چکیده

زمینـه و هـدف: بـا توجه به اهمّیت بررسـی درد مزمن در سـالمندان، دسترسـی به ابزاری دقیق جهت بررسـی پذیرش درد مزمن در سـالمندان برای مدیریـت درد مزمـن، ضـروری اسـت. بدیـن جهـت، این مطالعـه با هدف طرّاحـی و روانسـنجی ابزاری جهت بررسـی پذیـرش درد مزمن در سـالمندان انجام شده‌است.

مـواد و روش‌هـا: ایـن پژوهـش یـک مطالعـه ترکیبـی اسـت کـه به‌منظـور طرّاحـی و روانسـنجی ابـزاری جهـت بررسـی پذیـرش درد مزمـن در سـالمندان، در طـی ۳ مرحلـه انجـام گرفـت. در مرحلـه اوّل با اسـتفاده ا روش نظریه مبنایی مفهوم پذیرش درد مزمن در سـالمندان براسـاس نظرات ۳۰ سـالمند مبتـلا بـه درد مزمـن، ۳ نفـر از همراهـان آنهـا و ۲۹ نفـر از اعضـاء گـروه درمانـی که براسـاس نمونه‌گیـری هدفمند و نظـری در مطالعه شـرکت نمـوده بودنـد، تبییـن گردیـد. در مرحلـه دوّم، عبارات پرسـش‌نامه با اسـتفاده از نتایج بخـش کیفی مطالعـه، همچنین بررسـی متون معتبر و مرتبـط بـا موضـوع پژوهـش، تدویـن گردیـد، و در مرحلـه سـوّم نیـز کـه یک مطالعـه روش شـناختی اسـت ویژگی‌های روانسـنجی پرسـش‌نامه با اسـتفاده از روائی‌هـای صـوری، محتـوا، و سـازه، همچنیـن پایایی همسـانی درونـی و ثبات، تعییـن گردید.

یافته‌هـا: در طـی مرحلـه اوّل پژوهـش، مفهـوم پذیرش درد مزمن در سـالمندان تبیین گردید. براسـاس نظرات شـرکت‌کنندگان در بخـش کیفی این مطالعـه، پذیـرش درد به‌معنـی بـاور داشـتن درد، محدودیت‌هـا و ناتوانی‌هـای ناشـی از آن بـوده کـه بـه فـرد در جهت تلاش بـرای کنتـرل درد، کمک می‌نمایـد. در مرحلـه دوّم عبـارات اولیـه ابـزار کـه شـامل ۳۸ عبـارت بـود، تدویـن گردیـد در طـی مرحله سـوّم ایـن پژوهـش، به‌ترتیـب روائ صوری و محتـوا به‌صـورت کیفـی و کمّـی (میانگین‌هـای نسـبت اعتبـار محتـوا،۰/۹۴ و شـاخص اعتبـار محتـوا،۰/۹۲ بودنـد)، انجام شـد. در ادامه روایی سـازه به‌وسـیله تحلیـل عاملـی اکتشـافی بررسـی شـد که عبـارات ابزار به ۷ عـدد کاهش پیدا نمـود و دو عامل بـرای عبارات ابـزار حاصل گردید کـه به‌ترتیب در عامـل اوّل (آگاهـی در مـورد درد) شـامل ۲ عبـارات و عامـل دوّم (تلاش بـرای کاهش درد) دارای ۵ عبـارت، قرار گرفتند. در پایان نیـز، پایایی آن نیز بـا اسـتفاده از روش‌هـای همسـانی درونـی (α=۰/۸۳) و ثبات از طریق آزمـون مجـدد (۰/۸۵) تعیین گردید.

نتیجه‌گیـری: بـا توجـه بـه طرّاحـی، روائی و پایایی مناسـب ابزار بررسـی پذیـرش درد مزمـن در سـالمندان، اسـتفاده از آن به‌منظور بررسـی پذیرش درد مزمـن و مدیریـت مؤثـر درد مزمـن در سـالمندان، بـرای اعضـاء گروه درمانی و پژوهشـگران پیشـنهاد می‌گردد.

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

نویسـنده مسـئول: منوچهر شـیرازی، دانشـجوی دکترای پرسـتاری، دانشـکده پرسـتاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشـکی و خدمات بهداشـتی درمانی شهید بهشتی، شعبه بین‌الملل **ایمیل:** Manouchehr_Shirazi @yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

مقدمه

درد پدیده‌ای چند بعدی است که دارای اجزاء جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و به‌واقع، نوعی تجربهٔ ناخوشایند حسی و روحی بوده که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه در ارتباط است و به‌وسیلهٔ 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 صورتی‌که 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 به‌کار کردن نیست، محدودیت‌های حرکتی، مفید و مؤثر نبودن، اختلالات عملکردی، ناتوانی‌های ناشی از درد و جبران این ناتوانی‌ها بر فرد و جامعه تحمیل می‌گردد [۱-۱۴-۱۵]. 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 صورتی‌که 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 صورتی‌که، پذیرش درد با تجربه درد، مشکلات روان شناختی و ناتوانایی‌های جسمانی کمتر و بهزیستی روان شناختی بیشتر ارتباط دارد[۲۰]. به‌علاوه، پذیرش بیشتر درد با کارکرد اجتماعی، جسمی و روان شناختی 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 روان شناختی، 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

با درد، پذیرش درد است[۲۴]. به صورتی‌که، 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 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 درسالمندان انجام شده‌است.

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 شده‌است، در این پژوهش، ابزار بررسی پذیرش درد مزمن درسالمندان، در طی سه مرحله و به‌ترتیب زیر طراحی و روانسنجی شد(شکل ۱).



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

در مرحله نخست به‌منظور طراحی و تعیین عبارات ابزار فوق، مفهوم پذیرش درد مزمن در سالمندان با استفاده از یک مطالعه کیفی و با رویکرد نظریه مبنایی در میان شرکت‌کنندگان در پژوهش تبیین گردید. جمع‌آوری اطلاعات به صورت مبتنی بر هدف و با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته، مشاهده و یادآورنویسی شروع شد و سپس به‌صورت نمونه‌گیری نظری تا اشباع 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

نفـر از اعضـای گـروه درمانـی مرتبـط بـا مدیریـت درد مزمن در سـالمندان بودند(جدول ۲).

معیارهـای انتخـاب سـالمندان شـرکت‌کننده در ایـن مرحلـه از پژوهـش شـامل داشـتن سـن ۶۰ سـال یا بالاتـر، داشـتن تجربه درد مزمن غیرسـرطانی، برخورداری از هوشـیاری کامل، داشـتن تمایـل بـه بیـان احساسـات درونـی خود نسـبت به مفهـوم مورد تحقیـق، توانایـی گفتگـو به زبـان فارسـی، دارا بودن ثبـات روانی لازم بـرای انتفـال تجارب خـود، عدم ابتلا به اختلالات شـناختی بـا کسـب نمـره شـش یـا بالاتـر از نسـخه فارسـی آزمـون کوتاه وضعیـت شـناختی[۲۸]، عـدم ابتلاء به بیمـاری تأیید شـده روانی، نابینایـی و ناشـنوایی براسـاس تشـخیص پزشـک معالـج بـود. معیارهـای انتخاب سـایر شـرکت‌کنندگان شـامل برخـورداری از اطلاعـات مناسـب در رابطـه بـا موضـوع پژوهش بـرای همراهان سـالمندان و اعضـای گروه درمانی و همچنیـن، تمایل به بازگویی ایـن اطلاعـات در تمامـی شـرکت‌کنندگان بود.

در رابطـه بـا مـدت زمـان مصاحبه‌هـا گیـل و همـکاران توصیـه می‌کننـد کـه زمـان مصاحبه‌هـا بیـن ۲۰ تـا ۶۰ دقیقـه باشـد، امـا بـا وجـود آن تجربـه نشـان می‌دهـد کـه مـدت مصاحبـه به موضـوع، محقـق و مصاحبـه شـونده بسـتگی دارد[۲۹]. در ایـن پژوهـش نیـز مـدت زمـان مصاحبه‌ها با هر شـرکت‌کننده بسـته بـه تحمـل و میـزان علاقه وی در یک جلسـه صـورت گرفت، که حداقـل ۳۰ دقیقـه و حداکثـر ۵۰ دقیقـه بـود کـه بـر روی نـوار دیجیتالـی ضبـط گردید.

هنـگام تحلیـل محتوای مصاحبه‌هـا، به‌منظور کسـب اطمینان از رعایـت امانـت در انتقال گفتـار مشـارکت‌کنندگان، جملات عیناً بـا زبان محـاوره‌ای مشـارکت‌کنندگان و به‌صورت کلمـه به کلمه از نـوار دیجیتالـی دسـت‌نویس گردیـده و برروی فایل نوشـتاری دیجیتالی رایانه‌ای نوشـته شـد و متن آنها چندین بارخوانده شـد تا درک کلی از آنها به‌دسـت آید و بلافاصله با اسـتفاده از نرم‌افزار تحلیـل کیفـی مکس‌کیـودیآ نسـخه ۱۰، سـازماندهی و تحلیل شـد. در مشـاهدات انجـام شـده، عکس‌العمل‌هـای غیرکلامـی و برخوردهـا و ارتباطـات مشـارکت‌کنندگان در هنـگام مصاحبـه مـورد بررسـی قرار گرفتـه و بلافاصله پس از پایـان مصاحبه ثبت شـده و بـا اسـتفاده از نرم‌افـزار فـوق مـورد تحلیـل قـرار گرفـت. همـه مصاحبه‌هـا و مشـاهدات توسـط یک پژوهشـگر انجام شـد.

در مرحلـه دوم، براسـاس مفاهیـم به‌دسـت آمـده از مرحلـه اول پژوهـش و بـا اسـتفاده از شـیوه کیفـی جمـع‌آوری داده‌هـا و مطالعـه‌ی وسـیع منابـع معتبـر علمـی در زمینـهٔ پذیـرش درد مزمـن کـه شـامل مقـالات و کتـب مرتبـط بـا موضـوع پژوهـش و همچنیـن، پرسـش‌نامه‌ها و ابزارهـای مربـوط بـه پذیـرش درد مزمـن در سـالمندان بودنـد، نیز اسـتفاده گردید و عبـارات اولیه پرسـش‌نامه پذیـرش درد مزمـن در سـالمندان کـه شـامل ۳۸ عبـارت بـود، اسـتخراج گردید(جـدول ۱) در همیـن زمینه لاش و همـکاران (۲۰۱۰) بیـان می‌کننـد کـه می‌تـوان از داده‌هـای به‌دسـت آمـده از مطالعات کیفـی به‌منظور طراحـی ابزاری کمی، بـرای سـنجش مفهـوم مورد نظر اسـتفاده نمود بـه صورتی‌که که یکی از شـیوه‌های مناسـب بـرای طراحی ابزارهای خودگزارشـی، اسـتفاده از تحقیـق بـه شـیوه نظریـه مبنایـی اسـت. به‌عـلاوه، تشـکیل عبـارات یـک ابـزار، نیازمند انجـام مطالعهٔ وسـیع، جامع و گسـترده است[۳۰].

جدول۱: نمونه‌ای از فرآیند تعیین عبارات پرسش‌نامه به‌صورت ذیل می‌باشد:

نظرات و تجربیات شرکت‌کنندگان در پژوهش	کد	سازه
"... الآن ۶۱ ساله که آرتروزگردن 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...."	آگاهی از بیماری و درد و نحوه مقابله با آن	پذیرش درد
عبارت طراحی شده: از نوع بیماری و دردم آگاهم.		

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

در مرحله سوم به‌منظور انجام روانسنجی ابزار فوق، روایی و پایایی آن تعیین گردید. جهت تعیین روایی 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 با۱۰نفر 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 عبارت‌ها 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 صورتی‌که نمره تأثیر هر عبارت مساوی یا بیشتر از ۱/۵ باشد، عبارت برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده‌شده، حفظ گردید[۳۲-۳۳]. 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 روایی 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 روایی 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 طیف ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است ول 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 ارزیابی۱۰ متخصص) بود، معنی‌دار (P<۰/۰۵) ارزیابی شده، حفظ گردید[۳۴].

به‌منظور تعیین شاخص روائی محتوا، با استفاده از روش پیشنهاد شده توسط والتس و باسل، از نظرات۱۰ 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 تائیدی (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،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

به‌عنوان نمونه انتخاب شده و در پژوهش شرکت نمودند. که با توجه به حضور پژوهشگر در کنار نمونه‌های فوق هنگام تکمیل پرسش‌نامه ها، 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 درنظر 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 آیتم‌هاست 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 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 صورتی‌که 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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

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

جدول۳: تعداد سئوالات حذف شده در طی روایی صوری (نمرات تأثیر آیتم) 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 سوالات حذف شده	تعداد سوالات 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(جدول۴).

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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

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

به‌منظور 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 به‌عنوان 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 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.

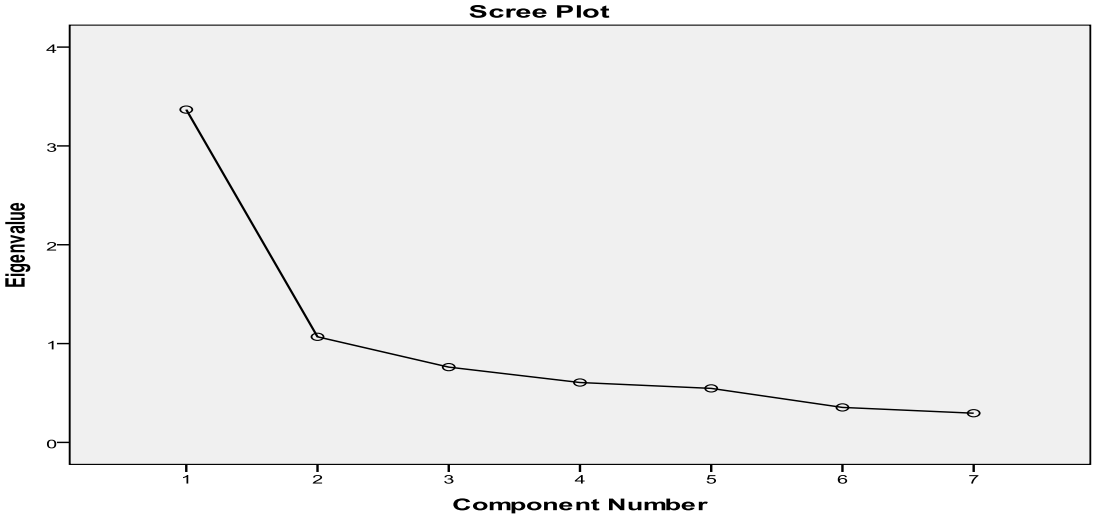
داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهند که دو عامل دارای مقادیر بالاتر از یک هستند. بنابراین، از مجموع ۷ گویه، می‌توان دو عامل ساخت (آنها را به دو عامل تقلیل داد). سایر عامل‌ها با مقادیر ویژه کمتر از یک حذف شدند. نتایج نشان داد بیشترین درصد واریانس کل (۶۳ درصد) توسط ۲ عامل اول و باقی‌مانده درصد واریانس کل (۳۷ درصد) توسط ۵ عامل باقی‌مانده تبیین می‌گردد. به‌عبارت 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 به‌میزان همبستگی با یکدیگر و دانش نظری موجود نمودند. بدین ترتیب در عامل اول (آگاهی در مورد درد) شامل ۲ عبارات[۲-۱] و عامل دوم (تلاش برای کاهش درد) دارای ۵ عبارت[۷-۳]، قرار گرفتند(جدول ۵).

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

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]



نمودار۲ (نمودار سنگ‌ریزه): نتایج جدول ۵ مبنی بر تعداد مناسب عامل‌ها را به‌صورت تصویری نشان می‌دهد. به‌علاوه، از طریق این نمودار می‌توان مناسب بودن انتخاب ارزش ویژه یک را مشاهده نمود.

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 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 (جدول۳). 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]. نتایج نشان داد بین نمرات آزمون اول و دوم توافق معنی‌داری (P<۰/۰۰۱) 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).

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<۰/۰۰۱
عامل دوم: تلاش برای کاهش درد	۵ (۳-۷)	۰/۸۴	۰/۸۰	P<۰/۰۰۱
کل ابزار	۷ (۱-۷)	۰/۸۳	۰/۸۵	P<۰/۰۰۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

بحث

ابـزار پذیـرش درد مزمـن در سـالمندان بـا هـدف سـنجش میـزان پذیـرش درد مزمـن غیـر بدخیـم در سـالمندان طراحـی و روانسـنجی گردیـد. ایـن ابـزار از دو بخـش تشـکیل شده‌اسـت کـه به‌ترتیـب شـامل عوامـل مرتبط بـا پذیـرش درد مزمـن با ۷ عبـارت بـوده که پس از تعییـن ویژگی‌های روانسـنجی آن در دو حیطـهٔ آگاهـی در مـورد درد و تـلاش بـرای کاهـش درد، تنظیم گردیدنـد. به‌منظـور تعییـن ویژگی‌هـای روانسـنجی ایـن ابـزار، روایـی آن بـا اسـتفاده از روائـی صـوری (کیفـی و کمـی)، روائی محتـوا (کیفـی و کمـی) و روائی سـازه (تحلیل عاملی اکتشـافی) و پایایـی آن از طریـق هم‌سـانی درونـی (ضریب آلفـای کرونباخ) و ثبـات، مـورد بررسـی و تأیید قـرار گرفت. در همیـن رابطه پس از تبییـن مفهوم پذیـرش درد مزمن در مرحلـه اول این پژوهش، نسـخه اولیـه ایـن پرسـش‌نامه بـا ۵۴ عبـارت، طراحـی گردیـد. در ادامـه به‌منظـور تعییـن ویژگی‌هـای روانسـنجی ابـزار فـوق و دسـتیابی بـه یک روائی صوری مناسـب، روایی کیفـی صوری آن بـا اصـلاح مـوارد مطرح شـده، انجـام شـد. در ادامـه روایی کمی آن نیـز بـا اسـتفاده از روش کمـی تأثیر آیتـم تعییـن گردید. در ایـن بخـش بـا توجه به ایـن که نمـره تأثیر ۶ عبارت پرسـش‌نامه کمتـر از مقـدار۱/۵ بود[۳۲-۳۳]، ۶ عبارت حـذف گردیدند. بنابراین، براسـاس منابع روایی صوری، پرسـش‌نامه پذیـرش درد مزمن در سـالمندان از روایـی صـوری برخوردار اسـت.

بـرای تعییـن روائـی محتوا ایـن ابـزار، روائی کیفی محتوا با بررسـی و اجـرای پیشـنهادات مطـرح شـده انجـام شـد و ۹ عبـارت حـذف گردیدند. سـپس روایی کمی محتوا با اسـتفاده از شـاخص و نسبت روائـی محتـوا بررسـی گردیـد. در این بخش به‌ترتیـب ۵ و ۴ عبارت در تعییـن نسـبت و شـاخص روائـی محتـوا حـذف شـدند. در ادامه متوسـط شـاخص روائی محتوای ابزار نیز محاسـبه گردیـد (۰/۹۲)، کـه مناسـب بوده‌اسـت. در همیـن رابطـه پولیـت و بـک (۲۰۱۰) نمـره ۰/۹۰ و بالاتـر را بـرای پذیرش متوسـط شـاخص روائی محتوا یـک پرسـش‌نامه ضـروری می‌دانند[۳۵]. کـه با توجه به منابـع روایی محتـوا، ابـزار بررسـی پذیـرش درد مزمـن در سـالمندان از روایـی محتوا برخوردار اسـت.

به‌منظـور تعییـن روایـی سـازه پرسـش‌نامه فـوق، تحلیـل عاملـی اکتشـافی بـر روی ۱۴عبـارت باقی‌مانـده انجـام گردیـد. بـا توجه به معیـار KMO (۰/۸۱) و آزمـون بارتلـت (P<۰/۰۰۱)، تأییدکننـده مدل تحلیل عاملی و بیانگر مناسـب بودن آن می‌باشـد. اسـتفاده از ارزش ویـژه نیـز، نشـان دهنده چند عاملـی بودن پرسـش‌نامه فوق بوده‌اسـت. از آن جایـی کـه حداقـل بار عاملی مورد نیـاز برای حفظ یـک عبـارت در یـک عامل به‌شـمار عبـارات، ابـزار و مقـدار ویژه در نظـر گرفته شـده وابسـته اسـت، نقطه بـرش ۰/۵ به‌عنـوان حداقل بـار عاملـی مـورد نیـاز هـر عبارت جهـت حفـظ آن در نظـر گرفته شـد. سـپس براسـاس اینکه هر عبارت، بیشـترین بار عاملی بر روی کدامیـک از دو عامـل داشـت به‌عنـوان عبـارت مربوط بـه آن عامل در نظـر گرفتـه شـد. با توجه بـه این که نقطه عطـف ۰/۵ از مجموع ۱۴ گویـه‌ای کـه به‌منظور تعیین روایی سـازه پرسـش‌نامه بررسـی پذیـرش درد مزمـن در سـالمندان بررسـی شـدند، ۷ گویـه به‌دلیل کسـب بارعاملـی کمتـر از ۰/۵ حـذف شـده و ۷ گویـه دیگـر باقـی ماندنـد. بنابرایـن، بـا توجه بـه هم‌خوانـی عبـارات در عوامل حاصل شـده از تحلیـل عاملی، با تعریـف و ابعاد مفهوم پذیـرش درد مزمن در سـالمندان، روایـی سـازه ابـزار با اسـتفاده از تحلیـل عاملی مورد تأیید قـرار گرفت.

بـرای بررسـی پایایـی پرسـش‌نامه فـوق، هم‌سـانی درونـی آن بـا اسـتفاده از محاسـبه ضریـب آلفای کرونبـاخ تعیین گردیـد (۰/۸۳) که نشـان دهنده هم‌سـانی درونی مناسـب عبارات آن می‌باشـد. در همیـن رابطـه، بـرای تعیین پایایی ثبـات نیز از شـیوه آزمون مجدد اسـتفاده گردیـد کـه نتایـج به‌دسـت آمـده از دو بـار اجـرای آزمون بـه فاصلـه دو هفته، ثبـات بالای پرسـش‌نامه بررسـی مدیریت درد مزمـن در سـالمندان را نشـان می‌دهـد (۰/۸۵).

تمامـی عبـارات ابـزار فـوق در مقیـاس لیکرت ۵ قسـمتی به‌صورت همیشـه (۴ نمـره)، اغلـب (۳ نمـره)، گاهـی (۲ نمـره)، به‌نـدرت (۱ نمـره) و هرگز(صفـر) طراحـی شـده و امتیازهـای اخـذ شـده در محـدوده ۲۸-۰ اسـت، کـه نمـره بالاتـر نشـان دهنـده پذیـرش مناسـب‌تر درد مزمـن در سـالمندان اسـت. بخـش دوم نیـز شـامل متغیرهـای جمعیـت شـناختی اسـت کـه بـا توجـه بـه متغیرهای جمعیت‌شـناختی مـورد نیـاز پژوهش، براسـاس مطالعـه تحقیقات مشـابه و تجربه گروه تحقیق تدوین شـد. این ابزار، یک پرسـش‌نامه خـود گزارشـی اسـت. پرسـش‌نامه‌های خـود گزارشـی به‌عنـوان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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 به صورتی‌که 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 به‌درد مزمن مشکل خواهد بود. در حالی‌که، پرسش‌نامه بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان که در پژوهش حاضر طراحی و روانسنجی گردید به‌طور اختصاصی مفهوم پذیرش درد را با توجه به‌شرایط ویژه سالمند مبتلا به‌درد 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 مرحلهٔ اول پژوهش که به‌صورت کیفی انجام شد، همراه با مطالعات وسیع منابع معتبر علمی در زمینهٔ 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 شیوهٔ 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 زمینهٔ 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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 resourceprofile: 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, PolymerisA, 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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 acceptancestrategies 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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 M F, 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

Journal of Anesthesiology and Pain *Winter* 2014, Vol 5, NO 2

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

Homan Manoochehri[1], Manouchehr Shirazi[*2], Mansoreh Zagheri Tafreshi[3], Farid Zayeri[4]

1. *Assisstant 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. *Assisstant 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 presice 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 disabilitites in order to controll it. An elementary instrument with 38 sentencess 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 item, 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. Finaly, internal consistency (α =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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]