

الله
البر
الرحمن
الرحيم



تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از
رساله دکتری

آقای احمد علی اسدی نوقابی رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان « طراحی و
روانسنجی ابزار بررسی سلامت سالمندان » در تاریخ ۱۳۹۲/۹/۱۸ ارائه کردند.

بدینوسیله اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا
برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر فاطمه الحانلی	استاد راهنما
	دکتر حمید پیروی	استاد مشاور
	دکتر انوشیروان کاظم نژاد	استاد مشاور
	دکتر فضل اله احمدی	استاد ناظر
	دکتر عیسی محمدی	استاد ناظر
	دکتر طاهره اشک تراب	استاد ناظر
	دکتر فرحناز محمدی	استاد ناظر
	دکتر حسن ناوی پور	نماینده تحصیلات تکمیلی

آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی

دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهش‌های علمی که تحت عنوان پایان‌نامه، رساله و طرح‌های تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می‌باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می‌باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آیین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب **احمد علی اسدی نوقابی** دانشجوی رشته پرستاری ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۹ مقطع دکتری دانشکده علوم پزشکی متعهد می‌شوم کلیه نکات مندرج در آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین‌نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می‌دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

نام و نام خانوادگی
احمد علی اسدی نوقابی
تاریخ و امضا

آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده : در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

"کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته پرستاری است که در سال ۱۳۸۹ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی دکتر فاطمه الحانی، مشاوره دکتر حمید پیروی، دکتر انوشیروان کاظم نژاد از آن دفاع شده است.

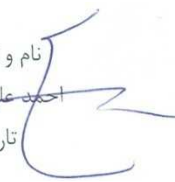
ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب احمد علی اسدی نوقابی دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی
احمد علی اسدی نوقابی
تاریخ و امضا





رساله

دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) در رشته پرستاری

عنوان

طراحی و روانسنجی ابزار بررسی سلامت سالمندان

نگارش

احمد علی اسدی نوقابی

استاد راهنما

دکتر فاطمه الحانی

اساتید مشاور

دکتر حمید پیروی

دکتر انوشیروان کاظم نژاد لیلی

پاییز ۱۳۹۲

تقدیم

به خدایی که آفرید جهان را، انسان را، عقل را، علم را، معرفت را، عشق را و به کسانی که عشقشان را در وجودم دمید.

تقدیم به

روح بزرگ پدرم

پیشگاه مادر عزیزم، عزیزترین سالمند زندگی ام

تقدیم به

همسر عزیزم که سایه مهربانیش سایه سار زندگی ام می باشد، او که اسوه صبر و تحمل بوده و مشکلات مسیر را برایم تسهیل نمود.

تقدیم به

گل باغ زندگی ام پگاه

تشکر و قدردانی

شکر خدا که هر چه طلب کردم از خدا بر منتهای همت خود کامران شدم

به مصداق «من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق» بسی شایسته است از استاد فرهیخته و فرزانه سرکار خانم دکتر الحانی که با کرامتی چون خورشید، سرزمین دل را روشنی بخشیدند و گلشن سرای علم و دانش را با راهنمایی های کار ساز و سازنده بارور ساختند، تقدیر و تشکر نمایم.

همچنین از زحمات و راهنمایی های ارزشمند جناب آقای دکتر حمید پیروی و جناب دکتر کاظم نژاد که برای من مشاوری دلسوز در راه علم و زندگی بوده و هستند؛ قدردانی می کنم.

از حمایت و همراهی و همچنین پیشنهادات اساتید محترم ناظر سرکار خانم دکتر اشک تراب و سرکار خانم دکتر محمدی، جناب آقایان دکتر احمدی و دکتر محمدی کمال تشکر را دارم.

و به ویژه از تمام **سالمندان و اساتیدی** که با وجود تمام مشکلات فراوان که در اجرای این تحقیق وجود داشت با دقت و سعه ی صدر در پیشبرد این هدف مرا یاری رساندند، سپاسگزارم.

و در پایان با سپاس بی دریغ خدمت دوستان گران مایه ام که مرا صمیمانه و مشفقانه یاری داده اند و با تشکر خالصانه خدمت همه کسانی که به نوعی مرا در به انجام رساندن این مهم یاری نموده اند.

چکیده

مقدمه: ابزارهای موجود بررسی سلامت سالمندان متناسب با جنبه‌های فرهنگی و شرایط خاص سالمندان جامعه ما نیستند و شواهد نشان می‌دهد که سالمندان ایرانی از شیوع بالای بیماری‌های مزمن و جسمی و روانی برخوردارند. مشکلات اجتماعی و اقتصادی نیز در این گروه مشهود و تهیه ابزاری معتبر بررسی وضعیت سلامت آنان ضروری است تا پیوسته مورد ارزیابی و بررسی قرار گیرند و مشکلات هر چه سریع‌تر تشخیص و اقدامات لازم در جهت ارتقاء سلامت آنان صورت گیرد. هدف از انجام این مطالعه تبیین مفهوم سلامت سالمندان بر اساس تجربیات خودشان، دانش موجود و طراحی و روانسنجی ابزار بررسی سلامت سالمندان می‌باشد.

روش: پژوهش حاضر یک پژوهش تلفیقی (Mix method) در دو بخش کیفی با دو رویکرد تحلیل مفهومی هیبرید، به منظور تبیین مفهوم سلامت سالمندان و رویکرد تحلیل محتوای جهت دار برای تدوین گویه‌های وضعیت سلامت سالمندان و بخش کمی برای سنجش روایی و پایایی ابزار انجام شد. **یافته‌ها:** حاصل بخش اول (مطالعه هیبرید) نشان می‌دهد که سلامت در سالمندان مفهومی است که تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، محیط، سرویس‌های مراقبت سلامت و سبک زندگی قرار گرفته و عبارت است از رفاه نسبی جسمی، ذهنی، اجتماعی، خانوادگی، معنوی و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی که با دو رویکرد پزشکی و عملکردی قابل اندازه‌گیری است و حاصل بخش دوم (تحلیل محتوای جهت دار) ۸ طبقه اصلی و ۲۵ زیر طبقه شد. شامل سلامت عملکردی، سلامت ذهنی، سلامت بیولوژیکی، سندرم‌های سالمندی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، سلامت خانواده و سلامت اقتصادی و به دنبال آن گویه‌های اولیه پرسشنامه استخراج و انتزاع شدند. در مرحله دوم بازنگری گویه‌ها توسط تیم تحقیق منجر به تقلیل آنها از ۱۷۳ به ۱۲۷ گویه و سپس با این تعداد وارد مرحله کمی و کیفی روان‌سنجی گردید و طی این فرایند به ۶۴،۷۷،۹۹،۱۱۹،۱۲۷،۴۴ گویه تقلیل و نهایتاً با تحلیل عاملی به ۴۴ گویه و چهار بعد شامل مشکلات مرتبط با سالمندی، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و سلامت عملکردی منتهی گردید. مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه لیکرت ۵ قسمتی است.

نتیجه‌گیری: سنجش سلامت سالمندان با ابزارهای عمومی، این نقیصه را داشته و دارد که بخش‌های عمده‌ای از زوایای آن نادیده گرفته می‌شود. از طرفی موضوع سلامت به ادعان بسیاری از محققین یک مفهوم فرهنگی است و برگردان مفاهیم فرهنگی بی‌تردید اشکالات روایی فرهنگی را پدید می‌آورد. لیکن پرسشنامه حاضر با اتکا بر تعریف بر خواسته از دیدگاه و تجربه خود سالمندان و به دور از اغراق در عینی‌گرایی یا ذهنی‌گرایی شدید بلکه با تکیه بر واقعیت زندگی با فرهنگ بومی سالمندان ساخته شد.

کلمات کلیدی: طراحی ابزار، روانسنجی، سلامت سالمندان، تحلیل مفهومی هیبرید، تحلیل محتوای جهت دار.

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه و مروری بر مطالعات گذشته

- ۱-۱. اهمیت پژوهش ۲
- ۱-۲. ضرورت و دلایل انتخاب موضوع ۴
- ۱-۳. تبیین چالش موجود ۸
- ۱-۴. جمع بندی و ارائه سؤال اصلی پژوهش ۹

فصل دوم: فلسفه هدایت کننده پژوهش

- ۱-۲. پارادایم های اساسی و مهم تحقیق ۱۱
- ۱-۱-۲. تعریف سلامت ۱۱
- ۲-۱-۲. سالمندی ۱۶
- ۳-۱-۲. سلامت سالمندی ۱۸
- ۲-۲. مروری بر متون ۲۷
- ۳-۲. جمع بندی در ارتباط با سؤال اصلی تحقیق ۴۶

فصل سوم: روش پژوهش

- ۱-۳. اهداف پژوهش ۴۸
- ۱-۱-۳. اهداف کلی ۴۸
- ۲-۱-۳. اهداف ویژه ۴۸
- ۲-۳. دلیل انتخاب روش تحقیق و معرفی مختصر آن ۴۹
- ۳-۳. محدودیت های پژوهش ۶۸
- ۴-۳. ملاحظات اخلاقی ۶۸

فصل چهارم: یافته ها

- ۱-۴. تحلیل محتوا با رویکرد هیبرید ۷۰
- ۱-۱-۴. تحلیل مفهوم نظری ۷۰
- ۲-۱-۴. تحلیل مفهوم عملی ۷۴
- ۳-۱-۴. مرحله تحلیل نهایی ۸۴
- ۲-۴. تحلیل محتوای جهت دار ۸۶
- ۳-۴. بحث ۹۲
- ۴-۴. جمع بندی نهایی ۹۸

فصل پنجم: ساخت ابزار

۱۰۰	.....	۱-۵. مقدمه
۱۰۱	.....	۲-۵. تعریف مفاهیم اصلی
۱۰۳	.....	۳-۵. تبیین گویه ها
۱۰۶	.....	۴-۵. فرآیند روانسنجی
۱۴۳	.....	۵-۵. بحث
۱۵۱	.....	۶-۵. نتیجه گیری نهایی
۱۵۳	.....	۷-۵. کاربرد یافته ها
۱۵۴	.....	۸-۵. نوآوری
۱۵۴	.....	۹-۵. پیشنهادات
۱۵۵	.....	فهرست منابع
۱۶۲	.....	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

- جدول ۲-۱. مزایای ارزیابی جامع وضعیت سلامت سالمندان ۴۰
- جدول ۲-۲. فرایند ارزیابی جامع سلامت سالمندان ۴۲
- جدول ۲-۳. انجام فعالیت های روزانه زندگی ۴۳
- جدول ۲-۴. انجام فعالیت های روزمره با کمک وسایل (IADL) ۴۴
- جدول ۲-۵. انجام فعالیت های روزمره با کمک وسایل (IADL) ۴۴
- جدول ۲-۶. فرم ارزیابی ۴۶
- جدول ۲-۷. ابزار بررسی افسردگی در سالمندان (فرم کوتاه) ۴۹
- جدول ۴-۱. طبقه اصلی سلامت عملکردی، و زیر طبقات انجام فعالیت های روزمره زندگی، انجام فعالیت های روزمره
ابزاری ۸۰
- جدول ۴-۲. طبقه اصلی سلامت اجتماعی و زیر طبقات سلامتی دیگران، ارتباط، رفاه مالی ۸۱
- جدول ۴-۳. طبقه اصلی سلامت ذهنی، و زیر طبقات تنهایی، افسردگی، سازگاری، حافظه ۸۲
- جدول ۴-۴. طبقه اصلی سلامت بیولوژیکی، طبقات فرعی بیماری های مزمن، شنوایی، بینایی، تغذیه، خواب، درد،
تحرك ۸۳
- جدول ۴-۵. طبقه اصلی سلامت معنوی، طبقات فرعی اعتقادات مذهبی و هدفمند بودن زندگی ۸۴
- جدول ۴-۶. طبقه اصلی سلامت خانواده، طبقات فرعی آرامش خانواده و سالم بودن خانواده ۸۶
- جدول ۴-۷. خلاصه طبقات اصلی و فرعی مفهوم سلامت سالمندان استخراج شده از مرحله در عرصه تحلیل مفهوم
هیبرید ۸۷
- جدول ۴-۸. طبقه اصلی سلامت اجتماعی، طبقه فرعی سرگرمی ۹۱
- جدول ۴-۹. طبقه اصلی سندرم سالمندی، طبقات فرعی سقوط و بی اختیاری ۹۲
- جدول ۴-۱۰. طبقه اصلی سلامت اقتصادی، زیر طبقه رفاه مالی و درآمد سالم ۹۳
- جدول ۴-۱۱. خلاصه طبقات اصلی و فرعی مفهوم سلامت سالمندان استخراج شده از مرحله تحلیل محتوی هدایت
شده ... ۹۴

- جدول ۵-۱. نمونه ای از فرایند طراحی گویه های اولیه پرسشنامه در بعد سلامت عملکردی ۱۰۶
- جدول ۵-۲. نمونه ای از فرایند طراحی گویه های اولیه پرسشنامه در بعد سلامت ذهنی ۱۰۶
- جدول ۵-۳. نمونه ای از فرایند طراحی گویه های اولیه پرسشنامه در بعد سلامت اجتماعی ۱۰۶
- جدول ۵-۴. نمونه ای از فرایند طراحی گویه های اولیه پرسشنامه در بعد سلامت بیولوژیکی ۱۰۷
- جدول ۵-۵. نمونه ای از فرایند طراحی گویه های اولیه پرسشنامه در بعد سلامت معنوی ۱۰۷
- جدول ۵-۶. نمونه ای از فرایند طراحی گویه های اولیه پرسشنامه در بعد سلامت خانواده ۱۰۷
- جدول ۵-۷. نمونه ای از فرایند طراحی گویه های اولیه پرسشنامه در بعد سلامت اقتصادی ۱۰۷
- جدول ۵-۸. نمونه ای از فرایند طراحی گویه های اولیه پرسشنامه در بعد سندرمهای سالمندی ۱۰۸
- جدول ۵-۹. توصیف اندازه اثر گویه های پرسشنامه سلامت سالمندان (روایی صوری کمی) روی ۱۲۷ گویه ۱۱۰
- جدول ۵-۱۰. خلاصه تغییرات گویه ها ناشی از پیشنهادات افراد متخصص در مرحله کیفی روایی محتوی (تعداد: ۱۱۹ گویه) ۱۱۸
- جدول ۵-۱۱. نتایج محاسبه روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) ۱۲۰
- جدول ۵-۱۲. جمع بندی جدول CVR و CVI ۱۲۵
- جدول ۵-۱۳. گویه های باقی مانده بعد از انجام فرایند روایی محتوای کمی (۷۷ گویه) ۱۲۶
- جدول ۵-۱۴. گویه های باقی مانده بعد از انجام فرایند روایی محتوای کمی و کیفی (۶۴ گویه) ۱۳۰
- جدول ۵-۱۵. شاخص نمونه گیری کیسر - مایر - الکین (KMO) و نتایج آزمون کرویت بارتلت ۱۳۳
- جدول ۵-۱۶. تحلیل عاملی مقدار کل واریانس تعیین شده برای ۴ عامل ابزار بررسی سلامت سالمندان ۱۳۴
- جدول ۵-۱۷. بار عاملی دوران واریماکس بین چهار عامل با ۴۴ گویه ابزار بررسی سلامت سالمندان ۱۳۶
- جدول ۵-۱۸. عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی با استفاده از دوران واریماکس (مشکلات مرتبط با گذر عمر) ۱۳۸
- جدول ۵-۱۹. عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی با استفاده از دوران واریماکس (بعد سلامت اجتماعی) ۱۳۹
- جدول ۵-۲۰. عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی با استفاده از دوران واریماکس (وضعیت عملکردی) ۱۴۰

جدول ۵-۲۱. عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی با استفاده از دوران واریماکس (سلامت معنوی) ۱۴۰

جدول ۵-۲۲. تعیین همسانی درونی پرسشنامه سلامت سالمندان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۱۴۱

جدول ۵-۲۳. تعیین ضریب پایایی پرسشنامه سلامت سالمندان با آزمون - آزمون مجدد ۱۴۲

جدول ۵-۲۴. دامنه امتیازات طبقات ابزار سلامت سالمندان ۱۴۳

فصل اول

مقدمه

۱-۱. اهمیت پژوهش

"و خدای تو حکم فرموده درباره پدر و مادر نیکی کنید، چنان که هر دو یا یکی از آنها پیر و سالخورده شوند زهار کلمه‌ای که رنجیده خاطر شوند مگویید و کمترین آزار به آن‌ها نرسانید و با ایشان به اکرام و احترام سخن بگویید." آیه ۲۳ سوره بنی اسرائیل

ترکیب هرم جمعیتی در بیشتر کشورها از جمله ایران به سرعت در حال تغییر است و روند به طریقی است که جمعیت سالمندان رو به افزایش است. بررسی تغییرات جمعیتی سالمندان ایران طی ۵۰ سال گذشته نشان می‌دهد که افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ و میر و مولید موجب افزایش روند سالمندی در کشور شده است. در حالی که جمعیت بالاتر از ۶۰ سال در ایران در سال ۱۳۸۵ برابر با ۵۱۱۹۰۰۰ نفر یعنی ۷/۲ درصد کل جمعیت بوده است، پیش بینی می‌شود سال ۱۴۰۰ به ۱۰۰۰۰۰۰ نفر (۱۰٪) برسد [۱] که این خود نشان دهنده سرعت زیاد پیر شدن جمعیت ایران است و در آینده ای نزدیک در ایران پدیده انفجار سالمندی رخ خواهد داد [۲].

سالمندی از بعد زیست‌شناسی، مرحله‌ای است طبیعی و پیش‌پایانی در ادامه روند تولد تا مرگ و از بعد اجتماعی، دورانی از زندگی است که شخص قادر به ادامه زندگی خود بطور مستقل نیست و محتاج به کمک دیگران می‌باشد. مراحل قانونی نیز وجود دارد؛ مثل معاف شدن بالطبع یا بالاجبار از انجام وظائف منظم قانونی (بازنشستگی). از بعد جسمی، روندی طبیعی به سمت افت عملکرد بعضی از بافت‌ها و نیز می‌توان سن روانی را در نظر گرفت [۲].

یکی از چالش‌های اساسی این است که در کشورهای کمتر توسعه یافته آمادگی لازم برای مواجهه با پدیده سالمندی و پیامدهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن فراهم نیست. برخی از جوامع،

سالمندان را افرادی ناتوان یا سربار می‌دانند، در صورتی که سالمند دارای ویژگی‌هایی است که می‌تواند نقش فعال و مؤثری در خانواده و جامعه ایفا نماید. سازمان ملل متحد با شعار "پیش به سوی جامعه ای سالم برای تمام سنین" سال ۱۹۹۹ میلادی را به عنوان سال جهانی سالمند اعلام کرد تا ملل مختلف جهان با پی بردن به اهمیت این مسئله پی برده و راه‌های مناسبی برای زندگی سالم و همراه با توانمندی برای این جمعیت ارائه دهند [۱] و این باور ترویج شود که این بخش از جامعه که روز به روز بر تعداد آنان نیز افزوده می‌شود، از سایر سنین جدا نیستند، بلکه در سلسله مراتب جامعه به عنوان مرتبه کامل‌تر قرار دارند [۳].

افزایش امید به زندگی و داشتن عمر طولانی‌تر ضرورتاً معادل سالمندی موفق نمی‌باشد و از آنجا که سالمندان یکی از گروه‌های آسیب پذیر جامعه هستند که از لحاظ اجتماعی، بهداشتی و تغذیه‌ای باید مورد توجه بیشتر خانواده‌ها و جامعه قرار گیرند. افزایش تعداد سالمندان از یک سو و تغییر در فرهنگ‌ها، عادات و شیوه زندگی از سوی دیگر، ضرورت پژوهش در این زمینه را نشان می‌دهد. با افزایش سن، عملکرد فیزیولوژیک به صورت پیش رونده ای کاهش می‌یابد [۳]. فرد سالمند بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری‌ها قرار می‌گیرد. سالمندی می‌تواند منجر به کاهش عملکرد پیش رونده یا اضمحلال تدریجی عملکرد شود. سالمندی اگر چه بیماری نیست اما حضور بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی چشمگیر است.

روند سالمندی را می‌توان به سه گروه تقسیم کرد؛ اول سالمندی همراه با سلامت یعنی عدم وجود یا وجود خفیف اختلالات عملکرد فیزیولوژیک، بدون بیماری؛ دوم سالمندی طبیعی یعنی اختلال فیزیولوژیک یا طبیعی عملکردی مرتبط با افزایش سن بدون وجود بیماری خاص؛ و نهایتاً سالمندی همراه با بیماری یعنی داشتن بیماری مزمن یا پیشرونده همراه با افت توانایی و از دست دادن استقلال. مسلم است که هدف پرستاری سالمندی و طب پیشگیری در سالمندان افزایش تعداد سالمندان گروه اول است [۱].

نیازهای عمده زنان و مردان سالمند در درجه اول بهداشت و سلامت، در درجه دوم، درآمد و سپس حمل و نقل می‌باشد. مهمترین نیاز زنان خصوصاً در روستاها، بهداشت و سلامت می‌باشد که بیش از مردان است [۲].

یکی از اولویت‌های حوزه علم و فناوری کشور در سند نقشه جامع علمی سلامت تأکید بر بیماری‌های دارای بار بالا و معضلات بومی است [۴]. سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده‌آل و عملاً دست نیافتنی است؛ زیرا با توجه به این تعریف کمتر می‌توان فردی را پیدا کرد که در هر چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی کاملاً سالم باشد، ضمن این که در عمل هم نمی‌توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت. در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمی‌تواند آن را فتح نماید؛ ولی تلاش همه افراد باید حرکت به سمت آن باشد. پس باید برای سطح سلامتی، طیفی قائل شد [۲].

۲-۱. ضرورت و دلایل انتخاب موضوع

سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد [۵]. معنی سلامتی نه تنها برای افراد مختلف گوناگون است، بلکه حتی یک نفر هم در طول زندگی خود ممکن است تعاریف مختلفی از سلامتی داشته باشد. اولویت‌ها و انتظارات مربوط به مفهوم سلامتی در یک انسان ۷۰ ساله با آنچه او در ۳۰ سالگی فکر می‌کرده است حتماً متفاوت خواهد بود [۶].

با توجه به عوامل متعدد تعیین کننده سلامت، اختلال در سلامت با افزایش سن و تغییرات جسمی و روانی ناشی از افزایش سن، حفظ و ارتقاء سلامت سالمندان نیازمند دسترسی به اطلاعات دقیق برای برنامه‌ریزی و اقدامات مربوط می‌باشد که پیش نیاز آن، دسترسی به روش‌ها و ابزارهای اندازه‌گیری سلامت سالمندان است. همان طور که ذکر شد مفهوم سلامت می‌تواند در جوامع مختلف و حتی در گروه‌های مختلف اجتماعی و حرفه‌ای تفاوت داشته باشد و این تفاوت در سالمندان، ابهام و پیچیدگی سؤال برانگیزی دارد. همین نکته است که محقق را به سوی پژوهش کیفی سوق می‌دهد.

باتوجه به پویایی و بروز تحولات سریع در جوامع و فضای زندگی انسان و همچنین، تحولات فناوری، مفهوم سلامت سالمندان نیز دچار تغییر می‌شود. بنابراین لازم است برای درک مفهوم، پژوهش کیفی انجام گیرد و نیز برای بررسی وضعیت سلامت سالمند، ابزاری متناسب تدوین شود. بررسی وضعیت سلامت به منظور اصلاح یا تغییر آن انجام می‌گیرد و تهیه و ساخت ابزاری روا^۱ و پایا^۲ لازم است. ابزارهای موجود اندازه‌گیری برای رسیدن به هدف این پژوهش که بررسی سلامت سالمندان ایرانی می‌باشد مناسب نمی‌باشند؛ زیرا متناسب با جنبه‌های اعتقادی فرهنگی و شرایط خاص سالمندان جامعه ما نیستند.

در ایران درباره بررسی وضعیت سلامت سالمندان مطالعاتی انجام شده است که در بخش مروری بر متون به آنها پرداخته می‌شود و در تبیین مفهوم نیز از آنها استفاده خواهد شد؛ ولی بر اساس جستجوی جامع اینترنتی و کتابخانه‌ای مشخص شد تاکنون ابزاری برای بررسی وضعیت سلامت سالمندان مبتنی بر تجارب آنها به روش مطالعه کیفی ساخته نشده است و تنها موارد موجود که تا حدودی می‌توانند مربوط به سلامت سالمندان باشند؛ ابزار سنجش سبک زندگی سالمندان [۷] که سبک زندگی را بررسی می‌کند و دیگری ابزار بررسی کیفیت زندگی سالمندان است [۸] که توسط درویش پور تدوین شده است. همچنین ابزاری تحت عنوان ابزار سنجش سلامت سطح عمومی سالمندان توسط ابراهیمی طراحی شده است [۹] که تنها اختلالات روانپزشکی آنان را بررسی می‌کند. سلامت سالمندان از چندین جنبه اهمیت دارد؛ بر اساس آمارها، سالمندان بخش عمده‌ای از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند و سلامت آنها برای خود، خانواده و جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. روند سالمندی ممکن است به یکی از سه نوع زیر رخ دهد: (۱) سالمندی همراه با سلامت: یعنی عدم وجود یا وجود خفیف اختلالات عملکرد فیزیولوژیک، بدون بیماری؛ (۲) سالمندی طبیعی: یعنی اختلال فیزیولوژیک یا طبیعی عملکردی مرتبط با افزایش سن بدون وجود بیماری خاص و (۳) سالمندی همراه با بیماری: یعنی داشتن بیماری مزمن یا پیشرونده همراه با افت توانایی و از دست

¹ Valid

² Reliable

دادن استقلال. مسلم است که هدف پرستاری سالمندی و طب پیشگیری در سالمندان افزایش تعداد سالمندان گروه اول است.

بررسی جامع سالمند به دلیل شیوع بیماری‌های مزمن و افزایش خطر ناتوانایی‌های عملکردی در این دوره زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. نکات کلیدی که در این بررسی باید به آن توجه داشت به قرار زیر است:

- ۱- اکثر سالمندان بیشتر از یک مشکل سلامتی یا اجتماعی دارند.
- ۲- بررسی یک مشکل معمولاً می‌تواند منجر به یافتن مشکلات دیگر در ارتباط با آن شود.
- ۳- پیش‌آگهی مشکل اولیه ممکن است متفاوت با مشکلات مربوط به آن باشد.
- ۴- درمان مناسب بستگی به مجموع مشکلات دارد و ممکن است لازم باشد همه مشکلات کنترل و سپس اولویت بندی شوند.

۵- امکان این که بهتر شدن یک مشکل منجر به وخیم‌تر شدن مشکل دیگر شود، وجود دارد. برای ارائه خدمات اثربخش در وهله اول باید بررسی دقیقی از وضعیت سلامتی سالمندان به دست آورد؛ لذا مورد توجه قرار دادن سلامت سالمندان اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. از طرف دیگر، اطلاع از وضعیت سلامت سالمندان به منظور پیشگیری و درمان اختلالات احتمالی، نیازمند وجود ابزار سنجش روا و پایا می‌باشد. یکی از مبانی تمام طرح‌های تحقیقاتی، کاربرد ابزار اندازه‌گیری دقیقی است که مراحل روان‌سنجی را به درستی گذرانده باشد [۱۰].

امروزه متخصصین طراحی ابزار بر این نکته توافق نظر دارند که محتوای ابزار سنجش بهتر است از تجارب افراد مرجع استخراج گردد؛ زیرا پاسخ دهی مردم به سؤالات ابزار تحقیق تحت تأثیر زبان، اعتقادات فرهنگی، توانایی درک و زمینه‌های فرهنگی می‌باشد. مردم با زمینه‌های فرهنگی متفاوت، به یک ابزار به درستی پاسخ نمی‌دهند و این منجر به از دست رفتن داده‌ها می‌گردد یا ممکن است به گویه‌ها مطابق برداشت و دیدگاه خود که ناسازگار با هدف اصلی ابزار است پاسخ می‌دهند و در نتیجه، روایی ابزار به خطر می‌افتد. از طرفی، تعبیر متفاوت فرهنگی از بعضی واژه‌ها منجر به برداشت نادرست، پاسخ نادرست و در نهایت، نتیجه‌گیری نادرست می‌شود [۱۱].

تلاش برای ایجاد توافق بین مفاهیم فرهنگی و مفاهیم استاندارد پژوهشی یکی از فعالیت‌های محققین ابزار ساز بوده است؛ زیرا آنان پیوسته با مفاهیمی مواجه هستند که از بار معنایی فرهنگی برخوردار هستند [۱۲]. سلامت سالمندان از مفاهیمی است که از ویژگی‌های فرهنگی برخوردار است [۱۳]. بنابراین، ابزار طراحی شده برای اندازه‌گیری این مفهوم باید خصیصه‌های آن را منعکس کند. سالمندان به عنوان یک گروه ویژه دارای فرهنگ و اختصاصات ویژه‌ای هستند که آنان را از سایر گروه‌های سنی تا حدودی متمایز می‌کند و سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین اولین قدم در توسعه و ساخت ابزار اندازه‌گیری، توصیف ماهیت مفهوم می‌باشد. هرچه مفهوم به طور واضح‌تری تعریف شود، نوشتن سؤالات اندازه‌گیری آن ساده‌تر می‌شود [۱۴]. لذا در قدم اول باید مفهوم به طور واضح تبیین گردد؛ زیرا بعضی مواقع مفاهیم معنای متفاوتی دارند و نیاز به تعدیل دارند تا بدین ترتیب متجانس با مفهوم رایج در سلامت سالمندی و قابل کاربرد در آن گردد [۱۴]. مفاهیم به وسیله نظریه‌ها تعریف می‌گردند و در صورتی که تعریف نشده باشند، محقق باید تعاریف پنداشتی را خلق کند. محققین ابزار ساز نیز برای طراحی ابزار، به تعریف مفهوم می‌پردازند [۱] که لازمه آن مطالعه کیفی می‌باشد. مطالعه کیفی به تولید داده‌هایی کمک می‌کند که از نظر ذهنی بودن کنش‌ها، تعاملات، هیجانات، فرهنگ، نمادها و آیین‌ها غنی هستند. تعامل نزدیک بین محقق و مشارکت‌کننده تحقیق به عنوان یک بخش کلیدی از تولید داده، برای دستیابی به تجارب مشارکت‌کننده شناخته شده است؛ به طوری که پدیده را از منظر خود آنان بتوان دید [۱۵]. به این ترتیب، مقدمه ساخت گویه‌های ابزار با تکیه بر تجارب گروه فراهم می‌گردد که بسیاری از مشکلات ابزارهای ترجمه شده مانند عدم تطابق و عدم تقارن فرهنگی یا احتمال تحریف، تغییر و عدم درک مقصود اصلی گویه‌های ابزار تحقیق را نخواهد داشت [۱۲].

در مورد ابزارهای ترجمه شده می‌توان گفت که حتی یک ابزار با داشتن سابقه روایی محتوا، به معنی این نیست که ضرورتاً در زمان‌ها، فرهنگ‌ها یا زمینه‌های دیگر دارای روایی محتواست. اعتقاد بر این است که تنها یک ترجمه ساده پرسشنامه در زمینه‌های زبان شناختی برای به کارگیری کفایت نمی‌کند. اگرچه ممکن است آن ابزار یک فرآیند ترجمه جامع زبان شناختی را طی کرده باشد، لیکن برای