



طراحی و اعتباریابی پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان

منوچهر شیرازی^{۱*}، هومان منوچهری^۲، منصوره زاغری تفرشی^۳، فرید زایری^۴، ویولت علی پور^۵

^{۱*}استادیار گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

^۲استادیار گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳استادیار گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴دانشیار گروه آمار حیاتی، دانشکده ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، دانشکده ی روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

(دریافت: ۹۴/۸/۲۱ - پذیرش: ۹۴/۹/۲۴)

چکیده

مقدمه: دسترسی به پرسشنامه‌ای دقیق و اختصاصی به منظور بررسی چگونگی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان برای بررسی همه جانبه و هم چنین مدیریت مؤثر درد مزمن، ضروری است.

هدف: بدین جهت، این مطالعه با هدف طراحی و اعتباریابی پرسشنامه‌ای جهت بررسی الگوی زندگی با درد مزمن غیر بدخیم در سالمندان انجام شده است.

روش: این مطالعه بخشی از یک پژوهش ترکیبی اکتشافی متوالی است که در طی آن پرسشنامه‌ای جهت بررسی الگوی زندگی با درد مزمن غیر بدخیم در سالمندان، در سه مرحله طراحی و روان سنجی گردیده است. در مرحله ی اول با استفاده از روش گراند تئوری مفهوم الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان بر اساس نظرات ۳۰ سالمند مبتلا به درد مزمن، سه نفر از همراهان آن‌ها و ۲۹ نفر از اعضای گروه درمانی که بر اساس نمونه گیری هدفمند و نظری در مطالعه شرکت نموده بودند، تبیین گردید. در مرحله ی دوم، به منظور تدوین گویه‌های پرسشنامه از نتایج بخش کیفی مطالعه، به همراه بررسی متون معتبر و مرتبط با موضوع پژوهش، استفاده گردید، و در مرحله ی سوم نیز که یک مطالعه‌ی روش شناختی است؛ اعتباریابی پرسشنامه با استفاده از روائی های صوری، محتوا، سازه، هم چنین پایایی هم سانی درونی و ثبات، انجام گردید.

یافته ها: بر اساس نظرات شرکت کنندگان در بخش کیفی این مطالعه، الگوی زندگی با درد مزمن به معنی مجموعه ای از شیوه های مختلف بوده که فرد مبتلا به درد مزمن از آن استفاده نموده تا به یک سازگاری فعال با درد دست یابد. در مرحله ی دوم گویه های اولیه پرسشنامه تدوین گردید. در طی مرحله ی سوم این پژوهش، به ترتیب روائی های صوری و محتوا به صورت کیفی و کمی (CVR=0/91) و میانگین شاخص اعتبار محتوا = 0/۹۳)، انجام شد. در ادامه روایی سازه با تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و دو عامل الگوی زندگی فردی شامل ۸ عبارت، و عامل دوم با عنوان الگوی زندگی اجتماعی با ۷ عبارت استخراج شد. پایایی آن نیز با استفاده از روش های هم سانی درونی (α=0/۸۹) و ثبات از طریق آزمون مجدد (0/۹۴) تعیین گردید.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه و روائی و پایایی مناسب پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن غیر سرطانی در سالمندان، استفاده از آن به منظور بررسی و تعیین الگوی زندگی با درد مزمن و مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندان، برای اعضای گروه درمانی و پژوهشگران پیشنهاد می گردد.

کلید واژه ها: روان سنجی، پرسشنامه، الگوی زندگی، درد مزمن، سالمندی

مقدمه :

میزان امید به زندگی در قرن بیست و یکم افزایش پیدا کرده است و افراد نسبت به ۳۰ سال گذشته بیشتر عمر می کنند، به صورتی که تا سال ۲۰۵۰ میلادی، جمعیت سالمندان دو میلیارد نفر خواهد بود. (۱) در ایران نیز پیش بینی شده که تا سال ۱۳۹۸، جمعیت سالمندان به ۱۰ میلیون نفر برسد. (۲) یکی از شایع ترین و مهم ترین مشکلات دوران سالمندی، درد های مزمن است. به طوری که یک سوم افراد سالمند از درد مزمنی رنج می برند (۳،۴) که می تواند منشاء بدخیم و یا غیر بدخیم داشته باشد. (۵) الگوهای درد و رویکرد های درمانی و مراقبتی در رابطه با درد های مزمن بدخیم با درد های مزمن غیر بدخیم متفاوت است. (۶) درد های مزمن غیر بدخیم ممکن است بنا به دلایل زیادی از جمله استئوآرتریت، پوکی استخوان، اختلالات عروقی و بیماری های مزمن هم چون دیابت ایجاد شوند. (۷)

از جمله عواملی که در ایجاد و تشدید مشکلات ناشی از درد مزمن غیر بدخیم در سالمندان نقش مؤثری دارند، الگو های نامناسبی است که افراد در زندگی خود از آن استفاده می کنند. در واقع، ارتباط بین درد مزمن و الگوی زندگی یک ارتباط متقابل است به طوری که درد مزمن می تواند بر روی الگوی زندگی فرد اثر گذار باشد؛ از طرف دیگر خود نیز تحت تأثیر الگوی زندگی فرد، قرار گیرد. یکی از این الگوها بی تحرکی ناشی از درد مزمن است، که می تواند زمینه ساز مشکلات متعدد دیگری باشد. به طوری که زندگی بدون تحرک، خواب نامناسب و عوارض

ناشی از دارو ها می توانند باعث افزایش وزن و ابتلا به بیماری های دیگر در سالمندان شوند. (۸و۹) افزایش وزن و شاخص توده ی بدنی نیز، می تواند باعث فشار بر مفاصل شده و میزان بروز و شیوع درد را افزایش دهد. (۱۰،۱۱،۱۲)

چنان چه درد های مزمن در سالمندان به خوبی مدیریت نشود، آثار سوء ناشی از آن که شامل کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر خودکشی، اختلالات شناختی، اختلال در عملکرد و فعالیت های روزمره ی زندگی است زندگی سالمند و خانواده ی وی را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۳) و اگر این درد و مشکلات آن ها به خوبی درک نشود، مضطرب، افسرده و درمانده شده و در نتیجه کیفیت زندگی آن ها بیشتر آسیب می بیند. (۱۴)

تجارب افرادی که به دلیل درد مزمن بی تحرک و خانه نشین شده اند، نشان می دهد که به دنبال استفاده از الگو های نامناسب زندگی، نقش های فیزیکی، روحی و روان شناختی سالمند در خانواده کمتر شده و منجر به کاهش احساس خود ارزشی آنان می گردد؛ (۱۵) در ادامه، ارتباطات اجتماعی وی کمتر شده و دچار اختلالات جنسی، روانی و عاطفی نیز می گردد. (۱۶) این وضعیت باعث می شود که مسئولیت ها و وظایف سالمند برعهده ی سایر اعضای خانواده و از جمله فرزندان قرار گیرد. آرزو ها و برنامه های فرد و خانواده برای آینده تحقق نمی یابد، زیرا نگران وضعیت درد هستند که می تواند باعث رنجش و محرومیت در خانواده شود. (۱۶،۱۷) علاوه بر این، بسیاری از سالمندان ممکن است درد خود را به دلیل

ترس از اقدامات تشخیصی که خود باعث درد و ناراحتی بیشتر آن ها می گردد، پیگیری نکنند. (۲۰،۱۹،۱۸)

از طرف دیگر، الگوی زندگی نیز می تواند بر روی درد مزمن اثرگذار باشد، در همین رابطه شیوه های مختلفی به منظور مدیریت درد مزمن در سالمندان مورد استفاده قرار می گیرد، که یکی از این روش ها تغییر در الگوی زندگی است. در واقع، تغییر در الگوی زندگی نه تنها می تواند در پیش گیری از درد مؤثر باشد بلکه روند مدیریت درد مزمن و عوارض آن را تسهیل می نماید. (۲۱) در همین زمینه، Sale و همکاران نیز در تحقیق خود بیان داشتند که با استفاده از روش های مختلف تغییر در الگوی زندگی می توان درد را کاهش داد و عملکرد جسمانی فرد را بهبود بخشید. (۲۲) افراد مبتلا به درد مزمن راهبردهای مقابله ای گوناگونی را به کار می گیرند که برخی از آنها انطباقی و برخی غیر انطباقی است. (۲۴،۲۳) در همین زمینه، برای سازگاری با این نوع درد، سالمندان از شیوه های تغییر الگوی زندگی هم چون غذا خوردن، تغییر وضعیت و بهره مندی از حمایت های خانوادگی و اجتماعی استفاده می نمایند. (۲۵) علاوه بر این، عواملی هم چون هیجان ها (بخصوص خشم، افسردگی و اضطراب)، عوامل محیطی، اجتماعی، فرهنگی، معنای درد برای فرد، شناخت مرتبط با درد و راهبردهای مقابله با درد به همراه جنبه های زیست شناختی درد در فرآیند سازگاری افراد با درد مزمن و چگونگی واکنش به آن نقش عمده ای دارند. (۷)

بدین جهت، بررسی و شناسایی الگوی زندگی با درد، با استفاده از ابزار های دقیق و اختصاصی می تواند روند تشخیص و کنترل درد را تسهیل نماید. در همین رابطه پس از بررسی و مطالعات کتابخانه ای گسترده و هم چنین، جستجو در بانک های اطلاعاتی CINAHL ، Science ، Pub Med ، Direct ، Google Scholar ، SID ، Magiran، پرسشنامه ای که الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان را مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نگردید. با این وجود، در برخی پرسشنامه های مشابه، تشابهات و تفاوت هایی با ابزار بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان مشاهده شد. یکی از آن ها، پرسشنامه ی ۴۶ سوالی بررسی سبک زندگی سالم در سالمندان است. این پرسشنامه، سبک زندگی سالمندان را در حیطه های پیشگیری، فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، تغذیه ی سالم، مدیریت تنش و روابط اجتماعی و بین فردی ارزیابی می کند. (۲۶) از ویژگی های این پرسشنامه، بررسی سبک زندگی سالم به طور گسترده است. برخی از بخش های آن سبک زندگی سالمند را در محدوده ی زمانی یک سال گذشته بررسی می کند. اما به صورت اختصاصی مربوط به درد مزمن نیست.

پرسشنامه ی زمینه یابی سلامت (Short-Form Health SF-36(Survey questionnaire)، ابزار دیگری است که تا حدودی با پرسشنامه ی الگوی زندگی با درد مزمن مشابه است و می تواند در این بخش مورد بررسی قرار گیرد. در این پرسشنامه ی خودگزارشی، کیفیت زندگی و سلامت فردی که آن را تکمیل می کند به صورت کلی

بررسی می شود در حالی که فقط سوالات ۲۱ و ۲۲ است که به موضوع درد می پردازد که البته به صورت اختصاصی مربوط به درد مزمن نیست. از طرف دیگر، در سایر بخش ها مشکلات سلامتی مطرح شده ممکن است به جز درد، مربوط به بیماری ها و یا ناتوانی هایی دیگر نیز باشد، بدین جهت، تفکیک آن از درد امکان پذیر نیست. شناسایی و بررسی دقیق الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان می تواند در برنامه ریزی جهت مدیریت این نوع درد، مورد استفاده قرار گیرد و راه را برای مدیریت بهتر آن هموار نموده تا نتایج بهتری حاصل گردد. با توجه به فقدان یک پرسشنامه ی جامع و اختصاصی به منظور بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، این پژوهش با هدف طراحی و اعتباریابی پرسشنامه‌ای مناسب برای بررسی الگوی زندگی با درد مزمن غیر بدخیم در سالمندان مبتلا به درد مزمن غیر بدخیم، انجام شده است.

روش مطالعه :

این مطالعه بخشی از یک پژوهش ترکیبی اکتشافی متوالی است که با هدف طراحی و اعتباریابی پرسشنامه ای جهت بررسی الگوی زندگی با درد مزمن غیر بدخیم در سالمندان، انجام شده است. این پرسشنامه طی سه مرحله، در سال ۱۳۹۳ و در شهر اهواز طراحی گردید. جامعه ی پژوهش شامل سالمندان مبتلا به درد مزمن، همراهان آن ها و هم چنین اعضای گروه درمانی بوده است که ماهیت کار آن ها ارتباط بیشتری با مدیریت درد مزمن در سالمندان داشت.

در مرحله ی اول پژوهش، مفهوم الگوی زندگی با درد مزمن غیر بدخیم در سالمندان با استفاده از یک مطالعه ی کیفی و با رویکرد گراند تئوری در میان شرکت کنندگان در پژوهش، تبیین گردید. با توجه به این که یکی از اهداف اصلی این پژوهش بررسی فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان بود، از شیوه ی تحقیق گراند تئوری استفاده شد و با استفاده از کدها و داده های حاصل از مصاحبه با شرکت کنندگان در پژوهش، بخشی از گویه های اولیه ی پرسشنامه ی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان تهیه گردید.

نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات به صورت مبتنی بر هدف (Purposeful) و با استفاده از مصاحبه ی بدون ساختار، مشاهده و یادآورنویسی (Memo Writing) شروع شد و سپس به صورت نمونه گیری نظری (Theoretical Sampling) تا اشباع داده ها (Data Saturation) ادامه یافت. به منظور جمع آوری داده ها، شیوه ی تلفیقی (سه سو سازی) در انتخاب شرکت کنندگان و برای جمع آوری داده ها، به کار برده شد؛ که در خصوص انتخاب شرکت کنندگان با توجه به این که درد مزمن یک مفهوم پیچیده و گسترده است و دارای ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی و معنوی می باشد و از طرف دیگر، تشخیص و مدیریت آن اغلب نیازمند شیوه ای چند بخشی و همه جانبه است، (۲۰) از سالمندان، همراهان آن ها و هم چنین اعضای گروه درمانی در این زمینه نیز، استفاده گردید. این افراد در آسایشگاه

سالمندان و بیمارستان ها و مراکز بهداشتی - درمانی مختلف اشتغال داشتند.

شرکت کنندگان در این مرحله شامل ۳۰ سالمند بالای ۶۰ سال، سه نفر از همراهان آن ها و ۲۹ نفر از اعضای گروه درمانی بوده که ماهیت کار آن ها ارتباط بیشتری با مدیریت درد مزمن در سالمندان داشت، و از سابقه ی کار با سالمندان برخوردار بودند. (جدول ۲) معیارهای انتخاب سالمندان شرکت کننده در این مرحله از پژوهش شامل: داشتن سن ۶۰ سال یا بالا تر، دارا بودن تجربه ی درد مزمن غیر بدخیم، 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 تجارب خود، عدم ابتلا به اختلالات شناختی با کسب نمره ی شش یا بالاتر از نسخه ی فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی (Iranian Version of the Abbreviated Mental Test Score (۲۷)،

عدم ابتلا به بیماری تأیید شده ی روانی، نابینایی و ناشنوایی براساس تشخیص پزشک معالج بود. گروه دیگر شرکت کنندگان در این پژوهش همراهان سالمندان و اعضای گروه درمانی بودند که در آسایشگاه سالمندان و بیمارستان ها و مراکز بهداشتی - درمانی مختلف اشتغال داشتند. معیارهای انتخاب همراهان سالمندان و هم چنین اعضای گروه درمانی شامل برخورداری از اطلاعات مناسب و داشتن سابقه ی کاری در زمینه ی مشارکت در کنترل و مدیریت درد مزمن در سالمندان برای همراهان سالمندان و اعضای گروه درمانی و هم چنین، تمایل به بازگویی این

اطلاعات در تمامی شرکت کنندگان بود. انتخاب سالمندان و همراهان آن ها از میان مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی- درمانی سطح شهر اهواز انجام شد. اعضای گروه درمانی نیز، از میان کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی- درمانی و آموزشی سطح شهر اهواز انتخاب شدند.

روش انجام مصاحبه ها به صورت چهره به چهره بود که در مراکز بهداشتی- درمانی، پارک های سطح شهر اهواز و منزل شرکت کنندگان و بر اساس تمایل آن ها، انجام گرفت. در این پژوهش مدت زمان مصاحبه ها با هر شرکت کننده بسته به تحمل و میزان علاقه ی وی در یک جلسه صورت گرفت، که حداقل ۳۰ دقیقه و حداکثر ۵۰ دقیقه بود که بر روی نوار دیجیتالی ضبط گردید. مصاحبه ها با استفاده از سؤالات راهنما که بر اساس اهداف پژوهش تنظیم شده بودند، انجام شد. در مصاحبه با شرکت کننده های سالمند از سؤال باز "درباره ی دردتون چی می تونید بگید؟"، در همراهان سالمندان از سؤال باز "درباره ی درد بیمار سالمندتون چی می تونید بگید؟" و در اعضای گروه درمانی از سؤال باز "در رابطه با درد مزمن در یک بیمار سالمند چی می تونید بگید؟" استفاده شد. در ادامه، سؤالات پی گیری کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت کنندگان ارائه می نمودند جهت روشن شدن مفهوم مورد بررسی مطرح می گردید. سؤالات مصاحبه های بعدی بر اساس طبقات استخراج شده مطرح شد.

هنگام تحلیل محتوای مصاحبه ها، به منظور کسب اطمینان از رعایت امانت در انتقال گفتار مشارکت کنندگان، جملات عیناً با زبان محاوره ای مشارکت

کنندگان و به صورت کلمه به کلمه از نوار دیجیتالی دست نویس گردیده و بر روی فایل نوشتاری دیجیتالی رایانه ای نوشته شد و متن آن ها چندین بار خوانده شد تا درک کلی از آن ها به دست آید و بلافاصله با استفاده از نرم افزار تحلیل کیفی MAXQDA 10، سازمان دهی و تحلیل شد. در مشاهدات انجام شده، عکس العمل های غیرکلامی و برخورد ها و ارتباطات مشارکت کنندگان در هنگام مصاحبه مورد بررسی قرار گرفته و بلافاصله پس از پایان مصاحبه ثبت شده و با استفاده از نرم افزار فوق، مورد تحلیل قرار گرفت. همه ی مصاحبه ها و مشاهدات توسط یک پژوهشگر انجام شد.

تحلیل داده ها هم زمان با جمع آوری اطلاعات با استفاده از روش Strauss و Corbin انجام گردید. (۲۸) اعتبار داده ها بر اساس معیار های لینکلن و گابا که شامل: اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال پذیری است، (۲۹) تأیید شد. در همین رابطه پژوهشگر جهت اطمینان از اعتبار یافته ها، با محل های تحقیق ارتباط طولانی مدت داشته و دارای سابقه ی کار با افراد سالمند بوده که این موضوع به جلب اعتماد شرکت کنندگان و هم چنین به درک محیط مورد مطالعه کمک نموده است. علاوه بر این، راهبرد نمونه گیری مورد استفاده، که شامل شیوه ی تلفیقی درانتخاب شرکت کنندگان و روش گردآوری داده ها بوده است؛ شرکت کنندگان را درطیف وسیعی از تنوع نمونه ها و جنس قرار داد تا موجبات افزایش بیشتر اعتبار داده ها را فراهم نماید.

برای تعیین تأییدپذیری یافته ها و تأیید صحت داده ها و کد ها، از بازنگری شرکت کنندگان استفاده شد؛ یعنی بعد از کدگذاری، متن مصاحبه به شرکت کننده بازگردانده شد تا از صحت کدها و تفاسیر، اطمینان حاصل شود. کد هایی که از نظر شرکت کنندگان بیان گر دیدگاه آنان نبود، اصلاح گردید. به منظور تعیین قابلیت اعتماد داده ها، متن برخی از مصاحبه ها مورد بازنگری ناظرین قرار گرفت، یعنی کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر پژوهشگر توسط ۳ نفر از اعضای هیأت علمی مورد بررسی قرار گرفت که ۹۰- ۸۶ درصد توافق در میان نتایج استخراج گردیده وجود داشت. برای محاسبه ی توافق از روش پیشنهاد شده توسط Polit و Hungler استفاده شد. (۳۰) به صورتی که به عنوان مثال، تعداد کد های استخراج شده از یکی از مصاحبه ها توسط پژوهشگر ۹۲ کد بود؛ فرد کدگذار دوم در ۸۱ مورد از این کدها با پژوهشگر توافق داشت که میزان توافق ۸۸/۰۴ درصد محاسبه شد.

جهت تأیید انتقال پذیری نیز یافته ها با نمونه هایی که در مطالعه شرکت ندارند، درمیان گذارده شد و نظرات آن ها پیرامون تناسب یافته ها بررسی گردید، (۲۹) که تناسب یافته ها را مورد تأیید قرار دادند. علاوه بر این، از روش های مختلفی مانند بررسی و مشاهده ی مداوم، تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها، حسن ارتباط با مشارکت کنندگان و انجام مصاحبه در مکان های مناسب با انتخاب توسط مشارکت کنندگان (همانند خانه ی سالمندان، منزل شرکت کنندگان، بیمارستان ها یا

نظر استفاده نمود؛ به علاوه، تشکیل عبارات یک ابزار، نیازمند انجام مطالعه ی وسیع، جامع و گسترده است. (۳۱) Lasch و همکاران (۲۰۱۰) نیز معتقدند که یکی از شیوه های مناسب برای طراحی ابزارهای خودگزارشی، استفاده از تحقیق به شیوه ی نظریه ی مبنایی است. (۳۲)

در ادامه برای تدوین گویه های پرسشنامه از مطالعه ی وسیع منابع معتبر علمی پیرامون الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، هم چنین پرسشنامه های موجود در این زمینه، استفاده شد و گویه های اولیه ی پرسشنامه، بازنگری و اصلاح گردید.

پارک های سطح شهر اهواز) جهت افزایش مقبولیت و قابلیت اعتماد داده ها استفاده شد.

در مرحله ی دوم پژوهش، بر اساس مفاهیم و داده های به دست آمده از مرحله ی اول پژوهش و به کمک شیوه ی کیفی جمع آوری داده ها، (جدول ۱) گویه های سازنده ی پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان که شامل ۵۸ گویه بود، استخراج شد. در همین زمینه LoBiondo-Wood و Haber بیان می کنند که می توان از داده های به دست آمده از مطالعات کیفی به منظور طراحی ابزاری کمی، برای سنجش مفهوم مورد

جدول(۱): نمونه ای از فرآیند تعیین گویه های پرسشنامه

سازه	کد	نظرات و تجربیات شرکت کنندگان در پژوهش
بی تحرکی	کاهش تحرک به دلیل درد	"... به خاطر درد نمی تونم راه برم، پاهام سنگین شده، خسته می شم تو راه رفتن، برا ایستادن هم مشکل دارم، زیاد نمی تونم بایستم رو پاهام، مجبورم بیشتر اوقات یک جا بشینم..."
عبارت طراحی شده : به علت درد، دچار بی تحرکی شده ام.		

روائی صوری، محتوا و سازه استفاده گردید. در همین رابطه ابتدا روائی صوری با استفاده از دو روش کیفی و کمی بررسی شد.

برای تعیین روائی صوری به صورت کیفی، با ۱۰ نفر از سالمندان متفاوت از سالمندان شرکت کننده در مرحله ی کیفی پژوهش، به صورت چهره به چهره مصاحبه شد و موارد سطح دشواری (دشواری درک عبارات و کلمات)، میزان تناسب (تناسب و ارتباط مطلوب گویه ها با ابعاد پرسشنامه) و ابهام (احتمال وجود برداشت های اشتباه از

در مرحله ی سوم پژوهش، به منظور اعتباریابی پرسشنامه ی فوق، از پژوهش روش شناختی استفاده گردید. مطالعه ی روش شناختی (Methodological rearearch) نوعی روش مطالعه است که به منظور طراحی یک ابزار معتبر و پایا انجام می شود و در طی آن ویژگی های روان سنجی که شامل انواع روایی و پایایی پرسشنامه می باشد، مورد بررسی قرار می گیرد. (۳۳، ۳۴)

در این مرحله از پژوهش، روایی و پایایی پرسشنامه ی طراحی شده بررسی گردید. جهت تعیین روایی آن، از

گویه‌ها و یا وجود نارسایی در معانی کلمات) مورد بررسی قرار گرفت. پس از اصلاح موارد بر اساس نظر سالمندان، در گام بعدی جهت تعیین روائی صوری به صورت کمی، از روش کمی تأثیر آیت‌م، استفاده گردید. در همین زمینه به منظور کاهش، حذف گویه‌های نامناسب و هم‌چنین تعیین اهمیت هریک از گویه‌ها از نظرات ۱۰ سالمند مبتلا به درد مزمن (متفاوت از مرحله ی قبل) که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند استفاده گردید. در روش تأثیر آیت‌م در صورتی که نمره ی تأثیر هر گویه مساوی یا بیشتر از ۱/۵ باشد، عبارت برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شده، حفظ گردید. (۳۶، ۳۵) به منظور اطمینان از شیوه ی صحیح نگارش و جمله بندی منطقی برای نوشتن گویه‌های پرسشنامه، عبارات توسط گروه تحقیق چند بار بازخوانی و نظرات ایشان اعمال شد و سپس توسط دو متخصص در زمینه ی ادبیات فارسی مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفت.

برای تعیین روائی محتوا نیز از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. با توجه به این که تعیین روائی محتوا در این مطالعه، مبتنی بر قضاوت افراد متخصص بود، قضاوت بر اساس نظرات متخصصان دارای دانش و تجربه در زمینه ی طراحی پرسشنامه، متخصصین در زمینه ی سالمندی، بیهوشی، فیزیوتراپی و هم‌چنین پرستاری صورت گرفت. در بررسی کیفی محتوای پرسشنامه با ۱۰ نفر از متخصصان فوق پیرامون معیارهای رعایت دستور زبان فارسی، استفاده از واژه‌های مناسب، ضرورت، اهمیت و قرارگیری گویه‌ها در جای مناسب خود، شیوه ی

امتیازدهی پرسشنامه، مصاحبه شد و نظرات آن‌ها اعمال گردید. در همین زمینه شش گویه بر اساس نظرات ارائه شده حذف گردید و بقیه ی گویه‌های پرسشنامه و سیستم امتیازدهی آن‌ها نیز، اصلاح گردید.

برای بررسی روائی کمی محتوا به شکل کمی از ۲ شاخص نسبت Content Validity Ratio (CVR) و شاخص روائی محتوا (Content Validity Index (CVI)، استفاده شد. ابتدا برای تعیین نسبت روائی محتوا از ۱۰ نفر از متخصصان (متفاوت از متخصصان مرحله ی قبل) در خواست شد تا هر عبارت را بر اساس طیف ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. در همین رابطه، بر اساس جدول Lawshe گویه‌هایی که نسبت روائی محتوای آن‌ها برابر و یا بیشتر از ۰/۶۲ (بر اساس ارزیابی ۱۰ متخصص) بود، معنادار ($P < 0/05$) ارزیابی شده، حفظ گردید. (۳۷) سپس به منظور بررسی شاخص روائی محتوا، از روش پیشنهاد شده توسط Waltz و Bausell استفاده شد. (۳۸، ۲۹) بدین منظور، پرسشنامه ی طراحی شده در اختیار متخصصان قرار داده شد و از ایشان درخواست گردید تا بر اساس شاخص روائی محتوای والتس و باسل میزان مربوط بودن هریک از گویه‌های موجود در پرسشنامه را تعیین نمایند. بدین ترتیب میزان مربوط بودن در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر یک از گویه‌ها توسط ۱۰ نفر از متخصصان (متفاوت از مراحل قبل) مورد بررسی قرار گرفت. شاخص روائی محتوا به وسیله ی تقسیم تعداد متخصصان موافق با عبارت دارای رتبه ی ۳

و ۴ بر تعداد کل متخصصان محاسبه گردید. در این بخش عباراتی با ۰/۷۵ نمره و بیش از آن حفظ شده و عبارات کم تر از آن حذف شدند. (فرمول ۱)

فرمول (۱): شیوه ی محاسبه ی شاخص روائی محتوای محاسبه

$$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصین موافق برای گویه با رتبه ۳ و ۴}}{\text{تعداد کل متخصصان}}$$

عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز برای حفظ هر عبارت در عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی، در نظر گرفته شد. (۴۰)

در این مرحله از پژوهش، تعداد ۱۲ نمونه به ازای هر گویه ابزار و به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند. بدین ترتیب که شهر اهواز بر اساس تقسیم بندی شهرداری، به ۸ منطقه تقسیم شد. از هر منطقه یک خوشه به صورت تصادفی انتخاب گردید. در ادامه از هر خوشه ۲۵ نمونه و در مجموع ۲۰۴ سالمند زن و مرد مبتلا به درد مزمن غیر بدخیم به صورت تصادفی، به عنوان نمونه انتخاب شده و در پژوهش شرکت نمودند. گویه ها توسط خود سالمند خوانده و پاسخ داده می شد و با توجه به حضور پژوهشگر در کنار نمونه های فوق هنگام تکمیل پرسشنامه ها، میزان پاسخ دهی ۱۰۰ درصد بوده است.

در مرحله ی آخر پژوهش، برای تعیین پایایی ابزار از دو شیوه ی هم سانی درونی و ثبات استفاده گردید. هم سانی درونی ابزار در نمونه های مرحله ی قبل که شامل ۲۰۴ سالمند بودند با استفاده از اندازه گیری آلفای کرونباخ تعیین گردید. برای تعیین پایایی ثبات ابزار نیز از

در مرحله ی بعد، میانگین شاخص روائی محتوای پرسشنامه Scale-level Content Validity Index / Averaging Calculation Method / به وسیله ی تقسیم حاصل جمع شاخص روائی محتوای گویه ها بر تعداد گویه ها، محاسبه گردید. (۳۹) در همین رابطه Polit و Beck (۲۰۱۰) نمره ی ۰/۹۰ و بالاتر را برای پذیرش توصیه نموده اند. (۲۹)

برای تعیین روائی سازه، از روش تحلیل عاملی اکتشافی که یکی از مهم ترین روش های تعیین اعتبار سازه است، استفاده گردید. بدین منظور برای بررسی کفایت نمونه گیری، آزمون Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) انجام شد. در ادامه برای کسب اطمینان از این که ماتریس همبستگی که پایه ی تحلیل عاملی قرار می گیرد در جامعه برابر صفر نیست، از آزمون کروی بودن بارتلت استفاده گردید. در این پژوهش، برای تحلیل عاملی اکتشافی داده ها از روش تحلیل مؤلفه های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد. جهت تعیین تعداد عامل های اصلی پرسشنامه ها نیز از سه شاخص ارزش ویژه، نمودار شن ریزه و تعیین سهم هر عامل در تبیین مجموع واریانس کل گویه ها استفاده شد. نقطه ی عطف ۰/۵ به

روش بررسی آزمون مجدد در یک نمونه ی ۳۰ نفری از سالمندان که از معیارهای ورود به مطالعه برخوردار بودند؛ با فاصله ی زمانی دو هفته استفاده گردید، (۴۲) و نمرات کسب شده در این دو مرحله با استفاده از شاخص هم بستگی درون خوشه ای با هم مقایسه شدند.

در این پژوهش پس از دریافت معرفی نامه ی کتبی از شعبه ی بین الملل 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 مشارکت کنندگان توضیح داده و مجوز لازم را به رؤیت آن ها رساند. سپس مصاحبه و ضبط آن با کسب اجازه از مشارکت کنندگان انجام گرفت و از آن ها رضایت نامه ی آگاهانه و کتبی اخذ شد، در تمامی مصاحبه ها، اسامی مشارکت کنندگان حذف گردید و به

جای آن از حروف رمز استفاده شد. در طی تمام مراحل تحقیق به ارزش ها و تصمیمات شرکت کنندگان در پژوهش احترام گذاشته شد. هم چنین راز داری و آزادی مشارکت کنندگان برای شرکت یا خروج از تحقیق رعایت شد و آنان حق داشتند تا در هر مرحله ای از مطالعه خارج گردند. علاوه بر این، اطلاعات خصوصی افراد محرمانه نگاه داشته شد و در پایان هر مصاحبه از شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آمد.

یافته‌ها:

در مرحله ی اول پژوهش، شرکت کنندگان شامل ۳۰ سالمند بالای ۶۰ سال، سه نفر از همراهان آن ها (جدول ۲) و ۲۹ نفر از اعضای گروه درمانی مرتبط با مدیریت درد مزمن در سالمندان بودند. اعضای گروه درمانی دارای تخصص های مختلف با سوابق کاری متفاوتی بودند. (جدول ۳)

جدول (۲): ویژگی های جمعیت شناختی سالمندان و همراهان سالمندان شرکت کننده در بخش کیفی پژوهش

نوع مشارکت کننده	تعداد	جنسیت		مدرک تحصیلی		دامنه سنی	میانگین سنی
		زن	مرد	دیپلم	تحصیلات دانشگاهی		
سالمندان	۳۰	۱۴	۱۶	۱۹	۸	۳	۶۷
همراهان سالمند	۳	۲	۱	۱	۱	۱	۴۰

جدول (۳): ویژگی های جمعیت شناختی کادر درمانی شرکت کننده در بخش کیفی 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	دکتر	۱۵-۲۰	۱۸
ارتوپد	۲	دکتر- عضو هیات علمی	۱-۲۵	۱۳
جراح مغز و اعصاب	۱	دکتر- عضو هیات علمی	۱۵	۱۵
بیهوشی	۲	دکتر- عضو هیات علمی	۱۵-۱۷	۱۶
نرولوژی	۲	دکتر- عضو هیات علمی	۱۵-۲۵	۲۰
فارماکولوژیست	۲	دکتر- عضو هیات علمی	۲۵-۳۰	۲۸
روانپزشک	۲	دکتر- عضو هیات علمی	۱۰-۱۱	۱۱
روانشناس	۳	کارشناس (۱)، کارشناس ارشد (۱) دکتر- عضو هیات علمی (۱)	۱-۷	۵
تغذیه	۳	دکتر- عضو هیات علمی	۲۰-۲۵	۲۲
فیزیوتراپ	۳	کارشناس ارشد (۲)، دکتر- عضو هیات علمی (۱)	۱۰-۲۸	۲۰
توانبخشی	۱	دکتر- عضو هیات علمی	۱۴	۱۴
مددکار اجتماعی	۲	کارشناس	۱۲	۶

مجموع گویه های اولیه پرسشنامه در این مرحله شامل ۵۸ گویه بود که هر یک به صورت مناسبی، بیانگر جنبه ای از مفهوم بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان بود. در پایان این بخش، گویه های استخراج شده توسط گروه تحقیق مورد بررسی قرار گرفته و عبارات دارای مفاهیم مشابه ادغام شدند، به طوری که عبارات پرسشنامه به ۴۱ عبارت، کاهش پیدا نمود. تمامی این گویه ها در مقیاس لیکرت ۵ قسمتی معکوس به صورت همیشه (صفر)، اغلب (۱ نمره)، گاهی (۲ نمره)، به ندرت (۳ نمره) و هرگز (۴) طراحی شده و امتیازهای اخذ شده در محدوده ی ۰-۶۰ است، که نمره ی بالاتر نشان دهنده

در طی مرحله ی اول پژوهش، مفهوم الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان تبیین گردید. بر اساس نظرات شرکت کنندگان در بخش کیفی این مطالعه، الگوی زندگی با درد مزمن به معنی مجموعه ای از شیوه های مختلف در ابعاد فردی و اجتماعی بوده که فرد مبتلا به درد مزمن در روند زندگی با درد، از آن استفاده نموده تا به یک سازگاری فعال با درد دست یافته و مشکلات ناشی از درد را برطرف نموده و یا قابل تحمل نماید.

در مرحله ی دوم پژوهش، از عبارات مضمونی استخراج شده از مصاحبه های نیمه ساختارمند با شرکت کنندگان در بخش کیفی مطالعه انجام شد و هم چنین با بررسی منابع معتبر علمی، عبارات پرسشنامه استخراج گردید.

کسب میزان عددی CVR کمتر از ۰/۶۲ و ۵ گویه به دلیل کسب نمره ی CVI کمتر از ۰/۷۵ حذف گردیدند. (جدول ۴) بنابراین، گویه های پرسشنامه به ۱۷ عبارت تقلیل یافت. CVR کل پرسشنامه محاسبه شد که ۰/۹۱ بود. در ادامه، متوسط شاخص روائی محتوای پرسشنامه نیز اندازه گیری گردید که ۰/۹۳ بود.

ی الگوی زندگی مناسب تر با درد مزمن در سالمندان است. در مرحله ی سوّم پژوهش، اعتباریابی پرسشنامه ی فوق انجام شد؛ در بررسی روایی صوری کمی، ۸ گویه ی پرسشنامه به علت کسب نمره تأثیر کمتر از مقدار ۱/۵، ۶ گویه در بررسی کیفی محتوا بر اساس نظرات ارائه شده صاحب نظران، در بررسی کمی محتوا ۵ گویه به علت

جدول(۴): تعداد سئوالات حذف شده در طی روایی صوری کمی (نمرات تأثیر آیتم) و روایی محتوا به صورت کیفی و کمی (نسبت و شاخص روایی محتوا) و اعتبار سازه اکتشافی برای عبارات پرسشنامه بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان (گویه های اولیه پرسشنامه در این مرحله ۴۱ گویه بوده است)

شاخص های روانسنجی	تعداد سئوالات حذف شده	تعداد سئوالات باقی مانده
روایی صوری کمی	۸	۳۳
روایی کیفی محتوا	۶	۲۷
نسبت روایی محتوا	۵	۲۲
شاخص روایی محتوا	۵	۱۷
اعتبار سازه اکتشافی	۲	۱۵

الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان بررسی شدند، ۲ عبارت به دلیل کسب بار عاملی کم تر از ۰/۵ حذف شده و ۱۵ گویه ی دیگر باقی ماندند.

به منظور استخراج عوامل در این پژوهش، از شیوه ی تجزیه و تحلیل مؤلفه های اصلی، و جهت تعیین تعداد عوامل از روش ارزش ویژه (Eigen Value) و نمودار سنگ ریزه (Scree Plot) استفاده گردید. در ادامه جهت تعیین این که هر عامل توانسته است چند درصد از واریانس مجموعه متغیرها را تعیین کند، از مقادیر ارزش ویژه، درصد واریانس، و درصد واریانس تجمعی تبیین شده از مجموعه داده ها توسط هر عامل، استفاده گردید. داده های جدول ۵ نشان می دهند که در پرسشنامه ی بررسی

تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش مؤلفه های اصلی بر روی ۱۷ عبارت انجام شد. در همین رابطه، مقدار آزمون KMO ۰/۹۲ به دست آمد. هم چنین آزمون کرویت بارتلت با میزان ۲۵۳۴/۹۹۵ در سطح کوچک تر از ۰/۰۰۱ معنادار بود که بیانگر این است که ماتریس هم بستگی بین گویه ها، ماتریس همانی یا واحد نیست و اجرای تحلیل عاملی با توجه به ماتریس هم بستگی به دست آمده در نمونه ی مورد مطالعه قابل قبول بود. توجه به این که نقطه ی 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 ۱۷ گویه ای که به منظور تعیین روایی سازه پرسشنامه ی بررسی

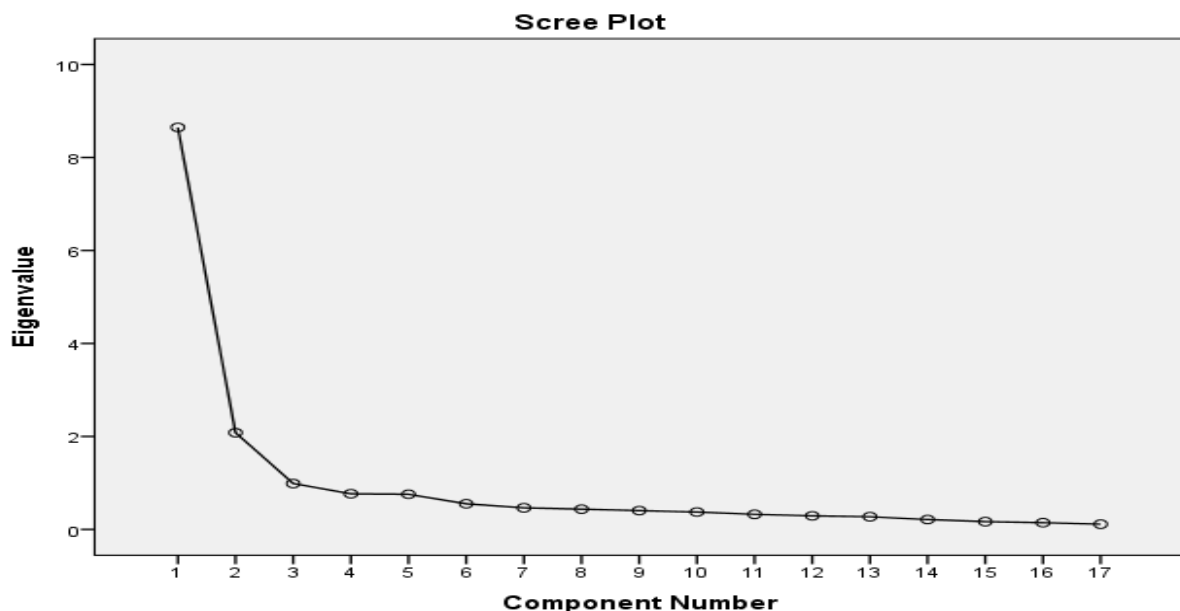
توانسته اند ۶۳/۱۰ درصد از واریانس ۱۵ گویه ی مربوط به پرسشنامه را تبیین کنند. بدین ترتیب ۵۰/۸۶ درصد واریانس مشترک، توسط عامل نخست ۱۲/۲۴ درصد توسط عامل دوم تبیین گردید. (جدول ۵)

الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، دو عامل دارای مقادیر بالاتر از ۲ هستند. بنابراین، از مجموع ۱۷ گویه، می توان دو عامل ساخت (آنها را به دو عامل تقلیل داد). سایر عامل ها با مقادیر ویژه ی کم تر از ۲ حذف شدند. در مجموع، تمامی دو عامل با مقادیر ویژه ی بالاتر از دو

جدول(۵): سهم هر عامل در تبیین مجموع واریانس تمامی گویه های تشکیل دهنده ی پرسشنامه ی بررسی

الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان

چرخش مجموع مجذورات بارهای عاملی (Rotation Sums of Squared Loadings)			مقادیر ویژه اولیه (Initial Eigenvalues)			عامل
درصد تراکمی	درصد واریانس	کل	درصد تراکمی	درصد واریانس	کل	
۳۳/۸۲	۳۳/۸۲	۵/۷۵	۵۰/۸۶	۵۰/۸۶	۸/۶۴	۱
۶۳/۱۰	۲۹/۲۷	۴/۹۷	۶۳/۱۰	۱۲/۲۴	۲/۰۸	۲
-	-	-	۶۸/۹۱	۵/۸۰	۰/۹۸	۳
-	-	-	۷۳/۴۱	۴/۵۰	۰/۷۶	۴
-	-	-	۷۷/۸۶	۴/۴۴	۰/۷۵	۵
-	-	-	۸۱/۱۱	۳/۲۴	۰/۵۵	۶



نمودار ۱ (نمودار سنگ ریزه)، نتایج جدول ۴، مبنی بر تعداد مناسب عامل ها را به صورت تصویری نشان می دهد. به علاوه، از طریق این نمودار می توان مناسب بودن انتخاب ارزش ویژه ی یک را مشاهده نمود.

نمودار ۱ (نمودار سنگ ریزه)، نتایج جدول ۴، مبنی بر تعداد مناسب عامل ها را به صورت تصویری نشان می دهد. به علاوه، از طریق این نمودار می توان مناسب بودن انتخاب ارزش ویژه ی یک را مشاهده نمود.

بنابراین گروه تحقیق اقدام به دسته بندی عبارات با توجه به میزان هم بستگی با یکدیگر و دانش نظری موجود در رابطه با درد مزمن در سالمندان و اثراتی که می تواند بر روی الگوی زندگی سالمندان داشته باشد، نمودند. بدین

جدول (۶): جدول عامل ها، پس از چرخش واریماکس در پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در

سالمندان

عامل ها		گویه ها
دوم	اول	به دلیل درد دچار مشکلات زیر شده ام:
۰/۸۰	۰/۸۰	۱- توانایی هایم (جسمی، روحی، اجتماعی، معنوی) کاهش پیدا کرده است.
۰/۵۱	۰/۵۱	۲- دچار بی تحرکی شده ام.
۰/۷۹	۰/۷۹	۳- برای انجام کارهای شخصی به وسایل مختلف (آسانسور، صندلی، ماشین و...) وابسته شده ام.
۰/۸۰	۰/۸۰	۴- برای انجام کارهایم (بهداشت فردی، خروج از خانه و...) به دیگران وابسته شده ام.
۰/۹۰	۰/۹۰	۵- برای کمتر شدن دردم، مجبورم از داروهای متعدّد استفاده کنم.
۰/۸۱	۰/۸۱	۶- به مراکز درمانی مختلف (بیمارستانها، مطب ها و...) مراجعه می کنم.
۰/۸۲	۰/۸۲	۷- خانواده و بستگانم نگرانم هستند.
۰/۸۱	۰/۸۱	۸- آرزوی مرگ می کنم.
۰/۷۸	۰/۷۸	۹- از مشاوره و راهنمایی دیگران استفاده نمی کنم.
۰/۷۶	۰/۷۶	۱۰- از زندگی لذتی نمی برم.
۰/۷۵	۰/۷۵	۱۱- نمی توانم به دیگر اعضای خانواده ام کمک کنم.
۰/۸۵	۰/۸۵	۱۲- کسی که از من مراقبت می کند، دچار مشکل (از دست رفتن موقعیتهای ازدواج، فرصت های شغلی و...) شده است.
۰/۷۱	۰/۷۱	۱۳- احساس تنهایی می کنم.
۰/۸۰	۰/۸۰	۱۴- دچار مشکلات شغلی (بازنشستگی پیش از موعد، از دست دادن شغل و...) شده ام.
۰/۶۴	۰/۶۴	۱۵- دچار مشکلات مالی شده ام.

در این دو مرحله با استفاده از شاخص هم بستگی درون خوشه ای با هم مقایسه شدند. نتایج نشان داد بین نمرات آزمون اول و دوم توافق معناداری ($P < 0/001$) وجود دارد که تأیید کننده ی تکرار پذیری زیر مقیاس ها و کل پرسشنامه بوده و بیانگر ثبات بالا در پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان بود. (جدول ۷)

در انتها، برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو شیوه ی هم سانی درونی و ثبات استفاده گردید، هم سانی درونی پرسشنامه با استفاده از اندازه گیری آلفای کرونباخ، تعیین گردید. حداکثر آلفای کرونباخ برای حذف عبارات ۰/۷۰ بود، بنابراین در این مرحله هیچ عبارتی حذف نشد. (جدول ۷) برای تعیین پایایی ثبات پرسشنامه نیز از روش بررسی آزمون مجدد استفاده گردید و نمرات کسب شده

جدول (۷): نتایج سنجش هم سانی درونی و پایایی ثبات پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن

در سالمندان			
حیطه ها	تعداد و شماره	ضریب آلفای	ICC
	عبارات	کرونباخ	
عامل اول: الگوی زندگی فردی	۸(۱-۸)	۰/۸۲	۰/۹۲
عامل دوم: الگوی زندگی اجتماعی	۷ (۹-۱۵)	۰/۸۴	۰/۹۱
کل ابزار	۱۵ (۱-۱۵)	۰/۸۹	۰/۹۴

بحث:

مفهوم الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، روایی سازه پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در ادامه، پایایی پرسشنامه ی فوق نیز، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. کاربرد پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان نسبتاً ساده بوده و با توجه به تعداد مناسب گویه ها، سالمندان می توانند در عرصه های مختلف نظیر بیمارستان ها، مراکز بهداشتی، توان بخشی و خانه ی سالمندان در مدت حدود ۵ دقیقه آن را تکمیل نمایند. بر اساس روایی صوری و محتوایی انجام شده، سادگی، وضوح و روشنی گویه ها مورد تأیید قرار گرفت و با توجه به نتایج فوق، تکمیل پرسشنامه توسط سالمندان کاملاً ممکن و به سادگی عملی است.

در رابطه با الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، ابزار مشابهی که وجود دارد پرسشنامه ی سبک زندگی سالم در سالمندان است. (۲۶) یکی از تفاوت های پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان با پرسشنامه ی سبک زندگی سالم در سالمندان این است که در پرسشنامه ی سبک زندگی سالم در سالمندان، وضعیت بیماری های سالمند به صورت کلی مورد بررسی

پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن غیر بدخیم در سالمندان با هدف سنجش الگوی زندگی با درد مزمن غیر بدخیم در سالمندان طراحی و اعتباریابی گردید. این پرسشنامه شامل ۱۵ عبارت بوده که به ترتیب در دو حیطه ی الگوی زندگی فردی و اجتماعی، تنظیم گردیدند. در این پژوهش، اعتباریابی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. بدین صورت که با توجه به نتایج حاصل شده از انجام روایی صوری کیفی و کمی، مشخص گردید که این پرسشنامه از روایی صوری برخوردار است. در ادامه روایی محتوا به صورت کیفی، کمی و متوسط شاخص روایی محتوای کل پرسشنامه محاسبه گردید و نتایج نشان داد که این شاخص از حد مطلوبی (۰/۹۳) برخوردار است. بنابراین، بر اساس منابع روایی محتوا، پرسشنامه ی فوق از روایی محتوا برخوردار است. نتایج حاصل از بررسی روایی سازه پرسشنامه که از طریق تحلیل عاملی انجام شد، تأییدکننده ی مدل تحلیل عاملی و بیانگر مناسب بودن آن است. بنابراین، با توجه به هم خوانی عبارات در عوامل حاصل شده از تحلیل عاملی، با تعریف و ابعاد

قرار می‌گیرد. از طرف دیگر، سالمندان ممکن است به دلایل مختلفی از جمله افزایش سن و یا ابتلا به بیماری‌ها، با مشکلات متعددی مواجه باشند که در این زمینه، تفکیک آن‌ها از درد مزمن برای بررسی و کنترل مناسب درد، ضروری است که با استفاده از این پرسشنامه مقدور نیست. علاوه بر این، این پرسشنامه از ۴۶ سوال تشکیل شده است که با توجه به محدودیت‌های فیزیولوژیک و پاتولوژیکی که سالمندان با آن مواجه هستند، پاسخ‌گویی به تعداد زیاد سئوالات کمی دشوار خواهد بود و در نتیجه دقت پاسخ‌گویی نیز کم‌تر خواهد شد. در حالی که پرسشنامه بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان که در این پژوهش طراحی و اعتباریابی گردید، الگوی زندگی با درد مزمن را به صورت اختصاصی و با توجه به شرایط ویژه‌ی سالمند مبتلا به درد مزمن، مورد بررسی قرار می‌گیرد. از طرف دیگر با توجه به محدودیت‌های احتمالی که ممکن است سالمندان با آن مواجه باشند، الگوی زندگی با درد مزمن را به صورت خلاصه و با استفاده از ۱۵ سوال، که از جملات ساده و قابل درک تشکیل شده است، مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

پرسشنامه‌ی بررسی درد سالمندان (Geriatric Pain Assessment measure)، پرسشنامه‌ی دیگری است که در این زمینه وجود دارد. یکی از تفاوت‌های پرسشنامه‌ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان با پرسشنامه‌ی بررسی درد سالمندان این است که این پرسشنامه، شدت، الگو و محل درد، عوامل تشدیدکننده و کاهش‌دهنده‌ی کیفیت خواب و الگوهای دفعی سالمند

مبتلا به درد را ارزیابی می‌کند. (۴۳) در واقع، به الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان کم‌تر پرداخته می‌شود، از طرف دیگر در این پرسشنامه که از ۲۴ سوال تشکیل شده است مفاهیم مختلف مربوط به درد مزمن به صورت محدود بررسی گردیده و بیشتر به فعالیت‌های درون‌خانه پرداخته شده است. در حالی که پرسشنامه‌ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان الگوی زندگی سالمند با درد مزمن را در دو حیطه‌ی الگوی زندگی فردی و اجتماعی مورد ارزیابی قرار می‌دهد، و با سوالات مناسب و کاربردی بررسی می‌کند. از محدود نقاط اشتراک این دو پرسشنامه در سالمندان، بررسی مفاهیم درد و تحرک ناشی از آن است.

در همین رابطه، پرسشنامه‌ی مشابه دیگری که وجود دارد، پرسشنامه‌ی چند بُعدی درد West-Haven-Yale است که جهت شناسایی ابعاد چند گانه درد مزمن طراحی شده است. (۴۴) از تفاوت‌های پرسشنامه‌ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان با پرسشنامه‌ی چند بُعدی درد West-Haven-Yale این است که در پرسشنامه‌ی چند بُعدی درد، عوامل زیستی، روانی و اجتماعی درد مزمن، مفاهیم روابط بین فردی و تداخل درد در زندگی روزانه، مورد بررسی قرار می‌گیرد. از طرف دیگر، جنبه‌های حمایتی صرفاً از طرف افراد نزدیک زندگی فرد مبتلا به درد، ارزیابی می‌شود. این پرسشنامه به صورت ویژه برای گروه سالمندان طراحی نشده و به طور اختصاصی مفهوم زندگی با درد مزمن در سالمندان را بررسی نمی‌کند. در حالی که پرسشنامه‌ی

پرسشنامه که به منظور بررسی میزان ناتوانی طراحی شده است و دارای ابعاد درک و برقراری ارتباط، راه رفتن در اطراف، مراقبت از خود، تعامل با مردم، فعالیت‌های زندگی، خود اشتغالی و شرکت در فعالیت های اجتماعی است. (۴۶) یکی از تفاوت های پرسشنامه بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان با پرسشنامه ی WHO-DAS II این است که، در این پرسشنامه مفهوم ناتوانی به طور کلی و در محدوده ی زمانی یک ماه گذشته ی فرد، مورد ارزیابی قرار می گیرد، در حالی که با توجه به محدودیت های فیزیولوژیکی هم چون کاهش سطح حافظه، به یاد سپاری وقایع در یک ماه گذشته، ممکن است برای سالمندان دشوار باشد. از طرف دیگر به طور اختصاصی درد مزمن در سالمندان را مورد بررسی قرار نمی دهد. درحالی که پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، الگوی زندگی سالمند با درد مزمن به صورت اختصاصی و جامع بررسی می کند. هم چنین الگوی زندگی با درد مزمن در شرایط حال ارزیابی می شود. از تشابهات این پرسشنامه با پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان می توان گفت که هر دو پرسشنامه به طور اختصاصی برای گروه سالمندان طراحی شده اند.

مقیاس ناتوانی بررسی عمومی خانگی Disability Index for General Household Survey (DI-GHS) ، ابزار مشابه دیگری است که مورد بررسی قرار گرفت. (۴۷) از تفاوت های پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان با مقیاس ناتوانی بررسی

بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان به طور ویژه برای سالمندان طراحی شده و به وسیله ی آن اقدامات حمایتی بین سالمند و خانواده به صورت دوطرفه، بررسی می شود. علاوه بر این، الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان را به طور اختصاصی ارزیابی می نماید.

پرسشنامه ی ناتوانی ناشی از درد Roland- Morris Disability Questionnaire ، پرسشنامه ی دیگری است که در این خصوص وجود دارد. این پرسشنامه با هدف سنجش میزان ناتوانی در انجام کارهای روزانه به خاطر وجود درد، طراحی شده است. (۴۵) از تفاوت های پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان با پرسشنامه ی ناتوانی ناشی از درد رولاند موریس می توان به این نکته اشاره نمود که در پرسشنامه ی ناتوانی ناشی از درد رولاند موریس، بیشتر به بررسی مفهوم ناتوانی در کارهای درون خانه و عمدتاً حیطه ی فعالیت‌های بدنی که یکی از جنبه های زندگی با درد مزمن می تواند باشد، می پردازد، به صورت ویژه برای گروه سالمندان طراحی نشده و از طرف دیگر به طور اختصاصی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان را بررسی نمی کند. درحالی که پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، الگوی زندگی سالمند با درد مزمن به صورت ویژه و جامع و در دو حیطه ی الگوی زندگی فردی و اجتماعی مورد ارزیابی قرار می گیرد.

در این رابطه، ابزار مشابه دیگری که وجود دارد، پرسشنامه ی استاندارد شده ی سازمان بهداشت جهانی برای بررسی ناتوانی در سالمندان است (WHO-DAS II). این

زمینه ی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، طراحی گردید؛ هم چنین، ویژگی هایی مانند پایایی و روایی مناسب، نمره گذاری (امتیازبندی) ساده، سهولت کاربرد و جامعیت آن، پرسشنامه ای مناسب برای بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان است، به طوری که استفاده از آن به منظور بررسی وضعیت درد مزمن قبل و پس از انجام اقدامات درمانی و مراقبتی، می تواند مفید باشد و کاربرد آن در مراکز درمانی و پژوهشی پیشنهاد می گردد، هر چند استفاده از آن می تواند نواقص احتمالی این پرسشنامه را مشخص نماید.

محدودیت ها:

با توجه به این که یکی از ویژگی های پژوهش های کیفی، غیر قابل تعمیم بودن نتایج آن ها است، در این پژوهش نیز به دلیل این که، شرکت کنندگان فقط مربوط به یک ناحیه ی جغرافیایی بودند، تعمیم پذیری نتایج آن محدود است. اما به منظور کنترل آن، راهبردهای مناسب و مختلف نمونه گیری که شامل شیوه ی تلفیقی، مکانی و تنوع در انتخاب شرکت کنندگان و روش گردآوری داده ها بود، استفاده گردید. علاوه بر این، در طراحی این پرسشنامه از مطالعات وسیع منابع معتبر علمی در زمینه ی محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان، بهره برده شد.

تشکر و قدردانی:

از تمامی سالمندان و سایر شرکت کنندگان در این پژوهش به خاطر همکاری با گروه تحقیق که اجرای پژوهش حاضر را امکان پذیر نمودند، نهایت قدردانی و

عمومی خانگی این است که در این پرسشنامه صرفاً توانایی انجام فعالیت های جسمی روزمره در ارتباط با عملکرد های شش گانه ی بالا و پایین رفتن از پله، قدم زدن در اتاق یا سالن، ورود و خروج از بستر، کوتاه کردن ناخن، حمام کردن، خروج از سالن و قدم زدن در محوطه، مورد بررسی قرار می گیرد. از طرف دیگر این پرسشنامه، بر اساس مشاهده ی زندگی روزمره طراحی گردیده و فقط ناتوانی عمومی سالمند را بررسی نموده و به طور اختصاصی درد مزمن در سالمندان را مورد بررسی قرار نمی دهد و تکمیل آن نیازمند مشاهده ی رفتارهای سالمند در طول روز است علاوه بر این، از ظرفیت لازم برای ارزیابی تمامی جنبه های الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان برخوردار نیست. درحالی که پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، جنبه های مختلف الگوی زندگی سالمند با درد را مورد بررسی قرار می دهد، و به صورت خودگزارشی طراحی گردیده است.

نتیجه گیری نهایی

در پایان می توان نتیجه گرفت که، به منظور مدیریت مؤثر درد مزمن در سالمندان، بررسی همه جانبه این درد ضروری است. بر همین اساس، پرسشنامه ی بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان بر اساس مفهوم الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان و در متن فرهنگ ایرانی و با استفاده از یافته های حاصل از مصاحبه ها و مشاهدات انجام شده در مرحله ی اول پژوهش که به صورت کیفی انجام شد، همراه با مطالعات وسیع منابع معتبر علمی در

سپاس به عمل می آید. این مقاله از پایان نامه ی نویسنده
 مامایی شهید بهشتی، تحت عنوان طراحی و آزمون الگوی
 مدیریت درد مزمن در سالمندان: مطالعه ای با روش
 ترکیبی اکتشافی متوالی انجام شده، اقتباس گردیده است.
 دکتر هومان منوچهری که جهت اخذ دکترای تخصصی
 پرستاری در شعبه ی بین الملل دانشکده ی پرستاری و

References:

1. World Health Organization . The World Health Report: Primary health care now more than ever. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Available at: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS0 .2008.
2. Iranian Consensus Bureau in 2008. Iranian Statistical Center [Online]. Available at: [http://www. URL: \[http://amar.sci.org.ir\]](http://www.amar.sci.org.ir) [in Persian].
3. Cairncross L, Magee H, Ask ham J. A hidden problem: pain in older people. A qualitative study. Picker institute Europe. Available at: [http:// www.pickereurope.org](http://www.pickereurope.org). 2007.
4. Brennan F, Cousins MJ. Pain: Clinal Updates. 2004; 12(5): 1–4.
5. Vadalouca A, Raptis E, Moka E, Zis P, Sykioti P, Siafaka I. Pharmacological Treatment of Neuropathic Cancer Pain: A Comprehensive Review of the Current Literature. 2012; 12(3): 219–251.
6. Mercadante S, Gebbia V, David F, et al. Tools for identifying cancer pain of predominantly neuropathic origin and opioids responsiveness in cancer patients. J Pain. 2009; 10: 594–600.
7. Pizzo P A, Clark NM, Carter-Pokras O, Christopher M, Farrar JT, Follett KA, et al. IOM (Institute of Medicine). (Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. Washington, DC: The National Academies Press. 2011.
8. Smith HS, Elliott JA. Opioid-induced androgen deficiency (OPIAD). Pain Physician. 2012; 15: 145–156.
9. Tzellos TG, Toulis KA, Goulis DG, et al. Gabapentin and pregabalin in the treatment of fibromyalgia: a systematic review and a meta-analysis. J Clin Pharm Ther. 2010; 35(6): 639–656.
10. Hitt HC, Mc Millen RC, Thornton-Neaves T, Koch K, Cosby AG. Comorbidity of obesity and pain in a general population: results from the southern pain prevalence study. J Pain. 2007; 8(5): 430-436.
11. Heim N, Snijder MB, Deeg DJ, Seidell JC, Visser M. Obesity in older adults is associated with an increased prevalence and incidence of pain. Obesity (Silver Spring). 2008; 16(11): 2510-2517.
12. Shi Y, Hooten WM, Roberts RO, Warner DO. Modifiable risk factors for incidence of pain in older adults. Pain. 2010; 151(2): 366–371.
13. Schofield P, Drago R. The management of pain in older people. In P. Schofield (Ed.). Chichester: John Wiley & Sons. 2007.

14. Tse MM, Vong SK, Ho SS. The effectiveness of an integrated pain management program for older persons and staff in nursing homes. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012; 54(2): e203–e212.
15. Finer B. People in pain. *Pain*. 2006; 121(1-2): 1-170.
16. Silver J. *Chronic pain and the family*. London: Harvard University Press. 2004.
17. Roy R. *Chronic pain and family: A clinical perspective*. New York: Springer. 2006.
18. American Society for Pain Management Nursing. Pain assessment in the patient unable to self-report. Available at:
http://www.aspmn.org/Organization/documents/UPDATED_NonverbalRevisionFinalWEB.pdf. 2011.
19. Schofield P. Pain management in care homes. *Journal of Community Nursing*. 2006; 20(6): 30–34.
20. Kaye A D, Baluch A, Scott J. T. Pain Management in the Elderly Population: A Review. *TheOchsner Journal*. 2010; 10(3): 179–187.
21. Van Hecke O, Torrance N, Smith B H. Chronic pain epidemiology -where do lifestyle factors fit in? *British Journal of Pain*. 2013; 7(4): 209-217.
22. Sale J E, Gignac M, Hawker G. How “Bad” Does the Pain Have to Be? A Qualitative Study Examining Adherence to Pain Medication in Older Adults with Osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2006; 55(2): 272–278.
23. Jensen MP. Psychosocial approaches to pain management: An organizational framework. *PAIN*. 2011; 152 (2011): 717–725.
24. Jesson J, Matheson L, Lacey FM. *Doing your literature review: Traditional and systematic techniques*: London. Sage Publications. 2011.
25. Rastogi R, Brian D. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. *Clinical Interventions in Aging*. 2013; 8:37–46.
26. Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A, [Development of life style questionnaire in the elderly], *Payesh Quarterly Health Monitor*. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2010; 9(1): 91-99. [In Persian]
27. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaem Magham Farahni Z, Rahgozar M. [standardization of Mini-Mental State Examination among Iranian elderly in Tehran]. *Cognit Sci J*. 2008; 10(2): 29-37. [In Persian]
28. Corbin JM, Strauss AL. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*: Sage Publications, Inc. 2008.
29. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*, 7th ed. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2010.
30. Polit DF, Hungler BP. *Nursing Research. Principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Co. 1999.
31. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing research: methods, clinical appraisal, and utilization*. 6th Edition, St. Louis: Mosby. 2010.

32. 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.
33. Powers BA, Knapp TR. *Dictionary of Nursing Theory and Research* 3rd Springer Publishing Company, Inc. 2006.
34. Krosnick, J A, Stanley Presser. "Question and Questionnaire Design." *Handbook of Survey Research*, Second Edition, edited by P. V. Marsden and J. D. Wright. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited. 2010.
35. Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health related quality of life in obstructive sleep apnea. *European Respiratory Journal.* 2002; 19(3): 499-503.
36. Juniper EF, Guyott GH, Streiner DL, King DR. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. *Journal of Clinical Epidemiology.* 1997; 50(3): 233-238.
37. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology.* 1975; 28(4): 563–575.
38. Yaghmaei F. [Measuring behavior in research by valid and reliable instruments]. 1st ed. Tehran: ShaheedBeheshti University of Medical Sciences and Health Services. 2007. [In Persian]
39. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health.* 2006; 29(5): 489–497.
40. Plichta S B, Kelvin EA, Munro BH. *Munro's statistical methods for health care research.* 6th rev. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2013.
41. Habib Pour K, Safari R. *Comprehensive guidance of SPSS application in survey (analysis of quantitative data).* Motafakeran publication. 5th ed. [In Persian]
42. Sandra Brouwer S, Kuijer W, Dijkstra PU, Göeken L.N.H, Groothoff J, Geertzen J. Reliability and stability of the Roland Morris Disability Questionnaire. *Intra Class Correlation and limits of agreement. Disability and Rehabilitation.* 2004; 26 (3): 162-165.
43. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2002; 50(s6): 205–224.
44. Mc Killop JM, Nielson WR .Improving the usefulness of the Multi-dimensional Pain Inventory. *Pain Res Manage.* 2011; 16(4): 239-244.
45. Demoulin Ch, Ostelo R, Knottnerus JA, et al. What factors influence the measurement properties of the Roland–Morris disability questionnaire?. *European Journal of Pain.* 2010; 14 (2): 200–206.
46. Luciano JV, Ayuso-Mateos JL, Aguado J, et al. The 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II): a nonparametric item response analysis. *BMC Medical Research Methodology.* 2010; 10(1): 1-9.
47. Arber S, Ginn J . *Gender and Inequalities in Health In Later Life.* *Soc Sci Med.* 1993; 36(1): 33-46.

Original Article**Development and Psychometric Analysis of a Questionnaire to Assess Living with Chronic Pain in Older Adults****M. Shirazi^{1*}, H. Manoochehri², M. Zagheri Tafreshi³, F. Zayeri⁴, V. Alipour⁵**

^{1*}Assistant Professor of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

²Assistant Professor of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Assistant Professor of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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

⁵Ph.D Student of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

(Received: 12 Nov, 2015 – Accepted: 15 Dec, 2015)**Abstract**

Introduction: A precise and specialized questionnaire to evaluate living with chronic pain among the older adults is essential to the holistic assessment and effective management of chronic pain among this population.

Objective: To develop and analyze the psychometric properties of a questionnaire to assess living with non-cancerous chronic pain among older individuals.

Method: This study was a part of a sequential mixed exploratory research. The development and psychometric analysis of a questionnaire to assess living with non-cancerous chronic pain among the older individuals was conducted in three stages. In the first stage, the grounded theory approach was applied to explore the mentioned concept based on the viewpoints of 30 older individuals with chronic pain, three relatives, and 29 healthcare providers. The participants were selected through purposive and theoretical sampling methods. In the second stage, the items of the questionnaire were developed based on the results of the qualitative stage (first stage) and the review of the relevant literature. In the last stage (psychometric analysis), the methodological approach was applied to evaluate the face, content, and construct validity, internal consistency reliability, and stability of the questionnaire.

Results: Based on the participants' viewpoints in the qualitative part of the study, an older individual's living with chronic pain involved a series of different methods adopted by the individual to actively adapt with pain. The initial questionnaire was developed during the second stage. In the third phase of the study, the face and content validity of the questionnaire were measured by qualitative and quantitative approaches, respectively (CVR= 0/91, the mean content validity index = 0.93). Moreover, exploratory factor analysis to assess construct validity resulted in two factors. The first factor (individual lifestyle) included eight items and the second factor (social lifestyle) contained seven items. Finally, after test-retest, the internal consistency ($\alpha = 0.89$) and stability (ICC = 0.94) of the questionnaire were confirmed.

Conclusion: Considering the acceptable validity and reliability of the developed questionnaire, it can be administered to assess living with chronic pain in older individuals. The obtained results can then be used by healthcare providers and researchers for effective pain management among the mentioned population.

Key words: Psychometric evaluation, Questionnaire, Lifestyle, Chronic pain, Older people