

Research Paper

Psychometric Properties of the Persian Version of the Elder Self-neglect Scale for Iranian Older Adults



Homa Mardan¹ , Ahmad Delbari^{1*}

1. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Mardan H, Delbari A. [Psychometric Properties of the Persian Version of the Elder Self-neglect Scale for Iranian Older Adults (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 19(1):100-115. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3507.2>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3507.2>



ABSTRACT

Objectives Identifying the hidden phenomenon of self-neglect in the elderly requires the use of a standard tool with a holistic perspective. The present study aims to investigate the psychometric properties of the Persian version of the elder self-neglect (ESN) scale for the Iranian elderly.

Methods & Materials After translation, one item related to the lifestyle subscale was removed due to incompatibility with Iranian culture. As a result, the psychometric properties of the 17-item draft were evaluated in terms of face validity and content validity using content validity index (CVI). Construct validity, internal consistency (using Cronbach's α) and test re-test reliability (using intraclass correlation coefficient) were then measured. Participants were 30 older adults aged ≥ 60 years) selected from the retirement centers in Tehran, Iran (in the preliminary phase and 207 in the main phase. Data analysis was evaluated in SPSS software, version 21.

Results The mean score of the ESN scale was 26.93. The CVI in overall was 0.92. The results of exploratory factor analysis with Varimax rotation led to the extraction of four factors, namely psychological self-neglect, personal/health, environment/health and lifestyle. Cronbach's α (0.96) showed high internal consistency of the Persian ESN scale.

Conclusion The Persian ESN scale has good validity and reliability and can be used as a suitable tool by geriatricians, nurses, or medical staff for identifying self-neglect behaviors in the Iranian elderly.

Keywords Self-neglect, Abuse, Psychometric, Elderly

Article Info:

Received: 11 Aug 2022

Accepted: 19 Apr 2023

Available Online: 01 Apr 2024

*** Corresponding Author:**

Ahmad Delbari

Address: Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 4101354

E-mail: ah.delbari@uswr.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Self-neglect in old age, as a hidden but pervasive phenomenon, refers to the individual's ignorance or neglect to perform daily living activities, which can have negative consequences on daily life, health and safety of the person and even on his/her relationship with others. Identifying self-neglect requires the use of a standardized and dynamic tool with a holistic perspective. Considering the existing gap in the study of self-neglect in Iranian older adults and the need to identify this phenomenon during the provision of elderly care and the lack of a local appropriate tool for its measurement, the present study aims to investigate the psychometric properties of the Persian version of Mardan's 18-item elder self-neglect (ESN) scale for Iranian older adults.

Methods

This is a descriptive cross-sectional and psychometrics study. Participants were selected from among the elderly people ≥ 60 years old who were members of retirement centers in Tehran, Iran. There were 30 volunteers in the preliminary phase of the study and 207 in the main phase. After translating and using the opinions of a panel of experts and removing one item (not compatible with Iranian culture), the psychometric properties of the 17-item ESN scale were evaluated in terms of face and content validity. Internal consistency was measured with Cronbach's α , and the test re-test reliability was assessed using the intra-class correlation coefficient (ICC) with a 2-3 week interval. Before factor analysis, Keyser-Meyer-Elkin (KMO), Bartlett's test, principal components analysis, and varimax rotation were performed. Data were statistically analyzed using SPSS software, version 21.

Table 1. Cronbach's α values for the subscales of the Persian ESN scale

No.	Subscale	Number of Questions	Cronbach's α
1	Psychosocial	14: Lack of financial management	0.80
		13: Independence in decision making	
		11: Difficulty in learning new skills	
		6: Lack of motivation to do things	
		12: Failure to request if needed	
2	Personal	2: Neglecting the medical appointment	0.73
		3: Neglecting the treatment	
		1: Neglecting the appearance	
3	Health and environment	5: Warning the person about the unpleasant smell	0.64
		8: preferring to be alone over being in a group	
		16: Lack of enjoyment in life	
		7: The presence of vermin in the house	
4	Lifestyle	9: Not bathing regularly	0.60
		17: Smoking to relieve tension	
		4: Not using fresh fruits and vegetables	
		10: Lack of interest in physical and mental activity	
		15: Interest in keeping unnecessary stuff	

Results

The age range of the participants was 60-95 years (mean age: 69 years). In terms of education, most of them (33%) had a bachelor's degree. The mean score of SSS was 26.93 ± 9.46 . Eighty percent of the elderly had low self-neglect, and only 20% had a score higher than the average of severe self-neglect. The content validity index of the Persian ESN scale was 0.92. The KMO index was 0.837, which is above the acceptable level of 0.7. Bartlett's test statistic was 971.408 ($P < 0.001$). These results confirmed the implementation of factor analysis based on the correlation matrix. The results of the factor analysis identified four factors with a value above 1, which explained 53% of the total variance, and all were accepted. The factor of psychological self-neglect with the highest variance of 29.5 indicated its importance in the occurrence of self-neglect in the elderly. The Cronbach's α values for the subscales are presented in [Table 1](#). The ICC was 0.998 ($P < 0.001$), indicating the acceptable test re-test reliability. The cut-off point was determined at 5.

Conclusion

The results confirmed the validity and reliability of the Persian version of the ESN scale for the Iranian elderly. The construct validity showed a 17-item factor-factor structure with acceptable internal consistency and test re-test reliability. This tool has been designed based on the biopsychosocial model, which makes it different from existing tools. The participants in this study were retired older people in Tehran. It is recommended to implement it in other cities with a large sample size. The tool can be used by geriatricians, nurses or medical staff for screening the elderly's self-neglect.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#) (Code: IR.USWR.REC.1399.196).

Funding

This study was financially supported by the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#).

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this paper.

Conflicts of interest

The authors declared no conflicts of interest.

Acknowledgements

The authors are extremely grateful to the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#) for the financial assistance, and to the dear retirees of [Tehran Retirement Centers](#) and the respected manager and all the dear ones who somehow cooperated in carrying out the project.

مقاله پژوهشی

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودغفلتی در سالمندان ایرانی

هما مردان^۱، احمد دلبری^{۱*}

۱. مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online

**Citation** Mardan H, Delbari A. [Psychometric Properties of the Persian Version of the Elder Self-neglect Scale for Iranian Older Adults (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 19(1):100-115. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3507.2> <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3507.2>

چکیده



اهداف: شناسایی پدیده پنهان و فراگیر خودغفلتی با پیامدهای گسترده منفی در سالمندان، مستلزم استفاده از ابزاری استاندارد و پویا با دیدگاه کل‌نگر است. مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودغفلتی در سالمندان ایرانی انجام شد. مواد و روش‌ها پس از فرایند ترجمه مقیاس اصلی، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه ۱۷ گویه‌ای خودغفلتی از نظر روایی صوری و محتوایی با شاخص اعتبار محتوا ارزیابی شد. روایی سازه با آلفای کرونباخ و تحلیل همبستگی و پایایی با استفاده از روش‌های همسانی درونی و آزمون مجدد سنجیده شد. اجرای ۲ مرحله‌ای پرسش‌نامه پس از غربالگری با آزمون شناختی و رضایت آگاهانه، بر اساس معیارهای ورود و خروج انجام شد. داوطلبان در مرحله مقدماتی ۳۰ نفر و در مرحله اصلی ۲۰۷ سالمند ۶۰ سال به بالا از کانون‌های بازنشستگی شهر تهران بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ ارزیابی شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار ابزار به ترتیب ۲۶/۹۳ و ۹/۴۶ بود. شاخص اعتبار محتوایی مقیاس خودغفلتی در سالمندان در کل (CVI=۰/۹۲) بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریمکس منجر به ۴ عامل با محوریت عامل روان‌شناختی شد. آلفای کرونباخ (۰/۹۶) مبین همسانی درونی و پایایی قابل قبول برای همه آیتم‌ها در مقیاس ۱۷ آیتمی خودغفلتی بود.

نتیجه‌گیری: بر خلاف تفاوت ساختار ابعاد کسب‌شده در نسخه فارسی با ساختار اصلی، نتایج مؤید قابلیت اعتماد و پایایی نسخه فارسی مقیاس خودغفلتی در سالمندان ایرانی است. تنها یک آیتم مربوط به سبک زندگی در نسخه اصلی به دلیل مغایرت با فرهنگ ایرانی حذف شد. در نتیجه، مقیاس ۱۸ ماده‌ای نسخه اصلی به مقیاس ۱۷ ماده‌ای تقلیل یافت. این مقیاس می‌تواند به عنوان ابزاری مناسب برای غربالگری و شناسایی سالمندان درگیر خودغفلتی در دسترس متخصصان سالمندی، پرستاران و کادر درمان قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: خودغفلتی، سوء استفاده، روان‌سنجی، سالمندان

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۲۰ مرداد ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۳۰ فروردین ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۳ فروردین ۱۴۰۳

* نویسنده مسئول:

احمد دلبری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، مرکز تحقیقات انجمن سالمندی.

تلفن: ۴۱۰۱۳۵۴ (۹۱۲) +۹۸

رایانامه: ah.delbari@uswr.ac.ir

مقدمه

ابزارهای محدود موجود نیز هر یک به بُعدی از پدیده پرداخته و بیشتر آن‌ها عاری از تئوری بوده و به صورت مشاهده‌ای یا در مواردی صرفاً برای متخصصین کلینیک‌ها و نظرسنجی از آنان طراحی شده‌اند، بنابراین مناسب برای استفاده توسط مصاحبه‌گران آموزش‌دیده هم نیست. برخی مطالعات انجام‌شده در مورد موضوع، تعداد محدودی از نمونه بررسی شده را دربرداشته که قابل تعمیم‌پذیری نبوده و مناسب برای شناسایی این پدیده چند وجهی در یک بُعد وسیع‌تر نیست. برای مثال، ایریس تنها با استفاده از ۲۳ سالمند برای آزمایش میدانی خود مدلی از خودغفلتی ارائه داده است [۱۲].

مقیاس خودغفلتی شدید در سالمندان^۱ برای تنظیمات درون خانه طراحی شده [۱۳] و به عنوان بخشی از سیستم حمایتی در سوء رفتار با سالمندان در نظر گرفته می‌شود [۱۴]. برخی ابزارها صرفاً برای فهم میزان بهره‌برداری مالی از افراد مسن طراحی شده‌اند [۱۵]. بررسی خودغفلتی با ابزاری مناسب و دربرگیرنده ابعاد مختلف پدیده از چالش‌های مهم است که نیاز به ابزاری مناسب و پویا را دو چندان می‌کند.

نگاه جامع‌گرایانه به پدیده نکته حائز اهمیت در مطالعات مربوط به خودغفلتی است. در عمل هر پژوهشگری از منظری خاص به خودغفلتی پرداخته و اهم عوامل تأثیرگذار در یک پژوهش واحد معمولاً صورت‌نپذیرفته و به این خاطر نگاه جامع به خودغفلتی در تحقیقات پیشین به چشم نمی‌خورد. برای مثال، محققان معمولاً عوامل تأثیرگذار را به تنهایی بررسی کرده‌اند. تأثیر عامل تخریب فیزیکی و شناختی [۱۳]، شخصیت [۱۶، ۱۷]، شبکه‌های اجتماعی [۱۷، ۱۸]، ارزش‌های بزرگسالان [۱۹] و عدم رضایت از زندگی [۲۰] را جداگانه از عوامل مهم خودغفلتی دانسته و مورد پژوهش قرار داده‌اند. بررسی عوامل متعدد چندگانه با رویکرد بیوسایکو سوشیال در یک پژوهش واحد برای فهم دقیق خودغفلتی مورد نیاز است که کمتر در بررسی‌ها اتفاق افتاده است.

مهم‌ترین چالش‌های شناخت خودغفلتی علاوه بر ابزار، عدم تعریف واحد از پدیده خودغفلتی است. برخی خودغفلتی را نوعی سندرم پیری و اختلال ذهنی [۲۱] دانسته‌اند. برخی عدم خودمراقبتی و فقدان بهزیستی فیزیکی و سلامت [۲۲، ۲۳]، محققان دیگر کمبودهای چندگانه حاصل از عوامل فیزیکی عملکردی و اجتماعی [۱۳] و برخی دشواری در استقلال مدیریت نیازهای اساسی خود را خود غفلتی قلمداد کرده‌اند. بر اساس انجمن روان‌شناسی آمریکا^۲ وضعیت ظاهری مسکن، وضعیت ظاهری شخص و رفتارهای بهداشتی و سلامت را می‌توان به عنوان شاخص‌های خودغفلتی لحاظ کرد [۱۶]. همچنین اذعان شده که خودغفلتی سندرم سالمندی است و ضمن داشتن هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی می‌تواند موجب مرگ‌ومیر یا آسیب فرد شود [۲۴].

پدیده خودغفلتی به عنوان ناتوانی یا امتناع فرد در انجام وظایف روزانه متناسب با هنجارهای اجتماعی به صورت عمدی یا غیرعمدی انجام می‌شود. سالمند آزاری در سالمندان انواع مختلفی دارد که شامل سوء رفتار فیزیکی، جنسی، روان‌شناختی، مالی، بی‌توجهی از طرف دیگران، ترک کردن و خودغفلتی یا بی‌توجهی از طرف خود است. در واقع، خودغفلتی به عنوان یک طبقه مجزا مشخص شده است [۱]، با این تفاوت که منشأ سوء رفتار از طرف خود فرد (به دلایل مختلف بیولوژیکی، اجتماعی و روان‌شناختی) است. برخلاف سوء رفتارهای دیگر که از طرف دیگران به فرد تحمیل می‌شود و خودغفلتی می‌تواند به نحوی متاثر از آن اشکال نیز شود [۲].

این پدیده پنهان، اما فراگیر با شیوع بالاتر نسبت به دیگر اشکال سالمند آزاری، نقطه مقابل خودمراقبتی است [۳] و می‌تواند عوارض حاد و تأثیرات نامطلوب و دشواری بر عملکرد روزمره زندگی، سلامت، ایمنی فرد گذارده و سبب اختلال عملکردی سالمند [۴]، مراقبت ضعیف از خود و محیط و نیز امتناع از استفاده از خدمات [۵] شود.

شیوع خودغفلتی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است. فراوانی خودغفلتی در سالمندان مالزی ۳۶ درصد [۶]، کره‌ای‌ها ۲۲/۶ درصد [۷]، ایران (کرمان) ۱۱/۵ درصد [۸] و ایالات متحده آمریکا ۳۷/۲ درصد [۹] بوده است. تفاوت‌های نرخ خودغفلتی در جوامع مختلف به عواملی چون فرهنگ یا عدم تعریف دقیق عملیاتی از پدیده و نیز عدم ابزار استاندارد استفاده‌شده [۱۰] یا محل زندگی و جامعه هدف (زندگی در سراهای سالمندی یا در جامعه و زندگی با خانواده) نسبت داده می‌شود.

خودغفلتی پدیده‌ای چند وجهی است و ابعاد مختلفی [۳] دارد؛ بنابراین باید با دیدگاه جامع زیستی، روانی اجتماعی [۶] به آن نظر افکنده شود و در طراحی پرسش‌نامه و ابزار مربوطه، این رویکرد لحاظ شود، اما در بیشتر پژوهش‌ها این مهم مورد غفلت واقع شده است. عدم ابزار استاندارد جامع متناسب با فرهنگ جامعه و عدم دیدگاه جامع‌نگرانه زیستی اجتماعی و روان‌شناختی توأمان از کمبودهای این حوزه بوده است. همچنین عدم تئوری مناسب، تعریف واحد و میزان شیوع پدیده خودغفلتی از چالش‌های مهم دیگر بر سر راه شناسایی این معضل است.

مطالعات انجام‌شده در این خصوص در سطح جهانی محدود [۱۱] و در ایران نیز به علت نبود ابزاری استاندارد جامع، بسیار محدود است. اطلاعات حاصل از اندک تحقیقات انجام‌شده در مورد بی‌توجهی به خود نمی‌تواند گویای جامعی از وضعیت خودغفلتی در سالمندان کشور باشد. در جهان نیز اگرچه دامنه بررسی‌های نظام‌مند خودغفلتی از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد شروع شده، اما هنوز زوایای پنهان پدیده به‌طور کامل شفاف و واضح نیست.

1. Self Neglect Severity Scale Iris (SSSI)

2. American Psychological Association (APA)

عملکردی در دامنه وسیعی از فعالیت‌های فردی اشاره می‌کند [۳۰]. خودکارآمدی مؤلفه اساسی برای کاهش خودغفلتی و میانجی‌گر بسیار مهم بین عوامل تأثیرگذار و خودغفلتی است [۶].

در طراحی سؤالات ابزار فوق، رویکرد زیستی-اجتماعی و روان‌شناختی نیز مد نظر بوده است و از این لحاظ ابزار منحصر به فرد در خصوص خودغفلتی می‌تواند محسوب شود و پس از هنجاریابی قابل استفاده در کشورهای دیگر خواهد بود. در پژوهش حاضر، ابزار خودغفلتی ۱۸ سؤالی [۶] به عنوان مناسب‌ترین ابزار برای روان‌سنجی و هنجاریابی در سالمندان ایرانی انتخاب و ویژگی‌های آن روان‌سنجی شد. در واقع، با عنایت به شکاف موجود در مطالعه خودغفلتی در سالمندان ایرانی و نیاز به شناسایی این پدیده در خدمات سالمندی، مطالعه حاضر با هدف روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودغفلتی [۶] انجام شد. ابزار اعتباریابی شده در پژوهش حاضر با استفاده از ابزار خودغفلتی (۱۸ آیتمی) در پروژه ملی مالزی با عنوان روان‌سنجی ابزار خودغفلتی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان بوده است.

نسخه اصلی به زبان انگلیسی و مالایی تهیه شده و در کشور برای نخستین بار است که به فارسی ترجمه و برای سالمندان تهرانی روان‌سنجی شده است. پس از مراحل ترجمه و استفاده از نظر صاحب‌نظران حوزه سالمندی یک آیتم که مغایر با فرهنگ و ارزش‌های ایرانی بود، حذف شد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر پژوهشی روش‌شناختی است که با هدف هنجاریابی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه جدید خودغفلتی در سالمندان ایرانی انجام شده است. روش مطالعه مقطعی و کمی بوده و نوع مطالعه بررسی توصیفی برای بومی‌سازی ابزار است. مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با عنوان «روان‌سنجی پرسش‌نامه جدید خودغفلتی در سالمندان» است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تصویب و اجرا شده است. در این مطالعه از مقیاس خودغفلتی در سالمندان [۶] استفاده شده است.

جامعه آماری مورد مطالعه همه سالمندان ۶۰ سال به بالا و عضو کانون‌های بازنشستگی شهر تهران است. حجم نمونه در تحلیل عاملی انتخاب ۵ تا ۱۰ نمونه به ازای هر عبارت پرسش‌نامه است. پرسش‌نامه خودغفلتی ۱۷ آیتمی بود که حداقل به ۲۰۰ نفر برای اجرا و تحلیل عاملی نیاز بود. ابتدا لیستی از کل کانون‌های بازنشستگان شهر تهران از مسئول ذیربط اخذ شد. سالمندان منتخب عضو صندوق و داوطلبان علاقه‌مند به همکاری از طرف مسئول یا نماینده کانون آن ارگان یا سازمان به شیوه تصادفی معرفی و در محل کانون در حضور پژوهشگر به پرسش‌نامه پاسخ دادند.

خودغفلتی می‌تواند عمدی یا اولیه و یا غیرعمدی یا ثانویه باشد [۲۵]. خودغفلتی عمدی ممکن است به دلیل سبک زندگی، انتخاب‌های فردی، تیپ‌های شخصیتی، فرهنگ یا دلایل پاتولوژیکی باشد که سبب احساس انزوا در فرد می‌شود [۱۶]. سوء تغذیه، تمایل به تنها زیستن بر خلاف متأهل بودن و ضعف انرژی به عنوان نشانه‌هایی از بی‌توجهی به خود عمدی باشد [۲۲]. خودغفلتی غیرعمدی در صورتی است که سالمند شرایط نامتناسب و مشکل مرتبط با سلامتی داشته باشد [۱۶]. نوع ثانویه یا غیرعمدی خودغفلتی به اختلالات روان‌پزشکی مرتبط است. خودغفلتی از هر نوع که باشد، می‌تواند اثرات نامطلوبی در عملکرد سالمندان بر جا گذارد.

عدم تئوری استاندارد و ابزار مناسب بر اساس آن خود دلایلی دیگر بر عدم شناخت و تبیین درست خودغفلتی است. در واقع، نیاز به چند بُعدی نگریستن به پدیده پیچیده و چند وجهی خودغفلتی با دیدگاه بیوسایکو سوشیال در طراحی پرسش‌نامه‌های محدود کنونی مشهود است. برای رفع این چالش‌ها، پژوهشی در سال ۲۰۱۶ [۶] با دیدگاه جامع‌گرایانه انجام شد که در آن پژوهشگر تلاش کرده است با چشم‌اندازی جامع به تبیین خودغفلتی و عوامل مؤثر بر آن در یک پژوهش واحد بپردازد.

از نتایج آن طراحی و روان‌سنجی ابزار استاندارد خودغفلتی سالمندان و نیز عوامل مؤثر بر پدیده با دیدگاه جامع‌نگر بوده است. به نظر می‌رسد این ابزار یکی از مناسب‌ترین پرسش‌نامه‌های اخیر در خصوص خودغفلتی است که بر مبنای تئوری و با رویکرد جامع زیستی-روانی اجتماعی (بیوسایکو سوشیال) طراحی شده است. ابزار فوق به زبان انگلیسی و مالایی است که پس از طراحی و بررسی‌های دقیق صاحب‌نظران مورد تجزیه و تحلیل‌های آماری قرار گرفت و روایی و پایایی بالای آن مؤید ارزشمندی ابزار فوق در خصوص خودغفلتی در سالمندان است.

ابزار بر اساس ۲ تئوری مهم و تأثیرگذار اورم [۲۶] که بر جنبه‌های بیولوژیکی و اجتماعی خودغفلتی تأکید می‌کند و تئوری شناختی خودکارآمدی متأثر از نظریه بندورا [۲۷] است که به نحوی شالوده اصلی نظریه خودغفلتی را تشکیل می‌دهد. بندورا معتقد بود که خودکارآمدی مثبت و قوی بر واکنش‌های بیولوژیکی مؤثر بر سیستم ایمنی [۲۷] و سبک زندگی سالم‌تر اثر مثبت می‌گذارد، در حالی که باورهای خودکارآمدی ضعیف به افسردگی مرتبط به روابط حمایتی شخصی موجب می‌شود [۲۸].

تأثیر خودکارآمدی عمومی بر همه حوزه‌های شخصی، مهارت‌های مقابله‌ای، سیستم تعامل و انگیزه و در واقع، بر وضعیت روانی-اجتماعی سالمندان و قضاوت فرد در مورد عملکرد و توانمندی خود [۲۹] آشکار شده است. به عبارت دیگر، خودکارآمدی عمومی^۳ به قضاوت‌های فردی از توانمندی‌های

3. General Self-Efficacy (GSE)

سالمندان بر اساس پروتکل تحقیق و توجیه آنان، پرسش‌نامه به آن‌ها داده شد تا سطح دشواری و مطلوب بودن و میزان تناسب سؤال و موارد ابهام‌آمیز را بررسی و طی مصاحبه چهره به چهره در همان جلسه به پژوهشگر اطلاع دهند.

عبارات ابزار از لحاظ سطح دشواری، سلیس و روان بودن و تناسب با هم و با فرهنگ ایرانی اصلاح و تأیید شد. یک عبارت که طبق نظر کارشناسان بار فرهنگی نامتناسب با فرهنگ ایرانی داشت، حذف و ابزار ۱۷ آیتمی خودغفلتی حاصل شد. همچنین ابزار برای تعیین محتوا و شاخص روایی محتوا^۴ از نظر متخصصان حوزه سالمندی در خصوص معیارهای دستور زبان، اهمیت و ضرورت آن مورد قضاوت قرار گرفت. شاخص روایی محتوا، عبارات ابزار لیکر تی ۴ قسمتی (۱ تا ۴) در خصوص میزان مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن توسط متخصصان دیگر بررسی شد. نتایج به وسیله تقسیم پاسخ تعداد متخصصان موافق با عباراتی که رتبه ۳ و ۴ را کسب کرده بودند به تعداد کل متخصصان و کسب امتیاز کل شاخص روایی به دست آمد.

به منظور تعیین روایی سازه ابزار خودغفلتی در سالمندان روش تحلیل عاملی به کار گرفته شد. این روش به جهت فهم ارتباط درونی بین متغیرها و کشف طبقاتی که بیشترین فراوانی ارتباط با هم را دارند که پیش‌نیاز آن بررسی همسانی درونی عبارات پرسش‌نامه بود، استفاده شد. قبل از تحلیل عاملی، آزمون کیسیر / مایر / ال‌کین به عمل آمد که نشانگر آن است که آیا حجم نمونه برای تحلیل عاملی مناسب است یا خیر. مقادیر آن بین ۰ و ۱ است. مقادیر بالاتر نشان‌دهنده مناسب بودن حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی خواهد بود. بدین منظور آزمون شاخص نمونه‌گیری کیسیر / مایر / ال‌کین^۵ و نیز بارتلت، تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی و نمودار شن‌ریزه آزمون بارتلت^۶ و چرخش وریماکس [۳۱] به عمل آمد. حداقل بار عاملی برای حفظ هر عبارت در عوامل استخراج شده ۰/۴ بوده است. حجم نمونه با فرمول کوکران ۲۱۷ به دست آمد: سازه‌های اصلی ابزار پس از تحلیل عاملی شامل ۴ عامل خودغفلتی روان‌شناختی، خودغفلتی شخصی و سلامت، خودغفلتی محیط و عوامل بهداشتی و سازه سبک زندگی به دست آمد [۳۲]

در مرحله آخر پژوهش پایایی و ثبات آن نیز بررسی شد. در این خصوص، عبارات ابزار به روش تعیین همسانی درونی یا ضریب آلفای کرونباخ [۳۳] و به منظور میزان تناسب گروه تشکیل‌دهنده یک سازه بررسی شده و ثبات آن در حد قابل قبول به دست آمد. دلویس ارزش بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ را به عنوان قابلیت بسیار خوب برای اعتماد به ابزار و پایایی آن، به ویژه برای مقیاس‌های کوتاه در نظر می‌گیرد [۳۴].

تعداد نمونه نهایی پس از بررسی‌ها و حذف موارد غیر قابل قبول چون حذف پرسش‌نامه‌های ناتمام یا مغایر با پروتکل پژوهش و معیارهای ورود و خروج به لحاظ سنی و نیز خودداری سالمند از ادامه کار به ۲۰۷ نفر رسید که متناسب با تعداد عبارات پرسش‌نامه ۱۷ عبارتی خودغفلتی و نیز امکان انجام تحلیل عاملی با بیش از ۲۰۰ نفر بوده است. تجربیات داوطلبان سالمند در خصوص خودغفلتی با اجرای پرسش‌نامه در محل کانون‌های بازنشستگی استان تهران در حضور پژوهشگر به دست آمد.

داوطلبان ضمن اظهار رضایت کتبی به یکایک عبارات آن پاسخ دادند. پرسش‌نامه‌ها پس از جمع‌آوری به منظور تجزیه و تحلیل به نرم‌افزار SPSS وارد و مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. به دلیل شرایط کرونا و عدم دسترسی حضوری به همه داوطلبان سالمند، ضمن هماهنگی پژوهشگر با مسئولین مربوطه، اطلاعات برخی از پرسش‌نامه‌ها به صورت تلفنی از آنان اخذ و نتایج در پرسش‌نامه مربوطه با کد اختصاصی فرد ثبت شد. سالمندان منتخبی که تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند، حذف و داوطلب دیگری با معرفی کانون مربوطه جایگزین شد.

پژوهش حاضر به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تأیید شد و کد اخلاق اخذ کرد. همچنین همه داوطلبان با اطلاع کامل از اهداف و اهمیت پژوهش، ضمن رضایت آگاهانه، مجوز خروج از پژوهش در هر مرحله از آن را کسب کرده بودند.

ترجمه و بومی‌سازی

ابتدا عبارات پرسش‌نامه خودغفلتی بررسی شده توسط پژوهشگر و یک متخصص دیگر مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه و سپس به انگلیسی برگردانده شد و همبستگی بالا به دست آمد. همچنین پرسش‌نامه به کمک متخصصان رشته سالمندی و پژوهشگر، برای رعایت جمله‌بندی‌های منطقی، شیوه صحیح نگارش و حفظ محتوا بررسی شد. برای نمره‌دهی گویه‌ها در ابزار از گزینه‌های لیکر تی ۵ قسمتی از کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۱)، نه مخالف و نه موافق (۱)، موافق (۱) تا کاملاً موافق (۵) استفاده شده است که کمترین نمره ۱۲ و بیشترین ۵۲ است. نمره هر عامل از فرمول شماره ۱ به دست می‌آید و مشارکت‌کنندگان با نمره بالاتر از خودغفلتی بیشتری برخوردار خواهند بود.

۱. نمره هر عامل = (نمره کسب‌شده هر عامل - نمره حداکثر / حداقل نمره - نمره حداقل $\times 100$)

به منظور کسب اطمینان از روایی پرسش‌نامه از ۳ روش روایی صوری، محتوا و سازه استفاده شد. ابتدا جملات و عبارات ابزار به لحاظ سلیسی و روانی عبارات و تعیین روایی صوری بررسی شد تا نکته مبهمی برای پاسخگویان نماند. پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از سالمندان در جلسه حضوری تشریح و اجرا شد. پس از انتخاب

4. Content Validity Index (CVI)

5. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)

6. Bartlett's Test (BT)

جدول ۱. شاخص نمونه‌گیری کیسر / مایر / الکین و آزمون بارتلت

KMO=۰/۸۳۷ آماره
BT=۹۷۱/۴۰۸ آماره-تقریب کای اسکوتر
۰/۰۰۱=سطح معناداری

سالمند

همه عوامل، خودغفلتی تنها با برخی عوامل ارتباط معنادار داشت. جنس، وضعیت تحصیلی، سلامت خودادراکی و تعداد دختران با خودغفلتی به طور معناداری مرتبط و عواملی چون سن، وضعیت تأهل، رضایت از شغل قبلی، وضعیت درآمد، تعداد خواهران و برادران و تعداد پسران رابطه معناداری با خودغفلتی در سالمندان نداشتند.

نتایج حاصل از روایی محتوایی از نظر متخصصان و کسب نمره شاخص روایی محتوایی قابل قبول در همه عبارات پرسش‌نامه خودغفلتی نشان داد هیچ گزینه‌ای حذف نشد و همه عبارات ۱۷ گانه مقیاس حفظ شد. متوسط شاخص روایی پرسش‌نامه ۰/۹۲ بود. تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی روی عبارات ۱۷ گانه پرسش‌نامه انجام شد.

شاخص کیسر / مایر / الکین KMO=۰/۸۳۷ که بالاتر از ۰/۷۰ سطح قابل قبول است. مقادیر بالای ۰/۸ خوب و خیلی خوب تلقی می‌شود. میزان آزمون بارتلت BT=۹۷۱/۴۰۸ در سطح معناداری ۰/۰۰۱ معنادار بود که مؤید اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس همبستگی حاصل در نمونه است (جدول شماره ۱).

نتایج شاخص روایی محتوایی عبارات در عوامل ۴ گانه در جدول شماره ۲ مشهود است که مبین قابل قبول بودن روایی عوامل است.

۴/۲/۳ تحلیل عاملی: پس از اجرای تحلیل عاملی روی گویه‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS، خروجی در جدول‌هایی به صورت درصد واریانس تبیین‌شده توسط هر عامل و نیز درصد واریانس هر گویه در هر یک از عوامل تعیین شد که مبین همبستگی بیشتر هر گویه با یکی از عوامل‌هاست. در صورتی که یک گویه روی چند عامل، بار عاملی معنادار داشته باشد بیشترین بار عاملی روی هر عامل که باشد آن گویه در همان عامل قرار می‌گیرد.

نتایج حاصل از تحلیل عاملی ۴ عامل بارزش بالای یک را مشخص کرد (خودغفلتی شناختی، خودغفلتی شخصی و سلامت، خودغفلتی محیطی و بهداشتی و سبک زندگی) که در مجموع ۵۳ درصد کل واریانس را تبیین کرد و همگی مورد قبول قرار گرفت. عامل خودغفلتی روان‌شناختی با بالاترین واریانس ۲۹/۵ رتبه نخست را به خود اختصاص داده و مبین آن است که در این پدیده بیشتر عامل روان‌شناختی دخیل است که برای کنترل و

مقیاس‌های کوتاه با ثبات داخلی بالا و روایی آیت‌ها کمک به کم کردن فشار و بار اضافی، به ویژه در پاسخ‌دهندگان مسن می‌کند. همچنین ارزیابی ثبات به روش آزمون و بازآزمون که روشی مناسب برای پژوهش‌های علوم اجتماعی و انسانی در این خصوص است، با فاصله زمانی ۲ تا ۳ هفته انجام شد [۳۵]. بدین ترتیب که در ۲ مرحله ابزار خودغفلتی توسط سالمندان داوطلب واجد شرایط ابزار تکمیل شد و نمرات آن با استفاده از شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای^۲ که پذیرفتنی‌ترین آزمون آماری برای تعیین میزان پایایی ابزار است، مقایسه شد. میزان بالا بودن این شاخص بیش از ۰/۸۰ مؤید میزان ثبات در حد بسیار مطلوب ابزار است [۳۶].

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه بررسی‌شده: رده سنی سالمندان مطالعه‌شده بین ۶۰ تا ۹۵ سال و میانگین سن ۶۹ بوده است. ۷۱ درصد جامعه هدف را آقایان و بقیه را خانم‌ها تشکیل داده بودند. در خصوص مذهب، ۹۹ درصد آن‌ها شیعه و بقیه اهل تسنن یا غیره بوده‌اند. تنها ۶/۶ درصد در مقطع ابتدایی و بقیه دیپلم به بالا بودند. بیشترین مقدار تحصیلی (۳۳ درصد) متعلق به افراد سالمند در حد کارشناسی بوده است. حدود ۲۰ درصد سالمندان بررسی‌شده فوق لیسانس و بالاتر بوده‌اند. اکثریت سالمندان مطالعه‌شده (۸۷ درصد) در پژوهش حاضر متأهل و تنها ۱۳ درصد در حال حاضر بدون همسر بوده‌اند. ۹۲ درصد آنان از شغل خود در گذشته رضایت کامل داشته‌اند. تنها حدود ۳ درصد آنان وضعیت سلامت خود را در حد ضعیف و خیلی ضعیف ارزیابی کرده و اکثریت آن‌ها خود را در حد معمولی (۳۲ درصد) و خوب و بسیار خوب (۶۴ درصد) ارزیابی کرده‌اند. میانگین خودغفلتی در سالمندان در نمونه بررسی‌شده ۲۶/۹۳ و با انحراف معیار ۹/۴۶ بوده است. ۸۰ درصد سالمندان بررسی‌شده خودغفلتی ضعیف و تنها ۲۰ درصد آن‌ها نمره بالاتر از میانگین خودغفلتی شدید داشتند.

برای بررسی توزیع نمرات و در واقع، تأیید تفسیرپذیری آن‌ها در نمونه‌ها از آزمون تی مستقل و آزمون آنووا استفاده شد. نتایج آزمون تی مستقل و نتایج آزمون آنووا برای بررسی واریانس متغیرهای چندگانه نشان داد که بر خلاف تفاوت میانگین در

7. Intraclass Correlation Coefficient (ICC)

جدول ۲. نمره شاخص روایی محتوایی

شماره	عبارت	CVI	نتیجه
۱	گویه ۱: بی توجهی به ظاهر	۱	قابل قبول
۲	گویه ۲: بی توجهی به وقت پزشکی	۱	قابل قبول
۳	گویه ۳: بی توجهی برای درمان	۰/۹	قابل قبول
۴	گویه ۴: عدم استفاده از میوه و سبزیجات تازه	۰/۷	قابل قبول
۵	گویه ۵: تذکر به فرد در مورد بوی نامطبوع خود	۰/۹	قابل قبول
۶	گویه ۶: عدم انگیزه لازم برای انجام امور	۱	قابل قبول
۷	گویه ۷: حضور حیوانات موذی در خانه	۰/۸	قابل قبول
۸	گویه ۸: ترجیح تنهایی به در جمع بودن	۰/۹	قابل قبول
۹	گویه ۹: عدم استحمام مرتب	۱	قابل قبول
۱۰	گویه ۱۰: عدم علاقه به فعالیت بدنی و ذهنی	۰/۸	قابل قبول
۱۱	گویه ۱۱: دشواری در یادگیری مهارت‌های جدید	۰/۹	قابل قبول
۱۲	گویه ۱۲: عدم درخواست در صورت نیاز	۰/۷	قابل قبول
۱۳	گویه ۱۳: عدم استقلال در تصمیم‌گیری	۰/۵	قابل قبول
۱۴	گویه ۱۴: عدم مدیریت مالی	۰/۸	قابل قبول
۱۵	گویه ۱۵: علاقه به حفظ چیزهای غیرضروری	۰/۷	قابل قبول
۱۶	گویه ۱۶: عدم لذت از زندگی	۰/۸	قابل قبول
۱۷	گویه ۱۷: سیگار کشیدن برای کسب آرامش	۰/۹	قابل قبول

سالمند

همه این موارد در طبقه خودکارآمدی ۱ محسوب می‌شود. این عامل از مهم‌ترین فاکتورهای تأثیرگذار بر افزایش عزت نفس [۲۷] و نیز خودغفلتی است.

زیرمقیاس دوم

عوامل شخصی و سلامت است که در طبقه بیولوژی و در حوزه شخصی و سلامت فرد قرار می‌گیرد. این زیرمقیاس شامل ۳ گویه است. بر طبق **انجمن روان‌شناسی آمریکا**، شواهد محیط خانه، (بر هم ریختگی اوضاع داخل خانه)، شواهد شخصی، رفتارهای سلامت، علاوه بر دیگر عوامل می‌توانند به عنوان شاخص‌های بی‌توجهی به خود در سالمندان در نظر گرفته شود [۱۶].

زیرمقیاس سوم

خودغفلتی بهداشتی و محیط و رفتارهای مرتبط به آن است. این شاخص شامل ۵ آیتم بوده حدود ۷/۸ درصد واریانس را به خود اختصاص داده است:

کاهش آن باید عنایت ویژه‌ای به این بُعد داشت. متغیرهای آن شامل ۵ آیتم ابزار (آیتم ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) است.

شاخص بعدی خودغفلتی در حوزه شخصی و سلامت است که شامل ۳ آیتم (۱، ۲ و ۳) و ۹/۳ درصد واریانس کل را تشکیل می‌دهد. عامل سوم شاخص خودغفلتی در بُعد رفتار بهداشتی و محیطی است که شامل ۵ آیتم (۵، ۷، ۸، ۹ و ۱۶) حدود ۷/۸ درصد واریانس است. شاخص آخر مربوط به سبک زندگی است که شامل ۴ آیتم (۴، ۱۰، ۱۵ و ۱۷) که رتبه آخر و حدود ۶/۴ **درصد واریانس** را به خود اختصاص می‌دهد.

بر اساس **جدول شماره ۳**، نتایج آلفای کرونباخ در مقیاس‌های ۴ گانه به همراه زیرمقیاس‌های مربوطه بیان شده است. ۴ زیرمقیاس اکتشافی ابزار خودغفلتی با ویژگی‌های مربوطه آن به ترتیب عبارت‌اند از:

زیرمقیاس روان‌شناختی

این زیرمقیاس ۵ گویه با منشأ عوامل روان‌شناختی داشت.

جدول ۳. آلفای کرونباخ در مقیاس های ۴ گانه

شماره	مقیاس	زیرمقیاس	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ
۱	خودغفلتی روان شناختی	گویه ۱۴: عدم مدیریت مالی	۵	۰/۸۰
		گویه ۱۳: عدم استقلال در تصمیم گیری		
		گویه ۱۱: دشواری در یادگیری مهارت های جدید		
		گویه ۶: عدم انگیزه لازم برای انجام امور		
۲	خودغفلتی شخصی و سلامت	گویه ۱۲: عدم درخواست در صورت نیاز	۳	۰/۷۳
		گویه ۲: بی توجهی به وقت پزشکی		
		گویه ۳: بی توجهی برای درمان		
۳	خودغفلتی بهداشتی و محیطی	گویه ۱: بی توجهی به ظاهر	۵	۰/۶۴
		گویه ۵: تذکر به فرد در مورد بوی نامطبوع		
		گویه ۸: ترجیح تنهایی به در جمع بودن		
		گویه ۱۶: عدم لذت از زندگی		
		گویه ۷: حضور حیوانات موذی در خانه		
۴	سبک زندگی	گویه ۹: عدم استحمام مرتب	۴	۰/۶۰
		گویه ۱۷: سیگار کشیدن برای کسب آرامش		
		گویه ۴: عدم استفاده از میوه و سبزیجات تازه		
		گویه ۱۰: عدم علاقه به فعالیت بدنی و ذهنی		
		گویه ۱۵: علاقه به حفظ چیزهای غیرضروری		

سالمند

زیرمقیاس چهارم

شاخص مربوط به سبک زندگی به عنوان زیرمقیاس چهارم که بیشتر مرتبط به خودغفلتی عمدی است و شامل ۴ آیتم بوده که در کل حدود ۶/۴ درصد واریانس را به خود اختصاص می دهد.

در مرحله آخر پژوهش پایایی همسانی درونی آلفای کرونباخ همان سنجش توافق درونی در پایایی به عنوان قابل قبول ترین آزمون تعیین ثبات است. شاخص همبستگی درون خوشه ای بین ۱۷ آیتم ابزار خودغفلتی حدود ۰/۸۴۰ است که خود مبین ضریب همبستگی بالای بین آیتم های ابزار و پایا بودن آن است. مقدار آلفای کرونباخ در واقع، متوسط ضریب پایای حاصل از کل ترکیب های ممکن در آیتم های یک ابزار است. این روش زمانی برای استفاده مناسب است که در ابزار از روش لیکرتی استفاده شده باشد. مقدار سازگاری درونی بین ۰ تا ۱ است که مقادیر کمتر از ۰/۵ نشان دهنده قابلیت اطمینان ضعیف، بین ۰/۵ تا ۰/۷۵ قابلیت اطمینان متوسط، بین ۰/۷۵ و ۰/۹ قابلیت اطمینان خوب، سازگاری درونی بالا و مبین قابلیت ابزار در این خصوص

است. در جدول شماره ۴، همسانی درونی بین آیتم ها مشخص شده که گویای سازگاری درونی بالای عبارات ابزار و در نتیجه، ثبات و پایایی بالا در $P < 0.001$ است. جدول شماره ۴، همسانی درونی بین آیتم های پرسش نامه خودغفلتی را نشان می دهد.

همان طور که از جدول شماره ۴ برمی آید همسانی درونی بالای بین آیتم ها در سطح معناداری $P = 0.000$ و همبستگی بالای بین نمره خودغفلتی در زمان اول و دوم (۰/۹۹۸) است که مبین ثبات مطلوب بین آیتم های ابزار خودغفلتی در سالمندان است.

آزمون مقدماتی و پایلوت برای بررسی پایایی و تحلیل گویه ها انجام شد. همسانی درونی و پایایی ابزار با روش آزمون / بازآزمون، آلفای کرونباخ در سطح بالا و بسیار قابل قبول (۰/۹۶۲) به دست آمد. برای تعیین روایی سازه از آزمون تحلیل عاملی اکتشافی استفاده و زیرمقیاس های ۴ گانه ابزار با استفاده از نرم افزار SPSS استخراج شد. نقطه برش ۵ جهت حفظ هر عبارت در نظر گرفته شد و همه عبارات ابزار از حداقل بار عاملی بالاتر بودند؛ بنابراین همه عوامل حفظ شدند.

جدول ۴. همسانی درونی بین آیتم‌ها (ICC)

همبستگی درونی بین آیتم‌ها (ICC)							
احتمال معناداری	توزیع آماری تست F			۹۵ درصد CI		ICC	متغیر
	df ^۱	df ^۲	ارزش	حد بالا	حد پایین		
۰/۰۰۰	۲۷	۲۷	۹۲۴/۲۵۹	۰/۹۹۹	۰/۹۹۵	۰/۹۹۸ ^a	معیارهای واحد
۰/۰۰۰	۲۷	۲۷	۹۲۴/۲۵۹	۰/۹۹۹	۰/۹۹۸	۰/۹۹۹ ^c	معیارهای متوسط

سالمند

مهم‌ترین بخش خودغفلتی عامل روان‌شناختی است که خود کارآمدی از مؤلفه‌های مهم در این خصوص است. عدم انگیزه برای انجام امور مربوط به خود یکی از عوامل روان‌شناختی مرتبط با خودغفلتی است. در این صورت توانمندی فرد در یادگیری مهارت‌های جدید کاهش یافته، عدم استقلال در مدیریت مالی و تصمیم‌گیری خود از عدم خودکارآمدی است و این تصویر از خود مانع از آن می‌شود که فرد تمایل به کمک گرفتن از دیگران داشته باشد. در مطالعات پیشین خودکارآمدی در کاهش یا افزایش بی‌توجهی به خود به عنوان عامل اصلی پیش‌بینی‌کننده و همچنین مهم‌ترین متغیر میانجی بین سایر عوامل تأثیرگذار با خودغفلتی بررسی شده که در آن مدلی پویا در نتیجه تحلیل عاملی ارائه شده است [۶].

عامل بعدی مؤثر، عوامل شخصی و وضعیت سلامت سالمندان است. وضعیت بی‌توجهی به ظاهر که شاخصه مهم برای خودغفلتی است، می‌تواند دلایلی متعدد داشته باشد. بی‌توجهی به سلامت خود و وقت و قرارهای پزشکی یا سستی و به اصطلاح پشت گوش انداختن مکرر در مراجعه به پزشک و مراکز درمانی زمانی که نیاز جدی به آن دارد را شامل می‌شود. در نتیجه، موجب سخت‌تر شدن روند درمان شده و هزینه‌های بیشتری بر فرد، خانواده و نظام درمانی تحمیل خواهد شد.

عامل سوم، رفتارهای محیطی و بهداشتی سالمندان درگیر خودغفلتی است. سالمند دچار خودغفلتی است تمام مرتب نداشته و دائماً اطرافیان از بوی بد بدن او و عدم نظافت او معذب بوده و تذکر می‌دهند. همچنین محیط او به دلیل عدم رسیدگی و حوصله لازم برای نگاه داشتن نظافت، محیط به حدی به هم ریخته و آلوده می‌شود که حیوانات و حشرات موزی در خانه بدون تلاشی از جانب فرد در دفع آن‌ها به وفور یافت می‌شوند. در زمینه شخصی نیز لذتی از زندگی نمی‌برد و انگیزه‌های برای سر و سامان دادن به وضعیت شخصی و محیطی خود ندارد. همچنین ترجیح می‌دهد که از جامعه فاصله گرفته و در نتیجه، پذیرش اجتماعی او نیز کاهش می‌یابد. در این صورت روابط اجتماعی با دیگران نیز دچار اختلال می‌شود؛ بنابراین تنهایی را در بیشتر اوقات به در کنار جمع بودن ترجیح می‌دهد.

عبارت‌های ابزار بر اساس این که در کدام عامل بیشترین بار عاملی را داشتند، به عنوان عبارت‌های آن عامل در نظر گرفته شدند. از ۴ زیرمقیاس شناخته‌شده زیرمقیاس روان‌شناختی با بیشترین واریانس و اهمیت و وزن و زیرمقیاس سبک زندگی با کمترین واریانس عوامل استخراج شده چرخشی هستند. ۲ زیرمقیاس دیگر مربوط به حوزه خودغفلتی شخصی و سلامت و نیز رفتارهای بهداشتی و محیطی بوده‌اند؛ بنابراین می‌توان اذعان داشت که ابزار فوق به لحاظ روایی سازه نیز مورد تأیید است.

بحث

پرسش‌نامه خودغفلتی در سالمندان ایرانی برگرفته از ابزار اصلی ۱۸ آیتمی بی‌توجهی به خود در سالمندان روان‌سنجی شد. تنها یک عبارت که بار فرهنگی داشت حذف و مابقی با روایی و پایایی بالا ابقا شدند. ابزار اصلی با روایی و پایایی بالا به عنوان پایه ابزار جدید در پژوهش حاضر، بر اساس ۲ تئوری اصلی به عنوان شالوده تئوری خودغفلتی بنا و با دیدگاهی جامع طراحی شده که بررسی‌های پیشین فاقد این ویژگی‌هاست. همچنین عوامل تأثیرگذار در خودغفلتی به انضمام پیش‌بینی‌کننده‌ها و عامل میانجی‌گر (خودکارآمدی) طی مدلی جامع برخاسته از تحلیل عاملی در آن شناسایی شده است که یافته‌های پژوهش را به خوبی تبیین و تحلیل می‌کرد.

در پژوهش حاضر، نتایج روایی صوری و روایی محتوایی مؤید سادگی وضوح و روشنی عبارات پرسش‌نامه با زمان اجرای کوتاه (۱۰ دقیقه) است. پرسش‌نامه در مراکز درمانی و سالمندی و بیمارستان‌ها و در دسترس پرستاران و پزشکان می‌تواند به راحتی قرار گرفته و اجرا شود. نتایج کیسر / مایر / الکین و آزمون بارتلت بیانگر مناسب بودن مدل تحلیل عاملی بوده است. نقطه برش هر عبارت پرسش‌نامه خودغفلتی برای حفظ آن ۵ در نظر گرفته شد و همه عبارات مربوط به عوامل ۴ گانه حفظ شدند.

روایی سازه به روش تحلیل عاملی و همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ و ثبات ابزار خودغفلتی با کشف ۴ عامل تأیید شد. عوامل ۴ گانه مقیاس خودغفلتی عبارت بودند از: عوامل روان‌شناختی، شخصی و سلامت، رفتارهای محیطی و بهداشتی و سبک زندگی.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر آن بود که جمع‌آوری تجربیات داوطلبان از طریق پرسش‌نامه مربوطه از بین اعضای کانون‌های بازنشستگی استان تهران انجام شده که نتایج آن ممکن است به کل بازنشستگان ایران تعمیم داده نشود. همچنین نمونه‌گیری در ایام کرونا انجام شد که دسترسی به همه نمونه‌های اولیه و اجرا در محل کانون بازنشستگی مربوطه را محدود می‌کرد. در این موارد با هماهنگی مسئولان هر کانون در معرفی داوطلبان، اطلاعات پرسش‌نامه به صورت تلفنی توسط پژوهشگر اخذ شد.

نتیجه‌گیری نهایی

ابزار خودغفلتی ۱۷ آیتمی ایرانی^۸ متناسب با فرهنگ کشور روان‌سنجی شد. به لحاظ روایی صوری، محتوایی و سازه و همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ و پایایی بررسی‌های آماری شده و روایی و ثبات آن راستی‌آزمایی و تأیید شد. کاربرد و روش اجرای ابزار ساده و مدت اجرا ۵ تا ۱۰ دقیقه و مناسب افراد سالمند با کمترین سواد و برقراری ارتباط است. در صورت عدم سواد نیز می‌تواند توسط پرستار یا مراقب مربوطه و به صورت مصاحبه‌گر به چهره به چهره توسط پژوهشگر یا مصاحبه‌گر آموزش دیده تکمیل شود. ۲ تئوری مهم که ابزار پژوهش با اتکا به آن‌ها تدوین شد، شامل اورم تئوری که به جنبه‌های اجتماعی و بیولوژیکی خودغفلتی اشاره دارد و تئوری شناختی بندورا که بُعد مهم روان‌شناختی خودغفلتی را تبیین می‌کند و مقیاس حاضر به خوبی این ابعاد را تبیین کرده است.

در پژوهش حاضر، عامل روان‌شناختی مهم‌ترین مؤلفه در عوامل ۴ گانه مقیاس خودغفلتی بود و به نظر می‌رسد تئوری خودکارآمدی می‌تواند به‌عنوان پایه نظری مناسب برای خودغفلتی باشد.

بیشتر ابزارهای موجود خودغفلتی فاقد تئوری بوده یا برای تنها متخصصان و با نمونه‌های بسیار اندک غیرقابل تعمیم به کل طراحی شده و در بیشتر موارد، به تعداد محدودی از جنبه‌های خودغفلتی پرداخته است. ابزار خودغفلتی در سالمندان مالزی در مقایسه با دیگر ابزارهای موجود، دارای پشتوانه نظری، نمونه کافی برای تجزیه و تحلیل آماری، روایی و پایایی بالا بوده که دربرگیرنده ابعاد ۳ گانه بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد مسن است.

همچنین مصاحبه‌گران آموزش دیده غیرمتخصص نیز با صرف زمان کوتاه به راحتی می‌توانند از آن استفاده کنند. ابزار پس از هنجاریابی در کشور مورد نظر می‌تواند در دسترس پژوهشگران قرار گیرد. پژوهش حاضر بر مبنای ابزار فوق و به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی خودغفلتی در جامعه ایرانی انجام شد. اگرچه نسخه فارسی مقیاس خودغفلتی ساختار عاملی متفاوتی با نسخه اصلی دارد، اما از روایی و اعتبار خوبی برخوردار است.

عامل چهارم، سبک زندگی سالمند درگیر خودغفلتی است. یکی از مثال‌های سبک زندگی مربوط به عادات تغذیه و علاقه‌مندی به میوه‌ها و سبزیجات تازه است که برخی با آن به‌طور معمول میانه خوبی ندارند و حتی برای مایحتاج تغذیه‌ای خود به مکمل‌ها روی می‌آورند. برخی نیز تمایل به استفاده از میوه دارند، اما به دلیل گرانی و عدم دسترسی کافی از آن استفاده نمی‌کنند. افراد سالمند با خودغفلتی، اگرچه میوه و سبزیجات در دسترس داشته باشند تمایلی به استفاده از میوه و غذای مناسب ندارند و به حداقل قوت اکتفا می‌کنند که در حالت شدید آن می‌تواند مشکلات تغذیه‌ای و سلامت برای فرد ایجاد کند.

همچنین افراد دچار خودغفلتی تمایل مفرط به حفظ چیزهای غیرضروری در منزل دارند. از سوی دیگر، این افراد علاقه‌ای به فعالیت‌های بدنی یا ذهنی نداشته و در مقابل انجام آن‌ها مقاومت می‌کنند؛ ولو پزشک معالج این امر را برایشان یک ضرورت تجویز کرده باشد. نکته حائز اهمیت علاوه بر روایی هر یک از مقیاس‌ها و همبستگی بین گروهی، بالاترین واریانس متعلق به مقیاس روان‌شناختی مبین آن است که اگرچه پدیده خودغفلتی پدیده‌ای چند بُعدی است که تمام ابعاد بیوسایکو سوشیال آن را دربردارد، اما بُعد روان‌شناختی آن از دیگر ابعاد قوی‌تر بوده و با نتایج نسخه اصلی هم‌خوانی دارد که مؤید اهمیت بیشتر بُعد روان‌شناختی خودغفلتی نسبت به دیگر ابعاد مهم و تأثیرگذار آن است.

این ابزار با عنایت به دیدگاه جامع زیستی-اجتماعی و روان‌شناختی که بر اساس تئوری‌های قوی در این خصوص تدوین شده، به دست آمده است. همچنین ابزار فوق بر مبنای تجربیات سالمندان، به‌کارگیری روش پژوهشی مناسب و کارآمد، به‌کارگیری ساده و اجرای آن با سؤالات محدود که مانع از تکدر خاطر آنان هنگام پاسخگویی می‌شود. این عوامل به همراه بهره‌مندی از روایی و پایایی بالای پرسش‌نامه می‌تواند آن را به عنوان ابزاری مناسب برای غربالگری سالمندان دچار خودغفلتی از دیگران، کنترل و کاهش آن، به دست‌اندرکاران کادر خدمات و بهداشت، پرستاران، پزشکان و متخصصان سالمندی در عرصه‌های مختلف یاری رساند. ضمن آن که تنها ابزار پرسش‌نامه‌ای استاندارد در این خصوص در ایران و به زبان فارسی بوده که متناسب با فرهنگ ایرانی تهیه شده است. این پژوهش نخستین گام در روان‌سنجی پدیده فراگیر خودغفلتی در سالمندان ایرانی (تهرانی) است.

در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه خودغفلتی مبین همسانی بالای گویه‌های ابزار است که خود مؤید پایایی پرسش‌نامه فوق است. پایایی ابزار با آزمون مجدد در فاصله زمانی ۲ هفته نیز بررسی شد که ابزار فوق توانست به امتیاز پایایی بالا دست یابد. این ۲ روش از مهم‌ترین روش‌های پایایی یک ابزار است. این نتیجه دلگرم‌کننده است، اگرچه کاوش بیشتر با نمونه بزرگ‌تر برای اطمینان از سازگاری نتایج و پایداری آن باید انجام شود.

8. Elder Self Neglect Instrument

پیشنهاد می‌شود برای بهبود و گسترش دامنه پژوهش و اعتبارسنجی ابزار و به دست آوردن نرخ شیوع ملی خودغفلتی، این پژوهش در سایر استان‌ها نیز تکرار شود. مطالعات آتی نیاز به شناسایی عوامل خطر خودغفلتی و همچنین مطالعه موردی برای درک عمیق این معضل فراگیر و کاهش نرخ شیوع آن در جامعه سالمندی رو به افزایش کشور دارند. نمونه بررسی شده این مطالعه، سالمندان عضو کانون‌های بازنشستگی بوده‌اند.

مطالعات آینده در خصوص روان‌سنجی مقیاس خودغفلتی می‌تواند دیگر افراد مسن ساکن در جامعه و مراکز نگهداری سالمندان را نیز پوشش دهد تا امکان مقایسه نتایج فراهم شده و اطلاعاتی جامع‌تر در مورد خودغفلتی در سالمندان ایرانی با اتخاذ آزمایشات پیشگیرانه برای کنترل آن به دست آید. ابزار فوق این پتانسیل را دارد که به عنوان یک ابزار غربالگری برای افراد خودغفلت‌کننده توسعه یابد. همچنین این ابزار می‌تواند برای شناسایی و غربالگری خودغفلتی در سالمندان و درک بهتر تجربه این قشر آسیب‌پذیر در دسترس پرستاران و کادر درمانی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله دارای کد اخلاق به شماره (IR.USWR.) REC.1399.196 است.

حامی مالی

حامی مالی این مقاله دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی بود و مقاله براساس پروژه تحقیقاتی خانم هما مردان و آقای احمد دلبری تدوین شده است.

مشارکت نویسندگان

هر دو نویسنده به یک اندازه در نگارش مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی بابت مساعدت مالی و از بازنشستگان عزیز کانون‌های بازنشستگی تهران و مسئول محترم آقای مقدم و همه عزیزانی که به نحوی در انجام پروژه همکاری کردند نهایت سپاس و قدردانی را داریم.

References

- [1] American Public Welfare Association. The national elder abuse incidence study. Kansas: American Public Welfare Association; 1998. [Link]
- [2] Mardan H, Jaehnichen G, Hamid TA. Is self neglect associated with the emotional and financial abuse in community-dwelling. IOSR Journal of Nursing and Health Science. 2014; 3(3):51-6. [DOI:10.9790/1959-03345156]
- [3] Mardan H, Hamid T, Redzuan M, Ibrahim R. Correlate of self-care and self-neglect among community-dwelling older adults. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2014; 19(7 Suppl 1):S71-6. [PMID] [PMCID]
- [4] Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. Age and Ageing. 2013; 42(3):292-8. [DOI:10.1093/ageing/afs195] [PMID]
- [5] Day MR, Mulcahy H, Leahy-Warren P, Downey J. Self-neglect: A case study and implications for clinical practice. British Journal of Community Nursing. 2015; 20(3):110, 112-5. [DOI:10.12968/bjcn.2015.20.3.110] [PMID]
- [6] Mardan H. prevalence and risk factors of self-neglect among older adults [PhD thesis]. Serdang: University of UPM; 2016. [Link]
- [7] Lee M, Kim K. Prevalence and risk factors for self-neglect among older adults living alone in South Korea. International Journal of Aging & Human Development. 2014; 78(2):115-31. [DOI:10.2190/AG.78.2.b] [PMID]
- [8] Mohseni M, Rashedi V, Iranpour A, Naghibzadeh Tahami A, Borhaninejad V. Prevalence of elder abuse and associated factors among community-dwelling older adults in Iran. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2019; 31(4-5):363-72. [DOI:10.1080/08946566.2019.1682739] [PMID]
- [9] Teaster PB, Dugar TA, Mendiondo MS, Abner EL, Cecil KA, Otto JM. The 2004 survey of state adult protective services: Abuse of adults 60 years of age and older. Washington: The National Center on Elder Abuse; 2010. [Link]
- [10] Dyer CB, Goodwin JS, Pickens-Pace S, Burnett J, Kelly PA. Self-neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. American Journal of Public Health. 2007; 97(9):1671-6. [DOI:10.2105/AJPH.2006.097113] [PMID] [PMCID]
- [11] Cannell B, Livingston M, Burnett J, Parayil M, Reingle Gonzalez JM. Evaluation of the detection of elder mistreatment through emergency care technicians project screening tool. JAMA Network Open. 2020; 3(5):e204099. [DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.4099] [PMID] [PMCID]
- [12] Iris M, Conrad KJ, Ridings J. Observational measure of elder self-neglect. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2014; 26(4):365-97. [DOI:10.1080/08946566.2013.801818] [PMID]
- [13] Dyer CB, Kelly PA, Pavlik VN, Lee J, Doody RS, Reggev T, et al. The making of a self-neglect severity scale. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2006; 18(4):13-23. [PMID]
- [14] Kelly PA, Dyer CB, Pavlik V, Doody R, Jogerst G. Exploring self-neglect in older adults: Preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps. Journal of the American Geriatrics Society. 2008; 56(Suppl 2):S253-60. [DOI:10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x] [PMID] [PMCID]
- [15] Conrad KJ, Liu PJ, Iris M. Examining the role of substance abuse in elder mistreatment: Results from mistreatment investigations. Journal of Interpersonal Violence. 2019; 34(2):366-91. [DOI:10.1177/0886260516640782] [PMID]
- [16] Gibbons S, Lauder W, Ludwick R. Self-neglect: A proposed new NANDA diagnosis. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2006; 17(1):10-8. [DOI:10.1111/j.1744-618X.2006.00018.x] [PMID]
- [17] Iris M, Ridings JW, Conrad KJ. The development of a conceptual model for understanding elder self-neglect. The Gerontologist. 2010; 50(3):303-15. [DOI:10.1093/geront/gnp125] [PMID]
- [18] Dong XQ, Simon M, Evans D. Cross-sectional study of the characteristics of reported elder self-neglect in a community-dwelling population: Findings from a population-based cohort. Gerontology. 2010; 56(3):325-34. [DOI:10.1159/000243164] [PMID] [PMCID]
- [19] Wu M, Peng C, Chen Y, Yuan M, Zhao M, Wang C, et al. Nurses' perceptions of factors influencing elder self-neglect: A qualitative study. Asian Nursing Research. 2020; 14(3):137-43. [DOI:10.1016/j.anr.2020.05.001] [PMID]
- [20] Mardan H, Hamid A. Cross-sectional study of association between life satisfaction and self neglect in a community-dwelling elder population. Gerontologist. 2013; 53:546. [Link]
- [21] Pavlou MP, Lachs MS. Self-neglect in older adults: A primer for clinicians. Journal of General Internal Medicine. 2008; 23(11):1841-6. [DOI:10.1007/s11606-008-0717-7] [PMID] [PMCID]
- [22] Naik AD, Lai JM, Kunik ME, Dyer CB. Assessing capacity in suspected cases of self-neglect. Geriatrics. 2008; 63(2):24-31. [PMID] [PMCID]
- [23] Payne BK, Gainey RR. Differentiating self-neglect as a type of elder mistreatment: How do these cases compare to traditional types of elder mistreatment? Journal of Elder Abuse & Neglect. 2005; 17(1):21-36. [DOI:10.1300/J084v17n01_02] [PMID]
- [24] Dong X, Simon MA, Fulmer T, Mendes de Leon CF, Hebert LE, Beck T, et al. A prospective population-based study of differences in elder self-neglect and mortality between black and white older adults. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences. 2011; 66(6):695-704. [DOI:10.1093/gerona/ghr053] [PMID] [PMCID]
- [25] Day MR, Leahy-Warren P, McCarthy G. Perceptions and views of self-neglect: A client-centered perspective. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2013; 25(1):76-94. [DOI:10.1080/08946566.2012.712864] [PMID]
- [26] Paveza G, Vandeweerd C, Laumann E. Elder self-neglect: A discussion of a social typology. Journal of the American Geriatrics Society. 2008; 56(Suppl 2):S271-5. [DOI:10.1111/j.1532-5415.2008.01980.x] [PMID]
- [27] Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977; 84(2):191-215. [DOI:10.1037//0033-295X.84.2.191] [PMID]
- [28] Gibbons R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M editors. Measures in health psychology: A user's portfolio causal and control beliefs windsor. Lancashire: Nelson; 1995. [Link]
- [29] Schwarzer R. Stress and coping from a social-cognitive perspective. Annals of the New York Academy of Sciences. 1998; 851:531-7. [DOI:10.1111/j.1749-6632.1998.tb09032.x] [PMID]

- [30] Schwarzer R, Jerusalem M. General self-efficacy scale. In: Johnston M, Wright S, Weinman J, editors. Measures in health psychology: A user's portfolio. Hestington: NFER-NELSON; 1995. [\[Link\]](#)
- [31] Pallant J. SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS. New York: McGraw-Hill Education; 2020. [\[Link\]](#)
- [32] Cochran WG. Sampling techniques. New York: Wiley; 1963. [\[Link\]](#)
- [33] Cohen C, Pereira F, Kappel T, Bélanger L. Understanding the integration of family caregivers in delirium prevention care for hospitalized older adults: A case study protocol. Journal of Advanced Nursing. 2019; 75(8):1782-91. [\[DOI:10.1111/jan.14009\]](#) [\[PMID\]](#)
- [34] DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. Los Angeles: SAGE; 2012. [\[Link\]](#)
- [35] Wang JJ, Tseng HF, Chen KM. Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. Archives of Psychiatric Nursing. 2007; 21(1):40-7. [\[DOI:10.1016/j.apnu.2006.09.004\]](#) [\[PMID\]](#)
- [36] de Boer MR, Moll AC, de Vet HC, Terwee CB, Völker-Dieben HJ, van Rens GH. Psychometric properties of vision-related quality of life questionnaires: A systematic review. Ophthalmic & Physiological Optics. 2004; 24(4):257-73. [\[DOI:10.1111/j.1475-1313.2004.00187.x\]](#) [\[PMID\]](#)

This Page Intentionally Left Blank