

## طراحی و روان‌سنجی چک‌لیست شاخص‌های مشاهده‌ای غفلت از سالمندان

(مقاله پژوهشی)

\*مجیده هروی کریموی<sup>۱</sup>، ناهید رژه<sup>۲</sup>، مهشید فروغان<sup>۳</sup>، عباس عبادی<sup>۴</sup>

### چکیده:

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف طراحی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی چک‌لیست شاخص‌های مشاهده‌ای بررسی غفلت از سالمندان انجام شده است.

**روش:** مطالعه حاضر پژوهشی روش‌شناختی است که در چهار مرحله انجام شد. در مرحله اول، محققان با استفاده از روش کیفی مفهوم غفلت از سالمندان را تبیین کردند. در مرحله دوم، عبارت‌های چک‌لیست، براساس مصاحبه‌های بدون ساختار با سالمندان و استقرا از گروه متخصصان تدوین شد. سپس در مرحله سوم و چهارم، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه با بهره‌گیری از روایی صوری، روایی محتوا، روایی سازه (روایی هم‌گرا و گروه‌های شناخته شده)، همسانی درونی و هم‌ارزی بررسی شد. در مرحله اخیر، ۱۱۰ سالمند تهرانی انتخاب شدند و در مطالعه شرکت کردند.

**یافته‌ها:** براساس نتایج حاصل از مرحله اول و دوم مطالعه، چک‌لیست اولیه شامل ۲۶ گویه ارائه شد. پس از تعیین روایی صوری و محتوا به صورت کمی و کیفی، گویه‌های چک‌لیست به ۱۱ گویه در دو بُعد غفلت در تأمین نیازهای بهداشتی و مراقبتی و غفلت در تأمین محیط بهداشتی کاهش یافت. ضریب هم‌بستگی پیرسون بین نمره‌های به‌دست آمده از چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان با مقیاس غفلت مراقبتی پرسش‌نامه بررسی سوءرفتار به سالمندان ۰/۸۶۲ بود. نتایج روش تحلیل مقایسه‌ای گروه‌های شناخته شده در پارامترهای وضعیت بستری مجدد، نمایانگر تفاوت بین گروه‌ها بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ). محاسبه ضریب کودر ریچاردسون ( $۲۰KR$ ) مؤید همسانی درونی چک‌لیست (۰/۸۲۴) بود. هم‌ارزی از طریق پایایی بین مشاهده کنندگان ۰/۸۵ بود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها حاکی از آن است که چک‌لیست حاضر با عنوان «چک‌لیست شاخص‌های مشاهده‌ای غفلت از سالمندان» ابزاری مناسب برای بررسی غفلت از سالمندان است.

**کلیدواژه‌ها:** غفلت از سالمندان، طراحی، چک‌لیست، روان‌سنجی

تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۹/۰۴

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۷/۰۴

- ۱- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، دانشگاه شاهد تهران
- ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، دانشگاه شاهد تهران
- ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
- ۴- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه بقیه اعلیه (عج) تهران

\* آدرس نویسنده مسئول: تهران - خیابان حضرت ولی عصر، کوچه شهید رحیم‌زاده - دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی.  
\* تلفن: ۹۸۰ ۶۶۴۱۸۵۰ (۲۱) +۹۸  
\* رایانامه: heravi@shahed.ac.ir

### مقدمه

سوءرفتار در قبال سالمند را این‌گونه تعریف کرده‌اند: تحمیل درد و رنج به فرد سالمند از طریق ارتکاب عملی آزار دهنده یا ترک عملی ضروری، به صورت عمدی یا غیرعمدی، در یک یا چندین مرتبه. سوءرفتار از مصادیق محرومیت از حقوق و شئون انسانی است که به شکل غفلت، سلب اختیار، بهره‌برداری مالی، آزارهای روان‌شناختی و بدنی و طردشدگی رخ می‌دهد (۱). غفلت مشکلی جدی و خطرناک و بالقوه کشنده محسوب می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که در تعریف و شناسایی غفلت، سهل‌انگاری در تأمین نیازهای بهداشتی و مراقبتی و توانبخشی مرکز توجه صاحب‌نظران و محققان بوده است (۲، ۳). کانیک و کالبرگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) و اری<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، غفلت را از اشکال بسیار شدید سوءرفتار در قبال سالمندان دانسته‌اند (۴، ۵).

همچنین، مطالعه کیفی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱) در پنج کشور در حال توسعه، شامل آرژانتین، هند، کنیا، برزیل و لبنان نشان داد که شرکت کنندگان غفلت و رهاسازی را از اشکال خطرناک و جدی سوءرفتار می‌دانند (۶). شواهد حاکی از آن است که غفلت ۶۰ درصد از کل سوءرفتارها به سالمندان را تشکیل می‌دهد (۲). نتایج تحقیقات هروی و همکاران (۱۳۹۰) و نوروزی و همکاران (۱۳۸۸) و کریمی و الهی (۱۳۸۷) وجود غفلت از سالمند را در خانواده‌های ایرانی تأیید می‌کند (۷-۹). همچنین براساس مطالعه منوچهری و همکاران (۱۳۸۷)، ۶۸/۳ درصد از سالمندان ساکن شهر تهران تجربه غفلت را گزارش کرده‌اند (۱۰). این در حالی است که شواهد نشان داده است میزان سوءرفتار در قبال سالمندان و غفلت از آنان در تمامی فرهنگ‌ها کمتر از حد واقعی گزارش می‌شود (۱۱). سن، نژاد،

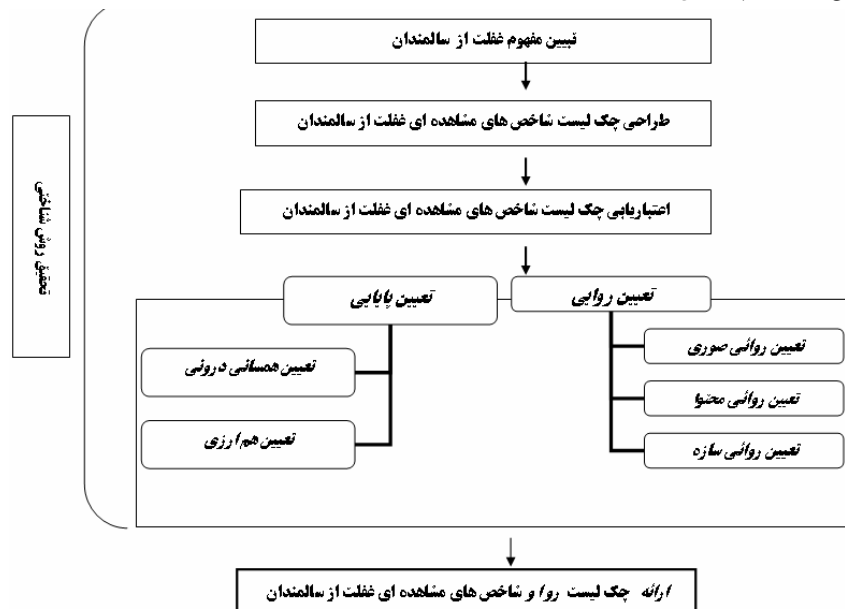
شناسایی غفلت در سالمندانی که به دلایل جسمی و روانی و اجتماعی قادر به پاسخ‌گویی به پرسش‌های نیستند، کارا نیست. صاحب‌نظران معتقدند محققان برای شناسایی سالمندانی که از آن‌ها غفلت می‌شود، به ابزارهایی نیاز دارند که علاوه بر اعتماد و اعتبار و تعمیم‌پذیری (۲۳، ۲۲) با فرهنگ و وضعیت جسمی و روانی و اجتماعی سالمند متناسب باشد (۲). نبود ابزار ایرانی مناسب، برای بررسی غفلت از سالمندانی که توانایی پاسخ‌گویی و مشارکت در پرسش‌نامه را ندارند، ضرورت طراحی چک‌لیستی مشاهده‌ای را مطرح می‌کند که روایی و پایایی پذیرفتنی و هماهنگ با فرهنگ ایرانی را داشته باشد. بدین منظور، پژوهشگران مطالعه حاضر بر آن شدند تا چک‌لیستی را برای بررسی غفلت از سالمندان طراحی و اعتبار و پایایی آن را ارزیابی کنند تا شاید گامی کوچک در توسعه خدمات بهداشتی و درمانی برای این گروه از مددجویان دردمند برداشته باشند.

### روش بررسی

پژوهش حاضر، پژوهشی روش‌شناختی است که با هدف طراحی و روان‌سنجی چک‌لیست بررسی غفلت از سالمندان انجام شد. شنابدر و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) این چک‌لیست را طراحی کردند که در زیر توضیح داده شده است (۲۴) (دی‌گرام ۱).

فقر، معلولیت و ناتوانی‌های جسمی، اختلالات شناختی، نقص در عملکرد شبکه‌های اجتماعی و همچنین فقدان ابزارهای بررسی استاندارد، از جمله موانع شناسایی غفلت از سالمندان محسوب می‌شود (۱۳، ۱۲، ۲).

پژوهشگران در برخی مطالعات ابزارهایی را برای شناسایی قربانیان به کار گرفته‌اند که با استفاده از مصاحبه با سالمند یا مراقب، غفلت از سالمند را بررسی می‌کند (۱۷-۱۴). پژوهشگران در تعدادی از مطالعات، از ابزارهایی برای شناسایی غفلت از سالمندان استفاده کرده‌اند که برای این هدف طراحی نشده بود؛ مثلاً کمیجس و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) از ابزار اندازه‌گیری فعالیت‌های روزانه زندگی<sup>۲</sup> (ADL) (۱۸) و پودنیکز<sup>۳</sup> از قسمتی از ابزار خدمات و منابع سالمندان امریکایی (OARS)<sup>۴</sup> برای بررسی غفلت استفاده کرده‌اند (۱۹). شایان ذکر است که پژوهشگران در تعدادی از تحقیقات، از ابزارهای محقق ساخته استفاده کرده‌اند (۲۱، ۲۰)؛ برای مثال، کوهن<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) به منظور اندازه‌گیری میزان غفلت در سالمندان، پرسش‌نامه محقق ساخته نشانه‌های غفلت<sup>۶</sup> را با دوازده گویه طراحی کرد و آن را به کار گرفت (۲۱). هروی و همکاران (۱۳۸۹) ابزاری با عنوان پرسش‌نامه سوءرفتار به سالمندان در خانواده طراحی کردند که سیزده عبارت آن غفلت مراقبتی از سالمندان را بررسی می‌کند (۷). پرسش‌نامه یاد شده برای



دی‌گرام ۱. روش انجام تحقیق به شیوه روش‌شناختی.

1- Comijs  
5- Cohen

2- Activities of Daily Living  
6- Signs of neglect inventory

3- Podnieks  
7- Schneider

4- Older Americans Resources and Services

صوری، پژوهشگران تلاش کردند تا از شیوه صحیح نگارش و جمله‌بندی منطقی برای نوشتن عبارات پرسش‌نامه استفاده کنند. تیم تحقیق عبارات را چندبار بازخوانی و دیدگاه‌ها را اعمال می‌کند و سپس دو متخصص در زمینه ادبیات فارسی آن را بازنگری می‌کنند.

برای تعیین روایی محتوا از روش کمی استفاده شد. از آنجا که تعیین روایی محتوا در این مطالعه، مبتنی بر قضاوت افراد متخصص بود، قضاوت براساس دیدگاه متخصصان با دانش و تجربه در حیطه‌های طراحی ابزار، پرستاری، طب سالمندان، پزشکی قانونی، بهداشت، سالمندشناسی و مددکاری اجتماعی صورت گرفت. برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی، از ۳ شاخص نسبت روایی محتوا<sup>۱</sup> (CVR) و شاخص روایی محتوا<sup>۹</sup> (CVI) و متوسط شاخص روایی محتوا<sup>۱۱</sup> (S-CVI/Ave) استفاده شد. ابتدا، برای تعیین شاخص نسبت روایی محتوا از ده نفر از متخصصان درخواست شد تا هر مرحله را براساس این طیف سه‌قسمتی بررسی کنند: ۱- ضروری است؛ ۲- مفید است، ولی ضروری نیست؛ ۳- ضرورتی ندارد.

براساس جدول لاوشه<sup>۱۱</sup> برای تعیین حداقل ارزش شاخص روایی محتوا<sup>۱۱</sup>، عباراتی که میزان عددی CVR آن‌ها از ۰/۶۲ بیشتر بود (براساس ارزیابی ده متخصص)، معنادار ( $P < 0/05$ ) ارزیابی شده و از آن حفاظت شد (۲۶). سپس بررسی CVI، براساس شاخص روایی محتوای والتس و باسل<sup>۱۳</sup> تعیین شد (۲۷). بدین منظور، پژوهشگران پرسش‌نامه طراحی شده را در اختیار متخصصان قرار دادند و از آنان درخواست کردند تا براساس شاخص روایی محتوای والتس و باسل، میزان ارتباط<sup>۱۴</sup> و سادگی<sup>۱۵</sup> و وضوح<sup>۱۶</sup> هریک از عبارات موجود در پرسش‌نامه را تعیین کنند. بدین ترتیب، پانزده نفر از متخصصان (متفاوت از متخصصان مرحله قبل) سه معیار سادگی و ارتباط و وضوح را به صورت مجزا، در طیف لیکرتی چهارقسمتی، برای هریک از آیتم‌ها بررسی کردند. برای مثال، برای معیار ارتباط، این گزینه‌ها به کار گرفته شد: ۱= مربوط نیست؛ ۲= نسبتاً مربوط است؛ ۳= مربوط است؛ ۴= کاملاً مربوط است. در این تحقیق، امتیاز شاخص روایی محتوا برای هر عبارت به وسیله تقسیم

در مرحله اول پژوهش، مفهوم غفلت از سالمند با استفاده از مصاحبه بدون ساختار و عمیق با سالمندان، از طریق مطالعه پدیدارشناسی<sup>۱</sup> با رویکرد ون‌مانن<sup>۲</sup> تعریف شد. در این مرحله، با توجه به هدف مطالعه، شرکت کنندگان براساس نمونه‌گیری هدفمند از بین زنان و مردان سالمندی انتخاب شدند که در کنار اعضای خانواده یا جدا از خانواده زندگی می‌کردند و تجربه زیستی غفلت داشتند. فرایند گزینش نمونه‌ها تا آنجا ادامه یافت که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده جدیدی پدیدار نشد و به عبارتی، داده‌ها به اشباع<sup>۳</sup> رسید. مصاحبه با توجه به عوامل محیطی، میزان تحمل، اطلاعات و تمایل شرکت کنندگان، در یک یا چند نوبت انجام شد و مدت هر جلسه نیز به عوامل فوق و موافقت دو طرف بستگی داشت. مکان مصاحبه جایی بود که سالمندان می‌توانستند آزادانه دیدگاه‌های خود را در اختیار مصاحبه‌گر قرار دهند. در این مرحله، دوازده سالمند با دامنه سنی ۷۲ تا ۸۷ سال مشارکت داشتند. مصاحبه‌ها روی نوار کاست ضبط شده و بلافاصله پیاده و سپس تجزیه و تحلیل شد.

در مرحله دوم پژوهش، براساس مفهوم مستخرج از مرحله نخست، سازه‌های اصلی چک‌لیست، شامل غفلت در تأمین نیازهای بهداشتی و مراقبتی و غفلت در تأمین محیط بهداشتی استخراج شد. سپس گویه‌های مناسب با سازه‌های چک‌لیست تدوین شد. به منظور استخراج گویه‌های سازنده چک‌لیست، از شیوه کیفی جمع‌آوری داده‌ها و استقرا از گروه متخصصان استفاده شد. لوبیوندو وود و هابر<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) معتقدند داده‌های به دست آمده از مطالعات کیفی، اطلاعات مفیدی درباره مفهوم پژوهش در اختیار پژوهشگر قرار می‌دهد که می‌توان از آن در طراحی ابزاری کمی برای سنجش مفهوم مدنظر استفاده کرد (۲۵). در این پژوهش، با استفاده از داده‌های بخش مصاحبه و استقرا از گروه متخصصان، ۲۶ گویه درباره غفلت از سالمندان طراحی شد.

شایان ذکر است ابزار طراحی شده در محیط زندگی سالمند را ارزیاب‌ها از طریق مشاهده تکمیل می‌کنند.

در مرحله سوم پژوهش، برای کسب اطمینان بیشتر از روایی پرسش‌نامه، از سه شیوه روایی صوری<sup>۵</sup> و روایی محتوا<sup>۶</sup> و روایی سازه<sup>۷</sup> استفاده شد. در اولین قدم، برای بررسی روایی

1- Phenomenology 2- Van Manen 3- Saturation 4- LoBiondo-Wood & G, Haber 5- Face Validity  
6- Content Validity 7- Construct Validity 8- Content Validity Ratio 9- Content Validity Index  
10- Scale-level Content Validity Index/ Averaging Calculation Method 11- Lawshe 12- Minimum CVR Value  
13- Waltz & Bausell 14- Relevancy 15- Simplicity 16- Clarity

خانواده در قبال سالمندان محاسبه شد. برای تعیین روایی سازه پرسش‌نامه علاوه بر روایی هم‌گرا از مقایسه گروه‌های شناخته شده نیز استفاده شد (۳۰، ۲۹). منظور از کاربرد این روش، آن بود که مشخص شود ابزار تدوین شده به چه میزان توان جداسازی زیرگروه‌های گوناگون را دارد. در این پژوهش، پارامتر به‌کاربرده شده برای تشکیل زیرگروه‌ها، وضعیت بستری مجدد در بیمارستان<sup>۶</sup> در طول سال گذشته بود. مقایسه گروه‌های شناخته شده در دو وضعیت بستری و بستری نکردن مجدد در بیمارستان با استفاده از آزمون آماری تی مستقل اندازه‌گیری شد.

در مرحله چهارم پژوهش، برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از دو شیوه تعیین همسانی درونی<sup>۷</sup> و هم‌ارزی<sup>۸</sup> استفاده شد. برای اندازه‌گیری همسانی درونی از ضریب کودر ریچاردسون (۲۰KR)<sup>۹</sup> استفاده شد. این ضریب برای محاسبه آزمون‌هایی با پاسخ‌های دوارزشی مناسب است. اگر این شاخص از ۰/۷۰ بیشتر باشد، بیان‌کننده میزان پایایی پذیرفتنی است (۳۲). در این پژوهش، ارزیابی هم‌ارزی از طریق محاسبه پایایی بین مشاهده کنندگان<sup>۱۰</sup> انجام شد. هم‌بستگی میان نمره‌های ارزیابی‌های مختلف، شاخص پایایی ارزیابی‌ها به حساب می‌آید. هرچه میزان توافق بین نمره ارزیابی‌ها بیشتر باشد، پایایی بین آن‌ها بیشتر می‌شود (۲۵). ابتدا نحوه به‌کارگیری چک‌لیست به ارزیابی‌ها آموزش داده شد؛ سپس هر سالمند را دو نفر ارزیاب مشاهده و ارزیابی کردند. توافق بین مشاهده کنندگان با استفاده از آزمون شاخص هم‌بستگی درون‌خوشه‌ای<sup>۱۱</sup> (ICC) محاسبه شد. شایان ذکر است که پذیرفته‌ترین آزمون آماری برای محاسبه میزان پایایی، شاخص گفته شده است. چنانچه این شاخص بیشتر از ۰/۸۰ باشد، میزان پایایی مطلوب تلقی می‌شود (۳۳).

تعداد نمونه ضروری به‌منظور تعیین روایی سازه، از دیدگاه پژوهشگران مختلف متفاوت است. تعداد نمونه توصیه شده، ۵ تا ۱۰ نمونه به‌ازای هر عبارت ابزار است (۳۴). در این پژوهش، نمونه‌ای به تعداد ده برابر گویه‌های پرسش‌نامه انتخاب شد. در مرحله تعیین روایی سازه و پایایی پرسش‌نامه از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای در منطقه تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی و کانون‌های

تعداد متخصصان موافق با عبارت دارای رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد (۲۷). هیرکاس و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نمره ۰/۷۹ و بیشتر را برای پذیرش آیت‌ها براساس نمره CVI توصیه کرده‌اند (۲۸). در مرحله بعد، براساس میانگین نمره‌های شاخص روایی محتوای همه عبارت‌های پرسش‌نامه، متوسط شاخص روایی محتوا (S-CVI/Ave)<sup>۲</sup> ی پرسش‌نامه محاسبه شد. پولیت و بک<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) نمره ۰/۹۰ و بیشتر را برای پذیرش S-CVI/Ave توصیه کرده‌اند (۲۷).

در پژوهش حاضر، به‌منظور بررسی تعیین روایی سازه، از روش روایی هم‌گرا<sup>۴</sup> و مقایسه گروه‌های شناخته شده<sup>۵</sup> استفاده شد (۳۰، ۲۹). برای تعیین روایی هم‌گرا، چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان همراه با پرسش‌نامه بررسی سوءرفتار با آن‌ها در خانواده، تکمیل شد. پرسش‌نامه گفته شده شامل ۴۹ عبارت در ۸ زیرمقیاس غفلت مراقبتی (۱۱ عبارت)، غفلت مالی (۴ عبارت)، عاطفی (۲ عبارت)، سوءرفتار روان‌شناختی (۸ عبارت)، سوءرفتار جسمی (۴ عبارت)، سوءرفتار مالی (۶ عبارت)، سلب اختیار (۱۰ عبارت) و طردشدگی (۴ عبارت) بود. این ابزار براساس یافته‌های مطالعه‌ای کیفی درباره سالمندان آزر دیده در ایران و با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این جامعه تدوین و سپس اعتبارسنجی شده است (۳۱). گویه‌های ابزار گفته شده دارای گزینه‌های «بلی» و «خیر» و «مشکلی ندارد» است. گزینه «مشکلی ندارد» بر موقعیتی دلالت می‌کند که عبارت مدنظر با وضع زندگی سالمند همخوان و متناسب نیست. امتیازهای اخذ شده در محدوده ۱۰ تا ۱۰۰ است و امتیاز بیشتر نشان‌دهنده وجود شدت بیشتری از علائم سوءرفتار است.

همان‌طور که در بالا اشاره شد، ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار یاد شده بررسی و معلوم شد از اعتبار صوری و محتوا و سازه برخوردار است. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹ تا ۰/۹۷۵) و ثبات از طریق آزمون مجدد (۰/۹۹) مؤید پایایی مطلوب پرسش‌نامه است (۱۷). برای بررسی روایی هم‌گرا، پس از مراحل حذف عبارات و به‌دست آمدن چک‌لیست، ضریب هم‌بستگی پیرسون بین نمره‌های به‌دست آمده از چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان و پرسش‌نامه بررسی سوءرفتار

- |  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| 1- Hyrkas                              | 2- Scale-level Content Validity Index / Averaging Calculation Method | 3- Polit & Beck         |
| 4- Convergent validity                 | 5- Known group comparisons   | 6- Rehospitalization    |
| 8- Inter-rater reliability             | 9- Kuder-Richardson Formula 20                                       | 7- Internal Consistency |
| 11- Intraclass Correlation Coefficient | 10- Inter-observer agreement   |                         |

سالمند آزر دیده‌ای تعریف شد که در کنار اعضای خانواده یا به صورت جدا از خانواده زندگی می‌کردند. در این رابطه، چهار زیرمضمون «وانهادن به حال خود»، «بی‌توجهی به نیازهای مراقبتی و ایمنی»، «حمایت‌نشدن در مدیریت منزل» و «فقدان زندگی آبرومندانه» در تجربه‌های مشارکت کنندگان پدیدار شد. برپایه این تعریف، غفلت اعضای خانواده از سالمند عبارت است از تحمیل درد و رنج به سالمند توسط آنان که ممکن است از طریق ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیرعمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد. اعضای خانواده با وانهادن سالمند به حال خود و سهل‌انگاری در تأمین نیازهای عاطفی و مراقبتی و ایمنی، همچنین کوتاهی در باری‌رساندن به آنان در انجام کارهای داخل و خارج از منزل و تأمین زندگی آبرومندانه و در شأن افراد سالمند، به صورت عمدی یا غیرعمدی، موجبات غفلت از او را فراهم می‌سازند.

در مرحله دوم پژوهش، از عبارات مضمونی مستخرج از مصاحبه‌های بدون ساختار با قربانیان غفلت در مرحله اول پژوهش، عبارت‌های چک‌لیست استخراج شد. تیم تحقیق گویه‌های استخراج شده را در نشستی بررسی کرد و عبارت‌های دارای مفاهیم هم‌پوشان ادغام و چک‌لیستی با ۲۶ عبارت تنظیم شد. ابزار گفته شده دو گزینه دارد: «وجود دارد» و «وجود ندارد». امتیازهای اخذ شده در محدوده صفر تا صد بوده و امتیاز بیشتر نشان دهنده وجود شواهد بیشتری از غفلت است. بدین ترتیب، صد نشان دهنده حداکثر میزان غفلت و صفر نشان دهنده نبود غفلت خواهد بود.

در مرحله سوم پژوهش، ۹ عبارت به علت کسب میزان عددی CVR کمتر از ۰/۶۲ و ۶ عبارت به علت کسب نمره CVI کمتر از ۰/۷۹ حذف شدند. بنابراین، برحسب دیدگاه‌های متخصصان عبارات چک‌لیست به ۱۱ عبارت با دو بُعد تقلیل یافت. بُعد نخست (غفلت در تأمین نیازهای بهداشتی و مراقبتی) شامل ۸ عبارت (۸ تا ۱)، بُعد دوم (غفلت در تأمین محیط بهداشتی) دارای ۳ عبارت (۱ تا ۹) بود (جدول ۱). شایان ذکر است که متوسط شاخص روایی محتوا (S-CVI/Ave) ی پرسش‌نامه ۰/۹۲۴ بود.

جهان‌دیدگان شهر تهران استفاده شد. ابتدا، از هریک از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران و شهیدبهشتی که عمده خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتی را به سالمندان شهر تهران ارائه می‌کردند، بیمارستانی به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و نمونه‌گیری در هر بیمارستان نیز به صورت تصادفی انجام شد؛ سپس شهر تهران به چهار منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد و از هر منطقه دو کانون جهان‌دیدگان (کانون‌های سالمندی شهر تهران) به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و نمونه‌گیری در هریک از کانون‌های جهان‌دیدگان نیز به صورت تصادفی صورت گرفت. برای دستیابی به اهداف پژوهش معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان عبارت بود از: هوشیاری و تمایل به بیان احساسات درونی خود به مفهوم موضوع تحقیق، داشتن سن ۶۵ سال یا بیشتر، توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم ابتلا به بیماری تأییدشده روانی، نابینایی، ناشنوایی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۶ یا بیشتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی<sup>۱</sup> (۳۱) و تمایل سالمند و خانواده به شرکت سالمند در پژوهش و حضور ارزیاب‌ها در منزل.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اجازه از مسئولان فرهنگسرای سالمند، کانون‌های جهان‌دیدگان شهر تهران، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران و بیمارستان‌های تابع دریافت شد. همچنین، قبل از شروع پژوهش، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت در تحقیق شرکت کردند. از آن‌ها برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت برای ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق استفاده شده و در اختیار افرادی غیر از تیم پژوهش قرار نمی‌گیرد. همچنین به شرکت کنندگان توضیح داده شد که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند انصراف خود را از ادامه آن اعلام کنند و مشخصات آنان در طول تحقیق و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ می‌شود.

## یافته‌ها

در مرحله اول پژوهش، با استفاده از تحقیق پدیدارشناسی مفهوم غفلت از سالمندان براساس تجربیات زنان و مردان

جدول ۱. روایی محتوای یازده عبارت نهایی چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان.

شماره	عبارت	CVR	CVI
۱	نداشتن پوشش تمیز و سالم و متناسب با فصل	۱	۰/۹۳
۲	استشمام بوی ادرار یا مدفوع از بدن یا لباس سالمند	۱	۱
۳	موهای ژولیده و کثیف	۰/۸	۰/۸۶
۴	ناخن‌های بلند و کثیف	۰/۸	۰/۸۶
۵	نداشتن دندان	۰/۸	۰/۸
۶	دهان و دندان کثیف	۰/۸	۰/۸۶
۷	زخم مزمن و درمان‌نشده	۱	۱
۸	محدودیت حرکت مفاصل (کنتراکچر)	۰/۸	۱
۹	وجود خطرات محیطی در منزل، مانند روشنایی ناکافی و ناهمواری یا لغزندگی کف زمین، تراکم اثاثیه	۱	۰/۹۳
۱۰	فقدان تسهیلات مناسب در منزل، مانند گرمایش و سرمایش	۱	۱
۱۱	محیط زندگی کثیف و غیربهداشتی	۰/۸	۰/۹۳

خانواده در قبال سالمندان (پرسش ارزیابان از سالمند) در محیط اقامت سالمند محاسبه شد. جدول زیر بیانگر وجود رابطه آماری خطی و مثبت و معنادار بین چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان با مقیاس غفلت مراقبتی و کل پرسش‌نامه بررسی سوءرفتار خانواده در قبال سالمندان است.

برای بررسی روایی سازه از طریق روایی هم‌گرا، پس از مراحل حذف عبارات و به‌دست آمدن پرسش‌نامه نهایی، ضریب هم‌بستگی پیرسون بین نمره‌های به‌دست آمده از چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان (مشاهده توسط ارزیاب‌ها) با مقیاس غفلت مراقبتی و کل پرسش‌نامه بررسی سوءرفتار

جدول ۲. روایی هم‌گرا: ضریب هم‌بستگی پیرسون چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان و پرسش‌نامه بررسی سوءرفتار با سالمندان در خانواده.

چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان (n=۱۱۰)	ابزارها
$r = ۰/۷۷۵$	امتیاز کل پرسش‌نامه بررسی سوءرفتار خانواده در قبال سالمندان
$P < ۰/۰۰۱$	
$r = ۰/۸۶۲$	مقیاس غفلت مراقبتی پرسش‌نامه بررسی سوءرفتار با سالمندان در خانواده
$P < ۰/۰۰۱$	

چک‌لیست وجود دارد. به‌بیان دیگر، سالمندانی که سابقه بستری مجدد دارند، امتیازهای بیشتری در هر دو بُعد و امتیاز کل چک‌لیست کسب کرده‌اند.

نتایج آزمون تی (اختلاف میانگین)، امتیازهای چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان را بر مبنای وضعیت بستری مجدد نشان داد (جدول ۳). از نظر آماری تفاوت‌های معناداری ( $P < ۰/۰۱$ ) در جهت موردانتظار درباره هر دو بُعد و امتیاز کلی

جدول ۳. مقایسه گروه‌های شناخته شده: میانگین امتیاز چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان بر مبنای وضعیت بستری مجدد.

زیر مقیاس‌ها	بستری نشدن مجدد (n=۶۳) میانگین (انحراف معیار)	بستری مجدد (n=۴۷) میانگین (انحراف معیار)	احتمال معناداری
بُعد اول: غفلت در تأمین نیازهای بهداشتی و مراقبتی	۰/۳۴(۱۴/۸۳)	۴۱/۷۵(۲۵/۱۷)	۰/۰۰۰۱
بُعد دوم: غفلت در تأمین محیط بهداشتی	۱۱/۵۵(۲۴/۶۶)	۸۹/۸۰(۲۴/۴۴)	۰/۰۰۰۱
کل مقیاس	۸/۴۲(۱۵/۷۴)	۴۹/۰۲(۲۰/۱۹)	۰/۰۰۰۱

چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان در نمونه‌ای شامل ۱۱۰ سالمند محاسبه شد؛ میزان همسانی درونی کل مقیاس ۰/۸۲۴ بود (جدول ۴).

در مرحله چهارم پژوهش، برای تعیین پایایی چک‌لیست از دو شیوه تعیین همسانی درونی و هم‌ارزی استفاده شد. برای تعیین همسانی درونی، ضریب کودر ریچاردسون (۲۰KR) برای

جدول ۴. تعیین همسانی درونی: ضرایب کودرریچاردسون (KR ۲۰) چکلیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان.

تعداد و شماره عبارت‌ها	زیر مقیاس
۲۰ KR (n=۱۱۰)	بُعد اول: غفلت در تأمین نیازهای بهداشتی و مراقبتی
۸ عبارت (۸تا۱)	بُعد دوم: غفلت در تأمین محیط بهداشتی
۳ عبارت (۱۱تا۹)	کل مقیاس
۱۱ عبارت (۱۱تا۱)	

نتایج آزمون شاخص هم‌بستگی درون‌خوشه‌ای نشان داد، بین نمره‌های مشاهده کننده اول و دوم توافق معناداری ( $P < 0.001$ ) وجود دارد که تأیید کننده توافق بین مشاهده کنندگان در زیر

جدول ۵. تعیین هم‌ارزی: شاخص هم‌بستگی درون خوشه‌ای چکلیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان.

مقیاس	ICC	حد پایینی	حد بالایی	احتمال معناداری (n=۳۰)
بُعد اول: غفلت در تأمین نیازهای بهداشتی و مراقبتی	۰/۹۴۰	۰/۸۷۴	۰/۹۷۱	۰/۰۰۱
بُعد دوم: غفلت در تأمین محیط بهداشتی	۰/۸۱۰	۰/۶۰۰	۰/۹۰۹	۰/۰۰۱
کل مقیاس	۰/۹۳۳	۰/۸۵۹	۰/۹۶۸	۰/۰۰۱

روایی محتواست. فولمر و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) متوسط شاخص روایی محتوای ابزار بررسی سوءرفتار با سالمندان<sup>۳</sup> (EAI) را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند که علائم، نشانه‌ها، شکایت از سوءرفتار جسمی، غفلت، رهاسازی و سوءرفتار مالی را در شاخص سالمند اندازه‌گیری می‌کند (۳۵). همچنین در مطالعه هروی و همکاران (۱۳۸۸) متوسط شاخص روایی محتوای بُعد غفلت مراقبتی با ۱۱ عبارت ۰/۹۶، غفلت عاطفی با ۲ عبارت و غفلت مالی با ۴ عبارت ۰/۹۷ است (۳۶).

روایی سازه چکلیست گفته شده، ابتدا از طریق تعیین روایی هم‌گرا روی یازده عبارت باقی‌مانده بررسی شد. به این منظور، هم‌بستگی نمره‌های به دست آمده با نمره‌های مقیاس غفلت مراقبتی و کل پرسش‌نامه بررسی سوءرفتار خانواده با سالمندان سنجیده شد. از آنجاکه ضریب هم‌بستگی پیرسون بین نمره‌های دو ابزار بیشتر از حداقل پذیرفته ۰/۴۰ (۳۷) بود و نیز رابطه معنادار آماری بین نمره‌های دو ابزار وجود داشت، روایی هم‌گرای چکلیست تأیید شد. نیل و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۱)، ریس و نیمیاش<sup>۵</sup> (۱۹۹۸)، فولمر و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) و کوهن و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) نیز از روش روایی هم‌گرا برای تعیین روایی استفاده کردند و براین اساس، ضریب هم‌بستگی مناسب و وجود رابطه معنادار آماری بین نمره‌ها (ابزارهای خود را به‌عنوان شاخصی معتبر برای تشخیص سوءرفتار با سالمندان معرفی کردند) (۴۰-۳۸، ۱۴).

## بحث

چکلیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان برپایه مفهوم تبیین شده در بخش کیفی پژوهش با یازده عبارت در دو بعد طراحی شد. در این پژوهش، روایی صوری و روایی محتوا، روایی سازه (روایی هم‌گرا و مقایسه گروه‌های شناخته شده)، همسانی درونی (ضریب کودرریچاردسون) و هم‌ارزی (توافق بین مشاهده کنندگان) این ابزار تأیید شد.

شایان ذکر است که کاربرد چکلیست گفته شده نسبتاً به‌سادگی امکان‌پذیر بوده و پرستار یا دیگر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در عرصه‌های مختلف، نظیر بیمارستان، مراکز بهداشتی، توان‌بخشی و منزل سالمند، می‌توانند آن را در حدود پانزده دقیقه تکمیل کنند. روایی صوری و محتوایی آن، سادگی و وضوح و روشنی عبارات را تأیید کرد.

در پژوهش حاضر، برای بررسی روایی محتوای چکلیست، شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) محاسبه شد که به ترتیب به حذف یا ادغام ۹ و ۶ عبارت منجر شد. متوسط شاخص روایی محتوا (S-CVI/Ave) ی پرسش‌نامه نیز محاسبه گردید. براساس یافته‌های به دست آمده، S-CVI/Ave پرسش‌نامه حد مطلوبی (۰/۹۲۴) دارد. پولیت و بک<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) نمره ۰/۹۰ و بیشتر را برای پذیرش S-CVI/Ave توصیه کرده‌اند (۲۷). بنابراین، براساس منابع روایی محتوا، چکلیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان دارای

1- Polit & Beck  
5- Reis & Nahmias

2- Fulmer  
6- Fulmer

3- Elder Abuse and Neglect Assessment  
7- Cohen

4- Neale

ژ

(۲۰۰۴) توافق بین ارزیاب‌ها را درخصوص ابزار بررسی سوءرفتار با سالمندان<sup>۲</sup> (EAI) ۰/۸۴ گزارش کردند (۳۵).

### نتیجه‌گیری

غفلت از سالمندان به‌عنوان یکی از اشکال بسیار شایع و خطرناک سوءرفتار در هر موقعیت و در افرادی با هر جایگاه رخ می‌دهد. نشانه‌های آن را باید کارکنان حرفه‌های پزشکی و مراقبان به‌منظور پیشگیری از رنج بیشتر سالمند با ابزاری معتبر به‌دقت بررسی کنند. در این پژوهش، چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان براساس مفهوم غفلت از سالمندان در متن فرهنگ ایرانی طراحی شده است. به‌نظر می‌رسد این چک‌لیست با وجود ویژگی‌هایی نظیر طراحی ابزار براساس درک مفهوم غفلت از سالمندان از طریق کاوش در تجربه‌های زیسته آنان با به‌کارگیری روش پژوهشی عمیق و کیفی، نمره‌گذاری (امتیازبندی) ساده، پایایی و روایی مناسب و امکان به‌کارگیری در موقعیت‌های مختلف توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران، برای بررسی غفلت از سالمندان، ابزاری مناسب است.

### قدردانی

پژوهشگران و نگارندگان مقاله از سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه، به‌خاطر صبر و حوصله و همچنین اعتمادشان سپاسگزارند.

نتایج تحلیل مقایسه‌ی گروه‌های شناخته شده در پارامتر وضعیت بستری مجدد در بیمارستان، در طول سال گذشته، نیز روایی مستدلی را نشان داد. به‌بیان دیگر، سالمندانی که سابقه بستری مجدد داشتند، امتیاز بیشتری از چک‌لیست مشاهده‌ای غفلت از سالمندان کسب کردند. کوهن و همکاران (۲۰۰۶) نیز از روش مقایسه‌ی گروه‌های شناخته شده برای تعیین روایی سازه ابزار تدوین شده شاخص‌های غربالگری سوءرفتار با سالمندان<sup>۱</sup> (E-IOA) استفاده کردند؛ لکن در مطالعه آن‌ها فقط در پارامتر میزان آلبومین خون تفاوت آماری معنادار بین گروه‌ها مشاهده شد (۳۸). هروی و همکاران (۱۳۹۰) نیز از این روش به‌منظور تعیین روایی سازه استفاده کردند. نتایج نشان داد هنگامی که وضعیت بستری مجدد به‌عنوان تنها عامل تعیین وجود شواهد غفلت و سوءرفتار با سالمندان به‌کار رفت، تفاوت‌های آماری معناداری بین گروه‌ها مشاهده شد (۷).

در این پژوهش، ضرایب کودرریچاردسون ابزار طراحی شده، نشان دهنده همسانی درونی مناسب عبارات آن بود که پایایی چک‌لیست گفته شده را تأیید می‌کند. نیل و همکاران (۱۹۹۱)، ریس و نیمیش (۱۹۹۸)، فولمر و همکاران (۲۰۰۰)، کوهن و همکاران (۲۰۰۶) و کوهن (۲۰۰۸) نیز از روش همسانی درونی برای تعیین پایایی ابزارهای خود استفاده کردند (۴۰، ۳۸، ۲۱، ۱۴).

پایایی ابزار طراحی شده با شیوه ارزیابی هم‌ارزی نیز بررسی شد که نتایج به‌دست آمده از توافق بین دو مشاهده‌کننده، بیان‌کننده پایایی بالای چک‌لیست گفته شده است. فولمر و همکاران



## REFERENCES

## منابع

1. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. The meaning of domestic elderly abuse concept. *Journal of Daneshvar* 2010;17:39-51.
2. Fulmer T, Paveza G, Vandeweerd C, Guadagno L, Fairchild S, Norman R, et al. Neglect assessment in urban emergency departments and confirmation by an expert clinical team. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60(8):1002-6.
3. Fulmer T, Firpo A, Guadagno L, Easter TM, Kahan F, Paris B. Themes from a grounded theory analysis of elder neglect assessment by experts. *The Gerontologist* 2003;43(5):745-752.
4. König J E, Leembruggen-Kallberg E. Perspectives on Elder Abuse in Germany; *Educational Gerontology* 2006;32(1):25-35.
5. Arai M. Elder Abuse in Japan; *Educational Gerontology* 2006;32(1):13-23.
6. WHO. Missing voices: views of older persons on elder abuse. International Network for the Prevention of Elder Abuse. Geneva, World Health Organization. 2002.
7. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Foroughan M, Montazeri A. Frequency of elder abuse within family in members of Senior Social Clubs in Tehran City. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2012; 22: 39-51.
8. Nowrouzi S. Assessment of Elder Abuse in Tehran. (Master's Degree). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009.
9. Karimi M, Elahi N. elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2008;3(7):42-46.
10. Manoochechri, H, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri Oskuyee N. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Parks of Tehran. *SBMU Faculty of Nursing & Midwifery Quarterly* 2009;18:37-43.
11. Zandi F, Fadaei F. Victimization of elderly. *Proceeding of the Second congress of Analysis of Geriatrics Issues in Iran*. Tehran: Andisheh Kohan; 2008.
12. Moon A, Evans-Campbell T. Awareness of Formal and Informal Sources of Help for Victims of Elder Abuse among Korean American and Caucasian Elders in Los Angeles. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 1999;11(3):1-23.
13. Bonnie RJ, Wallace RB. Elder Mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America 2003. Washington DC: The National Academies Press; 2003.
14. Reis M SC, Nahmiash D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist* 1998;38(4):471-480.
15. Bass D, Anetzberger G, Ejaz F, Nagpaul K. Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2001;13(2):23-38.
16. Molony S. Elder abuse and neglect assessment. In T. Fulmer (Ed.), *Try this: Best practices in nursing care to older adults*; 15. New York: The Hartfield Institute for Geriatric Nursing, Division of Nursing, New York University; 2002.
17. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2010;5,7-21.
18. Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998;46(7):885-888.
19. Subramanian SV. Towards the development of a time-efficient screening questionnaire for the outpatient detection of elder abuse: The creation of a 'Question List' for use by primary care physicians (PhD thesis). New York: New York Medical College; 1998.
20. Steen K, Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. *Medical Science Monitor* 2004;10(2):75-79.
21. Cohen M. Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting. *Internal Medicine Journal* 2008;38:704-707.
22. Schofield M J, Mishra G D. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's health Australia; *The Gerontologist* 2003;43(1):110-120.
23. Wolf R. Risk assessment instruments. National center on elder abuse newsletter. (Internet). 2008. Available from: <http://www.elderabusecenter.org/research/risk.html>.
24. Schneider Z, Elliot D, LoBiondo-Wood G, Beanland C, Haber J. *Nursing research: methods, critical appraisal and utilization*. Sydney: Mosby-Elsevier; 2004.
25. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing research: methods, clinical appraisal, and utilization*. St. Louis: Mosby; 2006.
26. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 1975;28:563-575.
27. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? *Appraisal and Recommendations*. *Research in Nursing & Health* 2007;30:459-467.
28. Hyrkas K, Schmidlechner KA, Oksa L; Validating on Instrument for Clinical Supervision using an Expert Panel. *International journal of nursing studies* 2003;40(6):619-625.
29. Patrick DL, Edwards TC, Topolski TD. Adolescent quality of life, Part II: initial validation of a new instrument. *Journal of Adolescence* 2002;25:287-300.

30. Munro BH. Statistical methods for health care research. 4th Edition, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005.
31. Knapp TR, Brown JK. Ten measurement commandments that often broken. *Research in Nursing & Health*. 1995;18:465-9.
32. N. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of research design*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2010.
33. De Boer MR, Moll AC, de Vet HC, Terwee CB, Vořlker-Dieben HJ, van Rens GH. Psychometric properties of vision-related quality of life questionnaires: a systematic review. *Ophthalmic and Physiological Optic* 2004;24:257-273.
34. Foroughan M, et al. Validity and Reliability of Iranian Version of the Abbreviated Mental Test Score in Iranian Elders. *Proceedings of the Third Congress of Aging Issues in Iran and Other Countries*. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation, 2008. p.15.
35. Fulmer T, Guadagno L, Dyer CB, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments more-detailed diagnostic assessments. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52:297-304.
36. Heravi-Karimooi M. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire (PhD thesis). Tehran: Tarbiat Modares University;2009.
37. Darvishpour kakhki A, Aneđ Saeidi Zh, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Instrument Development to Measure Diabetic Clients Quality of Life. *IJEM* 2005;7:149-155.
38. Cohen M, Halevi-Levin S, Gagın R, Friedman G. Development of a Screening Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers. *Journal of Aging and Health* 2006;18:660-285.
39. Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 2000;216(5):436-443.
40. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology* 1991;10(4):406-418.