

## *Psychometric Properties of A Resilience Questionnaire for In-home Caregivers of Aged People*

Rahele Samouei<sup>1</sup>,  
Zohreh Yari<sup>2</sup>

<sup>1</sup> PhD in Health Sciences, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> MSc in Clinical Psychology, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received November 17, 2021 ; Accepted January 25, 2022)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Population aging is increasing and aged people need supports and care from individuals who are resilient enough in providing all types of care. Measuring the resilience of caregivers requires a valid and reliable tool. This study aimed at designing, analyzing the psychometric properties, and using a questionnaire to investigate resilience among in-home caregivers of aged people.

**Materials and methods:** In first phase, a descriptive study was performed in 400 people aged 20 years and older in Isfahan, Tehran, Shiraz, and Hamedan provinces, Iran and the second phase was carried out in 216 individuals in 2021. Professors and experts in different fields, including psychology, psychiatry, gerontology, health of aged people, and geriatrics cooperated at different stages of designing the questionnaire. Face validity, content validity index, content validity ratio, convergent validity and divergent validity, exploratory factor analysis, and reliability (Cronbach's alpha) of the questionnaire were assessed. Descriptive statistics and Pearson correlation coefficient were used to report the data.

**Results:** At content validation stage, 31 items out of 70 were removed from the questionnaire. One other item was removed at internal consistency phase. In exploratory factor analysis, based on the acceptability of the factor load, 38 items were defined in 4 factors. These factors were named self-efficacy and acceptance, tolerance and controllability, responsibility and commitment, and behavioral emotion regulation, which explained 48.70% of the dispersion. Convergent validity and divergent validity were confirmed due to strong correlation between the scores of each item and its corresponding scale score ( $P < 0.0001$ ). The Cronbach alpha reliability coefficient for the whole questionnaire was 0.92 and for the scales ranged between 0.668 and 0.912.

**Conclusion:** Considering the validity and reliability of the questionnaire designed for investigating the resilience of in-home care givers of aged people, current findings could be used in education, research, and prevention. Families, aged people, researchers and the health researchers are among its beneficiaries.

**Keywords:** aged, psychometrics, resilience, in-home caregiver, instrumentation, questionnaire, validity, reliability

**J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 31 (206): 130-142 (Persian).**

\* **Corresponding Author: Rahele Samouei**- Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (E-mail: samoueir@gmail.com)

## روان‌سنجی پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند

راحله سموعی<sup>۱</sup>زهرا یاری<sup>۲</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** سالمندی جمعیت به‌طور فزاینده‌ای رو به افزایش است و سالمندان برای تداوم زندگی، نیازمند حمایت و مراقبت افرادی هستند که برای انواع مراقبت، تاب‌آوری کافی داشته باشند. سنجش میزان تاب‌آوری مراقبین، نیازمند ابزاری معتبر و پایاست؛ این مطالعه باهدف طراحی، روان‌سنجی و به‌کارگیری پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه به‌صورت توصیفی در مرحله اول بر روی ۴۰۰ نفر از بزرگسالان بیست سال و بیشتر در استان‌های اصفهان، تهران، شیراز و همدان و در مرحله دوم بر روی ۲۱۶ نفر در سال ۱۴۰۰ انجام شد. اساتید و متخصصان در رشته‌های روانشناسی، روان‌پزشکی، سلامت سالمندان، سالمندشناسی و طب سالمندی در مراحل مختلف روان‌سنجی پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند همکاری کردند و روایی صوری، محتوایی (CVR, CVI)، ملاکی (واگرا و همگرا)، تحلیل عامل اکتشافی و پایایی (آلفای کرونباخ) پرسشنامه سنجش شد. برای گزارش داده‌ها از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

**یافته‌ها:** در مرحله تعیین روایی محتوا ۳۱ گویه از ۷۰ گویه پرسشنامه حذف شد. یک گویه از ۳۹ گویه باقی در مرحله همسانی درونی حذف شد. در مرحله تحلیل عاملی اکتشافی بر اساس قابل‌قبول بودن بار عاملی، ۳۸ گویه در ۴ عامل تعریف شدند. این عامل‌ها به ترتیب خودکارآمدی و پذیرش، تحمل و کنترل‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و تعهد، و تنظیم هیجانی رفتاری نام گرفتند که در مجموع ۴۸/۷۰ درصد پراکندگی را تبیین کردند. روایی همگرا و واگرا با توجه به همبستگی قوی تر بین نمره هر گویه با نمره مقیاس مربوط به خود ( $P < 0/001$ )، تأیید شد. پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه ۰/۶۶۸ تا ۰/۹۱۲ محاسبه شد.

**استنتاج:** با توجه به تأیید روایی و پایایی پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند، نتایج این مطالعه می‌تواند در حوزه آموزش، پژوهش و پیشگیری کاربرد داشته باشد. خانواده‌ها، سالمندان و پژوهشگران حوزه سلامت از بهره‌برداران آن هستند.

**واژه‌های کلیدی:** سالمند، روان‌سنجی، تاب‌آوری، مراقب خانگی، ابزارسازی، پرسشنامه، روایی، پایایی

## مقدمه

تا سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر برسد (۱). طبق گزارش سازمان آمار کشور، جمعیت ایران در سال ۱۳۹۸ حدود ۸۳ میلیون نفر بوده است. در سال ۱۳۹۹ جمعیت سالمند

در سال‌های اخیر با پیشرفت‌های فناورانه و گسترده‌تری خدمات مراقبت‌های بهداشتی، سال‌های عمر افزایش یافته و پیش‌بینی می‌شود جمعیت افراد بیش از ۶۰ سال جهان،

E-mail: samoeur@gmail.com

مؤلف مسئول: راحله سموعی - اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۱. دکترای علوم بهداشتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۰/۹/۲۳ تاریخ تصویب: ۱۴۰۰/۱۱/۵

بیش از ۶۵ سال، ۴/۶ درصد جمعیت کشور بود. در این خصوص پیش‌بینی شد در سال ۱۴۰۰ جمعیت سالمندی از مرز ۱۰ درصد، در سال ۱۴۲۰ از مرز ۴/۱۹ درصد و در سال ۱۴۳۰ از مرز ۱/۲۶ درصد عبور کند که در این صورت، یک‌چهارم جمعیت کشور سالمند خواهند بود (۲). با وجود پیشرفت‌های محسوس در افزایش سال‌های عمر، چالش اساسی این است که سالمندان به دلیل محدودیت‌های مختلف، با پیامدهایی چون کاهش عملکرد جسمی و آسیب‌پذیری روانی مواجه می‌شوند (۳)؛ بر این اساس امکان زندگی مستقل ندارند و به حمایت‌ها و مراقبت‌های اجتماعی وابسته می‌شوند که انتظار می‌رود خانواده یا مراقبین دیگری، مسئولیت مراقبت و یاری‌رسانی به سالمند را بپذیرند.

مراقب به فردی بزرگ‌سال، عضو خانواده، فردی از خویشان یا دوستان گفته می‌شود که مسئولیت مراقبت از سالمند را در بیماری و ناتوانی به عهده گیرد و در مراحل مختلف زندگی با او همراهی کند (۴). با چنین تعریفی می‌توان این‌طور برداشت کرد که افزایش جمعیت سالمند، موجب افزایش مسئولیت و اشتغال مراقبین می‌شود؛ به‌طوری‌که با تحمیل هزینه و بروز مشکلاتی در کار و وظایف، مراقبین شرایط فشارآوری را تجربه می‌کنند (۵-۹)؛ البته این قاعده فراگیر نیست و یافته‌های متفاوت هم وجود دارد؛ به این صورت که برخی مراقبین حتی در صورت مسئولیت‌های کم در قبال سالمند، احساس فشار زیادی دارند درحالی‌که برخی دیگر با وجود مسئولیت‌ها و پاسخگویی زیاد، سازگاری و انعطاف بیشتری دارند. مطالعات چنین تفاوت‌هایی را به برخی ویژگی‌ها، هم چون تاب‌آوری نسبت می‌دهند (۱۰، ۱۱). دلیل تجربه بهتر افراد تاب‌آور از آن‌روست که می‌توانند با کاهش میزان فشار، سلامت جسمی و روانی خود را بهبود دهند (۱۲، ۱۳)؛ در واقع تاب‌آوری به شرایطی اشاره می‌کند که فرد با بهره‌گیری از ظرفیت‌های سیاسی و عملکردی خود، نتیجه بهتر از حد انتظاری از تجربه مواجهه با فشار به دست می‌آورد (۱۴). یعنی فرایند به‌گونه‌ای دنبال می‌شود که به

سازگاری مثبت در شرایط دشوار می‌انجامد (۱۵). در این زمینه برخی نتایج تحقیقات مرتبط، به اهمیت برخورداری از تاب‌آوری در مراقبین سالمند اشاره داشتند:

مطالعه‌ای با انتخاب ۴۹ مراقب رسمی و غیررسمی در خانه سالمندان (۱۵)، مطالعه‌ای در سنگاپور بر روی ۲۸۵ مراقب سالمند با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (۱۶)، مطالعه‌ای فوکوس‌گروپ با مشارکت ۲۴ متخصص در هلند (۱۷)، و مطالعه‌ای در قالب مرور نظام‌مند در سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ با بررسی ۱۷ مقاله (۱۸) در رابطه با مراقبین سالمند انجام شد. نتایج این مطالعات حاکی از آن بود که با توجه به شرایط فشار آور ناشی از مراقبت از سالمند، در نظر گرفتن راهکارهایی برای بهبود تاب‌آوری مراقبین سالمند لازم و ضروری است. این مطالعات به‌طور اختصاصی ابزاری برای سنجش تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند طراحی و روان‌سنجی نکردند و از پرسشنامه تاب‌آوری عمومی استفاده کردند. برخی مطالعات دیگر هم مشکلات تاب‌آوری مراقبین سالمند را به شکل مروری و کیفی بررسی کردند که البته قبل از هر اقدامی برای بهبود تاب‌آوری مراقبین سالمند، سنجش آن بایستی مدنظر قرار گیرد.

طبق مطالب گفته شده و با توجه به اهمیت و نقش تاب‌آوری در حفظ سلامتی مراقبین خانگی سالمند، همچنین لزوم برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه و حمایتی برای این افراد، قبل از هر اقدامی سنجش دقیق و جامع میزان و ابعاد تاب‌آوری نیاز است که بر مبنای آن بتوان سیاست‌ها و برنامه‌ها را متناسب با کمیت واقعی و باهدف بهره‌گیری همه ذینفعان (مراقبین، سالمندان و جامعه)، انجام داد. در این خصوص دستیابی به ابزار معتبر و پایا، متناسب با فرهنگ موردنیاز است. در جستجوی اطلاعات، پژوهشگران ابزارهای مختلفی در خصوص تاب‌آوری سالمندان یافتند ولی ابزار معتبر برای سنجش تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند مشاهده نشد؛ بنابراین این مطالعه باهدف طراحی، روان‌سنجی و به‌کارگیری پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند انجام شد.

مطالعه توصیفی و از نوع ابزارسازی است که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. پرسشنامه اولیه بر مبنای نظر اساتید و متخصصان در رشته‌های روانشناسی (۳ نفر)، روان‌پزشکی (۱ نفر)، سلامت سالمندان (۲ نفر) و سالمندشناسی (۱ نفر)، همچنین منابع و متون تخصصی با ۷۰ گویه در طیف لیکرت (موافق، تا حدی موافق، نه موافق نه مخالف، تا حدی مخالف، مخالف) تدوین شد. نمره‌گذاری به ترتیب از ۵ به ۱ در نظر گرفته شد به گونه‌ای که نمره بیش‌تر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیش‌تر است. پاسخگویان در مرحله روایی صوری،<sup>۱</sup> گویه‌هایی را که فهم دشوار<sup>۲</sup> یا ابهام<sup>۳</sup> در واژه داشتند و از آن‌ها برداشت اشتباه می‌شد یا معنای نارسایی داشتند را مشخص کردند. برای سنجش روایی محتوا<sup>۴</sup> در روش کیفی، متخصصان مواردی چون رعایت دستور زبان<sup>۵</sup>، استفاده از کلمات مناسب<sup>۶</sup>، قرار داشتن گویه‌ها در جای مناسب خود<sup>۷</sup> و امتیازدهی مناسب<sup>۸</sup> را بررسی کردند. برای بررسی روایی محتوا، دو شاخص نسبت روایی محتوا<sup>۹</sup> و ایندکس روایی محتوا<sup>۱۰</sup> مطرح است. در شاخص اول، ضرورت وجود یک گویه از نظر پاسخگویان و در شاخص دوم وضوح، ابهام، تناسب یا مرتبط بودن گویه‌ها باهدف تحقیق بررسی شد. به این صورت که از صاحب‌نظران و اساتید در رشته‌های روانشناسی، روان‌پزشکی و سالمندی درخواست شد هر گویه را بر اساس طیف ۳ گزینیه‌ای (ضروری، مفید اما غیرضروری، غیرضروری) بررسی و به ترتیب ۰ تا ۲ نمره دهند. سپس نتایج بر مبنای فرمول «تعداد کل شرکت‌کنندگان/۲» (تعداد کل شرکت‌کنندگان/۲) - تعداد پاسخ‌های ضروری هر گویه = CVR) استخراج شد (۱۹). با توجه به این که ۱۳ نفر درباره گویه‌ها نظر دادند چنان‌چه عدد

CVR از ۰/۵۴ بزرگ‌تر بود وجود این گویه در ابزار ضروری و مهم تشخیص داده شد و بقیه حذف شدند. همچنین شاخص دوم از طریق CVI و در سه بعد سادگی، وضوح و مرتبط بودن و نیز طبق فرمول «تعداد کل شرکت‌کنندگان/ مجموع امتیاز موافق برای هر گویه با رتبه ۳ و CVI=۴» محاسبه شد (۲۰). گویه‌ها با میزان CVI بیش از ۰/۷۹ پذیرش، کم‌تر از ۰/۷ حذف و بقیه اصلاح شدند (۲۱). فرمت اصلاح‌شده پرسشنامه در مرحله روایی محتوا، برای تحلیل عوامل در نظر گرفته شد. بزرگ‌سالان بیست سال و بیش‌تر در استان‌های اصفهان، تهران، شیراز و همدان در سال ۱۴۰۰ در مرحله اول برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی ۴۰۰ نفر و در مرحله دوم پس از تایید اعتبار و روایی پرسشنامه برای به‌کارگیری آن در جمعیت مورد نظر ۲۱۶ نفر بودند و به پرسشنامه پاسخ گفتند. هر مرحله پرسشنامه در سامانه پرس لاین ساخته شد که با پرداخت هزینه، زمینه استفاده از خدمات کامل و در مدت‌زمان کافی فراهم شد. با توجه به اجرای غیرحضور، امکان انتخاب تصادفی نبود ولی این مزیت ایجاد شد که در استان‌هایی که پژوهشگران امکان دریافت همکاری داشتند لینک مجازی پرسشنامه برای افراد ارسال و برای پاسخگویی دعوت به همکاری شوند. در تعیین روایی سازه<sup>۱۱</sup>، با وجودی که گویه‌ها حاصل دانش و تجربه صاحب‌نظران و ادبیات نظری بوده است؛ با این حال از تحلیل عامل اکتشافی<sup>۱۲</sup>، و روش مولفه‌های اصلی با استفاده از چرخش متعامد نوع واریماکس استفاده شد و حداقل بار عاملی ۰/۳ در نظر گرفته شد (۲۲).

برای سنجش روایی ملاک (همگرا و واگرا)، همبستگی بین نمره هر گویه با مقیاس خودش در مقایسه با همبستگی گویه با سایر مقیاس‌ها بررسی شد. در روایی همگرا، همبستگی گویه با مقیاس خودش شدیدتر از همبستگی آن با سایر مقیاس‌هاست.

1. Face Validity
2. difficulty
3. ambiguous
4. Content Validity
5. grammar
6. wording
7. item allocation
8. scaling
9. content validity ratio (CVR)
10. content validity index (CVI)

11. Construct Validity
12. Kaiser-Mayer-Olkin

در سنجش همسانی درونی و پایایی ابزار، ضریب آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن (تتصیف) استفاده شد. ضریب بزرگ‌تر از ۰/۷ مورد قبول است (۲۳). تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار (version 21, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد. همچنین در بخش پیمایش، برای مقایسه دو گروهی آزمون t استودنت مستقل، برای مقایسه‌های بیش از دو گروه آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و برای سنجش روابط بین دو متغیر کمی از ضریب همبستگی پیرسون در سطح خطای ۰/۰۵ استفاده شد. لازم به ذکر است برای برقراری شرایط مقایسه بین میانگین‌ها، نمرات در مقیاس ۱۰۰ در تحلیل داده در نظر گرفته شدند. برای گروه نمونه، هدف پژوهش در مقدمه پرسشنامه توضیح داده شد و بیان شد اطلاعات هویتی از ایشان دریافت نمی‌شود و پاسخ‌ها به صورت گروهی و تنها برای هدف پژوهشی استفاده می‌شود.

## یافته‌ها

پس از استخراج گویه‌ها بر مبنای نظرات صاحب‌نظران و منابع علمی و اعمال نظرات ویرایشی و ادبی پیشنهادی، فرم اولیه پرسشنامه با ارزیابی ۱۳ متخصص به لحاظ محتوایی در جدول شماره ۱ بررسی شد. در تعیین کمی روایی محتوا دو شیوه نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا در نظر گرفته شد. در تعیین نسبت روایی محتوا CVR و شاخص روایی محتوا CVI تعداد ۲۷ گویه و ۴ گویه نیز به دلیل مشابهت حذف شدند. در مجموع با حذف ۳۱ گویه مطابق با جدول ۱، تعداد ۳۹ گویه در این مرحله باقی ماند. در مرحله بعد همسانی درونی گویه‌ها از طریق سنجش ارتباط بین نمره هر گویه با نمره کل پرسشنامه سنجش شد. تنها گویه ۳۵ در جدول شماره ۱ رابطه معکوس و معنی‌دار داشت و در این مرحله حذف شد. رابطه بقیه گویه‌ها با نمره کل پرسشنامه مثبت و در سطح  $P < 0/0001$  معنی‌دار بود. ۳۸ گویه طبق جدول‌های

شماره ۲ و ۳ در مرحله تحلیل عامل اکتشافی قرار گرفت. طبق یافته‌های جدول شماره ۲ مقدار  $KMO = 0/90$  محاسبه شد و حاکی از مناسب بودن استفاده از روش تحلیل عاملی دارد. همچنین معناداری آزمون بارتلت<sup>۲</sup> ( $P < 0/0001$ ) نشان‌دهنده مناسب بودن ماتریس همبستگی و قابلیت عامل شدن گویه‌ها برای انجام تحلیل عاملی است. ماتریس چرخش یافته متعامد نوع واریانس، در جدول شماره ۳ گزارش شد.

طبق یافته‌های جدول شماره ۳ در دوران عامل‌ها، ۴ عامل بار ارزش ویژه بالای ۲ (۲۱) مشخص شدند که در مجموع ۴۸/۴ درصد از پراکندگی را تبیین کردند. دامنه بار عاملی ۳۸ گویه بین ۰/۳۱۸ تا ۰/۸۰۲ که در ۴ عامل نام‌گذاری شدند از جمله خودکارآمدی و پذیرش، تحمل و کنترل‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و تعهد، و تنظیم هیجانی رفتاری. یافته‌های مرتبط با همسانی درونی پرسشنامه در جدول شماره ۴ گزارش شد.

طبق نتایج جدول شماره ۴ در بررسی همسانی درونی پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند، بین نمره هر گویه با مقیاس مربوط به آن همبستگی قوی بود. همچنین در تأیید روایی همگرا و واگرا، همبستگی قوی تری بین نمره هر گویه با نمره مقیاس مربوط به خود تا نمره سایر مقیاس‌ها به دست آمد.

طبق یافته‌های جدول شماره ۵، پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه ۰/۹۱ تا ۰/۶۷ محاسبه شد. پایایی به روش دونیمه کردن ۰/۸۶۶ گزارش شد.

طبق یافته‌های جدول شماره ۶، میانگین نمره کل پاسخگویان (۲۱۶ نفر) در پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند ۷۲/۴۹ (از ۱۰۰) و میانگین سنی آن‌ها حدود ۴۳ سال بود. میانگین نمره کل پرسشنامه به تفکیک ویژگی‌های دموگرافیک پاسخگویان در جدول شماره ۷ مقایسه شد.

1. Kaiser-Mayer-Olkin  
2. Bartlett Test of Sphericity

## جدول شماره ۱: روایی محتوایی پرسشنامه تاب آوری مراقبین خانگی سالمند بر اساس نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا

سوال ها	CVR	CVII	CVI2	CVI3	کل	نتیجه اعمال نظر پاسخگویان
۱. مراقبت خانگی از عضو سالمند کار دشواری است.	۰/۶۹	۱	۰/۹۲	۱	۰/۹۷	
۲. مراقبت خانگی از عضو سالمند گرفتار کننده است.*	۰	۰/۵۸	۰/۷۵	۱	۰/۷۷	حذف CVI و CVR
۳. مراقبت خانگی از سالمند، برنامه و نظم زندگی را تغییر می دهد.	۱	۱	۱	۱	۱	
۴. برای مراقبت از سالمند، فرد انعطاف پذیری هشتم.	۰/۸۴	۰/۸۴	۰/۹۲	۱	۰/۹۲	
۵. مراقبت از عضو سالمند را به عنوان بخشی از واقعیت زندگی می پذیریم.*	۰/۳۸	۰/۹۲	۰/۹۲	۱	۰/۸۹	حذف CVR
۶. برای مراقبت بهتر از عضو سالمند از دیگران حمایت و کمک می گیریم.*	۰/۸۳	۱	۱	۱	۰/۹۷	حذف، تکراری با سوال ۵۶
۷. برای مراقبت خانگی از سالمند با اعضاء خانواده مشورت و توافق می کنم.*	۰/۶۳	۱	۱	۱	۱	حذف، تکراری با سوال ۵۶
۸. نسبت به مراقبت از سالمند احساس مثبتی دارم.	۰/۸۴	۰/۹۲	۱	۱	۰/۹۷	
۹. از تجارب و اطلاعات دیگران برای مراقبت از عضو سالمند استفاده می کنم.*	۰/۳۸	۱	۱	۱	۰/۹۴	حذف CVR
۱۰. کمتر می توانم برای گفتگوی روزمره با عضو سالمند وقت بگذارم.*	۰/۳۸	۱	۱	۱	۱	حذف CVR
۱۱. به سالمند تحت مراقبت، با علاقه و انگیزه رسیدگی و توجه می کنم.	۰/۸۴	۰/۹۲	۰/۸۴	۱	۰/۹۲	
۱۲. درباره نگرانی ها و نیازهایم به عنوان مراقب سالمند، با افراد آگاه مشورت می کنم.	۰/۶۹	۰/۹۲	۰/۹۲	۱	۰/۹۲	
۱۳. سالمند تحت مراقبت را تا حد امکان، در اجتماع مشارکت می دهم.	۰/۶۹	۱	۱	۱	۱	
۱۴. روش های مراقبتی و حمایتی جدید را برای نگهداری از سالمند جستجو می کنم.	۱	۱	۱	۱	۰/۹۷	
۱۵. مطمئن می شوم مراقبت من، موجب آسودگی و رضایت سالمند باشد.	۱	۱	۱	۱	۱	
۱۶. طوری برنامه ریزی می کنم که به خاطر مراقبت از سالمند، زندگی خودم آسیب نبیند.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	
۱۷. در مراقبت از عضو سالمند در هر شرایطی خونسرد و آرام هستم.*	۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	حذف، تکراری با سوال ۲۲
۱۸. برای مراقبت از سالمند، فرد کمتر مقاومی هستم.	۰/۸۴	۰/۹۲	۰/۸۴	۱	۰/۸۹	
۱۹. در برابر مشکلات، زود تسلیم می شوم و کوتاه می آیم.*	۰/۵۳	۰/۹۲	۰/۹۲	۱	۰/۷۹	حذف CVI و CVR
۲۰. در حد توانم از عضو سالمند مراقبت می کنم.*	۰/۳۸	۰/۹۲	۰/۹۲	۱	۰/۸۶	حذف CVR
۲۱. به انتقاداتی که نسبت به مراقبت از سالمند از من می شود توجه می کنم.	۱	۱	۱	۱	۱	
۲۲. در مراقبت از عضو سالمند، طوری رفتار می کنم که آرامش خودم و اطرافیانم حفظ شود.	۱	۱	۱	۱	۰/۹۷	
۲۳. در رویدادهای زندگی تا حد ممکن وارد بحث و مشاخره نمی شوم.*	۱	۰/۷۶	۰/۷۶	۱	۰/۷۱	حذف CVI
۲۴. در صورت دشواری مراقبت از سالمند، احساس قربانی بودن می کنم.	۰/۶۹	۰/۸۴	۰/۷۶	۱	۰/۸۴	
۲۵. با شناختی که از خودم دارم از عهده مراقبت خانگی از سالمند برمی آیم.	۱	۱	۱	۱	۱	
۲۶. نگرانیم اطرافیان درباره نحوه مراقبت من از سالمند قضاوت منفی کنند.	۰/۶۹	۰/۷۶	۰/۷۶	۱	۰/۷۶	
۲۷. به عنوان مراقب سالمند، صبور و شکیبا هستم.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	
۲۸. به عنوان مراقب سالمند، هیجانات و افکار منفی ام را کنترل می کنم.	۰/۶۹	۱	۱	۱	۰/۹۴	
۲۹. بخشی از زمانم را برای کارهایی می گذارم که به من احساس خوب دهد.*	۰/۵۳	۱	۱	۱	۰/۹۲	حذف CVR
۳۰. مراقبت از سالمند، احساسم را نسبت به خودم وزندگی بهتر می کند.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۰/۹۷	
۳۱. حتی با فکر کردن به مراقبت از سالمند احساس ناامیدی و نگرانی می کنم.*	۰/۶۹	۰/۹۲	۰/۹۲	۱	۰/۹۴	حذف، تکراری با سوال ۵۹
۳۲. در مواقع بروز اختلاف نظر نمی توانم حرقم را برنم یا از خودم دفاع کنم.*	۰/۷۶	۰/۸۴	۰/۸۴	۱	۰/۷۳	حذف CVI و CVR
۳۳. قبل از پذیرش هر مسئولیتی، ابتدا موقعیت خودم را بررسی و ارزیابی می کنم.*	۰/۵۳	۰/۸۴	۰/۸۴	۱	۰/۸۱	حذف CVR
۳۴. مسئولیت هر تصمیم یا اقدام اشتباهم را می پذیرم.*	۰/۳۸	۱	۱	۱	۰/۹۷	حذف CVR
۳۵. اگر مسئولیت مراقبت از سالمند را نپذیرم احساس گناه و تقصیر می کنم.	۰/۸۴	۰/۹۲	۰/۹۲	۱	۰/۹۲	
۳۶. به نظرم مراقبت از سالمند بایستی به مراکز تخصصی دولتی یا خصوصی سپرده شود.	۰/۶۹	۱	۱	۱	۰/۹۴	
۳۷. برای مراقبت بهتر از سالمند، خودم را به روز و توانمند نگه می دارم.	۰/۶۳	۰/۹۲	۰/۹۲	۱	۰/۹۲	
۳۸. به توانایی هایم برای مراقبت از سالمند اطمینان دارم.*	۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	حذف، تکراری با سوال ۲۵
۳۹. آن قدر توانمندی و مهارت در خودم نمی بینم که از سالمند مراقبت کنم.*	۰/۳۳	۱	۱	۱	۰/۹۴	حذف CVR
۴۰. تکبریم و احترام به سالمند را در خانواده و تجربه زندگی یاد گرفتم.	۰/۶۹	۱	۱	۱	۰/۹۴	حذف، تکراری با سوال ۵۷
۴۱. با برنامه ریزی از عهده مسئولیت مراقبت از سالمند برمی آیم.*	۱	۱	۱	۱	۱	حذف CVI و CVR
۴۲. با توکل و نیایش، رفتار و اقدام بهتری دارم.*	۰/۳۸	۱	۱	۱	۰/۸۹	
۴۳. مراقبت از عضو سالمند به زندگی ام برکت و معنویت بیشتری می دهد.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۰/۹۴	
۴۴. دولت بایستی به عنوان شغل به مراقبین خانگی سالمند حقوق دهد.	۰/۶۹	۱	۱	۱	۰/۹۲	
۴۵. انتظار جامعه و اطرافیان برای سپردن مسئولیت مراقبت خانگی از سالمند، به اعضاء خانواده زیاد است.	۰/۶۹	۰/۸۴	۰/۸۴	۱	۰/۸۶	
۴۶. بر اساس اعتقاد دینی و معنوی، مراقبت از سالمند را واجب می دانم.*	۰/۵۳	۱	۱	۱	۰/۹۴	حذف CVR و CVI
۴۷. به نظرم دولت باید وظیفه مراقبت از سالمندان را بر عهده بگیرد.*	۰/۵۳	۰/۹۲	۰/۹۲	۱	۰/۸۴	حذف CVI و CVR
۴۸. مسئولیت مراقبت خانگی از عضو سالمند را نمی پذیرم.*	۰/۵۳	۱	۱	۱	۰/۹۷	حذف CVR
۴۹. اگر سایر اعضاء خانواده برای مراقبت از سالمند همکاری نکنند من هم نمی پذیرم.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	
۵۰. در مواجهه با مشکلات، سریع زندگی ام را به حالت عادی برمی گردانم.*	۰/۳۸	۰/۹۲	۱	۱	۰/۹۴	حذف CVR
۵۱. رویدادهای زندگی اصولاً قابل پیش بینی و کنترل هستند.*	۰/۷۶	۱	۱	۱	۰/۹۲	حذف CVR
۵۲. برای مراقبت از سالمند، روی تلاش و مسئولیت پذیری خودم حساب می کنم.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	
۵۳. زندگی با سالمند، چالش و ارزشمند است.	۰/۶۹	۱	۱	۱	۰/۹۴	
۵۴. به جای شکایت از جنبه های منفی زندگی، روی جنبه های مثبت تاکید می کنم.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۰/۹۴	
۵۵. راحت تر هشتم مشکلات را نادیده یا دست کم بگیرم.*	۰/۷۶	۰/۹۲	۱	۱	۰/۸۷	حذف CVI و CVR
۵۶. برای مراقبت از سالمند، از خانواده و دوستان کمک می گیرم.*	۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	
۵۷. مراقبت از سالمند، مثل خیلی از کارها قابل برنامه ریزی و انجام است.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۰/۹۷	
۵۸. در تجربه رویدادهای دشوار، بی تاب و تحمل هستم.*	۰/۳۸	۰/۹۲	۱	۱	۰/۹۴	حذف CVR
۵۹. فکر مراقبت از سالمند، به من احساس ناامنی و نگرانی می دهد.	۰/۶۹	۱	۱	۱	۱	
۶۰. مراقبت خانگی از سالمند، مشکلات را بیشتر می کند.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	
۶۱. در صورت داشتن مسئولیت مراقبت از عضو سالمند، به کارها و اولویتهای خودم نمی رسم.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	
۶۲. در صورت داشتن مسئولیت مراقبت از سالمند، به مشکلات مالی برمی خورم.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۰/۹۷	
۶۳. در صورت داشتن مسئولیت مراقبت از سالمند، از تفریح و مسافرت بازمی مانم.	۰/۸۴	۱	۱	۱	۰/۹۷	حذف CVR
۶۴. اگر نتوانم مراقبت از عضو سالمند را به درستی انجام دهم مورد قهر خداوند قرار می گیرم.*	۰/۳۸	۱	۱	۱	۰/۹۷	حذف CVR
۶۵. تمایل ندارم مسئولیتی بپذیرم که برنامه های روزمره زندگی ام را تغییر دهد.*	۰/۳۸	۱	۱	۱	۰/۹۴	حذف CVR
۶۶. در مدیریت مشکلات، روش های شناخته شده و تجربه شده، بهتر جواب می دهند.*	۰/۳۸	۰/۸۴	۰/۷۶	۱	۰/۷۸	حذف CVR
۶۷. نگرانیم مراقبت خانگی از سالمند، روند زندگی ام را تغییر دهد.	۰/۶۹	۱	۰/۹۲	۱	۰/۹۷	حذف CVR
۶۸. اصولاً از تجارب جدید، خوشایند یا ناخوشایند، مشتاقانه استقبال می کنم.*	۰/۳۸	۰/۹۲	۰/۹۲	۱	۰/۸۶	حذف CVR
۶۹. پذیرشی از دوره سالمندی ندارم.*	۰/۵۳	۰/۳۳	۰/۴۶	۱	۰/۵۸	حذف CVI و CVR
۷۰. از سالمند مراقبت می کنم چون وقتی سالمند شدم از من مراقبت کنند.	۰/۵۵	۰/۸۸	۱	۱	۰/۸۸	

\* در سنجش روایی محتوایی گویه حذف شده است. CVII: ساده بودن CVI2: وضوح CVI3: مرتبط بودن

جدول شماره ۲: شاخص کفایت حجم نمونه کایزر- مایر- الکین (KMO) و نتایج آزمون کروییت بارتلت (BT)

۰/۹۰۰۰	آماره KMO (شاخص کفایت نمونه)
۸۱۴۷/۲۱	تقریب کای اسکونر آزمون بارتلت
۷۴۱	درجه آزادی
P<۰/۰۰۰۱	سطح معناداری آزمون بارتلت

جدول شماره ۳: ماتریس چرخش یافته پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند بر اساس تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی و دوران واریماکس

گویه‌های عامل اول		گویه‌های عامل دوم	
۰/۷۳۵	۳	۰/۳۵۶	۲۵
۰/۷۲۲	۴	۰/۴۳۲	۲۷
۰/۶۵۰	۶	۰/۶۳۶	۲۸
۰/۶۷۸	۱۳	۰/۶۶۸	۳۰
۰/۶۶۶	۱۶	۰/۵۶۳	۳۱
۰/۵۴۱	۱۷	۰/۵۷۸	۳۲
۰/۵۹۱	۱۹	۰/۴۲۲	۳۶
۰/۶۲۵	۲۰	گویه‌های عامل سوم	
۰/۳۸۳	۲۲	۰/۷۳۸	۷
۰/۵۴۰	۲۳	۰/۷۱۹	۸
		۰/۷۰۶	۹

جدول شماره ۴: بررسی همسانی درونی پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند از طریق رابطه بین نمره هر یک از گویه‌ها با نمره کل مقیاس

مقیاس اول	۱۳	۲۲	۳۰	۲۹	۳۹	۹	۲۴
خودکارآمدی و پذیرش	۰/۷۶۱**	۰/۴۷۰**	۰/۶۵۴**	کنترل‌پذیری	۰/۷۰۹**	۰/۶۲۵**	۰/۶۳۵**
	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱		<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱
مقیاس چهارم	۰/۶۹۷**	۰/۶۴۴**	۰/۷۳۳**	۱	۳۳	۱۰	مقیاس چهارم
	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۳**	۰/۸۰۶	۰/۶۷۲**	تنظیم هیجانی رفتاری
	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	
۳	۱۷	۲۵	۳۲	۲	۳۴	۱۱	۱۴
۰/۷۰۶**	۰/۷۰۶**	۰/۵۱۶**	۰/۷۷۳**	۰/۶۵۶**	۰/۷۶۵**	۰/۵۸۲**	۰/۶۹۴**
<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱
۴	۱۹	۲۷	۳۶	۵	۳۷	۱۲	۲۱
۰/۷۳۰**	۰/۷۲۱**	۰/۵۱۳**	۰/۶۲۶**	۰/۵۹۳**	۰/۶۲۵**	۰/۶۵۶**	۰/۶۳۶**
<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱
۶	۲۰	۲۸	مقیاس دوم	۲۶	۳۸	۱۸	۴۰
۰/۷۲۰**	۰/۴۹۵**	۰/۷۰۳**	تحمل و	۰/۳۵۱	۰/۴۴۶**	۰/۶۴۷**	۰/۷۰۵**
<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱		<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱

\*\* : P < ۰/۰۱

جدول شماره ۵: همسانی درونی پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند و مقیاس‌های آن

تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند و مقیاس‌های آن	α	تعداد گویه
خودکارآمدی و پذیرش	۰/۹۱۲	۱۷
تحمل و کنترل‌پذیری	۰/۸۳۵	۱۰
مسئولیت‌پذیری و تعهد	۰/۷۹۷	۸
تنظیم هیجانی رفتاری	۰/۶۶۸	۳
کل	۰/۹۲۰	۴۸
پایایی به روش دوتیمه کردن	۰/۷۶۴	۴۸
ضریب همبستگی	۰/۸۶۶	
ضریب گاتمن		

جدول شماره ۶: آماره‌های توصیفی نمرات پاسخگویان در پرسشنامه تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمند

مقیاس‌ها و آماره‌ها	کمترین نمره	بیشترین نمره	دامنه نمرات	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی و پذیرش	۲۹/۴۱	۱۰۰/۰۰	۷۰/۵۹	۷۸/۹۵	۱۴/۵۷
تحمل و کنترل‌پذیری	۲۰/۰۰	۹۲/۰۰	۷۲/۰۰	۴۹/۵۶	۱۵/۴۱
مسئولیت‌پذیری و تعهد	۴۷/۵۰	۱۰۰/۰۰	۵۲/۵۰	۸۶/۹۱	۱۱/۴۹
تنظیم هیجانی رفتاری	۲۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۸۰/۰۰	۵۲/۶۲	۱۸/۱۱
کل	۴۱/۰۵	۹۴/۲۱	۵۳/۱۶	۷۲/۴۹	۱۱/۶۳
سن	۲۱/۰۰	۸۰/۰۰	۵۹/۰۰	۴۲/۸۳	۱۱/۰۹

جدول شماره ۷: مقایسه میانگین نمره تاب آوری مراقبین خانگی سالمند به تفکیک ویژگی‌های دموگرافیک پاسخگویان (۲۱۶ نفر)

ویژگی‌های دموگرافیک	فراوانی (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار
جنسیت		
زن	۱۶۸ (۷۷/۹)	۷۲/۶۶ $\pm$ ۱۲/۲۴
مرد	۴۸ (۲۲/۱)	۷۱/۶۹ $\pm$ ۹/۲۱
تاهل		
مجرد	۵۹ (۲۷/۶)	۷۰/۵۱ $\pm$ ۱۲/۲۳
متاهل	۱۵۵ (۷۲/۴)	۷۳/۱۸ $\pm$ ۱۱/۳۷
تحصیلات		
تا دیپلم	۳۹ (۱۸)	۷۵/۱۸ $\pm$ ۱۲/۴۵
کارדانی و کارشناسی	۶۸ (۳۱/۵)	۷۳/۵۳ $\pm$ ۱۱/۳۰
کارشناسی ارشد	۶۸ (۳۱/۵)	۷۰/۵۷ $\pm$ ۱۱/۸۷
دکترا	۴۱ (۱۸/۹)	۷۱/۳۵ $\pm$ ۱۰/۶۸
رضایت مالی		
راضی	۴۱ (۱۹/۱)	۷۱/۵۱ $\pm$ ۱۲/۰۲
معمولی	۷۸ (۳۶/۳)	۷۳/۳۳ $\pm$ ۱۱/۸۹
ناراضی	۹۶ (۴۴/۷)	۷۲/۲۴ $\pm$ ۱۱/۳۱
وضعیت اشتغال		
دولتی	۹۹ (۴۵/۶)	۷۱/۲۹ $\pm$ ۱۱/۸۱
خصوصی	۴۲ (۱۹/۷)	۷۴/۱۹ $\pm$ ۱۱/۲۴
مستمری‌نگیر	۱۶ (۷/۵)	۷۰/۹۸ $\pm$ ۱۱/۸۹
غیر شاغل	۵۶ (۲۶/۳)	۷۳/۰۰ $\pm$ ۱۱/۱۴
تعداد اعضاء خانواده		
۱	۱۱ (۵/۲)	۷۴/۳۵ $\pm$ ۹/۵۷
۲	۴۹ (۲۳/۱)	۷۱/۴۵ $\pm$ ۱۲/۵۱
۳	۵۵ (۲۵/۹)	۷۱/۴۳ $\pm$ ۱۱/۰۰
۴	۶۸ (۳۲/۱)	۷۲/۳۶ $\pm$ ۱۲/۷۸
۵	۲۹ (۱۳/۷)	۷۶/۷۱ $\pm$ ۹/۷۹
تجربه مراقبت از سالمند		
دارم	۸۴ (۳۸/۹)	۷۳/۴۲ $\pm$ ۱۲/۰۰
ندارم	۱۳۲ (۶۱/۱)	۷۱/۷۶ $\pm$ ۱۱/۴۱

## بحث

فرمت اولیه گویه‌های پرسشنامه تاب آوری مراقبین خانگی سالمند، بر مبنای نظرات کارشناسان و متخصصان مرتبط با حوزه سالمندی و روانشناسی ساخته شد. در مرحله روایی صوری، گویه‌ها و پرسشنامه از نظر ظاهری و شکلی، با سازه اصلی - که تاب آوری است - متناسب می‌شوند. مرحله روایی محتوا موجب می‌شود بر مبنای نظر اساتید و متخصصان مرتبط، گویه‌های ضروری و مرتبط در پرسشنامه باقی‌مانده و از نظر وضوح و سادگی، بازمینی و رفع ابهام شوند. طی این مراحل حوزه و چارچوب پرسشنامه مشخص و فرمت متناسب‌تر و مرتبط‌تری برای مراحل بعدی ایجاد می‌شود. در مجموع اجرای این مراحل، منجر به شناسایی و انتخاب گویه‌هایی می‌شوند که با سازه مورد نظر مرتبط هستند.

در مرحله تحلیل عاملی، ۴ عامل با تبیین ۴۸/۴ درصد واریانس استخراج شدند. با توجه به این که محققان در فرایند جستجوی اطلاعات، مطالعه‌ای در حیطه ابزارسازی تاب آوری مراقبین خانگی سالمند مشاهده نکردند؛ باین حال برخی ابزارها که با موضوع تاب آوری سالمندان، کیفیت روان‌سنجی آن‌ها سنجش شده بود در این مطالعه مبنای مقایسه قرار گرفتند که البته حفظ جانب احتیاط در تعمیم‌دهی لازم است. پرسشنامه تاب آوری که روی ۱۷۸ نفر از بزرگسالان ایتالیا در گروه سنی ۲۹ تا ۹۵ سال به صورت داوطلبانه انجام شد پنج مولفه با واریانس ۵۸ درصد را استخراج نمود (۲۴). همین پرسشنامه در مطالعه‌ای دیگر در ایتالیا،

طبق یافته‌های جدول ۷، در میانگین نمره تاب آوری مراقبین خانگی سالمند به تفکیک جنسیت ( $t=0/57$ )، وضعیت تاهل ( $t=0/32$ )، سطح تحصیلات ( $f=0/21$ )، میزان رضایت از وضعیت مالی ( $f=0/70$ )، وضعیت اشتغال ( $f=0/53$ )، تعداد اعضاء خانواده که باهم زندگی می‌کنند ( $f=0/72$ )، و تجربه مراقبت از سالمند ( $t=0/32$ ) تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد. همچنین نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سن پاسخگویان (با میانگین و انحراف معیار  $42/83 \pm 11/09$  در دامنه ۲۱ تا ۸۰ سال) و تاب آوری مراقبت خانگی از سالمند در سطح خطای ۵ درصد رابطه معنی‌دار مشاهده نشد.

پرسشنامه تاب آوری مراقبین خانگی سالمند روانسنجی شده در این مطالعه با ۳۸ گویه در طیف پنج گزینه‌ای (مخالف، تا حدی مخالف، نه مخالف نه موافق، تا حدی موافق، موافق) با چهار مقیاس خودکارآمدی و پذیرش (۱۷ گویه)، تحمل و کنترل‌پذیری (۱۰ گویه)، مسئولیت‌پذیری و تعهد (۸ گویه) و تنظیم هیجانی رفتاری (۳ گویه) نهایی شد. گویه‌های ۳، ۴، ۱۳-۱۵، ۱۸-۲۲، ۲۴-۲۹، ۳۱ و ۳۴ به طور مثبت



شش عامل با تبیین ۵۸ درصد واریانس (۲۵) و در مطالعه‌ای در سوئد پنج عامل با تبیین ۳۸ درصد واریانس را شامل شد (۲۶). مطالعه‌ای با مشارکت ۳۶۸ سالمند ۷۰ تا ۹۱ سال، چهار عامل با تبیین ۶۳/۴۱ درصد واریانس (۲۷)، در ژاپن مطالعه‌ای با مشارکت ۱۳۶۳ سالمند ۸۰ تا ۱۰۰ سال، تک عامل با تبیین ۳۱/۷ درصد واریانس (۲۸) و مطالعه دیگری با مشارکت ۴۱۶ بزرگسال ۶۶ تا ۱۰۲ سال، شش عامل با تبیین ۵۶ درصد واریانس (۲۹) را استخراج نمود. در مطالعات دیگری که روی گروه‌های ویژه کار شده است عوامل استخراج شده به این صورت گزارش شدند: دو ابزار در دو مطالعه برای تاب‌آوری مراقبین (۳۳۰ نفر) کودکان مبتلا به سرطان ۵ عامل با ۴۸ درصد واریانس (۳۱،۳۰)، پرسشنامه ای برای تاب‌آوری مراقبین مبتلا به سکتة مغزی در دوران توانبخشی در چین ۷ عامل با ۶۵/۴۵ درصد واریانس (۳۲)، ابزاری برای تاب‌آوری مراقبین (۱۲۵ نفر) خانواده سالمند در مکزیک با ۲ عامل و ۵۴ درصد واریانس (۳۳) و پرسشنامه دیگری برای تاب‌آوری مراقبین (۲۹۱ نفر) غیر رسمی در آلمان ۴ عامل با ۴۳/۳ درصد واریانس (۳۴) را معرفی نمودند.

در مرحله بعد بر مبنای این که گویه‌های هر یک از ۴ عامل، حول چه معنا و مفهوم مشترکی متمرکز شدند و با توجه به متون مرتبط با موضوع و تجربه علمی محققان، به این صورت «خودکارآمدی و پذیرش، تحمل و کنترل‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و تعهد، و تنظیم هیجانی رفتاری» نام‌گذاری شدند. عامل خودکارآمدی و پذیرش در این مطالعه با عوامل مشابهی در مطالعات دیگر از جمله خوداتکایی (۲۴)، توانمندی شخصی (۲۷)، خودکارآمدی (۲۹)، شایستگی و استحکام شخصی (۳۵)، و بعد درون فردی (۳۴) هم محتوا و هماهنگ بود. عامل تحمل و کنترل‌پذیری در این مطالعه، با عامل پشتکار (۲۴) و کنترل (۳۵) در مطالعاتی دیگر هماهنگ بود. مسئولیت‌پذیری و تعهد در این مطالعه با احساس تعهد مطرح شده در تبیین‌های مطالعه‌ای هماهنگ بود (۲۴) و عامل تنظیم هیجانی رفتاری در این مطالعه، با عامل

تحمل عواطف منفی (۳۵)، تاب‌آوری عاطفی (۳۳)، تاب‌آوری روانشناختی (۳۴)، و خودتنظیمی (۳۲) در مطالعه‌های دیگری هماهنگ بود.

ویژگی متمایزکننده افراد تاب‌آور این است که توانایی پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی یا رویارویی با آن‌ها را وقتی شرایط سخت و نامطلوب است دارند. هر یک از چهار عامل استخراج شده در مطالعه به‌نوعی به این رویارویی و دوام در موقعیت کمک می‌کنند و این حاکی از آن است تاب‌آوری یک سازه باقابلیت‌های گوناگون است. به‌عنوان نمونه خودکارآمدی از پیش‌بینی کننده‌های مهم تاب‌آوری است (۳۶) و افراد تاب‌آور با تقویت احساسات و عواطف مثبت، کنترل بیش‌تری روی عواطف و هیجانات منفی خود دارند (۳۷). بر این اساس موقعیت‌های دشوار را به نفع خود منعطف کرده و رفتارهای سازگارانه تری در راستای حل یا پذیرش مشکلات در پیش می‌گیرند. با تأیید روایی واگرا و همگرا چنین مشخص شد که پرسشنامه در خود سازه‌های مرتبط ولی مستقل دارد و به‌نوعی گواه مقیاس‌های پرسشنامه و مرحله تحلیل عامل اکتشافی نیز هست. در مطالعات متعددی که هدفشان روان‌سنجی پرسشنامه تاب‌آوری سالمند بود روایی همگرا تأیید شد (۲۴، ۲۷-۲۹، ۳۱، ۳۰، ۳۴).

قابل قبول بودن نتیجه محاسبه پایایی پرسشنامه هم در کل و هم برای تک‌تک مقیاس‌ها به روش ضریب آلفای کربناخ نشان داد ابزار اندازه‌گیری از دقت و صحت مناسب برخوردار است و در شرایط یکسان می‌تواند نتایج یکسان و باثباتی به بار آورد. مطالعات متعددی که پایایی پرسشنامه‌های تاب‌آوری سالمند را بررسی کردند آلفای کربناخ را به این صورت ۰/۷۸، (۲۴) ۰/۸۶، (۲۶، ۲۵) ۰/۸۸، (۲۷) ۰/۸۰، (۲۸) ۰/۹۷۶، (۳۰) ۰/۸۶، (۳۱) ۰/۹۵۷، (۳۲) ۰/۸۸، (۳۳) ۰/۶۸، (۳۴) و در مرز قابل قبول (۲۹) گزارش کردند. طبق یافته‌های جدول شماره ۶ پاسخگویان در مقیاس مسئولیت‌پذیری و تعهد بیشترین میانگین نمره و در مقیاس تحمل و کنترل‌پذیری کم‌ترین میانگین

نمره را کسب کردند نمره کل تاب آوری مراقبین در چارک سوم قرار دارد و میزان قابل توجهی است. به این معنی که طبق یافته‌های این مطالعه، مراقبین میزان تاب آوری قابل قبولی را گزارش کردند؛ با توجه به این که موضوع این مطالعه از دسته موضوعات وابسته به فرهنگ است و در فرهنگ ایرانی که نقش اعتقادات مذهبی پررنگ است افراد به جز خواست و انگیزه‌های شخصی، تحت آموزه‌های مذهبی و اجتماعی، احساس دین و مسئولیت پذیری بیش تری برای مراقبت شخصی و رسیدگی به سالمندان نشان می‌دهند. سایر یافته‌های مطالعه طبق جدول ۷ نشان داد هیچ‌یک از متغیرهای دموگرافیک سنجش شده در مطالعه از جمله جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، میزان رضایت از وضعیت مالی، وضعیت اشتغال، تعداد اعضاء خانواده که باهم زندگی می‌کنند و تجربه مراقبت از سالمند به عنوان متغیر تفکیک کننده تاب آوری کم تر تا بیش تر شناسایی نشدند. با توجه به این که میانگین نمره تاب آوری کل افراد، در حد سه چهارم از صد بود میزان قابل قبول را حداقل در پرسشگری و سنجش پرسشنامه‌ای نشان می‌دهد که حاکی از آن است پاسخگویان به دلایل مشترک دیگری که در این مطالعه بررسی نشده است خارج از موضوع جنسیت، وضعیت مالی خانوادگی و اجتماعی، برای مراقبت از سالمند احساس تعهد و پذیرش دارند. در زمینه این موضوعات فرهنگ، آموزه‌های دینی و خانواده نقش بیش تری می‌توانند داشته باشند که می‌تواند مبنای مطالعات آینده باشد.

از جمله نقاط قوت مطالعه این بود که تاب آوری که در مطالعات سالمندان عموماً درباره خود سالمندان یا خدمت رسانی بررسی می‌شد در این مطالعه به مراقبین اختصاص داشت که در منزل از سالمند مراقبت می‌کنند

و محدودیت مطالعه مربوط به عدم اجرای حضوری و تسلط کم تر حداقل به لحاظ روانی بر مراحل پاسخگویی‌ها بوده است که برای جبران آن سعی شد لینک تنها در اختیار افراد مشخصی برای اطلاع رسانی در گروه‌های مشخص قرار گیرد و توصیه شود اعضاء گروه اقدام به اطلاع رسانی پراکنده نکنند تا محدوده اجرا رعایت شود. یافته‌های مطالعه حاکی از روایی و پایایی مناسب پرسشنامه تاب آوری مراقبین خانگی سالمند داشته است. این ابزار می‌تواند در جامعه امروز که جمعیت آن با سرعت به سمت سالمندی می‌رود در طول زمان مورداستفاده قرار گیرد و در بازبینی‌های مورد نیاز، به کاربردهای وسیع تر دست یابد. با توجه به دید تخصصی و تاکید مطالعات برای بهتر بودن مراقبت از سالمندان در خانه، سنجش میزان تاب آوری و توانمندی خانواده و نزدیکان برای بررسی میزان آمادگی و نیازمندی‌ها و پیش‌بینی برنامه‌های آموزشی، توانمند ساز و پیشگیرانه آینده می‌تواند مفید باشد. جامعه، سالمندان، مراقبین و نظام سلامت از چنین نتایجی می‌توانند بهره‌برداري کنند.

#### تضاد منافع

این مقاله تعارض منافع ندارد.

#### سپاسگزاری

از همکاری اساتید، صاحب نظران و پاسخگویانی که در مراحل ساخت و ارزیابی پرسشنامه با پاسخگویی به گویه‌ها همکاری کردند تشکر می‌کنیم. این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره علمی ۲۴۰۰۸۳ و کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1400.095 است.

#### References

1. World Health Organization. Facts about ageing. 2014, Accessed 29 Jan 2018. available at: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>.
2. Foroughan M. The latest statistics of the country's elderly population, challenges and recommendations of geriatricians were

- presented [Online][cited 2020 September 29]. Available from: <https://rofeideh.uswr.ac.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=20&pageid=6045&newsview=17424>. Accessed: September 27; 2021.
3. Tajvar M, Yaseri M, Karami B, Mohammadi M. Pattern of Outpatient Health Service Utilization by Older People in Iran. *Iran J Ageing* 2021; 15(4): 410-427 (Persian).
  4. Barrera OL, Galvis LCR, Moreno FME, Pinto AN, Pinzon RML, Romero GE, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Invest educ enferm* 2006; 24(1): 36-46.
  5. Borsje P, Hems MA, Lucassen PL, Bor H, Koopmans RT, Pot AM. Psychological distress in informal caregivers of patients with dementia in primary care: course and determinants. *Fam Pract* 2016; 33: 374-381.
  6. Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Picco L, Jeyagurunathan A, Zhang Y, et al. Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *Int Psychogeriatr* 2016; 28(2): 221-231.
  7. Family Caregiver Alliance. Women and caregiving: facts and figures. 2003. available at: <https://www.caregiver.org/resource/women-and-caregiving-facts-and-figures/>. Accessed September 27; 2021.
  8. Woo LL, Thompson CL, Magadi H. Monetary cost of family caregiving for people with dementia in singapore. *Arch Gerontol Geriatr* 2017; 71: 59-65.
  9. Chen ML. The growing costs and burden of family caregiving of older adults: a review of paid sick leave and family leave policies. *Gerontologist* 2016; 56(3): 391-396.
  10. Gaugler JE, Kane RL, Newcomer R. Resilience and transitions from dementia caregiving. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62(1): 38-44.
  11. Dias R, Santos RL, Sousa MF, Nogueira MM, Torres B, Belfort T, et al. Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends Psychiatry Psychother* 2015; 37(1): 12-19.
  12. Sun F. Caregiving stress and coping: A thematic analysis of Chinese family caregivers of persons with dementia. *Dementia (London)* 2014; 13(6): 803-818.
  13. Santos RL, de Sousa MFB, Arcoverde C, Dourado MCN. Efficacy of a psychoeducational group with caregivers of patients with dementia. *Arch Clin Psychiatry (Sao Paulo)* 2013; 40(4): 162-164.
  14. Cosco TD, Kok A, Wister A, Howse K. Conceptualising and operationalising resilience in older adults. *Health Psychol Behav Med* 2019; 7: 90-104.
  15. Ramos EF, Rodríguez ML, Castaño AM. Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *Rev Latinoam Bioét* 2020; 20(2): 91-101.
  16. Ong HL, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan ME, et al. Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC psychiatry* 2018; 18(1): 1-9.
  17. Angevaere MJ, Monnier AA, Joling KJ, Smalbrugge M, Schellevis FG, Hertogh CM, et al. The application of the concept of resilience in aging research and older adult care: a focus group study. *Front Med* 2020; 7: 365.
  18. Pradana AA, Rohayati R. Family Resilience in Caregiving Elderly with Dementia: Systematic Review. *medRxiv* 2021; 1-4.

19. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 1975; 28(4): 563-575.
20. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(6): 619-625.
21. Ebadi A, Zarshenas L, Rakhshan M, Zareian A, Sharifi H, Mojahedi M. *Fundamentals of Instrumentation in Health Sciences*. Tehran: JameeNegar Publishing; 2017 (Persian).
22. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied multivariate research: Design and interpretation*. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2016.
23. Samouei R. *Designing, Psychometrics and applying of Factors associated with Mental Health questionnaire of Women in Earthquake: A Mixed Methods Study*. [Thesis PhD] Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, 2019.
24. Girtler N, De Carli F, Accardo J, Arnaldi D, Cutolo M, Dessi B, et al. Psychometric properties of the Italian version of resilience scale in adults and elderly healthy subjects. *J Aging Res Clin Pract* 2014; 3(2): 82-88.
25. Girtler N, Casari EF, Brugnolo A, Cutolo M, Dessi B, Guasco S, et al. Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: a perspective to rheumatic diseases. *Clin Exp Rheumatol* 2010; 28(5): 669-678.
26. Lundman B, Strandberg G, Eisemann M, Gustafson Y, Brulin C. Psychometric properties of the Swedish version of the resilience scale. *Scand J Caring Sci* 2007; 21(2): 229-237.
27. Li YT, Yong OW, YS. Development of resilience scale for older adults. *Aging Ment Health* 2021; 26(1): 159-168.
28. Akatsuka E, Tadaka E. Development of a resilience scale for oldest-old age (RSO). *BMC Geriatrics* 2021; 21(1): 1-9.
29. Whitehall L, Górska S, Rush R, Singh Roy A, Irvine Fitzpatrick L, Forsyth K. Psychometric Evaluation of the Making it CLEAR Questionnaire: A Resilience Measure for Older Adults. *Innov Aging* 2021; 5(3): igab030.
30. Toledano-Toledano F, Moral de la Rubia J, Broche-Pérez Y, Domínguez-Guedea MT, Granados-García V. The measurement scale of resilience among family caregivers of children with cancer: a psychometric evaluation. *BMC Public Health* 2019; 19(1): 1164.
31. Liang MZ, Tang Y, Chen P, Liang J, Sun Z, Hu GY, et al. New resilience instrument for family caregivers in cancer: a multidimensional item response theory analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2021; 19(1): 258.
32. Cai LH, Zhang Qi, Pang SQ, Chen H, Li M. Development and Validation of a Resilience Questionnaire for Patients During Stroke Rehabilitation in China. *Rehabil Nurs* 2021; 46(4): 214-221.
33. Mandujano-Jaquez MF, Domínguez-Guedea MT, Gaxiola-Romero JC. Psychometric properties of a resilience scale in family caregivers of older adults. *Acta Colombiana de Psicología* 2020; 23(2): 75-85.
34. Wuttke-Linnemann A, Palm S, Scholz L, Geschke K, Fellgiebel A. Introduction and Psychometric Validation of the Resilience and Strain Questionnaire (ResQ-Care)—A Scale on the Ratio of Informal Caregivers' Resilience and Stress Factors. *Front psychiatry* 2021; 12: 2058.
35. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson

- resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
36. McClain J, Gullatt K, Lee C. Resilience and protective factors in older adults. [Theses MS], Capstones, and Culminating Projects, 296. Dominican University of California, 2018.
37. Hoseini Ghomi T, Salimi Bajestani H. Effectiveness of Resilience Training on Stress of Mothers Whose Children, Suffer from Cancer in Imam Khomeini Hospital of Tehran T. *J Health Psychology* 2013; 1(4): 97-109 (Persian).