

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارزیابی روانشناختی سالمندان





-
- سرشناسه : دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
- عنوان و نام پدیدآور : ارزیابی روانشناختی سالمندان/تالیف محبوبه دادفر، بهروز بیرشک، پیرحسین کولیوند؛ [برای] بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء. تهران: میرماه، ۱۳۹۳.
- مشخصات نشر : ۶۰ ص: مصور (بخشی رنگی).
- مشخصات ظاهری : ۶۱۰۰۰ ریال ۷-۹۱-۳۳۳-۶۰۰-۹۷۸ :
- شابک : فیپا
- وضعیت فهرست نویسی : پست جلد به انگلیسی:
- یادداشت : Mahboubeh Dadfar, Behrooz Birashk
Pir Hossein Kolivand. Psychological assessment of elders.
- یادداشت : کتابنامه: ص. [۵۰] - ۵۹.
- موضوع : سالمندان -- روان‌شناسی
- شناسه افزوده : بیرشک، بهروز، ۱۳۲۷ -
- شناسه افزوده : کولیوند، پیرحسین، ۱۳۵۰ -
- شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)
- شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء
- رده بندی کنگره : ۴۱۳۹۳ الف ۴/۵۲ BF۷۲۴۴
- رده بندی دیویی : ۱۵۵/۶۷
- شماره کتابشناسی ملی : ۳۶۵۲۴۴۵
-

ارزیابی روانشناختی سالمندان

تألیف:

دکتر بهروز بیرشک

روانشناس مشاوره

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

محبوبه دادفر

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

پیرحسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا



میراث

۱۳۹۳ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی
خاتم الانبیاء (ص)



مرکز
تحقیقات
علوم
عصاب
شفا

ارزیابی روانشناختی سالمندان

تألیف: محبوبه دادفر، دکتر بهروز بیرشک، پیرحسین کولیوند

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۶۱۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۱-۷

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۰۳، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

به منظور دستیابی به سلامت سالمندان و پیشگیری از بروز و ابتلای آنها به بیماری‌های مزمن و کاهش شیوع بیماری‌های ویژه در آنها، اولین گام شناسایی وضعیت سلامت آنها است تا بر اساس آن، نیازهای بهداشتی و درمانی آنان مشخص گردد (بهرامی، و رضانی فرانی، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸، کاظمی، کولیوند، بهرامی، رضانی فرانی و دادفر، ۱۳۹۱، دادفر، بهرامی، رضانی فرانی و دادفر، ۱۳۹۱، دادفر، ۱۳۹۲).

سالمندی و شرایط ویژه افراد سالمند و تامین بهداشت روانی و جسمانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. تعدد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن مواجه‌اند از قبیل از دست دادن شغل و موقعیت اجتماعی و نیز از دست دادن عزیزان و سلامتی، توجه به مقوله سلامت روان در دوره سالمندی را به یک ضرورت تبدیل کرده است (دادفر و لستر، ۱۳۹۳، بهرامی، دادفر و دادفر، زیر چاپ، بهرامی، دادفر، لستر و عبدالخالق، ۲۰۱۴).

ارزیابی بالینی عصبی روانشناختی کامل شامل مجموعه جامع آزمون‌هایی است که توسط آزمونگرهای مختلف و در زمان‌های مختلف قابل تکرار و در موارد زیر جایز است: نقص‌های شناختی، تفکیک افسردگی پنهانی از دمانس، ارزیابی سیر یک بیماری خاص، ارزیابی آثار نورو توکسیک (مثل اختلال حافظه در نتیجه سوء مصرف مواد)، ارزیابی اثرات درمانی (مثلاً جراحی برای صرع، درمان دارویی) و ارزیابی اختلال‌های یادگیری.

ارزیابی عصبی روانشناختی، ارزیابی استاندارد شده، کمی و تکرار پذیر توانایی‌های شناختی بیمار را امکان پذیر می‌سازد. چنین روش‌هایی ممکن است برای ارزیابی اولیه و دوره‌ای مفید باشند. آزمون‌هایی وجود دارد که توانایی‌ها را در طول طیف گسترده‌ای از قلمروهای شناختی ارزیابی می‌کنند. روانپزشکی سالمندان با پیشگیری، تشخیص و درمان اختلال‌های روانشناختی و همچنین با تسهیل طول عمر در افراد سالمند سر و کار دارد. داده‌های مربوط به شیوع اختلال‌های روانی در سالمندان بسیار متغیر هستند ولی با احتیاط می‌توان تخمین زد که ۲۵ درصد آنها علائم روانپزشکی قابل ملاحظه‌ای دارند. شایعترین اختلال‌های روانی سنین پیری عبارتند از اختلال‌های افسردگی، اختلال‌های شناختی، فوبی‌ها و اختلال‌های مصرف الکل. سالمندان همچنین در خطر بالاتر خودکشی و علائم روانی ناشی از مصرف داروها هستند.

افزایش جمعیت سالمندان بار مالی فراوانی را از نظر ایجاد تمهیدات درمانی بهداشتی در جوامع مختلف ایجاد کرده است. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۹) برنامه‌ای را با تمرکز بر فرآیندهای توانمندسازی در سالمندان در سه حوزه افراد سالمند و توسعه، بهبود سلامتی و رفاه در سالمندان و اطمینان بخشی در ایجاد محیط‌های توانمند کننده و حمایتی را مورد توجه قرار داده است. به دلیل روند رو به رشد جمعیت سالمند حتی در کشورهای در حال رشد، وجود اختلال‌های روانی در آنان از مشکلات بهداشتی درمانی این کشورها محسوب می‌گردد. بدین منظور وجود ابزارهای غربالگری هنجار شده برای انجام مطالعات همه گیرشناسی و بالینی ضروری است.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی

فهرست

۱۱	ارزیابی روانشناختی سالمندان.....
۱۱	ارزیابی افسردگی در سالمندان.....
۱۲	پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم (BDI-II).....
۱۲	پرسشنامه افسردگی بک برای مراقبت‌های اولیه - ویژه بیماران پزشکی (BDI-PC).....
۱۳	مقیاس افسردگی سالمندان (GDS).....
۱۴	مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (HRSD).....
۱۴	ارزیابی اضطراب در سالمندان.....
۱۵	پرسشنامه اضطراب بک (BAI).....
۱۵	مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون (HRSA).....
۱۶	پرسشنامه اضطراب صفت - حالت اسپیلبرگر (STAI).....
۱۶	مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS).....
۱۷	ارزیابی اختلال وسواسی - جبری در سالمندان.....
۱۷	مقیاس وسواسی - جبری یل - براون (YBOCS).....
۱۸	پرسشنامه وسواسی - جبری مادسلی (MOCI).....
۱۹	فهرست اعمال اجباری (CAC).....
۱۹	ارزیابی سلامت روانی سالمندان.....
۱۹	پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۲۸ سوالی (GHQ-28).....
۲۱	فهرست علائم ۹۰ سوالی فرم تجدیدنظر شده (SCL90- R).....
۲۱	مقیاس فشار مراقب (FBIS).....
۲۱	مقیاس استرس خانوادگی کودکان (CFSS).....
۲۲	سوء رفتار با سالمندان.....
۲۲	پرسشنامه بررسی سوء رفتار با سالمندان (EAI) Elders Assessment Instrument.....
۲۳	وابستگی دارویی در سالمندان.....
۲۳	آزمون وابستگی دارویی سالمندان (EDAQ) Elders Drug Abuse Questionnaire.....
۲۳	ارزیابی شناختی سالمندان.....
۲۴	کارکرد کلی شناختی.....
۲۴	معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE).....
۲۵	معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE).....

۲۶	ارزیابی درد در سالمندان
۲۶	پرسشنامه چند بعدی درد وست هاون - ییل (WHYMPI)
۲۸	آزمون ارزیابی عملکردی مهارت‌های مراقبت از خود (PASS)
۲۹	معیار فعالیت‌های زندگی روزانه کاتز (KDLA)
۳۰	ارزیابی روانی جنسی سالمندان
۳۰	مقیاس نگرش و اطلاعات جنسی سالمند (ASKAS)
۳۰	پرسشنامه جنسی
۳۰	پرسشنامه سنجش عوامل روانشناختی اختلال‌های کنشی جنسی
۳۱	پرسشنامه باورهای غیر منطقی اختلال نعوظی
۳۱	ارزیابی شخصیت سالمندان
۳۴	پرسشنامه شخصیتی چندمحوری مینه‌سوتا (MMPI)
۳۴	پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۲ (MCMI-II)
۳۵	پرسشنامه سرشت و منش (TCI)
۳۷	آزمون‌های فرافکنی
۳۸	ارزیابی رضایتمندی سالمندان
۳۸	پرسشنامه رضایت مراجع - ۸ سؤالی (CSQ-8)
۳۹	ارزیابی معنوی و مذهبی سالمندان
۳۹	پرسشنامه سلامت معنوی
۴۰	پرسشنامه دعا
۴۰	پرسش‌نامه پایبندی‌های مذهبی
۴۱	ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان
۴۳	پرسشنامه ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی سالمندان
۴۴	پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان (لیپارد)
۴۵	پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)
۴۶	پرسشنامه سبک زندگی سالمندان
۴۷	ارزیابی ناتوانی سالمندان
۴۸	پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی برای بررسی ناتوانی سالمندان (WHO-DAS-II)
۴۹	نسخه ۳۶ سؤالی پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی برای بررسی ناتوانی سالمندان
۵۰	منابع

ارزیابی روانشناختی سالمندان

ارزیابی افسردگی در سالمندان

مطالعات همه گیر شناسی نشان داده‌اند که شیوع افسردگی در بیمارستان‌ها ۳۰-۱۰٪ و در خانه‌های سالمندان ۳۰-۴۵٪ است. شیوع افسردگی بسته به میزان ناتوانی و وابستگی، بیشتر می‌شود. افسردگی در سالمندان نسبت به میانسالان شیوع کمتری دارد. شیوع افسردگی اساسی در افراد بالای ۶۵ سال نزدیک به ۱٪ (۴/۱٪ در زنان و ۰/۴٪ در مردان) است. نزدیک به ۲٪ جمعیت سالمند از افسرده‌خویی و ۴٪ از اختلال سازگاری با خلق افسرده رنج می‌برند. علائم افسردگی تقریباً در ۱۵ درصد افراد سالمند جامعه و خانه‌های پرستاری وجود دارد. علائم افسردگی در سالمندان ممکن است به دلیل تاکید زیاد بیماران بر شکایات جسمی از علائم افسردگی افراد جوانتر متفاوت باشد. سالمندان در مقابل دوره‌های افسردگی اساسی با ویژگی‌های ملانکولیک آسیب‌پذیرتر هستند. این ویژگی‌ها عبارتند از افسردگی، خود بیمار انگاری، اعتماد به نفس پائین، احساس بی‌ارزشی، میل متهم کردن خود (به‌خصوص در مورد سکس و گناهکاری)، با افکار پارانوئید و انتحاری.

پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم (BDI-II)

این پرسشنامه (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶)، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی بر مبنای معیارهای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا چاپ چهارم طراحی شده است و بیشتر بر محتوای شناختی افسردگی تاکید دارد. BDI-II به عنوان یکی از پرسشنامه‌های مورد استفاده جهت ارزیابی افسردگی سالمندان معرفی شده است. این پرسشنامه خودارزیاب و دارای ۲۱ سوال است که هر سوال شدت یکی از نشانه‌های افسردگی را از کم به زیاد مورد سنجش قرار می‌دهد. نشانه‌های این پرسشنامه در سه گروه ۷ سوالی: نشانه‌های احساسی و عاطفی، نشانه‌های انگیزشی و شناختی و نشانه‌های جسمانی و نباتی از یکدیگر جدا می‌شوند. نمره آن از صفر تا ۶۳ در نوسان است. نمره صفر تا ۹ بهنجار، ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط، ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۳۰-۶۳ افسردگی خیلی شدید را نشان می‌دهد.

در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکاران در آمریکا هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ محاسبه شده است. فتی و همکاران (۱۳۸۴) مشخصات روان‌سنجی آن را در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش دادند: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴، همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش اول (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، ۰/۹۳ بود.

پرسشنامه افسردگی بک برای مراقبت‌های اولیه - ویژه بیماران پزشکی (BDI-PC)

این پرسشنامه را بک و همکاران (۱۹۹۷) با حذف ماده‌های جسمی از پرسشنامه اصلی برای کاربرد در مراکز پزشکی به عنوان ابزار غربالگری و با هدف کاهش احتمال برآوردهای کاذب از افسردگی در بین بیماران جسمی ساخته‌اند. بررسی‌های پیشین نشانگر برتری توان این ابزار نسبت به مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان بوده‌اند. (پارکر و همکاران، ۲۰۰۱، ویلهلم و همکاران، ۲۰۰۴). بک پرسشنامه هفت ماده‌ای است که هر ماده آن بیانگر علامتی از

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۱۳

افسردگی است. ماده‌های این مقیاس با معیارهای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (چاپ چهارم)، برای تشخیص افسردگی بالینی سازگار است. شدت علامت در هر ماده در چهار عبارت بیان شده است. عبارت‌های هر ماده از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. نمره صفر در هر ماده بیانگر نبود آن علامت و نمره یک تا سه بیانگر وجود آن و میزان آن علامت است. بیشترین نمره در این پرسشنامه ۲۱ می‌باشد (باقریان سرارودی، ۱۳۸۶).

بک و همکاران (۱۹۹۷) و استیر و همکاران (۱۹۹۹) حساسیت و کفایت بالای آن را برای سرنده افسردگی در بیماران جسمی گزارش کرده‌اند. باقریان سرارودی و همکاران (۱۳۸۶) همسانی درونی را به روش آلفای کرونباخ در نمونه ۱۷۶ نفری از جمعیت ایرانی ۰/۸۸ گزارش نمودند و پایایی بازآزمایی با فاصله سه هفته در یک نمونه ۶۲ نفری از بیماران قلبی را ۰/۷۴ گزارش کردند. اعتبار سازه این پرسشنامه در مقایسه با خرده مقیاس افسردگی نسخه ایرانی مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (منتظری و همکاران، ۲۰۰۳) در ۱۴۰ نفر از بیماران ۰/۸۷ به دست آمد. هم چنین به کمک مصاحبه بالینی سازمان یافته بر پایه معیارهای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا چاپ چهارم در نمونه یاد شده، نقطه برش ۵ با حساسیت ۰/۸۴، ویژگی ۰/۹۷ و بیشترین ضریب کارایی بالینی ۰/۹۱ برای غربالگری افسردگی بالینی (شامل افسردگی اساسی و افسردگی خفیف) به دست آمد.

مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)

یک مقیاس غربالگری افسردگی در سالمندان (یساوچ و همکاران، ۱۹۸۳) است که دارای ۳ نسخه ۳۰ سوالی، ۱۵ سوالی و ۷ سوالی می‌باشد. GDS وسیله غربالگری مفیدی برای رد شکایات جسمی از فهرست سوالات است. وجود شکایات جسمی در مقیاس، درجه بندی تشخیص اختلال افسردگی را مغشوش می‌سازد. در نوع ۳۰ سوالی امتیاز ۱۰-۰ نشانه عدم وجود افسردگی، ۲۰-۱۱ نشانه افسردگی خفیف و ۳۰-۲۰ نشانه افسردگی شدید می‌باشد. فرم ۱۵ سوالی نمره بالاتر از ۵ حاکی از وجود افسردگی است.

برینک و همکاران (۱۹۸۲) در نقطه برش ۱۱، حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۹۵٪ گزارش نموده‌اند. در نقطه برش ۱۴، حساسیت به ۸۰٪ کاهش و ویژگی به ۱۰۰٪ افزایش یافت. در بررسی مک گیونی و همکاران (۱۹۹۶) این مقیاس بالاترین حساسیت ۸۴٪ و ویژگی ۹۱٪ را در افرادی که نمره معاینه مختصر وضعیت روانی آنها بالاتر از ۱۵ بود، نشان داد.

مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (HRSD)

این مقیاس را هامیلتون در سال ۱۹۶۰ معرفی نمود و در سال ۱۹۶۷ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این مقیاس برای ارزیابی ابعاد مختلف افسردگی و شدت افسردگی به کار می‌رود. نیمه ساختار یافته است و جهت درجه‌بندی افسردگی بر اساس مصاحبه با بیمار توسط درمانگر تکمیل می‌شود. در سال ۱۳۶۵ مهریار و موسوی نسب این مقیاس را به فارسی ترجمه و برای استفاده آماده نمودند. دارای ۲۴ سوال است و هر یک از سوال‌ها یک علامت به شمار می‌آید. هر یک از علائم دارای درجه‌بندی ۰-۲ یا ۰-۴ است. برای گزارش فراوانی یک علامت، مجموع فراوانی پاسخ‌ها به غیر از صفر منظور و برای محاسبه نمره افسردگی، جمع نمره‌های سوال‌ها به دست می‌آید. نقطه برش آن ۱۶ به بالا است. ۱۷-۲۴ افسردگی خفیف، ۲۴-۳۰ افسردگی متوسط و ۳۱ به بالا نشان‌دهنده افسردگی شدید می‌باشد.

در بررسی‌های هامیلتون پایایی بین ارزیاب آن ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی آن از طریق همبستگی با سایر ابزارها از ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ و روایی سنجش درونی از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ بوده است. غرایب و همکاران (۱۳۷۹) ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش نمودند. توزنده جانی و عبداللهیان (۱۳۷۳) ضریب همبستگی آن را با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۵ گزارش کردند (به نقل از دادفر و همکاران، ۱۳۸۱).

ارزیابی اضطراب در سالمندان

اختلال‌های اضطرابی در اوائل و اواسط بزرگسالی شروع می‌شوند، اما برخی برای نخستین بار پس از ۶۰ سالگی ظاهر می‌گردند. میزان شیوع ماهانه اختلال‌های اضطرابی در افراد

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۱۵

۶۵ سال به بالا ۵/۵ درصد است. فوبی‌ها شایع‌ترین اختلال‌ها هستند (۴ تا ۸ درصد). میزان اختلال هراس ۱ درصد است.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

این پرسشنامه خود گزارشی و برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). دارای ۲۱ ماده است و هر ماده یکی از علائم شایع اضطراب را توصیف می‌کند. بر جنبه‌های فیزیولوژیکی اضطراب تاکید دارد. ۳ جمله از ۲۱ عبارت مربوط به خلق مضطرب و ۳ جمله مربوط به ترس‌های ویژه و ماده‌های باقی مانده، تمام علائم خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی را ارزیابی می‌کند. از افراد خواسته می‌شود تا شدت علائمی را که طی هفته گذشته تجربه کرده‌اند، روی یک مقیاس ۴ نمره‌ای از صفر (اضطراب نداشته است) تا نمره ۳ (اضطراب شدید به طوری که به ندرت توانسته است آن را کنترل نماید) درجه‌بندی کنند. حداکثر نمره در این پرسش‌نامه ۶۳ است که از حاصل جمع ۲۱ ماده آن به دست می‌آید.

پایایی باز آزمون این پرسش‌نامه در فاصله یک هفته ۰/۷۵ و ثبات درونی آن ۰/۹۲ گزارش گردید. روایی محتوایی آن مورد تایید می‌باشد. روایی افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۴۸ می‌باشد (به نقل از بخشانی، ۱۳۷۲). فتی و همکاران (۱۳۸۴) مشخصات روان‌سنجی آن را در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش دادند: ضریب آلفا ۰/۹۲، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۱، همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم ۰/۶۲ بود.

مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون (HRSA)

این مقیاس توسط هامیلتون (۱۹۵۹) برای ارزیابی شدت اضطراب ساخته شد. همچنین برای ارزیابی نتیجه درمان اضطراب در کارآزمایی‌های بالینی استفاده می‌شود. این مقیاس نیمه ساختار یافته است و جهت درجه‌بندی اضطراب بر اساس مصاحبه با بیمار توسط درمانگر تکمیل می‌شود. HRSA دو عامل اضطراب روانی و اضطراب جسمی را می‌سنجد و دارای ۱۴

سوال است که هر یک از سوال‌ها یک علامت به شمار می‌آید. هر یک از علایم دارای درجه‌بندی از صفر (فقدان علامت) تا ۴ (خیلی شدید یا ناتوان کننده) هستند. برای گزارش فراوانی یک علامت، مجموع فراوانی پاسخ‌ها به غیر از صفر منظور و برای محاسبه نمره اضطراب، جمع نمره‌های سوال‌ها به دست می‌آید. نمره کل بین صفر تا ۵۶ است. نقطه برش آن ۱۸ و بالاتر است. نمره ۱۸ اضطراب خفیف، نمره ۲۵ متوسط و ۳۰ شدید است (بوس و همکاران، ۱۹۹). گرایی (۱۳۷۹) ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس را ۰/۸۵ گزارش نمود.

پرسشنامه اضطراب صفت - حالت اسپیلبرگر (STAI)

این پرسشنامه را اسپیلبرگر و همکاران (۱۹۷۹) برای سنجش اضطراب به صورت حالت - صفت ساخته‌اند. دارای دو بخش حالت (احساس فرد در لحظه کنونی) و صفت (احساس معمول فرد در اکثر اوقات) است. بخش صفت دارای ۲۰ ماده است و دامنه نمرات آن از ۲۰ تا ۶۰ نوسان دارد. نمرات بالاتر نشان دهنده اضطراب بیشتر است.

مهرام (۱۳۷۲) پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ بر روی ۶۰۰ آزمودنی بهنجار، برای اضطراب حالت ۰/۹۱ و برای اضطراب صفت ۰/۹۰ به دست آورد. روایی با شیوه ملاکی همزمان نشان داد که بین دو گروه هنجار و ملاک در هر دو مقیاس اضطراب حالت و صفت تفاوت معنی داری وجود دارد. لیس و همکاران (۲۰۰۵)، و صدوقی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی بخش صفت را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آوردند.

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)

یک ابزار خودسنجی ۴۲ ماده‌ای برای سنجش علایم جاری افسردگی، اضطراب و استرس است. هر خرده مقیاس ۱۴ ماده دارد و هر ماده بر پایه ی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای (صفر = به هیچ وجه در مورد من صادق نیست تا ۳ = بسیار زیاد در مورد من صادق است) رتبه بندی می‌شوند.

بررسی‌های انجام شده با نمونه‌های بزرگ و بر روی آزمودنی‌های سالم و بیمار، ویژگی‌های روان‌سنجی بسیار مناسب آن را تایید کرده‌اند. پایایی بازآزمایی این ابزار برای

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۱۷

خرده مقیاس افسردگی ۰/۷۹، برای خرده مقیاس اضطراب ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس استرس ۰/۸۱ گزارش شده است (براون و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از بخشی پور رودسری و همکاران، ۱۳۸۳). روایی خرده مقیاس افسردگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۷۴ و خرده مقیاس اضطراب آن با پرسشنامه اضطراب بک ۰/۸۱ گزارش شده است (لووی بوند و لووی بوند، ۱۹۹۵).

ارزیابی اختلال وسواسی - جبری در سالمندان

مقیاس وسواسی - جبری یل - براون (YBOCS)

مقیاس وسواسی - جبری یل - براون (گودمن، ۱۹۸۶) یک مصاحبه نیمه ساختار یافته برای ارزیابی نشانه ها، شدت آن و پاسخ به درمان بیماران وسواسی - جبری است. بخش مهمی از آن بر پایه گزارش بیمار تکمیل و نمره گذاری نهایی بر پایه قضاوت بالینی مصاحبه گر انجام می شود. فهرست علائم یل - براون، وسواس ها و اجبارها را جداگانه بررسی می کند و شامل بیش از ۵۰ وسواس و اجبار شایع از جمله افکار وسواسی در رابطه با پرخاشگری، آلودگی و مسایل جنسی و اجبارها در مورد نظافت، واریسی، نظم و ترتیب و جمع کردن و انبار کردن است. این فهرست مجموعه علائم اختلال وسواسی - جبری معیارهای تشخیصی و آماری اختلال های روانی انجمن روانپزشکی امریکا چاپ چهارم می باشد. دارای ۱۰ ماده است که ۵ ماده برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ ماده برای ارزیابی اعمال وسواسی در نظر گرفته شده و هر ماده با یک مقیاس ۵ نقطه ای از صفر (بدون علامت) تا ۴ (خیلی شدید) درجه بندی شده است. نمره دهی بر پایه گزارش بیمار و مشاهده مصاحبه گر انجام می گیرد. نقطه برش آن ۱۷ به بالا در نظر گرفته شد.

پایایی بین درجه بندی کنندگان آن بین ۰/۹۸ - ۰/۷۲ گزارش شده است (ساجاتوویک و رامیرز، ۲۰۰۳). پایایی بین مصاحبه کنندگان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ بوده است. اعتبار همگرایان آن و آزمون برداشت کلی بالینی از سندرم وسواسی - جبری در خط پایه ۰/۹۷ بود. روایی افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۴ و مقیاس

درجه‌بندی اضطراب هامیلتون ۰/۵۹ بود (به نقل از دادفر و همکاران، ۱۳۸۰). محمدخانی (۱۳۷۱)، دادفر و همکاران (۱۳۸۰) پایایی به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته را برای آن ۰/۸۴ گزارش دادند. محمدخانی (۱۳۷۱) اعتبار آن را از طریق محتوایی توسط تعدادی روانشناس بالینی تایید نمود (به نقل از دادفر و همکاران، ۱۳۸۱). دادفر و همکاران (۱۳۸۰) اعتبار همگرا را با پرسشنامه وسواسی - جبری مادسلی ۰/۷۸ گزارش نمودند.

پرسشنامه وسواسی - جبری مادسلی (MOCI)

پرسشنامه وسواسی - جبری مادسلی (هاجسون^۵ و راکمان^۶، ۱۹۷۷) یک ابزار خودسنجی برای علایم وسواسی - اجباری است که جهت تعیین انواع شایع اختلال وسواسی - جبری به کار گرفته می‌شود. این ابزار بخوبی می‌تواند مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری را از سایر اختلال‌های اضطرابی جدا کند. دارای ۳۰ ماده می‌باشد و افراد به کمک گزینه‌های درست یا نادرست به ماده‌ها پاسخ می‌دهند. افزون بر یک نمره کلی که در دامنه صفر تا ۳۰ نوسان دارد، دارای پنج خرده مقیاس واریسی (۹ ماده)، شستشو (۱۱ ماده)، کندی - تکرار (۲ ماده)، تردید و نشخوار ذهنی (۸ ماده) می‌باشد. نقطه برش آن ۱۱ و بالاتر است. پایایی پرسشنامه براساس مطالعات انجام شده در دامنه‌ی ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و از طریق پایایی بازآزمایی محاسبه شده است (استکتی، ۱۹۹۳). در پژوهش دادفر و همکاران (۱۳۸۰) پایایی آن از طریق پایایی بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل آزمون ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های آن از ۰/۳۹ تا ۰/۸۷ و میانگین ۰/۶۰ بود. روایی پرسشنامه از طریق روایی ملاکی، همگرا و افتراقی بررسی شده که در حد نسبتاً خوبی گزارش شده است (استکتی، ۱۹۹۳). دادفر و همکاران (۱۳۸۰) روایی همگرای آن را با مقیاس وسواسی - جبری یل - براون ۰/۷۸ گزارش نمودند. خرده مقیاس‌های واریسی، شستشو و تردید و نشخوار ذهنی از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار هستند. ضریب پایایی خرده مقیاس واریسی ۰/۷۳، شستشو ۰/۶۸ و تردید و نشخوار ذهنی ۰/۵۸ گزارش شده است. بارهای عاملی برای خرده مقیاس واریسی

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۱۹

۰/۸۱، برای شستشو ۰/۵۱ و برای تردید و نشخوار ذهنی ۰/۵۱ به دست آمده است (زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۶).

فهرست اعمال اجباری (CAC)

فهرست اعمال اجباری را فیلیپات در سال ۱۹۷۵م. تهیه نمود. این فهرست میزان ناتوانی و سواسی اجباری را در ۶۲ فعالیت روزانه ارزیابی می‌کند. این فهرست امکان شناسایی موقعیت‌های مشکل‌زای ویژه‌ای را که احتمال دارد در مصاحبه بالینی مشخص نشود، شناسایی می‌کند. این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس می‌باشد. فرم کوتاه و خودسنجی آن توسط فروند و استکتی (۱۹۸۹) تهیه شده است و ۲۹ ماده دارد. نظیری، دادفر و کریمی (۱۳۸۴) ضریب همسانی درونی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کردند.

ارزیابی سلامت روانی سالمندان

ابزارهای غربالگری در مطالعات همه‌گیرشناسی مبتنی بر جامعه موارد مشکوک را شناسایی کرده و آنها را برای معاینات تشخیصی مفصل‌تر آماده می‌کند. شیوع نقطه‌ای اختلال‌های روانی در سالمندان ۱۳٪ گزارش شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۲۸ سوالی (GHQ-28)

این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) ساخته شد و از ابزارهای غربالگری شناخته شده روانپزشکی در جمعیت عمومی به حساب می‌آید. این پرسشنامه جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای سرنند اختلالات روانی در افراد جامعه استفاده نمود. دارای چهار مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای هفت سوال است: الف - علایم جسمانی، ب - علایم اضطرابی، ج - کارکرد اجتماعی و د - علایم افسردگی. دو شیوه نمره‌گذاری برای آن وجود دارد: روش سنتی که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۰-۱) نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره فرد با این روش برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره‌گذاری، نمره‌گذاری به روش لیکرت است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳)، خیر (۰)، خیلی کم (۱)، کم (۲)، و زیاد (۳) نمره داده

می‌شود و حداکثر نمره فرد با این روش برابر ۸۴ خواهد بود. با روش نمره‌گذاری سنتی نمره ۶ و با روش نمره‌گذاری لیکرت نمره ۲۳ به عنوان نمره برش در نظر گرفته شده است. از روش نمره‌گذاری سنتی برای غربالگری اختلالات روانی و از روش نمره‌گذاری لیکرت برای بررسی اثربخشی مداخلات در مطالعات جهانی و داخلی استفاده شده است.

گلد برگ و ویلیامز (۱۹۸۹) در تحلیل ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ و نقطه برش را ۶ و بالاتر گزارش دادند. نور بالا و همکاران (۱۳۷۸) و شمس‌علیزاده و همکاران (۱۳۸۰) پایایی و روایی آن را با نقطه برش ۶ بین ۸۴٪ تا ۹۳٪ گزارش دادند. در پژوهش نور بالا و همکاران (۱۳۷۸) توافق تشخیصی این پرسشنامه و روانپزشک در خرده مقیاس‌های آزمون با نقطه برش ۲، برای خرده مقیاس علایم جسمانی ۷۱٪ و برای خرده مقیاس افسردگی ۸۵٪ بود. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ را ۸۸٪ و با نقطه برش ۲۳، حساسیت را ۸۶٪ و ویژگی را ۸۲٪ به دست آوردند. حسینی (۱۳۷۴) با نقطه برش ۲۳، حساسیت را ۸۶٪ و ویژگی را ۸۲٪ به دست آورد. پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) ضریب پایایی را ۹۱٪ و با نقطه برش ۲۱، حساسیت را ۸۸٪ و ویژگی را ۷۹٪ و میزان کلی اشتباه را ۱۶٪ به دست آوردند. هومن (۱۳۷۷) ضریب همسانی درونی را ۸۳٪ به دست آورد.

ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) با اجرای آن بر روی ۲۰۴ سالمند ساکن شهرک اکباتان تهران، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۹۴٪، تنصیف ۸۶٪، بازآزمایی ۶٪ را گزارش دادند. تحلیل عاملی، چهار عامل افسردگی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و علایم جسمانی را مشخص نمود. با نقطه برش ۱۹/۲۰، حساسیت ۸۳٪ و ویژگی ۷۶٪ به دست آوردند.

پاشا و همکاران (۱۳۸۶) پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۹۵٪ و تنصیف ۸۹٪ گزارش دادند. هم‌متی علمدارلو و همکاران (۱۳۸۸) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۹۳٪ به دست آوردند. روایی محتوایی آن مورد تایید ۵ نفر از استادان روانشناسی و مشاوره قرار گرفت.

فهرست علایم ۹۰ سوالی فرم تجدیدنظر شده (SCL90- R)

این پرسشنامه توسط دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۳) تدوین و معرفی گردید. دارای ۹۰ سوال است که در ۹ بعد نشانه‌های اختلال‌های روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد: شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی. برای هر سوال آن پنج گزینه هیچ (نمره صفر)، تا به شدت (نمره ۴) وجود دارد که فرد با در نظر گرفتن این که چه میزان مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده است مشخص می‌کند. دارای سه شاخص به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- شاخص کلی علایم مرضی، که میانگین نمره‌های تمام سوال‌های آن است (این نمره در دامنه ی صفر تا ۴ می‌تواند در نوسان باشد). ۲- معیار ضریب ناراحتی (تعداد علایم مثبت) که فرد به صورت مثبت گزارش می‌کند (این نمره در دامنه ی بین صفر تا ۹۰ در نوسان است) و
- ۳- جمع علایم مرضی (شدت علایم مثبت) که میانگین تعداد علایمی (سوال‌هایی) است که فرد به صورت مثبت گزارش می‌دهد (این نمره در دامنه ی صفر تا ۴ می‌تواند در نوسان باشد).

تفسیر نمره‌های آن بر پایه این سه شاخص صورت می‌گیرد. در بررسی‌های هنجاریابی انجام شده برای اعتبار و پایایی آن نمره برش ۰/۴ در شاخص کلی علایم مرضی مناسب تشخیص داده شده است (میرزایی، ۱۳۵۹، باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳، جاویدی، ۱۳۷۲، بهادرخان، ۱۳۷۲، به نقل از احسان منش، ۱۳۸۰، اسماعیلی، ۱۳۷۷).

مقیاس فشار مراقب (FBIS)

این مقیاس توسط پایبی کاپور (۱۹۸۲) ساخته شد. نیمه ساختار یافته است و دو بعد فشار عینی و ذهنی را در ۲۴ ماده و شش طبقه ارزیابی می‌کند. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۸ است و نمره بیشتر، میزان فشار روانی بیشتر را نشان می‌دهد. ضریب پایایی آن ۰/۲ بوده است.

مقیاس استرس خانوادگی کودکان (CFSS)

این مقیاس میزان استرس‌های خانوادگی و روابط بین فردی را ارزیابی می‌کند. شامل ۱۶ سوال است که به صورت بلی - خیر پاسخ داده می‌شود. پاسخ مثبت به هر یک از سوال‌های

۲۲ / ارزیابی روانشناختی سالمندان

(۱، ۲، ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴) بیست امتیاز دارد. پاسخ مثبت به هر یک از سوال‌های (۵، ۶، ۷، ۸، ۱۵، ۱۶) پنج امتیاز دارد. پاسخ منفی به هر یک از سوال‌های (۱۲، ۱۳) پنج امتیاز دارد. جمع امتیاز بین ۴۰-۱۵ نشان‌دهنده این است که زندگی خانوادگی رضایت بخشی وجود ندارد. پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و روایی تفکیکی آن خوب گزارش شده است. ثمری و لعلی فاز (۱۳۸۴) پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش نمودند.

سوء رفتار با سالمندان

سالمندان یکی از گروه‌های آسیب پذیر جامعه هستند که از لحاظ اجتماعی، بهداشتی و تغذیه‌ای باید مورد توجه قرار گیرند. سوء رفتار با سالمند به صورت بدرفتاری با اشخاص سالمند در اشکال فیزیکی، جنسی، احساسی، غفلت، مالی و طرد کردن است. شناخت دقیق سوء رفتار با سالمندان در جامعه می‌تواند آگاهی و حساسیت افراد و سازمان‌های مرتبط با این پدیده را بالا برده تا در جهت پیشگیری و طراحی سیستم شناسایی سالمندان در معرض خطر اقدامات موثری را انجام دهند. آگاهی از وسعت این مشکل در جامعه به پرستاران، پزشکان، مراقبین، و پرسنل بهداشتی کمک می‌کند تا در مواجهه و بررسی از افراد سالمند، سوء رفتار با سالمندان را مد نظر قرار داده و با آمادگی لازم نقش حرفه‌ای خود را در زمینه تامین سلامت سالمندان ایفا نمایند.

پرسشنامه بررسی سوء رفتار با سالمندان (EAI) Elders Assessment Instrument

این پرسشنامه دارای ۲ بخش است. بخش اول ویژگی‌های فردی و بخش دوم شامل سوالات مربوط به سوء رفتار (جسمی، روانی، غفلت، طرد و مالی) است. کریمی و الهی (۱۳۸۷) روایی محتوایی آن را تایید نمودند و پایایی باز آزمون با ضریب ۰/۸۷ گزارش کردند. مدت زمان تکمیل پرسشنامه به طور متوسط ۴۵ دقیقه می‌باشد.

وابستگی دارویی در سالمندان

دوران سالمندی همراه با تغییرات متعدد جسمی، روانی و اجتماعی است که می‌تواند فرد را مستعد ابتلاء به سوء مصرف مواد نماید.

آزمون وابستگی دارویی سالمندان (Elders Drug Abuse Questionnaire (EDAQ)

این آزمون دارای ۲۰ سوال در مورد سوء مصرف مواد و وابستگی دارویی- شیمیایی در سالمندان می‌باشد. پاسخ‌ها به صورت بلی- خیر و گستره شدت ۲۰-۴۰ مرتبط با مؤلفه‌های فیزیکی- روانی و رفتارهای بالینی سوء مصرف مواد در سالمندان می‌باشد. نمره ۲۵-۲۰ خفیف، ۳۰-۲۵ متوسط، ۳۵-۳۰ حاد و ۴۰-۳۵ خیلی حاد می‌باشد. اسداللهی و همکاران (۱۳۸۶) پایایی آن را با روش زوج- فرد و آلفای کرونباخ ۰/۶۷ به دست آوردند.

ارزیابی شناختی سالمندان

عملکرد شناختی مطلوب، یک عامل حیاتی برای ارتقاء و حفظ سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان است. برنامه توانبخشی شناختی برای سالمندان مفید می‌باشد. اختلال شناختی یکی از مشکلات شایع سالمندان می‌باشد که موجب افت کارایی، افت کیفیت زندگی و افزایش مرگ و میر می‌شود. یافته‌های پژوهش خیرخواه، حسینی، فلاح و بیژنی (۱۳۹۲) نشان داد که شیوع نشانه‌های اختلالات شناختی در سالمندان شهر امیرکلاهی استان بابل، با استفاده از MMSE، ۱۸/۶ درصد بود. همچنین شیوع این نشانه‌ها در سنین بالاتر، زنان، افراد غیر متاهل، دارای سطح تحصیلات پایین و کسانی که تنها زندگی می‌کردند، بیشتر بود. در ارزیابی عصبی- روانشناختی حوزه‌های شناختی کلی نیز بررسی می‌شوند که هر کدام آزمون‌های مخصوصی دارد. استفاده از یک مجموعه آزمون جامع برای تعیین وجود و نوع دمانس یا سایر اختلال‌های شناختی در افراد سالمند مفید است (سمندری، ۱۳۹۳، دادفر، دادفر، عشایری، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳). آزمون‌های ذکر شده در زیر یک مجموعه آزمون است که به طور کلی برای استفاده در سالمندان مناسب می‌باشد:

کارکرد کلی شناختی

معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE)

جهت یابی، تکرار، انجام دستورات، نام بردن، مهارت‌های ساختمانی، بیان نوشتاری، حافظه، انعطاف ذهنی و محاسبه
هوش:

هوش کلامی و غیر کلامی (WAIS-R, WAIS-III)

توجه پایه:

فراخوانی ارقام (تکرار ارقام رو به جلو و رو به عقب) (WAIS-R, WAIS-III)

سرعت پردازش اطلاعات:

نماد ارقام (ردگیری سریع گرافوموتور) (WAIS-R, WAIS-III)

ردگیری سریع گرافوموتور (ردگیری بخش A)

واژه خوانی سریع و نام بردن رنگ‌ها (A, B Stroop)

چالاکتی حرکتی:

چالاکتی انگشت سبابه راست و چپ (آزمون کوبش انگشت)

زبان:

بازیابی واژه (آزمون نام بردن با ستون)

طیف واژگان (واژگان WAIS-R, WAIS-III)

درک بصری (تکمیل تصاویر WAIS-R, WAIS-III)

توانایی سازندگی (طراحی با مکعب WAIS-R, WAIS-III)

کپی شکل پیچیده با مواد و کاغذ (آزمون شکل پیچیده ری - اوستریت)

انسجام حرکتی دیداری، کپی شکل ساده و پیچیده با مواد و کاغذ (آزمون رشدی بیری)

یادگیری و حافظه:

یادگیری و یادآوری اطلاعات کلامی عادی (تکلیف یادگیری فهرست ۱۰-۸ واژه)

مقیاس حافظه و کسلر (WMS- R , WMS-III)

یادآوری فوری و تاخیری پاراگراف (خرده آزمون حافظه منطقی مقیاس حافظه و کسلر

(WMS- R , WMS-III)

یادآوری فوری و تاخیری طرح‌های بصری (خرده آزمون بازساخت بینایی مقیاس حافظه

و کسلر WMS- R , WMS-III)

یادآوری تاخیری طرح پیچیده (یادآوری شکل پیچیده ری - اوستریت با ۳ دقیقه تاخیر)

اعمال اجرایی:

تناوب سریع بین تکالیف (ردگیری بخش B)

مهار پاسخ بیش آموخته (C)

طبقه بندی و انعطاف ذهنی (آزمون دسته بندی بر گه‌های ویسکانسین)

واژه ساختن سریع (سلاست کلامی و طبقه FAS)

ساختن سریع طرح‌های جدید (سلاست طرحی)

معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE)

این ابزار توسط فولشتاین و همکاران (۱۹۷۵) تهیه شد. یک پرسشنامه ۳۰ سوالی کاربردی - بالینی است که به منظور غربالگری ضمن معاینه بالینی، برای ارزیابی کلی عملکرد شناختی و نقص‌های شناختی احتمالی بیماران و برای کشف اختلال، پیگیری تغییر در حالت شناختی، سیر بیماری و کنترل پاسخ درمانی به کار برده می‌شود. برای تشخیص گذاری رسمی مورد استفاده ندارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). به عنوان ابزار ارزیابی اغتشاش شعور برای تشخیص دلیریوم هم به کار می‌رود و در صورت وجود شروع ناگهانی اختلال، ماهیت نوسانی و همراهی با اختلال توجه و نیز در صورت وجود یکی از دو اختلال تفکر سازمان یافته یا تغییر سطح هوشیاری به همراه اختلالات ذکر شده، وجود دلیریوم به تایید می‌رسد. این پرسشنامه به ارزیابی شش ماده می‌پردازد: جهت یابی، ثبت، توجه، محاسبه، حافظه، زبان و توانایی انجام دستورات ساده. از نمره صفر تا ده برای جهت یابی نمره‌دهی می‌شود و از صفر تا ۳۰ برای

عملکرد شناختی نمره گذاری می گردد. حداکثر نمره این آزمون ۳۰ است. نمره کمتر از ۸ در جهت یابی یا نمره کمتر از ۲۰ در مجموع، اختلال شناختی قطعی را مطرح می کند. به عبارتی دیگر نمره ۲۴-۲۰ نشانه اختلال شناختی احتمالی (مشکوک) و نمره کمتر از ۲۰ نشانه اختلال قطعی و عمیق شناختی می باشد. به بیانی دیگر نمره بالای ۲۱ بیانگر اختلال شناختی خفیف، نمره ۲۰-۱۰ اختلال شناختی متوسط و نمره زیر ۹ بیانگر اختلال شناختی شدید است. لازم به ذکر است که سن و سطح تحصیلات در عملکرد شناختی سنجیده شده توسط این آزمون تاثیر می گذارد و ممکن است متخصص بالینی با مواردی از پاسخ های منفی کاذب یا مثبت کاذب روبرو شود. لذا مقایسه نمره هر بیمار با گروه مرجع جمعیت مفید می باشد. این پرسش نامه در زمینه سرند اختلال های عصب شناختی، روانپزشکی و عصب - روانشناختی دارای محدودیت هایی است که مهم ترین آنها حساسیت پایین این آزمون می باشد.

نیشداد (۲۰۰۰) پایایی باز آزمون آن را به فاصله ۲۴ ساعت ۰/۸۸ گزارش نمود. اکانر و همکاران (۱۹۸۹) حساسیت و ویژگی این پرسشنامه را در نقطه برش ۲۴ به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۹۲ گزارش نمودند.

بحیرایی (۱۳۷۹) در سرند سالمندان مبتلا به دمانس از سالمندان بهنجار پایایی باز آزمون را ۰/۷۳ و با توجه به نقطه برش ۱۸ حساسیت را ۰/۹۵ و ویژگی را ۰/۹۷ گزارش داد. برای مردان نقطه برش ۱۸ و برای زنان نقطه برش ۱۷ محاسبه شد.

ارزیابی درد در سالمندان

پرسشنامه چند بعدی درد وست هاون - بیبل (WHYMPI)

این پرسشنامه برای ارزیابی میزان مداخله درد در زندگی روزانه، میزان حمایت، شدت درد، احساس کنترل زندگی، پریشانی عاطفی، پاسخ و واکنش افراد مهم زندگی بیمار به درد، برداشت و ادراک فرد به ناتوانی وی در موقعیت مربوط به خانه، کار و اجتماع طراحی شده است. یکی از ابزارهای مورد استفاده جهت شناسایی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی درد (ابعاد چندگانه درد مزمن) می باشد. این پرسشنامه برگرفته از نظریه های مربوط به مفاهیم

رفتاری و شناختی درد مزمن است. هدف آن تهیه گزارش مختصری از ادراک‌ها، اظهارها و سنجش میزان درد مزمن می‌باشد. ابزاری موجز و مختصر است و بر روی بیماران دارای دردهای مختلف کمر درد مزمن، سردرد، درد مربوط به سرطان هنجاریابی شده است و در مورد بیماران سرپایی در مراکز مدیریت درد استفاده می‌گردد.

این پرسشنامه در سه محور عمده و بطور تجربی مقوله بندی شده است: محور اول بدکارکردی نامیده شده است. افرادی که در این محور قرار می‌گیرند از سطح بالایی از شدت درد برخوردارند. نمره بالا در این مقیاس نشانگر سطح بالایی از احساس درد می‌باشد که موجب تداخل در فعالیت عادی زندگی می‌شود. همچنین احساس رنج و فرسودگی هیجانی و احساس کنترل کم بر زندگی را می‌توان مشاهده کرد. محور دوم پریشانی بین فردی است. این افراد حمایت اجتماعی کمی از همسر یا افراد مهم زندگی خود دریافت می‌کنند. زمانی که احساس درد می‌کنند، از طرف افراد مهم زندگی تنبیه می‌شوند یا به نوعی پاسخ‌های منفی دریافت می‌نمایند. محور سوم سازگاری است. افرادی که در این طبقه قرار می‌گیرند از سطح کمی از شدت درد برخوردارند، سطح کمی از تداخل درد در فعالیت‌های زندگی دارند، دارای سطح کمی از پریشانی هیجانی هستند و سطح بالایی از کنترل بر روی زندگی را گزارش می‌دهند. این مقوله بندی‌ها برای کمک کردن به توافقی‌های درمانی، تعریف انواع نیازهای مداخله‌ای و اسناد و مدارک بهبود بیماران طراحی شده است.

این پرسشنامه برای سنجش واکنش همسر و دیگر افراد مهم زندگی بیمار مانند دامنه و وسعت برداشت و ادراک آنها از ناتوانی بیمار سودمند است. همچنین برای مدیریت خط سیر پیشرفت درمان در پریشانی عاطفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. با این ابزار می‌توان بیماران با سطح بالایی از احساس ناتوانی، پریشانی عاطفی و افرادی که مستعد بزرگ‌نمایی درد می‌باشند را شناسایی کرد. از آن در مدیریت درد جهت بررسی خط سیر تغییرات در خلال دوره درمان و برآورد نتایج درمان استفاده گردد. خصوصیت ویژه آن ارزیابی ادراک و برداشت بیمار از پاسخ‌های افراد نزدیک و مهم زندگی فرد (پاسخ ادراکی همسر بیمار) است.

این پرسشنامه ۴۸ سوال و دارای ۱۲ مقیاس می‌باشد. اجرای آن ۲۰ دقیقه طول می‌کشد. هر سوال از صفر تا شش درجه‌بندی می‌شود. دارای ۳ بخش به شرح زیر می‌باشد:

بخش اول ابعاد مهم تجربه درد است که شامل الف- تداخل درد در زندگی روزانه، سوال‌های ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۹، ۸، ۴، ۳، ۲، ب- حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی، سوال‌های ۱۵، ۱۰، ۵، پ- شدت درد، سوال‌های ۱۲، ۷، ۱، ت- درک کنترل زندگی، سوال‌های ۱۶، ۱۱ و ج- پریشانی عاطفی، سوال‌های ۲۰، ۱۸، ۶ است.

بخش دوم ارزیابی و درک بیمار از درجه علاقمندی و دلواپسی که همسر و فرد مهم زندگی نشان می‌دهند که شامل الف- واکنش‌های تنبیهی از طرف دیگران، سوال‌های ۱۰، ۷، ۴، ۱، ب- علاقمندی از طرف دیگران، سوال‌های ۱۴، ۱۳، ۱۱، ۸، ۵، ۲، پ- پریشانی و گنجی از طرف دیگران، سوال‌های ۱۲، ۹، ۶، ۳ است.

بخش سوم ارزیابی و گزارش بیمار از فعالیت‌های متداول و معمولی زندگی است که شامل الف- کارهای کوچک و متداول خانه، سوال‌های ۱۳، ۹، ۵، ۱، ب- کار در هوای آزاد و بیرون از آپارتمان (حیاط خانه)، سوال‌های ۱۴، ۱۰، ۶، ۲، پ- فعالیت‌های دور از خانه، سوال‌های ۱۱، ۷، ۳، ت- فعالیت‌های اجتماعی، سوال‌های ۱۲، ۸، ۴، و ث- فعالیت‌های عمومی، ترکیبی از همه ۴ فعالیت در بخش سوم می‌باشد که اجرای آن در برخی موارد خاص توصیه شده است (برنشتاین و همکاران، ۱۹۹۵).

میرزمانی و همکاران (۱۳۸۶) بر اساس آلفای کرونباخ روایی بخش اول را ۰/۸۶، بخش دوم ۰/۷۸، بخش سوم را ۰/۷۵ و مقیاس تداخل درد در زندگی روزانه را ۰/۹۱ گزارش نمودند.

آزمون ارزیابی عملکردی مهارت‌های مراقبت از خود (PASS)

این آزمون جنبه‌های مختلفی از مهارت‌های مراقبت از خود را ارزیابی می‌کند و طیف وسیعی از بیماری‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد. هدف از ارزیابی پی بردن به استقلال و یا وابستگی کامل، اطمینان و امنیت وسایل مورد استفاده از این وسایل در بیماران است. از سه

بخش فعالیت‌های روزمره زندگی، کاربرد ابزار در فعالیت‌های روزمره زندگی و تحرک عملکردی در زندگی روزمره و ۲۴ وظیفه تشکیل شده است و هر وظیفه دارای چند بخش است که سه جنبه استقلال (میزان وابستگی به فردی دیگر یا به محیط خود)، ایمنی (میزان اطمینان به فرد) و نتیجه (کیفیت و روند انجام کار) را مورد بررسی قرار می‌دهد. هر سه جنبه از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شود. از ۲۴ وظیفه ۳ تا مربوط به مراقبت شخصی و فعالیت‌های روزمره زندگی است که شامل بهداشت دهان، ناخن گرفتن، لباس پوشیدن و درآوردن است. ۱۶ تا مربوط به کاربرد ابزار در فعالیت‌های روزمره زندگی هستند که شامل پرداخت صورت حساب یا چک، بررسی صورت حساب‌های چکی، پست کردن، انجام کارهای سنگین خانه (مثل خم شدن، بلند کردن اجسام و حمل کردن)، استفاده از تلفن، کنترل داروهای مصرفی، تعویض ملحفه تختخواب، کسب اطلاعات ضروری از رسانه‌ها (شنوایی و بینایی)، تعمیرات کوچک خانه، جارو کردن، آگاهی از محیط اطراف (ایمنی در منزل)، غذا پختن در فر و روی گاز، استفاده از وسایل تیز و نظافت بعد از آماده‌سازی غذا می‌باشد. ۵ تا مربوط به تحرک عملکردی در زندگی روزمره است که شامل انتقال از تخت، استفاده از پله، توال رفتن، حمام کردن و راه رفتن در فضای بسته می‌باشد.

راجرز و هولم (۱۹۹۰، ۱۹۸۸) ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بر روی بیماران آرتریتی، قلبی عروقی، دمانسی، افسرده و سالم بشرح زیر گزارش دادند: پایایی بعد استقلال ۹۲٪، ایمنی ۸۹٪ و نتیجه ۸۲٪. روایی آن نیز بین خوب تا بالا بود.

تقی زاده و همکاران (۱۳۸۷) ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بر روی بیماران مبتلا به پارکینسون به شرح زیر گزارش دادند: پایایی باز آزمون بعد استقلال ۹۳٪، ایمنی ۹۱٪ و نتیجه ۹۱٪. روایی آن بر اساس توافق میان نظر کارشناسان با اطمینان بیش از ۹۵٪ بود.

معیار فعالیت‌های زندگی روزانه کاتز (KDLA)

این ابزار برای تعیین وجود شاخص بی تحرکی به ویژه در بیمار بستری مبتلا به دلیریوم به کار می‌رود و تست مهارت پایه مراقبتی شامل غذا خوردن، حمام کردن، دستشویی رفتن،

رسیدگی به سر و وضع ظاهری خود، لباس پوشیدن، توانایی حرکت بین تختخواب و صندلی و راه رفتن را شامل می‌شود. نمره گذاری آن بین صفر تا ۱۴ است. نمره کمتر از ۱۲ در آن به منزله اختلال می‌باشد.

ارزیابی روانی جنسی سالمندان

مقیاس نگرش و اطلاعات جنسی سالمند (ASKAS)

وایت (۱۹۸۲) این آزمون را طراحی کرد. این آزمون اطلاعات شخصی جنسی در سالمندان را می‌سنجد و یک آزمون آموزشی نیز محسوب می‌گردد. سالمندان با پاسخ دادن به این آزمون می‌توانند موقعیت خود را ارزیابی کنند. دارای ۳۵ سوال است که هر قسمت را می‌توان با جواب‌های صحیح، غلط و نمی‌دانم پاسخ داد (به نقل از صمدانی فرد و صمدانی فرد، ۱۳۸۷).

پرسشنامه جنسی

این پرسشنامه توسط وایزبرگ و اسپروکو در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است. دارای ۲۰ سوال می‌باشد و به سالمند اجازه می‌دهد تا میزان اطلاعات خود را راجع به مسائل جنسی ارزیابی نماید و چنانچه با مسائل جدی مواجه شود به پزشک مراجعه کند.

پرسشنامه سنجش عوامل روانشناختی اختلال‌های کنشی جنسی

پرسشنامه سنجش عوامل روانشناختی اختلال‌های کنشی جنسی توسط مهرابی و دادفر (۱۳۸۲) ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است و گزینه‌های آن به صورت بلی - خیر است. برای تهیه این پرسشنامه نخست ۱۰۰ پرسش برگرفته از نظر متخصصان، کتب و متون تخصصی طرح شد. پس از بررسی مقدماتی ۸۶ پرسش انتخاب و اعتبار محتوایی آن توسط چند تن از متخصصان روانپزشکی و روانشناسی بالینی تأیید شد.

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۳۱

پایایی آن به روش کودر- ریچاردسون^۱ بر روی تعدادی از بیماران مبتلا به اختلال‌های کنشی جنسی برابر ۰/۶۸ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای غیر منطقی اختلال نعوظی

این پرسشنامه توسط مهرابی، دادفر و چیمه (۱۳۸۵) ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال بود که از ۰-۴ نمره گذاری می‌شود. صفر نمایانگر عدم موافقت مراجع و چهار نمایانگر کاملاً موافق می‌باشد. این پرسشنامه شامل باورها، نگرش‌های جنسی، انتظارات و توانایی‌های مردان مبتلا به اختلال نعوظی (نوع اضطراب عملکردی) می‌باشد. اعتبار محتوایی آن توسط چند روانپزشک و روانشناس بالینی تأیید شد و پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی در فاصله دو هفته بر روی مردان مبتلا به اختلال نعوظی - نوع اضطراب عملکردی ۰/۷۶ به دست آمد.

ارزیابی شخصیت سالمندان

اریک اریکسون (۱۹۶۸) یکی از نظریه پردازان شخصیت در روانشناسی، برای چرخه زندگی انسان هشت مرحله را مشخص کرده است. سن سالمندی هشتمین مرحله این چرخه می‌باشد. مرحله انسجام ایگو (من) یا کمال خود در مقابل ناامیدی (اواسط بزرگسالی تا مرگ) می‌باشد که در آن تعارض به وسیله کاهش نقش‌های اجتماعی و زیست شناختی مهم، همزمان با فرا رسیدن سنین پیری و دشواری پذیرش این امر به وجود می‌آید. از نظر اریکسون بحران‌های روانی اجتماعی سالمندی، انسجام ایگو (من) در برابر ناامیدی، نیرومندی‌های بنیادی خردمندی یا عقل، و پاتولوژی هسته‌ای یا بی‌زاری اساسی، نفرت است. انسجام/ یکپارچگی ایگو یا کمال خود یعنی پذیرش تنها چرخه زندگی خود و افراد مهم به عنوان ضرورت‌های جان‌نشین ناپذیر. چون فرد سالخورده با مرگ روبرو می‌شود، وارد چیزی می‌شود به نام "مرور زندگی". با نگاه به گذشته، با شگفتی از خود می‌پرسد که آیا زندگی آنها با ارزش بوده است؟ احساس یکپارچگی می‌تواند نزدیکی مرگ را تحمل پذیر کرده و فرد را به "گسستگی توام با توجه فعالانه به زندگی" برساند. در مرحله بالیدگی و پیری فرد با انتخاب

1 - Kuder-Richardson

بین انسجام ایگو یا ناامیدی مواجه می‌شود، نگرش‌هایی که شیوه ارزیابی فرد را از کل زندگی اش تحت تاثیر قرار می‌دهد. تلاش‌های عمده فرد در حال اتمام یا نزدیک به اتمام است. فرد زندگی خود را بررسی و آن را ارزیابی نهایی می‌کند. از نظر اریکسون فرد در این مرحله دچار بحران روانی اجتماعی چندانی نمی‌شود و بیشتر به جمع‌بندی، ارزیابی و مرتبط بودن تجارب مراحل مختلف تکامل ایگو در گذشته، مشغول می‌شود و این امر را روند "عروج خود" می‌نامد.

احساس خرسندی و رضایت از گذشته، کنار آمدن با پیروزی‌ها و شکست‌های زندگی به طور شایسته باعث داشتن ایگو منسجم می‌شود. انسجام ایگو شامل پذیرفتن جایگاه شخص و گذشته او است. انسجام ایگو، پذیرش چرخه یگانه زندگی و منحصر به فرد شخص به عنوان آنچه باید روی می‌داد و هیچ چیز دیگر نمی‌توانست جانسین آن شود، می‌باشد. انسجام بیان‌کننده این احساس است که "آری من اشتباهاتی کردم، اما با در نظر گرفتن اینکه در آن زمان من چه کسی بودم و با توجه به وضعیت‌ها، این اشتباهات ناگزیر بود و من آنها را همراه با چیزهای خوب در زندگی ام می‌پذیرم". انسجام احساسی است که در ماوراء "خود" نیز گسترش می‌یابد و حتی مافوق مرزهای ملی و عقیدتی جای می‌گیرد. انسجام ایگو منجر به نوعی دانایی مستقل و فلسفی در باره خود زندگی می‌شود. رهنمود اریکسون برای دستیابی به انسجام ایگو "درگیری حیاتی در پیری" است یعنی انجام دادن کاری بیش از اندیشیدن به گذشته، سرزندگی و شرکت فعال در زندگی، جستجوی چالش و تحریک از جانب محیط، درگیر فعالیت‌های مادر بزرگی و پدر بزرگی، برگشتن به آموزشگاه و پرورش مهارت‌ها و علائق جدید.

اریکسون به کشمکش درونی اشاره دارد که ما آن را نادیده می‌گیریم. ما می‌بینیم که فرد سالخورده فاقد رغبت و جوانی است ولی نمی‌بینیم که فرد سالخورده آرام و ساکت، ممکن است در حال دست و پنجه نرم کردن با مهم‌ترین همه پرسش‌ها باشد: آیا اکنون که با مرگ روبرو می‌شوم، زندگی من دارای معنی بود؟ چه چیزی زندگی را معنی دار می‌کند؟

بازنگری با احساس ناکامی، خشم از فرصت‌های از دست رفته و تاسف از اشتباهاتی که نمی‌توانند اصلاح شوند باعث احساس ناامیدی و تنفر از خود و بیزاری از دیگران و برآشفتگی از آنچه اتفاق افتاده است، می‌گردد. از نظر اریکسون افرادی که روند را طی نمی‌کنند از مرگ هراس دارند، دچار احساس شکست شدید هستند، دایم از آینده می‌ترسند، غبطه و حسرت گذشته را می‌خورند. بسیاری از افراد پیر دچار نفرت می‌شوند که در واقع یک احساس تحقیر نسبت به خود است. در این رابطه کمال، احساس رضایتی است که شخص از زندگی پر بار گذشته خود داشته و یاس، احساس زندگی پوچ و بی معنی است.

نیرومندی بنیادی خردمندی یا عقل است که از انسجام ایگو در دوره بالیدگی به دست می‌آید و در علاقه‌ای مجزا به کل زندگی نشان داده می‌شود. این امر به نسل‌های بعدی یکپارچگی تجربه را انتقال می‌دهد که کلمه "میراث" آن را بهتر توصیف می‌کند. از نظر اریکسون رشد و تکامل واقعی و خردمندی اصیل فقط در سن پیری رخ می‌دهد، البته نه در همه افراد.

مردم‌گریزها و افرادی که به دیگران فخر می‌فروشند، در دام یاس گرفتار هستند. تلخی زندگی و احساس پشیمانی و شکست ممکن است فرد را به کهولت زودرس، افسردگی، هیپوکندریازیس، واکنش‌های پارانوئید و نوسان‌های خلقی دچار سازد. در این افراد کهنسال همواره ترس از طرد شدن از جانب دیگران و یا سپرده شدن به موسسه وجود دارد. شکست برای کسب یکپارچگی باعث تنفر از دنیای بیرونی و برخورد توهین آمیز با افراد و موسسات می‌شود. این نفرت پوشاننده ترس از مرگ و احساس درماندگی از این است که دیگر فرصتی باقی نمانده است. اختلال‌های اضطرابی در سالمندان به دلیل واپس‌نگری فرد به زندگی و احساس هراس دیده می‌شود. افت اعمال فیزیکی به بروز اختلال‌های روان‌تنی، خود بیمار انگاری و افسردگی کمک می‌کند. پس از ۶۵ سالگی و بالاتر، عیار خودکشی بالاتر می‌رود. یکپارچگی یعنی قبول زندگی خود و فقدان قبول زندگی خود فرد را دچار یاس و درماندگی و لذا افسردگی شدید می‌کند. پاتولوژی یا بیزاری اصلی در این مرحله نفرت است.

پرسشنامه شخصیتی چندمحوری مینه‌سوتا (MMPI)

آزمون شخصیتی مینه‌سوتا یا MMPI را می‌توان یکی از مهم‌ترین، معتبرترین و پرمصرف‌ترین آزمون‌ها در زمینه شخصیت دانست. این پرسشنامه در سال ۱۹۴۳ به‌وسیله هاتاوی و مک‌کنیلی در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته شد و از آن پس در پژوهش‌های مختلف مربوط به مسائل شخصیتی و اختلالات روانی و در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز بهداشت روانی مورد استفاده گسترده‌ای قرار گرفت. از سال ۱۹۴۳ تا ۱۹۵۴ بالغ بر ۶۸۹ مقاله پژوهشی که بیانگر ارزش چشمگیر این پرسشنامه در تشخیص و ارزشیابی شخصیت می‌باشد، منتشر شده است. پرسش‌های این آزمون جملاتی اخباری هستند که فرد باید موافقت یا مخالفت خود را با آن‌ها اعلام کند. نخستین نسخه اصلاح شده MMPI، MMPI-2 است که در سال ۱۹۸۹ انتشار یافته است. MMPI-2 برای افراد بزرگ سال ۱۸ سال و بالاتر مناسب است. MMPI-2 شامل ۵۶۷ گزاره می‌شود و معمولاً حدود یک تا دو ساعت زمان می‌برد. همچنین نسخه کوتاه شده‌ای از MMPI-2 وجود دارد که شامل ۳۷۰ گزاره اول MMPI-2 است. نسخه کوتاه شده MMPI-2 در وضعیت‌هایی به کار می‌رود که وقت کم است (مارنات، ۱۳۸۴، دهقانی، حبیبی عسکر آباد و عاشوری، ۱۳۸۸). یافته‌های پژوهش دهقانی، عاشوری، حبیبی عسکر آباد و خطیبی (۱۳۸۹) نشان داد که همسانی درونی، اعتبار بازآزمایی و روایی ملاکی همگرای MMPI-2 با پرسشنامه شخصیتی آیزنگ، مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی و فهرست تجدید نظر شده - نشانگان ۹۰ روی جامعه آزمودنی‌های ۱۸-۸۰ سال رضایت بخش بود.

پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۲ (MCMI-II)

این پرسشنامه برای تعیین اختلالات شخصیت به کار گرفته می‌شود. در این پژوهش از فرم استاندارد شده آن توسط خواجه‌موجهی (۱۳۷۲) استفاده گردید. نمره ۷۵ و بالاتر برای تعیین اختلالات شخصیت در نظر گرفته شد. میلون (۱۹۸۷) پایایی آزمون را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ و خواجه‌موجهی (۱۳۷۲) پایایی آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۶۹ تا ۰/۹۲ و از طریق بازآزمایی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ گزارش نمود. نتایج اعتباریابی تشخیصی در برش‌های مقیاس فردی

اختلالات شخصیتی و بالینی بر روی بیماران مبتلا به اختلالات روانی، در حد بالایی گزارش شده است (میلون، ۱۹۸۷).

پرسشنامه سرشت و منش (TCI)

پرسشنامه سرشت و منش برای ارزیابی دو بعد سرشت (شامل نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش-وابستگی و پشتکار) و منش (شامل خود-راهبری همکاری و خودفراوری)، مدل زیستی روانی اجتماعی کلونینگر از شخصیت در بزرگسالان تهیه شده است. TCI مدل هفت بعدی کلونینگر را اندازه‌گیری می‌کند و یک مجموعه آزمون است. این مدل هم برای تشخیص و هم پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت مفید است. هر یک از مقوله‌های اختلال شخصیت در DSM-III-R^۲ با یک نیم‌رخ واحد نمرات بر اساس TCI منطبق است. این مدل برای توصیف و پیش‌بینی سیر بالینی اختلالات روانپزشکی نیز مؤثر است. به نظر می‌رسد این مدل قادر به فراهم کردن تحلیل چندعاملی از شخصیت انسان باشد. ابعاد سرشت و منش در مدل کلونینگر تعامل بین عوامل رشدی و جنبه‌های زیستی شخصیت را ارائه می‌کند. TCI قادر به پیش‌بینی جنبه‌های شناختی رفتار، همبسته‌های رفتاری تفاوت‌های فردی در ابعاد شخصیت برای اختلالات روانپزشکی می‌باشد (سونگ و همکاران، ۲۰۰۲). این آزمون در تشخیص افتراقی و طرح‌ریزی درمانی اختلالات روانی مفید است؛ برای مثال خرده‌مقیاس‌های منش برای تشخیص این که آیا فرد دارای اختلال شخصیت است تهیه گردیده و خرده‌مقیاس‌های سرشت برای تشخیص انواع سرشت بهنجار و نیز تشخیص افتراقی انواع مقوله‌ای اختلال‌های شخصیت ساخته شده است. TCI همچنین در ارزیابی آسیب‌شناسی روانی همبود کمک‌کننده است. به این دلیل که تفاوت‌های بالینی بین و درون انواع مختلف نشانگان آسیب‌شناسی روانی شامل اختلال اضطرابی، خلقی، خوردن و سوء‌مصرف مواد با تفاوت در

1- Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)
2- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS)
3- Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)
4- Goodman
5- Hodgson
6- Rachman
2 - Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder-Third Revised

نیمرخ‌های TCI در ارتباط است. پاسخ متفاوت به داروهای روان‌گردان شامل داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی به‌طور قوی با متغیرهای سرشتی TCI در ارتباط است. بر عکس مقیاس‌های منش به‌عنوان اهدافی برای گسترش روان‌درمانی تخصیص یافته‌اند و در برخی از روان‌درمانی‌ها که در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد، به کار گرفته می‌شود (کلونینگر و شوراکیک، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴).

TCI دارای چندین فرم خود گزارش دهی از جمله ۱۲۵ و ۲۴۰ سوالی می‌باشد. این پرسشنامه کاغذ-مدادی است که آزمودنی به صورت بلی یا خیر به سؤال‌های آن پاسخ می‌دهد. سؤال‌ها درباره‌ی علایق، تمایلات، نگرش‌ها، واکنش‌های هیجانی، اهداف و ارزش‌های فرد می‌باشند. به عبارت دیگر فرد با پاسخ‌گویی به سؤال‌ها، خودش را توصیف می‌کند. پرسشنامه دارای دو مقیاس سرشت و منش (۷ عامل)، ۲۵ خرده‌مقیاس که ۱۲ خرده‌مقیاس مربوط به سرشت و ۱۳ خرده‌مقیاس مربوط به منش می‌باشد. مقیاس‌ها وزن مساوی ندارند. نحوه نمره‌گذاری TCI ساده و راحت است. هر یک از خرده‌مقیاس‌ها دارای سؤال‌هایی است. به هر کدام از سؤال‌ها یک نمره تعلق می‌گیرد و نمره هر یک از ابعاد، از مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌های آن بُعد به دست می‌آید. طراحی سؤال‌ها به گونه‌ای است که با توجه به محتوای عبارت، پاسخ صحیح و غلط می‌تواند موجب افزایش نمره در یک مقیاس گردد. این طراحی بدین منظور صورت می‌گیرد که تأثیر پاسخ‌دهی ردیفی را در نتایج کاهش دهد. مقیاس‌ها دارای تعداد یکسانی از سؤال‌ها نیستند.

مقیاس‌های این پرسشنامه از ترکیب برداشت منطقی و روش‌های آماری تحلیل عوامل به‌دست آمده‌اند که طی چند سال گذشته در پژوهش‌های گسترده بر روی نمونه‌های مختلف، پایایی و روایی خوبی را نشان داده‌اند (کلونینگر و همکاران، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴ در آمریکا؛ کی‌جی‌ما و همکاران، ۱۹۹۶ در ژاپن، برانداستورم و همکاران، ۱۹۹۸؛ برانداستورم و همکاران، ۲۰۰۱ در سوئد؛ دی‌لاری و همکاران، ۱۹۹۸ در هلند؛ گریگور و همکاران، ۱۹۹۹؛

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۳۷

هریست و همکاران، ۲۰۰۰ در آمریکا؛ تاناکا و همکاران، ۲۰۰۰ در ژاپن، پلیسولو^۱ و لپین^۲، ۲۰۰۵ در فرانسه؛ ساتو^۳ و همکاران، ۲۰۰۱ در آلمان، گوتیرز^۴ و همکاران، ۲۰۰۱ در اسپانیا؛ سونگ و همکاران، ۲۰۰۲ در کره؛ پریس و همکاران، ۲۰۰۰؛ پریس و کلوز، ۲۰۰۱؛ فلیگر^۵ و همکاران، ۲۰۰۳؛ هوساک^۶ و همکاران، ۲۰۰۴؛ سیموا^۷ و همکاران، ۲۰۰۴، به نقل از دادفر، بهرامی، یونسی و دادفر، ۱۳۸۹، کاویانی، ۱۳۸۲).

در پژوهش دادفر، بهرامی، یونسی و دادفر (۱۳۸۹) دامنه ضریب آلفا از ۰/۴۴ برای مقیاس پشتکار تا ۰/۸۱ برای مقیاس خودفراروی به دست آمد. میانگین ضریب‌های به دست آمده ۰/۶۸ و ضریب آلفای کل آزمون ۰/۷۴ بود. دامنه ضریب‌های همبستگی پیرسون به روش بازآزمایی بر روی ۳۱ دانشجو به فاصله دو ماه از ۰/۵۳ برای مقیاس‌های نوجویی و پشتکار تا ۰/۸۲ برای مقیاس آسیب‌پرهیزی و از ۰/۲۴ برای خرده‌مقیاس بی‌نظمی در برابر نظم و ترتیب (NS۴) تا ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس ترس از عدم موفقیت در برابر اعتماد به نفس (HA۲) در نوسان بود. در تحلیل عاملی ۶ عامل به دست آمد. همبستگی بین مقیاس‌های خود-راهبری و آسیب‌پرهیزی ۰/۵۷ و خود-راهبری و همکاری ۰/۴۶ به دست آمد.

آزمون‌های فرافکنی

آزمون‌های فرافکنی برای ارزیابی شخصیت شامل آزمون رورشاخ، آزمون اندریافت سالمندان (SAT)، آزمون جملات نیمه تمام ساکس، آزمون جملات نیمه تمام راتر، آزمون نقاشی درخت و غیره می‌باشند. اندریافت، عبارت است از نوعی آمادگی برای ادراک وقایع به گونه‌ای خاص بر اساس تجارب قبلی. از دیدگاه نظری، آزمون اندریافت دستیابی به ساخت‌های پنهان و عمیق‌تر شخصیت فرد را امکان‌پذیر می‌سازد، بر ماهیت کلی شخص

1 - Pelissolo
2 - Lepine
3 - Sato
4 - Gutierrez
5 - Fleger
6 - Hosak
7 - Simova

متمرکز است تا به اندازه گیری عینی صفت‌ها یا نگرش‌های خاص، دارای سهولت ایجاد ارتباط با فرد، از محیطی علمی - انسانی برخوردار است. در صف هیچ یک از مکاتب فکری خاص قرار ندارد، بنابراین می‌توان بر اساس نظریه‌های مختلف آن را مورد تفسیر قرار داد. و ممکن است مانع مقاومت هشیارانه فرد شود و در نتیجه، مطالبی را بیان کند که ممکن است به روش مستقیم آن‌ها را آشکار نسازد (مارنات، ۱۳۸۴، کرمی، ۱۳۹۲، دادفر، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳).

ارزیابی رضایتمندی سالمندان

پرسشنامه رضایت مراجع - ۸ سؤالی (CSQ-8)

این پرسشنامه توسط لارسن^۱ و همکاران (۱۹۷۹) برای سنجیدن رضایت مراجع از خدمات مشاوره‌ای و درمانی تدوین شده است. سؤالات این پرسشنامه براساس رتبه‌بندی یک مجموعه سؤالات مربوط به رضایت مراجع، توسط متخصصان بهداشت روانی و سپس تحلیل عاملی آنها انتخاب شده است. این پرسشنامه یک بعدی^۲ است و یک برآورد همگن از رضایت کلی مراجع از خدمات بالینی به دست می‌دهد. از پرسش‌های شماره ۳، ۷ و ۸ می‌توان به عنوان یک فرم کوتاه‌تر استفاده کرد. نمره آن به سادگی با جمع کردن نمرات تک‌تک سؤالات به دست می‌آید. برای هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۴ در نظر گرفته شده است. دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ است و نمرات بالاتر نشانه رضایت بیشتر است. در پژوهش‌های مختلف نمرات آلفای آن بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ به دست آمده و از همسانی درونی عالی و روایی همزمان بسیار خوبی برخوردار است. نمرات این پرسشنامه با رتبه‌بندی مراجعان از نشانه‌شناسی و بهبود کلی و همچنین رتبه‌بندی درمانگران از پیشرفت مراجعان و یا احتمال پیشرفت آنان همبستگی دارد. نمرات آن با نرخ ترک درمان‌کنندگان (یعنی مراجعانی که رضایت کمتر داشته و نرخ ترک درمان^۳ بالاتری داشته‌اند) نیز همبستگی دارد. این پرسشنامه هم‌چنین با تعداد دیگری (اما

1 - Larsen

2 - unidimensional

3 - drop-out

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۳۹

نه تمام) متغیرهای نتایج درمان همبستگی متوسط نشان داده است که به منزله همبستگی متوسط رضایت از مشاوره و درمان و بهبود حاصل از آنهاست (لارسن و همکاران، ۱۹۷۹). در پژوهش دادفر، سراحی و دادفر (۱۳۸۲) بر روی تعدادی از بیماران سرپایی روانپزشکی، پایایی آن به روش بازآزمایی طی دو هفته برابر ۰/۹۵ به دست آمد.

ارزیابی معنوی و مذهبی سالمندان

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود. سلامت معنوی، بین نیروهای درونی ارتباطی هماهنگ و یکپارچه ایجاد می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خداوند، جامعه و محیط مشخص می‌شود. نیرویی یگانه است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است. با به خطر افتادن سلامت معنوی، فرد دچار اختلال‌های روانی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی می‌شود. لذا سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است (سید فاطمی و همکاران، ۱۳۸۵).

پرسشنامه سلامت معنوی

پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون دارای ۲۰ سوال است که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ به سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی می‌شود. در سوالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام می‌گیرد. در نهایت، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) دسته بندی می‌شود. سید فاطمی و

همکاران (۱۳۸۵) پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی آن را از طریق محتوایی گزارش نمودند.

پرسشنامه دعا

این پرسشنامه توسط پولوما و پندلتون (۱۹۹۱) برای اندازه‌گیری تناوب آداب دعا کردن و تجربه قبلی دعا تهیه شد. توسط مراویگلیا مورد تجدید نظر قرار گرفت و نگرش نسبت به دعا به آن اضافه گردید. این پرسشنامه ۳۲ سوال دارد. ۱۷ سوال در مورد تناوب آداب دعا کردن است که به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از مطمئن نیستم (نمره ۱) تا به طور مداوم انجام می‌دهم (نمره ۷)، دسته بندی شده است و دامنه نمره‌های آن ۱۱۹-۱۷ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده تناوب بیشتر دعا کردن است. ۹ سوال در مورد تجربه قبلی دعا کردن است که به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از مطمئن نیستم (نمره ۱) تا به طور مداوم (نمره ۷)، دسته بندی شده است و دامنه نمره‌های آن ۶۳-۹ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده تجربه قبلی مطلوب تر است. ۶ سوال آخر، نگرش بیماران نسبت به دعا را اندازه می‌گیرد که به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا به کاملاً موافقم (نمره ۷)، دسته بندی شده است. نمره گذاری سوال‌های منفی به صورت معکوس انجام می‌گیرد و دامنه نمره‌های آن ۴۲-۶ است. نمره بالاتر نشان دهنده تناوب نگرش مثبت تر نسبت به دعا کردن می‌باشد. نمره کل دعا ۲۲۴-۳۲ می‌باشد. سید فاطمی و همکاران (۱۳۸۵) پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی آن را از طریق محتوایی گزارش نمودند.

پرسشنامه پایبندی‌های مذهبی

در این پرسشنامه، ۴ سوال مطرح شده که بر اساس گزارش ذهنی فرد است. طی مصاحبه ۴ سوال پرسیده شده و از فرد خواسته می‌شود تا به هر پاسخ طی یک طیف ۵ درجه‌ای از صفر تا ۴ (خیلی کم = ۰، کم = ۱، متوسط = ۲، زیاد = ۳، خیلی زیاد = ۴) با نظر خودشان توسط فرد مصاحبه کننده نمره دهند. پس از آن از فرد خواسته می‌شود تا میزان مذهبی بودن خود را طبق سوال مطرح شده در پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ درجه بندی کند. همبستگی

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۴۱

سوال‌های یاد شده با پرسش‌نامه توکل توسط بواله‌ری و همکاران (۱۳۷۹) ۰/۵۴ گزارش شده است. در پژوهش نظیری، دادفر، و کریمی کیسمی (۱۳۸۴) روایی صوری سوال‌های یاد شده را ۱۰ نفر روانشناس، روانپزشک و نیز چند نفر روحانی تایید نمودند.

ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان

کیفیت زندگی از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری آن در پژوهش‌های مختلف سلامتی، لازم و ضروری است. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های‌شان است. اطلاعات در مورد کیفیت زندگی جمعیت عمومی می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه‌ای در نظر گرفته شده در زمان ارزیابی مداخلات، مورد استناد قرار گیرد. لذا اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر محاسبه شاخص‌های مرگ و فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه دارد. بررسی کیفیت زندگی بخش اساسی ارزیابی پزشکی به شمار می‌رود. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که در برگیرنده ابعادی چون سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد (ایسوم، ۲۰۰۳).

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان امر بسیار مهمی است.

کیفیت زندگی سالمندان تحت تاثیر عوامل مختلف از جمله بیماری‌ها و عوارض ناشی از آن قرار دارد که در صورت ابتلاء، با شناخت، تشخیص و درمان به هنگام آنها می‌توان سطح کیفیت زندگی را ارتقاء داد.

شیوع بالای اختلال‌های روانی، در درجه اول دمانس و افسردگی، به طور تلویحی به این معنی است که تبخّر در مورد اختلال‌های روانی اواخر عمر برای برآوردن شرایط کیفیت زندگی و کیفیت مراقبت لازم است.

مهمترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی افراد سالمند سلامتی است. سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد. کیفیت زندگی دستاورد مراقبت‌های بهداشتی و میزان تاثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌کند. می‌توان گفت که مراقبت‌های بهداشتی، تنها زمانی به عنوان مراقبت شایسته ارزیابی می‌شود که کیفیت زندگی به خوبی کمیت زندگی در فرد زیر پوشش خدمات، بهبود یافته باشد. بنابراین به همان اندازه که جمعیت سالمندان رشد می‌کند، امید به زندگی نیز افزایش می‌یابد. از این رو باید سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی برای حفظ سطح بهداشت سالمندان افزایش یابد و عوامل زیان بار برای بهداشت و سلامت آنها تشخیص داده شده و از میان برداشته شود.

با توجه به اینکه در کشور ما جمعیت سالمندان در حال رشد می‌باشد، جهت برنامه ریزی برای این گروه، شناسایی نیازهای آنها با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ما با سایر کشورها ضروری است. چالش جدید قرن ۲۱ "زندگی کردن با کیفیتی برتر" است نه صرفاً زنده ماندن. لذا امروزه کیفیت زندگی و عوامل تاثیر گذار بر آن از حیطه‌های مورد پژوهش می‌باشد. در دهه‌های اخیر برای تعیین نیازها و ارتقاء سطح سلامتی، بهداشتی، اجتماعی، رفاهی و توانبخشی یکی از شاخص‌ها و معیارهای قابل سنجش، معتبر و با ارزش، ارزیابی کیفیت زندگی است. می‌توان با بررسی و ارزیابی چنین شاخصی و با استفاده از اطلاعات به دست آمده، موجب شناسایی مشکلات، نیازها و کاستی‌ها در گروه‌های مختلف و به‌ویژه سالمندان شد. بنابراین می‌توان با استفاده از ارزیابی کیفیت زندگی به شناخت ابعاد مختلف مسائل و چالش‌های سالمندان دست یافت تا بر اساس یافته‌های آن و با سیاست گذاری‌ها، مراقبت‌های بهداشتی، حمایت‌های اجتماعی، بستر سازی فرهنگی و بهبود وضعیت اقتصادی جهت ارتقاء سطح کیفی زندگی سالمندان گام‌های موثری برداشت.

هر گونه برنامه ریزی و آموزش در باره سالمندان، نیازمند در دست داشتن ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان و نشانی دقیق پستی جمعیت هدف است، پیشنهاد می‌شود بانک اطلاعاتی از ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان با توجه به وضعیت سلامت آنها تدوین

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۴۳

گردد و با ارایه آموزش‌های لازم در مورد پیشگیری کیفیت زندگی در سالمندان افزایش داده شود.

پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی سالمندان

(Short Form – 36 items Quality of Life Questionnaire)

این پرسشنامه توسط جان و ویر (۲۰۰۰) ساخته شد. ابعاد آن شامل فعالیت فیزیکی، درک کلی از سلامتی، ایفای نقش جسمی، فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، قوه یا نیروی حیاتی، سلامت روانی و درد جسمی می‌باشد. برای سنجش عملکرد فیزیکی، پرسش‌های مربوط به فعالیت شدید، فعالیت متوسط، بلند کردن و حمل کردن، بالا رفتن از پله، خم شدن و زانو زدن، راه رفتن و حمام کردن در نظر گرفته می‌شود. برای بعد ایفای نقش فیزیکی، پرسش‌های محدودیت در فعالیت‌های روزانه، کارایی مورد انتظار و میزان صرف زمان برای فعالیت‌های روزانه به کار برده می‌شود. برای بررسی درک کلی از سلامتی، پرسش‌هایی در زمینه مقایسه سلامت فرد با دیگران و برای ارزیابی فعالیت اجتماعی، پرسش‌هایی درباره ارتباط فرد با خانواده، دوستان و آشنایان وجود دارد. نمره‌گذاری آن به روش لیکرت انجام می‌شود که در دامنه صفر تا ۱۰۰ می‌تواند نوسان داشته باشد. با در نظر داشتن معیار ۱۰۰-۰، میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را می‌توان به عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول در نظر گرفت. صفر نشان دهنده پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی و ۱۰۰ بیانگر بالاترین سطح کیفیت زندگی است.

اشاکی و همکاران (۲۰۰۶) پایایی آن را برای سالمندان ایرانی به روش همسانی درونی بالای ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ برای آن را ۰/۷۰ گزارش نمودند. احمدی و همکاران (۱۳۸۳) ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی آن را ۰/۸۴، میانگین پایایی ابعاد هشت گانه را ۰/۸۶ و روایی آن را نیز ۰/۸۶ به دست آوردند. وحدانی نیا و همکاران (۱۳۸۴) پایایی و روایی آن را تایید کردند.

پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان (لیپارد)

این پرسشنامه که در سال ۱۹۹۸ توسط دی لیو و همکاران از طریق مصاحبه با سالمندان ساخته شد، به عنوان یک ابزار بین المللی استاندارد و فاقد بار فرهنگی است. این پرسشنامه در همه گروه‌های سالمندی در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده است (علی پور و همکاران، ۱۳۸۷). از جمله ابزارهای غربالگری عملی - جامع و هزینه اثر بخش برای سالمندان است و برای ارزیابی نیازهای کلی بهداشتی سالمندان به کار می‌رود. این پرسشنامه به دو بخش تقسیم می‌شود: بخش اول کیفیت زندگی اصلی لیپارد دارای ۳۱ سوال و بخش دوم کیفیت زندگی تسهیل کننده دارای ۲۱ سوال است.

بخش اصلی کیفیت زندگی، کیفیت زندگی سالمندان را در ۷ بعد عملکرد جسمی (۵ سوال به شماره‌های ۱، ۶، ۷، ۹، ۱۲)، مرافبت از خود (۶ سوال به شماره‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۱۱، ۱۲)، افسردگی و اضطراب (۴ سوال)، عملکرد ذهنی (۵ سوال به شماره‌های ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶)، عملکرد اجتماعی (۳ سوال به شماره‌های ۲۱، ۲۲، ۲۳)، عملکرد جنسی (۲ سوال به شماره‌های ۳۰، ۳۱) و رضایت از زندگی (۶ سوال به شماره‌های ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹) بررسی می‌کند. معیار اندازه‌گیری این هفت بعد رتبه‌ای می‌باشد که برای عملکرد جسمی، مرافبت از خود و عملکرد ذهنی ۱۵-۰، عملکرد اجتماعی ۹-۰، رضایت از زندگی ۱۸-۰ و عملکرد جنسی ۶-۰ است. بخش اصلی به صورت لیکرت طراحی شده است و هر سوال دارای چهار گزینه می‌باشد که از صفر (بدترین حالت) تا سه (بهترین حالت) امتیاز بندی شده است و دارای حداقل صفر امتیاز و حداکثر ۹۳ امتیاز می‌باشد.

بخش کیفیت زندگی تسهیل کننده، کیفیت زندگی سالمندان را در ۵ بعد اختلال شخصیتی درک شده (۶ سوال)، معیار عصبانیت (۴ سوال)، معیار مطلوبیت اجتماعی (۳ سوال)، عزت نفس (۳ سوال)، و اعتقاد به خداوند (۵ سوال)، بررسی می‌کند. سوال‌های این بخش دارای دو پاسخ بلی و خیر است که از صفر (بدترین حالت) تا ۱ (بهترین حالت) امتیاز بندی شده است و دارای نمره حداقل صفر امتیاز و حداکثر ۲۱ امتیاز می‌باشد. کل پرسشنامه

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۴۵

دارای ۵۲ سوال است که دارای حداقل صفر امتیاز (بدترین حالت) و حداکثر ۱۱۴ امتیاز (بهترین حالت) می‌باشد.

این پرسشنامه در ایران توسط دوامی (۱۳۷۸) ترجمه و هنجاریابی شده است. پایایی آن ۰/۸۷ و روایی آن مورد تایید قرار گرفته است. بذرافشان و همکاران (۱۳۸۷) پایایی آن را به روش همسانی درونی ۰/۹۴ و بازآزمون ۰/۹۵ گزارش دادند و روایی آن را نیز تایید نمودند.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)

این پرسشنامه کیفیت زندگی را به صورت کلی و عمومی می‌سنجد. دارای ۲۶ سوال و چهار حیطه سلامت جسمانی (۷ سوال در مورد قدرت حرکت، فعالیت‌های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، درد و خواب)، سلامت روانی (۶ سوال در مورد تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روانی)، روابط اجتماعی (۳ سوال در مورد ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی، و زندگی جنسی) و سلامت محیط (۸ سوال در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی، محل سکونت، موقعیت‌های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت‌های تفریحی، محیط فیزیکی مثل آلودگی صوتی و هوا و غیره و حمل و نقل) می‌باشد. این پرسشنامه دارای دو سوال دیگر نیز هست که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و به طور کلی وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. امتیاز در هر حیطه از ۲۰-۴ می‌باشد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت کیفیت زندگی در حیطه مورد نظر است. امتیاز هر سوال از ۱ تا ۵ بوده و نمره‌گذاری از اصلاً (۱ نمره)، کم (۲ نمره)، متوسط (۳ نمره)، زیاد (۴ نمره) و خیلی زیاد (۵ نمره) انجام می‌گیرد. برای سوال‌هایی که منفی هستند نمره‌گذاری معکوس خواهد بود.

مک کلین و کیم برلی (۲۰۰۶) اعلام نمودند که این پرسشنامه برای ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان مناسب است. استیل بوچل (۲۰۰۶) پایایی و روایی پرسشنامه را بر روی سالمندان خوب گزارش نمود (به نقل از آهنگری و همکاران، ۱۳۸۷). این پرسشنامه در بیش

از ۴۰ کشور دنیا ترجمه و روان‌سنجی شده است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) شاخص همبستگی درون خوشه‌ای آن را در آزمون مجدد در فاصله ۲ هفته در چهار دامنه از ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ به دست آوردند. مقادیر آلفای کرونباخ و شاخص‌های مربوط به روایی سازه نیز قابل قبول گزارش شد. آهنگری و همکاران (۱۳۸۷) پایایی آن را به روش باز آزمون ۰/۹۱ گزارش کردند.

پرسشنامه سبک زندگی سالمندان

سبک زندگی، به دلیل قابلیت آن در پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقاء سطح کیفی زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود سلامت جسم و روان، از اهمیت بالایی برخوردار است. سبک زندگی سالم روشی از زندگی است که سبب تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت و رفاه فرد می‌گردد.

پرسشنامه سبک زندگی سالم در سالمندان دارای ۴۶ سوال، ۱۵ سوال در حیطه پیشگیری، ۵ سوال در حیطه فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، ۱۴ سوال در حیطه تغذیه سالم، ۵ سوال در حیطه مدیریت تنش، و ۷ سوال در حیطه روابط اجتماعی و بین فردی است.

پرسشنامه سبک زندگی سالم در دوران سالمندی شامل حیطه‌های اصلی و زیر حیطه‌هاست. حیطه‌های اصلی شامل پیشگیری، فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، تغذیه سالم (کمی و کیفی)، مدیریت تنش، روابط اجتماعی و بین فردی می‌باشد.

زیر حیطه‌های پیشگیری شامل پیشگیری از حوادث دارای ۸ سوال، پیشگیری از بیماری‌ها شامل غربالگری بیماری‌های جسمی دارای ۴۰ سوال، مقابله با اختلالات روانی (شناختی) ۱ سوال، رفتارهایی جهت حفظ سلامتی ۳۴ سوال، و خود مدیریتی بیماری‌ها ۱۵ سوال و اجتناب از رفتارهای پرخطر شامل سیگار و دخانیات ۸ سوال، الکل ۳ سوال، مواد مخدر- محرک ۴ سوال، روابط جنسی غیر ایمن ۲ سوال می‌باشند.

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۴۷

زیر حیطه‌های فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی شامل فعالیت جسمی و ورزش (کمی و کیفی) دارای ۱۲ سوال، تفریح و سرگرمی ۵ سوال هستند.

حیطه تغذیه سالم (کمی و کیفی) دارای ۳۳ سوال است.

زیر حیطه‌های مدیریت تنش شامل مسایل اقتصادی دارای ۸ سوال، معنویات ۱ سوال، خواب ۳ سوال، آرام سازی (سازگاری) ۳ سوال می‌باشند.

زیر حیطه‌های روابط اجتماعی و بین فردی شامل روابط خانوادگی (همسر، فرزندان و فامیل) دارای ۲۵ سوال، روابط اجتماعی (دوستان و مجامع) ۱۹ سوال و روابط زناشویی ۷ سوال می‌باشند.

کمترین نمره قابل اکتساب از طریق این پرسشنامه ۴۲ و بیشترین نمره ۲۱۱ است. تقسیم‌بندی سبک زندگی به شرح زیر است: نمره ۹۸-۴۲ سبک زندگی نامطلوب، نمره ۱۵۵-۹۹ سبک زندگی متوسط، نمره ۲۱۱-۱۵۶ سبک زندگی مطلوب.

اسحاقی و همکاران (۱۳۸۸) این پرسشنامه را تهیه، روایی صوری و محتوایی آن را تایید و ضریب آلفای کرونباخ را برای آن ۰/۷۶ محاسبه کردند.

ارزیابی ناتوانی سالمندان

ناتوانی از پیامدهای سالمندی است و به صورت اختلال در فعالیت‌های روزانه یا نیاز به کمک در حداقل یکی از فعالیت‌های روزمره زندگی تعریف شده است. این اختلال باعث وابستگی فرد سالمند و نیازمندی او به حمایت‌های روزافزون مراقبتی می‌شود (ادیب حاج باقری، ۱۳۸۸). اکثر افراد با رسیدن به سن پیری با ناتوانی‌های متعددی روبرو می‌شوند. به نحوی که کاهش توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و کاهش توان برقراری ارتباط با دیگران و مشارکت و حضور در جامعه منجر به کناره‌گیری و حذف تدریجی سالمند از جامعه می‌شود. در بررسی ناتوانی، محدودیت فعالیت و عملکرد و میزان مشارکت فرد بدون توجه به تشخیص پزشکی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر فرد در انجام فعالیت‌های روزانه در یک زندگی عادی چه محدودیت‌ها و موانعی را تجربه می‌کند و چه نیازهایی دارد.

با شناسایی و ارزیابی ناتوانی در سالمندان، زمینه اطلاعاتی لازم برای سیاستگذاران و برنامه ریزان امور سالمندی کشور در جهت پاسخگویی به نیازهای وابسته به ناتوانی افراد سالمند فراهم می‌گردد.

پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی برای بررسی ناتوانی سالمندان (WHO-DAS-II)

این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی طراحی شده است. با استفاده از آن می‌توان به شیوع، نوع و شدت ناتوانی در میان سالمندان، سطح توانایی‌های آنها در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، میزان سازگاری و ارتباط آنها با افراد خانواده و سایرین، سطح توانایی‌های آنها برای فعالیت‌های اجتماعی و مشارکت اجتماعی دست یافت. دارای ۴۴ سوال است که از این میان تعدادی سوال راجع به مشخصات جمعیت شناختی و ۴۱ سوال برای بررسی میزان ناتوانی است. ۳۵ سوال در شش حوزه ناتوانی را ارزیابی می‌کند: میزان ارتباط با دیگران، میزان تحرک و راه رفتن فرد در درون و بیرون خانه، میزان توانایی فرد در انجام مراقبت‌های فردی و حفظ بهداشت فردی، میزان سازگاری فرد با دیگران، توان انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و میزان مشارکت فرد در جامعه. نمره گذاری به صورت لیکرت ۵ نمره‌ای به هیچ‌وجه = ۴، خفیف = ۳، متوسط = ۲، شدید = ۱ و اصلاً نتوانسته‌ام = ۰ و یک سوال به صورت عالی، متوسط، بد و خیلی بد برای ارزیابی درک فرد از سلامت کلی خود است. هر فرد می‌تواند نمره‌ای بین ۰ تا ۱۴۴ کسب کند. نمره کسب شده به عنوان معیار شدت ناتوانی مورد استفاده قرار می‌گیرد و نمره کمتر نشانگر ناتوانی بیشتر است. نمره ۰-۳۶ ناتوانی شدید، ۳۷-۷۲ ناتوانی متوسط، ۷۳-۱۰۸ ناتوانی کم و ۱۰۹-۱۴۴ ناتوانی خیلی کم می‌باشد. در پژوهش پاسل (۲۰۰۴) در آلمان، میانگین نمرات بیماران افسرده ۴۴/۵۶ و انحراف معیار ۱۸/۹۵ بود.

ادیب حاج باقری (۱۳۸۸) این پرسشنامه را ترجمه و پایایی باز آزمون آن را بر روی ۱۰

نفر سالمند ۰/۹۷ گزارش کرد.

نسخه ۳۶ سوالی پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی برای بررسی ناتوانی سالمندان
(WHO- DAS- II)

این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی ناتوانی پیشنهاد شده است و ناتوانی افراد را در ۶ حوزه برقراری ارتباط و درک مطلب فرد، تحرک و جابجایی فرد (این طرف و آن طرف رفتن)، مراقبت از خود، سازش در زندگی با دیگران، وظایف مرتبط با زندگی روزمره (خانه، خانواده و شغلی) و مشارکت در جامعه را در طیف‌های بدون مشکل، مشکل کم، مشکل متوسط، مشکل زیاد و مشکل خیلی زیاد / عدم توانایی در سی روز گذشته را مورد بررسی قرار می‌دهد. به پاسخ هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت امتیازی بین ۱-۵ داده می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۸۰-۳۶ است که بر اساس الگوریتم سازمان بهداشت جهانی نمرات خام تبدیل به نمرات بین ۱۰۰-۰ می‌شوند. نمره ۰-۴ بدون ناتوانی، ۵-۲۵ ناتوانی کم، ۲۶-۵۰ ناتوانی متوسط، ۵۱-۷۵ ناتوانی شدید و ۷۶-۱۰۰ ناتوانی خیلی شدید می‌باشد.

شهبازی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی بازآزمایی این نسخه را با ضریب آلفای کرونباخ

۰/۹۷ گزارش نمودند.

منابع

آهنگری، مهناز، کمالی، محمد، ارجمند حسابی، منوچهر (۱۳۸۶). کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های فرهنگسرای سالمند شهر تهران. سالمند، سال دوم، شماره سوم، ۱۸۹-۱۸۲.

احسان منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه گیرشناسی بیماریهای روانی در ایران: بازنگری برخی بررسیهای انجام شده. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۴، ۶۹-۵۴.

احمدی، فضل ا...، سلار، علیرضا، فقیه زاده، سقراط (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. فصلنامه حیات، سال دهم، شماره ۲۲، ۶۷-۶۱.

ادیب حاج باقری، محسن (۱۳۸۸). بررسی میزان ناتوانی و عوامل مرتبط در سالمندان شهر کاشان در سال ۱۳۸۶. سالمند، سال سوم، شماره هشتم، ۵۵-۴۷.

اسحاقی، سید رضا، فرج زادگان، زیبا، بابک، آناهیتا (۱۳۸۸). طراحی پرسشنامه سنجش سبک زندگی در سالمندان. فصلنامه پایش، سال نهم، شماره اول، ۹۹-۹۱.

اسداللهی، عبدالرحیم، براتوند، محمود، ولیزاده، شاهرخ، هواسی، علی (۱۳۸۶). سوء مصرف دارو و حلالهای شیمیایی در سالمندان اهوازی. سالمند، سال دوم، شماره پنجم، ۳۵۱-۳۴۶.

اسماعیلی، غلامعلی (۱۳۷۷). هنجاریابی آزمون علایم ۹۰ سوالی فرم تجدید نظر شده و مقایسه سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران به منظور ارائه خدمات مشاوره‌ای مناسب. پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

باقریان سرارودی، رضا، گیلانی، بیژن، بهرامی احسان، هادی، صانعی، حمید (۱۳۸۶). رابطه افسردگی پس از سکت قلبی و عملکرد بطن چپ. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سیزدهم، شماره ۴، ۳۲۷-۳۲۰.

بحیرایی، احمدرضا (۱۳۷۹). بررسی مقدماتی کارآیی آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی/MMSE در سرند سالمندان مبتلا به دمانس.

بخشانی، نور محمد (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی روش شناختی-رفتاری در درمان حالات اضطرابی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روتنزشکی تهران.

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۵۱

بخشی پور رودسری، عباس، دژ کام، محمود، مهریار، امیر هوشنگ، بیرشک، بهروز (۱۳۸۳). روابط ساختاری میان ابعاد اختلال‌های و ابعاد الگوی سه بخشی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۴، ۷۶-۶۳. DSM-IV اضطرابی و افسردگی

بذر افشان، محمد رفیع، حسینی، محمد علی، رهگذر، مهدی، مداح، باقر سادات (۱۳۸۷). کیفیت زندگی در زنان سالمند عضو کانون روزانه جهاندیدگان شهر شیراز ۱۳۸۶. سالمند، سال سوم، شماره هفتم، ۴۱-۳۳.

بوالهری، جعفر، احسان منش، مجتبی، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین عوامل تنش زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۱، ۳۴-۲۵.

بهرامی، فاضل، دادفر، محبوبه، فرشته، دادفر (زیر چاپ). اثربخشی آموزه‌های مذهبی در درمان سالمندان افسرده. مجله مطالعات ناتوانی خاورمیانه.

بهرامی، فاضل، رضانی فرانی، عباس (۱۳۸۴). نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. فصلنامه توانبخشی، دوره ۶، شماره ۱، ۴۷-۴۲.

بهرامی، فاضل، رضانی فرانی، عباس (۱۳۸۸). بهداشت روان سالمند در قرآن وحی، سالمند، ۴، ۱۱، ۸۰-۷۲.

پاشا، غلامرضا، صفرزاده، سحر، مشاک، رویا (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. فصلنامه خانواده پژوهی، سال سوم، شماره ۹، ۸-۵.

پالاهنگ، حسن، نصر اصفهانی، مهدی، براهنی، محمدنقی (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.

تقی زاده و همکاران (۱۳۸۷). ویژگیهای روانسجی آزمون ارزیابی عملکردی مهارتهای مراقبت از خود پس (PASS) در ارزیابی مراقبت از خود بیماران پارکینسون. سالمند، سال سوم، شماره نهم و دهم، ۵۲-۴۷.

تقی زاده، قربان، شمس الدینی، علیرضا، کریمی، حسین، رحیم زاده رهبر، ثریا (۱۳۸۷). بررسی روایی و پایایی آزمون پیشنهادی

ثمری، علی اکبر، لعلی فاز، احمد (۱۳۸۴). مطالعه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی. اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۲۶-۲۵، ۵۵-۴۷.

حسینی، رشید (۱۳۷۴). بررسی شیوع اختلال‌های روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ سال مناطق روستایی طالقان در استان تهران. پایان نامه پزشکی تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

خواجه موگهی، ناهید. آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسش‌نامه بالینی چندمحوری میلون - ۲. پایان‌نامه برای دوره کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، ۱۳۷۲، صفحات ۸۵-۶۹.

خیرخواه، فرزانه، حسینی، سیدرضا، فلاح، رقیه، بیژنی، علی (۱۳۹۲). شیوع اختلالات شناختی در سالمندان شهر امیرکلا (۹۱-۱۳۹۰). مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال نوزدهم، شماره ۴، ۲۵۴-۲۴۷.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، عشایری، حسن، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). دمانس آلزایمر: جنبه‌های زیستی و عصب روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). مرگ، معنویت و سالمندی. مقاله ارائه شده در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

دادفر، محبوبه، بوالهروی، جعفر، ملکوتی، سید کاظم، بیان زاده سیداکبر (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۱ و ۲، ۳۲-۲۷.

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۵۳

دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، رضانی فرانی، دادفر، فرشته (۱۳۹۱). حقوق سالمندان در قرآن و حدیث. مقاله ارائه شده در سومین کنگره بین المللی حقوق پزشکی: حقوق بیماران. ۲۴-۲۲ بهمن ماه، جزیره کیش، ایران.

دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، دادفر، فرشته، یونسی، سید جلال (۱۳۸۹). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سرشت و منش (TCI). فصلنامه توانبخشی، سال یازدهم، شماره ۳ (پیاپی ۴۳)، صص ۱۵-۲۴.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرجسین (۱۳۹۳). شاخص های تشخیصی آزمون های روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، فرشته، دادفر، سراجی، مهرزاد (۱۳۸۹). بررسی رضایتمندی بیماران سرپایی یک مرکز درمانی دولتی از خدمات مشاوره ای/درمانی خود. فصلنامه سلامت روان

دادفر، محبوبه، لستر، دیوید (۱۳۹۳). برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، ملکوتی، سید کاظم، بوالهروی، جعفر، بیان زاده سیداکبر (۱۳۸۰). بررسی همبودی اختلال های شخصیت در بیماران وسواسی - جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار. مقاله ارائه شده در ششمین کنگره پژوهش های روان پزشکی و روانشناسی در ایسران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۱۷-۱۴ آبان ماه.

دادفر، محبوبه، ملکوتی، سید کاظم، بوالهروی، جعفر، مهربابی، فریدون (۱۳۸۱). بررسی تاثیر درمان دارویی بر تغییر تشخیص اختلال های شخصیت در بیماران وسواسی - جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۱، ۸۷-۷۶.

دوامی، (۱۳۷۸). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهرستان اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی.

دهقانی، محسن، عاشوری، احمد، حبیبی، عسکرآباد، مجتبی، خطیبی، میرعلی (۱۳۸۹). هنجاریابی و بررسی ویژگیهای روانسنجی سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا. مجله روانشناسی 55، سال چهاردهم، شماره ۳، ۲۹۹-۳۱۹۳.

دهقانی، محسن؛ حبیبی، مجتبی؛ عاشوری، احمد (۱۳۸۸). هنجاریابی و بررسی ساختار عاملی پرسشنامه MMPI-2 در ایران، طرح پژوهشی منتشر نشده، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی.

راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

سمندري، سعيد (۱۳۹۳). روان پزشکی سالمندان (اصول اساسی ارزیابی، تشخیص و مدیریت اختلالات شناختی). تهران: موسسه فرهنگی هنری مخترعین و متفکرین آریا.

سید فاطمی، نعیمه، رضایی، محبوبه، گیوری، اعظم، حسینی، فاطمه (۱۳۸۵). دعا و رابطه آن با سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره چهارم، ۲۹۵-۳۰۳.

شمس‌علیزاده، نرگس، بوالهروی، جعفر، شاه‌محمدی، داوود (۱۳۸۰). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی استان تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۲۵ و ۲۶، ۲۱-۱۹.

شهبازی، محمد رضا، میرخانی، مجید، حاتمی زاده، نیکتا، رهگذر، مهدی (۱۳۸۷). ارزیابی میزان ناتوانی در سالمندان شهر تهران (سال ۱۳۸۶). سالمند، سال سوم، شماره نهم و دهم، ۸۴-۹۲.

صدوقی، زهره، آگیلار - وفایی، مریم، رسول زاده طباطبایی، سید کاظم (۱۳۸۷). تحلیل عاملی شخص با حساسیت پردازشی بالا: رابطه مولفه‌های حساسیت پردازش حسی با افسردگی و اضطراب. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، سال چهاردهم، شماره ۱، ۸۵-۸۹.

صمدانی فرد، سید حسین، صمدانی فرد، سید محمد (۱۳۸۷). ناتوانی جنسی در مردان. تهران: انتشارات ارجمند.

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۵۵

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان). تهران: انتشارات میرماه.

علی پور، فردین، سجادی، حمیرا، فروزان، آمنه، بیگلریان، اکبر، جلیلیان، علی (۱۳۸۷). کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۲ تهران. سالمند، سال سوم، شماره نهم و دهم، ۷۵-۸۳.

غرایبی، بنفشه (۱۳۷۹). بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمد کاظم، دابسون، کیت استفان (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری / طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۳، ۳۲۶-۳۱۲.

کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، بهرامی، فاضل، رضوانی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۹۱). درآمدی بر بهداشت روان سالمند از دیدگاه قرآن و حدیث. تهران: انتشارات میرماه.

کرمی، ابوالفضل (۱۳۹۲). راهنمای اجرا و تفسیر آزمون اندریافت موضوع. تهران: انتشارات روان سنجی.

کاویانی، حسین (۱۳۸۲). نظریه زیستی شخصیت. تهران: موسسه مطالعات علوم شناختی.

کریمی، محبوبه، الهی، نسرین (۱۳۸۷). سالمند آزاری در شهر اهواز و ارتباط آن با برخی مشخصه‌های فردی و اجتماعی. سالمند، سال سوم، شماره هشتم، ۴۷-۴۲.

کولیوند، پیرحسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.

مارنات، گری-گراث (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو تهران: انتشارات رشد.

ملکوتی، سید کاظم، میراب زاده، آرش، فتح‌اللهی، پریدخت، صلواتی، مژگان، کهانی، شمس‌الدین، افخم ابراهیمی، عزیزه، زندی، طاهر (۱۳۸۵). بررسی اعتبار، روایی، تحلیل عاملی

مقیاس سلامت عمومی فرم ۲۸ سوالی در سالمندان ایرانی. سالمند، سال اول، شماره یکم، ۲۱-۱۱.

مهرابی، فریدون؛ دادفر، محبوبه (۱۳۸۲). بررسی نقش عوامل روانشناختی در اختلال‌های کنشی جنسی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۱، ۱۱-۴.

مهرابی، فریدون؛ دادفر، محبوبه؛ چیمه، نرگس (۱۳۸۵). اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری در درمان اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوازدهم، شماره ۱، ۱۵-۹.

مهرام، بهروز (۱۳۷۲). راهنمای آزمون اضطراب آشکار و پنهان اشیپل برگر و دستور العمل اجرایی و تعبیر و تفسیر بر اساس پژوهش هنجاریابی آزمون در شهر مشهد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

میرزمانی، سید محمود، صفری، ابر، حلی ساز، محمدتقی، سدیدی، احمد (۱۳۸۶). ارزیابی اعتبار پرسشنامه چند بعدی درد وست هاون - ییل در بین بیماران مبتلا به درد مزمن. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره اول، شماره ۳، ۲۵-۱۳.

نجات، س، منتظری، ع، هولاکویی، ک و همکاران (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴، ۱۲-۱.

نصر، نصرالله، کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). فناوری اطلاعات در سلامت. تهران: انتشارات میرماه.

نظیری، قاسم، دادفر، محبوبه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). نقش پابندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علایم و سواسی - اجباری. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۳، ۲۸۹-۲۸۳.

نور بالا، احمد علی، باقری یزدی، سیدعبای (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. حکیم، دوره ۲، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲.

ارزیابی روانشناختی سالمندان / ۵۷

وحدانی نیا، مریم سادات، گشتاسبی، آریتا، منتظری، علی، مفتون، فرزانه (۱۳۸۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان: مطالعه جمعیتی. فصلنامه پایش، سال چهارم، شماره ۲، ۱۲۰-۱۱۳.

همتی علمدارلو، قربان، دهشیری، غلامرضا، شجاعی، ستاره، حکیمی راد، الهام (۱۳۸۸). مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران. سالمند، سال سوم، شماره هشتم، ۵۶۴-۵۵۷.

هومن، عباس (۱۳۷۷). استانداردسازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی. واحد پژوهش مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.

یعقوبی، نورا...، نصراصفهان‌نی، مهدی، شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۶۴-۵۵.

Bahrami, F., M. Dadfar, M., Lester, D, Abdel-Khalek, A. (2014) . Death distress in Iranian Older adults. *Advances in Environmental Biology*, 8,12, 56-62.

Beck, A. T., Steer, R., Ball, R., Ciervo, C.A., & Kabat, M. (1997) . Use of the Beck Anxiety and Depression Inventories for primary care medical outpatients. *Assessment*, 4, 219-211.

Beck, A. T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996) . *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX : The Psychological corporation.

Bernstien, I.H., Jaremko, M.E., Hinkley, B.S. (1995) . "On the utility of the West Haven – Yale Multidimensional Pain Inventory". *Spine*, 20,8,963-956.

Buss, G.S, Gruenberg, A.M., Goldstien, R.D., Barber, J.P., (19) . Hamilton Anxiety Rating Scale Interview Guide: Joint interview and test – retest methods for interrater reliability. *Psychiatry Research*, 53,2,202-191.

De Leo, D., Dickstra, R.F., Lonqvist, J., Trabucchi, M., Cleiren, M.H., Frisoni, G.B., Dello Buono, M., et al (1998) . Leopard and internationally applicable instrument to access quality of life in elderly. *Behavioral Medicine*, 24, 1, 29-17.

Disability Assessment Schedule. WHO DAS II. (2000) . Training manual a guide to the administration. WHO. Geneva.

Easom, L., R. (2003) . Concepts in health promotion: Perceived self – efficacy and barriers in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 11-22.

Edhaghi, S.R., Ramezani, M.A., Shahsanaee, A, & Pooya, A. (2006) . Validity and reliability of the Short Form – 36 Items Questionnaire as a measure of quality of

- life in elderly Iranian population. *American Journal of Applied Sciences*, 3, 1766-1763.
- Erikson, E.H., 1968. *Identity, youth and crisis*. New York: W. W. Norton Company.
- Folstien, M.F., Folstien, S.E., & Mc Hugh, P.R. (1975). "Mini- Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 129-148.
- Goldberg, D.P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 145- 131.
- Hamilton Anxiety Rating Scale: Available at: <http://www.Fpnotebook.com/Psy84.htm>
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Charpentier, P.A., Leosummers, I., Acampora, D., Holford, T.R., et al. (1999). A multicomponent interview to prevent delirium in hospitalized elder patients. *New England Journal Medicine*, 340, 676-669.
- John, E., & Ware, J. (2000). SF – 36 Health Survey Update. *SPINE*, 25, 3139 – 3130.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. E. & Nguyen, T. D. (1979). The evaluation of client / patients satisfaction: Constructing a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Liss, M., Timmel, L., & Killingsworth, P. (2006). Sensory – processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 41, 1439- 1429.
- Lovibond, P. F., Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335 – 342.
- Mc Givney, S.A., Mulvihill, M. & Taylor, B. (1996). Validation the GDS depression screen in the nursing house. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 100-98.
- Millon, T. *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (2nd ed). Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc, 1987, 110-120.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M., & Jarvandi, S. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) : Translation and validation study of the Iranian versions. *Health Quality of Life Outcomes*, 28, 19-14.
- Neistadt, M.E. (2000). *Occupational therapy evaluation for adults*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 150-149.
- O'Conner, D.W., Pollitt, P.A., Hyde, J.B., Fellows, J.L., Miller, N.P., Brook, C.P., & Reiss, B.B. (1989). The reliability and validity of the Mini- Mental State in a British community survey. *Journal of Psychiatric Research*, 23, 96-87.

- Posl, M. (2004) . Evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODASII) . Ludwig Maximillians University, Germany.
- Rogers,J.C., & Holm,M.B. (1988) .Performance assessment of self- care skills (3.1) Pittsburgh h, pa:Unpublished performance test.1132.
- Rogers,J.C., & Holm,M.B. (1990) . In- home safety for persons with cognitive impairment. GerontologyGournal,30,217-214.
- Sadock,B.J., & Sadock, V.A. (2000) . Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sadock,B.J., & Sadock, V.A. (2003) . Synopsis of psychiatry (9 th) . Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sajatovic, M., & Ramirez, L. F. (2003) . Rating scales in mental health. Hudson. Lexi- Comp Inc.
- Spielberger,C.D.,Gorusuch,R.L.,Lushene,R.E. (1979) . Manual for the State – Trate Anxiety Inventory. Palo Alto,CA : Cosulting Psychologists Press.
- Steer, R.,Cavalieri, T. A., & Leonard, D. M. (1999) . Use of the Beck Depression Inventory for primary care to screen for major depression disorders. General Hospital Psychiatry, 21, 111-106.
- Stekette, G. S. Treatment of obsessive compulsive disorder. First edition, New York: The Guliford Press. 1993, 55-60.
- Weisberg, R.B., Sbrocco,T. (1995) . Sexual dysfunction in the elder adult. Sexuality and Disability,13,210-217.
- Wilhelm, K., Kotze, B., Waterhouse, M., Pavlovic, D. H., & Parker, G. (2004) . Screening for depression in the medically ill: A comparison of self-report measures, clinician judgment and DSM-IV diagnoses. Psychosomatics, 45, 469-461.
- World Health Organization. (2009) . Aging and life course. Available from <http://www.who.int/aging/en/>.
- Zinbarg, R.E., & Barlow, D.H. (1996) . Structure of anxiety disorders: A hierarchial model. Journal of Abnormal Psychology, 105, 181-193.

Psychological assessment of elders



by:

Mahboubeh Dadfar

PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences

Dr. Behrooz Birashk

Counselor psychologist
Faculty member of Iran University of Medical Sciences
School of Mental Health & Behavioral Sciences

Pir Hossein Kolivand

Assistant of Shafa Neuroscience Research Center