بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سنجش نگرش به سالمندی (AAQ)

ناهید رژه[1*]، مجیده هروی کریموی[1]، مهشید فروغان[2]، مریم نیکخواه[3]، علی منتظری[4]

۱. مرکزتحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی روانی سالمندان، گروه آموزشی سالمند شناسی، دانشگاه توانبخشی و علوم بهزیستی، تهران، ایران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۴. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۲۰
سال پانزدهم شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۵ صص ۵۷۸-۵۶۷
[انتشار الکترونیک پیش از انتشار- ۲ شهریور ۹۵]

چکیده

پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی(AAQ) از رایج ترین ابزارهای مورد استفاده برای ارزیابی نگرش به سالمندی است. پرسشنامه مذکور شامل ۲۴ گویه در سه بعد تغییرات جسمانی ، رشد عاطفی و مشکلات روانی- اجتماعی است. پژوهش حاضر با هدف ترجمه و تعیین روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه AAQ انجام گرفته است. این پژوهش از نوع مطالعات روش شناختی است که روی ۲۰۰ فرد سالمند انجام شد. پس از کسب مجوز از طراح ابزار، ترجمه بر اساس پروتکل سازمان سلامت جهان در خصوص فرایند ترجمه و تطابق ابزارها به نسخه فارسی انجام شد. سپس بررسی پایایی پرسشنامه (همسانی درونی و ثبات) و روایی شامل روایی کیفی صوری، محتوا، مقایسه گروه‌های شناخته شده و روایی ملاکی (سنجش همبستگی بین نسخه فارسی پرسشنامهAAQ با پرسشنامه های SF-۳۶ و WHOQOLصورت گرفت. میانگین انحراف معیار سنی مشارکت کنندگان ۶/۲۸±۶۷/۶۶ بود. بیش از نیمی از آنان (۵۰/۵ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند. میزان همسانی درونی(آلفای کرونباخ) برای زیر مقیاس ها رضایت بخش بود (۰/۸۹- ۰/۸۰). آزمون- پس آزمون در دو مرحله، با فاصله زمانی دو هفته تکمیل گردید و با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون خوشه ای اندازه گیری شد (ICC) (۰/۹۷) صورت گرفت. نمره ابعاد بین نسخه فارسی پرسشنامه AAQ برمبنای جنسیت و سطح تحصیلات نشان دهنده افتراق بر اساس پارامتر مذکور بود. روایی ملاکی بیانگر همبستگی معنادار بین غالب ابعاد نسخه فارسی پرسشنامه AAQ و نمره کل آن با SF-۳۶ و WHOQOLبود. نتایج نشان داد این پرسشنامه دارای پایایی و روایی مناسب، نمره گذاری ساده، و قابلیت به کارگیری درموقعیت های مختلف همچون مراکز درمانی، سراهای سالمندان، منازل و مراکز تحقیقاتی توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی است. پیشنهاد می گردد در مطالعات آینده، روایی سازه نسخه فارسی پرسشنامه AAQ در حجم نمونه بزرگتری با استفاده از تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گیرد.

کلیدواژه: ترجمه، اعتباریابی، نسخه فارسی، ابعاد پرسشنامه AAQ، نگرش به سالمندی، کیفیت زندگی

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، کوچه شهید رحیم زاده، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشگاه شاهد
تلفن: ۶۶۴۱۸۵۸۰
E-mail: reje@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

مقدمه

در طول قرن اخیر افزایش جمعیت افراد سالمند به علت کاهش موالید، بهبود وضعیت بهداشت و افزایش امید به زندگی، ضرورت توجه به این قشر را روز افزون نموده است [۱]. امید به زندگی برای جهانیان از مرز۶۶ سالگی عبور کرده و هر ساله۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می شود، ولی این افزایش برای۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است که این فاصله، ترکیب سنی جمعیت را به سوی سالمندی سوق می دهد. افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری در دنیا باعث شده که سالمندان سریع ترین نرخ رشد را در بین گروه های سنی مختلف داشته باشند[۲]. امروزه سالمندی از پدیده های مهم در عرصه های بهداشتی و سلامتی جهان به شمار میرود[۳]. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ میلادی میزان جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه به ۸۰ درصد برسد[۴]. چالش افزایش جمعیت سالمندان به موقعیت جمعیت شناختی کشور ایران نیز تسری یافته و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۱۰ سالمندان بالای ۶۵ سال ۱۹ درصد از کل جمعیت را شامل گردند [۵]. در ایران نیز بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، سالمندان ۸/۲۴ درصد جمعیت کشور را تشکیل داده که تا سال ۱۴۰۰ به حدود ۱۰ درصد رسیده و از سال ۱۴۱۹ رشد سریعتری نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهانی یافته و تا سال ۱۴۲۴ از میانگین رشد جمعیت سالمندان جهان و ۵ سال بعد از آسیا پیشی خواهد گرفت[۶]. مساله سالمندی جمعیت جهان که به دلایل مهمی از جمله کاهش مرگ و میر ناشی از پیشرفت علوم پزشکی، بهداشت ، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی و طول عمر در سطح جهانی مطرح شده، پدیده نسبتا" نوینی است . از آنجا که این پدیده در کلیه جنبه های زندگی جوامع بشری، از جمله در طیف گسترده ای از ساختارهای سنتی، ارزشها و هنجارها و ایجاد سازمان های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه ای به وجود می آورد، لذا مقابله با چالشهای فرا راه این پدیده و استفاده از تدابیر مناسب در جهت ارتقای وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی سالمندان از اهمیت والائی برخودار بوده و در دستور کار جامعه بین المللی قرار گرفته است. [۷]. سالمندی افق پیش روی هر انسانی است که به عمر طبیعی خود زندگی را ادامه می دهد وبا تغییرات بیولوژیکی، فیزیولوژیکی، بیوشیمی و آناتومی همراه است[۸]. به دلیل پیری تدریجی و از بین رفتن توان برخی از قسمتهای بدن مشکلات سلامتی نیز به مشکلات سالمندان اضافه خواهد شد. این مشکلات سبب تغییر در خودپنداره سالمندان خواهد شد[۹]. در دوران سالمندی شخص ناگزیر است با سوگ فقدان های متعدد (مرگ همسر، دوست، خانواده و همکار)تغییر وضع شغلی و افت توانایی جسمی و تندرستی، مدارا نماید . فقدان در هر زمینه ای در دوران پیری سبب می شود که شخص انرژی زیادی را صرف سوگواری ، فراغ ناشی از مرگ و ایجاد تطابق با تغییرات ناشی از فقدان نماید. تنها زندگی کردن، استرس عمده ای است که حدود ۱۰٪ سالمندان را تحت تاثیر و تغییرات قرار می دهد. براساس یافته های تحقیقاتی حدود ۱۵٪ از سالمندان دچار اختلال روانی افسردگی هستند [۱۱-۱۰]. از سوی دیگر ؛ برخی سالمندانی که انسجام خود را حفظ می کنند، انرژی خود را به امور مهم تر و چشمگیر تر اختصاص میدهند و امور کمتر مهم را به دیگران واگذار می کنند [۱۲]. افراد سالمند از اینکه نشان دهند به دیگران وابسته هستند احساس رنج می کنند. آنها ترجیح میدهند در اوج فرزانگی همچنان مستقل بمانند. آنها می دانند که مراقبان آنها نیز دچار فشار روانی و بیحوصلگی خواهند شد و به همین دلیل نمی خواهند حس سرباربودن داشته باشند. تحقیقات نشان داده اند مراقبان سالمندان نیز فشار روانی شدیدی را متحمل می شوند [۱۳]. فرایند سالمندی می تواند به اضمحلال ذهنی، جسمی و کاهش سالهای فعال مورد انتظار و سالم زندگی منجر شود .تغییرات وضعیت سلامت با افزایش سن بیشتر مزمن و پیشرونده هستند تا برگشت پذیر[۱۴]. هنگامی که از افراد سالمند در مورد سالمندی پرسش کنید، در کمال تعجب، تجربه آنها اغلب با یک رویکرد بسیار روشن از رشد و بالندگی ، تکامل و تغییرات مثبت بیان می شود. [۱۶-۱۵]. بسیاری از افراد مسن سالمندی را بعنوان یک دوره دیگر از زندگی خود تجربه کرده اند و آن را یک پدیده عام و جهانی قابل قبول در طول عمرخود محسوب می کنند[۱۷]. بنابراین پدیده سالمندی یک پارادوکس را به همراه دارد؛ جایی افراد سالمند بطور خاص سطوح بالا از رضایت زندگی را گزارش می کنند در حالی که کاهش و از دست دادن قدرت جسمی و توانمندی شناختی به همراه سالمندی است [۱۸]. تحقیقات اخیر نشان داده است که افراد سالمند نه لزوما و نه بطور جهان شمول ، سالمندی را بعنوان یک رخداد منفی تجربه نمی کنند و داده های مستمر نشان می دهد که بسیاری افراد مسن، سالمندی را بصورت نسبتا خوش خیم با ثبات هیجانی در طول عمر خود تجربه می کنند [۱۹]. سالمندی یک فرآیند است و یک حالت و وضعیت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

محسوب نمی شود. سالمندی یک تجربه شخصی و منحصر بفرد است، بنابراین نگرش فرد نسبت به فرآیند سالمندی ممکن است کیفیت زندگی سال های بعدی و همچنین پیامدهای سلامتی دراز مدت فرد را تحت تاثیر قرار دهد[۲۱-۲۰]. حمایت اجتماعی ممکن است در تقابل مابین موقعیت های تنش زا و برآیندهای سلامت روحی روانی، و یا تقابل مابین برآیندهای سلامت و محدودیت های جسمانی ، بعنوان یک تعدیل کننده عمل نماید .علاوه بر آن، درک از سلامتی ممکن است تحت تاثیر چگونگی و میزان سرعت تحلیل توانمندی جسمانی فرد قرار گیرد. با این وجود ، مطالعاتی که چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر نگرش به سالمندی را مورد بررسی قرار داده باشند، بسیار محدود هستند[۲۲]. به این ترتیب هنگامی که در تلاش برای درک تجربه سالمندی هستیم، افراد مسن تنها گروه از جامعه هستند که از صلاحیت برای بیان این تجربه، برخوردار اند. بنابراین افراد سالمند، دارای تجربه صریح و واضح از فرآیند سالمندی هستند. و بنابراین، پرسشنامه های سالمندی که تجربه های شخصی سالمندی افراد در یک بستر اجتماعی خاص را رصد می کنند نسبت به پرسشنامه هایی که فقط نگرش عام و کلی به سالمندی را بررسی می کنند، از اهمیت بیشتری برخوردار هستند[۲۳]. بدین ترتیب مشکلات دوران سالمندی علاوه بر بار بالینی و اقتصادی،کیفیت زندگی وابسته به سلامتی را در سالمندان مورد تهدید قرار داده و اهمیت بررسی نگرش به سالمندی را در سالمندان آشکار می‌سازد. بنابراین سنجش نگرش به سالمندی از دید گاه سالمندان نه تنها ابزار ارزشیابی مؤثر بودن مداخلات درمانی، بلکه روشی برای تحلیل برنامه ریزی، هزینه ها ، اثر بخشی مداخلات و نیز پیش بینی کیفیت زندگی هست[۲۴]. جمع آوری اطلاعات یکی از مراحل مهم پژوهش است که نیازمند استفاده از ابزارهای مناسب است. پژوهشگران برای جمع آوری داده ها یا پرسشنامه ای جدید طراحی می‌نماید و یا از پرسشنامه های خارجی که اعتبار و پایایی آن ها تائید شده است استفاده نماید[۲۵]. از طرفی هر ابزار اندازه گیری باید مناسب برای جمعیت مورد مطالعه باشد [۲۶]. تاکنون، مقیاس های بسیار محدودی برای تعیین سطح نگرش این سالمندان و ادراکات مثبت ومنفی آنها نسبت به سالمندی وجود دارد؛ بل از طراحی و تکامل پرسشنامه نگرش سالمندی (AAQ ، پژوهشگران برای شاخص گذاری نگرش به سالمندی، بطور رایج از یک زیر مقیاس از "مقیاس اعتماد به نفس سالمندان فیلادلفیا" (PGCMS) استفاده می کردند [۱۵]. این مقیاس برای تعیین سلامت و صحت روانشناختی سالمندان در حیطه سالمند شناسی مطالعات اجتماعی طراحی شده است . نگرش به سمت سالمندی از پنج گویه تشکیل شده است که یک تصویر بسیار محدود از تجربه سالمندی را رصد می کند. در حالی که از این مقیاس در بسیاری از مطالعات علم سالمند شناسی و در بسیاری از کشور ها، استفاده می شود، با این وجود این مقیاس بعنوان یک ابزار عام برای اندازه گیری درک در نگرش به سالمندی از کفایت لازم برخوردار نیست. ارائه ابزار نگرش به سالمندی (AAQ) موجب تدوین و طراحی روش ارزیابی کیفیت زندگی سازمان سلامت جهان (WHOQOL) شد که این روش بر روی رویکردهای بین فرهنگی و بومی در ارائه ی ابزاری مناسب تاکید کرده است.این پرسشنامه درک ذهنی از سالمندی را مورد بررسی قرار می دهد و بطور اولیه بر سه حیطه از سالمندی متمرکز می باشد. اولین زیر مقیاس آن بر کمبود های روانی اجتماعی سالمند متمرکز است و بنابراین تجمیع تجربیات منفی سالمندی با هم یک زیر مقیاس را تشکیل داده اند. این زیر مقیاس بعنوان یک دیواره برای نگرش های منفی به سالمندی عمل می کند، زیرا سن سالمندی بطور اولیه بعنوان یک تجربه منفی برای از دست دادن موقعیت های روانی و اجتماعی است. زیر مقیاس دوم (تغییرات جسمانی) دارای اعمال جسمانی پیچیده تر بوده و متمرکز بر گویه هایی است که با فعالیت های سلامتی،فعالیت ، تحرک ، ورزش و تجارب سلامتی مرتبط است. سومین زیر مقیاس (رشد روانشناختی) دارای جهت گیری مثبت است که می تواند به عنوان "خرد" و یا " رشد و بالندگی " در تکامل طول عمر در دوران سالمندی مورد توجه قرار گیرد [۲۷]. بنابراین ، ساختار سه بعدی پرسشنامه (AAQ) منعکس کننده باورهای مثبت و منفی سالمندی است. در پرسشنامه (AAQ) نمای ذهنی سالمندی مهم است زیرا روش اندازه گیری نگرش به سالمندی از منظر سالمندان را برای محققان فراهم می سازد؛ بنابراین آگاهی منحصر بفرد نسبت به تجربه سالمندی مهیا شود [۲۸]. این پرسشنامه از دو رویکرد عام و شخصی در درک نگرش فرد برخوردار است. بخش اول آن شامل گویه های تجربه شخصی و بخش دوم نگرش عام و کلی تر است. این خصوصیت پرسشنامه، سودمندی بالقوه این ابزار را همانطور که برای برای استفاده محققان، کارکنان درمانی و سیاست گذاران بهداشت و درمان طراحی شده بود، را نشان می دهد [۱۵]. در مطالعه ای این پرسشنامه برای مردان و زنان سالمند ۲۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

کشوردر دنیا شامل ملبورن استرالیا ، پاریس فرانسه، ژنوا سوئیس، بات انگلیس، ادینبورگ اسکاتلند، سیاتل آمریکا،بارسلونا اسپانیا ،توکیو ژاپن، ازمیر ترکیه، ویلینوس لیتوانی، پراگ چک اوسلواکی، بوداپست مجارستان، ویکتوریا کانادا ، اوسلو نروژ، یوما سوئد، کپنهاک دانمارک،لیپزیگ آلمان، پورتو آلگره برزیل، مونتوویدو اروگوئه بکار گرفته شد[۲۹]. این ابزار به چندین زبان ترجمه شده و مطالعات متعددی برای روانسنجی و استانداردسازی آن در فرهنگ های مختلف از جمله در کشورهای برزیل[۳۰] ، اسپانیا [۳۱] ترکیه [۲۴,۳۲]، کانادا و نروژ [۳۳] انجام گرفته است.برمبنای نتایج اغلب مطالعات مذکور، این پرسشنامه ابزاری معتبر و پایا برای بررسی نگرش به سالمندی در فرهنگ‌های مختلف شناخته شده است. به رغم تلاش های وافر محققان، گونه فارسی استاندارد شده این ابزار یافت نشد. با عنایت به اهمیت پرسشنامه مذکور در بررسی نگرش به سالمندی و تاثیر آن بر کیفیت زندگی سالمندان، پژوهشگران مطالعه ای را با هدف تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) انجام دادند.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه روش شناسی بود، هدف از پژوهش روش شناسی طراحی و ارزشیابی ابزارها و مقیاس ها یا فنون جمع آوری اطلاعات است که در این پژوهش ترجمه و روانسنجی پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) مدنظر بود.

پرسشنامه مذکور با استفاده از پانل مشورتی و مطالعه مقدماتی طراحی شد. که قسمتی از برنامه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان در مشارکت با سازمان سلامت جهان بوده است. پرسشنامه شامل ۲۴ گویه و ۳ بعد تغییرات جسمانی (۸عبارت)، رشد روحی روانی (۸عبارت)، و مشکلات روانی- اجتماعی (عبارت) است. گزینه های ابزار مذکور به صورت لیکرت دارای پنج گزینه "کاملا موافقم" تا " کاملا مخالفم" برای هر گویه است. کمترین امتیاز مربوط به هر عبارت"یک"، و بیشترین امتیاز "پنج" می‌باشد. طراحان برای هر بعد بین ۸ تا ۴۰ لحاظ نموده اند[۲۳]. پس از اخذ مجوز از طراح پرسشنامه فرآیند ترجمه ابزار براساس پروتکل سازمان جهانی بهداشت انجام گرفت[۳۴]. به منظور دستیابی به نسخه فارسی، ۴ مرحله (ترجمه اولیه پنل؛ متخصصین و ترجمه برگشتی؛ تست اولیه ابزار و مصاحبه شناختی؛ ارائه نسخه نهایی) انجام شد. در مرحله ابتدا دو تن از افراد مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی و آشنا به پژوهش به طور جداگانه و مستقل نسخه انگلیسی پرسشنامه را به فارسی ترجمه نمودند و تمام معادل های فارسی در مورد کلمات و جملات انگلیسی پرسشنامه ثبت شد. مترجمین به گونه ای انتخاب گردیدند که یکی از آن ها با علوم سلامت و ترمینولوژی ابزار پژوهش آن و نیز مشخصات دوران سالمندی آشنایی داشت؛ در حالیکه مترجم دیگر آشنایی با علوم سلامت و ترمینولوژی ابزار پژوهش نداشت. دراین مرحله از مترجمین خواسته شد که در عین وفادار بودن به متن انگلیسی در هنگام ترجمه پرسشنامه(AAQ) به زبان فارسی، از ترجمه تحت اللفظی خودداری نمایند، از هر کدام از مترجمین درخواست گردید تا علاوه بر تهیه یک ترجمه کامل از پرسشنامه (AAQ) ، تمام معادل‌های مربوط و مناسبی که برای کلمات یا اصطلاحات متن انگلیسی وجود دارد را ثبت نمایند تا در مراحل بعدی به آن‌ها مراجعه و در صورت لزوم جایگزین شوند. در نهایت در این مرحله دو ترجمه فارسی مستقل از پرسشنامه (AAQ)به دست آمد. در مرحله دوم، دو ترجمه فارسی پرسشنامه و معادل های ثبت شده آن ها توسط پنل از افراد متخصص در حوزه های سلامت ، ساخت و ترجمه ابزار و مترجم اولیه و تیم تحقیق با فرم زبان اصلی مقایسه و تغییرات لازم اعمال گردید و نهایتا با در نظر گرفتن تمام گزینه ها برای معادل سازی کلمات یا اصطلاحات، یک نسخه فارسی واحد از پرسشنامه (AAQ)تهیه گشت. در مرحله سوم، دو تن از افراد مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی(متفاوت از دو مترجم اولیه) که هیچ اطلاعی از نسخه انگلیسی پرسشنامه (AAQ) و نیز تحقیق و مراحل آن نداشتند نسخه فارسی واحد به دست آمده از مرحله قبل را به زبان انگلیسی ترجمه کردند. این مرحله، روشی برای کنترل بوده و تنها برای اطمینان از درک صحیح معنای اصلی مفاهیم انجام می شد. در مرحله چهارم، دو ترجمه انگلیسی توسط مجریان طرح بررسی شده و نسخه واحد انگلیسی بدست آمده با نسخه اصلی انگلیسی پرسشنامه (AAQ) مقایسه شد. در نهایت با انجام اصلاحات لازم و ویرایش توسط کارشناس زبان و ادبیات فارسی، نسخه نهایی فارسی پرسشنامه (AAQ) مورد تائید قرار گرفت. جهت اعتبار سنجی، روایی صوری، محتوا و همچنین پایایی آن از نظر همسانی درونی و ثبات آزمون انجام شد. برای تعیین روایی صوری به صورت کیفی پرسشنامه در اختیار ۱۵ سالمند که شرایط ورود به مطالعه را داشتند گذاشته شد و از آن ها خواسته شد در مورد مسایلی همچون خوانا بودن، واضح و شفاف بودن سبک نگارشی گویه ها، درک آسان،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

سخت و مشکل بودن گویه ها، کلمات گیج کننده، واضح بودن گویه ها، مناسب بودن نحوه طبقه بندی پاسخ ها، سهولت تکمیل پرسشنامه، دستور زبان و املاء کلمات، نظرات خود را اظهار کنند. اخذ نظرات به صورت مصاحبه چهره به چهره و بر اساس راهنمای مصاحبه، با بیمار انجام گرفت[۳۵]. جهت بررسی روایی محتوا، از روایی محتوای کمی(Content Validity Index- CVI) و کیفی استفاده شد. در این قسمت، پانل خبرگان متشکل از ۵ فرد صاحب نظر پیشنهادات خود را برای تطابق بیشتر پرسشنامه فارسی با جامعه هدف ایرانی ارایه نمودند روایی محتوای کیفی تائید گردید. بر اساس یافته های به دست آمده در روایی محتوای کمی بر اساس شاخص روایی محتوای والتس و باسل S-CVI/Ave پرسشنامه ۰/۹۸بود. جامعه هدف پژوهش حاضر شامل زنان و مردان سالمند مقیم جامعه بود که در هنگام پژوهش عضو کانونهای جهاندیدگان باشگاه شهروندان شهر تهران بودند. شهر تهران به ۴ منطقه شمال، جنوب، شرق وغرب تقسیم و از هرمنطقه ۲ کانون جهاندیدگان باشگاه شهروندان به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. نمونه گیری در هر یک از کانون های جهاندیدگان باشگاه شهروندان نیز به صورت تصادفی انجام گرفت. ابتدا از معاونت پژوهشی دانشگاه مجوز اخذ گردید و سپس با کانون های جهاندیدگان و۲۰۰ سالمندی که شرایط ورود به طرح را داشتند هماهنگی انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان عبارت بود از: سن ۶۰ سال یا بالاتر، تمایل به شرکت در پژوهش، سکونت در مناطق مختلف شهر تهران، توانایی تکلم به زبان فارسی، و عدم ابتلا به ناشنوایی، بیماری تأیید شده روانی و اختلالات شناختی(کسب نمره ۶ یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی(Iranian version of the Abbreviated Mental Test Score) [۳۶]. برای این افراد هدف از اجرای طرح و نحوه انجام آن توضیح داده شد. پس از اطمینان محرمانه ماندن اطلاعات نزد پژوهشگر و جلب رضایت آنان، پرسشنامه ها تکمیل شد. برای گردآوری داده ها از نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به سالمندی (AAQ)، نسخه فارسی پرسشنامه (SF-۳۶) [۳۷]، مقیاس (WHOQOL) [۳۸] و پرسشنامه ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش استفاده شد. پرسشنامه فرم کوتاه (SF-۳۶) یک ابزار عمومی اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی است که از آن می‌توان برای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گروه های جمعیتی سالم و بیمار استفاده کرد. پایایی و روایی نسخه اصلی و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است[۳۷]. مقیاس (WHOQOL) یک ابزار عمومی اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی است که از آن می توان برای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گروه های جمعیتی سالم و بیمار استفاده کرد[۳۹]. پایایی و روایی نسخه اصلی و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است. ویژگی های روان سنجی ابزارمذکور مورد بررسی قرار گرفته است [۳۸]. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، سابقه مصرف سیگار، سابقه بیماری جسمانی و تعداد دفعات بستری در بیمارستان در سال گذشته بود. به منظور تعیین روایی افتراقی پرسشنامه در این پژوهش از مقایسه گروه های شناخته شده استفاده شد. این روش برای آن که پرسشنامه به چه میزان توان جدا سازی گروه ها و زیر گروه های گوناگون را دارد به کار گرفته می‌شود [۴۰]. در این پژوهش فرض بر این بود که نسخه فارسی پرسشنامه (AAQ) قابلیت افتراق بین جنسیت و سطح تحصیلات افراد را دارد و سالمندان زن و مرد نگرش به سالمندی متفاوتی دارند . به منظور بررسی روایی ملاکی، همبستگی نسخه فارسی پرسشنامه (AAQ) و نمره های ابعاد پرسشنامه (SF-۳۶) اندازه گیری گردید. پایایی ابزار با استفاده از روش تحلیل همسانی مورد بررسی قرارگرفت. جهت تعیین همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و نیز برای هر بعد محاسبه گردید. به منظور بررسی ثبات نیز از روش آزمون- بازآزمون استفاده شد. بدین ترتیب که ۴۰ سالمند پرسشنامه را در دو مرحله، با فاصله زمانی دو هفته تکمیل کردند. سپس نمرات کسب شده در این ۲ مرحله با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون خوشه ای (ICC) با هم مقایسه شد. تحلیل داده ها بعد از دوبار بازبینی با استفاده از نرم افزار SPSS۲۱ در سطح معنا داری ۰/۰۵ انجام گردید. مشخصات دموگرافیک با آمار توصیفی، تعیین روایی همگرا با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، روایی افتراقی با انجام آماره تی تست، تعیین همسانی درونی با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای هر عامل و کل ابزار و تعیین آزمون- بازآزمون بر روی۴۰ نفر از سالمندان دریک فاصله دوهفته ای انجام و با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون خوشه ای (ICC) صورت پذیرفت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

یافته‌ها

۲۰۰ نفر از سالمندان عضو کانونهای جهاندیدگان باشگاه شهروندان شهر تهران به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه های پژوهش در سال۹۴- ۱۳۹۳ توسط آنها تکمیل گردید. میانگین انحراف معیار سنی مشارکت کنندگان ۶/۲۸±۶۷/۶۶ بود بیش از نیمی از آنان (۵۴ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند. از میان مشارکت کنندگان اکثریت نمونه ها از نظر میزان تحصیلات دارای سیکل اول (۳۸ درصد)، خانه دار (۴۱درصد)، متأهل (۷۴ درصد)، دارای ۶-۴ فرزند (۵۴/۵ درصد) بودند. اکثریت آنان با همسرانشان زندگی می کردند(۷۳ درصد) و کفایت منابع مالی آنان در حد کم(۵۱ درصد) بود. اطلاعات بیشتر در خصوص مشخصات فردی شرکت کنندگان در پژوهش، در جدول ۱ آمده است. به منظور ارزیابی توان جداسازی زیرگروه‌های گوناگون توسط نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به سالمندی (AAQ) از طریق پارامتر جنسیت و سطح تحصیلات سالمند از آزمون تی مستقل استفاده شد(جدول ۳-۲). نتایج بیانگر آن بود از نظر آماری تفاوت معنادار در جهت مورد انتظار در ۳ بعد تغییرات جسمانی، رشد روحی روانی و مشکلات روانی- اجتماعی برحسب جنسیت و سطح تحصیلات وجود دارد. به بیان دیگر، سالمندان زن بیش از سالمندان مرد و سالمندان با سطح تحصیلات بالاتر بیش از سالمندان با سطح تحصیلات پایین تر امتیاز کسب نمودند. شایان ذکر است کسب امتیاز بالاتر از پرسشنامه مذکور نشان دهنده نگرش مثبت تر به سالمندی است.

جدول ۴و۵ بیانگر روایی همگرا است. در این مرحله همگرایی۸ بعد پرسشنامه (SF-۳۶) شامل عملکردجسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی، دردجسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرداجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و سلامت روان با ۳ بعد تغییرات جسمانی، رشد روحی روانی و مشکلات روانی- اجتماعی نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) سنجیده شد. همچنین همگرایی ۴ بعد پرسشنامه(WHOQOL) شامل سلامت جسمانی ، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ابعاد نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) سنجیده شد. جهت بررسی روایی همگرا، ضرایب همبستگی و سطح معناداری نمره ابعاد بین نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ)، نمره ابعاد پرسشنامه(۳۶-SF) و نیز (WHOQOL) محاسبه گردید. بین اکثریت ابعاد ۲ پرسشنامه همبستگی مشاهده شد($P < ۰/۰۵$).

جدول ۶ نشان دهنده همسانی درونی و ثبات است. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد و کل پرسشنامه، در نمونه ای شامل ۲۰۰ سالمند ۰/۸۰تا ۰/۸۶ بود. جدول ۶، ثبات(آزمون مجدد) نمره ابعاد و کل نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) را با استفاده از شاخص همبستگی درون خوشه ای(ICC) نشان می‌دهد. با توجه به مقادیر به دست آمده در جدول فوق، بین نمرات آزمون اول ودوم توافق معناداری($P<۰/۰۰۰۱$) وجود دارد که تأیید کننده تکرار پذیری زیر مقیاس ها و کل پرسشنامه بوده و نشان دهنده ثبات بالا در نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) است.

جدول ۱: مشخصات جمعیتی سالمندان مشارکت کننده در مطالعه

	میانگین(انحراف معیار)
متوسط سن (سال)	۶۷/۶۶±۶/۲۸
	فراوانی(n)(درصد)
جنسیت	
مرد	۹۹ (۴۹/۵)
زن	۱۰۱ (۵۰/۵)
وضعیت تاهل	
متاهل	۱۴۸ (۷۴)
مجرد	۲ (۱)
همسر فوت شده	۴۸ (۲۴)
جدا شده	۲ (۱)
تحصیلات	
بی سواد	۲۹ (۱۴/۵)
خواندن و نوشتن	۱۶/۸
ابتدایی(سیکل اول)	۷۹ (۳۹/۵)
دیپلم(سیکل دوم)	۵۴ (۲۷)
دانشگاهی	۲۲ (۱۱)
وضعیت اشتغال	
خانه دار	۸۷ (۴۳/۵)
کارآزاد	۱۲ (۶)
بازنشسته	۹۵ (۴۷/۵)
از کارافتاده	۶ (۳)
تعداد فرزندان	
بدون فرزند	۶ (۳)
۱-۳	۷۲ (۳۶)
۴-۶	۱۰۹ (۵۴/۵)
۷وبالاتر	۱۳ (۶/۵)
وضعیت زندگی سالمند با خانواده	
تنها	۲۸ (۱۴)
با همسر	۱۴۶ (۷۳)
با فرزندان	۲۵ (۱۲/۵)
با دیگران	۱ (۰/۵)
کفایت منابع مالی	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

اصلاً کافی نیست	۱۲ (۶)	عدم مصرف دارو	۵۹ (۲۹/۵)
در حد کمی	۱۰۲ (۵۱)	**وضعیت سکونت**	
در حد متوسط	۴۹ (۲۴/۵)	مالک	۱۷۲ (۸۶)
کافی است	۱۷ (۸/۵)	مستأجر	۲۸ (۱۴)
وضعیت مصرف دارو			
مصرف دارو	۱۴۱ (۷۰/۵)		

جدول ۲ :مقایسه گروه های شناخته شده: میانگین امتیاز ابعاد پرسشنامه AAQ برمبنای جنسیت

ابعاد n=۲۰۰	مردان (n=۹۸) میانگین(انحراف معیار)	زنان (=۱۰۱) میانگین(انحراف معیار)	احتمال معنی‌داری
تغییرات جسمانی	۲۱/۴۴ (۱/۰۴)	۱۵/۷۳ (۱/۴۳)	۰/۰۴۷
رشد روحی روانی	۱۸/۸۳ (۲/۳۱)	۳۲/۴۵ (۲/۹۳)	۰/۰۰۱
مشکلات روانی- اجتماعی	۱۸/۴۱ (۲/۳۴)	۳۲/۴۵ (۲/۹۳)	۰/۰۰۳
نمره کل	۵۸/۶۹ (۴/۹۰)	۸۰/۶۴ (۶/۱۴)	۰/۰۰۳

جدول ۳ : مقایسه گروه های شناخته شده: میانگین امتیاز ابعاد پرسشنامه AAQ برمبنای سطح تحصیلات

ابعاد n=۲۰۰	سطح تحصیلات بالا (n=۹۸) میانگین(انحراف معیار)	سطح تحصیلات پایین (=۱۰۱) میانگین(انحراف معیار)	احتمال معنی‌داری
تغییرات جسمانی	۱۹/۲۳ (۳/۰۹)	۱۸/۱۴ (۳/۰۸)	۰/۰۱۶
رشد روحی روانی	۲۴/۳۴ (۷/۰۸)	۲۶/۵۵ (۷/۳۶)	۰/۰۳۷
مشکلات روانی- اجتماعی	۲۳/۹۷ (۷/۳۲)	۲۶/۵۵ (۷/۳۶)	۰/۰۲۴
نمره کلAAQ	۶۷/۵۵ (۱۲/۰۸)	۷۱/۱۴ (۱۲/۳۱)	۰/۰۴۵

جدول ۴: ضرایب همبستگی نمره ابعاد بین نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به سالمندی (AAQ) و نمره ابعاد پرسشنامه(SF-۳۶)

کیفیت زندگی n=۲۰۰	بعد تغییرات جسمانی	بعد رشد روحی روانی	بعد مشکلات روانی- اجتماعی	نمره کل AAQ
عملکردجسمی	-۰/۳۷۱**	-۰/۴۲۷**	۰/۱۳۶	۰/۱۳۶
محدودیت در ایفای نقش(مشکلات جسمی)	-۰/۴۱۴**	-۰/۴۵۶**	۰/۱۱۱	۰/۱۱۱
درد جسمی	-۰/۳۸۳**	-۰/۴۴۸**	۰/۱۵۱*	۰/۱۵۱*
سلامت عمومی	-۰/۴۸۳**	-۰/۶۵۱**	۰/۴۳۴**	۰/۴۳۴**
نشاط	-۰/۶۲۴**	-۰/۶۱۸**	۰/۲۱۲**	۰/۲۱۲**
عملکرداجتماعی	-۰/۴۷۵**	-۰/۵۰۸	۰/۱۷۸*	۰/۱۷۸*
محدودیت در ایفای نقش (مشکلات عاطفی)	-۰/۳۲۳**	-۰/۳۷۹**	۰/۲۱۴**	۰/۲۱۴**
سلامت روان	-۰/۶۰۴**	-۰/۵۶۹**	۰/۱۶۱*	۰/۱۱۶*

** معنادار در سطح P <۰/۰۱
* معنادار در سطح P < ۰/۰۵

جدول ۵: ضرایب همبستگی نمره ابعاد بین نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به سالمندی (AAQ) و نمره ابعاد پرسشنامهWHOQOL

کیفیت زندگی n=۲۰۰	بعد تغییرات جسمانی	بعد رشد روحی روانی	بعد مشکلات روانی- اجتماعی	نمره کلAAQ
سلامت جسمانی	-۰/۵۲۶**	-۰/۴۶۱**	۰/۴۹۷**	۰/۳۲۳**
سلامت روانی	-۰/۳۴۸**	-۰/۴۵۶**	۰/۴۵۳**	۰/۳۵۰**
روابط اجتماعی	-۰/۵۷۲**	-۰/۴۸۴**	۰/۳۰۶**	۰/۰۷۸
سلامت محیط	-۰/۲۷۰**	-۰/۴۰۶**	۰/۳۸۴**	۰/۳۳۲**

** معنادار در سطح P <۰/۰۱
* معنادار در سطح P < ۰/۰۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

جدول ۶: تعیین همسانی درونی و ثبات پرسشنامه: آلفای کرونباخ و شاخص همبستگی درون خوشه ای (ICC) نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی سالمندان (AAQ)

	میانگین(انحراف معیار)	آلفای کرونباخ (n=۱۰۰)	ICC (n=۴۰)	CI=۰/۹۵		احتمال معنی‌داری
				حد پایینی	حد بالایی	
تغییرات جسمانی	۲۱/۶۰ (۵/۴۸)	۰/۸۶	۰/۸۵	۰/۷۲	۰/۹۲	۰/۰۰۰۱
رشد روحی روانی	۲۸/۹۲ (۴/۸۲)	۰/۸۸	۰/۸۷	۰/۷۶	۰/۹۵	۰/۰۰۰۱
مشکلات روانی- اجتماعی	۲۷/۸۰ (۴/۹۴)	۰/۸۹	۰/۹۵	۰/۹۰	۰/۹۷	۰/۰۰۰۱
نمره کل	۷۶/۹۷ (۷/۹۱)	۰/۸۰	۰/۹۴	۰/۸۹	۰/۹۷	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات زیادی در زمینه بررسی و ارتقای نگرش به سالمندی انجام شده است. لازمه انجام صحیح این مطالعات در اختیار داشتن ابزارها یا مقیاس‌های معتبر و پایا شامل پرسشنامه‌های استاندارد است. لذا طراحی، تدوین و روان سنجی یک پرسشنامه برای همه پژوهشگران از جمله محققان علوم پزشکی جهت بررسی نگرش به سالمندی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر این اساس در این پژوهش، پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) با ۲۴ عبارت در چهار بعد به زبان فارسی ترجمه و سپس ویژگی های روانسنجی آن تعیین شد. کاربرد پرسشنامه مذکور به سادگی امکان پذیر بوده و می تواند توسط کارکنان حرف پزشکی جهت سالمندان در مراکز بهداشتی درمانی طی حدود ۱۵-۱۰ دقیقه تکمیل گردد. در مطالعه حاضر ترجمه پرسشنامه با دقت توسط افراد مسلط و آگاه و با پیروی از اصول ترجمه و توجه به فرایند صحیح آن و دقت در تطابق فرهنگی معانی انجام شده است و از نقاط قوت آن رعایت گام های اصلی مورد تایید طبق منابع معتبر برای فرایند ترجمه و روانسنجی ابزارها است [۲۵]. در این پژوهش جهت اعتباریابی این پرسشنامه ، روایی صوری(کیفی)، روایی محتوا(کیفی)، روایی افتراقی(مقایسه گروه های شناخته شده)، همسانی درونی(ضریب آلفای کرونباخ) و ثبات انجام گرفت. در مرحله تعیین روایی صوری، روایی به شکل کیفی انجام شد که مورد تأیید سالمندان بود. سپس با متخصصان مصاحبه شد و از روایی محتوا کیفی و تطابق فرهنگی اطمینان حاصل شد. در این پژوهش، برای بررسی روایی افتراقی پرسشنامه از مقایسه گروه های شناخته شده جهت پارامترهای جنسیت و سطح تحصیلات استفاده گردید. نتایج تحلیل مقایسه گروه های شناخته شده دراین پارامتر روایی مستدلی را در ۳ بعد پرسشنامه (تغییرات جسمانی، رشد روحی روانی و مشکلات روانی- اجتماعی) نشان داد. هنگامی که جنسیت و سطح تحصیلات سالمندان به عنوان عوامل تعیین وجود شواهد بهبود نگرش به سالمندی بکار برده شد، تفاوت های آماری معنا دار بین گروه ها مشاهده شد. به بیان دیگر، مردان و سالمندان با سطح تحصیلات امتیاز پایین تری را از نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) در ۳ بعد تغییرات جسمانی، رشد روحی روانی و مشکلات روانی- اجتماعی کسب نمودند. یافته‌های پژوهش لوکاس کاراسکو و همکاران نشان داد که گروه سالمندان با سطح تحصیلات بالاتر ، نسبت به سالمندان با سطح تحصیلات پایین تر به طور معنی‌دار از نگرش مثبت تری به سالمندی برخوردار بودند و به‌طور معنی‌دار نمره بهتری کسب نمودند[۳۱]. تاپ و همکاران مطالعه ای را با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و نگرش به سالمندی دردوران های مختلف سالمندی مستقر در ترکیه با استفاده از پرسشنامه (AAQ) انجام دادند. نتایج تحقیق وی و همکارانش بر عدم تاثیر جنسیت بر نگرش به سالمندی تاکید داشت ($P > ۰/۷۸۲$) [۳۲]. جهت بررسی روایی همگرا، ضرایب همبستگی و سطح معناداری نمره ابعاد بین نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) و نمره ابعاد پرسشنامه(SF-۳۶) و (WHOQOL) محاسبه گردید. بین اکثریت ابعاد ۲ پرسشنامه و نمره کل پرسشنامه (AAQ) با نمره ابعاد پرسشنامه(SF-۳۶) و (WHOQOL) همبستگی قوی مشاهده شد. ارهان اسر و همکاران، تاپ و همکاران همچنین کالفوس و همکاران جهت تعیین روایی همگرا از پرسشنامه های (WHOQOL) [۲۴,۳۲-۳۳]، و لوکاس کاراسکو و همکاران از هر دو (WHOQOL) وSF-۱۲و استفاده نمودند و نشان دادند که بین پرسشنامه (AAQ) و غالب ابعاد پرسشنامه های مذکور همبستگی قوی وجود داشت [۳۰]. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه ترجمه شده، نشان دهنده همسانی درونی خوب عبارات ابزار می باشد که پایایی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

سالمندی را تأیید می‌نماید. ارهان اسر و همکاران برای تعیین پایایی پرسشنامه سنجش نگرش به سالمندی نیز از روش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در سطح خوب استفاده نمودند [۲۴]. لکن در مطالعه لوکاس کاراسکو و همکاران(۲۰۱۳) میزان الفای کرونباخ ابعاد پرسشنامه (AAQ) بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ بود [۳۰]. پایایی نسخه فارسی پرسشنامه با شیوه آزمون مجدد نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده از دو بار اجرای آزمون به فاصله دو هفته، ثبات بالای پرسشنامه مذکور را نشان داد. شواهد بیانگر آن بود که از این روش برای تعیین ثبات ابزارهای کیفیت زندگی و نگرش سنجی استفاده شده است. این شیوه در مطالعات ارهان اسر و همکاران و لوکاس کاراسکو و همکاران بکار گرفته شد[۳۰, ۲۴]. بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه، ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی نگرش به سالمندی (AAQ) درحدقابل قبولی بود. این ابزار می تواند جهت اندازه‌گیری پیامد سلامت در بخش‌های پژوهشی، بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. کاربرد پرسشنامه مذکور به سادگی امکانپذیر بوده و می‌تواند توسط سالمند یا ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در عرصه‌های مختلف نظیرجامعه، مراکز بهداشتی و بیمارستان، در مدت زمانی کوتاه تکمیل گردد. نمره گذاری(امتیازبندی) ساده و پایایی و روایی مناسب قابلیت بکارگیری آن را بالا می‌برد. شایان ذکر است برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعمیم پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر، از جوامع متفاوت و انجام تحلیل عاملی می‌تواند در ارتقای پرسشنامه مذکور موثر باشد. به رغم نیاز به مطالعات بیشتر، امیداست که ابزار سنجش نگرش به سالمندی (AAQ) بتواند برای پژوهشگران مفید واقع شود.

سهم نویسندگان

ناهید رژه: طراحی طرح پژوهشی، مدیریت مشترک طرح پژوهشی، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده ها، تهیه و تدوین

مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک طرح پژوهشی، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه

علی منتظری: مدیریت مشترک طرح پژوهشی، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده ها، مشارکت در تهیه مقاله

مریم نیکخواه: ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه ، جمع آوری داده ها

تشکر و قدردانی

پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده اند به ویژه معاونت پژوهشی، مرکزتحقیقات مراقبت‌های سالمندی دانشگاه شاهد و سالمندان شرکت کننده در این پژوهش اعلام می دارند.

منابع

1.Gilasi H, Soori H, Yazdani S, Taheri Tenjani P. Methodological Considerations in Elderly Studies: A Narrative Review. Iranian Journal of Epidemiology 2015;11 :1-12

2.Beh-Pajooh A, Soleymani S. The Relationship between Sleep Quality and Depression in Older People Living in 3 Districts of Tehran Iran. Iranian Journal of Ageing 2016; 11:72-9 [Persian]

3.Eftekhar Ardebili H, Mirsaeidi ZS. Assessment of Factors Affecting Quality of Life of Elderly Clients Coveraged by Health Centers of Southern of Tehran. Iranian Journal of Ageing 2015; 9:268-77 [Persian]

4.Shirazi Khah M. Study of Health and Social Indicators of Elderly Women in Iran. Iranian Journal of Ageing 2012; 6 :66-78. [Persian]

5.Karami Matin B, Rezaei S, Alinia S, SHaahmadi F, Kazemi Karyani A. Ageing in Iran in 1410, A Warning to Health Care System. Teb va Tazkiyeh 2012;2: 9-18 [Persian]

6.Mirzaei M, Shams-Ghahfarkhi M. Demographic Characteristics of the Elderly Population in Iran According to the Census 1976-2006. Iranian Journal of Ageing 2007; 2:326-31 [Persian]

7.Lovell M. Caring for the Elderly: Changing Perceptions and Attitudes. Journal of Vascular Nursing 2006; 24: 22-6

8.Sadrossadat SJ, Hooshyari Z, Sadrossadat L. The Construction and Norm-Finding of Rating Scale in Elderly Stressors. Iranian Journal of Ageing 2013; 8:24-32 [Persian]

9.Graham GJE, Christian LM, Glaser K. Stress, Age and Immune Function. Journal of Behavioral Medicine 2006; 29: 389-400 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

10. Khajavi D, Khanmohamadi R. Predicting Depressive Symptoms of the Elderly According to Physical Activity Level and Demographic Characteristics: Examining the Role of Age and Gender. Journal of Development and Motor Learning 2015;7: 87-103 [Persian]
11. Bahrami F, Dadfar M, Dadfar F. The Effectiveness of Religious Teachings on the Reduction of Depressed Elderly People. Middle Eastern Journal of Disability Studies 2015; 4:55-65
12. Berk L. Developmental Through the Lifespan. Boston: Allyn and Bacon, 2007
13. Leonard U. Stress in Elder-Household Care System Among a Sample of Employed Women in Nigeria. European Journal of Social Sciences 2010;13: 532-41.
14. Ocampo JM, Londoño I. Ciclo Vital Individual: Vejez. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría 2003; 21:1072-84
15. Laidlaw K, Power MJ, Schmidt S, the WHOQOL-OLD Group. The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): Development and Psychometric Properties. International Journal of Geriatric Psychiatry 2007; 22: 367-79
16. Vaillant GE. Ageing Well: Surprising Guideposts to a Happier Life from the Landmark Harvard Study of Adult Development. Little Brown & Co: Boston, MA, 2002
17. Boerner K, Jopp D. Improvement Maintenance and Reorientation as Central Features of Coping with Major Life Change and Loss: Contributions of Three Lifespan Theories. Human Development 2007; 50:171-95
18. Carstensen LL, Löckenhoff CE. Ageing, Emotion and Evolution: The Bigger Picture. Annals of the New York Academy of Sciences 2003; 1000:152-79
19. Carstensen LC, Turan B, Scheibe S, Ram N, Ersner- Hershfield H, Samanez- Larkin GR, et al. Emotional Experience Improves with Age: Evidence Based on Over 10 Years of Experience Sampling. Psychology and Ageing 2011; 26: 21-33
20. Levy BR, Slade MD, Kasl SV. Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Ageing on Functional Health. Journal of Gerontology 2002; 57: 409-17.
21. Harrison T, Blozis S, Stuifbergen A. Longitudinal Predictors of Attitudes Toward Ageing Among Women with Multiple Sclerosis. Psychology and Ageing 2008; 23: 823-32
22. Fong T, Finlayson M, Peacock N. The Social Experience of Ageing with A Chronic Illness: Perspectives of Older Adults with Multiple Sclerosis. Disability and Rehabilitation 2006; 28: 695-705
23. Eser E, Gercekliogl u GS, Eser S, Fidaner C, Baysan P, Pala T, et al. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Who-Europe Attitudes of Aging (EAAQ) Questionnaire .Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14: 101-10
24. Afrasibai Far A, Yaghmaie F, Abdoli S, Abed Saeedi Zh. Research Tool Translation and Cross-Cultural Adaptation. Journal of Nursing and Midwifery Faculty, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2006;54:58-67. [Persian]
25. Sim J, Bartlam B, Bernard M. The CASP- 19 as A Measure of Quality of Life in Old Age: Evaluation of Its Use in A Retirement Community. Quality of Life Research 2011; 20: 997–1004
26. Power MJ, Quinn K, Schmidt S, the WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD Module. Quality of Life Research 2005; 14: 2197-214
27. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of Major Depression and Subsyndromal Symptoms on Quality of Life and Attitudes Toward Ageing in an International Sample of Older Adults. Gerontologist 2008; 48: 593
28. Low G, Molzahn AE, Schopflocher D. Attitudes to Aging Mediate the Relationship Between Older Peoples' Subjective Health and Quality of Life in 20 Countries Health Quality of Life Outcomes 2013; 28:146.
29. Chachomovic E, Fleck MP, Trentini CM, Laidlaw K, Power MJ: Development, and Validation of the Brazilian Version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): An Example of Merging Classical Psychometric Theory and The Rasch Measurement Model. Health Quality of Life 2008, 21: 5
30. Lucas-Carrasco R, Laidlaw K, Gómez-Benito J, Power MJ. Reliability and Validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) in Older People in Spain. International Psychogeriatrics 2013; 25:490-9
31. Top M, Dikmetaş E. Quality of life and Attitudes to Ageing in Turkish Older Adults at Old People's Homes. Health Expectations 2015;18:288-300
32. Kalfoss MH, Low G, Molzahn A. Reliability and Validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire for Canadian and Norwegian Older Adults. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010; 24: 75–85
33. World Health Organization. Process of Translation and Adaptation of Instruments. Available, from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/[25/12/2012]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

34. Taheri Kharame Z, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Hajizadeh E, Montazeri A. Translation and Validation Study of the Iranian Version of Seattle Angina Questionnaire. Payesh 2013; 12: 79-87 [Persian]
35. Forughan M, Jaefari Z, Shirinbayan P. Validity and Reliability of Iranian Version the Abbreviated Mental Test Score in Iranian Elders. Proceedings of the Third Congress of Aging Issues in Iran and Other Countries. 2008, University of Social Welfare and Rehabilitation. [Persian]
36. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey [SF-36]: Translation and Validation Study of the Iranian Version. Quality of Life Research 2005; 14: 875-82
37. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. The World Health Organization Quality of, Life (WHOQOLBREF) Questionnaire: Translation and Validation of the Iranian Version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2006; 4: 1-12 [Persian]
8.Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL- BREF Quality of Life Assessment Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research 2004; 13:299-310
39. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying Content Validity: Conducting a Content Validity Study in Social Work Research. Research on Social Work Practice 2003; 27: 94-104

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]

ABSTRACT

The Persian version of Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): a validation study

Nahid Rejeh[1*], Majideh Heravi-Karimooi [1], Mahshid Foroughan [2], Maryam Nikkhah [3], Ali Montazeri[4]

1. Elderly Care Research Centre - Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
2. Research, ACECR, Department of Gerontology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3. Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
4. Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2016; 5: 567-578
Accepted for publication: 12 October 2015
[EPub a head of print-23 August 2016]

Objective (s): To translate and validate a Persian version of the AAQ in Iran. The AAQ consists of 24 items which cover three theoretical domains: physical change, psychological growth, and psychosocial loss.
Methods: The existing AAQ (English version) was translated into Persian according to process of translation and adaptation of instruments of The World Health Organization protocol. Data were then collected from 200 older people. Reliability (internal consistency, test- retest reliability) face validity, content validity, known-groups comparison and criterion validity of the AAQ, with the SF-36, and the WHOQOL, were examined.
Results: The mean age of participants was 67.66 ±6.28, and more than half (50.5%) were female. There was satisfactory internal consistency (Cronbach's a 0.80–0.89) for the subscales. Test-retest reliability (ICC) of the questionnaire with interval time of two weeks was 0.97($p < 0.001$). The result of known-groups comparison showed that the questionnaire discriminated between subgroups of elderly people differing in gender, and education. Criterion validity was assessed by comparing scores for the eight dimensions of the SF-36, four factors of the WHOQOL and four factors of the AAQ (Persian version). The AAQ showed significant correlation with SF-36, and WHOQOL in most dimensions.
Conclusion: We tested and validated a Persian version of the AAQ with 24 items. It appears to be a promising tool, providing reliable and valid data helping for measuring Attitudes to Ageing among elders in different settings such as clinics, homes and research environments. It is recommended in the future studies that structural validity of the Persian version AAQ in larger sample factor analysis be examined.

Key Words: Validation, Persian version, AAQ, Attitudes to Ageing, nursing home, Quality of Life

[*] Corresponding author: Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
Tel: 66418580
E-mail: reje@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.10.8]