

Development and Psychometric Properties of Self-directed and other-Directed Ageism Scale in Care Settings

Mehri S^{1,2*}, Hosseini M.A², Fallahi-Khoshknab M², Mohammadi-Shahbelaghi F³, Akbari-Zardkhaneh S⁴

1- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

2- Department of Nursing, School of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Nursing, Iranian Research Center of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Mehri S, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

Email: mehrisaid338@gmail.com

Received: 19 Jan 2022

Accepted: 13 Feb 2022

Abstract

Introduction: Ageism and ageist behaviors can significantly affect health care. Medical professionals should offer health care to all patients equally and patients should not be discriminated under any positions based on sex, nationality, sexual identity, or age. This study aimed to investigate the development and psychometric properties of self-directed and other-directed ageism scale in care settings.

Methods: This research is an exploratory sequential mixed method study. This study was carried out from 2018 to 2020. The qualitative phase of the research was conducted using directed content analysis based on Sao Jose's theory. 20 hospital caregivers were recruited using purposive sampling. Data were collected using semi-structured interviews. Data analysis was performed using Hsieh and Shannon content analysis method. The quantitative stage of the study was conducted for instrument psychometric. Psychometric properties of the scale also investigated using face validity and content validity, construct validity and reliability by internal consistency and consistency.

Results: 95 items were obtained from the analysis of qualitative section. After calculating the item impact index, 23 items were removed. In the assessing of content validity ratio and content validity index 27 and in the initial analysis by loop method two items were removed. The result of exploratory factor analysis was two factors: "self-directed ageism" and "other-directed ageism". Which all together could explain 41.373 of the variance. The final scale after the psychometric measures had a content validity ratio of 0.62, Cronbach's alpha coefficient of 0.90 and intra-class correlation of 0.98.

Conclusions: The analysis of research data showed that the designed scale has acceptable validity and reliability. Therefore this scale can be used to measure ageism in care settings and lead to the development of knowledge in relation to this phenomenon.

Keywords: Ageism, Prejudice, Exploratory sequential mixed method, Directed content analysis, Scale, Psychometric properties, Elderly.

طراحی و روانسنجی ابزار تبعیض سنی خود هدایت شده و دیگر هدایت شده در محیط های مراقبتی

سعید مهری^{۱،۲*}، محمدعلی حسینی^۲، مسعود فلاحی-خشکناز^۲، فرحناز محمدی شاه بلاغی^۳، سعید اکبری زردخانه^۴

۱- گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۲- گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

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

۴- گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: سعید مهری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
ایمیل: mehrisaid338@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۹

چکیده

مقدمه: سالمندی و تبعیض سنی به طور قابل توجهی می تواند بر مراقبت های بهداشتی تأثیر بگذارد. متخصصان پزشکی باید مراقبت های بهداشتی را به تمامی بیماران به طور یکسان ارائه دهند. و بیماران نباید تحت هیچ شرایطی بر اساس جنسیت، ملیت، هویت جنسی یا سن مورد تبعیض قرار گیرند. پژوهش حاضر با هدف طراحی و روانسنجی ابزار تبعیض سنی خود هدایت شده و دیگر هدایت شده در محیط های مراقبتی انجام پذیرفت.

روش کار: این پژوهش از نوع ترکیبی اکتشافی متوالی بین سال های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸ انجام شد. مرحله کیفی با استفاده از تحلیل محتوی هدایت شده انجام شد. در این مرحله ۲۰ نفر از مراقبین بیمارستانی به روش نمونه گیری هدفمند وارد پژوهش شدند، جمع آوری داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته صورت گرفت. تحلیل داده ها با استفاده از رویکرد هسیه و شانون انجام شد. در بخش کمی روانسنجی ابزار با استفاده از روایی صوری و محتوی، روایی سازه و پایایی به روش همسانی درونی و ثبات انجام گرفت.

یافته ها: از تحلیل داده های بخش کیفی ۹۵ گویه حاصل شد. پس از محاسبه شاخص امتیاز تأثیر آیتم ۲۳ گویه حذف شدند. در بررسی نسبت روایی محتوی و شاخص روایی محتوی ۲۷ گویه و در تحلیل اولیه به روش لوپ دو گویه ادغام شدند. نتیجه تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل " تبعیض خود هدایت شونده " و " تبعیض دیگر هدایت شونده " بود. که در مجموع واریانس ۴۱/۳۷۳ را تعیین کردند. مقیاس نهایی پس از طی مراحل روانسنجی دارای نسبت روایی محتوی ۰/۶۲، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و همبستگی درون خوشه ای ۰/۹۸ بود.

نتیجه گیری: تحلیل داده های پژوهش نشان داد که مقیاس طراحی شده از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار می باشد. بنابراین این مقیاس می تواند برای سنجش تبعیض سنی در محیط های مراقبتی مورد استفاده قرار گرفته و به توسعه دانش در ارتباط با این پدیده بیانجامد.

کلید واژه ها: تبعیض سنی، سالمند، ترکیبی اکتشافی متوالی، تحلیل محتوی هدایت شده، ابزار، روانسنجی.

مقدمه

تغییرات جمعیت‌شناسی در جهان امروزی باعث افزایش بیماران سالمند و مراجعه بیشتر سالمندان به بیمارستانها شده است. بطوری که ۲۳/۱ درصد از بار جهانی بیماریها را افراد بالای ۶۰ سال و سالمند تحمل می‌کنند. و بیش از ۸۰ درصد سالمندان از یک یا چند بیماری مزمن رنج برده و این تاثیر زیادی بر زندگی سالمندان، خانواده و جامعه دارد (۱).

یکی از چالشهای محیط‌های مراقبتی که تیم ارائه دهنده مراقبت با آن روبرو هستند تبعیض سنی است. تبعیض سنی بعد از تبعیض جنسی و نژادی سومین نوع تبعیض در جهان است (۲). باتلر در سال ۱۹۶۹ برای اولین بار تبعیض سنی را به صورت «تعصب به یک گروه سنی نسبت به گروههای سنی دیگر» تعریف نمود. تبعیض سنی می‌تواند به صورت رفتارهای مثبت یا منفی، تبعیض یا تعصب علیه یا به سود سالمندان به دلیل شرایط سنی آنها ایجاد گردد (۳).

تبعیض، تعصب و رفتارهای کلیشه ای علیه سالمندان موانعی هستند که کیفیت و کمیت مراقبت ارائه شده و نتایج مراقبت را تحت تاثیر قرار داده و در عملکرد و تصمیم‌گیریهای بالینی منعکس می‌شوند (۱). در محیط‌های مراقبتی سالمندان با طیف وسیعی از تبعیض مواجه می‌شوند (۴) و پژوهش‌های مختلف وجود تبعیض در ارائه مراقبت به سالمندان را نشان دادند (۵، ۶). تبعیض باعث می‌شود مراقبت از سالمندان در مراکز مراقبتی تمایل به بی‌ارزش بودن کند، و این بی‌ارزشی همراه با موقعیت‌های اجتماعی ضعیف و وضعیت اقتصادی سالمندان اثرات مخربی از جمله کاهش ارتباطات درمانی (۷)، کاهش غربالگری سرطان (۸)، سبک شمردن ویزیت سالمندان (۹)، کاهش برخی خدمات پیشگیرانه سلامتی، برای سالمندان به همراه دارد (۵). در نهایت، این عوامل باعث به وجود آمدن و تقویت ترس از پیری شده و منابع و فرصت‌ها را از بین می‌برد (۱۰).

در حالی که تلاش برای آموزش نیروهای انسانی برای مراقبت از سالمندان افزایش یافته است، ولی کوتاهی‌هایی در مراقبت از سالمندانی که هنوز ظرفیت مولد و زندگی سالم دارند، وجود دارد (۱۱). استقلال بیماران مسن به شدت توسط

رفتارهای کلیشه‌ای منفی تیم ارائه دهنده خدمات مراقبت تهدید شده و مشارکت افراد مسن در تصمیم‌گیری‌های درمانی نیز در معرض خطر قرار می‌گیرند (۱۲). از طرفی برخی پژوهشها نیز نشان دادند علیرغم اینکه افراد نسبت به سالمندان نگرش مثبت داشته‌اند اما نگرش آنها نسبت به سالمندان بیمار منفی است. دلیل آن این است که مراقبت از سالمند بیمار متفاوت از مراقبت از یک سالمند سالم است؛ و این باعث اعتقاد به این می‌شود که رفتارها، تعصبات و شیوه‌های تبعیض در سالمندان بیمار به‌طور خاص متفاوت است (۱۱-۱۳). از طرف دیگر ماهیت و ابعاد پیچیده تبعیض سنی باعث شده که سنجش آن در نظام مراقبتی سخت باشد (۱۴).

یک ابزار معتبر و با قابلیت روایی و پایایی خوب با فراهم آوردن اطلاعات ضروری در زمینه تبعیض سنی، باعث ارائه بازخورد اختصاصی و دقیق و افزایش درک ما از پدیده تبعیض سنی خواهد شد. شناخت پدیده برای ایجاد مداخلات موثر و مفید برای مبارزه با تبعیض سنی در مراقبت‌های بیمارستانی ضروری است (۱۱). اگرچه ابزارهای در جهت سنجش تبعیض سنی مانند مقیاس تبعیض سنی فرابونی (۱۵)، نگرش به سالمندان کوگان (۱۶)، تبعیض سنی افتراق معنایی روزنکراز (۱۷)، حقایق مربوط به سالمندی پالمور (۱۸)، پرسشنامه واکنش سالمندانگتینگ (۱۹)، مقیاس نگرش به تبعیض سنی و فیکولاسی (۲۰) و مقیاس تبعیض سنی دو سویه کاری (۲۱) طراحی شده اند ولی این ابزارها جنبه عمومی داشته و تنها بخشی از ابعاد تبعیض سنی را مورد سنجش قرار می‌دهند (۱۱). با توجه به اینکه تبعیض سنی در نظام مراقبتی تاکنون با استفاده از ابزارهای غیراختصاصی اندازه‌گیری شده است، لزوم ساخت ابزاری که مختص محیط مراقبتی بوده و سالمندان بیمار را در محیط‌های مراقبتی مدنظر قرار داده و تمامی جنبه‌های تبعیض سنی در محیط‌های مراقبتی را شامل و با زمینه فرهنگی کشورمان مطابقت داشته باشد ضروری است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف طراحی و روانسنجی ابزار تبعیض سنی خود هدایت شده و دیگر هدایت شده در مراقبت‌های بیمارستانی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر، یک پژوهش روش شناختی است که به صورت ترکیبی اکتشافی متوالی از سال ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸ در دو مرحله کیفی و کمی انجام پذیرفت. مرحله کیفی پژوهش با هدف خلق گویه‌ها و طراحی سوالات با استفاده از رویکرد تحلیل محتوی هدایت شده انجام شد. این رویکرد زمانی که ساختار تحلیل داده‌ها براساس دانش قبلی تشکیل شده و نظریه یا پژوهش‌های قبلی درباره پدیده مورد مطالعه وجود داشته، اما کامل نبوده و به توصیف بیشتری نیاز داشته باشند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۲).

پژوهش حاضر در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر اردبیل و امام خمینی (ره) تهران انجام شد. جامعه پژوهش تیم ارائه‌دهنده مراقبت بود. از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع استفاده شد. مشارکت کنندگانی که دارای تجربه پنج سال سابقه کار با سالمندان، حداقل مدرک کارشناسی و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، وارد پژوهش شدند. پس از ارائه مجوز رسمی، کسب اجازه کتبی و شفاهی با توضیح اهداف مطالعه، پژوهش انجام شد. روش اصلی گردآوری اطلاعات مصاحبه‌های فردی نیمه ساختار یافته بود. پژوهشگر ابتدا ضمن کسب اجازه برای ضبط مصاحبه‌ها و بیان سایر معیارهای اخلاقی، به انجام مصاحبه‌های فردی چهره به چهره با رعایت حریم خصوصی پرداخت. در مورد محرمانه بودن اطلاعات به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد. مصاحبه با پرسیدن سوالاتی، از جمله: «مراقبت از افراد سالمند برای شما چه معنایی دارد؟» و «لطفاً تجربیات خود را از مراقبت افراد سالمند برای من بگویید؟» شروع و با سوالات پیگیری کننده ادامه پیدا می‌کرد. مدت زمان مصاحبه حدود ۴۵ تا ۷۵ دقیقه به طول انجامید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها مطابق با آنالیز محتوی کیفی پیشنهادی هیس و شانون و همچنین عصارودی انجام شد (۱۸، ۲۰). بدین ترتیب که ابتدا فایل صوتی مصاحبه‌ها و یادداشت‌ها به دست نوشته تبدیل و با مطالعه مجدد روایت‌ها شناسایی و واحدهای معنایی شکل گرفت. کدگذاری با خواندن دست نوشته‌ها به‌طور دقیق و نشان‌دار کردن قسمت‌های مربوطه در متن انجام شد. در مرحله بعدی،

کد دادن به تمام بخش‌های نشاندار شده صورت گرفت. مفاهیم و سازه‌های کلیدی انتخاب و کدهای منطبق با هر طبقه مطابق با نظریه سائوخوزه (۱۱) در محل خود جایگزین شدند. برای تأمین دقت علمی به معیارهای ساندلوسکی شامل مقبولیت یا اعتبار، قابلیت اعتماد، تصدیق پذیری یا تأییدپذیری و قابلیت انتقال استناد شد (۲۳).

در مرحله کمی پژوهش، قبل از ورود به مرحله روانسنجی با تشکیل پنلی از تیم تخصصی در زمینه تکراری بودن و یا نامرتب بودن گویه‌های حاصل از بخش کیفی با اهداف مطالعه، بحث و تبادل نظر انجام شد و در زمینه اصلاح یا ادغام تعدادی از گویه‌ها توافق حاصل گردید. برای تعیین روایی از روایی صوری، روایی محتوی و روایی سازه استفاده گردید.

روایی صوری به دو صورت کیفی و کمی انجام شد. در روایی صوری به روش کیفی ابزار طراحی شده به ۱۰ نفر از ارائه‌دهندگان مراقبت داده شد تا در مورد سطح دشواری درک عبارات و کلمات، میزان تناسب و ارتباط مطلوب عبارات با ابعاد پرسشنامه و ابهام یا احتمال برداشت اشتباه در عبارات و نارسایی در معانی کلمات اظهار نظر کنند. در روش کمی از ضریب تأثیر گویه‌ها استفاده شد. برای این کار ۱۰ نفر از ارائه‌دهندگان مراقبت جمعیت هدف گویه‌ها را ارزیابی کردند و یکی از گزینه‌های (اصلاً مهم نیست=۱)، اندکی مهم است=۲، به‌طور متوسط مهم است=۳ تا اندازه زیادی مهم است=۴ و کاملاً مهم است=۵) را انتخاب نمودند. برای محاسبه نمره تأثیر، فراوانی در اهمیت گویه ضرب شد. گویه‌های با نمره مساوی و بالاتر از ۱/۵ حفظ و گویه‌های دیگر حذف شدند. معیار ۱/۵ براساس وجود نمره میانگین سه و میانگین فراوانی ۵۰ درصد محاسبه گردید (۲۴).

روایی محتوی نیز با روش کیفی و کمی انجام شد. در روش کیفی، رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب و قرارگیری عبارات در جای مناسب خود توسط ۱۰ نفر از متخصصان دارای دانش و تجربه در حیطه‌های ابزارسازی، سالمندشناسی مورد بررسی قرار گرفت. در روش کمی از نسبت روایی محتوی و شاخص روایی محتوی استفاده شد. در نسبت روایی محتوی، پرسشنامه در اختیار متخصصان قرار گرفت، تا در خصوص ضرورت گویه‌ها، اصلاح و

یا تغییر گویه‌ها پیشنهادهای خود را ارائه نمایند. برای محاسبه نمره نسبت روایی محتوا از فرمول $CVR = (ne - N/2) / (N/2)$ استفاده شد که در آن ne نشان‌دهنده تعداد متخصصینی است که گویه را ضروری تشخیص داده‌اند و N تعداد کل اعضای گروه است. نمره به‌دست آمده بین ۱- تا ۱+ خواهد بود. کسب نمره منفی به این معنی است که کمتر از نیمی از متخصصین معتقد بوده‌اند که گویه ضروری است. کسب نمره صفر به این معنی است که ۵۰ درصد اعضای پانل گویه را ضروری تشخیص داده‌اند و کسب نمره بالای صفر به این معنی است که بیش از ۵۰ درصد از متخصصین گویه را ضروری دانسته‌اند (۲۵).

در شاخص روایی محتوی، بررسی شاخص‌های وضوح و سادگی و مرتبط بودن براساس دیدگاه والتز و باسل به صورت کمی مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد (۲۶)، امروزه براساس مطالعه لین (۲۵) و دو مقاله پولیت و همکاران منحصراً اندازه‌گیری شاخص مرتبط بودن به عنوان معیار اصلی سنجش روایی محتوی به صورت کمی مد نظر قرار می‌گیرد (۲۷-۲۹). شاخص روایی محتوی برای هر گویه بوسیله تقسیم تعداد متخصصان موافق با عبارت دارای رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد. و سپس متوسط شاخص روایی محتوی پرسشنامه نیز محاسبه گردید. قبل از ورود به بررسی روای سازه تحلیل اولیه گویه‌ها با استفاده از روش لوپ انجام پذیرفت (۳۰).

برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی (اکتشافی و تاییدی) و برای تعیین ساختار عاملی آن از چرخش واریماکس استفاده شد. همچنین از آزمونهای شاخص نمونه‌گیری کیسر-مایر-الکین و بارتلت برای بررسی کفایت نمونه و قابلیت دسته‌بندی، استفاده گردید (۳۰).

برای تعیین پایایی از روش آزمون ثبات و آزمون همسانی درونی استفاده شد. آزمون کلاسیک ثبات روش آزمون-بازآزمون است. که مشارکت‌کنندگان ابزار را در دو مرحله با فاصله زمانی دو هفته تکمیل کردند و نمرات به دست آمده از این دو مرحله با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای مقایسه شد. شاخص بالاتر از ۰/۸ مطلوب در نظر گرفته شد. برای بررسی همسانی درونی از ضریب آلفای

کرونباخ استفاده شد. دامنه ضریب آلفای کرونباخ بین صفر و یک است. به طور قراردادی وجود حداقل میزان آلفای کرونباخ ۰/۶۰ برای مطالعات اکتشافی مطلوب است، اما اگر ابزار بایستی در حد خوب و کافی دارای پایایی درونی باشد، این میزان باید بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ باشد (۳۱).

یافته‌ها

تعداد مشارکت‌کنندگان در مرحله کیفی پژوهش ۲۰ نفر بود. از مصاحبه‌ها حدود ۱۴۵۰ کد اولیه استخراج شد. کدهای اولیه استخراج شده براساس زیرطبقات الگوی سائوخوزه در سه حیطه شناختی، عاطفی و رفتاری جاگذاری شدند (۱۱). در نهایت اطلاعات به دست آمده از مصاحبه‌ها، توصیف‌هایی از تجارب شرکت‌کنندگان در مورد تبعیض سنی در اختیار پژوهشگران قرار داد. از این توصیف‌ها جهت تکمیل ابعاد و گویه‌های ابزار سنجش تبعیض سنی در سالمندان استفاده شد و استخری از گویه‌ها که شامل ۱۳۶ گویه بود تشکیل گردید. گویه‌های موجود در استخر گویه سه بار توسط اعضای تیم پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و ضمن ویرایش و ادغام گویه‌های همپوشان، ۹۵ گویه باقی ماند. بررسی روایی صوری به دو روش کیفی و کمی انجام شد. ۲۳ گویه به دلیل کسب نمره تاثیر کمتر از ۱/۵ حذف شده و تعداد گویه‌ها در این مرحله به ۷۲ تقلیل یافت.

در بررسی نسبت روایی محتوی، حداقل مورد قبول نسبت روایی محتوی براساس جدول لاوشه برای ۱۰ نفر متخصص، ۰/۶۲ در نظر گرفته شد (۳۲). که با توجه به نمره دهی اساتید ۲۴ گویه بعلت کسب میزان نسبت روایی محتوی کمتر حذف شدند. در تعیین شاخص روایی محتوی، حداقل مورد قبول برای شاخص روایی محتوی براساس نظر پیشنهادی والتز و باسل ۰/۷۹ در نظر گرفته شد (۳۳). همچنین میزان S-CVI/Ave برابر ۰/۹۵۳ شد. که در نتیجه آن سه گویه در این مرحله حذف شدند و ابزار ۴۵ گویه ای وارد مرحله تحلیل اولیه (روش لوپ) گویه‌ها گردید. در این مرحله، ابزار ۴۵ گویه ای در اختیار ۶۰ نفر از مراقبین در بیمارستان قرار گرفت و میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. دو گویه به دلیل عدم همبستگی با

سعید مهري و همکاران

کیسر-میر-آلکین و قابلیت طبقه بندی داده ها با آزمون کروییت بارتلت بررسی شدند (۲۷). شاخص کیسر-میر-آلکین برابر با ۰/۹۱۴ بود. که نشانگر کفایت نمونه گیری بود. نتیجه آزمون کروییت بارتلت در این پژوهش با میزان ۲۵۰۶/۰۲۸ در سطح معنی دار (۰/۰۰۰۱) بود، که نشان دهنده قابلیت دسته بندی گویه ها و شکل گیری عامل می باشد. و اجرای تحلیل عاملی براساس ماتریکس همبستگی حاصل در نمونه مورد پژوهش را توجیه می کند (جدول ۱).

سایر گویه ها و یک گویه به دلیل همبستگی بالای ۰/۸۰، با گویه های دیگر ادغام شدند (۲۷). در نهایت ۴۲ گویه وارد مرحله روایی سازه شدند. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی با مشارکت ۳۰۰ نفر از مراقبین (۵ تا ۱۰ برابر گویه های مورد سنجش) استفاده شد (۲۹). از راهنمای پنج مرحله ای ویلیامز و همکاران برای بررسی مناسب بودن داده ها برای تحلیل عاملی، حجم نمونه کافی و قابلیت عامل پذیری داده ها استفاده شد. کفایت نمونه گیری با شاخص نمونه گیری

جدول ۱: تحلیل عاملی شاخص کفایت نمونه گیری (KMO) و نتایج آزمون کروییت بارتلت (BT)

آماره KMO	۰/۹۱۴
مقدار تقریبی کای دو	۲۵۰۶/۰۲۸
df	۱۹۰
Sig	۰/۰۰۰۱

بالای با یکدیگر داشتند درون یک دسته یا عامل قرار گرفتند. بارعاملی هر سوال در ماتریکس چرخش یافته باید دست کم ۰/۴۰ و ترجیحا بالاتر باشد. و هر یک از عاملها باید دست کم متعلق به سه سوال باشد. در حقیقت بار عاملی همبستگی بین یک متغیر و یک عامل است که به منظور حفظ یا حذف هر متغیر در هر عامل بعد از مرحله دوران عامل مورد استفاده قرار می گیرد. جدول واریانس کلی تبیین شده توسط عاملها نشان داد که سه عامل ارزش ویژه بیش از یک دارند (جدول ۲).

از روش تحلیل حداکثر درست نمایی برای استخراج اولیه عامل ها استفاده شد. با توجه به توصیه تامپسون و دانیل (۳۴)، استفاده همزمان از چند رویکرد مناسب می باشد. داشتن ارزش ویژه بیش از یک، قرار گرفتن عامل ها خارج از خط افقی تشکیل شده از شن ریزه ها و تبیین حداقل ۵۰ درصد واریانس مفهوم مورد نظر توسط عاملهای استخراج شده، معیار قضاوت در پژوهش قرار گرفتند. پس از محاسبه ماتریکس همبستگی بین متغیرها، استخراج عوامل صورت گرفت. در این مرحله متغیرهای که همبستگی

جدول ۲: مقدار کل واریانس تبیین شده عامل های ابزار قبل و بعد از دوران

عامل	مقادیر ویژه اولیه			مجموع مجذورات بارهای عاملی قبل از دوران			مجموع مجذورات بارهای عاملی پس از دوران		
	کل	درصد واریانس	درصد تجمعی	کل	درصد واریانس	درصد تجمعی	کل	درصد واریانس	درصد تجمعی
۱	۷/۳۸۱	۳۶/۹۰۳	۳۶/۹۰۳	۶/۸۰۹	۳۴/۰۴۷	۳۴/۰۴۷	۵/۸۷۱	۲۹/۳۵۵	۲۹/۳۵۵
۲	۲/۰۸۳	۱۰/۴۱۶	۴۷/۳۱۹	۱/۴۶۵	۷/۳۲۵	۴۱/۳۷۲	۲/۴۰۳	۱۲/۰۱۷	۴۱/۳۷۲
۳	۱/۲۲۳	۶/۱۱۴	۵۳/۴۳۲	...	...	...	...	...	...
۴	۰/۹۶۰	۴/۸۰۰	۵۸/۲۳۳	...	...	...	...	...	...
۵	۰/۹۳۴	۴/۶۷۲	۶۲/۹۰۵	...	...	...	...	...	...
۶	...	...	...	...	...	...	...	...	...

این پژوهش از چرخش واریماکس استفاده گردید (جدول ۳).

مرحله بعدی تحلیل عاملی اکتشافی، دوران عاملی است. در

جدول ۳: ساختار دو عاملی و بار عاملی هر گویه پس از چرخش واریماکس

شماره	سوالات	عامل اول	عامل دوم
۱	موقعیت اجتماعی سالمندان در ارائه مراقبت تاثیر دارد.	۰/۶۷۸	۰/۵۸۹
۲	ارائه مراقبت به سالمندان بیفایده است.	۰/۶۹۴	
۳	سالمندان سرمایه سیستم مراقبت را هدر میدهند.	۰/۷۲۳	
۴	بهتر است امکانات بیمارستان برای جوان‌ترها استفاده گردد تا سالمندان.	۰/۴۸۰	
۵	افراد سالمند فاقد توانایی بهبود از بیماری در مقایسه با جوان‌ها هستند.	۰/۴۴۲	
۶	نیاز به "مراقبت همه‌جانبه" مانعی برای ارائه مراقبت باکیفیت در سالمندان است.	۰/۵۴۹	
۷	زودرنجی سالمندان در ارائه مراقبت به آن‌ها موثر است.	۰/۶۲۵	
۸	از مراقبت سالمندان بیزار هستم.	۰/۶۲۴	
۹	انگیزه زیادی برای مراقبت سالمند ندارم.	۰/۵۷۸	
۱۰	احساس میکنم، مرگ سالمندان بهتر از حیات با بیماری همراه است.	۰/۵۲۳	
۱۱	رفتار سالمند در بیمارستان بر مراقبتم تاثیر دارد.	۰/۵۲۹	
۱۲	عدم رعایت بهداشت فردی سالمندان باعث کاهش مراقبت از او میشود.	۰/۵۲۹	
۱۳	هوشیاری و آگاه بودن سالمند نسبت به بیماری خود در ارائه مراقبتم موثر است.	۰/۶۸۴	
۱۴	اگر سالمندی از کمبود مراقبت شکایت کند، به او توجه نمیکنم.	۰/۵۵۰	
۱۵	احباب قلبی-ریوی را در جوانها نسبت به سالمندان با توجه بیشتری انجام میدهم.	۰/۶۷۹	
۱۶	مراقبتهای ویژه (بستری در بخش ویژه) را براساس سن بیمار ارائه میکنم.	۰/۷۳۳	
۱۷	به برخی نیازهای درمانی سالمند بیتوجهی میکنم.	۰/۶۸۸	
۱۸	در مراقبت از سالمندان فقط به وظایف درمانی پایه اکتفا میکنم.	۰/۶۰۳	
۱۹	جهت کاهش هزینههای تحمیلی به سالمند مراقبتم را محدود میکنم.	۰/۶۰۲	
۲۰	پیگیری و حساسیت سالمند نسبت به بیماری خود، در مراقبت تیم مراقبتی تاثیر دارد.		

پس از استخراج عوامل هر یک از آنها براساس عبارات هر عامل نامگذاری شدند و میزان همخوانی این عوامل با مفاهیم و ابعاد بدست آمده در مرحله کیفی این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل عاملی ابتدا با توجه به اینکه سه عامل دارای ارزش ویژه بالای یک داشتند انجام گردید. در ادامه با توجه به نمودار شن ریزه و مبنای نظری مطالعه و نظر تیم پژوهش، تحلیل عاملی با در نظر گرفتن دو عامل انجام پذیرفت. و در نهایت ایزار ۲۰ گویه ای در مدل دو عاملی با عناوین «تبعیض دیگر هدایت شونده» و «تبعیض خود هدایت شونده» باقی ماند.

به منظور انجام تحلیل عاملی تاییدی تعداد ۲۳۲ پرسشنامه مجدداً به روش نمونه گیری آسان در بین تیم ارائه دهنده مراقبت در بیمارستان های، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و امام خمینی تهران تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار لیزرل و با استفاده از روش حداکثر درست نمایی تحلیل اطلاعات حاصل از نمونه ها انجام گرفت و شاخص های برازش مدل استخراج شد. (جدول ۴) شاخص های برازش مدل اصلاح شده نهایی تحلیل عاملی تاییدی «ابزار تبعیض سنی در مراقبت های بیمارستانی» را نشان می دهد.

جدول ۴: شاخص های برازش مدل نهایی دو عاملی اصلاح شده

مدل	χ^2	Df	NFI	IFI	RFI	CFI	NNFI	PNFI	RMSEA
تحلیل عاملی تاییدی نهایی در مدل نهایی دو عاملی	۴۵۴/۷۴	۱۶۹	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۸۱	۰/۰۸۶

سعید مهري و همکاران

و ساختار دو عاملی "ابزار تبعیض سنی در مراقبت های بیمارستانی" از لحاظ تجربی تایید می شود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ در دو مرحله محاسبه گردید. در مرحله اول، پس از تعیین شاخص روایی محتوی و صوری پرسشنامه و در مرحله دوم، پس از انجام تحلیل عاملی برای کل پرسشنامه و عامل های آن استفاده شد. مقدار آلفای مصاحبه شده برای کل ابزار در نمونه ای ۳۰۰ نفره در مرحله دوم برابر ۰/۹۰۶ بود. نتایج حاصل نشانگر همسانی درونی بالای کل ابزار و تمامی عامل های آن است (جدول ۵).

جدول ۵: تعیین همسانی درونی

همبستگی درونی	تعداد گویه	زیرمقیاس و کل ابزار
۰/۹۱۲	۱۴	تبعیض دیگر هدایت شونده
۰/۷۵	۶	تبعیض خود هدایت شونده
۰/۹۰۶	۲۰	کل ابزار

پس از جمع آوری هر دو نوبت داده ها، ضریب همبستگی درون خوشه ای برای دو زیر مقیاس و کل ابزار محاسبه شد. نمرات آلفای کرونباخ عامل ها و کل مقیاس نشان دهنده همبستگی درونی مناسب ابزار بود (جدول ۶).

دامنه تغییرات شاخص CFI بین صفر و یک می باشد، مقادیر بالاتر از ۰/۸۵ این شاخص ها نشان دهنده برازندگی نسبی مدل، مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ نشان دهنده برازندگی خوب و قابل قبول مدل و مقادیر بالاتر از ۰/۹۵ نشان دهنده برازندگی خیلی خوب و عالی مدل می باشد. در مدل کنونی شاخص CFI ۰/۹۵ برآورد شد که نشان دهنده برآزش نسبتاً خوب و قابل قبول مدل می باشد. همچنین همه ضرایب مسیر الگوی دو عاملی از لحاظ آماری معنادار بودند ($P < 0.05$). در مجموع با توجه به مقادیر شاخصهای بدست آمده می توان اظهار کرد که الگوی دو عاملی مورد نظر برآزش مناسبی با داده ها دارد.

برای ارزیابی پایداری به روش آزمون-بازآزمون از ۱۵ نفر از مراقبین خواسته شد تا پرسشنامه را تکمیل کنند و مجدداً دو هفته بعد در شرایط یکسان تکرار شد. سپس میزان همبستگی بین نمرات حاصل از دو آزمون تعیین گردید.

جدول ۶: همبستگی درونی و همبستگی درون خوشه ای (ICC) بین نمرات آزمون و بازآزمون برای عامل ها و کل مقیاس

عامل	میانگین (انحراف معیار آزمون-بازآزمون)	آلفای کرونباخ	ICC	دامنه اطمینان برای ICC	P-VALUE برای ICC	خطای استاندارد اندازه گیری (SEM)
تبعیض دیگر هدایت شده	۴۵/۶ (±۹/۸۸)	۰/۹۸۵	۰/۹۸۳	۰/۹۴۸ - ۰/۹۹۵	۰/۰۰۰۱	۱/۳
تبعیض خود هدایت شده	۲۵ (±۴/۲۷)	۰/۹۶۸	۰/۹۷۰	۰/۹۰۹ - ۰/۹۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
کل مقیاس	۶۷/۵۴ (±۱۳/۳۷)	۰/۹۸۶	۰/۹۸۳	۰/۹۴۵ - ۰/۹۹۵	۰/۰۰۰۱	۱/۸۹

ابزارهای محدودی برای سنجش تبعیض سنی وجود دارند. از جمله مقیاس فرابونی که دارای ۲۹ گویه و سه حیطه تبعیض یا پذیرش، رفتار و گفتار ضد افراد سالمند و اجتناب از سالمندان می باشد. مقیاس فرابونی دارای همسانی درونی مطلوب و آلفای کرونباخ ۰/۸۶ می باشد (۱۲). مقیاس کوگان متشکل از ۳۴ گویه و دو بعد نگرش مثبت و نگرش منفی به سالمندان است. این مقیاس به صورت لیکرت هفت گزینه ای طراحی شده است. آلفای کرونباخ گزارش شده برای مقیاس کوگان بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ می باشد (۱۳). پرسشنامه گتینگ یک ابزار توسعه یافته برای ارزیابی نگرش به افراد سالمند می باشد. این مقیاس دارای ۲۷

بحث

در پژوهش حاضر، پس از تهیه نسخه اولیه ابزار، مراحل روانسنجی ابزار انجام گردید. ابزار طراحی شده با ۲۰ گویه و دارای دو بعد "خود هدایت شده" و "دیگر هدایت شده" است. تعداد عامل های آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده و در تحلیل عاملی تاییدی ساختار دو عاملی آن مورد تایید قرار گرفته است. ابزار طراحی شده از روایی و پایایی قابل قبول برخوردار است. همچنین ساده بودن و نیاز به زمان کم برای تکمیل آن از مزیت این ابزار است.

سوال است که با مقیاس شش قسمتی لیکرت انتظارات از سالمندی را در سه بعد ترس از ضعف، یکنواختی در زندگی و زیان در زندگی ارزیابی می کند. این عناصر ابعاد عاطفی، شناختی، دیگر هدایت شونده، تبعیض آشکار، تبعیض مثبت و منفی را مورد پوشش قرار می دهد (۱۶). مقیاس نگرش به تبعیض سنی و فیکولاسی برای سنجش نگرش دانشجویان نسبت به سالمندان، شامل ۲۳ گویه و سه بعد، زندگی محدود سالمندان، تبعیض سنی مثبت و تبعیض سنی منفی می باشد. آلفای کرونباخ گزارش شده ۰/۸۰ می باشد (۱۷). پرسشنامه کاری دارای ۱۳ گویه در دو بعد خیرخواهانه و خصمانه و آلفای کرونباخ ۰/۹۱ است (۱۸). پژوهشگران معتقدند هیچ یک از ابزارهای موجود جامع و کامل نبوده و جنبه عمومی دارند و برای حل مشکلات موجود در محیط های مراقبتی باید از ابزار اختصاصی که تمامی جنبه های تبعیض سنی را مورد ارزیابی قرار دهد، استفاده گردد (۱۱)، (۳۵).

یکی از ابعاد ابزار طراحی شده "تبعیض خود هدایت شده" است. گویه های این بعد نشان دهنده این هستند که سالمندان در تبعیض ایجاد شده به خود نقش دارند و به نحوی خود علت بروز تبعیض در ارائه مراقبت به خود می باشند. این پدیده توسط بادنر و همکارانش در سال ۲۰۱۱ توصیف شده (۳۳) و در سال ۲۰۱۹ سائوخوزه به ابعاد تبعیض سنی اضافه نموده است و اشاره کرده که این نوع تبعیض بصورت غیر آشکار است (۳۲).

سوگیری ها و تصوراتی که سالمندان از خود دارند می تواند بر تعامل و کیفیت مراقبت آنها در سیستم بهداشتی-درمانی تاثیر داشته باشد. این سوگیریها در یک جامعه سالمند اجتناب ناپذیر بوده و منجر به درک نادرست از بیماری می گردد (۱). بطور مثال درد و رنج در سنین بالا شایع است. زمانی که سالمندی خود تبعیضی دارد احساس می کند کمرد درد (یکی از شایعترین علامت رایج در سالمندان کل جهان) طبیعی بوده و از علامت های دوره سالمندی است. این انتظار باعث می شود سالمندان کمتر به دنبال مراقبت های پزشکی برآورد نشده خود باشند (۳۶). مطالعات نشان داده اند که نگرش های منفی نسبت به خود مانند درمانده تصور کردن خود با خطرات بالای حوادث قلبی عروقی و آسیب های مغزی از جمله آلزایمر

همراه است (۳۷، ۳۸). در مقابل نگرش مثبت به خود در سنین سالمندی باعث رفتارهای مثبت سلامتی مانند فعالیت بدنی، اقدامات پیشگیری و پیروی از توصیه های درمانی می گردد. در نهایت این نگرشها، رفتارها و خود تبعیضی به کارکنان مراقبت انتقال پیدا کرده و بر رفتار و تصمیم گیری های بالینی پزشک و پرستار تاثیر گذاشته و فرآیندها و نتایج مراقبت از سالمندان را تحت تاثیر قرار می دهد (۱). بنابراین با توجه به تاثیر زیاد خود تبعیضی بر سلامت سالمندان باید تلاش کرد نگرشهای منفی سالمندان نسبت به خود و همچنین خانواده آنها کاهش یابد. و سیستم بهداشتی درمانی می تواند با اقدامات هماهنگ شده و مشارکتی و شناسایی ریشه این سوگیریها بهترین مراقبت را در سیستم سلامت برای سالمندان فراهم آورند.

بعد دیگر ابزار طراحی شده "تبعیض دیگر هدایت شده" است. گویه های موجود در این بعد بیانگر این هستند که سالمندان در ایجاد تبعیض علیه خود نقشی ندارند و سایر عوامل مانند نگرش مراقبین نسبت به سالمندان، فرایند پیری و سیستم ارائه کننده مراقبت، باعث تبعیض شده و در کیفیت و کمیت مراقبت ارائه شده به سالمندان تاثیر می گذارند.

شواهد نشان دهنده این است که نگرش در تصمیم گیری بالینی ارائه دهندگان مراقبت تاثیرگذار بوده، و تاثیر آن در عملکرد بالینی بصورت تفاوت در روش های درمانی، مراقبتی و تشخیصی بروز پیدا می کند (۳۹). از جمله این تفاوتها درمان ناراحتی های قلبی عروقی، سرطان و حوادث عروقی مغزی در سالمندان است (۱، ۱۱). همچنین به دلیل نگرش منفی به سالمندان در بین پزشکان، پرستاران و حتی دانشجویان به دلیل سن بالای آنها توجه کافی به درمان، پیگیریها و مراقبت این گروه سنی انجام نمی شود (۱۳). زمینه فرهنگی، دانش، نگرش و سابقه کار با سالمندان در این نگرش ها تاثیر مثبتی دارد. بنابراین با شناخت و آسیب شناسی دقیق می توان از ایجاد تبعیض بخاطر سن بالا علیه سالمندان جلوگیری بعمل آورد.

از محدودیت های پژوهش حاضر این است که ممکن است پاسخ دهی به سوالات تحت تاثیر خرده فرهنگ های بومی قرار گرفته باشد. که نیاز به بررسی بیشتر در سایر فرهنگ ها می باشد. بنابراین تعمیم به

مطالعات بیشتر در این زمینه توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری

در نهایت مبتنی بر متغیرهای تاثیرگذار بر تبعیض سنی سالمندان در مراقبت‌های بیمارستانی، ابزار مناسب برای سنجش "تبعیض سنی سالمندان خود هدایت شده و دیگر هدایت شده در مراقبت‌های بیمارستانی" که شامل ۲۰ گویه در دو بعد ساخته شد. این دو بعد متناسب و تایید کننده تئوری مبنای پژوهش است. با توجه روایی و پایایی مناسب، نمره گذاری ساده و قابلیت استفاده آن برای تمامی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی، این مقیاس می‌تواند برای سنجش تبعیض سنی در مراقبت‌های بیمارستانی مورد استفاده قرار گرفته و به توسعه دانش درباره این پدیده بیانجامد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران با کد اخلاقی IR.USWR.REC.۱۳۹۶,۲۶۳ می‌باشد. از کلیه همکاران که در انجام مطالعه حاضر ما را یاری کردند کمال تشکر را داریم.

References

1. Ayalon L, Tesch-Römer C. Contemporary perspectives on ageism: Springer Nature; 2018. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8>
2. Rupp DE, Vodanovich SJ, Credé M. The multidimensional nature of ageism: Construct validity and group differences. *The Journal of Social Psychology*. 2005;145(3):335-62. <https://doi.org/10.3200/SOCP.145.3.335-362>
3. Butler RN. Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. 1969;9(4):243-6. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
4. Suhonen R, Scott PA, Igoumenidis M. An Ethical Perspective of Nursing Care Rationing and Missed Care. *Impacts of Rationing and Missed Nursing Care: Challenges and Solutions*: Springer; 2021. p. 97-113. https://doi.org/10.1007/978-3-030-71073-6_5
5. Baik S, Davitt JK. Factors Associated With Attitudes Toward Older Adults in Social

سایر مناطق با احتیاط انجام پذیرد. ممکن است برخی شرکت کنندگان در پژوهش به دلیل ملاحظات اخلاقی از ارائه برخی تجارب و نظرات امتناع کرده باشند که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج بوده است. عدم شناخت کافی از مفهوم تبعیض سنی می‌توانست در پاسخ به سوالات تاثیرگذار باشد. که افراد در پرسیدن سوال امتناع ورزیده و پاسخ تحت تاثیر آن بوده باشد که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج بوده است.

نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند زیربنای قابل استفاده در پژوهش‌های مختلف مراقبت از بیماران سالمند باشد و اطلاعات لازم را در جنبه‌های مختلف مراقبت در اختیار مدیران، برنامه ریزان آموزشی قرار دهد. با توجه به اینکه مطالب آموزشی مناسبی در این زمینه در متون مدیریت پرستاری وجود ندارد، یافته‌های این مطالعه می‌تواند به طراحی و انتشار مطالب آموزشی در سطوح مختلف جهت ارتقاء مفهوم تبعیض سنی در علوم پزشکی کمک نماید. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این ابزار در سایر استانهای کشور و سایر تیم درگیر با بیماران سالمند اجرا شده و روایی و پایایی این ابزار مجدداً مورد سنجش قرار گیرد. همچنین به دلیل ابعاد خود هدایت شده و دیگر هدایت شده به تازگی در مفهوم تبعیض سنی وارد شده

- Work Students: A Systematic Review. *Journal of Gerontological Social Work*. 2021:1-20. <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1944946>
6. Kwong AN, Yan EC. The Role of Quality of Face-to-face Intergenerational Contact in Reducing Ageism: The Perspectives of Young People. *Journal of Intergenerational Relationships*. 2021:1-16. <https://doi.org/10.1080/15350770.2021.1952134>
7. Hausmann LR, Hannon MJ, Kresevic DM, Hanusa BH, Kwok CK, Ibrahim SA. Impact of perceived discrimination in health care on patient-provider communication. *Medical Care*. 2011;49(7):626-33. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318215d93c>
8. Crawley LM, Ahn DK, Winkleby MA. Perceived medical discrimination and cancer screening behaviors of racial and ethnic minority adults. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2008;17(8):1937-44. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-08-0005>
9. Facione NC, Facione PA. Perceived prejudice

- in healthcare and women's health protective behavior. *Nursing Research*. 2007;56(3):175-84. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000270026.90359.4c>
10. Trivedi AN, Ayanian JZ. Perceived discrimination and use of preventive health services. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(6):553-8. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00413.x>
 11. São José JMS, Amado CAF, Ilinca S, Buttigieg SC, Taghizadeh Larsson A. Ageism in health care: a systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. *The Gerontologist*. 2019;59(2):98-108. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx020>
 12. Eymard AS, Douglas DH. Ageism among health care providers and interventions to improve their attitudes toward older adults: an integrative review. *Journal of Gerontological Nursing*. 2012;38(5):26-35. <https://doi.org/10.3928/00989134-20120307-09>
 13. Mehri S, Hosseini MA, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi Shahbelaghi F, Akbari Zardkhaneh S. Clarification of ageism in the care system. *Iranian Journal of Ageing*. 2020;15(1):27-14. <https://doi.org/10.32598/sija.2020.3.170>
 14. Melia S, Choowattanapakorn T. The relationship between nurses' characteristics, ageism, perception of older people's care and nursing practice in hospitalized older people. *Journal of Health Research*. 2016;30(2):109-14.
 15. Fraboni M, Saltstone R, Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging*. 1990;9(1):56-66. <https://doi.org/10.1017/S0714980800016093>
 16. Kogan N. Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1961;62(1):44-54. <https://doi.org/10.1037/h0048053>
 17. Rosencranz HA, McNevin TE. A factor analysis of attitudes toward the aged. *The Gerontologist*. 1969;9(1):55-9. <https://doi.org/10.1093/geront/9.1.55>
 18. Palmore E. Facts on aging: A short quiz. *The Gerontologist*. 1977;17(4):315-20. <https://doi.org/10.1093/geront/17.4.315>
 19. Gething L. Health professional attitudes towards ageing and older people: Preliminary report of the reactions to ageing questionnaire. *Australian Journal on Ageing*. 1994;13(2):77-81. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.1994.tb00646.x>
 20. Vefikuluçay Yılmaz D, Terzioğlu F. Development and psychometric evaluation of ageism attitude scale among the university students. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2011;14(3):259-68.
 21. Cary LA, Chasteen AL, Remedios J. The ambivalent ageism scale: Developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism. *The Gerontologist*. 2017;57(2):27-36. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw118>
 22. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-88. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
 23. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*. 1986;8(3):27-37. <https://doi.org/10.1097/00012272-198604000-00005>
 24. Hosseini Z, Ghorbani Z, Ebn Ahmady A. Face and content validity and reliability assessment of change cycle questionnaire in smokers. *Journal of Mashhad Dental School*. 2015;39(2):147-54.
 25. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986;35(6):382-5. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
 26. O'Rourke N, Hatcher L. Factor analysis and structural equation modeling. SAS Institute, Cary. 2013.
 27. Ebadi A, Zarshenas L, Rakhshan M, Zareiyan A, Sharifnia S, Mojahedi M. Principles of scale development in health science. Tehran: Jame-e-negar. 2017.
 28. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006;29(5):489-97. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
 29. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2007;30(4):459-67. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
 30. Yong AG, Pearce S. A beginner's guide to factor analysis: Focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods*

- for Psychology. 2013;9(2):79-94. <https://doi.org/10.20982/tqmp.09.2.p079>
31. Pesudovs K, Burr JM, Harley C, Elliott DB. The development, assessment, and selection of questionnaires. *Optometry and Vision Science*. 2007; 84(8):663-74. <https://doi.org/10.1097/OPX.0b013e318141fe75>
32. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28 (4):563-75. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
33. Waltz C, Bausell B. *Nursing research: design statistics and computer analysis*: Davis FA. 1981.
34. Thompson B, Daniel LG. Factor analytic evidence for the construct validity of scores: A historical overview and some guidelines. *Educational and Psychological Measurement*. 1996;56(2):197-208. <https://doi.org/10.1177/0013164496056002001>
35. São José J, Amado C. On studying ageism in long-term care: a systematic review of the literature. *International Psychogeriatrics*. 2017;29(3):373-87. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001915>
36. Makris UE, Higashi RT, Marks EG, Fraenkel L, Sale JE, Gill TM, et al. Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities-why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study. *BMC geriatrics*. 2015;15(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0042-z>
37. Levy BR, Ferrucci L, Zonderman AB, Slade MD, Troncoso J, Resnick SM. A culture-brain link: Negative age stereotypes predict Alzheimer's disease biomarkers. *Psychology and aging*. 2016;31(1):82-8. <https://doi.org/10.1037/pag0000062>
38. Levy BR, Zonderman AB, Slade MD, Ferrucci L. Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychological science*. 2009;20(3):296-8. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02298.x>
39. Hosseini MA, Mehri S, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi-Shahbelaghi F, Akbari-Zardkhaneh S. The Status of Ageism in Caring for Elderly Patients From Nurses' Perspective. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2020;6(4):289-96. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.6.4.346.1>