SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING

2026. Vol 21. Issue 3

Research Paper

Validity and Reliability of the Persian Version of the Gerontological Personality Disorders Scale for Iranian Older Adults

Enayat Mirzavand[1], Saeed Bitaraf[2], Neda Sadrizadeh Irani[1], *Maryam Pourshams[1]

1. Department of Psychiatry, Golestan Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
2. Department of Community Medicine, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences Ahvaz, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Mirzavand E, Bitaraf S, Sadrizadeh Irani N, Pourshams M. [Validity and Reliability of the Persian Version of the Gerontological Personality Disorders Scale for Iranian Older Adults (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2026; 21(3):472-487. [Persian]. http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4239.2

http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4239.2

ABSTRACT

Objectives Diagnosing personality disorders in older adults is associated with numerous complexities and challenges due to the specific characteristics of this age group, the psychological and physical changes associated with aging, and the limitations of existing local diagnostic tools. This study aimed to evaluate the validity and reliability of the Persian version of the gerontological personality disorders scale (GPS) for Iranian older adults.

Methods & Materials This is a cross-sectional psychometric study. Participants were selected using convenience sampling from older adults attending retirement centers in Ahvaz and Isfahan, as well as those active on social media in these cities in 2024. The GPS with 16 items was first translated and then its face validity, content validity, reliability, and construct validity were assessed.

Results Participants were 315 older adults (mean age=67.12±5.65 years); 118 (37.46%) females and 197 (62.54%) males. Key fitness indices (RMSEA=0.035, CFI=0.98, MIN/df=1.37) showed that the measurement model fit the data well. The results of the factor analysis yielded five factors: Anxiety/worry about aging, Dependency/social vulnerability; Depression/ hopelessness, Chronic stress/psychological problems, Social isolation/ low emotional responsiveness. Together, these factors accounted for 66.52% of the total variance. The Kuder-Richardson 20 coefficient was 0.85, indicating high internal consistency. The intraclass correlation coefficient (ICC) for the overall scale was 0.87, indicating a high test-retest reliability.

Conclusion The Persian GPS is a valid and reliable tool for assessing and planning interventions for personality disorders in Iranian older adults.

Keywords Personality disorder, Aging, Psychometrics, Validity, Reliability

Article Info:
Received: 28 Oct 2025
Revised: 06 Jan 2026
Accepted: 26 Jan 2026

* ***Corresponding Author:***
Maryam Pourshams, Associate Professor.
Address: Department of Psychiatry, Golestan Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
Tel: +98 (61) 33204501
E-mail: Pourshams-m@ajums.ac.ir

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Understanding personality disorders in older adults is of paramount importance, as this age group is more vulnerable to mental health problems due to the physical, psychological, and social changes that occur in old age. These disorders can directly affect their quality of life, individual autonomy, and social interactions. Aging itself is associated with alterations in cognitive, emotional, and social functioning, which may predispose individuals to the onset or exacerbation of psychological difficulties. The absence of similar culturally adapted tools in the field of gerontological psychology for Iranian older adults has created a notable gap. Using instruments without proper validation in the Persian language may lead to inaccurate results and unreliable diagnoses. Therefore, this study addresses this gap and aims to evaluate the validity and reliability of the Persian version of the gerontological personality disorders scale (GPS), thereby providing a standardized instrument for assessing personality disorders in Iranian older adults.

Materials & Methods

This is a cross-sectional psychometric study. Participants were selected from among older adults attending retirement centers in Ahvaz and Isfahan, as well as those from these cities active on social media in 2024. The translation process was first conducted based on the World Health Organization guidelines, using a forward-backward method. After translation, the content validity of the Persian GPS was examined based on the opinions of five experts in psychology and gerontology, who evaluated each item for relevance, clarity, simplicity, and necessity. The experts' corrective feedback was collected qualitatively, and the research team made necessary modifications to the items based on consensus. To assess face validity, the draft was administered to 10 eligible older adults. Participants were asked to qualitatively comment on the clarity, readability, comprehensibility, and appropriateness of the items. The internal consistency of the questionnaire was calculated using the Kuder-Richardson 20 coefficient, given the binary nature of the responses (yes/no). Test-retest reliability with a two-week interval and 60 participants was calculated for the overall scale and the domains using the intraclass correlation coefficient (ICC). To assess the construct validity of the Persian version, an exploratory factor analysis (EFA) was conducted. Following the extraction of a new factor structure, a confirmatory factor analysis (CFA) was performed to assess the fit of the five-factor model derived from the EFA. Prior to conducting the factor analyses, sampling adequacy was evaluated using the Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) measure.

Results

In this study, 315 older adults (mean age =67.12±5.65 years) participated; 118 (37.46%) were female, and 197 (62.54%) were male. The Kuder-Richardson 20 coefficient was 0.85, indicating high internal consistency. The intraclass correlation coefficient (ICC) for the overall scale was 0.87, indicating a high test-retest reliability. The results of the EFA yielded five factors: Anxiety/worry about aging, Dependency/social vulnerability; Depression/ hopelessness, Chronic stress/psychological problems, Social isolation/ low emotional responsiveness. Together, these factors accounted for 66.52% of the total variance, which is considered an adequate proportion for data modeling. The CFA diagram indicated that the proposed five-factor model demonstrated a good fit. In this model, the five latent constructs were measured by a set of observed items. The standardized factor loadings for most items fell within an acceptable to high range.

Conclusion

This Persian GPS with 16 items and a five-factor structure is a valid and reliable tool that adequately captures the core dimensions of personality problems in Iranian older adults and may be useful for the early identification of psychological and social difficulties in this population. The use of this instrument in clinical settings can contribute to a more accurate assessment of symptoms and reduce diagnostic errors.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was conducted in accordance with the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki and received ethical approval from the Ethics Committee of Golestan Hospital, Ahvaz, Iran (Code: IR.AJUMS.HGOLESTAN.REC.1403.069).

Funding

This article was derived from the doctoral dissertation of Enayat Mirzavand, at the Department of Psychiatry, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors' contributions

Conceptualization, Editing & Review: Enayat Mirzavand, Maryam Pourshams, Neda Sadrizadeh Irani; Methodology and Analysis: Saeed Bitaraf; Validation: All authors; Writing: Enayat Mirzavand; Supervision and Project administration: Maryam Pourshams

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest

Acknowledgments

The authors would like to express their sincere gratitude to all older adults who generously participated in this study.

مقاله پژوهشی

بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی

عنایت میرزاوند[۱]، سعید بی‌طرف[۲]، ندا صدری‌زاده ایرانی[۱]، *مریم پورشمس[۱]

۱. گروه روان‌پزشکی، بیمارستان گلستان، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Mirzavand E, Bitaraf S, Sadrizadeh Irani N, Pourshams M. [Validity and Reliability of the Persian Version of the Gerontological Personality Disorders Scale for Iranian Older Adults (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2026; 21(3):472-487. [Persian]. http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4239.2

http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4239.2

چکیده

اهداف سالمندی امری اجتناب‌ناپذیر و غیرقابل‌برگشت است. سالمندی بخشی ازفرآیند زیستی است که تمام موجودات را دربر می‌گیرد و دوره‌ای است که بعد از میان‌سالی حادث می‌شود. تشخیص اختلال شخصیت در سالمندان با پیچیدگی‌ها و چالش‌های متعددی همراه است که ناشی از ویژگی‌های خاص این دوره سنی، تغییرات روان‌شناختی و جسمانی مرتبط با سالمندی و محدودیت‌های ابزارهای تشخیصی موجود است.

مواد و روش‌ها پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی با هدف روان‌سنجی ابزار بود. در این پژوهش پرسش‌نامه اختصاصی اختلال شخصیت سالمندی که دارای ۱۶ سؤال می‌باشد مورد بررسی قرار گرفت. این پرسش‌نامه در سامانه پرس لاین به‌صورت الکترونیک درمی‌آید و در شبکه اجتماعی که سالمندان حضور داشتند، پخش شد. همچنین به‌صورت حضوری و چهره‌به‌چهره، با مراجعه به مراکز بازنشستگی شهر اهواز و اصفهان در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد. روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس بود. جهت تعیین روایی یا اعتبار پرسش‌نامه در سه مرحله محتوا، روایی کیفی صوری، روایی سازه انجام شد.

یافته‌ها متوسط سن ۳۱۵ سالمند موردبررسی در این مطالعه ۶۷/۱۲±۵/۶۵ سال بود. فراوانی جنسیت نشان داد ۱۱۸ زن (۳۷/۴۶ درصد) و ۱۹۷ مرد (۶۲/۵۴درصد) در این مطالعه مشارکت داشتند. در تحلیل عاملی که بر روی سالمندان این مطالعه انجام شد، پنج عامل اصلی به‌ورت منسجم شناسایی شدند. این عوامل درمجموع ۶۶/۵۲ درصد از واریانس کل داده‌ها را تبیین می‌کنند که مقدار مناسبی برای مدل‌سازی داده‌ها محسوب می‌شود. شاخص‌های کلیدی برازش مدل در ارزیابی روایی سازه شامل ریشه میانگین مربعات خطای تقریب، نسبت کای‌دو به درجه آزادی و شاخص برازش تطبیقی بودند که مقادیر آن‌ها به‌ترتیب ۰/۰۳۵، ۱/۳۷ و ۰/۹۸ به دست آمد. این نتایج نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل با داده‌ها هستند و ساختار عاملی پیشنهادی تأیید می‌شود. همچنین نتایج حاصل از آزمون-بازآزمون نشان‌دهنده قابل‌قبول بودن ثبات زمانی سؤال‌های مورد ارزیابی است. مقدار ضریب کودر–ریچاردسون ۲۰ برابر با ۰/۸۵ است که نشان‌دهنده پایایی بالای این عامل است.

نتیجه‌گیری این مطالعه، اولین مطالعه روان‌سنجی برای پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی است. ساختار واضح و بارهای عاملی بالا اعتبار ساختاری پرسش‌نامه را پشتیبانی می‌کند و تأیید می‌کند این مقیاس به‌طور مؤثر ابعاد مختلف پریشانی مرتبط با شخصیت در جمعیت‌های سالمندی را اندازه‌گیری می‌کند. بنابراین این پرسش‌نامه یک ابزار روان‌سنجی معتبر باشد که می‌تواند به‌طور چشمگیری به ارزیابی و برنامه‌ریزی مداخله برای اختلالات شخصیت در بزرگسالان مسن کمک کند.

کلیدواژه‌ها اختلال شخصیت، سالمندی، روان‌سنجی، روایی، پایایی

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۰۶ آبان ۱۴۰۴
تاریخ اصلاح: ۱۶ دی ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۰۶ بهمن ۱۴۰۴

* نویسنده مسئول:
دکتر مریم پورشمس
نشانی: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، بیمارستان گلستان، گروه روان‌پزشکی.
تلفن: ۳۳۲۰۴۵۰۱ (۶۱) ۹۸+
پست الکترونیکی: pourshams-m@ajums.ac.ir

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

سالمندی، فراتر از یک عدد یا سن تقویمی، فرآیندی پیچیده است که با تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی همراه است. افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ‌ومیر موجب رشد جمعیت سالمندان در سراسر جهان شده است [۱]. به گزارش سازمان بهداشت جهانی[1] و مطالعات بین‌المللی، پیش‌بینی می‌شود جمعیت افراد بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۸۰ درصد برسد [۲]. این تغییر جمعیتی تأثیرات عمده‌ای بر ساختار اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی کشورها دارد. ایران نیز از این پدیده جمعیت‌شناختی مستثنی نیست، زیرا تعداد سالمندان در ایران نیز به‌سرعت در حال افزایش می‌باشد و مسئله سالمندی به یکی از اولویت‌های سیاست‌گذاری سلامتی تبدیل شده است. پدیده سالمندی نه‌تنها یک واقعیت زیستی، بلکه مسئله‌ای اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی است که پیامدهای گسترده‌ای برای نظام سلامت و سیاست‌گذاری عمومی دارد [۳].

شناخت اختلالات شخصیت در سالمندان از اهمیت بسزایی برخوردار است، زیرا این گروه سنی به‌دلیل تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی که با افزایش سن تجربه می‌کنند، در برابر مشکلات سلامت روان آسیب‌پذیرتر می‌شوند و به‌طورمستقیم بر کیفیت زندگی، استقلال فردی و تعاملات اجتماعی آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۴، ۵]. سالمندی به‌خودی‌خود با تغییراتی در عملکرد شناختی، عاطفی و اجتماعی همراه است که می‌توانند زمینه‌ساز بروز یا تشدید مشکلات روانی شوند. علاوه‌براین، سالمندان ممکن است به‌دلیل کاهش حمایت اجتماعی، انزوا یا از دست دادن عزیزان، بیشتر در معرض تشدید علائم اختلالات شخصیت قرار گیرند که این امر نیاز به شناسایی دقیق و به‌موقع را ضروری می‌سازد [۶، ۷]. در کنار اختلالات رایج مانند افسردگی و اضطراب، یکی از زمینه‌هایی که پژوهش‌ها نسبتاً کمتر به آن پرداخته‌اند، اختلالات شخصیت در سالمندان است. اختلالات شخصیت به‌عنوان الگوهای پایدار و انعطاف‌ناپذیر تجربه درونی و رفتار تعریف می‌شوند که از هنجارهای فرهنگی انحراف دارند و به ناراحتی قابل‌توجه یا اختلال در عملکرد فرد منجر می‌شوند [۸، ۹]. این اختلالات که اغلب در جوانی و بزرگسالی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، در سنین بالا نیز می‌توانند ادامه یابند یا به‌شکل متفاوتی بروز کنند. بااین‌حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند سالمندی می‌تواند بر شدت، نوع و نحوه ظهور این اختلالات تأثیر بگذارد [۹].

مطالعات نشان داده‌اند اختلالات شخصیت در سنین بالا نه‌تنها ممکن است ادامه پیدا کنند، بلکه با پیامدهای منفی متعددی مثل افزایش استفاده از خدمات بهداشتی، بد کارکردن درمان بیماری‌های جسمی و مشکلات تطابق بین‌فردی همراه هستند. در مطالعه‌ای دیگر، مشخص شده است کارکرد شخصیت و ویژگی‌های پاتولوژیک آن، تأثیر معناداری بر رفاه روانی سالمندان دارد، حتی بیش از تأثیر اختلالات روانی همزمان. به‌علاوه، براساس مرورهای علمی، شیوع اختلالات شخصیت در سالمندان در مطالعات بستری و سرپایی متفاوت گزارش شده است؛ برای‌نمونه در یکی از مرورها، شیوع بین ۵ تا ۳۳ درصد ذکر شده است [۱۰، ۱۱].

پژوهش در حوزه سالمندی، چه در سطح جهانی و چه در ایران، در دهه‌های اخیر از اهمیت فزاینده‌ای برخوردار شده است. بنابراین توجه به مشکلات این گروه سنی و نیز روند روزافزون سرعت رشد آن، لزوم برنامه‌ریزی آینده‌نگرانه برای کنترل مسائل مربوط به این گروه از جمعیت را می‌طلبد. شناخت دقیق‌تر این دوره از زندگی می‌تواند کمک کند تا نه‌تنها چالش‌های آن بهتر مدیریت شود، بلکه فرصت‌های نهفته در آن نیز به کار گرفته شود [۱۲، ۱۳]. در ایران که هنوز ادبیات علمی و زیرساخت‌های پژوهشی در این زمینه درحال‌توسعه است، هر مطالعه جدید می‌تواند گامی در جهت پر کردن شکاف‌های دانش و بهبود شرایط زندگی سالمندان باشد.

در سطح جهانی، ابزارهای متعددی برای سنجش اختلالات شخصیت توسعه یافته‌اند که بیشتر آن‌ها برای بزرگسالان جوان و میان‌سال طراحی شده‌اند، ازجمله ابزارهای مورداستفاده برای ارزیابی اختلالات شخصیت می‌توان به مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، نظیر مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویرایش پنجم[2] و مصاحبه ساختاریافته شخصیت براساس ویرایش چهارم این راهنما[3]، و همچنین پرسش‌نامه‌های خودگزارشی، مانند پرسش‌نامه چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا- ویرایش دوم[4]، پرسش‌نامه تجدیدنظرشده شخصیت نئو[5] و پرسش‌نامه شخصیت برای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویرایش پنجم[6] اشاره کرد. بااین‌حال، این ابزارها اغلب برای سالمندان مناسب نیستند، زیرا تغییرات مرتبط با سالمندی (مانند کاهش توانایی‌های شناختی، تغییرات جسمانی، انزوای اجتماعی و همایندی با بیماری‌های جسمی) می‌توانند بر تفسیر علائم تأثیر بگذارند و به تشخیص نادرست منجر شوند.

علاوه‌براین، بسیاری از این ابزارها بر الگوهای رفتاری پایدار در طول عمر تمرکز دارند، درحالی‌که تظاهر اختلالات شخصیت در سالمندی می‌تواند تحت تأثیر عواملی مانند بازنشستگی، وابستگی جسمی، کاهش شبکه‌های اجتماعی و تغییر نقش‌های بین‌فردی،

1. World Health Organization (WHO)

2. Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD)

3. SIDP-IV

4. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI)

5. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R)

6. Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)

شکل متفاوتی به خود بگیرد. در پاسخ به این محدودیت‌ها، مقیاس اختلال شخصیت سالمندی به‌طور اختصاصی برای غربالگری اختلالات شخصیت در سالمندان طراحی شده است. بااین‌حال، استفاده از این ابزار در بافت‌های فرهنگی و زبانی متفاوت، مستلزم ترجمه، بومی‌سازی و ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی آن است. فقدان نسخه معتبر فارسی از این پرسش‌نامه، مانعی جدی در مسیر پژوهش و مداخلات بالینی مرتبط با اختلالات شخصیت در سالمندان ایرانی محسوب می‌شود. ازاین‌رو، این پژوهش نیز با تمرکز بر جنبه‌های مختلف سالمندی، تلاشی است برای روشن ساختن بخشی از این مسیر و ارائه دیدگاهی جامع‌تر به این مرحله مهم از زندگی. بااین‌حال، بررسی اختلالات شخصیت در سالمندان با موانع متعددی مواجه است. یکی از مهم‌ترین این موانع، نبود ابزارهای تشخیصی استاندارد و متناسب با ویژگی‌های سنی و فرهنگی این گروه است. در جوامع غربی، ابزارهایی مانند پرسش‌نامه مقیاس اختلال شخصیت سالمندی توسعه یافته‌اند که به‌طور خاص برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی در سنین بالا طراحی شده‌اند. این ابزارها با در نظر گرفتن تغییرات مرتبط با سالمندی، مانند کاهش توانایی‌های شناختی یا تفاوت در ابراز هیجانات، به پژوهشگران و متخصصان بالینی کمک می‌کنند تا تصویر دقیق‌تری از وضعیت روانی سالمندان به‌دست آورند، اما در ایران، فقدان ابزارهای مشابه و بومی‌سازی‌شده، شکاف قابل‌توجهی را در حوزه روان‌شناسی سالمندی ایجاد کرده است. استفاده از ابزارهای خارجی بدون اعتبارسنجی در فرهنگ و زبان فارسی، می‌تواند به نتایج نادرست و تشخیص‌های غیرقابل‌اعتماد منجر شود. پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف طراحی شده است؛ این مطالعه به بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه مقیاس اختلال شخصیت سالمندی[7] می‌پردازد تا ابزاری استاندارد و قابل‌اعتماد برای سنجش اختلالات شخصیت در سالمندان ایرانی ارائه دهد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی با هدف روان‌سنجی ابزار است که با هدف طراحی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ای متناسب با معیارهای فرهنگی جامعه ایرانی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بازنشستگی و نیز فعال در شبکه‌های اجتماعی در شهرهای اهواز و اصفهان بود. پرسش‌نامه در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ تکمیل شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، تمایل به شرکت در پژوهش، توانایی برقراری ارتباط کلامی و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به بیماری روان‌پزشکی تشخیص‌داده‌شده یا اختلال شخصیت تأییدشده توسط پزشک، مشارکت هم‌زمان در سایر طرح‌های پژوهشی و عدم تکمیل پرسش‌نامه بود.

براساس یک قانون سرانگشتی حداقل حجم نمونه برای فاکتور آنالیز را ۱۰ نفر به‌ازای هر سؤال بیان می‌کند. لذا باتوجه‌به ۱۶ سؤالی بودن این پرسش‌نامه حجم نمونه مطالعه حداقل ۱۶۰ نفر بود. باتوجه‌به احتمال ریزش و کامل نبودن پرسش‌نامه‌ها، به‌طور تقریبی حجم نمونه ۲ برابر یعنی ۳۱۵ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی (در دسترس) انجام شد و در آن تمامی واجدان شرایط در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. این پرسش‌نامه در سامانه پرس‌لاین به‌صورت الکترونیک در آمد و در شبکه اجتماعی که سالمندان حضور داشتند، پخش شد. همچنین به‌صورت حضوری و چهره‌به‌چهره، با مراجعه به مراکز بازنشستگی شهر اهواز و اصفهان پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد.

پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز، ابتدا ترجمه پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی از انگلیسی به فارسی صورت گرفت. ترجمه ابزار در سه مرحله صورت گرفت. در این مرحله نسخه اصلی انگلیسی پرسش‌نامه توسط دو مترجم که زبان مادری آن‌ها فارسی بود و از تجربه و تسلط کافی به ترجمه متون انگلیسی برخوردار بودند، به زبان فارسی ترجمه شد. در این مرحله، معادل‌سازی مفهومی واژه‌ها، عبارات و جملات پرسش‌نامه مورد تأکید قرار گرفت. فرآیند ترجمه پرسش‌نامه براساس دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی و با استفاده از روش ترجمه مستقیم، بررسی کارشناسی، و ترجمه معکوس انجام شد. پس از آن طی جلسه‌ای با حضور مترجمان، دانشجو و استاد راهنما به بررسی و بحث پیرامون نسخه‌های اولیه ترجمه‌شده توسط دو مترجم پرداخته و در زمینه واژه‌ها توافق شد. در مرحله بعد به‌منظور سنجش کیفیت ترجمه نسخه فارسی تهیه‌شده، این نسخه در اختیار دو مترجم دیگر قرار گرفت. برای تعیین کیفیت ترجمه به این موارد دقت شد: مطلوبیت عبارات و جملات ازنظر گویایی و استفاده از واژه‌های ساده و قابل‌فهم، پرهیز از به‌کارگیری واژه‌های فنی، تخصصی و تصنعی، یکسانی مفهومی و دربرداشتن محتوای مفهومی نسخه اصلی پرسش‌نامه و کیفیت کلی ترجمه.

مرحله بعد ترجمه نسخه فارسی به زبان انگلیسی بود (ترجمه معکوس). در این مرحله از دو مترجم دیگر خواسته شد تا نسخه فارسی به‌دست‌آمده را باردیگر به زبان انگلیسی بازگردانند. پس از برطرف کردن ایرادات و تجمیع نظرات، این پرسش‌نامه انگلیسی نهایی برای محقق سازنده پرسش‌نامه ارسال شد و توسط این فرد مورد بررسی قرار گرفت. پیشنهادات و نظرات محقق سازنده توسط مجریان طرح برطرف شده و به‌عنوان پرسش‌نامه فارسی نهایی ترجمه‌شده در طی پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

7. Gerontological Personality disorders Scale (GPS)

روایی محتوایی و صوری پرسش‌نامه پس از ترجمه، به‌صورت کیفی مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله روایی محتوایی، نسخه فارسی پرسش‌نامه در اختیار ۵ نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی و سالمندی قرار گرفت و از آنان خواسته شد تا هریک از سؤال‌ها را از نظر تناسب مفهومی، شفافیت بیان، سادگی، ضرورت و تناسب فرهنگی ارزیابی کنند. نظرات اصلاحی متخصصان به‌صورت کیفی جمع‌آوری شد و براساس اجماع تیم پژوهش، اصلاحات لازم در عبارات اعمال گردید.

به‌منظور بررسی روایی صوری، پرسش‌نامه اصلاح‌شده در اختیار ۱۰ نفر از سالمندان واجد شرایط قرار گرفت. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا میزان وضوح، خوانایی، قابل‌فهم بودن و تناسب عبارات را به‌صورت کیفی بیان کنند. بازخوردهای دریافتی به اصلاح جزئی برخی از عبارات منجر شد تا فهم‌پذیری پرسش‌نامه برای گروه هدف افزایش یابد.

در این پژوهش فقط یک پرسش‌نامه اختصاصی اختلال شخصیت سالمندی که دارای ۱۶ سؤال می‌باشد مورد بررسی قرار گرفت. پرسش‌نامه مقیاس اختلال شخصیت سالمندی متشکل از دو قسمت رفتار عادتی (HAB) و اطلاعات بیوگرافی (BIO) می‌باشد که بخش اول شامل ۷ سؤال و بخش دوم شامل ۹ سؤال می‌باشد. پرسش‌نامه به‌صورت جواب دوتایی (بله/خیر) طراحی شده است و در مطالعات پیشین در سایر کشورها استفاده شده است [۱۴]. این ابزار غربالگری که ۱۶ سؤال دارد براساس مقاله کامینز و زلر (۱۹۷۹) ۷ مورد HAB دارای همبستگی کل سؤال بیش از ۰/۱۰ و سازگاری داخلی متوسط بودند. هر ۹ سؤال BIO با همبستگی کل سؤال بیش از ۰/۱۰ همسانی درونی خوبی داشتند [۱۵]. براساس اهداف پژوهش، اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران در قالب فهرست ارزیابی جمع‌آوری شد. جهت تعیین روایی یا اعتبار پرسش‌نامه در سه مرحله محتوا، روایی کیفی صوری، روایی سازه انجام شد. روایی محتوا توانایی محتوای ابزار اندازه‌گیری می‌باشد. روایی سازه به کیفیت ابزار برای اندازه‌گیری می‌پردازد. روایی سازه همیشه با این سؤال در ارتباط است که این ابزار واقعاً چه معیاری را اندازه‌گیری می‌کند.

اگرچه ساختار عاملی ابزار در نسخه اصلی آن گزارش و تأیید شده است، اما ترجمه و بومی‌سازی ابزار در یک زمینه فرهنگی و زبانی متفاوت می‌تواند به تغییر در رفتار سؤال‌ها و روابط بین سازه‌ها منجر شود. ازاین‌رو، به‌منظور شناسایی ساختار سازه در نسخه فارسی پرسش‌نامه و در جامعه سالمندان ایرانی، تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. پس از استخراج ساختار عاملی جدید، تحلیل عاملی تأییدی به‌منظور بررسی برازش مدل پنج‌عاملی حاصل از تحلیل اکتشافی انجام گرفت.

پیش از انجام تحلیل‌های عاملی، کفایت نمونه‌گیری با استفاده از شاخص کایزر–مایر–اولکین و مناسب بودن ماتریس همبستگی با آزمون کرویت بارتلت بررسی شد. باتوجه‌به دوتایی بودن پاسخ‌های پرسش‌نامه (بله/خیر)، ماتریس همبستگی تتراکوریک محاسبه و تحلیل‌های عاملی براساس این ماتریس انجام شد. تعیین تعداد عوامل براساس مقدار مشخصه‌ها و نمودار شن‌ریزه صورت پذیرفت. سؤال‌هایی با بار عاملی برابر یا بیشتر از ۰/۳۰ به‌عنوان شاخص‌های معنادار هر عامل در نظر گرفته شدند و به‌منظور دستیابی به ساختار عاملی ساده و قابل‌تفسیر، از روش چرخش مایل استفاده شد. برازش مدل با استفاده از شاخص‌های متداول ارزیابی گردید؛ به‌طوری‌که مقدار[8] RMSEA کمتر از ۰/۸۰، نسبت کای‌دو[9] به درجه آزادی[10] (CMIN/DF) کمتر از ۳ و مقدار شاخص برازش تطبیقی[11] (CFI) بیشتر از ۰/۹ به‌عنوان شاخص‌های برازش قابل‌قبول در نظر گرفته شد.. تعیین تعداد عوامل با استفاده از بررسی مقدار مشخصه‌ها و نمودار شن‌ریزه صورت گرفت. در این مرحله، سؤال‌هایی با بار عاملی برابر یا بیشتر از ۰/۰۳ به‌عنوان شاخص‌های معنادار هر عامل در نظر گرفته شدند و به‌منظور دستیابی به ساختار عاملی ساده و قابل‌تفسیر، از روش چرخش متناسب با ماهیت داده‌های طبقه‌ای استفاده شد. پایایی درونی پرسش‌نامه باتوجه‌به دوتایی بودن پاسخ‌ها (بله/خیر)، با استفاده از ضریب کودر–ریچاردسون ۲۰ محاسبه شد. به‌منظور بررسی پایایی زمانی ابزار، روش آزمون–بازآزمون با فاصله زمانی دو هفته انجام شد. بدین منظور، پرسش‌نامه برای ۶۰ نفر از شرکت‌کنندگان در دو نوبت اجرا گردید. پایایی آزمون–بازآزمون با استفاده از ضریب همبستگی درون‌کلاسی[12] (ICC) برای نمره کل و عامل‌های شناسایی شده محاسبه شد. تحلیل‌های توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف‌معیار انجام شد. تحلیل‌های عاملی با استفاده از نرم‌افزار R نسخه ۴/۵ و پکیج lavaan انجام شد.

به‌منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، نویسندگان پیش از اجرای مطالعه، از طریق مکاتبه ایمیلی با توسعه‌دهنده اصلی پرسش‌نامه مقیاس اختلال شخصیت سالمندی، درخواست رسمی برای اخذ اجازه ترجمه و استفاده از ابزار ارسال کردند. با وجود چندین مرتبه پیگیری، پاسخی از سوی نویسنده اصلی دریافت نشد. مستندات مربوط به این مکاتبات نزد نویسندگان محفوظ است. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر شامل اخذ رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش و امکان خروج آزادانه آن‌ها، رازداری و حراست از اطلاعات فردی آن‌ها بود. همچنین پژوهش حاضر به تأیید کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز رسیده است

8. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
9. Chi-Square Test
10. Degrees of Freedom (df)
11. Comparative Fit Index (CFI)
12. Intraclass Correlation Coefficient (ICC)

یافته‌ها

گام اول در این پژوهش، ترجمه پرسش‌نامه بود. با رعایت اصول استاندارد و نظر متخصصین و اساتید ترجمه انجام شد. در جدول شماره ۱ نسخه فارسی ترجمه‌شده این پرسش‌نامه دیده می‌شود.

یافته‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی در این بخش مورد بررسی قرار گرفت. سن ۳۱۵ سالمند موردبررسی در این مطالعه نشان داد متوسط سن ۶۷/۱۲±۵/۶۵ سال بودند. فراوانی جنسیت در این مطالعه نشان داد ۱۱۸ زن (۳۷/۴۶ درصد) و ۱۹۷ مرد (۶۲/۵۴ درصد) در این مطالعه مشارکت داشتند. بررسی وضعیت بیماری زمینه‌ای در میان این سالمندان نشان داد ۱۸۹ نفر (۶۰ درصد) دارای بیماری زمینه‌ای بودند. بررسی وضعیت تأهل در این سالمندان نشان داد اکثریت (۹۱/۷۵ درصد) متأهل بودند. ۱ نفر (۰/۳۲ درصد) مطلقه، ۱۳ نفر (۴/۱۳ درصد) مجرد با همسر فوت‌شده و ۱۲ نفر مجرد (۳/۸۱ درصد) بودند. بررسی نتایج مربوط به وضعیت تحصیل این سالمندان نشان داد ۲۱۳ نفر (۶۷/۶۲ درصد) دیپلم و زیردیپلم بودند، درحالی‌که ۱۰۲ نفر (۳۲/۳۸ درصد) تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. این نتایج در جدول شماره ۲ دیده می‌شود.

یکی از اساسی‌ترین اهداف این پرسش‌نامه روایی سازه بود. روایی سازه همیشه با این سؤال در ارتباط است که این ابزار واقعاً چه معیاری را اندازه‌گیری می‌کند. به‌منظور تعیین روایی سازه در پژوهش حاضر، از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. در این روش متغیرهای دارای همبستگی‌های همسو در قالب متغیرهای جدید به نام عامل خلاصه می‌شوند. به‌عبارت‌دیگر به متغیرهای جدیدی که برآیند هرکدام از این دسته‌هاست و شامل عبارات دارای همبستگی بیشتر با یکدیگر می‌باشد، عامل گفته می‌شود. هر عامل بیانگر ویژگی نسبتاً واحدی است که از این طریق کمک

جدول ۱. ترجمه فارسی پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی

ردیف	عبارت	بله	خیر
A	**رفتارهای همیشگی (از روی عادت)**		
۱	دوست ندارم مسن‌تر شوم، چون جذابیتم کم می‌شود.		
۲	معمولاً نگران سلامتی‌ام هستم.		
۳	معمولاً نگران حافظه‌ام هستم.		
۴	انتظار دارم دیگران مشکلاتم را حل کنند.		
۵	من اغلب می‌ترسم کسانی را که مراقب من هستند، از دست بدهم. مانند اعضای خانواده یا شریک زندگی‌ام.		
۶	معمولاً مورد سوء استفاده دیگران قرار می‌گیرم.		
۷	معمولاً دفاع کردن از خودم برایم سخت است.		

ردیف	عبارت	بله	خیر
B	**اطلاعات مرتبط با شرح حال زندگی**		
۱	در زندگی‌ام برای بسیاری از شکایات جسمی نامعلوم به پزشک مراجعه کرده‌ام.		
۲	گاهی اوقات به اطرافیان یا اعضای خانواده‌ام گفته‌ام که دیگر تمایلی به ادامه زندگی ندارم.		
۳	درگذشته به‌دلیل مشکلات اعصاب در یک مرکز روان پزشکی بستری شده‌ام.		
۴	در زمان‌های مهم زندگیم مشکلات زیادی با استرس، عصبی شدن و تغییرات خلق و خوی داشته‌ام.		
۵	من گذشته تحت درمان یک روان‌پزشکی یا روان‌شناس بوده‌ام.		
۶	من گاهی سعی کرده‌ام به زندگی خود پایان دهم.		
۷	در بیشتر اوقات فقط یک دوست یا آشنا داشته‌ام.		
۸	در زندگیم، تمایلات جنسی کمی داشته‌ام.		
۹	در گذشته تجربه خوردن داروی مسکن یا قرص خواب داشته‌ام.		

می‌کند تا پژوهشگر گروه‌بندی شدن متغیرها را تفسیر نماید. نتایج مربوط به آزمون شاخص کفایت نمونه‌گیری کایزر–مایر–اولکین[۱۳] (KMO) و آزمون کرویت بارتلت نشان داد مقدار شاخص KMO برابر با ۰/۸۰۶ بود که باتوجه‌به اینکه بزرگتر از ۰/۸۰ است، نشان می‌دهد داده‌ها برای تحلیل عاملی خیلی خوب و مناسب هستند. این مقدار نشان می‌دهد همبستگی بین متغیرها به‌اندازه کافی قوی و حجم نمونه برای تحلیل عاملی کافی است.

جدول شماره ۲ نتایج تحلیل عاملی را نشان می‌دهد که برای بررسی ساختار عاملی مجموعه‌ای از سؤالات استفاده شده است. شاخص‌های مهم در این جدول عبارت‌اند از: بار عاملی که نشان‌دهنده میزان همبستگی هر سؤال با عامل مربوطه است. مقدار بین ۰ تا ۱ است که نشان می‌دهد هر سؤال چقدر به عامل مربوطه مرتبط است. اشتراکات میزان واریانس هر متغیر که توسط عامل‌ها توضیح داده شده است. واریانس تبیین‌شده درواقع مقدار واریانسی که هر عامل از کل واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند. مقدار ویژه معیاری برای تعیین تعداد عامل‌های استخراج‌شده است. سؤالاتی که با A نشان داده شده است مربوط به رفتارهای همیشگی (از روی عادت) و سؤالاتی که با B نشان داده شده است، اطلاعات مربوط به شرح حال زندگی (Bio) است.

13. Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) Measure of Sampling Adequacy (KMO)

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان می‌دهد پنج عامل از طریق روش مؤلفه‌های اصلی استخراج شده‌اند. این عوامل در مجموع ۶۶/۵۲ درصد از واریانس کل داده‌ها را تبیین می‌کنند که مقدار مناسبی برای مدل‌سازی داده‌ها محسوب می‌شود. در ادامه، هر عامل به‌طور جداگانه بررسی شده است (جدول شماره ۳).

عامل اول

عامل اول شامل سه سؤال A1، A2 و A3 است. بیشترین بار عاملی مربوط به سؤال A2 برابر است با ۰/۶ کمترین بار عاملی مربوط به سؤال A1 که برابر با ۰/۵۰ می‌باشد. اشتراکات سؤال‌ها در این عامل بالا بوده و نشان می‌دهد بخش قابل‌توجهی از واریانس سؤالات توسط این عامل تبیین می‌شود. واریانس تبیین‌شده توسط عامل اول ۳۲/۰۶ درصد است که بالاترین مقدار در بین تمام عوامل محسوب می‌شود. مقدار ویژه این عامل ۵/۱۳ بوده و نشان‌دهنده نقش غالب آن در ساختار عاملی پرسش‌نامه است. ضریب کودر–ریچاردسون ۲۰ برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که بیانگر پایایی بسیار مناسب این عامل است. درمجموع، این عامل قوی‌ترین سازه در مدل به‌شمار می‌رود.

عامل دوم

عامل دوم شامل چهار سؤال A۵، A۴، A۶ و A۷ است. بارهای عاملی این سؤالات در دامنه قابل‌قبول قرار دارند و بیشترین بار عاملی مربوط به سؤال A۵ که برابر با ۰/۷۲ و کمترین مقدار مربوط به سؤال A6 که برابر با ۰/۳۷ است. این عامل ۱۱/۸۸

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان مطالعه

متغیر		میانگین±انحراف‌معیار / تعداد (درصد)
سن		۶۷/۱۲±۵/۶۵
جنس	مردان	۱۹۷(۶۲/۵۴)
	زنان	۱۱۸(۳۷/۴۶)
بیماری زمینه ای	بله	۱۸۹(۶۰)
	خیر	۱۲۶(۴۰)
وضعیت تأهل	متأهل	۲۸۹(۹۱/۷۵)
	مطلقه	۱(۰/۳۲)
	مجرد همسر فوت‌شده	۱۳(۴/۱۳)
	مجرد	۱۲(۳/۸۱)
وضعیت تحصیل	دیپلم و زیردیپلم	۲۱۳(۶۷/۶۲)
	بالاتر از دیپلم	۱۰۲(۳۲/۳۸)

جدول ۳. نتایج تحلیل عاملی پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی

فاکتور	سؤالات	بار عاملی	اشتراکات	واریانس تبیین‌شده	مقدار ویژه	ضریب کودر–ریچاردسون ۲۰
۱	A۲	۰/۹۶	۰/۹۰	۳۲/۰۶	۵/۱۳	۰/۸۵
	A۳	۰/۸۰	۰/۷۵			
	A۱	۰/۵۰	۰/۵۰			
۲	A۵	۰/۷۲	۰/۶۷	۱۱/۸۸	۲/۸۵	۰/۷۲
	A۴	۰/۶۶	۰/۵۵			
	AV	۰/۵۵	۰/۴۲			
	A۶	۰/۳۷	۰/۲۹			
۳	B۹	۰/۷۰	۰/۵۷	۸/۳۳	۱/۳۴	۰/۸۱
	B۱	۰/۶۶	۰/۷۰			
	B۴	۰/۶۵	۰/۶۰			
۴	B۶	۰/۶۵	۰/۴۵	۷/۶۴	۱/۲۱	۰/۶۵
	B۸	۰/۶۱	۰/۴۵			
	BV	۰/۵۵	۰/۲۵			
	B۲	۰/۴۵	۰/۳۳			
۵	B۵	۰/۵۵	۰/۴۵	۶/۵۸	۱/۰۵	۰/۳۷
	B۳	۰/۴۹	۰/۲۴			
	مجموع			۶۶/۵۲	–	۰/۸۵

درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند و مقدار ویژه آن ۲/۸۵ گزارش شده است. ضریب این کودر–ریچاردسون ۲۰ عامل ۰/۷۲ بوده که نشان‌دهنده پایایی قابل‌قبول این عامل است. این نتایج بیانگر انسجام نسبی سؤال‌ها در قالب یک سازه مشترک است.

عامل سوم

عامل سوم شامل سه سؤال B1، B4 و B9 است. بارهای عاملی این سؤال‌ها مناسب بوده و در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۷۰ قرار دارند. این عامل ۸/۳۳ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند و مقدار ویژه آن ۱/۳۴ است. ضریب کودر–ریچاردسون ۲۰ برای این عامل ۰/۸۱ گزارش شده که نشان‌دهنده پایایی خوب این عامل است. این یافته‌ها حاکی از همبستگی مناسب سؤال‌ها و شکل‌گیری یک سازه نسبتاً پایدار است.

عامل چهارم

عامل چهارم شامل چهار سؤال B2، B6، B7 و B8 است. بارهای عاملی این سؤال‌ها در دامنه متوسط قرار دارند و اشتراکات نشان می‌دهد این سؤالات تا حد قابل‌قبولی توسط عامل چهارم تبیین می‌شوند. این عامل ۷/۶۴ درصد واریانس کل را توضیح می‌دهد و مقدار ویژه آن ۱/۲۱ است. ضریب کودر–ریچاردسون ۲۰ این عامل برابر با ۰/۶۵ به دست آمد که بیانگر پایایی متوسط و قابل‌قبول این عامل است.

عامل پنجم

عامل پنجم شامل دو سؤال B3 و B5 است. بار عاملی این سؤالات در حد قابل‌قبول قرار دارد، اما به‌دلیل تعداد کم آیتم‌ها، ضریب کودر–ریچاردسون ۲۰ این عامل برابر با ۰/۳۷ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی پایین این عامل می‌باشد. این عامل ۶/۵۸ درصد از واریانس کل را تبیین کرده و مقدار ویژه آن برابر با ۱/۰۵ است. بنابراین، این عامل نیازمند بازنگری، افزودن سؤال یا اصلاح ساختار در نسخه‌های آتی پرسش‌نامه است.

در مجموع، پنج عامل استخراج‌شده توانستند ۶۶/۵۲ درصد از واریانس کل پرسش‌نامه را تبیین کنند که نشان‌دهنده ساختار

جدول ۴. ضریب همبستگی درون کلاسی و خطای معیار اندازه‌گیری عامل‌ها و نمره کل پرسش‌نامه

مؤلفه	ضریب همبستگی درون‌کلاسی	خطای معیار اندازه‌گیری
عامل اول	۰/۸۹ (۰/۹۶ — ۰/۷۲)	۰/۸۳
عامل دوم	۰/۹۲ (۰/۹۸ — ۰/۸۶)	۰/۵۲
عامل سوم	۰/۸۵ (۰/۹۵ — ۰/۴۳)	۰/۵۷
عامل چهارم	۰/۸۹ (۰/۹۸ — ۰/۸۱)	۰/۸۳
عامل پنجم	۰/۷۷ (۰/۹۲ — ۰/۴۷)	۰/۹۲
کل پرسش‌نامه	۰/۸۷ (۰/۹۵ — ۰/۷۳)	۰/۵۳

سالمند

عاملی مناسب ابزار است. اغلب عوامل از پایایی قابل‌قبول تا بسیار خوب برخوردار بودند، اگرچه عامل پنجم به‌دلیل تعداد محدود سؤال‌ها پایایی پایینی نشان داد.

در تصویر شماره ۱، نمودار سنگ‌ریزه است که نشان می‌دهد مقدار ویژه عوامل استخراج‌شده (خط آبی با علامت مثلث) در پنج عامل اول بالاتر از مقادیر ویژه تصادفی (خط قرمز نقطه‌چین) قرار دارد. از عامل ششم به بعد، مقادیر ویژه مشاهده‌شده کمتر یا تقریباً برابر با مقادیر تصادفی می‌شوند. این الگو نشان می‌دهد استخراج پنج عامل براساس تحلیل موازی و نمودار سنگ‌ریزه‌ای مناسب و قابل‌توجیه است. همچنین، یک افت شدید در مقدار ویژه از عامل اول به عامل دوم مشاهده می‌شود و پس از عامل پنجم، شیب منحنی تقریباً یکنواخت می‌شود که نشان‌دهنده نقطه شکست در عامل پنجم است. این یافته‌ها به‌طور همزمان تأیید می‌کنند ساختار عاملی پرسش‌نامه از پنج عامل اساسی تشکیل شده است و استخراج عوامل بیش از این تعداد، اطلاعات معنادار جدیدی به مدل اضافه نمی‌کند.

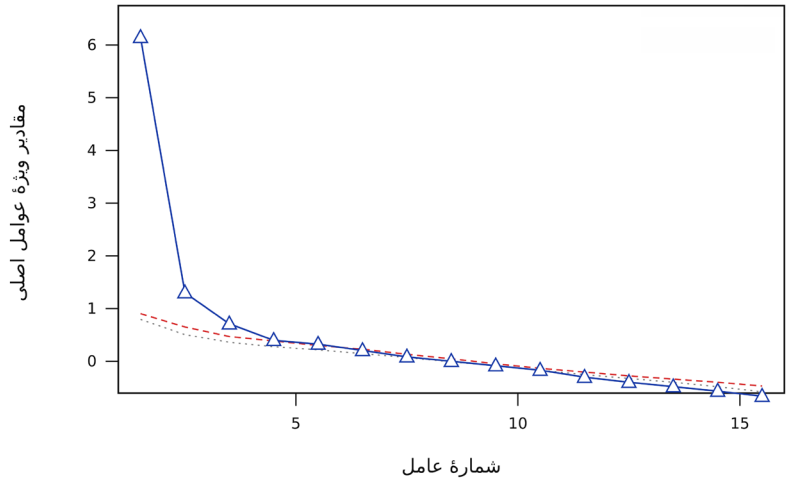
براساس سؤالات موجود و ساختار پنج عاملی، هریک از این عوامل به یکی از ابعاد مهم روان‌شناختی سالمندان اشاره دارد. این تحلیل نشان می‌دهد پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی ابعاد کلیدی مشکلات شخصیتی سالمندان را پوشش می‌دهد و می‌تواند در تشخیص زودهنگام مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی این گروه سنی مفید باشد.

عامل اول: اضطراب و نگرانی از سالمندی

این عامل به احساس نگرانی درباره افزایش سن، کاهش جذابیت، و افت توانایی‌های جسمی و شناختی اشاره دارد. افرادی که در این عامل نمره بالایی دارند، اغلب درباره آینده خود مضطرب هستند و تغییرات مرتبط با سالمندی را تهدیدی برای کیفیت زندگی خود می‌دانند.

عامل دوم: وابستگی و آسیب‌پذیری اجتماعی

این عامل نشان‌دهنده میزان وابستگی فرد به دیگران و احساس ناتوانی در مواجهه با مشکلات شخصی است. افراد دارای نمرات



سالمند

تصویر ۱. نمودار سنگ‌ریزه در تحلیل عاملی

بالا در این عامل معمولاً در تصمیم‌گیری‌های روزمره به دیگران متکی هستند، ترس از تنهایی دارند و ممکن است احساس کنند مورد سوءاستفاده اطرافیان قرار می‌گیرند.

عامل سوم: افسردگی و ناامیدی از زندگی

این عامل به میزان تجربه احساس غم، ناامیدی و کاهش میل به زندگی اشاره دارد. افرادی که در این عامل نمره بالایی کسب می‌کنند، ممکن است احساس کنند که زندگی برایشان معنای خود را از دست داده است، دچار بی‌انگیزگی باشند و نشانه‌هایی از افسردگی شدید را تجربه کنند.

عامل چهارم: استرس مزمن و سابقه مشکلات روان‌شناختی

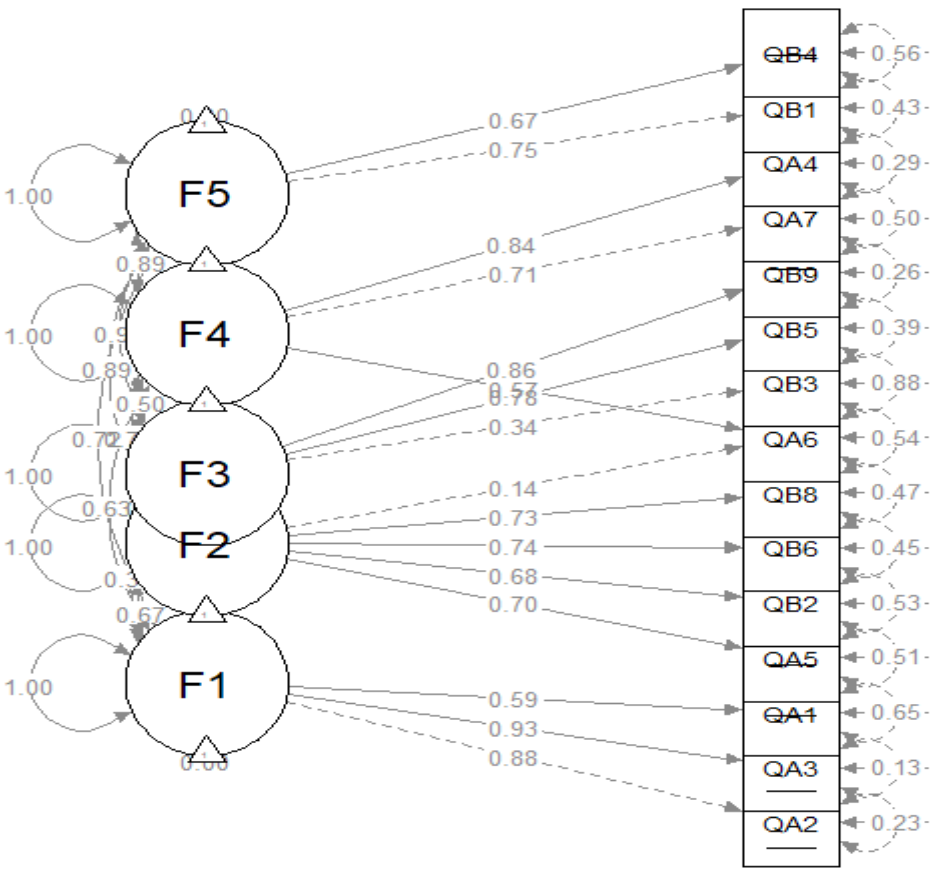
این عامل به تجربه طولانی‌مدت استرس، تغییرات خلقی و مشکلات روان‌شناختی در گذشته مربوط است. افرادی که در این حوزه نمره بالایی دارند، معمولاً دارای سابقه مشکلات اضطرابی، نوسانات خلقی یا بستری شدن در مراکز درمانی روان‌پزشکی بوده و همچنان درگیر تأثیرات آن هستند.

عامل پنجم: انزوای اجتماعی و کاهش تمایلات عاطفی

این عامل بر میزان روابط اجتماعی، احساس تنهایی و تمایلات عاطفی و بین‌فردی تأثیر دارد. نمرات بالا در این عامل معمولاً نشان‌دهنده کاهش ارتباطات اجتماعی، محدود بودن روابط دوستانه و افت تمایلات هیجانی و عاطفی در فرد است که می‌تواند بر کیفیت زندگی و احساس رضایت او تأثیر منفی بگذارد.

به‌منظور بررسی ساختار عاملی و سنجش برازش مدل مفهومی، از تحلیل عاملی تأییدی بهره گرفته شد. این مدل متشکل از پنج عامل F1 تا F5 بود که هریک با مجموعه‌ای از متغیرهای مشاهده‌شده (سؤالات پرسش‌نامه) مرتبط بودند. عوامل مذکور براساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی طراحی شده‌اند. در مدل تحلیل عاملی تأییدی، ۵ عامل معرفی ۱۰ در تحلیل عاملی اکتشافی که هریک با مجموعه‌ای از سؤالات پرسش‌نامه مرتبط هستند، بررسی شده است.

نمودار مسیر تحلیل عاملی (تصویر شماره ۲) تأییدی نشان می‌دهد مدل اندازه‌گیری پنج‌عاملی پیشنهادی از برازش مناسبی برخوردار است. در این مدل، ۵ سازه پنهان توسط مجموعه‌ای از سؤالات اندازه‌گیری شده‌اند. بارگذاری‌های عاملی استانداردشده



تصویر ۲. گراف تحلیل عاملی تأییدی در بررسی فاکتورهای متسخرج از تحلیل عاملی اکتشافی

برای اغلب سؤال‌ها در دامنه قابل‌قبول تا بالا قرار دارند، به‌طوری که بیشتر بارگذاری‌ها بزرگ‌تر از ۰/۵۰ هستند و تنها تعداد محدودی از سؤال‌ها بارگذاری‌های نسبتاً پایین‌تری نشان می‌دهند. این نتایج بیانگر آن است که سؤال‌ها به‌طور معناداری با سازه‌های پنهان مربوطه مرتبط بوده و توان مناسبی در تبیین عامل‌های مورد نظر دارند. بررسی واریانس خطای اندازه‌گیری سؤال‌ها که در نمودار با مثلث‌ها نمایش داده شده است، نشان می‌دهد برای بسیاری از سؤال‌ها مقدار خطای باقیمانده بسیار پایین یا نزدیک به صفر است. این یافته حاکی از آن است که بخش عمده‌ای از واریانس سؤال‌ها توسط عامل‌های پنهان توضیح داده شده و خطای اندازه‌گیری در سطح قابل‌قبولی قرار دارد. درمجموع، این موضوع نشان‌دهنده پایایی مناسب سؤال‌ها در سنجش سازه‌های مورد نظر است.

همچنین همبستگی‌های مشاهده‌شده بین عامل‌های پنهان که با خطوط منحنی در نمودار مشخص شده‌اند، مقادیری مثبت و در دامنه متوسط را نشان می‌دهند. این امر بیانگر آن است که عامل‌ها در عین برخورداری از ارتباط مفهومی با یکدیگر، از تمایز کافی برخوردارند و همپوشانی بیش از حد بین آن‌ها مشاهده نمی‌شود. چنین الگویی از همبستگی‌ها با فرض ساختار چندبعدی پرسش‌نامه سازگار بوده و از روایی سازه مدل حمایت می‌کند. درمجموع، الگوی بارگذاری‌های عاملی، مقادیر پایین خطای اندازه‌گیری و همبستگی‌های منطقی بین عامل‌ها نشان می‌دهد مدل پنج عاملی پیشنهادی از ساختار عاملی مناسبی برخوردار است و سؤال‌های پرسش‌نامه به‌خوبی سازه‌های پنهان موردنظر را اندازه‌گیری می‌کنند. این یافته‌ها شواهد مناسبی از روایی سازه ابزار فراهم می‌آورند و استفاده از این مدل اندازه‌گیری را در مطالعات بعدی تأیید می‌کنند. درمجموع، باتوجه‌به شاخص‌های کلیدی همچون RMSE=۰/۰۳۵، و شاخص مهم دیگر جهت ارزیابی صحت مدل MIN/DF بود که برابر با ۱/۳۷ و CFI=۰/۹۸، می‌توان گفت مدل اندازه‌گیری طراحی‌شده از برازش مناسبی با داده‌ها برخوردار است و ساختار عاملی پیشنهادی تأیید می‌شود. در نموداری که در تصویر شماره ۲ مشاهده می‌شود، گراف مربوط به تحلیل عاملی تأییدی و بارهای عاملی دیده می‌شود.

باتوجه‌به استخراج ساختار عاملی جدید در نسخه فارسی ابزار، پایایی آزمون–بازآزمون براساس نمره کل پرسش‌نامه و نمرات هریک از عوامل استخراج‌شده ارزیابی شد. بدین منظور، ضریب همبستگی درون‌کلاسی برای دو نوبت اندازه‌گیری محاسبه گردید. این نتایج در جدول شماره ۴ دیده می‌شود.

بحث

نشانه‌شناسی اختلالات شخصیت همواره در تعامل با زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و نقش‌های سنی معنا می‌یابد. در فرهنگ ایرانی که ساختاری نسبتاً جمع‌گرا، خانواده‌محور و مبتنی بر هنجارهای بین‌فردی دارد، برخی ویژگی‌های شخصیتی ممکن است در سالمندان به‌گونه‌ای متفاوت تجربه یا گزارش شوند؛ برای‌مثال، وابستگی هیجانی، نیاز به حمایت خانواده یا کاهش استقلال ممکن است در سالمندی به‌عنوان پیامد طبیعی افزایش سن یا نقش‌های خانوادگی سالمند تلقی شود، درحالی‌که در چارچوب‌های تشخیصی می‌تواند به‌عنوان نشانه‌های برخی اختلالات شخصیت تفسیر گردد. علاوه‌براین، هنجارهای فرهنگی مرتبط با حفظ آبرو، اجتناب از برچسب‌گذاری روان‌پزشکی و تمایل به ارائه تصویری مقبول از خود، ممکن است موجب کم‌گزارش‌دهی برخی نشانه‌ها، به‌ویژه نشانه‌های مرتبط با تکانشگری، پرخاشگری یا بی‌ثباتی هیجانی شود. این موضوع در سالمندان که جایگاه اجتماعی ویژه‌ای در فرهنگ ایرانی دارند، می‌تواند پررنگ‌تر باشد.

ازسوی‌دیگر، برخی رفتارها نظیر کناره‌گیری اجتماعی، انعطاف‌ناپذیری، بدبینی یا حساسیت بین‌فردی ممکن است در بستر سالمندی و تغییرات مرتبط با آن (مانند بازنشستگی، کاهش تعاملات اجتماعی یا مشکلات جسمانی) تشدید شده و با نشانه‌های اختلالات شخصیت همپوشانی پیدا کنند. در چنین شرایطی، ابزارهای سنجش که بدون تطبیق فرهنگی و سنی به‌کار گرفته شوند، ممکن است در تفکیک تغییرات هنجاری سالمندی از نشانه‌های بالینی با چالش مواجه شوند. براین‌اساس، انجام مطالعات روان‌سنجی و بومی‌سازی ابزارهای ارزیابی اختلالات شخصیت در سالمندان ایرانی ضروری به نظر می‌رسد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار در این بافت فرهنگی می‌تواند به ارزیابی دقیق‌تر نشانه‌ها و کاهش خطاهای تشخیصی کمک کند و زمینه را برای استفاده محتاطانه و آگاهانه از ابزار در محیط‌های بالینی فراهم سازد.

براین‌اساس هدف مطالعه حاضر، ترجمه و روان‌سنجی پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی بود. باتوجه‌به نظر متخصصان روان‌سنجی، یکی از مهم‌ترین ویژگی‌هایی که در انتخاب یک ابزار همواره باید مد نظر باشد، آسانی ترجمه و کیفیت مطلوب نسخه ترجمه‌شده است. لذا نتایج مطالعه حاضر نیز بیانگر آسانی و کیفیت مطلوب ترجمه نسخه فارسی پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی بود. همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد روایی ظاهری همزمان و محتوای نسخه فارسی مورد تأیید است. علاوه‌براین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد نسخه فارسی پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی، از ساختار عاملی-اکتشافی قابل‌قبولی برخوردار است و شاخص‌های کلیدی همچون RMSE، و MIN/DF مدل اندازه‌گیری طراحی‌شده از برازش مناسبی با داده‌ها برخوردار است. همچنین بار عاملی بالاتر از ۰/۵۰ نشان‌دهنده ارتباط قوی بین سؤال و عامل‌های مربوطه است و بنابراین تمام سؤالات نقش مؤثری در اندازه‌گیری اختلال شخصیت سالمندی دارند. این مسئله بیانگر آن است که

سؤال‌های پرسش‌نامه به‌درستی ابعاد مربوط به اختلال شخصیت سالمندی را سنجیده‌اند. شاخص کرویت بارتلت نیز نشان داد ماتریس همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست و بنابراین عامل‌یابی قابل‌توجیه است. اگرچه این مطالعه اولین مطالعه روان‌سنجی در زمینه اختلالات شخصیت در پزشکی سالمندی است. علاوه‌براین، پرسش‌نامه مقیاس اختلال شخصیت سالمندی تنها ابزار معتبر برای شناسایی اختلالات شخصیت در سالمندان است، اما از لحاظ روایی و پایایی نتایج مشابه با سایر مطالعه دیده شده است.

پژوهش‌های انجام‌شده در محیط‌های پزشکی عمومی هلند با سالمندان همسانی درونی پرسش‌نامه مقیاس اختلال شخصیت سالمندی را متوسط گزارش کردند.در نمونه‌ای از سالمندان، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس اختلال شخصیت سالمندی ۶۹/۰ و میانگین همبستگی بین گویه‌ها ۱۴/۰ گزارش شد. این ارقام همسانی متوسط را نشان می‌دهند، اگرچه پایین‌تر از آستانه معمولی ۰/۷۰ است که نشان می‌دهد ممکن است آیتم‌های این پرسش‌نامه به‌طور کامل به‌عنوان یک ساختار واحد هماهنگ نباشند [۷]. مقدار ضریب کودر–ریچاردسون ۲۰ کلی در مطالعه حاضر ۰/۸۵ گزارش شد که بیشتر از مطالعه هلند بود. این موضوع می‌تواند به پیچیدگی اختلالات شخصیت در سالمندان برگردد که علائم آن‌ها ممکن است به‌دلیل عواملی مانند افت شناختی یا همبودی‌های جسمی به‌طور ناهمگون ظاهر شوند. تحقیقات روان‌سنجی پیشین درباره این پرسش‌نامه توسط پندرز و همکاران قابلیت کاربرد پرسش‌نامه مقیاس اختلال شخصیت سالمندی را به‌عنوان یک ابزار غربالگری خاص برای اختلالات شخصیت در سالمندان بررسی کرد. آن‌ها دریافتند که براساس آمار دقت تشخیصی، نسخه مطلعین پرسش‌نامه نسبت به نسخه بیماران ترجیح داده می‌شود؛ حساسیت و ویژگی برای نسخه مطلعین به‌ترتیب ۷۸ و ۶۵ درصد و برای نسخه بیماران به‌ترتیب ۸۳ و ۲۷ درصد بود [۱۶].

در مطالعه‌ای دیگر که به بررسی این پرسش‌نامه پرداخته بود، نتایج نشان داد پرسش‌نامه مقیاس اختلال شخصیت سالمندی به‌عنوان ابزاری قابل‌اجرا و قابل‌قبول برای شناسایی اختلالات شخصیت در بزرگسالان مسن در محیط‌های مراقبت عمومی شناخته شده است. بااین‌حال، آموزش حرفه‌ای‌های بهداشتی در مورد اختلالات شخصیت در بزرگسالان مسن می‌تواند اثربخشی آن را افزایش دهد [۱۷]. برخلاف ساختار دوبخشی در تمام مطالعات هلندی، تحلیل عاملی اکتشافی ما به ساختار پنج‌عاملی منجر شد که ۶۶/۵۲ درصد از واریانس را توضیح می‌دهد. این تغییر ساختاری احتمالاً ناشی از تفاوت‌های فرهنگی است؛ برای‌مثال، در فرهنگ خانواده‌محور ایرانی، ویژگی‌های وابستگی و ترس از تنهایی ممکن است الگوهای متفاوتی ایجاد کند که در جوامع فردگرای غربی کمتر برجسته است. در راستای اهمیت این مطالعه، پژوهشی اخیر در اسکاندیناوی نشان داد افرادی که به اختلال شخصیت مبتلا هستند، ۳ برابر بیشتر از افرادی که به اختلال شخصیت مبتلا نیستند، به‌دلیل مشکلات جسمی متعدد به بیمارستان بستری می‌شوند [۱۸].

ازنظر پایایی آزمون-بازآزمون نیز، مقادیر گزارش‌شده در نسخه اصلی بین ۰/۵۲ تا ۰/۶۸ برای بخش‌ها و نمره کل در محدوده متوسط تا خوب قرار دارد. نتایج آزمون-بازآزمون نسخه فارسی ما از مقادیر قابل‌قبول (۰/۷۵) کمی بالاتر بود که نشان‌دهنده قابل‌قبول بودن پایایی زمانی و قابلیت تکرارپذیری مؤلفه‌های آن است و با این مقادیر همخوانی دارد و پایداری نسبی ابزار را در فاصله زمانی ۲ هفته تأیید می‌کند. این یافته‌ها با مطالعات بعدی مانند ونپل و همکاران (۲۰۲۰) در بیماران سرپایی پزشکی سالمندان هلند همسو است که نسخه مطلع را دقیق‌تر ارزیابی کردند [۱۹].

در فرهنگ‌های جمع‌گرا مانند فرهنگ ایرانی، روابط خانوادگی و وابستگی متقابل بین نسل‌ها معمولاً نقش بسیار محوری‌تری نسبت به فرهنگ‌های فردگراتر (مانند فرهنگ هلندی) دارد. این ویژگی می‌تواند باعث شود برخی الگوهای رفتاری که در جوامع فردگرا ممکن است به‌عنوان نشانه‌ای از وابستگی ناسازگار تفسیر شوند، در بافت جمع‌گرا تا حد زیادی بخشی از هنجارهای اجتماعی و انتظارات متقابل خانوادگی تلقی گردند. بنابراین، سؤال‌هایی که به انتظار حمایت از دیگران یا ترس از تنهایی اشاره دارند (مانند آیتم‌های عامل دوم در این مطالعه) ممکن است الگوی همبستگی متفاوتی ایجاد کنند و به شکل‌گیری عامل‌های جداگانه‌تر منجر شوند. همچنین، تفاوت در میزان پذیرش ابراز علائم روانی در فرهنگ‌های مختلف می‌تواند بر پاسخ‌دهی به سؤال‌های مرتبط با سابقه خدمات سلامت روان اثر بگذارد. در جوامعی که ابراز این‌گونه تجربیات با حساسیت‌های اجتماعی بیشتری همراه است، همبستگی بین این سؤال‌ها ممکن است کمتر باشد (همان‌طور که در عامل پنجم این مطالعه مشاهده شد). این پدیده در مطالعات تطبیقی فرهنگی ابزارهای شخصیت در کشورهای مختلف نیز گزارش شده و نشان‌دهنده نیاز به تطبیق فرهنگی ابزارها است، نه لزوماً نقص ذاتی در ابزار یا فرهنگ خاصی [۱۴، ۲۰]. بنابراین، وجود اختلال شخصیت، جمعیت آسیب‌پذیرتر را پیچیده‌تر می‌کند و می‌تواند مشکلات بین‌فردی بیشتری ایجاد کند، مانند بار اضافی بر دوش مراقبین و مشکلات روابطی. ازآنجاکه وجود اختلال شخصیت در زمینه پزشکی سالمندان می‌تواند مراقبت از جمعیت آسیب‌پذیرتر را پیچیده‌تر کرده و به مشکلات مختلفی در درمان سالمندان منجر شود، ارزیابی قابل‌اعتماد اختلالات شخصیت برای ارائه مراقبت شخصی‌شده اهمیت دارد [۲۱]. این پرسش‌نامه به‌عنوان یک ابزار کمکی در فرآیند روان‌تشخیصی برای افراد مسن در محیط‌های بهداشت روان سرپایی طراحی شده است.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج مطالعه حاضر نشان داد نسخه فارسی پرسش‌نامه مقیاس اختلال شخصیت سالمندی یک ابزار روان‌سنجی معتبر است و ساختار واضح و بارهای عاملی بالا اعتبار ساختاری پرسش‌نامه را پشتیبانی می‌کند و تأیید می‌کند این مقیاس به‌طور مؤثر ابعاد مختلف پریشانی مرتبط با شخصیت در جمعیت‌های سالمندی را اندازه‌گیری می‌کند. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که اولین مطالعه روان‌سنجی برای پرسش‌نامه اختلال شخصیت سالمندی است.

ازجمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم بررسی اعتبار ملاکی ابزار از طریق مقایسه نتایج پرسش‌نامه با تشخیص بالینی یا ابزارهای استاندارد مانند مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (SCID-II) است که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مورد توجه قرار گیرد.

یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس است که می‌تواند به سوگیری انتخاب منجر شود و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به کل جمعیت سالمندان ایرانی محدود می‌کند. بااین‌حال، این روش در مطالعات روان‌سنجی اولیه ابزارها، به‌ویژه در جمعیت‌های سخت‌دسترس مانند سالمندان، متداول و قابل‌قبول است. در مطالعات آینده، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی برای افزایش اعتبار بیرونی توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می شود عامل پنجم با افزودن سؤال‌های مرتبط تقویت شود و یا با عوامل دیگر ادغام/ حذف گردد تا ویژگی‌های روان‌سنجی کلی پرسش‌نامه بهبود یابد

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه مطابق با اصول اخلاقی مندرج در «بیانیه هلسینکی» انجام شد و تأییدیه اخلاقی را از کمیته اخلاق بیمارستان گلستان اهواز با شناسه اخلاق (IR.AJUMS.HGOLESTAN.REC.1403.069) دریافت کرد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکترا عنایت میرزاوند در گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، ویراستاری و نهایی‌سازی: مریم پورشمس، ندا صدری‌زاده ایرانی، عنایت میرزاوند؛ روش‌شناسی و تحلیل: سعید بی‌طرف؛ اعتبارسنجی: همه نویسندگان؛ نگارش پیش‌نویس: عنایت میرزاوند؛ مدیریت پروژه: مریم پورشمس.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی سالمندانی که با مشارکت ارزشمند خود در انجام این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References

[1] Debast I, van Alphen SP, Rossi G, Tummers JH, Bolwerk N, Derksen JJ, et al. Personality traits and personality disorders in late middle and old age: Do they remain stable? A literature review. Clinical Gerontologist. 2014; 37(3):253-71. [DOI:10.1080/07317115.2014.885917]

[2] Tanjani PT, Motlagh ME, Nazar MM, Najafi F. The health status of the elderly population of Iran in 2012. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2015; 60(2):281-7. [DOI:10.1016/j.archger.2015.01.004] [PMID]

[3] Poursadeqiyan M, Arefi MF, Pouya AB, Jafari M. Quality of life in health Iranian elderly population approach in health promotion: A systematic review. Journal of Education and Health Promotion. 2021; 10(1):449. [DOI:10.4103/jehp.jehp_1546_20]

[4] Parmar A, Kaloiya G. Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. Indian Journal of Psychological Medicine. 2018; 40(6):517-27. [DOI:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_164_18] [PMID]

[5] Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? Comprehensive Psychiatry. 1983; 24(5):399-411. [DOI:10.1016/0010-440X(83)90032-9] [PMID]

[6] Zanarini MC, Athanasiadi A, Temes CM, Magni LR, Hein KE, Fitzmaurice GM, et al. Symptomatic disorders in adults and adolescents with borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders. 2021; 35(Supplement B):48-55. [DOI:10.1521/pedi_2021_35_502] [PMID]

[7] van Alphen SP, van der Werff S, Rosowsky E, Segal DL, Rossi G. Assessment of Personality Disorders in Older Adults. A Practice Guide. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 2023; 36(6):470-8. [DOI:10.1177/08919887231175431] [PMID]

[8] van Reijswoud BE, Debast I, Videler AC, Rossi G, Lobbestael J, Segal DL, et al. Severity Indices of Personality Problems-Short Form in Old-Age Psychiatry: Reliability and Validity. Journal of Personality Assessment. 2021; 103(2):174-82. [DOI:10.1080/00223891.2020.1743710] [PMID]

[9] Stone LE, Segal DL. Social impairment and personality disorder features among older adults: An application of the circumplex model. Personality and Mental Health. 2022; 16(1):19-29. [DOI:10.1002/pmh.1523] [PMID]

[10] Bangash A. Personality disorders in later life: An update. BJPsych Advances. 2025; 31(3):173-85. [DOI:10.1192/bja.2024.41]

[11] Abrams RC, Horowitz SV. Personality disorders after age 50: A meta-analysis. Journal of Personality Disorders. 1996; 10(3):271-81. [DOI:10.1521/pedi.1996.10.3.271]

[12] Beatson J, Broadbear JH, Sivakumaran H, George K, Kotler E, Moss F, et al. Missed diagnosis: The emerging crisis of borderline personality disorder in older people. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016; 50(12):1139-45. [DOI:10.1177/0004867416640100] [PMID]

[13] Devanand DP. Comorbid psychiatric disorders in late life depression. Biological Psychiatry. 2002; 52(3):236-42. [DOI:10.1016/S0006-3223(02)01336-7] [PMID]

[14] Draguns JG, Tanaka-Matsumi J. Assessment of psychopathology across and within cultures: Issues and Findings. Behaviour Research and Therapy. 2003; 41(7):755-76. [DOI:10.1016/S0005-7967(02)00190-0] [PMID]

[15] Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. California: Sage Publications; 1979. [DOI:10.4135/9781412985642]

[16] Penders KA, Rossi G, Metsemakers JF, Duimel-Peeters IG, van Alphen SP. Diagnostic accuracy of the Gerontological Personality Disorder Scale (GPS) in Dutch general practice. Aging Ment Health. 2016; 20(3):318-28. [DOI:10.1080/13607863.2015.1008989] [PMID]

[17] Zoler ML. Personality Disorders May Worsen With Age. Caring for The Ages. 2008; 9(1):19. [DOI:10.1016/S1526-4114(08)60024-4]

[18] Pedersen L, Simonsen E. Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark-A register study. Nordic Journal of Psychiatry. 2014; 68(8):543-8. [DOI:10.3109/08039488.2014.884630] [PMID]

[19] Meuwissen-van Pol ECH, Rossi G, de Weerd-Spaetgens CMEE, van Alphen SPJ. Screening for personality disorders in geriatric medicine outpatients. European Geriatric Medicine. 2020; 11(2):289-95. [DOI:10.1007/s41999-019-00277-y] [PMID]

[20] Ronningstam EF, Keng SL, Ridolfi ME, Arbabi M, Grenyer BFS. Cultural Aspects in Symptomatology, Assessment, and Treatment of Personality Disorders. Current Psychiatry Reports. 2018; 20(4):22. [DOI:10.1007/s11920-018-0889-8] [PMID]

[21] Van den Broeck J, Rossi G, Dierckx E. [Assessment of personality and personality pathology in older persons (Dutch)]. Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie. 2010 Apr;41(2):68-77. [DOI:10.1007/bf03096185] [PMID]