

اعتباریابی و رواسازی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان (PWI-A)

محمدرضا نائینیان^{۱*}، امیر نیک آذین^۲، محمدرضا شعیری^۳، مهتاب رجبی^۴، زهرا سلطانی نژاد^۵

۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۳. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف واری و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی ایرانی اجرا شده است.

روش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی بوده و نمونه آن شامل دو گروه غیر بالینی (۲۹۲ نفر دانشجوی) و بالینی (۱۳۷ نفر از مراجعه‌کنندگان به کلینیک سلامت خانواده و ۱۱۱ نفر گروه همتا) بوده که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای (گروه غیر بالینی) و مبتنی بر هدف (گروه بالینی) انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه سلامت عمومی (جی. اچ. کیو. - ۲۸) و پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که مقیاس یاد شده بر اساس ضریب آلفای کامل (۰/۸۹) و ضریب همبستگی مربوط به باز آزمایی آن (۰/۷۹) دارای پایایی مناسبی است. تحلیل عاملی اکتشافی حکایت از اشباع آن از یک عامل داشته و شاخص‌های حاصل از تحلیل عاملی تأییدی برازش متوسط مدل را تأیید نمود. همچنین ضرایب همبستگی به دست آمده حاکی از اعتبار همگرایی مقیاس با ابزارهای مشابه می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان دارای ویژگی‌های روان‌سنجی قابل دفاع برای مطالعه کیفیت زندگی جمعیت بزرگسال در ایران است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۱، پیاپی ۲۸
بهار و تابستان ۱۳۹۶
صص: ۱۹۹-۱۸۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۶/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۱

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 1, Serial 28

Spring & Summer
2017

pp.: 189-199

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های روان‌سنجی، مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان، مقیاس کیفیت زندگی.

*Email: mrnainian@yahoo.com

مقدمه

کیفیت زندگی یا بهزیستی ذهنی بدین معنا اشاره دارد که افراد بر اساس استانداردهای شخصی، راجع به زندگی خود به‌طور کلی و در مورد حوزه‌های خاص آن چگونه فکر می‌کنند و چه احساسی دارند. کیفیت زندگی بالا، بارفاه عمومی^۱ و احساس ارزشمندی زندگی و کیفیت زندگی پایین با نارضایتی و حتی بی‌علاقگی به زندگی همراه است [۱]. چنانچه خواسته‌ها و نیازهای فرد با سطح توانایی‌های او هم‌خوانی داشته باشد، دستیابی به خواسته‌ها و تأمین نیازهای وی امکان‌پذیر شده، لذت بردن و رضایت‌مندی از زندگی را تجربه می‌کند [۲]. از سوی دیگر، فرصت‌های یادگیری رفتار و مهارت‌های جدید، کلید رضایت‌مندی قلمداد شده [۳]، شرایط افزایش مهارت‌های مقابله، کاهش استرس و ارتقاء بهزیستی را فراهم می‌آورد [۴].

سازمان بهداشت جهانی^۲، کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک فرد از موقعیت او در زندگی، در بافتی از سیستم فرهنگی و ارزشی، همراه با اهداف، استانداردها، انتظارات و علاقه‌مندی‌های وی تعریف می‌کند و می‌افزاید کیفیت زندگی مفهومی گسترده است که به شکلی پیچیده تحت تأثیر سلامت جسمانی، حالت روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و رابطه شخص با افراد مهم در زندگی او قرار می‌گیرد [۵]. در مروری که بر ۲۷ مطالعه مربوط به کیفیت زندگی به عمل آمد ۸۵٪ مطالعات متغیر بهزیستی هیجانی، ۷۰٪ سلامت جسمانی، ۷۰٪ روابط اجتماعی و خانوادگی، ۵۹٪ دارایی یا بهزیستی مادی و ۵۶٪ کار و یا سایر اشکال مولد را شامل می‌شدند [۶].

با اندازه‌گیری کیفیت زندگی کلی^۳، امکان مطالعه زندگی افراد در زمان حال و اکنون از نزدیک فراهم می‌آید. از آنجا که اندازه‌گیری کیفیت زندگی، حوزه‌های دارای اهمیت از منظر افراد جامعه را مشخص می‌سازد، اینکه هر حوزه چه مقدار تأثیرگذاری بر سطح رضایت‌مندی افراد از زندگی دارد و اینکه برای افزایش کیفیت زندگی افراد، کدام حوزه‌ها باید تقویت گردد، در ارزشیابی ساخت جامعه دارای ارزشمندی خاص است. برای نمونه، اینکه آیا اشتغال از حوزه‌های مهم کیفیت زندگی مردم است؟ و تأمین شغل برای تمام افراد جامعه ضروری می‌نماید؟ یا اینکه افراد در شرایط اشتغال یا عدم اشتغال به یک اندازه احساس شادکامی می‌کنند [۷]؟

مفهوم کیفیت زندگی کارآمدی عملی خود را در حوزه‌های مختلف زندگی بشر از جمله حوزه خدمات مربوط

به سلامت نیز به اثبات رسانده است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی^۴ بیانگر ادراک بهزیستی بیماران و کارکرد آن‌ها در حوزه‌های جسمانی، هیجانی، روانی و حوزه‌های زندگی روزمره است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، تأثیر فرایند بیماری و درمان‌های دریافتی را بر جنبه‌های کلی زندگی شخص مورد ارزیابی قرار می‌دهد. به بیان دیگر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، آثار اجتماعی، هیجانی و جسمانی فرایند بیماری و نوع درمان دریافتی را بر زندگی روزمره افراد و نیز این تأثیرها را از منظر بیمار به تصویر کشیده، ضرورت حمایت‌های اجتماعی، هیجانی در خلال بیماری را بیش‌ازپیش شفاف می‌سازد. به‌گونه‌ای که ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می‌تواند به انتخاب گزینه‌های درمانی، مطلع ساختن بیمار نسبت به آثار احتمالی درمان، ترسیم پیشرفت و موفقیت درمان از نگاه بیمار و طراحی بسته‌های مراقبتی مبتنی بر همکاری با بیمار کمک شایان توجهی نماید. به همین دلیل، هم‌اکنون افزایش کیفیت زندگی به‌عنوان هدف واقعی در درمان و پیشگیری از بیماری و ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی قلمداد می‌شود [۸]. بدین خاطر یکی از دغدغه‌های متخصصان، شیوه اندازه‌گیری کیفیت زندگی بوده است.

طی دهه‌های گذشته ابزارهای دقیق روان‌سنجی بسیاری برای سنجش کیفیت زندگی کلی ساخته و استفاده شده است. بسیاری از مقیاس‌های اندازه‌گیری کیفیت زندگی برای جمعیت‌ها و گروه‌های خاص ساخته شده است که شرایط طبی یا نوعی ناتوانی را به تصویر می‌کشند. برخی مقیاس‌هایی که با هدف اندازه‌گیری کیفیت زندگی در جمعیت عمومی تهیه شده‌اند نیز برای تمام اقشار از جمله افراد دارای اختلالات شناختی و کودکان کاربرد ندارند [۹]. به‌منظور فائق آمدن بر این محدودیت‌ها، اولین نسخه مقیاس جامع کیفیت زندگی^۵ در سال ۱۹۹۱ در کشور استرالیا ساخته شد [۱۰] و تا سال ۱۹۹۷، ویراست پنجم آن در اختیار محققان در این حوزه قرار گرفت [۱۱، ۱۲].

در پی مطالعات تجربی انجام شده، نسخه تجدید نظر شده مقیاس یاد شده، با نام مقیاس بهزیستی شخصی^۶ تهیه گردید [۱۳] و متعاقباً فرم‌های موازی آن برای زیرگروه‌های جمعیتی مختلف ساخته شد که هم‌اکنون با عناوین زیر در دسترس قرار دارند: مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان^۷، برای استفاده در جمعیت عمومی بزرگسالان [۱۴، ۱۵]؛ مقیاس بهزیستی شخصی کم‌توان ذهنی^۸ برای استفاده در افراد

^۵ Comprehensive Quality of Life (ComQoL)

^۶ Personal Wellbeing Index (PWI)

^۷ Personal Wellbeing Index - Adults (PWI-A)

^۸ wellbeing index - intellectual disability (PWI-ID)

^۱ general welfare

^۲ world health organization

^۳ global quality of life

^۴ Health Related Quality of Life (HRQOL)

تراز شده بدین گونه است که نمره خام به دست آمده در مقیاس در عدد ۱۰۰ ضرب شده و بر عدد ۷۰ (حداکثر نمره قابل حصول در مقیاس) تقسیم می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس در پژوهش‌های مختلف مناسب ذکر شده است [۲۱]؛ ضرایب پایایی برای حوزه‌های کیفیت زندگی شمول مقیاس در مطالعات ملی تکرار شده با فاصله ۶ ماه در استرالیا بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ به دست آمده است [۲۲]. جدول ۱ رگرسیون حوزه‌های شخصی در برابر کیفیت زندگی کلی را به منظور بیان اعتبار سازه مقیاس اصلی و سهم هر یک از حوزه‌های مقیاس در تبیین «کیفیت زندگی کلی» نشان می‌دهد [۲۳].

با توجه به آنچه در خصوص ارزیابی کیفیت زندگی بیان گردید و با هدف فراهم ساختن امکان به کارگیری مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان در نمونه‌های ایرانی، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا مقیاس یاد شده در نمونه‌های ایرانی از ویژگی‌های مناسب روان‌سنجی برخوردار است؟ برای پاسخ به این سؤال تلاش شد در دو مطالعه جداگانه، پایایی و اعتبار مقیاس در نمونه‌ای از جمعیت ایرانی مورد مطالعه قرار گیرد.

کم‌توان ذهنی یا سایر اشکال اختلال شناختی [۱۶]؛ مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان^۱ برای استفاده در کودکان و نوجوانان سن ۱۲ تا ۱۸ سال [۹، ۱۷]؛ و مقیاس بهزیستی شخصی پیش‌دبستانی^۲ برای استفاده در کودکان سنین پیش‌دبستانی [۱۸]. هم‌زمان مقیاس‌های ویژه گروه‌های خاص در سایر کشورها نیز ساخته و یا بومی شدند از جمله مقیاس کوتاه چندوجهی رضایت‌مندی از زندگی دانش آموزان^۳ [۱۹]؛ و پرسشنامه سلامت عمومی^۴ [۲۰].

مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان در بردارنده هفت ماده رضایت‌مندی است که هر کدام به یک حوزه از کیفیت زندگی مربوط می‌شود، از جمله سطح مادی زندگی^۵، سلامتی، روابط شخصی^۶، ایمنی^۷، دستاوردها در زندگی^۸، جایگاه اجتماعی^۹ و امنیت در آینده^{۱۰}. سازنده، آن را شاخص ذهنی کیفیت زندگی می‌داند. هر یک از سؤالات مقیاس از سوی آزمودنی بین ۰ تا ۱۰، نمره‌گذاری می‌شود. نمرات به دست آمده در هر یک از هفت سؤال با یکدیگر جمع شده تا نمره کلی کیفیت زندگی برای مقیاس به دست آید که دارای گستره‌ای بین ۰ تا ۷۰ می‌باشد. سرانجام این نمره تراز شده تا نمره‌ای بین ۰ تا ۱۰۰ به دست آید و نمرات به دست آمده با داده‌های هنجاری قابل مقایسه گردد. نحوه محاسبه نمره

جدول ۱. اعتبار سازه مقیاس بهزیستی شخصی (کیفیت زندگی) بزرگسالان رگرسیون حوزه‌های شخصی در برابر کیفیت زندگی کلی [۲۳]

آیتم‌های مقیاس	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	ضریب رگرسیون استاندارد شده
۱ کیفیت زندگی کلی								
۲ سطح مادی زندگی	۰/۵۸							۰/۳۱**
۳ سلامتی	۰/۴۱	۰/۳۷						۰/۱۲**
۴ دستاوردها در زندگی	۰/۵۳	۰/۴۵	۰/۳۴					۰/۲۳**
۵ روابط شخصی	۰/۴۵	۰/۳۲	۰/۲۴	۰/۳۸				۰/۱۹**
۶ احساس ایمنی	۰/۲۵	۰/۳۰	۰/۲۷	۰/۲۰	۰/۱۹			-۰/۰۱
۷ جایگاه اجتماعی	۰/۳۸	۰/۳۵	۰/۲۴	۰/۳۷	۰/۲۵	۰/۳۰		۰/۰۸
۸ امنیت در آینده	۰/۴۴	۰/۵۰	۰/۳۴	۰/۴۴	۰/۲۹	۰/۴۱	۰/۴۳	۰/۰۵

** P<۰/۰۱, *P<۰/۰۵, R²=۰/۴۹

کارشناسی ارشد دانشگاه‌های شاهد و تهران بوده است. جامعه آماری گروه بالینی را تمامی کسانی تشکیل می‌دادند که به دلیل مشکلات جنسی در سال ۱۳۹۰-۱۳۹۱ به کلینیک سلامت خانواده رجوع کرده‌اند و توسط متخصص تشخیص یکی از اختلالات جنسی را دریافت نموده‌اند.

(ب) نمونه پژوهش: حجم نمونه مورد نیاز برای تحلیل عاملی ۱۰ تا ۱۵ نمونه به ازای هر سؤال پیشنهاد شده است [۲۴]. با این حساب حجم نمونه ۸۰ تا ۱۲۰ نفر برآورد می‌شود.

روش نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی می‌باشد.

آزمودنی

(الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دو گروه بالینی و غیر بالینی می‌باشد. جامعه آماری گروه غیر بالینی دربرگیرنده تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی و

⁷ safety

⁸ achievements in life

⁹ feeling part of community

¹⁰ future security

¹ wellbeing index - school children (PWI-SC)

² personal wellbeing index-pre- school (PWI-PS)

⁵ Brief Multidimensional students life satisfaction Scale (BMSLSS)

⁴ General Health Questionnaire (GHQ- 28)

⁵ standard of living

⁶ personal relationships

بهداشت جهانی [۲۷]: پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی نسخه ۱۰۰ سؤالی است و چهار حوزه از کیفیت زندگی به نام‌های حوزه جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال بوده و تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی مبتنی بر داده‌های به دست آمده از ۲۳ کشور بر اساس نمونه‌ای به حجم ۱۱۸۳۰ نفر از افراد بیمار و سالم بیانگر آن است که پرسشنامه مذکور به لحاظ همسانی درونی، همبستگی کل سؤالات، اعتبار تشخیصی و سازه از طریق تحلیل عاملی تأییدی، از ویژگی‌های روان‌سنجی پایایی و اعتبار خوب تا عالی برخوردار است [۲۸]. در مطالعه‌ای که با هدف بررسی اعتبار سنجی پرسشنامه یاد شده با اجرای پرسشنامه بر روی ۱۱۶۷ نفر از جمعیت بزرگسال دارای بیماری مزمن و فاقد بیماری مزمن شهر تهران انجام گرفت، ضرایب پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت و شاخص‌های به دست آمده برای حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب برابر با ۰/۷۳، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ بود [۲۹].

۳- پرسشنامه سلامت عمومی [۳۰]: نسخه اصلی پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال بود و سپس فرم‌های ۲۸، ۲۰ و ۱۲ سؤالی آن نیز تهیه گردید که هم‌اکنون در دسترس می‌باشند. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه استفاده شده که دارای چهار خرده‌مقیاس و در هر خرده‌مقیاس دارای ۷ سؤال می‌باشد. پایایی و اعتبار پرسشنامه در ایران بر روی گروهی از دانشجویان توسط تقوی [۳۱] بدین شرح گزارش شده است: ضریب باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۲ و ضرایب باز آزمایی برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های جنبه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمد. همبستگی معنادار بین پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه‌های مشابه در این مطالعه به دست آمد. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های جنبه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی نیز به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۵۵ و ۰/۷۱ به دست آمد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای سنجش پایایی ابزار از روش مرسوم آلفای کرونباخ و روش باز آزمایی (به فاصله زمانی دو هفته) استفاده گردید. ضرایب آلفای مساوی یا بالاتر از ۰/۷۰ رضایت‌بخش در نظر

شود. با توجه به اینکه انتخاب حجم نمونه برای تحلیل عاملی از قاعده «بیشتر، بهتر است»^۱ پیروی می‌کند [۲۵]، نمونه نهایی گروه غیربالینی دربرگیرنده ۲۹۲ نفر دانشجوی رشته‌های مختلف مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد از دو دانشگاه فوق‌الذکر بوده که بر اساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده‌اند.

در گروه بالینی نیز ۱۳۷ نفر از مراجعه‌کنندگان به کلینیک سلامت خانواده وابسته به دانشگاه شاهد تهران که بر اساس مصاحبه روان‌شناس یا روان‌پزشک ملاک‌های تشخیصی متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش چهارم [۲۶]، تشخیص اختلال جنسی دریافت کرده و فاقد ابتلا به اختلالات دیگر روان‌شناختی بودند به‌عنوان نمونه پژوهش به شیوه نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. همچنین به‌منظور فراهم شدن امکان مقایسه گروهی، از بین نمونه‌های غیر بالینی، ۱۱۱ نفر را که به لحاظ جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با گروه بیمار هم‌تا شدند و در زمان مطالعه فاقد شکایاتی در زمینه مسائل جنسی و سایر اختلالات روان‌شناختی بوده و در شش ماه گذشته نیز به متخصص روان‌شناس یا روان‌پزشک برای درمان مشکلات مذکور مراجعه نداشتند، از بین همراهان بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک انتخاب گردیدند.

ابزارهای پژوهش

به‌منظور سنجش و اندازه‌گیری شاخص‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده گردید.

۱- مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان [۱۴]: برای به‌کارگیری مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان در پژوهش حاضر، ابتدا سؤال‌های آن ترجمه گردید، سپس توسط فردی غیر از مترجم به انگلیسی بازگردانده شد و با مقایسه دو ترجمه یاد شده، مشکلات مرتبط مرتفع گردید تا اینکه نسخه نهایی تنظیم گردید. این ابزار دارای هفت سؤال اصلی است و یک سؤال اضافی که کیفیت زندگی را در مجموع می‌سنجد. سؤالات به‌صورت لیکرتی از ۰ تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات به دست آمده در هر یک از هفت سؤال اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمره کل کیفیت زندگی برای مقیاس به دست آید که دارای گستره‌ای بین ۰ تا ۷۰ می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی نمونه خارجی مقیاس از جمله ضرایب پایایی و اعتبار آن در بخش‌های پیشین مقاله اشاره شده است [۲۳].

۲- پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان

¹ more is better

گرفته شدند [۳۲].

تحلیل عاملی اکتشافی بر روی نمونه غیر بالینی دانشجویان انجام شد و مراحل زیر طی شد:

۱- کفایت نمونه‌گیری: ابتدا به منظور انجام تحلیل عاملی آزمون کفایت نمونه‌گیری کایزر- مایر- اولکین^۱ برای حصول اطمینان از کفایت حجم نمونه محاسبه می‌شود. این شاخص باید برابر یا بالاتر از ۰/۶۰ باشد [۳۳].

۲- آزمون کرویت بارتلت^۲: برای اینکه مشخص شود همبستگی بین متغیرها برابر صفر نیست از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد.

۳- به منظور تحلیل عاملی اکتشافی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۳ با چرخش واریماکس^۴ استفاده گردید. حداقل بار عاملی مورد نیاز برای متغیرها ۰/۳۰ در نظر گرفته شد. به منظور بررسی نیکویی برازش کل مدل^۵ از شاخص نیکویی برازش، شاخص نیکویی برازش تطبیقی، شاخص برازندگی تطبیقی [۳۴] و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب [۳۵] استفاده گردید. شاخص نیکویی برازش بزرگ‌تر از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰، شاخص نیکویی برازش تطبیقی بزرگ‌تر از ۰/۸۰، شاخص برازندگی تطبیقی بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب کمتر از ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ نمایانگر برازندگی عالی (کافی) بین مدل مشخص شده و داده‌ها در نظر گرفته شدند [۳۶، ۳۷]. به منظور بررسی اعتبار همگرا از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. ضرایب همبستگی به صورت کوچک یا ضعیف (۰/۱۰ تا ۰/۲۹)، متوسط (۰/۳۰ تا ۰/۴۹) و بزرگ یا قوی (بیشتر از ۰/۵۰) تقسیم‌بندی شدند [۳۸]. نهایتاً به منظور مقایسه گروه بالینی با گروه همتا از نظر بهزیستی شخصی از آزمون تی مستقل استفاده شد.

نتایج

از تعداد ۲۹۲ نفر نمونه غیر بالینی دانشجویی مورد مطالعه، ۱۷۶ نفر (۶۰/۳٪) دختر و ۱۱۶ نفر (۳۹/۷٪) پسر بوده‌اند. میانگین (انحراف استاندارد) سنی دختران شرکت‌کننده در این پژوهش ۲۰/۷۹ (۲/۴۴) و میانگین سنی پسران ۲۱/۲۱ (۲/۹۶) بوده است. از بین ۱۳۷ نفر نمونه بالینی، ۴۲ نفر (۳۰/۷۰٪) را زنان و ۹۵ نفر (۶۹/۳۰٪) را مردان تشکیل می‌دادند، در حالی که در گروه غیر بیمار همتا، ۳۶ نفر (۳۲/۴۳٪) را زنان و ۷۵ نفر (۶۷٪) را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه بیمار و غیر بیمار به ترتیب ۴۰/۰۱ (۱۲/۶۲) و ۴۰/۸۶ (۱۲/۹۲) سال بوده است. نتایج بررسی پایایی نشان داد که ضریب آلفای به دست

آمده برای نمونه غیر بالینی پژوهش برابر ۰/۸۹ بوده است. علاوه بر این، ضریب آلفای کرونباخ دو نیمه مقیاس نیز محاسبه گردید که ضریب آلفای به دست آمده برای نیمه اول برابر با ۰/۸۴ و برای نیمه دوم برابر با ۰/۸۶ و ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۶۴ بود.

همچنین ضریب آلفای مقیاس برای نمونه‌های دختر و پسر شرکت‌کننده در پژوهش به طور مجزا محاسبه گردید که ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه دختران برابر ۰/۹۱ و ضریب آلفای کرونباخ برای نیمه اول برابر با ۰/۸۶، برای نیمه دوم برابر با ۰/۸۹ و ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۶۸ بود. همین‌طور ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه پسران برابر ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ برای نیمه اول برابر با ۰/۸۱، برای نیمه دوم برابر با ۰/۸۰ و ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۵۹ بود.

به منظور بررسی ضریب باز آزمایی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان، ابزار یاد شده دو هفته پس از اجرای اول در مورد ۶۰ نفر آزمودنی‌هایی که در مرحله اول مقیاس را تکمیل کرده بودند اجرا شد. ضریب همبستگی ناشی از باز آزمایی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان برابر ۰/۷۹ ($P < ۰/۰۰۱$) بوده است.

به منظور بررسی ساخت عاملی مقیاس بهزیستی شخصی (کیفیت زندگی) بزرگسالان، اطلاعات به دست آمده از نمونه غیر بالینی (۲۹۲ نفر) با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی در جدول‌های ۲ تا ۴ تنظیم شده است.

جدول ۲. آزمون کرویت بارتلت و کفایت نمونه‌گیری

آزمون کفایت نمونه‌برداری	۰/۸۶
آزمون کرویت بارتلت	$\chi^2 = ۱۰۴۲/۷۸$
درجه آزادی	df = ۲۱
	** $P < ۰/۰۱$

نظر به اینکه آزمون کفایت نمونه‌گیری (جدول ۲) بیش از ۰/۶۰ و برابر با ۰/۸۶ می‌باشد، مطالعه حاضر از کفایت نمونه‌برداری برخوردار بوده و بنابراین شرط کنونی برای انجام تحلیل عاملی مناسب است. همچنین از آنجا که آزمون کرویت بارتلت نیز معنی‌دار می‌باشد، بنابراین نمایانگر این نکته است که ماتریس همبستگی‌های مشاهده شده متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای نا هم‌بسته است. از این رو داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب هستند.

^۳ principal components

^۴ varimax rotation

^۵ the global goodness of fit (GoF)

^۱ kaiser-meyer-olkin measure of sampling adequacy (KMO)

^۲ bartlett's test of sphericity

جدول ۳. ارزش‌های ویژه ناشی از تحلیل مؤلفه‌های اصلی به همراه درصد واریانس تبیین شده به‌وسیله هفت سؤال

عامل	ارزش ویژه	واریانس تبیین شده	واریانس تبیین شده تراکمی
۱	۴/۱۵	۵۹/۳۴	۵۹/۳۴
۲	۰/۹۱	۱۲/۹۳	۷۲/۲۷
۳	۰/۵۳	۷/۵۹	۷۹/۸۶
۴	۰/۴۸	۶/۸۷	۸۶/۷۳
۵	۰/۳۸	۵/۴۱	۹۲/۱۵
۶	۰/۳۳	۴/۶۴	۹۶/۷۸
۷	۰/۲۳	۳/۲۲	۱۰۰

حوزه‌های شمول کیفیت زندگی کلی در جدول ۴ آورده شده است.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که تنها ارزش ویژه یک عامل از مقدار ۱ بیشتر شده است؛ بنابراین تحلیل انجام شده منجر به استخراج تنها یک عامل برای مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان گردید. بارهای عاملی مواد مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان و واریانس رگرسیون

جدول ۴. بارهای عاملی مواد مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان بر اساس تحلیل مؤلفه‌های اصلی و واریانس رگرسیون حوزه‌های شمول کیفیت زندگی کلی

آیتم‌های مقیاس	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	ضریب رگرسیون استاندارد شده
۱ کیفیت زندگی کلی								
۲ سطح مادی زندگی	۰/۵۸							۰/۳۱**
۳ سلامتی	۰/۴۱	۰/۳۷						۰/۱۲**
۴ دستاوردها در زندگی	۰/۵۳	۰/۴۵	۰/۳۴					۰/۲۳**
۵ روابط شخصی	۰/۴۵	۰/۳۲	۰/۲۴	۰/۳۸				۰/۱۹**
۶ احساس ایمنی	۰/۲۵	۰/۳۰	۰/۲۷	۰/۲۰	۰/۱۹			-۰/۰۱
۷ جایگاه اجتماعی	۰/۳۸	۰/۳۵	۰/۲۴	۰/۳۷	۰/۲۵	۰/۳۰		۰/۰۸
۸ امنیت در آینده	۰/۴۴	۰/۵۰	۰/۳۴	۰/۴۴	۰/۲۹	۰/۴۱	۰/۴۳	۰/۰۵

** $P < 0.01$, * $P < 0.05$, $R^2 = 0.49$

می‌دهد که همبستگی‌های به دست آمده بین سؤالات مربوط به حوزه‌های کیفیت زندگی همگی متوسط و قوی و معنی‌دار بوده است و می‌توانند ۷۶٪ واریانس کیفیت زندگی کلی را پیش‌بینی کنند.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که مقیاس مورد مطالعه در مجموع از یک عامل اشباع می‌باشد و این یک عامل می‌تواند در حدود ۵۹ درصد واریانس بهزیستی شخصی را تبیین کند. همچنین اطلاعات ارائه شده در جدول ۴ نشان

جدول ۵. شاخص‌های ارزیابی برازش مدل تک عاملی پرسشنامه بهزیستی شخصی بزرگسالان

شاخص				مدل
RMSEA	CFI	AGFI	GFI	مدل تک عاملی
۰/۰۷۴	۰/۹۹	۰/۹۱	۰/۹۷	
GFI = شاخص نیکویی برازش (۰/۸۰ تا ۰/۹۰)، AGFI = شاخص نیکویی برازش تطبیقی (۰/۸۰)، CFI = شاخص برازندگی تطبیقی (۰/۹۰ تا ۰/۹۵)، RMSEA = خطای مجذور میانگین ریشه تخمین (۰/۰۶ تا ۰/۰۸) <				

نشانه‌گر برازش مناسب مدل می‌باشد. در مجموع شاخص‌های نیکویی برازش تحلیل عاملی تأییدی مدل یک عاملی ناشی از تحلیل عاملی اکتشافی کیفیت زندگی را مناسب نشان می‌دهد.

ضرایب همبستگی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان با دو پرسشنامه یاد شده به تفکیک در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج مرتبط با تحلیل عاملی تأییدی (جدول ۵) نشان می‌دهد که شاخص خطای مجذور ریشه تخمین در دامنه مورد پذیرش بوده است که بیانگر برازش متوسط مدل می‌باشد، چرا که هرچه این شاخص کوچک‌تر باشد با مدل مطلوب‌تری روبرو هستیم. همچنین سایر شاخص نشانگر برازش خوب مدل می‌باشد، چرا که شاخص‌های یاد شده بین ۰ تا ۱ در نوسان است و هر چه این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشند

جدول ۶. ضرایب همبستگی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان با پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی

مقیاس	پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی (n= ۱۷۰)	پرسشنامه سلامت عمومی (n= ۹۷)			
		جنبه‌های بدنی	اضطراب و بی‌خوابی	بدکارکردی اجتماعی	افسردگی
مقیاس بهزیستی شخصی	۰/۷۲	-۰/۵۵	-۰/۴۶	-۰/۴۸	-۰/۶۰
					نمره کل در پرسشنامه
					-۰/۶۳

مقایسه میانگین‌های نمرات دو گروه بالینی و گروه همتا در جدول ۷ آورده شده است.

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که ضرایب همبستگی به دست آمده از اعتبار همگرا در حد متوسط و قوی می‌باشند.

جدول ۷. مقایسه میانگین نمرات افراد مورد مطالعه در دو گروه بالینی و گروه همتا در مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسال

شاخص	گروه	حجم نمونه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	تی
نمره کل کیفیت زندگی	بیمار	۱۳۷	۴۳/۱۹	۱۲/۶۹	۲۴۶	-۳/۱۶**
	کنترل	۱۱۱	۴۸/۳۷	۱۳/۰۲		
** P < ۰/۰۱						

ضرایب آلفای کرونباخ دو نیمه و همبستگی دو نیمه مناسبی برخوردار است؛ بنابراین همسانی درونی مقیاس مناسب است و از سوی دیگر ضریب باز آزمایی به دست آمده برای مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان قابل قبول بوده، پس می‌توان گفت که مقیاس مذکور بر اساس انسجام درونی و ضریب باز آزمایی به دست آمده دارای پایایی قابل قبول می‌باشد. این در حالی است که تعداد محدود سؤال‌ها غالباً باعث کاهش آلفا می‌شود، اما این امر در این مورد کمتر به چشم می‌خورد. این یافته با نتایج به دست آمده در مطالعات روان‌سنجی مقیاس در سایر کشورها [۲۳، ۳۹] هم‌خوانی دارد. کامینز [۲۳] در بررسی پایایی مقیاس، در سه مطالعه پی‌درپی هر یک به فاصله شش ماه به بررسی ثبات نمرات حوزه‌های شمول مقیاس در پیش‌بینی کیفیت زندگی کلی مردم استرالیا می‌پردازد. یافته‌های این بررسی دلالت بر ثبات قابل ملاحظه در توانایی مقیاس برای پیش‌بینی کیفیت زندگی کلی با توجه به میزان ضریب تعیین تعدیل شده بین سه مطالعه داشته است و در واقع حداکثر تفاوت بین سه پژوهش در میزان ضریب تعیین حدود ۳/۴ درصد بوده است.

کیفیت زندگی ارتباط روشنی با هیجان‌های ادراک شده ذهنی نظیر رضایت‌مندی و خرسندی دارد [۴۱] و در طی سال‌ها، مفهوم کیفیت زندگی با در بر گرفتن جنبه‌های فیزیکی، اجتماعی به حوزه‌های سلامت عمومی گسترش یافته است [۴۲]. هتچ^۱ [۴۳] سازه کیفیت زندگی را در ارزیابی سلامت افراد محوری برمی‌شمارد و از آنجا که هدف نهایی تمام مداخلات متمرکز بر سلامتی، ارتقای کیفیت زندگی

چنانکه در جدول ۷ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات مربوط به مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان افرادی که در مصاحبه روان‌پزشکی تشخیص اختلال جنسی دریافت کرده بودند در مقایسه با افراد فاقد تشخیص اختلالات جنسی به شکل معناداری پایین‌تر می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت که مقیاس حاضر توانسته است بین دو گروه یاد شده در میزان سطح کیفیت زندگی تمایز قائل شود بدین ترتیب، با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان از اعتبار تشخیصی مناسبی نیز برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

کامینز [۱۴] به منظور تهیه مقیاسی عام برای مطالعه کیفیت زندگی جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی اقدام به ساختن مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان نمود. چنانکه در صفحات پیشین اشاره شد، محقق ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس یاد شده را خوب توصیف کرده و به استناد مطالعات روان‌سنجی انجام شده در کشورهای مختلف [۳۹]، آن را به‌عنوان یک مقیاس کوتاه معتبر بین‌المللی در این زمینه معرفی می‌نماید [۴۰].

پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی پایایی و اعتبار مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان برای استفاده در جمعیت ایرانی طراحی و اجرا گردیده است. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که نسخه فارسی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان از آلفای کرونباخ مربوط به کل مقیاس و نیز

¹ Hatch

باز می‌گردد و ادعا در مورد اینکه به راستی آیا مقیاس می‌تواند به تمایز کیفیت زندگی مبتلایان به اختلالات متعدد جسمی یا روان‌شناختی بپردازد، به سادگی قابل ادعا نیست و نیازمند پژوهش‌های آتی است. البته باید توجه داشت که همین یافته نیز قابل چشم‌پوشی نیست. به‌ویژه اینکه مسائل جنسی گاه سطح گسترده‌ای از زندگی روان‌شناختی فرد را پوشش می‌دهد، در عین اینکه ظاهراً توسط مراجعین کمتر به‌صورت واضح مورد توجه و پیگیری قرار می‌گیرد. در مجموع می‌توان گفت، بر اساس یافته‌های این پژوهش و در نمونه‌های مشخص کنونی، مقیاس بهزیستی شخصی بزرگ‌سالان، در ایران شرایط متناسبی را به لحاظ روان‌سنجی نمایان ساخته است. بی‌تردید گسترده‌ی پژوهش‌ها و نمونه‌های بالینی و غیر بالینی متعدد می‌تواند ابعاد تازه‌ای از توان مقیاس را آشکار سازد و بر این ادعای کامینز [۱۰] که این مقیاس برای مطالعه کیفیت زندگی جمعیت‌های گوناگون مناسب است، پاسخ دهد. آنچه که در این پژوهش انجام شده تنها با توجه به محدودیت‌های روش‌شناختی باید نگریسته شود و نه بیشتر.

منابع

- 1- Mohler-Kuo, M., & Dey, M. (2012). A comparison of health-related quality of life between children with versus without special health care needs, and children requiring versus not requiring psychiatric services. *Qual Life Res* [internet]. 2011 Dec 14 [cited 2012 mar 15]. Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22167453#>
- 2- Brauer, C. A., Rosen, A. B., Greenberg, D., Neumann, P. J. (2006). Trends in the measurement of health utilities in published cost-utility analyses. *Value Health*, 9:213-218.
- 3- Holme, S. A., Anstey, A. V., Finlay, A.Y., Elder, G. H., Badminton, M. N. (2006). Erythropoietic protoporphyria in the UK: clinical features and effect on quality of life. *Br J Dermatol*, 155:574-81.
- 4- McHorney, C. A., & Fleishman, J. A. (2006). Assessing and understanding measurement equivalence in health outcome measures: issues for further quantitative and qualitative inquiry. *Med Care*, 44:S205-10.
- 5- Shikhar, R., Harding, G., Leahy, M., & Lennox, R. D. (2005). Minimal important difference (MID) of the Dermatology Life Quality Index (DLQI): results from patients with chronic idiopathic urticaria. *Health Qual Life Outcomes*, 3:36.
- 6- Davey, G., Chen, Z., & Lau, A. (2007). Peace in a thatched hut—that is happiness: Subjective wellbeing among peasants in rural China. *Journal of Happiness Studies*. Doi: 10.1007/s10902-007-9078-x.

بیماران است، سنجش کیفیت زندگی در فرایند معمول ارزیابی سلامتی و شرایط بالینی سودمند می‌نماید. بر همین اساس در مطالعات مربوط به اعتبار ابزارهای کیفیت زندگی از پرسشنامه‌های سلامت عمومی [۴۴] و نشانه‌های بالینی [۴۳] استفاده شده است.

در مطالعه حاضر نیز ارزیابی اعتبار همگرایی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگ‌سالان از طریق محاسبه ضریب همبستگی مقیاس یاد شده با پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه سلامت عمومی انجام شد. همبستگی متوسط و قوی و معنادار بین مقیاس بهزیستی شخصی بزرگ‌سالان با دو پرسشنامه مذکور و نیز تمام خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی به دست آمد که این یافته نیز همسو با نتایج به دست آمده در مطالعه برگلند و ویلر [۴۴] می‌باشد که دلالت بر همبستگی بین پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه سلامت عمومی داشت. از طرف دیگر، تحلیل عاملی مربوط به مقیاس بهزیستی شخصی بزرگ‌سالان نشان داد که پرسشنامه از یک عامل اشباع است؛ و بار عاملی سؤال‌ها نیز مناسب بود. یافته‌های مربوط به نمونه‌های ایرانی نشان داد که در مجموع تحلیل عاملی سؤال‌های هفت‌گانه، تبیین‌کننده ۵۹ درصد از واریانس بهزیستی شخصی بوده است. در نمونه‌های غیر ایرانی نیز، تحلیل عاملی بیانگر یک عامل بوده است [۲۳]. رگرسیون انجام شده بر نمونه‌های ایرانی نشان می‌دهد که در مجموع ابعاد هفت‌گانه مقیاس بهزیستی شخصی بزرگ‌سالان، توانسته است ۷۶ درصد وضعیت کلی بهزیستی شخصی را تبیین کند که در این بین سطح مادی زندگی، سلامتی، روابط شخصی، جایگاه اجتماعی و امنیت در آینده، نقش مهمی را بر عهده داشته‌اند. این امر در نمونه خارجی بیشتر بر دوش سطح مادی زندگی، سلامتی، دستاوردها و روابط شخصی بوده است. درحالی‌که احساس ایمنی، جایگاه اجتماعی و امنیت در آینده، نقشی نداشته است. به نظر می‌رسد سه آیم آخر که در بالا یاد شد، به شرایط اجتماعی و فرهنگی و تفاوت نیازهای فردی اجتماعی بین دو جامعه باز گردد و بیانگر اهمیت شاخص‌های بیشتر کیفیت زندگی در دو جامعه می‌باشد. امری مهم که باید پژوهش‌های گسترده‌تر آن را واکاوی کنند. در مورد اعتبار تشخیصی مقیاس بهزیستی شخصی، آنچه انجام شده مربوط به گروهی خاص از مبتلایان به مشکلات روان‌شناختی است. با این حال مقیاس بهزیستی شخصی بزرگ‌سالان، تمایز واضحی را بین کیفیت زندگی مبتلایان به مشکلات جنسی و غیر مبتلایان نشان داده است. این تفاوت نمایانگر نمرات پایین‌تر افراد مبتلا، در مقابل افراد غیر مبتلا بوده است. البته این امر به گروه محدودی از نمونه‌های بالینی

- 18-Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2004c). Personal Wellbeing Index-Pre- School (PWI-PS). Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
- 19-Hubener, E. S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment* 6, 149-158.
- ۲۰- نائینیان محمد رضا، نیک آذین امیر، شعیری محمد رضا (۱۳۹۳). ساختار عاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه (GHQ-28) در نوجوانان ایرانی. *مجله روان شناسی بالینی و شخصیت*. دوره ۲، شماره ۱۰ - دو فصلنامه بهار و تابستان، ۱۷۲-۱۵۹.
- 21-Cummins, R., Woerner, J., Tomy, A., Gibson, A., & Knapp, T. (2007). Australian unity wellbeing index survey 17. Australia: School of Psychology, Deakin University.
- 22-Lau, A., Cummins, R., & McPherson, W. (2005). An investigation into the cross-cultural equivalence of the Personal Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 75, 403-430.
- 23-Cummins, R. A. (2003). Australian Unity Wellbeing Index: Cumulative Psychometric Record, Volume 9. Report 9.0. Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
- 24-MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. (1999). Sample Size in Factor Analysis. *Psychological Methods*. 4(1):84-99.
- 25-Costello, A. B. and Osborne, J. W. (2005). Best practices in explanatory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Journal of practical assessment, research and evaluation*. 10 (7), 20-36.
- ۲۶- انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۸۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویراست چهارم- تجدید نظر متن (DSM-IV-TR). ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس بانس. انتشارات سخن. (۲۰۰۰).
- 27- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*, 53 (1): 19-23.
- 28- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). 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*, 13: 299-310.
- 7- Ventegodt, S., Flensburg-Madsen, T., Andersen, N. J., & Merric, J. (2008). Which Factors Determine Our Quality of Life, Health and Ability? Results from a Danish Population Sample and the Copenhagen Perinatal Cohort. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 18 (7): 445-450.
- 8- Donald, A. (2007). What is quality of life? Clinical Lecturer in Epidemiology, University College, London .Vol. 2, Brighton & Sussex Medical School, University of Sussex press.
- 9- Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2004b). Personal Wellbeing Index - School Children. 2nd Edition (PWI-SC). Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
- 10- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52:55-72.
- 11- Gullone, E. & Cummins, R. A. (1999). The Comprehensive Quality of Life Scale: A psychometric evaluation with an adolescent sample. *Behaviour Change*, 16, 127-139.
- 12- Marriage, K., & Cummins, R. A. (2004). Subjective quality of life and self-esteem in children: The role of primary and secondary control in coping with everyday stress. *Social Indicators Research*, 66, 107-122.
- 13-Hagerty, M. R., Cummins, R.A., Ferris, A.L., Land, K., Michalos, A.C., Peterson, M., Sharpe, A., Sirgy, J., & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social Indicators Research*, 55, 1-91.
- 14-Cummins, R. A. (2004). Personal Wellbeing Index-Adult (PWI-A). Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
- 15-Cummins, R. A. (2013). Personal Wellbeing Index-Adult (PWI-A). Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
- 16-Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2004a). Personal Wellbeing Index - PWI-ID Intellectual Disability. 2nd Edition. Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
- ۱۷- نائینیان محمد رضا، گوهری زکیه، مطلبی نژاد سکینه و بلوچان منصوره (۱۳۹۲). بررسی مقدماتی پایایی و اعتبار مقیاس بهزیستی شخصی (کیفیت زندگی) - نسخه دانش آموزان (PWI-SC). روانشناسی بالینی و شخصیت. دوره ۲، شماره ۹: ۱۲۸-۱۱۹.

- 41- Huang, I., & Xing, Z. (2005). An initial research on the wellbeing index applied to citizens in China. *Chinese Journal of Behavioral Medical Science*, 114(5), 464-465.
- 42- Hays, R. D., Hahn, H., & Marshall, G. (2002). Use of the SF-36 and other healthrelated quality of life measures to assess persons with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83 (12), S4-S9.
- 43- Hatch, A. L. (2002). Clinical significance of the outcome questionnaire (QO-45.2) as compared to the symptom checklist 90 -Revised (SCL-90-R) and the quality of life Inventory (QOLI). Ph.D. desertation, Young University.
- 44- Bergland, A., & Wyller, T. B. (2006). Construct and criterion validity of Norwegian instrument for health related quality of life among elderly women living at home. *Social Indicators Research*, 77: 479-497.
- ۲۹- نجات، سحر ناز، منتظری، علی، هلاکویی نائینی، کوروش، محمد، کاظم، و مجد زاده، سید رضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BRIF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ (۴): ۱-۱۲.
- 30- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*, No. 21. Oxford: Oxford University Press.
- ۳۱- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله روان‌شناسی*، ۲۰: ۳۸۱-۳۹۸.
- 32- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16:297-334.
- 33- Tabachnick, B. C., Fidell, L. S. (1996). Using multivariate statistics. 3rd ed. New York. Harper Collins.
- 34- Bentler, P. M. (1999). Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull*, 107: 238-46.
- 35- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen KA Long JS, eds. *Testing Structural Equation Models*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 36- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis. Conventional criteria versus new alternatives *StructEq Model*, 6:1-55.
- 37- Mulaik, S. A., James, L. R., Van-Alstine, J., Bennet, N., Lind, S. & Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological bulletin*, 105(3):430-445.
- 38- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation* (3rd Ed.). Berlin: Springer.
- 39- Lau, A. L. D & Cummins, R.A. (2002). The use of perceived importance to identify quality of life indices for elderly Chinese people in Hong Kong: Stroke survivors compared with controls, (in preparation).
- 40- Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., Misajon, R., & Davern, M. (2004). Australian Unity Wellbeing Index: Survey 10, Report 10. Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.

پیوست

مقیاس بین المللی بهزیستی شخصی (کیفیت زندگی)
(PWI-A)

پاسخ‌دهنده گرامی:

پرسشنامه ای که در اختیار دارید، به منظور مطالعه میزان رضایت شما از برخی مسائل زندگی طراحی شده است. لطفا پس از خواندن هر سؤال، با دقت هر چه بیشتر میزان رضایت خود را با کشیدن دایره ای به دور یکی از اعداد صفر (۰) تا ۱۰ که بیانگر سطح رضایت شماست مشخص نمایید. توجه داشته باشید صفر (۰) یعنی اینکه کاملا ناراضی هستید، نمره ۱۰ یعنی اینکه کاملا راضی هستید و نمره وسط (۵) یعنی نه راضی هستید و نه ناراضی (متوسط).

۱. تا چه اندازه از وضعیت مالی خود احساس رضایت می کنید؟										
کاملا ناراضی					متوسط					کاملا راضی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۲. تا چه اندازه از سلامتی خود احساس رضایت می کنید؟										
کاملا ناراضی					متوسط					کاملا راضی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۳. تا چه اندازه از دست آوردهای خود در زندگی احساس رضایت می کنید؟										
کاملا ناراضی					متوسط					کاملا راضی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۴. تا چه اندازه از روابط خود با دیگران احساس رضایت می کنید؟										
کاملا ناراضی					متوسط					کاملا راضی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۵. تا چه اندازه از امنیت خود احساس رضایت می کنید؟										
کاملا ناراضی					متوسط					کاملا راضی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۶. تا چه اندازه از جایگاه اجتماعی خود احساس رضایت می کنید؟										
کاملا ناراضی					متوسط					کاملا راضی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۷. تا چه اندازه از امنیت خود در آینده احساس رضایت می کنید؟										
کاملا ناراضی					متوسط					کاملا راضی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۸. تا چه اندازه در مجموع از زندگی خود احساس رضایت می کنید؟										
کاملا ناراضی					متوسط					کاملا راضی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰

