

بررسی مقدماتی پایایی و اعتبار مقیاس بهبودی شخصی (کیفیت زندگی) - نسخه دانش آموزان (PWI-SC)

نویسندگان: محمد رضا نائینان^{۱*}، زکبه گوهری^۲، سکینه مطلبی نژاد^۳ و
معصومه بلوچان^۴

۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه شاهد
۲. کارشناس روان‌شناسی دانشگاه شاهد
۳. کارشناس روان‌شناسی دانشگاه شاهد
۴. کارشناس روان‌شناسی دانشگاه شاهد

* Email: mnainian@yahoo.com

چکیده

برخی مقیاس‌هایی که با هدف اندازه‌گیری کیفیت زندگی در جمعیت عمومی تهیه شده‌اند برای تمام گروه‌ها از جمله افراد دارای اختلالات شناختی و کودکان کاربرد ندارند. به منظور فائق آمدن بر این محدودیت، به دنبال پژوهش‌هایی چند، مقیاس بهبودی شخصی (کیفیت زندگی) (PWI) در استرالیا ساخته شد. متعاقباً نسخه موازی آن، PWI-SC برای جمعیت دانش‌آموزی سنین ۱۲ تا ۱۸ طراحی شد و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد ارزیابی قرار گرفت. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر نیز واری‌های روان‌سنجی مقیاس یاد شده در نمونه دانش‌آموزان ایرانی بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگیرنده تمامی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان بجنورد بوده است، و نمونه پژوهش حاضر ۵۶۳ نفر از دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان مذکور بوده که بر اساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. در این پژوهش، از مقیاس بهبودی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، و مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7) استفاده گردید. در مطالعه حاضر از روش همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی، رگرسیون و آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شده است. نتایج بدست آمده نشان داد که مقیاس بهبودی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC) بر اساس ضریب آلفای کامل (۰/۸۱)، ضریب آلفای دو نیمه مقیاس (۰/۶۹ و ۰/۶۲)، و ضریب همبستگی مربوط

به بازآزمایی آن (۰/۸۷)، دارای پایایی مناسبی بوده است. همچنین اعتبار مقیاس از طریق همبستگی با دیگر پرسشنامه‌ها: سلامت عمومی (GHQ) و مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7) ارزیابی شده است. تحلیل عاملی مقیاس در نمونه دانش‌آموزان ایرانی حکایت از اشباع آن از یک عامل داشته است. در مجموع، مقیاس بهبودی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی با توجه به محدودیت‌های روش‌شناسی مطالعه کنونی بوده است.

کلیدواژه‌ها: مقیاس بهبودی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، مقیاس کیفیت زندگی، پایایی، اعتبار.

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۰/۷/۱۹

• پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۲۱

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.9
Autumn & Winter
2013-2014

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیستم - دوره جدید
شماره ۹
پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

تعریف می‌شود [۵ و ۷].

نوجوانی دوره نسبتاً کوتاه و گذرا در فرایند زندگی انسان است. این دوره برای بسیاری از نوجوانان اغلب تجربه‌ای فشارزا همراه با سازگاری مجدد است. نوجوانی، به لحاظ تغییرات زیستی-اجتماعی همراه با بلوغ، تغییرات از مدرسه ابتدایی به مدرسه متوسطه و از مدرسه به آموزش‌های بعدی و محیط شغلی، نگرانی راجع به تعلق و همراهی با فشار هم‌تایان و روابط خانوادگی که اغلب در پس این انتقالات است، دوره‌ای فشارزا می‌باشد [۸]. دوره نوجوانی، همچنین زمان مسؤلیت‌های جدید، تغییر الگوهای کنترل بر انتخاب‌های شخصی و تغییر شبکه‌های ارتباطی نوجوان است. بنابراین این احتمال وجود دارد که کیفیت زندگی با سن نوجوانی کاهش یابد، زیرا نوجوانان سنین بالاتر، در سال‌های آخر مقطع دبیرستان با فشارهای بیشتر کار مدرسه‌ای یا با عدم امنیت شغلی و شروع یک حرفه مواجه می‌شوند. به عنوان شاهدی بر این مدعا، بیش از هر دوره سنی دیگر، خلق افسرده، یک ناپهنجاری کلیدی در سیر نوجوانی بهنجار بوده [۹]، و در نتیجه، یک عامل تأثیرگذار مهم بر بهزیستی در این مرحله از رشد قلمداد می‌شود [۸]. تغییرات هورمونی ناشی از شروع بلوغ نیز با افزایش خلق افسرده در نوجوانی ارتباط دارد [۱۰].

از این رو، لازم است مطالعات مربوط به متغیرهای بهزیستی از جمله رضایت مندی از زندگی، رهنمودهای خود را برای تحقیقات و کارهای بالینی مربوط به بزرگسالان و جوانان داشته باشند. همچنین شاخص‌های رضایت مندی از زندگی می‌تواند اطلاعات مهمی را در زمینه پیشگیری، شناسایی به موقع و مداخله در جمعیت‌های گوناگون در اختیار قرار دهند و اهداف سودمندی را در مطالعات طولی که تغییرات حاصله در طول زمان را در رضایت مندی از زندگی و متغیرهای مرتبط با آن اندازه‌گیری می‌کنند تأمین نمایند [۱۱].

تحقیقات مربوط به رضایت مندی از زندگی در کودکان و نوجوانان یا به پای تحقیقات بزرگسالان در این زمینه پیش نرفته است. این فاصله را می‌توان تا حدی

سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO)، کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از موقعیت او در زندگی، در بافتی از سیستم فرهنگی و ارزشی، همراه با اهداف، استانداردها، انتظارات و علاقه مندی‌های وی تعریف می‌کند، و می‌افزاید کیفیت زندگی مفهومی گسترده است که به شکلی پیچیده تحت تاثیر سلامت جسمانی، حالت روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و رابطه شخص با افراد مهم در زندگی او قرار می‌گیرد [۱].

کیفیت زندگی یا بهزیستی ذهنی بدین معنا اشاره دارد که افراد بر اساس استاندارد‌های شخصی خود، راجع به زندگی‌شان به طور کلی و در حوزه‌های خاص چگونه فکر می‌کنند و چه احساسی دارند. کیفیت زندگی بالا، با رفاه عمومی^۲ و این احساس که زندگی ارزشمند است و کیفیت زندگی پایین با نارضایتی و حتی بی‌علاقگی به زندگی همراه است [۲]. علاوه بر توجه به جنبه‌های بد زندگی، اسناد‌های مثبتی چون شایستگی^۳ و قدرت سازگاری^۴ نیز در این مقوله قرار می‌گیرد [۳]. چنانچه خواسته‌ها و نیازهای فرد با سطح توانایی‌های همخوانی داشته باشد، دستیابی به خواسته‌ها و تأمین نیازهای وی امکان‌پذیر شده، لذت بردن و رضایتمندی از زندگی را تجربه می‌کند [۴].

به طور معمول، ساخت کیفیت زندگی ذهنی به عنوان برآیند سطح رضایت مندی در چند حوزه از زندگی تعریف می‌شود. این چند حوزه به عنوان بخش‌های اصلی زندگی قلمداد می‌شوند که در بهزیستی عمومی همه یا اغلب افراد نقش دارند [۵ و ۶]. این گونه فرض شده است که مهمترین حوزه‌های کیفیت زندگی در جمعیت عمومی مشتمل اند بر بهزیستی مادی، سلامتی، ایمنی، صمیمیت، حس تعلق اجتماعی، بهره‌وری و بهزیستی هیجانی [۷]. از این رو، کیفیت زندگی ذهنی، به عنوان برآیند سطح رضایت مندی در این چند حوزه

1. World Health Organization
2. general welfare
3. competence
4. adaptability

با توجه به آنچه بیان گردید، نظر به اینکه تحقیقاتی که در ایران کیفیت زندگی نوجوانان را مورد مطالعه قرار داده باشند کمیاب است، و لازمه انجام چنین مطالعاتی در اختیار داشتن ابزارهای بومی شده معتبر می باشد، هدف پژوهش حاضر این بوده است تا با بررسی برخی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زندگی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، زمینه مطالعات بعدی در این حوزه را فراهم آورد. بنابراین، مساله اساسی تحقیق حاضر این است که آیا مقیاس یاد شده در جمعیت مورد نظر از ویژگی‌های مناسب روان‌سنجی برخوردار است؟ برای پاسخ به این سوال تلاش شد پایایی و اعتبار مقیاس در نمونه‌ای از جمعیت دانش‌آموزی مورد مطالعه قرار گیرد.

روش

نظر به اینکه در این مطالعه پژوهشگر بر آن است تا برخی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زندگی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC) را در جمعیتی از دانش‌آموزان ایرانی بررسی نماید، پژوهش حاضر پیرو طرح توصیفی می باشد

آزمودنی

* جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر در برگرفته تمامی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان بجنورد بوده است.

* نمونه پژوهش

نمونه مورد بررسی ۵۶۳ نفر از دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان بجنورد شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ بوده است که بر اساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. از تعداد ۵۶۳ نفر نمونه مورد مطالعه، ۲۸۳ نفر (۵۰/۳۰٪) را دانش‌آموزان دختر و ۲۸۰ نفر (۴۹/۷۰٪) را دانش‌آموزان پسر تشکیل می‌داد. ۸۰ نفر (۱۴/۲٪) از دانش‌آموزان در پایه اول دبیرستان، ۱۴۱ نفر (۲۵٪) در پایه دوم، ۲۱۷ نفر (۳۸/۵۰٪) در پایه سوم و ۱۲۵ نفر (۲۲/۲٪) از آنان نیز در

ناشی از محدودیت‌های اندازه‌گیری دانست. گرچه مقیاس‌های زیادی وجود دارند که برای اندازه‌گیری رضایت‌مندی از زندگی برای بزرگسالان مناسب‌اند [۱۲]، تنها تعداد انگشت‌شماری از مقیاس‌های مناسب برای کودکان و یا نوجوانان در دسترس می باشد [۱۳]. 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 [۱۴]. به منظور فائق آمدن بر این محدودیت‌ها، اولین نسخه مقیاس جامع کیفیت زندگی^۱ (ComQol) در سال ۱۹۹۱ در کشور استرالیا ساخته شد [۱۵]، و تا سال ۱۹۹۷، ویراست پنجم آن در اختیار محققان در این حوزه قرار گرفت [۱۶ و ۱۷].

در پی مطالعات تجربی انجام شده، نسخه تجدید نظر شده مقیاس یاد شده، با نام مقیاس بهزیستی شخصی^۲ (PWI) تهیه گردید [۱۸]، و متعاقباً فرم‌های موازی PWI برای زیرگروه‌های جمعیتی مختلف ساخته شد که هم‌اکنون با عناوین زیر در دسترس قرار دارند: مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان^۳ (PWI-A)، برای استفاده در جمعیت عمومی بزرگسال [۱۹]؛ مقیاس بهزیستی شخصی کم‌توان ذهنی^۴ (PWI-ID) برای استفاده در افراد کم‌توان ذهنی یا سایر اشکال اختلال شناختی [۲۰]؛ مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش‌آموزان^۵ (PWI-SC) برای استفاده در کودکان و نوجوانان سن ۱۲ تا ۱۸ سال [۱۴]؛ و مقیاس بهزیستی شخصی پیش‌دبستانی^۶ (PWI-PS) برای استفاده در کودکان سنین پیش‌دبستانی [۲۱].

1. comprehensive quality of life
2. personal wellbeing index
3. Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-PS)
4. Wellbeing Index – Intellectual Disability (PWI-ID)
5. Wellbeing Index - School Children (PWI-SC)
6. Personal Wellbeing Index-Pre- School (PWI-PS)

پایه تحصیلی پیش دانشگاهی مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی دانش آموزان مورد مطالعه ۱۵/۴۹ سال بوده است.

ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر، از ابزارهای زیر استفاده گردید:

(۱) مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC). برای بکارگیری مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) 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. مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) در بردارنده هفت ماده رضایت مندی است که هر کدام به یک حوزه از کیفیت زندگی مربوط می‌شود، از جمله پول و سایر تعلقات، سلامتی، موفقیت‌ها، سازگاری با دیگران، ایمنی، فعالیت‌های اجتماعی و اتفاقاتی که ممکن است در آینده برای فرد روی دهند. سازنده PWI-SC، مقیاس را شاخص ذهنی کیفیت زندگی می‌داند. این ابزار علاوه بر هفت سؤال اصلی است دارای یک سؤال اضافی نیز می‌باشد که کیفیت زندگی کلی را می‌سنجد. سوالات به صورت لیکرتی از ۰ تا ۱۰ نمره گذاری 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 گستره ای بین ۰ تا ۷۰ می‌باشد. سرانجام این نمره تراز شده تا نمره ای بین ۰ تا ۱۰۰ به دست آید و نمرات به دست آمده با داده‌های هنجاری قابل مقایسه گردد.*

ویژگی‌های روان‌سنجی نمونه خارجی مقیاس در پژوهش‌های مختلف ذکر شده است [۲۲ و ۲۳]. 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 [۲۴].

(۲) مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7). با توجه به کاستی‌های موجود در مقیاس‌های اندازه‌گیری

اضطراب از جمله طولانی بودن و ناکارآمدی آنها، مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7)، به عنوان یک مقیاس تشخیصی که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه بالینی را نیز مشخص سازد، تهیه شده است. مقیاس GAD-7 دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات مقیاس از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. اسپیتزر و همکاران [۲۵]. همسانی درونی GAD-7 را فوق العاده ($\alpha = 0.92$) و پایایی باز آزمایی آن را با فاصله زمانی دو هفته، خوب ($r = 0.83$) گزارش می‌کنند. همبستگی مقیاس GAD-7 با خرده مقیاس‌های SF-20 از ۰/۳۹ تا ۰/۹۱ و همبستگی آن با مقیاس اضطراب بک ۰/۷۲ و با خرده مقیاس اضطراب مقیاس SCL-90-R ۰/۷۴، گزارش شده است.

در یک مطالعه که به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس GAD-7 بر روی جمعیت نوجوان ایرانی توسط نائینیان و همکاران [۲۶] انجام گرفت، ضریب آلفای محاسبه شده مقیاس برابر ۰/۸۱ و ضریب همبستگی ناشی از باز آزمایی آن با فاصله زمانی دو هفته برابر ۰/۶۸ (۰/۰۱ < P) به دست آمد. ضریب همبستگی به دست آمده بین مقیاس GAD-7، با کل پرسشنامه GHQ برابر با ۰/۹۱ (۰/۰۱ < P) و ضرایب همبستگی آن با خرده مقیاس‌های پرسشنامه GHQ به استثنای خرده مقیاس بد کنشی اجتماعی که برابر با ۰/۳۳ (۰/۰۱ < P) بود، بین ۰/۵۲ تا ۰/۹۰ (۰/۰۱ < P) به دست آمد. نتایج بدست آمده بیانگر آن بود که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) در جمعیت دانش آموزان ایرانی از پایایی و اعتبار لازم برخوردار می‌باشد.

نحوه جمع آوری اطلاعات

پس از هماهنگی با مسئولین ذیربط در آموزش و پرورش شهرستان بجنورد و تهیه لیست مدارس فعال مقطع دبیرستان شهرستان در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸، با استفاده از روش خوشه ای چند مرحله ای ابتدا از بین مدارس موجود چند مدرسه و سپس از بین مدارس

الف-۲- پایایی مقیاس بر اساس باز آزمایی: به منظور بررسی ضریب باز آزمایی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC)، ابزار یاد شده دو هفته پس از اجرای اول در مورد ۵۰ نفر آزمودنی هایی که در مرحله اول مقیاس را تکمیل کرده بودند اجرا شد. ضریب همبستگی ناشی از باز آزمایی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) برابر $0/87$ ($P < 0/01$) بوده است. بنابراین می توان گفت که مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) همچنین دارای ضریب باز آزمایی مناسبی می باشد. بدین سان با توجه به یافته های پژوهش می توان اشاره نمود که نسخه فارسی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) از سطح پایایی قابل قبولی بر اساس آلفای کرونباخ و باز آزمایی بر خوردار بوده است.

ب- اعتبار مقیاس در نمونه های غیر بالینی

ب-۱- اعتبار همگرا: در این مطالعه همچنین اعتبار همگرایی مقیاس کیفیت زندگی بر اساس همبستگی با مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) بررسی گردید. ضریب همبستگی به دست آمده برای نمره مقیاس PWI-SC با نمره مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) برابر با $0/35$ - ($P < 0/01$) بدست آمد، که بیانگر اعتبار همگرایی قابل قبول مقیاس PWI-SC در نمونه غیر بالینی ایرانی است. ضرایب همبستگی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان PWI-SC با مقیاس یاد شده در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ضرایب همبستگی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) با مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)

مقیاس	مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)
مقیاس بهزیستی شخصی	$-0/35$ $0/0001$ 563

انتخاب شده مختلف چند کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید و محقق با مراجعه به کلاس های مربوطه اقدام به اجرای پرسشنامه به صورت گروهی نمود. سکونت در شهرستان بجنورد و تمایل شخصی دانش آموزان به همکاری با پژوهشگر از ملاک های ورود و خروج آزمودنی ها و رعایت نکات اخلاقی در پژوهش بوده است.

شیوه تحلیل داده ها

در مطالعه حاضر از روش همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی، و رگرسیون استفاده شده است.

نتایج

الف- پایایی مقیاس

الف-۱- پایایی مقیاس بر اساس همسانی درونی: به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC)، ضریب آلفای کرونباخ داده های تحقیق محاسبه شد. ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه پژوهش برابر $0/81$ 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 $0/69$ و برای نیمه دوم برابر با $0/62$ و ضریب همبستگی بین دو نیمه $0/68$ بود.

همچنین ضریب آلفای مقیاس برای نمونه های دختر و پسر شرکت کننده در پژوهش به طور مجزا محاسبه گردید که ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه دختران برابر $0/79$ و ضریب آلفای کرونباخ برای نیمه اول برابر با $0/66$ ، برای نیمه دوم برابر با $0/63$ و ضریب همبستگی بین دو نیمه $0/68$ بود. همچنین ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه پسران برابر $0/82$ ، و ضریب آلفای کرونباخ برای نیمه اول برابر با $0/72$ ، برای نیمه دوم برابر با $0/67$ و ضریب همبستگی بین دو نیمه $0/69$ بود. چنانکه ضرایب به دست آمده نشان می دهد یافته های پژوهش حاکی از پایداری مطلوب مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) می باشد.

ارزش ویژه یک عامل از مقدار ۱ بیشتر شده است [۲۷ و ۲۸]. بنابراین تحلیل انجام شده منجر به استخراج تنها یک عامل برای مقیاس PWI-SC گردید.

بارهای عاملی مواد مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. بارهای عاملی مواد مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) بر اساس تحلیل مولفه های اصلی

ماتریس مولفه های اصلی بدون چرخش	مواد مقیاس
عامل ۱	
۰/۷۰	۱. پول و سایر تعلقات
۰/۶۰	۲. سلامتی
۰/۷۲	۳. موفقیت ها
۰/۶۸	۴. روابط شخصی
۰/۷۰	۵. احساس ایمنی
۰/۷۰	۶. فعالیت های اجتماعی
۰/۷۸	۷. اتفاقات آینده
۳/۲۶	ارزش ویژه
۴۶/۵۱	درصد واریانس تبیین شده

بنابراین یافته های به دست آمده ناشی از تحلیل عاملی نشان می دهد که مقیاس مورد مطالعه در مجموع از یک عامل اشباع می باشد و این عامل می تواند در حدود ۴۶ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین کند. با این حال برای واریانس دقیق تر، تحلیل عاملی تأییدی نیز برای به دست آوردن شاخص های برازش مدل یک عاملی انجام شد. نتایج مرتبط با تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که شاخص $RMSEA = 0/078$ بوده است که بیانگر برازش متوسط مدل می باشد، چرا که هرچه این شاخص کوچکتر باشد با مدل مطلوب تری روبرو هستیم. همچنین شاخص های $GFI = 0/95$ ، $AGFI = 0/93$ ، $CFI = 0/97$ و $NNFI = 0/95$ بالاتر از ۰/۹ بوده است که نشانگر برازش خوب مدل می باشد، چرا که شاخص های یاد شده بین ۰ تا ۱ در نوسان است و هر چه این شاخص ها به یک نزدیکتر باشند نشانگر برازش مناسب مدل می باشد. در مجموع شاخص های نیکویی برازش

ب-۲- تحلیل عاملی مقیاس PWI-SC: به منظور بررسی ساخت عاملی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC)، اطلاعات به دست آمده از نمونه غیر بالینی (۵۶۳ نفر) با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده از تحلیل عاملی در جدول های ۲ تا ۴ تنظیم شده است.

جدول ۲. آزمون کرویت بارتل و کفایت نمونه گیری (KMO)

آزمون کفایت نمونه برداری (KMO)	۰/۸۶
آزمون کرویت بارتل	$\chi^2 = 988/58$
درجه آزادی	$df = 21$
سطح معنی داری	$P = 0/0001$

نظر به اینکه شاخص KMO بیش از ۰/۶۰ و برابر با ۰/۸۶ می باشد [۲۷ و ۲۸]، مطالعه حاضر از کفایت نمونه برداری برخوردار بوده و بنابراین شرط کنونی برای انجام تحلیل عاملی مناسب است. همچنین از آنجا که آزمون کرویت بارتل نیز معنی دار می باشد ($P < 0/01$)، بنابراین نمایانگر این نکته است که ماتریس همبستگی های مشاهده شده متعلق به جامعه ای با متغیرهای ناهمبسته است. از این رو، داده ها برای تحلیل عاملی مناسب هستند [۲۸].

جدول ۳. ارزش های ویژه ناشی از تحلیل مولفه های اصلی به همراه درصد واریانس تبیین شده به وسیله هفت سوال

عامل	ارزش ویژه	واریانس تبیین شده	واریانس تبیین شده تراکمی
۱	۳/۲۶	۴۶/۵۱	۴۶/۵۱
۲	۰/۷۷	۱۱/۰۳	۵۷/۵۴
۳	۰/۷۵	۱۰/۷۷	۶۸/۳۱
۴	۰/۶۸	۹/۷۶	۷۸/۰۷
۵	۰/۵۶	۷/۹۵	۸۶/۰۲
۶	۰/۵۴	۷/۷۵	۹۳/۷۶
۷	۰/۴۴	۶/۲۴	۱۰۰/۰۰

چنانکه ارزش های ویژه به دست آمده برای عامل های مربوط به مواد مقیاس مورد مطالعه نشان می دهد، تنها

بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC)، رگرسیون حوزه های شمول کیفیت زندگی در برابر 'کیفیت زندگی کلی' مطابق با الگوی کامینز [۲۴] محاسبه و نتایج به دست آمده در جدول ۵ ارائه شده است.

تحلیل عاملی تائیدی مدل یک عاملی ناشی از تحلیل عاملی اکتشافی کیفیت زندگی را مناسب نشان می دهد.

ب-۳- واری رگرسیون حوزه های شمول کیفیت زندگی کلی: همچنین به منظور بررسی اعتبار سازه مقیاس

جدول ۵. اعتبار سازه مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) رگرسیون حوزه های شخصی در برابر کیفیت زندگی

کلی

حوزه های کیفیت زندگی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	B	β	t
کیفیت زندگی کلی										
پول و دارایی	**۰/۶۳							۰/۳۸	۰/۳۸	۱۰/۶۶**
سلامتی	**۰/۳۹	**۰/۳۳						۰/۱۰	۰/۰۸	۲/۵۲*
موفقیت ها	**۰/۴۷	**۰/۳۹	**۰/۴۰					۰/۱۶	۰/۱۵	۴/۰۸**
روابط شخصی	**۰/۴۳	**۰/۳۵	**۰/۲۸	**۰/۴۳				۰/۱۰	۰/۰۹	۲/۶۱**
احساس ایمنی	**۰/۵۲	**۰/۴۸	**۰/۳۴	**۰/۳۳	**۰/۴۳			۰/۱۸	۰/۱۷	۴/۷۰**
فعالیت های اجتماعی	**۰/۴۰	**۰/۳۴	**۰/۲۸	**۰/۴۶	**۰/۴۲	**۰/۳۹		۰/۰۴	۰/۰۴	۱/۰۲
اتفاقات آینده	**۰/۴۳	**۰/۴۱	**۰/۳۲	**۰/۴۱	**۰/۳۳	**۰/۳۶	**۰/۴۲	۰/۰۸	۰/۰۸	۲/۳۶*

** p < ۰/۰۱, * p < ۰/۰۵

R^۲ تعدیل شده = ۰/۵۳

نماید [۲۳].

پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی پایایی و اعتبار مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) برای استفاده در جمعیت دانش آموزان ایرانی طراحی و اجرا گردیده است. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که نسخه فارسی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) از آلفای کرونباخ مربوط به کل مقیاس و نیز ضرایب آلفای کرونباخ دو نیمه و همبستگی دو نیمه مناسبی برخوردار است. بنابراین همسانی درونی مقیاس مناسب است و از سوی دیگر ضریب باز آزمایشی بدست آمده برای مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) قابل قبول بوده، پس می توان گفت که مقیاس مذکور بر اساس انسجام درونی و ضریب باز آزمایشی به دست آمده دارای پایایی قابل قبول می باشد. این در حالی است که تعداد محدود سوال ها غالباً باعث کاهش آلفا می شود، اما این

اطلاعات ارائه شده در جدول ۵ نشان می دهد که همبستگی های به دست آمده بین سوالات مربوط به حوزه های کیفیت زندگی همگی معنی دار بوده است، R^۲ تعدیل شده برابر ۰/۵۳، و محاسبه شده مربوط به ضرایب حوزه های شمول کیفیت زندگی به جز حوزه فعالیت های اجتماعی معنی دار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

کامینز [۱۹] به منظور تهیه مقیاسی برای مطالعه کیفیت زندگی جمعیت بالینی و غیر بالینی نوجوانان، اقدام به ساختن مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش آموزان (PWI-SC) نمود. چنانکه در صفحات پیشین اشاره شد، محقق ویژگی های روان سنجی مقیاس یاد شده را خوب توصیف کرده و به استناد مطالعات روان سنجی انجام شده در کشور های مختلف [۲۹]، آن را به عنوان یک مقیاس کوتاه معتبر بین المللی در این زمینه معرفی می

ابعاد هفتگانه مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان، توانسته است ۵۳ درصد وضعیت کلی بهزیستی شخصی را تبیین کند که در این بین پول و سایر تعلقات، سلامتی، موفقیت‌ها، سازگاری با دیگران، ایمنی و اتفاقات آینده، نقش مهمی را برعهده داشته‌اند. در حالی که فعالیت‌های اجتماعی، نقشی نداشته است، و بیانگر اهمیت شاخص‌های کیفیت زندگی در جمعیت دانش‌آموزی ایران می‌باشد. امری مهم که باید پژوهش‌های گسترده‌تر آن را واکاوی کنند.

در مجموع می‌توان گفت، بر اساس یافته‌های این پژوهش و در نمونه‌های مشخص کنونی، مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC)، در ایران شرایط مناسبی را به لحاظ روان‌سنجی نمایان ساخته است. بی‌تردید گسترده‌تری پژوهش‌ها و نمونه‌های بالینی و غیر بالینی متعدد می‌تواند ابعاد تازه‌ای از توان مقیاس را آشکار سازد و بر این ادعای کامینز [۱۵] که این مقیاس برای مطالعه کیفیت زندگی جمعیت‌های گوناگون مناسب است، پاسخ دهد.

منابع

1. Cadena, J., Vinaccia, S., Pérez, A., Rico, M.I., Rosa Hinojosa, S. and Juan-Manuel Anaya, J.M. (2003). The Impact of Disease Activity on the Quality of Life, Mental Health Status, and Family Dysfunction in Colombian Patients With Rheumatoid Arthritis *Journal of Clinical Rheumatology*, 9, 3.
2. Goodinson, S. M., & Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, 26, 327-341.
3. Rhoads, D. L., & Raymond, J. S. (1981). Quality of life and the competent community. *American Journal of Community Psychology*, 9, 293-301.
4. Simrnons, S. (1994). Quality of life in community mental health care--a review. *International Journal of Nursing Studies*, 31, 153-193.

امر در این مورد کمتر به چشم می‌خورد. این یافته با نتایج بدست آمده در مطالعات روان‌سنجی مقیاس در سایر کشورها [۲۴ و ۲۹] همخوانی دارد.

کیفیت زندگی ارتباط روشنی با هیجان‌های ادراک شده ذهنی نظیر رضایت مندی و خرسندی دارد [۵] و در طی سال‌ها، مفهوم کیفیت زندگی با دربرگرفتن جنبه‌های فیزیکی، اجتماعی به حوزه‌های سلامت عمومی گسترش یافته است [۳۰]. هتچ^۱ [۳۱] سازه کیفیت زندگی را در ارزیابی سلامت افراد محوری برمی‌شمارد، و به عقیده فریش^۲ [۳۲] از آنجا که هدف نهایی تمام مداخلات متمرکز بر سلامتی، ارتقای کیفیت زندگی 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 [۳۳] و نشانه‌های بالینی [۳۰] استفاده شده است. بر این اساس، در مطالعه حاضر نیز ارزیابی اعتبار همگرایی مقیاس بهزیستی شخصی - نسخه دانش‌آموزان (PWI-SC) از طریق محاسبه ضریب همبستگی مقیاس یاد شده با مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7) انجام شد. همبستگی معنا دار بین مقیاس PWI-SC با مقیاس GAD-7 به دست آمد، که این یافته نیز همسو با نتایج به دست آمده در مطالعه برگلند و ویلر [۳۳] می‌باشد که دلالت بر همبستگی بین پرسشنامه کیفیت زندگی و خرده مقیاس اضطراب از پرسشنامه سلامت عمومی داشت.

از طرف دیگر، تحلیل عاملی مربوط به مقیاس PWI-SC نشان داد که پرسشنامه از یک عامل اشباع است. و بار عاملی سوال‌ها نیز مناسب بود. یافته‌های مربوط به نمونه‌های ایرانی نشان داد که در مجموع تحلیل عاملی سوال‌های هفتگانه، تبیین‌کننده ۴۶ درصد از واریانس بهزیستی شخصی بوده است. در نمونه‌های غیر ایرانی نیز، تحلیل عاملی بیانگر یک عامل بوده است [۲۴]. رگرسیون انجام شده بر نمونه‌های ایرانی نشان می‌دهد که در مجموع

1. Hatch
2. Frisch

17. 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.
18. 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.
19. Cummins, R.A. (2004). Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-A). Australian Centre of Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
20. Cummins, R.A. and Lau, A.L.D. (2004). Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability (PWI-ID). 2nd Edition.
21. Cummins, R.A. and Lau, A.L.D. (2004). Personal Wellbeing Index- Pre- School (PWI-PS).
22. Cummins, R.A., Eckersley, R., Pallant, J., Okerstrom, E., & Davern, M. (2002). Australian Unity Wellbeing Index: Survey 3, Report 3.2 Australian Centre of Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
23. 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.
24. Cummins, Robert A. (2003). Australian Unity Wellbeing Index: Cumulative Psychometric Record, Volume 9, (to accompany Report 9.0).
25. Spitzer, R. L., Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; and Bernd, Loewe (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *ARCH INTERN MED*. 166.
۲۶. نائینیان، محمدرضا (۱۳۸۹). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) برای گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال (۱۳۸۹). سومین همایش سراسری روانپزشکی کودک و نوجوان. ۱۳ تا ۱۵ مهر ماه.
27. Tabachnick, B. C., Fidell, L. S. (1996). Using multivariate statistics. 3rd ed. New York. Harper Collins.
5. Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L. (1976). The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions. New York: Russell Sage.
6. Guyatt, G.H., Feeny, D.H., & Patrick, D.L. (1993). Measuring Health related quality of Life. *Annals of internal medicine*, 118, 622-629.
7. Cummins, R.A. (1997). Comprehensive quality of life Scale- Adolescent Manual (5th ed). School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
8. Steinberg, L., (1993). Adolescence. New York: McGraw Hill.
9. Greenberger, E., & Chen, C. (1996). Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology*, 32, 707-716.
10. Susan, E.J., Dorn, L.D., & Chrousos, C.P. (1991). Negative affect and Hormone Levels in Young adolescents: Concurrent and predictive perspectives. *Journal of Youth and adolescence*, 20, 167-190.
11. Bender, T. A. (1997). Assessment of subjective well-being during childhood and adolescence. In G. Phye (ed), *Handbook of classroom assessment: Learning, Achievement, and Adjustment*, Academic press, San Diego.
12. Andrews, F. M. and Robinson, J. P. (1991). Measures of subjective well-being. In J.P. Robinson, P.R. Shaver and L.S. Wrigsman (Eds), *measures of personality and social psychology attitude*. New York: Academic Press
13. Petito, F., & Cummins, R.A. (2000). Quality of life in adolescence: The role of perceived control, parenting style and social support.
14. Cummins, R.A. and Lau, A.L.D. (2004). Personal Wellbeing Index - School Children. 2nd Edition (PWI-SC).
15. Cummins, R.A. (1991). Comprehensive Quality of Life Scale. Manual: First Edition. Melbourne: Psychology Research Centre, (pp.1-19).
16. Gullone, E. & Cummins R.A. (1999). The Comprehensive Quality of Life Scale: A psychometric evaluation with an adolescent sample. *Behaviour Change*, 16, 127-139.

32. Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment. In E. Diener. and D. R. Rathz (eds), *Advances in Quality of Life Theory and Research*, Kluwer Academic Publishers, Great Britain, pp. 207-241.
33. 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.
۲۸. هومن، حیدر علی (۱۳۸۰). تحلیل داده های چند متغیره در پژوهش رفتاری. تهران، نشر پارسا.
29. 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).
30. Hays, R. D., H. Hahn and G. Marshall (2002). 'Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 83 (12 Suppl 2), pp. S4-S9.
31. Hatch Alin L.(200). 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.