

## تعیین شاخصه‌های روانسنجی پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل ب. فریش و پیرسون

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال ششم)  
شماره ۲۲ / زمستان ۱۳۹۹ / ص ۹۴-۱۰۳

شیرعلی خرامین<sup>۱</sup>، زینب جوزاری<sup>۲</sup>، راضیه جوزاری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>استادیار. گروه روانشناسی. هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج.

<sup>۲</sup>کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی گچساران واحد پرستاری و مامایی،

مدرس دانشکده فنی سما واحد گچساران،

<sup>۳</sup>کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی. دانشگاه شیراز.

نویسنده مسئول:

زینب جوزاری

### چکیده

هدف از این پژوهش تعیین شاخصه‌های روانسنجی پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل ب. فریش و پیرسون در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ بود. جامعه پژوهش مردم شهرستان گچساران و نمونه آماری شامل ۷۰۰ نفر (۴۰۰) نفر افراد سالم به روش تصادفی و ۳۰۰ نفر بیمار (۱۵۰ نفر بیمار جسمی، ۱۵۰ نفر بیمار روحی) به روش در دسترس با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل فریش و پیرسون، افسردگی و اضطراب داس و رضایت زندگی دینر مورد مطالعه قرار گرفتند. در پژوهش حاضر از آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی برای تعیین پایایی، ضریب همبستگی پیرسون برای اعتبار همگرا و همزمان، تحلیل عاملی، آزمون t test برای تعیین اعتبار اپیدمیولوژیک و روش ANOVA استفاده گردید. براساس نتایج بدست آمده آلفای کرونباخ (۰/۸۳) برای کل پرسشنامه کیفیت زندگی فریش و پیرسون و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۸۳ و پایایی (۰/۸۵) در بازآزمایی گزارش گردید. همچنین ضریب همبستگی از اجرای همزمان دو پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس داس ۰/۲۷ و رضایت زندگی دینر ۰/۴۸ و در زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ برآورد شد. با استفاده از تحلیل عاملی و با استفاده از روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس ابزار نهایی از سه برخوردار شد. در نهایت ارزیابی پایایی و اعتبار دلالت بر این دارد که این پرسشنامه می‌تواند به عنوان ابزار غربالگری در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی، به طور موفقیت‌آمیزی به کار برده شود.

**کلید واژه‌ها:** شاخصه‌های روانسنجی، کیفیت زندگی، پرسشنامه مایکل فریش و پیرسون.

**مقدمه**

در بررسی‌هایی که پیرامون سلامت و رفاه افراد در معرض خطر انجام می‌شود، بررسی کیفیت زندگی حائز اهمیت ویژه‌ای است (اصلائی، آزکوش، موللی، یونسی و صالحی، ۱۳۹۳). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، معنا می‌کند و این درک در ارتباط با اهداف اصلی، ادراکات و برداشت‌های فرد از حیات مفهوم می‌یابد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). روما، آلمیدا، مانسانو، ویانی، آسیس و باربوسا، ۲۰۱۴). برخی اندیشمندان بر این باورند که کیفیت زندگی به معنای احساسی است که فرد نسبت به رفاه اجتماعی، عاطفی، و جسمانی خود دارد و این احساس متأثر از این است که یک فرد در شرایط مختلف زندگی تا چه اندازه به خشنودی شخصی نایل شده است (هوی، ۲۰۱۰). کیفیت زندگی مدت‌ها است که به صورت یک هدف ضمنی و صریح برای افراد و جوامع و ملت‌ها است اما تعریف کیفیت زندگی و اندازه‌گیری پیشرفت آن مهم است. درک و اندازه‌گیری بهبود زندگی انسانی از جمله اهداف کلی دولت‌ها است (کاستانزا، فریش، آلبی و بریچ، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا بسیاری از افراد و سازمان‌ها از بخش‌های مختلف به آن توجه نموده‌اند و سعی در اندازه‌گیری آن دارند (آیمان، ۲۰۱۲). در دهه ۱۹۷۰ الفاظی با هدف، بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پدید آمد و به دنبال آن تعداد ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی به صورت تصاعدی افزایش یافت (ننتوولی، ۲۰۰۸) و دهه ۱۹۶۰ میلادی وارد مباحث علمی در اروپای غربی و شمال آمریکا شد (پوکلینی و استراکائوسکینی، ۲۰۱۱). تحقیقات اخیر بر روی کیفیت زندگی با تمرکز بر روی دو روش اساسی بوده است یکی روش سنجش با بهره‌گیری از شاخص‌های اجتماعی و یا اقتصادی که منعکس کننده نیازهای انسانی و تامین آنهاست دیگری استفاده از روش خود گزارش‌دهی با استفاده از پرسشنامه است که احساسات عینی و ذهنی افراد را می‌سنجد. هرچند هدف هر دو روش درک کلی و بینش افراد را در مورد کیفیت زندگی نشان می‌دهد اما دارای محدودیاتی به طور جداگانه می‌باشند درحال حاضر محدودیت زمانی و فرهنگی باعث مشکلاتی برای این روش‌های اندازه‌گیری کیفیت زندگی شده است (کاستانزا، فیشر، براندا و سالم، ۲۰۰۷). بیشتر محققان برای سنجش کیفیت زندگی از ابزارهایی همچون مقیاس فرم کوتاه بررسی سلامت-۳۶ (SF-36 یا Short-Form Health Survey)، یا برنامه ارزیابی کیفیت زندگی فردی (SEIQoL-DW یا Schedule for the Evaluation of Individual QoL-Direct Weighting) استفاده کرده‌اند که ابزارهایی عمومی به شمار می‌روند. این ابزارها نمی‌توانند شرایط مخصوص مرتبط با یک بیماری خاص را بسنجند (حشمتی، ۱۳۹۵). پرسشنامه کیفیت زندگی فریش (۱۹۹۴) یکی از ابزارهایی است که کیفیت زندگی افراد را می‌سنجد. نیمرخ روانی این پرسشنامه شبیه نیمرخ روانی پرسشنامه MMPI می‌باشد پرسشنامه فریش هم برای کاربرد بالینی و هم غیربالینی دارد. کاربرد غیر بالینی آن در روانشناسی مثبت‌نگر و ارزیابی کیفیت زندگی و کاربرد بالینی آن در بهداشت روانی مثبت می‌باشد. این پرسشنامه بدلیل اهمیتی که در بازده درمانی مثبت دارد، مفید است و معمولاً با ارزیابی ساده، کارآمد و دقیق خود بر طرح درمان و یا درمان اثر می‌گذارد پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل فریش و پیرسون برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۳۲ سوال و ۱۶ خرده مقیاس می‌باشد پرسشنامه دارای پایایی ۰/۷۳ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ می‌باشد. هر یک از سوالات حاوی ۶ گزینه (۱ تا ۶) است. هرگاه نیمرخ رضایت‌مندی برحسب اهمیت که شامل همه رتبه‌بندی‌های غیر صفراست محاسبه می‌شود حیطه‌های بدون اهمیت زندگی در نظر گرفته نمی‌شود بنابراین حذف می‌گردند. کارایی درمان این پرسشنامه در ارتباط با ۲۸۱ مراجع از چهار کلینیک بیماران سرپای و بستری و نیز در مورد پژوهش‌های متعدد دیگر، توسط کازدین و فریش نشان داده شده است. نمره رضایت‌مندی کلی از زندگی در پرسشنامه کیفیت زندگی و نیمرخ رضایت‌مندی بر حسب اهمیت که مبتنی بر رتبه‌بندی‌ها در هر حیطه ارزشمند زندگی مراجع است تحلیل کلان و بر داشت کلی ایجاد می‌کند، که بر اساس آن مسائل زندگی مراجع به طور جامع ارزیابی و مفهوم‌سازی می‌شوند و اولویت‌های آن برای درمان مشخص می‌گردد (فریش، ۲۰۱۰). طبق تحقیقات آلدن و نیما (۲۰۰۶) بر روی کیفیت زندگی بیماران افسرده و اضطرابی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی فریش که بر روی ۲۱۷ بیمار که به بیمارستان مراجعه کرده بودند صورت گرفت. رنج سنی بیماران بین ۱۸ تا ۷۲ سال بود بیمارانی که در این پژوهش شرکت داشتند عبارت از ۴۵ نفر بیمار اضطراب منتشر، ۲۲ نفر اختلال استرس، ۲ نفر فوبی اجتماعی، ۶۱ نفر اختلال افسردگی، ۲ نفر دارای اختلال ارتباطی. براساس نتایج به دست آمده پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل فریش و پیرسون مقیاسی مفید برای سنجش کیفیت زندگی در بیماران است. در مطالعه‌ای که در انستیتوی ملی سالمندی، توسط فریش و همکاران به منظور بهبود بخشیدن به زندگی سالمندان روستایی انجام شد، نتایج نشان داد که پرسشنامه کیفیت زندگی فریش نسبت به تغییرات درمانی حساس است (فریش، ۲۰۱۰). طبق پژوهش پانوچ و گرانوست (۲۰۰۴) در زمینه درمان هراس اجتماعی که در مراکز اختلال‌های اضطرابی و استرس به عمل آمد، نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی پیش از درمان پایین بود (در نمونه هنجاریابی شده غیر بالینی در درصد نهم قرار داشت) ولی نمرات پس از درمان به طور معنی‌داری افزایش یافت؛ این یافته‌ها در مورد سایر

نمونه‌های بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطراب اجتماعی و اضطراب منتشر در کلینیک بزرگسالان در دانشگاه تمپل نیز بار دیگر به دست آمد یافته‌های مشابه دیگر این تکنیک نیز در تایید اعتبار ساده پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل فریش است. تحلیل خوشه‌ای هراس‌های اجتماعی، نشان داد که مراجعانی با سبک‌های دلبستگی مختل، در مقایسه با افرادی که سبک‌های دلبستگی رشد یافته‌تری داشتند، نمرات رضایت‌مندی از زندگی‌شان پایین‌تر بود پس اقدامات درمانی، نمرات بیماران مبتلا به هراس اجتماعی در پرسشنامه کیفیت زندگی فریش یک انحراف استاندارد به سوی نمرات هنجاریابی شده نمونه غیر بالینی در سطح ملی نزدیک شد که نشان دهنده تغییر معنی‌دار بالینی در پاسخ به درمان است. شواهد مربوط به حساسیت پرسشنامه کیفیت زندگی نسبت به تغییرات درمانی در مطالعات رفتار درمانی شناختی و درمان‌های رویارویی با پناهندگان مبتلا به PTSD نیز به دست آمده است در درمان بیماران مبتلا به اختلال آسیمیگی از طریق شبکه رایانه‌ای و نیز درمان‌های شرطی‌سازی اعتیاد به کوکائین، درمان افسردگی اساسی، درمان بیماران اسکیزوفرنیا و بیماران روانی مزمن و بیماران بستری مبتلا به PTSD نیز حساسیت پرسشنامه نسبت به تغییرات درمانی گزارش شده است. با توجه به تحقیقات محدود و کمی که درباره این پرسشنامه در سایر کشورها و همین‌طور نبود هیچ‌گونه مقاله‌ای در رابطه با شاخصه‌های روانسجی پرسشنامه کیفیت زندگی فریش محقق بر آن شد که به تعیین شاخصه‌های روانسجی فرم ایرانی پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل ب. فریش و پیرسون پرداخت.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای گذشته‌نگر، مقطعی و توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه مردم شهر گچساران بودند. که از بین آنان تعداد ۷۰۰ نفر به دو روش تصادفی (۴۰۰ نفر افراد سالم) و در دسترس (۱۵۰ بیمار جسمی (بیماری قلبی، دیابت، سرطان و معلولیت جسمی)، ۱۵۰ بیمار روحی (وسواس، افسردگی، پانیک، فوبی، اختلالات قطبی و غیره) انتخاب شدند. بیماران جسمی و روحی موردنظر از دو بیمارستان شهید رجایی و بیمارستان شهدای نفت شهر گچساران انتخاب گردیدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه زیر استفاده گردید، **کیفیت زندگی مایکل فریش و پیرسون**: این پرسشنامه شامل ۳۲ سوال می باشد که نظر افراد رادر مورد کیفیت ۱۶ حیطه زندگی با استفاده از ۶ لیکرت می‌سنجد. نمره کلی فرد حاکی از رضایت‌مندی او تنها در حیطه‌های مهم زندگی است. پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل فریش و پیرسون برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ تدوین شد. حیطه‌های ارائه شده در این رویکرد عبارتند از: بهداشت و سلامت جسمانی، عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول، کار، تفریح و سرگرمی، یادگیری، خلاقیت، کمک کردن به دیگران، عشق و روابط زناشویی، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه، محله و جامعه به طور کلی. همچنین طبق ضوابط کیفیت زندگی براساس نمرات از صفر تا ۳۷ خیلی پایین و ۳۷ تا ۴۳ پایین، ۴۳ تا ۵۸ متوسط، ۵۸ تا ۷۷ بالایی باشد. پایایی و ثبات درمانی نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی بر اساس ضرایب پایایی آزمون - آزمون مجدد دارای ضریب پایایی آزمون مجدد در فاصله دو هفته ۰/۷۳ و در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی دار است. واز آلفای کرونباخ (۰/۷۶) برخوردار است. این آزمون برای اولین بار برای ارزیابی موقعیت تحصیلی دانشجویان در سال ۱۹۹۸ بر روی ۲۱۷۹ نفر از دانشجویان با استفاده از رویکرد باچر و همکارانش در دانشگاه مینه سوتا که برای روان درمانی فردی مراجعه کرده بودند، اجرا شد. اعتبار همگرایی پرسشنامه کیفیت زندگی با دو مقیاس رضایت‌مندی از زندگی همبستگی مثبت و معناداری را با هردو مقیاس نشان داد. همبستگی با مقیاس رضایت‌مندی از زندگی ۰/۵۶ و همبستگی با شاخص کیفیت زندگی ۰/۷۵ گزارش شده است. نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی در یک نمونه بالینی بزرگ در معرض تحلیل عوامل قرار گرفته است. نتایج مقدماتی در تایید پاسخ و راه‌حل تک عاملی است که با طرح نمره‌گذاری پرسشنامه که مبتنی بر یک نمره مشخص است، هماهنگی دارد (فریش، ۲۰۱۰). **پرسشنامه افسردگی و اضطراب داس**: پرسشنامه افسردگی داس دارای ۲۱ سوال بسته با لیکرت ۴ تا ۱ است که افسردگی و استرس را در افراد می‌سنجد. پرسشنامه افسردگی داس برای اولین بار توسط آرنل وایزمن ابداع شد. از جمع نمرات سوالات میزان افسردگی و اضطراب شخص مشخص می‌شود نمره بالاتر این پرسشنامه نشان دهنده افسردگی یا استرس شخص و نمره پایین نشان دهنده میزان استرس و افسردگی کم می‌باشد. این پرسشنامه در تحقیقات سهرابی (۱۳۸۸) دارای ضریب آلفای ۰/۸۸ و پایایی ۰/۷۵ می‌باشد (سهرابی، ۱۳۹۰ و امیری، ۱۳۸۲) **پرسشنامه رضایت از زندگی دینر**: این پرسشنامه شامل ۵ سوال می‌باشد که رضایت از زندگی افراد را با استفاده لیکرت ۱ تا ۷ می‌سنجد. نمره‌های هر پنج ماده را با هم جمع می‌شوند. این نمره‌ها ممکن است از زیر ۵ تا بالاتر و تا حد ۳۵ هم برسند. نمره‌های بالاتر مبین سطوح بالاتر رضایت از زندگی اند (ال جیان و مور، ۲۰۰۹). ضریب آلفا برابر ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی پس از ۲ ماه برابر ۰/۸۲ گزارش شده است. در ایران در تحقیقات خسروی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ برای این آزمون برابر برای ۰/۸۵ گزارش گردید. جهت تعیین همگرایی آزمون از همبستگی آزمون با مقیاس پاناس (Panas) استفاده شده است (خسروی و همکاران، ۱۳۸۷).

## یافته‌ها

بر اساس ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل کواریانس این نتایج بدست آمد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵۹/۱ درصد زن، ۴۰/۹ مرد، ۶۰/۶ افراد متاهل، ۲۹/۴ مجرد، ۵۷/۱ افراد سالم، ۲۱/۴ بیمار جسمی، ۲۱/۴ بیمار روحی (جدول ۱)، بیشترین بار عاملی در فاکتور اول یعنی فاکتور درون شخصی (۰/۸۰۱) و کمترین بار عاملی در فاکتور دوم یعنی فاکتور ارتباط با دیگران یا برون شخصی (۰/۳۱۶) (جدول ۲)، آلفای کرونباخ ۰/۸۳۴ و پایایی ۰/۸۵ که از بازآزمایی مجدد در فاصله سه هفته به دست آمده می‌باشد (جدول ۳). همچنین پرسشنامه با پرسشنامه رضایت از زندگی پیرسون و استرس و اضطراب داس که به صورت همزمان بکار رفته است همبستگی کامل با حیطه‌ها ۱۶ گانه (جدول ۴) و فاکتورهای سه‌گانه (جدول ۵) پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل فریش و پیرسون دارد.

جدول ۱- توزیع آزمودنی‌ها برحسب جنسیت، تاهل، وضعیت روحی و جسمی

| متغیر        |            | تعداد | درصد |
|--------------|------------|-------|------|
| جنسیت        | زن         | ۴۱۴   | ۵۹/۱ |
|              | مرد        | ۲۸۶   | ۴۰/۹ |
| تاهل         | متاهل      | ۴۲۴   | ۶۰/۶ |
|              | مجرد       | ۲۷۶   | ۲۹/۴ |
| بیمار و سالم | سالم       | ۴۰۰   | ۵۷/۱ |
|              | بیمار جسمی | ۱۵۰   | ۲۱/۴ |
|              | بیمار روحی | ۱۵۰   | ۲۱/۴ |

جدول ۲- تحلیل عامل فاکتورهای پژوهش

| سوال | تحلیل عامل          |                                         |                           |
|------|---------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
|      | ۱- فاکتور درون شخصی | ۲- فاکتور ارتباط با دیگران یا برون شخصی | ۳- فاکتور ارتباط خانوادگی |
| ۲    | ۰/۸۰۱               |                                         |                           |
| ۷    | ۰/۷۴۴               |                                         |                           |
| ۱    | ۰/۷۳۲               |                                         |                           |
| ۸    | ۰/۶۳۹               |                                         |                           |
| ۶    | ۰/۵۷۹               |                                         |                           |
| ۳    | ۰/۵۷۶               |                                         |                           |
| ۱۳   |                     | ۰/۷۳۰                                   |                           |
| ۱۱   |                     | ۰/۶۹۶                                   |                           |
| ۱۵   |                     | ۰/۶۳۸                                   |                           |
| ۹    |                     | ۰/۵۸۸                                   |                           |
| ۱۴   |                     | ۰/۴۵۷                                   |                           |
| ۱۶   |                     | ۰/۳۱۶                                   |                           |
| ۱۰   |                     |                                         | ۰/۷۷۳                     |
| ۱۲   |                     |                                         | ۰/۶۵۲                     |
| ۴    |                     |                                         | ۰/۵۵۷                     |
| ۵    |                     |                                         | ۰/۳۹۴                     |

جدول ۳- پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل فریش و پیرسون

| نام ماده | میانگین آیتم<br>های حذف<br>شده | واریانس آیتم<br>های حذف شده | آیتم های<br>صحیح | مجموع مجذور<br>همبستگی | آلفای کرونباخ در<br>آیتم های حذف<br>شده |
|----------|--------------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------|-----------------------------------------|
| ۱        | ۲۵۱/۲۳                         | ۱۷۴۷۰/۷۷                    | ۰/۴۶۵            | ۰/۴۱۸                  | ۰/۸۲۵                                   |
| ۲        | ۲۴۹/۴۷                         | ۱۷۹۵۴/۶۰                    | ۰/۵۴۳            | ۰/۴۶۸                  | ۰/۸۲۰                                   |
| ۳        | ۲۴۷/۰۹                         | ۱۸۰۵۲/۶۴                    | ۰/۵۸۵            | ۰/۴۲۹                  | ۰/۸۱۸                                   |
| ۴        | ۲۵۷/۲۰                         | ۱۸۳۴۰/۹۱                    | ۰/۳۹۴            | ۰/۲۶۲                  | ۰/۸۲۹                                   |
| ۵        | ۲۵۱/۴۵                         | ۱۷۹۵۴/۴۵                    | ۰/۵۱۸            | ۰/۳۷۶                  | ۰/۸۲۱                                   |
| ۶        | ۲۵۶/۴۵                         | ۱۷۶۳۶/۴۵                    | ۰/۵۱۱            | ۰/۳۷۹                  | ۰/۸۲۱                                   |
| ۷        | ۲۴۷/۵۴                         | ۱۸۳۲۰/۷۸                    | ۰/۴۷۶            | ۰/۴۴۳                  | ۰/۸۲۴                                   |
| ۸        | ۲۵۰/۶۹                         | ۱۸۷۴۰/۰۵                    | ۰/۴۷۳            | ۰/۳۶۹                  | ۰/۸۲۵                                   |
| ۹        | ۲۴۰/۴۲                         | ۱۹۲۳۸/۹۱                    | ۰/۳۶۵            | ۰/۳۵۸                  | ۰/۸۳۰                                   |
| ۱۰       | ۲۵۲/۸۵                         | ۱۸۴۷۰/۷۲                    | ۰/۴۰۹            | ۰/۳۷۹                  | ۰/۸۲۷                                   |
| ۱۱       | ۲۴۵/۶۹                         | ۱۸۸۸۴/۱۷                    | ۰/۴۱۷            | ۰/۳۴۴                  | ۰/۸۲۷                                   |
| ۱۲       | ۲۵۱/۷۲                         | ۱۸۹۵۹/۲۴                    | ۰/۳۲۱            | ۰/۳۲۹                  | ۰/۸۳۲                                   |
| ۱۳       | ۲۴۷/۴۷                         | ۱۸۹۶۵/۸۶                    | ۰/۳۹۴            | ۰/۳۲۷                  | ۰/۸۲۸                                   |
| ۱۴       | ۲۴۳/۴۶                         | ۱۷۹۳۶/۹۲                    | ۰/۵۷۹            | ۰/۴۴۵                  | ۰/۸۱۸                                   |
| ۱۵       | ۲۴۷/۶۱                         | ۱۸۵۱۷/۲۹                    | ۰/۴۱۱            | ۰/۳۳۶                  | ۰/۷۲۳                                   |
| ۱۶       | ۲۵۷/۷۴                         | ۱۸۲۰۶/۵۷                    | ۰/۳۵۶            | ۰/۲۱۰                  | ۰/۸۳۳                                   |

جدول-۴: همبستگی پرسشنامه کیفیت زندگی با سایر ابزار پژوهش

| افسردگی-<br>همبستگی<br>معناداری<br>پرسشنامه پیرسون        | اضطراب-<br>همبستگی<br>معناداری<br>پرسشنامه<br>پیرسون | استرس-<br>همبستگی<br>معناداری<br>پرسشنامه<br>پیرسون | جمع-<br>همبستگی<br>معناداری<br>پرسشنامه پیرسون | دینر-<br>همبستگی<br>معناداری پرسشنامه<br>پیرسون | جمع-<br>همبستگی<br>معناداری پرسشنامه<br>پیرسون |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| ۱                                                         | **<br>۰/۵۸۰<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۹                          | **<br>۰/۶۴۴<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۷                         | **<br>۰/۸۷۴<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                    | **<br>۰/۵۶۹<br>۰/۰۰۰<br>۷۰۰                     | **<br>۰/۳۲۳<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵                    |
| اضطراب-همبستگی<br>معناداری پرسشنامه کیفیت<br>زندگی پیرسون | **<br>۰/۵۸۰<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۹                          | **<br>۰/۶۲۵<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                         | **<br>۰/۸۴۵<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                    | **<br>۰/۳۱۴<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۷                     | **<br>۰/۱۸۹<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۴                    |
| استرس-همبستگی<br>معناداری پرسشنامه کیفیت<br>زندگی پیرسون  | **<br>۰/۶۴۴<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۷                          | **<br>۰/۶۲۵<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                         | **<br>۰/۸۶۷<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                    | **<br>۰/۴۱۴<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۷                     | **<br>۰/۲۲۶<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۳                    |
| جمع-همبستگی معناداری<br>پرسشنامه کیفیت زندگی<br>پیرسون    | **<br>۰/۸۷۴<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                          | **<br>۰/۸۶۷<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                         | ۱<br>۰/۸۴۵<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                     | **<br>۰/۵۰۶<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                     | **<br>۰/۲۷۸<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۲                    |
| دینر-همبستگی معناداری<br>پرسشنامه کیفیت زندگی<br>پیرسون   | **<br>۰/۵۶۹<br>۰/۰۰۰<br>۷۰۰                          | **<br>۰/۴۱۴<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۷                         | **<br>۰/۵۰۶<br>۰/۰۰۰<br>۶۹۶                    | ۱<br>۰/۴۸۲<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵                      | **<br>۰/۳۲۳<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵                    |
| جمع-همبستگی معناداری<br>پرسشنامه کیفیت زندگی<br>پیرسون    | **<br>۰/۳۲۳<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵                          | **<br>۰/۱۸۹<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۴                         | **<br>۰/۲۲۶<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۳                    | **<br>۰/۲۷۸<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۲                     | **<br>۰/۴۸۲<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵                    |

جدول ۵- همبستگی پرسشنامه و سایر ابزارهای تحقیق با فاکتورهای سه گانه

| ماده                               | فاکتور اول                   | فاکتور دوم                  | فاکتور سوم                   | جمع                          |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| افسردگی<br>همبستگی معنادار پیرسون  | **<br>-۰/۴۳۵<br>۰/۰۰۰<br>۵۰۲ | *<br>-۰/۱۰۳<br>۰/۰۲۰<br>۵۰۹ | **<br>-۰/۳۶۲<br>۰/۰۰۰<br>۵۳۴ | **<br>-۰/۳۲۳<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵ |
| اضطراب<br>همبستگی معنادار پیرسون   | **<br>-۰/۳۶۶<br>۰/۰۰۰<br>۵۰۱ | -۰/۰۱۹<br>۰/۶۶۶<br>۵۰۸      | **<br>-۰/۱۵۸<br>۰/۰۰۰<br>۵۳۳ | **<br>-۰/۱۸۹<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۴ |
| استرس<br>همبستگی معنادار پیرسون    | **<br>-۰/۳۸۶<br>۰/۰۰۰<br>۴۹۹ | -۰/۰۵۴<br>۰/۲۲۹<br>۵۰۷      | **<br>-۰/۲۲۰<br>۰/۰۰۰<br>۵۳۰ | **<br>-۰/۲۲۶<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۳ |
| جمع<br>همبستگی معنادار پیرسون      | **<br>-۰/۴۵۸<br>۰/۰۰۰<br>۴۹۸ | -۰/۰۳۶<br>۰/۱۵۵<br>۵۰۶      | **<br>-۰/۲۸۹<br>۰/۰۰۰<br>۵۳۰ | **<br>-۰/۲۷۸<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۲ |
| دینر<br>همبستگی معنادار پیرسون     | **<br>۰/۴۰۱<br>۰/۰۰۰<br>۵۰۲  | **<br>۰/۳۳۶<br>۰/۰۰۰<br>۵۰۹ | **<br>۰/۵۲۸<br>۰/۰۰۰<br>۵۳۴  | **<br>۰/۴۸۲<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵  |
| جمع<br>همبستگی معنادار پیرسون      | **<br>۰/۸۳۳<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵  | **<br>۰/۷۷۸<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵ | **<br>۰/۷۴۱<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵  | ۱<br>۳۵۵                     |
| فاکتور ۱<br>همبستگی معنادار پیرسون | ۱<br>۵۰۲                     | **<br>۰/۳۸۶<br>۰/۰۰۰<br>۴۱۷ | **<br>۰/۴۱۷<br>۰/۰۰۰<br>۴۱۳  | **<br>۰/۸۳۳<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵  |
| فاکتور ۲<br>همبستگی معنادار پیرسون | **<br>۰/۳۸۶<br>۰/۰۰۰<br>۴۱۷  | ۱<br>۵۰۹                    | **<br>۰/۴۱۶<br>۰/۰۰۰<br>۴۲۰  | **<br>۰/۷۷۸<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵  |
| فاکتور ۳<br>همبستگی معنادار پیرسون | **<br>۰/۴۱۷<br>۰/۰۰۰<br>۴۱۳  | **<br>۰/۴۶۱<br>۰/۰۰۰<br>۴۲۰ | ۱<br>۵۳۴                     | **<br>۰/۷۴۱<br>۰/۰۰۰<br>۳۵۵  |

**بحث**

هدف از این پژوهش تعیین شاخصه های روانسنجی فرم ایرانی پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل فریش و پیرسون در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ می باشد که دارای ۵ فرضیه اصلی است که نتایج بدست آمده به شرح زیر است: این پرسشنامه از آلفای کرونباخ (۰/۸۳)، پایایی ۰/۸۵ در بازآزمایی مجدد به فاصله ۲ هفته و از اعتبار همزمان با ابزار به کار رفته در پژوهش (پرسشنامه افسردگی و اضطراب داس، پرسشنامه رضایت از زندگی دینر) برخوردار است. همبستگی بین سوالات در هر بعد و همچنین در مجموع سوالات توسط آلفای کرونباخ ارزیابی شد. براساس نتایج بدست آمده از فرم ایرانی این پرسشنامه دارای سه فاکتور می باشد. نتایج تحقیق نشان داد بین این سه گروه افراد سالم از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به دو گروه بیمار جسمی و روحی برخوردار هستند و از بین دو گروه بیمار جسمی و روحی بیماران روحی کیفیت زندگی پایین تری نسبت به گروه بیماران جسمی دارند. نتایج حاصل از این تحقیق با نتایج تحقیق فریش و همکارانش (۱۳۸۷)، مک آلدن و نیام (۲۰۰۶)، واکتوز، والدراون، جفر، فورت، گومزو ایت (۲۰۰۳)، پانویچ و گرانوست (۲۰۰۴)، رحیمی و همکاران (۲۰۰۶)، عمرانی فر و همکاران (۲۰۰۷)، شهاب جهانلو و همکاران (۱۳۸۶) همسو می باشد. در نتایج بدست آمده در این تحقیقات فریش و همکارانش (۲۰۱۰) ضرایب پایایی آزمون - آزمون مجدد دارای ضریب پایایی ۰/۷۳ در فاصله دو هفته، فریش (۱۹۹۸) همبستگی (۰/۵۶) با مقیاس رضایت مندی زندگی (SWLS)، مک آلدن و نیام (۲۰۰۶) آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای فاکتور درون شخصی و آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برای برون شخصی را گزارش کردند. همچنین رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) ضریب همبستگی پرسشنامه کیفیت زندگی (KDQOL-SFTM) ۰/۹۰ و شهاب جهانلو و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی بهداشت (AQOL) ۰/۸۳، گزارش کردند. واکتوز و همکاران (۲۰۰۳) پانویچ و گرانوست (۲۰۰۴) با انجام پرسشنامه مذکور بر دو گروه افسرده و استرس پس از سانحه نتایجی مشابه در زمینه اعتبار اپیدمیولوژیک بدست آوردند. این نتایج نشان داد میانگین نمرات دو گروه متفاوت می باشد. عمرانی فرد (۱۳۸۶) در بکارگیری پرسشنامه کیفیت زندگی AQOL گزارش داد که این پرسشنامه تفاوت معناداری را بین کیفیت زندگی در بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده های گزارش کرد. این تحقیق به دلیل تعداد نمونه بالا تنها از طریق پرسشنامه انجام گرفت به ویژه در ارزیابی بیماران روانی که در صورت انجام مصاحبه نتایج کمتر دچار سوءگیری می گردید. و این مسئله از محدودیت های تحقیق بود از دیگر محدودیت های پژوهش عدم پیشینه لازم در رابطه با پرسشنامه فوق در ایران می باشد. به همین دلیل پیشنهاد می گردد در آینده این پرسشنامه بر روی گروهی از بیماران روانی همزمان با امصاحبه و ارزیابی روانی انجام گیرد.

**نتیجه گیری**

بر اساس ارزیابی ها و بررسی های جداگانه و متعدد توسط پژوهشگران مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی مایکل فریش و پیرسون از یازده معیاری که باید هر ابزار اندازه گیری مفید داشته باشد، برخوردار است. این معیارها توسط گروهی از متخصصان در NIMH جمع آوری شده است و شامل قدرت و توان روان سنجی، کارایی بالینی، قابل فهم بودن برای مخاطبان غیر حرفه ای، هماهنگی با نظریه ها و روش های بالینی مختلف، کاربرد ارزان قیمت، کارایی در ارزیابی پیشرفت و نیز بازده درمان و متناسب بودن آن برای گروه های وسیع است. هدف همه مداخله های سلامت این است که علاوه بر کاهش و بهبود بخشیدن به علایم اختلال یا بیماری، کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد.

**سپاسگزاری**

با تشکر و قدردانی از همه همشهریان عزیز و بویژه بیماران و کادر درمانی بیمارستان شهید رجایی که در این تحقیق نهایت همکاری را نمودند. اصلانی، آژکوش، م. موللی، ج. یونسی، س.ج. صالحی، ز. (۱۳۹۳). تأثیر برنامه آموزش تاب آوری بر مولفه های کیفیت زندگی مادران دارای کودکان کم شنوا. مجله پژوهش و روش در آموزش، ۴(۳)، ۶۶-۶۲.

امیری، حسین. (۱۳۸۲). مقایسه افسردگی در دانش آموزان ورزشکار و غیر ورزشکار (دختران و پسران) در دوره متوسطه شهر و اورومیه. مجله علوم ورزشی و تربیت بدنی دانشگاه تبریز، ۱۸؛ ۹۶-۸۱.

حشمتی، رسول. (۱۳۹۴). خصیصه های روانسنجی پرسشنامه آنژین (SAQ) مقیاس سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴، ۳، ۲۸۰-۲۷۱.

خسروی، صدراله. نازدوست، حمید طاهر. مولوی، حسین. کلانتری، مهرداد. (۱۳۸۲). اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا بر رضایت از زندگی زوجین. مجله پزشکی هرمزگان، ۱، ۱۵، ۴۸-۴۰.

سهرابی سمیرا. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی گروهی متمرکز بر طرح کاهش استرس در بیماران کرونر قلب در مشهد. پایاننامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

رحیمی، ابوالفضل. احمدی، فضل الله. غلیاف، محمود. (۱۳۸۵). تأثیر مدل مراقبت مداوم بر کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۵۲، ۱۳، ۱۲۵-۱۲۳.

عمرانی فرد، ویکتوریا. افشار، حمید. مهربانی، طیبیه. اسداللهی، قربانعلی. (۱۳۸۷). ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، تحقیقات علوم رفتاری، ۶، ۹، ۳۲-۲۷.

شهاب جهانلو، علیرضا. غفرانی پور، فضل الله. سبحانی، علیرضا. کیمیای، مسعود. وفا، مریم. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و کنترل قند در بیماران. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۱، ۳۳، ۲۷-۲.

## References

- Ayman, Mostafa. (2012). The implication of incorporating quality of life indicators in managing urban development, PhD, Cairo
- Costanz Robert. Fishera b. Brendan Alib. Saleem Beerc.(2007). Caroline Bondd. Lynne . Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs and subjective well-being. *Journal of Economic Surveys*; 23: 267-276.
- El Jina. Moi Moghayar. (2009). Translated by; Barati Sadeh. *Positive Psychological Techniques*; Jalalul; Tehran; Rush Publishing.
- Ferish Michael.(2010). *Psychotherapy based on improving the quality of life*; translation; Khums; Akram; Daldal; Tehran; publication of Ney.
- Hoi LV, Chuc NT, Lindholm L.(2010). Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. *BMC public health*; 10(1):1-12
- Paunovic Nenad. Goöran O. st Lars.(2004). Clinical Validation of the Swedish Version of the Quality of Life Inventory in Crime Victims With Posttraumatic Stress Disorder and a Nonclinical Sample; *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*; 26: 1: 15-20.
- Pukeliene V. & Starkauskiene V. (2011). Quality of Life concepts measurement and challenges. *SISTEMINIAI TYRIMAI*. 31.
- Mc Alinden. Niamh M. (2006). Validation of the Quality of Life Inventory for patients with anxiety and depression, *Science Direct Elsevier*; 4, 47, 307-314.
- Netuveli G, Blane D.(2008). Quality of life in older ages. *British medical bulletin*; 85:113-26
- Roma I, Almeida MLd, Mansano NdS, Viani GA, Assis MRd, Barbosa PMK.(2014). Quality of life in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia*; 54:279-86
- Vazquez I. Valderrabano F. Jofre R. Fort J. Lopez Gomez JM. Moreno F. et. al. (2003). Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity; *J Nephrol* Nov-Dec 2003; 16:886-94.
- World Health Organization. (2014). Global health observatory (GHO) data, NCD mortality and morbidity [Online]. Available from: URL; <http://www.who.int/gho/ncd/mortalitymorbidity/en>