

The Psychometric Properties of the Persian Version of the Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire

Sara Mokhtari¹, Sayed Abbas Haghayegh²

Abstract

Background & Aims: Schizophrenia is a severe psychological disorder that adversely affects the life quality of patients and their caregivers. In addition, life quality is a multidimensional and important index in determining the impact of the disease on the patient (18) and is assessed from two objective and mental aspects. It is the family of these patients who always incur the burden of support and care. Not only families must provide preliminary care (personal care and financial support) for patients, but also, they should adjust to the symptoms of the disease and accept and manage them. the Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire encompasses significant experiences of Schizophrenia caregivers and is completely different from the conventional general quality of life questionnaires. The present study aimed to evaluate the psychometric properties of the Farsi version of the schizophrenia caregiver quality of life questionnaire (S-CGQoL).

Materials & Methods: This psychological study was conducted on all the caregivers of schizophrenia patients in Isfahan, Iran in 2018. Caregivers of schizophrenia patients were selected via continuous sampling from three mental hospitals and three nursery centers during three months and were asked to fill the S-CGQoL by Richieri et al., which was translated in the present study, and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL) (Skevington et al.). The items of this tool are scored based on a five-point Likert scale from never (score=1), to rarely (score=2), sometimes (score=3), often (score=4) and always (score=5). The S-CGQoL includes 25 items and evaluates seven dimensions of psychological and physical well-being (five items), psychological burden and daily life (seven items), relationships with spouse (three items), relationships with the psychiatric team (three items), relationships with family (two items), relationships with friends (two items) and material burden (three items). The total score is obtained from the sum of these questions, and higher scores in this questionnaire mean a higher quality of life. The tool was translated into Farsi by the translation-retranslation method. In addition, the retest reliability of the instrument was assessed by asking 40 previous participants to refill the questionnaires after two weeks. Overall, 13 out of 40 individuals returned questionnaires and 27 tools were excluded due to being incomplete. The inclusion criteria were: 1) having a family member diagnosed with schizophrenia based on DSM.5, 2) being the main caregiver of a person with schizophrenia based on interviews and being the closest relative of the patient, and 3) giving full consent to participate in the research. On the other hand, the exclusion criterion was incomplete questionnaires. Reliability was assessed by the Cronbach's alpha method and split-half test. Following that, 200 questionnaires were distributed, 155 of which were returned. Data analysis was performed in SPSS version 24 and Amos version 21 using psychometric indexes such as confirmatory factor analysis (CFA), correlation coefficient and Cronbach's alpha.

Results: The results of the CFA indicated significant correlations between the factorial load of all the items in the S-CGQoL with the related factor ($P < 0.05$) with relatively appropriate efficiency indices. Moreover, the results of internal reliability indicated the Cronbach's alpha range of 0.54-0.92 in various sub-indices of the questionnaire. The results of the retest reliability showed that Pearson's correlation coefficients for all the sub-indices of the S-CGQoL were significant in the two performed stages ($P < 0.05$), with the overall correlation coefficient of 0.96. In addition, the results of concurrent validity of the sub-indices of the SCGQoL with

¹. MS Student in Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

². Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Corresponding Author) Tel: 031-42292770 Email: abbas_hghaghayegh@yahoo.com

WHOQOL with the correlation-coefficient was significant ($P<0.05$) with a correlation coefficient of -0.56, which means that there was a strong and reverse correlation between the two instruments. According to the retest correlation coefficient results, there was a significant correlation between the scores of the first and second implementations of the S-CGQoL ($P<0.01$). Furthermore, the reliability of the entire S-CGQoL was approved at a Cronbach's alpha of 0.92 and split-half of 0.78.

Conclusion: According to the results, the Farsi version of the S-CGQoL had proper validity and reliability and could be used for the caregivers of patients with schizophrenia in the healthcare centers in Iran. Based on our findings, the overall score of the instrument with subscales of psychological and physical well-being, psychological burden and daily life, relationships with spouse, relationships with the psychiatric team, relationships with family, relationships with friends, and material burden had a favorable fit, and the questions were able to properly fit the factors related to themselves. According to the CFA and internal consistency of the S-CGQoL, the Farsi version of the instrument had construct validity and significant fit. It is suggested that the retest reliability of the tool be assessed at intervals longer than two weeks.

Key words: Questionnaire, Quality of Life, Caregivers, Schizophrenia, Reliability, Validity

Conflict of Interest: No

How to Cite: Mokhtari S, Haghayegh SA. The Psychometric Properties of the Persian Version of the Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire. *Iran Journal of Nursing*. 2019; 32(120):71-86.

Received: 17 Jul 2019

Accepted: 22 Oct 2019

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین مبتلایان به اختلالات اسکیزوفرنی

سارا مختاری^۱، سید عباس حقایق^۲

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنی، یکی از اختلالات روانی وخیم بوده که بر کیفیت زندگی مراقبان و اطرافیان آنها بسیار تأثیر گذار می‌باشد. این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی انجام شد. **روش بررسی:** این پژوهش از نوع پژوهش‌های روش شناختی بوده و جامعه آن را تمام مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استان اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. به روش نمونه‌گیری مستمر، ۱۵۵ نفر از مراقبین بیماران اسکیزوفرنی سه بیمارستان اعصاب و روان و سه مرکز نگهداری از بیماران اعصاب و روان مزمین تحت پوشش بهزیستی در یک بازه‌ی زمانی سه ماهه انتخاب شدند و از آنها خواسته شد به پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی Richieri و همکاران که در این مطالعه ترجمه شد و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی Skevington و همکاران پاسخ دهند. تعداد ۱۳ نفر نیز جهت پایایی بازآزمایی انتخاب شدند. جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد رابطه بارهای عاملی تمامی سئوالات پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی با عامل مربوطه معنی‌دار هستند ($P < 0/05$) و شاخص‌های برازش نسبتاً مناسبی دارند. نتایج پایایی درونی، دامنه آلفای کرونباخ ۰/۵۴ تا ۰/۹۲ را در خرده مقیاس‌های مختلف این پرسشنامه نشان داد. نتایج پایایی بازآزمایی نشان داد ضرایب همبستگی پیرسون تمامی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در دو مرحله اجرا شده معنی‌دار هستند ($P < 0/05$) و ضریب همبستگی کلی آن ۰/۹۶ بوده است. نتایج روایی همزمان بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی معنی‌دار به دست آمدند ($P < 0/05$) و ضریب همبستگی آن ۰/۵۶- بوده است. یعنی بین دو پرسشنامه همبستگی قوی و معکوسی وجود داشته است. **نتیجه‌گیری کلی:** نتایج به دست آمده نشان می‌دهد نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین مبتلایان به اختلالات اسکیزوفرنی روایی و پایایی نسبتاً مطلوبی داشته و برای استفاده در مراقبین مبتلایان به اسکیزوفرنی در جامعه ایران در مراکز درمانی کاربرد دارد.

کلید واژه‌ها: پرسشنامه، کیفیت زندگی، مراقبین، اسکیزوفرنی، روایی، پایایی.

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۸/۷/۳۰

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۳۱-۴۲۲۹۲۷۷۰

Email: abbas_hghaghayegh@yahoo.com

مقدمه

اسکیزوفرنی (Schizophrenia) یک اختلال روانی است که مشخصه آن از کارافتادگی فرآیندهای فکری، پاسخگویی عاطفی ضعیف، رفتار اجتماعی غیرعادی و ناتوانی در درک واقعیت است^(۱،۲) و معمولاً خود را به صورت توهمات، هذیان‌ها یا تکلم و تفکر آشفته نشان می‌دهد و با اختلال در عملکرد اجتماعی یا شغلی قابل توجهی همراه است. این اختلال فکر به صورت دشواری در حفظ و تمرکز توجه و در شکل گرفتن و شکل دادن مفاهیم در ذهن آشکار می‌گردد^(۳). این اختلال، اختلالی با علل چندگانه است که می‌توان به نقش وراثت (انتقال دهنده‌هایی مانند دوپامین) و عوامل روانی- اجتماعی (مانند ساختار خانواده بیمارگون) و... اشاره کرد که فکر، احساس و رفتار فرد را مختل می‌سازد^(۴). اسکیزوفرنی یک اختلال روانپزشکی جدی و یک نشانگان نامتجانس است که با گوناگونی در بین افراد مبتلا و با گوناگونی در دوره بیماری مشخص می‌شود و اغلب ترس، بد فهمی و محکوم‌سازی را در فرد بیمار برمی‌انگیزد و ضربه شدیدی به وضعیت روانشناختی او وارد می‌کند^(۵،۶). در این بیماران حمایت و مراقبت همیشه به دوش خانواده است. خانواده‌ها نه تنها باید مراقبت‌های اولیه را برای بیماران فراهم کنند، بلکه باید بتوانند با علائم بیمار تطابق حاصل نمایند و این علائم و اختلالات را مدیریت و کنترل کنند^(۷-۹). در این بین و با توجه به تأثیرات این بیماری بر چارچوب خانواده قاعدتاً کیفیت زندگی نیز متأثر از آثار آن دچار تغییر می‌گردد^(۱۰،۱۱). کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات و استانداردها و اولویت‌هایشان است^(۱۲). افرادی که از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مراقبت می‌کنند گزارش کرده‌اند که با مشکلاتی مواجه شده‌اند. این افراد کاهش کیفیت زندگی به ویژه زمانی که فشار زیادی را تحمل می‌کنند، محدود شدن کارها و فعالیت‌ها و افزایش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و اختلال‌های روانی تنی زیادی را

گزارش کرده‌اند که توانایی آنها برای مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار داده است^(۱۳). این موضوع مسأله مهمی است به دلیل اینکه حضور و دخالت مراقبینی که جزء اعضای خانواده هستند، برای درمان ایده آل اینگونه بیماران لازم و ضروری است زیرا باعث می‌شود در مورد پذیرش و قبول درمان، تداوم مراقبت و حمایت اجتماعی اطمینانی نسبی برای درمانگر آنها ایجاد شود^(۱۴). در مورد نحوه‌ی ارتباط در این بیماران به صورت گسترده مطالعه شده است^(۱۵). مشکلات اجتماعی طولانی مدت به عنوان یک خصوصیت اصلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شناخته شده است^(۱۶). فقر اجتماعی، نقص در مراقبت از خود و مشکلات عملکردی و از کار افتادگی معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنی در اغلب سیستم‌های تشخیصی است^(۹). در حال حاضر حدوداً یک درصد جامعه جهانی و نیم درصد جامعه ایرانی را بیماران اسکیزوفرنی تشکیل می‌دهند. در این بین و با توجه به تأثیرات این بیماری بر چارچوب خانواده و قاعدتاً کیفیت زندگی آنها در جامعه ی ایرانی، بر اساس آمار جهانی شاخص کیفیت زندگی ارایه شده از ۰ تا ۱۰۰ (متوسط روبه پایین) است که لزوم انجام این پژوهش را ثابت می‌کند^(۱۰،۱۷).

کیفیت زندگی (Quality of Life) یک شاخص چند بعدی و مهم در تعیین تأثیرگذاری بیماری بر بیمار است^(۱۸) و از دو جنبه عینی و ذهنی مورد بررسی قرار می‌گیرد^(۱۹). در این بیماران حمایت و مراقبت همیشه به دوش خانواده می‌افتد. خانواده‌ها نه تنها باید مراقبت‌های اولیه (مراقبت‌های شخصی و حمایت مالی) را برای بیماران فراهم کنند، بلکه باید بتوانند با علائم بیمار سازگاری حاصل نمایند و این علائم و مشکلات را پذیرفته و مدیریت کنند^(۷،۱۷). بیماران مبتلا به مشکلات روان‌شناختی، جزیی از جامعه بوده که متأسفانه کمتر مورد توجه قرار گرفته و اغلب از سوی جامعه طرد می‌شود، گرچه هم اکنون بعد از گذشت مدت زمانی طرح ساماندهی بیماران مبتلا به مشکلات روان مورد بررسی و توجه قرار گرفته ولی هنوز بیماران مبتلا به مشکلات

پرسشنامه‌های عمومی کیفیت زندگی متداول می‌باشد. S-CGQOL در بعضی از ابعاد مانند از نظر تاریخچه و چه از نظر ابزار موجود از جمله پرسشنامه‌هایی چون سلامت جسم و روان- فشار روانی و زندگی روزمره و فشار ماده شبیه پرسش نامه‌های عمومی بوده است، با این حال در پرسشنامه اخیر ابعاد نو و جدیدی هم اضافه شده از جمله رابطه فرد با تیم درمانگر که یکی از نگرانی‌های خاص افراد مراقبت کننده از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است. ارائه و فراهم نمودن فعالیت‌های حمایتی و خدماتی برای خانواده موضوع مهمی است و تنها تمرکز کردن بر روی کاهش علائم بیماری و پیشگیری از عود کردن بیماری کافی نیست بلکه باید برنامه‌های درمانی و مداخله گرانه خانوادگی هم توسط تیم‌های خدمات سلامت ارائه شود^(۲۵). با توجه به اینکه ابزار اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در اسکیزوفرنی قبلاً در کشور ما اعتباریابی نشده و نیاز به اهمیت چنین ابزاری، هدف پژوهش حاضر، تعیین مؤلفه‌های روان‌سنجی نسخه فارسی S-CGQOL بوده است.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه اعتباریابی می‌باشد. جامعه پژوهش شامل تمام مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان تخصصی روانپزشکی و مرکز نگهداری اعصاب و روان تحت پوشش بهزیستی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بوده است. نمونه‌گیری به شیوه مستمر، از ۲۰۰ نفر از مراقبین بیماران مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی در یک بازه‌ی زمانی سه ماهه انتخاب شدند. پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1397.068) از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد نجف آباد و رضایت از شرکت کنندگان، پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL) به همراه یک دفترچه راهنما و دادن توضیحات لازم به مراقبین اصلی (یکی از اعضای اصلی خانواده شامل همسر، پدر، مادر، خواهر یا برادر)

روان‌شناختی در موقعیت بسیار نامناسب بوده و حمایت کافی دریافت نمی‌کنند، خانواده این بیماران مورد غفلت بوده و مراقبین بیمار با مشکلات متعدد مثل نگرش منفی جامعه و به تبع آن روابط اجتماعی ضعیف و مختل دست به گریبان می‌باشند^(۲۲-۲۰). عوامل متعدد زیادی همچون رضایت فردی، محیط فیزیکی، شرایط اقتصادی، فرهنگی، وضعیت سلامتی و عوامل فردی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر گذار است^(۲۳). در اغلب پژوهش‌های صورت گرفته بر تأثیر خانواده بر بروز بیماری‌های روانی توجه شده و کمتر به تأثیر بیمار روانی بر کیفیت زندگی خانواده و کیفیت زندگی مراقبین بیمار مبتلا به مشکلات روان توجه شده است^(۲۴). یک ابزار سنجش بر اساس دیدگاه و نقطه نظر مراقبین و بر اساس یک رویکرد مفهومی می‌تواند یک نوع آوری در حیطه تحقیق در زمینه بیماری اسکیزوفرنی باشد. بررسی و ارزیابی کیفیت زندگی مراقبین می‌تواند در بهبود سلامتی و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، حفظ سلامت مراقبین و توانایی مراقبت کردن آنها از بیمار و ارائه راهکارها و استراتژی‌های مراقبتی جدید بسیار مفید و مؤثر باشد. از این رو پژوهش پیش رو دارای اهمیت می‌باشد^(۲۲). با توجه به این مسأله و اهمیت ارزیابی دقیق کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی، وجود ابزارهای دارای اعتبار ضروری می‌باشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی (The Schizophrenia Caregiver Quality of Life: S-CGQOL) توسط Richieri و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شده و عوامل خانوادگی مهمی را که باید موقع برنامه ریزی‌های مراقبتی برای فرد مبتلا به اسکیزوفرنی در نظر گرفته شود، مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد. S-CGQOL دارای ۲۵ گویه است و ۷ بعد سلامت جسمی و روانی، فشار روانی و زندگی روزانه، ارتباط با همسر، ارتباط با تیم درمانگر روانی، ارتباط با خانواده، ارتباط با دوستان و فشار مواد را می‌سنجد. محتوای S-CGQOL شامل تجربیات مهم مراقبین بیماران اسکیزوفرنی بوده و کاملاً متفاوت از

دهی داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۴ و Amos نسخه ۲۱ شده و با استفاده از شاخص‌های روان‌سنجی شامل تحلیل عامل تأییدی و ضریب همبستگی و آلفای کرونباخ تجزیه و تحلیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها: پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی (The Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire: S-CGQOL): این پرسشنامه توسط Richieri و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شد و عوامل خانوادگی مهمی را که باید موقع برنامه ریزی‌های مراقبتی برای فرد مبتلا به اسکیزوفرنی در نظر گرفته شود مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد. محتوای پرسشنامه S-CGQOL شامل تجربیات مهم بیماران اسکیزوفرنی بوده و کاملاً متفاوت از پرسشنامه‌های عمومی کیفیت زندگی یا ابزار سنجش فشار می‌باشد. نمره گذاری این پرسشنامه با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت هرگز (نمره ۱)، به ندرت (نمره ۲)، گاهی مواقع (نمره ۳)، اغلب (نمره ۴) و همیشه (نمره ۵) است. پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است و ۷ بعد را می‌سنجد. سلامت جسمی و روانی (۵ گویه)، فشار روانی و زندگی روزانه (۷ گویه)، ارتباط با همسر (۳ گویه)، با تیم درمانگر روانی (۳ گویه)، ارتباط با خانواده (۲ گویه)، ارتباط با دوستان (۲ گویه) و فشار مواد (۳ گویه). نمره کل از مجموع این سئوال‌ها به دست می‌آید. نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنی کیفیت زندگی بالاتر است. ضریب آلفای کرونباخ در کل نمونه بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ متغیر است و بیانگر پایایی درونی بالای این مقیاس است که در این مطالعه ترجمه شده است (۳۵).

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهان (World Health Organization Questionnaire Quality of Life: WHOQOL) یکی از ابزارهای عمومی کیفیت زندگی ابزار کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQOL می‌باشد که مفاهیم آن در فرهنگ‌های متفاوت یکسان است (۳۶). مقیاس کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت

تحویل داده شد. از تعداد ۲۰۰ پرسشنامه، ۱۵۵ مورد بازگشت داده شدند. به منظور بررسی پایایی باز آزمایی، از ۴۰ نفر از شرکت کنندگان قبلی خواسته شد تا بعد از مدت زمان ۲ هفته مجدداً بازگشته و به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. از تعداد ۴۰ نفر که در پایایی باز آزمایی شرکت داشتند ۱۳ نفر پرسشنامه‌های خود را بازگردانده‌اند و ۲۷ پرسشنامه نیز در اینجا بعلت پاسخ ندادن به سئوال‌ها فاقد اعتبار بوده است. ملاک‌های ورود به این تحقیق شامل این موارد بوده است: (۱) داشتن فردی در بین اعضای خانواده با تشخیص بیماری اسکیزوفرنی بر اساس DSM.5. (۲) مراقب اصلی بودن فرد مبتلا به اسکیزوفرنی که بر اساس مصاحبه و داشتن نزدیکترین نسبت با بیمار تشخیص داده شد (۳) داشتن رضایت کامل برای شرکت در تحقیق و ملاک خروج عدم پاسخگویی کامل به سئوال‌ها پرسشنامه‌ها بوده است.

پرسشنامه اصلی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی پس از کسب اجازه از طریق پست الکترونیکی با سازنده‌ی آن و کسب رضایت وی به شیوه ترجمه- بازترجمه به فارسی برگردانده شد. به این صورت که ابتدا نسخه اصلی توسط یک مترجم زبان به فارسی برگردانده شد و سپس پرسشنامه فارسی ترجمه شده توسط یک مترجم زبان به انگلیسی بازترجمه شد که نسبت به نسخه‌ی اصلی آگاه بود و سئوال‌اتی که در دو نسخه انگلیسی قبل و بعد از ترجمه تفاوت زیادی داشتند مشخص شده و ویرایش شد. به منظور بررسی روایی صوری، نسخه ترجمه شده به سه متخصص با مدرک دکتری روانشناسی داده شد تا سئوال‌اتی که مفهوم آن دچار ابهام بوده و یا جمله بندی آن مناسب نیست را مشخص کنند. سئوال‌ات ۶-۷-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶ دچار ابهام تشخیص داده شده و به منظور رفع این ابهام جمله بندی سئوال‌ات اصلاح شدند. پس از هماهنگی با مسئول مراکز و بیمارستان‌ها، یک دفترچه که شامل راهنمای پژوهش، پرسشنامه ترجمه شده SCG-QOL، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (به منظور بررسی روایی همگرا) به مراقبین جهت پاسخ

پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

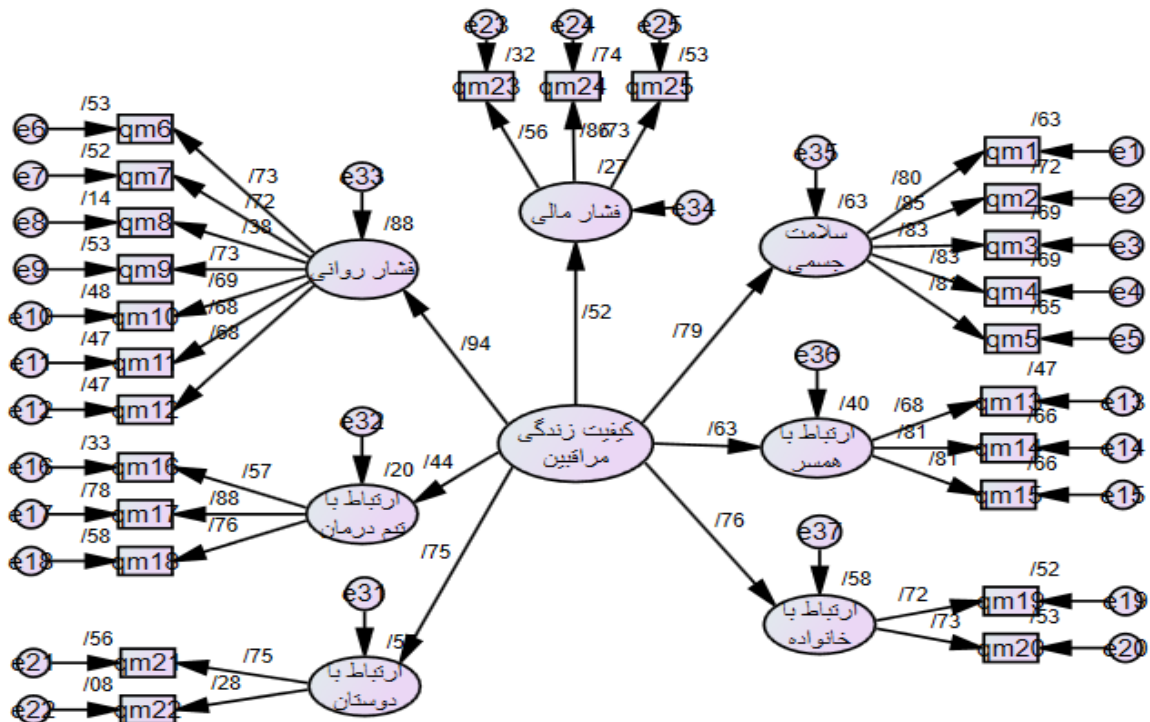
یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی مراقبان ۴۱/۶۶ سال با انحراف استاندارد ۱۱/۷۴ سال بوده و میانگین سنی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ۴۳/۰۹ سال با انحراف استاندارد ۱۵/۴۷ سال بوده است ($P > ۰/۰۵$). از این تعداد ۷۰ نفر زن (۴۵/۲ درصد) و ۸۵ نفر مرد (۵۴/۸ درصد)، ۴۸ نفر مجرد (۳۱ درصد) و ۱۰۷ نفر متأهل (۶۹ درصد) و به لحاظ تحصیلات ۵۳ نفر سیکل و کمتر (۳۴/۲ درصد)، ۵۳ نفر دیپلم (۳۴/۲ درصد) و ۴۱ نفر کارشناسی (۲۶/۵ درصد) و ۸ نفر کارشناسی ارشد به بالا (۱۰/۲ درصد) بودند.

روایی سازه

برای بررسی روایی سازه مقیاس کیفیت زندگی مراقبین با توجه به اینکه سئوال‌ات و نظریه پشتیبان ساخت مقیاس مشخص و معین است از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. بدین جهت ابتدا مدل پیشنهادی مقیاس کیفیت زندگی مراقبین در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.

جهانی پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سئوال‌ات با فرم ۲۶ سئوالی بوجود آمده که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این فرم دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. گویه‌های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. در بررسی گویه‌های نسخه کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان داده شده که نمره ۴ حیطه بسیار شبیه نسخه بلند WHOQOL می‌باشد. این شباهت تا ۰/۹۵ گزارش شده است. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس بدست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سئوالی این پرسشنامه ساخته شد. پایایی نسخه خارجی نمره کل پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ بین ۰/۵۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است^(۲۶). پایایی نمره کل پرسشنامه در



شکل شماره ۱: مدل برازش شده مقیاس کیفیت زندگی مراقبین اسکیزوفرنی

زندگی روزمره با هفت سؤال، ارتباط با همسر با سه سؤال، ارتباط با تیم درمانگر با سه سؤال، ارتباط با خانواده با دو سؤال، ارتباط با دوستان با دو سؤال و فشار مالی با دو سؤال مورد برازش قرار گرفته‌اند. بارهای عملی استاندارد شده، S.E. (خطای استاندارد)، C.R. (نسبت بحران) و سطح معنی‌داری ضرایب در جدول شماره ۱ آورده شده است.

در این معادله ساختاری سئوال‌ات مربوط به هر عامل با پیکان به مؤلفه مربوطه متصل شده است. ضرایب بار هر سؤال بالای پیکان آورده شده است. همچنین با رسم پیکان‌هایی از مقیاس کل کیفیت زندگی مراقبین به مؤلفه های مقیاس، تحلیل عاملی مرتبه دوم نیز رسم و مورد برازش قرار گرفته است. با توجه به مدل پیشنهادی عاملی سلامت جسمی و روانی با پنج سؤال، فشار روانی و

جدول شماره ۱: بارهای عاملی استاندارد شده خطای استاندارد میانگین و نسبت بحران و سطح معنی‌داری سئوال‌ات

عامل	سئوال‌ات	بار عاملی	خطای استاندارد	نسبت بحران	سطح معنی‌داری
	آیا شما احساس ناراحتی و افسردگی می‌کنید؟	۰/۷۹			
سلامت	آیا شما احساس خستگی زیاد می‌کنید	۰/۸۴	۰/۰۸۰	۱۴/۸۴	۰/۰۱
جسمی و	آیا شما احساس فرسودگی می‌کنید؟	۰/۸۳	۰/۰۷۳	۱۴/۰۸	۰/۰۱
روانی	آیا حس کرده‌اید که خسته و ناتوان شده‌اید؟	۰/۸۳	۰/۰۸۱	۱۴/۰۴	۰/۰۱
	آیا احساس می‌کنید انرژی خود را از دست داده‌اید؟	۰/۸۰	۰/۰۷۹	۱۳/۸۵	۰/۰۱
	آیا مجبور شده‌اید انجام کارهایی که خیلی به آنها علاقه داشته‌اید ترک کنید؟	۰/۷۲			
	آیا شما مجبور به کاهش زمان اختصاص داده شده به فعالیت‌های اوقات فراغت خود شده اید (کارهایی مثل بیرون رفتن، باغبانی، خرید، کارهای فردی و...)	۰/۷۲	۰/۱۰۸	۱۰/۰۰	۰/۰۱
فشار	آیا شما از اینکه فرزندتان را برای شرکت در فعالیت‌های روزمره یا زندگی حرفه‌ای خود ترک کرده‌اید خجالت کشیده‌اید؟	۰/۳۷	۰/۱۱۵	۵/۳۹	۰/۰۱
روانی و	آیا شما این احساس را داشته‌اید که زمان کافی برای بقیه خانواده خود اختصاص نداده‌اید؟	۰/۷۲	۰/۱۱۰	۰۹/۹۴	۰/۰۱
زندگی	آیا شما احساس کرده‌اید که فردی آزاد نیستید؟	۰/۶۹	۰/۱۰۴	۹/۶۷	۰/۰۱
روزمره	آیا به حال احساس کرده‌اید که گرفتار یک زندگی روزمره و تکراری شده‌اید؟	۰/۶۸	۰/۱۱۴	۹/۶۱	۰/۰۱
	آیا در برنامه ریزی برای شغل یا زندگی روزمره خود دچار مشکل شده‌اید؟	۰/۶۸	۰/۱۱۵	۹/۹۰	۰/۰۱
	آیا از جانب همسران کمک و پشتیبانی شده‌اید؟	۰/۶۸			
ارتباط با	آیا همسران به شما گوش داده و شما را درک کرده است؟	۰/۸۱	۰/۱۰۴	۱۰/۱۰	۰/۰۱
همسر	آیا شما زندگی عاطفی و زناشویی رضایت بخشی داشته اید؟	۰/۸۱	۰/۱۱۹	۱۰/۳۱	۰/۰۱
	آیا پزشکان و پرستاران به حرف شما گوش داده و شما را درک کرده‌اند؟	۰/۵۷			
ارتباط با	آیا پزشکان و پرستاران به شما کمک کرده و از شما حمایت کرده‌اند؟	۰/۸۸	۰/۱۲۵	۱۰/۱۱	۰/۰۱
تیم					
درمانگر					

۰/۰۱	۸/۲۳	۰/۰۹۶	۰/۷۵	آیا از اطلاعات داده شده توسط پزشکان و پرستاران راضی هستید؟
۰/۰۱	۸/۰۱	۰/۱۲۷	۰/۷۲	ارتباط با خانواده آیا توسط خانواده خود کمک و حمایت شده‌اید؟ آیا خانواده شما به شما گوش کرده و شما را درک می‌کنند؟
۰/۰۱	۳/۰۵	۰/۹۴۹	۰/۲۸	ارتباط با دوستان آیا دوستانتان به شما کمک کرده و از شما حمایت می‌کنند؟ آیا دوستان شما به شما گوش کرده و شما را درک می‌کنند؟
۰/۰۱	۷/۷۸	۰/۲۱۸	۰/۵۶	آیا زمانی که به دپارتمان‌ها و بخش‌های اجرایی مراجعه می‌کنید به خاطر بیماری فرزندتان با مشکل مواجه می‌شوید؟
۰/۰۱	۷/۵۹	۰/۲۰۳	۰/۷۲	فشار مالی آیا به خاطر بیماری فرزندتان با مشکل مالی مواجه شده‌اید؟ آیا با مشکلات دیگری مواجه بوده‌اید مثل اجاره کردن خانه و یا حمل و نقل؟

با توجه به جدول شماره ۱ تمامی مقادیر ضرایب همبستگی سئوال‌ها با عامل‌های مربوطه در سطح مطلوبی قرار دارد و بیشتر از ۰/۳۰ می‌باشد، به جز سئوال ۲۲ که به این علت که مؤلفه ارتباط با دوستان تنها از دو سئوال تشکیل شده است امکان حذف سئوال نبوده است و بهتر

است سئوال کمی تغییر کند. با این وجود تمامی بارهای عاملی سئوال‌ها نسبت به مؤلفه‌های مربوطه به خود در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است. در ادامه شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی تأییدی مدل نهایی در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول شماره ۲: شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی تأییدی

آزمون کای اسکوئر		شاخص برازندگی							
سطح معنی‌داری	درجه آزادی	مقدار	RMSEA	CFI	NFI	IFI	TLI	AGFI	GFI
۰/۰۷	۲۶۸	۸/۵۵	۰/۰۸	۰/۹۲	۰/۸۸	۰/۹۲	۰/۹۰	۰/۸۷	۰/۸۹

زندگی مراقبین را برآورد نمایند. همچنین خطای اندازه‌گیری برازش برابر با ۱/۶۷ است.

روایی همزمان

جهت بررسی روایی همزمان مقیاس کیفیت زندگی مراقبین، همزمان با توزیع مقیاس بر روی اعضای گروه نمونه، مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی نیز به افراد داده و این مقیاس نیز مورد سنجش قرار گرفت. پس از تکمیل دو نسخه پرسشنامه در جدول شماره ۳ به

با توجه به شاخص‌های برازش آورده شده در جدول شماره ۲ می‌توان بیان داشت که برخی از شاخص‌ها از ۰/۹۰ کمی پایین است اما با توجه به اینکه نزدیک به ۰/۹۰ می‌باشد مدل ساختاری پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است و سئوال‌ها به خوبی توانسته‌اند عامل‌های مربوطه را برازش نمایند. همچنین با توجه به تحلیل عاملی مرتبه دوم هفت عامل سلامت جسمی و روانی، فشار روانی و زندگی روزمره، ارتباط با همسر، ارتباط با تیم درمانگر، ارتباط با خانواده، ارتباط با دوستان و فشار مالی نیز به خوبی توانسته بودند مقیاس کل کیفیت

بررسی ضریب همبستگی پیرسون نمرات کل و مؤلفه‌های آن‌ها پرداخته شده است.

جدول شماره ۳: ضرایب همبستگی مقیاس کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی با مقیاس کیفیت زندگی

مقیاس	کل کیفیت زندگی	سلامت جسمی	سلامت روان	روابط اجتماعی	محیط زندگی
کل کیفیت زندگی مراقبین	+۰/۵۶**	+۰/۳۸**	+۰/۴۲**	+۰/۵۱**	+۰/۵۰**
سلامت جسمی	+۰/۴۸**	+۰/۳۸**	+۰/۳۹**	+۰/۴۳**	+۰/۳۸**
فشار روانی	+۰/۵۴**	+۰/۳۵**	+۰/۴۵**	+۰/۴۸**	+۰/۴۹**
ارتباط با همسر	+۰/۲۹**	+۰/۱۳*	+۰/۲۰**	+۰/۲۹**	+۰/۲۸**
ارتباط با درمانگر	+۰/۲۰**	+۰/۱۴*	+۰/۱۷**	+۰/۲۵**	+۰/۱۳*
ارتباط با خانواده	+۰/۳۶**	+۰/۲۵**	+۰/۲۸**	+۰/۳۶**	+۰/۳۰**
ارتباط با دوستان	+۰/۳۱**	+۰/۳۶**	+۰/۲۰**	+۰/۲۵**	+۰/۲۱**
فشار مالی	+۰/۳۵**	+۰/۱۵*	+۰/۱۷**	+۰/۲۷**	+۰/۴۵**

**P<۰/۰۵ *P<۰/۰۱

خانواده، ارتباط با دوستان و فشار مالی نیز رابطه معنی داری با مقیاس کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، محیط زندگی داشته‌اند (P<۰/۰۵).

پایایی بازآزمایی

جهت محاسبه پایایی بازآزمایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی از ضریب همبستگی بین اجرای اول مقیاس کیفیت زندگی مراقبین با اجرای دوم که بعد از ۱۴ روز بر روی تعدادی از افراد گروه نمونه مجدد اجرا شده استفاده شده است. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون اجرای اول و دوم در جدول شماره ۴ آورده شده است.

با توجه به جدول شماره ۳ می‌توان بیان داشت که خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی رابطه معنی داری با مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی داشته است، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. همین طور در پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی، نمرات بالاتر به معنی کیفیت زندگی بالاتر است (که لذا ضرایب به دست آمده مثبت هستند). ضریب همبستگی نمره کل مقیاس کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی با مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی برابر با ۰/۵۶ بوده است. همچنین مؤلفه‌های سلامت جسمی و روانی، فشار روانی و زندگی روزمره، ارتباط با همسر، ارتباط با تیم درمانگر، ارتباط با

جدول شماره ۴: ضرایب همبستگی پایایی بازآزمایی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین

مقیاس	میانگین	انحراف معیار	ضریب پایایی بازآزمایی	خطای معیار اندازه گیری
نمره کل کیفیت زندگی مراقبین	۶۵/۹۲	۱۷/۳۸	۰/۹۶**	۳/۳۸
سلامت جسمی	۱۳/۵۴	۵/۰۱	۰/۹۳**	۱/۳۲
فشار روانی	۱۹/۶۵	۶/۰۳	۰/۹۷**	۱/۰۳
ارتباط با همسر	۷/۱۴	۳/۴۷	۰/۸۹**	۱/۱۶
ارتباط با درمانگر	۷/۰۰	۲/۹۶	۰/۹۴**	۰/۷۳
ارتباط با خانواده	۴/۷۸	۲/۰۳	۰/۹۰**	۰/۶۳
ارتباط با دوستان	۵/۱۰	۱/۹۰	۰/۷۸**	۰/۸۹
فشار مالی	۸/۶۷	۳/۱۸	۰/۹۲**	۰/۸۴

**P<۰/۰۵ *P<۰/۰۱

اختلال اسکیزوفرنی انجام شد. بر اساس نتایج کلی پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نمره کل مقیاس کیفیت زندگی مراقبین با مؤلفه‌های سلامت جسمی و روانی، فشار روانی و زندگی روزمره، ارتباط با همسر، ارتباط با تیم درمانگر، ارتباط با خانواده، ارتباط با دوستان و فشار مالی طبق روش تحلیل عاملی تأییدی از برازش مطلوبی برخوردار است و سئوال‌ها به خوبی توانسته‌اند عامل‌های مربوط به خود را برازش نمایند و تنها یک سئوال (سئوال ۲۲) نیاز به کمی اصلاح برای برازش بهتر مؤلفه‌ی ارتباط با دوستان بوده است. با توجه به تأیید تحلیل عاملی تأییدی و همسانی درونی مقیاس کیفیت زندگی مراقبین می‌توان بیان داشت که نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی از روایی سازه و برازش معنی‌داری برخوردار است. نتایج این پژوهش با نتایج پرسشنامه اصلی Richieri و همکاران همخوان می‌باشد. در همین راستا حارث آبادی و همکاران در سال ۱۳۹۱ پژوهشی تحت عنوان فشار روانی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان امام رضا در بجنورد انجام داده و به این نتیجه رسیده‌اند که مراقبت از بیمار در خانه بار روانی زیادی را به خانواده تحمیل کرده و سلامت روانی مراقبین را به مخاطره می‌اندازد و می‌تواند کیفیت مراقبت را مختل کند. همچنین Magliano و همکاران در سال ۲۰۰۵ در یک مطالعه که در آن عذاب ناشی از مراقبت یک بیمار مزمن در دو گروه اسکیزوفرنی و بیماری‌های جسمانی مزمن مانند بیماری‌های ریوی و قلبی و مغزی مقایسه شده، نشان دادند که عذاب عینی در هر دو گروه بالاست و همچنین در این مقاله اشاره شده که مراقبین بیماران اسکیزوفرنی که حمایت اجتماعی کمتری داشتند عذاب بیشتری گزارش کرده‌اند. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت اسکیزوفرنی از اختلالات روانپزشکی است که در یک درصد افراد جامعه دیده می‌شود و به گونه‌ای است که بیماران را دچار آسیب‌هایی در زندگی شخصی، اجتماعی و خانوادگی می‌کند. در این بیماران حمایت و مراقبت

با توجه به جدول شماره ۴ نتایج ضریب همبستگی اجرای مجدد آزمون نشان داد که نمرات اجرای اول آزمون با اجرای دوم مقیاس کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی همبستگی معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$).

پایایی درونی

نتایج پایایی درونی پرسشنامه در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول شماره ۵: ضرایب پایایی مقیاس کیفیت زندگی مراقبین و مؤلفه‌های آن

مقیاس	آلفای کراباخ	دو نیمه کردن
کل کیفیت زندگی مراقبین	۰/۹۲	۰/۷۸
سلامت جسمی	۰/۹۱	۰/۸۹
فشار روانی	۰/۸۴	۰/۸۰
ارتباط با همسر	۰/۸۱	۰/۸۳
ارتباط با درمانگر	۰/۷۸	۰/۷۹
ارتباط با خانواده	۰/۶۹	۰/۶۹
ارتباط با دوستان	۰/۵۴	۰/۵۳
فشار مالی	۰/۷۴	۰/۷۵

با توجه به جدول شماره ۵ ضریب پایایی مقیاس کل کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ و با روش دو نیمه کردن برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و ضریب پایایی دو نیمه کردن مؤلفه‌های مقیاس کیفیت زندگی مراقبین از سطح بسیار خوبی برخوردار است که نشان دهنده ثبات خوب نمرات آزمون است. البته ضریب پایایی مؤلفه رابطه با دوستان نسبتاً پایین است که نشان دهنده مطلوب نبودن سئوال‌ها مربوط به این خرده مقیاس است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مؤلفه‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به

طبق نتایج جدول شماره ۵، ضریب پایایی مقیاس کیفیت زندگی مراقبین بیماران افسردگی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ و با روش دو نیمه کردن برابر با ۰/۷۸ است که نشان دهنده‌ی ثبات خوب نمرات آزمون است. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان بیان داشت که نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی از پایایی درونی خوبی برخوردار است. این فرضیه با مطالعات Richieri و همکاران^(۲۵) همخوان می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت از آنجایی که مقیاس‌هایی که در پژوهش‌های بالینی به کار می‌روند بایستی دارای پایایی بیشتری نسبت به پژوهش‌های غیر بالینی باشند و ضریب آلفای آنها اغلب باید بزرگتر از ۰/۷ باشد و به دلیل اینکه ضریب پایایی بیشتر مؤلفه‌ها نسبتاً بالا است، بنابراین نشان دهنده این است که این پرسشنامه از پایایی درونی نسبتاً بالایی برخوردار است اما ضریب پایایی مؤلفه با دوستان نسبتاً پایین است، این نشان دهنده مطلوب نبودن سئوالات با این خرده مقیاس است که یا باید برای افزایش پایایی این مؤلفه به بهبود و تصحیح سئوالات ۲۱ و ۲۲ پرداخت و چون مقدار ضریب آلفای کرونباخ یک مقیاس با افزایش تعداد گویه‌های آن مؤلفه افزایش می‌یابد، بنابراین افزایش تعداد گویه‌های خرده مقیاس ارتباط با دوستان راهی برای سوق دادن ضریب آلفای آن به سمت یک مقدار قابل قبول است یا ممکن است برآوردی از مقدار آلفا با حذف یک گویه خاص بهبود یابد. این شاخص راهی برای حذف گویه‌های ناهمگون با سایر گویه‌های تشکیل دهنده یک مقیاس فراهم می‌آورد و همبستگی ضعیف بین گویه و کل مقیاس نشان دهنده گویه‌ای است که می‌تواند کاندیدای حذف باشد، بنابراین می‌توان گویه ارتباط با دوستان را نیز حذف کرد. به طور کلی تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی مراقبین به غیر از ارتباط با دوستان دارای گویه‌های بیشتر هستند، بنابراین پایایی بیشتری دارند.

با توجه به نتایج کلی پژوهش، بین ضریب همبستگی اجرای مجدد آزمون همبستگی بالایی وجود دارد. نتایج

همیشه به دوش خانواده می‌افتد. خانواده‌ها نه تنها باید مراقبت‌های اولیه را (مراقبت‌های شخصی و حمایت مالی) را برای بیماران فراهم کنند بلکه باید بتوانند با علائم بیمار تطابق حاصل نمایند و این علائم و اختلالات را مدیریت و کنترل کنند. بار تحمیل شده بیماری به خانواده شامل مشکلات جسمانی، روانی و اقتصادی است که به وسیله فردی که از بیمار خانواده خود در خانه مراقبت می‌کند تجربه می‌شود و بنابراین کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد^(۲۷). برای سنجش کیفیت زندگی این افراد پرسشنامه‌ایی تهیه شده که تمام بارهای عاملی سئوالات نسبت به مؤلفه‌های مربوط به خود معنی دار است و هم چنین بارهای عاملی در مرتبه دوم برای تمامی مؤلفه‌ها در سطح خوبی قرار دارد و توانسته‌اند به خوبی نمره کل مقیاس کیفیت زندگی را تبیین کنند. هم چنین سئوالات بخوبی توانسته‌اند عامل‌های مربوط به خود را برازش کنند.

طبق نتایج جدول شماره ۳ بین مقیاس کیفیت زندگی مراقبین همبستگی نمره کل مقیاس کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی با مقیاس کیفیت زندگی برابر با ۰/۵۶ بوده است. هم چنین مؤلفه‌های سلامت جسمی و روانی، فشار روانی و زندگی روزمره، ارتباط با همسر، ارتباط با تیم درمانگر، ارتباط با خانواده، ارتباط با دوستان و فشار مالی نیز رابطه قوی و مستقیمی با مقیاس کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و زندگی داشته‌اند. با توجه به نتایج بیان شده و وجود رابطه معنی‌دار و قوی بین دو نسخه فارسی کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی با نسخه جهانی مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می‌توان بیان داشت که نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی از روایی همزمان معنی‌دار برخوردار است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت شدت رابطه بدین جهت است که نمرات مقیاس کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی و مؤلفه‌های آن به صورت مستقیم تفسیر می‌شود.

اصلی مطابقت دارد و از آن می‌توان به عنوان یک ابزار سنجش کیفیت زندگی معتبر در ایران استفاده کرد. انجام این تحقیق همانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بود که هنگام تفسیر نتایج باید مد نظر قرار بگیرد. یافته‌های مطالعه حاضر مربوط به مراقبین بیماران اسکیزوفرنی است، پیشنهاد می‌شود پایایی باز آزمایی این پرسش‌نامه در فواصل طولانی‌تر بیش از دو هفته بررسی گردد.

تعارض منافع: هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان بیان نشده است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از کارکنان اجرایی و درمانی تمام بیمارستان‌های دارای بخش روانپزشکی و برخی مراکز روزانه و شبانه روزی اعصاب و روان تحت پوشش بهزیستی شهر اصفهان که نهایت همکاری را با پژوهشگران داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌نمایند. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد می‌باشد.

این فرضیه با نتایج پرسشنامه اصلی Richieri و همکاران^(۲۵) همخوان می‌باشد (در هر دو پژوهش ضرایب همبستگی بازآزمایی معنی‌دار بوده‌اند). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که برخی از عوامل از جمله آشنایی آزمون‌شوندگان با محتوای سئوال‌ات، تعیین فاصله زمانی کوتاه دو هفته‌ای و همچنین برخی خصوصیات و تغییر خلق مراقبین ممکن است بر پایایی تأثیرگذار بوده است. بدین صورت که اثر حافظه (یادآوری سئوال‌ات در آزمون که سبب ایجاد نوعی خطای همبستگی یا غیر تصادفی شده و باعث بالا رفتن همبستگی نمرات آزمون با باز آزمون می‌شود که ممکن است پایایی را بالا برده باشد. هر چند اثر خستگی و اثرات ناشی از تغییرات واقعی تأثیری در طول این دوره تأثیری بر پایایی نداشته است. به همین دلیل نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی از پایایی بازآزمایی برخوردار است. از طرفی ممکن است که به دلیل اینکه آزمون دوم با آزمون اول هم‌تا بوده است. بنابراین این خود بر پایایی مؤثر بوده است و فاصله زمانی اجرای فرم‌های هم‌تا زیاد نبوده است بنابراین تغییرات زیادی در ضریب پایایی بازآزمایی مشاهده نشد. با توجه به نتایج تحلیل عاملی و پایایی نسبتاً مناسب پرسشنامه می‌توان اظهار داشت که نسخه فارسی ترجمه شده با مؤلفه‌های روان‌سنجی ابزار

References

1. Zauszniewski JA, Bekhet AK. Factors associated with the emotional distress of women family members of adults with serious mental illness. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014;28(2):102-7.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. New York: Wolters Kluwer; 2014.
4. Momeni F, Raghidoost S. The Relation between Language and Thought in Auditory Verbal Hallucination and Delusional Speech of Schizophrenic Patients: The Analytic Philosophy Perspective. *Journal of Zabanshenakht* ;2014,4(8):165-78. [Persian]
5. Azad H. Psychological Pathology, Tehran: Besat; 2013. [Persian]
6. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J. Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(3):280.
7. Haresabadi M, Bibak B, Bayati M, Arki M, Akbari H. Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia admitted in Imam Reza Hospital-Bojnurd 2010. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012;4(2):165-71. [Persian]

8. Bulger MW, Wandersman A, Goldman CR. Burdens and gratifications of caregiving: Appraisal of parental care of adults with schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry*. 1993;63(2):255-65.
9. Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren S, Mete L. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Turk Psikiyatri Derg*. 2010;21(3):203-12.
10. Esmkhani M, Khalkhali HR, Ahangarzadeh Rezaei S. The Effect of Adherence to Treatment Intervention Program on the Quality of Life of Schizophrenia Patients. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017;15(8):595-604. [Persian]
11. Chou KR. Caregiver burden: a concept analysis. *J Pediatr Nurs*. 2000;15(6):398-407.
12. Pasdar Y, Eizadi N, Safari R. Effective factors on the quality of life in female students of Kermanshah university of medical sciences. *Journal of Ilam university of medical sciences*. 2013;21(6):33-41. [Persian]
13. Bulger MW, Wandersman A, Goldman CR. *Burdens and gratifications of caregiving: David E. Biegel* (Doctoral dissertation, Ph. D., et al. 165).
14. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25(5):339-49.
15. Rochester S. Crazy talk: A study of the discourse of schizophrenic speakers. Springer Science & Business Media; 2013 Apr 17.
16. Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, Carcione A, Nicolò G. Metacognition within narratives of schizophrenia: associations with multiple domains of neurocognition. *Schizophrenia research*. 2007;93(1-3):278-87.
17. Sass LA. Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (current issues, new directions). *Schizophrenia research*. 2014;152(1):5-11.
18. Chime N, Malakoti SK, Pennaghi L, Ahmadabadi Z, Nojomi M, Ahmadi Tonekaboni A. Factors affecting burnout and mental health among caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of Family Research*. 2008;4(15):277-92. [Persian]
19. Hosseiniamin, SN, Seyyed Mirzaei SM, Edrisi A. A Study of the Quality of Life and Factors Affecting It (Case Study: Citizens of Tehran). *Quarterly of Welfare and Social Development Planning*. 2016,7(27):34-47. [Persian]
20. Rabbani Khorasgani A, Kianpour M. The proposed model for measuring the quality of life, *Journal of the Faculty of Literature and Humanities*. 1998;15(4):67-108. [Persian]
21. Ghaffari GH, Omid R. Quality of life, social development Index. Tehran: Publication headband. 2009. [Persian]
22. Azimi L, Bajlan A. Quality of Life Studies. Arak: Nevisande; 2009. [Persian]
23. Bond, J, Corner, L. The Quality of Life and the Elderly. Translator Seyyed Hossein Mohagheghi Kamal. Tehran:Tehran University; 2014. [Persian]
24. Bahmani B, Tamadoni M, Asgari M. Quality of life and its relation with religious attitude and academic performance of students of Islamic Azad University, South of Tehran. *Journal of Teb and Tazkiye*. 2004;(53):32-44. [Persian]
25. Richieri R, Boyer L, Reine G, Loundou A, Auquier P, Lancon C, Simeoni MC. The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL): development and validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2011;126(1-3):192-201.
26. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell K2. 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*. 2004;13(2):299-310.
27. Goldenberg H, Goldenberg I, Family therapy:An overview, 8th ed. United states of America:cengage learning; 2012. P:2-4.

پیوست‌ها

هنجاریابی نسخه‌ی فارسی پرسش نامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران واجد تشخیص اسکیزوفرنی

نام:	سن:	وضعیت تأهل:	تحصیلات:	شغل:
نسبت با بیمار:	وضعیت تأهل بیمار:	شغل بیمار:	تعداد فرزندان بیمار:	شغل:
نوع بستری:				

ردیف	سؤالات	گزینه‌ها
		هرگز / بندرت / گاهی مواقع / اغلب / همیشه / اصلا / کمی / تا حدودی / زیاد / خیلی زیاد
۱	آیا شما احساس ناراحتی و افسردگی می‌کنید؟	
۲	آیا شما احساس خستگی زیاد می‌کنید؟	
۳	آیا شما احساس فرسودگی می‌کنید؟	
۴	آیا حس کرده‌اید که خسته و ناتوان شده‌اید؟	
۵	آیا احساس می‌کنید انرژی خود را از دست داده‌اید؟	
۶	آیا مجبور شده‌اید انجام کارهایی که خیلی به آنها علاقه داشته‌اید ترک کنید؟	
۷	آیا شما مجبور به کاهش زمان اختصاص داده شده به فعالیت‌های اوقات فراغت خود شده‌اید (کارهایی مثل بیرون رفتن، باغبانی، خرید، کارهای فردی و...)	
۸	آیا شما از اینکه فرزندان را برای شرکت در فعالیت‌های روزمره یا زندگی حرفه‌ای خود ترک کرده‌اید خجالت کشیده‌اید؟	
۹	آیا شما این احساس را داشته‌اید که زمان کافی برای بقیه خانواده خود اختصاص نداده‌اید؟	
۱۰	آیا شما احساس کرده‌اید که فردی آزاد نیستید؟	
۱۱	آیا به حال احساس کرده‌اید که گرفتار یک زندگی روزمره و تکراری شده‌اید؟	
۱۲	آیا در برنامه ریزی برای شغل یا زندگی روزمره خود دچار مشکل شده‌اید؟	
۱۳	آیا از جانب همسران کمک و پشتیبانی شده‌اید؟	
۱۴	آیا همسران به شما گوش داده و شما را درک کرده است؟	
۱۵	آیا شما زندگی عاطفی و زناشویی رضایت بخشی داشته‌اید؟	
۱۶	آیا پزشکان و پرستاران به حرف شما گوش داده و شما را درک کرده‌اند؟	
۱۷	آیا پزشکان و پرستاران به شما کمک کرده و از شما حمایت کرده‌اند؟	
۱۸	آیا از اطلاعات داده شده توسط پزشکان و پرستاران راضی هستید؟	
۱۹	آیا توسط خانواده خود کمک و حمایت شده‌اید؟	
۲۰	آیا خانواده شما به شما گوش کرده و شما را درک می‌کنند؟	
۲۱	آیا دوستانتان به شما کمک کرده و از شما حمایت می‌کنند؟	
۲۲	آیا دوستان شما به شما گوش کرده و شما را درک می‌کنند؟	
۲۳	آیا زمانی که به دپارتمانها و بخش‌های اجرایی مراجعه می‌کنید به خاطر بیماری فرزندان با مشکل مواجه می‌شوید؟	
۲۴	آیا به خاطر بیماری فرزندان با مشکل مالی مواجه شده‌اید؟	
۲۵	آیا با مشکلات دیگری مواجه بوده‌اید مثل اجاره کردن خانه و یا حمل و نقل؟	

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت

نام: سن: وضعیت تأهل: تحصیلات: شغل: تاریخ:

سئوالات زیر را به دقت بخوانید و اولین گزینه‌ای که به ذهنتان می‌رسد علامت بزنید.

جملات	بسیار بد	بد	متوسط	خوب	بسیار خوب
۱ کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید	۱	۲	۳	۴	۵
۲ چقدر از وضعیت سلامتی خودتان رضایت دارید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
چقدر موارد خاص و مورد نظر را در چهار هفته پیش تجربه کرده اید؟	اصلاً	یک کمی	متوسط	خیلی زیاد	حداکثر ممکن
۳ چقدر درد جسمانی مانع انجام کارهای مورد نظرتان می‌گردد؟	۵	۴	۳	۲	۱
۴ چقدر برای فعالیت‌های روزمره نیازمند درمان پزشکی هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۵ چقدر از زندگی خود لذت می‌برید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۶ چقدر احساس می‌کنید زندگی شما معنی دار است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۷ چقدر قادر به تمرکز هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۸ چقدر در زندگی روزمره خود احساس امنیت می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۹ چقدر محیط اطراف شما سالم است؟	۱	۲	۳	۴	۵
در ۴ هفته اخیر امور را چگونه تجربه کردید و قادر به انجام چه چیزهایی بودید؟	اصلاً	کمی	متوسط	اکثراً	کاملاً
۱۰ آیا برای زندگی روزمره خود انرژی کافی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱ آیا از ظاهر خودتان راضی هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲ آیا برای رفع نیازهای خود پول کافی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳ چقدر به اطلاعات روزمره مورد نیاز خود دسترسی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴ به چه میزان امکان فعالیت‌های تفریحی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵ چقدر می‌توانید جابه‌جا شوید و تحرک داشته باشید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶ چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱۷ چقدر از توانایی‌های خود در انجام فعالیت‌های روزمره راضی هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸ چقدر از توانایی‌های خود برای کار کردن (اشتغال) رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹ چقدر از خودتان رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰ چقدر از روابط شخصی خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱ چقدر از روابط عاطفی با همسر یا دیگران رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲ چقدر از حمایتی که از دوستان و فامیل دریافت می‌کنید رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳ چقدر از شرایط محل سکونت خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴ چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی درمانی رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵ چقدر از وضعیت رفت و آمد خود احساس رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶ چقدر دچار حالاتی مانند غمگینی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می‌شوید؟	هرگز	بندرت	نسبتاً	اکثراً	همیشه
	۵	۴	۳	۲	۱