پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال نهم، شماره ۲، ۱۳۸۸ / ۱۵۴-۱۴۵
Research on Exceptional Children, 2009, Vol.9, No. 2, 145-154

بررسی ویژگیهای روانسنجی نشانگر بهزیستی شخصی _ مقیاس ناتوانیهای شناختی

دکتر علیرضا آقایوسفی[1*]، دکتر احمد علی پور[2]، نسیم شریف[3]

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۱۲ تجدید نظر: ۸۷/۱۱/۵ پذیرش نهایی۸۸//۲/۱۵

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور برآورد پایایی و روایی نشانگر بهزیستی شخصی _ مقیاس نارساییهای شناختی کامینز و لاو در کودکان کم‌توان ذهنی اجرا شده است. **روش**: در این مطالعه مجموعا ۳۵۶ نفر از کودکان کم‌توان ذهنی در دو شهر تهران و همدان برای در نظر گرفتن دو نمونهٔ نسبتاً برخوردار در شمال شهر تهران و یک نمونه در خارج از مرکز کشور به عنوان نمونهٔ کمتر برخوردار انتخاب شدند که از این تعداد ۲۰۰ نفر در شمال شهر تهران مناطق (۳،۲،۱) با روش نمونه گیری تصادفی نظام‌دار و ۱۵۶ نفر در شهر همدان با روش سرشماری مورد آزمون قرارگرفتند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای حصول پایایی مقیاس و رگرسیون چند متغیرهٔ خطی برای دست‌یابی به روایی مقیاس تحلیل شدند. **یافته‌ها**: نتایج نشان داده است که نشانگر بهزیستی شخصی _ مقیاس ناتوانیهای شناختی در کودکان کم‌توان ذهنی دارای پایایی و روایی مطلوبی می‌باشد و این نشانگر با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸۹ پایا بوده و همچنین در بررسی روایی ۷۸/۵٪ از پراکنش رضایت کلی از زندگی توسط حیطه‌های این نشانگر تبیین می‌شود. بر پایهٔ توصیهٔ سازندهٔ مقیاس، توانایی پیش‌بینی واریانس رضایت کلی از زندگی توسط حیطه‌های ۷ گانه در تحلیل رگرسیون حاکی از روایی آن است. **نتیجه‌گیری**: نشانگر بهزیستی شخصی ـ مقیاس ناتوانیهای شناختی برای اندازه‌گیری بهزیستی شخصی در جامعه کودکان کم‌توان ذهنی کارایی مناسبی دارد و پیشنهاد می‌شود که کارشناسان مربوطه و مشاوران محترم در زمینه کودکان استثنایی از این نشانگر در برآورد بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: *نشانگر بهزیستی شخصی، پایایی، روایی، ناتوانیهای شناختی*

مقدمه

در طی قرنها مردم در جستجوی زندگی خوب بوده‌اند و در این جست‌وجو سؤال اصلی این بود که کیفیت زندگی ویژه چیست؟ داشتن یک زندگی با کیفیت مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده و هست و در طی سالیان متمادی یافتن مفهوم زندگی خوب[1] و چگونگی دستیابی به آن، افکار و مطالعات را به خود معطوف داشته است. کیفیت زندگی[2] مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد. این اصطلاح که در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می‌شود، اغلب در پژوهشهای پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد مختلف فیزیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی‌و حتی معنوی می‌باشد (سینتیا و پاملاش، ۱۹۹۸). کیفیت زندگی الگوهای متغیری دارد که بر اساس تداخلات و تعاملات انسان با جهان، شکل می‌گیرد و به جای آن که زندگی تجربه

۱- **نویسندهٔ رابط:** استادیار دانشگاه پیام نور تهران ۰۲۵۱ -۷۷۸۰۱۲۰ (Email : arayeh1100@yahoo.com)
۲- دانشیار دانشگاه پیام نور تهران
۳- دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی دانشگاه پیام نور

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]

شده باشد، تجسم زندگی تجربه شده توسط فرد در طی یک دوره زمانی است. این مفهوم صرفا احساس و تجربه کردن نیست، بلکه دیدگاه و قضاوت فرد در رابطه با یک موقعیت، مجموعه ای از حوادث و یا زندگی جاری فرد در کنار کل اجتماع در طی یک دوره زمانی است. کیفیت زندگی یک فرایند منطقی و مفهوم استوار بر پایه فرهنگ و خلاصه‌ای از ارزشها، عقاید، نمادها و تجارب شکل گرفته آن فرهنگ است و راهی برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان در زندگی فراهم می‌کند. بنا بر این، کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در راستای راهنمایی، حفظ و پیشبرد سلامت و تن‌درستی در جوامع و فرهنگهای مختلف می‌باشد (تستا و سیمونسون، ۱۹۹۶). کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنای چگونگی زندگی کردن است. با این وجود مفهوم آن برای هر کس منحصر به فرد و با دیگران متفاوت می‌باشد (لینینگر،۱۹۹۴). عده‌ای از محققان این واژه را پیچیده‌تر از آن می‌دانند که بتوان آن را در یک جمله توصیف نمود (سو تکلایف و هولمز،۱۹۹۱). به هر حال، باید دانست کیفیت زندگی یک موضوع پیچیده و شخصی است و تحت تأثیر جنبه‌های مختلف سلامت می‌باشد که سلامت جسمی‌جزئی از آن است (اکنر،۱۹۹۳).

بهزیستی شخصی جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است و به عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است.پژوهشها درباره بهزیستی شخصی قلمروهایی از شخصیت، انگیزش و عاملهای شناختی (درک کنترل، اعتماد به نفس، نیک بینی) را نشان داده‌اند که همه این عوامل در رضایتمندی افراد از زندگی مشارکت دارند. کامینز[۳] معتقد است که بهزیستی شخصی دارای هفت قلمرو مهم است که عبارت هستند از:۱- استانداردهای زندگی۲- سلامت۳- موفقیت در زندگی ۴- ایمنی ۵- نسبت خویشی۶- احساس بستگی به دیگران ۷- آینده ایمن است. این قلمروهای با ارزش در فهم روانی و فیزیکی از افراد و شناسایی اجزای بهزیستی شخصی عمومی مشارکت دارند (استپلز، ۲۰۰۴).

بهزیستی شخصی بیان می‌کند افراد چه احساسی از خودشان دارند که شامل پاسخهای هیجانی افراد، رضایتمندی از زندگی و قضاوت درباره کیفیت زندگی می‌باشد. بهزیستی شخصی اندازه‌گیری شناخت (رضایتمندی) و احساسات (مثبت) را در بر می‌گیرد. جزء شناختی بهزیستی شخصی دو سبک را توصیف می‌کند : ۱- رضایتمندی در زندگی ۲- کیفیت زندگی شخصی (کینگ، ۲۰۰۱).

ناتوانیهای شناختی به نارسایی در حوزه ادراک، یادگیری، حافظه، زبان، حل مساله و تفکر گفته می‌شود و از مشخصه‌های کم توانی ذهنی محدودیتهای قابل ملاحظه در عملکرد هوشی و در رفتار سازگارانه است که خودش را در مهارتهای مفهومی، اجتماعی و مهارتهای سازگارانهٔ عملکردی نشان می‌دهد (AAMR[۴]، ۲۰۰۲). به طور کلی، امروزه توجه زیادی به کودکان کم‌توان ذهنی و چگونگی کیفیت زندگی و احساس رضایت آنها از زندگی شده است و هدف همهٔ این توجهات شکوفایی استعدادها، تزکیه و تعلیم و در نهایت هدف غایی از دیدگاه اسلام به «فلاح» رسیدن است. بنابراین هدفهای کلی آموزش و پرورش استثنایی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی رسیدن به خودآگاهی و شناخت خود، برقرار کردن روابط مفید و موثر با دیگران، رسیدن به کفایت اقتصادی و پذیرش مسؤلیت اجتماعی است (افروز، ۱۳۸۳). همه این اهداف به منظور افزایش بهزیستی شخصی و کیفیت زندگی بهتر در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی است.

برآورد کیفیت زندگی و نیز بهزیستی شخصی کودکان کم‌توان ذهنی در ایران فرایندی نو و البته پیچیده تلقی می‌شود. اگر چه تلاشهای زیادی برای اندازه‌گیری خود کم‌توانی ذهنی این کودکان انجام شده و امروزه همهٔ کودکان در آغاز ورود به دبستان از این نظر و از چند زاویهٔ دیگر مورد غربالگری قرار

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]

می‌گیرند، اما اکنون کمتر به سنجش بهزیستی شخصی، احساس شادکامی‌و مؤلفه‌ها و حیطه‌های بهزیستی شخصی در کودکان کم‌توان ایرانی پرداخته شده است. یک دلیل آن نسبتاً نو بودن این مفهوم و همه‌گیر نشدن مطالعات مربوط به آن» در ایران است. دلیل دیگر دشواریهای خاص سنجش در کودکان کم‌توان ذهنی است که نمی‌توانند مفاهیم ذهنی خود را به آسانی کودکان بهنجار از نظر هوشمندی به آزمونگر منتقل کنند. «نشانگر بهزیستی شخصی- مقیاس نارساییهای شناختی» ابزاری برای سنجش بهزیستی شخصی و حیطه‌های آن در افرادی است که دچار نارساییهای شناختی هستند. برای استفاده از این مقیاس، میزان نارسایی شناختی مهم نیست. چه، یکی از دشوارترین و البته کلیدی‌ترین وظایف آزمونگر سنجش توانایی فهم آزمودنی از مفاهیم رضایت و عدم رضایت و کم و بیشی آن به هر شکل ممکن است. پس از پرسشهای نخستین برای سنجش غیرتصادفی بودن و توجه کودک به آزمونگر (مثل این که آیا تو دختر هستی؟ آیا خودت خواستی که دختر باشی؟)، آزمودنی باید بتواند تصاویر شاد را از ناشاد و بیشتر شاد را از کمتر شاد در چند مرحله متمایز کند. این تمایز ممکن است دو ارزشی، سه ارزشی، پنج ارزشی و یا یازده ارزشی (از صفر تا ده) باشد. برای این نشانگر مقیاسهای دیگری مانند بزرگسالان بهنجار و کودکان پیش‌دبستانی نیز تدوین شده است. همهٔ این مقیاسها بر پایهٔ نظریهٔ تعادل حیاتی کامینز و دیدگاه او در بارهٔ بازخورد تعادل‌جوی افراد در زمینهٔ رضایت از خود است (کامینز، ۱۹۹۵).

هدف کلی در این پژوهش برآورد پایایی و روایی نشانگر بهزیستی شخصی در کودکان کم‌توان ذهنی است. همچنان که می‌دانیم، در مراحل مختلف هنجارگزینی یک آزمون، یکی از مسائل مهم، تعیین این مطلب است که ابزار مورد نظر تا چه حد روا است (ثرندایک،۱۹۹۶)؟ روایی به این معنا است که یک ابزار اندازه‌گیری تا چه حد چیزی را اندازه می‌گیرد که برای سنجش آن ساخته شده است. پرسیدن این سؤال از سوی محقق بسیار مهم است (بیابانگرد، ۱۳۸۴). پایایی نشانهٔ اعتبار ساختاری آزمون می‌باشد. ضرایب مطلوب پایایی غالبا بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ است (آناستازی، ۱۹۹۲). پایایی میزان ثباتی است که یک ابزار اندازه‌گیری، در سنجش آن چه اندازه می‌گیرد از خود نشان می‌دهد. پایایی یک ابزار اندازه‌گیری عبارت است از درجه ثبات آن، در آن چه اندازه می‌گیرد. این کیفیت در هر نوع اندازه‌گیری یک امر اساسی است (بیابانگرد، ۱۳۸۴). روایی یعنی این که آزمون باید چیزی را اندازه بگیرد که برای اندازه‌گیری آن ساخته شده است (گنجی، ۱۳۸۱).

در زمینه اهمیت نظری این پژوهش می‌توان گفت که اهمیت نظری در حیطه شناخت مرزهای مشترک بین بهزیستی شخصی و کیفیت زندگی و رضایت از زندگی می‌باشد. در زمینه اهمیت عملی همه روشهایی که در روانشناسی به کار می‌روند در زمینه اجرای آزمونها می‌توانند دو هدف اصلی داشته باشند یعنی کسی که از آن استفاده می‌کند ۱- یا می‌خواهد مسائل نظری را حل کند و علمی‌را که به آن اشتغال دارد، تکمیل کند ۲- یا اینکه سعی می‌کند یک راه حل منطقی برای یک مساله محسوس به دست آورد. در حالت اول تخصصهای مختلف روانشناسی و در حالت دوم یک عمل انسانی مطرح است (ثابت، ۱۳۷۵). آزمون بهزیستی شخصی از جمله آزمونهایی است که نخست با استفاده از ملاکها و ضوابط کشور استرالیا استاندارد و نرم یابی شده است. به منظور ایجاد زمینه‌های لازم برای تطبیق و استاندارد نمودن این آزمون در جامعه ایرانی لازم است علمی بودن و اعتبار آزمون ابتدا مورد ارزیابی قرار گیرد. در ایران این ابزار یک بار به کار گرفته شده و تنها داده‌هایی که ذکر خواهد شد در رابطه با این مقیاس در دسترس بوده‌اند. در پژوهشی توسط میکاییلی (۱۳۸۴) یک ابزار مشابه ابزار این پژوهش بر اساس مدل ریف گزارش شده است که دارای ۲۷ گویه با پاسخهای بلی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]

و خیر است. طبق نتایج این پژوهش پایایی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ بوده است و روایی آن توسط ۵ متخصص شاغل در مراکز کم‌توانی‌های یادگیری تایید شده است. در پژوهشی دیگر پایایی و روایی و سودمندی آزمون به صورت ارزیابی از خود محاسبه شده و طبق نتایج این پژوهش آزمون ارزیابی از خود نتایج همسانی را در دوره زمانی کوتاه داشته است و تکنیک مفیدی برای ارزیابی دانش‌آموزان از کار خودشان و علل ضعفشان بوده است که حاکی از پایایی مناسب آن ابزار بود (رز، ۲۰۰۶). همچنین در پژوهشی دیگر به بررسی سهم پایایی و پیش آزمون در سنجش‌های اثربخش پرداخته شده و طبق نتایج این پژوهش اثر پایایی و استفاده از پیش آزمون و حجم نمونه ارزش فراوانی داشته و تعداد نمونه موثرترین عامل در محاسبهٔ شاخصهای روانسنجی مناسب بوده است (ری باکن، ۲۰۰۶).

داورن (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی بهزیستی شخصی و ساختار موثر آن پرداخته است طبق نتایج این پژوهش بین رضایتمندی از زندگی و ناخرسندی از زندگی هنگامی‌که بر اساس مقیاس مستقل پاسخهای یک قطبی ارزیابی شده بودند همبستگی منفی بالایی وجود داشته است. داوی (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی نارسایی تعادل حیاتی بهزیستی شخصی : نتیجه یک مدل برای افسردگی» به مطالعه این موضوع پرداخته است. برپایهٔ نتایج این پژوهش سه جزء شناختی از بهزیستی شخصی و نشانه افسردگی حمایت کرده است . در پژوهشی دیگر به بررسی پایایی و روایی در روال نمره گذاری پرداخته شده است. طبق نتایج این پژوهش، پایایی پیش نیازی برای روایی بوده و روایی نقش بیشتری در روال نمره گذاری تحولی داشته است (موسکل،۲۰۰۰).

درو، پتری و ماز (۲۰۰۸) در زمینهٔ سنجش بهزیستی شخصی افراد دارای کم‌توانی ذهنی عمیق به اهمیت برآورد «سطح خوشایندی» اشاره می‌کنند. در سطح عمیق از کم‌توانی ذهنی (بهرهٔ هوشی کمتر از ۲۰) آنها از شاخصهای فیزیولوژیک برای سنجش هیجانات و برای مطالعه از روش «مطالعهٔ موردی» استفاده می‌کنند. براون و براونستون (۱۹۹۶) نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی نقش قابل توجهی در پیش‌بینی کیفیت زندگی جوانان و نوجوانان دارای کم‌توانی ذهنی دارد. ابزار آنها شکل کامل پرسشنامهٔ کیفیت زندگی – مقیاس نارسایی شناختی بود که بر پایهٔ نظریهٔ تعادل حیاتی کامینز (۱۹۹۵) تدوین شده‌است. فروغی نیز در رسالهٔ دکتری خود (۱۹۹۷) به برآورد و مقایسهٔ بهزیستی روانی با همین ابزار در افراد بزرگسال دارای کم‌توانی ذهنی در ایران و استرالیا پرداخته است. این ابزارها پایایی و روایی مناسبی را در گروههای خود نشان داده‌اند. با این حال، پژوهشی که پایایی و روایی این ابزار را در نمونهٔ ایرانی از کودکان کم‌توان ذهنی را برآورد کرده‌باشد، یافت نشد.

بر پایهٔ آن چه عنوان شد، سؤالهای این پژوهش به شرح ذیل است:

۱- آیا نشانگر بهزیستی شخصی ـ مقیاس مبتلایان به نارسایی‌های شناختی در کودکان کم‌توان ذهنی در ایران پایایی دارد؟

۲ـ آیا نشانگر بهزیستی شخصی ـ مقیاس مبتلایان به نارسایی‌های شناختی در کودکان کم‌توان ذهنی در ایران روایی دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان کم‌توان ذهنی در شمال شهر تهران و کلیه کودکان کم‌توان ذهنی در شهر همدان بود و علت انتخاب نمونه‌ها از دو شهر مختلف شمال شهر تهران و شهر همدان بدلیل دسترسی بیشتر به این دوشهر و همینطور بدلیل میزان تقریبی برابر بودن تعداد کودکان کم‌توان ذهنی در شمال شهر تهران و شهر همدان و یک محیط نسبتاً مرفه و یک نمونهٔ دور از

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]

مرکز کشور هم در سنجش در نظر گرفته شد که همدان به تصادف انتخاب شده‌است. به دلیل وجود مراکز مختلف در شهر تهران و به دلیل محدودیتهای زمانی فقط از مدارس دولتی استثنایی که در شمال شهر تهران (مناطق ۳،۲،۱) هستند نمونه‌گیری به عمل آمده است. ولی چون تعداد مراکز در شهر همدان محدود است، نمونه در شهر همدان از تمامی افرادی که در این مراکز حضور دارند تشکیل شده است. از تعداد ۳۸۸ نفر در شمال شهر تهران تعداد ۲۰۰ نفربا روش نمونه گیری تصادفی نظام دار به عنوان نمونه انتخاب و در شهر همدان تعداد ۲۲۰ نفربه صورت سرشماری به عنوان نمونه انتخاب شدند که از این تعداد ۱۵۶ نفر مورد بررسی قرار گرفتند و بقیه به علت نارسایی کودک از فهم مفاهیم کمتر و بیشتر که جزء پیش‌شرطهای اجرای آزمون بوده و بایستی نخست توانایی آن احراز شود از لیست اعضای نمونه حذف شدند و نهایتا تعداد نمونه این پژوهش از ۳۵۶ کودک و نوجوان کم‌توان ذهنی در شمال شهر تهران و شهر همدان که طیف سنی آنها بین ۹ تا ۲۲ سال و با میانگین سن ۱۵/۱۴ سال تشکیل شد.

ابزار

نشانگر بهزیستی شخصی _ مقیاس نارسایی‌های شناختی

آزمون مورد استفاده در این پژوهش نشانگر بهزیستی شخصی -مقیاس نارساییهای شناختی (کامینز و لاو، ۲۰۰۴) بوده که بر روی کودکان کم‌توان ذهنی اجرا شد. این نشانگر از ۵ گام تشکیل شده است که درابتدای آزمون سؤالاتی از آزمودنی پرسیده می‌شود که تعیین می‌کند کودک به آزمون ادامه دهد یا خیر اگر کودک موفق شد وارد مرحله بعدی که آزمون مقیاس لیکرت است، می‌شود که باید بتواند از ۰ تا ۱۰ را بشمارد و اگر در این کار موفق شود به مقیاس شادکامی‌شاخص کل بهزیستی شخصی راه پیدا می‌کند که شامل هشت سؤال در دو بخش است: بخش اول عبارت است از؛ رویهم رفته چقدر از زندگیتان راضی هستید؟ و بخش دوم عبارت است از : ۱- استانداردها و شرایط زندگی ۲- تندرستی ۳- آنچه در زندگی بدست آمده است ۴- روابط با دیگران ۵- امنیت و آرامش در زندگی ۶- بستگی و عضویت در میان دیگران ۷ - امنیت در آینده.

البته در استاندارد زندگی منظور سازندگان مقیاس رضایت فرد از استانداردها و شرایط زندگی خودش است که کودک با توجه به مقیاس ۰ تا ۱۰ لیکرت عدد صفر (کاملا ناراضی و غمگین) پنج (متوسط)، ده (کاملا راضی و خوشحال) و مابین صفر تا پنج بین کاملا ناراضی و غمگین تا متوسط مابین پنج تا ده بین متوسط تا کاملا راضی و خوشحال را برای نشان دادن وضعیت رضایتمندی خود در هر یک از ۸ آیتم پاسخ می‌دهد و اگر کودک در مرحله مقیاس لیکرت موفق نشد ۳ گام دیگر در مورد او اجرا می‌شود که مرحله سوم مشخص کردن سؤالات جهت نفوذ (آزمون بر اساس اندازه مکعبها) که دارای سه گام دو مکعبی، سه مکعبی و پنج مکعبی می‌باشد و چهارمین مرحله جور شدن با مرجع عینی (مرحله ساخت پله با مکعبها) که شامل سه گام دو پله و سه پله و پنج پله می‌باشد و مرحله پنج جورشدن با مرجع انتزاعی (مرحله تصاویر) می‌باشد که کودک در این مرحله رضایتمندی خود را در هرآیتم با توجه به تصاویر (دو صورتی، سه صورتی و پنج صورتی) ارائه می‌دهد (کامینز و لاو، ۲۰۰۴). قابل ذکر است که طیف سنی این ابزار محدودیتی ندارد و صرفاً مربوط به نارساییهای شناختی است. سؤالات این نشانگر از لحاظ روایی همبستگی ۷۸ /۰ با سطح مقیاس رضایتمندی و از لحاظ پایایی طبق ۱۲ تحقیق انجام شده در استرالیا حداکثر توان تبیین پراکنش رضایت کلی از زندگی آن ۳/۱ درصد بوده است و ضریب آلفای کرونباخ بین ۷۰ /۰ تا ۸۵ /۰ در استرالیا و سایر نقاط جهان مشاهده شده است. همبستگی بین سؤالات۳۰٪ تا ۵۵ ٪ و مجموع همبستگی سؤالات

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]

حداقل ۵۰ ٪ گزارش شده است (کامینز و لاو ، ۲۰۰۵). در ایران برآورد پایایی و روایی نشانگر بهزیستی شخصی ـ مقیاس بزرگسالان در پژوهشی در سال ۱۳۸۴ بر روی همسران ایثارگران صورت گرفته است که پایایی این نشانگر از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۴۵ بوده است و روایی هم‌زمان آن ۰/۵۲ با احتمال خطای ۰/۰۰۰۱برآورد شده است (آقایوسفی،۱۳۸۴). سرچشمهٔ تعیین مواد این ابزار که هر یک یک حیطه تلقی می‌شوند، مقیاس نارساییهای شناختی پرسشنامهٔ کامل کیفیت زندگی(کامینز، ۱۹۹۷) است که تنها به جای بهزیستی هیجانی در آخرین ماده، ایمنی در آینده نامیده شده تا یک حیطه را در برگیرد.

روش اجرا

برای اجرای این پژوهش، پس از اخذ گواهی انجام پژوهش از آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران و شهر همدان، تعداد مدارس دولتی استثنایی در شمال شهر تهران در آموزش و پرورش کودکان استثنایی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که در شمال شهر تهران (در مناطق ۱،۲،۳) فقط دو مدرسه دولتی استثنایی دخترانه صیاد شیرازی و پسرانه پیروزی وجود دارد که به آن مدارس مراجعه شد و در شهر همدان هم به مدارس استثنایی دخترانه مدرس ۱ و کوشا و پسرانه مدرس ۲ و توانا مراجعه شد. درهر یک از این مراکز از ساعت ۸ صبح الی ۱۲ ظهر در شیفت صبح و از ساعت ۲ الی ۵ در شیفت بعدازظهر به مدت ۴۰ روز تعداد ۳۵۶ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی به صورت انفرادی در اتاق مشاوره تحت بررسی قرار گرفتند. قابل ذکر است که طی این ۴۰ روز ۸ جلسه مشاوره رایگان برای والدین این کودکان تشکیل و ضمن تشریح اهداف پژوهش رضایتنامه شرکت فرزندشان در پژوهش از آنها کسب شد.

یافته‌ها

سؤال ۱: آیا نشانگر بهزیستی شخصی ـ مقیاس مبتلایان به نارسایی‌های شناختی در کودکان کم‌توان ذهنی در ایران پایایی دارد ؟

برای محاسبهٔ پایایی این ابزار از روش محاسبهٔ آلفای کرونباخ که به بررسی هماهنگی درونی گویه‌ها مقیاس می‌پردازد، استفاده می‌کنیم. ضریب به دست آمدهٔ آلفا برابر ۰/۷۸۹ با احتمال خطای نوع اول ۰/۰۰۰۱ می‌باشد. این ضریب برای پایایی مقیاس مناسب است و در واقع باید گفت که پرسش نخست پژوهش پاسخی مثبت دریافت کرده است. در گام بعد، به محاسبهٔ شاخصهای توصیفی به ویژه آلفای مقیاس پس از حذف هر یک از مواد می‌پردازیم.

جدول ۱- میانگین، پراکنش و ضرایب همبستگی عوامل هفتگانهٔ نشانگر بهزیستی شخصی_مقیاس نارساییهای شناختی

گویه‌ها	میانگین مقیاس مواد حذف شده	واریانس مقیاس مواد حذف شده	همبستگی مجموع مواد مقیاس	آلفای مواد حذف شده
PP1	۳۰۷/۲۳۸۵	۱۳۹۲۷ /۶۹۶	۰/۵۰۰	۰/۷۶۶
PP2	۳۱۱/۵۳۵۶	۱۳۱۰۳/۹۸۹	۰/۵۳۴	۰/۷۵۸
PP3	۳۱۱/۴۴۱۹	۱۳۰۴۶/۶۱۶	۰/۵۵۷	۰/۷۵۴
PP4	۳۱۱/۱۰۴۹	۱۳۳۵۲/۱۴۰	۰/۴۹۵	۰/۷۶۵
PP5	۳۱۴/۱۲۹۲	۱۲۷۱۹/۵۲۱	۰/۵۸۳	۰/۷۴۸
PP6	۳۱۱/۲۸۲۸	۱۳۳۴۹/۹۳۰	۰/۴۷۷	۰/۷۶۹
PP7	۳۱۸/۱۰۸۶	۱۲۱۵۵/۱۶۱	۰/۴۹۴	۰/۷۷۱

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]

نتایج جدول ۱ نشانگر اهمیت هر یک از حیطه‌های هفتگانهٔ مقیاس در پایایی ابزار است. به گونه‌ای که حذف هر یک از آنها به کاهش پایایی آن منجر خواهد شد.

سؤال ۲ : آیا نشانگر بهزیستی شخصی ـ مقیاس مبتلایان به نارسایی‌های شناختی در کودکان کم‌توان ذهنی در ایران روایی دارد؟

از آن جا که این مقیاس دارای هفت ماده است که هر ماده دیدگاه و بازخورد فرد در بارهٔ یک حیطه از بهزیستی شخصی را می‌سنجد، بنا بر این، فرض سازندهٔ مقیاس بر این است که نمرهٔ فرد در حیطه سهمی در تبیین پراکنش نمرهٔ رضایت کلی از زندگی (تک مادهٔ نخستین و مجزا از ۷ مادهٔ دیگر) دارد. به همین جهت، سازندگان مقیاس توصیه کرده‌اند که برای سنجش روایی از تحلیل رگرسیون چند متغیرهٔ خطی استفاده شود که در آن نمرهٔ فرد در تک مادهٔ رضایت کلی از زندگی به عنوان متغیر وابسته و مواد هفتگانهٔ مقیاس به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد محاسبه شوند.

جدول ۲ نتایج این تحلیل رگرسیون را نشان می‌دهد که حاکی از معنادار بودن شاخص «F» آن است.

جدول ۲ - معناداری تحلیل رگرسیون نشانگر بهزیستی شخصی_ مقیاس نارساییهای شناختی در کودکان کم‌توان ذهنی

مدل		حاصل جمع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	معناداری
۱	رگرسیون	۱۵۱۹/۰۲۰	۷	۲۱۷/۰۰۳	۱۸۱/۶۶۹	۰/۰۰۰۱
	باقی مانده	۴۱۵/۶۸۵	۳۴۸	۱/۱۹۴		
	جمع	۱۹۳۴/۷۰۵	۳۵۵			

پس از اجرای تحلیل رگرسیون چند متغیرهٔ خطی به روش همگام، مشخص شد که مواد مقیاس ۷۸/۵٪ از پراکنش رضایت کلی از زندگی را می‌توانند پیش‌بینی کنند. به این ترتیب پرسش دوم پژوهش نیز پاسخ مثبت دریافت می‌کند. بنابراین، ضرایب رگرسیونی مواد هفتگانه محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳- میزان t و مقادیر ضرایب استاندارد و غیر استاندارد عوامل هفتگانه نشانگر بهزیستی شخصی _ مقیاس نارساییهای شناختی

	ضرایب غیر استاندارد		ضریب استاندارد	t	معناداری
	B	خطای معیار	بتا		
ثبات	۰/۳۱۶	۰/۰۹۳		۳/۴۱۳	۰/۰۰۱
مادهٔ یک	۰/۴۱۳	۰/۰۶۰	۰/۳۹۱	۶/۸۶۴	۰/۰۰۰
مادهٔ دو	۰/۳۰۵	۰/۰۵۹	۰/۳۰۲	۵/۱۷۶	۰/۰۰۰
مادهٔ سه	-۰/۱۱۰	۰/۰۵۶	-۰/۱۰۲	-۱/۹۵۹	۰/۰۵۱
مادهٔ چهار	۰/۱۵۶	۰/۰۵۱	۰/۱۵۳	۳/۰۴۱	۰/۰۰۳
مادهٔ پنج	۰/۰۴۳	۰/۰۵۹	۰/۰۴۳	۰/۷۲۱	۰/۴۷۱
مادهٔ شش	۰/۱۴۵	۰/۰۴۹	۰/۱۴۹	۲/۹۶۴	۰/۰۰۳
مادهٔ هفت	۰/۰۱۱	۰/۰۵۸	۰/۰۱۲	۰/۱۹۳	۰/۸۴۷

جدول ۳ نشان می‌دهد که مواد ۱، ۲، ۳، ۴ و ۶ در پیش‌بینی پراکنش رضایت کلی از زندگی سهم معناداری داشته و مواد ۵ و ۷ در آن تأثیر معناداری نداشته‌اند. مواد ۱ و ۲ بیشترین ضریب شیب را دارند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر تحت عنوان برآورد مقدماتی میزان پایایی و روایی نشانگر بهزیستی شخصی- مقیاس نارساییهای شناختی بر روی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی اجرا شد. هدف پژوهش حاضر برآورد پایایی و روایی نشانگر بهزیستی شخصی در کودکان کم‌توان ذهنی بود. طبق یافته‌های بدست آمده از این پژوهش به عنوان یک مطالعهٔ کاملاً مقدماتی، نشانگر بهزیستی شخصی - مقیاس نارساییهای شناختی در ایران دارای پایایی (۰/۷۸۹) و روایی (۰/۷۸۵) مطلوبی می‌باشد.

نتیجه این پژوهش با یافته‌های پژوهشهای پیشین که هر کدام در خارج از کشور به نحوی به بررسی روایی و سهم روایی در روال نمره‌گذاری پرداخته‌اند (رز، ۲۰۰۶، موسکل، ۲۰۰۰) مطابقت می‌کند. این یافته‌های پژوهشی را می‌توان بر حسب چند احتمال تبیین کرد : کودکان مورد بررسی در این پژوهش در شرایط و موقعیتهای گوناگون به طور مستقیم و غیر مستقیم و به شیوه کلامی‌و غیر کلامی‌مورد تکریم خانواده و دیگر افراد حاضر قرار گرفته اند. این امر می‌تواند احساس خودارزشمندی، اعتماد به‌نفس و اراده را افزایش دهد و بدون تردید احساس خودارزشمندی می‌تواند سلامت و بهداشت روانی و مصونیت اجتماعی و روانی را تضمین کند (افروز، ۱۳۸۴).

همچنین والدین این کودکان عموماً هنگامی‌که با چالشهای متعدد و موقعیتهای دشوار مواجه شده‌اند توانسته‌اند بطور واقعی و بصورت موفق با آن سازگار شده و ساختار خانواده که کودک عضوی از آن است کمتر تحت فشار قرار گرفته و بعضاً توانسته‌اند با استرسهای قابل ملاحظه و اجبارهای پیش بینی نشده مقابله داشته که این امر اغلب باعث تعاملهای مناسب شده و باعث گردیده که کودکان مورد بررسی در این پژوهش کمتر دچار اضطراب و احساس ناکامی در زندگی خود شوند که تمام این عوامل توانسته زمینه را برای پاسخ دادنهای تقریباً یکسان به سؤالهای پژوهش و در نتیجه باعث روایی مطلوب نشانگر بهزیستی شخصی_ مقیاس نارساییهای شناختی شده است و تبیینی دیگر دراین ارتباط این است که کودکان مورد بررسی در این پژوهش کمترتعمیم بیش از حد مسایل استفاده کرده و همچنین کمترعلائم عاطفی و روانی وعلایم رفتاری و به طور کلی واکنشهای نامناسب در برابر محرکهای خوشایند محیطی و اجتماعی داشته‌اند. لذا با توجه به موارد یاد شده و در نهایت با به کار گیری راهبردهای کارا و موثر و توانایی پژوهشگر برای کنترل عوامل مزاحم و مداخله گر باعث روایی مطلوب این نشانگر شده است. یافته‌های پژوهش همچنین نشان دهنده پایایی مطلوب برای نشانگر بهزیستی شخصی_ مقیاس نارساییهای شناختی بوده است این یافته با یافته‌های برخی از مطالعات که هر کدام به نحوی به بررسی و سهم پایایی به عنوان یک برآورد یک سنجش اثربخش پرداخته‌اند (رز، ۲۰۰۶، باکن، ۲۰۰۴) همخوانی دارد.

در ایران تنها می‌توان به مطالعهٔ فروغی ۱۹۹۷ که به مقایسهٔ بهزیستی روانی افراد بزرگسال دارای کم‌توانیهای شناختی با این ابزار پرداخته و با جامعهٔ استرالیایی مشابه مقایسه کرده پرداخت و نتایج همگرایی را با پژوهش حاضر که با آزمودنیهای کم‌توان ذهنی کودک و نوجوان انجام شده یافت. در هر حال، به رغم همگرایی نتایج و دست‌یابی به پایایی و روایی مناسب در پژوهش حاضر روی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی، نباید مقدماتی بودن مطالعهٔ حاضر و محدودیت‌های جدی آن را از نظر دور داشت که مطالعات آیندهٔ گسترده‌ای را در این زمینه می‌طلبد. پیشنهاد می‌شود شاخصهای روان‌سنجی این ابزار از مطالعه روی کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی همهٔ مناطق تهران و نیز سایر شهرهای ایران به ویژه استانهای مرزی که برخورداری کمتری دارند، به دست آید. همچنین نباید از نظر دور داشت که اجرای آزمون نیازمند تمرین و تسلط و شکیبایی است. در آن صورت

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]

هر کس ممکن است سطح خاص خودش از بهزیستی روانی را نشان دهد. هدف ما مقایسهٔ نمونه‌ها نبوده است تا بخواهیم هنجارگزینی کنیم و در نتیجه انتخاب شهر و منطقهٔ اجرا اهمیت قابل توجهی داشته باشد. بلکه تنها برآورد پایایی و روایی آن بوده که طبیعتاً به تسلط آزمونگر و خواص روان‌سنجی ابزار و برخی عوامل درون‌آزمودنی و محیطی هنگام آزمایش بستگی دارد و در چنین تحقیقاتی نیز بهتر است نمونه به گونه‌ای انتخاب شود که افراد با وضعیت‌های اجتماعی- اقتصادی مختلف را پوشش دهد تا معرف جامعه باشد.

یادداشتها

1) Good Life
2) Quality Of Life
3) Cummins
4) American Association Mental Retardation

منابع

آقایوسفی، علیرضا (۱۳۸۴). مقایسه فشار روانی و پیامدهای آن در خانواده‌های شاهد و ایثارگر استان قم، سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی استان قم، اداره مطالعات و جمع آوری آثار.

آقایوسفی، علیرضا (۱۳۸۴). تحلیل شخصیت بر اساس دست نوشته، قم : انتشارات نصر.

آقایوسفی، علیرضا (۱۳۸۰). نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله ای و تاثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی، رساله دکتری،دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت مدرس.

آناستازی(۱۹۹۲). روان آزمایی، ترجمه محمد نقی براهنی. تهران : انتشارات دانشگاه تهران.

افروز، غلامعلی (۱۳۸۳). مقدمه ای بر روانشناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران .

افروز، غلامعلی(۱۳۸۴). کودکان و نوجوانان آهسته گام در نگاه والدین ومعلمان، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

افروز، غلامعلی (۱۳۸۵). مبانی روان شناختی احساس آرامش و تجربه خوشبختی، تهران: انتشارات یسطرون.

بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۴). روشهای تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی، تهران: انتشارات دوران.

ثابت، مهرداد (۱۳۷۵). بررسی علمی بودن اعتبار و روایی و نرم یابی تست عزت نفس کوپر اسمیت در مناطق ۱۹ گانه تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی. - ثرندایک، آر. ال (۱۹۹۶). روان‌سنجی کاربردی، ترجمه حیدر علی هومن، تهران : انتشارات دانشگاه تهران. - گنجی، حمزه (۱۳۸۱). روان‌سنجی (مبانی نظری آزمونهای روانی)، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.

میکاییلی منیع، فرزانه (۱۳۸۴). بررسی مدل پردازشی واج شناختی خواندن در دانش‌آموزان پسر عادی و نارساخوان دبستانی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال پنجم، شماره ۴.

American Association on mental Retardation. (2002). mental Retardation، Defination، Classification and System of support، Washington.

Backon ،D.(2006). Internet: http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/ wellbeing _ index. htm.

Browne، G. & Bramston، P. (1996). Quality of life in the families of young people with intellectual disabilities. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing، 5، 120-130.

Cummins، R.A. (1995) On the trail of the gold standard for life satisfaction. Social Indicators Research، 35، 179-200.

Cummins، R. A. (1997). Comprehensive Quality of Life Scale - Intellectual Disability: ComQol-15. (Fifth Edition). Melbourne: School of Psychology، Deakin University.

Cummins، R. A. (2005). Personal Well-being Index – Adult، The Australian

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]

Center on Quality of Life، Deakin University،(2nd ed.) 9-12.

Cummins، R. A.، & lau Anna، L.D. (2004). Personal Well-being Index–Intellectual Disability، School of Psychology, Deakin University,(2 nd ed.) 4.

Cynthia، P. K، & Pamelas، H. (1998). Quality of life from Nursing and Patient perspective: Theory، Research، Practice. Canada: Janes and Bartlett publishers، 30.

Davern، M.(2004). Subjective Well – Being as an affective construct، B.Sc. Dissertation، School of Psychology، Deakin University، 53 - 54.

Davey، B. (2004). Failure of Homeostatic Subjective Well – Being as a model for Depression: An Empirical study، Graduate Diploma of Psychology، School of psychology، Deakin University، 2-5.

Dero، S; Petry، K & Maes، B (2008). Measuring subjective well-being of persons with profound intellectual and multiple disabilities. Eds. A.J. Spink، M.R. Ballintijn، N.D. Bogers، F. Grieco، L.W.S. Loijens، L.P.J.J. Noldus، G. Smit، and P.H. Zimmerman. Proceedings of Measuring Behavior 2008 (Maastricht، The Netherlands، August 26-29، 350.

Foroughi، E. (1997) The quality of life of Iranians in Iran and in Australia. Clinical Psychology Masters Thesis، Melbourne: Deakin University.

King، K. (2001). The Subjective Quality of life people with ms and their partners، Doctor Dissertation، School of psychology، Deakin University، 9 – 10.

Leininger،M. (1994). Quality of life form a Transcultural Nursing perspectiv.Nurs Sci Q.

Moskel،،B. (2006).Internet:http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/ wellbeing _ index. htm.

O'conor، R. (1993). Issue in the Measurement of Health Related Quality of life، working paper. National center for health program evaluation، 12.

Ross، J.A. (2006). Internet:http: //www. deakin. edu. au/ research/ acqol/ instruments/ wellbeing _ index. htm.

Staples، M. (2004). The Relationship of volunteerism and perceived control to personal neighbourhood Well – Being، B.Sc. Dissertation، 2.

Sutcliffe، J.، & Holmes، S. (1991). Quality of life: Verification and use of self Assessment scale in two patients population.

Testa، M.A.، & Simonson، D.C.(1996). Assessment of Quality of life Qutcomes، N Eng J med، 835 - 840.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.5.1]