

ویژگی‌های روان‌سنجی

مقیاس رضایت از زندگی در بیماران روان‌پزشکی

دکتر مهناز فلاحی خشت مسجدی⁽¹⁾، دکتر محمد مهدی پسندیده⁽²⁾

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی مقیاس رضایت از زندگی در یک نمونه از بیماران سرپایی روان‌پزشکی در مرکز روان‌پزشکی شفا رشت در سال 1392-1393 انجام شد. **روش:** 131 بیمار مبتلا به اختلال روان‌پزشکی (57 زن و 74 مرد)، با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و مقیاس رضایت از زندگی را به همراه پرسش‌نامه‌های اضطراب بک، افسردگی بک، مقیاس 21 گویه‌ای افسردگی، اضطراب و استرس، مقیاس ناامیدی بک، مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت و مقیاس دلیلی برای زندگی تکمیل کردند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که ساختار عاملی مقیاس رضایت از زندگی تک بُعدی است و براساس نتایج یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی، مدل ساختار عاملی با یک بُعد دارای بهترین برازندگی خواهد بود. همسانی درونی مقیاس برابر با 0/75 و پایایی بازآزمایی برابر با 0/64 است. تفاوت معناداری بین رضایت از زندگی مردان و زنان مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان می‌دهند که مقیاس رضایت از زندگی، یک ابزار قابل اعتماد و معتبر برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی در میان بیماران سرپایی و بیماران روان‌پزشکی بعد از ترخیص است.

کلیدواژه: ویژگی‌های روان‌سنجی؛ مقیاس رضایت از زندگی؛ بیماران روان‌پزشکی

[دریافت مقاله: 1394/5/9؛ پذیرش مقاله: 1394/11/24]

مقدمه

پایدار نیست و با برداشت فرد در موقعیت‌های حساس زندگی وی ارتباط دارد(3). از دیدگاه داینر² بهزیستی ذهنی شیوه و روش فرد برای توصیف یک زندگی خوب است و معمولاً به شادکامی افراد اشاره دارد. افرادی که احساس بهزیستی ذهنی بالایی دارند، دارای احساس لذت بالا و ناراحتی کم هستند و بنابراین در زندگی خود احساس رضایت می‌کنند(4). شین³ و جانسون⁴، رضایت از زندگی را به صورت ارزیابی شناختی یک شخص از زندگی خود و مبتنی بر قضاوت فردی وی توصیف می‌کنند و معتقدند که این قضاوت شناختی آگاهانه است و در روند رسیدن به این ارزیابی، مقایسه‌ای بین

روانشناسی مثبت‌گرا، شاخه‌ای از روان‌شناسی است که اساساً به مطالعه علمی شادکامی و بهزیستی ذهنی انسان¹ می‌پردازد (1). بهزیستی ذهنی، قضاوت افراد در مورد زندگی خود را مورد مطالعه قرار می‌دهد. این قضاوت با هدف نهایی روان‌شناسی ارتباط بالایی دارد و می‌تواند به بهبود زندگی افراد کمک کند و شامل دو بُعد عاطفی و شناختی است (2)، (3). بُعد عاطفی، بخشی از بهزیستی ذهنی را که تحت تأثیر احساس خوشایندی و ناخوشایندی است، شامل می‌شود (2). بُعد شناختی به رضایت از زندگی اشاره دارد که یک صفت

(1) دکترای روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، واحد سلامت روان. گیلان، رشت، خیابان آزادگان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، واحد بهداشت روان. دورنگار: 01333334480 (نویسنده مسئول) E-mail: mahnaz.fallahi@gmail.com (2) دکترای روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور استان گیلان، شهرستان آستانه اشرفیه.

¹ Subjective well-being

² Diener

³ Shin

⁴ Johnson

ملاک‌های فرضی شخص با زندگی واقعی‌اش صورت می‌گیرد (5). هر چه واقعیت زندگی شخص به این ملاک‌های فرضی نزدیک‌تر باشد، شخص احساس رضایت بیش‌تری از زندگی خواهد داشت. آن‌ها هم‌چنین، رضایت از زندگی را یک فرایند دآوری می‌دانند که در آن افراد کیفیت زندگی خود را براساس ملاک‌های منحصر به فرد خود ارزیابی می‌کنند. رضایت از زندگی، به تغییرات موقعیتی حساس است و براساس برداشت و دیدگاه افراد نسبت به موقعیت ارزیابی می‌شود (3). دورکیم در زمینه رابطه میان انسان و نیازها و اهداف یا آرزوهایش معتقد است که در شرایط اجتماعی مستحکم و پایدار، آرزوهای انسان از طریق هنجارها تنظیم و محدود می‌شود و با از هم پاشیدگی هنجارها و از بین رفتن کنترل آرزوها، ناهنجاری با وضعیت آرزوهای بی‌حد و حصر پدید می‌آید (6). با حذف عواملی که نارضایتی ایجاد می‌کنند، رضایت افراد به طور قابل ملاحظه‌ای بالا نمی‌رود. به تعبیری دیگر، عواملی که رضایت را به وجود می‌آورند متمایز از عواملی هستند که نارضایتی را کم می‌کنند (7). اضطراب، افسردگی، ناامیدی و عزت نفس با رضایت از زندگی رابطه دارند. عزت نفس، شامل چگونگی احساس و نظر هر فرد نسبت به خودش است و عبارت است از این که فرد تا چه اندازه خود را ارزشمند، توانا و مهم می‌داند. فرد دارای عزت نفس بالا بهتر می‌تواند خود را با موقعیت‌های مختلف سازگار نماید و معمولاً کم‌تر دچار افسردگی، استرس و اضطراب می‌شود (8).

اگرچه رضایت از زندگی یک سازه روان‌شناختی نسبتاً پایدار است، اما میزان آن در واکنش به رویدادهای زندگی ممکن است تغییر کند. با مبتلا شدن یک فرد به اختلال عصبی-روانی، موقعیت زندگی و اجتماعی وی متزلزل می‌شود و فرد گاهی زندگی خود و دلیل ادامه آن را به چالش می‌کشد و تصور به پایان رساندن زندگی در ذهن وی پدید می‌آید (2).

یکی از مقیاس‌هایی که میزان رضایت از زندگی را می‌سنجد، مقیاس رضایت از زندگی¹ (SWLS) است که در سال 1985، توسط دینر² و همکارانش ساخته شد (4). بررسی‌ها نشان می‌دهند که در خلال 25 سالی که از ساخت این مقیاس می‌گذرد، مقیاس در بیش از 4000 مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در

گروه‌های مختلفی مانند کودکان، نوجوانان، بزرگسالان و سالمندان مورد بررسی قرار گرفته‌اند. اما در ایران، ویژگی‌های مقیاس موردنظر در گروه‌های ویژه مانند بیماران روان‌پزشکی ارزیابی نشده است. بررسی‌های روان‌سنجی نشان داده‌اند که ضرایب هم‌هنگی درونی مقیاس، به صورت هم‌هنگی بین 0/79 تا 0/89 گزارش شده است (3، 4). ضرایب بازآزمایی بر حسب فاصله زمانی دو اجرای آزمون، متفاوت هستند. داینر پایایی بازآزمایی را با فاصله زمانی دو ماه 0/84 گزارش کرد (4). پات و³ داینر (2) پایایی بازآزمایی مقیاس را با فاصله زمانی یک ماه 0/84 و آلفونسو⁴ و همکاران (2) با فاصله زمانی دو هفته 0/83، یاردلی⁵ و رایس⁶ (3) پایایی بازآزمایی 10 هفته را 0/50 و مگناس⁷ و همکاران (10) با فاصله زمانی چهار سال 0/54 و شیخی در ایران (3) با فاصله دو هفته 0/77 گزارش کردند. سازندگان اصلی آزمون ساختار SWLS را با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی، تک عاملی گزارش کردند (2، 3، 8، 9). پژوهش‌های بعدی نیز به صورت هم‌هنگی، وجود ساختار تک عاملی را برای SWLS گزارش کرده‌اند (3، 11). نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز از مدل تک عاملی SWLS حمایت کرده است (12-16). در مورد مقیاس رضایت از زندگی، نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تغییرناپذیری⁸ ساختار عاملی گروه‌های بین دو جنس، تغییرناپذیر است (14-16). روایی همگرا و واگرایی SWLS با نمرات سایر ابزارهای اندازه‌گیری نشان داد که نمرات این مقیاس با نمرات فهرست شادکامی آکسفورد رابطه مثبت و معنادار دارد، اما با سازه‌هایی چون افسردگی، اضطراب، عواطف منفی و آشفتگی روانی رابطه منفی معناداری داشته است (17).

در بررسی که در ایران به وسیله شیخی و همکاران انجام شد، هم‌هنگی درونی مقیاس برابر با 0/85 و پایایی بازآزمایی برابر با 0/77 به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مقیاس رضایت از زندگی حاکی از این هستند که مقیاس تک عاملی است. بین نمرات رضایت از زندگی دختران و پسران تفاوت معناداری مشاهده نشد (3). پایایی این مقیاس در پژوهش بیابانی با روش آلفای کرونباخ 0/83 و با

³ Pavot⁴ Alfonso⁵ Yardley⁶ Rice⁷ Magus⁸ invariance¹ Satisfaction with Life Scale² Diener

روش بازآزمایی 0/69 برآورد شده است (18). اگرچه مقیاس SWLS در نمونه ایرانی دارای روایی و پایایی مناسبی است، اما تاکنون ویژگی‌های مقیاس در گروه بیماران روان‌پزشکی مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند. استفاده از این مقیاس به ویژه در گروه بیماران روان‌پزشکی می‌تواند باعث بالا رفتن میزان آگاهی درمانگر از جنبه‌های رضایت از زندگی بیماران در حین درمان شود. بنابراین، این مطالعه با دو هدف طراحی شده است: (الف) بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی SWLS در یک نمونه از بزرگ‌سالان مبتلا به اختلال‌های روانی؛ و (ب) بررسی قابلیت اطمینان و اعتبار SWLS در ارزیابی اقدامات دیگر مانند خودکشی.

روش

جامعه آماری مورد مطالعه، بیماران بین 18 تا 76 سال مبتلا به اختلال‌های افسردگی، اضطرابی و اختلال خلقی بودند. این افراد توسط متخصصان اعصاب و روان در مرکز روان‌پزشکی شفا رشت، با توجه به ملاک‌های DSM-IV براساس ویزیت و تشخیص روانپزشک شاغل در بیمارستان و با استفاده از ابزار کمک تشخیصی MMPI انجام شده به وسیله روانشناس بالینی بیمارستان، بین سال‌های 1392 تا 1393، تشخیص یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی ذکر شده را دریافت کرده بودند. قبل از ورود به پژوهش، رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش حاضر جلب شد. معیار ورود به این پژوهش شامل داشتن سابقه حداقل یک بار بستری در مراکز روان‌پزشکی شفا رشت و عدم وجود سابقه بیماری جسمی جدی مانند دیابت، صرع و غیره بوده است. افرادی که علی‌رغم داشتن سواد کافی و هوش طبیعی، قادر به جواب دادن به همه سؤال‌ها نبودند و پرسش‌نامه را ناقص تکمیل کردند، از پژوهش کنار گذاشته شدند.

از 237 بیمار دارای تشخیص روان‌پزشکی، 148 بیمار براساس تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران با سطح خطای 5 درصد انتخاب شدند. 17 بیمار به دلیل ناقص بودن پرسش‌نامه از این تحقیق حذف شدند و در نهایت پرسش‌نامه‌های 131 بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. از 131 بیمار مبتلا به اختلال روان‌پزشکی (57 نفر زن و 74 نفر مرد)، 52 نفر (39/6 درصد) بیماران مبتلا به اختلال‌های افسردگی، 24 نفر (18/3 درصد) مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و 65 نفر (49/6 درصد) مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک (خلقی - مانی،

پارانویید و اختلال شخصیت) بودند. شرکت کنندگان علاوه بر تکمیل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و مقیاس رضایت از زندگی SWLS، شش ابزار خودگزارشی دیگر شامل پرسش‌نامه‌های اضطراب بک (BAI)، افسردگی بک (BDI)، مقیاس 21 گویه‌ای افسردگی، اضطراب و استرس (DASS 21)، مقیاس نامیدی بک (BHS)، مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت (SEI)، مقیاس دلیلی برای زندگی (RLF)، را در زمانی با میانگین 45 دقیقه تحت نظارت یک روان‌شناس بالینی شاغل در درمانگاه بیمارستان تکمیل می‌کردند. میانگین سن اعضای گروه نمونه 39/76 با انحراف معیار 14/82 بود. برای محاسبه روایی این پرسش‌نامه از روش‌های آماری تحلیل عاملی، مدل‌یابی ساختاری و روایی ملاکی هم‌زمان با استفاده از نمره کلی پرسش‌نامه دلیلی برای زندگی¹ استفاده شد. بررسی پایایی از طریق همسانی درونی و روش بازآزمایی با فاصله دو هفته بر روی 57 نفر بیمار انجام شد. کلیه داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 تحلیل شدند. تحلیل آماری هم توسط نرم‌افزار مذکور انجام گرفت. برای اجرای روش آماری مدل‌یابی ساختاری از نرم‌افزار AMOS18 استفاده شده است. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در پژوهش به شرح زیر هستند:

مقیاس رضایت از زندگی (SWLS): یکی از مقیاس‌هایی که میزان رضایت از زندگی را می‌سنجد، مقیاس رضایت از زندگی است که در سال 1985 توسط دینر و همکارانش و براساس قضاوت کلی فرد با توجه به مقایسه شرایط زندگی فعلی او با استانداردهای از پیش تعیین شده، ساخته شده است (3). این مقیاس جنبه‌های مثبت تجارب فرد را ارزیابی می‌کند. مقیاس فوق دارای 5 گویه است که در قالب مقیاس لیکرت 7 درجه‌ای از نمره 1 (کاملاً مخالفم) تا 7 (کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شوند (5). گویه‌های این مقیاس عبارتند از: 1. در اکثر مواقع زندگی من «ایده‌آل» است؛ 2. شرایط زندگی من بسیار عالی است؛ 3. من از زندگی خود رضایت دارم؛ 4. تا به حال چیزهای مهم مورد نظرم را در زندگی به دست آورده‌ام؛ 5. اگر می‌توانستم دوباره زندگی را شروع کنم، چیزی را تغییر نمی‌دادم. نمرات بالا در SWLS حاکی از سطح بالاتری از رضایت‌مندی در زندگی است. نمره بالاتر از 30، نشان‌دهنده رضایت بالا و نمره بین 5 تا 9، نشان‌دهنده شدیدترین میزان ناراضی‌تبی از زندگی است. نقطه

¹ Reason for living

مورد ارزیابی قرار می‌دهند. خرده مقیاس استرس شامل عبارات مربوط به دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی‌قراری است. در بررسی‌های خارج از ایران میزان روایی آن برابر با 0/89-0/96 و ضریب پایایی آن در 0/89-0/71 به دست آمده است. در پژوهش‌های ایرانی، روایی آن برابر با 0/70-0/82 و پایایی آن برابر با 0/76-0/64 محاسبه شده است (21).

مقیاس ناامیدی بک⁴ (BHS): بک بدبینی و ناامیدی را دو خصوصیت جدانشدنی از یکدیگر، به ویژه در مورد افراد افسرده، در نظر گرفت و همبستگی بین این دو متغیر را مثبت و معنادار معرفی کرد. ناامیدی، سه جنبه را می‌سنجد: احساس فرد نسبت به آینده، بی‌انگیزگی و انتظارات. این آزمون مخصوص افراد 17 تا 80 سال طراحی شده است و دامنه نمرات آن بین 0 تا 20 است که نمرات بالاتر، نشانه ناامیدی بیش‌تر هستند. در پژوهش‌های خارج از ایران میزان روایی آن برابر با 0/57 و ضریب پایایی آن 0/79 به دست آمده است. در پژوهش‌های ایرانی روایی آن برابر با 0/76 و پایایی آن برابر با 0/72 برآورد شده است (22).

مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت⁵ (SED): این پرسش‌نامه توسط کوپر اسمیت تهیه شده است و دارای 58 گویه است که به صورت بلی و خیر پاسخ داده می‌شوند. پرسش‌نامه عزت نفس کوپر اسمیت دارای چهار زیر مقیاس است که عبارت‌اند از: عزت نفس فردی (خود)، عزت نفس اجتماعی (هم‌سالان)، عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی (آموزشگاهی). در پژوهش‌های خارجی، میزان روایی آن برابر با 0/86-0/90 و ضریب پایایی آن در 0/88 به دست آمده است. در پژوهش‌های ایرانی روایی آن برابر با 0/88 و پایایی آن برابر با 0/73-0/91 برآورد شده است (23).

پرسش‌نامه دلیلی برای زندگی (RLF):⁶ این پرسش‌نامه توسط لینهان برای سنجش دلایل زندگی و برپایه دونظریه معنادرمانی فرانکل و شناخت درمانی بک ساخته شده است. پرسش‌نامه دارای 48 پرسش و شش خرده مقیاس شامل ایده‌های زنده ماندن و مسئولیت نسبت به خانواده (28 پرسش)، ترس از خودکشی (هشت پرسش)، موضوعات اخلاقی (پنج پرسش) و نگرانی درباره

برش این مقیاس 20 است. نمره 20 به این معناست که فرد نه راضی و نه ناراضی است (2). روایی و پایایی آزمون در بررسی‌های خارجی به ترتیب 0/89-0/79 و 0/84 و در بررسی‌های ایرانی 0/85 و 0/77 به دست آمده است (3، 4).
پرسش‌نامه اضطراب بک¹ (BAI): مقیاس اضطراب بک دارای 21 گویه است که با هدف اندازه‌گیری شدت اضطراب طراحی شده است. این آزمون، شدت اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه‌ای از «اصلاً» (علامت وجود ندارد) تا «شدید» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره هر سؤال بین 0 تا 3 است و دامنه نمرات بین 0 تا 63 متغیر خواهد بود. نمره بالاتر، نشانه شدت اضطراب بیش‌تر است. در بررسی‌های خارج از ایران میزان روایی پرسش‌نامه برابر با 0/88 و ضریب پایایی آن 0/67 به دست آمد (18). در پژوهش‌های ایرانی روایی آن برابر با 0/48 و پایایی آن برابر با 0/67 محاسبه شده است (19).

افسردگی بک (BDI):² مقیاس افسردگی بک اولین بار توسط بک، وارد و مندلسون تحت عنوان BDI در سال 1961 منتشر شد و شامل 21 گویه است که به چگونگی احساس بیمار در هفته اخیر می‌پردازد (19). هر گویه مجموعه‌ای از حداقل چهار گزینه است که برحسب شدت علامت موردنظر، بین 0 تا 3 نمره به هر گزینه تعلق می‌گیرد. بنابراین، مجموع نمرات می‌تواند بین 0 تا 63 باشد. امتیاز بالا نشانه شدت بیش‌تر افسردگی است. در پژوهش‌های خارج از ایران روایی پرسش‌نامه برابر با 0/73 و پایایی آن برابر با 0/86 به دست آمده است. در بررسی که توسط جلیلی و اخوت در ایران انجام گرفت روایی این آزمون برابر با 0/78 و پایایی آن برابر با 0/73 محاسبه شده است (20).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس³ (DASS21): فرم کوتاه پرسش‌نامه نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس، دارای 21 گویه است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را

⁴ Beck Hopelessness Scale

⁵ Self Esteem Inventory

⁶ Reasons for Living Inventory

¹ Beck Snxiety Inventory

² Beck Depression Inventory

³ Depression, Anxiety, Stress Scale 21

جدول 1- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی

متغیرها	فرآوانی (%)
جنیست	زن 57 (43/5)
	مرد 74 (56/5)
سن	18-25 23 (17/5)
	26-35 17 (12/9)
	36-45 27 (20/6)
	46-55 24 (18/3)
	56-65 23 (17/5)
	66-75 16 (12/2)
وضعیت تأهل	بالاتر از 75 سال 1 (0/07)
	مجرد 48 (35/8)
	متأهل 70 (53/4)
	جداشده 13 (9/9)
تحصیلات	سیکل تا دیپلم 36 (27/4)
	دیپلم تا فوق دیپلم 69 (52/6)
	لیسانس 19 (14/5)
	بالاتر از لیسانس 7 (0/11)

فرزندان (شش پرسش) است. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت شش نمره‌ای (0= اصلاً مهم نیست؛ 1= خیلی مهم نیست؛ 2= مهم نیست؛ 3= مهم است؛ 4= خیلی مهم است؛ 5= کاملاً مهم است) درجه‌بندی می‌شوند. به این ترتیب، دامنه نمره‌ها بین صفر تا 240 قرار دارد. بررسی‌های گوتیرز و همکارانش نشان داد که روایی این مقیاس در پژوهش‌های خارجی بین 0/92-0/95 و پایایی همزمان آن بین 76/0 تا 84/0 است. بررسی‌های روان‌سنجی این آزمون، وجود چهار عامل را نشان داده‌اند. عامل اول نشان می‌دهد که در جامعه ایرانی مهم‌ترین دلیل زندگی، باور به توانایی خود در رویارویی با مشکلات زندگی، خوشبینی نسبت به آینده و مسئولیت نسبت به خانواده و بستگان است. روایی این پرسش‌نامه در ایران برابر با 0/95 و پایایی آن برابر با 0/93 برآورد شده است (23).

یافته‌ها

جدول 1، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد. نمونه شامل 131 بیمار مبتلا به اختلال روانی با دامنه سنی 18 تا 76 سال (میانگین سن 39/76 با انحراف معیار 14/82) بود. از کل بیماران حاضر در این پژوهش، 57 نفر زن (43/5 درصد) و 74 نفر مرد (56/5 درصد) بودند. این افراد حداقل یک بار در مراکز روان‌پزشکی بستری شده بودند. در هنگام اجرای پژوهش، بیماری افراد با استفاده از داروهای اعصاب و روان تحت کنترل بود.

جدول 2 شامل میانگین و انحراف استاندارد هر سؤال از پرسش‌نامه رضایت از زندگی به صورت جداگانه است. دامنه میانگین نمرات سؤال‌ها بین 3/39 تا 52/66 بوده است. کم‌ترین نمره متعلق به گویه «شرایط زندگی من بسیار عالی است»، و بیش‌ترین نمره متعلق به گویه «من از زندگی خود رضایت دارم» هستند. به منظور بررسی هماهنگی درونی سؤال‌های مقیاس، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. دامنه ضرایب همبستگی درونی سؤال‌ها بین 0/46 تا 0/73 با میانگین 0/54 بود. هم‌چنین، دامنه ضرایب همبستگی سؤال‌ها با نمره کل مقیاس بین 0/52 تا 0/71 با میانگین 0/55 بود (جدول 2).

ارزیابی اعتبار سازه¹ مقیاس رضایت از زندگی با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی² انجام شد. به منظور بررسی قابلیت اعتماد داده‌ها جهت انجام تحلیل عاملی اکتشافی، آزمون کیسر- مایر که برای سنجش کفایت نمونه‌برداری در تحلیل عاملی به کار می‌رود، مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش حاضر، مقدار KMO³ برابر با 0/847 به دست آمده که نشان‌دهنده برازش نمونه انتخابی است. مقدار KMO همواره بین 0 و 1 در نوسان است. در صورتی که KMO کم‌تر از 0/5 باشد، داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب نخواهند بود. اگر مقدار آن بین 0/5 تا 0/69 باشد، داده‌ها دارای برازش متوسط هستند و اگر مقدار این شاخص بزرگ‌تر از 0/7 باشد، همبستگی‌های موجود در بین داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب خواهند بود (23). روش بارتلت، یکی دیگر از روش‌های تشخیص مناسب بودن داده‌ها است. آزمون بارتلت، این فرضیه را که ماتریس همبستگی مشاهده‌شده متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای ناپسته است، می‌آزماید. برای این که یک مدل عاملی، مفید و دارای معنا باشد، لازم است که متغیرها همبسته باشند. در این پژوهش، آزمون بارتلت

¹ Construct Validity

² Exploratory Factor Analysis

³ Kaiser Mayer-Olkin Measure of sampling adequacy

جدول 2- میانگین و انحراف استاندارد سؤال‌های مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) به تفکیک

سؤال‌ها	میانگین (انحراف معیار)	همبستگی با نمره کل
1- در اکثر مواقع زندگی من «ایده‌آل» است.	(1/24) 4/47	0/67
2- شرایط زندگی من بسیار عالی است.	(1/35) 3/39	0/59
3- من از زندگی خود رضایت دارم.	(1/92) 3/66	0/52
4- تا به حال چیزهای مهم مورد نظرم را در زندگی به دست آورده‌ام.	(1/12) 4/43	0/64
5- اگر می‌توانستم دوباره زندگی را شروع کنم، چیزی را تغییر نمی‌دادم.	(1/78) 3/49	0/71

ساختاری، برآورد روابط علی میان متغیرهای مکنون (مشاهده نشده) و نیز روابط میان متغیرهای اندازه‌گیری شده (مشاهده شده) بود تا ساختار یک عاملی پرسش‌نامه تأیید شود. در این روش از شاخص‌های مجذور کای، نسبت مجذور کای به درجه آزادی، شاخص خوبی برازندگی (GFI)⁵، شاخص خوبی برازندگی تعدیل‌یافته (AGFI)⁶، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)⁷ و ریشه دوی خطای تقریب (RAMSEA)⁸ استفاده شد (25). تمامی شاخص‌های مورد نظر از مقدار مناسبی برخوردارند و ساختار یک عاملی پرسش‌نامه را تأیید می‌کنند. نسبت مجذور کای به درجه آزادی، فرضیه هماهنگی مدل مورد نظر با الگوی هم‌پراشی بین متغیرهای مشاهده‌شده را مورد بررسی قرار می‌دهد. این نسبت $c^2=4513/490$, $df/\chi=5/504$ ، $Df=820$ در سطح $p=0/001$ معنادار است. شاخص‌های خوبی برازندگی و خوبی برازندگی تعدیل‌یافته، نشان‌دهنده اندازه‌ای از مقدار نسبی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها هستند که به وسیله مدل تبیین می‌شوند و هر چه به عدد یک نزدیک‌تر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده‌شده بیشتر است. در مدل مورد بررسی، این دو مقدار به ترتیب $GFI^9=0/91$ و $AGFI^{10}=0/825$ بوده‌اند. شاخص برازندگی تطبیقی برای الگوهای برازش‌یافته بین 0/92 تا 0/95 است و هر چه به یک نزدیک‌تر باشد، نشان از برازش بهتر مدل دارد. در مدل فوق این شاخص 0/93 برآورد شده است. ریشه دوم واریانس خطای تقریب نیز برای مدل‌های خوب 0/05 و کم‌تر، برای مدل‌های متوسط 0/05 تا 0/08 و برای مدل‌های ضعیف 0/1 و بالاتر است (25). در مدل مذکور، این شاخص $RMSEA=0/054$ بوده است که حاکی از تأیید برازش مدل است (جدول 4).

($p<0/001$ با $df=1957$ و $c^2=6639/551$) نشان می‌دهد که روابط معناداری بین متغیرها وجود دارد. در تحلیل مؤلفه‌های اصلی، تنها عامل‌هایی که مقدار ویژه آن‌ها بیش‌تر از یک باشد، به عنوان عامل‌های معنادار در نظر گرفته شد. کلیه عامل‌هایی که مقدار ویژه آن‌ها کم‌تر از یک بودند، از تحلیل کنار گذاشته شدند. بسیاری از محققان از جمله کیسر، مقدار ویژه¹ را مبنای تعیین تعداد عامل‌ها قرار می‌دهند. اما زمانی که تحلیل عاملی مشترک به عنوان مدل تحلیل انتخاب می‌شود، معیار مقدار ویژه¹ باید قدری تعدیل شود (24) که در این بررسی، ارزش ویژه برابر 0/78 به دست آمد. براساس مؤلفه‌های استخراج‌شده، مقیاس رضایت از زندگی دارای یک عامل است که این یک عامل، 66/83 درصد کل واریانس‌ها را تبیین می‌کند. برای تفسیر عامل‌ها باید مشخص می‌شد که کدام یک از بارهای عاملی باید به عنوان مقادیر معنادار در نظر گرفته شوند. بنابراین، برای اتخاذ تصمیم، به این صورت عمل شد: هر چه میزان بار عاملی بیش‌تر باشد، سطح معناداری آن‌ها در تفسیر ماتریس عاملی افزایش می‌یابد. استفاده از این معیار زمانی مناسب است که تعداد نمونه‌ها بیش از 50 مورد باشد. بارهای عاملی که بزرگ‌تر از $\pm 0/3$ باشند، به عنوان معنادار، بارهای عاملی که بزرگ‌تر از $\pm 0/4$ باشند دارای سطح معناداری بالا و بارهای عاملی که بزرگ‌تر از $\pm 0/5$ باشند، بسیار معنادار تلقی می‌شوند (24). بعد از چرخش واریماکس² مشخص گردید که کدام سؤال متعلق به عامل اول است و اگر سؤالی دارای میزان همبستگی کم‌تر از 0/3 بود، باید از پرسش‌نامه حذف می‌شد. با توجه به نتایج داده‌ها، سؤالی برای حذف کردن وجود نداشت (جدول 3).

برای تأیید عامل (CFA)³ استخراج‌شده از مقیاس رضایت از زندگی، از روش تحلیل عاملی تأییدی با روش مدل‌یابی ساختاری (SEM)⁴ استفاده شد. هدف استفاده از روش مدل‌یابی

⁵ Goodness of Fit Index

⁶ Adjusted Goodness of Fit Index

⁷ Comparative Fit Index

⁸ Root Mean Square Error of Approximation

⁹ Goodness of Fit Index

¹⁰ Adjusted Goodness of Fit Index

¹¹ Root Mean Square Error of Approximation

¹ Eigenvalue

² Varimax

³ Confirmatory Factor Analysis

⁴ Structural Equation Modeling

جدول 3- تفکیک عامل‌ها بر اساس ضرایب بارعاملی بعد از چرخش واریماکس

سؤال‌ها	عامل
1- در اکثر مواقع، زندگی من «ایده‌آل» است.	0/910
2- شرایط زندگی من بسیار عالی است.	0/865
3- من از زندگی خود رضایت دارم.	0/823
4- تا به حال چیزهای مهم مورد نظرم را در زندگی به دست آورده‌ام.	0/798
5- اگر می‌توانستم دوباره زندگی را شروع کنم، چیزی را تغییر نمی‌دادم.	0/671
ارزش ویژه	0/78
درصد واریانس تبیین شده	66/83

جدول 4 - شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از روش SEM برای مقیاس رضایت از زندگی

الگو	χ^2	Df	df/ χ	P	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
نک عاملی	4513/490	820	5/504	0/001	0/91	0/825	0/91	0/054

کم‌تر بود. انحراف معیار نمره‌ها نیز در گروه عادی (1/79)، بیش‌تر از انحراف معیار گروه اقدام‌کننده به خودکشی (1/33) بود. افزون‌براین، t به دست آمده (24/96) از لحاظ آماری در سطح کم‌تر از 0/01 معنادار بود. به این ترتیب، میتوان گفت که رضایت از زندگی بیماران روان‌پزشکی فاقد سابقه خودکشی نسبت به افراد اقدام‌کننده به خودکشی بیش‌تر است. از این رو، می‌توان گفت که پرسش‌نامه رضایت از زندگی می‌تواند بیمارانی را که قصد خودکشی دارند، از بیماران روانی بدون تفکر خودکشی تفکیک کند.

به منظور تعیین ضریب پایایی با روش بازآزمایی²، مقیاس رضایت از زندگی با فاصله دو هفته بر روی 60 آزمودنی که بعد از ترخیص مجدداً برای اولین ویزیت به مرکز روان‌پزشکی شفا رشت مراجعه کرده بودند، اجرا شد و ضریب پایایی بازآزمایی حاصل از دو اجرا محاسبه گردید. مقدار این ضریب برای کل مقیاس 0/84 بود. این مقادیر حاکی از پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش است (جدول 6).

جدول 6، ضرایب آلفای کرونباخ را نشان می‌دهد. مقدار این ضریب 0/75 بود. این میزان حاکی از پایایی مناسب مقیاس رضایت از زندگی است.

روایی هم‌زمان¹ این پرسش‌نامه از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس رضایت از زندگی با مقیاس اضطراب بک، مقیاس افسردگی بک و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، مقیاس ناامیدی بک، مقیاس عزت‌نفس کوپراسمیت و مقیاس دلیلی برای زندگی محاسبه شد. نتایج بیانگر این بود که بین نمره کل عامل رضایت از زندگی با مقیاس عزت‌نفس کوپراسمیت و پرسش‌نامه دلیلی برای زندگی، همبستگی مثبت وجود دارد که نشان‌گر روایی همگراست. بین نمره کل رضایت از زندگی با نمرات اضطراب بک، افسردگی بک، مقیاس DASS 21 و مقیاس ناامیدی بک، همبستگی منفی وجود دارد که حاکی از روایی واگراست (جدول 5).

یکی از متغیرهای مورد بررسی، تأثیر رضایت از زندگی بر روی میزان اقدام به خودکشی بوده است. سابقه خودکشی در نمونه‌های این پژوهش، از پرونده روان‌پزشکی بیماران استخراج شده است. برای برآورد روایی تفکیکی مقیاس رضایت از زندگی و میزان توانایی این مقیاس در جداسازی افراد بیمار اقدام‌کننده به خودکشی از بیماران بدون سابقه خودکشی، به کمک آزمون t برای گروه‌های مستقل، میانگین نمره‌های دلایل رضایت از زندگی دو گروه با هم مقایسه شدند. میانگین نمره‌های گروه اقدام‌کننده به خودکشی (3/692) نسبت به گروه غیر اقدام‌کننده (24/321)

² Test-Retest Reliability

¹ Concurrent Validity Criterion

جدول 5- ماتریس همبستگی میان مقیاس رضایت از زندگی با آزمون‌های ملاک

مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)	اضطراب بک (BAI)	افسردگی بک (BDI)	مقیاس DASS 21	مقیاس ناامیدی بک (BHS)	مقیاس عزت نفس (SEI)	پرسش‌نامه دلیلی برای زندگی (RFL)
مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)	1					
اضطراب بک (BAI)	*-0/25	1				
افسردگی بک (BDI)	*-0/31	**0/67	1			
مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس (DASS 21)	*-0/48	*0/59	*0/67	1		
مقیاس ناامیدی بک (BHS)	*-0/37	*0/61	*0/74	*0/57	1	
مقیاس عزت نفس (SEI)	**0/69	*-0/55	*-0/32	*-0/39	*-0/22	1
پرسش‌نامه دلیلی برای زندگی (RFL)	**0/56	*-0/29	*-0/38	*-0/35	**0/79	1

* در سطح 0/05 معنادار است؛ ** در سطح 0/01 معنادار است.

جدول 6- ضرایب آلفای کرونباخ، دونیمه‌سازی و بازآزمایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)

جنس	آلفای کرونباخ	دونیمه‌سازی	بازآزمایی با فاصله دو هفته
زن	0/79	0/88	0/63
مرد	0/76	0/86	0/59
کل	0/75	0/86	0/64

بحث

احتمال وجود دارد که تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی در میان شرکت‌کنندگان، در ارزیابی فرد در مورد رضایت از زندگی مؤثر باشد (11، 31، 30، 29، 32).

نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهند که مقیاس در گروه بیماران روان‌پزشکی دارای ساختار تک عاملی است. سازندگان اصلی مقیاس ساختار عاملی مقیاس را تک عاملی گزارش کردند (32). محققان دیگر نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی، از ساختار تک عاملی حمایت کرده‌اند (3، 10، 33، 34). در این پژوهش شاخص خوبی برازندگی و خوبی برازندگی تعدیل یافته، نزدیک به یک به دست آمد که حاکی از برازش مدل است. با توجه به این که نتیجه تحلیل عاملی تأییدی نشان داده که مقیاس فوق برای ارزیابی میزان رضایت بیمار از زندگی در زمان ترخیص و یا در حین درمان بعد از ترخیص، در بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی مناسب بوده است، بنابراین می‌توان با پرسیدن این 5 سؤال، شرایط زندگی بیماران را در وضعیت فعلی بررسی کرد. نتایج پرسش‌نامه فوق می‌تواند نشان دهد که پس از بستری شدن

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، در بین بیماران مرکز روان‌پزشکی شفا رشت انجام شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهند که مقیاس رضایت از زندگی فقط از یک عامل تشکیل شده است و درصد واریانس تبیین شده در پژوهش حاضر برابر با 66/83 به دست آمد. در بررسی شیخی (3) با میزان 64/86 و در بررسی آیشه واریا¹ (8) بر روی 283 بیمار روان‌پزشکی با میزان 67/58 به دست آمد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که SWLS از روایی بالایی برخوردار است. یافته‌های این پژوهش، همسو با یافته‌های پژوهش‌های قبلی بر روی بیماران روان‌پزشکی در کشورهای مالزی، آمریکا، چین، هند و اسرائیل بوده است. در پژوهش ما همسانی درونی سؤال‌ها بین 0/52 تا 0/71 گزارش شده است. این نتایج همسو با نتایج کشورهای دیگر بوده است (3، 10، 26، 27 و 28). از آنجا که بررسی‌ها در کشورهای مختلف انجام گرفته است این

¹ Aishvaryia

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهند که مقیاس رضایت از زندگی در جامعه بیماران روان‌پزشکی از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل‌قبولی برخوردار است و پژوهش‌گران می‌توانند از آن به عنوان ابزاری معتبر برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی و پژوهش‌های حیطه روان‌شناسی مثبت‌نگر استفاده کنند. باید توجه داشت که نمونه پژوهش حاضر، از میان بیماران روان‌پزشکی انتخاب شده است و تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌های بیماران مزمن، باید با احتیاط صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود که ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، در سایر گروه‌های بیماران مورد بررسی قرار بگیرد. از مزیت‌های اصلی این پژوهش، اجرای تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی بر روی گروه بیماران است. بنابراین، می‌توان از مقیاس در جریان درمان‌های مداخله‌ای شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و جهت بررسی اثربخشی درمان استفاده کرد.

این پژوهش دارای کاستی‌هایی است که پیشنهاد می‌شود توسط پژوهش‌گران دیگر مورد توجه قرار بگیرد. نخست این که به دلیل محدود بودن تعداد اعضای نمونه‌ها، ویژگی‌های سن، جنسیت و تحصیلات به عنوان متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. دوم این که در پژوهش حاضر، تأثیر وجود افکار خودکشی بر میزان رضایت از زندگی در بیماران، مورد بررسی قرار نگرفته است.

سپاسگزاری

از تمامی بیمارانی که در زمان ترخیص از بیمارستان و یا دو هفته بعد از اولین ویزیت ترخیص خود، جهت تکمیل پرسش‌نامه حاضر به همکاری با این پژوهش شدند و صبورانه و با دقت به سؤال‌ها جواب دادند، صمیمانه تشکر می‌کنیم. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Snyder CR, Lopez SG. Positive Psychology. New York: Oxford University Press; 2007.
2. Pavot W, Diener E. The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. J Positive Psychology. 2008; 3, 137-152.
3. Sheikhi M, Houman HA, Ahadi H, SepahMansour M. Psychometric Properties of the Satisfaction with Life

بیمار در بیمارستان، جایگاه وی در محیط خانه و خارج از خانه تا چه میزان متزلزل می‌شود.

در این پژوهش، یکی از متغیرهای مورد بررسی شامل سابقه اقدام به خودکشی بر اساس پرونده روان‌پزشکی بیماران بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که میزان رضایت از زندگی در بیمارانی که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند، به صورت معنادار پایین‌تر از بیمارانی بوده است که در حین اجرای پژوهش، فاقد سابقه اقدام به خودکشی بودند. این تفاوت در سطح 0/01 معنادار بود. به نظر می‌رسد که با بستری شدن افراد در بیمارستان، پایگاه خانوادگی و اجتماعی آنها دچار خدشه می‌شود. بیمارانی که دارای پایگاه اجتماعی بالاتری در جامعه هستند، از بستری شدن خود در بیمارستان‌های اعصاب و روان بسیار ناراضی هستند؛ به ویژه اگر که بستری شدن، علی‌رغم میل بیمار و با کمک نیروی انتظامی و سایر موارد انجام گیرد.

نتایج این پژوهش، هماهنگی با یافته‌های پژوهشگران دیگر در مورد مقیاس SWLS، نشان داد که بین مؤلفه رضایت از زندگی با عزت نفس و دلیلی برای زندگی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد (35، 36). این یافته حاکی از روایی هم‌گراست. بین مقیاس SWLS با مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، استرس و ناامیدی، همبستگی منفی معناداری در سطح 1% وجود داشت که حاکی از روایی واگراست (37، 38).

یافته دیگر پژوهش حاضر این است که بین نمرات رضایت از زندگی بیماران زن و مرد، تفاوت معنادار مشاهده نشد. داینر و دیگران بیان می‌کنند که زنان در مقایسه با مردان، هیجان‌های مثبت بیشتری را گزارش می‌کنند (4). اما از سوی دیگر، هیجان‌های منفی آن‌ها نیز بیش‌تر از مردان است. هم‌چنین، دیدگاه و انتظارات افراد در خصوص نقش‌های جنسیتی افراد سالم، تغییرات زیادی کرده است و هر دو گروه زنان و مردان به امور مختلف هر دو جنس می‌پردازند. اما واقعیت این است که بین رضایت از زندگی بیماران مرد و زن تفاوتی وجود نداشت (10).

پایایی بازآزمایی در بررسی فوق با میزان 0/59-0/64 و همسانی درونی با میزان 0/75-0/88 در حد قابل قبول بوده است. بنابراین، در هنگام پیگیری درمان می‌توان میزان رضایت از زندگی بیماران را در هر بار ویزیت مورد بررسی قرار داد.

- Scale (SWLS). *J Modern Industrial/Organization Psychology*. 2010; 1(4): PP: 17-25 [Persian]
4. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess*. 1985; 49:71-5.
 5. Shin DC, Johnson DM. A vowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Soc Indicators Res*. 1978; 5:475-92.
 6. Sharif Ghaziani Z, Ebadollahi Chanzanegh H, Fallahi Kheshtmasjedi M, Baghaie M. Quality of Life and Its Associated Factors among Mental Patients` Families. *Journal of Health and Care*. V 17, Issue Two, 2015; 166-177. [Persian]
 7. Molme L, Quist T, Wiseley P. Imbalanced structures unfairs strategies, power and justice in social exchange. *J ASR*. 1994; 481-500.
 8. Aishvaryaa S, Maniama T, Karuthanc C, Sidia H. Psychometric properties and validation of the Satisfaction with Life Scale in psychiatric and medical outpatients in Malaysia. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55: 101–106.
 9. Ruzyanei NJ, Sumantri OYJK, Rice RW. The relationship between mood and subjective well-being. *SIR*. 1991; 24: 101-111.
 10. Magus K, Diener E, Fujita F, Pavot W. Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *J Personality and Social Psychology*. 1993; 65: 1046-1053.
 11. Wu CH, Yao G. Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the satisfaction with life scale. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40: 1259-1268.
 12. Pons D, Atienza FL, Balaguer I, Garcia-Merita ML. Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*. 2000; 91: 62-68.
 13. Hultell D, Gustavsson JP. A psychometric evaluation of the satisfaction with life scale in a Swedish nationwide sample of university students. *Personality and Individual Differences*. 2008; 44: 1070-1079.
 14. Swami V, Chamorro-Premuzic T. Psychometric evaluation of the Malay satisfaction with life scale. *Social Indicators Research*. 2009; 92: 25-33.
 15. Durak M, Senol-Durak E, Gencoz T. Psychometric properties of the satisfaction with life scale among Turkish university students, correctional officers, and elderly adults. *Social Indicators Research*. 2009; 99 (3): 413-429.
 16. Pavot W, Diener E. The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *J Positive Psychology*. 2008; 3: 137-152.
 17. Bayani AA, Koocheky M, Goodarzi H. Reliability and validity of Satisfaction with Life Scale. *Journal of Iranian Psychologists*. 2007; 3(11): 259-265 [Persian].
 18. Rajabi GhR, Kasmaee, SK. Psychometric adequacy of the Persian version of Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II). *Educational Measurement*. 2012; 10-19 [Persian]
 19. Fallahi Khesht Masjedi M, Omar Z, Kafi M. Psychometrics properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory in North of Iranian adolescents. *International Journal of Educational and Psychological Researches*. 2015; 1(2): 1-9.
 20. Fathi-Ashtiani A. Psychological tests - personality assessment of mental health. 2013. www.tahlileamari.ir [Persian]
 21. Goudarzi MA. Reliability and validity of the Beck Hopelessness Scale in a group of Students. *Journal of Humanities and Social Sciences*. 2003; 6 [Persian]
 22. Kaviani H. Interview and Psychological inventories. 1St ed. Tehran, Besat, 2002; PP:171 -178 [Persian].
 23. Mahmoudi O, Asgari A, Azkhosh M, Khodabakhshi Kolae A. Exploring the Validity, reliability and standardization of Adult Reasons for Living Inventory. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011; 16(3): 239-247 [Persian]
 24. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis*. 4th ed. Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.
 25. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*, 5th ed. Boston (Mass): Ally & Bacon; 2007.
 26. Glaesmer H, Grande G, Braehler E, Roth M. The German Version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS). Psychometric properties, validity, and population-based norms. *Eur J Psychol Assess*. 2011; 27(2): 127-32.

27. Vassar M. A note on the score reliability for the Satisfaction with Life Scale: An RG study. *Soc Indicators Res.* 2008; 86: 47-57.
28. Oishi S. The concept of life satisfaction across cultures: An IRT analysis. *J Res Pers* 2006; 40: 411-23.
29. Neto F. The Satisfaction with Life Scale-psychometric properties in an adolescent sample. *J Youth Adolesc.* 1993; 22: 125-34.
30. Lewis CA, Bunting BP, Shevlin ME, Joseph S. Confirmatory factor analysis of the Satisfaction with Life Scale-replication and methodological refinement. *Percept Mot Skills.* 1995; 80: 304-6.
31. Arrindell WA, Meeuwesen L, Huyse FJ. The Satisfaction with Life Scale (SWLS) psychometric properties in a non-psychiatric medical out patient sample. *Pers Individ Differ.* 1991; 12: 117-23.
32. Anaby D, Jarus T, Zumbo B. Psychometric evaluation of the Hebrew language version of the Satisfaction with Life Scale. *Soc Indicators Res.* 2010; 96: 267-74.
33. Atienza FL, Balaguer I, Garcia-Merita ML. Satisfaction with Life Scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Pers Individ Differ.* 2003; 35: 1255-60.
34. Swami V, Chamorro-Premuzic T. Psychometric evaluation of the Malaysian Satisfaction with Life Scale. *Soc Indicators Res.* 2009; 92: 25-33.
35. Bai W, Wu C, Zheng R, Ren X. The psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale using a nationally representative sample of China. *J Happiness Study.* 2011; 12: 183-97.
36. Sachs J. Validation of the Satisfaction with Life Scale in a sample of Hong Kong University. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient.* 2004; 46: 225-34.
37. Howell CJ, Howell RT, Schawabe KA. Does wealth enhance life satisfaction for people who are materially deprived? Exploring the association among the Orang Asli of Peninsular Malaysia. *Soc Indicators Res.* 2006; 76: 499-524.
38. ouveia VV, Milfont TL, Fonseca PN, Coelho JA. Life satisfaction in Brazil: Testing the psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Soc Indicators Res.* 2009; 90: 267-77.

Original Article

**Psychometric Properties of Satisfaction with Life Scale
in Psychiatric Patients**

Abstract

Objectives: This study was performed to evaluate the psychometric properties and factor structure of Satisfaction with Life Scale in a sample of psychiatric outpatients in the Psychiatric Center of Rasht in 2014-2015. **Method:** 131 patients with psychiatric disorders (57 females and 74 males) were selected by convenience sampling method and they completed Satisfaction with Life Scale with the Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Depression, Anxiety and Stress Scale, Beck Hopelessness Scale, Self-esteem Scale, and Reasons for Living Scale. **Results:** Data analysis indicates that factor structure of Satisfaction with Life Scale is unidimensional and exploratory and confirmatory analysis supported the fit for the one-factor model as the best-fitting model. The internal consistency of the Satisfaction with Life Scale is equal to 0.75 and test-retest reliability is equal to 0.64. No significant difference was observed between females' and males' satisfaction with life. **Conclusion:** The results show that Satisfaction with Life Scale is a reliable and valid tool for measuring life satisfaction among psychiatric outpatients and psychiatric patients after discharge.

Key words: *psychometric properties; Satisfaction with Life Scale; psychiatric patients*

[Received: 31 July 2015; Accepted: 13 February 2016]

Mahnaz Fallahi Khesht Masjedi*,
Mohammad Mehdi Pasandideh^a

* Corresponding author., Guilan University of
Medical Sciences, Guilan, Rasht, St. Azadegan
Health Department Iran, IR.

Fax: +981333334480

E-mail: mahnaz.fallahi@gmail.com

^a Payame Noor University of Guilan, Astaneh
Ashrafieh, Iran.

158
158