

الكفاءة السيكومترية لقياس جودة الحياة لدى مرضى الفصام في الثقافة المصرية

طارق محمد عبد الوهاب⁽²⁾

جامعة الفيوم

**Dr.Tarek Mohammed AbdEl-
wahab**
Fayoum University

مروة إسماعيل سعيد⁽¹⁾

جامعة الفيوم

Marwa Ismaiel Said
Fayoum University

نيفين نيروز وهيب⁽³⁾

جامعة الفيوم

Dr. Nevin Neros Wahib
Fayoum University

المؤلفون

(1) طالبة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الفيوم

(2) أستاذ علم النفس، كلية الآداب، جامعة الفيوم

(3) مدرس علم النفس، كلية الآداب، جامعة الفيوم

الملخص

هدف البحث الحالي إلى فحص صدق وثبات مقياس جودة الحياة في الفصام على عينة من مرضى الفصام في البيئة المصرية، تكونت عينة البحث من 100 فردًا من مرضى الفصام (81 ذكرًا ، و19 أنثى) ممن انطبقت عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية- الإصدار الخامس، تراوحت أعمارهم من 17 إلى 65 عامًا (م=33,47، ع \pm 10,606)، واستخدمت الباحثة لحساب صدق وثبات المقياس : أ- الاتساق الداخلي ؛ ب- حساب صدق المقياس باستخدام صدق المحك، والصدق البنائي. ج- حساب قيمة معامل الثبات للمقياس باستخدام (ألفا كرونباخ) و الثبات بطريقة التجزئة النصفية و حساب قيمة معامل الثبات باستخدام (ماكدونالد أوميجا)، واشتملت أدوات البحث على مقياس جودة الحياة في الفصام، ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة، أشارت النتائج إلى أن مقياس جودة الحياة في الفصام يتمتع بصدق وثبات مرضيين.

Psychometric competence of quality of life scale among schizophrenic patients in the Egyptian culture

Abstract

The present study aimed to examine the validity and reliability of the quality of life scale in schizophrenia on a sample of schizophrenia patients in the Egyptian culture, the study sample consisted of 100 individuals with schizophrenia (81 males and 19 females) who meet the criteria for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition, their ages ranged from From 17 to 65 years old (M = 33,47, and SD= \pm 10,606), the study tools included the Lobular Quality of Life Scale, and the World Health Organization's Short Scale of Quality of Life, the results indicated that the Scale of Life in Schizophrenia has satisfactory validity and stability.

أولاً: مقدمة البحث:

تعد جودة الحياة هي المفتاح لتقييم الخدمات الصحية لمختلف الأمراض النفسية المزمنة والأمراض العقلية (Gupta, Kulhara, & Verma, 1998)؛ فتقييم جودة الحياة في مجال الرعاية الصحية يكون من خلال تأثير الحالة الصحية على رفاهية المريض الجسدية والاجتماعية والعاطفية (Hansson, 2006)، وفي مجال الطب النفسي يعد مفهوم جودة الحياة جانباً مهماً من جوانب الصحة العقلية، حيث زاد الاهتمام بدراسة جودة الحياة نسبياً (Goodman et al., 1997).

ويعيش مرضى الفصام جودة حياة منخفضة مقارنة بالأشخاص العاديين (Su, 1997; Ng, Yang, & Lin, 2014; Naughton & Shumaker, 2003; Sartorius, 1997)؛ وعلى الرغم من أن تقييم جودة الحياة عند هؤلاء المرضى يساعد أخصائيين الرعاية الصحية على فهم الحالة الصحية العامة (Salek, 1998)، وتقييم آثار التدخلات الطبية (Adelufosi, Ogunwale, Abayomi, & Mosanya, 2013)، فإن المقاييس المصممة لتقييم جودة الحياة عند هؤلاء المرضى لا تزال في إطار التطوير (Ting Su, 2018; Yang, & Ying Lin, 2018).

فوجد تطور قائمة لتقييم جودة الحياة من أجل تقييم الصحة العقلية، وتطور مقياس (SQLS) لتقييمها أيضاً؛ بينما تطور مقياس S-QoL لتقييمها خاصة عند مرضى الفصام (Chou, Ma, Yang, & Chen-Sea, 2011)، ومن بين هذه المقاييس الثلاثة تمت مراجعة المقياس الذي أعد بشكل خاص لتقييم جودة الحياة لدى مرضى الفصام عدة مرات إلى أن صدرت النسخة المنقحة من مقياس جودة الحياة في الفصام؛ وهي النسخة الرابعة (SQLS-R4) (Oxford Outcomes Ltd, 2004)، ولها خصائص القياس السيكومترية المقبولة في العديد من الدول كالمملكة المتحدة (Wilkinson et al., 2007; Martin & Allan, 2000)، وسنغافورة (Luo, Seng, Xie, Li, & Thumboo, 2007)، وماليزيا (Taha, Ibrahim, Rahman, Shafie, & Rahman, 2012)، وكوريا (Kim, Kim, Kim, & Cho, 2006)، وتايوان (Kuo et al., 2007; Kuo, Ma, 2007)، واستخدم على نطاق (Kuo, Huang, & Chung, 2009; Su, Yang, & Lin, 2017).

واسع من جانب متخصصي الرعاية الصحية لتقييم جودة الحياة للأشخاص المصابين بالفصام من الناحية الثقافية (Ting Su, Yang, & Ying Lin, 2018).

أعدده ويلكنسون وآخرون عام 2000؛ لتقييم جودة الحياة عند مرضى الفصام كما تقيم في العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى، وتعددت الأسباب الأخرى لوضع مقياس جودة الحياة لمرضى الفصام منها: (أ) وضع مقياس لتقييم كل الجوانب المتعلقة بالمرضى، (ب) لتوفير أداة تتمتع بخصائص سيكومترية مرضية، (ج) إيجاد بديل للمقاييس المتوفرة كاستبيان المسح الصحي "SF-36" health survey questionnre (Ware & Sherbourne, 1992)؛ لأنها مقاييس عامة للحالة الصحية وتستخدم لتقييم الأداء والرفاهية في أي مجموعة من المرضى (Hesdon, Wild, Cookson, & Wilkinson, 2018)، (د) بعض أدوات التقييم طويلة جدًا لتستخدم مع مرضى الفصام مثل التقدير الذاتي لجودة الحياة مثل (the quality of life-100) و Lancashire quality of life profile (Skantze, Malm, Dencker, May, & Corrigan, 1992; Bridges,) (Huxley, Huxley, Mohamad, & Oliver, 2005) (هـ) يحتاج البعض لإكمال التقييم بواسطة الطبيب (Baker & Intagliata, 1982; Heinrichs, Hanlon, & Carpenter, 1999) (و) بعض المقاييس التي صممت تتضمن نظرة واسعة لجودة الحياة تتعلق بتقييم البرامج المجتمعية؛ وبالتالي لن تكون حساسة للتغيرات التي تحدث للمريض نتيجة المرض أو الأدوية (Stein & Test, 1980; Becker, Diamond, & Sainfort, 1993) (ي) محدودية الخصائص السيكومترية لأدوات القياس المستخدمة لتقييم جودة الحياة بشكل عام (Heinrichs, Hanlon, & Carpenter, 1984)؛ ولهذه الأسباب قام ويلكنسون وآخرون بدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة في الفصام، وأشارت نتائجهم إلى تمتعه بصدق وثبات مرتفعين (Wilkinson et al., 2000).

ومن هنا تظهر أهمية توفير أداة تتعلق بمرضى الفصام دون غيرهم من المرضى لتقييم جودة حياتهم، وتساعد أيضًا في معرفة تأثير جودة حياتهم بمرضهم في البيئة المصرية التي تفتقد إلى مثل هذه الأداة.

ثانياً: مشكلة البحث:

تمثلت مشكلة البحث فيما أشار إليه سلفيان إلى أن المصابين بأمراض عقلية مزمنة كالفصام والاضطرابات العقلية المزمنة لديهم جودة حياة فقيرة من حيث ظروف السكن، والعلاقات الاجتماعية، والبيئية، والأسرية، والحالة المادية، والمهارات العملية، والفصام كأحد هذه الاضطرابات العقلية يؤثر على صحة المصاب العامة، ومستوى استقلاله، ورفاهيته الذاتية، ورضاه عن الحياة؛ ولذا فلهذه جودة حياة فقيرة (Lopez & Murray, 1998)، ونتيجة للعديد من الأعراض التي يعاني منها المصابون بالفصام كالضلالات والهلاوس والكلام غير المترابط (American Psychological Association, 2000)، ونتيجة أيضاً للصعوبات المعرفية التي تميز المصابين بالفصام، وعدم استبصارهم بمرضهم فلا يمكن لهم تقييم جودة حياتهم بشكل ذاتي (Bobes, García-Portilla, Sáiz, Bascarán, & Bousoño, 2005).

كما يعد اضطراب الفصام واحداً من الاضطرابات الأكثر تحدياً للعلاج، فهو اضطراب يستمر مدى الحياة، وهناك نسبة كبيرة من المرضى تنتكس بالرغم من تناولها الدواء، كما يعتبر من الاضطرابات التي لايشفى صاحبها منها تماماً (Constantine, 2007)، ومع هذا يؤخذ علاج الفصام الآن بنظرة أكثر تفاؤلاً، عما كان يحدث فيما سبق وخاصة في مراحل الأولى، فالاستخدام المتسع النطاق للأدوية المهدئة جعل من الممكن الاحتفاظ بالعديد من المرضى في مجتمعاتهم وبالتالي تقليل عدد نزلاء المستشفى من مرضى الفصام (حنفي محمود ، نور الرمادي ، 2000).

وزاد التركيز في الفترة الأخيرة على جودة الحياة للمصاب بدلاً من التركيز فقط على تقليل الأعراض الذهانية للمصابين بالفصام؛ فتغير هدف العلاج من تخفيف الأعراض إلى تحسين جودة حياة المريض (Sidlova et al., 2011)، وعلى الرغم من كل هذا الاهتمام ومن التدخل الدوائي والنفسي على مدى أكثر من 50 عام لعلاج الفصام فإن هناك فقر في جودة الحياة عند المصابين به (Singh, Midha, Chugh, & Solanki, 2008)، ولا يزال الفصام أحد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة في العالم (Lopez & Murray, 1998).

فأشارت نتائج الدراسات التي اهتمت بدراسة المرضى المصابين بأمراض عقلية كالفصام، والاكتئاب الشديد، والاضطراب ثنائي القطب إلى أن الأمراض العقلية ترتبط بجودة حياة فقيرة (Hansson, 2006; Arnold, Witzeman, Swank, McElroy, & Keck, Jr, 2000)؛ ولذا تعتمد جودة حياة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية على شدة المرض وعواقبه على حياتهم وعلى مستوى اندماجهم وقبولهم في المجتمع (Buizza et al., 2007).

كما أشارت نتائج الدراسات أيضًا إلى أن الأعراض الذهانية الموجبة، وأعراض الاكتئاب، وعدم تلبية الاحتياجات الأساسية، والشعور بعدم الرضا عن الحياة، وعدم القدرة على التكيف مع الآخرين عند المصابين بالأمراض العقلية يعد من العوامل المهمة التي تتبىء بجودة حياة فقيرة (CORRIGAN & BUICAN, 1995).

وعلى مدار الثمانية عشر عامًا الماضية زاد عدد البحوث حول جودة حياة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة مثل الفصام؛ كما استخدم مصطلح جودة الحياة في الأدبيات بشكل أساسي كمؤشر على نتائج تقييم الخدمات والبرامج العلاجية، وفي التجارب الإكلينيكية كمؤشر على نتائج تقييم الأدوية الجديدة (Caron, Mercier, Diaz, & Martin, 2005).

وبمراجعة الأدبيات يمكن استنتاج أن جودة الحياة عند المصابين بالفصام تكون أقل من عامة الناس والمصابين بأمراض جسدية، كما أن مدة الإصابة بالمرض تساهم في جودة الحياة الفقيرة؛ فكلما طالمت مدة الإصابة بالمرض أدت إلى تدهور جودة الحياة، ودمج المريض في برامج دعم المجتمع يساهم في تحسن جودة الحياة بشكل أكبر من المرضى الذين يتم إيداعهم في المؤسسات (Bobes, Garcia-Portilla, Bascaran, Saiz, & Bousoño, 2007).

ونتيجة للعلاقة الوثيقة بين جودة الحياة والإصابة بالأمراض كالفصام، فنحن بحاجة إلى أداة تساعدنا على تقييم جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى في البيئة المصرية؛ حيث توجد مثل هذه الأداة المستخدمة لتقييم جودة الحياة لدى مرضى الفصام في العديد من الدول، كما أنها تتمتع بخصائص سيكومترية مرضية في كل

ثقافة من ثقافات هذه الدول؛ فنجد أن نتائج العديد من الدراسات أشارت إلى تمتع مقياس جودة الحياة في الفصام بخصائص سيكومترية مرضية (Martin & Allan, 2007; Taha, Ibrahim, Rahman, Shafie, & Rahman, 2012; Kuo et al., 2007; Kuo, Ma, Kuo, Huang, & Chung, 2009; Su, Yang, & Lin, 2017; Luo, Seng, Xie, Li, & Thumboo, 2007; Kuo et al., 2007)، بينما فحص ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار في دراسة (Taha, 2007)، كما فحص الصدق باستخدام التحليل العاملي التوكيدي لفحص البنية العاملية للمقياس في دراسة (Motl & DiStefano, 2002)، ودراسة (Ting Su, Yang, & Ying Lin, 2018)، ودراسة (Lin, 2017)، وباستخدام الصدق التقاربي في دراسة (Taha, Ibrahim, 2012)، وباستخدام التحليل العاملي الاستكشافي في دراسة (Kuo, Ma, Kuo, Huang, & Chung, 2009).

ولم يقتصر استخدام مقياس جودة الحياة في الفصام على تقييم جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى فقط بل أستخدم مقياس جودة الحياة في الفصام أيضًا لتقييم أنواع العلاجات الجديدة للأشخاص المصابين بالفصام (Kheirabadi, Masaeli, Omranifard, Maracy, & Khedri, 2016)، يتطلب تطبيق مقياس جودة الحياة في الفصام وقت يتراوح من 5 إلى عشر دقائق، ومنذ أن تم إعداده تمت ترجمته إلى أكثر من 25 لغة (Oxford Outcomes Ltd, 2004)، كاللغة اليابانية (Kaneda, Imakura, Fujii, & Ohmori, 2003)، واللغة الكورية (Kim, Kim, Kim, & Cho, 2013)، واللغة الصينية (Chou, Ma, Yang, & Chen-Sea, 2011).

ومما سبق عرضه يتضح وجود أداة ترتبط بتقييم جودة الحياة لدى مرضى الفصام فقط دون غيرهم من المرضى في العديد من البيئات المختلفة، لكن هناك قلة في الأدوات المستخدمة لتقييم جودة الحياة لدى مرضى الفصام في البيئة العربية، وبصفة خاصة البيئة المصرية (في حدود علم الباحثة)؛ لذا حاولت الباحثة فحص الكفاءة السيكومترية لمقياس جودة الحياة في الفصام على عينة من المصابين في البيئة

المصرية، من أجل توفير أداة تخص مرضى الفصام في البيئة المصرية تتمتع بصدق وثبات مرضيين وتحظى بقبول وسمعة بين الباحثين في المجال.

ويمكن صياغة مشكلة البحث الحالي من خلال التساؤل الرئيسي التالي:

هل يتمتع مقياس جودة الحياة في الفصام بخصائص سيكومترية مرضية للاستخدام في البيئة المصرية؟ ومن هذا التساؤل الرئيس يمكن اشتقاق التساؤلات الفرعية التالية:

ثالثاً: تساؤلات البحث:

1. ما مؤشرات الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة في الفصام على عينة البحث؟

2. ما مؤشرات صدق مقياس جودة الحياة في الفصام على عينة البحث؟

3. ما مؤشرات صدق مقياس جودة الحياة في الفصام على عينة البحث؟

رابعاً: أهداف البحث:

هدف البحث الحالي إلى تقييم الصدق والثبات لمقياس جودة الحياة في الفصام على عينة مصرية؛ وذلك لإمكانية استخدام المقياس في العديد من الأغراض سواء البحثية أو العملية، مثل متابعة انخفاض حدة أعراض المرض، وتقييم أنواع العلاجات الجديدة.

خامساً: أهمية البحث:

تتمثل أهمية البحث في توفير أداة تتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة لتقييم جودة الحياة لدى مرضى الفصام في الثقافة المصرية.

سادساً : مصطلحات البحث:

1- الخصائص السيكومترية (الاتساق الداخلي ، الصدق ، والثبات):

أ- الاتساق الداخلي: ويتم من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقره من فقرات أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد نفسه ، و عليه تم الاحتفاظ بالعبارات التي تميزت بارتباط موجب يفوق (٠.٠٥) ، بغض النظر عن الدلالة الإحصائية ، لأنها تتأثر بحجم العينة و كلما كبر حجم العينة كلما كانت النتائج واضحة (عطية لعون ، صباح عايش . ٢٠١٦ . ص٩٢).

ب- الصدق: ترى "أنستازي" 1982, Anastasia " أن صدق المقياس يهتم بماذا يقيس ويخبرنا الصدق بما يمكن الاستدلال عليه من درجات المقياس وإلى أي درجة من

الكفاءة يقيسه المقياس، كما يشير إلينا الصدق بما يمكن الاستدلال عليه من درجات المقياس.

وأن يكون المقياس قادرًا على قياس ما وضع لأجله، ويمكن تحدد صدق المقياس من خلال صدق المحتوى أو صدق المحك أو صدق المفهوم البنائي (Anastasia.1982 : P.154-162).

ج- الثبات: يعبر عن مدى إعطاء المقياس نفس الدرجات لنفس الأفراد عند إعادة تطبيقه عليهم، فالمقياس الثابت هو الذي إذا طبقت على فرد أو أفراد ثم أعدت تطبيقه على نفس الفرد أو الأفراد بعد فترة زمنية متباينة يعطيك تقريبًا الدرجة التي أعطاهها في المرة الأولى (اسماعيل الفقى، ٢٠٠٥، ص ٣١).

1- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ : Alpha Cronbach تعد معادلة "ألفا" هي صورة عامة من المعادلة التي أقترحها " كودر ريتشاردسون " ، ويستخدم في حساب الاتساق الداخلي (الثبات) ، أو معاملات ارتباطات بين المتغيرات المقاسة بهدف تقدير الاتساق الداخلي Internal Consistency ، للعوامل التي يراد استخراجها ، ذلك أن العامل الذي يحوز على أعلى قيمة لمعامل ألفا يستخرج قبل غيره من العوامل ، ثم تستخرج العوامل الأخرى بالتتابع بناء على الترتيب التنازلي لمستويات معامل ألفا للاتساق الداخلي للعوامل ، و لا تبقى إلا العوامل ذات معاملات التباين المشترك ، غير أن العوامل المستخرجة تتنافى مع الأهداف النظرية والعملية التي تسعى الباحثة لتحقيقها (محمد تيعزة، ٢٠١٢، ص ٤٤).

2- الثبات بالتجزئة النصفية : Split-Half Reliability يمكن الحصول على ثبات التجزئة النصفية عن طريق حساب الارتباط بين أزواج الدرجات المتحصل عليها من الأنصاف المتكافئة للاختبار الناتجة عن تطبيق واحد للاختبار ، وتفيد طريقة التجزئة النصفية في الحالات التي تكون فيها طريقة الاختبار - إعادة الاختبار مكلفة أو حين يكون إعادة الاختبار ذا نتائج مضللة ، ويمكن تصحيح معامل الثبات للاختبار إذا أنقصنا أو زدنا في طول الاختبار باستخدام معادلة (سبيرمان برون Spearman Brown) ، وتسمى معامل الاتساق الداخلي ، وإذا نتج عن معاملات ثبات التجزئة النصفية

للأبعاد الفرعية للمقياس والدرجة الكلية له تباين في نصفي الاختبار وبالتالي غير متساويين فإن تقدير الثبات بطريقة سبيرمان برون تدل على معاملات ثبات عالية و مرتفعة (إسماعيل الفقى ، ٢٠٠٥ : ص ٤٣).

3- الثبات بطريقة ماكدونالد أوميجا: هو أحد معاملات حساب الثبات أو معاملات ارتباطات بين المتغيرات المقاسة بهدف تقدير الاتساق الداخلي Internal Consistency، للعوامل التي يراد استخراجها (Zinbarg, & Revelle, 2005).

2 - جودة الحياة: هي البناء الكلي الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للإنسان بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس الإمكانيات المتدفقة على الفرد، ومؤشرات ذاتية تقيس مقدار الإشباع الذي تحقق للأفراد" (العارف بالله الغندور، 1999).

3 - الفصام: هو "اضطراب نفسي حاد يبدأ عادة قبل سن الثلاثين، وقد يصبح المصاب به عدوانياً أو منعزلاً، كما قد يتكلم بطريقة غير ملائمة أو يكلم نفسه، أضف إلى ذلك أنه قد يشك في الآخرين ويعتقد أموراً غريبة فيظن مثلاً أن أفكاره تتعرض لتدخلات خارجية، ويشكو أحياناً من هلاوس مثل سماع أصوات لا يسمعها غيره، ولسوء الحظ نادراً ما يعترف المصابون به أنهم يعانون مرضاً، وبالتالي لا يلجئون إلى العلاج بإرادتهم. والفصام مرض يستمر لعدة شهور أو عدة سنين فهو مرض طويل الأمد، وبهذا فهو يتطلب علاجاً طويل المدى" (فيكرام باتل، 2008: ص 11).

سابعاً: محددات البحث:

تحدد هذا البحث بما يأتي:

- المنهج: استخدمت الباحثة المنهج الوصفي لملاءمته لطبيعة البحث ومتغيراته.
- المجتمع: تألف مجتمع البحث من مرضى الفصام.
- العينة: تم إجراء البحث على عينة مكونة من (100) مريضاً بالفصام من مستشفى العباسية للأمراض النفسية، ومستشفى الخانكة، ومستشفى بني سويف للصحة النفسية.

• أدوات البحث: اعتمدت الباحثة على الأداة الرئيسية للبحث وهي مقياس جودة الحياة في الفصام، كما استخدمت مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة من أجل إجراء صدق التقاربي "كأحد أنواع صدق الارتباط بمحك خارجي" لمقياس الدراسة الرئيس.

ثامناً: الدراسات السابقة:

استهدفت دراسة (Kaneda, Imakura, Fujii, & Ohmori, 2003) فحص الصدق والثبات لمقياس جودة الحياة في الفصام على عينة من مرضى الفصام في الثقافة اليابانية، وتكونت عينة الدراسة من 55 مريضاً بالفصام ممن انطبقت عليهم المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الإصدار الرابع DSM-IV، كما اشتملت أدوات الدراسة على مقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة، ومقياس الطب النفسي لمختصر لتقييم أعراض الفصام، ومقياس لأعراض الأدوية ، وأشارت النتائج إلى تمتع المقاييس الفرعية من مقياس جودة الحياة في الفصام بثبات مرضي؛ حيث بلغ معامل ثبات ألفا للمقياس الفرعي المسمى بالمقياس النفسي/ الاجتماعي 93, ، وللمقياس الفرعي المسمى بالمقياس الدافع/ الطاقة 73,، وللمقياس الفرعي المسمى بالمقياس الأعراض/ الآثار الجانبية 80,، وتراوحت درجات الارتباط بين مقياس جودة الحياة وكلاً من مقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة، والمقياس الطبي النفسي لمختصر لتقييم أعراض الفصام، ومقياس لأعراض الأدوية ، من $r=65$ ، إلى $r=76$ ، وبالتالي يعد مقياس جودة الحياة في الفصام صادق وثابت.

كما استهدفت دراسة (Kuo et al., 2007) فحص الصدق والثبات لمقياس جودة الحياة في الفصام على عينة من مرضى الفصام في تايوان، و تكونت عينة الدراسة من 100 مريضاً بالفصام (75 ذكراً، 25 أنثى) بمتوسط عمري 36,9 وانحراف معياري $\pm 8,82$ ممن انطبقت عليهم المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الإصدار الخامس DSM-IV، واشتملت أدوات الدراسة على المقياس الطبي النفسي لمختصر لتقييم أعراض الفصام، ومقياس جودة الحياة في الفصام النسخة الرابعة، وأشارت نتائج الدراسة إلى تمتع المقاييس الفرعية لمقياس جودة الحياة في الفصام

بشبات مرضي؛ حيث بلغ معامل ثبات ألفا للمقياس الفرعي المسمى بالمقياس النفسي/ الاجتماعي 84،، وللمقياس الفرعي المسمى بالمقياس الدافع/ الطاقة 92، وتراوحت درجات الارتباط بين مقياس جودة الحياة وكلاً ومقياس الطب النفسي لمختصر لتقييم أعراض الفصام من $r=65$ إلى $r=67$ ، كما تراوحت الارتباطات الداخلية بين بنود المقياس وبعضها البعض من 52، إلى 77، وبالتالي يعد مقياس جودة الحياة في الفصام صادق وثابت.

واستهدفت أيضاً دراسة (Martin & Allan, 2007) فحص الخصائص السيكومترية والبنية العاملية لمقياس جودة الحياة في الفصام النسخة الرابعة في المملكة المتحدة، تكونت عينة الدراسة من 100 مريضاً بالفصام بمتوسط عمري 35,8 ممن انطبقت عليهم المعايير التشخيصية للتصنيف الدولي للاضطرابات "ICD-10"، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس جودة الحياة في الفصام النسخة الرابعة، والمقابلة المبنية على المعايير التشخيصية للتصنيف الدولي للاضطرابات "ICD-10"، و مقياس زملة الأعراض الموجبة والسالبة للفصام "بانز" لتحديد درجة الاضطراب، بجانب تقارير القائمين على رعاية المريض، وأشارت النتائج إلى وجود خصائص سيكومترية متشابهة مع الخصائص السيكومترية الموجودة في نسخة مقياس جودة الحياة النسخة الرابعة الأصلية؛ والتي تشمل على ثبات وصدق مرضيين، وعلى وجود عاملان للمقياس هما الإدراك والحيوية، والمشاعر النفسية والاجتماعية؛ وبالتالي يتضح أن مقياس جودة الحياة في الفصام النسخة الرابعة "SQLS-R4" مناسب للاستخدام في المرضى الذين يعانون من مرض الفصام في المملكة المتحدة.

كما استهدفت دراسة (Taha, Ibrahim, Rahman, Shafie, & Rahman, 2012) إلى تقييم صدق وثبات مقياس جودة الحياة في الفصام (SQLS-R4) - على مرضى الفصام في ماليزيا، وتكونت عينة الدراسة من 222 مريضاً بالفصام ممن يتلقون العلاج في المركز الطبي بماليزيا receiving treatment at the Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre (EuroQol five-dimensional questionnaire)، واشتملت أدوات الدراسة على (EuroQol five-dimensional questionnaire)، ومقياس جودة الحياة في الفصام ، و (Clinical

Global Impression-Schizophrenia (scale الحياة في الفصام "SQLS-R4" يعد أداة ذات ثبات وصدق، ويمكن استخدامه لتقييم جودة الحياة لدى مرضى الفصام في ماليزيا؛ حيث بلغت قيمة ألفا للمقاييس الفرعية منه قيم ثبات مرضية؛ فكانت قيمة ألفا للمقياس الفرعي المسمى بالمقياس النفسي/ الاجتماعي 95، وللمقياس الفرعي المسمى بالمقياس الحيوي 85، كما تراوحت معاملات الارتباط بين بنود المقياس بعضها البعض من 29، إلى 74، وحُسب الصدق باستخدام صدق الارتباط بمحك خارجي "الصدق التقاربي" من خلال حساب معامل الارتباط بين المقياس واستبانة على EuroQol five-dimensional questionnaire؛ حيث $r = 44$ ، وبين المقياس ومقياس و Clinical Global Impression-Schizophrenia scale حيث تراوحت درجة الارتباط بين المقاييس من 44 إلى 57.

بينما استهدفت دراسة (Isjanovski, Naumovska, Bonevski, & Novotni, 2016) تقييم صدق وثبات مقياس جودة الحياة في الفصام، وتكونت عينة الدراسة من 61 مريضاً بالفصام (42 ذكراً، و19 أنثى) بمتوسط عمري 47,4 وانحراف معياري $\pm 8,9$ ، وتراوحت أعمارهم من 18 فما فوق، وتم اشتقاقهم من العيادات الخارجية لمستشفى الطب النفسي بسكوبي "Skopje"، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس جودة الحياة في الفصام النسخة الرابعة، و SF-36، وأشارت النتائج إلى تمتع المقياس بثبات وصدق مرتفعين؛ حيث كانت درجة ألفا للعامل النفسي = 928، وللعامل الحيوي = 83، كما فحص الصدق عن طريق الصدق التقاربي بين مقياس جودة الحياة في الفصام ومقياس sf-36 فتراوحت درجة الارتباط بينهما من $r = 52$ ، إلى $r = 63$ ، عند مستوى دلالة 0,05.

واستهدفت دراسة (Kheirabadi, Masaeli, Omranifard, Maracy, & Khedri, 2016) تقييم الخصائص السيكومترية للنسخة الفرسية لمقياس جودة الحياة في الفصام كأداة مشتركة بين الثقافات، وتكونت عينة الدراسة من 150 مريضاً بالفصام (51 ذكراً، و88 أنثى)، وتراوحت أعمارهم من 18 إلى 60 عامًا، واشتقت العينة من عيادة الطب

النفسي بمستشفى نور بأصفهان في إيران، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس جودة الحياة في الفصام، ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة، والصورة المختصرة من مقياس الصحة العامة "36 سؤال" (short form-36 general health(SF-36))، وأشارت النتائج إلى تمتع مقياس جودة الحياة في الفصام بخصائص سيكومترية مرضية؛ حيث فحص الثبات باستخدام الاتساق الداخلي عن طريق معامل ألفا فتراوحت درجة معامل ألفا للمقياس الكلي وللمقاييس الفرعية من (84)، إلى (91)، بينما فحص الصدق باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي لفحص البنية العاملية للمقياس حيث أسفرت نتيجته عن وجود أربعة عوامل للمقياس، وكذلك فحص الصدق عن طريق الارتباط بمحك خارجي؛ فتراوحت درجة معامل الارتباط بين المقياس ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة، و والصورة المختصرة من مقياس الصحة العامة "36 سؤال" (short form-36 general health(SF-36)) من 53، إلى 99، كما فحص الصدق من خلال صدق المحتوى باستخدام الترجمة العكسية للمقياس وعرضها بعد ذلك على المتخصصين في المجال.

واستهدفت أيضًا دراسة (Ting Su, Yang, & Ying Lin, 2018) كذلك فحص البنية العاملية لمقياس جودة الحياة في الفصام النسخة الرابعة من خلال مقارنة نتائج التحليل العاملي التوكيدي لأكثر من نموذج، وتكونت عينة الدراسة من 100 مريضًا بالفصام (66 ذكرًا، و34 أنثى) ممن انطبقت عليهم المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الإصدار الخامس DSM-IV، وتراوح أعمارهم من 27 إلى 67 عامًا، بمتوسط عمري 49,2، وانحراف معياري $\pm 7,8$ ، وتم اشتقاقهم من العيادات الخارجية لمستشفى الأمراض النفسية بجنوب تايوان، واشتملت أدوات الدراسة على القائمة المختصرة لفحص الحالة العقلية "MMSE" "mini mental status exmination"، والمقياس الطبي النفسي المختصر لتقييم أعراض الفصام، ومقياس جودة الحياة في الفصام، ومقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة المختصر، ومقابلة مبنية على معايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الإصدار الخامس "DSM-IV"، وأشارت النتائج بعد مقارنة نتائج أكثر من نموذج تحليل عاملي توكيدي للمقياس

النموذج ذو العاملين، والنموذج ذو الثلاثة عوامل، والنموذج ذو الأربعة عوامل، والنموذج ذو الخمسة عوامل، والنموذج ذو السبعة عوامل؛ أن النموذج ذو العوامل الثلاثة" (النفسي، والجسدي، والحيوي) هو أكثر النماذج صدقًا وثباتًا، كما كانت درجة الارتباط بين مقياس جودة الحياة في الفصام ذو الثلاثة عوامل ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة مرتفعة حيث تراوحت درجة الارتباط من 38، إلى 69؛ وبالتالي يعد النموذج ذو العوامل الثلاثة أداة صالحة لتقييم جودة الحياة عند مرضى الفصام في تايلوان.

واستهدفت دراسة (Arraras et al., 2019) فحص الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة في الفصام عند تطبيقه على عينة من مرضى الفصام بأسبانيا، تكونت عينة الدراسة من 168 مريضًا بالفصام (88 ذكرًا، و80 أنثى)، وتراوحت أعمارهم من 17 إلى 74 عامًا بمتوسط عمري 39,6 وانحراف معياري $\pm 11,5$ ، ممن انطبقت عليهم المعايير التشخيصية للتصنيف الدولي للاضطرابات - الإصدار العاشر "icd-10"، واشتملت أدوات الدراسة على مقياسي أندرسون لتقييم أعراض الفصام الموجبة والسالبة، ومقياس جودة الحياة في الفصام، ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة، واستبيان التقرير العام الذاتي للحالة الصحية "Europol-5d-51"، ومقياس كالجاري للاكتئاب في الفصام، وأشارت النتائج إلى تمتع المقياس بثبات وصدق مرتفعين؛ حيث كانت درجة معامل ألفا للمقياس الفرعي المسمى بالمقياس النفسي = 94، وللمقياس الحيوي = 89، وللمقياس العام = 96، كما فحص الثبات عن طريق إعادة الاختبار فكانت درجة إعادة الاختبار للمقياسين الفرعيين وللمقياس الكلي على التوالي (ر = 83، 79، 81)، عند مستوى الدلالة 0,001، كما فحص الصدق من خلال صدق الارتباط بمحك خارجي "الصدق التقاربي" بين المقياس ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة فتراوحت درجات الارتباط بين المقياسين من 42، إلى 52، وتراوحت درجة الارتباط بين المقياس ومقياس Europol-5d-51 من 26، إلى 57.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

اتضح من العرض السابق للدراسات السابقة أن مقياس جودة الحياة في الفصام من أكثر المقاييس المستخدمة في تقييم جودة الحياة لمرضى الفصام في العديد من الدول كتايوان، وماليزيا، والمملكة المتحدة، كما أشارت نتائج الدراسات إلى تمتعه بصدق وثبات مرضيين؛ مما يجعله أداة صالحة للاستخدام مع مرضى الفصام، واتضح أيضًا أن المقياس استخدم في العديد من الدول لكنه لم يستخدم في البيئة العربية، وخاصة في الثقافة المصرية.

تاسعًا: منهج البحث:

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي لملاءمته طبيعة البحث والعينة.

عاشرًا: عينة البحث:

تكونت عينة البحث من 100 فردًا من مرضى الفصام (81 ذكرًا ، و19 أنثى) ممن انطبقت عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية- الإصدار الخامس، وتراوح أعمارهم من 17 إلى 65 عامًا (م=33,47، ع =±10,606)، واشتقت العينة من مستشفى بني سويف للصحة النفسية، ومستشفى الخانكة للأمراض النفسية والعصبية، ومستشفى العباسية للصحة النفسية، جدول(1).

جدول(1)**عينة مرضى الفصام(ن=100)**

العباسية(ن=34)	بني سويف(ن=40)	الخانكة(ن=26)	المتغير	
			التكرار	النوع
25	30	26	ذكور	النوع
9	10	-	إناث	
14	15	17	أعزب	الحالة الاجتماعية
11	20	8	متزوج	
-	4	1	مطلق	
-	1	-	أرمل	
5	8	6	يعمل	العمل
29	32	20	لا يعمل	

الحادي عشر: أدوات البحث:

أ- مقياس جودة الحياة في الفصام:

أعدّه ويلينكسون وآخرون، ويتكون من 30 بند مقسمة إلى ثلاثة مقاييس فرعية (نفسى/ اجتماعي، أعراض/ آثار جانبية، والدافع/ الطاقة)، ومرتجة من الدرجة (صفر) إلى الدرجة (4) (Wilkinson et al., 2000).

وتكونت النسخة الرابعة من 33 عبارة، وبنود المقياس مقسمة على بعدين هما: (البعد الأول: يُسمى بعد المشاعر الاجتماعية النفسية، ويضم 22 بند من بنود المقياس، والبعد الثاني: يُسمى بعد المعرفة والنشاط، ويضم 11 بند من بنود المقياس).

يُطبق المقياس بشكل فردي، ويكون التقييم على بنود المقياس من الدرجة (صفر) والتي تعني أبدأً إلى الدرجة (4) والتي تعني دائماً لبعض بنود المقياس، ثم تجمع درجات بنود كل بعد، وبعد ذلك تجمع درجات البعدين للحصول على الدرجة الكلية للمقياس (Wilkinson et al., 2000).

ب- مقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لتقييم جودة الحياة:

أعدت منظمة الصحة العالمية مقياس شامل لقياس جودة الحياة لدى الفرد، ولكي يصبح وسيلة موجهة للاستخدام عالمياً مع الأخذ بعين الاعتبار تماثل الثقافات بين بلدان العالم ككل، ويتكون مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية من (100) بند في شكله الأصلي؛ حيث يسمح المقياس في صورته الأصلية بتقييم (6) جوانب لجودة الحياة وهي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والاستقلالية، والعلاقات الاجتماعية، والبيئة، والجانب الروحي (Redko, Rogers, Bule, Siad, & Choh, 2015).

أما النسخة المختصرة فأعدتها منظمة الصحة العالمية عام 1996م، وتتكون من (26) بند أو سؤال تقيس أربعة جوانب وهي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والبيئة، وتتراوح درجات المقياس من (28) إلى (130) درجة، وتشير الدرجات المرتفعة إلى جودة الحياة مرتفعة، وتندرج الإجابة عليه في ضوء خمس اختيارات (World Health Organization, 2011)، أما عن الكفاءة السيكمترية

للمقياس فحُسب الصدق من خلال الصدق البنائي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي ، وأسفرت نتائجه عن وجود أربعة أبعاد لمقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة، وحُسب كذلك من خلال الصدق التقاربي باستخدام معاملات الارتباط بين النسخة المختصرة والنسخة الأصلية لمقياس الصحة العالمية لجودة الحياة، وكانت نتيجة الارتباط بين المقياسين ($r=0,90$) عند مستوى الدلالة ($0,01$)، لكن حساب ثبات المقياس كان عن طريق حساب ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا لكرونباخ، وأشارت النتيجة إلى أن درجة ألفا للأبعاد الأربعة تراوحت من ($0,66$) إلى ($0,84$) (World Health Organization, 2011)، وكان الهدف من استخدام المقياس هو تأكيد صدق مقياس جودة الحياة في الفصام عن طريق الارتباط بمحك خارجي.

الثاني عشر: إجراءات البحث:

تم اشتقاق عينة الفصام وفقاً لمعيار التضمين؛ وهو مطابقة الأعراض لمحكات تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي-الإصدار الخامس، ثم تمت مقابلة المرضى واستغرقت كل مقابلة بين 8 إلى 15 دقيقة، واستغرق التطبيق مدة من 20 أغسطس 2020م إلى 20 أكتوبر 2020م .

الثالث عشر: نتائج البحث:

1- نتائج التساؤل الأول:

ونصه " ما مؤشرات الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة في الفصام على عينة البحث؟" .

وللتحقق من الإجابة على التساؤل الأول، استخدمت الباحثة أسلوب الاتساق الداخلي، وكانت النتيجة كالتالي:

أ- الإتساق الداخلي Internal Consistency :

استخدمت الباحثة الاتساق الداخلي للتحقق من التجانس الداخلي للمقياس؛ وذلك بإيجاد معامل الارتباط بين مجموع درجات مرضى الفصام على كل عبارة ومجموعهم على العامل الذي ينتمي إليه العبارة، وكذلك إيجاد معامل الارتباط بين مجموع درجات مرضى الفصام على كل عبارة ومجموع درجاتهم على المقياس ككل؛ وذلك على 100

مريضًا بالفصام؛ ويوضح جدول (2) التجانس الداخلي لمقياس جودة الحياة في الفصام باستخدام طريقة الاتساق الداخلي:

جدول (2)

معاملات الارتباط بين مجموع درجات المرضى على كل

عبارة والدرجة الكلية للمقياس

الارتباط بالدرجة الكلية	عبارات المقياس	الارتباط بالدرجة الكلية	عبارات المقياس
	البعد الثاني		البعد الأول
** ,707	1	** ,614	3
** ,476	2	** ,603	4
** ,784	7	** ,683	5
** ,580	9	** ,679	6
** ,988	12	** ,622	8
** ,797	14	** ,548	10
** ,349	20	** ,813	11
** ,737	23	** ,678	13
** ,539	26	** ,763	15
** ,758	28	** ,754	16
** ,452	31	** ,628	17
		** ,615	18
		** ,726	19
		** ,710	21
		** ,629	22
		** ,582	24
		** ,398	25
		** ,580	27
		** ,680	29
		** ,507	30
		** ,630	32
		** ,519	33

** دال عند مستوى 0,01

* دال عند مستوى 0,05

ويلاحظ من جدول (2) أن جميع معاملات الارتباط مرتفعة، ومرضية، كما يلاحظ ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية؛ فتراوحت درجات معامل الارتباط من (ر= ** ,349) إلى (ر= ** ,988) عند مستوى دلالة $>0,01$.

2- نتائج التساؤل الثاني:

ونصه " ما مؤشرات صدق مقياس جودة الحياة في الفصام على عينة البحث؟".
وللتحقق من الإجابة على التساؤل الثاني استخدمت الباحثة، الصدق البنائي،
وصدق الارتباط بمحك خارجي، وكانت النتائج كالتالي:

أ- الصدق البنائي Construct Validity :

استخدم التحليل العاملي الإستكشافي لفحص البنية العاملية للمقياس، وأسفرت
نتائج عن وجود سبعة عوامل للمقياس؛ فتكون العامل الأول من (9 بنود) ، وتكون
العامل الثاني من (6 بنود) ، بينما تكون العامل الثالث من (5 بنود) ، كما تكون
العامل الرابع من (3 بنود) ، وتكون العامل الخامس من (3 بنود) ، كما تكون العامل
السادس من (3 بنود) ، وتكون العامل السابع أيضًا من (3 بنود) جدول (3) .

جدول (3)

تحميل بنود المقياس على العوامل

العوامل							بنود المقياس
الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	
,664							1
							2
			,895				3
					,684		4
,795							5
,698							6
	,826						7
	,853						8
	,808						9
		,834					10
						,833	11
					,689		12

,711							13
						,876	14
					,533		15
					,627		16
						,906	17
					,749		18
		,592					19
	,834						20
			,823				21
				,837			22
						,509	23
						,693	24
				,926			25
,866							26
,943							27
						,687	28
		,741					29
				,882			30
				,749			31
		,813					32
			,915				33

1,313	1,867	2,046	3,076	4,022	5,195	13,441	الجذر الكامن
4,103	5,833	6,394	9,611	12,570	16,234	42,002	النسبة المئوية للتباين

من خلال ما سبق يتضح أن التحليل العاملي قد أبرز أنماطاً متسقة- إلى حد ما- من العوامل المستخرجة والتي تكشف عن اتساق في العلاقات بين البنود وبعضها البعض، وأيضاً أشارت النتائج أن جميع بنود المقياس (33 بنداً) تشبعت تشبعاً دالاً أو جوهرياً على العوامل المستخرجة (التي تمثل مكونات جودة الحياة) مع ارتفاع قيمة النسبة الكلية للتباين (96,747)؛ مما يؤكد قيمة العوامل واتساقها ؛ ويعد مؤشراً جيداً لصدق هذا المقياس.

ب- صدق الارتباط بمحك خارجي "الصدق التقاربي" :

حُسِبَ معامل الارتباط بين مقياس جودة الحياة في الفصام ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة، وكانت درجة الارتباط بين المقياسين باستخدام معامل ارتباط بيرسون ($r=0,268^*$) عند مستوى الدلالة $> 0,01$.

3- نتائج التساؤل الثالث:

ونصه "ما مؤشرات صدق مقياس جودة الحياة في الفصام على عينة البحث؟".
وللتحقق من الإجابة على التساؤل الثالث، اتبعت الباحثة الإجراءات التالية:

حُسب ثبات المقياس في البحث الحالي بثلاثة طرق مختلفة؛ هي:

أ) التجزئة النصفية:

استخدمت الباحثة طريقة التجزئة النصفية للتحقق من ثبات مقياس جودة الحياة في الفصام؛ بالاعتماد على معادلة " سبيرمان - براون" لتصحيح الطول؛ وذلك على

عينة قوامها 100 مريضاً مصاباً بالفصام؛ وبلغت قيمة الثبات (0,856)؛ وهو معامل مرتفع ومرضي.

(ب) طريقة ألفا كرونباخ:

استخدمت الباحثة معادلة ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات مقياس جودة الحياة في الفصام؛ وبلغت قيمة معامل الثبات (0,948)؛ وهو معامل مرتفع ومرضي.

(ج) طريقة ماكدونالد أوميجا:

استخدمت الباحثة معادلة ماكدونالد أوميجا⁽¹⁾ للتحقق من ثبات مقياس جودة الحياة في الفصام؛ وبلغت قيمة معامل الثبات (0,935)؛ وهو معامل مرتفع ومرضي.

وفيما يلي جدول (4) يوضح معاملات ثبات مقياس جودة الحياة في الفصام:

جدول (4)

معاملات ثبات المقياس

ماكدونالد	ألفا	التجزئة النصفية			المتغير
		جتمان	سيرمان - براون		
			بعد تصحیح الطول	قبل تصحیح الطول	
,935	,948	,853	,856	,856	الدرجة الكلية
,821	,858	,819	,819	,819	البعد النفسي/ الاجتماعي
,90	,921	,839	,848	,848	البعد الدافع/ الحيوية

يتضح من الجدول السابق أن درجة معامل ألفا للمقياس الكلي = 0,948، وللبعد النفسي/ الاجتماعي = 0,858، وللبعد الدافع/ الحيوية = 0,921، كما استخدم معامل ماكدونالد أوميجا كذلك لحساب الإتساق الداخلي للمقياس؛ حيث أشارت نتيجة البحث الحالي إلى أن درجة معامل ماكدونالد أوميجا للمقياس الكلي = 0,935، وللبعد النفسي/ الاجتماعي = 0,821،

(1): هو طريقة لحساب ثبات أدوات البحث كمعامل ألفا كرونباخ، وللمزيد من المعلومات يمكن الرجوع للمرجع التالي

وللبعد الدافع/ الحيوية = 0,90، واستخدمت أيضاً التجزئة النصفية لحساب الإتساق الداخلي للمقياس، وأشارت

نتائج ألفا وماكدونالد و التجزئة النصفية إلى وجود إتساق داخلي مرتفع للمقياس الكلي، وأيضًا لأبعاده الفرعية، (جدول 3).

الرابع عشر: مناقشة نتائج البحث:

هدف البحث الحالي إلى فحص الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة في الفصام؛ وذلك لكونه من أكثر مقاييس جودة الحياة استخدامًا مع مرضى الفصام، بالإضافة إلى توفير أداة للاستخدام في البيئة المصرية.

أ- التحليل العاملي الاستكشافي:

أشارت نتائج البحث الحالي إلى أن مقياس جودة الحياة في الفصام يشتمل على سبعة عوامل، تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Kuo, Ma, Kuo, Huang, & Chung, 2009) وذلك في عدد العوامل؛ ولكنها تختلف عنها في عدد بنود كل عامل، لكن نتيجة البحث الحالي تختلف مع نتيجة دراسة (Hesdon, Wild, Cookson, & Wilkinson, 2018) والتي أسفرت نتيجتها عن وجود ثلاثة عوامل للمقياس، ونتيجة دراسة (Kheirabadi, Masaeli, Omranifard, Maracy, & Khedri, 2016) والتي أسفرت عن وجود أربعة عوامل للمقياس، ونتيجة دراسة (Martin & Allan, 2007) التي أسفرت عن وجود عاملان للمقياس.

ويمكن إرجاع الاختلاف بين نتيجة التحليل العاملي في البحث الحالي والدراسات السابقة إلى الاختلاف الثقافي، وحجم العينة، وطرق البحث ومنهجها وخبرة المقيم، تظهر نتيجة البحث الحالي أن للمقياس سبعة عوامل، ويمكن اقتراح مسمى لكل عامل وفقًا للعلاقة المنطقية بين بنوده كالتالي: العامل الأول وهو عامل القلق والإحباط، والعامل الثاني وهو عامل الصعوبة في التركيز، والعامل الثالث وهو عامل العلاقات الاجتماعية، والعامل الرابع وهو عامل العزلة، والعامل الخامس وهو عامل التعب والإرهاق، والعامل السادس وهو عامل الصعوبة في تذكر الأشياء، والعامل السابع وهو عامل المزاج.

ب- صدق المحك "الصدق التقاربي":

أشارت نتيجة البحث الحالي إلى وجود اختلاف بين نتيجة معامل الارتباط بين مقياس جودة الحياة في الفصام ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة (ر=0,268)، ونتيجة معامل الارتباط بين مقياس جودة الحياة لمرضى الفصام (النسخة الرابعة) ومقياس SF36 questioners المختصر (ر=0,74) (Taha, Ibrahim, Rahman, 2012; Shafie, & Rahman, 2012)، وفي دراسة (Kheirabadi, Masaeli, Omranifard, Maracy, & Khedri, 2016) حيث تراوحت درجة معامل الارتباط بين المقياسين من 0,53 إلى 0,99، كما أشارت نتيجة البحث الحالي إلى اختلافها عن نتيجة معامل الارتباط بين مقياس جودة الحياة في الفصام ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة (ر=0,69) (Su, Yang, & Lin, 2017)، ونتيجة معامل الارتباط بين مقياس جودة الحياة في الفصام ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة (ر=0,588) في دراسة (Shadloo et al., 2018; Simon-Abbadi, Guelfi, & Ginestet, 1999; Hosseini & Karkhaneh Yusefi, 2011) كما اختلفت نتيجة البحث الحالي عن نتيجة دراسات كلاً من (Kaneda, Imakura, Fujii, & Ohmori, 2003; Kuo et al., 2007; Isjanovski, Naumovska, Bonevski, & Novotni, 2016; Kheirabadi, Masaeli, Omranifard, Maracy, & Khedri, 2016; Ting Su, Yang, & Ying Lin, 2018; Arraras et al., 2019) والتي تراوحت فيها نتيجة معامل الارتباط بين مقياس جودة الحياة في الفصام ومقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة من (0,52) إلى (0,99).

ج- ثبات المقياس:

أشارت نتيجة البحث الحالي إلى وجود تقارب بين نتيجة معامل ألفا من (0,82) إلى (0,94) في البحث الحالي ونتيجة معامل ألفا في العديد من الدراسات التي تراوح معامل ألفا بها من (0,73) إلى (0,95) (Kaneda, Imakura, Fujii, & Ohmori, 2003; Wilkinson et al., 2000; Kheirabadi, Masaeli, Omranifard, Maracy, & Khedri, 2016; Shadloo et al., 2018; Kuo et al., 2007; Taha, Ibrahim, Rahman, Shafie, & Rahman, 2012; Isjanovski, Naumovska, Bonevski, & Novotni, 2016; Arraras et al., 2019) كما أشارت أيضًا إلى وجود اختلاف بين درجة معامل ألفا في البحث الحالي ودرجة معامل ألفا في دراسة (Hesdon, Wild, 2019).

Jie et al., (2003) والتي أشارت إلى أن درجة معامل ألفا للمقياس الكلي والمقاييس الفرعية تراوحت من (,57) إلى (,76). (Cookson, & Wilkinson, 2018)، واختلافها كذلك من نتيجة دراسة (Jie et al., 2003)

الخامس عشر: قائمة المراجع:

أ- المراجع العربية:

- إسماعيل الفقى . (٢٠٠٥) . *التقويم والقياس النفسي والتربوي* . دار غريب : القاهرة.
- العارف بالله الغندور . (1999). *إسلوب حل المشكلات وعلاقته بجودة الحياة- دراسة نظرية. ضمن إطار فعاليات المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.*
- حنفي محمود ، نور الرمادي . (2000). *الشخصية الفصامية* . مكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة.
- عطية لعون ، صباح عايش . (٢٠١٦) . *استخدام التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي في تقنين المقاييس النفسية و التربوية . مجلة العلوم النفسية و التربوية . جامعة وهران ، جامعة سعيدة : الجزائر.*
- فيكرام باتل . (2008) . *كتاب الصحة النفسية للجميع" حيث لا يوجد طبيب نفسي"* . ورشة الموارد العربية للنشر والتوزيع: بيروت.
- محمد تيغزة . (٢٠١٢) . *التحليل العاملي الاستكشافي و التوكيدي* . كلية التربية . قسم علم النفس جامعة الملك سعود . دار المسيرة للنشر و التوزيع : عمان ، الأردن.

ب- المراجع الأجنبية:

- Adelufosi, A., Ogunwale, A., Abayomi, O., & Mosanya, J. (2013). Socio-demographic and clinical correlates of subjective quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 209(3), 320-325. doi:10.1016/j.psychres.2012.12.027
- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- Anastasia, A.(1982). *Psychological Testing*. (5th ed) .New York : Macmillan.

- Arnold, L. M., Witzeman, K. A., Swank, M. L., McElroy, S. L., & Keck Jr, P. E. (2000). Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *Journal of Affective Disorders*, *57(1-3)*, 235-239. doi:10.1016/s0165-0327(99)00042-7
- Arraras, J., Izaskun Basterra, I., Pereda, N., Ibañez, B., Iribarren, S., & Cabases, J. (2019). The Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) questionnaire. A validation study with Spanish schizophrenia spectrum outpatients. *Actas Esp Psiquiatr*, *47(3)*, 97-109. doi:10.1007/s11136-007-9262-9
- Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, *5(1)*, 69-79. doi:10.1016/0149-7189(82)90059-3
- Becker, M., Diamond, R., & Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, *2(4)*, 239-251. doi:10.1007/bf00434796
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M., Bascaran, M. T., Saiz, P. A., & Bousoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, *57(2)*, 215-226. doi:10.1080/08039480310001599
- Bobes, J., García-Portilla, P., Sáiz, P., Bascarán, T., & Bousoño, M. (2005). Quality of life measures in schizophrenia. *European Psychiatry*, *20(S3)*, S313-S317. doi:10.1016/s0924-9338(05)80182-8
- Bridges, K., Huxley, D. P., Huxley, P., Mohamad, H., & Oliver, J. (2005). *Quality of life and mental health services*. doi:10.4324/9780203977460
- Buizza, C., Schulze, B., Bertocchi, E., Rossi, G., Ghilardi, A., & Pioli, R. (2007). The stigma of schizophrenia from patients' and relatives' view: A pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *3(1)*, 23. doi:10.1186/1745-0179-3-23
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., & Martin, A. (2005). Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Research*, *137(3)*, 203-213. doi:10.1016/j.psychres.2005.07.002

- Chou, C., Ma, M., Yang, T., & Chen-Sea, M. (2011). Psychometric validation of the S-qol Chinese (Taiwan) version for patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, *20*(5), 763-767. doi:10.1007/s11136-010-9809-z
- Constantine, R. J. (2007). Reducing variation in the pharmacologic treatment of schizophrenia: Defining acceptable standards of treatment. *Current Psychiatry Reports*, *9*(4), 319-324. doi:10.1007/s11920-007-0039-1
- CORRIGAN, P. W., & BUICAN, B. (1995). The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *183*(5), 281-285. doi:10.1097/00005053-199505000-00001
- Goodman, M. S., Smith, T. E., Hull, J. W., Felger, T. E., Hedayat-Harris, A., Walsh, C. A., ... Weiss, K. A. (1997). Quality of life in schizophrenia: Symptom, insight and neuropsychological determinants. *Schizophrenia Research*, *24*(1-2), 223. doi:10.1016/s0920-9964(97)82641-2
- Gupta, S., Kulhara, P., & Verma, S. K. (1998). Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *97*(4), 290-296. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb10002.x
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(s429), 46-50. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00717.x
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter, W. T. (1984). The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, *10*(3), 388-398. doi:10.1093/schbul/10.3.388
- Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., & Wilkinson, G. (2018). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: The SQLS. *British Journal of Psychiatry*, *177*(1), 42-46. doi:10.1192/bjp.177.1.42
- Hosseini, S., & KarkhanehYusefi, M. (2011). Quality of Life and GAF in Schizophrenia Correlation Between Quality of Life and Global Functioning in Schizophrenia. *European Psychiatry*, *5*(2), 5-120. doi:10.1016/s0924-9338(11)73106-6
- Isjanovski, V., Naumovska, A., Bonevski, D., & Novotni, A. (2016). Validation of the schizophrenia quality of life scale revision 4 (SQLS-R4) among patients with schizophrenia. *Open Access*

- Macedonian Journal of Medical Sciences*, 4(1), 65-69.
doi:10.3889/oamjms.2016.015
- Jie, L. I., Huiz, H., Hong, S., Cheng, L., Kong, M., & Jiang, L. (2003). Reliability and validity of schizophrenia quality of life scale. *Chinese Mental Health Journal. Health and Quality of Life Outcomes*, 17(11), 778-780. doi:10.1186/1477-7525-11-47
- Kaneda, Y., Imakura, A., Fujii, A., & Ohmori, T. (2003). Schizophrenia quality of life scale: Validation of the Japanese version. *Psychiatry Research*, 113(1-2), 107-113. doi:10.1016/s0165-1781(02)00240-8
- Kheirabadi, G., Masaeli, N., Omranifard, V., Maracy, M., & Khedri, A. (2016). Validity, reliability and factor analysis of Persian version of schizophrenia quality of life scale. *Journal of Education and Health Promotion*, 5(1), 10. doi:10.4103/2277-9531.184547
- Kim, J. Y., Kim, D. Y., Kim, H., & Cho, S. (2006). th Revision of Schizophrenia Quality of Life Scale: validation study and relationship with PANSS. *Communication Sciences & Disorders*, 18(45), 401-410. doi:10.12963/csd.13038
- Kim, J. Y., Kim, D. Y., Kim, H., & Cho, S. (2013). The Korean version of the 4th Revision of Schizophrenia Quality of Life Scale: validation study and relationship with PANSS. *Korean Neuropsychiatry Association*, 45(3), 341-347. doi:10.12963/csd.13038
- Kuo, P., Chen-Sea, M., Lu, R., Chung, M., Kuo, C., Huang, W., & Ma, H. (2007). Validation of the Chinese version of the schizophrenia quality of life scale revision 4 (SQLS-R4) in Taiwanese patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16(9), 1533-1538. doi:10.1007/s11136-007-9262-9
- Kuo, P., Ma, H., Kuo, C., Huang, W., & Chung, M. (2009). Factor analysis of the schizophrenia quality of life scale revision 4 (SQLS-R4) Chinese version and related factors. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(4), 278-284. doi:10.3109/13651500902919376
- Lin, C., Strong, C., Tsai, M., & Lee, C. (2017). Raters interpret positively and negatively worded items similarly in a quality of life instrument for children. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54,. doi:10.1177/0046958017696724

- Lopez, A. D., & Murray, C. C. (1998). The global burden of disease, 1990–2020. *Nature Medicine*, *4*(11), 1241-1243. doi:10.1038/3218
- Luo, N., Seng, B., Xie, F., Li, S., & Thumboo, J. (2007). Psychometric evaluation of the schizophrenia quality of life scale (SQLS) in english- and Chinese-speaking asians in Singapore. *Quality of Life Research*, *17*(1), 115-122. doi:10.1007/s11136-007-9278-1
- Martin, C. R., & Allan, R. (2007). Factor structure of the schizophrenia quality of life scale revision 4 (SQLS-R4). *Psychology, Health & Medicine*, *12*(2), 126-134. doi:10.1080/13548500500407383
- Motl, R. W., & DiStefano, C. (2002). Longitudinal invariance of self-esteem and method effects associated with negatively worded items. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *9*(4), 562-578. doi:10.1207/s15328007sem0904_6
- Naughton, M. J., & Shumaker, S. A. (2003). The case for domains of function in quality of life assessment. *Quality Life Res*, *12*(1), 185-203. doi:10.1007/978-1-4757-2915-3_12
- Oxford Outcomes Ltd. (2004). The Revised Schizophrenia Quality of Life Questionnaire (SQLS-R4): User manual for the SQLS-R4. *Cassington: Oxford Outcomes*.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Manchester short assessment of quality of life. *PsycTESTS Dataset*. doi:10.1037/t10432-000
- Redko, C., Rogers, N., Bule, L., Siad, H., & Choh, A. (2015). World Health Organization quality of life instrument--bref; Somali version. *PsycTESTS Dataset*. doi:10.1037/t52747-000
- Salek, M. S. (1998). Compendium of quality of life instruments. *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s*, 355-370. doi:10.1007/978-94-011-2988-6_21
- Sartorius, N. (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. *British Journal of Psychiatry*, *170*(4), 297-297. doi:10.1192/bjp.170.4.297
- Shadloo, B., Masoomi, M., Nedjat, S., Bahrami, Z., Sharifi, V., & Amini, H. (2018). Validity and reliability of the Persian version of the “Quality of life scale” in schizophrenia. *Iranian*

- Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, In Press*(In Press). doi:10.5812/ijpbs.67632
- Sidlova, M., Prasko, J., Jelenova, D., Kovacsova, A., Latalova, K., Sigmundova, Z., & Vrbova, K. (2011). The quality of life of patients suffering from schizophrenia - A comparison with healthy controls. *Biomedical Papers*, *155*(2), 173-180. doi:10.5507/bp.2011.010
- Simon-Abadi, S., Guelfi, J., & Ginestet, D. (1999). Psychometric qualities of the French version of the Heinrichs quality of life rating scale. *European Psychiatry*, *14*(7), 386-391. doi:10.1016/s0924-9338(99)00231-x
- Singh, P., Midha, A., Chugh, K., & Solanki, R. (2008). Schizophrenia: Impact on quality of life. *Indian Journal of Psychiatry*, *50*(3), 181. doi:10.4103/0019-5545.43632
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., May, P. R., & Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *British Journal of Psychiatry*, *161*(6), 797-801. doi:10.1192/bjp.161.6.797
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Archives of General Psychiatry*, *37*(4), 392. doi:10.1001/archpsyc.1980.01780170034003
- Su, C., Ng, H., Yang, A., & Lin, C. (2014). Psychometric evaluation of the short form 36 health survey (SF-36) and the World Health Organization quality of life scale brief version (WHOQOL-BREF) for patients with schizophrenia. *Psychological Assessment*, *26*(3), 980-989. doi:10.1037/a0036764
- Su, C., Yang, A., & Lin, C. (2017). The construct of the schizophrenia quality of life scale revision 4 for the population of Taiwan. *Occupational Therapy International*, *2017*, 1-11. doi:10.1155/2017/5328101
- Taha, N. A., Ibrahim, M. I., Rahman, A. F., Shafie, A. A., & Rahman, A. H. (2012). Validation of the schizophrenia quality of life scale revision 4 among chronic schizophrenia patients in Malaysia. *Value in Health Regional Issues*, *1*(1), 82-86. doi:10.1016/j.vhri.2012.03.006
- Ting Su, C., Yang, A. L., & Ying Lin, C. (2018). Reproducibility and stationarity for the schizophrenia quality of life scale revision

- 4 (SQLS-R4) on Taiwan population. *Neuropsychiatry*, *08(04)*. doi:10.4172/neuropsychiatry.1000452
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). MOS 36-item short-form health survey. *PsycTESTS Dataset*. doi:10.1037/t06708-000
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., ... Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: The SQLS. *British Journal of Psychiatry*, *177(1)*, 42-46. doi:10.1192/bjp.177.1.42
- World Health Organization. (2011). World Health Organization quality of Life-BREF. *PsycTESTS Dataset*. doi:10.1037/t01408-000
- Zinbarg, R. E., & Revelle, W. (2005). Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω H: their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika* *70(1)*, 123-133. doi:10.1007/s11336-003-0974-7