ORIGINAL ARTICLE

Persian Translation and Psychometric Properties of Professional Quality of Life Scale (ProQOL) for Health Care Providers

Maryam Ghorji[1], Zohreh Keshavarz[2], Abbas Ebadi[3], Malihe Nasiri[4]

[1] MSc Student in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Professor, Behavioral Sciences Research Center, Life style institute, Faculty of Nursing, Baghyiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received May 28, 2017 ; Accepted January 21, 2018)

Abstract

Background and purpose: Professional quality of life is a concept felt by an individual in relation to their jobs. Positive and negative aspects of a job influence professional quality of life. Evaluation of professional quality of life requires reliable scales. The current study aimed at translating (into Persian) and examining the psychometric properties of professional quality of life scale for health care service providers.

Materials and methods: This methodological research was conducted in 464 physicians, midwives and nurses working in hospitals of Qazvin province, using convenience sampling. Based on permission from the developer of the scale, it was back translated. Face validity, content validity, and exploratory and confirmatory factor analyses were tested. Test-retest and internal consistency were used to evaluate the reliability of the questionnaire.

Results: Confirmatory factor analysis showed that items 1, 4, 15, 17, and 29 did not present significant factor loadings (<0.3), therefore, they were discarded. Factor loadings for other items varied from 0.32 to 0.69. Goodness of fit measures was as follows: Normed Fit Index (NFI): 0.93; Non Normed Fit Index (NNFI): 0.95; Goodness of Fit Index (GFI): 0.84; Comparative Fit Index (CFI):0.95; X^2/ Degrees of freedom (X^2/df):2.9, and Root Mean Square Error (RMSE): 0.07 (P<0.001). Intra-class reliability of the scale was 0.96. Also, reliability of the scale was 0.73 based on internal consistency (Cronbach's alpha).

Conclusion: Present study showed that the modified Persian version of Professional Quality of Life Scale (ProQOL) consisting of 25 items could be used as a valid and reliable instrument in assessing professional quality of life in physicians, midwives, and nurses.

Keywords: translation, psychometrics, professional quality of life, physicians, midwife, nurse

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (163): 93-106 (Persian).

* **Corresponding Author: Zohreh Keshavarz-** School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: keshavarzzohre57@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۳ مرداد سال ۱۳۹۷ (۱۰۶-۹۳)

ترجمه و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی "پرسش‌نامه کیفیت زندگی حرفه‌ای" در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

مریم گرجی[۱]
زهره کشاورز[۲]
عباس عبادی[۳]
ملیحه نصیری[۴]

چکیده

سابقه و هدف: کیفیت زندگی حرفه ای مفهومی است که فرد در رابطه با کارش احساس می‌کند. ابعاد منفی و مثبت یک شغل، بر کیفیت زندگی حرفه‌ای تاثیر می‌گذارند. سنجش کیفیت زندگی حرفه‌ای مستلزم بکارگیری ابزارهای معتبر در این زمینه می‌باشد.این مطالعه با هدف ترجمه و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار کیفیت زندگی حرفه‌ای در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه روش شناختی ۴۶۴پزشک، ماما و پرستار شاغل در بیمارستان های آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه را تکمیل کردند.پس از اخذ مجوز از طراح اصلی پرسش‌نامه،ترجمه به شیوه برگشتی صورت گرفت.روایی پرسشنامه با انجام تحلیل عاملی اکتشافی وتاییدی بررسی شد . جهت تعیین پایایی از روش آزمون و باز آزمون وهمسانی درونی ابزار استفاده شد.

یافته‌ها: طبق نتایج تحلیل عاملی گویه های ۱-۴-۱۵-۱۷-۲۹بار عاملی کم‌تر از۰/۳ داشتندو حذف گردیدند.بار عاملی سایر گویه‌ها بین ۰/۳۲ تا۰/۶۹ بود. شاخص های کلی برازندگی شامل:شاخص برازش هنجار شده:۰/۹۳، شاخص برازش هنجار نشده: ۰/۹۵، شاخص برازش تطبیقی:۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش:۰/۸۴، کای دو به درجه آزادی:۲/۹، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد:۰/۰۷ به دست آمد. پایایی ثبات با همبستگی درون خوشه ای کل ابزار ۰/۹۶ به دست آمد.همچنین پایایی ابزار به روش همسانی درونی (آلفا کرونباخ)برای کل ابزار ۰/۷۳به دست آمد.

استنتاج: این مطالعه نشان داد که نسخه تعدیل شده فارسی پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی حرفه ای با۲۵عبارت معتبر و پایا می باشد و می تواند جهت سنجش کیفیت زندگی حرفه‌ای پزشکان، ماماها و پرستاران مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: ترجمه، روان سنجی، کیفیت زندگی حرفه ای، پزشک، ماما، پرستار

مقدمه

کیفیت، مفهومی چندوجهی، نسبی و متأثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است. کیفیت زندگی در سطح فردی به جهان‌بینی فرد و نگاه او به زندگی بستگی دارد(۱) کیفیت زندگی کاری مفهومی

مولف مسئول: زهره کشاورز- تهران: تقاطع ولی عصر و نیایش، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی E-mail: keshavarzzohre57@gmail.com
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۳/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۶/۳/۹ تاریخ تصویب : ۱۳۹۶/۱۱/۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

است که اخیراً موردتوجه مدیرانی قرارگرفته است که درصدد ارتقای کیفیت منابع انسانی هستند(۲) کیفیت زندگی حرفه‌ای[1] از دیدگاه استام احساس درک شده هر فرد نسبت به کارش است(۳) دارای دو بعد رضایت از شفقت و خستگی ناشی از شفقت می‌باشد(۴). رضایت از شفقت شامل نشان دادن ابعاد مثبت مراقبت توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است. به عبارت دیگر رضایت از شفقت احساس خشنودی حاصل از توانایی انجام دادن کار می‌باشد و باعث می‌شود فرد با کمک کردن به دیگران از طریق کارش لذت ببرد(۵) درحالی که خستگی ناشی از شفقت، یک خطر شغلی برای افرادی است که تروما (آسیب روحی-روانی) را تجربه می‌کنند(۶) و در ارتباط با کارکنانی مطرح می‌شود که به فراوانی با رنج و درد جسمی و روانی دیگران مواجه بوده ولی پشتیبانی عاطفی در محل کار ندارند(۸،۷). خستگی ناشی از شفقت با عنوان "بهای مراقبت‌های پزشکی" نامگذاری می‌شود(۹) فرسودگی و استرس ترومای ثانویه، دو علامت کلیدی این پدیده هستند . فرسودگی، پدیده‌ای کاملاً شناخته‌شده و مرتبط با از پا افتادگی و عدم توانایی کار کردن به صورت مؤثر می‌باشد(۱۱،۱۰) استرس ترومای ثانویه هم یک احساس منفی ناشی از ترس و ترومای مرتبط باکار است(۱۲،۱۱) بررسی کیفیت زندگی حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اهمیت فراوانی دارد، زیرا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در خط مقدم ارتباط با بیمار، تحت تأثیر استرس ناشی از درمان و مراقبت بوده و این تنش و خستگی ناشی از شفقت را به جان می‌خرند(۱۳). مبتلایان به اختلال خستگی ناشی از شفقت، دارای علائمی همچون ناامیدی، کاهش لذت از زندگی، اضطراب، استرس، بی‌خوابی و یک نگرش منفی نسبت به زندگی می‌باشند. اختلال خستگی ناشی از شفقت موجب کاهش خود-کارآمدی و اعتماد به نفس فرد مبتلا و متعاقباً تحلیل کارایی و اثربخشی خدمات ارائه شده توسط فرد می‌گردد(۱۴). دو عامل در پاتوفیزیولوژی خستگی ناشی از شفقت نقش دارند که مربوط به شخصیت فرد مبتلا به خستگی ناشی از شفقت و یا عوامل موجود در دنیای خارج می‌شود. هردوی این عوامل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشند. عوامل فردی شامل: سطح همدلی و شفقت، سن، جنس، ایدئولوژی فردی و نوع شخصیت فرد. عوامل محیطی یا عوامل خارجی نیز شامل استرس‌های شغلی، حمایت از سوی جامعه، خانواده و دوستان، قومیت و آموزش می‌باشند. افراد دارای هر دو نوع فاکتور پیش‌آگهی مذکور، در معرض خطر بالای ابتلا به خستگی ناشی از شفقت قرار دارند(۱۵). کارکنانی که از کیفیت زندگی حرفه‌ای خوبی برخوردار هستند در مقایسه با کارکنانی‌که کیفیت زندگی حرفه‌ای ضعیف دارند، مراقبت‌های بهتری ارائه می‌دهند و احتمالا برای مدت طولانی تری در شغلشان باقی می‌مانند(۱۷،۱۶) ابعاد منفی و مثبت شغل بر کیفیت زندگی حرفه‌ای تاثیر می‌گذارند(۱۸) مطالعات بسیاری درزمینه کیفیت زندگی کاری افراد در سازمان‌های مختلف انجام‌گرفته است و ابزارهای متفاوتی نظیر:"پرسش‌نامه کیفیت زندگی کاری بر اساس مؤلفه‌های والتون"(۱۹) ، "پرسش‌نامه کیفیت زندگی کاری پرستاران[2]"(۲۰)، پرسش‌نامه کیفیت زندگی کاری"دهقان نیری" (۲۱) برای سنجش کیفیت زندگی کاری استفاده شده است.

سنجش کیفیت زندگی حرفه ای از سال ۱۹۷۰ یکی از اولویت‌های مدنظر سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت جهت ارتقا کیفیت بوده است(۲۲) ابزارهای موجود که به بررسی کیفیت زندگی کاری افراد در سازمان‌های مختلف می‌پردازند، مختص ارائه دهندگان خدمات سلامت در همه گروه‌ها نمی‌باشند و از گروه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تنها در پرستاران مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است. در متون بر ضرورت و اهمیت ارایه اطلاعات کافی در خصوص روایی و پایایی ابزارهای مورد استفاده در مطالعات اشاره

1. professoinal quality of life

2. Quality of nursing work life

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

شده است(۲۳) روایی ابزار موجب اطمینان محققان و خوانندگان مطالعات از اعتبار یافته‌های تحقیق می‌گردد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی حرفه‌ای درچندین کشور از جمله، چین(۲۴)، اسرائیل(۲۵)، اسپانیا و پرتغال(۲۶)، ژاپن(۲۷)، و پاکستان(۲۸) ترجمه و روان‌سنجی شده است و در پژوهش‌های بسیاری مورد استفاده قرارگرفته است. ارزیابی رضایت از شفقت و خستگی ناشی از شفقت یک مساله مهم برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشد(۳۳) خستگی ناشی از شفقت می‌تواند تاثیر منفی روی سلامت کارکنان و سلامت بیماران بگذارد. از سوی دیگر، رضایت از شفقت می‌تواند احساس مسئولیت افراد و توجه به سلامت بیمار، گوش دادن به بیمار و درک احساسات وی، اعتماد بیماران نسبت به کارکنان بالینی و امید بیماران را افزایش دهد(۲۵) پس ارزیابی و در نظر گرفتن سطوح هر دوجنبه (رضایت از شفقت و خستگی ناشی از شفقت) در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت کار ارزشمندی می‌باشد. نظر به اینکه نسخه فارسی ترجمه و روانسنجی شده این ابزار در ایران وجود ندارد و ترجمه‌های قبلی صرفا در پژوهش‌های متفرقه و بدون در نظر داشتن ویژگی‌های روانسنجی ابزار بوده است؛ به علاوه مطالعات قبلی تنها در گروه پرستاران انجام شده است و در سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مانند پزشکان و ماماها که در معرض فرسودگی ناشی از سطوح بالای استرس در محیط کار قرار دارند، مطالعه‌ای انجام نشده است لذا این مطالعه با هدف ترجمه و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی "پرسش‌نامه کیفیت زندگی حرفه‌ای"در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ایران بر اساس مدل تحلیل عامل تاییدی طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه روش‌شناسی است که در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان این مطالعه ۴۶۴ پزشک، ماما و پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۵۵-۲۳، داشتن حداقل مدرک کارشناسی، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار و تمایل به شرکت در مطالعه باشند داشتن سابقه بیماری‌های جسمی و روانی و یا تجربه حادثه مهمی در شش ماه قبل به منزله خروج از مطالعه بود.پس از تصویب پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.PHNM.1395.474 ، ابتدا معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و و خدمات درمانی شهید بهشتی جهت ارائه به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی قزوین گرفته شد. پس از اخذ مجوزهای لازم و کسب رضایت از افراد شرکت کننده در مطالعه پرسش نامه در اختیار آنان قرار گرفت. به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنان به صورت محرمانه محفوظ می‌گردد. حداقل حجم نمونه قابل قبول برای تحلیل عاملی متناسب با تعداد گویه‌های ابزارو به ازای هر گویه ۵ نفر در نظر گرفته می‌شود(۲۹) در این مطالعه با توجه به تعداد ۳۰ گویه موجود در پرسشنامه، حداقل نمونه ۱۵۰ نفر از سه گروه (پزشک، ماما و پرستار) برآورد شد. با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، ۵۰۰ پرسشنامه توزیع شد. ۴۶۴ نفر (۱۵۰پزشک،۱۶۱ماما و ۱۵۳ پرستار) که به طور کامل به پرسشنامه پاسخ داده بودند، وارد مطالعه شدند. ابزار اصلی پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه ای می‌باشد. این مقیاس یکی از متداول‌ترین شاخص‌های اندازه‌گیری جهت بررسی تاثیرات مثبت و منفی کار کردن با افرادی که رویدادهای فوق‌العاده استرس زا را تجربه کرده‌اند، می‌باشد. این شاخص اندازه‌گیری در ابتدا "خودآزمایی خستگی ناشی از شفقت" خوانده می‌شد و توسط چارلز فیگلی در اواخر دهه ۱۹۸۰ توسعه یافت. در ۱۹۸۸ استام و فیگلی شروع به همکاری کردند. در ۱۹۹۳ استام مفهوم رضایت از شفقت را اضافه کرد و نام شاخص اندازه‌گیری را به تست رضایت از شفقت و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

خستگی ناشی از شفقت تغییر دادکه چندین نسخه از آن‌ها وجود داشت. این نسخه‌ها در اوایل دهه ۱۹۹۰ شامل فیگلی و استام بودند و بعدا از طریق یک توافق مشترک بین استام و فیگلی، شاخص اندازه‌گیری در اواخر دهه ۱۹۹۰ به طور کامل به استام تغییر یافت و مجدداً با عنوان مقیاس کیفیت زندگی حرفه‌ای نامگذاری شد. فرم اولیه این پرسش نامه شامل ۶۶ عبارت بوده که به ۳۰ سؤال تقلیل یافته است. در این مطالعه از پرسش‌نامه ۳۰ سوالی استفاده شده است .این پرسش‌نامه دارای سه زیر مقیاس رضایت از شفقت (۱۰ سؤال)، فرسودگی (۱۰ سؤال، برخی پرسش‌ها امتیاز معکوس داشتند) و استرس ترومای ثانویه (۱۰ سؤال) است. مقیاس پاسخ‌دهی به سوالات پرسش‌نامه، مقیاس لیکرت ۵ تایی از یک (هرگز) تا پنج (اغلب اوقات) است. هر زیر مقیاس مستقل است و نمی‌توان امتیازات زیر مقیاس‌ها را با یکدیگر جمع کرد. هر زیر مقیاس شامل ۱۰ سوال است و نمرات هر مورد از جمع تمام سوالات آن به‌دست می‌آید. آستانه جمع کل براساس صدک ۲۵ و ۷۵ به شرح زیر می‌باشد: محدوده ۲۲ یا کم‌تر در هر زیر مقیاس نشان‌دهنده رضایت شفقت پایین یا فرسودگی شغلی پایین‌تر و یا استرس ترومای ثانویه کم‌تر می‌باشد. محدوده ۲۳ تا ۴۱ در حد متوسط قرار می‌گیرد و بیش‌تر از ۴۲ نشان‌دهنده رضایت از شفقت بالاتر یا فرسودگی شغلی بیش‌تر و یا استرس ترومای ثانویه بیش‌تر می‌باشد(۴) این پرسش‌نامه به‌همراه سوالات دموگرافیک شامل: سن، تعداد سال‌های خدمت، نوع استخدام، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل ، ساعات کار در ۲۴ ساعت، نوع شیفت، میزان حقوق دریافتی بود،که در مرحله نهایی تحقیق بین مشارکت‌کنندگان توزیع شد.در این مطالعه جهت انجام روند ترجمه پس از کسب اجازه کتبی از طراح اصلی پرسش‌نامه کیفیت زندگی حرفه‌ای، از راهنمای سازمان جهانی بهداشت[1] استفاده شد(۳۰) در مرحله اول نسخه انگلیسی پرسش‌نامه "کیفیت زندگی حرفه‌ای"، توسط دو مترجم که زبان مادری آن‌ها فارسی بود و دارای تجربه و تسلط کافی به ترجمه متون انگلیسی بودند به زبان فارسی ترجمه شد. حین ترجمه سعی شد در معنا و مفهوم عبارت‌ها و سطح دشواری آن‌ها تغییری ایجاد نشود. برای این منظور، بر معادل‌سازی مفهومی واژه‌ها، عبارت‌ها و جملات تاکید شد. در مرحله دوم، ترجمه‌های اولیه به ترجمه واحد ترکیب شد. در این مرحله نسخه‌های ترجمه شده اولیه توسط متخصصین مورد بازنگری و مقایسه قرار گرفت و تناقض‌های بین آن‌ها اصلاح شد و ترجمه‌های اولیه در هم ادغام شدند.

در مرحله سوم، نسخه ترجمه شده از زبان هدف به زبان اصلی، از نظر یکسانی مفهومی، مورد باز نگری قرار گرفت.در نهایت نسخه انگلیسی مورد توافق تهیه شد. در مرحله چهارم برای کسب اطلاعات اولیه درباره جمله‌بندی و وجود نکته مبهم،پرسش نامه توسط ۱۰ نفراز مشارکت کنندگان پژوهش مطالعه شد و نظرات آن ها اعمال گردید.در مرحله پنجم، اصلاحات لازم در پرسش نامه انجام و نسخه نهایی آن آماده روان سنجی شد.در مرحله ششم مستندسازی همه رویه‌های ترجمه و تطابق فرهنگی صورت گرفت.

در این مطالعه، برای تعیین روایی صوری[2] از دو روش کمی و کیفی استفاده شد. در روش کیفی از نظرات گروه هدف (۲۰ نفراز ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شامل پزشک- پرستار و مامای شاغل در مراکز آموزشی درمانی) استفاده شد. در روش کمی از روش محاسبه نمره تأثیر عبارت جهت کاهش و حذف عبارات نامناسب و تعیین اهمیت هر یک از عبارات، استفاده شد. عباراتی که نمره تأثیر مساوی یا بیش‌تر از ۱/۵ داشتند برای تحلیل‌های بعدی مناسب در نظر گرفته شدند و حفظ گردیدند(۳۱). در این مطالعه برای تعیین روایی محتوا[3] از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بررسی کیفی محتوا از ۲۰ نفر از افراد متخصص در روان‌سنجی

1. World Health Organization

2. Face Validity
3. Content Validity

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

درخواست شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای دستور زبان، استفاده ازکلمات مناسب، قرارگیری عبارات در جای مناسب و امتیازدهی مناسب، بازخورد لازم را ارائه دهند که بر اساس آن موارد اصلاح شد. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از ضریب نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index) استفاده شد. برای تعیین نسبت روایی محتوا از ۲۰ نفر از متخصصان درخواست شد تا هر عبارت را بر اساس طیف سه‌قسمتی («ضروری است»، «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد») بررسی نمایند. پذیرش عبارات بر اساس جدول لاوشه انجام شد(۳۲) دراین قسمت هیچکدام از عبارات حذف نشدند. به منظور بررسی شاخص روایی محتوا(CVI)، از ۲۰ نفر از افراد متخصص در روان‌سنجی درخواست شد به هرکدام ازعبارات پرسش‌نامه از «لحاظ مربوط بودن»،امتیاز دهند(۲۳). روایی سازه پرسشنامه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی در حجم نمونه ۴۶۴ نفری انجام شد. در تحلیل عاملی اکتشافی ۳۰۰ مشارکت‌کننده حایز معیارهای ورود با روش نمونه‌گیری در دسترس بررسی شدند. آزمون‌های کایزر مایر آلکین برای بررسی کفایت نمونه‌گیری (KMO>0.7) (Kaiser-Mayer-Olkin Of Sampling Adequancy)، آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's test of sphericity)BTS برای بررسی ماتریکس همبستگی بین گویه‌ها ($p<۰/۰۵$) از شاخص‌های کیزر برای تخمین تعداد عوامل و سپس برای دوران عوامل از چرخش واریماکس با فرض استقلال آن‌ها استفاده شد. مقدار شاخص KMO از صفر تا یک تغییر می‌کند که ۰/۹تا ۱ عالی، ۰/۸تا۰/۹ خوب،۰/۷تا ۰/۸رضایت بخش،۰/۶ تا ۰/۷ متوسط و مقدار ۰/۵ تا ۰/۶، حجم نمونه نا کافی و کمتر از ۰/۵ غیر قابل قبول محسوب می‌شود(۳۳). نتایج کفایت نمونه‌ها و قابل تحلیل عاملی بودن داده‌ها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره۱: شاخص کفایت نمونه گیری کایزر-مایر-آلکین

شاخص کفایت نمونه گیری کایزر-مایر-آلکین		۰/۸۵
آزمون کرویت بارتلت	کای اسکوئر	۴۴۵/۶۳
	درجه آزادی	۲۷۲
	Sig.	۰/۰۰۰

گام بعد تایید الگوی حاصل بود. تحلیل عاملی تاییدی بخشی از مدل می‌باشد که با روابط بین متغیرهای مشاهده شده و با عامل‌ها سر و کار دارد. جهت تحلیل عامل تاییدی، ۱۶۴ مشارکت‌کننده حایز معیارهای ورود با روش نمونه‌گیری در دسترس بررسی شدند. به‌طور کلی شاخص‌هایی که برای بررسی برازش مدل استفاده می‌شوند، به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند:

۱. برازش مطلق[1] ۲. برازش تطبیقی[2] ۳. برازش مقتصد[3] جهت برازش مدل از شاخص‌های برازش هنجار شده (Normed Fit Index)، شاخص برازش هنجار نشده (Non Normed Fit Index)، شاخص برازش تطبیقی (Comparative Fit Index)، شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index)، کای دو به درجه آزادی (Degrees of freedom)، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (Root Mean Square Error) استفاده شد که به‌طور معمول در تعیین برازندگی در تحلیل عاملی تاییدی استفاده می‌گردد(۳۴). لازم به ذکر است شاخص نسبت کای دو به درجه آزادی کم‌تر از ۵ قابل قبول و کم‌تر از ۳ خوب می‌باشد. شاخص برازش تطبیقی بزرگ‌تر از ۰/۹ نشان دهنده برازش مناسب می‌باشد و شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد کم‌تر یا مساوی ۰/۶ نشان‌دهنده برازش خوب می‌باشد(۳۵) جهت بررسی پایایی پرسش‌نامه ازهمسانی درونی(آلفای کرونباخ) و برای بررسی ثبات نسبی و مطلق از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین جهت از روش آماری همبستگی درون خوشه‌ای برای بررسی ثبات نسبی؛ با محاسبه خطای معیار اندازه‌گیری Standard Error of Measurement (SEM) ؛

1. Absolute fit
2. Comparative fit
3. Parsimonnious fit

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

وبرای ثبات مطلق با استفاده از فرمول SEM=SD√(1-ICC) استفاده گردید(۳۶) که تعداد ۳۰ نفر از گروه هدف شاغل در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی شهر قزوین انتخاب شده و از آن‌ها درخواست شد در دو نوبت با فاصله زمانی دو هفته به سوالات نسخه فارسی پرسشنامه پاسخ دهند. در این مطالعه از نسخه SPSS۱۸ و نرم‌افزار LISREL نسخه ۸ استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۴۶۴ نفر از ارائه دهندگان خدمات سلامت (پزشک، ماما و پرستار) شرکت داشتند. ۸۹/۷ درصد از شرکت‌کنندگان زن بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۶/۸۸±۳۲/۲در محدوده ۲۲تا ۵۵ سال بود. میانگین±انحراف معیار تعداد سال‌های خدمت ۶/۷۵±۶/۸۷ سال در محدوده ۲ تا ۳۰ سال بود. جزییات مربوط به سایر مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی برخی ار مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش(تعداد۴۶۴نفر)

		تعداد (درصد)
جنس	مرد	۴۸ (۱۰)
	زن	۴۱۶ (۸۹/۷)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۷۷ (۳۸/۱)
	متاهل	۲۸۶ (۶۱/۶)
	مطلقه	۱ (۰/۲)
سن	۲۲-۳۰	۲۱۷ (۴۶/۸)
	۳۰-۴۰	۱۸۱ (۳۹)
	۴۰-۵۰	۶۱ (۱۳/۱)
	بیشتر از ۵۰	۵ (۱/۱)
مدرک تحصیلی	کارشناسی	۲۶۳ (۵۶/۷)
	کارشناسی ارشد	۵۰ (۱۰/۹)
	دکترا	۱۳۴ (۲۸/۹)
	فوق تخصص	۱۷ (۳/۷)
نوع استخدام	طرحی	۱۷۳ (۳۷/۳)
	قراردادی	۱۵۲ (۳۲/۸)
	رسمی آزمایشی	۶۲ (۱۳/۴)
	رسمی قطعی	۷۷ (۱۶/۶)
شیفت کاری	شب	۸ (۱/۷)
	روز	۹۰ (۱۹/۴)
	هر دو	۳۶۶ (۷۸/۹)
تعداد سال های خدمت	۶ ماه تا دو سال	۱۶۸ (۳۶/۲)
	۲-۱۰سال	۲۰۲ (۴۳/۵)
	۱۰-۲۰سال	۵۸ (۱۲/۵)
	۲۰-۳۰سال	۳۶ (۷/۸)
میزان درآمد	۱-۲ میلیون تومان	۲۱۲ (۴۵/۷)
	۲-۴ میلیون تومان	۱۸۹ (۴۰/۷)
	بیشتراز۴میلیون تومان	۶۳ (۱۳/۶۹)

روایی

در روایی صوری کیفی دو گویه نیاز به اصلاح داشت که مواردمورد نظر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در پرسشنامه اعمال شد. در روایی صوری کمی نمره تاثیر همه گویه‌ها بالاتر از ۱/۵به دست آمد، کلیه عبارات حفظ و برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شدند.

در روایی محتوایی کیفی پیشنهادات کارشناسان از نظر معیارهای دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری عبارات در جای مناسب و امتیازدهی مناسب، اعمال گردید و موارد اصلاح شد. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از ضریب نسبت روایی محتوا (CV R) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. نسبت روایی محتوا (CVR)۰/۷ برای کل ابزار و در مورد گویه‌های ابزار در محدوده ۱-۰/۵به دست آمد. بر طبق جدول لاوشه و تعداد متخصصین (۲۰ نفر)، عباراتی که ارزش بیش‌تر از ۰/۴۲ داشتند مورد قبول واقع شدند(۳۱). لذا کلیه سوالات وارد فاز بعدی مطالعه شدند. در شاخص روایی محتوا (CVI) به عبارات پرسش‌نامه از «لحاظ مربوط بودن»، امتیاز داده شد.[1](S-CVI) صورت کلی CVI به میزان ۹۱/ ۰به دست آمد پذیرش عبارات براساس نمره شاخص روایی محتوای بالاتر از ۰/۸ بود(۳۷،۲۳). در این قسمت هیچکدام از عبارات حذف نشدند. بر این اساس تمامی گویه‌های ابزار مورد پذیرش قرار گرفت. مقادیر مربوط به شاخص روایی محتوای گویه‌ها در جدول شماره ۳ مشخص شده است.

روایی سازه

نتایج آزمون کفایت نمونه‌گیری (KMO) در ابتدای کار معنی‌دار بود و این بدان معنی است که داده‌ها برای انجام این آزمون مناسب بوده‌اند. همچمین آزمون کرویت بارتلت نشان داد که ماتریکس همبستگی بین گویه‌ها معنی‌دار است($p<۰/۰۰۱$) که این امر حاکی از روابط قابل کشف بین متغیرها بود. بر این اساس میزان KMO، ۰/۸۵

1. Scale content validity index

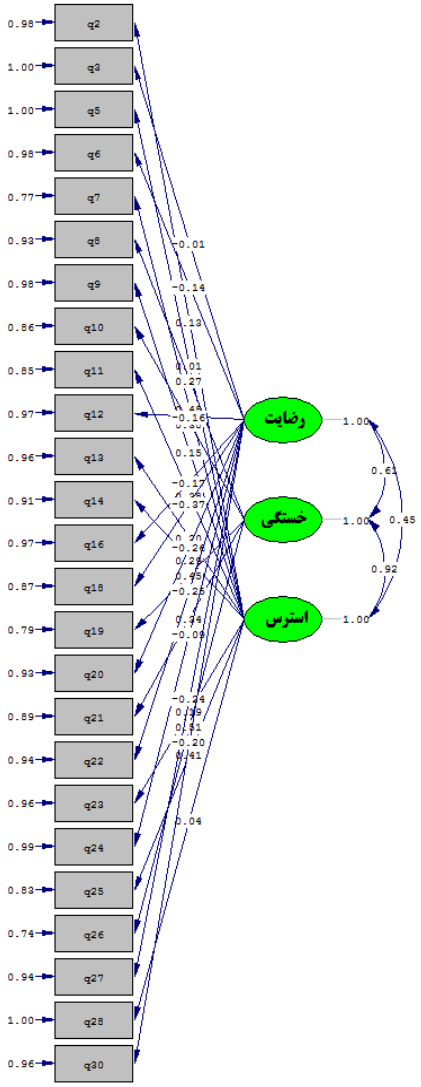
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

و مقدار شاخص آزمون کرویت بارتلت ۴۴۵/۶۳/۲۷۲ به دست آمد. ابتدا در تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس، ۶ عامل که مقادیر ویژه آن‌ها بیش‌تر از ۱ بود به دست آمد که نتایج آن در جدول شماره ۴ و بار عاملی تمام گویه‌ها در جدول شماره ۵ آمده است. براساس جدول شماره ۵، در عامل‌های ۴،۵ و ۶ تنها یک گویه به دست آمد و با توجه به این که بار عاملی این گویه‌ها در عامل ۱ نیز قابل قبول بود، این ۳ گویه در این عامل ادغام شده و در نهایت ۳ حیطه به دست آمد و میزان واریانس جهت تبیین سه عامل، ۰/۵۶ محاسبه گردید. مقادیر بار عاملی، بالای ۰/۳ قابل قبول در نظر گرفته شد(۳۸) و در نتیجه گویه‌های ۱،۴،۱۵،۱۷،۲۹ حذف شده و در پرسشنامه نهایی ۲۵ گویه باقی ماند. بار عاملی سایر گویه‌ها بین ۰/۳۶ تا۰/۶۹ به دست آمد. طبق نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل اصلی به نام‌های رضایت از شفقت (۱۰سوال)، فرسودگی (۵ سوال) و استرس ترومای ثانویه (۱۰سوال) است، تشکیل شدند (تصویر شماره ۱). عامل رضایت از شفقت مشتمل بر سوالات، ۳، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۳۰ عامل فرسودگی مشتمل بر سوالات، ۸،۱۰،۱۹،۲۱،۲۶ و عامل استرس ترومای ثانویه مشتمل بر سوالات ۲،۵،۷،۹،۱۱،۱۳،۱۴،۲۳،۲۵،۲۸ بود. شاخص‌های برازندگی برای ۲۵ گویه باقیمانده شامل:شاخص برازش هنجار شده: ۰/۹۳، شاخص برازش هنجار نشده: ۰/۹۵، شاخص برازش تطبیقی:۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش: ۰/۸۴، کای دو به درجه آزادی: ۲/۹، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد: ۰/۰۷ به دست آمد که در جدول شماره ۶ گزارش شده است.

جدول شماره ۳: نتایج شاخص روایی محتوای نسخه فارسی ابزار کیفیت زندگی حرفه ای

ابعاد	شماره گویه ها	گویه ها	S-CVI	CVR
رضایت از شفقت	۳	بعد از از اینکه بتوانم به افراد کمک کنم ، احساس رضایت می کنم.	۰/۹۵	۰/۹
	۶	کار با آن هایی که کمکشان می کنم احساس پرانرژی بودن به من دست می دهد.	۰/۹۵	۰/۹
	۱۲	کارم را دوست دارم.	۰/۹	۰/۹
	۱۶	من از اینکه روش ها و تکنیک های کاری را برای کمک به دیگران حفظ می کنم، خوشحالم.	۰/۹	۰/۵
	۱۸	کارم به من احساس رضایت می دهد.	۰/۹	۰/۶
	۲۰	افکار و احساس شادی در موردافرادی که کمکشان می کنم و نحوه کمکی که به آنها می کنم دارا می باشم.	۱	۰/۷
	۲۲	معتقدم که می توانم در کارم تنوع ایجاد کنم.	۰/۸۵	۰/۸
	۲۴	به آنچه در کارم در جهت کمک رسانی می توانم انجام دهم افتخار می کنم.	۰/۹۵	۰/۸
	۲۷	فکر می کنم به عنوان یک (پزشک، پرستار ، ماما) موفق هستم.	۰/۹۵	۱
	۳۰	خوشحالم که این کاررا انتخاب کردم.	۰/۹	۰/۹
خستگی ناشی از شفقت	۱	من شادم	۰/۷۵	۰/۷
	۴	احساس می کنم با دیگران در ارتباطم.	۰/۸۵	۰/۵
	۸	به دلیل درگیری ذهنی با مشکلات بیماران دچار اختلال خواب شده ام و در کارم بهره وری کافی ندارم.	۱	۰/۷
	۱۰	احساس می کنم در شغلم گیر افتاده ام.	۰/۸۵	۰/۵
	۱۵	باورهایی دارم که به من پایداری و استقامت می دهد.	۰/۹۵	۰/۸
	۱۷	من همان فردی هستم که همیشه می‌خواستم باشم.	۰/۹۵	۰/۹
	۱۹	به خاطر کارم به عنوان (پزشک، پرستار ، ماما) احساس خستگی بیش از حد می کنم.	۰/۹	۰/۶
	۲۱	به دلیل بار کاری زیاد احساس ناتوانی می کنم.	۰/۹۵	۰/۹
	۲۶	احساس می کنم در این سیستم گیر افتاده ام.	۰/۸۵	۰/۷
	۲۹	فرد بسیار دلسوزی هستم	۰/۷۵	۰/۶
استرس ترومای ثانویه	۲	من همزمان به بیشتر از یک نفر خدمت ارایه می دهم.	۰/۸۵	۰/۷
	۵	با صداهای غیر منتظره از جا می پرم (یکه می خورم).	۰/۸۵	۰/۵
	۷	جدا کردن زندگی شخصی ام از زندگی کاری ام دشوار است.	۱	۱
	۹	فکر می کنم شاید تحت تاثیر استرس افرادی که به آنها کمک می کنم ، قرار گرفته ام.	۰/۹	۰/۶
	۱۱	به خاطر کار م ، دربرخی از امور احساس می کنم به آخر خط رسیده ام.	۰/۹	۰/۷
	۱۳	به دلیل تجارب ناگوار افرادی که به آنها کمک می کنم احساس افسردگی دارم.	۰/۹	۰/۹
	۱۴	احساس می کنم آسیب و جراحت فردی که به او کمک کردم را تجربه می کنم.	۰/۸۵	۰/۶
	۲۳	از برخی فعالیت ها یا شرایط خاصی که من را به یاد تجارب وحشتناک افرادی که کمکشان می کنم می اندازند، اجتناب می کنم.	۱	۰/۵
	۲۵	به خاطر ماهیت کمک رسانی شغلم ، افکار آزاردهنده و هراس آوری دارم.	۰/۹	۰/۷
	۲۸	من نمی توانم بخش های مهم کارم با مصدومین ترومایی را به خاطر آورم.	۰/۸۵	۰/۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]



تصویر شماره ۱: تحلیل عاملی تاییدی

جدول شماره ۴: مقادیر ویژه، درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل و درصد تبیین تراکمی

عامل	مقادیر ویژه عوامل استخراج شده		مقادیر ویژه عوامل استخراج شده بعد از چرخش		
	مقادیر ویژه واریانس تبیین شده هر عامل	درصد تبیین تراکمی	مقادیر ویژه	درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل	درصد تبیین تراکمی
۱	۳۲/۴۳۱ ۸/۹	۳۲/۴۳۱	۴/۷۵۱	۱۹/۸۳۷	۱۹/۸۳۷
۲	۱۷/۱۲۲ ۳/۶۳۷	۴۹/۵۵۳	۴/۲۲۲	۱۹/۰۷۴	۳۸/۹۱۱
۳	۱۰/۲۳۲ ۱/۵۷۰	۵۹/۷۸۶	۳/۶۳۹	۱۷/۱۲۹	۵۶/۰۴۰
۴	۳/۹۵۹ ۱/۱۸۸	۶۳/۷۴۵	۱/۵۷۳	۵/۲۴۳	۶۱/۲۸۳
۵	۳/۴۷۰ ۱/۰۴۱	۶۷/۲۱۵	۱/۵۴۶	۵/۱۵۲	۶۶/۴۳۵
۶	۳/۳۹۰ ۱/۰۱۷	۷۰/۶۰۵	۱/۲۵۱	۴/۱۷۰	۷۰/۶۰۵

جدول شماره ۵: بارعاملی گویه‌های پرسشنامه درتحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس

	Component					
	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱q				-۰/۵۰۷		
۲q	۰/۳۶۲.			۰/۶۱۱.		
۳q			۰/۵۹۶.			
۴q			-۰/۴۵۰	-۰/۴۸۲		
۵q	۰/۴۶۸.					۰/۸۱۹
۶q			۰/۵۴۵.			
۷q	۰/۶۸۶					
۸q		۰/۶۵۷				
۹q	۰/۶۵۲					
۱۰q		۰/۶۵۶				
۱۱q	۰/۷۱۸					
۱۲q			۰/۷۳۲			
۱۳q	۰/۵۸۱					
۱۴q	۰/۴۷۸.					
۱۵q			-۰/۶۶۹			
۱۶q			۰/۶۷۶			
۱۷q		-۰/۶۷۴				
۱۸q			۰/۷۸۹			
۱۹q		۰/۶۱۰				
۲۰q			۰/۶۶۴			
۲۱q		۰/۵۴۱.				
۲۲q			۰/۳۹۱			
۲۳q	۰/۵۶۲				۰/۶۸۵	
۲۴q			۰/۶۰۳			
۲۵q	۰/۵۴۱.					
۲۶q		۰/۵۸۰				
۲۷q			۰/۳۸۳.			
۲۸q	۰/۶۵۳.					
۲۹q			-۰/۶۷۳			
۳۰q			۰/۸۰۸			

جدول شماره ۶: آستانه مورد پذیرش برازش مدل تحلیل عامل تأییدی

شاخص برازش (نام کامل)	بازه قابل قبول	نتیجه درمطالعه حاضر
(Chi-squared *P*-value) χ^2 *P*-value	>۰/۰۵	>۰/۰۵
(Root Mean Square Error of Approximation) RMSEA	خوب <۰/۰۸ و متوسط < ۰/۰۸ تا ۰/۱ و ضعیف < ۰/۱	۰/۰۷
(Normed Fit Index) NFI	>۰/۹	۰/۹۳
(Non Normed Fit Index) NNFI	>۰/۹	۰/۹۵
(Goodness of Fit Index) GFI	>۰/۹	۰/۸۴
(Comparative of Fit Index) CFI	>۰/۹	۰/۹۵
(Minimum Discrepancy Function by Degrees of Freedom divided) CMIN/DF	خوب <۳ و قابل قبول <۵	۲/۹

پایایی ابزار

جهت بررسی پایایی پرسش‌نامه از همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و برای بررسی ثبات نسبی و مطلق از

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

روش آزمون مجدد با روش آماری همبستگی درون خوشه‌ای برای بررسی ثبات نسبی و با محاسبه خطای معیار اندازه گیری برای ثبات مطلق با استفاده از فرمول SEM= SD√(1-ICC) استفاده گردید. که تعداد ۳۰ نفر از گروه هدف شاغل در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی شهر قزوین انتخاب شده و از آنها درخواست شد در دو نوبت با فاصله زمانی دو هفته به سوالات نسخه فارسی پرسشنامه پاسخ دهند. همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل ابزار۰/۷۳و برای ابعاد ابزار ۰/۸۷در (بعدرضایت از شفقت) ۰/۸۷(فرسودگی) و۰/۷۴ در بعد استرس ترومای ثانویه به دست آمد. در تعیین پایایی درون رده‌ای میزان همبستگی بین پاسخ‌های آزمون و باز آزمون برحسب ICC برای کل ابزار ۰/۹۶و برای ابعاد ابزار۰/۹۵ (بعدرضایت ازشفقت) تا۰/۹۷ (بعد استرس ترومای ثانویه) برآورد شد (جدول شماره ۷).

نمره گذاری

مقیاس لیکرت ۵ تایی از یک (هرگز) تا پنج (اغلب اوقات) است. جهت تعیین نمره‌گذاری پرسشنامه از روش مبتنی بر هنجار جامعه استفاده شد(۳۹) این روش مفهومی که مورد مطالعه قرار می‌گیرد وابسته به فرهنگ بوده و از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت می‌باشد. این روش بیش‌تر مورد استفاده روانشناسان می‌باشد، در این روش هنجار باید متناسب با جامعه مورد بررسی قرار بگیرد. به این روش اصطلاحا توزیع نرمال گفته می‌شود. در این روش ابتدا میانگین و انحراف‌معیار جامعه مورد بررسی محاسبه می‌شود. اگر میانگین به‌دست آمده در محدوده M±1SD باشد مفهوم مورد نظر متوسط در نظر گرفته می‌شود. اگر 1SD<M باشد مفهوم مورد نظر بالا در نظر گرفته می‌شود و اگر 1SD>M باشد مفهوم مورد نظر پایین در نظر گرفته می‌شود.

با استفاده از این روش

۱- در بعد رضایت از شفقت، میانگین ۳۸/۸۳ و انحراف‌معیار۶/۲۳ به‌دست آمد. افرادی که نمره بیش‌تر از ۴۵را کسب کنند رضایت از شفقت بالا، افرادی که نمره کم‌تر از ۳۲/۶کسب‌کنند رضایت از شفقت پایین و افرادی که نمره بین ۴۵-۳۲/۶ کسب کنند دارای رضایت از شفقت متوسط می‌باشند.

۲- در بعد فرسودگی، میانگین ۱۳/۴۵ وانحراف معیار ۴/۷۱ به‌دست آمد. افرادی که نمره بیش‌تر از ۱۸/۱۶ را کسب کنند فرسودگی بیش‌تر، افرادی که نمره کم‌تر از ۸/۷۴کسب کنند فرسودگی کم‌تر و افرادی که نمره بین ۸/۷۴-۱۸/۱۶کسب کنند دارای فرسودگی متوسط می‌باشند.

۳- در بعد استرس ترومای ثانویه، میانگین۲۷/۱۲ و انحراف معیار ۵/۶۰ به دست آمد. افرادی که نمره بیش‌تر از ۳۲/۷۲را کسب کنند استرس ترومای ثانویه بالا، افرادی که نمره کم‌تر از ۲۱/۵۲ کسب‌کنند استرس ترومای ثانویه پایین وافرادی که نمره بین ۳۲/۷۲-۲۱/۵۲ کسب کنند دارای استرس ترومای ثانویه متوسط می‌باشند (جدول شماره ۷).

بحث

این مطالعه با هدف بررسی روایی و پایایی و ساختار عاملی نسخه فارسی ابزار کیفیت زندگی حرفه‌ای در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و ارائه یک ابزار معتبر در زبان فارسی و منطبق با فرهنگ و شرایط

جدول شماره ۷: پایایی درونی(آلفای کرونباخ)و پایایی بیرونی (ثبات نسبی و مطلق)، و نمره گذاری بر حسب ابعاد کیفیت زندگی حرفه ای

ابعاد	تعداد گویه ها	آلفای کرونباخ	ICC	CI(۰/۹۵)	SEM	M-+SD	سطح معنی داری
رضایت از شفقت	۱۰	۰/۸۷	۰/۹۶	۰/۹۱ -۰/۹۸	۱/۲۴	۳۸/۸۳-+۶/۲۳	(p<۰/۰۰۱).
فرسودگی	۵	۰/۸۷	۰/۹۵	۰/۹۱ -۰/۹۷	۰/۸۹	۱۳/۴۵-+۴/۷۱	(p<۰/۰۰۱).
استرس ترومای ثانویه	۱۰	۰/۷۴	۰/۹۷	۰/۹۵ -۰/۹۸	۰/۸۶	۲۷/۱۲-+۵/۶۰	(p<۰/۰۰۱).
Total	۲۵	۰/۷۳	۰/۹۵	۰/۹۱ -۰/۹۸		-	(p<۰/۰۰۱).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

کشور انجام شد. این ابزار به زبان‌های مختلف استانداردسازی شده است(۴).

در این مطالعه پرسشنامه ۳۰ سوالی کیفیت زندگی حرفه‌ای استام مورد بررسی قرار گرفت. خصوصیات روایی و پایایی این ابزار در جمعیت ایرانی بیانگر آن است که فرم فارسی این ابزار با گویه‌ها و سوالات نهایی شده، دارای روایی و پایایی مناسبی در جمعیت کشور است. از مجموع ۳۰ گویه ابزار کیفیت زندگی حرفه‌ای (ProQOL) تمامی گویه‌ها ترجمه آسان وکیفیت مطلوب داشتند هم‌چنین تمامی عبارات نسخه فارسی این ابزار روایی محتوایی قابل قبول را کسب کردند که نشان‌دهنده آن است که تمامی سوالات دارای روایی محتوا می‌باشند. با توجه به نتایج آزمون تحلیل عاملی از مجموع ۳۰ گویه ابزار کیفیت زندگی حرفه‌ای (ProQOL) که شامل سه زیر مقیاس رضایت از شفقت (۱۰سوال)، فرسودگی (۱۰ سوال) و استرس ترومای ثانویه (۱۰ سوال) بود، پس از حذف سوالات نا مرتبط ۲۵ گویه باقی ماند که از روایی و پایایی مطلوب بر خوردار بودند، بنابر این نسخه نهایی شامل همان سه زیر مقیاس رضایت از شفقت (۱۰سوال)، فرسودگی (۵ سوال) و استرس ترومای ثانویه (۱۰ سوال) بود، گویه‌های ۱،۴،۱۵،۱۷،۲۹ که مربوط به عامل دوم (فرسودگی) بودند و در پرسشنامه اصلی نمره‌گذاری معکوس داشتند حذف شدند. این نا هماهنگی در تایید تعداد سوالات در این مطالعه با نسخه اصلی ابزار کیفیت زندگی حرفه‌ای (ProQOL) را می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی و درک متفاوت پاسخ دهندگان به سوالات نسبت داد.

سامسون و همکاران مطالعه مشابهی جهت ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی نسخه اسرائیلی ابزار کیفیت زندگی حرفه‌ای انجام دادند(۲۵)؛ نتایج مشابه به دست آمده با پژوهش حاضر، در تحلیل عاملی اکتشافی یک ابزار ۲۳ گویه‌ای را که شامل سه زیر مقیاس رضایت ازشفقت، استرس ترومای ثانویه و فردسوگی بود، آشکار کرد. هم‌چنین گویه‌های شماره ۱،۴،۱۵،۱۷،۲۹ که مربوط به زیر مقیاس فرسودگی بودند (عامل دوم) ،مشابه مطالعه حاضر از ابزار حذف شدند و این موضوع بیانگر این نتیجه است که احتمالا مباحث فرهنگی و منطقه‌ای در نوع پاسخ دهی تاثیرگذار بوده و لزوم تعدیل نمودن ابزارها با هر فرهنگ را دوچندان نشان می‌دهد. در مطالعه سامسون گویه های ۱۱ و ۲۳ مربوط به عامل سوم (استرس ترومای ثانویه) حذف شدند که ای نتیجه با نتایج مطالعه حاضر هم راستا نمی باشد.

در مطالعه حاضر با استفاده از آزمون مجدد پس از دو هفته، شاخص همبستگی درون خوشه‌ای(ICC) جهت برآورد پایایی ابزار در هر سه حیطه بالای ۰/۹به دست آمد که موید تکرارپذیری این آزمون می‌باشد. همچنین بررسی همسانی درونی زیر مقیاس‌ها نیز با شاخص آلفای کرونباخ برای سه زیر مقیاس رضایت ازشفقت، فرسودگی واسترس ترومای ثانویه به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷و ۰/۷۴ به دست آمد(۲۴).

در مطالعه مشابهی که توسط Stamm گزارش شده است، آلفای کرونباخ برای سه زیر مقیاس رضایت از شفقت، فرسودگی واسترس ترومای ثانویه در مطالعه آن‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۲و ۰/۸۰ به دست آمدکه با نتایج این مطالعه هم راستا می‌باشد. مطالعه سامسون نیز نشان داد که مقادیر آلفای کرونباخ در سه زیر مقیاس رضایت از شفقت، استرس ترومای ثانویه و فردسوگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۲و ۰/۶۹ بود(۲۵). همچنین در مطالعه Galiana وهمکاران در اسپانیا آلفای‌کرونباخ در زیر مقیاس رضایت از شفقت، فرسودگی و استرس ترومای ثانویه به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۸ ۰/۵۷ به‌دست آمد؛ که همه مطالعات ذکر شده نتایج هم راستا با مطالعه حاضر داشتند(۲۶).

در مطالعه حاضر نتایج تحلیل عاملی تاییدی گویه‌ها برآورد مناسب و خوبی را مبتنی بر شاخص‌های کلی برازندگی الگو به همراه داشت؛ و اعداد ۰/۸۴: GFI، ۰/۹۳ : NFI، ۰/۹۵: CFI، ۰/۰۷:RMSEA به دست آمد. در مطالعه‌ای که در کشور چین جهت اعتبار سنجی این ابزار در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت انجام شد مقادیر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

ایـن شـاخص‌هـا ۰/۸۹: GFI، ۰/۸۵ : NFI، ۰/۸۹: CFI، RMSEA:۰/۰۶۳ به‌دست آمد(۲۴)؛ همچنین در مطالعه‌ای که جهت اعتبار سنجی این ابزار در اسپانیا و برزیل انجام شـد بـه ترتیـب مقـادیر ۰/۹۳: CFI، RMSEA:۰/۰۷ ، ۰/۹۴: CFI، RMSEA:۰/۰۸ به دست آمد(۲۶) ؛لذا نتـاج با مطالعه حاضر هم راستا می‌باشند. این ابزار درایـران بـه صورت متفرقه در چند مطالعه مورد استفاده قـرار گرفتـه است. پاشیب و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "کیفیـت زندگی حرفه‌ای پرستاران تربت حیدریه درسال۱۳۹۵ در ایران" از این پرسشنامه ۳۰ سوالی کیفیت زنـدگی حرفـه‌ای استفاده کرده‌انـد، امـا در خصـوص اعتباریـابی ابـزار بـه روش روایی‌سازه، اطلاعات کافی ارائه نشده اسـت و در خصوص پایایی ابزار نیز آلفای کرونباخ برای ابعاد ابـزار ۰/۸۲ در (بعد رضایت ازشفقت) ۰/۸(فرسودگی)و ۰/۷۴ در بعد استرس ترومای ثانویه‌گزارش شده است(۴۰)؛ که در بخش پایایی با نتایج مطالعه حاضر هم راستا است.

درمجموع براساس یافته‌های به‌دست آمده از مطالعه حاضـر، ایـن نتیجـه حاصـل مـی‌شـود کـه فـرم فارسـی پرسش‌نامه کیفیت زندگی حرفه‌ای با گویه ها و سوالات نهایی شده، از روایی و پایـایی قابـل قبـولی در جمعیـت مورد مطالعـه برخـوردار اسـت. بـا توجـه بـه تعـداد کـم سوالات استفاده از این ابزار آسان و نیازمند صرف زمان اندک می‌باشـد. هـم‌چنـین ایـن ابـزار در نقـاط مختلـف جهان مورد استفاده قرار گرفته است لذا مـی‌تـوان نتـایج بـه‌دسـت آمـده از طـرح‌هـای داخـل کشـور را بـا سـایر کشورها مقایسه کرد.

از محدودیت‌های این مطالعه این بود که پرسش‌نامه تنها در ارائه‌دهندگان خـدمات سـلامت در شـهر قـزوین بررسی شد و این نمونه‌گویای کل جامعه ارائه‌دهنـدگان خدمات سلامت نیست. لذا تکرار این مطالعه در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در مناطق دیگر کشور توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مامـایی دانشـگاه علـوم پزشـکی شـهید بهشـتی بـا کـد اخـلاق IR.SBMU.PHNM.1395.474 می‌باشد. در پایـان لازم است ازکلیه عزیزان شرکت کننده که ما را در انجام این پژوهش یـاری رسـاندند تشـکر و قـدردانی نمـاییم. ایـن پژوهش بدون حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی انجـام گرفته است.

References

1. DuBrin AJ. Comparison of the job satisfaction and productivity of telecommuters versus in-house employees: A research note on work in progress. Psychological Reports 1991; 68(3 suppl): 1223-1234.
2. Knox S, Irving JA. An interactive quality of work life model applied to organizational transition. J Nurs Adm 1997; 27(1): 39-47.
3. Stamm B. Professional quality of life elements theory and measurement. Washington DC: ASPR; 2012.
4. Stamm BH. The concise ProQOL Manual. 2th ed. Pocatello, ID: ProQOL. org; 2010.
5. Stamm BH. The ProQOL manual. Idaho: Sidran Press; 2005.
6. Bush NJ. Compassion fatigue: are you at risk? Oncol Nurs Forum 2009; 36(1): 24-28.
7. Radey M, Figley CR. The social psychology of compassion. Clin Soc Work J 2007; 35(3): 207-214.
8. Boyle D. Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. Online J Issues Nurs 2011; 16(1): 2.
9. Mathieu F. Occupational hazards: compassion fatigue, vicarious trauma and burnout. Can Nurse 2014; 110(5): 12-13.
10. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. Nurs Health Sci 2010; 12(2): 235-243.
11. Gentry JE, Baranowsky AB, Dunning K. The

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

accelerated recovery program for compassion fatigue. In: Psychosocial stress series, no(24). Treating compassion fatigue. Figley CR (Ed) New York: Brunner-Routledge; 2002. p. 123-137.

12. Rourke MT. Compassion fatigue in pediatric palliative care providers. Pediatr Clin North Am 2007; 54(5): 631-644.
13. Bellolio MF, Cabrera D, Sadosty A, Hess EP, Campbell R, Lohse CM, et al. Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other medical and surgical specialties. West J Emerg Med 2014; 15(6): 629-635.
14. Sung K, Seo Y, Kim JH. Relationships between compassion fatigue, burnout, and turnover intention in korean hospital nurses. J Korean Acad Nurs 2012; 42(7): 1087-1094.
15. Lombardo B, Eyre C, Compassion fatigue: A nurse's primer. Online J Issues Nurs 2011; 16(1): 3.
16. McCammon SL. Emergency medical service workers: Occupational stress and traumatic stress. In: Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences and treatment. Paton D,Violanti JM, (eds). Springfield, Charles C Thomas Pub; 1996. p. 58-86.
17. Stamm BH, Hudnall AC. Considering a theory of cultural trauma and loss. J Loss Trauma 2004; 9(1): 89-111.
18. DePanfilis D. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction: Implications for retention of workers. Child Abuse Negl 2006; 30(10): 1067-1069.
19. Walton RE. Quality of working life: what is it? Sloan Management Review 1973; 15(1): 11-21.
20. Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. Nurs Econ 2005; 23(6): 319-326.
21. Dehghannyieri N, Salehi T, Asadinoghabi A. Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship. IJNR 2008; 3(9): 27-37 (Persian).
22. Yadollahi M, Razmjooei A, Jamali K. The Relationship Between Professional Quality of Life (ProQol) and General Health in Rajaee Trauma Hospital Staff of Shiraz, Iran. Shiraz E-Med J 2016; 17(9): e39253 (Persian).
23. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health 2006; 29(5): 489-497.
24. Dang W, Cheng W, Ma H, Lin J, Wu B, Ma N, et al. Reliability and validity of Professional Quality of Life Scale among government staff in earthquake-stricken areas in China. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi 2015; 33(6): 440-443.
25. Samson T, Iecovich E, Shvartzman P. Psychometric Characteristics of the Hebrew Version of the Professional Quality-of-Life Scale. J Pain Symptom Manage 2016; 52(4): 575-581.
26. Galiana L, Arena F, Oliver A, Sansó N, Benito E. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. J Pain Symptom Manage 2017; 53(3): 598-604.
27. Mizuno M, Kinefuchi E, Kimura R, Tsuda A. Professional quality of life of Japanese nurses/midwives providing abortion/childbirth care. Nurs Ethics 2013; 20(5): 539-550.
28. Khan AA, Khan MA, Malik NJ. Compassion fatigue amongst health care providers. Pak Armed Forces Med J 2015; 65(2): 286-289.
29. Bryant FB, Yarnold P. Principal components and analysis and exploratory and confirmatory factor analysis In: Reading and Understanding

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

Multivariate Statistics. Grimm LG, Yarnold PR. Washington,DC: Am Psychological Assoc; 1995. p. 203-230.

30. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. WHO. 2014.
31. Asghari M, Hajizadeh E. Methods and statistical analyzes by looking at the research method in the biological sciences and health sciences. 2thed. Tehran: Jahad Daneshgahi Pub; 2015. (Persian).
32. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology 1975; 28(4): 563-575.
33. Plichta SB, Keller SP, Kelvin EA. Munro's statistical methods for health care research. 6thed. Philadelphia: Wolter Kluwer & LWW; 2012.
34. Munro BH. Statistical methods for health care research. 15th ed. Philadelphia: LWW; 2005.
35. Hassamvand Amouzadeh M. Validity and Reliability of Social Phobia Inventory in Students with Social Anxiety. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(139): 166-177 (Persian).
36. Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. 8thed. Philadelphia: LWW; 2013.
37. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health 2007; 30(4): 459-467.
38. Field A. Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock ‘n’roll). Introducing statistical methods. London: Sage; 2009.
39. Kaftandjieva F. Methods for setting cut scores in criterion-referenced achievement tests: a Comparative Analysis of Six Recent Methods with an Application to Tests of Reading in EFL. London: Cito Pub; 2010.
40. Pashib M, Abbaspour S, Tadayon H, Khalafi A. Quality of Professional life among Nurses of hospitals in Torbat Heydariyeh city in 2016. J Torbat Heydaryeh Univ Med Sci 2016; 4(1): 36-41 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]