



## Research Paper

# Iranian Adolescents Psychological Capital: A Preliminary Study for Development

Saeed Akbari Zardkhaneh<sup>1\*</sup>, Marzieh Sadat Miri<sup>2</sup>, Jalil Fathabadi<sup>3</sup>, Mohammad Zafarmand<sup>4</sup>

1. Assistant Professor, Department of Applied Psychology, Psychology and Educational Science Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
2. MA student, Educational Psychology, Psychology and Educational Science Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Applied Psychology, Psychology and Educational Science Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
4. B.A. in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

### Article info:

Received: 22.02.2025

Revised: 17.05.2025

Accepted: 09.07.2025

### Keywords:

adolescent, psychological capital, covitality, factor analysis, psychometric properties, scale development



Publisher: University of Zanjan

### Abstract

The Assessing adolescents' psychological capital is a key step in designing preventive programs and promoting psychological well-being. Due to the lack of a culturally adapted instrument, this study aimed to develop and validate a tool to measure the psychological capital of Iranian adolescents based on the Covitality model (Furlong et al., 2014). This descriptive-survey research was conducted in two phases: instrument development and standardization. Initially, 408 items were generated, reduced to 180 after expert review, and a 120-item preliminary version was tested on 403 adolescents aged 12–18 in Tehran. Criterion validity was assessed using scales for emotion regulation (Garnefski & Kraaij, 2007), peer rejection (Tahmasian, 2005), self-efficacy (Muris, 2001), gratitude (McCullough et al., 2002), and empathy (Vossen et al., 2015). Data analysis using SPSS v.24 revealed four distinct blocks: Belief in Self (self-efficacy, self-awareness, and persistence), Belief in Others (support from school, peers, and family), Emotional Competence (emotion regulation, empathy, and self-control), and Engaged Living (gratitude, zest, and optimism). Internal consistency for factors and blocks ranged from 0.22 to 0.93, with correlations between blocks and the total scale ranging from 0.58 to 0.87. The total scale demonstrated high reliability, with a Cronbach's alpha of 0.93, and criterion validity coefficients ranging from 0.25 to 0.55. The Adolescent Psychological Capital Scale demonstrated robust psychometric properties, confirming its validity and reliability for use in the Iranian adolescent population. This scale is suitable for educational, developmental, and research purposes, offering valuable insights into adolescents' psychological capital and well-being. It can serve as a foundation for interventions aimed at fostering resilience and positive development among youth.

Use your device to scan and read the article online.



**Citation:** Akbari Zardkhaneh, S., Miri, M., Fathabadi, J. & Zafarmand, M. (2026). Iranian Adolescents Psychological Capital: A Preliminary Study for Development. *Iranian Journal of Psychoeducational Assessment*, 1 (2), 339-356. <https://doi.org/10.30470/ijpa.2025.733231>

**\*Corresponding Author:** Saeed Akbari Zardkhaneh

**Address:** Department of Applied Psychology, Psychology and Educational Science Faculty, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

**Email:** akbari76ir@yahoo.com

## Extended Abstract

### Introduction

The developmental stages of childhood and adolescence are critical periods for establishing the foundations of psychological health. The global economic burden of mental health disorders, such as depression and anxiety, is estimated at one trillion US dollars annually (World Health Organization, 2017), highlighting the urgent need for effective mental health strategies. In response, the World Health Organization's mental health action plan has prioritized the implementation of comprehensive strategies to promote mental well-being.

Traditional models of mental health often viewed psychological well-being and distress as opposite ends of a single continuum. However, contemporary dual-factor models propose that psychological capital, an individual's positive psychological assets, is a distinct and essential dimension alongside psychological distress (Renshaw & Bolognino, 2016). This perspective is particularly relevant for adolescents, as it shifts the focus from merely treating deficits to actively fostering strengths.

Among various frameworks for these psychological assets, the Covitality model proposed by Furlong et al. (2014) offers a robust theoretical foundation. Covitality is defined as the synergistic effect of multiple psychological building blocks that collectively promote overall mental health. The model organizes twelve positive psychological components into four distinct blocks: 1) Belief in Self (self-efficacy, self-awareness, persistence); 2) Belief in Others (school support, peer support, family support); 3) Emotional Competence (emotion regulation, empathy, self-control); and 4) Engaged Living (gratitude, zest, optimism) (Furlong et al., 2014).

While instruments measuring covitality have been validated across numerous countries, cultural context significantly influences the expression and sources of psychological strengths. Studies have shown notable differences in covitality scores and psychometric properties between cultures, such as those in Turkey, the United States, and Australia (Boman, Mergler, & Pennell, 2017; Telef & Furlong, 2017). Given the distinct cultural dimensions of Iran, as described by models like Hofstede's, it is crucial to develop measurement tools that are culturally sensitive and relevant. This study addresses the lack of a native instrument for assessing the psychological capital of Iranian adolescents by developing and validating a new scale based on the Covitality model.

### Methods

This study was conducted as basic, descriptive-survey research, comprising two primary phases: instrument development and standardization, following the procedures outlined by Akbari Zardkhane et al. (2018). The target population consisted of approximately 500,000 students aged 12 to 18 in Tehran during the 2020-2021 academic year. A sample of 403 students (208 female, 195 male) was selected via stratified random sampling from three educational districts, a sample size considered adequate for exploratory factor analysis (DeVellis, 2021).

The instrument development phase began with the creation of an initial item bank of 408 items derived from 15 existing international scales and new items drafted by the research team to align with the twelve components of the Covitality model. After translation and refinement, this pool was reduced to 180 items following a content validity review by a panel of experts. Subsequently, the face validity of these items was assessed through focus group discussions with 95 adolescents, resulting in a 120-item preliminary version of the Adolescent Psychological Capital Scale.

In the standardization phase, this 120-item scale, which uses a four-point Likert-type response format (from 0 = "not at all" to 3 = "completely"), was administered to the sample of 403 students. To establish criterion validity, participants also completed one of five established questionnaires: the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2007), the Self-Efficacy Questionnaire for Children and Adolescents (Muris, 2001), the Gratitude Questionnaire (McCullough, Emmons, & Tsang, 2002), the Adolescent Measure of Empathy and Sympathy (Vossen, Piotrowski, & Valkenburg, 2015), or a peer support questionnaire (Tahmasian, 2005).

Data were analyzed using SPSS v.24. An initial data screening for missing values resulted in the removal of 38 cases (9.4%). The psychometric properties of the scale were then examined through exploratory factor analysis (EFA).

### Findings

Exploratory factor analysis was conducted in two stages. First, a separate EFA was performed for the items within each of the twelve subscales, leading to the removal of 22 items with factor loadings below the 0.30 threshold recommended by Kline (2014). Second, EFA using principal component analysis with a direct oblimin rotation was performed separately for the items within each of the four theoretical blocks. The results supported the hypothesized three-component structure for each block:

- Belief in Self: Comprised of Persistence, Self-Awareness, and Self-Efficacy.
- Belief in Others: Comprised of Family Support, Peer Support, and School Support.
- Emotional Competence: Comprised of Self-Control, Emotion Regulation, and Empathy.
- Engaged Living: Comprised of Gratitude, Zest, and Optimism.

This process yielded a final 72-item scale, with six items per subscale. The reliability of the final scale was excellent. The Cronbach's alpha for the total scale was 0.93, with a Guttman split-half coefficient of 0.88. Internal consistency coefficients for the twelve subscales were also high. The correlations of the subscales with the total scale score were strong, ranging from 0.58 to 0.87.

Criterion validity was established through significant correlations between the newly developed subscales and their corresponding criterion measures. The correlation for Self-Efficacy was 0.55, for Empathy was 0.50, for Gratitude was 0.55, and for Peer Support (inverse of peer rejection) was 0.45. The total score on the new scale also showed significant correlations with the total scores of the criterion instruments, further supporting its validity.

### Conclusion

The Adolescent Psychological Capital Scale is a psychometrically sound instrument that demonstrates adequate validity and reliability for use with the Iranian adolescent population. It provides a valuable tool for researchers, educators, and clinicians. However, the study has limitations. The sample was drawn exclusively from Tehran, and further research is needed to establish its validity in other provinces with different socio-cultural characteristics. Additionally, the scale was validated with typically developing adolescents; its applicability to youth with physical or intellectual disabilities requires separate investigation. Future research should include confirmatory factor analysis, the development of parallel versions for younger children and young adults, and validation across diverse populations within Iran.

### Ethical considerations

This research was extracted from a master's thesis approved by Shahid Beheshti University (code: 2628907). Ethical principles, including obtaining informed consent from participants and ensuring the confidentiality and anonymity of data, were strictly adhered to throughout the study. Official permission to conduct the research in schools was granted by the General Department of Education of Tehran (letter no. 64/61667).

### Funding

This study was conducted without any financial support from public or private institutions.

### Author contributions

The first author was responsible for the initial research idea, overall supervision, and final manuscript preparation. The second author conducted all fieldwork, data analysis, and drafted the initial manuscript. The third author reviewed the text and provided corrective feedback. The fourth author assisted with data collection and preparation.

### Conflict of Interest

The authors also declare that there were no conflicts of interest at any stage of the present study.



## مقاله پژوهشی

# سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوان ایرانی: مطالعه اولیه ساخت ابزار

سعید اکبری زردخانه<sup>۱\*</sup>، مرضیه سادات میری<sup>۲</sup>، جلیل فتح‌آبادی<sup>۳</sup>، محمد ظفرمند<sup>۴</sup>

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهیدبهبشتی، تهران، ایران
۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهیدبهبشتی، تهران، ایران
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهیدبهبشتی، تهران، ایران
۴. کارشناسی مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهیدبهبشتی، تهران، ایران

### چکیده

سنجش سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان، پیش‌نیاز اجرای برنامه‌های پیشگیری از مشکلات فردی و اجتماعی و ارتقاء نیک‌زیستی روان‌شناختی است. با توجه به نبود ابزار بومی، پژوهش حاضر با هدف ساخت ابزاری برای سنجش سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان ایرانی بر اساس الگوی کویتالیته (فورلانگ و همکاران، ۲۰۱۴) انجام شد. این پژوهش بنیادی و توصیفی-پیمایشی شامل دو مرحله ساخت و استانداردسازی ابزار بود. ابتدا ۴۰۸ آیتم طراحی شد که پس از بررسی‌های اولیه به ۱۸۰ آیتم کاهش یافت. در مرحله بعد، نسخه مقدماتی با ۱۲۰ آیتم در نمونه‌ای ۴۰۳ نفری از دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ سال شهر تهران بررسی شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و بررسی روایی ملاکی از ابزارهای همراه تنظیم هیجانی (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷)، طرد همسالان (طهماسیان، ۱۳۸۴)، خودکارآمدی (موریس، ۲۰۰۱)، قدردانی (کالوگ و همکاران، ۲۰۰۲) و همدلی (ووزن و همکاران، ۲۰۱۵) استفاده شد. تحلیل عاملی نشان‌دهنده وجود چهار بلوک باور به خود (با زیرمقیاس‌های خودکارآمدی، خودآگاهی و ماندگاری)؛ باور به دیگران (با زیرمقیاس‌های حمایت مدرسه، حمایت همسالان و حمایت خانواده)؛ شایستگی هیجانی (با زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی، همدلی و خودمهارگری)؛ مشغول بودن به زندگی (با زیرمقیاس‌های قدردانی، اشتیاق و خوش‌بینی) بود. ضرایب همگونی درونی عوامل و بلوک‌ها بین ۰/۲۲ تا ۰/۹۳ و ضرایب همبستگی با کل مقیاس بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ محاسبه شد. ضریب آلفای کل ابزار ۰/۹۳ و ضرایب روایی ملاکی آن بین ۰/۲۵ تا ۰/۵۵ بود. مقیاس سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان از روایی و اعتبار مناسب برای جامعه ایرانی برخوردار است و می‌تواند در حوزه‌های آموزشی، ارتقایی، درمانی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد.

### اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۴  
تاریخ داوری: ۱۴۰۴/۰۲/۲۷  
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۸

### واژه‌های کلیدی:

نوجوان، سرمایه‌های روان‌شناختی، کویتالیته، تحلیل عاملی، ویژگی‌های روانسنجی



ناشر: دانشگاه زنجان

**استناد:** اکبری زردخانه، س.، میری، م.، فتح‌آبادی، ج. و ظفرمند، م. (۱۴۰۴). سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوان ایرانی: مطالعه

اولیه ساخت ابزار. *سنجش روانی تربیتی*، ۱(۲)، ۳۳۹-۳۵۶.

<https://doi.org/10.30470/ijpa.2025.733231>



از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید

\* نویسنده مسئول: سعید اکبری زردخانه

نشانی: گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهیدبهبشتی، تهران، ایران

پست الکترونیکی: Akbari76ir@yahoo.com

مقدمه

دوران کودکی و نوجوانی فرصت‌های کلیدی برای توسعه پایه‌های سلامت‌روان‌شناختی را فراهم می‌کند (هاردن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات نشان داده‌اند که هر ساله افسردگی و اختلالات اضطرابی، یک تریلیون دلار برای اقتصاد جهانی هزینه دارند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۷). از این رو در برنامه جامع بهداشت‌روانی که برای سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ توسط شصت‌وشش عضو مجمع سازمان جهانی بهداشت به تصویب رسیده است، دو هدف از چهار هدف اصلی آن بر فراهم‌سازی سلامت‌روان‌شناختی و خدمات اجتماعی جامع و پیاده‌سازی راهبردهای بهبود سلامت‌روان‌شناختی تمرکز دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴).

تاکنون مدل‌های نظری گوناگونی در حوزه ارتقا و پیشگیری از مشکلات سلامت‌روان‌شناختی ارائه شده است. در مدل‌های سنتی سلامت‌روان، نگاه تک‌بعدی<sup>۲</sup> حاکم بود. به این معنا که سلامت‌روان‌شناختی را قطب مخالف پریشانی‌های روان‌شناختی می‌دانست؛ اما اخیراً مدل‌های دویبعدی پیشنهاد شده‌اند که در آنها در کنار مؤلفه‌های پریشانی‌های روان‌شناختی، سرمایه‌های روان‌شناختی، به‌عنوان جنبه‌های متمایز و درعین حال ضروری در نظر گرفته می‌شوند (رنشو و بولونینو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). این در حالی است که حدود ۷۵ درصد کودکان و نوجوانان در دنیای توسعه‌یافته دارای سلامت‌روان‌شناختی هستند و از میان ۲۵ درصد دیگر، تنها ۱۰ درصد دارای معیارهای تشخیصی اختلال‌ها هستند.

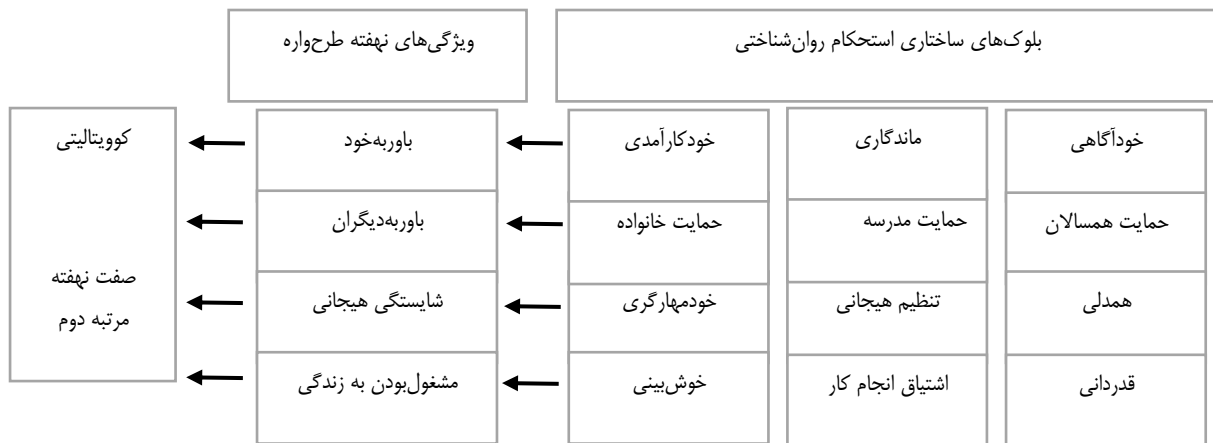
رویکرد دویبعدی به سلامت‌روان‌شناختی، کمتر از یک دهه است که وارد حوزه کودک و نوجوان شده است. در این مدت سرمایه‌های (دارایی<sup>۴</sup>) روان‌شناختی کودکان و نوجوانان از یک مؤلفه، به‌مرور به یک چارچوب دارایی با چندین نشانگر تبدیل شده است (فورلانگ و همکاران، ۲۰۱۳). احتمالاً شناخته‌شده‌ترین مدل از این نوع، مدل چهل دارایی پیشرفت<sup>۵</sup> است. گرچه این مدل جامع است، ولی گستردگی آن مانع تعمیم‌پذیری و ارزیابی مناسب و حتی تدوین مداخله می‌شود (اوستاشفسکی و زیمرمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶).

برای رفع نقایص مدل چهل دارایی پیشرفت، اخیراً فورلانگ و همکاران (۲۰۱۴) مدلی پیشنهاد کردند که شامل طیف وسیعی از مهارت‌های هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی به نام مدل سلامت هیجانی-اجتماعی<sup>۷</sup> است. در مرکز این مدل، مفهومی به نام کوویتالیتی<sup>۸</sup> قرار داده شده است. کوویتالیتی مفهومی است که بیان‌کننده «اثر هم‌افزایی ناشی از تعامل بین چندین بلوک از سازه‌های روان‌شناختی برای ارتقای سلامت‌روان‌شناختی» است. این بلوک‌ها دربرگیرنده چند مولفه مثبت روان‌شناختی مرتبه پایین‌تر (فرعی‌تر) هستند (فورلانگ و همکاران، ۲۰۱۴). شکل ۱ دوازده مؤلفه این مدل را در چهار بلوک نشان می‌دهد: (۱) باوربه‌خود<sup>۹</sup>: شامل سه مؤلفه خودکارآمدی<sup>۱۰</sup> (احساس توانایی برای مواجهه مؤثر با مطالبات زیستی و محیطی)، خودآگاهی<sup>۱۱</sup> (درک و توجه به جنبه‌های خصوصی و عمومی خود) و ماندگاری<sup>۱۲</sup> (پیگیری و تلاش برای تحقق اهداف شخصی)؛ (۲) باور به دیگران<sup>۱۳</sup>: شامل سه مؤلفه حمایت مدرسه<sup>۱۴</sup> (داشتن روابط موثر و مشفقانه با کادر مدرسه)، حمایت همسالان<sup>۱۵</sup> (داشتن روابط دوستانه و مفید با همسالان) و حمایت خانواده<sup>۱۶</sup> (داشتن روابط اثربخش و دلسوزانه با خانواده)؛ (۳) شایستگی هیجانی<sup>۱۷</sup> نیز دربرگیرنده سه مؤلفه تنظیم هیجانی<sup>۱۸</sup> (بیان مؤثر احساسات)، همدلی<sup>۱۹</sup> (درک حالات هیجانی دیگران) و خودمهارگری<sup>۲۰</sup> (رفتار موثر و مدیریت‌شده در شرایط مشخص)؛ (۴) مشغول‌بودن به زندگی<sup>۲۱</sup> هم سه مؤلفه قدردانی<sup>۲۲</sup> (احساس تشکر در پاسخ به سود دریافت‌شده)، اشتیاق<sup>۲۳</sup> (تجربه هیجان‌انگیز و پرنرزی زندگی) و خوش‌بینی<sup>۲۴</sup> (انتظار وقوع رویدادهای خوب) را در خود جای داده است (پیکراس و همکاران<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۹).

فورلانگ و همکاران (۲۰۱۳) اولین مطالعات ساخت ابزار سنجش مدل هیجانی-اجتماعی برای جامعه دانش‌آموزان نوجوان ایالات‌متحده را انجام دادند. نتایج مطالعات نشان داد این مدل، پیش‌بینی‌کننده مهم بهزیستی ذهنی<sup>۲۶</sup> و علائم اجتماعی، هیجانی و رفتاری نوجوانان است. در ضمن شواهدی بر ارتباط مستقیم کوویتالیتی با موفقیت تحصیلی (فورلانگ و همکاران، ۲۰۱۴) و پیشرفت تحصیلی، درک بالا از ایمنی مدرسه، مصرف کمتر مواد و تجربیات افسردگی گزارش شده است (فورلانگ و همکاران، ۲۰۱۴ ب). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند داده‌های حاصل ابزار کوویتالیتی در جامعه دانش‌آموزان ایالات‌متحده، دارای همگونی درونی مناسب و توزیع نرمال است (فورلانگ و همکاران، ۲۰۱۴).

1 Harden  
2 One-dimensional  
3 Renshaw & Bolognino  
4 Asset  
5 Developmental assets model  
6 Ostaszewski & Zimmerman  
7 Social emotional Health Scale (SEHS)  
8 Covitality  
9 Belife-In-Self (BIS)  
10 Self-efficacy  
11 Self-awareness  
12 Persistence  
13 Belife-In-Others (BIO)

14 School support  
15 Peer support  
16 Family support  
17 Emotional Competence (EC)  
18 Emotional regulation  
19 Empathy  
20 Self-cotrol  
21 Engaged Living (EL)  
22 Gratitude  
23 Zest  
24 Optimism  
25 Piqueras  
26 Subjective wellbeing



شکل ۱

مدل مفهومی سلامت هیجانی- اجتماعی نوجوانان (فورلانگ و همکاران، ۲۰۱۴)

ابزار سلامت اجتماعی- هیجانی، در ۸ ایالت آمریکا، ۱۵ کشور از پنج قاره، با ترجمه به ۱۲ زبان از جمله اسپانیا (پیکراس و همکاران، ۲۰۱۹)، چین (زی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، استرالیا (بومان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، انگلیس (کاسترو-کمپ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، ژاپن (لیدا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، ترکیه (تلف و فورلانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷)، لیتوانی (پترولیته و گوگینه<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸)، کره جنوبی (یو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸)، آمریکا (فورلانگ و همکاران، ۲۰۲۱) مورد مطالعه قرار گرفته است.

از آنجایی که کودکان و نوجوانان در کشورها و فرهنگ‌های مختلف، در معرض مولفه‌های فرهنگی، آموزشی و خانوادگی متفاوتی هستند؛ بنابراین عوامل حمایتی و تهدیدکننده سلامتی آنها نیز متفاوت هستند. این امر خود را در نتایج حاصل از پژوهش‌های کوئوتالیته در جوامع متفاوت نشان داده است. به‌عنوان نمونه میانگین کوئوتالیته در نمونه ترک (۱۰۹/۵۳) بالاتر از نمونه کالیفرنیا (۱۰۶/۴) و ضریب آلفا در نمونه ترک (۰/۷۰) پایین‌تر از مقدار آستانه قابل قبول مطالعات قبلی (محدوده ۰/۹۰ تا ۰/۹۵) بود (تلف و فورلانگ، ۲۰۱۷). این در حالی است که میانگین کوئوتالیته در استرالیا ۱۱۲/۴۶ و ضریب آلفا ۰/۹۱ گزارش شده است (بومان و همکاران، ۲۰۱۷). در جدول ۱، بارعاملی استاندارد شده<sup>۸</sup> تعدادی از آیتم‌های در فرهنگ‌های متفاوت آمده است که تفاوت‌های قابل توجهی را در بین آنها می‌توان مشاهده کرد (تیموفیوا<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). نتایجی از این دست نشانگر تفاوت‌ها در منابع شخصیتی و اجتماعی در فرهنگ‌ها است (دولیس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۱؛ هابفول<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲).

جدول ۱

مقایسه بارگذاری عاملی استاندارد شده برخی آیتم‌های ابزار سنجش کوئوتالیته در شش کشور

آیتم	خودآگاهی	حمایت مدرسه	حمایت خانواده	خودمهارگری	خوش‌بینی	صبر
داشتن هدف	۰/۷۸	۰/۷۱	۰/۶۴	۰/۷۸	۰/۶۶	۰/۷۸
درک احساسات	۰/۸۱	۰/۷۶	۰/۵۹	۰/۸۹	۰/۶۴	۰/۸۹
آگاهی از دلایل	۰/۷۳	۰/۷۳	۰/۶۷	۰/۹۰	۰/۶۳	۰/۹۰
مشارکت‌دادن	۰/۸۴	۰/۷۲	۰/۸۳	۰/۷۶	۰/۶۳	۰/۷۶
شنیدن فعال	۰/۹۴	۰/۸۴	۰/۸۲	۰/۷۳	۰/۸۶	۰/۸۰
تقدیر از موفقیت	۰/۸۴	۰/۸۲	۰/۸۹	۰/۸۳	۰/۷۲	۰/۷۲
فکر قبل از اقدام	۰/۵۷	۰/۲۸	۰/۷۵	۰/۹۰	۰/۶۳	۰/۹۰
زحمت دیگران	۰/۴۷	۰/۱۶	۰/۶۴	۰/۸۹	۰/۶۴	۰/۸۹
سپاسگزاری	۰/۷۵	۰/۵۹	۰/۷۳	۰/۸۰	۰/۸۶	۰/۸۰
قدرشناسی	۰/۶۸	۰/۷۶	۰/۸۳	۰/۷۲	۰/۸۳	۰/۷۲
باوربه‌خود	۰/۴۵	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹
باوربه‌دیگران	۰/۴۵	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹
شایستگی هیجانی	۰/۴۵	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹
مشغول‌بودن به زندگی	۰/۴۵	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۴۹

1 Xie  
2 Boman  
3 Castro-Kemp  
4 Iida  
5 Telef & Furlong  
6 Petrulytė & Guogienė

7 You  
8 Standardized factor loadings  
9 Timofejeva  
10 Devellis  
11 Hobfoll

طبق مفاهیم روان‌شناسی فرهنگی<sup>۱</sup>، فرهنگ فرد، سنت‌ها، زبان و جهان‌بینی او، در نمادهای ذهنی و فرایندهای شناختی وی تأثیر دارند. در این شرایط، هر ابزار سنجش لازم است تابعی از الف) خصوصیات فردی، ب) خصوصیات محیطی و فرهنگی و ج) تعامل متقابل بین فرد و محیط باشد (فلچر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). در این راستا الیوت و بوس<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) بیان می‌کنند هر ابزار از جهت نظری و تجربی باید با نیازهای فرهنگی هماهنگ باشند. بررسی ابعاد فرهنگ ایران از منظر مدل شش بعدی هافستد<sup>۴</sup> و مقایسه تطبیقی آن با سایر جوامع، نشان‌دهنده تفاوت در مؤلفه‌هایی مانند فاصله قدرت، مردخویی، جمع‌گرایی، عدم قطعیت، جهت‌گیری بلندمدت و خویش‌داری است. بنابراین ساخت ابزاری متناسب با فرهنگ ایران ضروری به نظر می‌رسد تا به‌وسیله آن، ارزیابی سرمايه‌های روان‌شناختی نوجوانان ایرانی انجام شود.

## روش پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف جزو پژوهش‌های بنیادی و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها (طرح پژوهش) از نوع توصیفی-پیمایشی است.

## مشارکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش، پانصد هزار دانش‌آموز ۱۲ تا ۱۸ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. از آنجایی که دولیس (۲۰۲۱) حجم گروه نمونه ۴۰۰ نفری را برای تحلیل عاملی اکتشافی مناسب می‌داند؛ نمونه شامل ۴۰۳ نفر (۲۰۸ دختر و ۱۹۵ پسر) بود که از مناطق دو (۲۰۳ نفر)، سه (۵۲ نفر) و دوازده (۱۴۸ نفر) به شیوه تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری ابتدا تصادفی‌سازی بین مناطق، سپس مدارس متوسطه مناطق و در نهایت بین کلاس‌های مدارس منتخب انجام شد. تعداد کلاس‌ها در هر منطقه بر حسب نسبت مجموع کلاس‌های مناطق انتخاب‌شده وارد مطالعه شد. مقطع تحصیلی بیشتر شرکت‌کنندگان هفتم (۴۰/۴ درصد) و کمترین آنها یازدهم (۱۳/۵ درصد) بود و بیشتر این دانش‌آموزان در مدارس دولتی (۸۷/۱ درصد) مشغول به تحصیل بودند.

## ابزار پژوهش

**مقیاس سرمايه‌های روان‌شناختی نوجوان<sup>۵</sup> - نسخه مقدماتی (APCS):** این مقیاس براساس الگوی نظری فورلانگ و همکاران (۲۰۱۴) با هدف سنجش دارایی‌ها و توانمندی‌های هیجانی و اجتماعی نوجوانان ساخته شده و دارای ۱۲۰ آیتم (ده آیتم برای دوازده مولفه) است که پس از پالایش بانکی با حدود ۲۰۰ آیتم و بررسی روایی محتوایی<sup>۶</sup> آن توسط گروه متخصصان و روایی صوری<sup>۷</sup> آن توسط گروهی از شرکت‌کنندگان در قالب مصاحبه‌های کانونی<sup>۸</sup> به‌دست‌آمد. پاسخ‌دهی به آیتم‌ها در طیف لیکرت چهار نقطه‌ای (صفر تا ۳) و با بیان میزان موافقت (اصلاً تا کاملاً) با هر آیتم توسط هر نوجوان مشخص می‌شود. نمره بالا در هر مولفه نشانگر بالابودن ویژگی‌های مطلوب در فرد است.

**پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۹</sup> - فرم نوجوان (CERQ):** این ابزار توسط گارنفسکی و کرایچ<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۷) و با هدف تعیین وضعیت مولفه‌های شناختی موثر بر مدیریت هیجان ساخته شده است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷). این پرسشنامه مشتمل بر ۳۶ آیتم و هفت زیرمقیاس تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی<sup>۱۱</sup>، ارزیابی مثبت<sup>۱۲</sup>، سرزنش دیگران<sup>۱۳</sup>، سرزنش خود<sup>۱۴</sup>، نشخوار فکری<sup>۱۵</sup>، فاجعه‌سازی<sup>۱۶</sup> و پذیرش<sup>۱۷</sup> است. شیوه پاسخ‌دهی در لیکرت ۵ نقطه‌ای است. پاسخ‌دهی به آیتم‌ها در قالب طیف لیکرت پنج‌نقطه‌ای (صفر تا چهار) انجام می‌گیرد. نمره بالا در هر زیرمقیاس به معنای وضعیت مطلوب آن است. در نسخه اصلی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کلی ۰/۸ و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۵ و ۰/۸۶ است. آلفای کرونباخ نسخه فارسی نیز برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۹۱ و ۰/۶۲ گزارش شده است (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹). آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۸۴ و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۵ و ۰/۸۹ بوده است.

**پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان<sup>۱۸</sup>:** این پرسشنامه توسط موریس<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۱) برای سنجش احساس خودکارآمدی کلی نوجوانان تهیه شده و شامل ۲۳ آیتم و سه زیرمقیاس خودکارآمدی تحصیلی<sup>۲۰</sup>، خودکارآمدی اجتماعی<sup>۲۱</sup> و خودکارآمدی هیجانی<sup>۲۲</sup> است که پاسخ‌گویی به آنها در طیف پنج‌نقطه‌ای لیکرت انجام می‌شود. نمره بالا در هر زیرمقیاس به معنای مثبت و بالابودن مولفه خودکارآمدی است. برای نسخه اصلی اعتبار همگونی درونی کلی آن ۰/۷۰ و زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۷ و ۰/۸۰ گزارش شده است (موریس<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۱). طهماسیان (۱۳۸۶) ضریب همگونی درونی با روش

1 Cultural psychology

2 Fletcher

3 Elliott & Busse

4 Hofstede

5 Adolescents Psychological Capital Scale

6 Content

7 Face

8 Focus group interview

9 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

10 Garnefski & Kraaij

11 Refocus on planning

12 Positive reappraisal

13 Other-blame

14 Self-blame

15 Rumination

16 Catastrophizing

17 Acceptance

18 Self-Efficacy Questionnaire - Children

19 Muris

20 Academic self-efficacy

21 Social self-efficacy

22 Emotional self-efficacy

23 Muris

آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های نسخه فارسی را ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۴ گزارش کرده است. آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۸۳ و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۱ و ۰/۸۰ بوده است.

**پرسشنامه قدردانی<sup>۱</sup> نوجوانان (GQ-6):** این ابزار شش سؤالی توسط مک‌کالوگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده و پاسخ به سوالات آن در مقیاس شش‌نقطه‌ای لیکرت (صفر تا پنج) طراحی شده است. دارای یک نمره کلی بوده و نمره بالا در آن به معنای برخورداری نوجوانان از سطوح بالای قدردانی است. ضریب همگونی درونی کل نسخه اصلی آن ۰/۸۲ برآورد شده است. قمرانی<sup>۳</sup> و همکاران (۱۳۸۸) ضریب اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۸۴، ضریب همگونی درونی ۰/۸۰ و تنصیف ۰/۹۱ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب همگونی درونی کلی ۰/۷۹ به‌دست‌آمد.

**سنجه همدلی و همدردی در دانش‌آموزان<sup>۴</sup> (SEQ-C):** این ابزار توسط وزن<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۵) تدوین شده و دارای ۱۲ آیتم و سه زیرمقیاس همدلی شناختی<sup>۶</sup>، هیجانی<sup>۷</sup> و همدردی<sup>۸</sup> دارد و پاسخ‌دهی به آیتم‌های آن در طیف لیکرت پنج‌نقطه‌ای (صفر تا چهار) صورت می‌گیرد. نمره بالا در هر یک از زیرمقیاس‌ها و نمره کل به معنای وجود سطوح بالاتر همدلی در نوجوان است. ضریب همگونی درونی زیرمقیاس‌ها در نسخه اصلی بین ۰/۸۶ و ۰/۷۵ حاصل شده است. نریمانی<sup>۹</sup> و همکاران (۱۳۹۶) ضریب همگونی درونی کل نسخه فارسی را ۰/۸۲ و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۸۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۸۳ و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۹ و ۰/۸۳ بوده است.

**پرسشنامه حمایت همسالان:** این پرسشنامه که توسط طهماسبیان و همکاران (۱۳۸۴) ساخته شده و شامل ۱۵ آیتم است. پاسخ‌دهی به آیتم‌های آن در طیف لیکرت چهار نقطه‌ای (۰ تا ۳) صورت می‌گیرد. مقادیر بالاتر در نمره مقیاس به معنای حمایت بیشتر نوجوان از سوی همسالان خویش است. در جمعیت دانش‌آموزان نوجوان ضریب همگونی درونی آن ۰/۹۱ و بازآزمایی آن ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ به‌دست‌آمده است.

## روش اجرا

برای حضور در مدرسی از شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران، به‌منظور رعایت معرف بودن نمونه، بعد از گرفتن تأییدیه از معاونت آموزشی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، با ثبت درخواست در دبیرخانه دانشکده و گرفتن امضای حراست کل دانشگاه، به اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران مراجعه شد. به دلیل محدودیتی که معاونت پژوهشی آن اداره ایجاد کردند، تنها اجازه دریافت مجوز از مناطق ۲، ۳ و ۱۲ آموزش و پرورش اخذ شد. پس از گرفتن مجوز اولیه، با مراجعه به آموزش و پرورش مناطق، با انتخاب شخصی معاونت پژوهشی آن منطقه، مجوز سه مدرسه دخترانه و سه مدرسه پسرانه در متوسطه اول، و سه مدرسه دخترانه و سه مدرسه پسرانه در متوسطه دوم صادر شد. به درخواست پژوهشگر، سعی شد مدارس پیشنهادی به‌صورت پراکنده در هر منطقه معرفی شوند تا تعداد کم مناطق، مقداری جبران شود. مجوز نهایی پس از تماس و مراجعه به مدیران آن مدارس گرفته شد.

پس از دریافت مجوزهای لازم، پس از حضور در مدرسه، شیوه انتخاب افراد نمونه بدین صورت بود که سازمان آموزش و پرورش کل تهران مناطقی را معرفی کرده و هر منطقه اجازه انجام آزمون در چند مدرسه را داد. هر منطقه به‌منزله یک طبقه در نظر گرفته‌شده و حجم نمونه با توجه به نسبت تعداد دانش‌آموزان مناطق انتخاب شدند. در درون هر یک از مدرسه‌ها، انتخاب افراد با مراجعه به دفتر مدرسه، پیشنهاد مدیر مدرسه و مراجعه به سر کلاس صورت گرفت. در هر کلاس تمام افراد حاضر در کلاس مورد آزمون قرار گرفتند.

لازم به ذکر است قبل از گردآوری داده‌ها، هدف پژوهش حاضر و میزان زمان تقریبی لازم برای تکمیل ابزارهای پژوهش به شرکت‌کنندگان بیان شد. در ضمن به‌طور شفاف و واضح بیان شد که داده‌های گردآوری فقط برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد شد و به‌جز اعضای گروه پژوهشی، هیچ فرد دیگری چه در داخل مدرسه و چه خارج از آن به داده‌ها دسترسی نخواهد داشت. پس‌از آن، ابزارها در اختیار کلیه افراد کلاس به‌استثنای افرادی که حاضر به تکمیل آزمون نبودند، قرار داده شد.

**مراحل فنی انجام پژوهش:** پس از مهیاسازی شرایط اولیه انجام پژوهش، بخش فنی مطالعه حاضر در دو مرحله انجام گرفت: الف) مرحله ساخت<sup>۱۰</sup> و ب) استانداردسازی<sup>۱۱</sup> (اکبری زردخانه و همکاران، ۱۳۹۷).

**الف) مرحله ساخت:** در این مرحله، با جستجو در ابزارهای روا و معتبر، براساس دوازده زیرمقیاس مدل کوویتالیتی، جستجوهای در منابع انگلیسی صورت گرفت. در نهایت از ۱۵ ابزار، آیتم‌هایی برای حضور در بانک آیتم‌ها اولیه استفاده شد و تعدادی آیتم نیز توسط گروه پژوهشی نگارش شد. بعد از حذف آیتم‌های تکراری موجود در بانک آیتم‌ها، ۴۲۶ آیتم ترجمه و توسط یک متخصص زبان انگلیسی، مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفته و سپس توسط

1 Gratitude Questionnaire

2 McCullough

3 Ghamarani

4 Adolescent Measure of Empathy and Sympathy

5 Vossen

6 Cognitive empathy

7 Affective empathy

8 Sympathy

9 Narimani

10 Construction

11 Standardization

متخصص روانسنجی، مجدداً تصحیح شد. بعد از بررسی و بازنگری روایی محتوایی<sup>۱</sup> توسط گروه پژوهشی متشکل از متخصص روانسنجی، کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی و کارشناس مشاوره، تعداد آیت‌ها به ۱۸۰ مورد رسید.

روایی صوری<sup>۲</sup> آیت‌های نسخه پیش‌مقدماتی در گروهی از نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله (متوسطه اول و دوم) بررسی شد. در این بخش تعداد ۴۵ نوجوان دختر و ۵۰ نوجوان پسر در بحث‌های گروهی<sup>۳</sup> و در قالب گروه‌های تقریباً ۱۵ نفری شرکت داده شدند. این گروه به شیوه در دسترس و با دعوت از دانش‌آموزان در یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه گرد هم آمد. هدف از این اقدام، بررسی بیان نوشتاری و شیوایی آیت‌ها بود و در صورتی آیت به‌عنوان آیت نهایی در نظر گرفته می‌شد که قریب به اتفاق دانش‌آموزان (حداقل ۹۰ درصد) می‌توانستند درک یکسانی از آن داشته باشند و عبارت دقیقاً همان مفهوم نظری مدنظر را در خود داشت. در این راستا گروه پژوهشی در چند جلسه مشترک، با بررسی و مقایسه نظرات نوجوانان در مورد هر یک از آیت‌ها، اصلاحات لازم را انجام داده و آیت‌های مبهم حذف شدند. تعداد آیت‌ها در این مرحله به ۱۲۰ عبارت رسید. آیت‌های پرسشنامه به‌صورت متناوب از ۱۲ مؤلفه‌ی مدل کوویتالیتی چیده شد و پاسخ‌دهی به آیت‌ها بر اساس مقیاس شش نقطه‌ای لیکرت بود. پاسخ‌دهنده بایستی میزان مخالفت یا موافقت خود را با هر یک از آیت‌ها، در بازه کاملاً تا اصلاً، اعلام می‌کرد.

**ب) مرحله استانداردسازی:** در این مرحله، آیت‌های نهایی شده در بین نمونه ۴۰۳ نفری (۲۰۸ دختر و ۱۹۵ پسر) از دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ سال شهر تهران مورد استفاده قرار گرفت. پس از مراجعه به مدرسه، در هر مدرسه دو کلاس حدوداً ۲۵ نفری از اختیار پژوهشگر یا همکار پژوهشی‌اش قرار گرفت. پژوهشگر بعد از معرفی خود، توضیحاتی را درباره پرسشنامه و هدف از ساخت آن می‌داد. افرادی که مایل به همکاری بودند، نسخه مقدماتی را دریافت می‌کردند. قبل و در حین پاسخگویی، این اطمینان به دانش‌آموزان داده شد که فرم‌ها بی‌نام هستند و کسی به‌جز گروه پژوهشی، آنها را مشاهده نخواهد کرد. با این وجود تعدادی از دانش‌آموزان نگران علنی شدن جواب‌هایشان بودند و بعضاً از پاسخ‌دادن به تعدادی از سؤالات مربوط به مدرسه یا خانواده، خودداری می‌کردند. برای بررسی روایی هم‌زمان مقیاس نیز هر نوجوان به‌صورت تصادفی، همراه با نسخه مقدماتی سرمايه‌های روان‌شناختی، به یک ابزار ملاک (از پنج ابزار) پاسخ داد. زمان پاسخگویی به کل ابزارهای پژوهش بین ۲۰ الی ۳۵ دقیقه بود (برای اطلاعات بیشتر به میری، ۱۳۹۹ مراجعه نمایید).

**تحلیل داده‌ها:** پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها در نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS وارد شد. به منظور تحلیل اکتشافی داده‌های حاصل از مقیاس سرمايه‌های روان‌شناختی نوجوانان با ۱۲۰ آیت، اقدامات زیر انجام شد:

۱. تحلیل گمشده<sup>۴</sup>: در صورتی که فرد بیشتر از ۵ درصد آیت‌ها (۶ مورد) را پاسخ نداده بود، به‌عنوان داده گمشده در نظر گرفته شد و در تحلیل مورد استفاده قرار نگرفت. پس از اعمال این شرط تعداد ۳۸ نفر از افراد نمونه (۹/۴ درصد) حذف شدند.
۲. بررسی صحت پاسخ‌های ارائه‌شده (استفاده از نمودار میله‌ای): پس از رسم نمودار میله‌ای پاسخ‌های افراد مشخص شد که هیچ فردی در نمونه وجود ندارد که هم‌زمان به دو گزینه پاسخ داده باشد.
۳. تحلیل آیت<sup>۵</sup>: با استفاده از ملاک‌های میانگین خارج از فاصله ۰/۵ و ۳/۵، انحراف معیار کمتر از ۰/۵، قدرمطلق نمره استاندارد کجی<sup>۶</sup> بیشتر از ۳، قدرمطلق نمره استاندارد کشیدگی<sup>۷</sup> بیشتر از ۵، ضریب همبستگی با نمره کل<sup>۸</sup> کمتر از ۰/۱، مجذور ضریب همبستگی چندگانه<sup>۹</sup> کمتر از ۰/۳، افزایش ضریب آلفا پس از حذف آیت<sup>۱۰</sup> (اکبری زردخانه و همکاران، ۱۳۹۸) برای بررسی کفایت آیت‌ها اقدام شد. در این فرآیند، آیت‌هایی که حداقل چهار مورد را دارا بودند، به‌عنوان آیت کاندید حذف در نظر گرفته می‌شدند. هیچ آیتی در این مرحله حذف نشد (برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به میری، ۱۳۹۸).

## یافته‌ها

قبل از انجام تحلیل عاملی بررسی داده‌ها نشان داد که توزیع کشیدگی و کجی داده‌ها بین ۲ و ۲- است، بنابراین می‌توان گفت توزیع آیت‌ها نرمال است. داده پرتی وجود نداشت. در ادامه در دو سطح تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. در سطح یکم برای بررسی تک‌بعدی بودن<sup>۱۱</sup> هر یک از مولفه‌های دوازده‌گانه، تحلیل عاملی اکتشافی (در مجموع دوازده تحلیل مستقل) انجام شد. این تحلیل‌ها به روش مؤلفه اصلی<sup>۱۲</sup> و با محدود کردن تعداد به یک مؤلفه، صورت گرفت. برای جلوگیری از طولانی شدن متن، جدول ۲ فقط سه نمونه از نتایج این تحلیل‌ها را نشان می‌دهد (برای اطلاعات بیشتر به میری، ۱۳۹۹ مراجعه نمایید). بر اساس این تحلیل ۲۲ آیت به دلیل بارعاملی کمتر از ۰/۳ حذف شد (کلاين<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۴).

1 Content

2 Face

3 Group discussion

4 Missing analysis

5 Item analysis

6 Skewness

7 Kurtosis

8 Correlation with total score

9 Multiple correlation squared

10 Cronbach's alpha after deleting item

11 Unidimensionality

12 Principal Component Analysis (PCA)

13 Kline

در سطح دوم در درون چهار بلوک، تحلیل‌های اکتشافی آیت‌ها به‌طور جداگانه انجام شد. این تحلیل‌ها به روش تحلیل مؤلفه اصلی و چرخش آبلیمین مستقیم<sup>۱</sup> یا محدودکردن تعداد به سه مؤلفه، صورت گرفت. مقدار شاخص کفایت نمونه‌برداری کایزر-مایر-اولکین<sup>۲</sup> و شاخص آزمون کرویت بارتلت<sup>۳</sup> هر چهار بلوک در سطح خطای کمتر از یک درصد معنادار بود و در نتیجه ماتریس داده‌ها قابلیت عامل‌پذیری<sup>۴</sup> را برای انجام تحلیل اکتشافی نشان دادند (جدول ۳). عوامل به‌دست‌آمده از بلوک باوربه‌خود، به‌ترتیب عبارتند از ماندگاری، خودآگاهی و خودکارآمدی؛ از بلوک باور به دیگران، به‌ترتیب عبارتند از حمایت خانواده، حمایت همسالان و حمایت مدرسه؛ از بلوک شایستگی‌های هیجانی، به‌ترتیب عبارتند از خودمهارگری، تنظیم هیجانی و همدلی؛ از بلوک مشغول‌بودن به زندگی، به‌ترتیب عبارتند از قدردانی، اشتیاق و خوش‌بینی. بعد از اتمام این مرحله، ۷۲ آیت (شش آیت برای هر زیرمقیاس) باقی ماند. پس از تحلیل عاملی، اعتبار آزمون بررسی شد. جدول ۳، ویژگی‌های آماری توصیفی و مقادیر آلفای کرونباخ هر عامل و ضرایب همبستگی چندگانه هر کدام را نشان می‌دهد. این ضرایب بین ۰/۲۱ و ۰/۷۱ متغیر است. ضریب آلفای کل ابزار ۰/۹۳ و ضریب تنصیف گاتمن ۰/۸۸ گزارش شده است.

جدول ۲

سه نمونه بارعاملی آیت‌ها در تحلیل اکتشافی سطح زیرمقیاس‌ها

زیرمقیاس	کفایت	آیتم	بارعاملی	زیرمقیاس	کفایت	آیتم	بارعاملی	زیرمقیاس	کفایت	آیتم	بارعاملی			
خودآگاهی	۵۲/۰۱	کی‌ام‌او: ۰/۷۸۱	۰/۱۴	ماندگاری	۶۵/۱۷	کی‌ام‌او: ۰/۷۷۴	۰/۴۸	خودکارآمدی	۳۰/۶۸	کی‌ام‌او: ۰/۷۵۸	۰/۱۶			
												۱	۲	۳
												۱۳	۱۴	۱۵
												۲۵	۲۶	۲۷
												۳۷	۳۸	۳۹
												۴۹	۵۰	۵۱
												۶۱	۶۲	۶۳
												۷۳	۷۴	۷۵
خودآگاهی	۵۲/۰۱	کی‌ام‌او: ۰/۷۸۱	۰/۶۱	ماندگاری	۶۵/۱۷	کی‌ام‌او: ۰/۷۷۴	۰/۵۰	خودکارآمدی	۳۰/۶۸	کی‌ام‌او: ۰/۷۵۸	۰/۱			
												۱۳	۱۴	۱۵
												۲۵	۲۶	۲۷
												۳۷	۳۸	۳۹
												۴۹	۵۰	۵۱
												۶۱	۶۲	۶۳
												۷۳	۷۴	۷۵
												۸۵	۸۶	۸۷
۹۷	۹۸	۹۹												
۱۰۹	۱۱۰	۱۱۱												

جدول ۳

نتایج توصیفی تعدادی از آیت‌ها و تحلیل عاملی مقیاس سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان

بلوک	مؤلفه	آیتم	میانگین	انحراف معیار	کفایت بارعاملی	همبستگی		بلوک	ضریب آلفا کل
						با بلوک	مؤلفه		
باور به خود	خودآگاهی	آگاهی به توانایی‌ها	۳/۶۰	۱/۳۵	۰/۶۱۰	۰/۵۲	۰/۷۰	۰/۸۴	۰/۹۳
		آگاهی به محدودیت‌ها	۳/۷۷	۱/۳۷	۰/۵۳۸	۰/۴۶			
		انتظار از خود	۳/۶۴	۱/۵۶	۰/۳۱۷	۰/۲۹			
		واکنش به انتقاد معلم	۳/۱۷	۱/۵۶	۰/۴۸۳	۰/۴۲			
		انجام تکالیف	۳/۶۰	۱/۴۶	۰/۶۶۴	۰/۵۹			
		صرف زمان برای یادگیری	۳/۸۹	۱/۳۵	۰/۶۱۵	۰/۵۱			
	خودکارآمدی	جدیت در اهداف	۳/۵۵	۱/۵۴	۰/۵۶۵	۰/۲۲	۰/۶۲		
		مدیریت اتفاقات	۳/۱۶	۱/۴۳	۰/۵۲۰	۰/۴۱	۰/۶۲		
		موفقیت در رشته انتخابی	۳/۴۵	۱/۵۵	۰/۵۱۳	۰/۳۷	۰/۶۲		
		همسالان	کمک دوست در امتحان	۲/۱۱	۱/۸۱	۰/۵۰۷	۰/۳۲	۰/۸۱	
			انگیزه گرفتن از دوست	۳/۵۴	۱/۶۷	۰/۷۶۰	۰/۶۹	۰/۸۱	
			کمک دوست در مشکلات	۳/۵۲	۱/۶۸	۰/۷۳۹	۰/۶۸	۰/۸۱	
باور به دیگران	تدریس جذاب معلم		۲/۲۹	۱/۷۶	۰/۶۲۰	۰/۵۰	۰/۸۱		
	آموزش روش مطالعه بهتر		۲/۶۵	۱/۷۸	۰/۷۶۶	۰/۶۴	۰/۸۱		
	توجه به استعداد دانش‌آموز		۲/۴۶	۱/۸۶	۰/۶۸۷	۰/۶۰	۰/۸۱		
	خانواده	درک اعضای خانواده	۳/۴۳	۱/۵۹	۰/۷۰۶	۰/۶۱	۰/۸۰		
		نحوه اخذ تصمیم مهم	۳/۸۶	۱/۴۸	۰/۷۸۵	۰/۷۱	۰/۸۰		
		احساس نزدیکی اعضا	۴/۱۶	۱/۳۹	۰/۶۶۹	۰/۵۰	۰/۸۰		

1 Direct oblimin

2 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

3 Bartlett's Test of Sphericity

4 Factorability

بلوک	مولفه	آیتم	میانگین	انحراف معیار	کفایت	بارعاملی	همبستگی	ضریب آلفا	
								کل	بلوک
شایستگی هیجانی	همدلی	درک احساس دیگران	۳/۳۵	۱/۵۶	۰/۴۰۴/۰۴	۰/۴۳۱	۰/۲۸	۰/۷۳	۰/۵۷
		کمک به تازه‌وارد	۳/۰۲	۱/۵۹		۰/۵۱۲			
		درک دیدگاه دیگران	۳/۹۸	۱/۳۱		۰/۴۸۷			
	تنظیم هیجانی	درماندگی در ناراحتی	۱/۶۸	۱/۶۲		۰/۴۴۸			
		تمرکز در ناراحتی	۳/۱۱	۱/۶۰		۰/۴۹۰			
		طول زمان رفع ناراحتی	۲/۹۶	۱/۶۴		۰/۳۰			
	خودمهارگری	داشتن برنامه‌ریزی	۲/۹۸	۱/۵۹		۰/۷۳۵			
		بررسی پیشرفت‌ها	۳/۸۳	۱/۳۱		۰/۵۶			
		بررسی علت شکست‌ها	۳/۳۳	۱/۵۲		۰/۵۷۹			
	مشغول بودن به زندگی	قدردانی	شکرگزار داشته‌ها	۴/۲۶		۱/۱۳	۰/۹۰۹/۰۹		
لذت بردن از داشته‌ها			۳/۰۳	۱/۶۱	۰/۶۵۱				
شکرگزار زنده‌بودن			۳/۵۹	۱/۵۱	۰/۶۱۱				
اشتیاق		علاقه به تکلیف	۳/۰۶	۱/۵۲	۰/۶۳۹				
		اشتیاق به مدرسه رفتن	۱/۸۴	۱/۶۷	۰/۵۸				
		علاقه به فعالیت‌های روزانه	۱/۱۷	۱/۶۷	۰/۴۹				
خودآگاهی		خوش‌بین به آینده	۳/۷۴	۱/۳۶	۰/۶۵۰				
		تعداد اتفاقات خوب از نظر	۳/۹۶	۱/۴۶	۰/۵۶۸				
		چگونگی سرانجام مشکلات	۴/۱۶	۱/۰۵	۰/۴۶				

جدول ۴ همبستگی بین عوامل و بلوک‌ها با هم را بین ۰/۲۲ تا ۰/۹۶ و هر عامل و بلوک با کل مقیاس را بین ۰/۶۱ و ۰/۸۷ نشان می‌دهد. همبستگی زیرمقیاس‌ها با کل ابزار بین ۰/۵۸ و ۰/۷۷، بلوک‌ها با کل ابزار بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ و بین بلوک‌ها از ۰/۵۶ تا ۰/۶۷ است. همبستگی بین زیرمقیاس‌های درون هر بلوک در مقایسه با بین‌بلوکی، عموماً بالاتر است. همبستگی بین زیرمقیاس‌های همدلی و تنظیم هیجانی، خوش‌بینی و خودمهارگری، قدردانی و خودمهارگری، قدردانی و حمایت خانواده، خودآگاهی و خودمهارگری، ماندگاری و خودمهارگری، خودکارآمدی و خودمهارگری، خودآگاهی و حمایت خانواده، خودآگاهی و خودکارآمدی، بالاتر از ۰/۵۵ است. همه همبستگی‌ها در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار هستند.

جدول ۴

ضرایب همبستگی درونی زیرمقیاس‌های ابزار

شماره	زیرمقیاس	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
۲	ماندگاری	۰/۵۰															
۳	خودکارآمدی	۰/۵۹	۰/۴۸														
۴	حمایت همسالان	۰/۳۶	۰/۲۲	۰/۳۱													
۵	حمایت مدرسه	۰/۳۶	۰/۴۱	۰/۲۲	۰/۳۴												
۶	حمایت خانواده	۰/۵۶	۰/۴۵	۰/۴۱	۰/۳۶	۰/۳۷											
۷	همدلی	۰/۳۷	۰/۲۵	۰/۴۰	۰/۴۳	۰/۲۸	۰/۳۰										
۸	تنظیم هیجانی	۰/۴۱	۰/۳۱	۰/۴۷	۰/۴۴	۰/۲۸	۰/۳۱	۰/۹۶									
۹	خودمهارگری	۰/۶۴	۰/۶۷	۰/۶۰	۰/۳۰	۰/۳۲	۰/۵۱	۰/۳۱	۰/۳۹								
۱۰	قدردانی	۰/۵۴	۰/۴۸	۰/۴۲	۰/۲۷	۰/۳۲	۰/۵۸	۰/۳۸	۰/۴۱	۰/۵۷							
۱۱	اشتیاق	۰/۳۷	۰/۵۷	۰/۳۲	۰/۱۸	۰/۴۶	۰/۲۹	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۴۷	۰/۳۵						
۱۲	خوش‌بینی	۰/۶۱	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۳۳	۰/۳۴	۰/۵۸	۰/۳۴	۰/۳۸	۰/۵۹	۰/۴۰	۰/۴۰					
۱۳	باوربه‌خود	۰/۸۴	۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۳۵	۰/۴۱	۰/۵۷	۰/۴۱	۰/۴۷	۰/۷۷	۰/۵۸	۰/۵۲	۰/۶۷				
۱۴	باور به دیگران	۰/۵۵	۰/۴۷	۰/۴۱	۰/۷۷	۰/۷۸	۰/۷۲	۰/۴۵	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۵۰	۰/۴۱	۰/۵۴	۰/۵۸			
۱۵	شایستگی ...	۰/۵۷	۰/۵۰	۰/۶۰	۰/۴۷	۰/۳۵	۰/۴۶	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۷۰	۰/۵۵	۰/۴۰	۰/۵۳	۰/۶۷	۰/۵۶		
۱۶	مشغول بودن ...	۰/۶۲	۰/۶۶	۰/۵۲	۰/۳۲	۰/۴۸	۰/۵۸	۰/۳۹	۰/۴۳	۰/۶۷	۰/۸۰	۰/۷۷	۰/۸۳	۰/۷۳	۰/۶۰	۰/۶۰	
۱۷	نمره کل	۰/۷۶	۰/۷۱	۰/۶۹	۰/۵۸	۰/۶۱	۰/۷۰	۰/۶۳	۰/۶۷	۰/۷۷	۰/۷۱	۰/۶۱	۰/۷۵	۰/۸۷	۰/۸۲	۰/۸۳	۰/۸۶

بررسی روایی ابزار، با استفاده از ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های ابزارهای ملاک و زیرمقیاس‌های سرمایه‌های روان‌شناختی (جدول ۵) نشان داد همبستگی ابزارهای ملاک با زیرمقیاس‌های هم‌نام ابزار ساخته‌شده، بالاتر از همبستگی آنها با سایر زیرمقیاس‌ها است. بنابراین بین عوامل سرمایه‌های روان‌شناختی و ابزارهای ملاک خودکارآمدی (۰/۵۵)، همدلی (۰/۵۰)، قدردانی (۰/۵۵) و طرد همسالان (۰/۴۵)، همبستگی معناداری مشاهده می‌شود. در تنظیم هیجانی، سه زیرمقیاس برنامه‌ریزی (۰/۴۶)، ارزیابی مثبت (۰/۳۱) و پذیرش (۰/۲۵)، همبستگی معناداری دارند که ۲۳ آیتم از ۳۶ آیتم مقیاس را شامل می‌شوند و کل مقیاس نیز همبستگی معناداری را در سطح ۰/۰۵ نشان داده است. نمره کل ابزارهای ملاک با نمره کل ابزار ساخته‌شده نیز همبستگی بالایی را نشان می‌دهند. ابزار ملاک خودکارآمدی ۰/۷۶، ابزار ملاک همدلی ۰/۳۶، ابزار ملاک تنظیم هیجانی ۰/۲۵، ابزار ملاک قدردانی ۰/۴۷ و ابزار ملاک حمایت همسالان ۰/۴۶ همبستگی با کل ابزار ساخته‌شده را دارند.

جدول ۵

ضرایب روایی هم‌زمان ملاکی

حمایت همسالان	قدردانی	تنظیم هیجانی							همدلی			خودکارآمدی				زیرمقیاس		
		رنگ	پذیرش	فهم‌سازی	تسخیر فکری	سزایش	مروزش دیگران	ارزیابی مثبت	برنامه‌ریزی	رنگ	همدلی	هیجانی	تفصیلی	رنگ	مؤلفه‌ها		تفصیلی	ارزیابی مثبت
-۰/۳۸	-۰/۳۹	-۰/۳۲	-۰/۰۲	-۰/۲۸	-۰/۰۸	-۰/۰۳	-۰/۲۱	-۰/۲۹	-۰/۴۱	-۰/۱۶	-۰/۲۲	-۰/۱۰	-۰/۱۳	-۰/۵۹	-۰/۵۱	-۰/۴۴	-۰/۴۶	۱
-۰/۰۲	-۰/۳۰	-۰/۲۴	-۰/۰۳	-۰/۰۶	-۰/۰۱	-۰/۰۰	-۰/۲۹	۳۱	۳۷	-۰/۰۸	-۰/۱۸	-۰/۲۱	-۰/۱۳	۱/۷۱	۱/۴۲	۱/۸۰	-۰/۴۶	۲
-۰/۵۰	۱/۲۵	۰/۱۰	-۰/۲۴	-۰/۰۹	۰/۱۱	-۰/۰۰	-۰/۱۲	۱/۲۴	۱/۵۲	۱/۳۰	۱/۳۰	-۰/۰۱	۱/۲۸	۱/۵۵	۱/۴۰	۱/۵۰	۱/۴۲	۳
-۰/۴۵	۱/۴۴	-۰/۰۵	-۰/۲۴	-۰/۰۵	-۰/۰۹	-۰/۰۳	-۰/۰۱	-۰/۱۷	-۰/۲۱	۱/۳۳	-۰/۲۰	-۰/۳۰	-۰/۲۰	۱/۳۳	-۰/۲۱	۱/۲۵	۱/۳۳	۴
-۰/۰۳	-۰/۰۸	۰/۱۹	-۰/۱۲	-۰/۰۲	۰/۱۵	-۰/۱۰	-۰/۱۷	۱/۲۴	۱/۳۱	-۰/۱۰	-۰/۱۰	-۰/۰۳	-۰/۰۶	۱/۵۹	۱/۵۱	۱/۵۱	۱/۳۷	۵
-۰/۵۱	۱/۳۶	-۰/۲۷	-۰/۰۱	-۰/۱۶	-۰/۱۳	-۰/۱۷	-۰/۳۹	۱/۲۷	۱/۲۵	-۰/۱۷	۱/۲۴	-۰/۰۰	-۰/۰۳	۱/۴۹	۱/۳۹	۱/۴۷	۱/۲۶	۶
-۰/۲۸	۱/۴۰	-۰/۰۵	-۰/۲۲	-۰/۰۹	-۰/۱۳	-۰/۱۳	-۰/۰۸	۱/۳۰	۱/۴۱	۱/۵۰	۱/۳۰	-۰/۲۵	۱/۵۸	۱/۴۱	۱/۲۴	۱/۳۳	۱/۴۷	۷
-۰/۳۰	۱/۳۹	-۰/۰۰	-۰/۲۵	-۰/۰۵	-۰/۱۲	-۰/۰۸	-۰/۰۰	۱/۳۱	۱/۴۶	۱/۴۸	۱/۲۸	-۰/۲۳	۱/۵۸	۱/۴۸	۱/۳۴	۱/۳۲	۱/۵۱	۸
-۰/۳۸	۱/۳۱	-۰/۲۴	-۰/۰۶	-۰/۰۹	-۰/۱۲	-۰/۱۴	-۰/۱۴	-۰/۱۶	۱/۴۷	-۰/۲۰	۱/۲۷	-۰/۰۹	-۰/۱۴	۱/۶۷	۱/۵۷	۱/۶۳	۱/۳۷	۹
-۰/۱۹	۱/۵۵	-۰/۳۹	-۰/۰۸	-۰/۱۲	-۰/۰۸	-۰/۱۳	-۰/۳۵	۱/۴۲	۱/۴۲	۱/۳۹	۱/۲۵	-۰/۰۸	-۰/۱۳	۱/۵۴	۱/۵۶	۱/۴۳	۱/۲۴	۱۰
-۰/۳۱	۱/۳۲	-۰/۱۱	-۰/۱۶	-۰/۰۸	-۰/۰۵	-۰/۱۲	-۰/۱۳	۱/۲۳	۱/۲۶	-۰/۲۲	۱/۲۶	-۰/۰۵	-۰/۱۲	۱/۵۷	۱/۵۰	۱/۵۲	۱/۳۱	۱۱
-۰/۲۵	۱/۲۸	-۰/۱۹	-۰/۱۱	-۰/۰۲	-۰/۰۲	-۰/۱۰	-۰/۲۴	۱/۳۶	۱/۴۸	-۰/۲۱	۱/۲۴	-۰/۰۳	-۰/۱۲	۱/۵۳	۱/۵۳	۱/۴۶	۱/۳۶	۱۲
-۰/۳۷	۱/۲۷	-۰/۲۸	-۰/۰۶	-۰/۱۸	-۰/۰۱	-۰/۰۱	-۰/۲۶	۱/۳۵	۱/۵۳	-۰/۲۰	۱/۲۷	-۰/۱۳	-۰/۲۱	۱/۷۵	۱/۵۲	۱/۷۱	۱/۵۳	۱۳
-۰/۴۳	۱/۳۶	-۰/۱۹	-۰/۱۸	-۰/۰۳	-۰/۱۰	-۰/۰۳	-۰/۲۵	۱/۳۳	۱/۳۷	۱/۲۵	-۰/۲۲	-۰/۱۴	-۰/۱۲	۱/۵۸	۱/۴۶	۱/۵۰	۱/۴۲	۱۴
-۰/۳۹	-۰/۴۲	-۰/۰۹	-۰/۲۲	-۰/۰۱	-۰/۰۵	-۰/۰۳	-۰/۰۳	۱/۳۲	۱/۵۷	۱/۴۶	۱/۳۵	-۰/۱۴	۱/۵۱	۱/۶۱	۱/۴۶	۱/۵۰	۱/۵۲	۱۵
-۰/۳۲	-۰/۵۲	-۰/۲۷	-۰/۱۰	-۰/۰۱	-۰/۰۶	-۰/۰۷	-۰/۲۸	۱/۴۱	۱/۴۷	۱/۲۸	۱/۳۱	-۰/۰۷	-۰/۱۶	۱/۶۹	۱/۶۴	۱/۵۹	۱/۳۸	۱۶
-۰/۴۶	-۰/۴۷	-۰/۲۵	-۰/۱۷	-۰/۰۶	-۰/۰۳	-۰/۰۱	-۰/۲۵	۱/۴۲	۱/۵۸	۱/۳۶	۱/۳۴	-۰/۰۸	۱/۳۰	۱/۷۶	۱/۶۰	۱/۶۶	۱/۵۴	۱۷

\*همبستگی در سطح ۰/۰۵ یا کمتر معنادار است.

کد زیرمقیاس: ۱: خودآگاهی، ۲: ماندگاری، ۳: خودکارآمدی، ۴: حمایت همسالان، ۵: حمایت مدرسه، ۶: حمایت خانواده، ۷: همدلی، ۸: تنظیم هیجانی، ۹: خودمهارگری، ۱۰: قدردانی، ۱۱: اشتیاق، ۱۲: خوش‌بینی، ۱۳: باوربه‌خود، ۱۴: باور به دیگران، ۱۵: شایستگی هیجانی، ۱۶: مشغول‌بودن، ۱۷: نمره کل.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ساخت ابزار سنجش سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله در بستر فرهنگ ایرانی انجام شد. ساختار نظری برای ساخت این مقیاس، مدل سلامت هیجانی- اجتماعی است که دارای ۱۲ مؤلفه در قالب چهار بلوک است. مؤلفه‌ها عبارتند از: خودآگاهی، ماندگاری، خودکارآمدی (بلوک باوربه‌خود)؛ حمایت همسالان، حمایت مدرسه، حمایت خانواده (بلوک باور به دیگران)؛ همدلی، تنظیم هیجانی، خودمهارگری (بلوک شایستگی‌های هیجانی)؛ قدردانی، اشتیاق و خوش‌بینی (بلوک مشغول‌بودن به زندگی). این پژوهش در دو مرحله ساخت و استانداردسازی انجام شد. در مرحله ساخت، دو فاز ساخت مقیاس پیش‌مقدماتی (۱۸۰ آیتم) و مقیاس مقدماتی (۱۲۰ آیتم) و در مرحله بررسی ویژگی‌های روانسنجی انجام شد.

یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که مؤلفه‌های موجود در داده‌ها، به میزان مناسبی قابلیت تفکیک از هم را دارند و می‌توان این ادعا را در ماتریس بارگذاری عاملی آیتم‌ها مشاهده کرد (کیسر<sup>۱</sup>، ۱۹۷۴). بنابراین علاوه بر اینکه آیتم‌ها به لحاظ مفهومی با هم ارتباط دارند، جدا از هم بوده و تکراری نیستند. آیتم‌های هشت زیرمقیاس ماندگاری، حمایت همسالان، حمایت مدرسه، حمایت خانواده، خودمهارگری، تنظیم هیجانی، همدلی و اشتیاق

<sup>1</sup> Kaiser

توصیف‌کنندگی بسیار خوبی دارند. دو زیرمقیاس خودآگاهی و خودکارآمدی، به میزان قابل قبولی با آیت‌هایشان توصیف شده‌اند. تنها تعدادی از آیت‌ها در تعیین بارعاملی، ذیل زیرمقیاس دیگری قرار گرفته‌اند که می‌تواند به دلیل تعریف خودآگاهی باشد. خودآگاهی، داشتن درک و توجه به جنبه‌های خصوصی و عمومی خود است که یکی از آن جنبه‌ها، توانایی فرد در برخورد مؤثر هنگام مواجهه با مطالبات زیستی و محیطی است (تعریف خودکارآمدی). بنابراین آیت‌ها ۶۱ و ۳۹ با وجود بارعاملی بالایشان در گروه دیگر، به گروه خودشان انتقال داده شدند. جابه‌جایی اصلی آیت‌ها مربوط به دو زیرمقیاس قدردانی و خوش‌بینی است. این دو دارای همبستگی مثبت هستند، بنابراین وجود هر کدام با همراهی دیگری خواهد شد (جیانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). پس می‌توان انتظار داشت که فرد هنگام پاسخ‌گویی به آیت‌های این دو عامل نتواند تفکیکی بین‌شان قائل شود. نتایج کل ابزار نهایی نشان داد که مقیاس طراحی شده همگونی درونی بالایی دارد که نشان‌دهنده انسجام بالای آیت‌های ابزار است. اگر همگونی درونی ابزاری بالای ۰/۹ باشد، به این معنا است که تمام اجزای آن، مفهوم یکسانی را می‌سنجند و ارتباط درونی دارند (جیانگ و همکاران، ۲۰۱۶).

بررسی ضرایب اعتبار مقیاس نهایی نشان داد که دامنه ضرایب آلفای کرونباخ عوامل استخراج‌شده از تحلیل عاملی اکتشافی، در محدوده‌ای است که گلیم (۲۰۰۳) آن را عالی ارزیابی می‌کند (بالتر از ۰/۸) و بیانگر انسجام درونی بسیار بالای عوامل و روابط بین آیت‌های هر عامل است (نانالی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). ضرایب همبستگی آیت‌ها با زیرمقیاس مربوطه نیز خوب ارزیابی شد. هر کدام از این ضرایب بیانگر شاخص تمیز هر کدام از این آیت‌هاست که در واقع حساسیت هر آیت در تشخیص تفاوت بین افراد می‌باشد. براساس توصیه کاکس و فرگوسن<sup>۳</sup> (۱۹۹۴)، همبستگی درونی آیت‌ها بین ۰/۲ تا ۰/۴ قابل قبول است. تقریباً ضریب همبستگی تمام آیت‌ها بالای این مقدار است و لذا حساسیت خوبی دارند.

برای سنجش روایی ملاک ابزار، همبستگی بین میانگین نمره‌ی ۵ عامل از ابزار ساخته‌شده (خودکارآمدی، همدلی، تنظیم هیجانی، قدردانی و حمایت همسالان) و نمره کل آن با هر کدام از آزمون‌های ملاک انجام شد. نتایج، همبستگی بالایی را نشان دادند. سه مورد از هفت زیرمقیاس ابزار ملاک تنظیم هیجانی، نتوانستند همبستگی مناسبی را با ابزار سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان نشان دهند. یکی از دلایل می‌تواند تعداد آیت‌های بالای ابزار ملاک باشد. طبق نظر آکرمن<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) با طولانی‌شدن مقیاس، فرد دچار خستگی شناختی<sup>۵</sup> و در نتیجه باعث اختلال در سنجش می‌شود. آیت‌های پایانی ابزار تنظیم هیجانی مربوط به همین سه زیرمقیاس است. بنابراین نمی‌توان نتیجه گرفت که این عامل در ابزار ساخته‌شده روا نیستند؛ بلکه باید با تعداد نمونه بیشتر ملاک مناسب‌تری مجدد بررسی انجام شود. نتایج همبستگی‌های به‌دست‌آمده مطابق یافته‌های قبلی است که توسط فورلانگ و همکاران (۲۰۱۴) گزارش شده است.

این پژوهش مختص دوره نوجوانی است. به دلیل ویژگی‌های خاص روان‌شناختی در هر دوره سنی، استفاده از این طرح برای سنین دیگر باید با یکسری ملاحظات پژوهشی همراه شود. به‌علاوه این پژوهش در شرایط رفاهی تهران انجام شده است. استفاده از این ابزار برای استان‌هایی با رفاه و ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی متفاوت، جای تأمل دارد و در صورت استفاده شدن، ابتدا باید بررسی‌های پژوهشی روی آن انجام شود. این پژوهش در بین دانش‌آموزان با شرایط جسمی و مغزی سالم اجرا شده است. برای استفاده در بین نوجوانان با معلولیت جسمی یا ذهنی، باید روی آیت‌ها پژوهشی جدید صورت گیرد.

از آنجایی که اکثر مقیاس‌های سلامت‌روان موجود، برای ارزیابی عوامل خطر یا علائم بالینی طراحی شده‌اند، تنها ۲۰ درصد دانش‌آموزان را پوشش می‌دهند؛ درحالی که ابزار حاضر می‌تواند در خلال یک طرح غربالگری در سراسر مدرسه، برای ارزیابی سلامت‌روان‌شناختی کلیه نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد و در صورت لزوم، مداخلات پیشگیرانه یا زودهنگام را پیشنهاد کند. زیرا هر دو نمره بالا و پایین در این ابزار، اطلاعات معناداری را ارائه می‌دهد. ازسوی دیگر همه دانش‌آموزان، صرف‌نظر از میزان اختلال یا عوامل خطر، دارای نقاط قوتی هستند که می‌توان آنها را شناسایی کرد و پرورش داد تا مسیر تحول را تسهیل کند. همچنین می‌توان برای نظارت بر پیشرفت عملی مداخلات طراحی‌شده برای تقویت دانش‌آموزان استفاده کرد. با استفاده از داده‌های به‌دست‌آمده، گزارش‌های فردی دانش‌آموزانی که سطح ریسک بالایی دارند را می‌توان به مرجع ذی‌صلاح در مدرسه ارائه داد تا از این طریق مشخص کنند کدام دانش‌آموزان به حمایت‌های اضافی احتیاج دارند. در صورت محدودیت منابع خدماتی، می‌توان طی یک فرایند تریاژ (تعیین درجه فوریت بیماری برای تصمیم‌گیری در مورد نحوه درمان) دانش‌آموزان با بالاترین ریسک را شناسایی کرد. کمک مهم دیگر این است که داده‌های ارائه‌شده توسط این ابزار، به گروه مراقبتی دانش‌آموزان هر مدرسه اجازه می‌دهد تا وضعیت سلامت‌روان‌شناختی کل دانش‌آموزان را در مقایسه با کارکرد منفی تعداد معدودی از آنها در نظر بگیرند و از این طریق متوجه شوند باید کدام بخش خدماتی و پشتیبانی را توسعه داده و تقویت کنند. ابزار سنجش سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوان می‌تواند یک صفحه نمایش بهداشت روان در مدرسه باشد و به مدارس امکان دهد تا این مقیاس را در بین همه دانش‌آموزان ارزیابی کنند، به این امید که با شناسایی نقاط قوت، خدمات پشتیبانی مبتنی بر شواهدی را برای رفع نقص‌ها ارائه دهد. همچنین می‌تواند با شناسایی این نقاط قوت در فرآیند ارزیابی فردی، چشم‌انداز وسیع‌تری از عملکرد دانش‌آموزان فراهم کند که به‌احتمال‌زیاد باعث افزایش رضایتمندی از ارزیابی و خدمات مداخله‌ای می‌شود. بنابراین می‌تواند در مراحل مختلف کمک کند؛ از غربالگری مبتنی بر جمعیت گرفته تا ارزیابی‌های فردی، نظارت بر پیشرفت و ارزیابی مداخلات انجام‌شده.

<sup>1</sup> Jiang

<sup>2</sup> Nunnally

<sup>3</sup> Ferguson & Cox

<sup>4</sup> Ackerman

<sup>5</sup> Cognitive fatigue

پژوهش‌های متعددی را نیز می‌توان در ادامه انجام داد. از جمله؛ بررسی تحلیلی عاملی تأییدی پرسشنامه سرمایه‌های روان‌شناختی، ساختن ابزار برای کودکان همسان با فرهنگ ایرانی-اسلامی، ساختن ابزار برای جوانان همسان با فرهنگ ایرانی-اسلامی، بررسی اعتبار ابزار ساخته‌شده در سایر استان‌ها، بررسی اعتبار ابزار ساخته‌شده بین نوجوانان با معلولیت‌های جسمی.

در مجموع این مطالعه گامی مهم در جهت توسعه ابزارهای معتبر برای سنجش کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اوتیسم در ایران است. یافته‌ها نه تنها بر اعتبار این مقیاس تأکید می‌کنند، بلکه تفاوت‌های فرهنگی در شاخصه‌های تعیین‌کننده کیفیت زندگی را نیز برجسته می‌سازند. پژوهش‌های آینده می‌توانند با رفع محدودیت‌های حاضر، از این ابزار برای ارزیابی اثربخشی مداخلات و سیاست‌گذاری‌های حمایتی استفاده کنند. در نهایت، بهبود کیفیت زندگی این کودکان مستلزم همکاری بین‌رشته‌ای و توجه همزمان به نیازهای فردی، خانوادگی و اجتماعی است.

### سپاس‌گزاری

بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان در این پژوهش، مسئولان آموزش و پرورش کل تهران و مناطق ۲، ۳ و ۱۲ و مدیران مدارس شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی در دانشگاه شهید بهشتی با کد ۲۶۲۸۹۰۷ است. همچنین در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شده است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر روی گروه مورد مطالعه از اداره آموزش و پرورش کل تهران با شماره نامه ۶۱۶۶۷/۶۴ صادر شده است. در صورت نیاز دسترسی به ابزار، علاقه‌مندان می‌توانند با نویسنده مسئول ارتباط برقرار کنند.

### حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمان دولتی یا خصوصی انجام شده است.

### مشارکت نویسندگان

ایده اصلی پژوهش، نظارت بر حسن انجام کلیه بخش‌های پژوهش، ویرایش کلیه نسخه‌های مقاله و نهایی‌سازی متن، اصلاح متن داوری‌شده و نویسندگی مسئول بر عهده نفر اول؛ انجام کلیه اقدامات میدانی پژوهش، تهیه پیش‌نویس مقاله، انجام نظارت‌شده کلیه تحلیل‌های آماری، انجام کلیه ویرایش‌های متنی بر عهده نفر دوم، مطالعه و بازبینی متن و ارائه پیشنهادها و اصلاحی بر عهده نفر سوم مولفان بوده است. نفر چهارم نیز در گردآوری داده‌ها و مهیاسازی آنها برای تحلیل نقش داشته است.

### تعارض منافع

نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در هیچ‌یک از مراحل پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### منابع

اکبری زردخانه، س.، شاهورانی، س. م.، منصورکیایی، ن.، زنگانه، ع. م.، جلال‌دانش، م.، طهماسبی گرمتمانی، س. و زارعیان، م. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه الکترونیکی ابزار سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان دوره متوسطه یکم: فرم گزارش معلم و والدین، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۴(۲)، ۳۳۹-۳۴۴.

اکبری زردخانه، س.، سلیمانی، ز.، زنگانه، ع. م.، منصورکیایی، ن.، مصطفوی، م.، طیموری، ع.، جلال‌دانش، م.، و طهماسبی گرمتمانی، س. (۱۳۹۸). مقیاس کوتاه-الکترونیکی مشکلات سلامت روانی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی: نسخه معلم. *فصلنامه مطالعات اندازه‌گیری و ارزشیابی آموزشی*. ۱۱ (۳۳)، ۱-۲۰.

سامانی، س. و صادقی، ل. (۱۳۸۹). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱(۱)، ۵۱-۶۲. طهماسبیان، ک. (۱۳۸۶). اعتبار، پایایی و هنجاریابی پرسشنامه خودآزمندی کودکان و نوجوانان در تهران، *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱(۴ و ۵)، ۳۷۳-۳۹۰.

طهماسبیان، ک. (۱۳۸۴). *مدل‌یابی خودآزمندی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا از افسردگی*، پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

قمرانی، ا.، کجباف، م. ب.، عریضی، ح. ر.، و امیری، ش. (۱۳۸۸). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه قدردانی در دانش‌آموزان دبیرستانی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۳(۱)، ۷۷-۸۶.

میری، م. (۱۳۹۹). *الگوی مفهومی و ساخت ابزار سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

نریمانی، م.، فلاحي، و.، حبيبي، ی.، و زردی، ب. (۱۳۹۶). بررسی خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه همدلی و همدردی در دانش‌آموزان، *روانشناسی مدرسه*، ۶(۱)، ۱۱۷-۱۳۱.

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Askari, S., Anaby, D., Bergthorson, M., Majnemer, A., Elsabbagh, M., & Zwaigenbaum, L. (2015). Participation of children and youth with autism spectrum disorder: A scoping review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2, 103-114.
- Ayres, M., Parr, J. R., Rodgers, J., Mason, D., Avery, L., & Flynn, D. (2018). A systematic review of quality of life of adults on the autism spectrum. *Autism*, 22(7), 774-783.
- Bauminger, N., & Shulman, C. (2003). The development and maintenance of friendship in high-functioning children with autism: Maternal perceptions. *Autism*, 7(1), 81-97.
- Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 217-228.
- Berríos-Torres, S. I. (2016). Evidence-based update to the US Centers for Disease Control and Prevention and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee guideline for the prevention of surgical site infection: developmental process. *Surgical infections*, 17(2), 256-261.
- Chezan, L. C., Liu, J., Drasgow, E., Ding, R., & Magana, A. (2022). The quality of life for children with autism spectrum disorder scale: Factor analysis, MIMIC modeling, and cut-off score analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 1536- 1552.
- Chezan, L. C., Liu, J., Gao, R., & Drasgow, E. (2023). Investigating the quality of life for children with autism spectrum disorder scale using Rasch methodology. *Autism Research*, 16(11), 2172-2183.
- Chiang, H., & Wineman, I. (2014). Factors associated with quality of life in individuals with autism spectrum disorders: A review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 8, 978-986.
- Claes, C., Van Hove, G., van Loon, J., Vandeveld, S., & Schalock, R. L. (2010). Quality of life measurement in the field of intellectual disabilities: Eight principles for assessing quality of life-related personal outcomes. *Social Indicators Research*, 98, 61-72.
- Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814-823.
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2015). Coping strategies as mediators and moderators between stress and quality of life among parents of children with autistic disorder. *Stress and Health*, 31(1), 5-12.
- De Vries, M., & Geurts, H. (2015). Influence of autism traits and executive functioning on quality of life in children with an autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 2734-2743.
- Ghadiri Sourman Abadi, F. , ebrahimzade, K. , Zare, R. and Javaezi Shishavan,, M. (2022). Psychometric Properties of the Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder (ASC-ASD) (Parent versions). *Psychology of Exceptional Individuals*, 12(48), 91-116. [Persian]

- Ghanimi, F., Danesh, E., Dadkhah, A. and Taghilu, S. (2018). Mediation role of coping strategies and perceived social support in relation to stress and quality of life in parents of children with Autism Spectrum Disorder. *Applied Psychology*, 12(2), 243-263. [Persian]
- Guinchat, V., Chamak, B., Bonniau, B., Bodeau, N., Perisse, D., Cohen, D., & Danion, A. (2012). Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 589– 601
- Ho, B. P., Stephenson, V. J., & Carter, M. (2012). Anger in children with autism spectrum disorder: Parent's perspective. *International Journal of Special Education*, 27(2), 14–32.
- Hoseini Renani, F., & Shojaee, S. (2018). The stereotypic behaviors of children with high functioning autism spectrum disorder. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 8(2), 67–84. [Persian]
- Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., Lisako, E., McKyer, J., Ahmed, H. U., & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and metaanalyses. *Psychiatry Research*, 287, 112922.
- Howlin, P., & Matiagi, I. (2017). Autism spectrum disorder: Outcomes in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(2), 69–76.
- Hwang, Y. S., Klieve, H., Kearney, P., & Saggars, B. (2015). Experience, recursive awareness and understanding in autism spectrum disorders: Insights of parents and teachers in Singapore. *Asia Pacific Journal of Education*, 35(4), 453–470
- Ikeda, E., Krägeloh, C., Water, T., & Hinckson, E. A. (2016). An exploratory study of self-reported quality of life in children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Child Indicators Research*, 9, 133–153
- Kamio, Y., Inada, N., & Koyama, T. (2012). A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high functioning autism spectrum disorders. *Autism*, 17(1), 15–26.
- Kamp-Becker, I., Schröder, J., Muehlan, H., Remschidt, H., Becker, K., & Bachmann, C. J. (2011). Health-related quality of life in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Zeitschrift Fur Kinder Judenpsychiatrie Und Psychotherapie*, 39(2), 13–31.
- Kim, S. Y., & Bottema-Beutel, K. (2019). A meta regression analysis of quality of life correlates in adults with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 63, 23–33.
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kuhlthau, K., Orlich, F., Hall, T. A., Sikora, D., Kovacs, E. A., Delahaye, J., & Clemons, T. E. (2010). Health-related quality of life in children with autism spectrum disorders: Results from the autism treatment network. *Journal of autism and developmental disorders*, 40, 721-729.
- Lai, M. C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., ... & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829.
- Laugeson, E. A., & Ellingsen, R. (2014). Social skills training for adolescents and adults with autism spectrum disorder. In *Adolescents and adults with autism spectrum disorders* (pp. 61-85). New York, NY: Springer New York.
- Locke, J., Ishijima, E. H., & Kasari, C. (2010). Loneliness, friendship quality and the social networks of adolescents with highfunctioning autism in an inclusive school setting. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 10, 74–81.
- Maenner, M., Warren, Z., Williams, A., Amoakohene, E., Bakian, A., Bilder, D., Durkin, M., Fitzgerald, R., Furnier, S., Hughes, M., Ladd-Acosta, C., McArthur, D., Pas, E., Salinas, A., Vehorn, A., Williams,

- S., Esler, A., Grybowski, A., Hall-Lande, J., ... , Shaw, K. (2023). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*, 72(2), 1–14.
- McConachie, H., Mason, D., Parr, J., Garland, D., Wilson, C., & Rodgers, J. (2018). Enhancing the validity of a quality-of-life measure for autistic people. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 1596–1611.
- Oakley, B. F. M., Tillman, J., Ahmad, J., Crawley, D., San Jose Caceres, A., Holt, R., Charman, T., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Simonoff, E., Murphy, D., Loth, E., & the EU-AIMS LEAP Group. (2021). How do core autism traits and associated symptoms related to quality of life? Findings from the longitudinal European autism project. *Autism*, 25(2), 389–404.
- Pellicano, E., & Heyworth, M. (2023). The foundations of autistic flourishing. *Current Psychiatry Reports*, 25, 419–427.
- Pillay, Y., Brownlow, C., & March, S. (2022). Transition approaches for autistic young adults: A case series study. *Plos one*, 17(5), e0267942.
- Pisula, E., Danielewicz, D., Kawa, R., & Pisula, W. (2015). Autism spectrum quotient, coping with stress and quality of life in a nonclinical sample – An exploratory report. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 173–182.
- Rezaei, S. (2017). Quality of life of mothers of children with visual impairment, hearing impairment, and autism. *Women's Cultural Psychology*, 9(32), 63–71. [Persian]
- Rodgers, J., Wigham, S., McConachie, H., Freeston, M., Honey, E., & Parr, J. R. (2016). Development of the anxiety scale for children with autism spectrum disorder (ASC-ASD). *Autism Research*, 9(11), 1205-1215.
- Salimi, A., Abbasi, A., Zaharakar, K., Tameh, B & „Davarniya, R. (2017). The effect of group-based hope therapy on resiliency of mothers of children with autism spectrum disorder. *Armaghanj*, 22(3), 350–363. [Persian]
- Schieve, L. A., Gonzalez, V., Boulet, S. L., Visser, S. N., Rice, C. E., Braun, K. V. N., & Boyle, C. A. (2012). Concurrent medical conditions and health care use and needs among children with learning and behavioral developmental disabilities, National Health Interview Survey, 2006–2010. *Research in developmental disabilities*, 33(2), 467-476.
- Simpson, K., Paynter, J., Westerveld, M., van der Meer, L., Patrick, L., Hogg, G., ... & Adams, D. (2024). Time to change how we measure quality of life and well-being in autism: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-16..
- Smith, S. A., Press, B., Koenig, K. P., & Kinnealey, M. (2005). Effects of sensory integration intervention on self-stimulating and self-injurious behaviors. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59(4), 418-425.
- Soke, G., Maenner, M., Christensen, D., Kurzius-Spencer, M., & Schieve, L. A. (2018). Prevalence of co-occurring medical and behavioral conditions/symptoms among 4- and 8-yearold children with autism spectrum disorder in selected areas of the United States in 2010. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(8), 2663–2676.
- Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence, and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 84–96

- Tavernor, L., Barron, E., Rodgers, J., & McConachie, H. (2013). Finding out what matters: validity of quality-of-life measurement in young people with ASD. *Child: care, health and development*, 39(4), 592-601.
- van Heijst, B. F. C., & Geurts, H. M. (2015). Quality of life in autism across the life span: A meta analysis. *Autism*, 19(2), 158-167.
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39(8), 800-812.
- Vasilopoulou, E., & Nisbet, J. (2016). The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 36-49.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization. (2011). WHOQOL – measuring quality of life. World Health Organization.
- Yousefi Afrashteh, M. (2025). Cross-Cultural Psychometrics of Measurement Instruments: Strategies for Evaluation and Research Reporting. *Iranian Journal of Psycho-educational Assessment*, 1(1), 1-23. [Persian]
- Yousefi Afrashteh, M., & Moradi, M. (2022). The Spiritual Health and Social Support with Quality of Life in the Rural Elderly: The Mediating Role of Resilience and Hope. *Aging Psychology*, 8(3), 266-251. [Persian]