

## روایی و اعتبار نسخه فارسی مقیاس بهزیستی ذهنی در بیماران سرطانی

غلامرضا رجیبی \*

دریافت مقاله:

فروردین ۱۳۹۱

پذیرش:

بهمن ۱۳۹۱

### چکیده

**هدف:** این مطالعه با هدف بررسی روایی نسخه فارسی مقیاس بهزیستی ذهنی در بیماران سرطانی مراجعه کننده به بخش رادیو تراپی بیمارستان گلستان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام گرفت.

**روش:** در این مطالعه ۱۰۰ بیمار سرطانی از بخش رادیو تراپی بیمارستان گلستان به صورت داوطلب- هدفمند انتخاب شدند و مقیاس های بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی را تکمیل کردند.

**یافته ها:** تحلیل عاملی اکتشافی، ۳ عامل (خوش بینی، روابط مثبت با دیگران و انرژی بودن) و تحلیل عامل تاییدی نیز نشان داد که مدل ۳ عاملی برازنده داده ها است. ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس (۱۲ ماده) و برای عامل های سه گانه قابل قبول بودند. ضرایب روایی همزمان این مقیاس با مقیاس های خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی معنی دار بودند.

**نتیجه گیری:** با توجه به روایی و اعتبار مقیاس بهزیستی ذهنی می توان از این مقیاس در محیط های بالینی و تحقیقاتی در امر ارتقاء بهزیستی و سلامت روان بیماران سرطانی استفاده کرد.

**کلید واژه:** روایی، اعتبار، سرطان، بهزیستی ذهنی.

## مقدمه

افزایش علاقه بین‌المللی به مفهوم سلامت روانی مثبت و مشارکت آن در همه جنبه‌های زندگی انسان مشاهده می‌شود. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که سلامت روانی مثبت پایه‌ای برای بهزیستی و کنش‌وری موثر فرد و جامعه است و آن را به عنوان حالتی تعریف کرده که به افراد اجازه می‌دهد در ارتباط با توانایی‌هایشان واقع بین باشند، با استرس‌های طبیعی زندگی مقابله کنند، به طور مولد و سودمند کار کنند، و در جامعه مشارکت نمایند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). توانایی برای رضایت دو جانبه و روابط مداوم جنبه مهم دیگر سلامت روانی مثبت است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). در سال ۲۰۰۴، انجمن سلطنتی در بریتانیا<sup>۱</sup>، بهزیستی را به عنوان یک "حالت ذهنی مثبت و پایدار" تعریف کرد که به افراد، گروه‌ها و ملیت‌ها اجازه می‌دهد برای کامیابی و پیشرفت اقدام نمایند. بهزیستی روانی<sup>۲</sup> بیش از فقدان بیماری روانی تعریف شده است، و حمایتی را برای دامنه‌ای از پیامدهای سلامتی از جمله درجه‌بندی خود از سلامت عمومی، پاسخ ایمنی، پاسخ استرس و پیش‌بین‌های بقاء بیماری قلبی-عروقی آشکار می‌کند. همچنین با پیشرفت آموزشی بالاتر و با کنش‌وری شغلی در بزرگسالی در ارتباط است (برگرفته از کلارک، فریدی، پاتز، آشدون و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

اصطلاح سلامت روانی مثبت اغلب در

ادبیات علمی و سیاسی استفاده می‌شود و با اصطلاح بهزیستی ذهنی قابل جایگزینی است. سلامت روانی مثبت یک سازه پیچیده است که دو مولفه کنش‌وری روان شناختی و عاطفه را از دو دیدگاه متمایز مورد بررسی قرار می‌دهد: ۱- دیدگاه لذت‌گرایی<sup>۴</sup>، که بهزیستی را مترادف با افزایش عواطف مثبت بر عواطف منفی و رضایت از زندگی تعریف می‌کند که به این دیدگاه بهزیستی ذهنی گفته می‌شود. دیدگاه دیگر نگاه کلی‌تر و جامع‌تری به بهزیستی دارد و آن را بر اساس ملاک‌هایی مانند زندگی کردن بر اساس اهداف اصیل و شکوفا کردن استعدادها و یافتن معنا در زندگی و تلاش مستمر در جهت رشد شخصی تعریف کرده است؛ که به این دیدگاه فضیلت‌گرایی<sup>۵</sup> نیز گویند (ریف و کیس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵؛ ریف و سینگر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). از نظر برخی مولفان بین بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی تمایز وجود دارد. اسنایدر و لوپز<sup>۸</sup> (۲۰۰۲) معتقدند که شادی و بهزیستی مترادف با هم نیستند بلکه بهزیستی ترکیبی از شادی و یافتن معنا در زندگی است. همچنین ریان و دسی (۲۰۰۸، ۲۰۰۶) نیز بین بهزیستی ذهنی و بهزیستی روان‌شناختی تفکیک قائل می‌شوند. آنها معتقدند که بهزیستی ذهنی به محتوای زندگی تاکید دارد که این محتوا بیشتر دیدگاه لذت‌گرایی را دنبال می‌کند. در صورتی که بهزیستی روان‌شناختی هم به محتوا و

4. hedonic perspective
5. eudaimonic
6. Ryff & Keyes
7. Ryff & Singer
8. Snyder & Lopez

1. the Royal Society in the UK
2. mental well-being
3. Clark, Friede, Putz, Ashdown & et al

است. همه این ابزارها جنبه‌هایی از بیماری روانی همچنین سلامت روان با کلمات مثبت و منفی را شامل می‌شوند (جوزف، لینلی، هاروود، لويس و مک کولام<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

مقیاس بهزیستی ذهنی وارویک-ادینبورگ<sup>۷</sup> (WEMWBS) شاخص مناسب برای کسب اطلاعات از بهزیستی ذهنی افراد است. ویژگی‌های کلیدی این مقیاس شامل جنبه‌های عاطفی-هیجانی، ابعاد شناختی-ارزیابی و کنش‌وری روان شناختی در یک فرم کوتاه در سطح کلی جامعه و با تاکید کلی بر جنبه‌های مثبت و حمایت از ارتقاء و افزایش سلامت روان در اقصاء مختلف جامعه می‌باشد. این ابزار جنبه‌هایی از لذت و خوشی سلامت روان از جمله عاطفه مثبت (احساس‌های خوش‌بینی، بشاش بودن، آرمیدگی)، رضایت از روابط بین فردی و کنش‌وری مثبت (انرژی، تفکر روشن، پذیرش خود، رشد فردی، صلاحیت و استقلال) را شامل می‌شود. این مقیاس در سال ۱۹۸۰ در نیوزیلند و با هدف اندازه‌گیری بهزیستی تهیه شد (کامن و فلت<sup>۸</sup>، ۱۹۸۳) چون این ابزار جنبه‌های لذت‌گرایی و سلامت‌روان و دامنه‌ای از جنبه‌های مثبت‌گرایی (استیوارت-براون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲) را پوشش می‌داد، علاقه پژوهشگران بریتانیایی را در مورد ارتقاء سلامت روان به خود جلب کرده است. مشاهده شده است که مقیاس بهزیستی ذهنی

6. Joseph, Linley, Harwood, Lewis & McCollam

7. the Warwick-Edinburg Mental well-being scale (WEMWBS)

8. Kammann & Flett

9. Stewart-Brown

هم به روش زندگی توجه دارد.

تدوین ابزارهای کوتاه در زمینه بهزیستی ذهنی در جامعه کنونی که بتواند برنامه‌های درمانی کارشناسان و درمانگران روانی را ارزیابی کند احساس می‌شود. ابزارهای موجود در این زمینه مفهوم پردازی‌های متفاوتی از بهزیستی را ارائه داده‌اند. مقیاس ۲۰ ماده‌ای عاطفه مثبت و منفی<sup>۱</sup> (PANAS) جنبه‌های عاطفی-هیجانی بهزیستی توصیف می‌کند و شامل دو بعد عاطفه مثبت و منفی که به عنوان مفاهیم متمایز و مستقل گزارش می‌شوند (واتسون، کلارک و تلگن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). در مقابل، مقیاس رضایت از زندگی ۵ ماده‌ای<sup>۳</sup> (SWLS) برای اندازه‌گیری جنبه‌های شناختی-ارزیابی بهزیستی تدوین شده است (دینر، امونس، لارسون و گریفین، ۱۹۸۵). مقیاس ۵۴ ماده‌ای بهزیستی روان شناختی<sup>۴</sup> (SPWB)، که بر رفاه تاکید دارد و کنش‌وری روان شناختی را ارزیابی می‌کند (ریف، کیس، ۱۹۹۵). خرده مقیاس‌های این ابزار عبارتند از: خودمختاری، پذیرش خود، تسلط محیطی، هدف زندگی، رشد شخصی و روابط مثبت با دیگران. و مقیاس فرم کوتاه ۵ ماده‌ای افسردگی-شادکامی<sup>۵</sup> (SDHS) برای استفاده در محیط‌های درمانی که بهزیستی را در یک پیوستار بین دو حالت افسردگی و شادکامی اندازه‌گیری می‌کند، تدوین گردیده

1. Positive and Negative Affect Scale (PANAS)

2. Watson, Clark & Tellengen

3. the five-item Satisfaction with Life Scale (SWLS)

4. the 54 item Scale Psychological Well-being (SPWB)

5. the five-item Short Depression-Happiness Scale (SDHS)

متاهل، ۲۷ نفر مرد و ۷۳ نفر زن و ۵۵ نفر با تحصیلات سیکل، ۳۴ نفر با تحصیلات دیپلم و ۱۱ نفر با تحصیلات کارشناسی بودند.

#### مقیاس بهزیستی ذهنی وارویک-ادینبورگ.

مقیاس بهزیستی ذهنی وارویک-ادینبورگ در سال ۲۰۰۷ توسط تنانت و همکاران<sup>۳</sup> تدوین گردید و دارای ۱۴ ماده می باشد که در یک طیف ۵ رتبه‌ای لیکرت (ابدا=۰ تا همه اوقات=۵) تنظیم شده است. کمینه و بیشینه نمره در این مقیاس به ترتیب از ۱۴ تا ۷۰ متغیر است و نمره بالا بیانگر سطح بالاتر بهزیستی روانی می باشد. ابتدا ماده‌های مقیاس بهزیستی ذهنی به فارسی برگردانده شد و سپس ماده‌های ترجمه شده توسط یکی از اعضای هیات علمی با تخصص زبان‌های خارجی مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه گردید که کمترین میزان ناهماهنگی را نشان داد.

ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای نمونه دانش آموزی ۰/۸۹ و برای افراد جامعه ۰/۹۱، و ضریب پایایی بازآزمایی (به فاصله ۱ هفته ۰/۸۳) ( $p < ۰/۰۰۱$ ) به دست آمده است. همبستگی نمره کل با یک یک ماده‌های این ابزار از ۰/۵۲ تا ۰/۸۰ (برای نمونه دانشجویی) و ۰/۵۱ تا ۰/۷۵ (نمونه عادی) و ضریب روایی همزمان WEMWBS با مقیاس سلامت کلی ۰/۴۳، با بهزیستی روانشناختی ۰/۷۴، با فرم کوتاه افسردگی شادکامی ۰/۷۳، با پرسشنامه ۵ ماده‌ای بهداشت جهانی ۰/۷۷، با پرسشنامه هوش هیجانی ۰/۴۸ و با خرده مقیاس رضایت از زندگی ۰/۵۳ محاسبه

وارویک-ادینبورگ یک ابزار ساده، روشن و بدون ابهام است (تنانت، فیش ویک، پلات، جوزف و استیوارت-براون، ۲۰۰۶). افزایش توجه و تاکید بر بهزیستی ذهنی بیماران سرطانی در جامعه ایرانی برای تدوین مقیاسی معتبر و سودمند برای موثر بودن برنامه‌ها و مداخله‌های درمانی و آموزشی در ابعاد مختلف در بین درمانگران در این گروه ویژه احساس می‌شود. این پژوهش دو هدف عمده را در نظر دارد: یک، بررسی روایی سازه یا تحلیل عاملی<sup>۱</sup> و روایی همزمان مقیاس وسواس مرگ. و دو، بررسی پایایی (همسانی درونی<sup>۲</sup>).

#### روش

مطالعه حاضر همبستگی از نوع تحلیل عاملی است. ۱۰۰ بیمار سرطانی با انواع‌های تومر مغزی، سرطان سینه، سرطان روده و غیره از بخش رادیو تراپی بیمارستان گلستان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز که تحت شیمی درمانی بودند به روش در دسترس- هدفمند با رعایت موازین اخلاق پژوهش و به صورت آگاهانه و داوطلب در سال ۱۳۹۱ برگزیده شدند. و به آنها به صورت فردی اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهند بود. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کننده‌ها به ترتیب ۴۲/۷۰ و ۱۳/۲۵ با دامنه ۸۱-۱۳ سال، میانگین و انحراف مدت بیماری به روز ۴۰۸/۷۶ و ۴۶۳/۶۳ با دامنه ۲۰ تا ۲۱۹۰ روز، ۱۸ نفر مجرد و ۸۲ نفر

3. Tennant, Hiller, Fishwick, Platt, Joseph, Weich, Parkinson, Secker & Stewart-Brown

1. factor analysis  
2. internal consistency

زیربنایی و بنیادی مقیاس و از تحلیل عامل تاییدی برای برازندگی عوامل استخراج شده در جامعه استفاده شد.

### یافته‌ها

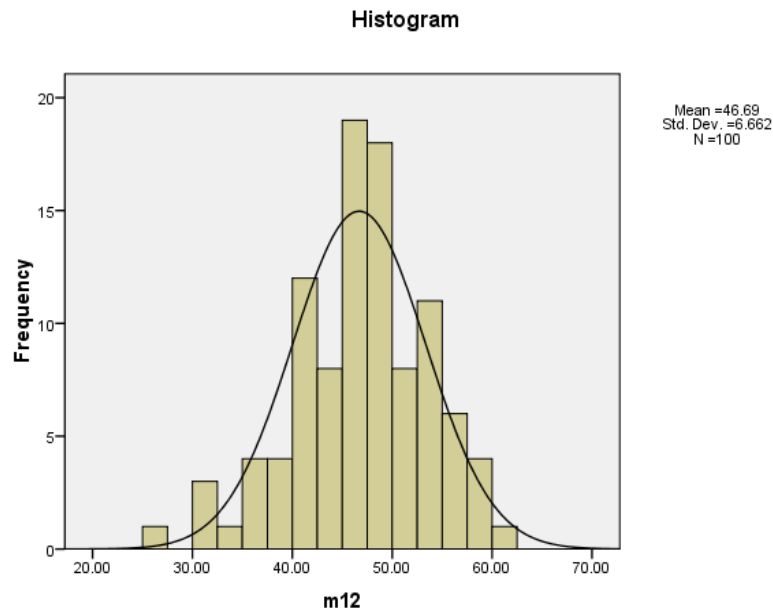
در این تحقیق برای مناسب بودن داده‌های جمع-آوری شده از بیماران سرطانی برای تحلیل عاملی از دو آزمون مقدماتی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آزمون کفایت نمونه گیری کیزر-میر الکین<sup>۱</sup>  $KMO = 0/73$  و آزمون کرویت بارتلت<sup>۲</sup>  $P < 0/001$   $271/60$  می‌باشد. که در سطح آماري  $P < 0/001$  معنی‌دار است. مقدار آزمون کیزر-میر-الکین و آزمون کرویت بارتلت به ترتیب نشان می‌دهند که مفروضه‌های آماری نرمال بودن چندمتغیری رعایت شده و اندازه نمونه برای تحلیل عاملی کافی است، و بین ماده‌ها همبستگی درونی وجود ندارد و ماتریس همبستگی یک ماتریس اتحاد است (کیزر<sup>۲</sup>، ۱۹۷۴؛ شارما<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶). میانگین و انحراف معیار مقیاس ۱۲ گویه نسخه فارسی بهزیستی ذهنی بعد از حذف دو ماده (ماده‌های ۱۲ و ۱۳)  $46/69$  و  $6/66$  با کجی  $-0/42$ ، میانه  $47$  و دامنه نمره  $27-60$  (نمودار ۱) بدون اثر سقف و کف به دست آمد.

شده‌اند. همچنین مدل یک عاملی مقیاس بهزیستی ذهنی وارویک-ادینبورگ برای نمونه دانشجویی و عادی برازنده جامعه بود (تنانت و همکاران، ۲۰۰۷). استیوارت-براون و همکاران (۲۰۰۹) همبستگی بین مقیاس ۱۴ ماده‌ای و ویرایش ۷ ماده‌ای بهزیستی روانی وارویک-ادینبورگ  $0/95$  گزارش کردند. کلارک و همکاران (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس  $0/87$ ، همبستگی نمره کل با یک یک ماده‌های از  $0/20$  تا  $0/80$ ، پایایی باز-آزمایی  $0/6$ ، ضرایب همبستگی مقیاس WEMWBS با سایر مقیاس‌ها مانند بهزیستی روانشناختی  $0/59$ ، فرم کوتاه پیوستار سلامت روان  $0/65$ ، شاخص بهزیستی سازمان بهداشت جهانی  $0/57$ ، پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ ماده‌ای  $0/40$  و برازندگی مدل یک عاملی را نشان دادند.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این مطالعه برای بررسی سوال‌های تحقیق از بسته نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی (۱۶-SPSS) و ۱۶-AMOS و با استفاده از روش-های آماری ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی مقیاس، از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی ضریب روایی همزمان، از تحلیل عامل اکتشافی برای شناسایی عوامل

1. Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy
2. Bartlett Test of Sphericity
3. Kaiser
4. Sharma



نمودار ۱. توزیع نمره‌های بیماران سرطانی

برای تحلیل عاملی مقیاس بهزیستی ذهنی در آغاز از روش تحلیل مولفه‌های اصلی و برای تعیین عوامل زیربنایی آزمون از چرخش واریماکس<sup>۱</sup> که یک روش چرخش متعامد<sup>۲</sup> می‌باشد استفاده شد. در واقع، این روش به شیوه‌ای است که عوامل زیر بنایی را به صورت مستقل نشان می‌دهد (بیرنی، ۲۰۰۱).

در این تحلیل سه عامل با مقادیر ویژه<sup>۳</sup> بالاتر از ۱ مشاهده شد، که روی هم ۴۵/۲۴٪ واریانس گویه‌های مقیاس بهزیستی روانی را تبیین می‌کنند (در این تحقیق از بارهای عاملی ۰/۵۰ به بالا استفاده شده است). عامل اول با مقدار ویژه ۳/۷۶ (خوش بینی) در حدود ۲۶/۸۷٪ بیشترین مشارکت و سهم را در تبیین واریانس این مقیاس

بر عهده دارد (ماده‌های ۱ تا ۳، ۸، ۱۰ و ۱۴). عامل دوم با مقدار ویژه ۱/۳۶ (روابط مثبت با دیگران) ۹/۷۷٪ واریانس پرسشنامه را شامل می‌شود (ماده‌های ۴، ۷ و ۹). و عامل سوم با مقدار ویژه ۱/۲۰ (انرژیک بودن) ۸/۵۹٪ واریانس پرسشنامه را شامل می‌شود (ماده‌های ۵، ۶ و ۱۱). البته گویه ۱۲ (احساس می‌کنم دوستم دارند). بر روی عامل سوم بار عاملی منفی دارد و سوال ۱۳ (به چیزهای نو و جدید علاقمندم). بر روی هیچ یک از عوامل استخراج شده بارگذاری نشد که از بین گویه‌ها حذف شدند (جدول ۱). بنابراین می‌توان گفته مقیاس بهزیستی روانی یک مقیاس چند بعدی و شامل ۱۲ ماده است.

1. varimax
2. Orthogonal
3. eigenvalue

جدول ۱. ماتریس عاملی چرخش یافته واریماکس مقیاس بهزیستی ذهنی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی

ماده‌ها		عامل‌ها	
		خوش‌بینی	روابط مثبت با دیگران
۱-نسبت به آینده خوش‌بین هستم.	۰/۶۰	-	-
۲-احساس سوگمند بودن می‌کنم.	۰/۶۱	-	-
۳-احساس آرامش می‌کنم.	۰/۵۵	-	-
۴-احساس می‌کنم به دیگر انسان‌ها علاقمندم.	-	۰/۸۴	-
۵-انرژی بیش از حد دارم.	-	-	۰/۶۶
۶-از عهده‌ی مشکلات برمی‌آیم.	-	-	۰/۶۳
۷-خوب فکر می‌کنم.	-	۰/۴۷	-
۸-نسبت به خودم احساس خوبی دارم.	۰/۶۹	-	-
۹-احساس نزدیکی به دیگران می‌کنم.	-	۰/۶۳	-
۱۰-به خودم اعتماد دارم.	۰/۶۱	-	-
۱۱-من در مورد هر چیزی توان تمرکز دارم.	-	-	۰/۵۸
۱۲-احساس می‌کنم دوستم دارند.	حذف	حذف	حذف
۱۳-به چیزهای نو و جدید علاقمندم.	حذف	حذف	حذف
۱۴-احساس شادابی می‌کنم.	۰/۶۹	-	-
مقادیر ویژه	۳/۷۶	۱/۳۶	۱/۲۰
درصد واریانس	۲۶/۸۷	۹/۷۷	۸/۵۹
آلفای کرونباخ کل	۰/۷۴	-	-
آلفای کرونباخ	۰/۷۵	۰/۵۲	۰/۵۵

احتمال<sup>۲</sup> با استفاده از برازندگی داده‌ها انجام شد. این روش بر پایه این مفروضه است که گروه نمونه از یک جامعه چند متغیری نرمال استخراج شده است (هومن، ۱۳۸۵). در مدل سه عاملی همهی ضرایب استاندارد در سطح  $P < 0/05$  معنادار هستند (شکل ۲). مجذورکای مدل سه عاملی با  $df=51$  برابر با  $48/54$  ( $p > 0/572$ ) معنادار نیست، و نسبت مجذور خی به درجه آزادی ( $\chi^2/df$ ) برای این مدل برابر با  $0/95$  و نشان از برازش خوب و مناسب مدل در جامعه است. شاخص‌های دیگر برازندگی مدل سه

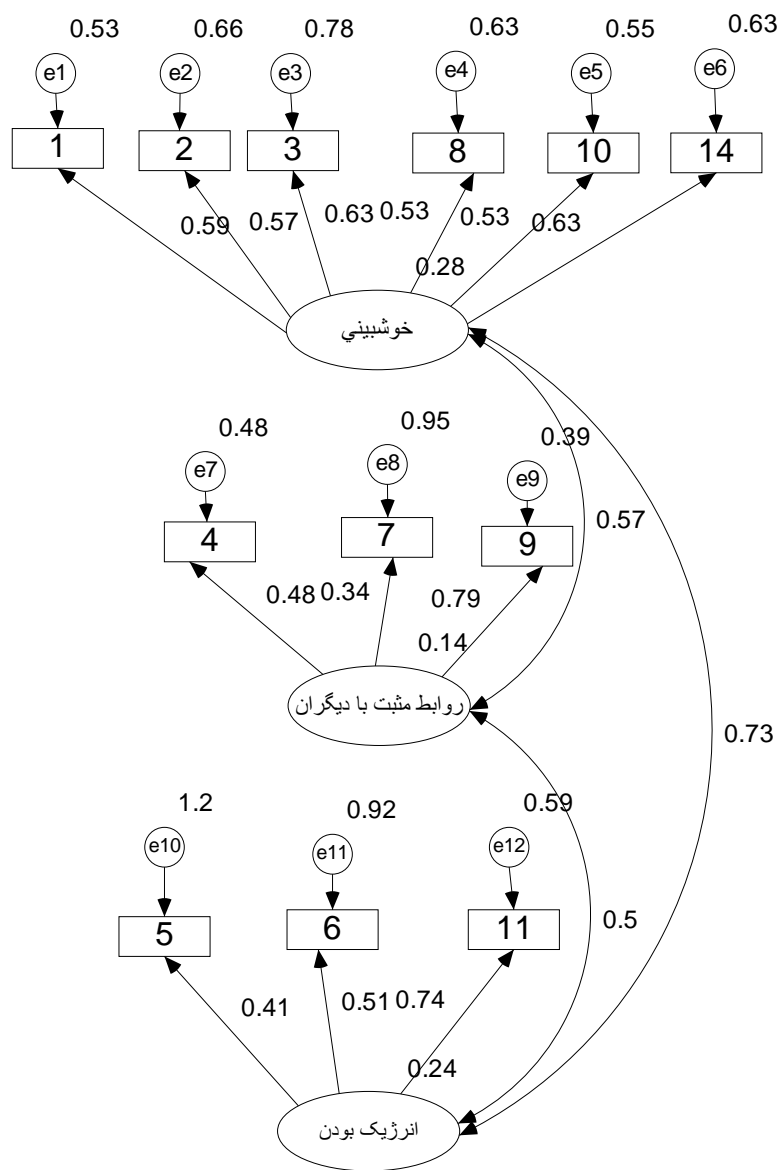
ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس نسخه فارسی بهزیستی ذهنی برای کل مقیاس  $0/078$  و برای عامل‌های اول تا سوم از  $0/75$  تا  $0/55$  و ضرایب روایی همزمان این مقیاس با مقیاس‌های خودکارآمدی عمومی ۱۰ ماده‌ای (رجبی، ۱۳۸۵)  $0/55$  و حمایت اجتماعی ۱۲ ماده‌ای (رجبی و هاشمی شیخ شبنان، ۱۳۹۰)  $0/34$  ( $p < 0/001$ ) به دست آمد.

روایی سازه (تحلیل عامل تاییدی<sup>۱</sup>) برای آزمون فرضیه سه عاملی استخراج شده از مقیاس نسخه فارسی بهزیستی ذهنی با استفاده از روش تحلیل عامل تاییدی و روش برآورد پیشینه

### 1. confirmatory factor analysis

مجذور خی به درجه آزادی  $(\chi^2/df)$  برای این مدل برابر با ۱/۲۴ و نشان از برازش خوب مدل در جامعه است. شاخص‌های دیگر برازندگی مدل یک عاملی  $RMSEA=0/050$ ،  $GFI=0/90$ ،  $AGFI=0/86$ ،  $CFI=0/92$  و  $RMR=0/07$  محاسبه شدند که همگی نشان دهنده برازش مناسب و مطلوب هستند.

عاملی  $RMSEA=0/000$ ،  $CFI=1$ ،  $GFI=0/91$ ،  $AGFI=0/91$  و  $RMR=0/06$  محاسبه شدند که همگی نشان دهنده برازش مناسب و مطلوب هستند. شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) ۰/۰۰۰ می باشد، که این بیانگر برازش عالی مدل است. همچنین مجذورکای مدل یک عاملی با  $df=54$  برابر با ۶۷/۲۷ ( $p > 0/106$ ) معنادار نیست، و نسبت



نمودار ۲. مدل سه عاملی مقیاس بهزیستی ذهنی



## بحث و نتیجه گیری

مفهوم سلامت روانی مثبت یک اصطلاح است اغلب در ادبیات سیاسی و دانشگاهی به طور مترادفی با اصطلاح بهزیستی ذهنی استفاده می‌شود، و یک سازه پیچیده است که عموماً و به عنوان کنش‌وری روانشناختی و عاطفه پذیرفته شده است. همچنین این سازه با مفاهیم بهزیستی لذت و خوشی و رفاه همپوشی دارد (ریان و دسی، ۲۰۰۱). ها، استیوارت-براون، تویگ و ویچ (۲۰۰۷) خاطر نشان می‌کنند که سلامت روانی مثبت به عنوان آسان‌سازی و افزایش برنامه‌های سلامت و با هدف گسترش بهزیستی ذهنی در سطح جامعه ظهور پیدا کرده است. زمینه سلامت روانی مثبت تا حدودی به دلیل فقدان شاخص‌های مناسب درک و درخواست ابزارهای مناسب برای استفاده در محیط‌های درمانی و اجتماعی احساس می‌شود.

همسانی درونی مقیاس نسخه فارسی بهزیستی ذهنی با استفاده از روش آلفای کرونباخ در کل مقیاس توسط تحلیل مولفه‌های اصلی (مطالعه حاضر) و همبستگی‌های درونی مثبت و قوی بین تک‌تک ماده‌ها و نمره کل دارای قابلیت اعتماد رضایت‌بخشی هستند. این یافته‌ها با مطالعات کلارک و همکاران (۲۰۱۱) و تنانت و همکاران (۲۰۰۷) که بیان کردند این مقیاس در گروه‌های مختلف از پایایی مناسبی برخوردار است، هماهنگ می‌باشد. ضرایب به دست آمده در مطالعه حاضر تا حدودی با ضرایب مطالعات دیگر برابری می‌کند. نتایج به دست آمده از ضرایب قابلیت اعتماد مقیاس، به سوال دوم

تحقیق که آیا مقیاس بهزیستی ذهنی از پایایی مناسبی برخوردار است، پاسخ مثبت می‌دهد. به عبارت دیگر، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مقیاس فوق در جامعه بیماران سرطانی ایرانی از همگونی درونی با توجه به گویه‌های آن برخوردار است.

مقیاس ۱۴ گویه‌ای بهزیستی ذهنی پس از حذف دو گویه (۱۲ ماده) به نظر می‌رسد از روایی صوری خوبی برخوردار باشد و اکثریت دامنه مفاهیم مرتبط با سلامت روانی مثبت اعم از جنبه‌های لذت و فضیلت‌گرایی، عاطفه مثبت، رضایت از روابط بین فردی، خوش‌بینی و کنش‌وری را شامل می‌شود، و بیانگر این است که این ابزار ممکن است بالقوه مدرک و تاییدی برای ارتقاء و بهبودهای کلی در بهزیستی ذهنی جامعه باشد. از سوی دیگر، این مقیاس به نظر می‌رسد روایی محتوایی خوبی داشته باشد. به این صورت که نسبت‌های پاسخ در نمونه بیماران سرطانی در گویه‌های ۱۲ گانه به تفکیک بالا هستند. مثلاً، در ماده ۱ (نسبت به آینده خوش‌بین هستم) شرکت کنندگان ۲۹٪ گزینه «اغلب» و ۴۲٪ گزینه «همه اوقات» پاسخ دادند و به همین ترتیب برای ماده‌های دیگر عمل شد.

در این پژوهش، ضرایب روایی همزمان بین کل مقیاس بهزیستی ذهنی و سه عامل استخراج شده خوش‌بینی، روابط مثبت با دیگران و انرژی بودن با مقیاس‌های خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی همگی معنادار بودند. این یافته‌ها با نتایج کلارک و همکاران (۲۰۱۱)، تنانت و همکاران (۲۰۰۷) و استیوارت-براون و همکاران (۲۰۰۹) هماهنگی دارد، و بیانگر این

باور دست یافته‌اند که فعال بودن در جامعه، توان تمرکز داشتن بر درمان و نشان دادن رفتارهای مناسب که دیگران آنها را دوست داشته باشند کلید موفقیت و بهبودی آنها است.

در این مطالعه نتایج تحلیل عامل تاییدی یافته‌های تحلیل اکتشافی (چرخش واریماکس) مدل سه عاملی PMWS (۱۲ گویه) مورد تایید قرار داد. همه ضرایب معنادار به دست آمدند و کلیه شاخص‌های برازندگی این مدل از جمله شاخص‌های برازندگی تطبیقی، خوبی برازندگی و غیره بالاتر از ۰/۹۰ بودند (نمودار ۲). شاخص RMSEA (۰/۰۰) در حد عالی است. از سوی دیگر، مدل یک عاملی (۱۲ ماده) نیز همانند مدل سه عاملی مورد تایید قرار گرفت و کلیه شاخص‌های برازندگی بالاتر از ۰/۹۰ و RMSEA برابر با ۰/۰۵ بود، که بیانگر برازش مدل یک عاملی در جامعه است. البته برازندگی مدل سه عاملی نسبت به مدل یک عاملی بهتر است.

مقیاس نهایی شامل ۱۲ گویه است که هر دو جنبه لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی سلامت روان از جمله عاطفه مثبت (احساس‌های خوش‌بینی، بشاش بودن و آرمیدگی)، رضایت از روابط بین فردی و کنش‌وری مثبت (انرژی‌یک بودن، تفکر روشن، پذیرش خود، رشد شخصی، صلاحیت و استقلال) را شامل می‌شود.

به هر حال، تعمیم‌پذیری این یافته‌ها را به جمعیت‌های دیگر باید با احتیاط انجام داد. زیرا هر جامعه‌ای ویژگی‌های خاص خودش را دارد. توصیه می‌شود در نوبت بعد برای پیگیری درمان

است که محتوای این مقیاس با مقیاس خودکارآمدی عمومی ویژگی‌های مشترک و مطابقت بیشتری (۰/۵۵) دارد تا با محتوای گویه‌های حمایت اجتماعی (۰/۳۴). بدین معنی که این مقیاس ممکن است مفهوم متفاوتی را اندازه‌گیری نماید.

نتایج نشان داد که این مقیاس به سه عامل خوش‌بینی، ارتباط مثبت با دیگران و انرژی‌یک بودن قابل اسناد است. عامل اول با سودمندی، احساس آرامش داشتن، شادابی، اعتماد به خود و خوش‌بینی مرتبطند. عامل دوم شامل علاقمندی و احساس نزدیکی به دیگران و خوب فکر کردن، و عامل سوم با انرژی بالا، توانایی غلبه بر مشکلات، توجه مناسب داشتن و دوست داشتن از سوی دیگران در ارتباطند. باید خاطر نشان کرد که بیشترین تاکید پاسخ‌های بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی در ارتباط با جزءهای خوش‌بینی به عنوان تمایل تغییر یافته برای پیامدهای مثبت موردانتظار حتی در برخورد با موانع دشوار و سخت توصیف می‌شود. خوش‌بینی را می‌توان به عنوان مجموعه‌ای از باورها نگاه کرد که انسان را به دیدگاهی هدایت می‌کند که در آن دنیا در یک حالت فعال است (پترسون و بوسیو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). همچنین این بیماران معتقد بودند که احساس نزدیکی و دوست داشتن دیگران و برخورداری از شناخت و فکر سالم در مورد بیماری می‌تواند باعث بهبود و تسریع بیماری آنها شود که در پاسخ دادن به ماده‌های مقیاس نشان دادند. در آخر، این بیماران به این

1. Peterson & Bossio

- Byrne, B. M. (2001). Structure equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.
- Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., Adi, Y., Parkinson, J., Flynn, P., Platt, S., & Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *Public Health*, 11, 487.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Hu, Y., Stewart-Brown, S., Twigg, L., & Weich, S. (2007). Can the 12 item General Health questionnaire be used to measure positive mental health? *Psychological Medicine*, 37(7), 1005-1013.
- Joseph, S., Linley, P. A., Harwood, J., Lewis, C. A., & McCollam, P. (2004). Rapid assessment of well-being: the Short Depression-Happiness Scale (SDHS). *Psychological Psychotherapy*, 77, 463-478.
- Kammann, R., & Flett, R. (1983). A scale to measure current level of general happiness. *Australian Psychological*, 35, 259-265.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal Personality Social Psychological*, 82, 1007-1022.
- Peterson, C., & Bossio, (1991). *Health and optimism*. New York: Free

از روش ضریب پایایی باز- آزمایی استفاده شود. محدودیت عمده این مطالعه مربوط به تصادفی نبودن نمونه مورد مطالعه است. محدودیت دیگر مربوط به جدا نکردن نمونه‌های بیماران سرطانی مختلف به دلیل کافی نبودن نمونه برای تحلیل عاملی است.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری صمیمانه سرکار خانم دکتر عصاره و جناب آقای دکتر حسینی مدیریت بخش رادیوتراپی و کلیه کادر درمانی بیمارستان گلستان که اجرای این پژوهش را ممکن نمودند و سرکار خانم زهرا تاج پیکر دانشجوی سال چهارم رشته مشاوره که در اجرا و پرسشگری با اینجانب همکاری داشته اند، کمال تشکر را دارم.

### منابع

- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی GSE-10 در دانشجویان روان شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران و دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۲، ۱ و ۲، صص. ۱۱۱-۱۲۲.
- رجبی، غلامرضا؛ هاشمی شیخ شبانی، سید اسماعیل. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی تصویری در بین کارکنان سازمان آب و برق خوزستان. *مجله علوم رفتاری*، ۵، ۴، صص. ۳۶۴-۳۵۷.
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۵). تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری. موسسه چاپ و انتشارات پیک صبا، چاپ دوم.

- Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychological*, 52, 141-166.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal Happiness Studies*, 9(1), 139-170.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory approach to psychotherapy: The motivation basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal Personality Social Psychological*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383-1394.
- Sharma, S. (1996). *Applied Multivariate Techniques*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *The handbook of positive psychology*. New: Oxford University Press.
- Stewart-Brown, S. (2002). Measuring parts most measures do not reach: A necessity for evaluation in mental health promotion. *Journal Mental Health Promotion*, 1, 4-9.
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): A Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 15.
- Tennant, R., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., & Stewart-Brown, S. (2006). Monitoring positive mental health in Scotland: validating the affectometer 2 scale and developing the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale for the UK. Edinburgh, NHS Health Scotland.
- Tennant, R., Hillier, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal Personality Social Psychological*, 6(54), 1063-1070.
- World Health Organization. (2001). *Strengthening mental health promotion Geneva*; World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health; Concepts emerging evidence and practice. Summary report Geneva*; World Health Organization.