

بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی شاخص بهزیستی پنج سوالی سازمان بهداشت جهانی

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱۷

غلامرضا دهشیری*، سیده فاطمه موسوی**

چکیده

مقدمه: رواج رویکرد مثبت‌گرا به سلامت و بهداشت روانی، موجب اقبال محققان به کاربرد مقیاس‌های ساخته‌شده مبتنی بر این رویکرد شده است. یکی از این مقیاس‌ها، شاخص بهزیستی پنج سوالی سازمان بهداشت جهانی (WHO-5) است. پژوهش حاضر با هدف بررسی خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی این شاخص انجام شد.

روش: روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. نمونه پژوهش، شامل ۴۹۸ نفر از دانشجویان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند که به شاخص WHO-5، فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHQ-SF) پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی نشان داد که ساختار عاملی این شاخص تک عاملی است. همسانی درونی سوالات این شاخص بالا و میزان آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۹ بوده، همچنین ضریب بازآزمایی آن برابر با ۰/۸۲ بود. همبستگی معنی‌دار بین نمرات این شاخص با نمرات شادکامی بیانگر روایی همگرایی مناسب (۰/۵۷) با نمرات افسردگی نشان‌دهنده روایی واگرایی مناسب (۰/۶۱-) آن بود. به‌طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که شاخص بهزیستی این شاخص، ابزاری معتبر و روا در اندازه‌گیری بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی افراد بهنجار است.

نتیجه‌گیری: استفاده از شاخص معتبر جهانی، ناوابسته به فرهنگ، تک بعدی و کوتاه برای ارزیابی بهزیستی، تسهیل‌کننده انجام مطالعات بالینی و پژوهشی در حوزه‌های مختلف پزشکی، روانشناختی و روانپزشکی است.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی، روان‌سنجی، سازمان بهداشت جهانی، WHO-5

*dehshiri.ghr@alzahra.ac.ir

**f.mousavi@alzahra.ac.ir

* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران
** استادیار، گروه روانشناسی پژوهشکده زنان دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

مقدمه

شناختی هم به محتوا و هم به روش زندگی توجه دارد. بهزیستی ذهنی در وهله اول به عنوان انعکاسی از خود تعریف شده و زبان خصوصی فرد در ارتباط با خود در جهت درک و برنامه‌ریزی روزانه و اشتیاق هیجانی برای شروع روزانه قلمداد می‌شود [۸].

محققان در سنجش مفهوم بهزیستی، با عناوین متعددی تلاش‌های بسیاری به منظور ساخت، توسعه و بررسی روان‌سنجی مقیاس بهزیستی هیجانی^{۱۳} [۹] و بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس برنامه ارزیابی کیفیت زندگی^{۱۴} [۱۰، ۱۱، ۱۲]، نیمرخ کیفیت زندگی^{۱۵} [۱۳] پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی تغییرات پس از سانحه^{۱۶} [۱۴]، بررسی روان‌سنجی شاخص بهزیستی عمومی [۱۵]، برنامه بهزیستی عمومی^{۱۷} [۱۶]، شاخص بهزیستی [۱۷]، خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی بی.بی.سی^{۱۸} [۲]، خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی روانی^{۱۹} [۳]، ویژگی‌های روان‌سنجی بهزیستی روان‌شناختی ریف و همکاران^{۲۰} [۶، ۱۸]، مقیاس بهزیستی ذهنی وارویک ادینبورگ^{۲۱} [۷] نموده‌اند.

در میان مدل‌های تعریف شده از بهزیستی روانی، مدل بهزیستی منطبق با تعریف سازمان بهداشت جهانی از اعتبار بین‌فرهنگی برخوردار است. در اواخر دهه ۱۹۷۰، شاخص پزشکی مقیاس کیفیت زندگی^{۲۲} سازمان بهداشت جهانی در دو دسته عوامل جسمانی و روان‌شناختی [۱۹] به عنوان نتایج مطالعات بالینی پذیرفته شد که در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ به عنوان مقیاس بهزیستی روان‌شناختی کلی و پیمایش‌های مربوط به سلامتی به کار می‌رفت [۲۰]. پس از آن شاخص بهزیستی ۵ سوالی سازمان بهداشت جهانی^{۲۳} با هدف سنجش سلامت روانی مثبت با عباراتی در خصوص

طی سال‌های اخیر محققان به منظور سنجش کیفیت زندگی افراد، علاقه فزاینده‌ای به مفهوم بهزیستی از خود نشان داده‌اند. ارزیابی بهداشت روانی به دلیل کارکرد مثبت آن، با وجود ادبیات گسترده‌ای که در مورد آن صورت گرفته، اما مبانی نظری کمی در این خصوص در دست است. ابعاد بهزیستی در قالب مفاهیمی چون پذیرش خود^۱، روابط مثبت با دیگران^۲، استقلال^۳، کنترل بر محیط^۴، داشتن هدف در زندگی^۵، و رشد فردی^۶، کیفیت زندگی^۷ و .. در ادبیات تجربی مورد مطالعه قرار گرفته است [۱]. از این رو، افزایش سطح بهزیستی^۸، به عنوان روشی برای درمان اختلال روانی، موضوع جاری بسیاری از مطالعات در زمینه بهداشت روان است [۲].

سیر تکاملی در تعریف و اندازه‌گیری بهزیستی روانی^۹ در تعاریف رسمی ارائه شده در سازمان‌های خدمات بهداشت روانی ملی و بین‌المللی کاملاً مشهود است [۳]. سازمان بهداشت جهانی^{۱۰} [۴، ۵] سلامت روان را به عنوان عاری بودن از بیماری‌های روانی (که فرد را قادر به زندگی در جهت به فعلیت‌رساندن رشد فردی و تجارب شادکامی و رضایت از این طریق می‌سازد) تعریف نموده است. بهزیستی روانی، فرایند یکپارچه‌ای مستقل از بیماری روانی است که مفهومی بیش از شادکامی را در بردارد و شامل مفهومی از رشد خوش‌بینانه می‌شود [۳]. در مدل ریف [۶] بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود. رایان و دسی [۷] بین بهزیستی ذهنی^{۱۱} و بهزیستی روان‌شناختی^{۱۲} 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 روان-

- 13- Emotional Well-Being
- 14- AQoL
- 15- Quality of Life Profile (LQoLP)
- 16- Psychological Well-Being Post-Traumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ)
- 17- General Well-Being Schedule
- 18- BBC Well-being Scale
- 19- Singapore Mental Wellbeing (SMWEB)
- 20- Ryff's Scales of Psychological Well-being
- 21- WEMWBS
- 22- WHO Quality of Life Scale
- 23- Item World -5 Health Organization Well-Being Index

- 1- self-acceptance
- 2- positive relations with others
- 3- autonomy
- 4- environmental mastery
- 5- purpose in life
- 6- personal growth
- 7- quality of life
- 8- well-being
- 9- mental well-being
- 10- World Health Organization
- 11- Subjective well-being
- 12- psychological well-being

الگایر و همکاران [۳۰] با هدف مقایسه این شاخص با مقیاس افسردگی سالمندان و مقیاس غربال‌گری افسردگی، حساسیت آن را نسبت به دو مقیاس یادشده و نسبت به ارزیابی افسردگی جزئی و عمده بالا ارزیابی نمودند. اواتا و همکاران [۲۸] در بررسی نسخه ژاپنی این شاخص در تشخیص افکار خودکشی در سالمندان دریافتند که این مقیاس ارزش تشخیصی در افکار خودکشی در جامعه سالمندان را داراست. فرویا و همکاران [۳۱] در استفاده از این شاخص برای دیابتی‌های نوع ۲، قدرت تشخیص آن را برای افسردگی در این بیماران بالا ارزیابی نمودند. در پژوهش فراتحلیل تاپ، استرگارد، ساندرگارد و بیچ [۲۳] که بر روی ۲۱۳ مقاله منتشر شده در پایگاه‌های PubMed و PsychINFO، با هدف بررسی روایی ارزیابی بالینی مقیاس این ابزار، شاخص حساسیت/پاسخ‌دهی آن در فعالیت‌های بالینی کنترل‌شده، استفاده از آن به عنوان ابزار غربال‌گری افسردگی و کاربرد آن را در زمینه‌های مطالعاتی مورد تأیید قرار دادند. این شاخص، ابزاری مناسب در غربال‌گری بهزیستی پایین عاطفی و اثرات افسردگی در نوجوانان دارای دیابت و برای مقایسه سلامتی نوجوانان افسردگی [۳۲]، اختلالات مختلف اضطرابی [۳۳]، ابزار غربال‌گری افسردگی [۳۴]، اختلالات شبه‌جسمی و سایر اختلالات روانی جزئی [۳۵] در پژوهش‌های متعدد به کار رفته است.

با توجه به آنچه گفته شد شاخص بهزیستس پنج سوالی سازمان بهداشت جهانی به دلایلی چون سهولت استفاده از ابزارهای ارزیابی کوتاه و تک‌بعدی بودن، کاربرد وسیع جهانی آن در امور تشخیصی و بالینی، ابزار مفیدی هم برای مطالعات بالینی (مثل غربالگری افسردگی) و هم مطالعات پژوهشی به منظور سنجش بهزیستی در طول زمان یا مقایسه بهزیستی گروه‌های مختلف است [۲۳]، از این رو، با توجه به فقدان پژوهشی درخصوص بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن در ایران، هدف پژوهش حاضر بررسی خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی این شاخص در گروهی از دانشجویان است.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر با توجه به هدف بررسی خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی شاخص بهزیستی توصیفی و از نوع همبستگی بود.

(۱) احساس نشاط و روحیه خوب، (۲) احساس آرامش، (۳) احساس فعال بودن، (۴) احساس سرزندگی و آسودگی پس از بیدار شدن و (۵) احساس علاقمندی به فعالیت‌های روزانه [۲۱] توسعه یافت. این شاخص مقیاسی تک‌بعدی است و هر سوال آن، اطلاعات منحصر به فردی را درباره سطح بهزیستی فراهم می‌آورد. این ابزار ابتدا در نشست سازمان بهداشت جهانی در تاریخ فوریه ۱۹۹۸، در استکهلم به عنوان پروژه‌ای برای اندازه‌گیری بهزیستی در مراقبت اولیه از سلامت بیماران ارائه شد [۲۲]. پیرو این پروژه، اداره محلی سازمان بهداشت جهانی در اروپا شروع به ترجمه نسخه انگلیسی این شاخص به زبان‌های دیگر نمود. این شاخص در میان پرسشنامه‌های ارزیابی ذهنی روانی بهزیستی، پرکاربردترین ابزار است که از زمان اولین انتشار آن تاکنون به بیش از ۳۰ زبان ترجمه شده و در مطالعات تحقیقاتی گوناگون در سراسر جهان مورد استفاده قرار گرفته است [۲۳]. این شاخص، برخاسته از دیدگاه نیازهای اساسی موری در پی ارزیابی بعد کلی لذت و در واقع مشتق از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی عمومی^۱ است و با عبارتی مثبت بهزیستی روانی فرد را طی دو هفته گذشته مورد بررسی قرار داده و به عنوان شاخصی از کیفیت مثبت زندگی گسترش یافته است.

اگرچه این ابزار در اصل برای اندازه‌گیری بهزیستی طراحی شد، اما مطالعات متعدد نشان داده است که از آن می‌توان به عنوان یک ابزار غربال‌گری برای افسردگی نیز استفاده کرد [۲۴]. شاخص بهزیستی بجای سوالاتی که بطور مستقیم نشانه‌های رایج افسردگی را اندازه می‌گیرند، افسردگی را بطور غیرمستقیم با استفاده از جملاتی که بطور مثبت در مورد بهزیستی طرح شده است، اندازه می‌گیرد. این ویژگی میزان پذیرش بیماران را افزایش می‌دهد. این شاخص از دقت تشخیصی مناسبی در تشخیص افسردگی اساسی در گروه‌های مختلف کودکان [۲۵]، نوجوانان [۲۵]، [۲۶]، بزرگسالان [۲۷]، سالمندان [۲۸] برخوردار است. وارنیک و همکاران [۲۹] شاخص بهزیستی را به عنوان ابزاری کوتاه و دارای بار عاطفی مثبت برای ارزیابی مقدماتی خطر خودکشی در موقعیت‌های غیرتخصصی روان-شناختی/روان‌پزشکی مناسب تشخیص دادند. در پژوهش

1- Psychological General Well-Being scale

شاخص تهیه و توسط دو متخصص آشنا به روان‌شناسی و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس با استفاده از فرایند ترجمه معکوس، نسخه فارسی در اختیار دو متخصص دیگر قرار گرفت تا مجدد به انگلیسی ترجمه شود. برای رفع برخی از تفاوت‌ها در فرایند ترجمه در یک جلسه بحث گروهی درباره ترجمه برخی از اصطلاحات توافق صورت گرفت و نسخه فارسی شاخص به‌زیستی تهیه شد. به‌منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سوالات در یک نمونه مقدماتی ۳۰ نفری از دانشجویان اجرا شد و نظرات آنها درباره محتوای و قابلیت فهم سوالات بررسی شد.

۱- فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک^۴: این پرسشنامه خودگزارش‌دهی شامل ۱۳ سوال برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی است. هر سوال شامل ۴ جمله است و از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان دهنده افسردگی است. ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی این پرسشنامه در بین دانشجویان ۰/۸۹ گزارش شده است [۳۷]. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ بود.

۲- پرسشنامه شادکامی آکسفورد فرم کوتاه^۵ (OHQ-SF): این پرسشنامه ۸ سوالی توسط هیلز و آرگیل [۳۸] به منظور ارزیابی میزان شادی به عنوان سازه‌ای تک بعدی طراحی شد. پاسخ‌گویی به سوالات بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از ۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم قرار دارند. نمرات پرسشنامه در دامنه ۸ تا ۴۸ قرار دارند و نمرات بالاتر در این آزمون نشان‌دهنده میزان شادی بیشتر است. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۶۸ بود.

یافته‌ها

قبل از انجام تحلیل‌های آماری، داده‌ها از لحاظ داده‌های بدون پاسخ و اثرات کف و سقف بررسی شد. اثر کف و سقف معنادار هنگامی بوجود می‌آید که بیش از ۱۵ درصد آزمودنی‌ها کم‌ترین یا بیش‌ترین نمره ممکن را در آن مقیاس یا سوال بدست آورده باشند. در مورد هیچ سوالی داده بی‌پاسخ و اثرات کف یا سقف وجود نداشت. همچنین

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه الزهرا بود که در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند. از جامعه فوق با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه ۴۹۸ نفر انتخاب شدند. روند نمونه‌گیری به این صورت بود که با مراجعه پرسشگران به ۱۰ دانشکده موجود در دانشگاه از بین دانشجویانی نمونه انتخاب شد که در زمان حضور پرسشگر در دانشکده حضور داشتند و مایل به شرکت در پژوهش بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش بین ۱۸ تا ۳۵ سال با میانگین ۲۲/۶۱ و انحراف استاندارد ۳/۳۶ بود. ۳۹۳ نفر (۷۹٪) در مقطع کارشناسی و ۱۰۵ نفر (۲۱٪) در مقاطع تحصیلات تکمیلی مشغول به تحصیل بودند.

ابزار

شاخص به‌زیستی پنج سوالی سازمان بهداشت جهانی WHO-5: این مقیاس از مقیاس WHO-10 [۳۶] انشقاق یافته است که آن نیز به نوبه خود با استفاده از تحلیل نظریه سوال-پاسخ از مقیاس ۲۸ گویه‌ای بدست آمده که در مطالعه چندمحوری در ۸ کشور مختلف اروپایی مورد استفاده قرار گرفته و خود از مقیاس‌های زونگ برای افسردگی، فشار روانی و اضطراب و همچنین از پرسشنامه سلامت عمومی^۲ و مقیاس به‌زیستی روان‌شناختی عمومی^۳ بدست آمده است. بنابراین، هر دو مقیاس ۲۸ آیتمی و WHO-10 شامل اقلام منفی است که منعکس‌کننده علائم فشار روانی است. به دلیل دارا بودن گویه‌های منفی، مقیاس شاخص به‌زیستی پنج سوالی به گویه‌هایی کوتاه‌تر و با عباراتی مثبت تغییر داده شد. این شاخص، یک مقیاس کوتاه ۵ سوالی خودگزارش‌دهی است و میزان به‌زیستی مثبت را در طی دو هفته گذشته بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از ۰ (هیچ وقت) تا ۵ (همیشه) اندازه می‌گیرد. نمره خام پاسخگو از لحاظ نظری در محدوده‌ای از ۰ (فاقد به‌زیستی) تا ۲۵ (حداکثر به‌زیستی) قرار می‌گیرد، همچنین می‌توان با ضرب کردن نمره کل در عدد ۴ دامنه نمرات را به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تبدیل کرد. نمرات بالاتر نشان دهنده به‌زیستی بالاتر است و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده افسردگی است. در این پژوهش، ابتدا نسخه اصلی انگلیسی این

1- Zung scales

2- General Health Questionnaire

3- Psychological General Well-Being Scale

4-The Beck Depression Inventory- Short Form

5- Oxford Happiness Questionnaire - Short Form

داده‌ها از لحاظ وجود داده پرت تک متغیری و چند متغیری مورد غربالگری قرار گرفت.

به منظور بررسی ساختار عاملی مقیاس از روش اعتباریابی متقاطع استفاده شد. به این صورت که ابتدا بطور تصادفی نمونه به دو بخش مساوی تقسیم شد (دو نمونه ۲۴۹ نفری). در نمونه اول از روش تحلیل عاملی اکتشافی برای بررسی ساختار عاملی مقیاس استفاده شد سپس با استفاده از نمونه دوم به منظور بررسی برازش مدل بدست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی، از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مولفه‌های اصلی استفاده شد. شاخص کفایت نمونه برداری نشان داد که نمونه پژوهش برای تحلیل عاملی مناسب است

($KMO=0/81$). همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت بیانگر همبستگی معنی‌دار کافی بین گویه‌ها بود ($P < 0/01$, $\chi^2(10) = 757/77$). برای تعیین تعداد عوامل، از ملاک ارزش‌های ویژه بالاتر از یک و نمودار اسکری استفاده شد. نتایج بطور واضح بیانگر ساختار تک عاملی بود. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که یک عامل دارای ارزش ویژه بزرگ تر از ۱ است (ارزش ویژه ۳/۴۹) و ۷۰ درصد از واریانس نمره کل آزمون را تبیین می‌کند. بارهای عاملی سوالات در جدول ۱ ارائه شده است، دامنه بارهای عاملی گویه‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ بود که در سطح مناسبی است.

جدول ۱) اطلاعات توصیفی مربوط به سوالات شاخص WHO-5

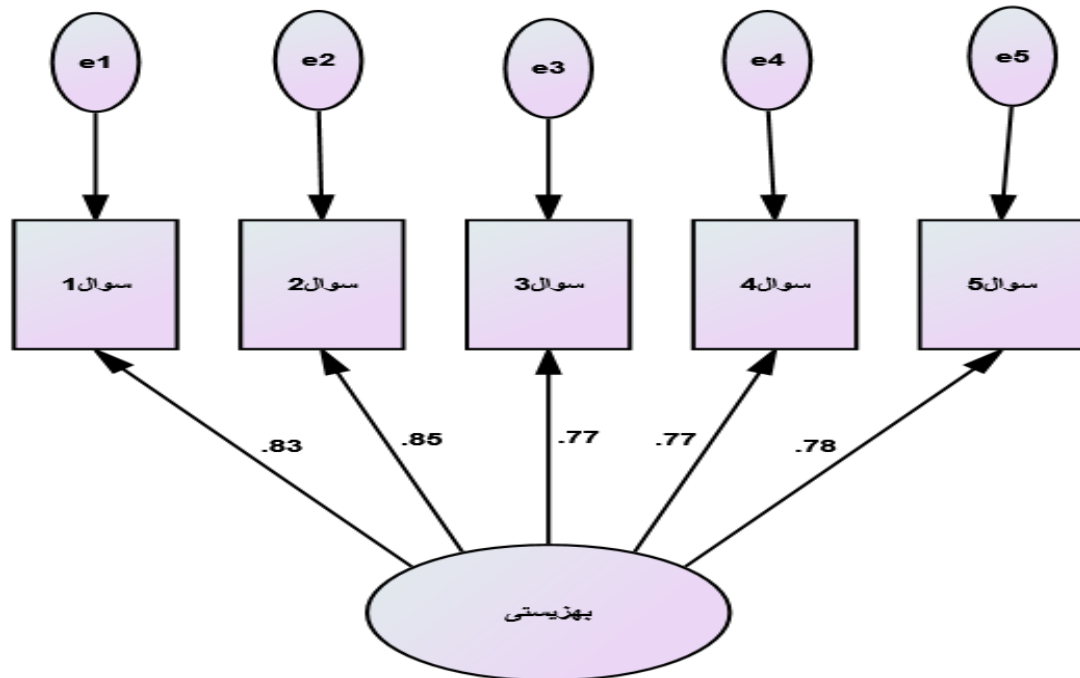
سوالات	میانگین	انحراف استاندارد	بارعاملی	همبستگی با نمره کل	آلفا در صورت حذف
۱- ... روحیه شاد و خوبی داشته‌ام.	۳/۰۱	۱/۳۴	۰/۸۶	۰/۷۷	۰/۸۷
۲- ... احساس آرامش و راحتی کرده‌ام.	۳/۰۳	۱/۳۰	۰/۸۵	۰/۷۷	۰/۸۷
۳- ... احساس فعال و پرنرژی بودن داشته‌ام.	۲/۹۸	۱/۳۳	۰/۸۸	۰/۷۶	۰/۸۷
۴- ... بانشاط و آسودگی از خواب بیدار شدم.	۲/۷۱	۱/۳۸	۰/۷۸	۰/۷۰	۰/۸۸
۵- ... زندگی روزمره‌ام سرشار از چیزهای موردعلاقه من بوده است.	۲/۴۳	۱/۳۵	۰/۸۰	۰/۷۲	۰/۸۸

به منظور بررسی اینکه آیا ساختار تک عاملی WHO-5 به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی در نمونه دوم نیز تایید می‌شود، از تحلیل عاملی تاییدی^۱ (CFI) با استفاده از نرم افزار اموس (AMOS) نسخه ۲۱ استفاده شد. برای انتخاب روش برآورد ابتدا نرمال بودن تک متغیری و چند متغیری بررسی شد. دامنه کجی گویه‌ها بین ۰/۲۱- تا ۰/۰۶ و دامنه کشیدگی آن‌ها بین ۰/۹۵- تا ۰/۷۹- بود. ضریب کشیدگی چندمتغیری ماردیا^۲ برابر با ۰/۸۷ بود که نشان می‌دهد توزیع چند متغیری داده‌ها نرمال است. مطابق با پیشنهاد کلاین [۳۹] در صورتی که قدر مطلق کجی کمتر از ۳ و قدر مطلق کشیدگی کمتر از ۱۰ باشد می‌توان توزیع داده‌ها را نرمال فرض کرد. بنابراین از روش بیشینه احتمال

برای برآورد پارمترها استفاده شد. از شاخص‌های برازندگی خی دو، شاخص خوبی برازندگی^۳ (GFI) شاخص برازندگی تقریبی^۴ (CFI)، شاخص برازندگی فزاینده^۵ (IFI) و جذر میانگین مجذور خطاها^۶ (RMR) به عنوان نشانگرهای برازش استفاده شد که در نمودار ۱ ارائه شده است.

3- Goodness of Fit Index
4- comparative Fit Index
5- incremental Fit Index
6- Root Mean Square Residual

1- confirmatory factor analysis
2- Mardia's coefficient of multivariate kurtosis



Chi square=47.00 , df=5, P=.000, GFI=.94 , CFI=.94 , IFI=.94 , RMR=.06

نمودار (۱) نتایج تحلیل عاملی تاییدی WHO-5

با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک‌ماهه محاسبه شد. نتایج نشان داد همبستگی مثبت و معنی‌داری بین نمرات دوبار اجرا وجود دارد ($r(30) = 0.82, p < 0.01$) که نشان می‌دهد نمرات این شاخص از ثبات مناسبی در طول زمان برخوردار است. به منظور بررسی روایی همگرا و واگرایی شاخص بهبودی از ۱۱۸ نفر از افراد نمونه همراه با این شاخص فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک و فرم کوتاه شادکامی آکسفورد اجرا شد و سپس همبستگی نمرات سه مقیاس محاسبه شد، نتایج نشان داد بین نمرات شاخص بهبودی و نمرات فرم کوتاه افسردگی بک همبستگی منفی و معنی‌داری وجود دارد ($r(118) = -0.61, p < 0.01$) که بیانگر روایی واگرایی این ابزار در اندازه‌گیری میزان بهبودی است. همچنین همبستگی مثبت و معنی‌داری بین نمرات این آزمون با نمرات فرم کوتاه پرسشنامه شادکامی آکسفورد وجود دارد ($r(118) = 0.57, p < 0.01$) که نشان دهنده روایی همگرایی شاخص بهبودی است. دامنه نمرات این ابزار در کل نمونه بین ۱ تا ۲۵ با میانگین ۱۴/۱۶ و انحراف استاندارد ۵/۶۱ بود.

چنانچه از نمودار ۱ مشاهده می‌شود نتایج آزمون خوبی دو نشان‌دهنده عدم برازش مدل تک‌عاملی شاخص بهبودی است ($\chi^2(5) = 47.00, P < 0.001$) اما از آنجایی که این شاخص نسبت به حجم نمونه حساس است، از سایر شاخص‌های برازندگی استفاده شد. چنانچه از نمودار مشاهده می‌شود میزان GFI، CFI و IFI برابر با ۰/۹۴ است و همچنین RMR برابر با ۰/۰۶ و مقدار استاندارد شده آن برابر با ۰/۰۴ می‌باشد. دامنه بارهای عاملی استاندارد شده بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ است. این شاخص‌ها نشان می‌دهند که ساختار تک‌بعدی مقیاس که در نمونه اول به دست آمده در نمونه دوم نیز دارای اعتبار است. به منظور بررسی همسانی درونی سوالات مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. دامنه ضرایب همبستگی درونی گویه‌ها بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۷ با میانگین ۰/۶۳ بود. همچنین دامنه ضرایب همبستگی اصلاح شده گویه‌ها با نمره کل مقیاس بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ با میانگین ۰/۷۴ بود. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس برابر با ۰/۸۹ بود که بیانگر همسانی درونی بالای مقیاس است. به منظور بررسی ثبات زمانی نمرات شاخص بهبودی پایایی آن در یک نمونه ۳۰ نفری

بحث

بهزیستی روان‌شناختی به روش‌های گوناگونی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، اما رایج‌ترین روش، خودگزارش‌دهی است. این روش به دلیل سادگی، سریع و ارزان بودن، به عنوان شیوه‌ای غالب در اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. چندین ابزار خودگزارش‌دهی برای اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی ساخته شده‌است که برخی از آن‌ها چندبعدی بوده، دارای گویه‌های متعدد و از طول زیادی برخوردار است و یا اختصاصاً با هدف خاصی ساخته و گسترش یافته‌اند. شاخص بهزیستی پنج سوالی سازمان بهداشت جهانی، مقیاس رتبه‌بندی کلی، کوتاه و عمومی است که بهزیستی ذهنی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس، از آنجایی که بهزیستی ذهنی را در نظر می‌گیرد، اصطلاح دیگری برای سلامت ذهنی به‌شمار می‌رود [۴۰]. این شاخص به دلیل تک‌بعدی و کوتاه‌بودن و کاربرد وسیع جهانی آن، شاخصی کلی از بهزیستی است که از مزایای وجود بعد کلی برای یک مقیاس، سهولت در تفسیر و بالا بودن ثبات درونی آن می‌باشد، محدود بودن گویه‌های یک مقیاس، مشروط به برخورداری از بعدی کلی و همگنی گویه‌های آن، موجب افزایش ثبات درونی مقیاس شده [۴۱]. استفاده آن را برای کاربران آن تسهیل و ترغیب می‌کند. این پژوهش با هدف بررسی خصوصیات روان‌سنجی این ابزار صورت گرفت. نتایج نشان داد که همسانی درونی بین گویه‌های مقیاس بالا است و مقیاس در اندازه‌گیری بهزیستی افراد، از پایایی مناسبی برخوردار است. نتایج حاکی از تک‌بعدی بودن مقیاس است که موجب سهولت در استفاده از آن در موقعیت‌های مختلف بالینی و عمومی می‌شود. نتایج مطالعه وارنیک و همکاران [۲۹] (۲۰۰۸) نیز موید این یافته است. در پژوهش‌های مختلف [۲۶،۴۲] نیز که بر روی افراد جوان و بزرگسال انجام شد، این مقیاس به عنوان یک مقیاس تک‌عاملی شناخته شد، این به این معناست که نمرات حاصل از گویه‌ها می‌تواند طیفی از فقدان بهزیستی تا بالاترین سطح قابل تصور از بهزیستی را برای فرد مشخص نماید. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تمامی گویه‌های شاخص بهزیستی از بار عاملی بالایی برخوردار بوده، با توجه به ارزش به‌دست‌آمده از شاخص‌های مختلف برازندگی، اعتبار

بالایی دارد. نتایج نشان داد که نمرات این شاخص با نمرات مقیاس شادکامی آکسفورد، همبستگی معنی‌دار مثبت و با نمرات مقیاس افسردگی بک همبستگی منفی معنی‌داری دارد که بیانگر روایی همگرایی و واگرایی مناسب این شاخص در ارزیابی بهزیستی دانشجویان است. این مقیاس توسط متخصصین مختلف در زمینه مرتبط با کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفته است. طی پژوهشی با هدف ارزیابی ۸۵ پرسشنامه مختلف مرتبط با این حوزه صورت گرفت، ۲۰ مقیاس از روایی بالینی قابل قبولی برخوردار بودند که شاخص بهزیستی پنج سوالی سازمان بهداشت جهانی در زمره مقیاس‌های دارای روایی بالا قرار می‌گرفت [۴۳]، به طوری که در غربالگری افسردگی در بیماران دارای سرطان سینه، از لحاظ بالینی موفق بوده است. این مقیاس، علاوه بر روایی بالینی، روایی پیش‌بین مناسبی در پژوهش‌ها [۴۴] نشان داده است، به‌گونه‌ای که در پیش‌بینی میزان مرگ و میر در افرادی که نمره کم‌تر از ۵۰ گرفته بودند، نسبت به افراد با نمره بالاتر از ۵۰، به‌طور معنی‌داری موفق عمل نمود.

بطور کلی پایایی و روایی مناسب شاخص بهزیستی سازمان بهداشت جهانی همراه با ویژگی خلاصه‌بودن، تک‌بعدی بودن و سادگی و سهولت در اجرا باعث می‌شود که این شاخص، ابزاری مفید برای استفاده در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی باشد. این شاخص، یک ابزار خودگزارش‌دهی کارآمد در اندازه‌گیری میزان بهزیستی افراد است. نمرات حاصل از این شاخص می‌تواند تصویری خلاصه از میزان سلامت فرد طی یک‌ماه گذشته فراهم آورد، که همراه با اطلاعات حاصل از سایر منابع اطلاعاتی می‌تواند مبنایی برای تصمیم‌گیری در خصوص سلامتی و بهزیستی افراد باشد. نتایج مطالعات [۲۸،۳۰،۳۳،۲۳،۳۱] نیز تایید می‌کنند که این ابزار، شاخص خوبی در ارزیابی و تشخیص سلامت و بهزیستی روانی می‌باشد.

این ابزار به عنوان شاخص مرتبط با بیماری، در درون نظام طبقه‌بندی بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی برای موقعیت‌های مزمن پزشکی، اختلالات بیولوژیکی یکپارچه، ناتوانی‌هایی اجتماعی و معلولیت‌های ذهنی شناخته شده است [۴۴]. طبق مطالعه تاپ و همکاران [۲۳] این مقیاس در ۳۴ پژوهش در زمینه غددشناسی، در ۲۹ پژوهش برای

Patients. *Health Psychol.* 2013; 1 (4): 30-41. [Persian].

8- Bech P. Applied psychometrics in clinical psychiatry: the pharmacopsychometric triangle. *Acta Psychiatr Scand.* 2009; 120:400-9.

9- Şimşek Ö. An Intentional Model of Emotional Well-Being: The Development and Initial Validation of a Measure of Subjective Well-Being. *J Happiness Stud.* 2011; 12(3): 421-42.

10- Selai C. E. Trimble M. R. Rossor M. N. & Harvey R. J. Assessing quality of life in dementia: Preliminary psychometric testing of the Quality of Life Assessment Schedule (QOLAS). *Neuropsychol Rehabil.* 2001; 11(3/4): 219-43.

11- Hawthorne G. Richardson J. Osborne R. The Assessment of Quality of Life (AQoL) instrument: a psychometric measure of Health-Related Quality of Life. *Qual Life Res.* 1999; 8(3): 209-24.

12- Raphael D. Brown I. & Renwick R. Psychometric Properties of the Full and Short Versions of the Quality of Life Instrument Package: results from the Ontario province-wide study. *Int J Disabil Dev Educ.* 1999; 46(2): 157-68.

13- van Nieuwenhuizen Ch. Schene A. H. Koeter M. W. J. & Huxley P. J. The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001; 36 (1): 36.

14- Joseph S. The Psychological Well-Being-Post-Traumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ): Reliability and validity. *Psychol Trauma.* 2012; 4(4): 420-28.

15- Gaston J. E. & Vogl L. Psychometric properties of the General Well-Being Index. *Qual Life Res.* 2005; 14 (1): 71-75.

16- Taylor J. E. Carlos Poston I. W.S. Keith Haddock C. Blackburn G.L. Heber D. Heymsfield S.B. & Foreyt J. P. Psychometric characteristics of the General Well-Being Schedule (GWB) with African-American women. *Qual Life Res.* 2003; 12(1): 31.

17- Clarke M. İslam S. M. N. & Paech S. Measuring Australia's well-being using hierarchical needs. *J Socio Econ.* 2006; 35(6): 933-94.

18- Bayani A. Mohammad Koochekya A. Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2008; 14 (2): 146-51. [Persian].

19- Bech, P. *Clinical psychometrics.* John Wiley & Sons. 2012.

20- Bech P, Olsen LR, & Kjoller, M. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003; 12: 85-91.

مطالعه افسردگی و استرس، در ۲۱ مطالعه برای روان-سنجی‌های بالینی، در ۹ پژوهش در زمینه روان‌پزشکی و مجموعاً ۴۰ مطالعه در زمینه قلب و عروق، انکولوژی، زنان، درد، خودکشی، اطفال، زنان، چشم‌پزشکی، بیماری‌های گوش، گلو و بینی و اقتصاد بهداشت و درمان مورد استفاده قرار گرفته است. کاربرد این شاخص، در مقیاس جهانی در آفریقا (الجزایر و آفریقای جنوبی)، آسیا (بنگلادش، چین، هند، ژاپن، کره جنوبی، سری‌لانکا، تایوان، تایلند)، خاورمیانه (اروپای شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی)، آمریکا (کانادا، ایالات متحده، برزیل و مکزیک)، خاورمیانه (ایران، فلسطین و لبنان) و اقیانوسیه (استرالیا و نیوزلند) به دلیل استفاده از زبان ساده و سراسر آن، و سهولت در ترجمه، حاکی از وجهه بین‌فرهنگی و نایسته بودن این شاخص به فرهنگ می‌باشد [۲۳].

باید توجه داشت که نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر نمونه بهنجار دانشجویان دختر بود و در نتیجه تعمیم نتایج آن گروه‌های بالینی امکان‌پذیر نیست، بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی کارایی بالینی این ابزار برای اهداف تشخیصی و غربال‌گری در گروه‌های مختلف بالینی مورد مطالعه قرار گرفته و حساسیت و ویژگی آن مورد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

1- Ryff C. D. Happiness is everything, or is it Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989; 57(6): 1069-81.

2- Kinderman P. Schwannauer M. Pontin E. & Tai S. The development and validation of a general measure of well-being: the BBCwell-being scale. *Qual Life Res.* 2011; 20 (7):1035-42.

3- Fen C. M. Isa I., Chu C. W. Ling C. & Ling S. Y. Development and Validation of a Mental Wellbeing Scale in Singapore. *Psychology.* 2013; 4(7): 592-606.

4- World Health Organization. The world health report 2001. *Mental Health: New Understanding.* Geneva, World Health Organization. 2001.

5- World Health Organization. *Mental health: Strengthening mental health promotion, WHO Fact Sheets, No. 220.* Geneva, World Health Organization. 2007.

6- Michaeli Manee F. The Study of Ryff Psychological Well-being Scale Factorial Structure between Urmia University Students. *J Psychol Tabriz Univ.* 2010; 5(18): 145-66. [Persian].

7- Rajabi Gh. Validity and Reliability of the Persian Version of the Mental Well-Being Scale in Cancer

- screening depressive symptoms in patients with type 2 diabetes. *Acta diabetologica*. 2013; 50(2): 117-21.
- 32- De Wit M. Pouwer F. Gemke R. J. Delemarre-van de Waal H. A. & Snoek F. J. Validation of the WHO-5 Well-Being Index in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes care*. 2007; 30(8): 2003-6.
- 33- Bech P. Subjective positive well-being. *World Psychiatry*. 2012; 11(2): 105-6.
- 34- McDowell I. Measures of self-perceived well-being. *J Psychosom Res*. 2010; 69 (1): 69-79.
- 35- Christensen K.S. Bech P. & Fink P. Measuring mental health by questionnaires in primary care – unidimensionality, responsiveness and compliance. *Eur Psychiatry Rev*. 2010; 3: 8-12.
- 36- Bech P. Gudex C. Staehr Johansen K. The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom*. 1996; 65:183-90.
- 37- Rajabi Gh. Psychometric Properties of Beck Depression Inventory Short Form Items (BDI-13). *J Iran Psychol*. 2005; 1(4): 291-98. [Persian].
- 38- Hills P. & Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Pers Individ Dif*. 2002; 33: 1071- 82.
- 39- Kline R. B. Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.). New York: The Guilford Press. 2005.
- 40- Jahoda M. Current Concepts of Positive Mental Health. New York, Basic Books Publisher. 1958.
- 41- Washburn. I. J. Rasch Modeling in Family Studies: Modification of the Relationship Assessment Scale. A THESIS submitted to Oregon State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science. 2009.
- 42- Lucas-Carrasco R. Allerup P. Bech P. The validity of the WHO-5 as an early screening for apathy in an elderly population. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012; 2012: 171857.
- 43- Hall T. Krahn GL. Horner-Johnson W. Lamb G. Rehabilitation Research and Training Center Expert Panel on Health Measurement: Examining functional content in widely used Health-Related Quality of Life scales. *Rehabil Psychol*. 2011; 56: 94-9.
- 44- Hoffman CJ. Ersser SJ. Hopkinson JB. Nicholls PG. Harrington JE. Thomas PW. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2012; 30: 1335-42.
- 45- World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva, World Health Organization. 1980.
- 21- Henkel V. Mergl R. Kohnen R. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*. 2003; 326: 200-1.
- 22- Staehr J. K. The use of well-being measures in primary health care – the DepCare project; in World Health Organization, Regional Office for Europe: Well-Being Measures in Primary Health Care – the Dep Care Project. Geneva, World Health Organization. 1998. Target 12, E60246.
- 23- Topp C. W. Østergaard S. D. Søndergaard S. & Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychother Psychosom*. 2015; 84(3): 167-176.
- 24- Krieger T. Zimmermann J. Huffziger S. Ubl B. Diener C. Kuehner C. & Holtforth M. G. Measuring depression with a well-being index: Further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression. *J Affect Disord*. 2014; 156: 240-244.
- 25- Allgaier A. K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glöckner, J., & Schulte-Körne, G. Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *Gen Hosp Psychiatry*. 2012; 34(3): 234-41.
- 26- Blom EH. Bech P. Hogberg G. Larsson JO. Serlachius E. Screening for depressed mood in an adolescent psychiatric context by brief selfassessment scales – testing psychometric validity of WHO-5 and BDI-6 indices by latent trait analyses. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10: 149.
- 27- Henkel V. Mergl R., Kohnen R. Allgaier A.K. Möller H.-J. Hegerl U. Use of brief depression screening tools in primary care: consideration of heterogeneity in performance in different patient groups. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26: 190-98.
- 28- Awata S. Bech P. Koizumi Y. Seki T. Kuriyama S. Hozawa, A. & Tsuji I. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *Int Psychogeriatr*. 2007; 19(01): 77-88.
- 29- Varnaik, A., Kolves, K., Konstablel, K., Wasserman, D. & Sisask, M. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008; 62 (6): 431-35.
- 30- Allgaier A. K. Kramer D. Saravo B. Mergl R. Fejtкова S. & Hegerl U. Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO-Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013; 28(11): 1197-204.
- 31- Furuya M. Hayashino, Y. Tsujii S. Ishii H. & Fukuhara S. Comparative validity of the WHO-5 Well-Being Index and two-question instrument for

An Investigation into Psychometric Properties of Persian Version of World Health Organization Five Well-being Index

Dehshiri, Gh. *Ph.D., Mousavi, S. F. Ph.D.

Abstract

Introduction: Prevalence of positive approach to health and mental health has caused more researchers' attention to use measures based on this approach. One of these measures is World Health Organization Five Well-being Index. This study aimed to evaluate psychometric properties of Persian version of WHO-5 Well-being Index.

Method: The research method was descriptive and correlation. The study sample included 498 university students who were selected voluntary and responded to World Health Organization Five Well-being Index, Beck Depression Inventory and Oxford Happiness Questionnaire (OHQ-SF).

Results: Results of exploratory & confirmatory factor analysis showed that factor structure of WHO-5 Well-Being Index was unidimensional. The internal consistency of World Health Organization Five Well-being Index's items was high and its Cronbach's alpha was 0.89 also test-retest coefficient of index was 0.82. Significant correlation between WHO-5 Well-Being Index's scores with Oxford Happiness Questionnaire's scores indicate good convergent validity (0.57) and also demonstrate appropriate divergence with Beck Depression Inventory's scores validity (-0.61). Generally, results showed that WHO-5 Well-Being Index is valid and reliable instrument to measure normal people's subjective well-being and quality of life.

Conclusion: Using of WHO-5 Well-Being Index is reliable independent of culture, unidimensional and short to assess subjective well-being that facilitates clinical and research studies in different medical, psychiatric and psychological fields.

Keywords: Well-being, psychometric, World Health Organization, WHO-5

*Correspondence E-mail:
dehshiri.ghr@alzahra.ac.ir