

بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع

Examining the Factor Structure of the Keyes' Comprehensive Scale of Well-being

Mohsen Joshanloo

Postgraduate student
University of Tehran

Reza Rostami, PhD

University of Tehran

دکتر رضا رستمی

دانشگاه تهران

محسن جوشن‌لو

دانشجوی کارشناسی ارشد
دانشگاه تهران

Masoud Nosratabadi

Postgraduate student
University of Allameh Tabatabaee

مسعود نصرت‌آبادی

دانشجوی کارشناسی ارشد
دانشگاه علامه طباطبائی

Abstract

The factor structure of a comprehensive scale of the mental health symptoms, measured by Keyes (2002, 2005), was examined. 88 male and 117 female students of Tehran University completed two, six, and five subscales respectively of emotional, psychological, and social well-being. The mental health scale consisted of 13 subscales measuring hedonic (i. e., emotional well-being) and eudemonic (i. e., psychological and social well-being) aspects of well-being. Emotional, psychological, and social well-being factors emerged after executing an exploratory factor analysis. Confirmatory factor analysis also tested five theoretical models of 13 mental health symptoms including independent, one factor, three uncorrelated factors, three correlated factors model, and this correlated factors with cross loading. Both exploratory and confirmatory factor analysis confirmed that the three correlated factors model of mental health symptoms is the best fitted model for explaining the present data.

Key words : complete mental health model, emotional well-being, psychological well-being, social well-being.

Correspondence concerning this article should be addressed to Mohsen Joshanloo, Department of Educational Science and Psychology, University of Tehran, Electronic mail may be send to : mjoshanloo@yahoo.com

چکیده

ساختار عاملی مقیاس جامع نشانه‌های سلامت روانی کیز (۲۰۰۵، ۲۰۰۰) که شامل ۱۳ زیر مقیاس اندازه‌گیری جنبه‌های لذت‌جویانه (برای مثال بهزیستی هیجانی) و فضیلت‌گرایانه (برای مثال بهزیستی اجتماعی و روانشناختی) است، بررسی شد. ۸۸ دانشجوی پسر و ۱۱۷ دانشجوی دختر دانشگاه تهران، به ترتیب ۲، ۶ و ۵ زیر مقیاس بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی را تکمیل کردند. عوامل بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی براساس تحلیل عاملی اکتشافی استخراج شدند. تحلیل عاملی تأییدی نیز ۵ مدل فرضی از ۱۳ نشانه سلامت روانی، مشتمل بر مدل مستقل، تک عاملی، سه عاملی ناهمبسته، سه عاملی همبسته و سه عاملی همبسته با بار مشترک را بررسی کرد. تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، نشان داد که مدل سه عاملی همبسته نشانه‌های سلامت روانی، بهترین مدل برازش شده برای تبیین داده‌های حاضر است.

واژه‌های کلیدی : مدل سلامت روانی کامل، بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی.

مقدمه

سازمان سلامت جهانی (WHO^۱، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴) سلامت را به عنوان «حالتی از بهزیستی^۲ کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی، و نه صرفاً غیاب بیماری» تعریف می‌کند. این سازمان سلامت روانی را نیز به عنوان: «... حالتی از بهزیستی که در آن فرد تواناییهای خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار آید، به نحو پرمهر و مولدی کار کند، و برای اجتماع خویش مفید باشد» تعریف می‌کند.

به‌رغم تأکید تعاریف فوق بر مسایل مثبت، غالباً متخصصان سلامت به قدری بر مشکلات افراد دچار بیماری متمرکزند که نیازهای افراد سالم را فراموش می‌کنند. به بیان دیگر، مراکز سلامت روانی به جای توجه به جنبه‌های مثبت سلامت، بیشتر درگیر مهار و درمان بیماریهای روانی‌اند (پیلگریم، ۱۹۹۷). در واقع آنچه از سلامت روانی در اذهان جاافتاده یک مفهوم روانپزشکی است، که فرد را از لحاظ روانشناختی، بیمار یا سالم می‌پندارد. چنین موضعی بر مبنای این مفروضه آزمون نشده قرار دارد که بیماری و سلامت روانی دو قطب پایانی یک پیوستار واحد را تشکیل می‌دهند.

کیز (۲۰۰۵) غلبه این روی‌آورد^۳ را به سه علت نسبت می‌دهد: اول این که به هنگام تأسیس مؤسسه ملی سلامت روانی در آمریکا (و سایر کشورها)، حوزه آسیب‌شناسی روانی، در مقایسه با مفهوم سازه‌های مثبت سلامت روانی در ادبیات روانشناختی، از زاویه تجربی رشدیافته‌تر بود. دوم، شواهد متعددی حکایت از این داشتند که افراد فاقد بیماری روانی (مانند افسردگی)، در مقایسه با مبتلایان، دارای کنش‌وری^۴ و باروری بهتری بودند (گرینبرگ، استیگلین، فینکل اشتاین و برنند، ۱۹۹۳). سومین دلیل، وجود شواهد قانع‌کننده حاکی از اهمیت مسأله بیماریهای روانی در حوزه سلامت عمومی است؛ میزان شیوع بیماریهای روانی، احتمال عود آنها در طول زندگی، هزینه‌های سنگین درمان و پیامدهای وخیم حاصل از آنها به اندازه‌ای جدی هستند که باعث

شده‌اند توجه برنامه‌ریزان و متخصصان کاملاً معطوف به بیماریهای روانی شود و سلامت روانی عملاً توجه در خور و کافی را دریافت نکند (کیز و لوپز، ۲۰۰۲).

اما نکته حائز اهمیت این است که با وجود وخامت مسأله بیماریهای روانی، دلایل تجربی بسیاری تأکید بیش از حد بر این دیدگاه را به چالش کشیده‌اند؛ نخست این که مسأله بیماریهای روانی این واقعیت را که عده کثیری از افراد سالانه از ابتلا به اختلال روانی در امان هستند تحت‌الشعاع قرار داده است (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴)؛ در حالی که نباید این واقعیت را نادیده گرفت که حدود نیمی از جمعیت بزرگسال در طول زندگی خود دچار بیماریهای روانی وخیم نمی‌شوند و حدود ۹۰٪ سالانه از خطر افسردگی مه‌اد در امان هستند (کیز، ۲۰۰۲). دوم این که اگرچه تکیه بیش از حد بر الگوی بیماری منجر به پیشرفتهایی در شیوه‌های دارودرمانگری و روان‌درمانگری شده است، اما اکثر این درمانها کم‌دوام و دارای اثربخشی محدودی هستند و افراد، خانواده‌ها و جوامع همچنان در معرض آسیبهای ناشی از بیماریهای روانی قرار دارند. این سخن بدین معناست که تخصیص سرمایه‌های هنگفت به بررسی علت‌شناسی^۵ و درمان اختلالهای روانی، شیوع بیماریها را کاهش نداده و منجر به تسکین درد و رنج بشر نشده است (کیز و لوپز، ۲۰۰۲). در نهایت اینکه، میزان سلامت و باروری زندگی افرادی که مبتلا به بیماریهای روانی نیستند، مشابه نیست و الزاماً زندگی بارورتر و سالمتری در مقایسه با بیماران روانی ندارند. برای مثال، در بین کسانی که دچار بیماریهای روانی نیستند، آن گروهی که از سطوح بهزیستی بالایی برخوردارند نسبت به گروهی که از سطوح بهزیستی پایینتری برخوردارند، کمتر دچار بیماریهای قلبی - عروقی می‌شوند (کیز، ۲۰۰۴). چنین یافته‌هایی بر لزوم گسترش پژوهشها و ضرورت در نظر گرفتن سلامت روانی، در کنار بیماریهای روانی، به عنوان یک متغیر پیش‌بینی‌کننده قدرتمند صحت می‌گذارند.

به طور خلاصه، به رغم اهمیت مسأله بیماریهای

بسیاری از روانشناسان نیز آموزه‌های این سنت را در جهت‌دهی و طراحی پژوهش‌های تجربی در حوزه بهزیستی پذیرفته‌اند. دیدگاه غالب روانشناسان لذت‌گرا آن است که بهزیستی برابر با شادکامی فاعلی^{۱۳} و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. می‌توان چنین برداشتی از بهزیستی را بهزیستی هیجانی نامید*.

بهزیستی هیجانی شامل تعدادی از نشانه‌های بیانگر وجود یا فقدان احساسهای مثبت نسبت به زندگی است. بهزیستی هیجانی را می‌توان از طریق سه مقیاس ساخت یافته وجود عواطف مثبت (مانند شادی و سرخالی)، فقدان عواطف منفی (مانند اضطراب و ناامیدی) و رضایتمندی از زندگی، سنجید (کیز، ۲۰۰۲).

با وجود ماهیت جذاب لذت‌گرایی، که بهزیستی را به معنای به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد تلقی می‌کند، جمع‌کنندگی از متفکران شرق و غرب، مخالفت خود را با این برداشت از بهزیستی اعلام کرده‌اند (انگ و دیگران، ۲۰۰۳). از جمله ارسطو که صراحتاً با برداشت لذت‌گرایانه از بهزیستی مخالفت می‌کند و سبک زندگی پیشنهادی این سنت را برده‌وار و مشابه زندگی حیوانات می‌داند (واترمن، ۱۹۹۳) و یا حضرت مسیح که این سؤال را مطرح می‌کند: «فردی که روح خود را می‌بازد و در عوض تمام دنیا به او بخشیده می‌شود، چه سودی می‌برد؟» در ازای برابر دانستن بهزیستی با شادکامی و لذت، این اندیشمندان آن را با فضیلت^{۱۴} برابر می‌گیرند. نظریات مبتنی بر فضیلت‌گرایی بر این باورند که ارضای امیال، به‌رغم ایجاد لذت، همواره بهزیستی را در پی ندارد و در نتیجه، بهزیستی نمی‌تواند صرفاً به معنای تجربه لذت باشد (راین و دسی، ۲۰۰۱).

بسیاری از روانشناسان در تعریف بهزیستی این

روانی، براساس دلایل سه‌گانه فوق‌زمان آن رسیده که نگرش حاکم بر سیاست‌گذاری و سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت روانی تغییر کند و دیدگاه‌های مثبت‌تری بر اذهان مردم و متخصصان حاکم شوند. خوشبختانه ادبیات روانشناختی از توجه به جنبه‌های مثبت سلامت روانی غافل نمانده است. از مدت‌ها پیش این علم علاقه‌مند به کشف عواملی بوده است که کنش‌وری مثبت روانشناختی را به ارمغان می‌آورد (ریف و سینگر، ۲۰۰۲). روانشناسان بزرگی مانند جیمز^{۱۵}، راجرز^{۱۶}، مزلو^{۱۷}، فروم^{۱۸}، فرانکل^{۱۹} و یونگ^{۲۰} برداشتهای مثبتی از شخصیت سالم و کنش‌وری مثبت به‌دست داده‌اند. در بطن جنبش نوین روانشناسی مثبت‌نگر نیز پژوهشگران برجسته‌ای چون سلیگمن و چیکسنت‌میهایلی (۲۰۰۰)، ریف و سینگر (۱۹۹۸) و کیز (۲۰۰۲) بر لزوم در نظر گرفتن جنبه‌های مثبت بشر و مفهوم بهزیستی در تعریف سلامت روانی تأکید کرده‌اند. در کشور ما نیز لزوم انجام تحقیقات بیشتری با توجه به جنبه‌های مثبت سلامت روانی احساس می‌شود.

از دیدگاه راین و دسی (۲۰۰۱)، دو روی‌آورد اصلی در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت‌گرایی^{۲۱} و فضیلت‌گرایی^{۲۲}. برابر دانستن بهزیستی با خوشی لذت‌گرایانه^{۲۳} یا شادکامی^{۲۴} پیشینه‌ای طولانی دارد. برای مثال اپیکور^{۲۵}، فیلسوف یونانی، بر این باور بود که لذت هدف اصلی زندگی است. لذت‌گرایی فلسفی وی توسط اندیشمندان متعددی دنبال شد؛ از جمله توماس هابز^{۲۶}، فیلسوف انگلیسی، که معتقد بود شادکامی محصول تحقق موفقیت‌آمیز امیال است. یا جان استوارت میل^{۲۷}، فیلسوفی که معتقد بود عمل درست عملی است که به ارتقای سطح شادکامی در فرد منجر می‌شود (انگ، هو، وانگ و اسمیت، ۲۰۰۳).

1. James, W.
2. Rogers, C.
3. Maslow, A.
4. Fromm, E.
5. Frankl, V.

6. Jung, C.
7. Hedonism
8. Eudemonism
9. Hedonic pleasure
10. Happiness

11. Epicor
12. Hobbes, T.
13. Stuart Mill, J.
14. subjective happiness
15. Virtue

* گروهی از محققان (مانند دینر، لوکاس و اویشی، ۲۰۰۲؛ دینر، ساه، لوکاس و اسمیت، ۱۹۹۹؛ لوکاس و دینر، ۲۰۰۴) عنوان «بهزیستی شخصی» را برای این برداشت بر می‌گزینند. اما کیز عنوان بهزیستی فاعلی را به نحو گسترده‌تری به کار می‌گیرد. از دید وی بهزیستی شخصی صرفاً شامل بعد هیجانی بهزیستی نیست و دو بعد دیگر آن، یعنی بهزیستی روانشناختی و اجتماعی، را نیز در بر می‌گیرد. برای روشن شدن مطلب ادامه مقاله را مطالعه نمایید.

بهزیستی به نحو مطلوب و کامل پوشش داده نشده است. کیز (۱۹۹۸) با توجه به این نکته یادآور می‌شود که در انجام پژوهشها در حوزه بهزیستی نباید تقسیم‌بندی زندگی بشر به دو بُعد خصوصی^۷ و عمومی^۸ را فراموش کرد؛ چنانچه روانشناسی اجتماعی نیز بر تمایز بین این دو بُعد زندگی بشر صحنه گذاشته است.

به‌رغم اهمیت این تمایز، مفهوم‌سازیهایی پیش‌تاز در مورد کنش‌وری مثبت بشر (دو سنت ذکر شده)، بهزیستی را به‌عنوان پدیده‌ای اساساً خصوصی به تصویر کشیده‌اند. این در حالی است که انسان توسط ساختارهای اجتماعی و جوامع گوناگون احاطه شده و هر روز با تکالیف و چالشهای اجتماعی بیشماری دست به‌گریبان است. بنابراین کیز معتقد است در کنار جنبه‌های شخصی بهزیستی، نمی‌توان از جنبه اجتماعی آن غافل شد. سازمان بهداشت جهانی نیز با تعریف خود از سلامت به‌عنوان «حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی» بر بُعد اجتماعی سلامت تأکید می‌کند (WHO، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴). در نتیجه برای فهم جامع و کامل سلامت روانی، دانشمندان اجتماعی باید درصدد تحقیق و بررسی بُعد اجتماعی آن برآیند و از این طریق به پُرکردن خلاء موجود در نظریه‌های بهزیستی بپردازند. در این راستا کیز (۱۹۹۸) مفهوم بهزیستی اجتماعی را مطرح کرده است.

بهزیستی اجتماعی بیانگر یک پدیده اساساً عمومی (در مقابل خصوصی) است که بر تکالیف اجتماعی که بشر در دل ساختارهای اجتماعی و جوامع با آنها مواجه است متمرکز می‌شود (کیز و ماجیارمو، ۲۰۰۳). بهزیستی اجتماعی به‌عنوان گزارش شخصی فرد در مورد کیفیت روابطش با افراد دیگر، محله‌ای که در آن زندگی می‌کند و جامعه‌اش تعریف می‌شود. کیز ابعاد عملیاتی بهزیستی اجتماعی را با نظر به الگوی سلامت^۹ (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴) و آموزه‌های جنبش روانشناسی مثبت‌گرا مطرح می‌کند. این ابعاد که هر یک منعکس‌کننده چالشهایی

موضع‌گیری را برگزیده‌اند و در حال اجرای پژوهشهایی در حوزه بهزیستی بر اساس آموزه‌های سنت فضیلت‌گرایی هستند. ریف (۱۹۸۹) به تفاوت‌های بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانشناختی (که نظریه‌پردازان فضیلت‌گرا طرفدار دومی هستند)، اشاره می‌کند. این مؤلف عقیده دارد که بعضی از جنبه‌های کنش‌وری بهینه، مانند تحقق هدفهای فردی، متضمن قانونمندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه‌مدت باشد. بنابراین بهزیستی را نباید، ساده‌نگرانه، معادل با تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست؛ در عوض بهزیستی در برگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه واقعی فرد است. ریف و کیز (۱۹۹۵) مؤلفه‌های سازنده بهزیستی روانشناختی را در برگیرنده شش عامل دانسته‌اند: خود پیروی^۱ (احساس خود تعیین‌کنندگی و استقلال؛ توانایی مقاومت در مقابل فشارهای اجتماعی که طرز فکر یا عمل خاصی را بر فرد تحمیل می‌کنند؛ ارزیابی خود با معیارهای شخصی)، سلطه بر محیط^۲ (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیچیده اطراف؛ انتخاب یا ایجاد روابط شخصی مناسب)، رشد شخصی^۳ (داشتن احساس رشد مداوم و پتانسیل آن؛ پذیرا بودن نسبت به تجربه‌های جدید؛ احساس کارآمدی و دانایی روزافزون)، روابط مثبت با دیگران^۴ (داشتن روابط گرم، رضایتبخش و توأم با اطمینان؛ توجه به خوشبختی دیگران؛ توانایی همدلی، صمیمیت و مهربانی)، هدفمندی در زندگی^۵ (داشتن هدف و جهت‌گیری در زندگی و این که فرد احساس کند زندگی گذشته‌اش معنایی دارد؛ اعتقاد به باورهایی که به زندگی جهت می‌دهند) و پذیرش خود^۶ (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود؛ پذیرفتن جنبه‌های متفاوت خود؛ داشتن احساس مثبت در مورد زندگی گذشته).

با کمی دقت در مؤلفه‌های سازنده بهزیستی که توسط دو سنت فوق در جهان روانشناسی به تصویر کشیده شده‌اند، می‌توان فهمید که به همه جنبه‌های

1. autonomy

2. environmental mastery

3. personal growth

4. positive relations with others

5. purpose life

6. self-acceptance

7. private

8. public

9. health model

هیجانی و روانشناختی از وضوح کمتری برخوردارند. مع‌هذا باید توجه داشت که مقیاس‌های بهزیستی هیجانی غالباً رضایتمندی و عواطف مثبت فرد نسبت به زندگی کلی را می‌سنجند و بندرت به رضایتمندی و عواطف مثبت نسبت به جنبه‌های زندگی اجتماعی می‌پردازند. همچنین، ابعاد بهزیستی روانشناختی نیز برداشتهای درون‌شخصی در مورد سازگاری فرد با دیدگاهش نسبت به زندگی را منعکس می‌کنند. صرفاً یکی از شش مقیاس بهزیستی روانشناختی - روابط مثبت با دیگران - نشانگر توانایی فرد در ایجاد و نگهداری روابط بین شخصی صمیمانه و توأم با اطمینان است (کیز، ۲۰۰۲). نباید فراموش کرد که سازش‌یافتگی فرد با زندگی در عین حال شامل جنبه‌های بهزیستی اجتماعی نیز هست. تحلیل‌های عاملی انجام شده نشان می‌دهند که مقیاس‌های سلامت روانی سه عامل همبسته اما متمایز را تشکیل می‌دهند: بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸). کیز معتقد است پژوهشگران تا به حال برداشتی جامع از سلامت روانی را مورد بررسی قرار نداده‌اند و صرفاً به جنبه‌های گوناگون بهزیستی (که وی آنها را نشانه‌های سلامت روانی می‌داند) که پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی هیجانی، روانشناختی یا اجتماعی‌اند، پرداخته‌اند (کیز و لویز، ۲۰۰۲).

اما وی دیدگاهی جامع را بر می‌گزیند به نحوی که از دید وی، بهزیستی فاعلی نشانگر ادراکها و ارزیابی‌های فرد از زندگی خود براساس حالت‌های عاطفی و کنش‌وری روانشناختی و اجتماعی دانسته می‌شود. به خوبی مشخص است که این دیدگاه با گسترش تعریف بهزیستی فاعلی، هر سه جنبه بهزیستی را تا حدی در بر گرفته است: هم جنبه عاطفی (بهزیستی هیجانی) و هم جنبه‌های کارکردی (بهزیستی روانشناختی و اجتماعی).

از زاویه تجربی، سلامت روانی و بیماری روانی دو نقطه پایانی یک پیوستار واحد نیستند. تعدادی از شواهدی که کیز در تأیید این موضوع ارائه می‌دهد از این قرار است (کیز، ۲۰۰۲؛ کیز و لویز، ۲۰۰۲؛ کیز، ۲۰۰۳):

هستند که انسان به عنوان موجودی اجتماعی با آن مواجه است بدین قرارند (کیز، ۱۹۹۸):

یکپارچگی اجتماعی^۱: بیانگر ارزیابی فرد از کیفیت رابطه‌اش با اجتماع و جامعه است. افرادی که دارای سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی هستند، به جامعه و اجتماعشان احساس تعلق بیشتری دارند و احساس دارابودن ویژگی‌های مشترک با افراد جامعه در آنها بیشتر است.

پذیرش اجتماعی^۲: بیانگر درک فرد از خصیصه‌ها و ویژگی‌های افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی که دارای سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی هستند، دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می‌کنند و به خوب بودن مردم باور دارند.

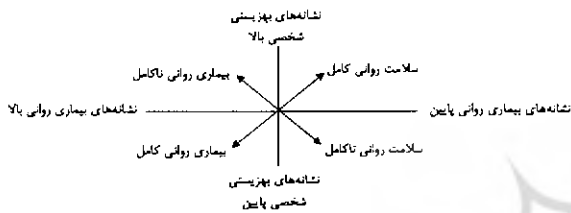
مشارکت اجتماعی^۳: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. افراد واجد سطوح مطلوبی از این بُعد بهزیستی اجتماعی، احساس می‌کنند عضو مهمی از جامعه خود هستند و می‌توانند چیزهای ارزشمندی به جهان ارائه کنند.

شکوفایی اجتماعی^۴: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است؛ به این معنا که فرد احساس کند جامعه در حال تحول است و توانایی شکوفایی از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی را دارد. افراد واجد سطوح مطلوب این بُعد بهزیستی اجتماعی، نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارترند و معتقدند جهان به مکانی بهتر برای همه افراد تبدیل خواهد شد.

درک‌پذیری اجتماع (انسجام اجتماعی)^۵: بیانگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی و شامل علاقه‌مندی و اهمیت به شناخت دنیاست. افراد دارای سطوح مطلوب این بُعد بهزیستی، نه‌تنها به جهانی که در آن زندگی می‌کنند اهمیت می‌دهند، بلکه احساس می‌کنند که می‌توانند حوادث پیرامونشان را درک کنند و مایلند معنای زندگی را بفهمند.

اگرچه این ابعاد بهزیستی اجتماعی می‌توانند نشانگر سلامت روانی فرد باشند، اما در مقایسه با ابعاد بهزیستی

روانشناختی و اجتماعی و در عین حال عدم ابتلا به بیماریهای روانی اخیر را شامل می‌شود. بنابراین بزرگسالانی که به لحاظ روانی سالم‌اند، علائم سرزندگی هیجانی (شادکامی و رضایتمندی بالا) را نشان می‌دهند، از کنش‌وری روانشناختی و اجتماعی خوبی برخوردارند و در نهایت دچار بیماریهای روانی (در طول ۱۲ ماه گذشته) نیستند.



شکل ۱: سلامت روانی و بیماری روانی کامل

سلامت روانی ناگام شرایطی است که در آن فرد دچار بیماریهای روانی است، و واجد سطوح پایین بهزیستی اجتماعی، روانشناختی و هیجانی است. بیماری روانی کامل نشانگانی است که ترکیبی از سطوح پایین نشانه‌های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی است و در عین حال تشخیص بیماری روانی اخیر (مانند افسردگی مهیاد) را شامل می‌شود. بنابراین بزرگسالانی که از لحاظ روانی ناسالم‌اند، نه تنها دارای نشانه‌های متداول افسردگی‌اند بلکه در مورد زندگی‌شان نیز احساس خوبی ندارند و از کنش‌وری روانشناختی و اجتماعی مطلوبی برخوردار نیستند. در مقابل، بزرگسالان دچار بیماری روانی ناگام، به‌رغم ابتلا به بیماری روانی، واجد نشانه‌های کنش‌وری روانشناختی یا اجتماعی، بالا یا متوسط نیز هستند، از احساس رضایتمندی نسبی برخوردارند و احساس شادکامی می‌کنند. از لحاظ مفهومی، بزرگسالانی که دچار سلامت روانی ناگام‌اند، به افرادی شباهت دارند که دچار مشکل سوء‌مصرف مواد هستند اما کماکان حرفه خویش را حفظ می‌کنند.

براساس این الگو، این امکان وجود دارد که برخی از افرادی که دچار بیماری روانی نیستند دارای سطوح پایینی از بهزیستی باشند. کیز چنین شرایطی را با اصطلاح پژمردگی^۲ مشخص می‌کند. در مقابل، شرایط

ابزارهای سنجش بیماریهای روانی (مانند افسردگی) همبستگی منفی اما متوسطی با مقیاسهای بهزیستی شخصی دارند. ریف و کیز (۱۹۹۵) در دو بررسی جداگانه نشان داده‌اند که میانگین همبستگی مقیاسهای بهزیستی روانشناختی با مقیاسهای افسردگی ۰/۵۵- است. همچنین براساس پژوهشهای فریش، کورنل، ویلانیوا و رتزلاف (۱۹۹۲) همبستگی مقیاسها و نشانگرهای رضایتمندی از زندگی و شادکامی (بهزیستی هیجانی) با مقیاسهای افسردگی در حدود ۰/۴۰- تا ۰/۵- است. به‌طور خلاصه، واریانس مشترک بین مقیاسهای رایج افسردگی و بهزیستی شخصی در حدود ۲۵٪ برآورد شده است (کیز، ۲۰۰۳).

تحلیل عاملی تأییدی زیر مقیاسهای مقیاس افسردگی مرکز بررسیهای همه‌گیری‌شناسی^۱ (CESD) و زیر-مقیاسهای بهزیستی روانشناختی، در یک نمونه بزرگسالان آمریکایی نیز از نظریه دو عاملی پشتیبانی می‌کند (کیز و ریف، ۲۰۰۳). به این معنی که بهترین الگوی برازش-کننده داده‌ها، الگوی دو عاملی است؛ زیر مقیاسهای CESD نشانگر عامل پنهانی است که منعکس‌کننده وجود یا فقدان بیماری روانی است و زیر مقیاسهای بهزیستی روانشناختی نشانگر عامل پنهان دومی است که وجود یا فقدان سلامت روانی را برجسته می‌کند. نظر به یافته‌های فوق، می‌توان پشتوانه محکمی برای این دیدگاه نسبتاً قدیمی که سلامت یک حالت کامل است، ارائه داد (کیز، ۲۰۰۲). بر این اساس سلامت روانی به عنوان حالتی کامل تعریف می‌شود که شامل (الف) فقدان بیماریهای روانی و در عین حال (ب) حضور سطوح بالای بهزیستی است.

مدل سلامت روانی کامل (کیز، ۲۰۰۲): مدل سلامت روانی کامل (شکل ۱) دو بعد سلامت روانی و بیماری روانی را ترکیب می‌کند که حاصل چهار حالت است؛ به نحوی که هم سلامت روانی و هم بیماری روانی شامل دو حالت کامل و ناگام‌اند.

سلامت روانی کامل نشانگانی است که ترکیبی از حضور سطوح بالایی از نشانه‌های بهزیستی هیجانی،

می‌گیرد) پاسخگویان به دو زیرمقیاس مربوط به بهزیستی هیجانی با سؤالهایی در مورد وجود عواطف مثبت و رضایتمندی از زندگی و ۱۱ زیرمقیاس مربوط به بهزیستی کارکردی با سؤالهایی که شش زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی و پنج زیرمقیاس بهزیستی اجتماعی را می‌سند، پاسخ می‌دهند. در مجموع این مقیاس شامل ۱۳ زیرمقیاس (دو عدد مربوط به سرزندگی هیجانی و ۱۱ عدد مربوط به کنش‌وری مثبت) است.

روش تشخیص سلامت روانی به وسیله مقیاس فوق مشابه روش تشخیص افسردگی مهاده براساس DSM-IV است. در تشخیص افسردگی مهاده فرد باید بیش از نیمی از نشانه‌ها (حداقل ۵ نشانه از ۹ نشانه) را دارا باشد (و حداقل واجد یکی از نشانه‌های مربوط به دسته عاطفی باشد). به همین ترتیب برای این که فرد در حال پژمردگی تشخیص داده شود نیز باید در یکی از دو مقیاس بهزیستی هیجانی و ۶ مقیاس از ۱۱ مقیاس کنش‌وری مثبت از سطوح پایینی برخوردار باشد.

تشخیص شکوفایی فرد نیز مستلزم داشتن سطوح بالایی در حداقل یکی از دو مقیاس بهزیستی هیجانی و شش مقیاس از ۱۱ مقیاس کنش‌وری مثبت است و نهایتاً افراد فاقد شکوفایی و پژمردگی، از سلامت نسبی برخوردارند.

در نبود ملاکهای مشخص برای تشخیص سطح نشانه^۲ (ملاک تشخیص یک نشانه افسردگی براساس DSM-IV حضور آن به مدت حداقل ۲ هفته به صورت دائم یا اکثر اوقات است)، کیز استفاده از دسته‌بندی سه‌گانه مقیاس^۴ را به عنوان یک ملاک مشخص در تشخیص سلامت روانی پیشنهاد می‌کند؛ در این روش کسانی که نمره‌شان در یک سوم پایین نمره‌های کل نمونه واقع می‌شود، به عنوان افرادی که در یک زیر مقیاس از سطح پایینی برخوردارند، تلقی می‌شوند. با به کارگیری این روش، سطح نشانه وابسته به نمره سایر افراد نمونه به صورت قراردادی مشخص می‌شود (کیز، ۲۰۰۲). در مقاله حاضر سعی شد به بررسی الگوی سلامت

کسانی را که دچار بیماری روانی نیستند و در عین حال از سطوح بالایی از بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی برخوردارند، شکوفایی^۱ می‌نامد.

افراد در حال پژمردگی از ناامیدی خاموشی رنج می‌برند که ثمره فقدان معنا، هدف و هر چیز مثبت دیگری در زندگی‌شان است. پژمردگی یک عارضه نادیده گرفته شده است که در اصل نقطه مقابل سلامت روانی است. افراد در حال پژمردگی ساکن، خالی و پوچ هستند، اما افراد در حال شکوفایی برای زندگی شور و اشتیاق دارند و به صورت فعال و مولد درگیر جامعه و افراد دیگر می‌شوند (کیز، ۲۰۰۳).

سلامت روانی، مانند بیماری روانی، باید به عنوان نشانگانی متشکل از نشانه‌های مختلف در نظر گرفته شود (کیز، ۲۰۰۳). به بیان دیگر در سلامت نیز مانند بیماری، گاهی مجموعه‌ای از نشانه‌ها با شدت خاص و در دوره زمانی خاصی حضور می‌یابند (کیز، ۲۰۰۲). بنابراین، برای مطالعه سلامت روانی، پژوهشگران باید به سوی عملیاتی کردن سلامت روانی به عنوان نشانگانی که در برگیرنده نشانه‌های بهزیستی شخصی است، گام بردارند.

از لحاظ مفهومی و تجربی، مقیاسهای بهزیستی به دو دسته تقسیم می‌شوند: مقیاسهای بهزیستی هیجانی که سرزندگی هیجانی را مورد سنجش قرار می‌دهند و مقیاسهای بهزیستی کارکردی که مجموعه‌ای از نشانه‌های روانشناختی و اجتماعی کنش‌وری مثبت را مورد سنجش قرار می‌دهند. این تقسیم‌بندی نشانه‌های سلامت روانی مشابه تقسیم‌بندی نشانه‌های تشخیص افسردگی مهاده در DSM-IV است. افسردگی مهاده شامل نشانه‌های عاطفی شامل خلق افسرده یا بی‌لذتی^۳ (مانند لذت نبردن از فعالیتها) و نشانه‌های مربوط به کژکنشی (مانند بی‌خوابی یا کم‌خوابی) است (کیز، ۲۰۰۲).

در مقیاس جامعی که کیز با توجه به تعریف خود از بهزیستی شخصی برای سنجش این مفهوم پیشنهاد می‌کند (که در تحقیق حاضر نیز مورد بررسی قرار

روانی کامل و مشخصه‌های آماری مقیاس جامع بهزیستی پیشنهادی کیز در یک نمونه دانشجویی ایرانی پرداخته شود.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر، مجموع دانشجویان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دانشکده‌های دانشگاه تهران بود. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۵ دانشجو (۱۱۷ دختر و ۸۸ پسر) با میانگین سنی ۲۱/۴ بود. این نمونه دانشجویی با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین دانشجویان دانشکده‌های دانشگاه تهران انتخاب شد.

برای سنجش بهزیستی از مقیاسهای بهزیستی شخصی که کیز طی سالهای اخیر (کیز ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۳ و ۲۰۰۵) در تحقیقات خود به کار برده است، استفاده شد. این مقیاس خود از سه بخش بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی تشکیل شده است.

به منظور سنجش بهزیستی هیجانی دو مقیاس به کار گرفته شد: مقیاس تک ماده‌ای رضایتمندی کلی از زندگی و مقیاس ۶ ماده‌ای عواطف مثبت. مقیاس رضایتمندی از زندگی با یک سؤال از پاسخ‌دهندگان می‌خواهد تا با انتخاب یکی از اعداد ۰ تا ۱۰ (اصلاً راضی نیستم و ۱۰ = خیلی رضایت دارم) مشخص کنند که این روزها به طور کلی چقدر از وضع زندگی خود راضی هستند. اگرچه مقیاسهای تک ماده‌ای رضایتمندی از زندگی مشخصه‌های آماری ضعیف‌تری نسبت به مقیاسهای چند ماده‌ای نشان می‌دهند با این وجود پژوهشهای موجود به نتایج نویدبخشی در مورد این مقیاسها منتهی شده‌اند. از این مقیاسها بخصوص در مواقعی که استفاده از مقیاسهای طولانی‌تر ممکن نباشد استفاده می‌شود. انواع گوناگونی از مقیاسهای تک ماده‌ای رضایتمندی از زندگی و شادکامی ساخته شده و توسط پژوهشگران به طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته‌اند (اندروز و رابینسون، ۱۹۹۱، دینر، ۱۹۸۴؛ کیز و ماجیارمو، ۲۰۰۳؛ لوکاس و دینر، ۲۰۰۴).

مقیاس عواطف مثبت نیز با ارائه فهرستی از ۶ نشانه عاطفه مثبت در قالب ۶ سؤال (۱- شادی و گشاده‌رویی، ۲- سرحالی و با حوصلگی، ۳- خوشحالی بیش از حد، ۴- آرامش و آسودگی، ۵- رضایتمندی و ۶- سرزندگی و شور و حرارت) از پاسخ‌دهندگان می‌خواهد تا با انتخاب یکی از اعداد ۱ تا ۵ به نحوی که ۱- همیشه، ۲- اکثر اوقات، ۳- بعضی اوقات، ۴- کمی و ۵- هرگز، مشخص کنند که هریک از ۶ نشانه فهرست شده را در طول ۳۰ روز گذشته به چه میزان تجربه کرده‌اند. مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، ۰/۸۵ به دست آمد. برای سنجش بهزیستی روانشناختی از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹) استفاده شد. این مقیاس مشتمل بر ۱۸ ماده برای سنجش ۶ بُعد بهزیستی روانشناختی است که براساس مقیاسی ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای این مقیاس در پژوهش حاضر بین ۰/۴۳ تا ۰/۶۰ بود.

برای سنجش بهزیستی اجتماعی نیز از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸) استفاده شد. فرم کوتاه مقیاس بهزیستی اجتماعی مشتمل بر ۱۵ ماده برای سنجش ۵ بعد بهزیستی اجتماعی است که براساس مقیاسی ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای این مقیاس در پژوهش حاضر بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۶ بود.

به منظور تحلیل یافته‌ها نیز روش تحلیل عاملی اکتشافی^۱، تحلیل‌های همبستگی و تحلیل عاملی تأییدی^۲ (Lisrel8.5) به کار رفت.

یافته‌ها

نتایج حاصل از میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی هر یک از مقیاسهای به کار رفته در پژوهش حاضر در جدول ۱ آمده است. پیش از انجام سایر تحلیلها، کجی و کشیدگی مقیاسها به دقت مورد بررسی قرار گرفت تا چنانچه مقیاسها کجی و کشیدگی زیادی داشته

۱. لازم به ذکر است که هریک از زیر مقیاسهای فرم اصلی بهزیستی روانشناختی شامل ۲۰ سؤال است.

باشند، تبدیلهای^۱ لازم برای تعدیل آنها صورت گیرد. تاباچنیک و فیدل (۱۹۹۶) معتقدند که اگر کجی و کشیدگی مقیاسها کمتر از (۲) باشد، نیازی به تبدیل مقیاسها نیست و ادامه روند تحلیل با این مقیاسها، خللی در نتایج ایجاد نمی‌کند. همانگونه که در جدول ۱ دیده می‌شود، تمام ۱۳ مقیاس مورد مطالعه از کجی و کشیدگی کمتر از (۲) برخوردار بودند.

قبل از انجام تحلیلهای اکتشافی، به منظور بررسی عدم وجود رابطه خطی مشترک چندگانه^۲ بین مقیاسها، ضرایب همبستگی پیرسون بین ۱۳ مقیاس بررسی شد (جدول ۲). از آنجا که تمامی همبستگیها مقداری کمتر از ۰/۸۵ داشتند، بنابراین وجود رابطه خطی مشترک چندگانه بین مقیاسها، رد شد (تاباچنیک و فیدل، ۱۹۹۶). همانگونه که در جدول دیده می‌شود، در برخی از موارد

همبستگی بین زیرمقیاسها معنادار نیست که با توجه به مفروضه عدم همبستگی و یا همبستگی پایین بین زیرمقیاسهای بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی چنین امری مورد انتظار است (کیز و ریف، ۲۰۰۳). مقادیر آلفای کرونباخ به منظور بررسی همسانی درونی^۳ مقیاسها نیز در جدول ۱ ارائه شده‌اند. از آنجا که مقیاس «رضایتمندی از زندگی»، تک سؤالی است، بنابراین مقدار آلفا برای آن گزارش نشده است. قبل از انجام تحلیلهای عاملی اکتشافی و تأییدی، تحلیل سؤال^۴ صورت گرفت. در تحلیل سؤال، موادی از مقیاس که با نمره کل همان مقیاس همبستگی پایین دارند (کمتر از ۰/۳) و نیز آلفای مقیاس را به میزان ۰/۳ (یا بیشتر) کاهش می‌دهند، حذف می‌شوند (تاباچنیک و فیدل، ۱۹۹۶).

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و آلفای کرونباخ مقیاسها

مقیاسها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	آلفای کرونباخ
عواطف مثبت	۱۸/۳۲	۴/۳۲	-۰/۱۹	-۰/۳۶	۰/۸۵
پذیرش خود	۱۴/۶۲	۳/۵	-۰/۵۹	-۰/۰۳	۰/۶
خود پیروی	۱۴/۳۷	۳/۵۹	-۰/۲۸	-۰/۴	۰/۵۷
سلطه بر محیط	۱۴/۴۹	۳/۱۸	-۰/۴۵	۰/۲۵	۰/۴۴
رشد شخصی	۱۶/۳۸	۳/۲۸	-۰/۷۳	۱/۰۳	۰/۵
روابط مثبت با دیگران	۱۵/۶۵	۳/۵۱	-۰/۶۲	-۰/۱۵	۰/۵۵
هدفمندی در زندگی	۱۵/۷	۳/۴	-۰/۷۷	۰/۶۱	۰/۴۳
یکپارچگی اجتماعی	۱۲/۷۸	۳/۸۱	-۰/۲۴	-۰/۴۶	۰/۶۰
پذیرش اجتماعی	۱۰/۲۴	۳/۷۵	-۰/۲۴	-۰/۴۲	۰/۶۵
مشارکت اجتماعی	۱۴/۸	۳/۷۸	-۰/۶۱	۰/۵۲	۰/۷۶
شکوفایی اجتماعی	۱۲/۴۸	۴/۲	-۰/۳	-۰/۳۴	۰/۶۴
درک‌پذیری اجتماع	۸/۸۸	۲/۷	-۰/۱۹	-۰/۶۱	۰/۶۱
رضایتمندی از زندگی	۶/۶۹	۲/۳	-۰/۶۷	-۰/۱۱	—

در گزارش آلفاها، همبستگی ماده‌های هر مقیاس با نمره کلی همان مقیاس بررسی شد تا چنانچه ماده‌ای دارای دو شرط مذکور بود، از مقیاس حذف شود. از بین ۱۳ مقیاس آزمون، یکی از مواد مقیاس «درک‌پذیری اجتماع» دارای این دو شرط بود. همبستگی این ماده با نمره کلی مقیاس برابر با ۰/۰۳۸ بود، افزون بر آن، با حذف

در گزارش آلفاها، همبستگی ماده‌های هر مقیاس با نمره کلی همان مقیاس بررسی شد تا چنانچه ماده‌ای دارای دو شرط مذکور بود، از مقیاس حذف شود. از بین ۱۳ مقیاس آزمون، یکی از مواد مقیاس «درک‌پذیری اجتماع» دارای این دو شرط بود. همبستگی این ماده با نمره کلی مقیاس برابر با ۰/۰۳۸ بود، افزون بر آن، با حذف

جدول ۲: نتایج تحلیل همبستگی بین مقیاسها

متغیرها (مقیاسها)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
عواطف مثبت	۱												
پذیرش خود	۰/۳۶۵**	۱											
خود پیروی	۰/۰۸۹	۰/۱۳۱*	۱										
سلطه بر محیط	۰/۲۹۵**	۰/۴۱۷**	۰/۱۸۷**	۱									
رشد شخصی	۰/۲۹۶**	۰/۳۳۴**	۰/۲۹۲**	۰/۴۲۵**	۱								
روابط مثبت با دیگران	۰/۱۲۶	۰/۲۲۴**	۰/۰۴۳	۰/۳۱۳**	۰/۲۳۷**	۱							
هدفمندی در زندگی	۰/۲۳۳**	۰/۲۶۶**	۰/۱۴۰*	۰/۳۷۱**	۰/۵۲۲**	۰/۲۶۱**	۱						
یکپارچگی اجتماعی	۱/۳۲۳**	۰/۲۸۵**	-۰/۱۳	۰/۲۵۲**	۰/۱۰۵	۰/۱۷۶*	۰/۳۳۷**	۱					
پذیرش اجتماعی	۰/۳۳۳**	۰/۲۸۵**	۰/۰۳۳	۰/۱۶۹*	۰/۲۲۳**	۰/۱۹۷**	۰/۱۵۸*	۰/۴۰۱**	۱				
مشارکت اجتماعی	۰/۲۹۰**	۰/۳۲۵*	۰/۲۱۷**	۰/۴۹۷**	۰/۳۹۹**	۰/۲۴۱**	۰/۳۵۲**	۰/۲۵۷**	۰/۲۱۷**	۱			
شکوفایی اجتماعی	۰/۱۸۰*	۰/۱۶۴*	-۰/۰۲۰	۰/۱۷۶*	۰/۰۷۹	۰/۱۱۸	۰/۰۷۰	۰/۳۳۶**	۰/۳۰۲**	۰/۳۵۶**	۱		
درک پذیری اجتماع	۰/۲۵۸**	۰/۲۴۰**	۰/۱۱۳	۰/۲۸۰**	۰/۳۳۳**	۰/۱۸۲**	۰/۳۳۷**	۰/۲۲۶**	۰/۲۸۹**	۰/۳۲۶**	۰/۳۵۶**	۱	
رضامندی از زندگی	۰/۵۷۵**	۰/۴۷۹**	۰/۱۲۷	۰/۳۷۶**	۰/۲۸۵**	۰/۰۹۵	۰/۳۱۲**	۰/۲۵۱**	۰/۳۳۳**	۰/۱۲۲	۰/۲۷۹**	۰/۲۷۹**	۱

**p < ۰/۰۱ * p < ۰/۰۵

معادله تحلیل عاملی شدند. از آنجا که فرض اولیه مبتنی بر همبستگی بین مقیاسها بود، بنابراین از روش مؤلفه‌های اصلی^۳ و از چرخش ابلیمین^۴ استفاده شد. برای تعیین تعداد عاملهای مناسب جهت استخراج، از سه روش استفاده شد. روش استخراج عاملها بر اساس ارزشهای ویژه^۵ بزرگتر از یک، به استخراج چهار عامل منجر شد. با توجه به نمودار اسکری^۶ که از قدرت بیشتری در تعیین تعداد عاملها برخوردار است، سه عامل استخراج شد. علاوه بر این، روش تحلیل موزی^۷ که بهتر از دو روش فوق عمل می‌کند نیز استخراج سه عامل را مورد تأیید قرار داد. بنابراین در نهایت تعداد عاملها برابر با سه تعیین شد. آزمون بارتلت^۸ برای بررسی وضعیت ماتریس همبستگی نشان داد که این ماتریس مشکلی برای تحلیل ندارد (p < ۰/۰۰۱) و همچنین مقیاس کیزر - مهیر - اولکین^۹ برای بررسی میزان کفایت و بسندگی نمونه پژوهش نشان داد که نمونه حاضر از کفایت و بسندگی نسبتاً مطلوبی برای تحلیل برخوردار است (۰/۷۴۵).

نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی در جدول ۳ ارائه شده‌اند. عامل اول که مرتبط با زیرمقیاسهای بهزیستی روانشناختی است، ۳۳٪ از واریانس کل را

این ماده، آلفای کرونباخ مقیاس از ۰/۳۷ به ۰/۶۱ افزایش یافت. بدین ترتیب، این ماده از مقیاس حذف شد و سایر تحلیل‌های آماری با مقیاس تجدیدنظر شده، صورت گرفت. دامنه آلفاهای ۱۳ مقیاس از ۰/۴۳ تا ۰/۸۵ متغیر بود. دامنه آلفاهای ۵ زیرمقیاس بهزیستی اجتماعی از ۰/۶۱ تا ۰/۷۶ و دامنه آلفاهای ۶ زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی نیز از ۰/۴۳ تا ۰/۶۶ متغیر بود. اعتبار متوسط زیرمقیاسهای بهزیستی روانشناختی حاصل کاهش مواد مقیاس در پژوهشهای پیشین، با هدف اجرای آن از طریق تلفن در تحقیقات ملی ایالات متحده آمریکا و انتخاب موادی است که به جای همسانی درونی، روایی محتوایی^۱ را افزایش می‌دهند. به بیان دیگر تعمداً تصمیم گرفته شد که برای فرم کوتاه بهزیستی روانشناختی موادی انتخاب شوند که نشانگر گستردگی نظری جنبه‌های آن باشند. این تنوع در محتوای مواد، همسانی درونی زیرمقیاسها را کاهش می‌دهد، اما آنها را به صورت معناداری مرتبط با ریشه‌های نظری زیر مقیاسهای اصلی^۲ نگه می‌دارد.

پس از بررسی ویژگیهای آماری مقیاسها و آلفاهای آنها، تحلیل عاملی اکتشافی در مورد مقیاسها صورت گرفت. ۱۳ مقیاس به کار رفته در پژوهش حاضر وارد

1. content validity
2. parent
3. principal components

4. Oblimin
5. eigenvalue
6. Scree

7. parallel analysis
8. Bartlett
9. Kaiser-Meyer-Olkin Measure

اجتماعی، بار شد. تنها زیرمقیاس «مشارکت اجتماعی» دارای بار عاملی نبود، که به اشتباه بر عامل بهزیستی روانشناختی بار شد. در مجموع صرف‌نظر از زیرمقیاس «مشارکت اجتماعی» سایر زیر مقیاسها به درستی بر روی عامل خود بار شدند. نتایج همبستگی بین سه عامل نیز در جدول ۴ ارائه شده است. بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی دارای همبستگی برابر با ۰/۲۱۴ بودند. بین بهزیستی روانشناختی و بهزیستی هیجانی همبستگی ۰/۲۴ به دست آمد. بین بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی نیز همبستگی برابر با ۰/۱۶ بود. این ضرایب همبستگی نسبتاً پایین هستند و سه عامل نسبتاً مجزا اما مرتبط به هم (به دلیل وجود همبستگی) را نشان می‌دهند. در مجموع با توجه به نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، مدل فرضی بهزیستی متشکل از سه عامل مجزا اما همبسته به هم «بهزیستی روانشناختی»،

تبیین می‌کند. عامل دوم که مرتبط با بهزیستی اجتماعی و زیرمقیاسهای آن است، مبین ۱۱/۵٪ از واریانس کل است. در نهایت عامل سوم مرتبط با بهزیستی هیجانی (رضایتمندی از زندگی و عواطف مثبت) است. این عامل حدود ۸/۸ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. به طور کلی این سه عامل مجموعاً تبیین‌کننده ۵۳/۳٪ از واریانس کل هستند.

در جدول شماره ۳، مقادیر بارهای عاملی بیشتر از ۰/۴ به صورت پر رنگ مشخص شده‌اند. همانگونه که در جدول دیده می‌شود، در چندین مورد بار عاملی مشترک^۱ یا بار اشتباه نیز وجود داشت. «درک‌پذیری اجتماع» به طور مشترک بر عامل خود (بهزیستی اجتماعی) و بهزیستی روانشناختی بار شد. «پذیرش خود» هم بر عامل خود (بهزیستی روانشناختی) و هم بر عامل بهزیستی هیجانی بار شد. زیر مقیاس «روابط مثبت با دیگران» نیز هم بر عامل خود و هم بر بهزیستی

جدول ۳: نتایج تحلیل عامل اکتشافی زیرمقیاسهای مقیاس بهزیستی جامع

مقیاسها	بهزیستی روانشناختی	بهزیستی اجتماعی	بهزیستی هیجانی
پذیرش خود	۰/۴۶۴	۰/۲۹۲	۰/۶۱۵
خود پیروی	۰/۴	۰/۲۲	۰/۲۱
سلطه بر محیط	۰/۷۰	۰/۲۶	۰/۳۵
رشد شخصی	۰/۷۹۳	۰/۱	۰/۳۱۵
روابط مثبت با دیگران	۰/۵۲	۰/۴۳	۰/۰۸
هدفمندی در زندگی	۰/۷۱۷	۰/۱۲۶	۰/۲۶
یکپارچگی اجتماعی	۰/۱۴	۰/۷۴	۰/۱۳
پذیرش اجتماعی	۰/۱۸	۰/۷۱	۰/۳۵
مشارکت اجتماعی	۰/۷۴	۰/۲۵۱	۰/۳۵
شکوفایی اجتماعی	۰/۱۳۹	۰/۷۴	۰/۱۳
انسجام اجتماعی	۰/۴۶	۰/۴۷۵	۰/۲۶
رضایتمندی از زندگی	۰/۳۵۹	۰/۱۴۹	۰/۸۷
عواطف مثبت	۰/۲۹۲	۰/۲۷۷	۰/۸۱
ارزش ویژه	۴/۲	۱/۵	۱/۱۵
درصد واریانس تبیین	۳۳	۱۱/۵	۸/۸۵

بارهای عاملی بیشتر از ۰/۴ به صورت پر رنگ مشخص شده‌اند.

«بهزیستی اجتماعی» و «بهزیستی هیجانی» مورد تأیید قرار گرفت.

جدول شماره ۴: مقادیر همبستگی بین عاملها

عاملها	۱	۲	۳
۱. بهزیستی روانشناختی	۱		
۲. بهزیستی اجتماعی	۰/۲۱۴	۱	
۳. بهزیستی هیجانی	۰/۳۴	۰/۱۶	۱

به اینکه در تحلیل عاملی اکتشافی تعدادی بار عاملی مشترک یا بار اشتباه وجود داشت، بنابراین در مدل پنجم، چنین فرض شد که سه عامل بهزیستی اجتماعی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی هیجانی با هم دارای واریانس مشترک‌اند و علاوه بر این، «مشارکت اجتماعی» و «درک‌پذیری اجتماع» علاوه بر عامل خود، با بهزیستی روانشناختی و «پذیرش خود» علاوه بر عامل خود با بهزیستی هیجانی ارتباط دارد. «روابط مثبت با دیگران» نیز هم با بهزیستی روانشناختی و هم با بهزیستی اجتماعی مرتبط است.

به منظور بررسی مدل‌های فرضی پژوهش حاضر، در تحلیل عاملی تأییدی از روش «بیشینه درست‌نمایی»^۱ استفاده شد. برای بررسی برازش مدل‌های فرضی، از شاخصهای برازش^۲ استفاده گردید. شاخصهای برازش، مقادیر آماری را به دست می‌دهند که محقق را در تصمیم‌گیری نسبت به انتخاب مدل مناسبتر یاری می‌کنند. شاخصهای برازش زیادی وجود دارند، اما پُر کاربردترین آنها که در عین حال پایه و اساس سایر شاخصها محسوب می‌شود، χ^2 است. هرچه مقدار χ^2 به صفر نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده برازش بهتر مدل است. از آنجا که مقدار χ^2 دو تحت تأثیر حجم نمونه و تعداد روابط مدل ساختاری قرار می‌گیرد، در این مواقع مقدار χ^2 دو بزرگ می‌شود، بنابراین با اتکاء بر χ^2 نمی‌توان به نتایج مطلوب دست یافت، در نتیجه در کنار این شاخص از شاخصهای دیگری نیز برای برازش مدلها استفاده می‌شود. ریشه خطای میانگین مجذورهای تقریب (RMSEA)^۳ برای مدل‌های خوب کمتر از ۰/۰۵ و برای مدل‌های متوسط بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ و برای مدل‌های ضعیف بالاتر از ۰/۱ است (براون و کودک، ۱۹۹۳). بر اساس یک قاعده کلی، شاخصهای برازندگی تطبیقی (CFI)^۴، نیکویی برازش (GFI)^۵، نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)^۶، نرم شده برازندگی (NFI)^۷ و نرم نشده برازندگی (NNFI)^۸ برای مدل‌های خوب بین ۰/۹ تا

تحلیل عاملی اکتشافی مؤید وجود سه عامل در نمونه حاضر بود. اما از آنجا که در کنار هر مدل فرضی، وجود مدل‌های رقیب دیگری نیز محتمل است، بنابراین به منظور بررسی مدل‌های فرضی دیگر و بررسی دقیق‌تر مدل فرضی مطلوب، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. تحلیل عاملی تأییدی روشی است مبتنی بر الگویابی معادلات ساختاری (SEM)^۱ که در آن محقق براساس فرضیه‌ای که در مورد روابط بین سازه‌های نهان و متغیرهای اندازه‌گیری شده دارد، به تجزیه و تحلیل این روابط می‌پردازد (مک کالوم و آستین، ۲۰۰۰).

در تحلیل عاملی تأییدی، ۵ مدل فرضی بررسی شد: مدل مستقل که در آن فرض می‌شود ۱۳ مقیاس بدون هیچ رابطه‌ای و مستقل از هم وجود دارند. مدل تک عاملی که در آن فرض می‌شود تمام ۱۳ مقیاس با یک سازه نهان مرتبط‌اند.

مدل سه عاملی ناهمبسته که در آن سه عامل بهزیستی روانشناختی (متشکل از ۶ زیرمقیاس) بهزیستی اجتماعی (متشکل از ۵ زیرمقیاس) و بهزیستی هیجانی وجود دارند، اما فرض می‌شود این سه عامل کاملاً مستقل از هم بوده و فاقد واریانس مشترک‌اند.

مدل سه عاملی همبسته که در آن فرض می‌شود سه عامل بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی با هم دارای واریانس مشترک‌اند (این مدل همان مدل فرضی مطلوب پژوهش حاضر است).

مدل سه عاملی همبسته با بار عاملی مشترک با توجه

1. structural equation modeling
2. maximum likelihood
3. fit indexes

4. room mean square of approximation
5. Comparative Fit Index
6. Goodness of Fit Index

7. Adjusted Goodness of Fit Index
8. Normed Fit Index
9. Non-Normed Fit Index

بسیار خوب این مدل هستند ($CFI = 0/92$, $IFI = 0/97$, $GFI = 0/92$).

اگرچه «مشارکت اجتماعی» و «درک‌پذیری اجتماع» هم با بهزیستی اجتماعی و هم با بهزیستی روانشناختی ارتباط دارند و «پذیرش خود» نیز با بهزیستی روانشناختی و بهزیستی هیجانی و «روابط مثبت با دیگران» با بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی مرتبط است، اما بنا بر دلایلی که در ادامه می‌آیند، نباید در نتیجه‌گیری شتاب کرد.

شکل ۱ بارهای عاملی استاندارد شده مدل ۴ (مدل فرض شده) و شکل ۲ بارهای عاملی استاندارد شده مدل ۵ (مدل اصلاح شده) را نشان می‌دهند. اگرچه مدل ۵ بهتر از مدل ۴ برآزش شد، اما بررسی مجدد این دو مدل را باید پژوهش‌های آینده مشخص کنند. با توجه به نتایج به دست آمده، ما مدل ۴ را به دو دلیل بهتر و مفیدتر از مدل ۵ می‌دانیم: اولاً مدل ۴، تمایز فرضیه‌ای و مفهومی بین سه عامل بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی را حفظ می‌کند. ثانیاً، مقادیر بارهای عاملی بالای «مشارکت اجتماعی» و «درک‌پذیری اجتماع» عامل بهزیستی اجتماعی در مدل ۴ (به ترتیب $0/66$ و $0/55$)، زمانی این دو مقیاس بر روی هر دو عامل بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی بار می‌شوند (مدل ۵) به طور مشهودی کاهش می‌یابد (به ترتیب $0/09$ و $0/33$). مقادیر بارهای عاملی «پذیرش خود» و «روابط مثبت با دیگران» نیز در مدل ۵ نسبت به مدل ۴ کاهش یافت.

بنابراین در مجموع، مدل ۴ نسبت به مدل‌های دیگر پژوهش، از برآزش بهتری برخوردار بود و مدل فرضی پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار داد.

$0/95$ تفسیر می‌شوند. مقادیر بالای $0/8$ نیز نشان‌دهنده برآزش نسبتاً خوب یا متوسط مدل هستند (مک‌کالوم و آستین، ۲۰۰۰؛ کلین، ۲۰۰۵).

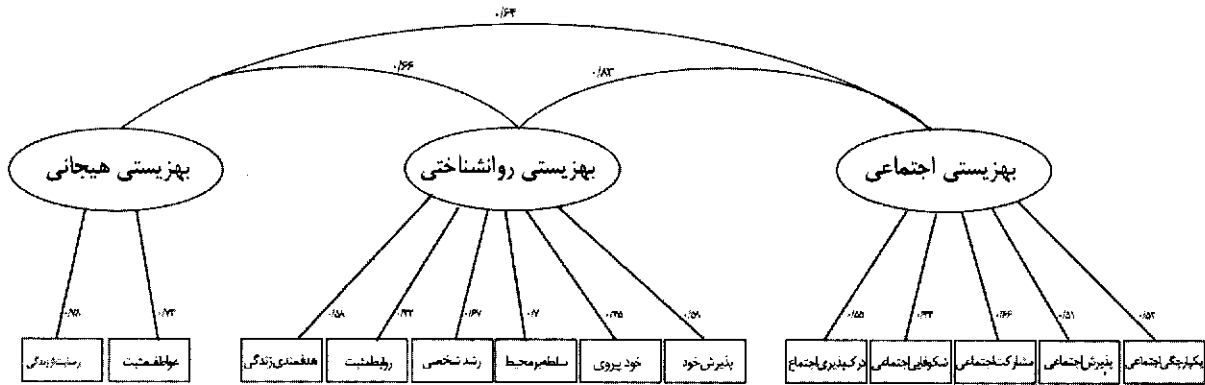
مقادیر شاخص‌های برآزش (جدول ۵) مدل فرضی اول، نشان‌دهنده عدم برآزش این مدل است. بنابراین مدل فرضی اول مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. مدل دوم که مدل تک عاملی است. دارای شاخص‌های برآزش بسیار بهتری نسبت به مدل اول است. تفاوت مقدار χ^2 دو نیز نشان‌دهنده برتری مدل تک عاملی نسبت به مدل اول (مدل مستقل) است ($p < 0/001$, $df = 65-78$, $p = 517$). مدل سوم، مدل سه عاملی ناهمبسته بود. در این مدل فرض شد که سه عامل بهزیستی اجتماعی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی هیجانی فاقد واریانس مشترک هستند. از آنجا که تفاوت مقدار χ^2 دو به دلیل برابر بودن درجه آزادی مدل ۲ و ۳ میسر نشد، بنابراین با توجه به شاخص‌های برآزش، مدل ۳ نسبت به مدل ۲ از برآزش کمتری برخوردار بود.

مدل ۴ یعنی مدل فرضی پژوهش حاضر، نسبت به مدل ۲، برآزش بهتری را نشان داد. تفاوت مقدار χ^2 دو نیز نشان‌دهنده برآزش بهتر مدل ۴ نسبت به مدل ۲ بود ($p < 0/001$, $df = 62-65$, $p = 43$, $65-161 = 204$). علاوه بر این، شاخص‌های برآزش مدل ۴ نیز نشان‌دهنده برآزش بسیار مناسب این مدل هستند ($CFI = 0/92$, $IFI = 92$, $GFI = 0/88$).

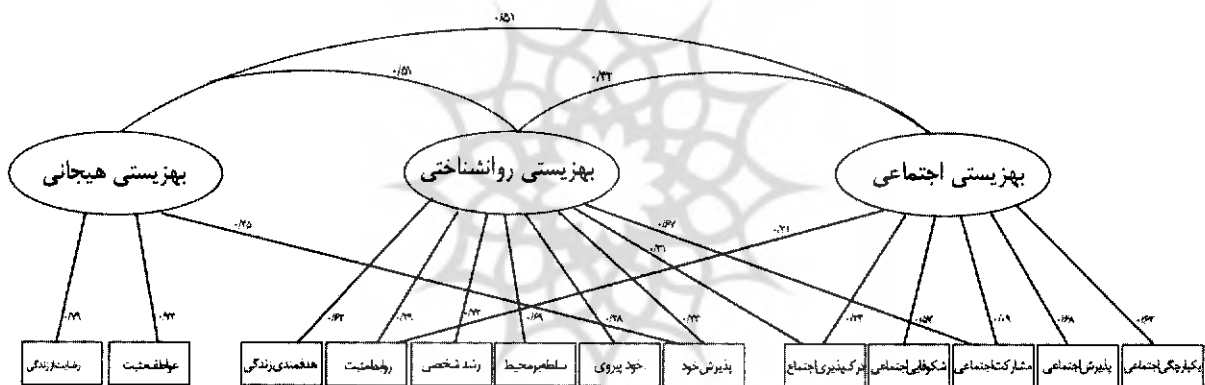
همانگونه که قبلاً ذکر شد، مدل پنجم با توجه به نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت. مدل ۵ نسبت به مدل ۴ بهتر برآزش شد. تفاوت مقدار χ^2 دو نشان‌دهنده برآزش بهتر مدل ۵ نسبت به مدل ۴ بود ($p < 0/001$, $df = 60-62$, $p = 59$, $62-102 = 1561$). علاوه بر این، شاخص‌های برآزش مدل ۵ نیز نشان‌دهنده برآزش

جدول ۵: نتایج تحلیل عاملی تأییدی

CN	CFI	IFI	RMSEA	AGFI	GFI	χ^2 / df	p	df	χ^2	مدلهای فرضی
۲۲/۰۹	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۲۸	۰/۴۲	۰/۵	۹/۲۴	۰/۰۰	۷۸	۷۲۱/۴۶	۱. مستقل
۹۴/۹۹	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۱۱	۰/۸۰	۰/۸۵	۳/۱۵	۰/۰۰	۶۵	۲۰۴/۹۵	۲. تک عاملی
۶۵/۹۲	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۱۲	۰/۷۵	۰/۸۲	۴/۵۶	۰/۰۰	۶۵	۳۹۶/۷۰	۳. سه عاملی ناهمبسته
۱۱۵/۷۳	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۰۹	۰/۸۳	۰/۸۸	۲/۶۰	۰/۰۰	۶۲	۱۶۱/۴۶	۴. سه عاملی همبسته
۱۷۶/۵۵	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۰۵۸	۰/۸۹	۰/۹۳	۱/۷۱	۰/۰۰	۶۰	۱۰۲/۷۰	۵. سه عاملی همبسته با بار عاملی مشترک



شکل ۲: مدل ۴



شکل ۳: مدل ۵

بحث و تفسیر

تحت عنوان پژوهش در زندگی یاد شد. کیز همچنین مقیاسی جامع را برای سنجش چنین نگرشی نسبت به سلامت روانی به کار گرفت.

پژوهش حاضر به منظور بررسی ویژگی‌های آماری مقیاس پیشنهادی کیز برای سنجش بهزیستی شخصی در یک نمونه دانشجویی ایرانی انجام شد. با این که نتیجه‌گیری قطعی در مورد مقیاس مذکور در ایران کمی زودهنگام است اما پژوهش حاضر به نتایج نویدبخشی دست یافت که نشانگر قابلیت به کارگیری مقیاس حاضر در نمونه مورد بررسی است.

برای بررسی روایی سازه مقیاس بهزیستی شخصی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. در مجموع با توجه به نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، مدل پیشنهادی کیز که متشکل از سه عامل مجزا اما همبسته به هم بوده است (بهبودی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی) مورد تأیید قرار گرفت. اما از آنجا که در کنار هر مدل فرضی، مدل‌های رقیب دیگری نیز

از زاویه تجربی، سلامت روانی و بیماری روانی، دو قطب متضاد یک پیوستار واحد نیستند. بنابراین، به منظور دستیابی به سلامت روانی واقعی لازم است در عین حذف بیماری‌های روانی، ملزومات منحصر به فرد سلامت روانی نیز مرتفع شوند. بسیاری از پژوهشگران، سلامت روانی را به معنای یک حالت کامل و نه صرفاً برحسب فقدان بیماری دانسته‌اند. با این وصف خصیصه مشترک مفهوم پردازیه‌های پیشین در این حوزه فقدان جامعیت است؛ بدین معنا که در آنها سلامت و آثار آن به صورت جداگانه و جزء جزء مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. در مقابل این مفهوم پردازیه‌ها، کیز (۲۰۰۲) دیدگاهی جامع از سلامت روانی و سنجش آن پیشنهاد کرد. وی سلامت روانی را به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌ها که هم در برگیرنده عواطف مثبت و هم کنش‌وری مثبت در زندگی است، در نظر گرفت. در این دیدگاه، از وجود سلامت روانی تحت عنوان شکوفایی در زندگی و از فقدان آن

اجتماعی و بهزیستی روانشناختی بار می‌شوند به طور مشهودی کاهش می‌یابد. بنابراین در مجموع مدل ۴ نسبت به مدل‌های دیگر پژوهش، از برآزش بهتری برخوردار بود و مدل فرضی پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار داد.

چنانچه مشهود است هر دو تحلیل عاملی به کار گرفته شده (اکتشافی و تأییدی) توانمندی مقیاس پیشنهادی کیز را تأیید می‌کنند. با این حال نتیجه‌گیری در مورد این مقیاس در حال حاضر کمی زود هنگام است و انجام بررسی‌های بیشتر در نمونه‌های متنوع‌تر می‌تواند شناخت بهتری از ویژگی‌های آماری این مقیاس در ایران به دست دهد.

با توجه به حجم نمونه و همچنین روش انتخاب نمونه به شیوه در دسترس، نمی‌توان نتایج را به تمام دانشجویان تعمیم داد. یکی از مشکلات مقیاس بهزیستی جامع پایین‌بودن مقادیر آلفای زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی بود اما می‌توان با توجه به توضیحات ارائه شده در بخش یافته‌ها هنوز هم از این مقیاس استفاده کرد. در مجموع با توجه به ویژگی‌های آماری مناسب مقیاس بهزیستی جامع در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی ارزیابی این مقیاس در تعداد نمونه بیشتر و در سطح وسیع‌تر انجام شود. علاوه بر این، از آنجا که مقیاس جامع بهزیستی به منظور بررسی الگوی سلامت روانی تهیه شده است، بنابراین پیشنهاد می‌شود مسؤولان امور سلامت روانی، ضمن ارزیابی این مقیاس، آن را به عنوان ابزاری برای همه‌گیری‌شناسی سلامت روانی به کار برند.

منابع

- Andrews, F. M., & Robinson, J. P. (1991). Measures of subjective well-being. In J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes*, 61-114. San Diego, CA: Academic Press.
- Brown, M.W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J.

محتمل است، بنابراین به منظور بررسی مدل‌های فرضی دیگر و بررسی دقیق‌تر مدل فرضی کیز از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. در تحلیل عاملی تأییدی، ۵ مدل فرضی زیر بررسی شدند:

۱- مدل مستقل که در آن فرض شود که ۱۳ زیر-مقیاس بدون هیچ گونه رابطه و مستقل از هم وجود دارند.

۲- مدل تک عاملی که در آن فرض بر این است که تمام ۱۳ زیرمقیاس مرتبط با یک سازه نهان هستند.

۳- مدل سه عاملی ناهمبسته که در آن سه عامل بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی وجود دارند، اما فرض می‌شود این سه عامل کاملاً مستقل از هم بوده و فاقد واریانس مشترک هستند.

۴- مدل سه عاملی همبسته که در آن فرض می‌شود سه عامل بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی با هم دارای واریانس مشترک هستند. این مدل همان مدل فرضی مطلوب پژوهش حاضر است.

۵- مدل سه عاملی همبسته با بار عاملی مشترک که در آن فرض می‌شود، سه عامل بهزیستی اجتماعی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی هیجانی وجود دارند و دارای واریانس مشترک هستند، افزون بر آن «مشارکت اجتماعی» و «درک‌پذیری اجتماع» علاوه بر عامل خود با بهزیستی روانشناختی و «پذیرش خود» با بهزیستی هیجانی ارتباط دارد. «روابط مثبت با دیگران» نیز هم با بهزیستی روانشناختی و هم با بهزیستی اجتماعی ارتباط دارد.

اگرچه مدل ۵ بهتر از مدل ۴ برآزش شد، اما با توجه به نتایج به دست آمده، ما مدل ۴ را به دو دلیل بهتر و مفیدتر از مدل ۵ می‌دانیم. اولاً مدل ۴، تمایز فرضیه‌ای و مفهومی بین سه عامل بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی را حفظ می‌کند. ثانیاً، مقادیر بارهای عاملی بالای «مشارکت اجتماعی» و «درک‌پذیری اجتماع» عامل بهزیستی اجتماعی در مدل ۴ زمانی که این دو مقیاس بر روی هر دو عامل بهزیستی

- Mental Health*, 8, 267-275.
- Keyes, C. L. M. (2005).** Mental Health and/or Mental Illness? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M., and Lopez, S. (2002).** Toward a Science of Mental Health: Positive Direction in Diagnosis and Interventions. In Snyder, C. R., and Lopez, S (Eds.). *The Handbook of Positive Psychology* (pp. 45-59). New York : Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., and Magyar-Moe, L. (2003).** The Measurement and Utility of Adult Subjective Well-Being. In Lopez, S. J. and Snyder, C. R. *Positive Psychological Assessment : A Handbook of Models and Measures* (pp. 411-425). Washington, DC : American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M., & Ryff, C. D. (2003).** Somatization and Mental Health: A Comparative Study of the Idiom of Distress Hypothesis. *Social Science and Medicine*, 57,1833-1845.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004).** Social Well-Being in the United States : A Descriptive Epidemiology. In Orville G. B, Ryff, C., and Kessler, R. (Eds.). *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife* (pp. 350-372). Chicago: University of Chicago Press.
- Kline, R. B. (2005).** *Principles and practice of structural equation modeling (2ed ed.)*. New York : Guilford Press.
- Lucas, R. E., & Diener, E., (2004).** Well-being. In C. Spielberger (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology*. (pp. 669-676). San Diego : Elsevier.
- S. Long (EDs), *Testing structural equation models*, 136-162. Newbury Park, CA: sage
- Diener, E. (1984).** Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., and Smith, H. E. (1999).** Subjective well-being : Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992).** Clinical Validation of the Quality of Life Inventory: A Measure of Life Satisfaction For Use In Treatment Planning and Outcome Assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., Finkelstein, S. N., & Berndt E. R. (1993).** The Economic Burden of Depression in 1990. *Journal of clinical psychiatry*, 54, 405-18.
- Keyes, C. L. M. (1998).** Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61,121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002).** The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M (2003).** Complete Mental Health: an Agenda for the 21st Century. In Keyes, C. L. M. and Haidt, J. (Eds.) *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. (pp. 293-312). edited by Washington, DC : American Psychological Association Press.
- Keyes, C. L. M. (2004).** The Nexus of Cardiovascular Disease and Depression Revisited: The Complete Mental Health Perspective and the Moderating Role of Age and Gender. *Aging and*

- Ryff, C. D., & Singer, B. (2002).** From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being In C. R. Synder & S. Lopez. (pp. 541-555). *The Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Seligman M., & Csiksentmihalyi, M. (2000).** Positive psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L. S. (1996).** *Using Multivariate statistics*. New York : Happer Collins College.
- Waterman, A. S. (1993).** Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- World Health Organization (2001).** Mental Health: New Understanding, New Hope. *The world health report*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2004).** Promoting Mental Health : Concepts, Emerging evidence, Practice. *Summary Report A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne*; Geneva.
- McCallum, R. C. & Austin, J. T. (2000)** Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research, *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226.
- Ng, A. K., Ho, D. Y. F., Wong, S. S., & Smith, I. (2003).** In search of the good life: A cultural odyssey in the East and West. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 129 (4), 317-63.
- Pilgrim, D. (1997).** Some reflections on 'quality' and 'mental health'. *Journal of Mental Health*, 6 (6), 567-576
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001).** On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989).** Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995).** The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998).** The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.



پرویش گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

