

Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire

Hashemi T. *PhD*¹, Hekmati I. *MSc*[✉], Vahedi SH. *PhD*¹, Babapour J. *PhD*¹

¹ Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tabriz University, Tabriz, Iran

[✉] Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tabriz University, Tabriz, Iran

Received: 2013.10.27

Accepted: 2014.3.11

Abstract

Introduction: Social Well-being as a mental health dimension is paid less heed in our society by researchers. The purpose of present study was to investigate psychometric properties of Short-form social well-being Questionnaire of Keyes.

Method: To achieve the aim of investigation, 391 and 384 students were selected respectively from Tabriz University and Islamic Azad University of Tabriz by multi-stage cluster sampling. First sample filled Keyes's Short-Form of Social Well-being Questionnaire. The second filled Newfoundland Memorial Scale of Happiness, General Self-efficacy Questionnaire, interpersonal subscale of SCL-90 and DASS-42 in addition to Keyes's Social Well-being Questionnaire.

Results: Explanatory factor analysis showed that four factor structure of the questionnaire could explain 59.70 percent of total variance. On the other side, confirmatory factor analysis indicated that five-factor model fitted data better than four-factor model. Besides, the findings suggested that social well-being dimensions were positively correlated with happiness and self-efficacy and negatively with difficulties in interpersonal relationship, depression, anxiety and stress. Chronbach's alpha for factors varied from 0.34 to 0.63 and it was 0.81 for whole questionnaire.

Conclusion: Findings corroborated five-factor structure of Short-Form Keyes social wellbeing questionnaire, even so there was not much difference between four and five factor structure, which implied construct validity of this instrument. Moreover, findings showed that concurrent validity and reliability of the questionnaire were acceptable, except for a few subscales.

Key words: Social Well-Being Questionnaire, Validity, Reliability

ویژگی‌های روانسنجی نسخه کوتاه پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس

تورج هاشمی^۱، عیسی حکمتی^۲، شهرام واحدی^۱، جلیل باباپور^۱

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
^۲ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۰

چکیده

مقدمه: بهزیستی اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، در جامعه ما کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. هدف مطالعه حاضر تعیین ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس بود.

روش: دو نمونه از بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز و دانشگاه تبریز با تعداد به ترتیب ۳۹۱ و ۳۸۴ به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده و ابزارهای مطالعه را تکمیل نمودند. نمونه اول به نسخه کوتاه پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس و نمونه دوم، علاوه بر پرسشنامه بهزیستی اجتماعی، به مقیاس شادکامی مموریال نیوفاندلند، پرسشنامه خودکارآمدی، خرده مقیاس روابط بین فردی SCL-90 و DASS پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، چهار عامل را برای ساختار این آزمون نشان داد که روی هم رفته ۵۹/۷۰ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کنند، اما تحلیل عاملی تاییدی حاکی از این بود که مدل پنج عاملی نسبت به مدل چهار عاملی برآزش نسبتاً بهتری با داده‌ها دارد. همچنین نتایج نشان دادند که ابعاد بهزیستی اجتماعی با شادکامی، خودکارآمدی همبستگی مثبت معنادار و با مشکلات در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی منفی معنادار دارند. نتایج مربوط به اعتبار پرسشنامه نشان داد که آلفای کرونباخ عامل‌ها بین ۰/۳۴ تا ۰/۶۳ متغیر بوده و آلفای کل برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها، ساختار ۵ عاملی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس را در جامعه دانشجویان تایید کرد، گر چه بین مدل ساختار چهار و پنج عاملی تفاوت زیادی وجود نداشت، که نشانگر روایی سازه نسبتاً مطلوب این پرسشنامه می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان دادند روایی همزمان پرسشنامه و اعتبار کل پرسشنامه مطلوب است، اما اعتبار برخی خرده مقیاس‌ها پایین بود.

کلیدواژه‌ها: پرسشنامه بهزیستی اجتماعی، اعتبار، روایی

مقدمه

سلامت روان کیفیتی از زندگی است که تعریف‌ها و الگوهای متعددی برای آن ارائه شده است، به ویژه غالباً به عنوان مسئله‌ای فردی بدان نگریده شده و بیشتر بر بیماری و نابهنجاری تاکید شده است که امروزه تحت عنوان بهزیستی فاعلی (Subjective Well-Being) یا ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خود در نظر گرفته شده است [۱]. بهزیستی فاعلی ریشه در دو سنت فلسفی در زمینه شادکامی یعنی لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی دارد [۲]، که سنت اول در مطالعات بهزیستی هیجانی و سنت دوم در مطالعات بهزیستی روانشناختی و اخیراً در مطالعات بهزیستی اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است [۱]. کی‌یس [۳] بر این باور است که بهزیستی اجتماعی در کنار بهزیستی هیجانی و روانشناختی، عنصر مهم سلامتی بوده و تجربه عمومی‌تری را بازنمایی می‌کند که بر تکالیف اجتماعی متمرکز است. به اعتقاد کی‌یس، ویسینگ، پنگیتر، تمان، کروگر و ون روی [۴] تمایز اصلی بین بهزیستی روانشناختی و اجتماعی در این است که بهزیستی روانشناختی شیوهی نگرش فرد به کارکرد خود به عنوان «من» را بازنمایی می‌کند، در حالی که بهزیستی اجتماعی نگرش افراد به کارکرد خود به عنوان «ما» را بازنمایی می‌کند. این اصطلاح در تقابل با اصطلاح رایج سلامتی در سنت روانشناختی و پزشکی است که سلامتی را مسئله‌ای شخصی و خصوصی در نظر می‌گیرند [۵]. بر این اساس، سازه بهزیستی اجتماعی (Social Well-Being) کی‌یس [۶]، در کارهای دورکیم، سیمن و آتونوسکی ریشه دارد که بر تناسب بین فرد و جهان او تاکید کرده‌اند [۷]. طبق نظر کی‌یس [۶] بهزیستی اجتماعی عبارت از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر و گروه‌های اجتماعی بوده و شامل عناصری است که نشان می‌دهد آیا فرد کارکرد مناسبی در دنیای اجتماعی خود (مثل همسایه‌ها و شهروندان) دارد و این کارکرد به چه میزان است [۶، ۸]. وی معتقد است که سلامت روان را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد مناسب در زندگی چیزی بیش از بهزیستی روانی و هیجانی بوده و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی نیز است [۹].

در مدل کی‌یس، بهزیستی اجتماعی، مفهومی چندبعدی است که شامل انسجام اجتماعی (Social Integration)، مشارکت اجتماعی (Social Contribution)، شکوفایی اجتماعی (Social Actualization)، پیوستگی اجتماعی (Social Coherence) و پذیرش اجتماعی (Social Acceptance) است. انسجام اجتماعی به کیفیت روابط شخص با جامعه و اجتماع اشاره دارد و افراد دارای انسجام اجتماعی، احساس می‌کنند که بخشی از جامعه بوده و به دنبال موقعیت‌های اجتماعی هستند که به آن‌ها کمک می‌کند تا احساس تعلق و دلبستگی به جامعه داشته باشند. مشارکت اجتماعی به باور فرد نسبت به این

مسئله اشاره دارد که او می‌تواند فعالیت‌ها یا اهداف معینی را دنبال کند که برای جامعه ارزشمند هستند. از طرفی شکوفایی اجتماعی، ارزیابی فرد از پتانسیل و روند سیر جامعه است و بر پتانسیل جامعه به عنوان مکانی بهتر برای زندگی شهروندان و امکان ایجاد تغییرات مثبت تاکید دارد. علاوه بر این، پیوستگی اجتماعی شامل توانایی فرد برای فهم جهان پیچیده، درک و پیش‌بینی چیزی است که در جهان پیرامون اتفاق می‌افتد؛ و در نهایت پذیرش اجتماعی، به معنای داشتن دید مثبت به ماهیت انسان و احساس راحت بودن با دیگران است [۶]. این پنج بعد، نشان می‌دهند که فرد به چه میزان بر چالش‌های اجتماعی مسلط بوده و کارکرد مناسبی در دنیای اجتماعی دارد. در واقع مدل کی‌یس از بهزیستی اجتماعی، گسترش سنت فضیلت‌گرایی سلامتی بوده و بر این فرض استوار است که افراد برای داشتن عملکرد کامل تلاش می‌کنند [۱۰].

سازمان بهداشت جهانی نیز، بهزیستی اجتماعی را یکی از مولفه‌های کلیدی سلامت معرفی کرده است، اما به دلیل فقدان ابزارهای معتبر، این مفهوم همچنان موضوع بحث‌های سیاسی و اجتماعی بوده و تعاریف و برداشت‌های متفاوتی از آن مطرح است. در این راستا در ایران نیز چندین مطالعه انجام گرفته است [۱۱، ۱۲] که غالباً آن را به عنوان ویژگی و صفت جامعه و نه ویژگی فردی در نظر گرفته‌اند که تلاشی برای تعریف و تعیین ماهیت جامعه سالم بوده و بحثی جامعه‌شناختی است. البته دو مطالعه دیگر [۱۳، ۱۴] بهزیستی اجتماعی را مطابق نظریه کی‌یس و از دید روانشناختی بررسی کرده‌اند.

کی‌یس [۲] پنج بعد بهزیستی اجتماعی را با استفاده از پرسشنامه بهزیستی اجتماعی در نمونه‌ای، عملیاتی کرده و سپس پنج بعدی بودن آن را در نمونه ملی بزرگتر با استفاده از تحلیل عاملی مورد تایید قرار داده است. همچنین مطالعات وی [۲، ۴] نشان داده‌اند که از نظر روایی این ابزار با اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب و پرسشنامه سلامت عمومی رابطه منفی و با خودکارآمدی عمومی، شاخص کفایت فردی و خودپنداره رابطه مثبت دارد. همچنین کی‌یس [۲] گزارش کرده است که بهزیستی اجتماعی از بهزیستی هیجانی و روانشناختی مستقل بوده، اما همبستگی مثبت متوسطی با آن‌ها دارد. با این حال، مطالعات معدودی ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی این ابزار را در دیگر فرهنگ‌ها مورد بررسی قرار داده‌اند، این در حالی است که به نظر می‌رسد فرهنگ می‌تواند بر بهزیستی اجتماعی تاثیرگذار باشد و گالاگر، لویز و پریرس [۱۵] نیز معتقدند که ساختار عاملی مربوط به بهزیستی، و به ویژه بهزیستی اجتماعی، دیدگاه فرهنگ غربی را منعکس می‌کند و احتمال دارد که برخی مولفه‌ها، ارزش متفاوتی در فرهنگ‌های مختلف داشته باشند. مثلاً اشاره شده است که احتمالاً عوامل فرهنگی همچون هنجارها، ارزش‌ها و شکل روابط اجتماعی [۱۶، ۱۷] و نژاد [۱۵] می‌توانند بر بهزیستی افراد تاثیر بگذارند و حتی ممکن است ساختار و ترکیب بهزیستی در بین

مورد بررسی قرار داد. با توجه به این مسئله مطالعه حاضر در صدد بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس در جامعه دانشجویی ایران بوده است.

روش

جامعه آماری مطالعه حاضر، دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تبریز و دانشگاه تبریز بود. به منظور تحلیل عاملی اکتشافی نمونه‌ای از دانشگاه آزاد تبریز و برای تحلیل عاملی تاییدی، روایی همزمان و اعتبار، نمونه‌ای از دانشگاه آزاد واحد تبریز انتخاب شدند. حجم نمونه در هر مرحله از مطالعه از طریق فرمول زیر محاسبه شده است.

$$n = (4Z^2 / L^2) + 3 = \{4(1.96)^2 / (0.20)^2\} + 3$$

حجم نمونه مرحله اول و دوم طبق این فرمول، به ترتیب برابر با ۳۷۲ و ۳۸۸ نفر برآورد شد که با توجه به احتمال افت آزمودنی و داده‌های گمشده در هر مرحله، ۴۰۰ نفر انتخاب شدند. در مرحله نخست ۳۹۱ آزمودنی (۱۳۱ نفر مرد با میانگین سنی ۲۱/۳۲ و انحراف استاندارد ۳/۱۲ و ۲۶۰ نفر زن با میانگین سنی ۲۲/۴۲ و انحراف استاندارد ۲/۸۶) و در مرحله دوم ۲۸۴ نفر (۱۷۱ نفر از آزمودنی‌ها مردان، با میانگین سنی ۲۱/۶۲ و انحراف استاندارد ۳/۷۵ و ۲۱۲ نفر زنان با میانگین سنی ۲۰/۸۰ و انحراف استاندارد ۱/۴۹) به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. روش نمونه‌گیری مورد استفاده در هر دو مرحله، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود و بر اساس آن، ابتدا به واحد دانشکده‌ها مراجعه شده، سپس با توجه به رشته‌ها و کلاس‌ها، تعدادی از آن‌ها (برابر با تعداد نمونه تحقیق) انتخاب و ابزارهای مطالعه را تکمیل کردند. نمونه نخست فقط پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس و نمونه دوم همه ابزارهای مطالعه را تکمیل نمودند. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد: **پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس (نسخه کوتاه):** این ابزار که توسط کی‌یس تدوین شده است شامل ۱۵ گویه است که ادارک فرد را نسبت به محیط اجتماعی مورد سنجش قرار می‌دهد و شامل ۵ خرده مقیاس یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی است که نمره بالاتر نشانگر بهزیستی اجتماعی بیشتر است. نمره‌گذاری این پرسشنامه، به روش لیکرت ۵ درجه‌ای بوده (۱= کاملاً مخالفم، ۲= مخالفم، ۳= نظری ندارم، ۴= موافقم، ۵= کاملاً موافقم) و گویه‌های ۲، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳ و ۱۵ به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند که اعتبار آن را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۷۳ گزارش شده است [۶] همچنین باباپور و همکاران نیز همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۷۸ و خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند [۱۳]. برای آماده سازی پرسشنامه، ابتدا نسخه انگلیسی آن توسط دو روانشناس به فارسی ترجمه شده و سپس توسط یک متخصص روانشناسی سلامت مجدداً به انگلیسی ترجمه شد (ترجمه معکوس). در

فرهنگ‌ها متفاوت بوده و همبسته‌ها و علل متفاوتی داشته باشد. در این میان آیین‌های یک جامعه، به عنوان رفتارهایی که اطلاعات مفیدی برای حفظ روابط صحیح هر فرد با محیط و دیگر اعضای جامعه حمل می‌کنند، می‌توانند در بهزیستی اجتماعی افراد نقش داشته باشند [۱۸]. به طور مثال مشارکت در امور فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و غیره - مشارکت اجتماعی در مدل کی‌یس - با توجه به نژاد [۱۹] و بافت اجتماعی-سیاسی [۲۰] متفاوت است.

سیکوگناتی، پیرینی، کی‌یس، جوشنلو، رستمی و نصرت‌آبادی [۲۱] معتقدند که مشارکت اجتماعی در جوامعی که برای مدت زمان زیادی سازمان‌ها و ارزش‌های دموکراتیک را تجربه کرده‌اند بیشتر از دیگر جوامع بوده و احتمالاً نگرش و تعریف مردم از آن متفاوت خواهد بود. برعکس، با توجه به فرهنگ جمع‌گرای کشورهای شرقی و از جمله ایران، احتمال دارد ابعادی چون پیوستگی و انسجام اجتماعی بیشتر بوده و مردم نگرش و تعریف متفاوتی از آن داشته باشند. مطالعه سیکوگناتی و همکاران [۲۱] نشان داده است که میزان مشارکت اجتماعی دانشجویان ایرانی نسبت به دانشجویان آمریکایی و ایتالیایی کمتر بوده و در نوع فعالیت‌های اجتماعی نیز تفاوت‌هایی بین آن‌ها وجود دارد و میزان بهزیستی اجتماعی گزارش شده توسط دانشجویان ایرانی کمتر از دانشجویان آمریکایی بوده است. مطالعات در فرهنگ‌های مختلف مثل آمریکا [۱۵، ۲۲، ۲۳]، کره [۲۴]، چین [۲۵]، لتونی و رمانی [۲۶]، آفریقا [۴] و ایران [۲۷] در زمینه سلامت اجتماعی نتایج متفاوت و گاه متناقضی داشته است. البته اغلب این مطالعات به بررسی ساختار عوامل بهزیستی اجتماعی یا ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه آن نپرداخته‌اند، بلکه برخی بهزیستی اجتماعی در فرهنگ‌های مختلف را با استفاده از پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس مورد مقایسه قرار داده‌اند [۲۱، ۲۴، ۲۶] و برخی نیز متمرکز بر مدل بهزیستی فاعلی بوده‌اند و اعتبار بهزیستی جامع را مورد آزمون قرار داده‌اند [۴، ۱۵، ۲۷]. در واقع اغلب پژوهش‌های گروه دوم اعتبار ساختار بهزیستی جامع را مورد مطالعه قرار داده‌اند و با استفاده از تحلیل عاملی درجه دوم، اعتبار و بهزیستی جامع را مورد بررسی قرار داده‌اند. مثلاً مطالعه جوشنلو و همکاران [۲۷] ساختار سه بعدی بهزیستی را مورد مطالعه قرار داده‌اند که نتایج نشان داده است که عامل مشارکت اجتماعی بر روی سلامت اجتماعی بار نگرفته است. البته چنانچه ذکر شد آن‌ها از تحلیل عاملی درجه دوم استفاده کرده و بارهای عاملی خرده مقیاس‌ها را بررسی نموده‌اند و گویه‌های پرسشنامه سلامت اجتماعی را مطالعه نکرده‌اند. علاوه بر این، در مطالعه آن‌ها دیگر ویژگی‌های روانسنجی ابزار سنجش بهزیستی اجتماعی بررسی نشده است. بنابراین، به نظر می‌رسد، با توجه به تفاوت‌های موجود در فرهنگ، ارزش‌ها و ساختار اجتماعی کشورمان با کشورهای غربی، در استفاده از چنین ابزارهایی بایستی احتیاط کرد و ساختار و محتوای آن را در فرهنگ مورد استفاده، مجدداً

به روش بازآزمایی برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۹، ۰/۸۱ گزارش شده است و تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی وجود سه عامل را تایید کرده‌اند [۳۹]. از لحاظ روایی نیز خرده مقیاس اضطراب با پرسشنامه اضطراب بک همبستگی ۰/۸۱ و خرده مقیاس افسردگی با سیاهه افسردگی بک ۰/۷۴ نشان داده است [۴۰]. همچنین ویژگی‌های روانسنجی آن در ایران مطلوب گزارش شده است [۴۱]. با توجه به گزارش کی‌یس [۲] در زمینه رابطه مثبت بهزیستی اجتماعی با بهزیستی روانشناختی و اضطراب و افسردگی، از این ابزار برای بررسی روایی همزمان استفاده شد.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS شده و تحلیل عاملی اکتشافی، روایی همزمان و اعتبار پرسشنامه از طریق آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای تحلیل عاملی تاییدی نیز از نرم افزار AMOS استفاده شد.

یافته‌ها

الف) روایی

تحلیل عاملی اکتشافی

قبل از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، آزمون KMO و آزمون کرویت بارتلت انجام شد. ضریب به دست آمده KMO برابر با ۰/۷۳ بود که نشان می‌دهد حجم نمونه برای تحلیل عاملی نسبتاً رضایت بخش است. همچنین آزمون کرویت بارتلت ($p < 0/001$)، $\chi^2 = 180/36$) معنادار بود و حاکی از آن است که تحلیل عاملی برای شناسایی ساختار مدل عاملی مناسب است. برای تحلیل عوامل این پرسشنامه، ابتدا از روش تحلیل مولفه‌های اصلی بهره گرفته شد. بدین طریق برای تعیین عوامل پرسشنامه بهزیستی اجتماعی، سه شاخص اصلی زیر مورد استفاده قرار گرفتند: مقدار ویژه، نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل و نمودار سنگریزه‌ای. سپس با توجه به احتمال همبسته بودن عامل‌ها با یکدیگر، از روش چرخش اوبلیمین برای تعیین عامل‌های احتمالی زیربنای پرسشنامه استفاده گردید.

جدول ۱ شاخص‌های آماری مربوط به تحلیل عوامل مولفه‌های اصلی را نشان می‌دهد. مطابق این جدول، ۴ عامل ارزش ویژه بالاتر از یک دارند که مقدار ارزش ویژه آن‌ها به ترتیب برابر با ۴/۲۱، ۱/۸۵، ۱/۵۵ و ۱/۳۳ است که عامل نخست ۲۸/۰۷، عامل دوم ۱۲/۳۴، عامل سوم ۱۰/۳۸ و عامل چهارم ۸/۹۰ درصد از واریانس و چهار عامل روی هم رفته ۵۹/۷۰ درصد واریانس کل پرسشنامه را به خود اختصاص داده‌اند. نمودار سنگریزه‌ای نیز نشان داد مقدار ویژه چهار عامل بیشتر از یک است و سهم عامل نخست در تبیین واریانس کل سوال‌ها بیشتر از سهم بقیه عامل‌ها است. نتیجه چرخش به روش ابلیمین، که یافته‌های آن در جدول ۲ درج شده است، نشان داد که وزن‌های عاملی همه گویه‌ها بالاتر از ۰/۴۰ بود، بنابراین هیچ یک از گویه‌ها حذف نشدند.

نهایت توسط دو روانشناس دارای درجه دکتری ویرایش شده و برخی اصلاحات روی آن انجام گرفت.

مقیاس شادکامی دانشگاه مموریال نیوفاندلند (Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness):

این آزمون برای سنجش شادکامی تدوین شده است که بیشتر میزان و شدت عواطف مثبت و منفی را می‌سنجد. هر یک از عواطف دو بعد کوتاه مدت و بلند مدت را در بر می‌گیرد که بعد کوتاه مدت شامل ۱۰ ماده (۵ ماده برای جنبه مثبت و ۵ ماده برای جنبه منفی) و بعد بلند مدت شامل ۱۴ ماده (۷ سوال برای جنبه مثبت و ۷ سوال برای جنبه منفی) است. سوالات این مقیاس به صورت سه گزینه‌ای (بلی=۲، خیر=صفر و نمی‌دانم=۱) نمره‌گذاری می‌شود [۲۸]. مطالعات مختلف [۲۸، ۲۹، ۳۰] نشان داده اند که این پرسشنامه از اعتبار مطلوبی برخوردار است. با توجه به گزارش کی‌یس [۶] از این ابزار برای بررسی روایی همزمان استفاده شد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (General Self-Efficacy Scale):

این پرسشنامه که توسط شرر تدوین شده است، مجموعه کلی انتظارات فرد در هر موقعیت جدید را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و شامل ۱۷ گویه است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) نمره گذاری می‌شود [۳۱]. چن، گولی و/دن همسانی درونی آن را بین ۰/۷۰ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که حاکی از اعتبار مطلوب این پرسشنامه است [۳۲]. همچنین در ایران چندین مطالعه همسانی درونی آن را به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند [۳۳، ۳۴، ۳۵]. با توجه به رابطه خودکارآمدی با بهزیستی اجتماعی [۲، ۴] از این ابزار نیز برای بررسی روایی همزمان استفاده شد.

خرده مقیاس روابط بین فردی چک لیست علایم مرضی (SCL-90):

این ابزار توسط درگوتیس و لیمن تدوین شده و شامل ۹۰ گویه می‌باشد که بیشتر به عنوان ابزار غربالگری اختلالات و مشکلات روانشناختی به کار می‌رود که در این مطالعه فقط از خرده مقیاس روابط بین فردی استفاده شده است [۳۶]. نمره‌گذاری این پرسشنامه، بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای است و اعتبار این آزمون را چگینی و همکاران بر روی ۳۲ نفر با فاصله زمانی یک هفته ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند [۳۷]. همچنین مطالعه نشان داده است که این پرسشنامه از روایی و اعتبار مطلوبی در جامعه ایرانی برخوردار است [۳۸]. با توجه به اینکه بهزیستی اجتماعی مرتبط با روابط با دیگر اعضای جامعه هستند، از این ابزار برای بررسی روایی همزمان استفاده شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42):

مقیاس، ابزاری برای سنجش علایم جاری (طی هفته گذشته) افسردگی، اضطراب و استرس است و شامل ۴۲ گویه و سه خرده مقیاس است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای انجام می‌گیرد. مطالعات بر روی آزمودنی‌های سالم و بیمار، ویژگی‌های روان سنجی بسیار مناسب آن را تایید کرده‌اند. اعتبار این مقیاس

کی‌یس و مقایسه آن با مدل چهار عاملی به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی مطالعه حاضر، از نرم افزار AMOS نسخه ۲۰ استفاده گردید. جدول شماره ۳، شاخص‌های برازش مربوط به تحلیل عاملی تاییدی را نشان می‌دهد.

مطابق جدول ۳، شاخص χ^2 برای هر دو مدل معنادار بود، با این حال با توجه به حجم نمونه نسبتاً بزرگ، اعتبار آن برای برازندگی مدل مناسب به نظر نمی‌رسد، زیرا این شاخص تحت تاثیر حجم نمونه قرار دارد. مقدار شاخص χ^2/df در هر دو مدل کمتر از ۳ است، که نشان می‌دهد هر دو مدل از برازش نسبتاً خوبی برخوردارند، اما با توجه به مقدار این شاخص، مدل پنج عاملی برازش بهتری نسبت به مدل چهار عاملی دارد. همچنین شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI) در مدل پنج عاملی همگی بالاتر از ۰/۹۰ بوده و در مقایسه با مدل چهار عاملی بیشتر است. علاوه بر این شاخص اطلاعات آکائیکی (AIC) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) در مدل پنج عاملی کمتر است که شاخص نخست هر چه کمتر باشد نشانگر قابلیت تکرار بهتر مدل نسبت به مدل‌های مختلف دیگر بوده و برازش بهتری دارد و اگر شاخص دوم کمتر یا مساوی ۰/۰۵ باشد حاکی از برازندگی مدل است. بارهای عاملی مدل پنج عاملی در شکل ۱ نشان داده شده است.

روایی همزمان

برای بررسی روایی همزمان پرسشنامه بهزیستی اجتماعی، همبستگی مولفه‌ها و نمره کل با متغیرهای شادکامی، خودکارآمدی، روابط بین فردی و افسردگی، اضطراب و استرس محاسبه شد که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است. مطابق این جدول، ابعاد بهزیستی اجتماعی همبستگی مثبت بالاتر از متوسط با شادکامی و رابطه مثبت پایین‌تر از متوسط با خودکارآمدی دارند. همچنین بین ابعاد بهزیستی اجتماعی با مشکلات روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی منفی وجود دارد که میزان همبستگی در افسردگی بیشتر از دو متغیر دیگر است.

ب) اعتبار

برای بررسی اعتبار کل و عامل‌های پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، آلفای کرونباخ چهار عامل نخست متوسط و عامل پنجم پایین است، اما آلفای کل پرسشنامه که برابر ۰/۸۱ به دست آمده است حاکی از اعتبار مطلوب کل می‌باشد. همچنین با توجه به نتایج این جدول، حذف هیچ یک از گویه‌ها، به تغییر چشمگیر در اعتبار پرسشنامه منجر نمی‌گردد.

جدول ۱. شاخص‌های آماری تحلیل عاملی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی

عامل شاخص	مقدار ویژه	درصد واریانس تبیین شده	درصد تراکمی واریانس تبیین شده
اول	۴/۲۱	۲۸/۰۷	۲۸/۰۷
دوم	۱/۸۵	۱۲/۳۴	۴۰/۴۱
سوم	۱/۵۵	۱۰/۳۸	۵۰/۸۰
چهارم	۱/۳۳	۸/۹۰	۵۹/۷۰

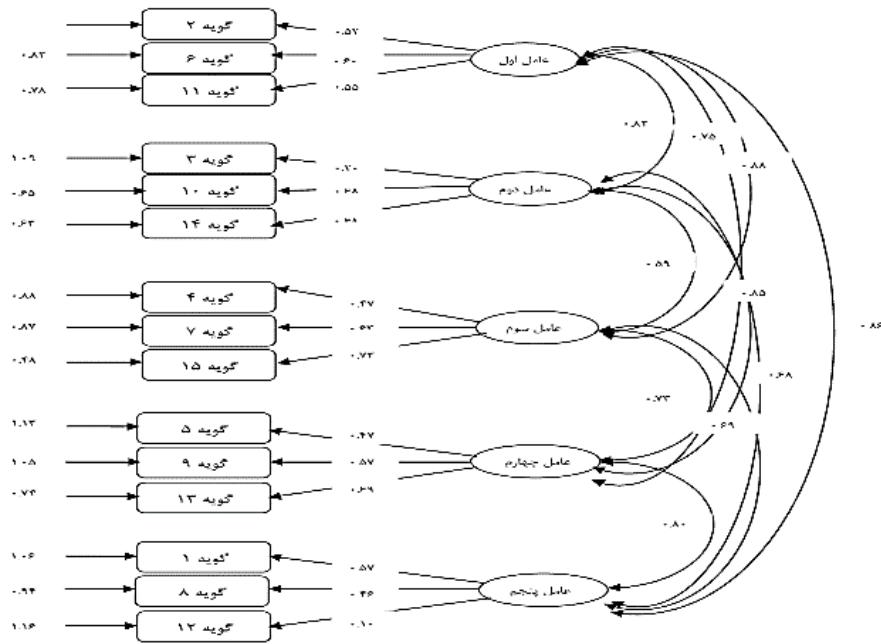
همچنین پس از چرخش، گویه‌های ۵، ۸، ۹ و ۱۰ روی عامل اول، گویه‌های ۶، ۱۱ و ۱۴ روی عامل دوم، گویه‌های ۱، ۲، ۴ و ۱۲ روی عامل سوم و گویه‌های ۳، ۷، ۱۳ و ۱۵ روی عامل چهارم بار گرفتند. با توجه به محتوای گویه‌ها به ترتیب عنوان شکوفایی اجتماعی، صمیمیت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و زاینده‌گی اجتماعی برای عوامل مناسب به نظر می‌رسد. محتوای گویه‌های عامل نخست به بهتر شدن وضعیت، پیشرفت و کمک به حل مشکلات افراد جامعه و عامل دوم به احساس صمیمیت و مهربانی بین افراد و دیدن جامعه به عنوان منبع آرامش دلالت دارند. همچنین محتوای عامل سوم متمرکز بر پیش‌بینی‌پذیری اجتماع، تعلق‌پذیری به اجتماع و توانایی ارایه مفاهیم ارزشمند به اجتماع است و عامل چهارم نشانگر همیاری بین اعضای جامعه، تولید اجتماعی، بهبود وضعیت اعضاء و مشارکت در امور جامعه می‌باشد. در کل به غیر از عامل پذیرش اجتماعی، در بقیه عامل‌ها، حداقل دو گویه از سه گویه پیشنهادی کی‌یس بر روی عامل پیشنهادی بار گرفت، ولی عامل مذکور بین دیگر عامل‌ها توزیع گردید.

تحلیل عاملی تاییدی

جهت تحلیل عاملی تاییدی ساختار عاملی پیشنهاد شده توسط

جدول ۲. شاخص‌های آماری تحلیل عاملی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی

عامل‌ها / گویه‌ها	شکوفایی	صمیمیت	پیوستگی	زاینده‌گی
۱	۰/۰۹	۰/۲۶	۰/۶۰	۰/۲۸
۲	۰/۴۰	۰/۱۵	۰/۵۸	۰/۱۴
۳	۰/۵۵	۰/۲۷	۰/۳۰	۰/۶۱
۴	۰/۰۶	۰/۲۸	۰/۵۳	۰/۱۰
۵	۰/۶۷	۰/۲۳	۰/۰۹	۰/۰۵
۶	۰/۳۲	۰/۴۶	۰/۲۵	۰/۳۰
۷	۰/۰۲	۰/۴۴	۰/۱۳	۰/۴۹
۸	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۳۹	۰/۲۶
۹	۰/۶۶	۰/۱۷	۰/۰۵	۰/۱۰
۱۰	۰/۶۲	۰/۱۲	۰/۰۰	۰/۱۱
۱۱	۰/۱۴	۰/۷۶	۰/۰۵	۰/۰۲
۱۲	۰/۰۸	۰/۱۶	۰/۸۲	۰/۲۰
۱۳	۰/۴۷	۰/۱۱	۰/۲۲	۰/۶۵
۱۴	۰/۱۶	۰/۷۸	۰/۰۵	۰/۰۶
۱۵	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۷۹



شکل ۱. بارهای عاملی و خطای اندازه گیری گویه‌های پرسشنامه سلامت اجتماعی کی‌یس

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل چهار و پنج عاملی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس

مدل	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	CFI	AIC	RMSEA
مدل ۴ عاملی	۲۰۷/۹۴	۸۴	۲/۴۷	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۸۸	۲۷۹/۹۴	۰/۰۶
مدل ۵ عاملی	۱۷۰/۰۰	۸۰	۲/۱۲	۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۹۱	۲۵۰/۰۰	۰/۰۵

جدول ۴. ماتریس همبستگی نمره کل و مولفه‌های بهزیستی اجتماعی یا شادکامی، خودکارآمدی و DASS

نمره کل	انسجام	پذیرش	مشارکت	شکوفایی	پیوستگی
شادکامی	۰/۵۷	۰/۳۹	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۴۹
خودکارآمدی	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۴۴	۰/۲۴	۰/۳۶
روابط بین فردی	-۰/۳۳	-۰/۵۱	-۰/۳۰	-۰/۴۲	-۰/۴۹
افسردگی	-۰/۳۹	-۰/۴۴	-۰/۵۰	-۰/۵۵	-۰/۴۸
DASS اضطراب	-۰/۱۹	-۰/۲۳	-۰/۳۳	-۰/۲۵	-۰/۳۳
استرس	-۰/۳۱	-۰/۴۸	-۰/۲۶	-۰/۴۲	-۰/۴۵

جدول ۵. آلفای کرونباخ پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس

عامل	شماره گویه	میانگین کل با حذف گویه	همبستگی گویه-کل	آلفای کل با حذف گویه	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ کل
اول	۲	۴۲/۱۶	۰/۴۳	۰/۷۹	۰/۸۱	۰/۸۱
	۶	۴۳/۰۶	۰/۵۰	۰/۷۹	۰/۵۶	
	۱۱	۴۳/۹۳	۰/۴۷	۰/۷۹	۰/۷۹	
دوم	۳	۴۳/۸۹	۰/۱۴	۰/۸۱	۰/۵۱	۰/۵۱
	۱۰	۴۳/۶۴	۰/۵۲	۰/۷۹		
	۱۴	۴۳/۱۴	۰/۵۲	۰/۷۹		
سوم	۴	۴۲/۶۱	۰/۳۴	۰/۸۰	۰/۶۳	۰/۶۳
	۷	۴۲/۷۳	۰/۴۷	۰/۷۹		
	۱۵	۴۲/۵۷	۰/۵۲	۰/۷۹		
چهارم	۵	۴۳/۶۸	۰/۴۴	۰/۷۹	۰/۵۸	۰/۵۸
	۹	۴۳/۱۵	۰/۴۴	۰/۸۰		
	۱۳	۴۲/۷۶	۰/۵۷	۰/۷۸		
پنجم	۱	۴۲/۹۷	۰/۴۳	۰/۷۹	۰/۳۴	۰/۳۴
	۸	۴۲/۷۹	۰/۳۷	۰/۸۰		
	۱۲	۴۳/۶۹	۰/۰۷	۰/۸۲		

بحث

هدف مطالعه حاضر، بررسی ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عاملی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس بود. یافته‌های به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش مولفه‌های اصلی نشان داد که چهار عامل برای این پرسشنامه استخراج شد که حدود ۶۰ درصد واریانس بهزیستی اجتماعی را تبیین می‌کند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل پنج عاملی پیشنهاد شده توسط کی‌یس [۶]، برازش نسبتاً بهتری در مقایسه با مدل چهار عاملی به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی دارد. البته قابل ذکر است که شاخص‌های برازش هر دو مدل، تفاوتی اندکی با یکدیگر دارند و مدل پنج عاملی نیز برتری زیادی بر مدل چهار عاملی ندارد. بدین صورت که با وجود تفاوت در شاخصها بین دو مدل، حتی شاخص‌های برازندگی GFI، AGFI و CFI در مدل پنج عاملی نیز پایین تر از ۰/۹۵ است، در حالی که هرچه این شاخص به ۱ نزدیک تر باشد نشانگر برازش بهتر مدل است. این یافته، همسو با یافته‌های مطالعه کی‌یس [۶]، گالاگر و همکاران [۱۵] و جوئنلو و همکاران [۲۷] است.

در مطالعه کی‌یس شاخص‌های GFI و AGFI در هر دو مدل چهار و پنج عاملی به ترتیب برابر با ۰/۹۵ و ۰/۹۲ گزارش شده است، گرچه مدل پنج عاملی در شاخص χ^2/df وضعیت نسبتاً بهتری نسبت به مدل چهار عاملی داشته و به عنوان مدلی که بیشتر با داده‌ها برازش دارد معرفی شده است [۶]. بنابراین، در مطالعه مذکور نیز اولاً مدل پنج عاملی برتری اندکی بر مدل چهار عاملی داشته و ثانياً مقدار شاخص‌های مدل پنج عاملی، حاکی از این تناسب و برازش نسبتاً خوب و نه خیلی کامل مدل است. مطالعه گالاگر و همکاران نیز نشان داد که مدل پنج عاملی، هنگامی که از فرم ۱۵ گویه‌ای این آزمون برای سنجش آن استفاده شده بود، برازش چندان مناسبی با داده‌ها نشان نداده است به طوری که در مطالعه آن‌ها شاخص‌های CFI و NNFI و RMSEA به ترتیب برابر ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۰۹ گزارش شده است [۱۵]. البته آن‌ها برازش مدل را وقتی که از پرسشنامه ۳۴ گویه‌ای استفاده شده بود، عالی گزارش کرده‌اند. در مطالعه آن‌ها، شاخص‌های فوق به هنگام استفاده از فرم بلند به ترتیب برابر با ۰/۹۸، ۰/۹۸ و ۰/۰۴ به دست آمده است که نشانگر برازش نسبتاً کامل مدل پنج عاملی می‌باشد. همچنین مطالعه جوئنلو و همکاران [۲۷] در مرحله تحلیل عاملی اکتشافی ۱۳ مقیاس بهزیستی، نشان داده اند که ۴ عامل از بهزیستی اجتماعی (شامل پذیرش، شکوفایی، انسجام و پیوستگی) و یک عامل بهزیستی روانشناختی (روابط مثبت با دیگران) بار عاملی مطلوبی بر روی بهزیستی اجتماعی گرفته‌اند، که نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز مشابه تحلیل اکتشافی بوده و نشان داده است که انسجام و مشارکت به صورت مشترک بر روی بهزیستی اجتماعی و روانشناختی بار دارند. البته دلیل مشابه بودن نتایج تحلیل اکتشافی و تأییدی این است که آن‌ها از نمونه واحدی برای

تحلیل اکتشافی و تأییدی استفاده کرده‌اند؛ با این حال آن‌ها پیشنهاد کرده‌اند که با توجه به تفاوت اندک شاخص‌های برازش دو مدل، مدل پنج عاملی با توجه به داشتن بنیاد نظری و کاهش بارعاملی مشارکت و انسجام اجتماعی در صورت عامل مشترک در نظر گرفته شدن، مناسب‌تر است. البته برخلاف دو مطالعه ذکر شده در بالا، در مطالعه جوئنلو و همکاران [۲۷] ساختار عاملی بهزیستی اجتماعی مد نظر نبوده و شاخص‌های به دست آمده مربوط به ساختار عاملی بهزیستی جامع هستند. گرچه نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که مدل پنج عاملی در جامعه دانشجویان ایرانی از روایی سازه نسبتاً خوبی برخوردار است، احتمالاً بالا نبودن بودن برخی شاخص‌ها در مطالعه حاضر و مطالعات پیشین می‌تواند به دلیل استفاده از فرم کوتاه این پرسشنامه باشد به طوری که در فرم کوتاه، برای سنجش هر عامل فقط سه گویه در نظر گرفته شده است. بنابراین، شاید استفاده از فرم بلند برای سنجش بهزیستی اجتماعی در مطالعات آتی، موجب افزایش این شاخص‌ها و برازش کامل و مناسب مدل گردد. در واقع تفاوت نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی می‌تواند ناشی از نگرش متفاوت دانشجویان جامعه ما نسبت به مسائل اجتماعی باشد. مثلاً نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از این بود که عدم آشنایی اجتماعی و کمک به حل مشکلات دیگران در کنار پیشرفت و بهبود اوضاع اجتماعی، روی یک عامل، یعنی شکوفایی اجتماعی بار می‌گیرند، در حالیکه در ساختار پیشنهادی کی‌یس که بیشتر منعکس کننده فرهنگ غربی است، شکوفایی اجتماعی نشانگر پیشرفت جامعه و بهبود اوضاع مردم است. البته احتمال دارد که دلایل این تفاوت در کم بودن گویه‌های پرسشنامه نیز باشد، زیرا احتمالاً تعداد گویه‌های کمتر، به صورت ناقصی بهزیستی اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کنند و این عدم کفایت گویه‌ها می‌تواند موجب تغییر پذیری نمرات در نمونه‌های مختلف گردد.

همچنین، یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه روایی همزمان پرسشنامه بهزیستی اجتماعی نشان داد که عوامل پنجگانه بهزیستی اجتماعی و نمره کل آن با شادکامی و خودکارآمدی همبستگی مثبت و با متغیرهای مشکلات بین فردی، افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی منفی دارد که این یافته‌ها روایی همزمان پرسشنامه بهزیستی اجتماعی را تأیید می‌کنند که همسو با مطالعات پیشین [۲، ۴، ۶] است. مثلاً مطالعه کی‌یس [۶] برای بررسی روایی همزمان بهزیستی اجتماعی از متغیرهای پرسشنامه شادکامی و افسردگی استفاده کرده و بین عامل‌های مختلف این پرسشنامه و شادکامی عمومی در زندگی (Happiness with Life Global) همبستگی مثبت و با مقیاس نشانه‌های ملالت (Dysphoria Symptom Scale) همبستگی منفی گزارش کرده‌اند. همچنین برخی پژوهشگران [۲، ۴] که بهزیستی اجتماعی با اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب و سلامت عمومی (GHQ-28) رابطه منفی و با

بیشتری در این زمینه صورت گیرد. به ویژه با توجه به اینکه مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند شاخص‌های روایی و اعتبار نسخه بلند مطلوب بوده‌اند، می‌توان پایین بودن شاخص‌های روایی و اعتبار در مطالعه حاضر را به تعداد کم گویه‌ها نسبت داد، بنابراین پیشنهاد می‌شود که ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عاملی نسخه بلند این پرسشنامه نیز در جامعه دانشجویی ایران مورد بررسی قرار گیرد. نهایتاً اینکه یافته‌های این مطالعه با محدودیت‌هایی روبرو بوده است، از جمله اینکه، با توجه به استفاده از ابزار خودسنجی برای بررسی مدل، احتمال دارد نتایج به دست آمده، وضعیت واقعی دانشجویان را به خوبی منعکس نکند، چرا که شاید برخی در صدد تاییدجویی بوده و یا پاسخ‌های اجتماع‌پسندانه به سوالات داده باشند. بنابراین، استفاده از روش‌های مستقیم‌تر برای سنجش عملکرد فرد (مثل میزان مشارکت در مسائل مربوط به جامعه و غیره) در جامعه و نه فقط سنجش نگرش وی، مناسب‌تر خواهد بود. همچنین، این مطالعه بر روی دانشجویان انجام گرفته و تعمیم آن به سایر اقشار جامعه مناسب به نظر نمی‌رسد. علاوه بر این، با توجه به حجم نمونه پایین برای تحلیل عاملی چند گروهی، تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه نامعلوم باقی ماند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نسخه کوتاه پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس از ویژگی‌های روانسنجی نسبتاً خوبی برخوردار است. به عبارت دیگر، روایی سازه آن مشابه مطالعات قبلی، ساختار پنج عاملی را مورد تایید قرار داد و از روایی ملاکی همزمان خوبی نیز برخوردار است. همچنین اعتبار کل پرسشنامه مطلوب بود. با این حال بین شاخص‌های برازش ساختار چهار و پنج عاملی تفاوت اندکی وجود دارد و اعتبار برخی خرده مقیاس‌های آن پایین است.

تشکر و قدردانی: بدینوسیله از دانشجویان عزیز دانشگاه تبریز و دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز که با تکمیل پرسشنامه‌ها ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. Keyes CLM, Simoes EJ. The Flourish or not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *AM J Public Health*. 2012; 102(11):2146-72.
2. Keyes CLM. Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. In: Keyes CLM, editor. *Mental Health: International contributions to the study of positive mental health*. New York: Springer; 2013. p:396.
3. Keyes CLM. Complete Mental Health: an agenda for the 21st century. In: Keyes CLM, Haidt J, editors. *Flourishing: Positive psychology and the life*

خودکارآمدی عمومی و شاخص کفایت فردی همبستگی مثبت متوسطی دارد. همسو با یافته‌های پیشین، می‌توان نتیجه گرفت که این ابزار روایی همزمان مناسبی دارد. علاوه بر این چنین نتایجی موید مدل پیوستار بهزیستی جامع است که نشان داده است با وجود استقلال بهزیستی، هیجانی، روانشناختی و اجتماعی، بین آن‌ها همپوشی و همبستگی متوسطی وجود دارد. بخش دیگری از یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که همسانی درونی کل پرسشنامه مطلوب است، اما اعتبار عامل‌ها پایین بوده و در برخی موارد قابل قبول نیست. گرچه مطالعه باباپور و همکاران [۱۳] اعتبار مطلوبی برای مولفه‌های این پرسشنامه گزارش کرده‌اند، یافته‌های حاضر بیشتر با یافته‌های کی‌یس [۲] همسو است. در مطالعه مذکور نیز اعتبار خرده مقیاس‌های فرم کوتاه این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۴۱ تا ۰/۷۳ متغیر بوده و همانند مطالعه حاضر، کمترین آن مربوط به عامل پنجم (پیوستگی اجتماعی) است، در حالی که آلفای عامل‌ها در فرم بلند بالاتر بوده و کمترین آن‌ها ۰/۵۷ گزارش شده است. تبیین احتمالی برای این یافته را نیز می‌توان با تعداد گویه‌های کمی که برای هر عامل در نظر گرفته شده است مرتبط دانست. بنابراین احتمال دارد که استفاده از فرم بلند اعتبار عامل‌ها را افزایش دهد و یا چنانچه برخی پیشنهاد کرده‌اند [۴۲، ۴۳] می‌توان گویه‌های دیگری را برای افزایش اعتبار فرم کوتاه بدان افزود.

در کل نتایج مطالعه حاضر، نشان داد که مدل پیشنهادی کی‌یس [۶] در زمینه بهزیستی اجتماعی، بر مدل چهار عاملی به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی برتری اندکی داشته و مدل پنج عاملی اندکی برازش مناسب‌تری با داده‌ها دارد. چنین یافته‌هایی حداقل تا حدودی از دیدگاه کی‌یس در زمینه سلامتی، که معتقد است سلامتی مفهوم چندبعدی بوده و جنبه‌های اجتماعی آن در سازه بهزیستی اجتماعی عملیاتی شده‌اند، حمایت می‌کند و بایستی در ارزیابی سلامتی روانشناختی یک فرد، فقط به سنجش نشانه‌های اختلال و بیماری اکتفا نکرده و بعد اجتماعی را نیز مد نظر قرار داد. بنابراین شاید بتوان گفت که مدل پیشنهادی کی‌یس، مدل بین فرهنگی بهینه‌ای از بهزیستی اجتماعی ارائه می‌دهد، هر چند قبل از چنین نتیجه‌گیری، بهتر است مطالعات

well-lived Washington DC: American Psychological Association Press; 2003.

4. Keyes CLM, Wissing M, Potegieter JP, Temane M, Kruger A, Van Rooy S. Evaluation of Mental Health Continuum- Short Form (HMC-SF) in Setswana-Speaking South Africa. *Clin Psychol Psychot*. 2008; 15:181-92.

5. Zhang W, Chen Q, McCubbin H, McCubin L, Foley S. Predictors of mental and physical health: Individual and neighborhood levels of education, social well-being, and ethnicity. *Health Place*. 2011;

- 17(1): 238-47.
6. Keyes CLM. Social well-being. *Soc Psychol Quart.* 1998; 61(2):121-40.
 7. Kertzner R, Meyer IH, Frost DM, Stirratt MJ. Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: the effects of race, gender, age, and sexual identity. *Am J Orthopsychiatry* 2009; 79:500-10.
 8. Keyes CLM. Promoting and protecting mental health as flourishing. *Am Psychol.* 2007; 62(2):95-108.
 9. Keyes CLM. Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* 2005; 73:539-48.
 10. Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol.* 2002; 82:1007-22.
 11. Amini Rarani M, Musavi MT, Rafiei H. Relation of social capital and social well-being in Iran. *Soc Welf Quart.* 2010; 11(42):203-28.
 12. Samiei M, Rafiei H, amini Rarani M, Akbarian M. well-being of Iran: from a consensus –based definition to evidence-based indicators. *Iran Soc Prob.* 2010; 1(3):31-51.
 13. Babapour J, Toosi F, Hekmati I. Study of determinant factors role of student's social well-being. *J Psychol.* 2010; 4(16):1-19.
 14. Poursattar M, Hekmati I. prediction of social well-being based on religious beliefs among female students. *J Wom Fam Stud.* 2010; 7(2):27-40.
 15. Gallager MW, Lopez SJ, Preacer KJ. The hierarchical structure of well-being. *J Pers.* 2009; 77(4):1025-50.
 16. Diener ED. Culture and well-being: The collected Works of Ed Diener. New York: Springer; 2009.
 17. Otis-Green S, Juarez G. Enhancing the social Well-being of family caregivers. *Semin Onco Nurs.* 2012; 28(4):256-5.
 18. Kumar K. The Role of Social Rituals in Well-being. In: Morandi A, Nambi N, editors. *Integrated View of Health and Well-being: Bridging Indian and Western Knowledge.* New York: Springer; 2013.
 19. Lindstrom M. Ethnic differences in social participation and social capital in Malmo, Sweden: A population-based study. *Soc Sci Med.* 2005; 60:1527-46.
 20. Yates M, Youniss J. Roots of civic identity: international perspectives on Community Service and Activism in Youth. In: Yates M, Youniss J, editors. *Roots of civic identity: international perspectives on Community Service and Activism in Youth.* Cambridge Cambridge University Press; 1999.
 21. Cicognani E, Pirini C, Keyes CLM, Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Social Participation, Sense of Community and Social Well-being: A study on American, Italian and Iranian University Students. *Soc Indic Res.* 2008; 89:97-112.
 22. Keyes CLM. The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolesc Fam Health.* 2006; 4(1):3-11.
 23. Robitschek C, Keyes CLM. Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *J Couns Psychol.* 2009; 56(2):321-9.
 24. Lim YJ, Ko YG, Shin HE, Cho Y. Prevalence and Correlates of Complete Mental Health in the South Korean Adult Population. In: Keyes CLM, editor. *Mental Health: International Contributions to the Study of Positive Mental Health.* New York: Springer; 2013.
 25. Yin KL, He JM, Fu YF. Positive mental health: measurement, prevalence, and correlates in a Chinese cultural context. In: Keyes CLM, editor. *Mental Health: International Contributions to the Study of Positive Mental Health.* New York: Springer; 2013.
 26. Vorone S, Vorobyov A, Negovan V. Are dimensions of psycho-social well-being different among Latvian and Romanian University student? *Procedia- Soc Behav Sci.* 2012; 33:855-9.
 27. Joshanloo M, Rostami R, M N. Examining the factor structure of the Keyes comprehensive Scale of Well-being. *Iranian Psychol.* 2006; 3(9):35-51.
 28. Bayrami M, Mohammadpour V, Gholamzade M, Esmaili B. Comparison oh happiness and willingness to communicate in attachmant styles in university students. *J Behav Sci.* 2012; 6(2):105-9.
 29. Alipour A, Hashemi T, Babapour J, Toosi F. Relationship between coping strategies and happiness among university students. *J Psychol.* 2010; 5(18):71-86.
 30. Babapour J, Rasulzade Tabatabaei SK, Ejei J, Fathi-Ashtiani A. study of relationship between problem solving style and mental health. *J Psychol.* 2002; 7(1):3-16.[Persian]
 31. Scherbaum CA, Cohen-Charash Y, Kern MJ. General Self-Efficacy: A comparison of three measures using Item response theory. *Educ Psychol Meas.* 2006; 66(6):1047-63.
 32. Chen G, Gully S, Eden D. Validation of a new general self-efficacy Scale. *Organ Res Met.* 2001; 4:62-83.
 33. Asghar nezhad T, Ahmadi Ghotbeddini M, Farzad V, Khodapanahi M. Psychometric Properties of Sherer general self-efficacy scale. *J Psychol.* 2007; 39(3):262-74.[Persian]
 34. Bayrami M. The effectiveness of emotional intelligence training on assertion, self-efficacy and mental health. *J Psychol* 2008; 3(11):19-36.[Persian]
 35. Roshan Chesli R, Shaeiri MR. study of level and kinds of stress and coping strategies among students and comparing them in Shahed and non-shahed students. *Daneshvar.* 2004; 2:49-60.[Persian]
 36. Ahmadvand Z, Heydarnasab L, Shaeiri MR. An investigation of the validity and reliability of psychometric characteristics of five facet mindfulness questionnaire in Iranian non-clinical samples. *J Behav Sci.* 2013; 7(3):229-37.[Persian]
 37. Chegini S, Nikpour B, Bagheri Yazdi A. Epidemiology of psychological disorders in Ghom City. *Babol Med J.* 2002; 3:44-51.[Persian]
 38. Modabernia MJ, Shojaie Tehrani H, Falahi M, Faghripour M. Normalizing SCL-90-R Inventory in Guilan High School Students. *Guilan Med Uni J.* 2010; 19(75):58-65.
 39. Brown TA, Chropatia BF, Krotitsch A, Barlow DH. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther.* 1997; 33(11):79-89.
 40. Lovibond F, Lovibond S. The structure of negative emotional states. *Behav Res Ther.* 1995; 33(3):335-43.

41. Asghari Moghaddam M, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. A preliminary validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non-clinical Sample. *clin Psychol and Pers J*. 2008;1(31):23-38.[Persian]

42. Mansurfar K. Advanced statistical method with computer programs. Tehran: Tehran University Pub; 2009. p:394.[Persian]

43. Seyf AA. Measurement, assessment and educational evaluation. Tehran: Doran Pub; 2004.[Persian]