مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی ، شماره ۱۸ ، زمستان ۱۳۹۸جلد۳، ص ۳۴-۲۶
http://www.jisc.ir

تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس پوشش نقره‌ای در افراد مبتلا به سرطان

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی(سال پنجم)
شماره ۱۸ / زمستان ۱۳۹۸ / ص ۳۴-۲۶

سیده فاطمه غفوری[۱]، پریسا سادات سید موسوی[۲]، جنان نوین[۳]، فاطمه علیزاده عطار[۴]

[۱]کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه بهشتی، تهران.

[۲]استادیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه بهشتی، تهران.

[۳]کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران.

[۴]کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه بهشتی، تهران.

نام نویسنده مسئول:

سیده فاطمه غفوری

چکیده

زمینه و هدف: پرسشنامه پوشش نقره‌ای، ابزار مناسبی برای ارزیابی نتایج مثبت گزارش شده توسط افرادی که بیماری را تجربه کرده‌اند، به شمار می‌رود. پژوهش حاضر با هدف بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پوشش نقره‌ای در افراد مبتلا به سرطان، انجام شد.

مواد و روش‌ها: ۲۰۰ فرد مبتلا به سرطان که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، به نسخه فارسی پرسشنامه پوشش نقره‌ای و مقیاس تعالی پس ضربه‌ای، پاسخ دادند. به منظور بررسی پایایی پوشش نقره‌ای، ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ، محاسبه شد. همچنین ساختار عاملی این مقیاس، از طریق تحلیل عاملی تاییدی و روایی ملاکی آن نیز، از طریق همبستگی با مقیاس تعالی پس ضربه‌ای محاسبه شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که این پرسشنامه از همسانی قابل قبولی برخوردار بوده و ضرایب آلفای کرونباخ در مورد نمره کل و زیر مقیاس‌های آزمون و همچنین نمرات آلفا بر اساس شیوه دو نیمه‌سازی، بالاتر از ۰/۸۱ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز، موید آن بود که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها داشته و شاخص‌های نیکویی برازش، مدل را تایید می‌کند. بررسی ضرایب همبستگی نیز، نشان داد که نمرات پوشش نقره ای با تعالی پس ضربه‌ای، رابطه‌ای مثبت و معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: در مجموع، نتایج بیانگر آن بود که پرسشنامه پوشش نقره‌ای در نمونه افراد مبتلا به سرطان ایرانی ابزاری معتبر و پایا به منظور بررسی تغییرات مثبت پس از تجربه بحران بیماری، به شمار می‌رود.

کلید واژه‌ها: پرسشنامه پوشش نقره‌ای، تحلیل عاملی تاییدی، روایی، پایایی.

مقدمه

تشخیص بیماری سرطان اغلب موجب بروز مشکلات هیجانی شدید[۱] همچون ناامیدی و تنهایی،[۲] افسردگی و اضطراب،[۳] نابسامانی در عملکردهای روزانه و فعالیت‌های اجتماعی،[۴] در بیمار می‌شود.

اخیرا مطالعات به امکان رشد شخصی در میان افراد مبتلا به سرطان پرداخته‌اند.[۵] در واقع سرطان همانند سایر وقایع آسیب‌زای زندگی، می‌تواند منجر به تغییرات مثبت و منفی بر روی سلامت روانی افراد شود. تغییرات منفی به دلیل تجربه تشخیص و درمان، منجر به پیدا شدن علائم اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه می‌شود که به عنوان عوامل آسیب‌زا شناخته می‌شوند.[۶] تغییرات مثبت که تعالی پس ضربه‌ای نامیده می‌شوند،[۷] تجربه تغییرات مثبتی است که به عنوان نتیجه مبارزه با یک بحران در زندگی فرد اتفاق می‌افتد[۸] و موجب سازش یافتگی افراد می شود.[۹]

به نظر می‌رسد متغیرهای زیادی در دست‌یابی به پیامدهای مثبت ناشی از تنیدگی نقش داشته باشند. تجزیه و تحلیل ۱۰۳ مطالعه درباره تعالی پس ضربه‌ای نشان داد که بین حمایت اجتماعی، معنویت، مذهب[۱۰] و همچنین عوامل شخصیتی همچون بازبودن، خوش‌بینی و مثبت‌نگری با تعالی در بزرگسالان ارتباط وجود دارد.[۱۱] علاوه بر آن بین تعالی و پریشانی[۸] و همچنین بین شدت علائم استرس پس از آسیب و مدت زمانی که از آسیب مورد نظر گذشته است، رابطه منفی وجود دارد.[۱۲]

برای اندازه‌گیری تعالی پس ضربه‌ای محققان از روش‌های کیفی و کمی متعددی استفاده کرده‌اند. در میان روش‌های کیفی، از تحقیقاتی به صورت پرسش‌های باز[۱۳] و تکنیک داستان زندگی[۱۴] استفاده شده است. روش‌های مصاحبه نیز برای مطالعه تعالی در جمعیت‌های مختلف مانند زنان مبتلا به HIV[۱۵] و زنان مورد تجاوز قرار گرفته،[۱۶] انجام شده است. برای سنجش کمی تعالی محققان از پرسشنامه‌های مختلفی همچون پرسشنامه منفعت یابی[۱۷] و پرسشنامه تعالی پس ضربه‌ای[۱۸] استفاده کرده‌اند. اما این ابزارها برای اندازه‌گیری تعالی با محدودیت‌هایی روبه رو هستند. باید اذعان کرد که این ابزارها فاقد آیتم‌هایی هستند که به طور کامل از اصل شرح و روایت بیماران به صورت تحقیقات کیفی ساخته شده باشد.[۱۹]

بر این اساس یک مقیاسی که بر اساس روایت تجارب شخصی افراد با یک بیماری مزمن، ساخته شده است، مقیاس پوشش نقره‌ای می‌باشد. پرسشنامه پوشش نقره‌ای (SLQ-38) دارای ۳۸ پرسش می‌باشد و بر اساس روایات افراد از تجارب شخصی مواجهه با بیمارهای مزمن ساخته شده است. این پرسشنامه برای سنجش رشد پس از تجربه بیماری در افراد تهیه شده است و پنج بعد: روابط شخصی بهبود یافته، درک بهتر زندگی، تاثیر مثبت بر دیگران، قدرت درون شخصی و تغیرات در فلسفه زندگی را مورد سنجش قرار می‌دهد.[۲۰] در مطالعات تجربی مختلف تعداد عوامل متفاوتی برای این مقیاس گزارش شده است. به گونه‌ای که در مطالعه مقصود و همکاران[۲۱] ساختار ۳ عاملی و در مطالعه سادرگرن و هایلند،[۲۲] ساختار ۱۰ عاملی تایید شد. همچنین ساختار پنج عاملی این پرسشنامه در مطالعه مک براید و همکاران[۱۹] به اثبات رسیده است. مطالعات پیشین نشان‌دهنده عدم همسویی نتایج گزارش شده در خصوص این ابزار می‌باشد که شاید بتوان آن را به عوامل فرهنگی نسبت داد. همچنین به طور کلی مطالعات کمی روی این ابزار صورت گرفته است.

از آنجا که بحران سرطان یکی از رویدادهای به شدت آسیب‌زننده می‌باشد، و با توجه به اهمیت رواشناسی مثبت‌نگر در سال‌های اخیر، پژوهش در خصوص دستیابی به تغییرات مثبت احتمالی پس از تجربه بحران‌هایی همچون بیماری‌های مزمن، می‌تواند گامی مهم در خصوص ارتقاء سلامت روان این افراد باشد. با توجه به این امر، هدف این پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس پوشش نقره‌ای در نمونه‌ای از افراد مبتلا به سرطان در ایران می‌باشد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع هنجاریابی بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به سرطان بود که در سال ۹۲-۹۳ به بیمارستان شریعتی و شهدای تجریش مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش به تعداد ۲۰۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند. تعداد ۱۳۳زن (۶۶/۵ درصد) و ۶۷ مرد (۳۳/۵ درصد) در این پژوهش شرکت کردند که میانگین سنی زنان ۴۷/۳۰ و میانگین سنی مردان ۴۹/۷۹ بود. از میان افراد شرکت‌کننده ۳۶ نفر مبتلا به سرطان خون، ۶۸ نفر مبتلا به سرطان سینه، ۱۵ نفر مبتلا به سرطان بیماری‌های زنان، ۲۵ نفر مبتلا به سرطان دستگاه گوارشی و ۵۶ نفر مبتلا به انواع سرطان‌های دیگر بودند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس پوشش نقره‌ای (SLQ-38). این پرسشنامه توسط سادرگرن و هایلند (۲۰۰۰) ساخته شده است. این ابزار برای ارزیابی پیامدهای مثبت در افرادی است که یک بیماری بحران‌زا را تجربه کرده‌اند. آزمون دارای ۳۸ سوال است که شامل ۵ زیر مقیاسِ ابعاد روابط شخصی بهبود یافته، درک بهتر زندگی، تاثیر مثبت بر دیگران، قدرت درون شخصی و تغییرات در فلسفه زندگی می‌باشد. همسانی درونی کل آزمون برابر با آلفای ۰/۹۳ و همسانی درونی زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه از آلفای ۰/۶۵ تا آلفای ۰/۸۹ گزارش شد. اعتبار آزمون- آزمون مجدد نیز برابر با ۰/۹۰ بوده است. پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۵ درجه ای لیکرت؛ ۱- خیلی مخالف، ۲- مخالف، ۳- مطمئن نیستم، ۴- موافق، ۵- خیلی موافق، نمره گذاری می‌شوند. نمرات مقیاس‌ها به وسیله جمع نمرات عبارات در هر عامل حساب می‌شود. نمره نهایی مقیاس برای SLQ-38 قابل محاسبه است.[۲۰]

سیاهه تعالی پس‌ضربه‌ای (PTGI). سیاهه تعالی پس ضربه‌ای توسط تدسکی و کالهون (۱۹۹۶) ساخته شده است. این آزمون ابزاری برای ارزیابی پیامدهای مثبت در کسانی است که رویدادی منفی را تجربه کرده‌اند. آزمون دارای ۲۱ سوال است که در ۵ زیر مقیاس افق‌های جدید، روابط بین فردی، توانایی فردی، درک ارزش زندگی و تغییرات معنوی مطرح می‌شود. همسانی درونی کل آزمون برابر با آلفای ۰/۹۰ و همسانی درونی زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه از آلفای ۰/۶۷ تا آلفای ۰/۸۵ گزارش شد. اعتبار آزمون- آزمون مجدد نیز در فاصله دو ماه برابر با ۰/۷۱ و در شش ماه برابر با ۰/۸۶ بوده است.[۱۸] در پژوهش موسوی نیز همسانی درونی کل آزمون برابر با آلفای ۰/۹۲ و همسانی درونی زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه از آلفای ۰/۶۲ تا ۰/۸۲ محاسبه شد.[۲۳] پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت با دامنه صفر (هرگز این تغییر را تجربه نکرده‌ام) تا ۵ (این تغییر را به میزان زیادی تجربه کرده‌ام) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات مقیاس‌ها به وسیله جمع نمرات عبارات در هر عامل حساب می‌شود. نمره نهایی مقیاس برای PTGI قابل محاسبه است.[۱۸]

روش اجرای پژوهش

به منظور آماده سازی نسخه فارسی مقیاس تعالی پس ضربه‌ای، این مقیاس توسط دو مترجم زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. بعد از تایید ترجمه و ترجمه بک انجام شده توسط متخصصین با مراجعه به بخش انکولوژی بیمارستان طالقانی و شهدای تجریش، پرسشنامه‌های مذکور توسط مراجعه کنندگان به صورت داوطلبانه، تکمیل شد. برای بررسی پایایی مقیاس از روش ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن و برای بررسی روایی آزمون از روش تحلیل عاملی تاییدی و روایی ملاکی استفاده شده است. در این پژوهش، از نرم افزارهای آماری SPSS و LISREL استفاده شد.

یافته‌ها

پایایی

برای بررسی پایایی ابزار از روش‌های ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن استفاده شد.

ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ: برای برآورد پایایی آزمون و به منظور ارزیابی اعتبار مقیاس پوشش نقره‌ای و خرده مقیاس‌های آن از روش آماری همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده گردید. همسانی درونی در واقع متوسط همبستگی درونی سوالی را برآورد می‌کند و میزان آن هر چه بالاتر باشد، بر همگنی درونی بالاتر آزمون و خرده مقیاس‌ها دلالت دارد.

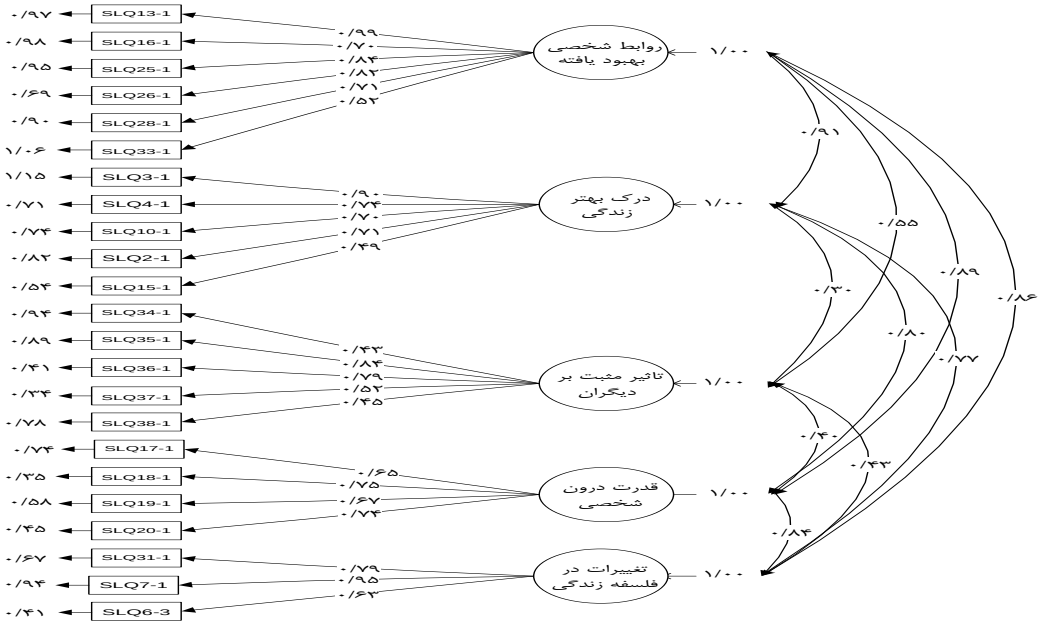
ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل روابط شخصی بهبود یافته، درک بهتر زندگی، تاثیر مثبت بر دیگران، تغییرات در فلسفه زندگی، قدرت درون شخصی به ترتیب برابر ۰/۷۴، ۸۲/.، ۷۶/.، ۸۲/.، ۶۷/. و ضریب کل آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶ بود که نشان دهنده سطوح همسانی درونی بالا برای زیر مقیاس‌ها و کل پرسشنامه می‌باشد.

شاخص آلفای کرونباخ برای نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ است که نشان‌دهنده سطوح همسانی درونی بالا برای دو نیمه آزمون دارد.

روایی

برای بررسی روایی پرسشنامه از روش های تحلیل عاملی تاییدی و روایی ملاکی استفاده شد.

بررسی ساختار عاملی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی: در این پژوهش، برای بررسی ساختار عاملی پوشش نقره‌ای تحلیل عاملی تأییدی به کمک نرم‌افزار لیزرل نسخه ۸/۵ انجام شد. در نمودار شماره یک بارهای عاملی هر یک از گویه های مقیاس پوشش نقره‌ای آورده شده است.



شکل۱- ساختار پنج عاملی پوشش نقره‌ای

با توجه به شکل، در این مطالعه تمامی بارهای عاملی الگوی اندازه‌گیری ۵ عاملی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

برازندگی الگو بر اساس شاخص خی دو، شاخص برازندگی تطبیقی، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب، شاخص نیکویی برازش و شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آنها در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

اگر ($\chi 2/df$) کوچک‌تر از دو باشد ،برازش قابل قبولی را نشان می‌دهد. اگر شاخص‌های GFI، CFI، AGFI بزرگ‌تر از ۹۰٪ و شاخص‌های SRMR و RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده برازش مناسب و مطلوب است.

جدول ۱- خلاصه شاخصه‌های برازش الگوهای تحلیل عاملی تأییدی

الگو	۲X	Df	($\chi 2/df$)	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
الگوی پنج عاملی	۴۱۶/۵۴	۲۲۰	۱/۸۹	٪۹۰	٪۸۱	۰/۹۵	۰/۰۸۲

در جدول یک با توجه به محاسبه مقدار شاخص‌های برازش می‌توان نتیجه گرفت، الگو از برازش مناسبی برخوردار است. شاخص‌های برازش الگوی پنج عاملی مقیاس پوشش نقره‌ای برازش خوبی با داده‌ها نشان می‌دهد. کاربرد پذیری الگوی پنج عاملی پوشش نقره‌ای در نمونه ایرانی با استفاده از این الگو تأیید می‌شود.

روایی ملاکی

با هدف بررسی روایی ملاکی پرسشنامه پوشش نقره‌ای، از پرسشنامه تعالی پس ضربه‌ای استفاده گردید. ضریب همبستگی بین مقیاس پوشش نقره‌ای و خرده مقیاس‌های آن با مقیاس تعالی پس ضربه‌ای و خرده مقیاس‌های آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲- همبستگی آزمون‌های پوشش نقره‌ای و تعالی پس ضربه‌ای

متغیر	تعالی پس ضربه‌ای	توانایی‌های فردی	روابط بین فردی	افق‌های جدید	تغییرات معنوی	درک ارزش زندگی
پوشش نقره‌ای	۰/۷۲۶**	۰/۲۸۱**	۰/۱۵۶**	۰/۵۶۰**	۰/۴۶۶**	۰/۴۲**
روابط شخصی بهبود یافته	۰/۶۲۶**	۰/۵۶۰**	۰/۵۶۲**	۰/۵۵۵**	۰/۴۰۴**	۰/۴۲۱**
درک بهتر زندگی	۰/۵۸۱**	۰/۵۳۰**	۰/۵۳۰**	۰/۴۰۸**	۰/۳۶۸**	۰/۳۲۰**
تاثیر مثبت بر دیگران	۰/۴۶۷**	۰/۳۶۷**	۰/۳۶۷**	۰/۵۷۱**	۰/۴۵۳**	۰/۴۴۰**
قدرت درون شخصی	۰/۶۲۱**	۰/۵۶۹**	۰/۵۶۹**	۰/۴۸۲**	۰/۵۱۹**	۰/۳۷۸**
تغییرات در فلسفه زندگی	۰/۵۴۰**	۰/۴۴۰**	۰/۴۴۰**	۰/۷۲۲**	۰/۵۸۱**	۰/۶۲۰**

**P‹ 0/01

بررسی ضرایب همبستگی جدول دو نشان می‌دهد خرده مقیاس‌های تعالی پس ضربه‌ای با خرده مقیاس‌های پوشش نقره‌ای ضریب همبستگی مثبت و معناداری دارد. بنابراین، نتایج فوق بیانگر روایی ملاکی مناسبی برای زیر مقیاس های پوشش نقره‌ای است.

بحث

با توجه به گستره مطالعات انجام شده پیرامون مفهوم تعالی پس ضربه‌ای، دسترسی به ابزارهای پایا و روا به منظور اندازه‌گیری این سازه در بحران‌های زندگی به طور عام و یا خاص همچون بیماری‌های آسیب‌زا ضرورتی اجتناب ناپذیر است. بر این اساس مطالعه حاضر، با هدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس پوشش نقره‌ای، در میان افراد مبتلا به سرطان شهر تهران انجام شد.

همسویی یافته‌های این مطالعه، با نتایج مطالعات سادرگرن و هایلند،[۲۰] درباره ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس پوشش نقره‌ای، از منطق زیر بنایی نسخه اصلی SLQ-38 به طور تجربی، حمایت کرد. به عبارت دیگر این مطالعه همسو با نتایج پژوهش سادرگرن و هایلند،[۲۰] نشان داد که همسانی درونی و پایایی این مقیاس در بین افراد مبتلا به سرطان در حد قابل قبولی است.

بر این اساس، به منظور بررسی روایی عاملی این مقیاس از روش آماری تحلیل عاملی تاییدی و روایی ملاکی و به منظور مطالعه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌های تحلیل عاملی تاییدی در مطالعه حاضر نشان داد که الگوی پنج عاملی SLQ-38 با داده‌ها برازش مقبولی داشت. نتایج مطالعه حاضر همسو با نتایج مطالعات سادرگرن و هایلند[۲۰] و مک براید و همکاران،[۱۹] با تکرار ساختار پنج عاملی، حمایت مناسبی از ماهیت چند بعدی سازه پوشش نقره‌ای فراهم آورد. تشابه یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج این پژوهش‌ها درباره ساختار عاملی مقیاس SLQ-38، بیانگر آن است که مولفه‌های تشکیل‌دهنده زیربنای نظری پوشش نقره‌ای، در بافت‌های فرهنگی مختلف از الگوی مشابهی پیروی می‌کند.

همچنین داده‌ها شواهدی از پایایی نمره‌های SLQ-38 نشان دادند. همسانی درونی که درجه همگنی ماده‌های آزمون را نشان می‌دهد از طریق محاسبه آلفای کرونباخ در مورد نمره کل و زیر مقیاس‌های آزمون، نشان‌دهنده سطوح همسانی درونی بالا می‌باشد. این امر نشان‌دهنده هم جهت بودن ماده‌های آزمون در اندازه‌گیری پوشش نقره‌ای است. این یافته همسو با نتایج مطالعه سادرگرن و هایلند و سبنق و همکاران (۲۰۰۴)[۲۴]، مقصود، جابین و خاتون (۲۰۱۳)[۲۱] می‌باشد.

روایی ملاکی مقیاس نیز با استفاده از زیر مقیاس تعالی پس ضربه‌ای،[۱۸] که در نمونه‌های ایرانی اعتبار و روایی مناسب آن نشان داده شده است،[۲۵-۲۳] مورد ارزیابی قرار گرفت. همبستگی مناسب زیر مقیاس‌ها و نمره کل در مقیاس پوشش نقره‌ای با زیر مقیاس‌های تعالی پس ضربه‌ای نشان‌دهنده روایی سازه این مقیاس می‌باشد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌هایی هستند که ویژگی روان‌سنجی مقیاس پوشش نقره‌ای را در نمونه‌های مختلف مورد ارزیابی قرار داده‌اند. در مطالعه سادرگرن و هایلند،[۲۲] بین مقیاس SLQ-38 با زیر مقیاس برونگرایی پرسشنامه شخصیت آیزنک[۲۶] و معنویت همبستگی مثبت و با سایر عوامل پرسشنامه آیزنک همبستگی، منفی بود.

با توجه به محدودیت پژوهش‌های انجام شده بر روی این ابزار، امکان مقایسه نتایج پژوهش‌های مختلف، امکان پذیر نبود. با این وجود، یافته‌های پژوهش به طور کلی حاکی از آن بود که ساختار اولیه شناسایی شده برای ابزار قابل قبول بوده و این ابزار از روایی و اعتبار مناسبی در نمونه ایرانی برخوردار است.

لازم به ذکر است که برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر تعمیم پذیری نتایج آن را با محدودیت مواجه می‌کند. اول، با وجود اینکه مشارکت-کنندگان پژوهش حاضر شامل مردان و زنان مبتلا به سرطان بودند، اما مطالعه ساختار عاملی SLQ-38 در گروه‌های جنسی و به دنبال آن مقایسه معناداری و یا عدم معناداری تفاوت بین شاخص‌های نیکویی برازش در دو جنس انجام نگرفت. دوم، در مطالعه حاضر تحلیل روان‌سنجی SLQ-38به یک گروه بالینی از مردان و زنان مبتلا به سرطان محدود شد. بنابراین بسط یافته‌های این پژوهش با گروه‌های غیر بالینی و بالینی دیگر با محدودیت همراه است.

با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر محدود به بحران بیماری سرطان است، لذا پیشنهاد می‌شود که چنین پژوهشی در سایر بیماری های بحران‌زا نیز، انجام شود و همچنین به مطالعه و مقایسه ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌های مختلف مقیاس پوشش نقره‌ای در بین نمونه‌های بالینی و غیر بالینی، پرداخته شود.

در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس پوشش نقره‌ای در جامعه پژوهش از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است و می‌توان از آن برای سنجش نتایج و تغییرات مثبت پس از تجربه بیماری‌های آسیب‌زا در قلمرو پژوهش‌ها و موقعیت‌های بالینی استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولین محترم بیمارستان طالقانی و شهدای تجریش بابت همکاری جهت انجام این پژوهش، اعلام می‌دارند.

مراجع

1. Thapa. P., Rawal. N., Bista. Y.(2010). “A study of depression and anxiety in cancer patients.” Nepal Med Coll J. Vol. 12, No. 3, PP. 171-175.
2. Pehlivan. S., Ovayolu. O., Ovayolu. N., Sevic. A., Camci. C.(2011). “Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer.” Support Care Cancer. Vol. 20, No. 4, PP. 733-739.
3. Pirl. W. F. (2006). “Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients.” J Natl Cancer Inst Monogr. Vol. 32, PP. 32–39.
4. Abdi. N., Taghaddasi. M. H., Naghdi. S. (2007). “The Effects of Hope Promoting Interventions on Cancer Patients.” Armaghan danesh. Vol. 14 No. 3, PP.13-21.
5. Wang. M. L., Liu. J. E., Wang. H.Y., Chen. J., Li. Y. Y. (2014). “Posttraumatic growth and associated socio-demographic and clinical factors in Chinese breast cancer survivors.” Eur J Oncol Nurs. Vol. 18, PP. 478–483.
6. Moor, J. (2010). “Cancer and Posttraumatic Growth.” UK: University of Southampton.
7. Tanrıverd, D., Savaş, E., Can, G. (2010). “Posttraumatic Growth and Social Support in Turkish Patients with Cancer.” Asian Pac J Cancer Prev. Vol. 13, No. 9, PP. 4311-4314.
8. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). “Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence.” Psychol Inquiry. Vol.15, PP. 1-18.
9. Zoellner, T., Maercker, A. (2006). “Post-traumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model.” Clin Psychol Rev. ‘ Vol. 26, PP. 626-653.
10. Joseph, S., Linley, P.A. (2006). “Comment: positive psychology versus the medical model?” Evol Behav Sci. Vol. 61, No. 4, PP.332-333.
11. Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., Florin, A. (2010). “Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and rela tionships with psychological health.” J Clin Psychol Med Settings. Vol. 17, PP. 14–22.
12. Ghafoori, B., Hierholzer, R.W., Howsepiam, B., Boardman, A. (2008). “The role of adult attachment, parental bonding, and spiritual love in the adjustment to military trauma.” J Trauma Dissociation. Vol. 9, N. 1, PP. 85- 106.
13. Fontana, A., Rosenhech, R. (1998). “Psychological benefits and liabilities of traumatic exposure in the war zone.” J Trauma Stress. Vol. 11, PP.485 -503.
14. King, L.A., Minner, K,N. (2000). “Writing about the perceived benefits of traumatic events: Implications for physical health.” Pers Soc Psychol Bull. Vol. 26, PP. 220 – 230.
15. Massey, S., Cameron, A., Ouellette, S., Michelle, F. (1998). “Qualitative approaches to the study of thriving: What can be learned? Thriving: Broadening the Paradigm Beyond illness to health.” Soc Issues. Vol. 54, PP.373 -391.
16. Siegel, K., Schrimshaw, E.W. (2000). “Perceiving benefits in adversity: Stress-related growth in women living with HIV/AIDS.” Soc Sci Med. Vol. 51, PP.1543-1554.
17. Thompson, M. (2000). “Life after rape: A chance to speak? Sex Relation Ther.” Vol. 15, 325 -343.
18. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). “The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma.” J Trauma Stress. Vol. 9, PP. 455–471.

19. Bride, O., Dunwoody, L., Lowe-Strong, A., Kennedy, S.M. (2008). “Examining adversarial growth in illness: The factor structure of the silver lining questionnaire (SLQ-38).” Psychol Health. Vol. 23, No. 6, PP. 661-678.
20. Sodergren, S.C., Hyland, M.E. (2000). “What are the positive consequences of illness?” Psychol Health. Vol. 15, PP.85–97.
21. Maqsood, A., Jabeen, T., Khatoon. (2013). “Assessment of Positive Effects of Illness: Implications for an IntegrativeApproach of BioPsychoSocioSpiritual Model Pak.” J life soc sci. Vol. 11, No. 2, PP. 139-146.
22. Sodergren, S.C., Hyland, M.E., Crawford, A., Partridge, M.R. (2004). “Positivity in illness: Self-delusion or existential growth?” Br J Health Psychol. Vol. 9, PP.163–174.
23. Moussavi, P. (2008). “The relationship between general and religious coping strategies with distress and posttraumatic growth. master’s thesis.” Tarbiat Modarres University. Tehran. 208 pages.
24. Sodergren, S.C., Hyland, M.E., Singh, S.J., Sewell, S.L. (2002). “The effect of rehabilitation on positive interpretations of illness.” Psychol Health. Vol. 17, PP. 753–760.
25. Ghafouri, S.F., Ghanbari, S., Fallahzadeh, H., Shookri, O. (2016). “The Relation Between Marital Adjustment and Posttraumatic Growth in Infertile Couples: The Mediatory Role of Religious Coping Strategies.” Reprod Infertil. Vol.17, No. 4.
26. Eysenck, S.B.J., Eysenck, H,J., Barrett, P. (1985). “A revised version of the Psychoticism Scale.” Pers Individ Dif. Vol. 6, PP. 21–29.