

بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی ابزاری جدید برای اندازه گیری بهداشت روانی

نویسندگان: دکتر مرتضی امیدیان^{۱*} و سید کاظم علوی لنگرودی^۲

۱. استادیار دانشگاه یزد

۲. عضو هیأت علمی دانشگاه یزد

*E-mail: M.omidian@yazduni.ac.ir

چکیده

گزارش پژوهشی موجود به معرفی ابزاری جدید برای اندازه گیری وضعیت بهداشت روانی مثبت و منفی می پردازد که در دو پژوهش جداگانه اجرا شد. در پژوهش نخست، آزمون های مختلف که نشانه های بهزیستی روانی، رضایت از زندگی و شادی را اندازه گیری می کردند، در کنار آزمون هایی که به اندازه گیری مشکلات روانی مربوط می شد، به گروهی از دانشجویان ارائه و دانشجویان در این دو بعد مورد ارزیابی قرار گرفتند. تعداد این دانشجویان ۵۵۴ نفر بود که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. مجموع گویه های ۵ پرسشنامه مورد استفاده در مقیاس لیکرت، ۱۷۴ گویه بود. پس از تکمیل این گویه ها که از ۵ آزمون مختلف بود، نتایج به دست آمده با روش تحلیل مؤلفه های اصلی برای استخراج دو عامل بررسی شدند و تعداد ۴۶ گویه که ضرایب همبستگی مناسبی با دو عامل استخراجی از روش مؤلفه های اصلی داشتند، انتخاب شدند.

این عوامل با توجه به ویژگی محتوایی و پرسشنامه ای که از آن استخراج شده بودند با عناوین وضعیت بهداشت روانی مثبت و منفی نام گذاری شدند. در پژوهش بعد، پرسشنامه ۴۶ گویه ای که با روش تحلیل عوامل به دست آمده بود به همراه دو پرسشنامه معتبر به گروهی دیگر از آزمودنی ها (۱۱۷) کارمند دانشگاه داده شد. نتایج مطالعه دوم نشان داد که این آزمون از ضرایب اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است. به علاوه در تحلیل عوامل با روش مؤلفه اصلی این بار نیز دو عامل استخراج شده با گویه های مربوط، همبستگی های مناسبی داشتند. در این مرحله برای تأیید برازش مدل از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد که برازش مدل را به صورت ضعیف تأیید کرد. نتایج با توجه به دیدگاه جدید در مورد بهداشت روانی مورد بحث قرار گرفت.

کلید واژه ها: بهداشت روانی، اعتباریابی، بهداشت روانی مثبت و منفی، تحلیل عوامل، اندازه گیری بهداشت روانی

- دریافت مقاله: ۸۶/۷/۱۳
- ارسال به داوران: ۸۶/۷/۱۷ (۱)
- دریافت نظر داوران: ۸۶/۷/۳۰ (۱)
- ارسال برای اصلاحات: ۸۶/۸/۸ (۱)
- ۸۶/۱۰/۲۴ (۲)
- ۸۷/۳/۱ (۳)
- دریافت اصلاحات: ۸۶/۹/۱۰ (۱)
- ۸۶/۱۱/۱۰ (۲)
- ۸۷/۳/۲۳ (۳)
- ارسال به داور نهایی: ۸۶/۹/۱۷ (۱)
- ۸۶/۱۲/۶ (۲)
- دریافت نظر داور نهایی: ۸۶/۱۰/۱۱ (۱)
- ۸۷/۲/۲۹ (۲)
- پذیرش مقاله: ۸۷/۴/۸

Scientific-Research
Journal of
Shahed University
Fifteenth Year
No. 31
2008

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال یازدهم - دوره جدید
شماره ۳۱
آبان ۱۳۸۷

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی (WHO) (World Health Organization) در وب سایت این سازمان، بهداشت روانی را چنین تعریف می کند: «بهداشت روانی

به گستره وسیعی از فعالیت های مستقیم و غیرمستقیم اشاره دارد که به احساس بهزیستی روانی منجر می شود». عناصر بهزیستی روانی از نظر سازمان بهداشت جهانی عبارتند از: کمال وضعیت جسمی، روانی و بهزیستی اجتماعی و نه

روانی با کسر نمره‌های منفی از نمره‌های مثبت ارائه می‌داد [۱۲]. هاپرت و ویتینگتون (Huppert & Whittington)، از جمله پژوهشگرانی بودند که موضوع تفکیک شاخص‌های مثبت و منفی بهداشت روانی را به عنوان دو مقیاس جداگانه دنبال کردند. این پژوهشگران با اجرای همزمان پرسشنامه‌های GHQ و سبک زندگی و حمایت اجتماعی و جمع‌آوری ویژگی‌های جمعیت‌شناسی در گروهی از آزمودنی‌ها مشتمل بر ۶۳۱۷ نفر، با استفاده از تحلیل تمیزی (discriminate analysis) نشان دادند که دو مقیاس جداگانه با عنوان بهداشت روانی مثبت و منفی وجود دارد. در گزارش پژوهشی این دو محقق، بیش از یک سوم آزمودنی‌ها در دو مقیاس از اندازه‌های مثبت و منفی بهداشت روانی، نمره‌های بالا یا پایین داشتند که اثباتی بود بر تفاوت و جدایی دو مقیاس. به علاوه، بررسی‌های جمعیت‌شناسی نشان داد که احساس ناتوانی و فقدان نقش‌های اجتماعی مناسب در ایجاد نشانه‌های روان‌شناختی (بهداشت روانی منفی) نقش تعیین‌کننده‌ای داشتند؛ ولی در احساس بهزیستی (بهداشت روانی مثبت) اثری نداشتند. تضمین شغلی در احساس بهزیستی اثر داشت، ولی اثری در مشکلات روانی نداشت. پیگیری نرخ مرگ و میر طی یک دوره ۷ ساله بیش‌تر با فقدان احساس بهزیستی همراه بود تا مشکلات روان‌شناختی. پژوهشگران در گزارش خود ضرورت اندازه‌گیری احساس بهزیستی روانی را در مطالعات مربوط به بهداشت روان مطرح کردند [۱۳].

این دیدگاه نظری توسط شماری دیگر از پژوهشگران از جمله گرفت [۱۴، ۱۵ و ۱۶] مورد تأیید قرار گرفت. براین اساس، بهداشت روان و مشکلات روانی دو موضوع مستقل در نظر گرفته شدند که باید در بررسی وضعیت بهداشت روانی به طور جداگانه بررسی شوند [۱۴]. در یک پژوهش با اندازه‌گیری شاخص‌های مثبت و منفی بهداشت روانی و همراه کردن این مقیاس‌ها با شاخص‌های زیستی، نظیر فشار خون، سطح چربی خون و برخی از انتقال‌دهنده‌های عصبی و هورمون‌ها، به بررسی جدایی دو مقیاس پرداختند و چنین نتیجه گرفتند که از نظر زیستی از ۹ مورد مقایسه، ۷ مورد تمایز دو مفهوم را مورد تأیید قرار دادند [۱۶]. در انگلستان نیز با توجه به ناتوانی تلاش‌های قبلی در این کشور برای ساخت مقیاسی که وضعیت مثبت

صرفاً فقدان بیماری‌ها. از نظر این سازمان، ارتقای سطح بهزیستی، پیشگیری از بیماری‌های روانی و درمان و بازتوانی افرادی که از مشکلات روانی رنج می‌برند، نیز شامل بهداشت روانی می‌شود [۱]. با وجود این تأکید که بهداشت روانی تنها به معنای فقدان بیماری نیست، در بسیاری از پژوهش‌های مربوط به بهداشت روانی در داخل و خارج از کشور از ابزارهایی استفاده می‌شود که فقدان یا وجود بیماری روانی را به عنوان شاخص بهداشت روانی در نظر می‌گیرند. به عنوان نمونه، ابزارهایی مانند GHQ (General Health Questionnaire) و SCL-90 (Symptom Check List) توسط شماری از پژوهشگران به منظور ارزیابی بهداشت روانی به کار گرفته شده‌اند [مانند ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۸].

در رویکردهای تازه به موضوع اندازه‌گیری سطح بهداشت روانی، علاوه بر ارزیابی افراد بر مبنای فقدان علائم بیماری، به ضرورت ارزیابی در ابعاد عاطفی، رفتاری، شناختی، جسمی، اجتماعی و فراشخصی در چارچوبی منسجم توجه شده‌است [۹].

به دلیل شیوع این دیدگاه تازه، در پژوهش‌های مربوط به بهداشت روانی، استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری سطح بهزیستی روانی رو به افزایش بوده‌است؛ به گونه‌ای که نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد طی یک دهه، مقالات منتشرشده در این باره از ۱۵۰ مورد به ۷۸۰ مقاله افزایش یافته‌است [۱۰]. به عنوان نمونه، ارزیابی شادکامی به عنوان یکی از پیامدهای برنامه‌های بهداشت روانی، در پژوهش‌ها مورد توجه زیادی قرار گرفته‌است و سطح بهداشت روانی و بهزیستی روانی به عنوان دو عامل مهم در ارزیابی کلی کیفیت زندگی در جوامع مختلف مورد توجه قرار گرفته‌است [۱۱].

از دیدگاه نظری، شماری از پژوهشگران حوزه بهداشت روان سعی در تفکیک دو مفهوم بهزیستی روانی و مشکلات روانی و اندازه‌گیری همزمان این دوداشته‌اند. یکی از نخستین پژوهش‌های مربوط به تفکیک این دو مفهوم، ساخت مقیاسی برای اندازه‌گیری شاخص‌های مثبت و منفی بهداشت روانی بود که به ساخت یک مقیاس ۴۰ ماده‌ای منجر شد. ۲۰ ماده از این مقیاس، بهداشت روانی مثبت و ۲۰ ماده آن، بهداشت روانی منفی را اندازه‌گیری می‌کرد، ولی در عمل یک نمره به عنوان شاخص بهزیستی

۲- آیا شاخص‌های به کار گرفته شده در اجرای مجدد، روی نمونه‌ای دیگر از آزمودنی‌ها شاخص‌های مناسب روان‌سنجی را دارند؟

روش

آزمودنی‌ها در دو بخش استخراج عوامل و اعتباریابی، مشتمل بر دانشجویان و کارکنان دانشگاه یزد بودند. به منظور استخراج عوامل فرضی بهداشت روانی، داده‌های مربوط به ۵۵۴ دانشجو که به صورت تصادفی ساده از دانشکده‌های مختلف دانشگاه یزد و از بین جامعه دانشجویان انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. نمونه مذکور که در پژوهش مربوط به شاخص‌های بهداشت روانی دانشجویان شرکت کرده بودند، ۵ پرسشنامه مختلف برای اندازه‌گیری شاخص‌های مثبت و منفی را کامل کردند. پاسخ‌های دانشجویان با روش تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت و دو عامل با ۴۶ گویه به دست آمد. در مرحله بعد آزمون ۴۶ سؤالی به دست آمده از مرحله قبل، در گروهی ۱۱۷ نفره از کارکنان دانشگاه یزد که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا و مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله اول پژوهش، ابزارهای به کار گرفته شده به شرح زیر بودند:

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ: این پرسشنامه توسط گلدبرگ (Goldberg) [۲۱] ساخته شد. در کشور ما بیش‌تر از فرم ۲۸ تایی که به GHQ-۲۸ معروف است استفاده می‌شود. این آزمون دو روش نمره‌گذاری دارد. در روش اول براساس مقیاس لیکرت به صورت «۳»، «۲»، «۱» و «۰» در روش دوم به صورت «۱»، «۰» و «-۱» نمره‌گذاری می‌شود که روش دوم بیش‌تر برای اهداف تشخیصی بالینی به کار می‌رود و با توجه به هدف پژوهش حاضر، برای نمره‌گذاری آزمون از روش اول استفاده شد. این آزمون با SCL-۲۵ همبسته و در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی خوزستان، اعتباریابی شده [۶] و در دو پژوهش جداگانه، ضرایب پایایی محاسبه شده بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۲ و ۲۳].

فرایند هویت بالیستری (Balisteri) و همکاران: این آزمون به منظور اندازه‌گیری دو فرایند اکتشاف و تعهد تهیه شده است. این آزمون نخستین بار در دانشگاه شیراز اعتباریابی شد و ضرایب پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۲

و منفی بهداشت روانی را اندازه‌گیری کند، اقدام به ساخت و تهیه مقیاسی شد که بتواند جایگزین مقیاس‌های قبلی شود [۱۵].

در کشور ما در کنار توجه به ارزیابی مشکلات روانی و شدت آن‌ها، در سال‌های اخیر به وضعیت بهزیستی روانی نیز توجه شده است. به عنوان نمونه، تلاش‌هایی برای ساخت و اعتباریابی آزمون کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته است [۱۷]. در پژوهشی دیگر، موضوع احساس ذهنی سلامت به عنوان شاخصی از سلامت روان مورد توجه قرار گرفته است [۱۸]. دکتر هادی بهرامی و همکاران او نیز به ساخت یک ابزار جدید برای ارزیابی بهزیستی روانی اقدام کرده‌اند [۱۹].

همان‌گونه که ملاحظه شد، در کشور ما ارزیابی بهداشت روانی با دو نگرش متفاوت، یعنی ارزیابی مبتنی بر میزان مشکلات روانی و ارزیابی مبتنی بر احساس رضایت‌مندی دنبال شده است، ولی برای اندازه‌گیری دو بعد مثبت و منفی به طور همزمان ابزاری تهیه نشده است. ضرورت یکپارچه‌سازی دو مفهوم فوق، موجب شد تا در پژوهش مربوط به اندازه‌گیری ابعاد منفی و مثبت بهداشت روانی در دانشجویان دانشگاه یزد، با پنج ابزار مختلف وضعیت بهداشت روانی مورد بررسی قرار گیرد [۲۰]. در جریان پژوهش، فقدان یک ابزار مناسب و کوتاه به منظور اندازه‌گیری بهداشت روانی، به گونه‌ای که میزان مشکلات روانی و به علاوه احساس رضایت فرد از زندگی را به صورت همزمان اندازه‌گیری کند، احساس می‌شد. تهیه یک ابزار کوتاه که هم مشکلات روانی و هم میزان قدرت انطباق و سازگاری و رضایت از زندگی را اندازه‌گیری کند، به پژوهشگران این امکان را می‌دهد که بهداشت روانی را به صورت مفهوم کنونی آن، یعنی فقدان و یا کمبود علائم بیماری‌زا و وجود احساس رضایت و ویژگی‌های مثبت روانی، مورد ارزیابی قرار دهند. با این هدف بود که پژوهشگران در دو مرحله به بررسی این موضوع پرداختند که:

۱- آیا می‌توان با روش تحلیل عوامل از ابزارهای مختلف به کار گرفته شده در پژوهش مربوط به اندازه‌گیری وضعیت بهداشت روانی، دو عامل شاخص‌های مثبت و منفی بهداشت روانی را استخراج کرد؟

و آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است. آزمون دارای ۳۲ عبارت است که ۱۶ عبارت آن به اکتشاف و ۱۶ عبارت دیگر به تعهد مربوط می‌شود. نمره‌گذاری آن در مقیاس لیکرت (۵، ۴، ۳، ۲ و ۱) است. نمره بالا در هر دو بخش، نشان‌دهنده فرایند هویت‌یابی مناسب در آزمودنی‌ها است [۲۴و۲۵].

شادکامی: آزمون شادکامی آکسفورد توسط آرجیل و لو [۲۵] تهیه شد و ابزاری است که برای اندازه‌گیری شادکامی مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون در کشور ما ترجمه و در بین دانشجویان تهران اعتباریابی شد. روایی صوری آن توسط ۱۰ کارشناس به منظور بررسی توان آزمون برای اندازه‌گیری آزمون مورد تأیید قرار گرفت. پایایی آزمون با روش دو نیمه ۰/۹۲ و از طریق همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. با روش تحلیل عامل ۵ عامل از ۲۹ سؤال آزمون استخراج شد که ۵۷/۱ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کردند [۱۰].

تحقق خویشتن: به منظور اندازه‌گیری ویژگی تحقق خویشتن از مقیاس خودشکوفایی اهواز (ASAI) (Ahwaz Self-Actualization Inventory) استفاده شد. اعتبار آزمون با روش اعتبار سازه و از طریق همبسته کردن آن با آزمون اضطراب، عزت نفس کوپراسمیت و افسردگی بک و علاوه بر آن، روش تحلیل عوامل محاسبه شد. هم جهت با پیش‌بینی، همبستگی آزمون با اضطراب و افسردگی، معکوس و با عزت نفس مثبت بود. با روش ساختار عاملی نیز از ۸۹ ماده اولیه، ۲۵ ماده استخراج گردید. نمره‌گذاری آن با روش لیکرت و به ترتیب با مقادیر ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته شد. پایایی آزمون نیز با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی محاسبه شد. مقدار ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۹۰ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود [۲۶].

ویژگی‌های شخصیتی: به منظور اندازه‌گیری ویژگی‌های شخصیتی از فرم و کوتاه آزمون NEO-FFI که توسط کوستا و مک کری (۲۷ و ۲۸) تهیه شده، استفاده شد. این آزمون در ایران ترجمه اعتباریابی شده است [۲۹]. در فرم کوتاه، تعداد پرسش‌ها از ۲۴۰ به ۶۰ پرسش کاهش یافته‌اند و ضرایب پایایی هر قسمت برای روان‌نژندگی ۰/۸۶، برون‌گرایی ۰/۷۳، پذیرندگی ۰/۵۶، سازگاری ۰/۶۸ و وظیفه‌شناسی ۰/۸۷ گزارش شده است. اعتبار فرم کوتاه

مورد تأیید قرار گرفته است. نمره‌گذاری آزمون به صورت مقیاس لیکرت است و برای کاملاً مخالف نمره ۰، برای مخالف ۱، نظری ندارم ۲، موافق ۳ و کاملاً موافق ۴ در نظر گرفته شده است [۲۹].

به منظور تجزیه و تحلیل نتایج به‌دست‌آمده با استفاده از برنامه آماری spss تمام پرسش‌های ابزارهای ذکر شده با روش تحلیل عامل برای استخراج دو عامل وارد تحلیل شدند و پس از تهیه پرسشنامه با روش فوق به محاسبه شاخص‌های اعتباریابی اقدام شد. به علاوه برای تأیید آزمون جدید با استفاده از برنامه نرم‌افزاری LISREL به بررسی برازش مدل مطرح شده اقدام شد. علاوه بر این پرسشنامه ۴۶ سؤالی به‌دست‌آمده با دو پرسشنامه ایرانی کیفیت زندگی IRQOL (Iranian Quality Of Life) و پرسشنامه فرم کوتاه Sel-90 که به صورت ۲۵ تایی در اهواز اعتباریابی شده [۳۱] همراه شد و به محاسبه ضرایب پایایی و ضرایب همبستگی اقدام شد. نسخه ایرانی ابزار مقیاس کوتاه زندگی که ۲۶ سؤال دارد و چهار حوزه سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران را اندازه‌گیری می‌کند، ضرایب پایایی بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ برای آن گزارش و اعتباریابی آن با GHQ مناسب گزارش شده است [۳۰]. ضرایب اعتبار و پایایی مناسبی نیز برای فرم ۲۵ سؤالی گزارش کرده‌اند [۳۱].

نتایج

همان‌گونه که توضیح داده شد، پنج آزمون مختلف برای اندازه‌گیری شاخص‌های بهداشت روانی، مشتمل بر مشکلات روانی و توانایی سازگاری و رضایت از زندگی به منظور ارزیابی بهداشت روانی دانشجویان به کار گرفته شد. این آزمون‌ها همگی در مقیاس لیکرت بودند و در مجموع از ۱۷۴ گویه تشکیل می‌شدند. به منظور بررسی این موضوع که آیا امکان استخراج دو عامل با عنوان شاخص‌های مثبت و منفی بهداشت روانی وجود دارد از روش تحلیل عامل برای استخراج دو عامل از مجموع گویه‌ها استفاده شد. آزمون کرویت بارتلت مقدار ضریب ۰/۸۹۹ را نشان داد که کفایت نمونه‌گیری را تأیید می‌کرد. مقادیر نشان داد که ۴۵ مورد دارای ارزش ویژه (Eigenvalue) بالاتر از ۱ و یک مورد دارای ارزش ویژه ۰/۹۹۵ است. از فهرست به‌دست‌آمده از گویه‌ها و با توجه

یک این رابطه‌ها را به طور خلاصه نشان می‌دهد. لازم به تذکر است که نوع چرخش، کواریماکس (Quartimax) بود، زیرا چنین فرض می‌شد که دو عامل با هم متعامد هستند. به این ترتیب، پرسشنامه‌ای با ۴۶ گویه و با هدف اندازه‌گیری وضعیت بهداشت روانی در دو بعد مثبت (وجود ویژگی‌های مرتبط با احساس رضایت از زندگی) و منفی (وجود مشکلات روانی و احساس نارضایتی) ساخته شد. این گویه‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای برای تعیین وضعیت فرد در رابطه با هر گویه، آماده شدند تا در پژوهش بعد مورد استفاده قرار گیرند.

در پژوهش دوم، این پرسشنامه به همراه آزمون‌های SCL-25 و IRQOL به گروهی دیگر از آزمودنی‌ها (کارکنان دانشگاه) که تعداد آن‌ها ۱۱۷ نفر بود ارائه شد که البته به دلیل نقص برخی از پرسشنامه‌ها تحلیل روی ۹۰ پرسشنامه کامل انجام شد. در این مرحله، نتایج همبسته کردن نمرات دو خرده‌مقیاس آزمون وضعیت بهداشت روانی، نشان داد که این آزمون از اعتبار کافی با توجه به سازه‌های مشابه و نامشابه، برخوردار است. این نتایج در جدول ۲ آمده است:

به میزان و نوع همبستگی آن‌ها با عامل ۱ و ۲، گویه‌هایی که با عامل یک رابطه بالاتر از ۰/۴۵ و با عامل دوم رابطه ضعیف یا منفی داشتند انتخاب شدند. در رابطه با عامل دوم نیز این عمل تکرار شد. در چند مورد (مانند گویه‌های ۴۴ و ۴۶ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۲) ضرایب همبستگی کمتر با این شرط که با یک عامل رابطه مثبت و با عامل دوم رابطه منفی داشته باشند، انتخاب شدند. به این صورت ۴۶ گویه به دست آمد که ۲۳ گویه آن با عامل رابطه مثبت و معنادار و با عامل دو رابطه منفی و یا ضعیف داشتند. این عامل، وضعیت مثبت بهداشت روانی نامگذاری شد. ۲۳ گویه دیگر با عامل دوم رابطه مثبت و معنادار و با عامل اول، رابطه منفی و یا ضعیف داشتند. این عامل با توجه به محتوای گویه‌ها وضعیت منفی بهداشت روانی (عدم بهداشت روانی) نام‌گذاری شدند. به عنوان نمونه گویه «احساس می‌کنم بر تمام جنبه‌های زندگی‌م کنترل کامل دارم» با عامل اول ۰/۵۵۴+ و با عامل دوم ۰/۲۶۶- رابطه داشت و گویه «این روزها احساس می‌کنم اعصابم خراب است و نمی‌توانم کاری انجام دهم» با عامل دوم ۰/۶۵۵+ و با عامل اول ۰/۲۷۲- رابطه داشت. در این مرحله ۳۷/۸۶ درصد از واریانس کل توسط دو عامل تبیین می‌شد. جدول شماره

جدول ۱: ضرایب همبستگی گویه‌های آزمون با عوامل استخراجی در دانشجویان

ردیف	عامل ۱	عامل ۲	گویه	عامل ۱	عامل ۲
۱	۷۵/۰	۵۱/۰	۲۴	۰/۲۰	۵۰/۰
۲	۶۳/۰	۰/۵۰	۵۵	۰/۲۰	۵۰/۰
۳	۵۵/۰	۸۰/۰	۶۴	۰/۲۰	۵۰/۰
۴	۶۱/۰	۵۶/۰	۸۱	۰/۲۰	۵۰/۰
۵	۷۱/۰	۵۶/۰	۷۱	۰/۲۰	۵۰/۰
۶	۶۱/۰	۸۵/۰	۲۱	۰/۲۰	۵۰/۰
۷	۰/۴۰	۵۶/۰	۰۴	۰/۲۰	۵۰/۰
۸	۱۱/۰	۰/۴۰	۱۴	۰/۲۰	۵۰/۰
۹	۰/۴۰	۰/۴۰	۱۵	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۰	۰/۴۰	۰/۴۰	۱۶	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۱	۰/۴۰	۰/۴۰	۱۷	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۲	۰/۴۰	۰/۴۰	۱۸	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۳	۰/۴۰	۰/۴۰	۱۹	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۴	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۰	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۵	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۱	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۶	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۲	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۷	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۳	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۸	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۴	۰/۲۰	۵۰/۰
۱۹	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۵	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۰	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۶	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۱	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۷	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۲	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۸	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۳	۰/۴۰	۰/۴۰	۲۹	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۴	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۰	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۵	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۱	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۶	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۲	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۷	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۳	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۸	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۴	۰/۲۰	۵۰/۰
۲۹	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۵	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۰	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۶	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۱	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۷	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۲	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۸	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۳	۰/۴۰	۰/۴۰	۳۹	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۴	۰/۴۰	۰/۴۰	۴۰	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۵	۰/۴۰	۰/۴۰	۴۱	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۶	۰/۴۰	۰/۴۰	۴۲	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۷	۰/۴۰	۰/۴۰	۴۳	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۸	۰/۴۰	۰/۴۰	۴۴	۰/۲۰	۵۰/۰
۳۹	۰/۴۰	۰/۴۰	۴۵	۰/۲۰	۵۰/۰
۴۰	۰/۴۰	۰/۴۰	۴۶	۰/۲۰	۵۰/۰

جدول ۲: همبستگی بین نمره‌های آزمون بهداشت روانی با آزمون‌های دیگر

آزمون	وجود بهداشت روانی (مثبت)	فقدان بهداشت روانی (منفی)	آزمون SCL-25	آزمون IRQOL
وجود بهداشت روانی (مثبت)	۱	-۰/۵۵	-۰/۳۴	۰/۴۵
		P<001	P<001	P<001
فقدان بهداشت روانی (منفی)	-۰/۵۵	۱	۰/۶۴	-۰/۴۰
	P<001		P<001	P<001

شبهات دارند. عدم بهداشت روانی نیز با پرسشنامه کوتاه‌شده سیاه نشانگان مشکلات روانی رابطه $+۰/۶۴$ دارد که با $P<001$ نشان می‌دهد برای اندازه‌گیری مشکلات روانی (فقدان بهداشت روانی) مناسب است. در اجرای دوباره آزمون، بار دیگر تحلیل عامل مؤلفه‌های اصلی روی گویه‌ها انجام شد. آزمون کرویست بارتلت با ضریب $۰/۷۹۹$ کفایت نمونه‌گیری را تأیید کرد و $۴۴/۰۳$ درصد از واریانس کل توسط دو عامل تبیین می‌شد. ضرایب به‌دست‌آمده با ذکر گویه‌ها در جدول شماره ۳ آمده‌است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ نشان داده شده همبستگی بین دو خرده‌مقیاس آزمون، یعنی وجود بهداشت روانی و عدم آن همبستگی $-۰/۵۵$ وجود دارد. با توجه به $P<001$ نتایج نشان می‌دهد این دو خرده‌مقیاس دو سازه متمایز و متفاوت هستند و استخراج دو عامل متعامد را مورد تأیید قرار می‌دهند. از طرف دیگر، هر یک از این دو مقیاس با سازه‌های مشابه رابطه مثبت و معنادار دارند؛ چنان‌که وجود بهداشت روانی با پرسشنامه فرم کوتاه رضایت از زندگی که در ایران اعتباریابی شده، همبستگی $+۰/۴۵$ دارد که با $P<001$ نشان می‌دهد دوسازه با هم

جدول ۳: گویه‌های آزمون با همبستگی‌های هر گویه با عامل‌های استخراجی در اجرای مجدد روی کارکنان

شماره	گویه‌های ارائه شده	عامل اول	عامل دوم
۱	اغلب احساس می‌کنم سرشار از نیرو و انرژی هستم.	۰/۶۲	-۰/۲۳
۲	اغلب کسانی را که می‌شناسم مرا دوست دارند.	۰/۵۲	-۰/۰۸
۳	برای رسیدن به اهدافم به‌سختی تلاش می‌کنم.	۰/۶۳	-۰/۰۹
۴	دوست ندارم و قتم را با خیالبافی تلف کنم.	۰/۳۶	۰/۰۳
۵	وقتی تحت فشار و استرس زیادی هستم بعضی مواقع احساس می‌کنم که دارم از هم می‌پاشم.	-۰/۰۳	۰/۴۳
۶	اغلب دچار تنش می‌شوم و عصبی هستم.	-۰/۱۳	۰/۶۳
۷	بعضی وقت‌ها کاملاً احساس بی‌ارزشی می‌کنم.	-۰/۳۰	۰/۵۸
۸	اغلب از نحوه برخورد دیگران با خود عصبانی می‌شوم.	-۰/۱۵	۰/۵۲
۹	بیش‌تر مواقع که کارها طبق نقشه پیش نمی‌رود یا اشتباه از آب درمی‌آید احساس دلسردی می‌کنم و می‌خواهم آن‌ها را ناتمام رها کنم.	-۰/۳۳	۰/۴۵
۱۰	اغلب احساس درماندگی و ناتوانی می‌کنم و میل دارم شخص دیگری مسائل را حل کند.	-۰/۲۸	۰/۶۳
۱۱	من فردی خوش مشرب، شاد و باروحيه هستم.	-۰/۰۵	۰/۵۱
۱۲	من فردی بسیار فعال هستم.	۰/۶۶	-۰/۰۵
۱۳	بعضی وقت‌ها آن‌قدر احساس خجالت می‌کنم که دلم می‌خواهد خود را از دیگران مخفی کنم.	-۰/۰۹	۰/۰۴
۱۴	من فوق‌العاده خوشحالم.	۰/۵۳	-۰/۱۴
۱۵	احساس می‌کنم آینده سرشار از امید است.	۰/۶۲	-۰/۲۷
۱۶	احساس می‌کنم بر تمام جنبه‌های زندگیم کنترل کامل دارم.	۰/۶۹	-۰/۰۷

ادامه جدول ۳:

۱۷	احساس می‌کنم زندگی سرشار از دلگرمی و تشویق است.	۰/۶۱	-۰/۲۵
۱۸	همیشه تأثیر خوبی روی زندگیم داشته‌ام.	۰/۷۱	-۰/۰۸
۱۹	من به زندگی عشق می‌ورزم.	۰/۷۴	-۰/۰۶
۲۰	احساس می‌کنم انرژی بی‌پایانی دارم.	۰/۵۳	-۰/۱۳
۲۱	از یک ماه پیش تاکنون احساس ضعف و سستی می‌کنم.	-۰/۳۶	۰/۶۰
۲۲	مدتی است بر اثر نگرانی دچار بی‌خوابی شده‌ام.	-۰/۱۶	۰/۶۴
۲۳	اخیراً حساس می‌کنم دائم تحت فشار هستم.	-۰/۲۰	۰/۷۴
۲۴	مدتی است احساس می‌کنم عصبانی و بدخلق شده‌ام.	-۰/۱۲	۰/۵۶
۲۵	بدون دلیل قانع‌کننده‌ای احساس هراس و وحشت می‌کنم.	-۰/۱۸	۰/۶۶
۲۶	احساس می‌کنم در انجام هرکاری ناتوان هستم.	-۰/۲۷	۰/۷۵
۲۷	در یک ماه اخیر در تمام مدت عصبانی هستم.	-۰/۳۰	۰/۷۱
۲۸	اخیراً احساس می‌کنم فرد بی‌ارزشی هستم.	-۰/۴۴	۰/۷۱
۲۹	احساس می‌کنم زندگی کاملاً ناامیدکننده است.	-۰/۴۹	۰/۶۲
۳۰	احساس می‌کنم زندگی ارزش زنده بودن را ندارد.	-۰/۴۵	۰/۶۴
۳۱	آنقدر اعصابم خراب است که نمی‌توانم کاری انجام دهم.	-۰/۳۳	۰/۷۹
۳۲	من عقاید مشخصی در مورد نقشم در خانواده‌ام دارم.	۰/۵۰	۰/۰۸
۳۳	هرگز در مورد آرزوهای شغلیام دچار شک و تردید نشده‌ام.	۰/۴۱	۰/۰۲
۳۴	مطمئن نیستم اصول زندگی که بدان اعتقاد دارم برایم مناسب باشد.	-۰/۲۶	۰/۳۱
۳۵	به‌خوبی می‌دانم که از زندگیم چه می‌خواهم.	۰/۶۷	۰/۳۰
۳۶	زندگیم با معنا است.	۰/۷۱	-۰/۳۲
۳۷	راجع به اهداف زندگیم مطمئن هستم.	۰/۷۰	-۰/۳۳
۳۸	زندگیم مرتب و سامان یافته‌است.	۰/۶۶	-۰/۳۱
۳۹	احساس می‌کنم که انسان باارزشی هستم.	۰/۶۱	-۰/۳۵
۴۰	احساس می‌کنم که مثل یک انسان کامل در حال رشد و کمال هستم.	۰/۵۶	-۰/۲۲
۴۱	روی هم رفته از زندگی خود راضی هستم.	۰/۶۸	-۰/۳۷
۴۲	خود را انسانی موفق و کامیاب می‌دانم.	۰/۷۲	-۰/۳۰
۴۳	استعدادهای ذاتی خویش را می‌شناسم.	۰/۶۴	-۰/۱۹
۴۴	احتمالاً در آینده عقایدم در مورد مذهب تغییر خواهد کرد.	-۰/۰۴	۰/۴۷
۴۵	این روزها احساس می‌کنم به داروی تقویتی نیاز دارم.	-۰/۳۷	۰/۴۶
۴۶	اخیراً نمی‌توانم خود را سرگرم و مشغول نگه دارم.	-۰/۱۵	۰/۶۲

همان‌گونه که مشاهده می‌شود در این‌جا نیز همبستگی‌ها اغلب مناسب بود. تنها در مورد گویه‌های ۱۳ و ۴ شاید نیاز به تجدیدنظر باشد. در این روش از چرخش کواریماکس استفاده شد. در این مرحله به منظور بررسی

جدول ۴: شاخص‌های خوبی برازندگی مدل تحلیل عامل تأییدی

شاخص‌های مجذور خی آماری	P	درجه آزادی	CFI	GFI	AGFI	NFI	فاصله اطمینان ۹۰ درصد برای RMSEA	ریشه میانگین مجذور مانددها
	سطح معناداری		برازندگی تطبیقی	خوبی برازندگی	تعدیل شده خوبی برازندگی	شاخص نرم شده برازندگی		
۱۹۵۶/۶۵	۰/۰۰۰۰۰	۹۸۸	۰/۶۲	۰/۵۱	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۰۹۸; ۰/۱۱	۰/۱۰

جدول ۵: ضرایب پایایی آزمون

تعداد آزمودنی	گاتمن گویه مثبت (۲۳ گویه)	گاتمن گویه منفی (۲۳ گویه)	آلفای گویه‌ای مثبت (۲۳ گویه)	آلفای گویه منفی (۲۳ گویه)
۱۱۶	۰/۹۰	۰/۸۷	۰/۹۲	۰/۸۶

همان‌گونه که مشاهده می‌شود مقدار مجذور خی و سطح معناداری به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که برازش دقیق مدل با داده‌های به‌دست‌آمده ضعیف است. نسبت مجذور خی به درجه آزادی نیز از یک بزرگ‌تر است که برازش مناسب مدل را تأیید نمی‌کند. مقدار RMSEA نیز برابر ۰/۱۰ است که نشان می‌دهد برازش مدل ضعیف است. در شاخص‌های دیگر نیز اعداد کم‌تر از ۰/۹۰ هستند (CFI, GFI, AGF, NFI) که نشان‌دهنده برازش ضعیف مدل است. تنها شاخص فاصله اطمینان که بین ۰/۱۱ و ۰/۰۹ است، نشان می‌دهد درجه تقریب مدل در جامعه مناسب است [۳۲]. به علاوه در پایان تحلیل توصیه کرده که قراردادن سؤال ۱۱ در ویژگی‌های مثبت بهداشت روانی به بهبود برازش کمک می‌کند.

در رابطه با محاسبه ضرایب پایایی آزمون نیز با روش آلفای کرونباخ و روش گاتمن به محاسبه ضرایب اقدام شد که نتایج در جدول ۵ آمده‌است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود ضرایب پایایی به‌دست‌آمده بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۲ قرار دارد. لازم به تذکر است با توجه به این‌که در روش گاتمن ۶ ضریب مختلف ارائه می‌شود، معدل آن‌ها در جدول آمده‌است که این ضرایب برای گویه‌های مثبت بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ و برای گویه‌های منفی بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در مفهوم جدید مطرح‌شده برای بهداشت روانی، فقدان ویا کمبود علائم آسیب‌زای روانی از یک سو، و وجود علائم مثبت مانند امید به زندگی و لذت بردن از آن از سوی دیگر در نظر گرفته شده‌است. ابزار ارائه‌شده برای اندازه‌گیری بعد مثبت و بعد منفی بهداشت روانی از معیارهای مناسب روان‌سنجی برخوردار است. روش تحلیل عوامل برای استخراج ۴۶ گویه از مجموع ۱۷۴ گویه با توجه به ضرایب به‌دست‌آمده که در جدول شماره ۱

ملاحظه شد، مناسب بودن گویه‌ها را با عامل‌های استخراجی تأیید کرد. از دیگر سو، ارائه همزمان پرسشنامه به‌دست‌آمده با دو پرسشنامه با ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب در ایران و بررسی همبستگی ابزار جدید با این دو پرسشنامه که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شد، اعتبار آزمون را از طریق همبستگی آن با سازه‌های مشابه و توانایی تمیز آن با سازه‌های مخالف نشان داد. به عبارت دیگر، همبستگی مثبت بین بخش منفی با آزمون SCL-25 و بخش مثبت با آزمون IRQOL، همبستگی معکوس دو بخش پرسشنامه با هم نیز تأیید دیگری در این جهت بود. بالاخره تأیید نسبی سازه‌ها در تحلیل عامل مجدد، که در جدول شماره ۳ ارائه شده، مناسبیت ابزار را با شاخص‌های مثبت و منفی بهداشت روانی بیش از پیش مورد تأیید قرار داد. ضرایب پایایی به‌دست‌آمده که در جدول شماره ۴ ارائه شده و همگی در حدود ۰/۹۰ بودند نیز پایایی ابزار را مورد تأیید قرار داد.

از تحلیل‌های انجام‌شده تنها روش تحلیل عامل تأییدی برازش ضعیفی از مدل مثبت و منفی را با پرسش‌های مربوط نشان داد. همان‌گونه که در پایان تحلیل انجام‌شده توصیه شده‌بود، لازم است با پژوهش بیش‌تر نسبت به تغییر و جابه‌جایی برخی گویه‌ها اقدام شود. از دیگر سو، عدم تأیید یک مدل به معنای طرد کامل آن نیست و این نکته را باید مورد توجه قرار داد که ابزار با روش‌های دیگر، مانند همبستگی با ابزارهای معتبر تأیید شده‌است.

نتایج این پژوهش با نظریه‌های جدید و پژوهش‌های مرتبط با آن‌که ضرورت اندازه‌گیری دو شاخص مثبت و منفی بهداشت روانی را مطرح می‌کنند [۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶]، هم‌جهت است. به نظر می‌رسد تفکیک این دو موضوع به عنوان شاخص بهداشت روانی، چنان‌که در پژوهش‌های جدید مطرح شده‌است، با توجه به استخراج دو عامل متعامد، گامی نو در بررسی وضعیت بهداشت روانی در کشور ما باشد. از مزایای این ابزار، دادن دو نمره

گویه‌ها (۴۶) است. با توجه به عدم تأیید برآزش تحلیل عامل تأییدی، رفع مشکلات موجود در برخی از گویه‌ها که در متن به آن‌ها اشاره شد و اجرای این مقیاس در گروه‌های دیگر اجتماع می‌تواند به رفع این کاستی‌ها کمک کند. ارائه این ابزار به جامعه پژوهشی کشور و استفاده از آن توسط پژوهشگران مختلف و در گروه‌های دیگر می‌تواند به گسترش نگاه جدید به بهداشت روانی و یکپارچه کردن پژوهش‌های این حوزه از یک سو و رفع کاستی‌های این مقیاس و بهبود آن از سوی دیگر کمک کند.

متفاوت به عنوان شاخص بهداشت روانی است. از طرف دیگر، نتایج این پژوهش به یکپارچه‌سازی پژوهش‌های مرتبط با اندازه‌گیری ابعاد مثبت و منفی بهداشت روانی [مانند ۲، ۳، ۱۷ و ۱۹] کمک می‌کند.

این پژوهش با مشکلاتی مانند عدم امکان تعمیم نتایج آن به کل جامعه، به دلیل محدود بودن جامعه آماری آن به دانشجویان و کارکنان دانشگاه مواجه است. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، پایین بودن میزان واریانس تبیین‌شده توسط دو عامل در مطالعه اول (۳۷/۸۶ درصد) و حجم کم نمونه در مطالعه دوم (۹۰ نفر) با توجه به تعداد

منابع

۹. توڈر، کیت (۱۳۸۲) ارتقای سلامت روان پارادایم‌ها و برنامه‌ها، ترجمه مرتضی خواجوی و همکاران، سازمان بهزیستی کشور دفتر امور فرهنگی و پیشگیری، چاپ اول.

۱۰. علی‌پور، احمد و نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸) بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، مجله اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۱ و ۲، تابستان و پاییز، ص ۵۵-۶۵.

11. Lewis, Kristi (2007) Assessing mental health and psychological well-being within a community for policy and social planning. The 135th annual meeting & exposition of APHA, Washington DC.

12. Kammann, R, Flett, R. (1983) Affectometer 2: A scale to measure current level of general happiness. Australian journal of psychology, 35(2):259-265.

13. Huppert, FA & Withington, JE. (2003) Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment. British journal of health psychology, 8:107-122.

14. Keyes, C. (2006) Promoting and maintaining flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. Korkeila JJA (2000). Measuring aspects of mental health. Helsinki: National research and development center for welfare and health.

15. Parkinson, Jane (2006) Measuring positive mental health: developing a new scale, NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh.

16. Ryff, Carol D., Love, G. D., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E., Davidson, R. & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? , Psychother psychosom, 75:85-95.

۱۷. نصیری، حبیب ا.، هاشمی، لادن وحسینی، سیده مریم (۱۳۸۵) بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز براساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ص ۳۶۵.

1. www. who. int/topics/mental- health/en/

۲. قمرانی، امیر؛ نوری، شهرام و البرزی، سهیلا (۱۳۸۳) بررسی رابطه هویت با بهداشت روانی، مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس، ص ۲۱۸-۲۱۶.

۳. جعفرزاد، پروین؛ مرادی، علی‌رضا؛ فرزاد، ولی‌الله و شکری، امید (۱۳۸۳) بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ شخصیت، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت عمومی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران، مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس، ص ۸۳-۷۸.

۴. بخشی‌پور، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد (۱۳۸۳) رابطه میان رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی، مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس، ص ۴۰-۳۸.

۵. پاشا، غلامرضا و گل‌شکوه، فرزانه (۱۳۸۲) رابطه بین اکتشاف هویت و بهداشت روانی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ویژه‌نامه هویت، جلد چهارم، شماره اول، بهار و تابستان، ص ۳۷۴-۳۵۵.

۶. امیدیان، مرتضی (۱۳۸۲) بررسی وضعیت هویت‌یابی در ابعاد اعتقادی و روابط بین فردی و رابطه آن با سلامت روان در دانش‌آموزان دختر و پسر پیش‌دانشگاهی استان خوزستان، سازمان آموزش و پرورش استان خوزستان، شورای تحقیقات.

7. Schmitz, N. and et al. (1999) Diagnosis mental health disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ-28), and the Symptom checklist (SCL-90-R) as screening instruments. Soc psychiatry epidemol, 34, 360-366.

8. Wiznitzer, M. and et al. (1992), Detecting psychopathology in young adults: the young adult self report, the General Health Questionnaire and symptom checklist as screening instruments. Acta psychiatr scand, 86, 32-37.

25. Argyle, M. , Lu, L. (1990), the happiness of extraverts', *Personality and individual difference*, 11, 1011-1017.
26. اسماعیل‌خانی، فرشته؛ نجاریان، بهمن و مهربانی‌زاده، مهناز (۱۳۸۰) ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای خودشکوفایی، فصل‌نامه علمی - پژوهشی علوم انسانی دانشگاه الزهراء(س)، سال یازدهم، شماره ۳۹، پاییز، ص ۱-۲۰.
27. Costa, P. T. , & McCrae, R. R. (1980) Influence of extraversion and neuroticism on subjective wellbeing, and happiness. *Personality and Individual Difference*, 11, 1299-1306.
28. McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1997) Personality trait structure as human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
29. گروسی، میرتقی (۱۳۸۲) ارزیابی شخصیت از دیدگاه عاملی، تبریز: جامعه پژوه.
30. نصیری، حبیب ا. (۱۳۸۵) بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، (WHOQOL-BREF) و تهیه نسخه ایرانی IRQOL، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ص ۳۶۹.
31. نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰) ساخت و اعتباریابی فرم کوتاه SCL-90 (SCL-25)، مجله روان‌شناسی، سال پنجم، شماره ۲۲، ص ۱۳۶-۱۴۹.
32. هومن، حیدرعلی (۱۳۸۴) مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل، تهران، انتشارات سمت.
۱۸. نعمت ا. . زاده ماهانی، کاظم (۱۳۸۵) احساس ذهنی سلامت (SWB) و عوامل جمعیتی آن در دانشجویان کرمان، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ص ۳۷۴.
۱۹. بهرامی احسان، هادی، پورنقاش تهرانی، سعیدوزنجانی طبسی، رضا (۱۳۸۵) سنجش بهزیستی روانی: ساخت یک ابزار جدید، فصلنامه مطالعات روانشناختی، دوره ۲، شماره‌های ۳ و ۴، ص ۱۶۱-۱۷۰.
۲۰. امیدیان، مرتضی و علوی لنگرودی سید کاظم (۱۳۸۵) بررسی و مقایسه برخی از شاخص‌های بهداشت روانی با توجه به عوامل جنسیت، سال ورود و رشته تحصیلی در دانش‌جویان دانشگاه یزد. گزار ش طرح پژوهشی با نظارت معاونت پژوهشی دانشگاه یزد.
21. Goldberg, D. P. (1978) *Manual of the General Health Questionnaire*, Windsor: NFER/NELSON
۲۲. هومن، علی (۱۳۷۶) استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) بر روی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم.
۲۳. میرخشتی، ف. (۱۳۷۵) رابطه سلامت روانی و میزان رضایت از زندگی زنان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
۲۴. قاسمی، مریم، عارفی، مژگان و شیخ‌الاسلامی، راضیه (۱۳۸۲) بررسی رابطه هویت و ارزش‌ها در جوانان، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ویژه‌نامه هویت، جلد چهارم، شماره اول، بهار و تابستان، ص ۲۴۵-۲۶۰.