

ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان*
Psychometric properties of Iranian Mental Health Scale for students

حمید پورشریفی**

سعید اکبری زردخانه***

حمید یعقوبی****

حمید پیروی*****

حمیدرضا حسن‌آبادی*****

حسن حمیدپور*****

ناصر صبحی قراملکی*****

مریم محمودی*****

Abstract

The purpose of this study is the standardization of National Mental Health Scale as a screening tool for mental health. In this study 5500 students were selected using a relative stratified sampling from large universities of the country and completed the current tool with another tools. Research tools were: Life Satisfaction Scale (LSS) (Diener et al., 1985), Life Orientation Test (LOT) (Scheier & Carver, 1985), Spirituality Wellbeing Scale (SWS) (Elison & Palotsian, 1982), Mental Health Inventory (MHI) (Veit & Ware, 1983), Symptom Checklist- 25 (SCL- 25) (Najarian & Dawoudi, 2000), General Health Questionnaire (GHQ- 28) (Taghavi, 2000). Results of Exploratory and confirmatory factor analysis indicate the existence of eight factors of positive emotions and well-being, depression, anxiety, OCD, social anxiety, sleep disturbances and educational depression on the scale. Criterion validity and reliability of subscales were adequate. Subscales internal consistency coefficients were attained between 0.74 to 0.91. So it can be concluded that National Scale of Students Mental Health has adequate reliability and validity and may be used for mental health evaluation of students community.

Keywords: Iranian Mental Health Scale, standardization, Psychometric properties, scale development

چکیده

به دلیل شیوع بالای برخی از مشکلات روانشناختی در بین دانشجویان و نبود ابزاری جامع برای سلامت روان دانشجویان، هدف از پژوهش حاضر استانداردسازی مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان به عنوان ابزاری برای غربال سلامت روان است. در این پژوهش ۵۵۰۰ دانشجو با استفاده از شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبی از دانشگاه‌های بزرگ کشور انتخاب شدند و ابزار حاضر را همراه با یک مجموعه ابزار دیگر تکمیل کردند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از مقیاس رضایت از زندگی (دینر و همکاران، ۱۹۸۵)، آزمون جهت‌گیری به زندگی (کارور و شی‌یر، ۱۹۸۵)، مقیاس بهزیستی معنوی (الیسون و پالوتسیان، ۱۹۸۲)، سیاهه سلامت روان (ویت و ویر، ۱۹۸۳)، فهرست نشانه‌گان بیماری - ۲۵ (تجاریان و داودی، ۱۳۸۰)، پرسشنامه سلامت عمومی (تقوی، ۱۳۸۰). نتایج حاصل از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی حاکی از وجود هشت عامل عواطف مثبت و بهزیستی، افسردگی، اضطراب، وسواس، اضطراب اجتماعی، اختلال خواب و افسردگی تحصیلی در مقیاس است. روایی ملاکی و اعتبار خرده‌مقیاس‌ها مناسب بود. ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ بدست آمد. بنابراین می‌توان گفت مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان از اعتبار و روایی کافی و مناسبی برخوردار است و می‌تواند برای سنجش سلامت روان در جامعه دانشجویی به کار رود.

واژه‌های کلیدی: مقیاس ملی سلامت روان، استانداردسازی، ویژگی‌های روانسنجی، ساخت مقیاس، دانشجو

* این مقاله حاصل طرح پژوهشی است که به پیشنهاد دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم و با حمایت مالی پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری انجام شده است.

email: poursharifih@gmail.com

** عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

*** دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی

**** کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران

***** دکتری روانشناسی بالینی

***** دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی

Received: 17 Aug 2011

Accepted: 24 June 2012

پذیرش: ۹۱/۰۴/۰۴

دریافت: ۹۰/۰۵/۲۶

مقدمه

دانشجویان به عنوان نیروی‌های انسانی متفکر و خلاق، در رشد هر جامعه‌ای از جایگاه ویژه‌ای برخوردار هستند و به همین سبب تأمین سلامت روانی ایشان نیز اهمیت دو چندان دارد. دانشجویان به خاطر ماهیت انتقالی زندگی‌شان همواره در معرض استرس هستند. این عوامل می‌تواند ترکیبی از محرک‌های درونی مانند شخصیت و عوامل بیرونی مانند عوامل فشارزای محیطی باشد. فشارها و استرس‌های مفرط در بین دانشجویان اغلب به شکست تحصیلی، بی‌کاری، مشکلات سلامت، ضعف در عملکرد، ترک تحصیل و در برخی موارد حتی به خودکشی و دیگرکشی منجر می‌شود؛ بنابراین آسیب‌پذیری قشر دانشجو در مقابل استرس‌ها و مشکلات مختلف می‌تواند باعث ابتلای آن‌ها به انواع مشکلات روانشناختی و درهم ریختن سلامت روان آن‌ها گردد (مونک و محمود، ۱۹۹۹).

مطالعات بسیاری نشان داده‌اند اختلالات روانی در میان دانشجویان شیوع بالایی دارد (بلانکو و همکاران، ۲۰۰۸) و روز به روز هم بر تعداد و هم بر شدت این اختلال‌ها افزوده می‌شود (انجمن آمریکایی بهداشت دانشگاه‌ها، ۲۰۰۸). مطالعات انجام‌شده در ایران موید شیوع بالای اختلالات روانی در بین دانشجویان است. مقدس و اسماعیلی (۱۳۸۵) دریافتند اختلال افسردگی با ۱۸/۵ درصد بیشترین شیوع را در بین دانشجویان دارد. پژوهش امیدیان و ملامعصومی (۱۳۸۵) نشان داد ۲۷/۷ درصد دانشجویان به مشکلات متوسط دچار بودند و ۱۵/۷ درصد مشکلات جدی داشته و به خدمات روانشناسی و روانپزشکی نیاز داشتند. پژوهش پورشریفی و همکاران (۱۳۸۴)، سهرابی، ترقی‌جاه و نجفی (۱۳۸۶)، و یعقوبی، اکبری زردخانه و وقار (۱۳۸۷ و ۱۳۸۸)، در دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - که می‌توان از آن‌ها به عنوان وسیع‌ترین پژوهش‌های سلامت روان دانشجویی نام برد- به ترتیب میزان شیوع مشکلات سلامت روان را در بین دانشجویان به ترتیب ۱۳/۲ و ۱۳/۵، ۲۱/۹ و ۱۸/۴ درصد گزارش نموده‌اند. با توجه به آمارها به نظر می‌رسد که افزایش مشکلات سلامت روان در میان دانشجویان نه تنها نگرانی‌ها را در این مورد افزایش داده، بلکه فرصتی را هم که دانشجویان برای تحصیل کسب کردند، نیز از آن‌ها گرفته است. بنابراین موضوع سلامت روانی دانشجویان مسأله‌ای است حیاتی که امروزه چالش - های اساسی برانگیخته است (کادیسون و دیگرونیمو، ۲۰۰۴؛ اسنایدر، ۲۰۰۴). دانشجویان قشر وسیعی از جمعیت فعال یک کشور را تشکیل می‌دهند (مونک و محمود، ۱۹۹۹)، و علت این مسأله نقشی است که آن‌ها در آینده کشور ایفا می‌کنند.

با توجه به این مهم، دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری چند سالی است که در قالب طرحی تحت عنوان «کارنامه سلامت» دانشجویان اقدام به غربال‌گری دانشجویان و شناسایی افراد نیازمند به دریافت درمان و مشاوره‌های روانشناختی نموده و آنها را وارد این فرایند می‌نماید. لذا برای این منظور تدوین ابزاری در دستور کار قرار گرفت. اقدامات اولیه در این خصوص توسط پورشریفی و همکاران (۱۳۸۴) به مرحله عمل درآمد. از زمان تدوین این ابزار، همه‌ساله وضعیت سلامت روانی

دانشجویان جدیدالورود دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری با استفاده از این ابزار مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج حاصل از آن‌ها توسط پورشریفی و همکاران (۱۳۸۴)، سهرابی و همکاران (۱۳۸۶) و یعقوبی و همکاران (۱۳۸۷ و ۱۳۸۸) منعکس شده است و توانسته است یافته‌های ذی‌قیمت و مهمی را برای دفتر مرکزی مشاوره و مراکز مشاوره‌ی دانشجویی دانشگاه‌ها فراهم آورده و آن‌ها را در تدوین برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه یاری نماید؛ اما استفاده از این ابزار با محدودیت‌ها و مشکلاتی همراه بوده است.

ابزاری که در سال‌های اخیر برای بررسی سلامت روان دانشجویان استفاده می‌گردید متشکل از چندین پرسشنامه مختلف از حوزه‌های مختلف روانشناسی بوده که اولاً دارای انسجام موضوعی و نظری خاصی نبود و ثانیاً از نظر ویژگی‌های روانسنجی مورد تردید قرار داشت. از جمله‌ی دیگر محدودیت‌های این ابزار می‌توان به عدم توجه به جنبه‌های غیربیماری‌شناختی و روانشناسی مثبت‌گرای سلامت روان اشاره کرد. علاوه بر محدودیت‌های نظری و فنی مقیاس مورد استفاده در کارنامه سلامت روان دانشجویان، محدودیت‌های عملی و کاربردی چندی نیز بر آن مترتب است. از جمله این محدودیت‌ها اینکه استفاده از آن برای افراد غیرمتخصص در آمار و روش تحقیق سخت بوده و این افراد را دچار اشتباه و اشکال می‌نمود. اتحاد رویه‌ای برای محاسبه‌ی نمرات خرده‌مقیاس‌های آن وجود نداشت. به عبارت دیگر از آنجائی که طیف پاسخ‌دهی در نظر گرفته شده برای افراد در بین خرده‌مقیاس‌ها و حتی در برخی موارد در درون یک خرده‌مقیاس واحد، یکسان نبود؛ لذا محاسبه‌ی نمره‌ی خرده‌مقیاس‌ها از شیوه‌ی مرسوم جمع نمودن ساده نمرات آیت‌ها تبعیت نمی‌نمود و بنابراین بسیاری از کارشناسان مراکز مشاوره و پژوهشگران را در استخراج اطلاعات دچار مشکل می‌کرد. از این‌رو، لزوم بازنگری در ابزار مورد استفاده، ساخت و استانداردسازی ابزاری جامع برای غربالگری سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های ایران، که بر اساس یک مدل نظری انجام گرفته و تمامی ملاحظات روانسنجی لازم در آن تعبیه شده باشد، خود را به عنوان یک الزام و ضرورت نشان می‌دهد. وجود چنین ابزاری اعتماد به صحت یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها را بیشتر می‌نماید. همچنین دسترسی به ابزار پژوهشی ملی در حوزه‌ی بهداشت روانی دانشجویان، امکان مقایسه‌ی یافته‌های حاصل از پژوهش‌های مختلف در این حوزه را مقدور خواهد ساخت.

زیربنای نظری مقیاس تدوین شده برای سلامت روان دانشجویان، مدل سلامت روان جامع (کی‌یز، ۲۰۰۳)، است که دو بُعد سلامت‌نگر و بیماری‌نگر را ترکیب می‌کند و حاصل آن چهار حالت است. به نحوی که هم سلامت روانی و هم بیماری روانی شامل دو حالت کامل و ناکامل است. سلامت روانی جامع نشانگانی است که ترکیبی از سطوح بالای نشانه‌های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی و در عین حال عدم ابتلا به بیماری‌های روانی اخیر را شامل می‌شود؛ بنابراین افرادی که به لحاظ روانی سالمند، هم علائم سرزندگی هیجانی (شادکامی و رضایت‌مندی بالا) را نشان می‌دهند و هم از کنش‌وری

روانشناختی و اجتماعی خوبی برخوردارند و در نهایت همچنین دچار بیماری روانی (در طول ۱۲ ماه گذشته) نشده‌اند.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این تحقیق به لحاظ هدف جزو پژوهش‌های تحقیق و توسعه^۱ و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها (طرح تحقیق^۲) از نوع توصیفی - پیمایشی است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۶). جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی دانشجویان کارشناسی سال یکم دانشگاه‌های تربیت معلم تهران، شهید بهشتی، تهران، شیراز، شاهد، همدان، کردستان، تبریز، فردوسی مشهد، گیلان، بیرجند، سمنان، اصفهان، لرستان، ایلام، شهید باهنر کرمان، شهید چمران اهواز، یزد، سیستان و بلوچستان، خلیج فارس بوشهر تشکیل می‌دهد که در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ شاغل به تحصیل بودند. دلایل انتخاب این دانشگاه‌ها برای جمع‌آوری داده‌ها در درجه اول داشتن نمونه‌ای جامع از دانشجویان مناطق مختلف کشور برای اطمینان از امکان تعمیم - پذیری داده‌ها به کل کشور و همچنین انتخاب دانشگاه‌های جامع از کشور که دارای کلیه رشته‌های تحصیلی در آن‌ها بود تا از این منظر نیز مشکلی از نظر تعمیم نتایج به حاصل ایجاد نگردد. در پژوهش حاضر حجم نمونه ۵۰۰۰ نفر بود؛ ولی با توجه به احتمال ریزش، حدود ۱۰ درصد به این تعداد اضافه شده و در نتیجه نمونه نهایی ۵۵۰۰ نفر شد که این تعداد از بین دانشجویان دانشگاه‌های گروه نمونه شد. شیوه نمونه‌گیری مورد استفاده طبقه‌ای نسبتی بود.

ابزارها

مقیاس رضایت از زندگی: مقیاس رضایت از زندگی^۳ (دینر و همکاران، ۱۹۸۵) متشکل از ۴۸ آیتم بود که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی درونی را منعکس می‌کرد. نتایج تحلیل عاملی نشان داده‌اند این مقیاس با سه عامل اشباع شده است. این مقیاس در بسیاری از موقعیت‌های متفاوت فرهنگی به زبان‌های مختلف ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است (بیانی، محمد و گودرزی، ۲۰۰۷). مطالعه واحدی و اسکندری (۱۳۸۹) ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس را مطلوب گزارش کرده‌اند.

آزمون جهت‌گیری به زندگی: برای ارزیابی خوش‌بینی، آزمون جهت‌گیری به زندگی^۴ توسط کارور و شی‌یر (۲۰۰۲) ساخته شد. این ابزار ۸ آیتمی اندازه‌انتظاراتی را که افراد راجع به پیامدهای زندگی

1. research and development
2. research design
3. Life Satisfaction Scale (LSS)
4. Life Orientation Test (LOT)

دارند ارزیابی می‌کند. چهار آیتم این مقیاس با عبارات مثبت و بقیه چهار آیتم به صورت منفی ارائه شده است. پاسخ‌دهی به این آیتم‌ها در طیف لیکرت چهار درجه‌ای صورت می‌گیرد. مارشال و لانگ (۱۹۹۰) ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس را مناسب گزارش کرده‌اند. مطالعه کجیاف و عریضی (۱۳۸۵) نشان داد که این ابزار در نمونه دانشجویان ایرانی با دو عامل دارای ارزش ویژه بالاتر از یک اشباع شده است که در مجموع ۵۲/۲ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند. همچنین همان پژوهش نشان داد ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۷۴ و ضریب بازآزمایی (پس از چهار هفته) ۰/۸۷ است.

مقیاس بهزیستی معنوی: مقیاس بهزیستی معنوی^۱ (الیسون و پالوتزیان، ۱۹۸۲) ۲۰ آیتم و دو خرده‌مقیاس با عنوان بهزیستی وجودی^۲ و بهزیستی مذهبی^۳ دارد. پاسخ گوئی به آیتم‌های این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. ضریب بازآزمایی گزارش شده برای خرده‌مقیاس‌های آن ۰/۸۶ و ۰/۹۶ و ضریب آلفای کرونباخ آن‌ها ۰/۹۱ و ۰/۹۱ است (الیسون و پالوتزیان، ۱۹۸۲). مطالعه دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) نشان داد نسخه فارسی این ابزار با دو عامل اشباع شده است و ساختار استخراج شده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی با ساختار فرم اصلی آن مطابقت دارد. در ضمن ضرایب بازآزمایی و آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ بوده است.

مقیاس امید بزرگسالان: مقیاس امید بزرگسالان^۴ یک ابزار خودگزارشی مشتمل بر ۱۲ آیتم است که توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، ساخته شده و ویژگی‌های آن مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج بررسی علاءالدینی، کجیاف و مولوی (۱۳۸۶) نشان داده است این ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در یک گروه نمونه دانشجویی ۰/۶۸ و ضریب روائی همزمان آن با پرسشنامه عاطفه مثبت ۰/۴۶ و خوش‌بینی ۰/۶۴ است.

سیاهه سلامت روان: سیاهه سلامت روان^۵ ۲۸ آیتم دارد که توسط ویت و ویر (۱۹۸۳) طراحی شده است. این ابزار دارای دو خرده‌مقیاس است: ۱) بهزیستی روانشناختی (۱۴ آیتم) و درماندگی روانشناختی (۱۴ آیتم). پاسخ‌دهی در مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) صورت می‌گیرد. ضریب اعتبار این ابزار با روش بازآزمایی برای آزمودنی‌های بهنجار در خرده مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ و برای آزمودنی‌های دارای اختلال ۰/۷۷ و ۰/۸۲ بوده است. بشارت (۱۳۸۵) اعتبار و روائی این ابزار را برای جمعیت ایرانی مطلوب گزارش کرده است.

1. Spirituality Wellbeing Scale (SWS)
2. existential wellbeing
3. religious wellbeing
4. Adult Hope Scale (AHS)
5. Mental Health Inventory (MHI)

فهرست نشانگان بیماری ۲۵: فهرست نشانگان بیماری - ۲۵ فرم کوتاهی از فهرست نشانگان بیماری - ۹۰ است. این فهرست ۲۵ آیتم دارد. نمره کلی این مقیاس آسیب‌شناسی روانی عمومی را ارزیابی می‌کند. نجاریان و داودی (۱۳۸۰) گزارش کرده‌اند تحلیل عاملی اکتشافی منجر به استخراج یک عامل عمومی می‌شود که در حدود ۵۰/۴۰ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. همچنین نجاریان و داودی (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی (پس از ۵ هفته) آن را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. ضریب روائی همزمان این مقیاس با اضطراب عمومی (نجاریان، ۱۳۷۴)، فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۷۲)، مقیاس کمال‌گرایی اهواز (نجاریان، عطاری و زرگر، ۱۳۷۸)، و مقیاس سرسختی اهواز (کیامرثی و همکاران، ۱۳۷۷) به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۴۹، ۰/۶۲، و ۰/۵۶ - بدست آمده است.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی: پرسشنامه سلامت عمومی^۲ یک ابزار خودگزارش‌دهی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف غربالگری افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (تقوی، ۱۳۸۰). این پرسشنامه داری چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار^۳ پرسشنامه سلامت عمومی را با سه سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. یعقوبی، شاه محمدی و نصر (۱۳۷۴) اعتبار بازآزمایی و آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۸۸ گزارش کردند. روایی^۴ سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰؛ هومن، ۱۳۷۶). یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) حساسیت و ویژگی این ابزار را برای نمره برش ۲۳ به ترتیب ۸۶/۵ و ۸۲ درصد گزارش کردند.

روش اجرا

برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا تعداد دانشجویان سال یکم دانشگاه‌های مورد نظر استخراج و نسبت دانشجویان حاضر در هر یک از دانشگاه‌ها به تعداد کل گروه نمونه محاسبه شد. با هماهنگی دفتر مرکزی مشاوره، بیست و پنج آزمون‌گر برای جمع‌آوری داده‌ها در ۲۰ دانشگاه مورد نظر انتخاب شد. سپس این افراد وارد فرایند آموزش نحوه اجرا و جمع‌آوری داده‌ها شدند. این آموزش توسط مجریان طرح و به صورت حضوری و در تهران انجام گرفت. زمان صرف شده برای این فرایند، حدود ۲۰ ساعت بود. لازم به توضیح است که دستورالعمل شیوه جمع‌آوری داده‌ها در این فرایند نگارش و با استفاده از همفکری آزمون‌گران تصحیح آن صورت گرفت (برای کسب اطلاعات بیشتر به پورشریفی و همکاران،

1. Symptom Checklist- 25 (SCL- 25)
2. General Health Questionnaire (GHQ- 28)
3. reliability
4. validity

۱۳۸۹ مراجعه شود). پس از اتمام آموزش و قبل از اعزام آزمون‌گران به دانشگاه‌ها، هماهنگی‌های لازم با دانشگاه‌ها و مراکز مشاوره دانشگاه‌ها صورت گرفت. در این هماهنگی تاکید بر فراهم نمودن شرایط لازم برای اجرای آزمون توسط آزمون‌گران از جمله اختصاص یک محل مناسب برای نگهداری پرسشنامه‌های تکمیل شده به عمل آمد.

پس از انتخاب تصادفی ۲۰ نفر از هر کلاس، و جلب همکاری آنها از بقیه دانشجویان خواسته شد که کلاس را ترک نکنند. جمع‌آوری داده‌ها به صورت گروهی صورت گرفته و افراد انتخاب شده در هر کلاس به صورت همزمان و هماهنگ با هم به آزمون‌ها پاسخ دادند. زمان متوسط پاسخ‌گویی در حدود ۳۵ دقیقه توسط آزمون‌گران گزارش شده است. در حین پاسخ‌گویی به مقیاس به سوالات موجود افراد طوری پاسخ داده شد که آن‌ها را به سوی انتخاب پاسخی رهنمون نکند.

یافته‌ها

پس از تحلیل‌های اکتشافی داده‌ها و حصول اطمینان از صحت و دقت داده‌ها برای انجام تحلیل‌ها (برای توضیحات بیشتر برای این بخش مراجعه کنید به پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۹)، با استفاده از برنامه *SPSS*، گروه نمونه به دو بخش مساوی تقسیم شد. پس از تشکیل، یکی از این دو به طور تصادفی عنوان گروه نمونه مدرج‌سازی^۱ را به خود اختصاص داد و دیگری گروه نمونه رواسازی^۲ نام گرفت. در ادامه، از داده‌های گروه‌های مدرج‌سازی برای اکتشاف^۳ ساختار عاملی بخش‌های سه‌گانه مقیاس و تحلیل آیتیم^۴ آن‌ها و از داده‌های گروه‌های رواسازی برای واریس روایی^۵ ساختار عاملی با استفاده از روش‌های عاملی تأییدی^۶ استفاده شد. پس از انجام این دو فرایند بررسی روابط موجود بین عامل‌های موجود در مقیاس با ابزارهای همراه به کار رفته در کنار هر یک از بخش‌های مقیاس بر روی گروه نمونه کلی انجام یافت.

الف) تحلیل عاملی اکتشافی در گروه‌های نمونه‌ی مدرج‌سازی

تحلیل عاملی اکتشافی مجزا بر روی داده‌های بخش‌های دوگانه گروه نمونه مدرج‌سازی انجام گرفت که نتایج آن به تفکیک هر یک از بخش‌ها ارائه می‌گردد.

بخش یکم: این بخش از مقیاس به ارزیابی بعد مثبت نگر سلامت روانی اختصاص داشته و دارای ۱۴ آیتیم است. انجام تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ضرایب ماتریس همبستگی پلی‌کوریک^۷ حاصل از

1. calibration
2. validation
3. exploration
4. item analysis
5. cross validation
6. confirmatory
7. polychoric

داده‌های گروه نمونه مدرج‌سازی بخش یکم با استفاده از روش عامل‌یابی ممکن، چرخش‌های گوناگون و محدودیت‌های متنوع در تعداد عوامل و میزان بارگذاری متغیرها بر روی عوامل نشان داد که روش عامل‌یابی محورهای اصلی^۱ و چرخش ابلیمن مستقیم^۲ و محدود نمودن تعداد عوامل به تعداد دو و حداقل حداقل مقدار بارگذاری هر آیتم بر روی عوامل ۰/۳۵، منجر به استخراج عواملی می‌گردد که دارای بیشترین هم‌خوانی با ساختار نظری بخش یکم مقیاس است. نتایج نشان داد مقدار شاخص کفایت نمونه‌برداری^۳ کیسر- مایر- ال‌کین^۴ (کیسر^۵، ۱۹۷۴) برابر با ۰/۹۳ با درجات آزادی ۹۱ است. از آن جایی جایی که مقدار حداقل این شاخص برای کسب اطمینان از کفایت ماتریس داده‌ها برای عامل‌پذیری^۶، ۰/۶۰ است (تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷)، می‌توان گفت که ماتریس داده‌ها دارای مفروضه لازم انجام تحلیل عاملی است. نتایج تحلیل عاملی نشانگر وجود دو عامل بود که در مجموع، ۵۸/۴۶ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند. لازم به توضیح است که برای نهایی کردن تعداد عوامل، از نمودار شیب‌دار^۷ و میزان ارزش ویژه عامل‌های استخراج شده بعدی موجود در این تحلیل استفاده شد. نتایج حاصل از بررسی اعتبار آیتم‌ها، عامل‌ها و کل بخش یکم گروه مدرج‌سازی در جدول ۱ نشان داده شده است.

در ادامه با بررسی روائی آیتم‌ها و پاسخ به این پرسش که آیا می‌توان آیتم‌های بارگذاری شده بر روی عامل‌ها را به عنوان شاخص‌های مناسب از سازه‌های مورد نظر در هر یک از خرده مقیاس‌ها در نظر گرفت یا نه؟ اقدام به بررسی محتوایی آیتم‌ها گردید. شواهد موجود نشانگر آن بود که می‌توان هر یک از آیتم‌ها را نشانه‌ای بر روائی خرده مقیاس‌ها و در نتیجه کل بخش یکم مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویی تلقی نمود.

-
1. *Principal Axial Factoring (PAF)*
 2. *direct oblimin*
 3. *sampling adequacy significance test*
 4. *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)*
 5. *Kaiser*
 6. *factorability*
 7. *scree plot*

جدول ۱. یافته‌های توصیفی آیت‌ها و ضرایب همبستگی آیت‌ها با نمره کل خرده مقیاس‌ها و ضرایب همگونی درونی خرده مقیاس‌های بخش یکم در گروه نمونه مدرج‌سازی و رواسازی

گروه رواسازی					گروه مدرج‌سازی					عامل
همبستگی آیت‌ها با نمره کل	ضریب آلفا	ضریب آلفا با حذف	انحراف استاندارد	میانگین	همبستگی آیت‌ها با نمره کل	ضریب آلفا	ضریب آلفا با حذف	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۷۸	۰/۹۲	۱/۴۳	۳/۶۵	۳	۰/۸۴	۰/۹۰	۱/۳۲	۳/۱۷	۱۳	عواطف مثبت
۰/۸۰	۰/۹۱	۱/۳۹	۳/۸۶	۷	۰/۸۶	۰/۹۱	۱/۳۳	۳/۶۸	۱۱	
۰/۸۲	۰/۹۳	۱/۳۷	۳/۸۲	۹	۰/۷۶	۰/۹۲	۱/۴۲	۳/۶۹	۳	
۰/۸۳	۰/۹۱	۱/۳۶	۳/۶۵	۱۱	۰/۸۲	۰/۹۰	۱/۳۵	۳/۸۶	۹	
۰/۸۳	۰/۹۱	۱/۳۶	۳/۷۱	۱۳	۰/۷۸	۰/۹۱	۱/۳۷	۳/۹۱	۷	
۰/۶۰	۰/۷۶	۱/۳۶	۴/۶۲	۴	۰/۵۸	۰/۷۵	۱/۳۷	۴/۶۰	۴	بهریستی
۰/۶۰	۰/۷۵	۱/۲۹	۴/۶۱	۵	۰/۵۲	۰/۷۶	۱/۴۱	۳/۹۷	۱۴	
۰/۴۰	۰/۸۰	۱/۲۲	۴/۶۹	۶	۰/۶۱	۰/۷۴	۱/۱۸	۴/۲۲	۱۰	
۰/۵۱	۰/۷۶	۱/۱۹	۴/۱۰	۸	۰/۶۰	۰/۷۴	۱/۲۷	۴/۶۰	۵	
۰/۶۱	۰/۷۵	۱/۱۹	۴/۲۱	۱۰	۰/۵۶	۰/۷۵	۱/۱۸	۴/۰۵	۸	
۰/۵۳	۰/۷۷	۱/۳۷	۴/۰۴	۱۴	۰/۳۹	۰/۷۹	۱/۲۰	۴/۷۱	۶	

بخش دوم: این بخش از مقیاس به ارزیابی بعد بیماری‌نگر سلامت روانی اختصاص داشته و دارای ۴۵ آیت‌ها بود. انجام تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ماتریس همبستگی پلی‌کوریک حاصل از داده‌های گروه نمونه مدرج‌سازی این بخش با استفاده از روش عامل‌یابی ممکن، چرخش‌های گوناگون و محدودیت‌های متنوع در تعداد عوامل و میزان بارگذاری متغیرها بر روی عوامل نشان داد روش عامل - یابی محورهای اصلی و چرخش ابلیمن مستقیم و محدود نمودن تعداد عوامل به تعداد ۶ و حداقل مقدار بارگذاری هر آیت بر روی عوامل ۰/۳۵، منجر به استخراج عواملی می‌گردد که دارای بیشترین هم‌خوانی با ساختار نظری بخش دوم مقیاس است. نتایج نشان داد مقدار شاخص کفایت نمونه‌برداری کیسر - مایر - الکین برابر با ۰/۹۵ با درجات آزادی ۹۹۵ است؛ لذا می‌توان گفت که ماتریس داده‌ها دارای مفروضه لازم انجام تحلیل عاملی است. نتایج تحلیل عاملی نشانگر وجود دو عامل بود که در مجموع، ۵۶/۷۲ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند. از ۴۵ آیت‌ها وارد شده برای تحلیل عاملی، ۶ آیتی که دارای بیشترین بارگذاری بودند، برای عامل‌های یکم تا ششم در نظر گرفته شد.

جدول ۲، آیت‌های بارگذاری شده در هر یک از عامل‌ها را به ترتیب اهمیت نشان می‌دهد. بررسی اعتبار آیت‌ها، عامل‌ها و کل بخش یکم در گروه مدرج‌سازی نشان داد که کلیه زیرمقیاس از ضرایب مناسب همگونی درونی برخوردار بوده و ضرایب همگونی درونی آن‌ها ۰/۶۱ و ۰/۸۷ بدست آمده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی آیت‌ها و ضرایب همبستگی آیت‌ها با نمره کل خرده مقیاس‌ها و ضرایب همگونی درونی خرده مقیاس‌های بخش دوم در گروه نمونه مدرج‌سازی و رواسازی

گروه رواسازی						گروه مدرج‌سازی						
همبستگی آیت با نمره کل	ضریب آلفا	ضریب آلفا با حذف	انحراف استاندارد	میانگین	آیت	همبستگی آیت با نمره کل	ضریب آلفا	ضریب آلفا با حذف	انحراف استاندارد	میانگین	آیت	عامل
-/۵۵		-/۸۳	۱/۵۵	۳/۳۴	۱	-/۶۱		-/۸۲	۱/۳۴	۴/۰۴	۲۵	افسردگی
-/۷۱		-/۷۹	۱/۵۷	۲/۳۴	۷	-/۵۵		-/۸۳	۱/۵۶	۴/۳۸	۱۹	
-/۵۲	-/۸۴	-/۸۳	۱/۵۴	۴/۴۳	۱۹	-/۶۷	-/۸۴	-/۸۳	۱/۵۱	۴/۶۸	۷	
-/۵۳		-/۸۳	۱/۳۲	۴/۱۱	۲۵	-/۶۴		-/۸۳	۱/۵۶	۴/۶۰	۳۷	
-/۷۵		-/۷۹	۱/۶۸	۲/۷۱	۳۱	-/۷۱		۸۳	۱/۶۳	۴/۲۸	۳۱	
-/۶۴		-/۸۱	۱/۵۸	۲/۳۴	۳۷	-/۵۳		-/۸۴	۱/۵۵	۳/۷۶	۱	
-/۶۶		-/۸۴	۱/۶۰	۳/۱۵	۲	-/۷۲		-/۸۳	۱/۵۱	۳/۱۷	۳۶	اضطراب
-/۷۰		-/۸۳	۱/۶۳	۲/۷۵	۸	-/۶۶		-/۸۴	۱/۵۴	۳/۱۱	۲	
-/۶۴	-/۸۶	-/۸۴	۱/۶۴	۲/۷۵	۲۰	-/۵۸	-/۸۷	-/۸۵	۱/۶۴	۳/۲۹	۴۵	
-/۷۲		-/۸۳	۱/۵۷	۳/۲۳	۲۶	-/۷۲		-/۸۳	۱/۵۵	۲/۷۳	۸	
-/۶۰		-/۸۵	۱/۶۹	۲/۹۹	۴۳	-/۶۴		-/۸۴	۱/۶۴	۲/۸۲	۲۰	
-/۶۰		-/۸۵	۱/۷۱	۳/۲۰	۴۵	-/۶۰		-/۸۵	۱/۶۴	۳/۰۳	۴۳	
-/۲۴		-/۶۲	۱/۶۸	۲/۸۷	۳	-/۵۱		-/۴۹	۱/۳۶	۲/۲۱	۳۹	وسواس
-/۲۰		-/۶۰	۱/۶۹	۴/۱۶	۹	-/۴۶		-/۵۰	۱/۴۰	۲/۱۶	۳۳	
-/۲۰	-/۶۲	-/۶۰	۱/۵۲	۲/۸۸	۲۱	-/۴۰	-/۶۱	-/۵۲	۱/۵۹	۲/۵۳	۳۷	
-/۴۰		-/۵۵	۱/۶۹	۲/۶۰	۳۷	-/۳۲		-/۶۰	۱/۶۵	۲/۸۵	۳	
-/۴۴		-/۵۵	۱/۳۵	۲/۱۱	۳۳	-/۳۸		-/۵۷	۱/۴۶	۲/۸۳	۲۱	
-/۴۷		-/۵۳	۱/۴۰	۲/۲۲	۳۹	-/۲۸		-/۶۲	۱/۶۷	۴/۰۳	۹	
-/۶۰		-/۷۸	۱/۵۱	۲/۶۶	۱۰	-/۶۶		-/۷۴	۱/۵۳	۲/۵۷	۲۸	اضطراب اجتماعی
-/۵۶		-/۷۹	۱/۷۳	۲/۸۶	۱۶	-/۵۹		-/۷۶	۱/۵۶	۲/۷۸	۱۰	
-/۵۲	-/۸۱	-/۸۰	۱/۵۸	۲/۹۶	۲۲	-/۵۴	-/۸۰	-/۷۷	۱/۷۳	۲/۹۷	۱۶	
-/۶۸		-/۷۶	۱/۵۹	۲/۵۵	۲۸	-/۵۴		-/۷۷	۱/۴۴	۲/۳۷	۳۴	
-/۵۷		-/۷۹	۱/۴۵	۲/۳۴	۳۴	-/۵۰		-/۷۸	۱/۵۶	۲/۹۸	۲۲	
-/۵۲		-/۸۰	۱/۵۰	۲/۶۷	۴۰	-/۵۰		-/۷۸	۱/۴۷	۲/۷۰	۴۰	
-/۵۸		-/۷۸	۱/۴۳	۲/۱۶	۵	-/۶۶		-/۷۵	۱/۵۴	۲/۲۹	۱۱	اختلال خواب
-/۶۸		-/۷۵	۱/۵۷	۲/۲۸	۱۱	-/۴۲		-/۸۱	۱/۶۱	۲/۹۵	۱۷	
-/۴۳	-/۸۱	-/۸۱	۱/۷۰	۴/۰۴	۱۷	-/۵۷	-/۸۱	-/۷۷	۱/۴۵	۲/۱۹	۴۱	
-/۶۰		-/۷۷	۱/۶۱	۲/۴۴	۲۳	-/۶۰		-/۷۷	۱/۳۷	۲/۰۶	۵	
-/۶۷		-/۷۸	۱/۷۴	۲/۸۷	۲۹	-/۵۸		-/۷۷	۱/۷۱	۲/۹۲	۲۹	
-/۵۶		-/۷۸	۱/۴۵	۲/۱۰	۴۱	-/۵۸		-/۷۷	۱/۵۹	۲/۴۵	۲۳	
-/۵۴		-/۸۴	۱/۶۸	۳/۰۳	۶	-/۷۰		-/۸۰	۱/۶۴	۲/۳۴	۱۲	افسردگی تحصیلی
-/۷۵		-/۸۰	۱/۶۷	۳/۲۱	۱۲	-/۷۰		-/۸۰	۱/۶۱	۲/۹۷	۳۰	
-/۶۲	-/۸۵	-/۸۲	۱/۵۹	۳/۰۸	۱۸	-/۵۸	-/۸۴	-/۸۲	۱/۷۱	۳/۱۶	۶	
-/۵۶		-/۸۳	۱/۶۱	۳/۹۵	۲۴	-/۶۱		-/۸۲	۱/۵۳	۲/۷۶	۳۶	
-/۷۱		-/۸۰	۱/۶۸	۲/۸۹	۳۰	-/۵۴		-/۸۳	۱/۵۵	۲/۹۷	۲۴	
-/۶۰		-/۸۳	۱/۵۵	۲/۶۶	۳۶	-/۵۸		۱/۵۲	۳/۰۹	۱۸		

بررسی ضرایب همبستگی بین آیت‌ها و خرده مقیاس‌ها نشان می‌دهد که این ضرایب بین ۰/۲۸ (آیتم ۹) و ۰/۷۲ (آیتم ۸) است؛ لذا می‌توان گفت مناسب‌ترین و نامناسب‌ترین آیت‌ها در بین کلیه آیتم - های مربوط به خرده مقیاس‌ها به ترتیب آیت‌های ۹ و ۸ است. از سوی دیگر به دلیل آن که خرده مقیاس وسواس دارای ویژگی‌های مناسبی نیست؛ لذا آیت‌های طراحی شده برای این خرده مقیاس بایستی مورد تجدیدنظر قرار گیرد. بررسی محتوایی آیت‌های در نظر گرفته شده برای هر یک از خرده مقیاس‌ها نشان داد آیت‌ها از ارتباطات مناسب مفهومی برخوردار بوده و می‌توان آن‌ها را دارای روایی همگرا دانست. در نتیجه بخش دوم مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویی را می‌توان روا تلقی نمود.

تحلیل عاملی تأییدی بر روی داده‌های گروه رواسازی

برای واریس روایی ساختار عاملی بدست آمده از تحلیل اکتشافی برای بخش‌های سه‌گانه مقیاس، سه تحلیل عاملی تأییدی جداگانه بر روی داده‌های گروه رواسازی مربوط به هر یک انجام شد. برای دستیابی به بهترین مدل برازش یافته با داده‌ها تحلیل تأییدی روی ساختار کوواریانس^۱ و با استفاده از روش برآورد مقاوم^۲ بیشینه درست‌نمایی^۳ انجام شد. در ضمن برای ارزیابی برازش مدل‌ها از شاخص‌های^۴ χ^2 ، معیار اطلاعات آکائیک اشباع شده^۵ (آکائیک، ۱۹۸۷)، شاخص برازش مقایسه - مقایسه‌ای^۶ (بنتلر، ۱۹۹۰)، شاخص برازش غیرنرمال^۷ (بنتلر و بونت، ۱۹۸۰)، ریشه دوم مجذور خطای تقریب^۸ (استیگر، ۱۹۹۰)، فاصله اطمینان^۹ ریشه دوم مجذور خطای تقریب (هوو بنتلر، ۱۹۹۹) و ریشه میانگین مجذور باقی مانده استاندارد شده^{۱۰} (هوو و بنتلر، ۱۹۹۸) استفاده شد.

بخش یکم: دو عامل استخراج شده از تحلیل عاملی اکتشافی در گروه مدرج سازی، برای بررسی نامتغیرو بودن ساختار عاملی در گروه رواسازی وارد تحلیل شد که نتایج حاصل از آن به شرح جدول ۳ است. آنچنان که از این جدول پیداست مدل دو عاملی برای بخش یکم مقیاس ملی سلامت روانی از شاخص‌های مناسب برازش برخوردار است؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت ساختار دو عاملی در گروه نمونه رواسازی مربوط به این بخش مورد تأیید قرار می‌گیرد. بررسی اعتبار آیت‌ها، خرده مقیاس‌های مربوط به بخش یکم در گروه رواسازی نشان داد که دو زیرمقیاس عواطف مثبت (۰/۹۳) و بهزیستی (۰/۸۰) دارای ضرایب مناسب همگونی است. بررسی ضرایب همبستگی نمره آیت‌ها با نمره خرده مقیاس مربوطه نشان

1. covariance structure
2. robust
3. Maximum Likelihood (ML)
4. chi-square statistic
5. saturated Akaike Information Criterion (AIC)
6. Comparative Fit Index (CFI)
7. Non-Normed Fit Index (NNFI)
8. Root-Mean Square Error of approximation (RMSE)
9. Confidence Interval (CI)
10. Standardised Root Mean Square Residual (SRMR)

می‌دهد این ضرایب بین ۰/۴۰ (آیتم ۶) و ۰/۸۳ (آیتم ۱۱ و ۱۳) متغیر است؛ لذا در مجموع می‌توان گفت که آیتم‌ها و خرده مقیاس‌ها و در نتیجه کل بخش یکم از ضرایب همگونی درونی مناسبی در گروه رواسازی برخوردار است (جدول ۲).

جدول ۳. آماره‌های نیکویی برازش مدل دو عاملی بخش یکم مقیاس در گروه نمونه رواسازی

مدل	X^2	Df	AIC	CFI	NNFI	RMSEA	RMSEA (90% CI)	SRMR
دو عاملی	۴۲۰/۸۶	۴۲	۱۲۲	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۰۷۲	(۰/۰۷ و ۰/۰۸)	۰/۰۳

بخش دوم: شش عامل استخراج شده از تحلیل عاملی اکتشافی بخش دوم در گروه مدرج‌سازی، برای بررسی نامتغیربودن ساختار عاملی در گروه رواسازی وارد تحلیل شد که نتایج جدول ۴ بدست آمد.

جدول ۴. آماره‌های نیکویی برازش مدل شش عاملی بخش دوم مقیاس در گروه نمونه رواسازی

مدل	X^2	Df	AIC	CFI	NNFI	RMSEA	RMSEA (90% CI)	SRMR
شش عاملی	۵۰۵۸/۹۸	۵۷۹	۱۳۳۲	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۰۷۱	(۰/۰۷ و ۰/۰۸)	۰/۰۵

آنچنان که از جدول ۴ پیداست مدل شش عاملی برای بخش دوم مقیاس ملی سلامت روانی از شاخص‌های نسبتاً مناسب برازش برخوردار است؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت ساختار شش عاملی در گروه نمونه رواسازی مربوط به این بخش مورد تأیید قرار می‌گیرد. بررسی اعتبار آیتم‌ها، عامل‌ها و کل بخش دوم در گروه رواسازی نشان داد که کلیه زیرمقیاس‌ها از ضرایب مناسب همگونی درونی برخوردار بوده و ضرایب همگونی درونی آن‌ها ۰/۶۲ و ۰/۸۶ بدست آمده است. بررسی ضرایب همبستگی بین آیتم‌ها و خرده مقیاس‌ها نشان می‌دهد که این ضرایب بین ۰/۲۴ (آیتم ۳) و ۰/۷۴ (آیتم ۱۲) است؛ لذا می‌توان گفت نامناسب‌ترین آیتم‌ها در بین کلیه آیتم‌های مربوط به خرده مقیاس‌ها آیتم ۳ وسواس است. بررسی دیگر آیتم‌ها مربوط به خرده مقیاس وسواس نشان از عدم وجود ویژگی‌های مناسب در آن‌ها است؛ لذا آیتم‌های طراحی شده برای این خرده مقیاس بایستی مورد تجدیدنظر قرار گیرد.

ج) روابط بین خرده‌مقیاس‌های بخش‌های دوگانه مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویی و متغیرهای اندازه‌گیری شده ابزارهای همراه

برای بررسی روایی‌های ملاکی هر یک از بخش‌های سه‌گانه از سیزده ابزار استفاده شد. از این تعداد مقیاس‌های رضایت از زندگی، آزمون جهت‌گیری به زندگی، بهزیستی معنوی، امید بزرگسالان با هدف بررسی روایی‌های ملاکی بخش یکم و سیاهه سلامت روانی، فهرست نشانگان بیماری ۲۵، و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ برای منظور بررسی روایی بخش دوم اجرا شد.

ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان

بخش یکم: ضرایب همبستگی پیرسون بین خرده‌مقیاس‌های بخش یکم مقیاس ملی سلامت روانی و ابزارهای همراه در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. ماتریس ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش یکم مقیاس ملی سلامت روانی با نمره‌های حاصل از ابزارهای همراه

خرده مقیاس	رضایت از زندگی	خوش بینی	بهبودی معنوی			امیدواری	
			بهبودی مذهبی	بهبودی وجودی	نمره کل	عاملی	راهبردی
عواطف مثبت	۰/۶۱*	۰/۲۱*	۰/۲۷*	۰/۶۰*	۰/۶۸*	۰/۴۱*	۰/۳۷*
بهبودی	۰/۶۰*	۰/۱۳*	۰/۴۵*	۰/۶۷*	۰/۶۸*	۰/۵۸*	۰/۵۱*

* $p < ۰/۰۱$

جدول ۶ نشان می‌دهد که بین خرده‌مقیاس‌های بخش یکم مقیاس ملی سلامت روانی و رضایت از زندگی، خوش بینی، خرده مقیاس‌ها و نمره کلی مقیاس‌های بهبودی معنوی و امید بزرگ‌سالان ضرایب همبستگی مناسب برخوردار است. لازم به ذکر است بالاترین ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های عواطف مثبت و بهبودی با رضایت از زندگی، بهبودی وجودی و نمره کل بهبودی معنوی است. بخش دوم: ضرایب همبستگی پیرسون بین خرده‌مقیاس‌های بخش دوم مقیاس ملی سلامت روانی با نمره‌های حاصل از سیاهه سلامت روانی، فهرست نشانگان بیماری ۲۵، و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. ماتریس ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش دوم مقیاس ملی سلامت روانی با نمره‌های حاصل از ابزارهای همراه

خرده مقیاس	فهرست نشانگان	سیاهه سلامت روانی		پرسشنامه سلامت عمومی		
		بهبودی	درماندگی	جسمانی سازی	اضطراب	ناکارآمدی اجتماعی
افسردگی	۰/۶۲*	-۰/۷۷*	۰/۷۶*	۰/۴۹*	۰/۶۱*	۰/۷۲*
اضطراب	۰/۶۹*	-۰/۵۴*	۰/۷۴*	۰/۵۳*	۰/۶۸*	۰/۴۹*
وسواس	۰/۴۴*	-۰/۱۶*	۰/۲۷*	۰/۲۵*	۰/۳۱*	۰/۱۲*
اضطراب اجتماعی	۰/۴۹*	-۰/۴۱*	۰/۵۱*	۰/۱۹*	۰/۳۵*	۰/۲۳*
اختلال خواب	۰/۶۰*	-۰/۴۶*	۰/۵۳*	۰/۵۱*	۰/۶۳*	۰/۳۹*
افسردگی تحصیلی	۰/۵۶*	-۰/۵۲*	۰/۶۳*	۰/۳۶*	۰/۵۱*	۰/۵۲*

* $p < ۰/۰۱$

جدول ۷ نشان می‌دهد که کلیه ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویی با نمره‌های حاصل از ابزارهای همراه معنادار است. همچنین نشان می‌دهد خرده‌مقیاس

افسردگی دارای بالاترین ضرایب همبستگی با خرده‌مقیاس‌های درماندگی و بهزیستی سیاه سلامت روانی و خرده‌مقیاس افسردگی و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی است. خرده‌مقیاس اضطراب نیز دارای بالاترین ضرایب همبستگی با نمره کل فهرست نشانگان ۲۵، خرده‌مقیاس درماندگی سیاه سلامت روانی و خرده‌مقیاس اضطراب و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی است. وسواس با نمره کل فهرست نشانگان ۲۵ و اضطراب اجتماعی با خرده‌مقیاس درماندگی سیاه سلامت روانی دارای بالاترین ضریب همبستگی هستند. در ضمن اختلال خواب با نمره کل فهرست نشانگان ۲۵ و خرده‌مقیاس اضطراب پرسشنامه سلامت عمومی، و افسردگی تحصیلی نیز با نمره کل فهرست نشانگان ۲۵ و خرده-مقیاس درماندگی سیاه سلامت روانی دارای بالاترین ضریب همبستگی هستند.

د) رابطه بین خرده‌مقیاس‌های مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویی

پس از بررسی روایی ملاکی خرده‌مقیاس‌های مقیاس ملی سلامت روانی و کسب اطمینان از آن، به منظور پی بردن به وجود یا عدم وجود روابط منطقی بین خرده‌مقیاس‌های موجود در درون مقیاس، ضرایب همبستگی بین آن‌ها محاسبه شده که نتایج آن در جدول ۸ ارائه شده است. این جدول نشان می‌دهد خرده‌مقیاس‌های بخش یکم (مثبت نگر) با کلیه خرده‌مقیاس‌های بخش دوم (بیماری‌نگر) همبستگی منفی و معنادار و بین خرده‌مقیاس‌های هر بخش همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد.

جدول ۸. ماتریس ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش‌های دوگانه مقیاس ملی سلامت روانی

بخش	خرده‌مقیاس	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
یکم	۱. عواطف مثبت								
	۲. بهزیستی	-.۱۶۲*							
دوم	۳. افسردگی	-.۱۶۴*	-.۱۶۸*						
	۴. اضطراب	-.۱۴۴*	-.۱۴۳*	۱					
	۵. وسواس	-.۱۱۲*	-.۱۱۳*	۰.۱۲۷*	۱				
	۶. اضطراب اجتماعی	-.۱۲۳*	-.۱۳۳*	۰.۱۴۲*	۰.۱۵۰*	۱			
	۷. اختلال خواب	-.۱۳۴*	-.۱۳۲*	۰.۱۵۲*	۰.۱۶۴*	۰.۱۴۴*	۱		
	۸. افسردگی تحصیلی	-.۱۴۹*	-.۱۴۸*	۰.۱۷۰*	۰.۱۶۱*	۰.۱۳۱*	۰.۱۴۷*	۱	
								۰.۱۵۳*	
									۰.۱۵۳*

* $p < 0.01$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از انجام تحلیل عاملی اکتشافی داده‌های گروه مدرج سازی حاکی از وجود دو عامل عواطف مثبت (۵ آیتم) و بهزیستی (۶ آیتم) برای بُعد مثبت نگر، و شش عامل افسردگی (۶ آیتم)، اضطراب (۶ آیتم)، وسواس (۶ آیتم)، اضطراب اجتماعی (۶ آیتم)، اختلال خواب (۶ آیتم) و افسردگی تحصیلی (۶ آیتم) برای بُعد بیماری‌نگر بود. ضرایب همگونی درونی (آلفای کرونباخ) عامل‌های استخراجی بُعد مثبت

نگر بین ۰/۹۲ (عواطف مثبت) و ۰/۷۹ (بهبیستی)؛ و بُعد مثبت نگر بین ۰/۸۷ (اضطراب) و ۰/۶۱ (وسواس) است. این یافته‌ها نشان دادند عوامل از نظر همگونی درونی در وضعیت قابل قبولی قرار دارند. بررسی ضرایب همگونی مربوط به حذف آیتم‌ها نیز نشان می‌دهد با حذف هر یک از آن‌ها، ضریب چندان تفاوتی را نشان نمی‌دهد؛ لذا می‌توان اهمیت اکثر این آیتم‌ها در ارزیابی عامل‌ها یکسان فرض کرد. ضرایب همبستگی هر یک از آیتم‌ها با نمره کل هر بخش در بُعد مثبت نگر بین ۰/۳۹ (آیتم ۶) و ۰/۸۶ (آیتم ۱۱)، و در بُعد بیماری نگر ضرایب بین ۰/۲۸ (آیتم ۹) و ۰/۷۲ (آیتم ۸) است. از آن جایی که هر یک از این ضرایب، نشانگر شاخص تمیز آیتم‌ها است (سیف، ۱۳۸۶)؛ لذا این شاخص را می‌توان به عنوان میزان توانایی و حساسیت هر آیتم در تشخیص تفاوت‌های بین افراد دانست. از آن جایی که حداقل مقدار این شاخص ۰/۳۰ در نظر گرفته می‌شود؛ اکثریت قریب به اتفاق شاخص‌های حاصل در این دامنه قرار دارند. با این حال تعداد معدودی از آیتم‌ها دارای شاخص پایین‌تری هستند که برای بهبود آن‌ها نیاز به انجام اصلاحاتی در آیتم‌ها است. این آیتم‌ها در عامل وسواس بُعد بیماری نگر و عامل کمال‌گرایی بخش سازه‌های مرتبط قرار دارند.

نتایج حاصل از انجام تحلیل عامل تابیدی بُعد مثبت نگر نشان داد که کلیه شاخص‌های برازش در دامنه مناسبی قرار دارند. میزان شاخص آماره X^2 برای این بخش معنادار است که نشان می‌دهد بین ماتریس کوواریانس مدل نظری و ماتریس کواریانس نمونه‌ای تولیدشده توسط داده‌ها تفاوت وجود دارد (هو و بنتلر، ۱۹۹۲؛ شوماخر و لومکس، ۲۰۰۴). در حالی که یک مدل مناسب بایستی دارای شاخص X^2 غیرمعنادار باشد (برت، ۲۰۰۷). با این حال این شاخص به عنوان شاخص بدی برازش (کلین، ۲۰۰۵) و یا عدم برازش (مولیک و همکاران، ۱۹۸۹) در نظر گرفته می‌شود. این مقادیر برای بُعد مثبت نگر و بُعد بیماری نگر سلامت روان به ترتیب ۴۲۰/۸۶، ۵۰۵۸/۹۸ بدست آمد. مقادیر نسبت این شاخص‌ها به درجات آزادی هر یک از آن‌ها به ترتیب برابر ۱۰ و ۸/۷۴ شد. از آن جایی که مقدار کمتر از این نسبت می‌تواند به عنوان شاخصی از کیفیت برازش مدل‌های مفروض برای هر یک از بخش‌ها باشد (ویتون و همکاران، ۱۹۷۷)، لذا می‌توان بیان کرد مدل مفروض برای بخش سازه‌های مرتبط نسبت به دو بُعد سلامت روان از برازش بهتری با داده‌های گروه نمونه نشان دهد.

معیار دیگر استفاده شده برای ارزیابی برازش مدل، معیار اطلاعات آکائیک اشباع‌شده (آکائیک، ۱۹۸۷) است. این شاخص برای ارزیابی اقتصاد در مدل به کار برده می‌شود و در صدد ارائه شاخصی برای ساده بودن مدل و تعداد کم برآورد پارامترها در هم‌خوانی حداکثری مدل‌های نظری با داده‌های تجربی است (مولیک، ۱۹۸۹؛ کروولی و فان، ۱۹۹۷) است. این شاخص برای بُعد مثبت نگر و بیماری نگر سلامت روان به ترتیب ۱۳۲ و ۱۳۳۲ بدست آمد که نشان از ساده‌تر بودن و کم بودن پارامترهای برآورد شده در مدل بُعد مثبت نگر کمتر از بخش دیگر است. نشانه و دلیل این امر نیز به پیچیده بودن بخش بیماری‌نگر و ساده‌تر بودن بُعد سلامت‌نگر است.

شاخص برازش مقایسه‌ای (بنتلر، ۱۹۹۰) یکی از شاخص‌های برازش افزایشی^۱ (هوپر، کاگلان و مولر، ۲۰۰۸)، مقایسه‌ای (میلز و شولین، ۲۰۰۷) یا نسبی^۲ (مک دونالد و هو، ۲۰۰۲) است. این شاخص مقایسه بین مدل صفر یا مستقل^۳ (که در آن متغیرهای مکنون مستقل از هم و دارای ضرایب همبستگی صفر با هم در نظر گرفته می‌شوند) را با مدل موجود در داده‌های تجربی مورد مقایسه قرار می‌دهد. این شاخص را می‌توان شاخصی از برازش دانست که دارای کم‌ترین اثرپذیری از حجم نمونه است (فان و همکاران، ۱۹۹۹). مقدار مورد قبول برای این شاخص بالای ۰/۹۵ (بنتلر، ۱۹۹۰) و در مطالعات اخیر ۰/۹۰ (هو و بنتلر، ۱۹۹۹) در نظر گرفته می‌شود. این شاخص برای بُعد مثبت نگر ۰/۹۸ و بُعد بیماری نگر ۰/۹۸ بدست آمده است که حاکی از برازش مناسب و سادگی لازم ساختار عاملی مفروض برای این بخش‌ها است.

شاخص برازش غیرنرمال (بنتلر و بونت، ۱۹۸۰) یکی دیگری از شاخص‌های برازش افزایشی است و حساسیت آن به تشخیص برازش مناسب مدل‌ها بیشتر از شاخص برازش مقایسه‌ای بوده و پیش فرض نرمال بودن چند متغیری را نیز ندارد (بنتلر، ۱۹۹۰؛ کلین، ۲۰۰۵؛ تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷). بنتلر و هو (۱۹۹۹) مقادیر بالاتر از ۰/۹۵ را برای پذیرش این شاخص معرفی نموده‌اند. این شاخص برای بُعد مثبت نگر ۰/۹۸ و بُعد بیماری نگر ۰/۹۶ به دست آمد که نشان می‌دهد با استفاده از شاخص‌های حساس‌تر نیز، مدل مفروض برای ساختار عاملی این بخش‌ها، سادگی لازم و مناسب خود را نشان می‌دهد.

ریشه دوم مجذور خطای تقریب (استیگر، ۱۹۹۰) در کنار شاخص آماره X^2 یکی دیگر از شاخص‌های برازش مطلق^۴ است. این شاخص نشان می‌دهد که مدل مفروض به چه میزان با مدل ناشناخته ولی دارای بهینه‌ترین تخمین‌های ممکن برای پارامترهای موجود در مدل ساختاری داده‌های تجربی مناسبت و برازش دارد (بایرن، ۱۹۹۸). در سال‌های اخیر این شاخص به خاطر حساسیت به تعداد شاخص‌های تخمین زده شده در مدل به عنوان یکی از پرمحتواترین^۵ شاخص‌های برازش بدل شده است (دیامانتوپلوس و سیگوا، ۲۰۰۰). آستانه پذیرش برای این شاخص از ۰/۰۶ (هو و بنتلر، ۱۹۹۹) تا ۰/۱۰ (مک‌کالوم و همکاران، ۱۹۹۶) گزارش شده است. ولی آنچه امروزه استناد بیشتری به آن می‌گردد مقدار ۰/۰۸ (استیگر، ۲۰۰۷) است. این شاخص برای بُعد مثبت نگر و بیماری نگر به ترتیب ۰/۰۷۲ و ۰/۰۷۱ بدست آمده است که نشان می‌دهد با توجه به این شاخص نیز ساختار عاملی مفروض برای این دو بخش از بهینه‌ترین مدل ناشناخته و ممکن تفاوت معناداری ندارد.

1. incremental
2. relative
3. null and independent
4. Absolute fit indices
5. one of the most informative fit indices

یکی از پیشرفت‌های اخیر در مورد شاخص ریشه دوم مجذور خطای تقریب دست‌یابی به شیوه‌ای برای محاسبه فاصله اطمینان برای این شاخص است (مک‌کالوم و همکاران، ۱۹۹۶). فاصله اطمینان ریشه دوم مجذور خطای تقریب (هو و بنتلر، ۱۹۹۹) این امکان را فراهم آورده است که با توجه به توزیع این آماره بتوان در آزمون آماری مناسبی برای تشخیص مدل ضعیف در نظر گرفت (مک‌کویتی، ۲۰۰۴). این فاصله برای بُعد مثبت نگر (۰/۰۸ و ۰/۰۷) و بیماری نگر (۰/۰۸ و ۰/۰۷) بدست آمده است. این فاصله‌ها هر یک از مقادیر مربوط به بخش مربوط را در خود دارا هستند؛ لذا می‌توان عدم رد فرض‌های صفر این آزمون را برای هر دو بخش نتیجه گرفته و ساختارهای عاملی مفروض برای آن‌ها را مناسب در نظر گرفت.

ریشه میانگین مجذور باقی‌مانده استاندارد (هو و بنتلر، ۱۹۹۸) به عنوان ریشه دوم ماتریس کوواریانس استاندارد شده تفاوت مدل نظری مفروض با ماتریس داده‌های نمونه قلمداد می‌شود. این شاخص نیز نشان از میزان ماتریس باقی‌مانده حاصل از دو مدل مذکور است. به عبارت دیگر میزان عدم ناهمخوانی این دو را نشان می‌دهد. این شاخص مقداری بین ۰ تا ۱ را می‌تواند به خود اختصاص دهد ولی مقدار آستانه مورد قبول برای آن ۰/۰۵ در نظر گرفته می‌شود (بایرن، ۱۹۹۸؛ دیامانتوپولوس و سیگنوا، ۲۰۰۰). با این حال هو و بنتلر (۱۹۹۹) مقادیر تا ۰/۰۸ را نیز برای آن مورد قبول می‌دانند. این شاخص‌ها برای بُعد مثبت نگر و بیماری نگر به ترتیب ۰/۰۳ و ۰/۰۵ به دست آمد که گویای ناچیز بودن ماتریس کوواریانس استاندارد باقی‌مانده برای این بخش‌ها و در نتیجه مناسبت بالای ساختار عاملی مفروض برای آن‌ها است. چنان که پیداست این مقدار برای بُعد مثبت نگر کمتر از بخش دیگر است که آن را می‌توان بر اساس پیچیدگی کمتر این بخش از ابزار تبیین نمود.

بخش دیگری از تحلیل‌های تأییدی که بر روی داده‌های گروه نمونه رواسازی انجام گرفت، بررسی ویژگی‌های توصیفی و همبستگی هر آیت‌م با نمره کل خرده‌مقیاس و ضرایب همگونی خرده‌مقیاس‌ها بود. نتایج نشان داد دو خرده‌مقیاس بُعد مثبت نگر دارای ضرایب همگونی ۰/۹۳ (عواطف مثبت) و ۰/۸۳ (بهزیستی)؛ بالاترین و پایین‌ترین ضرایب همگونی درونی در بُعد بیماری نگر مربوط به اضطراب (۰/۸۶) و وسواس (۰/۶۲) به دست آمد. در ضمن بررسی ضرایب همبستگی نمره آیت‌م‌ها با نمره خرده‌مقیاس در گروه نمونه رواسازی نشان داد، این ضرایب در بُعد مثبت نگر بین ۰/۴۰ (آیت‌م ۶) و ۰/۸۳ (آیت‌م ۱۱ و ۱۳) و در بُعد بیماری نگر بین ۰/۳۰ (آیت‌م ۳) و ۰/۷۵ (آیت‌م ۱۲ و ۳۱) است؛ لذا می‌توان بیان نمود نتایج حاصل از تحلیل‌های در گروه رواسازی در بسیاری از موارد با یافته‌های حاصل از گروه نمونه مدرج‌سازی برابری دارد. این امر نشان می‌دهد که این ویژگی‌ها در گروه‌هایی که معادل در نظر گرفته می‌شوند، تفاوتی را نشان نمی‌دهند. بنابراین می‌توان آن را شاهدهی بر اعتبار آیت‌م‌ها و خرده‌مقیاس‌های موجود در بخش‌های دوگانه در نظر گرفت.

بخش پایانی تحلیل‌های انجام‌شده در گروه نمونه‌ی روانسازی، بررسی روایی‌های ملاکی خرده مقیاس‌های حاصل از تحلیل‌های عامل‌یابی با برخی از سازه‌هایی است که در ادبیات پژوهشی وجود یا عدم وجود رابطه این خرده‌مقیاس‌ها با آن‌ها و شدت رابطه‌هایشان نشان داده شده است. انجام این بررسی در بُعد مثبت نگر نشان داد که هر دو خرده‌مقیاس این بعد با نمره کل و یا خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه‌های رضایت از زندگی، جهت‌گیری به زندگی، بهزیستی معنوی، امید بزرگ‌سالان رابطه مستقیم و معنادار دارد. الگوی این روابط به گونه‌ای است که هر دو خرده‌مقیاس این بُعد به طور مشترک با رضایت از زندگی و نمره کل بهزیستی معنوی دارای بیشترین رابطه و با جهت‌گیری به زندگی کم‌ترین رابطه را نشان می‌دهند. این یافته‌ها را می‌توان در راستای روایی همگرا و تشخیصی این خرده‌مقیاس‌ها تبیین نمود.

بررسی روابط حاصل بین مقیاس‌های همراه و خرده‌مقیاس‌های بخش دوم مقیاس سلامت روان دانشجویی نشان داد کلیه این خرده‌مقیاس‌ها با نمره کلی فهرست نشانگان ۲۵، خرده‌مقیاس درماندگی سیاه سلامت روان، چهار خرده‌مقیاس پرسشنامه سلامت عمومی رابطه مستقیم و با خرده‌مقیاس بهزیستی روانی سیاه سلامت روان رابطه عکس دارد. مجموع این روابط مطابق با مفاهیم نظری و پژوهشی حوزه آسیب‌شناسی روانی است. بررسی روابط این مقیاس با مقیاس اضطراب عمومی (نجاریان، عطاری و مکوندی، ۱۳۷۴) و فرم کوتاه افسردگی (بک و بک، ۱۹۷۲) نشان داده است که این ابزار دارای ضرایب همبستگی ۰/۶۹ با اضطراب و ۰/۴۹ با افسردگی است. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان از رابطه بالا بین خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب دارد. در ضمن ضرایب بین خرده‌مقیاس اضطراب بیشتر از افسردگی عمومی و تحصیلی است. همچنین پژوهش نجاریان و داودی (۱۳۸۰) نشان داد فهرست نشانگان ۲۵ با خرده‌مقیاس وسواس فهرست نشانگان ۹۰ رابطه مستقیم قوی دارد که این یافته نیز همسو با یافته‌های پژوهش در مورد رابطه خرده‌مقیاس وسواس مقیاس ملی سلامت روان دانشجویی با نمره فهرست نشانگان ۲۵ است.

مشکلات خواب یکی از نشانه‌های اکثر اختلالات روانشناختی است. کسانی که به اختلال افسردگی اساسی و اضطراب منتشر مبتلا هستند اغلب از مشکلات خواب رفتن، مقطع بودن خواب یا بیداری‌های ناپهنگام و ناتوانی در خوابیدن مجدد گله‌مندند (کاپلان و کاپلان، ۲۰۰۳؛ دادستان، ۱۳۷۸). بنابراین رابطه مستقیم خرده‌مقیاس اختلال خواب مقیاس ملی سلامت روان با نمره فهرست نشانگان ۲۵، خرده‌مقیاس درماندگی و خرده‌مقیاس‌های چهارگانه پرسشنامه سلامت روان مطابق با مبانی نظری حوزه آسیب‌شناسی روانی است. دلیل این که خرده‌مقیاس اختلال خواب بین کلیه خرده‌مقیاس‌های ابزارهای همراه دارای قوی‌ترین رابطه با خرده‌مقیاس اضطراب پرسشنامه سلامت روان است؛ می‌توان چنین تبیین کرد که خرده‌مقیاس اضطراب پرسشنامه سلامت روان، دارای سوالاتی با محتوایی مشکلات خواب است

(یعقوبی، ۱۳۸۹) و این امر تا به جایی نمود دارد که برخی از مؤلفان این خرده‌مقیاس را اضطراب و بی‌خوابی و یا اضطراب به همراه مشکلات خواب نام گذاشته‌اند.

بررسی روابط حاصل از رابطه دو خرده‌مقیاس سیاهه سلامت روان با شش خرده‌مقیاس بخش دوم مقیاس ملی سلامت روان دانشجویی نشان می‌دهد که بالاترین این ضرایب مربوط به افسردگی، اضطراب و افسردگی تحصیلی بوده و در مراتب بعدی رابطه بین اضطراب اجتماعی، اختلال خواب و وسواس قرار دارد. شاید وجود چنین ترتیب قوت روابط را بدین شکل می‌توان تبیین نمود که افسردگی و اضطراب به عنوان پایه اضطراب اجتماعی، اختلال خواب و وسواس بوده و سازه‌هایی نزدیک‌تر به درماندگی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی (صرف نظر از جهت رابطه) هستند؛ لذا انتظار می‌رود این سازه‌ها روابط ضعیف‌تری در مقایسه با اضطراب و افسردگی با بهزیستی و درماندگی روانشناختی نشان دهند.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که خرده‌مقیاس افسردگی مقیاس ملی سلامت روان ضمن دارا بودن روابط مستقیم و قوی با هر چهار خرده‌مقیاس پرسشنامه سلامت عمومی، قوی‌ترین رابطه را با خرده‌مقیاس افسردگی دارد. این نتیجه اولین و منطقی‌ترین فرضیه‌ای است که می‌توان در مورد رابطه خرده‌مقیاس افسردگی مقیاس ملی سلامت روان با خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در نظر داشت که نتایج حاصل از پژوهش حاضر آن را تأیید نمود. لازم به ذکر است رابطه این خرده‌مقیاس با نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی نیز قوی‌تر از خرده‌مقیاس‌های آن است. این یافته هم همسو با یافته‌های گلدبرگ (۱۹۷۴) و یعقوبی (۱۳۷۸) است که نشان داد رابطه بین نمره کل سلامت روان با خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بالاتر از دو خرده‌مقیاس دیگر است. خرده‌مقیاس اضطراب مقیاس ملی سلامت روان نیز وضعیتی مشابه با خرده‌مقیاس افسردگی دارد. به عبارت دیگر رابطه این خرده‌مقیاس با خرده‌مقیاس اضطراب و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی قوی‌تر از رابطه آن با دیگر خرده‌مقیاس‌ها است.

بررسی الگوی رابطه خرده‌مقیاس وسواس مقیاس ملی سلامت روان دانشجویی با خرده‌مقیاس پرسشنامه سلامت روان نشان می‌دهد که این خرده‌مقیاس با کلیه خرده‌مقیاس‌های سلامت روان دارای رابطه مستقیم است. این یافته همسو با مبانی نظری حوزه آسیب‌شناسی روانی است. مطالعات متعددی نشان از رابطه وسواس با بسیاری از آسیب‌های روانشناختی دیگر دارند. تاکنون پژوهش‌ها رابطه وسواس را با افسردگی اساسی، اضطراب منتشر، دوقطبی، تیک، بیش‌فعالی - تکانش‌گری، خوردن، اتیسم، اسکیزوفرنی و اسکیزوتایپی مشخص کرده است (پوپوروسکی و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین مطالعات بالاترین همبندی وسواس را با افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند (کیلی، استروچ، مرلو و گفکن، ۲۰۰۸). اکثر محققان معتقدند از نظر علائم، بین اضطراب، افسردگی و وسواس اشتراکات متعددی وجود دارد. از جمله آن‌ها می‌توان به احساس گناه، نگرانی، تردید درباره خویشتن و پایین بودن عزت نفس می‌توان

اشاره کرد (آرنتز، ونکن و گوزن، ۲۰۰۷). همچنین برخی از محققان ناکارآمدی‌های اجرائی را که هنگام اجرای آزمون‌ها در بیماران وسواسی مشاهده می‌شود؛ حاصل همبودی این اختلال با اضطراب و افسردگی می‌دانند (آیسیسگی، دین، هریس و ارکمن، ۲۰۰۳). از سوی دیگر پذیرش همبودی بالای وسواس با افسردگی و اضطراب، به معنای وجود علائم جسمانی حاصل از این اختلال‌ها در کنار وسواس خواهد بود. بی‌اشتهائی، سردرد، فقدان خواب، خستگی مفرط و کاهش میل و عدم کفایت جنسی از جمله علائمی است که در افراد وسواسی قائل مشاهده است (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۳). بر این اساس در نظر گرفتن رابطه مستقیم بین خرده‌مقیاس علائم جسمانی پرسشنامه سلامت روان و وسواس منطقی می‌نماید.

اضطراب اجتماعی که از آن به عنوان تجربه ناراحت کننده در حضور دیگران تعریف می‌شود، یکی از عواملی است که در روند رشد و تکامل اجتماعی افراد خلل ایجاد می‌کند و مانع از شکوفایی استعدادها می‌شود. این پدیده که در دوران نوجوانی نسبتاً شایع است می‌تواند اثرهای بازدارنده‌ای در کارایی و پویایی در دیگر مراحل زندگی بر جای گذارد و باعث تخریب عملکرد شخصی و اجتماعی فرد در زمینه‌های گوناگون می‌گردد. اضطراب اجتماعی ممکن است تحت تأثیر متغیرهای مختلفی قرار گیرد که عده‌ای از آن‌ها از قبیل اضطراب عمومی زمینه را برای اضطراب اجتماعی مساعد و عده‌ای دیگر از قبیل عزت نفس، حمایت اجتماعی و سرسختی روانشناختی نقش بازدارنده این پدیده داشته باشند (میردریکوند، ۱۳۷۲). پژوهش نیسی و شهنی ییلاق (۱۳۸۴)، نشان از وجود رابطه قوی بین اضطراب و اضطراب اجتماعی دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که هر چه نگرانی و دل‌شوره شخص در موقعیت‌های عمومی زندگی بیشتر باشد این نگرانی در موقعیت‌های اجتماعی زمینه مساعدتری را برای بروز اضطراب اجتماعی ایجاد خواهند کرد. همچنین این پژوهش نشان داد که از بین چهار متغیر پیش بین حمایت اجتماعی، سرسختی روانشناختی، اضطراب عمومی و عزت نفس به ترتیب، حمایت اجتماعی، سرسختی روانشناختی و اضطراب عمومی بهترین پیش بین‌های اضطراب اجتماعی شناخته شدند.

منابع

- امیدیان، مرتضی؛ ملامعصومی، الهام. (۱۳۸۵). بررسی رابطه ساده و چندگانه دینداری، بومی بودن و تاهل با سلامت روان. مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، ص ۳۵.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شهید، ۱۳، ۱۶، ۱۱-۱۶
- پورشریفی، حمید؛ پیروی، حمید؛ طارمیان، فرهاد؛ زرانی، فریبا؛ وقار، معصومه (۱۳۸۴). بررسی سلامت روان دانشجویان ورودی سال ۸۳-۸۴ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری. طرح پژوهشی، دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری.

ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان

پورشیری، حمید؛ اکبری زردخانه، سعید؛ یعقوبی، حمید؛ پیروی، حمید؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ حمیدپور، حسن؛ صبحی قراملکی، ناصر. (۱۳۸۹). مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان: مطالعه‌ی مقدماتی. *روانشناسی معاصر*، ۵، (ویژه نامه سومین کنگره انجمن روانشناسی ایران)، ۱۹۷-۱۹۵.

تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی*، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۹۴-۳۸۱.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۷۶). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: آگاه. سهرابی، فرامرز؛ ترقی‌جاه، صدیقه؛ نجفی، محمود (۱۳۸۶). *گزارش نهایی بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۵-۸۶ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری*.

دهشیری، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز؛ جعفری، عیسی و نجفی، محمود (۱۳۸۹). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در بین دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روانشناختی سال چهارم*، شماره ۳، پایایی.

کجیاف، محمدباقر؛ عریضی، سیدحمیدرضا و خدابخش، مهدی (۱۳۸۵). *هنگاریایی، پایایی، و روایی مقیاس خوش بینی و بررسی رابطه بین خوش بینی، خودتسلط یابی، و افسردگی در شهر اصفهان*، مطالعات روانشناختی، ۲ (۱-۲): ۵۱-۶۸ کیامرئی، آذر؛ نجاریان، بهمن و مهربانی زاده هنرمند (۱۳۷۷). *ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روانشناختی*، *مجله روانشناسی*، سال دوم، شماره ۳.

مغانلو، مهناز و آگیلار وفایی، مریم (۱۳۸۸). *رابطه عوامل و وجوه پنج عاملی شخصیت با شادکامی، سلامت روانی و جسمانی*، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۳، ص ۲۹۹-۲۹۰

مقدس، علیرضا؛ اسماعیلی، علی (۱۳۸۵). *مطالعه سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۸۱ و تشخیص دانشجویان مذکور مبتلا به اختلالات روانشناختی*. مرکز مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی.

نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰). *ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه SCL-90-R)*، *مجله روانشناسی*، سال پنجم، شماره ۱۸

نجاریان، بهمن؛ عطاری، یوسف علی و مکوندی، بهنام (۱۳۷۴). *ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش اضطراب عمومی*. *مجله علوم انسانی دانشگاه الزهراء*. سال پنجم، پائیز و زمستان، شماره پانزده و شانزده، ص ۹۷-۱۱۲

نیسی، عبدالکازم و شهنی بیلاق، منیجه (۱۳۸۴). *بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب عمومی، حمایت ادراک شده و سرسختی روانشناختی با اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز پایه اول شهرستان آبادان*. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره سوم، سال دوازدهم، شماره ۳، ص ۱۵۲-۱۳۷

هومن، عباس (۱۳۷۶). *استاندارد سازی و هنگاریایی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم*. تهران: موسسه تحقیقاتی تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

یعقوبی، حمید؛ اکبری زردخانه؛ سعید و وقار، معصومه (۱۳۸۷). *گزارش وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ورودی سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷*. تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

یعقوبی، حمید؛ اکبری زردخانه؛ سعید و وقار، معصومه (۱۳۸۸). *گزارش وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ورودی سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸*. تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

یعقوبی، حمید؛ شاه محمدی، داوود؛ نصر، مهدی (۱۳۷۴). *بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا- گیلان*. *اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ص ۶۶-۵۵.

Reference

- American College Health Association (2008) American College Health Association–National College Health Assessment: Reference Group Data Report, Spring 2008. Baltimore, MD: American College Health Association.*
- Barrett, P. (2007). Structural Equation Modeling: Adjudging Model Fit, Personality and Individual Differences, 42 (5) , 815-24*
- Beck, A. T. & Beck, R. W (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid Technique. Postgraduate Medicine, 52, 81 - 85*
- Bentler, P. M. & Bonnet, D. C. (1980). Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures, Psychological Bulletin, 88 (3) , 588-606.*
- Bentler, P. M (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Models. Psychological Bulletin, 107 (2), 238-46*
- Blanco, C., Okuda, M., & Wright, C (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry; 65: 1429–37*
- Carver, C., & Sheier, M. (2002). Optimism (pp. 231—243), in Handbook of Positive Psychology. Snyder, C. R., & S. Lopez (Eds.), New York: Oxford University Press.*
- Costa, P. T., & McCrae, R (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 338, 668-678*
- Crowley, S.L. and Fan, X (1997). Structural Equation Modeling: Basic Concepts and Applications in Personality Assessment Research. Journal of Personality Assessment, 68 (3), 508-31*
- Deneve, K., & Cooper, H (1998). The happy personality: A meta analysis of 137 personality traits and subjective well-being. Psychological Bulletin, 124, 197-229*
- Diamantopoulos, A., & Siguaw, J.A (2000), Introducing LISREL. London: Sage Publications.*
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49, 71-75*
- Enns, M. W. & Cox, B. J (1999). Perfectionism and depression: symptom severity in major depression. Journal of Behavior Research and Therapy, 37, 783-794*
- Furnham, A., & Cheng, H (1997). Personality and happiness. Psychological Reports, 80, 761-762*
- Gibbons, P., Arevalo, H. F. & Monica, M (2004). Assessing of the factor Structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Salvador EL. International Journal of clinical Health Psychology. 4, 389-398*
- Goldberg, D. P (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press.*

- Griffiths T. C., Mayers D. H. & Talbot, A. W (1993). *A study of validity of the scaled version of the General Health Questionnaire in paralyzed spinally injured out-patients. Psychol Med; 23 (2) : 497-504*
- Haren, E. G., & Mitchell, C. W (2003). *Relationship between the five factor model of personality and coping styles. Psychology and Education, 40, 38-49*
- Hayes, N., & Joseph, S (2003). *Big 5 correlate of three measures of subjective well-being. Personality and Individual Differences, 34, 723-727*
- Henderson, A. S (1990). *An introduction to social psychiatry. Oxford: Oxford University Press.*
- Hobbs, P. & Ballinger, C. B (1983). *Factor analysis and general practice. Br J Psychiatry; 144: 270-5*
- Hoffman. N. G. & Overall, P. B (1978). *Factor structure of the SCL-90 in a psychiatric population. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1187-1191*
- Hu, L.T. & Bentler, P.M (1999) , *Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives, Structural Equation Modeling, 6 (1) , 1-55*
- Kadison, R., & Digeronimo, T.F (2004). *College of the overwhelmed: The compos mental health crisis and wgat to do a bout. San Francisco: Jossey-Bass.*
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R (2008). *Clinical predictors of response to cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Clinical Psychology Review. 28: 118-30*
- Kenny, D. A. & McCoach, D. B (2003). *Effect of the Number of Variables on Measures of Fit in Structural Equation Modeling, Structural Equation Modeling, 10 (3), 333-51*
- Keyes, C.L.M. (2003). *Complete mental health: An agenda for 21st century. In flourishing: positive psychology and life well-lived, edited by Keyes, C. L. M., & Haidt, J. Washington, DC US: American Psychological Association. xx, 335 pp.*
- Kline, R.B (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling (2nd Edition ed.). New York: The Guilford Press.*
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H., M (1996). *Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling, Psychological Methods, 1 (2), 130-49*
- Marshall, G. N., & Lang, E. L. (1990). *Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 132–139*
- McDonald, R.P. & Ho, M.-H.R (2002), *Principles and Practice in Reporting Statistical Equation Analyses, Psychological Methods, 7 (1), 64-82*
- McIntosh, C (2006). *Rethinking fit assessment in structural equation modeling: A commentary and elaboration on Barrett (2007), Personality and Individual Differences, 42 (5), 859-67*
- McQuitty, S. (2004). *Statistical power and structural equation models in business research. Journal of Business Research, 57 (2), 175-83*

- Monk, E. M., Mahmood, Z. (1999). *Student mental health. A pilot study, Counseling Psychology, (12), 2, 199-210*
- Poyurovsky, M., Faragian, S., Pashinian, A., Heidrach, L., Fuchs, C., Weizman, R., & et al (2008). *Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychiatry Resource. 59: 254-8*
- Shek, D.T (1987). *Reliability and factorial structure of the Chinese version of the General Health Questionnaire. Journal of Clinical Psychology, 43, 683-91*
- Snyder, M. B (2004). *Senior Student affairs officer Round Table: Hottest topics in student affairs. session held at the annual meeting of the national association of student. Personnel Administrators, Denver, Colorado.*
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., Harney, P. (1991). *The will and the ways: Development and validation of an individual- differences measure of hope. Journal of Personality and Social Development, 60, 570-585*
- Steiger, J.H (1990), *Structural model evaluation and modification. Multivariate Behavioral Research, 25, 214-12*
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S (2007). *Using Multivariate Statistics (5th ed.). New York: Allyn and Bacon.*
- Veit, C. T., & Ware, J. E (1983) *The structure of psychological distress and well-being in general population. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 730-742*
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D., F., and Summers, G (1977) , *"Assessing Reliability and Stability in Panel Models," Sociological Methodology, 8 (1) , 84-136*