

ساخت مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان

داود معنوی پور*

چکیده

هدف این پژوهش ساخت مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای واحدهای تهران مرکزی، گرمسار، اسلام‌شهر، نور و مبارکه به عنوان نمونه انتخاب شدند. از تعداد کل ۱۰۰۰ نفر نمونه، تعداد ۳۶۷ پرسشنامه کامل انتخاب شد. ضریب پایایی و همسانی درونی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. برای بررسی روایی مقیاس سنجش سلامت روانی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. تعداد ۸ عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک ۰/۹۸/۶۰٪ از واریانس کل را تبیین می‌کنند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان با ۲۴ سؤال قادر است ۸ عامل امید، پذیرش خود، تسلط بر محیط، خودمختاری، هدف در زندگی، مثبت‌اندیشی و اعتماد به نفس و روابط مثبت را اندازه‌گیری کند. بنابراین، این مقیاس می‌تواند برای سنجش سلامت روانی دانشجویان به کار گرفته شود.

کلید واژه‌ها

مقیاس سنجش سلامت روانی؛ دانشجویان

*استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گروه روان‌شناسی، گرمسار Manavipor53@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۱۲

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۲۱

مقدمه

تعریف سلامت روانی همواره در حال تغییر بوده به طوری که تعریف مورد قبول در آغاز قرن بیستم، امروزه ناقص به نظر می‌رسد (کوفی و هارتمن^۱، ۲۰۰۸). در دهه‌های اخیر از سوی متخصصان تعاریف متعدد و گوناگونی ارائه شده است، به همین دلیل پیدا کردن تعریفی جامع برای آن امری دشوار است. پزشکان و افرادی که با دید پزشکی به مسأله نگاه می‌کنند، بهنجاری یا سالم بودن را نداشتن علائم بیماری تلقی می‌کنند و به عبارتی سلامتی و بیماری را در دو قطب مخالف یکدیگر قرار می‌دهند و برای اینکه فردی سالم، بیمار شود بایستی از قطب سالم به قطب مخالف برود (زایمرمان^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). نبود علائم بیماری روانی یا از بین رفتن علائم بیماری در اثر درمان، به این معنی نیست که فرد دارای سلامت روانی و سالم است (میلانی فر، ۱۳۷۸؛ ویلیامز، ۲۰۰۸). برای تعریف سلامت روانی لازم است سلامت عمومی تعریف شود. سلامت عمومی عبارت است از علم و هنر پیشگیری از بیماری‌ها و طولانی کردن سلامت و توانایی بشر که از راه کوشش‌های دسته‌جمعی افراد به منظورهای زیر انجام می‌شود: سالم‌سازی محیط، کنترل بیماری‌های واگیردار، آموزش سلامت عمومی، ایجاد خدمات پزشکی و پرستاری برای تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماری‌ها، ایجاد و توسعه یک سیستم اجتماعی که در آن هر فرد از وسایل لازم زندگی برای نگهداری سلامت روانی خود بهره‌مند باشد، به طوری که هریک از افراد اجتماع بتوانند از حق طبیعی خود یعنی سلامت و زندگی طولانی بهره‌مند شوند (مطلبی، ۱۳۷۳؛ لینکن^۳ و همکاران، ۲۰۰۳).

فرهنگ روان‌شناسی ربر^۴ (۱۹۹۶) واژه سلامت روان را برای توصیف اشخاصی به کار می‌برد که در بالاترین سطح کنش‌وری رفتاری و سازش‌پذیری هیجانی و سازش‌یافتگی رفتاری هستند و فقط به این مفهوم به کار نمی‌رود که شخص دچار بیماری نباشد (مارکز و وود^۵، ۲۰۰۷). دو تعریف عمده برای سلامت روانی وجود دارد، در تعریف اول منظور از سلامت

-
1. Coffey & Hartman
 2. Zimmerman
 3. Lincoln
 4. Reber Arthur
 5. Marcks & Woods

روانی، رشته‌ای از سلامت عمومی است که در زمینه کاستن بیماری‌های روانی در یک اجتماع فعالیت می‌کند و در تعریف دوم سلامت روانی، به معنای سلامت فکر است و منظور نشان دادن وضع مثبت و سلامت روانی است که خود می‌تواند نسبت به ایجاد سیستم با ارزشی درباره ایجاد تحرک و پیشرفت و تکامل در حد فردی، ملی و بین‌المللی کمک کند (حسینی، ۱۳۷۴، مک دوآل^۱، چانگ و استراچان^۲، ۲۰۰۷، یاگار^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). سازمان جهانی سلامت^۴، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: سلامت روانی در درون مفهوم کلی سلامت قرار می‌گیرد و سلامت روانی یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی: سلامت تنها نبود بیماری یا عقب‌ماندگی نیست (گنجی، ۱۳۷۹). گی^۵ و همکاران (۲۰۱۰) نیز سلامت روانی را استعداد روان برای هماهنگی، خوش‌آیند و مؤثر کارکردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بودن و برای ارزیابی خود تعادل داشتن تعریف کرده‌اند. شاملو (۱۳۷۸) در تعریف سلامت روانی آن را عبارت از مجموعه عواملی دانسته است که در پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری در انسان نقش مؤثر دارند. سهرابی (۱۳۷۹) در تعریف سلامت روانی می‌گوید: سلامت روانی عبارت است از وضعیتی که در ضمن آن فرد توانایی بالقوه خود را برای انجام دادن وظایف شخصی و اجتماعی به کارگرفته و در نتیجه این وضعیت هم به بالفعل کردن استعدادهای درونی اقدام کرده و هم قادر شده است که با اجتماع کنار بیاید.

تا اینجا فقط به تعریف‌های سلامت روانی اشاره شد تا اهمیت آن مشخص شود. اما مهم‌تر از آن نحوه اندازه‌گیری این مفهوم است. زیرا تا زمانی که قادر به اندازه‌گیری نباشیم، امکان بررسی علمی این مفهوم وجود ندارد. اگرچه تاکنون مقیاس‌هایی برای سنجش آن ساخته شده است، اما در ایران چنین ابزاری ساخته نشده است و تمام پژوهش‌ها با استفاده از ابزارهای ترجمه شده‌ای انجام شده‌اند که با فرهنگ ایران تناسبی ندارند. برخی از رایج‌ترین این ابزارها عبارت هستند از:

-
1. McDowall
 2. Cheung & Strachan
 3. Egar
 4. World Health Organization(WHO)
 5. Gee

چک لیست علائم تجدیدنظر شده ۹۰ آیتمی SCL90-R

SCL90-R یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای تشخیصی روان پزشکی در ایالات متحده است (بایر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخ‌گو گزارش می‌شود. این آزمون در ابتدا برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده‌است. با استفاده از این آزمون می‌توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. این آزمون را دراگویتس^۲ و همکارانش در سال ۱۹۷۳، معرفی کردند و براساس تجربیات بالینی و تجزیه تحلیل‌های روان‌سنجی راجع به آن تجدیدنظر شد و فرم نهایی آن در سال ۱۹۶۷ تهیه شد این آزمون را روان‌پزشکان و روان‌شناسان در ایران به کرات به کار برده‌اند و درجه اعتبار آن تأیید شده است.

این آزمون ۹ بعد، مختلف را می‌سنجد که عبارت هستند از: شکایات جسمانی^۳، پرخاشگری^۴، وسواس - اجبار^۵، اضطراب فوبیک^۶، حساسیت بین فردی^۷، افکار پارانوییدی^۸، افسردگی^۹، روان‌پریشی^{۱۰} و اضطراب. در زمینه بررسی پایایی و اعتبار آزمون در کشورهای مختلف از جمله ایران تلاش‌هایی انجام شده است. بیتال^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۵) و گارمودی^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۸) ضرایب پایایی آن را بین ۰/۷۸ تا ۰/۹ بوده‌اند. میرزایی (۱۳۷۳) پایایی و اعتبار آزمون را در تمام مقیاس‌ها به جز پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانویید بیشتر از ۰/۸۰ گزارش کرده است.

-
1. Baer
 2. Deragotis
 3. Somatization (S.O.M)
 4. Hostility(HOS)
 5. obsesive – compulsive(O-C)
 6. Phobic anxiety
 7. Interpersonal sensivty
 8. Paranoid (PHR)
 9. Depression (DEP)
 10. Psychotism(PSY)
 11. Beitel
 12. Carmody

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه را گلدبرگ^۱ و همکاران (۱۹۷۹) ساخته‌اند. این پرسشنامه شامل ۴ مقیاس ۷ سؤالی برای علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی است (گارلند^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). یعقوبی و همکاران (۱۳۸۰) در پژوهشی آلفای کرونباخ این آزمون را برابر با ۰/۸۸ گزارش کردند.

پرسشنامه مالیز

این پرسشنامه را در سال ۱۹۷۰، راتر - گراهام - یول، تیزارد و تیمر ابداع کردند (باور^۳ و همکاران، ۲۰۰۶)، که هدف اصلی آن‌ها از تدوین این پرسشنامه تهیه یک تست کوتاه، ساده و متمرکز بر مشکلات عاطفی روزمره بود. در آزمون مجددی که محققان فوق پس از یک ماه انجام دادند، اعتبار آن ۰/۹۱ گزارش شده است. پرسشنامه مالیز حاوی ۲۴ سؤال با پاسخ‌های بلی - خیر است که مقیاس نمره‌گذاری آن، بایستی براساس یک مصاحبه سیستماتیک و استاندارد شده باشد، تا بتوان از آن به عنوان یک وسیله تشخیص روان‌پزشکی استفاده کرد. این آزمون چندین جنبه اختلالات روانی را می‌سنجد. از جمله اختلالات سایکوسوماتیک، اختلالات اضطرابی؛ اختلالات عاطفی و شامل سؤالاتی است که پاسخ به آن‌ها نشان دهنده وجود یا نبود بیماری‌های روان - تنی، تحریک‌پذیری، ترس‌ها، ترس‌های مرضی، فوبیا و افسردگی در فرد است (پریستون^۴، ۲۰۰۰؛ استومپ^۵ و همکاران، ۲۰۰۴؛ بورگس و پیرکس^۶، ۲۰۰۸، چامبرز^۷ و همکاران، ۲۰۰۹).

مردم همواره علاقه‌مند هستند پاسخ این سؤال را بدانند که زندگی خوب چیست؟ اغلب زندگی خوب را به طور مستقیم حاصل رفاه و شادی در زندگی می‌دانند. در عصر یونانیان قدیم، ارسطو نوشته است که جستجو برای شادی، مهم‌ترین تلاش مردان است. پژوهش‌ها در

-
1. Goldberg
 2. Garland
 3. Bower
 4. Preston
 5. Stompe
 6. Burgess & Pirkis
 7. Chambers

زمینه زندگی خوب و سلامت روانی را ریف^۱ گسترش داده است. او چارچوب نظری رفاه، زندگی خوب و سلامت روانی مثبت را بر اساس نظریه‌هایی چون نظریه‌های رشد در گستره عمر (به عنوان مثال، اریکسون، ۱۹۵۹)، نظریه‌های رشد شخصی و انسان‌گرایی (به عنوان مثال، مازلو ۱۹۶۸؛ آلپورت^۲، ۱۹۶۱) و معیارهای سلامت روانی مثبت فرموله شده توسط جاهودا^۳ (۱۹۵۸) و بررسی تلاش فلسفی برای تعریف زندگی خوب تدوین کرده است. علاوه بر این‌ها، بینش او از پژوهش‌های خود در گستره عمر در طی دوره زندگی (ریف و کیسیس^۴، ۱۹۹۵) نیز در این مفهوم‌سازی سهم مهمی داشته است. او استدلال می‌کند که تمام این دیدگاه‌ها معیارهای مشابه و عملکردهای مثبت سلامت روانی یکسانی دارند. شباهت مهم این نظریه‌ها در این است که معیار همه آن‌ها برای سلامت روانی تأکید بر ابعاد سلامت به جای بیماری است. در واقع، این دیدگاه به تولید یک مدل جدید از سلامت روانی بر اساس مفهوم سلامت به عنوان «نه تنها نبود بیماری، بلکه حضور چیزی مثبت» اقدام کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶؛ ریف، ۱۹۹۵). در این مدل او شش بعد اصلی را گسترش داده است. ابعاد نظری مشتق شده از سلامت روانی مثبت شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط محیطی، هدف در زندگی، و رشد شخصی (ریف، ۲۰۰۶). اخیراً درباره این مدل بررسی‌های فراوانی انجام شده است. اسپرینگر و هاووزر^۵ (۲۰۰۶) شک و تردید جدی درباره صحت این مدل شش عاملی را مطرح کرده‌اند. نتایج آن‌ها نشان داد که چهار عامل از شش عامل (به عنوان مثال، رشد شخصی، هدف در زندگی، پذیرش خود، تسلط و محیط زیست) تجربی ممکن است تنها در یک بعد قرار گیرند. مطالعه ابوت^۶ و همکاران (۲۰۰۶)، برای آزمایش مرتبه دوم چهار عامل ذکر شده (با الهام از مدل پیشنهادی اسپرینگر و هاووزر، ۲۰۰۶) انجام شده است. شایان ذکر است، با این حال که ابوت و همکاران (۲۰۰۶) شش عامل اصلی را نگه داشته‌اند، اما آن‌ها استدلال می‌کنند که با توجه به مشکلات اندازه‌گیری، به اجرای

-
1. Ryff
 2. Allport
 3. Jahoda
 4. Keyes
 5. Springer & Hauser
 6. Abbott

پژوهش‌های بیشتری نیاز دارد.

همان‌گونه که بررسی شد، مقیاس‌های رایج سنجش سلامت روانی اغلب بر نشانگان اختلال‌ها تمرکز دارند. این در حالی است که تعاریف سلامت روانی بر ویژگی‌هایی فراتر از آن تأکید دارند. از سویی دیگر این ابزارها در موقعیت‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوتی از جامعه ایران ساخته شده‌اند که به نظر می‌رسد لازم است تلاش‌هایی جدی برای تهیه ابزارهایی متناسب با فرهنگ ایرانی انجام شود. این پژوهش با توجه به گستردگی مفهوم سلامت روانی و اهمیت آن در زندگی فردی و اجتماعی، تلاش کرده است تا ابزاری با شاخص‌های روان‌سنجی و متناسب با فرهنگ بومی بسازد. در این فرایند ضمن در نظر گرفتن تمامی تعاریف و شاخص‌های مختلف سلامت روانی بر جنبه‌های مثبت آن تأکید بیشتری کرده است.

روش

جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ابتدا واحدهای دانشگاهی به ۵ دسته تقسیم شدند. سپس از هر دسته یک واحد به صورت تصادفی انتخاب شد. در نهایت ۵ واحد دانشگاهی تهران مرکزی، گرمسار، اسلام‌شهر، نور و مبارکه به عنوان نمونه انتخاب شدند. از هر واحد دانشگاهی به صورت تصادفی ۸ کلاس به عنوان واحد نمونه‌گیری نهایی انتخاب شدند و در مجموع تعداد ۱۰۰۰ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. تعداد ۳۶۷ پرسشنامه کامل انتخاب و تجزیه و تحلیل بر آن‌ها انجام شد.

با توجه به این که موضوع اصلی پژوهش ساخت مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان ایرانی بود، پژوهش حاضر جنبه اکتشافی داشت. به بیان کرونباخ و میهل^۱ (۱۹۷۰) هدف اصلی رواسازی ابزار پژوهش چیزی جز آزمون فرضیه نیست و مقصود همه روایی‌ها در حقیقت گردآوری شواهد در جهت آزمون همان فرضیه است. به این دلیل در این پژوهش سعی بر آن بود که با استفاده از طرح‌های پژوهشی متداول ساخت این آزمون انجام شود. این پژوهش برای ساختن ابزاری با شاخص‌های روان‌سنجی مناسب انجام شد. در ساخت

این ابزار، از گویه‌های ابزارهای رایج سلامت روانی به ویژه مقیاس ریف و سایر مقیاس‌های Well-being استفاده شد. به صورت مشخص از تعداد ۵۷ سؤال پرسشنامه اولیه، برای تهیه ۳۱ سؤال از مقیاس ریف، ۷ سؤال از مقیاس ماریلند^۱ و ۸ سؤال از مقیاس روبرستچرک^۲ استفاده شد و ۱۱ سؤال را پژوهشگر تهیه کرد. ساختار اصلی پرسشنامه با در نظر گرفتن ۶ عامل موجود در مقیاس ریف بود به این دلیل که ساختار عامل‌های ریف مبتنی بر رویکردهای روان‌شناسی مثبت و سایر نظریه‌های انسان‌گرایانه تدوین شده است. گویه‌هایی که محقق طراحی کرده بود نیز در همان ساختار مفهومی ریف قرار داشتند. به طور مثال: اغلب احساس می‌کنم که زندگی خوب است، یا می‌دانم سهم من از دنیا فقط همین است، این دو گویه در زیر مجموعه مفهوم تسلط بر خود قرار داشتند که جمله دوم در تحلیل‌ها حذف شد.

یافته‌ها

ضریب پایایی و همسانی درونی مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد. از مجموع ۵۷ سؤال اولیه، پس از چندین مرتبه حذف و اصلاح سؤال‌ها، تعداد ۴۸ سؤال با ضریب پایایی ۰/۹۱ به دست آمد و سؤال‌های ۵۴-۵۱-۳۸-۲۱-۱۸-۱۰-۷-۶-۲ به دلیل ناهمسانی با کل مقیاس حذف شدند. این سؤال‌ها عمدتاً به دلیل همبستگی منفی یا همبستگی پایین حذف شده‌اند. بنابراین، مقیاس سنجش سلامت روانی با ۴۸ سؤال و ضریب پایایی ۰/۹۱ پایایی مناسبی دارد. برای بررسی روایی مقیاس سنجش سلامت روانی ابتدا از تحلیل عاملی اکتشافی به شرح زیر استفاده شد.

ابتدا آزمون کفایت داده‌ها انجام شد؛ مقدار KMO ۰/۸۲ است که نشان‌دهنده کفایت داده‌ها و ماتریس همبستگی مبتنی بر داده‌ها برای ورود به تحلیل عاملی است. تحلیل عاملی برای چندین مرتبه انجام شد تا بهترین ساختار عاملی زیر به دست آمد.

-
1. Maryland
 2. Personal Growth Initiative Scale (PGIS)

جدول ۱: آزمون کایزر - مایر- اولکین و آزمون بارتلت

آزمون کفایت نمونه برداری کایزر- مایر- اولکین	۸۲۰
آزمون کرویت بارتلت- تقریب کا- اسکوتر	۲۱۰۷/۲۹۱
درجه آزادی	۲۷۶
سطح معناداری	/۰۰۰

در مرحله بعد از تحلیل عاملی سهم هر یک از عامل‌ها یا ارزش‌های ویژه آن‌ها و قدرت تبیین واریانس آزمون مشخص شد. همان‌گونه که در جدول ۲ مشخص است تعداد ۸ عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک $۶۰/۹۸\%$ از واریانس کل را تبیین می‌کند که قدرت تبیین نسبتاً مناسبی برای این آزمون است. سوابق پژوهشی درباره آزمون‌های سلامت روانی مثبت، از جمله ریف را پژوهش‌های متعددی از جمله اسپرینگر و هاووزر^۱ (۲۰۰۶) و ابوت^۲ و همکاران (۲۰۰۶) در زمینه تعداد عامل‌ها و قدرت تبیین واریانس به طور جدی به چالش کشیده‌اند. به نظر می‌رسد گستردگی مفهوم سلامت روانی به نسبت سایر متغیرهای روان‌شناختی از جمله اختلالات روانی، علت اصلی این چالش‌ها است. از سوی دیگر بی‌توجهی این آزمون و آزمون‌های مشابه آن به اختلال‌ها و بدکارکردی‌های روانی به عنوان بخشی از شاخص‌های سلامت روانی نیز می‌تواند در این زمینه مؤثر بوده باشد.

جدول ۲: قدرت تبیین واریانس آزمون

عامل‌ها	ارزش‌های ویژه اولیه			ارزش‌های ویژه بزرگتر از ۱			ارزش‌های استخراج شده پس از چرخش		
	کل	مقدار درصد از واریانس	درصد تراکمی	کل	مقدار درصد از واریانس	درصد تراکمی	کل	مقدار درصد از واریانس	درصد تراکمی
۱	۵/۰۴	۲۱	۲۱	۵/۰۴	۲۱	۲۱	۲/۳۱	۹/۶۴	۹/۶۴
۲	۱/۸۸	۷/۸۲	۲۸/۸۲	۱/۸۸	۷/۸۲	۲۸/۸۲	۲/۱۹	۹/۱۳	۱۸/۷۷
۳	۱/۶۳	۶/۷۸	۳۵/۶۱	۱/۶۳	۶/۷۸	۳۵/۶۱	۲/۰۱	۸/۳۸	۲۷/۱۶
۴	۱/۴۶	۶/۰۷	۴۱/۶۸	۱/۴۶	۶/۰۷	۴۱/۶۸	۱/۷۷	۷/۳۶	۳۴/۵۲
۵	۱/۳۹	۵/۸۱	۴۷/۴۹	۱/۳۹	۵/۸۱	۴۷/۴۹	۱/۶۵	۶/۸۸	۴۱/۴۱
۶	۱/۱۴	۴/۷۵	۵۲/۲۴	۱/۱۴	۴/۷۵	۵۲/۲۴	۱/۶۲	۶/۷۵	۴۸/۱۶
۷	۱/۰۷	۴/۴۷	۵۶/۷۱	۱/۰۷	۴/۴۷	۵۶/۷۱	۱/۵۸	۶/۶۰	۵۴/۷۶
۸	۱/۰۳	۴/۲۷	۶۰/۹۸	۱/۰۳	۴/۲۷	۶۰/۹۸	۱/۴۹	۶/۲۲	۶۰/۹۸

1. Springer & Hauser
2. Abbott

برای تعیین همبستگی هر سؤال با هر عامل ماتریس همبستگی اولیه بررسی شد. اعداد درون این ماتریس همبستگی‌های بیشتر از ۰/۴ بین عامل‌ها و سؤال‌ها (ملاک ورود متغیرها به عوامل) را نشان می‌دهند و بالا و مثبت بودن آن‌ها بیان‌کننده این است که آن سؤال در شناسایی آن عامل مفید است و منفی بودن ضرایب و کمتر بودن از ۰/۴ (ملاک خروج متغیرها به عوامل) بیان‌کننده این است که آن سؤال با آن عامل همبستگی منفی دارد.

داده‌های پیش از چرخش در ابتدایی‌ترین حالت خود قرار دارند و هیچ نظم معینی بر آنها حاکم نیست. برای از بین بردن این حالت و دستیابی به بهترین ترکیب عاملی از چرخش واریماکس استفاده شد. چرخش واریماکس ترکیب ضرایب همبستگی و عامل‌ها را در شرایطی مناسب قرار می‌دهد. به طور مثال سؤال ۵ با همبستگی ۰/۶۱۱ با عامل اول قرار دارد که پس از چرخش با عامل دوم همبستگی ۰/۷۸۴ را نشان می‌دهد. مقایسه تمامی این ضرایب نشان می‌دهد که تمامی ضرایب همبستگی‌ها پس از چرخش اصلاح شده‌اند و در بهترین حالت خود قرار گرفته‌اند. تنها سؤال ۱۶ است که با بیش از یک عامل همبستگی بیشتر از ۰/۳ دارد، این می‌تواند ناشی از چند دلیل باشد از جمله نامناسب بودن سؤال، پیچیدگی سؤال و...، که با توجه به بار عاملی حدود دو برابر با عامل سوم این سؤال حذف نشد تا در پژوهش‌های دیگر دوباره بررسی شود. سؤال‌های دیگر تنها با یک عامل همبستگی داشتند. این تغییرات در نمودار ۲ در فضای چرخش یافته نشان داده شده است.

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین سؤال‌ها و عامل‌های پرسشنامه پس از چرخش

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
Q۵۶	/۷۷۶							
Q۵۷	/۷۲۷							
Q۴۶	/۶۸۰							
Q۲۲	/۶۲۹							
Q۴		/۷۹۷						
Q۵		/۷۸۴						
Q۳۷		/۷۰۸						
Q۳۰			/۷۶۲					
Q۱۹			/۶۵۵					
Q۱۵			/۶۰۰					
Q۱۶		/۳۱	/۵۵۶					
Q۳۴				/۷۱۵				
Q۳۵				/۷۰۱				
Q۵۰				/۶۱۵				
Q۱۳					/۶۹۰			
Q۴۱					/۶۲۹			
Q۲۰					/۵۷۵			
Q۲۷						/۸۱۹		
Q۲۵						/۶۹۰		
Q۱۷						/۵۸۳		
Q۵۴							/۷۹۰	
Q۵۵							/۷۷۷	
Q۵۲								/۷۵۷
Q۵۳								/۶۸۶

پس از چرخش عوامل ماتریس سؤال‌ها با عوامل در بهترین حالت ممکن قرار گرفتند که سؤال‌های هر عامل دقیقاً معین شده‌اند. در مرحله بعد نام‌گذاری عامل‌های استخراج شده انجام می‌شود.

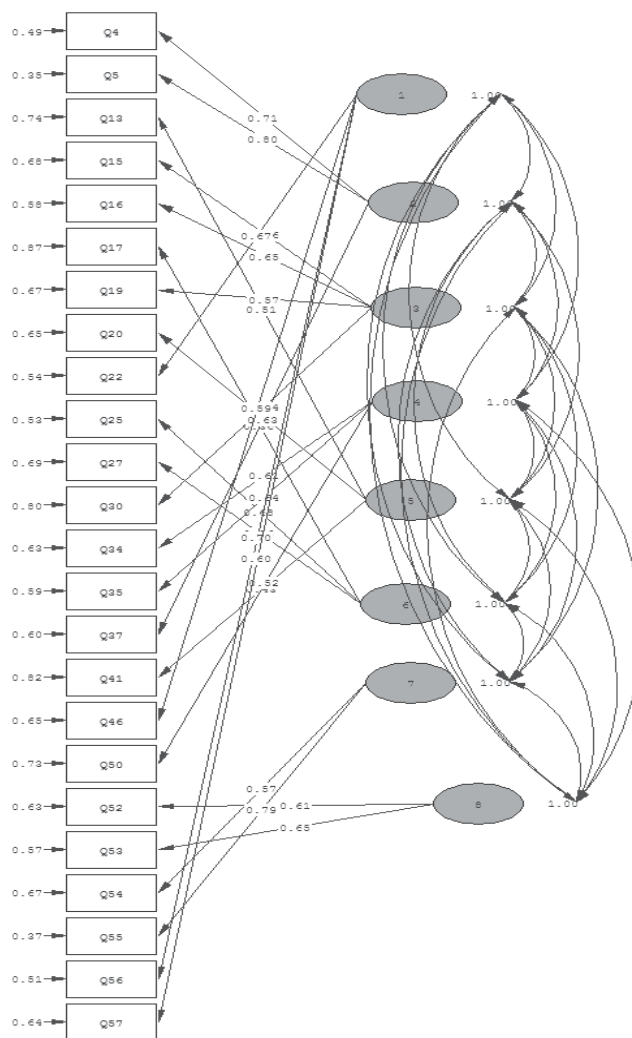
جدول ۴: شماره سؤال‌های هر عامل

ردیف	شماره عامل‌ها	شماره سؤال‌ها
۱	اول	۲۲-۴۶-۵۷-۵۶
۲	دوم	۳۷-۵-۴
۳	سوم	۱۶-۱۵-۱۹-۳۰
۴	چهارم	۵۰-۳۵-۳۴
۵	پنجم	۲۰-۴۱-۱۳
۶	ششم	۱۷-۲۵-۲۷
۷	هفتم	۵۵-۵۴
۸	هشتم	۵۳-۵۲

همان‌گونه که در جدول فوق آمده است تعداد ۲۴ سؤال دارای بار عاملی مقبول بوده‌اند و پس از تحلیل عاملی سؤال‌های دارای بار عاملی نامناسب حذف شده‌اند. پس از تحلیل عاملی اکتشافی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد تا صحت محاسبات پیشین ارزیابی شوند. نکته جالب توجه در جدول ۴ وجود عامل‌های هفتم و هشتم با دو سؤال است، برخی از روانسنج‌ها معتقد هستند که حداقل برای هر عامل سه سؤال باید وجود داشته باشد، در این پژوهش ضمن پذیرش این باور به دلیل اولیه بودن فرم این آزمون و امکان بررسی‌های روانسنجی بیشتر آن در نمونه‌های دیگر از یک سو و از سوی دیگر همبستگی‌های قوی این سؤال‌ها با عامل‌ها این دو عامل حذف نشدند.

تحلیل عاملی تأییدی

با استفاده از نرم افزار لیزرل تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. نمودار ۳ نشان‌دهنده نمای کلی آزمون با ۸ عامل استخراج شده است.



Chi-Square=326.00, df=224, P-value=0.00001, RMSEA=0.032

نمودار ۱: تحلیل عاملی تأییدی

برای بررسی نتایج تحلیل عاملی تأییدی از شاخص‌های برازندگی آن‌ها استفاده شد. بر اساس نتایج حاصل از این تحلیل که شرح آن آمد شاخص مطلق برازندگی آن‌ها ($RMSEA^1$) برابر با ۰/۰۳۲ است که برازندگی تحلیل عاملی تأییدی با این شاخص‌ها تأیید می‌شود.

1. Root Mean Square Error of Approximation

شاخص‌های مجذور خی (۳۲۶) به درجه آزادی (۲۲۴) نشان می‌دهند که این تحلیل برازندگی خوبی دارد و بیان‌کننده تقریب معقولی در جامعه است. فاصله اطمینان ۹۰٪ برای RMSEA بین ۰/۳۴ تا ۰/۲۴ است. سایر شاخص‌های برازندگی عبارت هستند از: $IFI = ۰/۹۲$ ، $NFI^1 = ۰/۹۱$ ، $NNFI^2 = ۰/۹۱$ ، $PNFI^3 = ۰/۹۱$ ، $CFI^4 = ۰/۹۵$ ، $IFI^5 = ۰/۹۲$ پس از بررسی و خلاصه‌کردن تمامی تحلیل‌های آماری، لازم است که ۸ عامل تأیید شده بر اساس محتوای سؤال‌های هر عامل نام‌گذاری شوند. بر مبنای محتوای سؤال‌ها و مبانی نظری تدوین شده برای مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان، هر ۸ عامل نام‌گذاری شدند.

جدول ۵: شماره سؤال‌ها و نام عامل‌ها

ردیف	شماره عامل‌ها	نام عامل‌ها	شماره سؤال‌ها
۱	اول	پذیرش خود	۲۲-۴۶-۵۷-۵۶
۲	دوم	تسلط بر محیط	۳۷-۵-۴
۳	سوم	مثبت اندیشی	۱۶-۱۵-۱۹-۳۰
۴	چهارم	امید	۵۰-۳۵-۳۴
۵	پنجم	هدف در زندگی	۲۰-۴۱-۱۳
۶	ششم	روابط مثبت با دیگران	۱۷-۲۵-۲۷
۷	هفتم	خودمختاری	۵۵-۵۴
۸	هشتم	اعتماد به نفس	۵۳-۵۲

نتایج تحلیل‌های فوق نشان می‌دهند که مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان با ۲۴ سؤال قادر است ۸ عامل امید، پذیرش خود، تسلط بر محیط، خودمختاری، هدف در زندگی و روابط مثبت را اندازه‌گیری کند. این مقیاس دارای ضریب پایایی ۰/۹۱ و روایی سازه و محتوایی مناسب برای اندازه‌گیری سلامت روانی در جامعه دانشجویان است.

1. Normed fit index
2. Non- Normed fit index
3. Parsimony Normed fit index
4. Comparative fit index
5. Incremental fit index

بحث و نتیجه‌گیری

ضریب پایایی و همسانی درونی مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد. از مجموع ۵۷ سؤالی که طرح شده بودند، پس از چندین مرتبه حذف و اصلاح سؤال‌ها، تعداد ۴۸ سؤال با ضریب پایایی ۰/۹۱ به دست آمد و سؤال‌های ۵۴-۵۱-۳۸-۲۱-۱۸-۱۰-۷-۶-۲ به دلیل ناهمسانی با کل مقیاس حذف شدند. این سؤال‌ها عمدتاً به دلیل همبستگی منفی یا همبستگی پایین حذف شده‌اند. بنابراین، مقیاس سنجش سلامت روانی با ۴۸ سؤال و ضریب پایایی ۰/۹۱ پایایی مناسبی داشته است. برای بررسی روایی مقیاس سنجش سلامت روانی ابتدا از تحلیل عاملی اکتشافی به شرح زیر استفاده شد. برای بررسی روایی سازه این مقیاس از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. ابتدا آزمون کفایت نمونه‌برداری KMO انجام شد. مقدار KMO ۰/۸۲ است که با ۰/۹۹ اطمینان نشان می‌دهد که داده‌های پژوهش برای تحلیل عاملی قابلیت مناسبی دارد. تحلیل عاملی برای چندین مرتبه انجام شد تا بهترین ساختار عاملی به صورت زیر به دست آمد. در مرحله بعد از تحلیل عاملی سهم هر یک از عامل‌ها یا ارزش‌های ویژه آن‌ها و قدرت تبیین واریانس آزمون مشخص شد. تعداد ۸ عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک ۰/۶۰/۹۸ از واریانس کل را تبیین می‌کند که قدرت تبیین بسیار مناسبی برای این آزمون است. برای تعیین همبستگی هر سؤال با هر عامل ماتریس همبستگی اولیه بررسی شد. اعداد درون این ماتریس همبستگی‌های بیشتر از ۰/۴ بین عامل‌ها و سؤال‌ها را نشان می‌دهند و بالا و مثبت بودن آن‌ها بیان‌کننده این است که آن سؤال در شناسایی آن عامل مفید است و منفی بودن ضرایب بیان‌کننده این است که آن سؤال با آن عامل همبستگی منفی دارد. داده‌های جدول پیش از چرخش در ابتدایی‌ترین حالت خود قرار دارند و هیچ نظم معینی بر آن‌ها حاکم نیست. برای از بین بردن این حالت و دستیابی به بهترین ترکیب عاملی از چرخش واریماکس استفاده شد. چرخش واریماکس ترکیب ضرایب همبستگی و عامل‌ها را در شرایطی مناسب قرار می‌دهد و از مقایسه داده‌ها قابل مشاهده است. مقایسه تمامی این ضرایب نشان می‌دهد که تمامی ضرایب همبستگی‌ها پس از چرخش اصلاح شده‌اند و در بهترین حالت خود قرار گرفته‌اند.

در نهایت تعداد ۲۴ سؤال دارای بار عاملی مقبول بودند و پس از تحلیل عاملی سؤال‌های

دیگر که بار عاملی مناسبی نداشتند در مرحله‌ی روایی حذف شدند. پس از تحلیل عاملی اکتشافی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد تا صحت محاسبات پیشین ارزیابی شوند. با استفاده از نرم افزار لیزرل تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. نمودار ۳ نشان دهنده‌ی نمای کلی آزمون با ۸ عامل استخراج شده است. پس از بررسی و خلاصه کردن تمامی تحلیل‌های آماری، لازم است که ۸ عامل تأیید شده بر اساس محتوای سؤال‌های هر عامل نام‌گذاری شوند. بر مبنای محتوای سؤال‌ها و مبانی نظری تدوین شده برای مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان، هر ۸ عامل نام‌گذاری شدند. نتایج تحلیل‌های فوق نشان می‌دهند که مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان با ۲۴ سؤال قادر است ۸ عامل امید، پذیرش خود، تسلط بر محیط، خودمختاری، هدف در زندگی، اعتماد به نفس، مثبت‌اندیشی و روابط مثبت با دیگران را اندازه‌گیری کند. این مقیاس دارای ضریب پایایی ۰/۹۱ و روایی سازه و محتوایی مناسبی برای اندازه‌گیری سلامت روانی در جامعه دانشجویان است.

چارچوب نظری سلامت روانی مثبت که مبنای اصلی تهیه‌ی این آزمون بود بر جنبه‌ی اعتماد در برابر بی‌اعتمادی اریکسون (۱۹۵۹)، روابط مثبت و محبت بدون قید و شرط از نظر راجرز، هدفمندی زندگی در نگاه آلپورت، پذیرش خود و استقلال و رشد شخصی در دیدگاه مازلو تأکید داشت تا رویکرد تازه ریف در سلامت روانی را آزمایش کند. ترکیب‌بندی ریف از مفاهیم نظری موجب گسترش موجی تازه در پژوهش‌های سلامت روانی شده است و به نظر می‌رسد که دوره‌ی تعریف سلامت روانی به معنای نبودن بیماری سرآمده و این مفهوم مهم دنیای معاصر نیازمند کاوش‌های متفاوتی نسبت به گذشته است. شباهت مهم تمامی این نظریه‌ها در این است که معیار همه‌ی آن‌ها برای سلامت روانی، تأکید بر ابعاد سلامت به جای بیماری است. این پژوهش با الهام از دیدگاه جدید ریف و ترکیب عامل‌های موجود در نظریه‌ی او و سایر نظریه‌های مشابه، در نهایت به ترکیبی شبیه عامل‌های ریف دست یافته است. به نحوی که ۴ عامل مشترک بین این مقیاس با مقیاس ریف وجود دارد و عامل‌های امید، خودمختاری، اعتماد به نفس و مثبت‌اندیشی در این مقیاس وجود دارند، اما در مقیاس‌های ریف وجود ندارند. البته، می‌توان خودمختاری را با عامل استقلال در مقیاس ریف تا حدودی یکی دانست. نکته‌ی تأمل‌پذیر از مقایسه‌ی این مقیاس‌ها در این است که این حوزه از سلامت روانی مفاهیمی قابل بررسی دارد که هنوز به صورت جدی به آن مفاهیم توجه نشده است و پژوهش‌های متنوعی

می‌تواند درباره آن‌ها انجام شود.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که مقیاس سنجش سلامت روانی معنوی‌پور می‌تواند برای ارزیابی سلامت روانی دانشجویان به کار رود. عامل‌های استخراج شده از نتایج این پژوهش با برخی عامل‌های به دست آمده در نتایج پژوهش‌های ریف و سینگر^۱ (۲۰۰۶)، براون^۲ و همکاران (۲۰۰۷)، اسپینگر^۳ و همکاران (۲۰۰۶)، چنگ و چان^۴ (۲۰۰۵)، ون دایردانک^۵ (۲۰۰۴)، پریکیس^۶ و همکاران (۲۰۰۵)، مک کی و مک دونالد^۷ (۲۰۰۸)، ماسودا^۸ و همکاران (۲۰۰۹)، ریف و کییز^۹ (۱۹۹۵) هماهنگی دارد. اگرچه برخی از عامل‌ها هماهنگ نیستند، اما در بیش از سه عامل هماهنگ هستند. بشارت (۱۳۸۵) در پژوهشی مقیاس سلامت روانی دانشجویان را ساخته است که ۲ خرده مقیاس یا عامل بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را می‌سنجد. با توجه به گستردگی تعداد عامل‌ها در مقیاس ساخته شده که ۸ عامل امید، پذیرش خود، تسلط بر محیط، خودمختاری، هدف در زندگی، اعتماد به نفس، مثبت‌اندیشی و روابط مثبت با دیگران را اندازه‌گیری می‌کند می‌توان از این ابزار برای سنجش سلامت روانی دانشجویان استفاده کرد. این مقیاس انطباق بیشتری با تعریف جدید سلامت روانی دارد و تنها نبودن بیماری یا نابهنجاری را به معنای سلامت روانی قلمداد نمی‌کند. به همین دلایل این ابزار می‌تواند جایگزین مناسبی برای GHQ باشد. شایان ذکر است که این مقیاس می‌تواند مجدداً بر نمونه‌های دیگر اجرا شود تا بررسی‌های بیشتر روانسنجی برای آن انجام شود.

برای تهیه جدول نرم این ابزار ابتدا نمره‌های دانشجویان دختر و پسر بررسی شد تا بر اساس نتایج آن جدول نرم این مقیاس تهیه شود. برای مقایسه از آزمون t مستقل استفاده شد

-
1. Ryff & Singer
 2. Brown
 3. Springer
 4. Cheng & Chan
 5. Van Dierendonck
 6. Pirkis
 7. McKay & McDonald
 8. Masuda
 9. Ryff & Keyes

که نتایج آن نشان داد تفاوت معنادار آماری بین آنها وجود ندارد. با توجه به یکسانی نمره‌های سلامت روانی دختران و پسران، جدول نرم بدون در نظر گرفتن جنسیت تهیه شد. ابتدا نمره‌های خام به رتبه درصدی و سپس به نمره استاندارد Z تبدیل شدند. پس از تبدیل نمره‌های خام به نمره‌های استاندارد Z، نمره‌ها به نمره استاندارد t تبدیل شدند. که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶: جدول نرم سلامت روانی دانشجویان

نمره استاندارد T	نمره استاندارد Zn	رتبه درصدی	نمره‌های خام
۱۰	۳/۹۵-	۰/۵	۲۸
۲۱	-۲/۸۵	۰/۵	۳۶
۲۳	-۲/۷۲	۰/۸	۳۷
۲۴	-۲/۵۸	۱	۳۸
۲۵	-۲/۴۴	۱	۳۹
۲۷	-۲/۳۱	۲	۴۰
۲۸	۲/۱۷-	۲	۴۱
۳۰	-۲/۰۴	۳	۴۲
۳۱	-۱/۹۰	۵	۴۳
۳۲	-۱/۷۶	۶	۴۴
۳۴	-۱/۶۳	۷	۴۵
۳۵	-۱/۴۹	۱۰	۴۶
۳۷	-۱/۳۵	۱۲	۴۷
۳۸	-۱/۲۲	۱۴	۴۸
۳۹	-۱/۰۸	۱۶	۴۹
۴۱	-۰/۹۵	۱۹	۵۰
۴۲	-۰/۸۱	۲۱	۵۱
۴۳	-۰/۶۷	۲۵	۵۲
۴۵	-۰/۵۴	۲۹	۵۳
۴۶	-۰/۴۰	۳۴	۵۴
۴۷	-۰/۲۶	۳۷	۵۵
۴۹	-۰/۱۳	۴۴	۵۶
۵۰	۰/۰۱	۵۰	۵۷
۵۱	۰/۱۴	۵۵	۵۸
۵۳	۰/۲۸	۶۲	۵۹
۵۴	۰/۴۲	۶۶	۶۰
۵۵	۰/۵۵	۷۱	۶۱
۵۷	۰/۶۹	۷۶	۶۲
۵۸	۰/۸۳	۸۲	۶۳
۶۰	۰/۹۶	۸۴	۶۴
۶۱	۱/۱۰	۸۸	۶۵
۶۲	۱/۲۴	۹۱	۶۶
۶۴	۱/۳۷	۹۴	۶۷
۶۵	۱/۵۱	۹۶	۶۸
۶۷	۱/۶۵	۹۷	۶۹
۶۸	۱/۷۸	۹۹	۷۰
۶۹	۱/۹۲	۹۹	۷۱
۷۱	۲/۰۶	۹۹/۴	۷۲

بر اساس جدول نرم می‌توان نمره‌های خام سلامت روانی دانشجویان را به نمره‌های استاندارد تبدیل کرد و درباره وضعیت سلامت روانی آنها تصمیم‌گیری کرد. برای سهولت کار

جدول طبقه‌بندی سلامت روانی بر اساس نمره‌های خام و استاندارد t تدوین شده است.

جدول ۷: طبقه‌بندی نمره‌های کل سلامت روانی دانشجویان

دامنه نمره‌های خام	نمره استاندارد	طبقات سلامت روانی
T		
کمتر از ۴۸	۳۹ و کمتر	بسیار کم
۵۰ تا ۵۷	۴۰ تا ۵۰	متوسط پایین
۵۸ تا ۶۵	۵۱ تا ۶۰	متوسط
۶۶ تا ۷۱	۶۱ تا ۷۰	متوسط بالا
۷۲ و بیشتر	۷۱ و بیشتر	بسیار خوب

با استفاده از مقیاس سلامت روانی معنوی پور^۱ MMHS می‌توان میزان سلامت روانی افراد را معین کرد و با استفاده از جدول فوق سلامت روانی آن‌ها را ارزشیابی کرد. نمره‌هایی که افراد در این آزمون به دست می‌آورند به دو صورت قابل ارزشیابی هستند. یکی بر اساس نمره حاصل از خرده آزمون‌های هشتگانه سلامت روانی که در جدول ۵ مشخص شده‌اند و دیگری بر اساس نمره کل فرد در آزمون که بر اساس جدول ۷ تفسیرپذیر است. بر اساس نتایج جدول ۷ نمره خام بین ۵۰ تا ۷۱ دامنه سلامت روانی متوسط پایین تا بالا را شامل می‌شود و نمره‌های کمتر از ۴۸ کم بودن و نمره‌های بیشتر از ۷۲ خوب بودن وضعیت سلامت روانی را نشان می‌دهد. برای بررسی‌های دقیق‌تر می‌توان نمره خام فرد را به نمره استاندارد t بر اساس جدول ۶ تبدیل کرد و تفسیر دقیق‌تری از وضعیت سلامت روانی ارائه کرد.

سپاسگزاری

از همکاری دکتر عباس روحانی، دکتر سارا حقیقت، مصطفی شادمهر و فاطمه عباسی در اجرای مراحل مختلف این پژوهش قدردانی می‌نمایم.

منابع

- بشارت، محمد علی (۱۳۸۵). پایایی و روایی مقیاس سلامت روانی. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد*. سال ۱۳ شماره ۱۶. صص ۱۱ تا ۱۶.
- حسینی، ابوالقاسم (۱۳۷۴). اصول سلامت روانی، بررسی مقدمات اصول سلامت روانی. مشهد: آستان قدس رضوی.
- سهرابی، فرامرز و نوبخت، مریم (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه‌های تهران. تهران: *اولین سمینار سلامت روان دانشجویان*. شاملو، سعید (۱۳۷۸). *سلامت روانی*. تهران: رشد.
- گنجی، حمزه (۱۳۷۹). *سلامت روانی*. تهران: ارسباران.
- مطلبی، محمد (۱۳۷۳). بررسی تأثیر برنامه آموزش سلامت روانی بر آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان در شبکه سلامت و درمان شهرستان درگز. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه تربیت مدرس: دانشکده علوم پزشکی.
- میرزابیگی، علی (۱۳۷۳). نقش نیازهای روانی در سلامت روانی و آموزش و پرورش. تهران: اطلاعات.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۷۸). *سلامت روانی* (ویرایش دوم) تهران: قومس.
- یعقوبی، حمید و وقار، معصومه (۱۳۸۰). بررسی و مقایسه سلامت روانی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه شاهد در چهار سال متوالی (از ۷۷ - ۷۶ تا ۸۰ - ۷۹) تهران: *اولین سمینار سلامت روان دانشجویان*.
- Abbot, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J., & Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological wellbeing items in a UK cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 76.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facts of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Beitel, M., Ferrer, E., & Cecero, J. J. (2005). Psychological mindedness and awareness of self and others. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 739-750.

- Bower, P., Gilbody, S., & Barkham, M. (2006).** Making decisions about patient progress: The application of routine outcome measurement in stepped care psychological therapy services. *Primary Care Mental Health, 4*, 21-28.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007).** Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry, 18*, 211-237.
- Burgess, P. M., & Pirkis, J. E. (2008).** *Key performance indicators for Australian public Mental Health services - Potential Contributions of MH-NOCC data. Developing indicators of effectiveness* (version 2). Brisbane, QLD: Australian Mental Health Outcomes and Classification Network.
- Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008).** Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 393-403.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009).** Mindful emotion regulation: An integrative review. *Psychological Review, 29*, 560-570.
- Cheung, G., & Strachan, J. (2007).** Routine "Health of the Nation Outcome Scales for elderly people" (HoNOS65+) collection in an acute psychogeriatric inpatient unit in New Zealand. *The New Zealand Medical Journal, 120*(1259), U2660. Retrieved from(<http://www.nzma.org.nz/journal/120-1259/2660/>)
- Coffey, K. A., & Hartman, H. (2008).** Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary Health Practice Review, 13*, 79-91.
- Eagar, K., Trauer, T., & Mellsop, G. (2005).** Performance of routine outcome measures in adult mental health care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 713-718.
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009).** The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore, 5*, 37-44.
- Gee, Susan B. , Croucher, Matthew J& Beveridge, J.(2010).** 'Measuring Outcomes in Mental Health Services for Older People: An evaluation of the Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS65+)', *International Journal of Disability, Development and Education, 57: 2*, 155 — 174.
- Goldberg, D. (1979).** *Manual of the general health questionnaire*. Windsor, United Kingdom: National Foundation for Educational Research.
- Jahoda, M.(1958).** *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Lincoln, K. D., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (2003).** Psychological distress among Black and White Americans: Differential effects of social support, negative interaction and personal control. *Journal of Health and Social Behavior, 44*, 390-407.
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2007).** Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2640-2651.

- Maslow, A. (1968).** *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York.
- Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., Schmertz, S. K., & Calamaras, M. R. (2009).** The role of psychological flexibility in mental health stigma and psychological distress for the stigmatizer. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*, 1244-1262.
- McDowall, I. (2006).** *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McKay, R., & McDonald, R. (2008).** Expensive detour or a way forward? The experience of routine outcome measurement in an aged care psychiatry service. *Australasian Psychiatry, 16*(6), 428-432.
- Preston, N. J. (2000).** The Health of the Nation Outcome Scales: Validating factorial structure and invariance across two health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 512-519.
- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Kirk, P. K., Dodson, S., Coombs, T. J., & Williamson, M. K. (2005).** A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health and Quality of Life Outcomes, 3*, 76-88.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995).** The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006).** Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research, 35*, 1103-1119.
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006).** An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research, 35*, 1080-1102.
- Springer, K. W., Hauser, R. M., & Freese, J. (2006).** Bad news indeed for Ryff's six-factor model of wellbeing. *Social Science Research, 35*, 1120-1131.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Schanda, H. (2004).** Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: The threat/control-override concept re-examined. *Schizophrenia Bulletin, 30*(1), 31-44.
- Van Dierendonck, D. (2004).** The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences, 36*, 629-643.
- W.H.O. (1996).** *Life skills education : planing for researchh devision of mental health & prevention of substance abuse*. Geneva : W.H.O
- Williams, J. B. W. (2008).** Mental health status, functioning and disability. In A. J. Rush, M. B. First & D. Blacker (Eds.), *Handbook of psychiatric measures* (2nd ed., pp. 83-106). Washington,DC: American Psychological Association.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., & Chelminski, I. (2008).** An inadequate community standard of care: Lack of measurement of outcome when treating depression in clinical practice. *Primary Psychiatry, 15*(6), 67-75.

پیوست

جدول مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان

شماره و سؤالات اولیه	شماره جدید هر سؤال	نام عامل
۴. اغلب این احساس را دارم که زندگی خوب است.	۱	تسلط بر محیط
۵. حس قوی و بسیار خوبی نسبت به زندگی ام دارم.	۲	تسلط بر محیط
۱۳. کار کردن برایم شادی بخش است.	۳	هدف در زندگی
۱۵. نگرش من در مورد خودم مثبت نیست اگرچه بیشتر مردم من را مثبت می‌دانند.	۴	مثبت اندیشی
۱۶. از بسیاری جهات احساس ناامیدی در مورد دستاوردهای زندگی ام دارم.	۵	مثبت اندیشی
۱۷. دوستانی دارم که بودن در کنارشان برایم لذت بخش است.	۶	روابط مثبت
۱۹. اغلب فعالیت‌های روزانه من بی‌اهمیت و غیر ضروری به نظر می‌رسند.	۷	مثبت اندیشی
۲۰. از تلاش کردن برای رسیدن به هدف‌هایم حس خوبی دارم.	۸	هدف در زندگی
۲۲. در اجرا کردن برنامه‌های زندگی، فردی منظم و فعال هستم.	۹	پذیرش خود
۲۵. اغلب مردم مرا فردی مهربان و دوست داشتنی می‌دانند.	۱۰	روابط مثبت
۲۷. من می‌دانم که دوستانم می‌توانند به من اعتماد کنند.	۱۱	روابط مثبت
۳۰. مجموعه هدف‌هایی برای خودم دارم، اما در حال حاضر وقتم را تلف می‌کنم.	۱۲	مثبت اندیشی
۳۴. وقتی احساس خوبی را تجربه می‌کنم، منتظرم اتفاق ناگواری برایم رخ دهد.	۱۳	امید
۳۵. نسبت به ثابت بودن خوشی‌های زندگی ام در آینده احساس امنیت نمی‌کنم.	۱۴	امید
۳۷. اغلب اوقات احساس لذت می‌کنم.	۱۵	تسلط بر محیط
۴۱. اگر بخواهم چیزی را در زندگی ام تغییر دهم ابتدا درباره آن مشورت می‌کنم.	۱۶	هدف در زندگی
۴۶. وقتم را طوری تنظیم می‌کنم که همه کارهایم را به موقع انجام دهم.	۱۷	پذیرش خود
۵۰. برایم دشوار است که زندگی ام را به گونه رضایتبخش اداره کنم.	۱۸	امید
۵۲. معمولاً هنگام تصمیم‌گیری تحت تاثیر دیگران نیستم.	۱۹	اعتماد به نفس
۵۳. در مورد عقاید اعتماد به نفس دارم، حتی اگر آنها بر خلاف نظر دیگران باشد.	۲۰	اعتماد به نفس
۵۴. شاد بودن خودم را مهم‌تر از تایید گرفتن از دیگران می‌دانم.	۲۱	خودمختاری
۵۵. من نگران نیستم که دیگران در مورد من چگونه فکر می‌کنند.	۲۲	خودمختاری
۵۶. مسئولیت‌هایم را در زندگی روزانه کاملاً خوب انجام می‌دهم.	۲۳	پذیرش خود
۵۷. معمولاً در انجام کار و اداره امور مالی زندگی ام خوب عمل می‌کنم.	۲۴	پذیرش خود

