



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تهران مرکزی
دانشکده علوم اجتماعی و روانشناسی
پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)
(روانشنجی)

عنوان:

بررسی عملی بودن اعتبار و روایی فرم کوتاه پیوستار سلامت
روان بر روی افراد بزرگسال در شهر تهران

استاد راهنما:

دکتر مرجان جعفری روشن

استاد مشاور:

دکتر الهه محمداسماعیل

پژوهشگر:

فائزه جهانگیری

زمستان ۱۳۹۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٧٠

تقدیم به پدرم

که هرچه دارم از همراهی همیشگی اوست او که با
حضورش شوق ادامه دادن را در من آشکار کرد و چون
کوه تکیه‌گاه همیشگی من است

تقدیم به مادرم

که آینه عاطفه و پارسایی ست که نگاهش سراسر مهر
است و دعایش پیشکش راه من

تقدیم به همسرم

که وجودش رنگ امید را به زندگی بخشید و همراهی‌اش
باعث دلگرمی و تلاش من است

تقدیم به خواهرم

که با گرمی دستانش امیدوارم نمود و با مهربانیش
همیار همیشگی من است

تشکر و قدردانی

ضمن قدردانی و سپاس از زحمات بی‌شائبه سرکار خانم دکتر مرجان جعفری روشن که با راهنمایی‌های ارزشمند و پر ارج، آموخته‌های خویش را چون چراغی فرا روی من نهادند.

تقدیر و تشکر از رهنمودهای ارزنده و راهگشای استاد محترم سرکار خانم دکتر الهه محمد اسماعیل که در تهیه و تدوین این پژوهش مرا یاری نمودند.

بسمه تعالی

تعهد نامه اصالت پایان نامه کارشناسی ارشد

اینجانب فائزه جهانگیری زاده منجیلی دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانسنجی با شماره دانشجویی ۸۷۰۸۴۹۶۲۳۰۰ اعلام می‌نمایم که کلیه مطالب مندرج در این پایان نامه با عنوان «بررسی عملی بودن اعتبار و روایی فرم کوتاه پیوستار سلامت روان بر روی افراد بزرگسال در شهر تهران» کار پژوهشی خود بوده و چنانچه دستاوردهای پژوهشی دیگران را مورد استفاده قرار داده باشم، طبق ضوابط و رویه‌های جاری، آن را ارجاع داده و در فهرست منابع و مآخذ ذکر نموده‌ام. علاوه بر آن تأکید می‌نمایم که این پایان نامه قبلاً برای احراز مدرک هم سطح، پایین تر یا بالاتر ارائه نشده و چنانچه در هر زمان خلاف آن ثابت شود، بدینوسیله متعهد می‌شوم، در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام توسط دانشگاه، بدون کوچکترین اعتراض آن را بپذیرم.

تاریخ و امضاء

به نام خدا

در تاریخ ۱۳۹۰/۱۱/۳۰

دانشجوی کارشناسی ارشد خانم فائزه جهانگیری زاده منجیلی از پایان نامه خود دفاع نموده و
با نمره ۱۸/۵ به حروف هجده و نیم و با درجه عالی
مورد تصویب قرار گرفت.

امضاء استاد راهنما

بسمه تعالی
دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی
دانشکده: علوم اجتماعی و روانشناسی

(این چکیده به منظور چاپ در پژوهش نامه دانشگاه تهیه شده است)

نام واحد دانشگاهی: تهران مرکزی کد: ۱۰۱	کد شناسایی پایان نامه: ۱۰۱۲۰۷۰۸۸۹۲۰۰۲
عنوان پایان نامه: بررسی عملی بودن اعتبار و روایی فرم کوتاه پیوستار سلامت روان بر روی افراد بزرگسال در شهر تهران	
نام و نام خانوادگی دانشجو: فائزه جهانگیری زاده منجیلی شماره دانشجویی: ۸۷۰۸۴۹۶۲۳۰۰ رشته تحصیلی: روانسنجی	تاریخ شروع پایان نامه: ۱۳۸۹/۱۲/۱۸ تاریخ اتمام پایان نامه: ۱۳۹۰/۱۱/۳۰
استاد/ استادان راهنما: دکتر مرجان جعفری روشن استاد/ استادان مشاور: دکتر الهه محمد اسماعیل	
<p>چکیده پایان نامه (شامل خلاصه، اهداف، روشهای اجرا و نتایج به دست آمده):</p> <p>اهداف پژوهش: بررسی عملی بودن اعتبار و روایی فرم کوتاه پیوستار سلامت روان بر روی افراد بزرگسال در شهر تهران.</p> <p>روش پژوهش: پیمایشی و استفاده از پرسش نامه.</p> <p>محتوای اصلی: سلامت روان مفهومی است که چگونگی تفکر، احساس و عملکرد ما را در مواجهه با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهد و به درک ما از خود و زندگی‌مان بستگی دارد. همچنین بسته به میزان برخورداری از سلامت روان، عملکرد ما در کنترل استرس، برقراری ارتباط با دیگران، ارزیابی‌ها و انتخاب‌مان متفاوت است و صرفاً به لحاظ نداشتن بیماری روحی نمی‌توان سلامت روان را در یک فرد صددرصد تایید کرد. حتی با اینکه بسیاری از ما از بیماری خاص روحی قابل تشخیص رنج نمی‌بریم اما واضح است که برخی از ما به لحاظ روحی سالمتر از دیگران هستیم. جامعه آماری این تحقیق را شهروندان تهران تشکیل می‌دهند که حجم نمونه براساس فرمول کوکران 384 نفر محاسبه گردید که بنابر صلاح دید استاد راهنما پرسشنامه در بین ۴۰۰ نفر (۱۸ سال به بالا) توزیع گردید و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای می‌باشد.</p> <p>نتیجه کلی: بر اساس نتایج بدست آمده از تحقیق، میانگین کل ۵۱/۵۱، میانگین زنان ۴۹/۱۶ و میانگین مردان برابر ۵۴/۲۱ است. میانگین کل نمرات به تفکیک سه عامل سلامت روان در بهزیستی هیجانی ۱۱/۳۳، بهزیستی اجتماعی ۱۵/۹۷ و بهزیستی روانی ۲۴/۲ محاسبه شد. علاوه بر آن میانگین نمرات به تفکیک جنس در عامل بهزیستی هیجانی، در زنان ۱۰/۹۲ و مردان برابر ۱۱/۸۰ و در عامل بهزیستی اجتماعی، در زنان ۱۴/۸۶ و مردان ۱۷/۲۴ و در عامل بهزیستی روانی، زنان ۲۳/۳۶ و مردان ۲۵/۱۶ برآورد شد. همچنین بر اساس مدل سلامت روان کیز و با توجه به ابعاد سلامت روان (هیجانی، روانی و اجتماعی) افراد در سه سطح از سلامت روان تقسیم بندی شدند (شکوفائی، سلامت روانی متوسط و پژمردگی)، ۲۵/۶ درصد متناسب با مقیاس شکوفائی، ۴۸/۶ درصد در حد متوسط سلامت روان و ۱۱/۳ درصد افراد در مرحله پژمردگی قرار داشتند به این ترتیب بیشترین درصد افراد در حد متوسط از سلامت روان قرار دارند و کمترین درصد افراد در مرحله پژمردگی قرار دارند.</p>	

نظر استاد راهنما برای چاپ در پژوهش نامه دانشگاه مناسب است مناسب نیست

تاریخ امضاء:

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	چکیده
	فصل اول: کلیات پژوهش
۱	مقدمه
۲	۱-۱ بیان مسئله
۳	۲-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق
۳	۳-۱ اهداف تحقیق
۳	۴-۱ سوال های تحقیق (بیان روابط بین متغیر های مورد مطالعه)
۴	۵-۱ تعاریف مفاهیم و اصطلاحات
	فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش
۹	۱-۲ بخش اول
۹	۱-۱-۲ سلامت روانی
۱۰	۲-۱-۲ بهزیستی
۱۵	۳-۱-۲ عوامل موثر بر بهزیستی
۱۵	۴-۱-۲ دیدگاه روانشناسی مثبت گرا نسبت به بهزیستی
۱۷	۵-۱-۲ مدل سلامت روانی کامل
۱۹	۲-۲ بخش دوم: پیشینه تحقیق
	فصل سوم: روش شناسی پژوهش
۲۴	۱-۳ روش تحقیق
۲۴	۲-۳ جامعه آماری
۲۴	۳-۳ برآورد حجم نمونه و روش نمونه گیری
۲۵	۴-۳ ابزار تحقیق
۲۵	۵-۳ روش های آماری تحلیل داده ها و آزمون فرضیه ها
	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
۲۷	۱-۴ یافته های تحقیق
	فصل پنجم: نتیجه گیری
۴۷	۱-۵ بحث و نتیجه گیری
۴۸	۲-۵ پیشنهاد های تحقیق
۴۹	۳-۵ محدودیت های تحقیق
	پیوست ها و ضمائم
	منابع

چکیده

هدف اصلی تحقیق حاضر "بررسی عملی بودن اعتبار و روایی فرم کوتاه پیوستار سلامت روان بر روی افراد بزرگسال در شهر تهران" است. روش این تحقیق پیمایشی و ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه بوده است. جامعه آماری این تحقیق را شهروندان تهران تشکیل می‌دهند که حجم نمونه براساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر محاسبه گردید که بنا بر صلاح دید استاد راهنما پرسشنامه در بین ۴۰۰ نفر (۱۸ سال به بالا) توزیع گردید و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای می‌باشد.

بر اساس نتایج بدست آمده از تحقیق، میانگین کل ۵۱/۵۱، میانگین زنان ۴۹/۱۶ و میانگین مردان برابر ۵۴/۲۱ است. میانگین کل نمرات به تفکیک سه عامل سلامت روان در بهزیستی هیجانی ۱۱/۳۳، بهزیستی اجتماعی ۱۵/۹۷ و بهزیستی روانی ۲۴/۲ محاسبه شد. علاوه بر آن میانگین نمرات به تفکیک جنس در عامل بهزیستی هیجانی، در زنان ۱۰/۹۲ و مردان برابر ۱۱/۸۰ و در عامل بهزیستی اجتماعی، در زنان ۱۴/۸۶ و مردان ۱۷/۲۴ و در عامل بهزیستی روانی، زنان ۲۳/۳۶ و مردان ۲۵/۱۶ برآورد شد.

همچنین بر اساس مدل سلامت روان کیز و با توجه به ابعاد سلامت روان (هیجانی، روانی و اجتماعی) افراد در سه سطح از سلامت روان تقسیم بندی شدند (شکوفائی، سلامت روانی متوسط و پژمردگی)، ۲۵/۶ درصد متناسب با مقیاس شکوفائی، ۴۸/۶ درصد در حد متوسط سلامت روان و ۱۱/۳ درصد افراد در مرحله پژمردگی قرار داشتند به این ترتیب بیشترین درصد افراد در حد متوسط از سلامت روان قرار دارند و کمترین درصد افراد در مرحله پژمردگی قرار دارند.

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

سلامت روان مفهومی است که چگونگی تفکر، احساس و عملکرد ما را در مواجهه با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهد و به درک ما از خود و زندگی‌مان بستگی دارد. همچنین بسته به میزان برخورداری از سلامت روان، عملکرد ما در کنترل استرس، برقراری ارتباط با دیگران، ارزیابی‌ها و انتخاب‌مان متفاوت است و صرفاً به لحاظ نداشتن بیماری روحی نمی‌توان سلامت روان را در یک فرد صددرصد تایید کرد. حتی با اینکه بسیاری از ما از بیماری خاص روحی قابل تشخیص رنج نمی‌بریم اما واضح است که برخی از ما به لحاظ روحی سالمتر از دیگران هستیم.

تاکنون تحقیقات و پژوهش‌های زیاد در خصوص سلامت روان در قالب نبود بیماری انجام شده و ابزارهای زیادی در این زمینه تهیه و بکار گرفته شده است، اما در خصوص سلامت روانی (بهبودی) در جامعه پژوهشی انجام نشده است. بنابر این ضرورت و نیاز استفاده از تدابیری در جهت شناسایی و رفع مشکلات تا حد ممکن و بالا بردن سطح سلامت و بهداشت روان در جامعه بسیار محسوس می‌باشد.

فرم کوتاه پیوستار سلامت روان به زبانهای فرانسوی، کانادایی، کره‌ای، هلندی، نروژی، سوئدی و در ایران تنها توسط جوشن‌لو، رستمی و نصرت آبادی (۱۳۸۵)، ترجمه و به اجرا در آمده است.

این پایان نامه به منظور بررسی عملی بودن، اعتبار و روایی فرم کوتاه پیوستار سلامت روان بر روی افراد بزرگسال در سطح شهر تهران، انجام شده است.

۱-۱ بیان مسئله:

انسان امروزی برای داشتن یک زندگی سالم و متعادل نیازمند توجه به سایر ابعاد وجودی خویش است. در گذشته سلامتی را تنها در بعد جسمانی در نظر می‌گرفتند ولی امروزه سلامتی ابعاد دیگری هم دارد که در زندگی نقش موثری دارند. سلامت جسمانی، هیجانی (عاطفی)، ذهنی و معنوی از انواع چهارگانه سلامت می‌باشند. مفهوم بهداشت روان در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است.

در حال حاضر تست‌های محدودی جهت سنجش سلامت روان در قالب بهزیستی^۱ وجود دارد و از میان آنها پیوستار فرم بلند سلامت روان^۲ در اندازه‌گیری سه سطح از بهزیستی اجتماعی^۳ و بهزیستی روانی^۴ و بهزیستی هیجانی^۵ دارای اعتبار می‌باشد و در بیش از صدها مطالعه در دو دهه گذشته مورد استفاده قرار گرفته است و استفاده آن به عنوان اندازه‌گیری سلامت روانی مثبت به طور کلی، برای اولین بار توسط کیز^۶ (۱۹۹۸) معرفی شد.

پیوستار فرم بلند سلامت روان شامل ۴۰ آیتم است و پیوستار فرم کوتاه^۷ که به عنوان نماینده‌ای از آیتم‌های اصلی فرم بلند است از ۱۴ آیتم تشکیل شده است که در آن ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقمندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهزیستی هیجانی)،^۸ آیتم (پذیرش خود)،^۹ چیرگی بر مسئولیت‌ها در محیط،^{۱۰} روابط مثبت با دیگران^{۱۱}، رشد شخصی^{۱۲}، خودمختاری^{۱۳}، هدفمندی در زندگی^{۱۴} برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت و کمک در اجتماع^{۱۵}، انسجام با جامعه^{۱۶}، شکوفایی اجتماعی^{۱۷}، پذیرش اجتماعی^{۱۸} و توجه و درک اجتماعی^{۱۹}) جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند.

آنچه که اهمیت دارد این است که در حال حاضر وسیله‌هایی که سلامت روان را از بعد بهزیستی مورد ارزیابی قرار دهند معدود هستند. به این دلیل در این تحقیق بر آنیم که تا حد امکان به پرسش زیر پاسخ دهیم:

آیا فرم کوتاه پیوستار سلامت روان از اعتبار، روایی و هماهنگی درونی کافی برخوردار است؟

1. Well-being
2. Mental Health Continuum Long Form (MHC-LF)
3. Social Well-being
4. Psychological Well-being
5. Emotional Well-being
6. Keyes
7. Mental Health Continuum Sort Form (MHC-SF)
8. Self Acceptance
9. Environmental Mastery
10. Positive Relations with Others
11. Personal Growth
12. Autonomy
13. purpose in life
14. Social Contribution
15. Social Integration
16. Social Actualization (i.e., Social Growth)
17. Social Acceptance
18. Social Coherence (i.e., Social Interest)

۱-۲ اهمیت و ضرورت تحقیق:

تاکنون تحقیقات و پژوهش‌های زیادی در خصوص سلامت روان در قالب نبود بیماری انجام شده و ابزارهای زیادی در این زمینه تهیه و بکار گرفته شده است، اما در خصوص سلامت روانی (بهزیستی) در جامعه پژوهشی انجام نشده است. بنابراین ضرورت و نیاز استفاده از تدابیری در جهت شناسایی و رفع مشکلات تا حد ممکن و بالا بردن سطح سلامت و بهداشت روان در جامعه بسیار محسوس می‌باشد.

پیوستار فرم بلند سلامت روان چندین بار در ایران اجرا شده است. اما پیوستار فرم کوتاه یکبار تنها توسط جوشن لو، رستمی و نصرت آبادی با عنوان "بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع" بر روی دانشجویان دانشگاه تهران به اجرا در آمده است. با توجه به اینکه این فرم (فرم کوتاه سلامت روان) هنوز در سطح گسترده انجام نشده و با توجه به نیاز جامعه و ضرورت بکارگیری آن، بر آن شدیم تا عملی بودن و اعتبار و روایی این فرم را در سطح شهر تهران بررسی کنیم.

علاوه بر این موارد ذیل به اهمیت بررسی این پژوهش می‌افزاید:

- ❖ ایجاد زمینه‌ای برای مطالعات بعدی و رسیدن به نرمی فراگیر در سطح جامعه ایران.
- ❖ ایجاد زمینه‌ای برای ساخت ابزارهای دقیق‌تر و پیشرفته‌تر در این رابطه.
- ❖ بدست آوردن یک مقیاس عملی سلامت روانی معتبر و روا که بتواند در مراکز مشاوره و راهنمایی مورد استفاده قرار گیرد.

۱-۳ اهداف تحقیق:

بررسی عملی بودن، اعتبار و روایی پیوستار فرم کوتاه سلامت روان جهت دست‌یابی به ابزاری برای سنجش روانی افراد و بررسی ارتباط آن با فرم بلند پیوستار سلامت روان از اهداف اصلی تحقیق می‌باشند.

۱-۴ سوال‌های تحقیق (بیان روابط بین متغیرهای مورد مطالعه):

سوال‌های اصلی:

- ❖ آیا فرم کوتاه پیوستار سلامت روان عملی است؟
 - ❖ فرم کوتاه پیوستار سلامت روان از چند عامل اشباع شده است؟
 - ❖ آیا فرم کوتاه پیوستار سلامت روان در قالب همبستگی با فرم بلند پیوستار سلامت روان از روایی ملاک کافی برخوردار است؟
 - ❖ آیا بین مجموعه سوال‌های فرم کوتاه پیوستار سلامت روان اعتبار کافی (به مفهوم همسانی درونی سوالات) وجود دارد که بتوان آن را به عنوان یک وسیله معتبر بکار برد؟
- ### سوال‌های فرعی:

- ❖ توزیع نمرات سلامت روان افراد در منطقه‌های مختلف تهران چگونه توصیف می‌شود؟

❖ آیا بین نمرات سلامت روان در زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد؟

۱-۵ تعاریف مفاهیم و اصطلاحات:

۱-۵-۱ تعاریف نظری:

✓ سلامت روان:

سازمان بهداشت جهانی^۱ سلامت را "حالتی از سلامتی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری" بیان می‌کند که عبارت است از تأمین، حفظ و رشد بهداشت در بعد فردی و اجتماعی، فردی دارای سلامت روانی می‌باشد که می‌تواند فعالیت روزمره خود را به نحوی انجام دهد که با افراد و خانواده و اجتماع ارتباط درستی برقرار کرده و از زندگی روزمره لذت ببرد (همایی، ۱۳۷۹). سلامت روانی، سلامت اجتماعی و کیفیت مرتبط با سلامت زندگی، سازه‌های مرتبط با سلامت ذهنی اما متمایز از آن هستند.

ریف^۲ (۱۹۸۵، ۱۹۸۹) برای سلامت روانی شش مولفه را مطرح کرد که عبارتند از:

- 1- پذیرش خود: یکی از مولفه‌های کلیدی بهزیستی، داشتن نگرش مثبت در مورد خود است.
- 2- هدف و جهت‌گیری در زندگی: توانایی پیدا کردن معنا و جهت‌گیری در زندگی است.
- 3- رشد شخصی: یا توان شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادها خود.
- 4- تسلط بر محیط: یکی دیگر از کلیدهای رسیدن به بهزیستی، تحت کنترل داشتن جهان پیرامون است.

5- خود مختاری: به این معناست که فرد بتواند بر اساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند، حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد.

6- روابط مثبت با دیگران: عبارت است از توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران و اشتیاق برای برقراری چنین رابطه‌ای و نیز عشق ورزیدن به دیگران.

✓ بهزیستی:

یکی از مفاهیم اصلی مدل سلامت، بهزیستی است، اصولاً از دیر باز دو رویکرد اصلی لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی در تعریف بهزیستی وجود داشته است.

رویکرد مبتنی بر لذت‌گرایی که معتقد است بهزیستی به معنی به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد است. این رویکرد در طول تاریخ حامیان خاص خود را داشته است که از آن جمله می‌توان اپیکور^۳، هابز^۴ و استوارت میل^۵ را نام برد.

رویکرد دوم مبتنی بر فضیلت‌گرایی ارسطو است. براساس این رویکرد، ارضای امیال، به رغم ایجاد لذت در ما، همیشه منتهی به بهزیستی نمی‌گردد، بلکه بهزیستی در برگیرنده تلاش برای

¹. World Health Organization

². Carol Ryff

³. Epicor

⁴. Hobbes, T.

⁵. Stuart Mill, J.

کمال و تحقق پتانسیل‌های واقعی فرد است که ممکن است همواره توأم با احساس لذت نباشد (راین و دسی، ۲۰۰۱).

✓ آزمون:

وسیله یا روشی نظامدار برای اندازه‌گیری نمونه‌ای از رفتار است (سیف، ۱۳۸۳).

۲-۵-۱ تعاریف عملیاتی:

✓ فرم کوتاه پیوستار سلامت روان:

فرم کوتاه پیوستار سلامت روان از ۱۴ آیتم تشکیل شده است و به عنوان نماینده‌ای از آیتم‌های اصلی فرم بلند پیوستار سلامت روان (۴۰ آیتم) می‌باشند که در آن ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقمندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهزیستی هیجانی)، ۶ آیتم (پذیرش خود، سلطه بر محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و درک اجتماعی) جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند (کیز، ۲۰۰۹).

✓ روایی^۱:

اصطلاحی است که به هدفی اشاره میکند که آزمون برای تحقق بخشیدن به آن درست شده است (هومن، ۱۳۸۶).

✓ روایی همگرایی^۲:

روایی همگرا به نوعی روایی گفته می‌شود که از طریق همبستگی‌های نسبتاً قوی بین اندازه‌های مربوط به یک سازه کلی مشخص می‌شود (ثراندایک، ۱۹۸۲، ترجمه هومن، ۱۳۸۱).
✓ اعتبار:

مقصود از اعتبار یک وسیله، اندازه‌گیری آن است که اگر خصیصه مورد سنجش را با همان وسیله یا وسیله مشابه تحت شرایط مشابه دوبار اندازه‌گیری کنیم نتایج حاصل تا چه حد مشابه، دقیق و قابل اعتماد است (هومن، ۱۳۸۶).

✓ عامل^۳:

عامل یک سازه یعنی یک وجود فرضی مکنون و علت زیر بنائی متغیرهاست که فرض می‌شود در مقیاس سنجش وجود دارد (هومن، ۱۳۸۵).

✓ عامل مشترک^۴:

عامل مشترک، عاملی است که بر روی آن چند متغیر بار داشته باشد (هومن، ۱۳۸۶).

✓ میزان اشتراک:

نسبتی از یک واریانس یک متغیر که توسط ساختار عاملی تبیین می‌شود (هومن، ۱۳۸۶).

✓ ملاک کیسر^۱:

¹. validity

². Convergent validity

³. factor

⁴. common factor

عامل های با ارزش ویژه بزرگتر از ۱ را استخراج میکند (هومن، ۱۳۸۶).
✓ بار عاملی^۲:

اندازه همخوانی بین یک متغیر و یک عامل را بار عاملی می گویند (هومن، ۱۳۸۶).
✓ چرخش عاملی^۳:

عامل های حاصل از تحلیل اولیه معمولاً چرخش داده می شود تا مطلوبترین طرح که به آسانترین شیوه قابل تفسیر باشد به دست آید و هدف آن دستیابی به ساختار ساده است (هومن، ۱۳۸۶).

✓ چرخش متعامد^۴:

روش متعامد، عامل هایی فراهم می آورد که مستقل از یکدیگرند اگر عامل ها مستقل از هم باشد، لازم است محورهای عامل ها در جریان چرخش "عمود بر هم" باشند و مجموعه به میزان زاویه قائمه چرخش داده شود (هومن، ۱۳۸۶).

✓ چرخش متمایل^۵:

بعضی اوقات خوشه بندی متغیری نسبت به هم به گونه ای است که محورهای حایل برای نمایش آنها مناسب تر است. به این روش چرخش که محورها نسبت به هم با زاویه ای غیر از قائمه قرار میگیرند، چرخش متمایل گفته می شود. روش های متمایل اجازه می دهد عامل ها بعد از چرخش همبسته باشد (هومن، ۱۳۸۶).

✓ تحلیل مولفه های اصلی^۶:

تحلیل مولفه های اصلی که یکی از مدل های تحلیل عاملی اکتشافی است، که عامل ها، واریانس هر متغیر، از جمله واریانس مشترک با سایر متغیرهای مجموعه و نیز واریانس اختصاصی را توجیه می کند. تعداد مؤلفه ها (یا عامل ها) در تحلیل مولفه ای از لحاظ تئوری باید با تعداد متغیرها برابر باشد. زیرا همه واریانس هر متغیر توسط عامل ها توجیه می شود (هومن، ۱۳۸۶).

✓ ساختار عاملی^۷:

عبارت است از تعداد عواملی که کل پراکندگی موجود در متغیرهای پرسشنامه را توصیف می کند (هومن، ۱۳۸۶). منظور از بررسی ساختار عاملی این است که پرسشنامه از چه عواملی تشکیل شده است.

¹. Criterion Kysr

². load factor

³. Rotation factor

⁴. Orthogonal rotation

⁵. oblique rotation

⁶. Principal component analysis

⁷. The structure factor

✓ ارزش ویژه^۱:

مجموع مجزورات بارهای عاملی هر عامل، نسبت واریانس تعیین شده به وسیله آن عامل را منعکس می‌کند. این مقدار کل واریانس، ارزش ویژه عامل است. هر چقدر ارزش ویژه عامل زیاد باشد آن عامل واریانس بیشتری را تبیین می‌کند.

✓ ضریب آلفای کرونباخ:

روشی برای محاسبه اعتبار تست از طریق یکبار اجرای تست است این روش به هماهنگی کارکرد آزمودنی از یک سؤال به سؤال دیگر بستگی دارد (محمودی، ۱۳۸۸).

^۱. Eigenvalues

فصل دوم

ادبیات و پیشینه پژوهش

۲-۱ بخش اول:

۲-۱-۱ سلامت روانی:

سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را چنین تعریف می‌کند: «حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» و سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که فرد در آن توانمندی‌های خود را شناخته، از آن به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خود مفید است، تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴).

متخصصان سلامت به قدری بر مشکلات افراد دچار بیماری متمرکزند که نیاز افراد سالم را فراموش می‌کنند. به بیان دیگر، مراکز سلامت روانی به جای توجه به جنبه‌های مثبت سلامت، بیشتر درگیر مهار و درمان بیماری‌های روانی هستند (پیلگریم^۱، ۱۹۹۷).

اگر چه تکیه بیش از حد بر الگوی بیماری منجر به پیشرفتهایی در شیوه‌های دارو درمانگری و روان درمانگری شده است، اما این درمانها کم دوام و دارای اثر بخشی محدودی هستند و افراد، خانواده‌ها و جوامع همچنان در معرض آسیب‌های ناشی از بیماری‌های روانی قرار دارند و این بدین معناست که تخصیص سرمایه‌های هنگفت به بررسی علت شناسی^۲ و درمان اختلال‌های روانی، شیوع بیماریها را کاهش نداده و منجر به تسکین درد و رنج بشر نشده است (کیز و لوپز^۳، ۲۰۰۳).

بنابر این لزوم انجام و گسترش پژوهشها و تحقیقاتی در زمینه سلامت روان در کنار بیماری‌های روانی به عنوان یک متغیر پیش بینی کننده بسیار محسوس می‌باشد.

خوشبختانه ادبیات روانشناختی از توجه به جنبه‌های مثبت سلامت روانی غافل نمانده است. از مدتها پیش این علم علاقه مند به کشف عواملی بوده است که کنش‌وری مثبت روانشناختی را به ارمغان آورد (ریف و سینگر^۴، ۲۰۰۲).

سلامت روانی به دستیابی فرد به توان کامل بالقوه روانی خود دلالت دارد. این سازه در سنت انسانگرایی مرکزیت دارد. استاد کارول ریف پژوهشگر سرآمد در این زمینه است و مقیاس‌های سلامت روانی او شش بعد شامل: خودمختاری، چیرگی بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی، و خود پذیری را ارزیابی می‌کند (ریف، ۱۹۸۹؛ ریف و کیز، ۱۹۹۵).

کیز و همکاران (۲۰۰۰) در یک مطالعه تحلیل عاملی در مورد بیش از ۳۰۰۰ آمریکایی ۲۵ تا ۷۴ ساله یافتند که سلامت روانی و سلامت ذهنی همبسته‌اند، ولی سازه‌های متمایزی هستند که با متغیرهای اجتماعی- جمعیت شناختی و شخصیت همبستگی تفکیکی دارند. دو سازه سلامت روانی و سلامت ذهنی با سن، تحصیلات، ثبات هیجانی، برونگرایی و وظیفه شناسی افزایش می‌یابند. اما، در مقایسه با بزرگسالانی که از نظر سلامت ذهنی بالاتر از سلامت روانی بودند،

¹. Pilgrim

². Etiology

³. Lopez

⁴. Singer

کسانی که سلامت روانی آنان بالاتر از سلامت ذهنی بود جوان‌تر بودند، تحصیلات بیشتری داشتند و نسبت به تجربه پذیرش بیشتری از خود نشان می‌دادند.

۲-۱-۲ بهزیستی:

از دیدگاه راین و دسی (۲۰۰۱)، دو رویکرد اصلی در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت‌گرایی^۱ و فضیلت‌گرایی^۲ دیدگاه غالب روانشناسان لذت‌گرا آن است که بهزیستی برابر با شادکامی فاعلی^۳ و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. می‌توان چنین برداشتی از بهزیستی را بهزیستی هیجانی نامید. اما کیز عنوان بهزیستی فاعلی را به نحو گسترده‌تری بکار می‌گیرد، از دید وی بهزیستی شخصی صرفاً شامل بعد هیجانی بهزیستی نیست و دو بعد دیگر آن، یعنی بهزیستی روانشناختی و اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد.

با وجود ماهیت جذاب لذت‌گرایی، که بهزیستی را به معنای به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد تلقی می‌کند، بسیاری از متفکران شرق و غرب، مخالفت خود را با این برداشت از بهزیستی اعلام کرده‌اند (انگ و دیگران، ۲۰۰۳).

فضیلت‌گرایان بر این باورند که ارضای امیال، به رغم ایجاد لذت، همواره بهزیستی را در پی ندارد و در نتیجه، بهزیستی نمی‌تواند صرفاً به معنای لذت باشد (راین و دسی، ۲۰۰۱) و شادمانی و زندگی خوب را بر اساس دستیابی به حداکثر توان بالقوه فرد تعریف می‌کند و مورد توجه بسیاری از مذاهب و جنبش‌های روحانی قرار گرفته است (آلان کار، ۱۳۸۵).

بسیاری از روانشناسان در تعریف بهزیستی این موضع‌گیری را برگزیده‌اند و در حال اجرای تحقیقات در حوزه بهزیستی بر اساس آموزه‌های سنت فضیلت‌گرایی هستند.

در طول تاریخ، فلاسفه و رهبران مذهبی عقیده داشتند که داشتن عشق و معرفت و عدم دل‌بستگی به دنیا و متعلقات آن، عامل تکامل و بهزیستی است. معتقدین به اصل سودگرایی، مانند جرمی بنتهام (۱۹۴۸) اعتقاد داشتند که وجود خوشی و لذت، و عدم حضور درد در زندگی فرد، به بهزیستی می‌انجامد. به این ترتیب، می‌توان گفت که این دسته از افراد بر لذت هیجانی، روانی و جسمانی تأکید داشتند.

ریف (۱۹۸۹) به تفاوت‌های بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانشناختی (که نظریه پردازان فضیلت‌گرا طرفدار دومی هستند)، اشاره می‌کند. این مؤلف عقیده دارد که بعضی از جنبه‌های کنش‌وری بهینه، مانند تحقق اهداف فردی، متضمن قانونمندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه مدت باشد. بنابر این بهزیستی را نباید، ساده‌نگرانه، معادل با تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست. در عوض بهزیستی در برگیرنده تلاش برای کمال و تحقق پتانسیل‌های واقعی فرد است.

¹. Hedonism

². Eudemonism

³. Subjective Happiness