مقاله
پژوهشی

ساخت و رواسازی ابزار ترکیبی آسایش روانی– اجتماعی

سمانه کربلیوند[1]، مجید گلزارپور[2]، حسن رفیعی[3*]

[1]کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
[2]کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی، تهران، ایران.
[3]کارشناسی ارشد سلامت همگانی، روانپزشک، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
[*]**نویسنده مسئول:** مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
پست الکترونیک: hassan441015@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: *در رویکردهای متأخر به سلامت روان، نحوهٔ حضور اجتماعی فرد نیز بخش لاینفک سلامت روان دانسته می‌شود. این در حالی است که غالب ابزارهای سنجش سلامت روان، تنها به ابعاد فردیِ سلامت روان نظیر وضع خُلقی و اضطراب می‌پردازند و از سوی دیگر ابزارهایی هم که برای سنجش سلامت اجتماعی افراد تهیه شده‌اند، غالباً سایر ابعاد سلامت روان را نادیده می‌گذارند. هدف پژوهش حاضر ساخت ابزاری واحد برای سنجش هر دو بعد مهم سلامت روانی-اجتماعی است.*

مواد و روش کار: *این مطالعه به صورت توصیفی- مقطعی بر روی ۳۸۲ نفر از دانشجویان دانشگاههای تهران انجام شد. شرکت‌کنندگان با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای وارد مطالعه شده بودند. جهت جمع آوری داده ها از وارسی نامه اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس آسایش اجتماعی کیز و مقیاس سلامت روان SCL25استفاده شد و سپس مجموعهٔ سوالهای هر دو مقیاس بر روی هم مورد تحلیل عاملی اکتشافی قرار گرفت و ساختار عاملی پرسشنامه آسایش روانی-اجتماعی به دست آمد.*

یافته ها: *نتایج تحلیل اکتشافی مؤلفه های اصلی با چرخش آبلیمین نشان دادکه سازهٔ آسایش روانی- اجتماعی از۶ عامل تشکیل شده است. که بر روی هم ۶۱ ٪ از کل پراکنش (واریانس) آن را تبیین می‌کنند. همچنین پایایی کلی ابزار با ۳۰ گویه پس از حذف ۲۷ گویه نامناسب، برابر با ۰/۹۳۸ به دست آمد.*

نتیجه گیری: *پرسشنامهٔ آسایش روانی-اجتماعی با ۶ عامل و ۳۰ گویه، مقیاسی پایا و رواست که هر دو بعد فردی و اجتماعی از سلامت روان را می‌سنجد.*

واژه های کلیدی: *سلامت اجتماعی، سلامت روانی، آسایش روانی-اجتماعی، تحلیل عاملی اکتشافی.*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹، دوره ۹ (۲):۲۴۱-۲۳۱
Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2017;9(2):231-241

وصول: ۹۵/۴/۵
اصلاح: ۹۵/۷/۴
پذیرش: ۹۵/۹/۲۰

DOI: 10.18869/acadpub.jnkums.9.2.231
Cite this article as: Karbalivand S, Golzarpour M, Rafiey H. Constructing and validating a compound instrument for psychosocial wellbeing . JNKUMS. 2017; 9 (2) :231-241

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

سلامت، چه در سطح فردی و چه در سطح اجتماعی یکی از ابعاد مهم حیات انسان‌هاست، سلامت شرطی ضروری برای ایفای نقش اجتماعی است و همه افراد در صورتی می‌توانند به فعالیت خود در جامعه ادامه دهند که خود را سالم احساس کنند و جامعه آن‌ها را سالم بداند [۱]. ولی هرگاه از آن سخنی به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۴۶ میلادی برای سلامت تعریف سه بعدی جسمی، روانی و اجتماعی را بیان کرده است؛ بدین صورت که سلامت تنها فقدان بیماری یا ناتوانی نیست، بلکه آسایش کامل جسمی، روانی، و اجتماعی افراد را نیز شامل می‌شود [۲]. هم چنین هابر و کالج[1] سلامت را توانایی افراد در انطباق و مدیریت خود در مواجهه با چالش های اجتماعی، جسمی و روانی تعریف کرده‌اند [۳]. در اکثر کشورهای توسعه یافته کمتر به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت توجه می شود. درحالی که سازمان جهانی سلامت به نقش ۸۵ درصدی عوامل روانی- اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت اشاره کرده است و کشورهای توسعه‌یافته نیز به سرعت راهکارهایی را در زمینهٔ ارتقای سلامت روانی جوامع خود تدارک دیدند [۴]. سلامت مفهومی بسیار وابسته به شرایط محیطی جامعه است و از همین رو در هر جامعه و فرهنگی و در هر سطحی از توسعه یافتگی، تعریف و مفهوم خاصی از آن مطرح می‌شود [۵].

بسیاری از مطالعات نشان دادند که سلامت بهتر و مناسب افراد با ارتباطات اجتماعی افراد مرتبط است [۶] و سلامت روانی افراد تحت تاثیر عوامل متعدد اجتماعی، روانی و زیستی (بیولوژیک) قرار دارد [۲]. با گسترش و توسعه نظام‌های رفاهی، بهداشتی و درمانی و رفع نیازهای اولیه که در بستر توسعه و رشد اقتصادی روی داده است به نظر می‌رسد که رویکردهای سلامت نیز از جنبه جسمانی به سمت جنبه‌های روانی و اجتماعی که بر روابط بین افراد و جامعه و عملکرد آن‌ها در شبکه‌های اجتماعی تأکید دارد معطوف شده و ابعاد روانی و اجتماعی اهمیت بیشتری یافته است [۹،۷].

چنان که از تعریف سلامت به خوبی پیداست، سلامت اجتماعی به همراه سلامت جسمی و روانی، ستون‌های اصلی سلامت را تشکیل می‌دهد. بطوری که رویکرد متأخر به سلامت رابطه‌ای دو سویه را بین وضعیت سلامت روان افراد و وضعیت اجتماعی آنها در نظر می‌گیرد [۱۱،۱۰]. همچنین اهمیت سلامت روان و نقش آن در بقاء جامعه بشری حاکی از اهمیت انسان به عنوان یک موجود اجتماعی است. این مقوله مهم بر تمامی جنبه‌های زندگی انسان تأثیر گذار بوده است و دارای هم ارزش‌های مادی و هم غیر مادی یا ذاتی برای فرد و اجتماع می‌باشد [۱۲].

بی شک سلامت روان دارای ارتباطی دوطرفه و تعاملی چشمگیر با بهزیستی و بهره‌وری در یک جامعه و افراد آن خواهد بود و نداشتن سلامت روان نیز منجر به کاهش امید به زندگی [۱۴،۱۳] کیفیت زندگی [۱۶،۱۵] مصرف مواد مخدر [۱۸،۱۷] می‌باشد. از سوی دیگر عدم سلامت اجتماعی باعث کاهش پیوندهای اجتماعی، عملکرد اجتماعی، تعاملات اجتماعی [۲۱،۱۹] و حمایت اجتماعی [۲۳،۲۲] می‌شود.

ابزارهای زیادی جهت سنجش سلامت روانی و سلامت اجتماعی طراحی شده است که هر کدام به صورت جداگانه این مؤلفه‌ها را اندازه‌گیری می‌نماید. از جمله ابزارهای سنجش سلامت روان که در این مطالعه نیز از آن استفاده شده است، فرم کوتاه نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی فهرست ۹۰ ماده‌ای (SCL-90-R) ساخته‌ی دراگاتیس [۲۴] می‌باشد که به طور گسترده برای اندازه گیری شکایات آسیب شناسانه روانی [۲۵] و تشخیص علائم آسیب روانی افراد [۲۶،۲۴] استفاده می‌شود.

نسخه ۹۰ ماده‌ای مانند نسخه ۲۵ ماده‌ای این پرسش نامه شامل نه مقیاس به شرح ذیل می باشد: جسمانی سازی (SOM)، وسواس (O-C)، حساسیت در روابط بین فردی (I-S)، افسردگی (DEP)، اضطراب (AND)، خصومت (HOS)، ترس مرضی (PHOB)، افکار پارانوئید (PAR) و روان پریشی (PSY) همچنین دارای هفت سوال اضافی دیگر می باشد که به اختلال در خواب و اشتها مربوط می‌شود [۲۸،۲۷]. اگر چه این پرسش نامه جهت غربالگری روانی طراحی شده، در اصل به عنوان یک ابزار مناسب و مفید برای سنجش سلامت روان و بیماران که

1 -Machteld Huber

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

دچار بیماری سخت و مزمن دچاراند پیشنهاد می شود [۲۹]. هر یک از خرده مقیاس های این ابزار دارای پنج نقطه و با نمره‌دهی از ۰ (هرگز) تا ۴ (به شدت) محاسبه می‌شوند [۳۰]. در ابزار (SCL90) و ابزار GHQ-28 [۳۱]، با توجه به تعریف سلامت روان از سوی سازمان بهداشت جهانی که بیان می‌دارد سلامت روانی و بیماری های روانی توسط عوامل متعدد اجتماعی، روانی و بیولوژیکی تعیین می‌گردد [۲]، بعد اجتماعی در آن در نظر گرفته نشده است، لذا ما با توجه به مطالب بیان شده از پرسشنامه سلامت اجتماعی برای ساخت ابزار آسایش روانی- اجتماعی استفاده نمودیم.

پرسشنامه آسایش اجتماعی مورد استفاده در این مطالعه توسط کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) بر اساس مدل نظری سازه آسایش اجتماعی تهیه شده است. این مقیاس شامل ۳۳ سؤال برای سنجش پنج بعد: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی است [۳۳،۳۲]. با توجه به ابعاد مذکور و مشاهده گویه ها، به روشنی می توان دریافت که در این پرسشنامه نیز صرفا بعد اجتماعی سلامت دیده می‌شود و ابعاد فردی سلامت روان در آن جایی ندارد. بنابراین با توجه به اینکه هیچ ابزار پایا و روایی برای ارزیابی سلامت روانی- اجتماعی به طور همزمان وجود ندارد، بر آن شدیم تا به تدارک ابزاری جامع برای سنجش نیمرخ روانی و اجتماعی برای جوانان ایرانی اقدام نماییم. گزارش حاضر به تشریح مراحل ساخت و رواسازی این ابزار اختصاص دارد.

روش کار

پژوهش حاضر برگرفته از یک مطالعه توصیفی می باشد. که با هدف برآورد سنجش سلامت روانی – اجتماعی بر روی ۳۸۲ دانشجوی شهر تهران انجام شد. جامعه آماری آن را کلیه دانشجویان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکتری رشته‌های مختلف دانشگاه های شهر تهران که در سال ۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل دادند؛ برای بررسی پایایی ابزارها لازم بود تحلیل عاملی اکتشافی انجام شود و برای این کار لازم است سه تا ده برابر تعداد گویه‌ها نمونه وجود داشته باشد [۳۴]. آزمون KMO نیز کفایت این حجم را تایید کرد که نتایج آن در بخش نتایج ارائه شده است. با توجه به اینکه می‌بایست نمونه‌ها از سه مقطع تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکتری انتخاب شود، روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی طبقه‌ای و با در نظر گرفتن مقطع تحصیلی به‌عنوان طبقات مطالعه انجام گرفت.

جهت جمع آوری داده ها از وارسی نامه اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس سلامت اجتماعی کیز و مقیاس اختلالات روانی SCL-25 استفاده شد که به تفصیل در ذیل معرفی شده اند. وارسی نامه اطلاعات جمعیت شناختی: شامل سوالاتی در زمینه سن، جنس، ویژگی های اقتصادی – اجتماعی خانواده‌ها، مقطع تحصیلی، نام دانشگاه، محل سکونت و رشته تحصیلی می باشد.

مقیاس سنجش اختلالات روانی SCL -25: فرم کوتاه شده‌ی نسخه‌ی تجدید نظر شده ی فهرست ۹۰ ماده‌ای (SCL-90-R) ساخته‌ی دراگاتیس (۱۹۷۷) می‌باشد که آسیب روانی عمومی را می‌سنجد [۲۴]. این پرسشنامه ۲۵ ماده دارد که در ایران نجاریان و داودی (۱۳۸۰) روایی آن را بالا گزارش نموده‌اند [۳۵]. ابزار مذکور ۸ بعد علائم روان‌پزشکی (شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی) را مورد بررسی قرار می‌دهد. هر شرکت کننده باید جمله‌های پرسشنامه را بخواند و مشخص کند که مشکل یا مسئله خاصی که در آنها آمده، طی هفته گذشته تا چه اندازه باعث ناراحتی او شده است. در این پرسشنامه به گزینه‌های «خیلی زیاد» نمره ۴، «زیاد» نمره ۳، «تاحدی» نمره ۲، «کمی» نمره ۱ و «هرگز» نمره صفر داده می شود. کسب نمرات پایین‌تر حاکی از سلامت روانی بالاتری بوده و کسب نمره‌ی بالاتر از ۶۵، فرد را مشکوک به اختلال روانی نشان می‌دهد [۳۶]. ریاحی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳۲ بیان نموده‌اند که بیانگر همخوانی درونی بالا بین گویه‌های طرح شده در مقیاس مذکور می‌باشد [۳۶]. پورقاز و رقیبی (۱۳۸۴) نیز در مطالعه خود ضریب پایایی برخی خرده مقیاس‌های سلامت روان مانند شکایات جسمانی، حساسیت میان فردی، اضطراب، وسواس و ترس را به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸، ۰/۷۸ و سلامت روان کل را ۰/۷۷ به دست آوردند [۳۷].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

در مطالعه کاظمیان مقدم و مهرابی زاده (۱۳۸۸) پایایی پرسش‌نامه سلامت روان (SCL-25)، از طریق محاسبه همسانی درونی در نمونه‌های دختر ۰/۹۷ و در نمونه‌های پسر ۰/۹۸ به دست آمد. همچنین پایایی از حیث ثبات زمانی نیز به شیوه بازآزمایی در یک نمونه ۳۱۲ نفری از دانشجویان دانشگاه شهید چمران به فاصله ۵ هفته در کل نمونه ۰/۷۸ گزارش شد [۳۸].

مقیاس سنجش سلامت اجتماعی: این پرسشنامه را کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) بر اساس مدل نظری سازه آسایش اجتماعی تهیه کرده اند و دارای ۳۳ گویه می‌باشد. پاسخ ها براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای بوده به گزینه‌های «کاملاً مخالف» نمره ۱، «مخالف» نمره ۲، «بی نظر» نمره ۳، «موافق» نمره ۴ و «کاملاً موافق» نمره ۵ اختصاص می‌یابد. ۱۸ گویه پرسشنامه به صورت معکوس نمره گذاری می شود (سؤالات ۸- ۹- ۱۲- ۱۳- ۱۴- ۱۵- ۱۶- ۱۷- ۱۸- ۱۹- ۲۱- ۲۲- ۲۳- ۲۶- ۲۷- ۲۸- ۲۹- ۳۱) [۳۲]. کیز (۱۹۹۸) پایایی خرده مقیاس های انسجام، پذیرش، مشارکت، شکوفایی و انطباق اجتماعی را با ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۶۹و ۰/۷۵ و برای کل آزمون ۰/۸۰ برآورد کرده است [۳۹]. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) در بررسی پایایی این ابزار از حیث همخوانی درونی، آلفای کل مقیاس را ۰/۷۸ به دست آوردند و این ضریب برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۱ ٪ برای یکپارچگی اجتماعی، ۰/۷۴ ٪ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۴ ٪ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۰ برای خود شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی، که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است [۴۰]. در پژوهش گنجی و همکاران (۱۳۹۰) نیز پایایی خرده مقیاس های انسجام، پذیرش، مشارکت، شکوفایی و انطباق اجتماعی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۵ و ۰/۷۹ به دست آمد [۴۱].

یافته ها

برخی خصوصیات جمعیت شناختی پاسخگویان در جدول ۱ ارائه شده است.

ساختار عاملی سازۀ آسایش روانی - اجتماعی (PsychoSocial Wellbeing) که از ترکیب دو سازۀ سلامت روانی و آسایش اجتماعی ساخته شده است، با استفاده از شیوه تحلیل عامل اکتشافی بررسی شدند.

نخست شاخص های کفایت نمونه برداری (KMO) و ضریب بارتلت برای داده ها محاسبه و پس از اطمینان از امکان انجام تحلیل عاملی اکتشافی، فرآیند انجام تحلیل آغاز شد. تحلیل عاملی اکتشافی با شیوه تحلیل مؤلفه های اصلی و با استفاده از چرخش مایل یا ابلیمین صورت پذیرفت.

ابتدا امکان انجام تحلیل عاملی بر نمونه تحقیق با استفاده از آزمون بارتلت و شاخص کفایت نمونه برداری (KMO) بررسی شد. مقدار KMO برابر با ۰/۸۹ و معنادار بودن آزمون بارتلت در سطح اطمینان ۰/۰۰۱ نشان داد که اجرای تحلیل عاملی براساس ماتریس همبستگی حاصل در گروه نمونه مورد مطالعه، قابل تبیین است (جدول ۲).

اجرای تحلیل عاملی مواد پرسشنامه آسایش روانی اجتماعی برای تعیین مقدار عوامل اشباع شده مقیاس ها، سه شاخص عمده را باید مورد توجه قرار داد:

۱. ارزش ویژه؛ ۲. درصد پراکنش (واریانس) تبیین شده با هر عامل؛ ۳. نمودار ارزش های ویژه که نمودار سنگریزه ای نامیده می شود.

مشخصه های آماری که با اجرای تحلیل مؤلفه های اصلی به دست آمد، نشان داد، ارزش های ویژه ۶ عامل بزرگتر از یک و به ترتیب عبارت از ۸/۴۵۱، ۲/۸۹۵، ۲/۴۲۰ ، ۱/۷۳۳، ۱/۵۷۹، ۱/۳۶۰ می‌باشند و این ۶ عامل بر روی هم ۶۱ ٪ کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کند (جدول ۳).

پس از تعیین تعداد عوامل مناسب قابل استخراج با توجه به مقدار واریانس تبیین شده و نمودارسنگریزه (نمودار ۱) برای رسیدن به ساختار ساده، ۶ عامل مشخص شده، چرخش داده شد. هدف از این روش، رسیدن به ساختار ساده بود. بنابراین، اطلاعات به دست آمده پس از چرخش متمایل به شیوه آبلیمین برای ۶ مؤلفه استخراج شده، نشان داد که مجموعه پرسش‌هایی که مشترکاً با یک عامل همبسته بوده و تشکیل یک خرده آزمون را می‌دهند، به شرح جدول ۴ می‌باشد:

سوالات دیگر نیز به دلیل اینکه وزن آن ها متمرکز بر دو یا چند عامل بود، حذف شدند.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۱: توزیع متغیر های دموگرافیک در نمونه مورد بررسی

متغیر	میانگین± انحراف معیار
مرد	۲۲/۹۰±۲/۹۳
زن	۲۲/۸ ±۳/۰۷
جنسیت	تعداد (درصد)
زن	۲۱۹ (۵۷/ ۳)
مرد	۱۶۳(۴۲/۷)
سطح تحصیلات	
لیسانس	۱۹۵ (۵۱)
فوق لیسانس	۱۴۵ (۳۸)
دکتری	۴۲ (۱۱)
مجموع	۳۸۲ (۱۰۰)

جدول ۲: آزمون بارتلت و شاخص کفایت نمونه برداری (KMO) برای آزمون (PWQ)

بارتلت	شاخص کفایت نمونه برداری (KMO)
۵۱۴۱/۸۱	۰/۸۹
درصد اطمینان	
۰/۰۰۰	

جدول ۳: ارزش ویژه، درصد تبیین واریانس و درصد تراکمی عامل های

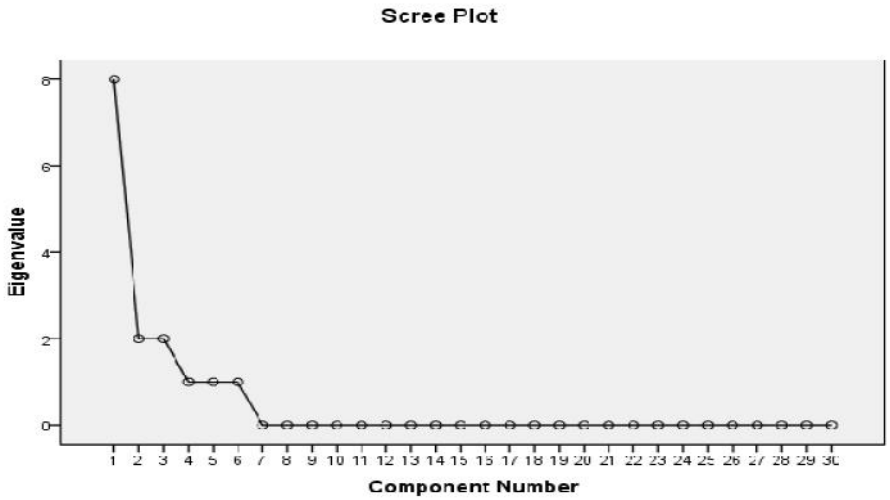
عامل	ارزش ویژه	درصد واریانس	درصد تجمعی
۱	۸/۴۵۱	۲۸/۱۷۰	۲۸/۱۷۰
۲	۲/۸۹۵	۹/۶۵۰	۳۷/۸۲۰
۳	۲/۴۲۰	۸/۰۶۶	۴۵/۸۸۵
۴	۱/۷۳۳	۵/۷۷۵	۵۵/۶۶۱
۵	۱/۵۷۹	۵/۲۶۲	۵۶/۹۲۳
۶	۱/۳۶۰	۴/۵۳۲	۶۱/۴۵۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۴: ساختار ساده عامل ها پس از چرخش ابلیمین

سوال	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم	عامل ششم
۲ سلامت روان	۰/۶۸۴					
۳ سلامت روان	۰/۶۹۱					
۶ سلامت روان	۰/۷۴۶					
۷ سلامت روان	۰/۷۵۱					
۸ سلامت روان	۰/۷۵۱					
۹ سلامت روان	۰/۵۸۴					
۱۲ سلامت روان	۰/۶۵۲					
۱۷ سلامت روان	۰/۸۰۱					
۱۸ سلامت روان	۰/۶۳۱					
۲۵ سلامت روان	۰/۷۴۴					
۱ سلامت اجتماعی		۰/۷۲۹				
۲ سلامت اجتماعی		۰/۷۹۰				
۳ سلامت اجتماعی		۰/۶۹۳				
۴ سلامت اجتماعی		۰/۶۷۸				
۲۵ سلامت اجتماعی		۰/۵۹۴				
۱۲ سلامت اجتماعی			-۰/۷۵۵			
۱۳ سلامت اجتماعی			-۰/۸۰۵			
۱۴ سلامت اجتماعی			-۰/۸۸۹			
۱۵ سلامت اجتماعی			-۰/۸۵۴			
۱۸ سلامت اجتماعی				۰/۸۲۰		
۳۲ سلامت اجتماعی				۰/۸۴۳		
۱۱ سلامت روان				۰/۷۷۰		
۶ سلامت اجتماعی					۰/۸۰۵	
۹ سلامت اجتماعی					۰/۷۸۳	
۳۳ سلامت اجتماعی					۰/۷۹۹	
۱۳ سلامت روان						۰/۶۳۲
۱۴ سلامت روان						۰/۸۱۵
۱۵ سلامت روان						۰/۸۲۷
۱۶ سلامت روان						۰/۶۱۷
۱۹ سلامت روان						۰/۷۰۴

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]



نمودار ۱: نمودار سنگریزه(عوامل آزمون)

جدول ۵: نام‌گذاری ابعاد

عامل	نام عامل ها
۱	روان نژندی گری (نوروتیسیزم)
۲	پیوند اجتماعی
۳	سودمندی اجتماعی
۴	آینده‌نگری
۵	اعتماد اجتماعی
۶	روان پریشی گری (سایکوتیسیزم)

جدول۶: پایایی ابعاد پرسش نامه

ردیف	عامل	پایایی
۱	روان نژندی گری	۰/۸۹۶
۲	پیوند اجتماعی	۰/۷۴۹
۳	سودمندی اجتماعی	۰/۸۵۷
۴	آینده‌نگری	۰/۷۲۴
۵	اعتماد اجتماعی	۰/۷۳۸
۶	روان پریشی گری	۰/۸۲۰

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

پس از استخراج عامل ها، خرده مقیاس‌های به دست آمده، به شرح جدول ۵ نامگذاری گردید.

در پایان جهت تعیین پایایی ابزار آسایش روانی اجتماعی، از فرمول ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و پایایی کلی ابزار با ۳۰ گویه پس از حذف ۲۷ گویه نامناسب، برابر با ۰/۹۳۸ و هر یک از عوامل برابر با جدول ۶ به دست آمد.

بحث

در پایان باید گفت چنان که در نوع مطالعات ابزارسازی مرسوم است، این مطالعه بر روی دانشجویان انجام شده و لازم است در تحقیقات آتی، گروه های اجتماعی وسیع تری وارد مطالعه شوند تا پایایی و روایی ابزار در آنها نیز بررسی شود. به علاوه در این مطالعه، چنان که اقتضای اولین مرحله از ساخت ابزار است، تنها تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد و لازم است در مراحل بعد، تحلیل عاملی تأییدی نیز بر ساختار عاملیِ به‌دست‌آمده صورت گیرد. همچنین، در مفهوم‌پردازی برای سلامت یا آسایش روانی-اجتماعی تنها به این توجه شد که نقص ابزارهای موجود سنجش سلامت روان از حیث نادیده نهادن بعد اجتماعیِ سلامت روان برطرف شود. از جهت دیگری نیز می‌توان سلامت یا آسایش روانی-اجتماعی را مفهوم‌پردازی کرد و آن توجه به ابعاد مثبت و منفی سلامت و آسایش است. به نظر می‌رسد در تحقیقهای آتی باید ابزاری ساخته شود که چهار بعدِ سلامت روانی مثبت، سلامت روانی منفی (اختلالات روانی)، سلامت اجتماعی مثبت، و سلامت اجتماعی منفی (آسیب اجتماعی) را بتواند به خوبی بسنجد.

نتیجه گیری

سلامت روان در تعریف WHO حالتی از آسایش است که فرد قادر است توانایی های خود را تحقق بخشیده، با فشارهای روزمره زندگی کنار آمده، کار مفید و مثمرثمر انجام دهد [۴۲]. بنا براین تعریف تصمیم به ساخت ابزاری جامع برای سنجش سلامت روانی با توجه به معنای واقعی آن گرفتیم که در عین حال که ابعاد روانی را مدنظر قرار می دهد به ابعاد اجتماعی نیز توجه کند. با ترکیب دو سازهٔ آسایش اجتماعی کیز و SCL-25 سازهٔ «آسایش روانی-اجتماعی» با ۶ عامل روان‌نژندی‌گری (نوروتیسیزم)، روانپریشی‌گری (سایکوتیسیزم)، پیوند اجتماعی، سودمندی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، و آینده‌نگری به دست آمد که این عوامل در مجموع ۶۱٪ از پراکنش (واریانس) سازه را توضیح می‌دهند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳۸ حاکی از پایایی ابزار است. به این ترتیب، ابزاری فراهم شده است که هر دو بُعد فردی و اجتماعی سلامت روان را می‌توان با آن سنجید

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی به شماره قرار داد (۳۹۸) با عنوان «بررسی رابطه سلامت اجتماعی با سلامت روان (و خرده مقیاس‌های آن) در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران» است که در سال ۱۳۹۴ با حمایت مالی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران به انجام رسیده است. بر خود لازم می دانیم از حمایت های گروه آموزشی رفاه اجتماعی و همچنین مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تشکر و قدردانی کنیم.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1. Segall A, The sick role concept: Understanding illness behavior, Journal of Health and Social Behavior, 1976:162-9.
2. Organization WH, Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report, 2004.
3. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D,“ et al”,How should we define health? Bmj. 2011;343.
4. Noorbala A, Bagheri Yazdi S, Asadi-Lari M, Vaez Mahdavi M, Mental health status of people aged 15 and older in 2006 in Tehran, J Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2010;4:56-66 [Persian]
5. Sajjadi H, Sadr Sadat SJ, Social health indicators, Journal of Political & Economic Ettelaat, 2004;2(19):244-53[Persian]
6. Putnam R, Social capital: Measurement and consequences, Canadian Journal of Policy Research, 2001; 2**,** 41-51.
7. Amini Rarani M, Mousavi MT, Rafiey H, Correlation of Social Capital with Social Health in Iran, Social Welfare, 2011;11(42):203-28[Persian].
8. Hezarjaribi j, Arfai Eynoddin r, Eisure Time and Social Health, Journal Social Development AND Welfare Planning, 2012;4(10):39-63[Persian]
9. Hezarjaribi j, Mehri A, Analysis of Relationship Between social capital and mental health social, Quarterly Journal Of Social Sciences, 2013;4(59):41-88[Persian]
10. Meyer IH, Prejudice, social stress and mental health in lesbian ,gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence, Psychological bulletin, 2003;129(5):674.
11. Eisen SV, Dickey B, Mental health outcome assessment: The new agenda, Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 1996;33(2):181.
12. Fernandez A, Moreno-Peral P, Zabaleta-del-Olmo E, Bellon JA, Aranda-Regules JM, Luciano JV, “et al”, Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review, Preventive medicine, 2015;76:S5-S11.
13. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM, Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders, The British Journal of Psychiatry. 2011;199(6):453-8.
14. Chang C-K, Hayes RD, Perera G, Broadbent MT, Fernandes AC ,Lee WE, “et al”,Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London, PloS one. 2011;6(5):e19590.
15. Wilson IB, Cleary PD, Linking clinical variables with health-related quality of life, Jama, 1995;273(1):59-65.
16. group W, The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine, 1995;41(10):1403-9.
17. Chan Y-F, Dennis ML, Funk RR, Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment, Journal of substance abuse treatment, 2008;34(1):14-24.
18. Diamond G, Panichelli-Mindel SM, Shera D, Dennis M, Tims F, Ungemack J, Psychiatric syndromes in adolescents with marijuana abuse and dependency in outpatient treatment, Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 2006;15(4):37-54.
19. Almedom AM, Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence, Social science & medicine, 2005;61(5):943-64.
20. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R, Social capital and self-rated health: a contextual analysis, American journal of public health, 1999;89(8):1187-93.
21. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR, Social capital and mental illness: a systematic review, Journal of epidemiology and community health, 2005;59(8):619-27.
22. Kessler RC, McLeod JD, Social support and mental health in community samples: Academic Press ;1985.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

23. Gottlieb BH, Social support strategies: Guidelines for mental health practice: Sage Publications, Inc; 1983.
24. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF, The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale, The British Journal of Psychiatry, 1976;128(3):280-9.
25. Kirchmann H, Thomas A, Brüderle E, Strauß B, Zum Einfluss von Bindungsmerkmalen auf Gegenübertragungsreaktionen, Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2015.
26. Naraghi M, Atari M, Gender differences in aesthetic rhinoplasty patients: a study on psychopathological symptoms, Open Journal of Medical Psychology, 2016;5(01):1.
27. Paap M, Meijer RR, Van Bebber J, Pedersen G, Karterud S, Hellem FM, "et al", A study of the dimensionality and measurement precision of the SCL-90-R using item response theory, International journal of methods in psychiatric research, 2011;20(3):e39-e55.
28. Prunas A, Sarno I, Preti E, Madeddu F, Perugini M, Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample, European psychiatry, 2012;27(8):591-7.
29. Torres X, Bailles E, Collado A, Taberner J, Gutierrez F, Peri JM," et al", The symptom checklist-revised (SCL-90-R) is able to discriminate between simulation and fibromyalgia, Journal of clinical psychology, 2010;66(7):774-90.
30. Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, Andersen JH, Zachariae R, Olsen LR, "et al" Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale, Scand J Work Environ Health, 2015;41(5):486-90.
31. Goldberg DP, Hillier VF, A scaled version of the General Health Questionnaire, Psychological medicine, 1979;9(01):139-45.
32. Keyes C, Shapiro A, Social Well-Being in theUnited States: A Descriptive Epidemiology, Forthcom-ing in Orville Brim, Carol Ryff & Ronald C, Kessler (Eds.) Midlife in the United States, University of Chicago Press; 2003.
33. Nikoogoftar M, Interdisciplinary Approach to Social Health: The Predictive Role of the Individualism-Collectivism. Interdisciplinary Approach to Social Health: The Predictive Role of the Individualism-Collectivism, 2014;6(22):57-70[Persian]
34. Rafiey H ,.Sajadi H., Narenjiha H., Nouri R., Farhadi M. H., Norouzi S. & Shirin Bayan P, 2008, The interdisciplinary research methods in addiction and other problems and deviations, Tehran, Danjeh [persian]
35. Najarian B, Davoodi I, Construction AND Validation OF A Short Form OF The SCL-90-R (SCL-25) Journal OF Psychology, 2001;5(2):136-49[Persian]
36. Riahi ME, Aliverdinia A, Pourhossein Z, Relationship between Social Support and Mental Health, Social Welfare 2011;10(39):85-121[Persian]
37. Puorgaz A, Raghibi M, Comparative study of mental health among high school students in Zahedan, Journal of Educational Psychologh Studies, 2005;2(3):69-84.
38. Kazemian Moghadam K, Mehrabizadeh Honarmand M, The relationship between religious attitudes, happiness and mental health of students of Islamic Azad University Behbahan, Journal Psychology & Religion, 2008;2(4):15,74-7[Persian]
39. Keyes CLM, Social well-being, Social psychology quarterly, 1998:121-40.
40. Babapour Kheiroddin J, Toosi F, Hekmati I, Study of Determinant Factors Role of Students' Social Well-Being, Journal of Psychology 2009;4(16):1-19[Persian]
41. Ganji K, Navabakhsh M, Zabihi R, Relationship between identity styles and social well-being with help-seeking behavior of high school students in mathematic subjec, journal of Quarterly Educational Psychology, 2012;7(22):95-123[Persian]
42. World Health Organization, Strengthening mental health promotion, Fact sheet, 2001;20.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Constructing and validating a compound instrument for psychosocial wellbeing

*Karbalivand S[1], Golzarpour M[2] , Rafiey H[3]**

[1]MSc in social welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[2]MSc in social welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[3]MD, MPH, Psychiatrist, Associate Professor, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
***Corresponding author:** Hassan Rafiey, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, Daneshjoo Blv, Velenjak, Tehran, Iran.
Email: hassan441015@gmail.com.

Abstract

Back ground & Objective:*In recent approaches regarding mental health, the social life of a person, i.e. how a person lives socially, is known as an inseparable component of mental health. While most of mental health assessment instruments just deal with individual aspects such as mood and anxiety and on the other hand, the instruments which have been constructed to assess social health frequently disregard the other aspects of mental health. Our object was to build a single instrument to assess these two important aspects of mental health(psychosocial health).*

Materials and Methods:*It's a cross-sectional, descriptive study on 382 students in universities of Tehran province. The participants were entered via stratified random sampling. A demographic checklist, Keyes Social Wellbeing scale (for social aspect of mental health), and SCL-25 (for individual aspect of mental health) were usedto collect data,. Then questions of both scales were placed on exploratory factor analysis and factor structure of this compound psycho-social wellbeing questionnaire was determined.*

Results:*The results of exploratory factor analysis with Oblimin rotation showed that the psychosocial wellbeing construct has consisted of sixfactors that altogether explained 61% of its variance. Cronbach α coefficient of 0.938 also approved the reliability of the construct with 30 items.*

Conclusion:*Psychosocial Wellbeing questionnaire with sixfactors and 30 items is a reliable and valid scale toassess both of individual and social aspects of mental health.*

Key words:*social health, mental health, PsychoSocial Wellbeing, Exploratory factor analysis*

Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2017;9(2): 231-241

Received:25 Jun 2016
Revised:25 Sep 2016
Accepted:10 Dec 2016

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]