

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه سلامت روان (۳۸ سؤالی) در ورزشکاران نخبه

سیده افروز موسوی^۱، سید محمد کاظم واعظ موسوی^۲، و حمید یعقوبی^۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه سلامت روان (۳۸ سؤالی) در ورزشکاران نخبه بود. نمونه‌ای با حجم ۳۸۵ نفر (۲۸۵ مرد و ۱۰۰ نفر زن) به روش تصادفی خوشه‌ای از بین جمعیت ورزشکاران نخبه انتخاب شدند. براساس نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، یک ساختار دو عاملی به دست آمد که ۴۵/۰۶ درصد از واریانس را تبیین می‌کند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد ساختار دو عاملی سلامت روان (شامل درماندگی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی) از برازش خوبی برخوردار است. برای محاسبه روایی هم‌گرا و واگرا، از مقیاس ملی سلامت روان استفاده شد. روایی هم‌گرای (۰/۵۸ تا ۰/۷۸) بعد درماندگی روان‌شناختی با استفاده از خرده مقیاس‌های منفی، و روایی واگرایی آن (۰/۷۶ تا ۰/۷۷-) با استفاده از خرده مقیاس‌های مثبت مقیاس ملی سلامت روان تأیید شد. روایی هم‌گرا (۰/۸۲ تا ۰/۸۴-) و واگرایی (۰/۵۷ تا ۰/۷۷-) بعد بهزیستی نیز مورد تأیید قرار گرفت. سنجش پایایی مقیاس با استفاده از روش‌های همسانی درونی (۰/۸۳) و بازآزمایی در فاصله ۲۱ روز برابر با ۰/۸۱ بود که نشان داد پرسش‌نامه سلامت روان از ضرایب پایایی مناسبی برخوردار است. یافته‌های دیگر این پژوهش نشان دادند که ورزشکاران مرد نسبت به ورزشکاران زن، میانگین نمره درماندگی روان‌شناختی کمتر و میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی بیشتری دارند. در مجموع، این مطالعه نشان می‌دهد که پرسش‌نامه سلامت روان بعد از حذف ۷ سؤال با داشتن ضرایب پایایی و روایی رضایت‌بخش، ابزاری مناسب برای سنجش درماندگی و بهزیستی روان‌شناختی در ورزشکاران است.

کلیدواژه‌ها: پرسش‌نامه سلامت روان، روایی، پایایی، تحلیل عاملی، ورزشکاران نخبه

Psychometric Properties of the Persian Version of Mental Health Inventory (MHI-38) in Elite Athletes

Afroz Mousavi, Mohammad Vaez Mousavi, and Hamid Yaghubi

Abstract

In this study, the psychometric properties of the Persian version of Mental Health Inventory (MHI-38) among elite athletes were investigated. A sample of 385 (285 male and 100 female) elite athletes was chosen by cluster random sampling. According to result of experimental factor analysis, one structure with 2 factors components was found which encompassed % 45/06 of the total variability of the data. Result of Confirmatory factor analysis supported two factor structures of mental health (including psychological distress and psychological well-being), has a good fit. To calculate the convergence and divergence validity, the Iranian Mental Health Scale was administered. The convergent validity of psychological distress was confirmed by negative subscale of IMHS (0/58 to 0/78) and the divergent validity was confirmed by positive subscale of IMHS (-0/76 to -0/77). The convergent (0/82 to 0/84) and divergent (-0/57 to -0/77) validity of well-being was also confirmed. The internal consistency (0/83) and test-retest reliability after a 21 day interval (0/81) showed that the MHI possessed suitable reliability coefficients. Other findings of this study showed that the average scores of psychological distress in male athletes was significantly lower than female athletes, and the psychological well-being in male athletes were significantly higher than female athletes. Altogether, results of the present study showed that after deleting 7 items, the MHI had satisfactory reliability and validity and it is considered a suitable tool for measuring psychological distress and well-being in athletes.

Keywords: Mental Health Inventory, Validity, Reliability, Factor Analysis, Elite Athletes.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی ورزش، دانشگاه بین‌المللی امام رضا (ع)

۲. استاد دانشگاه جامع امام حسین (ع) (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد

مقدمه

در سالیان اخیر رویکرد آسیب‌شناختی به مطالعه سلامتی انسان، مورد انتقاد قرار گرفته و مفهوم سلامت روان تغییر نموده‌است. مدت‌ها سلامت روان به‌عنوان نبود آسیب روانی نامیده می‌شد. نظریه‌هایی مانند نظریه خودشکوفایی مازلو و بالیدگی آلپورت، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره جسته‌اند. به‌دنبال ظهور این نظریه‌ها و جنبش روان‌شناسی مثبت که بر ویژگی‌های مثبت سلامت روان و رشد توانایی‌های فردی تأکید کرده‌اند، گروهی از روان‌شناسان به‌جای اصطلاح سلامت روان از بهزیستی روان‌شناختی^۱ استفاده کرده‌اند، زیرا معتقدند که این واژه، بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند. در این راستا مدل‌هایی مانند مدل جاهودا^۲، مدل بهزیستی ذهنی داینر و مدل چندعاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف تدوین شده‌اند که در تعریف و تبیین سلامت روان به‌جای تمرکز بر بیماری و ضعف، بر توانایی‌ها و داشته‌های فرد تأکید نموده‌اند (ریف^۳، ۲۰۰۴). امروزه، تأکید سازمان جهانی بهداشت نیز بیشتر بر جنبه مثبت سلامت روان است. بر طبق این نظر، سلامت روان بعنوان حالتی بهزیستی تعریف می‌شود که افراد توانایی‌های خود را تشخیص می‌دهند، قادر به مقابله با استرس‌های عادی زندگی هستند و می‌توانند به‌طور مولد و مؤثر، فعالیت داشته و در جامعه خود مشارکت کنند (سازمان جهانی بهداشت^۴، ۲۰۰۵، ص. ۱۲).

حرکت روان‌شناسی مثبت و دیدگاه‌های اجتماعی در سلامت عمومی، سلامت روان و بهزیستی، باعث توجه بیشتر به گسترش مقیاس‌های استاندارد شده برای اندازه‌گیری سلامت روان منطبق بر بهزیستی

روان‌شناختی شده است. بهزیستی روان‌شناختی معمولاً به‌عنوان ترکیبی از وضعیت عاطفی مثبت مانند شادکامی و کارکرد مؤثر و مطلوب افراد تعریف می‌شود (دسی و ریان^۵، ۲۰۰۸). ریف (۱۹۸۹) مدلی چندبعدی بهزیستی روان‌شناختی را مطرح نمود که تأکیدش بر بهزیستی است تا بیماری. طبق نظر او، بهزیستی روان‌شناختی از شش بعد رشد شخصی، هدف‌مندی در زندگی، پذیرش خود، تسلط بر محیط، استقلال و روابط مثبت با دیگران تشکیل شده است. برای افزایش حساسیت اندازه‌گیری در سنجش سلامت روان، باید نشانه‌هایی از بهزیستی روان‌شناختی در نظر گرفته شود. در واقع، نسبت کمی از جمعیت عادی مردم نشانه‌های درماندگی روان-شناختی^۶ را نشان می‌دهند. همچنان‌که فراوانی یا شدت نشانه‌های درماندگی در جمعیت بالینی پیش-بینی‌کننده اختلالات روان‌پزشکی است، عواطف مثبت نیز در تشخیص افتراقی مفید است؛ به‌عنوان مثال نمره پایین در عواطف مثبت، عامل حیاتی در تشخیص افسردگی از اضطراب و اختلالات دیگر است (واتسون و کندال^۷، ۱۹۸۳). از طرفی، ترکیبی از اندازه‌گیری درماندگی و بهزیستی روان‌شناختی در مطالعات اپیدمیولوژیکی ملی اهمیت دارد که به کنترل وضعیت سلامت ملی و پیش‌بینی سلامت روان مربوط است (مسی و همکاران^۸، ۱۹۹۸).

در نظر گرفتن درماندگی روان‌شناختی در پرسش‌نامه سلامت روان که به‌عنوان سندرمی عمومی نامیده می‌شود، شامل ساختارهایی مانند اضطراب، افسردگی، مشکلات شناختی، تحریک‌پذیری و خشم است. اگر چه نشانه‌های درماندگی روان‌شناختی به‌عنوان پاسخ-های منفی به مشکلات زندگی تعریف می‌شود؛ اما

5 . Deci, Ryan

6 . Psychological distress

7 . Watson, Kendall

8 . Masse

1 . Psychological wellbeing

2 . Jahoda

3 . Ryff

4 . World health organization

پرسش‌نامه سلامت روان ویت و ویر (۱۹۸۳) است. این پرسش‌نامه (۳۸ سؤال) دو بعد بهزیستی روان-شناختی و درماندگی روان‌شناختی را به صورت متمایز بررسی می‌کند که این ویژگی، آن را به ابزاری ایده‌آل برای جمعیت بهنجار تبدیل کرده‌است. ویت و ویر (۱۹۸۳) در بررسی اعتباریابی و تحلیل عاملی ابزار سلامت روان بر روی ۵۰۰۰ شرکت‌کننده عادی نشان دادند که این ابزار، دو عامل کلی بهزیستی روان-شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در سطوح متفاوتی مفهوم‌سازی می‌کند. همچنین علاوه بر این دو عامل، براساس مدل‌های سلسله‌مراتبی، پنج عامل سلامت روان (اضطراب، افسردگی، ازدست‌دادن کنترل رفتاری یا هیجانی، پیوندهای عاطفی و عواطف مثبت) نیز در این مطالعه مشخص شده‌است. با توجه به روایی و پایایی بالای این ابزار، در مطالعه دیگری در مورد بررسی مجدد این پرسش‌نامه در نمونه نوجوانان، مدل دوعاملی بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی مشخص شده و از مدل پنج‌عاملی حمایت نشده است (استروف، وول ورتون، بری و لسکو،^۷ ۱۹۸۳). هیوبک و نیل^۸ (۲۰۰۰) در بررسی تحلیل عاملی تأییدی این ابزار نشان دادند که مدل دوعاملی این پرسش‌نامه، ارجحیت بیشتری نسبت به مدل پنج‌عاملی آن دارد و پایایی آن را بیشتر از ۰/۹۰ گزارش نمودند.

مطالعات پژوهشی نسبتاً کمی در مورد مؤلفه‌های سلامت روان (بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی) در روان‌شناسی ورزشی وجود دارد (سالمایونس، ۲۰۱۱). هرچند حالات خلقی ورزشکاران توسط پژوهشگران مختلفی بررسی شده است؛ از جمله مورگان (۱۹۸۵) براساس مدل ایستای سلامت روان بیان کرد که سلامت روانی احتمال موفقیت در ورزش را افزایش می‌دهد؛ درحالی‌که آسیب‌های روانی با احتمال

به‌تنهایی و در درازمدت تصویر ناقصی از سلامت روان افراد را نشان می‌دهد (دراپا، مارچند و پروست^۱، ۲۰۱۲، ص. ۳). مطالعات نشان می‌دهند که بهزیستی افراد نیز باید در بررسی سلامت روان در نظر گرفته شود. بر طبق نظر ویت و ویر^۲ (۱۹۸۳)، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی دو ساختار مجزا هستند. درواقع درماندگی روان‌شناختی، احساس بیارزشی، تحریک‌پذیری، اضطراب، افسردگی و نبود فعالیت اجتماعی را نشان می‌دهد (لازار^۳، ۲۰۰۰).

درمقابل، بهزیستی روان‌شناختی مفهومی پیچیده و کلی بوده و چیزی بیشتر از حس شادکامی و رضایت از زندگی است که جنبه‌های سلامت مرتبط با کیفیت زندگی مانند سرزندگی، خودکنترلی، کاهش اضطراب و افسردگی و سلامت کلی را شامل می‌شود. این مفهوم از آن جهت که جنبه‌های ذهنی سلامت روان را نشان می‌دهد، قابلیت درک بیشتری نسبت به مفهوم مجرد بهزیستی دارد (سرین تینی^۴، ۲۰۱۱). همچنین براساس مدل پیوستاری، بهزیستی روان-شناختی دقیقاً نقطه مقابل درماندگی روان‌شناختی نیست و به بررسی هر دو مؤلفه نیاز است. با این حال، همبستگی آن‌ها با هم منفی و معنادار است (وینفیلد، گیل، تیلور و پیلکینگتون^۵، ۲۰۱۲).

اگرچه ابزارهای استانداردشده‌ای برای ارزیابی سلامت روان وجود دارد؛ اما بیشتر ابزارهای مربوط به سلامت روان مرتبط به جمعیت بالینی بوده و جنبه تشخیصی دارند (مانند پرسش‌نامه سلامت عمومی^۶). ابزارهای سلامت روان به‌طور خاص، جهت‌گیری آسیب‌پذیری روانی را نشان می‌دهند. یکی از ابزارهایی که برای جمعیت غیربالینی و عموم مردم طراحی شده است،

1 . Drapeau, Marchand, Prevost

2 . Veit, Ware

3 . Lazzaro

4 . Serpentine

5 . Winefield, Gill, Taylor, Pilkington

6 . General health questionnaire (GHQ)

7 . Ostroff, Woolverton, Berry, Lesko

8 . Heubeck, Neill

مجبور به انجام آن هستند و درک سطوح آمادگی جسمانی و روانی، روابط بین‌فردی (مانند انتظارات هم‌تیمی‌ها، مربیان و اعضای خانواده)، عوامل مالی (مانند موضوعات مالی و حمایت‌کنندگان مالی)، تجربیات آسیب‌زا (مانند خطرات و پیامدهای مصدوم‌شدن) و شرایط محیطی و آب و هوایی ممکن است پاسخ‌های اضطرابی متفاوتی در ورزشکاران ایجاد کنند. این پاسخ‌ها به‌صورت اضطراب شناختی، افکار مرتبط به تجربه ورزشی در موقعیت‌های استرس‌آور (مانند نگرانی‌ها و انتظارات منفی) و پاسخ‌های روانی در ورزشکاران ظاهر می‌شود (بری‌ور^۶، ۲۰۰۹؛ ص. ۳۱).

به‌طورکلی عوامل استرس‌زایی مانند تجارب منفی زندگی، فشار مربی، فشار تمرین، جو رقابتی و فصل مسابقات باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی در بعضی از ورزشکاران می‌گردد (اندروز و وایلینگ، ۲۰۰۴). ورزشکاران برای حفظ نخبگی در حرفه ورزشی خود با استرس‌های رقابتی مواجه هستند و این مسئله ممکن است افکار، احساسات، هیجانات و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. بی‌تردید تأمین بهداشت روانی در میان اقشار مختلف هر جامعه از اهمیت قابل‌ملاحظه‌ای برخوردار است. در این میان، تأمین بهداشت روانی ورزشکاران در میان قشر جوان و قهرمان هر مرز و بوم و تسری سلامت در فضای فعالیت آن‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است. از یک سو نسل جوان ورزشکار سرمایه‌ای است که سعادت آینده جامعه در گروی سلامت و استواری امروز او است و از سوی دیگر بدون فراهم‌نمودن بستری امن و عاری از تنش‌های مخرب، امکان تحقق موفقیت ورزشی فراهم نیست. با توجه به این‌که تاکنون پژوهشی در مورد ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه

شکست در ورزش همراه است. مورگان در ادامه این پژوهش براساس مدل پویای سلامت روان اعلام نمود به‌علت تفاوت‌های فردی ورزشکاران، در نمرات خلقشان تغییر پذیری وجود دارد (واعظ موسوی و مسیسی، ۱۳۹۰). همچنین در مطالعات انجام‌شده در مورد حالات خلقی ورزشکاران، در یک مطالعه بین فرهنگی روایی حالات خلقی پرسش‌نامه برومز^۱ در بین ورزشکاران کشورهای انگلیس، ایتالیا و مجارستان، مناسب و قابل‌قبول گزارش شد (لین، سوز، لیبینگر، کاراسای و همرا^۲، ۲۰۰۷). در ایران نیز واعظ‌موسوی و سمندر (۲۰۰۲) به بررسی هنجار حالات خلقی^۳ (رشته‌های مختلف ورزشکاران نخبه پرداخته‌اند. تری، ملک‌شاهی و دلوا^۴ (۲۰۱۱) نیز فرم کوتاه پرسش‌نامه حالات خلقی برومز را ابزاری جهت ارزیابی ویژگی‌های خلقی دانشجویان ورزشکار ایرانی معرفی نموده‌اند. این ابزارها بر حالات خلقی فرد تأکید کرده و به بررسی سلامت روان افراد از جهت بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی نمی‌پردازد؛ لذا بررسی سلامت روان ورزشکاران با ابزار مخصوص این سازه ضروری به‌نظر می‌رسد.

همچنین با وجود انجام پژوهش‌های مطرح‌شده، به‌دلیل تنوع زیاد فعالیت بدنی (تمرینات کوتاه‌مدت و درازمدت، هوازی و بی‌هوازی، رقابتی و غیررقابتی و گروهی و انفرادی)، ارتباط بین فعالیت بدنی و سلامت روان در ورزش پیچیده است (سالمایونس^۵، ۲۰۱۱). بررسی عوامل استرس‌زای ورزشکاران رقابتی نشان می‌دهد که اجراکنندگان ورزشی ممکن است در بعضی شرایط مجبور به مقابله با موقعیت‌های استرس‌آور باشند. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهند که جنبه‌های رقابتی (مانند تفکر درباره اجرا و اهدافی که

- 1 . Brunel mood scale
- 2 . Lane, Soos , Leibinger, Karsai, Hamar
- 3 . Profile Of mood states (POMS)
- 4 . Terry, Malekshai, Delva
- 5 . Salama-Younes

شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (خیلی کم) تا ۶ (خیلی زیاد) می‌سنجد؛ به‌عنوان مثال یکی از سؤالات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به‌ترتیب به این صورت است: از یک ماه گذشته تا به امروز چقدر احساس شادمانی و رضایت داشته‌اید؟ از یک ماه گذشته تا به امروز چه اندازه احساس تنیدگی و عصبانیت می‌کردید؟ همسانی درونی این مقیاس در نمونه‌های خارجی برای درماندگی روان‌شناختی ۰/۹۴ و برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۹۲ بوده است. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی نمره کل، ۰/۷۳ گزارش شده است (هیوبک و نیل، ۲۰۰۰). برای بررسی روایی همزمان این پرسش‌نامه از مقیاس ملی سلامت روان ایرانی استفاده شده است.

مقیاس ملی سلامت روان ایرانی: این مقیاس دارای دو حوزه سلامت روان و سازه‌های مربوط به سلامت روان است که هر یک از دو بخش تشکیل شده است. بخش‌های اول این مقیاس که ۱۲ سؤالی است، دربرگیرنده بهزیستی روانی و رضایت از زندگی و بخش دوم آن که ۳۰ سؤالی است شامل افسردگی، اضطراب، وسواس، اضطراب اجتماعی و اختلال خواب می‌باشد. ضرایب اعتبار هر یک از زیرمقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ بوده است و روایی ملاک زیرمقیاس‌های این ابزار مناسب گزارش شده است. این مقیاس به‌عنوان کارنامه ملی سلامت روان دانشجویان توسط مرکز مشاوره وزارت علوم به‌کار رفته است (پورشریفی و همکاران، ۲۰۱۲).

روش اجرا

بعد از ترجمه این پرسش‌نامه به زبان فارسی، نسخه فارسی آن در اختیار دو نفر از متخصصان زبان انگلیسی قرار داده شد تا ترجمه معکوس آن نیز انجام شود. درنهایت پس از چند مرحله بررسی، بازبینی و اعمال تغییرات و اصلاحات، فرم فارسی پرسش‌نامه سلامت روان برای اجرای پژوهش آماده شد. روایی

سلامت روان در جمعیت ورزشکار صورت نگرفته - است، طبق دانش پژوهشگران پژوهش حاضر، اطلاعی از میزان سودمندی کاربرد این پرسش‌نامه در این جامعه وجود ندارد. همچنین ابزارهای موجود، بیشتر جنبه خلقی ورزشکاران را می‌سنجد و سلامت روان ورزشکاران از جنبه بهزیستی و درماندگی سنجیده نشده است؛ لذا این پژوهش در راستای اهداف روان‌شناسی ورزشی به‌منظور فراهم‌نمودن ابزاری روا و پایا برای پایش سلامت روان در ورزشکاران انجام می‌شود.

روش پژوهش

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل ورزشکاران مرد و زن نخبه ۱۰ رشته ورزشی شامل چهار رشته تیمی (فوتبال، هندبال، والیبال و بسکتبال) و شش رشته انفرادی (دو و میدانی، کشتی، وزنه‌برداری، ووشو، تیراندازی و قایقرانی) بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. انتخاب حجم نمونه برحسب هدف پژوهش انجام گرفت. با توجه به این که نمونه موردنیاز در مطالعات تحلیل عاملی به‌ازای هر گویه پرسش‌نامه، ۱۰ آزمودنی پیشنهاد شده است و این مقیاس شامل ۳۸ گویه است، نمونه ۳۸۰ نفر مکفی به‌نظر رسید. به‌این‌ترتیب، ۳۸۵ ورزشکار مرد (۲۸۵) و زن (۱۰۰) عضو تیم‌های ملی رشته‌های مختلف ورزشی و باشگاه‌های لیگ برتر کشور به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. میانگین سنی نمونه ۲۳/۵ با دامنه ۱۸ تا ۳۱ سال بود.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه سلامت روانی (۳۸ سؤالی)^۱:

پرسش‌نامه سلامت روانی ویت و ویر (۱۹۸۳) یک آزمون ۳۸ سؤالی است که دو وضعیت بهزیستی روان -

1. Mental health inventory (MHI-38)

صوری و محتوایی پرسش‌نامه مورد بررسی و تأیید دو نفر از اساتید روان‌شناسی قرار گرفته است. پس از تشریح هدف‌های پژوهش و هماهنگی‌های لازم با مسئولان فدراسیون‌ها و باشگاه‌های ورزشی، ضمن ارائه توضیحاتی در زمینه ضرورت و اهمیت پژوهش و نحوه پاسخ‌دهی به پرسش‌ها، از ورزشکاران خواسته شد به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. محدودیت زمانی برای پاسخ به سؤال‌ها مطرح نبود؛ اما حداکثر زمان لازم برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها از ۳۰ دقیقه تجاوز نکرد. هدف این بود که ورزشکاران بدون فشار زمانی، با آرامش و دقت به سؤال‌ها پاسخ دهند تا ضریب دقت و اعتبار پاسخ‌ها افزایش یابد. درضمن، هیچ اجباری برای شرکت در پژوهش اعمال نشد و همه ورزشکاران با رضایت در پژوهش شرکت کردند. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت گروهی بین ورزشکاران توزیع و تکمیل شد و سپس جمع‌آوری گردید. لازم به توضیح است که ورزشکاران تیم‌های ملی در محل اردوهای آمادگی و ورزشکاران باشگاه‌های لیگ برتر در اردوی مسابقات برگزارشده در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند.

روش آماری

روش‌های آماری مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل آمار توصیفی و استنباطی بود. از آمار توصیفی برای محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد و در آمار استنباطی از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی برای تأیید خرده مقیاس‌های مرتبط با موفقیت ورزشی استفاده گردید. جهت انجام محاسبات آماری از نرم‌افزار اس. پی. اس. ۱۷^۱ و نسخه ۸/۷ نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

یافته‌ها

پس از این‌که روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه توسط اساتید صاحب‌نظر در این زمینه مورد تأیید قرار گرفت، روایی سازه پرسش‌نامه نیز از طریق تحلیل

عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی بررسی شد. با توجه به جدول ۱، نمونه آماری تحلیل عاملی مناسب است. شاخص کفایت نمونه‌گیری^۲ آماره‌ای است که باید بیشتر از ۰/۶ باشد و مقدار ۰/۸۳ حاکی از مطلوب بودن حجم نمونه و سودمند بودن تحلیل عاملی برای داده‌ها است. آزمون کرویت بارتلت^۳، فرضیه شناخته‌بودن ماتریس همبستگی را مشخص می‌کند. مقادیر کوچک‌تر از ۰/۰۵ سطح معناداری نشان می‌دهد که تحلیل عاملی برای داده‌ها مفید است. در مرحله بعد، تحلیل عاملی اکتشافی به وسیله روش مؤلفه‌های اصلی اجرا گردید و با استفاده از چرخش واریماکس، سؤالات چرخش داده شدند تا روی عوامل مربوطه بار عاملی بیشتری را نشان دهند. به‌طور مطلوب، نتیجه چرخش رسیدن به عامل‌هایی است که فقط بعضی از متغیرها بار آن‌ها می‌شوند. بر پایه نتایج حاصل از اجرای تحلیل عاملی، عواملی که دارای ارزش ویژه بالاتر از یک هستند به‌عنوان عوامل قابل استخراج تعیین می‌شوند. بعد از چرخش واریماکس، بارهای عاملی مورد قبول در عامل اول و دوم قرار گرفته بودند که در جدول ۲ مشخص شده‌اند. همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود از ۳۱ مؤلفه اندازه‌گیری‌شده در پرسش‌نامه، در نهایت دو مؤلفه در تحلیل عاملی دارای بار عاملی شدند و ارزش‌های ویژه دو عامل بیشتر از یک است و درصد واریانس مشترک بین متغیرها برای این دو عامل بر روی هم ۴۵/۰۶۴ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کند. به بیان دیگر، میزان دقت بیان‌شده توسط این ۲ عامل در مجموع بیش از ۴۵ درصد است. سهم عامل یکم با ارزش ویژه ۹/۷۳۴ در حدود ۳۱/۴۰۱ درصد کل واریانس متغیرها را توجیه می‌کند. در نهایت، عامل دوم با ارزش ویژه ۴/۲۳۶ معادل ۱۳/۶۶۳ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.

2 . Kaiser Meyer Olkin (KMO)

3 . Bartlett test of sphericity

1 . SPSS-17

بعد از مشخص کردن عواملی که از نظر تجربی به یکدیگر تعلق دارند باید کوشید از اشتراک تجربی متغیرهایی که بر عامل معینی بار می‌شوند به استنتاج اشتراک مفهومی نایل آمد. عامل اول که مربوط به درماندگی روان‌شناختی است، اولین و مؤثرترین عامل در زمینه اولویت‌بندی پرسش‌نامه سلامت روان قلمداد می‌گردد. براساس نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل مولفه‌های اصلی در مدل ارائه‌شده در این مؤلفه، گویه‌های ۴، ۶ و ۷ به‌دلیل بار عاملی پایین‌تر از ۰/۳ از مدل حذف شد. این نتایج، روایی سازه پرسش‌نامه سلامت روان را برای ارزیابی و اندازه‌گیری سلامت روان ورزشکاران مورد تأیید قرار دادند.

جدول ۱. نتایج آزمون کفایت نمونه‌گیری و کرویت بارتلت به‌عنوان مجوزی برای اجرای تحلیل عاملی

شاخص کفایت نمونه‌گیری	۰/۸۳۶
آزمون کرویت بارتلت یا شاخص شناخته‌بودن ماتریس همبستگی	۳۹۵۴/۶۲۲
سطح معناداری	۰/۰۰۱

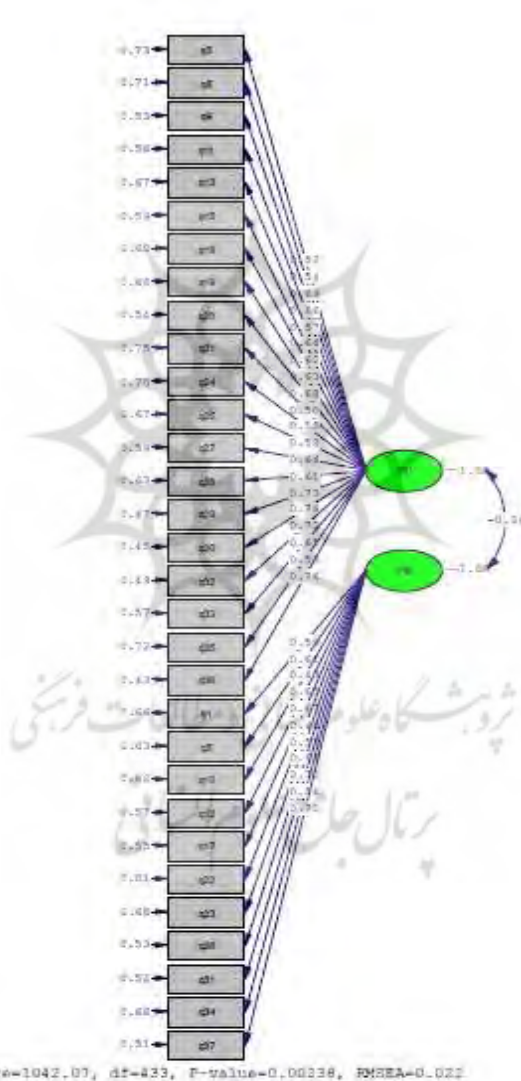
جدول ۲. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی پرسش‌نامه سلامت روان با چرخش واریماکس

شماره و محتوای سؤالات	عامل اول (درماندگی روان‌شناختی)	شماره و محتوای سؤالات	عامل دوم (بهبودی روان‌شناختی)
۲۶. کسل و بی‌روحیه	۰/۷۷	۳۷. با نشاط از خواب بیدارشدن	۰/۷۸
۲۰. تمایل به گریه کردن	۰/۷۳	۲۶. جالب‌بودن زندگی	۰/۷۳
۳۲. ناراحت و آشفته	۰/۷۲	۳۴. احساس خوشحالی	۰/۶۸
۳۰. ناراحت و سردگریبان	۰/۷۰	۲۳. روابط عاطفی	۰/۶۶
۲۹. آشفتگی و بی‌قراری	۰/۷۰	۱۷. احساس آرامش	۰/۶۳
۱۶. اشیائی نداشتن	۰/۷۰	۳۱. شاد و بشاش	۰/۶۳
۳۳. نگرانی	۰/۶۹	۱۲. انتظارداشتن یک روز خوب	۰/۶۰
۱۵. لرزش دست	۰/۶۸	۲۲. آرام کردن خود	۰/۵۸
۱۹. دل‌شکسته و غمگین	۰/۶۷	۱۰. پیوند عاطفی	۰/۵۵
۲۴. اوضاع بر وفق مراد نبودن	۰/۶۴	۱. احساس رضایت از زندگی	۰/۵۲
۲۷. خوشحال نبودن	۰/۶۲	۵. دوست‌داشتن زندگی	۰/۵۲
۲۵. عصبانی بودن	۰/۶۱		
۹. احساس افسردگی	۰/۶۱		
۱۱. فرد بسیار عصبی	۰/۶۱		
۳۵. اضطراب	۰/۵۷		
۲۱. احساس بی‌ارزشی	۰/۵۶		
۲۸. فکر خاتمه‌دادن به زندگی	۰/۵۶		
۳. عصبی و برافروخته	۰/۵۲		
۱۳. احساس تنیدگی	۰/۴۹		
۸. از دست‌دادن کنترل	۰/۴۹		
مقدار ارزش ویژه	۹/۷۳۴		۴/۲۳۶
درصد واریانس تبیین شده	۳۱/۴۰۱		۱۳/۶۶۳

تحلیل عاملی تأییدی

که هرچه مدل به آن‌ها نزدیک شود، از برازش قوی برخوردار است. با توجه به خروجی مدل تحلیل عاملی تأییدی، در حالت اعداد معنادار تمامی ضرایب به‌دست‌آمده معنادار هستند؛ زیرا مقدار آزمون معناداری تک‌تک آن‌ها از ۱/۹۶ بزرگ‌تر است.

برای بررسی تأیید دو عاملی بودن این پرسش‌نامه، از تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شده است. در تحلیل عاملی تأییدی، تعدادی از شاخص‌های مناسب مدل وجود دارد



نمودار ۱- مدل اندازه‌گیری مقیاس سلامت روانی در حالت تخمین استاندارد (درماندگی روان‌شناختی=PD)، (بهزیستی روان‌شناختی=PW)

خروجی بعدی لیزرل، مدل اندازه‌گیری الگوی مقیاس سلامت روان را در حالت تخمین استاندارد نشان می‌دهد (نمودار ۱). با توجه به نتایج نمودار ۱؛ از آنجاکه مقدار جذر برآورد خطای تقریب^۱ نیز کوچکتر از ۰/۰۸ می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت مدل از برازش مناسبی برخوردار است. محاسبه شاخص‌های مناسبت مدل اندازه‌گیری الگوی مقیاس سلامت روان نشان می‌دهد که مدل بدست‌آمده از تحلیل از برازش خوبی برخوردار است؛ لذا می‌توان از این مدل برای اندازه‌گیری الگوی مقیاس سلامت روان استفاده نمود (جدول ۳).

برای بررسی پایایی پرسش‌نامه سلامت روان از دو روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و بازآزمایی (ضریب همبستگی درون طبقه‌ای) به فاصله ۳ هفته استفاده شد که شرح آن در جدول ۴ آمده- است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری الگوی مقیاس سلامت روان مبتنی بر مدل معادلات ساختاری

ردیف	شاخص مناسبت مدل	ارزش‌های موردانتظار (سفارش شده)	ارزش‌های محاسبه‌شده مدل
۱	AGFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۶
۲	IFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۷
۳	CFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۷
۴	RMSEA	پایین‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۲۲
۶	X ^۲ /df	کمتر از ۳	۲/۴

جدول ۴. ضرایب پایایی پرسش‌نامه سلامت روان

مؤلفه‌ها	آلفای کرونباخ	ضریب همبستگی درون طبقه‌ای
درماندگی روان‌شناختی	۰/۸۲۱	۰/۸۰۱
بهبودی روان‌شناختی	۰/۸۱۴	۰/۷۸۲

به‌منظور بررسی روایی همگرای پرسش‌نامه، همبستگی مؤلفه‌های آن با مقیاس ملی سلامت روان ایرانی محاسبه گردید. با توجه به نتایج جدول ۵، همبستگی منفی و معنادار نمرات درماندگی روان-شناختی با نمرات عواطف مثبت و بهبودی، روایی واگرایی پرسش‌نامه را نشان می‌دهد. همبستگی مثبت و معنادار درماندگی روان‌شناختی با افسردگی،

جدول ۵. نتایج مربوط به روایی همگرا و واگرایی پرسش‌نامه

مقیاس	عواطف مثبت	بهبودی	افسردگی	اضطراب	وسواس	اضطراب اجتماعی	اختلال خواب
درماندگی روان‌شناختی	-۰/۷۷	-۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۶۲	۰/۶۸
بهبودی روان‌شناختی	۰/۸۲	۰/۸۴	-۰/۷۷	-۰/۷۳	-۰/۵۷	-۰/۶۱	-۰/۶۹

P < ۰/۰۱

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

نمره درماندگی روان‌شناختی کمتر و میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی بیشتری دارند. این تفاوت از نظر آماری معنادار بوده است. نمره پایین‌تر درماندگی و نمره بالاتر بهزیستی، نشان‌دهنده سلامت روان بیشتر ورزشکاران می‌باشد.

در جدول ۶ شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های پرسش-نامه سلامت روان و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات پرسش‌نامه در میان ورزشکاران مرد و زن آمده است. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که ورزشکاران مرد نسبت به ورزشکاران زن، میانگین

جدول ۶. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های پرسش‌نامه سلامت روان به تفکیک جنسیت و نتایج آزمون تی

آماره	متغیرها	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	t	P
	زن	۵۷/۲۱	۱۴/۵۵	۲۳	۱۰۲			
بهزیستی روان‌شناختی	مرد	۴۸/۳۰	۷/۶۰	۳۰	۶۶	۲/۷۴	۰/۰۰۱	
	زن	۴۶/۸۶	۷/۳۱	۲۹	۶۳			

عبارتند از: درماندگی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی. در مرحله بعد برای تأیید دوعاملی بودن پرسش‌نامه، از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. با توجه به نتایج جدول ۳، از آنجا که مقدار جذر برآورد خطای تقریب ۰/۰۲۲ است و کوچکتر از ۰/۰۸ می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت مدل از برازش مناسبی برخوردار است. سایر شاخص‌ها که همگی بالاتر از ۰/۹ است، مناسب بودن مدل را تأیید می‌کنند؛ بنابراین مدل دوعاملی پرسش‌نامه سلامت روان در میان ورزشکاران از برازش خوبی برخوردار است. هیوبک و نیل (۲۰۰۰) نیز با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، مدل دوعاملی این پرسش‌نامه را تأیید نمودند. همچنین استروف و همکاران (۱۹۹۶) نیز از مدل پنج‌عاملی ویت و ویر (۱۹۸۳) حمایت نکرده و مدل دو عاملی را نشان دادند. این مطالعه نیز تمایزی را بین عوامل منفی (اضطراب، افسردگی و از دست‌دادن کنترل) مرتبط به درماندگی روان‌شناختی در ورزشکاران نشان نداد. به نظر می‌رسد که تبیین این یافته مربوط به این واقعیت باشد که از دست‌دادن کنترل بر افکار، هیجانات، و رفتار، چیزی متمایز از اضطراب و افسردگی نیست. ضریب پایایی و همسانی درونی پرسش‌نامه سلامت

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اعتباریابی پرسش‌نامه سلامت روان (۳۸ سؤالی) در میان ورزشکاران صورت گرفت. با توجه به نتایج پژوهش ویت و ویر (۱۹۸۳) که معتقد بودند این پرسش‌نامه علاوه بر دو عامل کلی، پنج عامل دیگر را نیز پوشش می‌دهد و گزارش مطالعات بعدی هیوبک و نیل (۲۰۰۰) که بر دو-عاملی بودن آن تأکید نمودند؛ لذا جهت بررسی روایی سازه آن در ابتدا از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. براساس آزمون کفایت نمونه‌گیری که مقدار آن ۰/۸۳ بود، با ۹۹ درصد اطمینان نشان داد که داده‌های پژوهش برای تحلیل عاملی قابلیت مناسبی دارد. براساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، بعد از چرخش واریماکس چهار سؤال از عامل اول (درماندگی روان‌شناختی) و سه سؤال از عامل دوم (بهزیستی روان‌شناختی) به‌علت پایین بودن بار عاملی حذف شده‌اند. در مجموع بعد از حذف ۷ هفت سؤال، پرسش‌نامه ۳۸ سؤالی به ۳۱ سؤالی تغییر یافته است. براساس نتایج به‌دست‌آمده، پرسش‌نامه سلامت روان دارای دو عامل بوده است. این دو عامل به‌ترتیب درصد واریانس ارزش ویژه در تبیین سلامت روان

روان که از طریق آلفای کرونباخ و بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ به‌دست آمد، نشان‌دهنده همسانی درونی مقبول و ثبات نمرات پرسش‌نامه سلامت روان در طی زمان است که هم‌راستا با یافته‌های دیگر پژوهشگران (استروف و همکاران، ۱۹۹۶؛ هیوبک و نیل، ۲۰۰۰؛ بشارت، ۲۰۰۶) است.

به‌منظور بررسی روایی پرسش‌نامه از مقیاس ملی سلامت روان پور شریفی و همکاران (۲۰۱۲) استفاده شد. نتایج حاکی از همبستگی معنادار نمرات پرسش‌نامه با نمرات مقیاس ملی سلامت روان بود. همچنین همبستگی منفی و معنادار بین بهزیستی روان‌شناختی با افسردگی، اضطراب، وسواس، اضطراب اجتماعی و اختلال خواب، نشان‌دهنده روایی واگرایی پرسش‌نامه بوده و همبستگی مثبت و معنادار بین درماندگی روان‌شناختی با افسردگی، اضطراب، وسواس، اضطراب اجتماعی و اختلال خواب، بیان‌کننده روایی همگرایی پرسش‌نامه می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی درمورد اعتبار هم‌زمان پرسش‌نامه سلامت روان مطابقت می‌کند (ویت و ویر، ۱۹۸۳؛ هیوبک و نیل، ۲۰۰۰؛ بشارت، ۲۰۰۶). آن‌ها بین نمرات این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه سلامت عمومی همبستگی معناداری را گزارش نمودند. از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که میانگین نمرات کل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ورزشکاران مرد، به‌طور معناداری بیشتر از ورزشکاران زن است. در راستای این پژوهش، مطالعات دیگر نیز نشان دادند که بازیکنان بدمینتون زن نخبه نسبت به مردان، نمره‌های افسردگی و خستگی بالاتر و نمره‌های سرزندگی پایین‌تری داشتند (فرخی، متشرعی، قلی‌زاده و زکی‌زاده، ۲۰۰۹). همچنین در بررسی نقش اهداف پیشرفت و اثرات جنسیتی در اضطراب چندبعدی ورزشکاران نخبه مشخص شد که ورزشکاران نخبه زن برای رسیدن به پیشرفت در عملکردشان، سطوح بالاتری از نگرانی، اضطراب بدنی و اختلال در تمرکز

را گزارش نمودند (آبراهام‌سن، رابرتز، و پنس‌گارد، ۲۰۰۸). به‌طورکلی براساس پژوهش‌های انجام‌شده، زنان در مقایسه با مردان در تجربه عواطف منفی نمره‌های بالاتری گزارش می‌کنند (نالن هوکسما، ۲۰۰۵). در این‌راستا به منظور تبیین نقش تفاوت جنسیتی در تجربه عواطف مثبت و منفی، تبیین‌های مختلف زیست‌شناختی، روان‌شناختی، ژنتیکی و اجتماعی به‌کار رفته است. از دیدگاه روان‌شناختی متغیرهای جهت‌گیری بین‌فردی، نشخوارذهنی و سبک‌های مقابله با تنیدگی مورد توجه پژوهشگران بوده است (ویلسون، پیتچارد و ریوالی، ۲۰۰۵). البته این بدان معنا نیست که نمره سلامت روان زنان از حد طبیعی پایین‌تر بوده است؛ چراکه هر دو گروه ورزشکاران مرد و زن، نمره سلامت روان بالاتر از میانگین را نشان دادند. همان‌طور که مورگان (۱۹۸۵) نیز پس از یک سری مطالعات نشان داد که ورزشکاران موفق دارای خصیصه‌های مثبت سلامت روان (خلق مثبت) بیشتر و خصیصه‌های منفی سلامت روان (خلق منفی) کمتری نسبت به مردم عادی و ورزشکاران کمتر موفق برخوردار می‌باشند و نیم رخ خلقی منحصر به فردی دارند که آن را نیم‌رخ کوه یخی نامید (واعظ‌موسوی و مسیبی، ۲۰۱۱). یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر که در تفسیر و تعمیم نتایج باید آنها را مدنظر قرار داد این بود که داده‌ها فقط از ورزشکاران نخبه و حرفه‌ای جمع‌آوری شده بودند؛ بنابراین نتایج این مطالعه را می‌توان به جامعه ورزشکاران حرفه‌ای تعمیم داد؛ لذا بهتر است پژوهش دیگری با در نظر گرفتن ورزشکاران با سطوح مهارتی مختلف از مبتدی تا حرفه‌ای انجام شود.

به‌طورکلی نتایج این پژوهش بیان‌کننده این است که پرسش‌نامه سلامت روان در میان ورزشکاران ایرانی

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه دکتری می‌باشد که با همکاری وزارت ورزش و جوانان صورت گرفته - است. بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه ورزشکاران تیم ملی و لیگ‌برتر و همکاری فدراسیون‌ها و مربیانی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، سپاس‌گزاری می‌شود.

دارای خصوصیات روان‌سنجی معتبری است و پژوهشگران می‌توانند از آن به‌عنوان ابزاری برای سنجش بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی در ورزشکاران استفاده کنند. استفاده از این ابزار بستر مناسبی را برای شناسایی نقاط ضعف ورزشکاران و طراحی آموزش‌های روان‌شناختی برای روان‌شناسان ورزش فراهم می‌کند.

منابع

1. Abrahamsen, F., Roberts, G., & Pensgaard, M. (2008). Achievement goals and gender effects on multi dimensional anxiety in national elite sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, Pp: 449-46.
2. Besharat, M.A. (2006). Rliability and validity of mental health scale. *Daneshvar Raftar*. 13(16), Pp: 11-16. In Persian
3. Brewer, B.W. (2009). *HandBook of sports medicine and science sport psychology*. Blackwell publishing.
4. Deci, EL, & Ryan, RM (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, Pp: 1-11.
5. Drapeau, A., Marchand, A., Beaulieu-Prevost, D. (2012). Epidemiology of psychological Distress, Mental Illness-Undrestanding, Prediction and control, prof. Luciano LAbate (ED), Available from: www.ntechnopen.com/books/mental-Illness.PP. 3.
6. Farrokhi, A., Motesharaei, E., Gholizadeh, A., ZakiZadeh, B. (2009). Norm And comparison of male and female elite badminton players of mood states. *Journal of Sports management and Motor behavior*. 5(10), Pp: 1-12. In Persian
7. Heubeck, B. G., & Neill, J. T. (2000). Internal validity and reliability of the 30 item Mental Health Inventory for Australian Adolescents. *Psychological Reports*, 87, Pp: 431-440.
8. Kendall, P.C., & Watson, D. (1989). Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features (Academic Press, NT), Pp: 3-25.
9. Lane, A. M., Soos, I., Leibinger, E., Karsai, I., & Hamar, P. (2007). Validity of the Brunel Mood Scale for use with UK, Italian and Hungarian Athletes. In AM. Lane (ed.), *Mood and human performance: Conceptual, measurement, and applied issues* Pp: 119-130. Hauppauge, NY: Nova Science.
10. Lazzaro, S.D. (2000). Emotional intelligence, meaning and psychological well-being: A comparison between early and late adolcence. MA. Student thesis.
11. Masse, R., et al. (1998). The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and wellbeing measures. *Social Indicators Research* 45: Pp: 475-504.
12. Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in depression. *Handbooks of depression*. New York: Guilford press.
13. Ostroff, J.S., Woolverton, K.S., Berry, C., & Lesko, L.M. (1996). Use of the Mental Health Inventory with adolescents: a secondary analysis of the Rand Health Insurance Study. *Psychological Assessment*, 8, Pp: 105-107.
14. Poursharifi, H., Akbari Zardkhaneh, S.,

- Yaghubi, H., Peyravi, H., Hassan Abadi, H.R., Hamid Pour, H., Sobhi Gharamaleki, N., Mahmudi, M. (2012). Psychometric properties of Iranian Mental Health Scale for students. *Applied Psychological Research Quarterly*. 3(3), Pp: 61-84. In Persian
15. Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), Pp: 1069-1081.
16. Ryff, CD. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*; 359: Pp: 1383-1394.
17. Salama-Younes, M. (2011). Positive Mental Health, Subjective Vitality and Satisfaction with Life for French Physical Education Students. *World Journal of Sport Sciences* 4 (2): 90-97.
18. Serpentine, S., Del Bianco, P., Alducci, E., Toppan, P., Ferretti, F., Folin, M., & Pucciarelli, S. (2011). Psychological well-being outcomes in disease-free survivors of mid-low rectal cancer following curative surgery. *Psycho-Oncology*, 20 (7), 706-714..
19. Terry, P.C., Malekshai, M., Delva, D.A. (2011). Development and Initial Validation of the Farsi Mood Scale. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*. 10(2): Pp: 112-122.
20. Vaez Mousavi, M., Samandar, G.R. (2002). The Norm Profile of Mood States For the elite of seven sports. *Olympic Journal*. 10 (22), Pp: 5-18. In Persian
21. Vaez Mousavi, M., Mosayebi, F. (2011). *Sport psychology*. Tehran, Samt Pub. Third Edition, Pp: 123. In Persian
22. Veit, C.T., Ware, J.E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51(5): Pp: 730-742.
23. Wilson, G.S., Pritchard, M.E., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: the effects of gender and coping. *Journal of adolescence*, 28, Pp: 369-379.
24. Winefield, H.R., Gill, T.K., Taylor, A., & Pilkington, R.M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*. Pp: 1522-1533.
25. World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

نسخه فارسی پرسش‌نامه سلامت روان (MHI-31)

خواهشمند است سوالات زیر را با دقت بخوانید و با کشیدن دایره دور یکی از اعداد ۱ تا ۶ از خیلی کم تا خیلی زیاد، احساس خود را مشخص کنید. توجه داشته باشید که برای پاسخ‌دهی به عبارت‌های این آزمون، صرفاً نگرش‌ها، احساسات و رفتار یک‌ماه گذشته خود را مد نظر داشته باشید.

خیلی زیاد		سوال	خیلی کم						
۱	۲		۳	۴	۵	۶			
		۱. از یک ماه گذشته تا به امروز، چقدر احساس شادمانی و رضایت داشته اید؟							
		۲. از یک ماه گذشته تا به امروز، هنگام مواجهه با موقعیت‌های غیر منتظره یا دشوار، تا چه اندازه عصبی یا برافروخته شده اید؟							
		۳. تا چه حد زندگی روزانه تان جالب و دوست داشتنی بود؟							
		۴. از یک ماه گذشته تا به امروز، تا چه اندازه فکر کرده اید در حال از دست دادن کنترل خود بر نحوه اعمال، گفتار، افکار، احساس، یا حافظه تان هستید؟							
		۵. از یک ماه گذشته تا به امروز، تا چه اندازه احساس افسردگی می کردید؟							
		۶. از یک ماه گذشته تا به امروز، تا چه حد احساس می کردید مورد علاقه و محبت دیگران هستید؟							
		۷. از یک ماه گذشته تا به امروز، تا چه اندازه احساس می کردید فردی بسیار عصبی هستید؟							
		۸. از یک ماه گذشته تا به امروز، وقتی صبح‌ها از خواب بلند می شدید چقدر انتظار یک روز خوب و زیبا را داشتید؟							
		۹. از یک ماه گذشته تا به امروز، تا چه اندازه احساس تنیدگی و عصبانیت می کردید؟							
		۱۰. تا چه اندازه احساس می کردید موفق انجام کاری دستتان می لرزد؟							
		۱۱. تا چه اندازه احساس می کردید دیگر آن اشتیاق سابق را ندارید؟							
		۱۲. تا چه اندازه احساس آرامش و آسایش کردید؟							
		۱۳. تا چه اندازه دل شکسته و غمگین بودید؟							
		۱۴. تا چه اندازه دوست داشتید گریه کنید؟							
		۱۵. تا چه اندازه احساس کرده اید اگر مرده بودید دیگران از دست شما راحت می شدند؟							
		۱۶. تا چه حد به راحتی می توانستید خودتان را آرام کنید؟							
		۱۷. تا چه اندازه روابطتان با دیگران کاملاً دوستانه و صمیمی بوده است؟							
		۱۸. تا چه اندازه احساس کردید اوضاع بر وفق مراد شما نیست؟							
		۱۹. تا چه اندازه به خاطر عصبانی بودن تان اذیت شدید؟							
		۲۰. تا چه اندازه زندگی شما جالب و مهیج بوده است؟							
		۲۱. تا چه اندازه احساس کردید هیچ چیزی نمی تواند شما را خوشحال کند؟							
		۲۲. تا چه حد این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگی‌تان خاتمه دهید؟							
		۲۳. تا چه حد احساس آشفتگی و بی‌قراری می کردید؟							
		۲۴. تا چه حد احساس می کردید ناراحت و سردرگم هستید؟							
		۲۵. تا چه حد شاد و بشاش بودید؟							
		۲۶. تا چه حد ناراحت و اشتهه هستید؟							
		۲۷. تا چه حد دچار اضطراب و نگرانی هستید؟							
		۲۸. تا چه حد احساس خوشحالی می کنید؟							
		۲۹. تا چه حد احساس می کردید نمی توانید خودتان را آرام کنید؟							
		۳۰. تا چه حد احساس می کردید کسل و بی‌روحیه هستید؟							
		۳۱. تا چه حد سرحال و بانشاط از خواب بیدار می شدید؟							