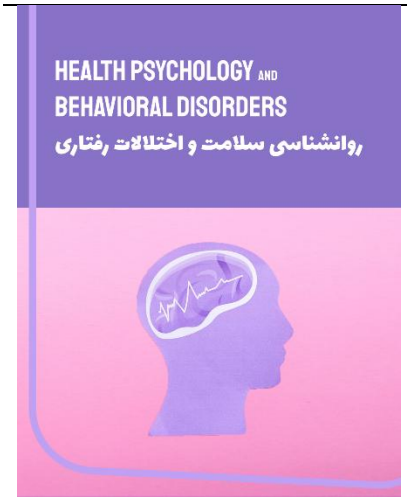
استخراج مؤلفه‌های پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر تعریف سازمان جهانی بهداشت در دانشجویان دانشگاه‌های شهر یاسوج

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۸ تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف استخراج و تعیین مؤلفه‌ها و گویه‌های پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر تعریف سازمان جهانی بهداشت در دانشجویان دانشگاه‌های شهر یاسوج انجام شد. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی–پیمایشی با رویکرد ابزارسازی بود. جامعه هدف شامل دانشجویان دانشگاه‌های شهر یاسوج در سال تحصیلی ۱۴۰۳–۱۴۰۴ بود. در مرحله استخراج و ارزیابی گویه‌ها، ۱۰ متخصص حوزه‌های روان‌شناسی، سلامت روان، مشاوره و روان‌سنجی به روش هدفمند انتخاب شدند. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، مبانی نظری و بررسی پیشینه، ابتدا ۷۰ گویه تدوین شد. روایی محتوایی گویه‌ها با استفاده از نسبت روایی محتوایی و نظر خبرگان بررسی گردید و مقدار ۰٫۶۲ به‌عنوان حداقل مقدار قابل قبول در نظر گرفته شد. سپس، روش دلفی در دو دور اجرا شد و گویه‌های دارای میانگین کمتر از ۵ حذف یا بازنگری شدند. میزان توافق خبرگان نیز با استفاده از ضریب هماهنگی کندال ارزیابی شد. نتایج روایی محتوایی نشان داد که گویه‌های دارای نسبت روایی محتوایی برابر یا بیشتر از ۰٫۶۲ از ضرورت و تناسب محتوایی قابل قبول برخوردار بودند. در جریان دو دور دلفی، گویه‌های دارای توافق ناکافی حذف شدند و میزان همگرایی دیدگاه خبرگان افزایش یافت. ضریب هماهنگی کندال از ۰٫۷۸۹ در دور نخست به ۰٫۸۱۲ در دور دوم افزایش یافت. در نهایت، ۴۸ گویه در قالب ۱۰ مؤلفه شامل بهزیستی روانی و رضایت از زندگی، بهزیستی جسمانی، بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق، رشد فردی و تحصیلی، خودکارآمدی و ادراک کنترل، مقابله با استرس و تاب‌آوری، عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر، عملکرد فعالیت‌های غیردرسی، مشارکت اجتماعی و سطح پایین علائم اختلال انتخاب شد. پرسشنامه تدوین شده، سلامت روان دانشجویان را به‌عنوان سازه‌ای چندبعدی شامل ظرفیت‌های مثبت روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و تحصیلی و نیز سطح پایین علائم مختل‌کننده بازنمایی می‌کند و می‌تواند مبنایی برای ارزیابی، غربالگری و طراحی برنامه‌های ارتقای سلامت روان در محیط‌های دانشگاهی باشد.

کلیدواژگان: *سلامت روان، سازمان جهانی بهداشت، دانشجویان، ابزارسازی، روایی محتوایی، روش دلفی*



بهرام نامجو[۱]، شیرعلی خرامین[۲*]، علیرضا ماردپور[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:
shirali.kharamin@yums.ac.ir

شیوه استناددهی: نامجو، بهرام.، خرامین، شیرعلی.، و ماردپور، علیرضا. (۱۴۰۳). استخراج مؤلفه‌های پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر تعریف سازمان جهانی بهداشت در دانشجویان دانشگاه‌های شهر یاسوج. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۲(۴)، ۱-۲۳.

© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

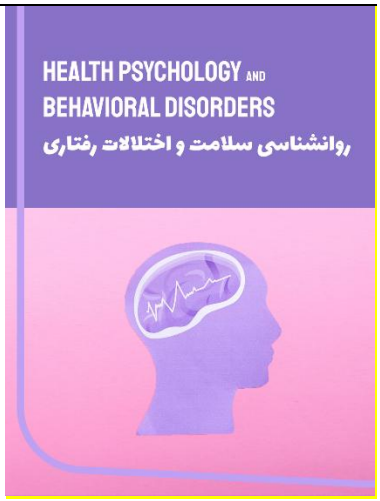
Extraction of the Components of a Mental Health Questionnaire Based on the World Health Organization's Definition among University Students in Yasuj

Submit Date: 2024-12-30 Revise Date: 2025-02-14 Accept Date: 2025-02-16 Final Publish Date: 2025-02-28

Abstract

This study aimed to extract and determine the components and items of a mental health questionnaire based on the World Health Organization's definition among university students in Yasuj. This applied study employed a descriptive survey design with an instrument-development approach. The target population consisted of students enrolled at universities in Yasuj during the 2024–2025 academic year. At the item-development and evaluation stage, 10 experts in psychology, mental health, counseling, and psychometrics were purposively selected. Based on the World Health Organization's definition, relevant theoretical foundations, and previous studies, an initial pool of 70 items was developed. The content validity of the items was assessed using the content validity ratio and expert judgments, with 0.62 considered the minimum acceptable value. The Delphi method was subsequently conducted in two rounds, and items with mean ratings below 5 were deleted or revised. Kendall's coefficient of concordance was used to assess agreement among the experts. Content-validity analysis indicated that items with content validity ratios equal to or greater than 0.62 had acceptable necessity and conceptual relevance. During the two Delphi rounds, items with insufficient expert agreement were removed, and convergence among expert judgments increased. Kendall's coefficient of concordance increased from 0.789 in the first round to 0.812 in the second round. The final questionnaire consisted of 48 items across 10 components: psychological well-being and life satisfaction, physical well-being, social well-being and sense of belonging, personal and academic growth, self-efficacy and perceived control, stress coping and resilience, academic performance and effective learning, performance of extracurricular activities, social participation, and low levels of disorder symptoms. The developed questionnaire represents student mental health as a multidimensional construct encompassing positive psychological, physical, social, and academic capacities as well as low levels of disabling symptoms. It may provide a suitable basis for assessment, screening, and the development of mental health promotion programs in university settings.

Keywords: *Mental health, World Health Organization, university students, instrument development, content validity, Delphi method*



Bahram Namjoo[1], Shirali Kharamin[2]*, Alireza Maredpour[3]

1. PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran

*Corresponding Author's Email: shirali.kharamin@yums.ac.ir

How to cite: Namjoo, B., Kharamin, Sh., & Maredpour, A. (2024). Extraction of the Components of a Mental Health Questionnaire Based on the World Health Organization's Definition among University Students in Yasuj. *Health Psychology and Behavioral Disorders, 2*(4), 1-23.

© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

سلامت روان یکی از بنیادی‌ترین ابعاد سلامت انسان و از پیش‌شرط‌های اصلی رشد فردی، عملکرد اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و مشارکت سازنده در جامعه به شمار می‌رود. در رویکردهای معاصر، سلامت روان صرفاً به معنای فقدان بیماری یا اختلال روان‌شناختی نیست، بلکه وضعیتی پویا از بهزیستی است که در آن فرد می‌تواند توانایی‌های خود را بشناسد، با فشارهای معمول زندگی مقابله کند، به‌صورت مؤثر و مولد فعالیت داشته باشد و در اجتماع نقش سازنده‌ای ایفا کند. این برداشت، سلامت روان را از یک مفهوم آسیب‌محور و بالینی فراتر می‌برد و آن را به سازه‌ای چندبعدی تبدیل می‌کند که مؤلفه‌های هیجانی، شناختی، جسمانی، اجتماعی و کارکردی را دربر می‌گیرد (World Health Organization, 2024b). سازمان جهانی بهداشت همچنین تأکید می‌کند که سلامت روان در طول زندگی تحت تأثیر تعامل مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی قرار دارد و ازاین‌رو، تقویت آن مستلزم توجه هم‌زمان به عوامل محافظت‌کننده و عوامل خطر در سطوح مختلف است (World Health Organization, 2024a). بر این اساس، ارزیابی دقیق سلامت روان مستلزم بهره‌گیری از ابزارهایی است که نه‌تنها نشانه‌های بیماری، بلکه ظرفیت‌های مثبت فرد، کیفیت عملکرد روزانه، احساس معنا، روابط اجتماعی و توان مقابله با چالش‌ها را نیز پوشش دهند.

ضرورت دستیابی به تعریفی جامع و مورد توافق از سلامت روان، در سال‌های اخیر بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفته است. تنوع دیدگاه‌ها درباره ماهیت سلامت روان موجب شده است که برخی ابزارها بر نشانه‌های منفی مانند افسردگی، اضطراب و اختلال عملکرد تمرکز کنند، درحالی‌که برخی دیگر بیشتر به بهزیستی، رضایت از زندگی، احساس تعلق و شکوفایی فردی می‌پردازند. این پراکندگی مفهومی ممکن است به تفاوت در نتایج مطالعات، دشواری مقایسه یافته‌ها و محدودیت در طراحی مداخلات منجر شود. ازاین‌رو، وجود یک تعریف توافقی و عملیاتی که بتواند هم ابعاد مثبت و هم ابعاد منفی سلامت روان را دربر گیرد، برای پژوهش، سیاست‌گذاری و خدمات بالینی ضروری است (Galderisi, 2024). تعریف سازمان جهانی بهداشت از این جهت اهمیت دارد که سلامت روان را به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از سلامت عمومی و در قالب توانایی فرد برای زندگی رضایت‌بخش، مقابله مؤثر با فشارها، ایفای نقش و مشارکت اجتماعی مفهوم‌پردازی می‌کند. چنین رویکردی می‌تواند مبنای مناسبی برای طراحی ابزارهای جامع، بومی و متناسب با بافت‌های فرهنگی و جمعیتی مختلف باشد.

دیدگاه زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نیز نشان می‌دهد که سلامت روان حاصل تعامل پیچیده فرایندهای بدنی، شناختی، عاطفی و اجتماعی است. بر اساس الگوی زیستی–روانی–اجتماعی، نمی‌توان سلامت یا اختلال روانی را تنها با یک عامل زیستی یا روان‌شناختی توضیح داد، بلکه وضعیت فرد نتیجه تعامل شرایط جسمانی، ویژگی‌های شخصیتی، شیوه‌های تفکر، منابع حمایتی، روابط اجتماعی و موقعیت‌های محیطی است (Engel, 2024). در این چارچوب، مؤلفه‌هایی مانند سلامت جسمانی، رضایت از زندگی، خودکارآمدی، احساس کنترل، حمایت اجتماعی، توانایی ایفای نقش و کیفیت عملکرد تحصیلی می‌توانند هم‌زمان بر وضعیت سلامت روان اثرگذار باشند. بنابراین، هر ابزاری که برای سنجش سلامت روان طراحی می‌شود، باید از تقلیل این مفهوم به مجموعه‌ای محدود از علائم اجتناب کند و ابعاد مختلف عملکرد انسانی را در نظر گیرد.

یکی از ابعاد اصلی سلامت روان، کیفیت فرایندهای شناختی و چگونگی تفسیر رویدادهای زندگی است. رویکرد شناختی بیان می‌کند که افکار، باورها و ارزیابی‌های فرد نقش مهمی در شکل‌گیری هیجان‌ها و رفتارهای او دارند. الگوهای فکری ناکارآمد می‌توانند احساس درماندگی، ناامیدی، اضطراب و کاهش عزت‌نفس را تشدید کنند، درحالی‌که ارزیابی‌های واقع‌بینانه و انعطاف‌پذیر، توان حل مسئله و سازگاری را افزایش می‌دهند (Beck, 2024). از این منظر، مؤلفه‌هایی مانند امید به آینده، احساس کارآمدی، باور به توانایی اصلاح نقاط ضعف، ادراک کنترل بر شرایط زندگی و اطمینان از توانایی به پایان رساندن فعالیت‌ها از شاخص‌های مهم سلامت روان محسوب می‌شوند. این مؤلفه‌ها به‌ویژه در دوره دانشجویی اهمیت دارند، زیرا دانشجویان با تصمیم‌های تحصیلی، شغلی، هویتی و بین‌فردی متعددی مواجه‌اند و نوع ارزیابی آنان از توانایی‌های خود می‌تواند بر سلامت روان و عملکردشان اثر بگذارد.

نحوه ارزیابی و مقابله با استرس نیز از عناصر محوری سلامت روان است. استرس زمانی شکل می‌گیرد که فرد نیازهای محیط را فراتر از منابع و توانایی‌های خود ارزیابی کند. بااین‌حال، پیامدهای استرس صرفاً به شدت موقعیت وابسته نیست، بلکه به ارزیابی شناختی فرد و راهبردهای مقابله‌ای او نیز بستگی دارد. افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای سازنده، حل مسئله، تنظیم هیجان و استفاده از حمایت اجتماعی بهره می‌گیرند، در مواجهه با فشارهای زندگی سازگاری بیشتری نشان می‌دهند (Lazarus & Folkman, 2024). دانشجویان به دلیل مواجهه با امتحانات، تکالیف فشرده، نگرانی درباره آینده شغلی، محدودیت‌های مالی، تغییر محیط زندگی و انتظارات خانوادگی، در معرض منابع متعدد استرس قرار دارند. ازاین‌رو، توانایی مدیریت استرس، برقراری تعادل میان مطالعه و استراحت، یافتن راه‌حل‌های سازنده و بازگشت به عملکرد عادی پس از رویدادهای ناخوشایند، باید در سنجش سلامت روان آنان مورد توجه قرار گیرد.

روابط اجتماعی و کیفیت تعامل فرد با دیگران نیز از مؤلفه‌های تعیین‌کننده سلامت روان هستند. اختلال در روابط اجتماعی می‌تواند به انزوا، کاهش حمایت عاطفی، تشدید افکار منفی و کاهش عملکرد منجر شود، درحالی‌که روابط ایمن و حمایت‌کننده زمینه احساس تعلق، پذیرش و امنیت روانی را فراهم می‌کنند (Coyne, 2024). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی با کاهش فشار روانی و بهبود سلامت روان ارتباط دارد و بخشی از این رابطه از طریق کاهش استرس ادراک‌شده تبیین می‌شود (Wang et al., 2024). در محیط دانشگاه نیز احساس تعلق به جمع همکلاسی‌ها، امکان دریافت حمایت در زمان بروز مشکل، تجربه احترام و پذیرش و توانایی برقراری همکاری مؤثر با دیگران می‌تواند نقش محافظتی مهمی داشته باشد. نتایج مطالعات داخلی نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی با سلامت روان و عملکرد اجتماعی بهتر دانشجویان همراه است و می‌تواند پیامدهای منفی فشارهای تحصیلی و بین‌فردی را کاهش دهد (Fallah & Hosseini, 2023).

سلامت روان در دوره دانشجویی به دلیل ویژگی‌های تحولی و شرایط خاص این دوره از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ورود به دانشگاه معمولاً با افزایش استقلال، تغییر شبکه‌های اجتماعی، فاصله گرفتن از خانواده، مواجهه با مطالبات تحصیلی جدید و ضرورت تصمیم‌گیری درباره آینده همراه است. اگرچه این دوره می‌تواند فرصت مهمی برای رشد فردی و فکری باشد، هم‌زمان ممکن است آسیب‌پذیری فرد را در برابر اضطراب، افسردگی، فرسودگی تحصیلی و کاهش عملکرد افزایش دهد. مرور شواهد نشان می‌دهد که مشکلات سلامت روان با افزایش احتمال وقفه یا عدم ادامه تحصیل دانشگاهی همراه‌اند و می‌توانند بر مشارکت در کلاس، انگیزش، تمرکز و موفقیت تحصیلی اثر منفی بگذارند (Leow, 2024). بررسی دانشجویان علوم پزشکی نیز حاکی از شیوع قابل توجه استرس، اضطراب و افسردگی در این گروه است که ضرورت غربالگری، پیشگیری و طراحی ابزارهای مناسب برای ارزیابی وضعیت آنان را برجسته می‌کند (Mafi-Nejad et al., 2024).

سلامت روان دانشجویان تنها با کاهش نشانه‌های منفی تعریف نمی‌شود، بلکه با کیفیت زندگی، احساس رشد و توانایی بهره‌گیری از فرصت‌های تحصیلی نیز ارتباط دارد. دانشجویی که از سلامت روان مطلوب برخوردار است، نه‌تنها نشانه‌های شدید اضطراب یا افسردگی را تجربه نمی‌کند، بلکه می‌تواند از زندگی روزمره لذت ببرد، فعالیت‌های تحصیلی را به‌طور مؤثر انجام دهد، روابط رضایت‌بخش برقرار کند و احساس کند که در مسیر رشد و شکوفایی قرار دارد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که ارتقای سلامت روان می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی دانشجویان منجر شود و زمینه مشارکت فعال‌تر آنان را در فرایندهای آموزشی و اجتماعی فراهم کند (Jirehnejadian & Abbaspour, 2023). همچنین، آموزش مهارت‌های زندگی از طریق تقویت خودآگاهی، حل مسئله، ارتباط مؤثر و مدیریت هیجان می‌تواند سلامت روان دانش‌آموزان و جوانان را بهبود بخشد (Emadian & Hosseini, 2023). این شواهد نشان می‌دهند که سلامت روان یک سازه قابل تقویت است و سنجش دقیق مؤلفه‌های آن می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های آموزشی و پیشگیرانه باشد.

ادبیات سلامت روان همچنین بر اهمیت سواد سلامت روان و نگرش افراد نسبت به دریافت کمک تخصصی تأکید دارد. حتی در صورت وجود مشکلات روان‌شناختی، بسیاری از افراد به دلیل ناآگاهی، ترس از انگ اجتماعی، نگرش منفی به خدمات روان‌شناختی یا تصور ناکارآمدی درمان از کمک‌گیری اجتناب می‌کنند. رابطه میان سواد سلامت روان و نگرش مثبت‌تر به کمک‌خواهی حرفه‌ای نشان می‌دهد که شناخت نشانه‌ها، آگاهی از منابع حمایتی و باور به اثربخشی خدمات می‌تواند زمینه استفاده به‌موقع از حمایت‌های تخصصی را فراهم کند (Fazlifar et al.,

2023). موانع کمک‌خواهی ممکن است در گروه‌های مختلف جمعیتی شکل‌های متفاوتی داشته باشند، اما عواملی مانند انگ، خوداتکایی افراطی، نگرانی درباره محرمانگی و دشواری دسترسی به خدمات در بسیاری از جمعیت‌ها مشترک‌اند (Adams et al., 2024). در محیط دانشگاه نیز وجود یک ابزار جامع می‌تواند به شناسایی دانشجویانی کمک کند که ممکن است هنوز به مرحله اختلال شدید نرسیده باشند، اما در برخی ابعاد مانند تعلق اجتماعی، مقابله با استرس یا عملکرد روزانه آسیب‌پذیر باشند.

در کنار عوامل روان‌شناختی و اجتماعی، فعالیت بدنی و ارتباط با محیط نیز می‌توانند در سلامت روان نقش داشته باشند. مداخلات مبتنی بر پیاده‌روی در طبیعت با کاهش استرس و بهبود خلق و بهزیستی روان‌شناختی در بزرگسالان همراه دانسته شده‌اند (Ma et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهند که سلامت روان با الگوهای زندگی روزمره، میزان انرژی جسمانی، تحرک، کیفیت محیط و توانایی مشارکت در فعالیت‌های معمول پیوند دارد. بنابراین، توجه به بهزیستی جسمانی در طراحی پرسشنامه سلامت روان ضروری است، زیرا احساس انرژی، رضایت از سلامت جسمانی و نداشتن محدودیت جدی در انجام فعالیت‌های روزمره می‌توانند بر خلق، انگیزش و کیفیت عملکرد تحصیلی تأثیر بگذارند.

دوره نوجوانی و اوایل بزرگسالی به‌عنوان یکی از مراحل حساس در شکل‌گیری الگوهای پایدار سلامت روان شناخته می‌شود. بسیاری از مشکلات روان‌شناختی نخستین بار در این دوره بروز می‌کنند و در صورت شناسایی‌نشدن می‌توانند به سال‌های بعد منتقل شوند. از دیدگاه بهداشت عمومی، توجه به سلامت روان نوجوانان و جوانان نه‌تنها برای کاهش بار اختلالات، بلکه برای تقویت بهزیستی، تاب‌آوری و مشارکت اجتماعی آنان ضروری است (Kapadia, 2024). روابط خانوادگی و شیوه‌های ارتباطی والدین نیز می‌توانند با افسردگی و اضطراب نوجوانان ارتباط داشته باشند و بر نحوه سازگاری آنان در ورود به دوره جوانی اثر بگذارند (Soleimani & Adamzadeh, 2023). ازاین‌رو، دانشجویان با پیشینه‌های متفاوت خانوادگی و اجتماعی ممکن است در ابعاد گوناگون سلامت روان، نیازها و آسیب‌پذیری‌های متفاوتی داشته باشند.

تفاوت‌های فرهنگی نیز در تعریف، تجربه و بیان سلامت روان نقش مهمی دارند. مفاهیمی مانند رضایت از زندگی، عملکرد اجتماعی، احساس مسئولیت، معنای زندگی و خودکارآمدی ممکن است در جوامع مختلف به شکل‌های متفاوتی تفسیر شوند. ازاین‌رو، استفاده صرف از ابزارهایی که در بافت‌های فرهنگی دیگر طراحی شده‌اند، ممکن است تمامی ابعاد مهم تجربه دانشجویان ایرانی را منعکس نکند. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نشان داده‌اند که می‌توان ابزارهای روان‌شناختی را با توجه به مبانی فرهنگی و نظری خاص طراحی و هنجاریابی کرد؛ برای مثال، تدوین آزمون سلامت روان بزرگسالان بر اساس آیات قرآن نشان‌دهنده توجه به ظرفیت‌های فرهنگی و دینی در مفهوم‌پردازی سلامت روان است (Zahmatkesh et al., 2023). همچنین، ساخت و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه‌های بومی در حوزه ابعاد روانی–اجتماعی نشان داده است که فرایند ابزارسازی باید بر استخراج دقیق مؤلفه‌ها، ارزیابی نظر متخصصان و پالایش نظام‌مند گویه‌ها استوار باشد (Karimi et al., 2023).

مرور پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از مطالعات سلامت روان بر گروه‌های خاص، نشانه‌های اختلال یا عوامل همبسته متمرکز بوده‌اند. برای نمونه، تحلیل پژوهش‌های حوزه سلامت روان سالمندان در ایران نشان داده است که موضوعاتی مانند افسردگی، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت جسمانی از محورهای پرتکرار این حوزه‌اند (Masoudi et al., 2023). اگرچه این مطالعات شناخت ارزشمندی از عوامل مرتبط با سلامت روان فراهم کرده‌اند، تعمیم مستقیم یافته‌ها و ابزارهای مربوط به سایر گروه‌های سنی به دانشجویان ممکن است مناسب نباشد. دانشجویان با تکالیف تحولی و نقش‌های اختصاصی مانند یادگیری، حضور فعال در کلاس، انجام تکالیف، مدیریت زمان، سازگاری با محیط دانشگاه و برنامه‌ریزی برای آینده روبه‌رو هستند. بنابراین، سنجش سلامت روان در این جمعیت باید مؤلفه‌هایی را دربر گیرد که با تجربه زیسته و نقش‌های واقعی آنان همخوان باشد.

یکی دیگر از مسائل مهم در سنجش سلامت روان، تعادل میان ابعاد مثبت و علائم اختلال است. بسیاری از پرسشنامه‌های رایج عمدتاً بر نشانه‌های اضطراب، افسردگی، مشکلات خواب یا اختلال عملکرد تمرکز دارند. این ابزارها برای شناسایی افراد در معرض خطر مفیدند، اما ممکن است اطلاعات محدودی درباره توانمندی‌ها، رضایت از زندگی، رشد فردی، مشارکت اجتماعی و تاب‌آوری ارائه دهند. در مقابل، ابزارهایی که

صرفاً به بهزیستی مثبت می‌پردازند، ممکن است نشانه‌های بالینی یا اختلال در عملکرد را به اندازه کافی پوشش ندهند. تعریف سازمان جهانی بهداشت امکان تلفیق این دو رویکرد را فراهم می‌کند؛ به این معنا که سلامت روان مطلوب هم مستلزم سطح پایین علائم ناتوان‌کننده و هم برخورداری از ظرفیت‌های مثبت روانی و اجتماعی است (World Health Organization, 2024b). بر همین اساس، طراحی یک پرسشنامه جامع برای دانشجویان باید مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، بهزیستی جسمانی، تعلق اجتماعی، رشد تحصیلی، خودکارآمدی، مقابله با استرس، عملکرد تحصیلی، ایفای نقش و سطح پایین علائم اختلال را در کنار یکدیگر در نظر گیرد.

از سوی دیگر، ابزارهای سلامت روان باید از روایی محتوایی مناسب برخوردار باشند تا مشخص شود که گویه‌ها واقعاً همه جنبه‌های مهم سازه مورد نظر را پوشش می‌دهند. در ابزارسازی، انتخاب گویه‌ها صرفاً بر اساس ترجیح پژوهشگر کافی نیست و لازم است نظرات متخصصان حوزه روان‌شناسی، مشاوره و روان‌سنجی به‌صورت نظام‌مند گردآوری شود. روش دلفی با فراهم‌کردن امکان ارزیابی چندمرحله‌ای، ارائه بازخورد و حرکت به سوی اجماع، یکی از روش‌های مناسب برای پالایش مؤلفه‌ها و گویه‌های اولیه است. این روش به‌ویژه زمانی اهمیت دارد که هدف پژوهش، ساخت ابزاری مبتنی بر یک تعریف نظری جامع و سازگار با بافت فرهنگی خاص باشد. استفاده هم‌زمان از شاخص‌های کمی روایی محتوایی و قضاوت کیفی خبرگان می‌تواند به حذف گویه‌های مبهم، تکراری یا کم‌اهمیت و حفظ گویه‌هایی منجر شود که پوشش مناسبی از مفهوم سلامت روان فراهم می‌کنند.

با توجه به تعدد فشارهای روانی و تحصیلی دانشجویان، تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی محیط‌های دانشگاهی و محدودیت ابزارهایی که عمدتاً بر نشانه‌های آسیب‌شناختی تمرکز دارند، طراحی یک پرسشنامه مبتنی بر تعریف جامع سازمان جهانی بهداشت می‌تواند خلأ مهمی را در ارزیابی سلامت روان دانشجویان ایرانی برطرف کند. چنین ابزاری می‌تواند در مراکز مشاوره دانشگاهی، پژوهش‌های علمی، برنامه‌های غربالگری و طراحی مداخلات پیشگیرانه مورد استفاده قرار گیرد و تصویری چندبعدی از وضعیت دانشجویان ارائه دهد. افزون بر این، شناسایی مؤلفه‌های بومی و مرتبط با تجربه تحصیلی می‌تواند به دانشگاه‌ها کمک کند تا برنامه‌های حمایتی خود را نه‌فقط بر درمان مشکلات شدید، بلکه بر تقویت تاب‌آوری، تعلق، خودکارآمدی، رشد فردی و مشارکت اجتماعی دانشجویان متمرکز سازند.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر استخراج و تعیین مؤلفه‌ها و گویه‌های پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر تعریف سازمان جهانی بهداشت در دانشجویان دانشگاه‌های شهر یاسوج با استفاده از بررسی روایی محتوایی و روش دلفی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی–پیمایشی با رویکرد ابزارسازی بود. این مطالعه با هدف استخراج، تدوین و ارزیابی روایی محتوایی مؤلفه‌ها و گویه‌های پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر تعریف سازمان جهانی بهداشت در میان دانشجویان دانشگاه‌های شهر یاسوج انجام شد. با توجه به اینکه تمرکز این مرحله از پژوهش بر تعیین مؤلفه‌های مفهومی سلامت روان، تدوین گویه‌های متناسب با هر مؤلفه و دستیابی به توافق تخصصی درباره ضرورت و تناسب سؤالات بود، از روش دلفی استفاده شد. روش دلفی امکان می‌دهد دیدگاه‌های گروهی از متخصصان به‌صورت نظام‌مند و در چند دور گردآوری، خلاصه‌سازی و بازخورد داده شود تا در نهایت درباره مؤلفه‌ها و گویه‌های مناسب اجماع حاصل شود. جامعه مورد نظر برای کاربرد نهایی ابزار، کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهر یاسوج در سال تحصیلی ۱۴۰۳–۱۴۰۴ بود؛ بااین‌حال، مشارکت‌کنندگان این مرحله از پژوهش را متخصصان و خبرگان حوزه روان‌شناسی، سلامت روان، روان‌سنجی و مشاوره تشکیل دادند. نمونه خبرگان شامل ۱۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس برخورداری از دانش نظری، تجربه پژوهشی یا سابقه حرفه‌ای مرتبط با موضوع سلامت روان انتخاب شدند. معیار انتخاب خبرگان شامل داشتن مدرک تحصیلی تخصصی در یکی از حوزه‌های مرتبط، آشنایی با مفهوم سلامت روان و تعریف سازمان جهانی بهداشت، تجربه در طراحی یا ارزیابی ابزارهای روان‌شناختی، داشتن

آثار علمی یا سابقه اجرایی مرتبط و تمایل به مشارکت در دورهای دلفی بود. مشارکت در پژوهش داوطلبانه بود و پیش از ارائه فرم‌های ارزیابی، هدف مطالعه، نحوه استفاده از نظرات، محرمانه ماندن هویت خبرگان و شیوه ارائه بازخورد گروهی برای آنان توضیح داده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اولیه استخراج مؤلفه‌ها، فهرست گویه‌های پیشنهادی و پرسشنامه ارزیابی روایی محتوایی در دورهای دلفی بود. طراحی ابزار با تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت روان آغاز شد؛ تعریفی که سلامت روان را صرفاً فقدان اختلال روانی تلقی نمی‌کند، بلکه بر توانایی فرد برای شناخت ظرفیت‌های خود، مقابله با فشارهای معمول زندگی، عملکرد سازنده و مشارکت مؤثر در جامعه تأکید دارد. برای مشخص‌کردن دامنه مفهومی سازه، منابع نظری، مطالعات پیشین و ابزارهای موجود در زمینه سلامت روان و بهزیستی بررسی شد. سپس مفاهیم پرتکرار و مرتبط با تجربه دانشجویان استخراج، طبقه‌بندی و در قالب مجموعه‌ای از مؤلفه‌های اولیه سازمان‌دهی شد. در ادامه، برای هر مؤلفه تعدادی گویه متناسب با شرایط فرهنگی، تحصیلی و اجتماعی دانشجویان ایرانی تدوین شد. در نگارش گویه‌ها تلاش شد از عبارت‌های روشن، کوتاه، تک‌مفهومی و قابل‌فهم استفاده شود و از کاربرد اصطلاحات تخصصی، عبارات مبهم، پرسش‌های دووجهی و جمله‌هایی که پاسخ‌دهنده را به پاسخ خاصی هدایت می‌کنند، اجتناب شود.

نسخه اولیه مؤلفه‌ها و گویه‌ها در اختیار خبرگان قرار گرفت و از آنان خواسته شد دیدگاه خود را درباره ضرورت هر گویه، میزان انطباق آن با تعریف سلامت روان، تناسب آن با مؤلفه مربوط، وضوح عبارت، سادگی نگارش و تناسب فرهنگی ارائه کنند. برای سنجش ضرورت گویه‌ها از فرم نسبت روایی محتوایی استفاده شد. در این فرم، هر متخصص گویه‌ها را در سه طبقه «ضروری است»، «مفید است اما ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد» ارزیابی کرد. علاوه بر امتیازدهی کمی، فضایی برای ثبت پیشنهادهای اصلاحی، ادغام گویه‌های مشابه، حذف عبارات تکراری، تغییر عنوان مؤلفه‌ها و پیشنهاد گویه‌های جدید در نظر گرفته شد. پس از تحلیل پاسخ‌های دور نخست، خلاصه‌ای بدون نام از نتایج گروه، میزان توافق خبرگان و اصلاحات پیشنهادی تهیه شد. گویه‌هایی که نیازمند بازنگری بودند، بر اساس نظرات متخصصان اصلاح شدند و نسخه بازنگری‌شده برای دور بعدی دلفی مجدداً در اختیار آنان قرار گرفت. این فرایند تا زمانی ادامه یافت که تغییر محسوسی در قضاوت خبرگان مشاهده نشد و درباره مؤلفه‌ها و گویه‌های باقی‌مانده توافق قابل قبول حاصل شد.

تحلیل داده‌ها بر ارزیابی میزان توافق خبرگان و تعیین روایی محتوایی مؤلفه‌ها و گویه‌های پیشنهادی متمرکز بود. در هر دور دلفی، پاسخ‌های خبرگان خلاصه و برای هر گویه فراوانی و درصد انتخاب گزینه‌ها محاسبه شد. برای تصمیم‌گیری درباره حفظ یا حذف گویه‌ها، نسبت روایی محتوایی بر اساس فرمول لاوشه محاسبه گردید. در این محاسبه، تعداد متخصصانی که هر گویه را «ضروری» تشخیص داده بودند، نسبت به کل اعضای پانل در نظر گرفته شد. با توجه به حضور ۱۰ متخصص در پانل دلفی، مقدار ۶۲/۰ به‌عنوان حداقل مقدار قابل قبول نسبت روایی محتوایی در نظر گرفته شد. بنابراین، گویه‌هایی که مقدار نسبت روایی محتوایی آن‌ها برابر یا بیشتر از این حد بود، حفظ شدند. گویه‌هایی که مقدار پایین‌تری داشتند، بر اساس ماهیت نظری، میزان اهمیت مفهومی و توضیحات کیفی خبرگان حذف یا بازنویسی شدند و در دور بعدی مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در کنار شاخص کمی، پیشنهادهای مکتوب خبرگان با روش تحلیل محتوای کیفی بررسی شد. نظرات مشابه در طبقات مشترک قرار گرفت و اصلاحات مربوط به وضوح معنایی، تناسب واژگان، همپوشانی گویه‌ها، پوشش ابعاد تعریف سازمان جهانی بهداشت و تناسب عبارات با موقعیت دانشجویان اعمال شد. معیار دستیابی به اجماع، ثبات نسبی پاسخ‌ها در دورهای متوالی، کاهش اختلاف دیدگاه‌ها و دستیابی گویه‌ها به حد نصاب روایی محتوایی بود. در پایان، مؤلفه‌ها و گویه‌هایی که از نظر اکثریت خبرگان ضروری، مرتبط و متناسب تشخیص داده شدند، به‌عنوان محتوای نهایی پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر تعریف سازمان جهانی بهداشت انتخاب شدند. بدین ترتیب، خروجی این مرحله مجموعه‌ای پالایش‌شده از مؤلفه‌ها و سؤالاتی بود که از پشتوانه نظری و توافق تخصصی برخوردار بود و می‌توانست مبنای تدوین نسخه نهایی پرسشنامه قرار گیرد.

یافته‌ها

در این پژوهش، اطلاعات جمعیت‌شناختی ۳۸۱ دانشجوی شرکت‌کننده بررسی شد. از این تعداد، ۲۱۰ نفر معادل ۵۵,۱ درصد زن و ۱۷۱ نفر معادل ۴۴,۹ درصد مرد بودند. از نظر سن، ۱۵۶ نفر معادل ۴۰,۹ درصد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۱ سال، ۱۳۴ نفر معادل ۳۵,۲ درصد در گروه سنی ۲۲ تا ۲۵ سال، ۶۱ نفر معادل ۱۶,۰ درصد در گروه سنی ۲۶ تا ۲۹ سال و ۳۰ نفر معادل ۷,۹ درصد در گروه سنی ۳۰ سال و بالاتر قرار داشتند. از نظر دانشگاه محل تحصیل، ۱۵۸ نفر معادل ۴۱,۵ درصد در دانشگاه یاسوج، ۱۲۴ نفر معادل ۳۲,۵ درصد در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج، ۶۱ نفر معادل ۱۶,۰ درصد در دانشگاه پیام نور یاسوج و ۳۸ نفر معادل ۱۰,۰ درصد در دانشگاه علمی‌کاربردی یاسوج تحصیل می‌کردند. همچنین، ۴۶ نفر معادل ۱۲,۱ درصد دانشجوی مقطع کاردانی، ۲۲۱ نفر معادل ۵۸,۰ درصد دانشجوی مقطع کارشناسی، ۸۳ نفر معادل ۲۱,۸ درصد دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد و ۳۱ نفر معادل ۸,۱ درصد دانشجوی مقطع دکتری بودند. بنابراین، بیشترین سهم نمونه به زنان، دانشجویان ۱۸ تا ۲۱ سال، دانشجویان دانشگاه یاسوج و دانشجویان مقطع کارشناسی اختصاص داشت.

جدول ۱. نتایج بررسی روایی محتوایی گویه‌های اولیه پرسشنامه سلامت روان

مؤلفه	کد	محتوای گویه	CVR	وضعیت
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۱	احساس رضایت از زندگی	۰.۶۲۱	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۲	هدف‌دار و بامعنا بودن زندگی	۰.۷۹۴	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۳	وضعیت خوب روانی	۰.۶۲۷	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۴	آرامش و تعادل درونی	۰.۷۹۲	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۵	امید به آینده	۰.۸۰۴	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۶	احساس راحتی و پذیرش خود	۰.۴۹۳	رد
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۷	مطلوب بودن کیفیت زندگی در مقایسه با همسالان	۰.۷۱۸	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۸	داشتن انرژی کافی برای انجام کارهای روزانه	۰.۶۵۹	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۹	مانع نبودن مشکلات جسمی برای فعالیت‌های روزمره	۰.۷۳۴	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۱۰	احساس رضایت نسبت به سلامت جسمی	۰.۸۰۲	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۱۱	انجام فعالیت‌های ساده بدنی بدون خستگی شدید	۰.۶۱۴	رد
بهزیستی جسمانی	X۱۲	نداشتن دردهای جسمی آزاردهنده	۰.۴۸۲	رد
بهزیستی جسمانی	X۱۳	احساس رضایت نسبت به وضعیت کلی سلامت جسمی	۰.۷۰۳	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۱۴	عدم غیبت از کلاس به دلیل مشکلات جسمی	۰.۵۰۲	رد
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۵	احساس تعلق به گروه دوستان یا همکلاسی‌ها	۰.۷۹۴	تأیید
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۶	توانایی برقراری روابط مؤثر با دیگران	۰.۸۱۵	تأیید
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۷	پذیرش و برخورداری از احترام در میان همکلاسی‌ها	۰.۷۹۰	تأیید
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۸	برخورداری از حمایت دیگران در حل مشکلات	۰.۷۸۵	تأیید
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۹	عدم احساس تنهایی و انزوا	۰.۴۹۶	رد
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۲۰	احساس تعلق به دانشگاه و محیط آموزشی	۰.۴۷۹	رد
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۲۱	احساس راحتی در جمع دوستان و همکلاسی‌ها	۰.۸۰۹	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۲	توانایی موفقیت در رشته تحصیلی	۰.۷۸۵	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۳	رشد فردی و فکری در دوران دانشجویی	—	ارزیابی در دلفی
رشد فردی و تحصیلی	X۲۴	باور به دستیابی به اهداف مهم	۰.۵۰۴	رد
رشد فردی و تحصیلی	X۲۵	قرار داشتن استعدادها و توانایی‌ها در مسیر شکوفایی	۰.۶۵۲	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۶	احساس توانمندی و کارآمدی	۰.۸۱۴	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۷	هماهنگی توانمندی‌ها و علایق با برنامه‌ریزی آینده	۰.۶۹۲	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۸	اطمینان به اتمام مطلوب کارها	۰.۷۴۰	تأیید
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۲۹	تسلط کافی بر شرایط زندگی در موقعیت‌های مختلف	۰.۷۹۵	تأیید

خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۰	عدم احساس درماندگی در مواجهه با مشکلات	۰.۸۰۴	تأیید
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۱	اعتقاد به تأثیر تصمیم‌گیری‌ها بر آینده	۰.۵۰۲	رد
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۲	باور به بهبود نقاط ضعف با تلاش و کوشش	۰.۷۰۸	تأیید
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۳	دفاع از حقوق خود در برابر دیگران	۰.۷۹۴	تأیید
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۴	اقدام فعالانه برای حل مسئله جدید	۰.۴۹۴	رد
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۵	شکل دادن مسیر زندگی بر اساس اهداف و ارزش‌ها	۰.۶۲۷	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۳۶	مدیریت استرس در شرایط سخت	۰.۸۰۸	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۳۷	تلاش مجدد پس از شکست تحصیلی	۰.۳۱۹	رد
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۳۸	یافتن راه‌حل سازنده در شرایط دشوار	۰.۸۰۶	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۳۹	کنترل احساسات در شرایط پراسترس	۰.۴۹۸	رد
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۴۰	ایجاد تعادل میان مطالعه و استراحت در فشارهای درسی	۰.۷۹۶	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۴۱	بازگشت به زندگی عادی پس از رویدادهای ناراحت‌کننده	۰.۷۸۸	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۴۲	مدیریت و کنترل استرس	۰.۴۸۳	رد
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۳	تمرکز بر مطالب ارائه‌شده در کلاس	۰.۷۹۰	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۴	برنامه‌ریزی مطلوب برای مطالعه و تکالیف	۰.۸۰۸	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۵	تحویل به‌موقع تکالیف و پروژه‌ها	۰.۷۹۶	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۶	یادگیری مطالب هنگام مطالعه برای امتحان	۰.۸۰۲	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۷	هماهنگی عملکرد تحصیلی با توان واقعی	۰.۴۸۵	رد
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۸	مشارکت فعال در بحث‌های کلاسی	۰.۸۰۴	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۹	مدیریت حجم درس و فعالیت‌های تحصیلی	۰.۵۰۴	رد
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۰	انجام فعالیت‌های غیردرسی در کنار تحصیل	۰.۷۶۹	تأیید
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۱	انجام مسئولیت‌های شخصی و خانوادگی در کنار تحصیل	۰.۶۸۲	تأیید
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۲	احساس سودمند و سازنده بودن روزها	۰.۷۵۴	تأیید
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۳	ایجاد تعادل میان فعالیت‌های خارج دانشگاه و تحصیل	۰.۵۰۲	رد
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۴	توانایی انجام کامل فعالیت‌های روزمره	۰.۴۷۳	رد
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۵	عملکرد قابل قبول در نقش‌های مختلف زندگی	۰.۸۰۹	تأیید
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۶	مختل نشدن برنامه‌های روزانه به دلیل آشفتگی در کارها	۰.۶۹۴	تأیید
مشارکت اجتماعی	X۵۷	ایفای نقش در دانشگاه برای بهبود شرایط	۰.۷۹۴	تأیید
مشارکت اجتماعی	X۵۸	مشارکت در برنامه‌ها و انجمن‌های دانشگاه	۰.۴۹۴	رد
مشارکت اجتماعی	X۵۹	ارائه دیدگاه‌های خود در جمع دوستان و همکلاسی‌ها	۰.۴۸۲	رد
مشارکت اجتماعی	X۶۰	احساس سودمند بودن حضور در جمع برای دیگران	۰.۷۹۲	تأیید
مشارکت اجتماعی	X۶۱	حساسیت نسبت به مسائل جامعه و دانشگاه	۰.۸۰۴	تأیید
مشارکت اجتماعی	X۶۲	تمایل به شرکت در فعالیت‌های داوطلبانه و اجتماعی	۰.۴۹۳	رد
مشارکت اجتماعی	X۶۳	احساس مسئولیت در قبال جامعه	۰.۷۹۴	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۶۴	عدم احساس غمگینی یا بی‌ارزشی مختل‌کننده زندگی روزمره	۰.۸۰۸	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۶۵	لذت بردن از فعالیت‌های روزمره	۰.۸۰۶	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۶۶	مختل نشدن خواب و تمرکز به دلیل نگرانی	۰.۸۱۹	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۶۷	داشتن خواب منظم و رضایت‌بخش	۰.۵۰۲	رد
سطح پایین علائم اختلال	X۶۸	نداشتن افکار شدید ناامیدی	۰.۷۹۳	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۶۹	اجتناب نکردن از کلاس یا جمع‌های اجتماعی به دلیل اضطراب	۰.۶۸۹	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۷۰	دشوار نشدن تحصیل و فعالیت‌های روزانه به دلیل مشکلات جسمی و روانی	۰.۴۹۲	رد

نتایج بررسی روایی محتوایی نشان داد که با توجه به مشارکت ۱۰ متخصص، مقدار ۰٫۶۲ به‌عنوان حداقل نسبت روایی محتوایی قابل قبول در نظر گرفته شد. بر این اساس، گویه‌هایی که مقدار CVR آن‌ها برابر یا بیشتر از ۰٫۶۲ بود، از نظر خبرگان ضروری و متناسب با مفهوم سلامت

روان تشخیص داده شدند. گویه‌هایی با مقادیر کمتر از حد تعیین‌شده، از جمله احساس پذیرش خود، دردهای جسمانی، احساس تنهایی، تعلق به محیط دانشگاه، تأثیر تصمیم‌ها بر آینده، تلاش مجدد پس از شکست تحصیلی، کنترل هیجان در شرایط پراسترس، هماهنگی عملکرد تحصیلی با توان واقعی، برخی فعالیت‌های اجتماعی و خواب منظم، از روایی محتوایی کافی برخوردار نبودند. در مواردی که مقدار شاخص در محدوده مرزی قرار داشت یا داده کمی مستقلی گزارش نشده بود، تصمیم‌گیری نهایی با توجه به محتوای گویه و نتایج دورهای دلفی انجام شد.

جدول ۲. نتایج دو دور روش دلفی برای انتخاب گویه‌های پرسشنامه

مؤلفه	کد	میانگین دور اول	انحراف معیار دور اول	نتیجه دور اول	میانگین دور دوم	انحراف معیار دور دوم	نتیجه نهایی
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۱	۵.۰	۱.۲۵	ورود به دور دوم	۵.۸	۱.۵۶	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۲	۵.۸	۱.۸۷	ورود به دور دوم	۵.۹	۱.۸۲	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۳	۵.۹	۱.۵۲	ورود به دور دوم	۶.۳	۱.۶۰	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۴	۵.۴	۲.۶۶	ورود به دور دوم	۵.۷	۲.۶۳	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۵	۵.۵	۲.۲۲	ورود به دور دوم	۵.۸	۲.۱۹	تأیید
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۶	۴.۹	۱.۴۰	حذف	—	—	حذف
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	X۷	۵.۹	۱.۶۶	ورود به دور دوم	۶.۹	۱.۵۵	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۸	۵.۵	۲.۸۰	ورود به دور دوم	۷.۴	۲.۷۴	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۹	۵.۸	۱.۳۵	ورود به دور دوم	۸.۱	۱.۳۸	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۱۰	۷.۲	۱.۴۸	ورود به دور دوم	۶.۵	۱.۵۲	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۱۱	۵.۹	۱.۳۷	ورود به دور دوم	۶.۴	۱.۴۹	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۱۲	۴.۸	۰.۸۴	حذف	—	—	حذف
بهزیستی جسمانی	X۱۳	۶.۱	۱.۷۱	ورود به دور دوم	۵.۴	۱.۶۹	تأیید
بهزیستی جسمانی	X۱۴	۴.۹	۱.۱۹	حذف	—	—	حذف
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۵	۶.۴	۱.۶۲	ورود به دور دوم	۶.۵	۱.۵۹	تأیید
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۶	۷.۱	۲.۰۷	ورود به دور دوم	۶.۹	۱.۴۵	تأیید
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۷	۶.۸	۱.۵۱	ورود به دور دوم	۷.۱	۱.۴۴	تأیید
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۸	۷.۴	۱.۰۷	ورود به دور دوم	۵.۸	۱.۱۷	تأیید
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۱۹	۶.۲	۱.۳۵	ورود به دور دوم	۴.۸	۱.۳۶	حذف
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۲۰	۴.۸	۱.۶۵	حذف	—	—	حذف
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	X۲۱	۵.۹	۱.۲۳	ورود به دور دوم	۶.۳	۱.۱۹	تأیید

رشد فردی و تحصیلی	X۲۲	۶.۶	۰.۹۷	ورود به دور دوم	۵.۷	۱.۱۷	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۳	۶.۵	۱.۵۸	ورود به دور دوم	۵.۴	۱.۶۸	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۴	۴.۹	۲.۲۶	حذف	—	—	حذف
رشد فردی و تحصیلی	X۲۵	۶.۴	۱.۵۱	ورود به دور دوم	۷.۶	۱.۳۳	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۶	۶.۷	۱.۲۶	ورود به دور دوم	۷.۱	۱.۱۷	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۷	۶.۷	۱.۸۹	ورود به دور دوم	۷.۱	۱.۹۱	تأیید
رشد فردی و تحصیلی	X۲۸	—	—	حفظ بر اساس نظر خبرگان	—	—	تأیید
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۲۹	۶.۱	۱.۴۳	ورود به دور دوم	۶.۲	۱.۵۵	تأیید
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۰	۵.۸	۱.۳۲	ورود به دور دوم	۶.۳	۱.۲۷	تأیید
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۱	۴.۹	۰.۹۵	حذف	—	—	حذف
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۲	۶.۳	۱.۴۱	ورود به دور دوم	۶.۱	۱.۴۵	تأیید
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۳	۶.۴	۱.۲۹	ورود به دور دوم	۵.۹	۱.۲۱	تأیید
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۴	۵.۹	۱.۱۸	ورود به دور دوم	۴.۷	۱.۰۵	حذف
خودکارآمدی و ادراک کنترل	X۳۵	۶.۲	۱.۲۷	ورود به دور دوم	۵.۹	۱.۳۰	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۳۶	۶.۲	۱.۳۳	ورود به دور دوم	۵.۸	۱.۱۹	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۳۷	۵.۲	۱.۸۱	ورود به دور دوم	۴.۴	۱.۱۳	حذف
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۳۸	۵.۳	۱.۷۰	ورود به دور دوم	۵.۷	۱.۶۸	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۳۹	۴.۳	۱.۲۵	حذف	—	—	حذف
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۴۰	۵.۶	۱.۱۹	ورود به دور دوم	۵.۷۴	۱.۴۶	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۴۱	۵.۸	۱.۳۸	ورود به دور دوم	۶.۱	۱.۵۴	تأیید
مقابله با استرس و تاب‌آوری	X۴۲	۴.۶	۱.۳۱	حذف	—	—	حذف
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۳	۷.۶	۱.۲۶	ورود به دور دوم	۷.۷	۱.۲۴	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۴	۷.۵	۱.۴۳	ورود به دور دوم	۶.۵	۱.۵۱	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۵	۶.۹	۱.۷۰	ورود به دور دوم	۸.۱	۳.۴۴	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۶	۵.۷	۲.۶۷	ورود به دور دوم	۵.۸	۲.۷۲	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۷	۴.۷	۲.۳۶	حذف	—	—	حذف
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۸	۷.۷	۰.۹۵	ورود به دور دوم	۶.۲	۱.۴۵	تأیید
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	X۴۹	۵.۴	۲.۹۵	ورود به دور دوم	۴.۸	۲.۸۷	حذف
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۰	۵.۲	۲.۹۴	ورود به دور دوم	۶.۱	۲.۹۱	تأیید
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۱	۵.۹	۱.۲۳	ورود به دور دوم	۶.۴	۱.۸۹	تأیید
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۲	۶.۵	۲.۳۷	ورود به دور دوم	۶.۶	۲.۴۲	تأیید
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۳	۴.۹	۲.۲۳	حذف	—	—	حذف
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۴	۴.۶	۲.۱۵	حذف	—	—	حذف
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۵	۶.۶	۲.۰۱	ورود به دور دوم	۶.۴	۲.۵۷	تأیید
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	X۵۶	۵.۹	۱.۹۹	ورود به دور دوم	۶.۱	۲.۰۵	تأیید
مشارکت اجتماعی	X۵۷	۷.۳	۳.۰۳	ورود به دور دوم	۶.۱	۲.۸۸	تأیید
مشارکت اجتماعی	X۵۸	۴.۸	۱.۷۳	حذف	—	—	حذف

مشارکت اجتماعی	X۵۹	۴.۱	۲.۳۸	حذف	—	—	حذف
مشارکت اجتماعی	X۶۰	۶.۸	۱.۱۵	ورود به دور دوم	۶.۴	۱.۵۶	تأیید
مشارکت اجتماعی	X۶۱	۷.۱	۱.۲۹	ورود به دور دوم	۸.۴	۱.۳۲	تأیید
مشارکت اجتماعی	X۶۲	۴.۵	۰.۸۲	حذف	—	—	حذف
مشارکت اجتماعی	X۶۳	۷.۱	۱.۲۹	ورود به دور دوم	۶.۳	۱.۱۷	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۶۴	۸.۴	۰.۹۷	ورود به دور دوم	۷.۲	۱.۰۳	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۶۵	۵.۴	۱.۳۵	ورود به دور دوم	۵.۵	۱.۱۸	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۶۶	۸.۲	۰.۷۹	ورود به دور دوم	—	—	حذف
سطح پایین علائم اختلال	X۶۷	۷.۶	۰.۹۷	ورود به دور دوم	—	—	حذف
سطح پایین علائم اختلال	X۶۸	۷.۱	۱.۳۷	ورود به دور دوم	۶.۸	۱.۴۱	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۶۹	۵.۸	۱.۸۷	ورود به دور دوم	۷.۷	۱.۹۲	تأیید
سطح پایین علائم اختلال	X۷۰	۷.۶	۲.۲۲	ورود به دور دوم	۷.۹	۲.۳۱	تأیید

نتایج روش دلفی نشان داد که ارزیابی گویه‌ها پس از دو دور به سطح قابل قبولی از توافق میان خبرگان رسید. در دور نخست، گویه‌هایی که میانگین کمتر از ۵,۰ داشتند حذف شدند و سایر گویه‌ها پس از بازنگری محتوایی به دور دوم راه یافتند. در دور دوم نیز گویه‌هایی که میانگین آن‌ها به کمتر از ۵,۰ کاهش یافته بود، از جمله گویه‌های X۱۹، X۳۴، X۳۷ و X۴۹ ، حذف شدند. میانگین انحراف معیار پاسخ‌های خبرگان در دور اول ۱,۶۷ و در دور دوم ۱,۷۴ بود. همچنین، ضریب توافق کندال از ۰,۷۸۹ در دور نخست به ۰,۸۱۲ در دور دوم افزایش یافت که بیانگر تقویت میزان همگرایی و توافق خبرگان درباره مؤلفه‌ها و گویه‌های پرسشنامه بود. در نهایت، با تلفیق نتایج نسبت روایی محتوایی، میانگین‌های دو دور دلفی و ملاحظات محتوایی، ۴۸ گویه در قالب ۹ مؤلفه برای نسخه نهایی پرسشنامه انتخاب شد.

جدول ۳. گویه های نهایی پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر تعریف سازمان جهانی بهداشت

مؤلفه	شماره	گویه نهایی
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	۱	از کیفیت کلی زندگی‌ام احساس رضایت دارم.
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	۲	احساس می‌کنم زندگی‌ام معنا و هدف روشنی دارد.
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	۳	اغلب از وضعیت روانی خود احساس رضایت می‌کنم.
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	۴	در اغلب اوقات احساس آرامش و تعادل درونی دارم.
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	۵	نسبت به آینده‌ام احساس امیدواری می‌کنم.
بهزیستی روانی و رضایت از زندگی	۶	کیفیت زندگی‌ام را در مقایسه با همسالانم مطلوب می‌دانم.
بهزیستی جسمانی	۷	برای انجام فعالیت‌های روزانه انرژی کافی دارم.
بهزیستی جسمانی	۸	مشکلات جسمی معمولاً مانع انجام امور روزمره‌ام نمی‌شوند.
بهزیستی جسمانی	۹	نسبت به سلامت جسمی خود احساس رضایت دارم.
بهزیستی جسمانی	۱۰	می‌توانم فعالیت‌های ساده بدنی را بدون خستگی شدید انجام دهم.
بهزیستی جسمانی	۱۱	وضعیت کلی سلامت جسمی‌ام رضایت‌بخش است.
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	۱۲	در دانشگاه احساس می‌کنم به گروهی از دوستان یا همکلاسی‌ها تعلق دارم.
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	۱۳	می‌توانم با دیگران ارتباط و همکاری مؤثر برقرار کنم.
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	۱۴	در جمع همکلاسی‌ها احساس می‌کنم پذیرفته و محترم شمرده می‌شوم.
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	۱۵	اگر مشکلی برایم پیش بیاید، افرادی را برای حمایت از خود در اطرافم دارم.
بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق	۱۶	معمولاً در جمع دوستان و همکلاسی‌ها احساس راحتی می‌کنم.
رشد فردی و تحصیلی	۱۷	احساس می‌کنم توانایی‌های لازم برای موفقیت در رشته تحصیلی‌ام را دارم.
رشد فردی و تحصیلی	۱۸	احساس می‌کنم طی سال‌های دانشجویی از نظر فردی و فکری رشد کرده‌ام.
رشد فردی و تحصیلی	۱۹	احساس می‌کنم استعدادها و توانایی‌هایم در مسیر شکوفایی قرار دارند.
رشد فردی و تحصیلی	۲۰	در بیشتر مواقع خود را فردی توانا و کارآمد می‌دانم.
رشد فردی و تحصیلی	۲۱	برنامه‌ریزی من برای آینده با توانمندی‌ها و علایق واقعی‌ام هماهنگی دارد.

رشد فردی و تحصیلی	۲۲	وقتی کار تازه‌ای را شروع می‌کنم، معمولاً مطمئن هستم که می‌توانم آن را به‌خوبی به پایان برسانم.
خودکارآمدی و ادراک کنترل	۲۳	در بیشتر موقعیت‌ها احساس می‌کنم بر شرایط زندگی‌ام کنترل دارم.
خودکارآمدی و ادراک کنترل	۲۴	در مواجهه با مشکلات معمولاً احساس درماندگی نمی‌کنم.
خودکارآمدی و ادراک کنترل	۲۵	می‌توانم با تلاش و پشتکار نقاط ضعف خود را اصلاح و تقویت کنم.
خودکارآمدی و ادراک کنترل	۲۶	در موقعیت‌های چالش‌برانگیز می‌توانم از حقوق و نیازهای خود دفاع کنم.
مقابله با استرس و تاب‌آوری	۲۷	در مواجهه با امتحانات سخت می‌توانم استرس خود را به‌خوبی مدیریت کنم.
مقابله با استرس و تاب‌آوری	۲۸	در شرایط دشوار زندگی معمولاً راه‌حل‌های سازنده‌ای پیدا می‌کنم.
مقابله با استرس و تاب‌آوری	۲۹	در دوران امتحانات می‌توانم میان درس، استراحت و تفریح تعادل برقرار کنم.
مقابله با استرس و تاب‌آوری	۳۰	پس از تجربه رویدادهای ناراحت‌کننده می‌توانم دوباره به زندگی عادی بازگردم.
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	۳۱	معمولاً در کلاس‌ها می‌توانم بر مطالب ارائه‌شده تمرکز کنم.
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	۳۲	برای مطالعه و انجام تکالیف درسی برنامه‌ریزی منظمی دارم.
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	۳۳	معمولاً تکالیف و پروژه‌های درسی‌ام را به‌موقع تحویل می‌دهم.
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	۳۴	هنگام مطالعه برای امتحان، مطالب را به‌خوبی یاد می‌گیرم و به خاطر می‌سپارم.
عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر	۳۵	در بیشتر مواقع در کلاس‌ها و بحث‌های درسی فعالانه مشارکت می‌کنم.
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	۳۶	در کنار درس می‌توانم به فعالیت‌های غیردرسی بپردازم.
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	۳۷	مسئولیت‌های شخصی و خانوادگی خود را در کنار تحصیل به‌خوبی انجام می‌دهم.
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	۳۸	در بیشتر روزها احساس می‌کنم روزم را به شکلی مفید و سازنده سپری کرده‌ام.
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	۳۹	در نقش‌های مختلف زندگی احساس می‌کنم عملکرد قابل قبولی دارم.
عملکرد فعالیت‌های غیردرسی	۴۰	به‌ندرت برنامه‌های روزانه‌ام به دلیل آشفتگی در کارها به هم می‌ریزد.
مشارکت اجتماعی	۴۱	می‌توانم در بهبود شرایط و فعالیت‌های دانشگاه نقشی هرچند کوچک داشته باشم.
مشارکت اجتماعی	۴۲	احساس می‌کنم حضورم در جمع می‌تواند برای دیگران سودمند باشد.
مشارکت اجتماعی	۴۳	نسبت به مسائل و مشکلات دانشگاه و جامعه حساسیت و دغدغه دارم.
مشارکت اجتماعی	۴۴	احساس می‌کنم بخشی از جامعه‌ای بزرگ‌تر هستم و در قبال آن مسئولیت دارم.
سطح پایین علائم اختلال	۴۵	اخیراً احساس غمگینی یا بی‌ارزشی به حدی که زندگی روزمره‌ام را مختل کند، نداشته‌ام.
سطح پایین علائم اختلال	۴۶	در بیشتر روزها می‌توانم از فعالیت‌هایی که انجام می‌دهم لذت ببرم.
سطح پایین علائم اختلال	۴۷	اخیراً افکار شدید ناامیدی یا این احساس که «هیچ چیز فایده ندارد» نداشته‌ام.
سطح پایین علائم اختلال	۴۸	به‌ندرت پیش می‌آید که به دلیل اضطراب شدید از حضور در کلاس‌ها یا جمع‌های اجتماعی اجتناب کنم.

نسخه نهایی پرسشنامه شامل ۴۸ گویه و ۹ مؤلفه بود. مؤلفه‌های بهزیستی روانی و رضایت از زندگی و رشد فردی و تحصیلی هرکدام دارای ۶ گویه، مؤلفه‌های بهزیستی جسمانی، بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق، عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر و عملکرد فعالیت‌های غیردرسی هرکدام دارای ۵ گویه و مؤلفه‌های خودکارآمدی و ادراک کنترل، مقابله با استرس و تاب‌آوری، مشارکت اجتماعی و سطح پایین علائم اختلال هرکدام دارای ۴ گویه بودند. گویه‌های نهایی پس از حذف موارد فاقد روایی محتوایی کافی، بازنگری عبارات بر اساس پیشنهادهای خبرگان و دستیابی به توافق قابل قبول در دورهای دلفی انتخاب شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف استخراج و پالایش مؤلفه‌ها و گویه‌های پرسشنامه سلامت روان مبتنی بر تعریف سازمان جهانی بهداشت در دانشجویان دانشگاه‌های شهر یاسوج انجام شد. نتایج بررسی روایی محتوایی و دو دور روش دلفی نشان داد که سلامت روان دانشجویان را نمی‌توان تنها بر اساس نبود نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی تعریف کرد، بلکه این مفهوم مجموعه‌ای از توانمندی‌ها، ادراک‌ها، روابط و کارکردهای مثبت را نیز شامل می‌شود. در فرایند اولیه، ۷۰ گویه در اختیار ۱۰ متخصص حوزه روان‌شناسی و سلامت روان قرار گرفت و گویه‌ها از نظر ضرورت، تناسب مفهومی و قابلیت بازنمایی ابعاد سلامت روان ارزیابی شدند. با در نظر گرفتن مقدار ۰٫۶۲ به‌عنوان حداقل نسبت روایی محتوایی قابل

قبول برای پانل ۱۰ نفره، بخشی از گویه‌ها به دلیل پایین بودن شاخص CVR حذف یا برای بررسی بیشتر وارد مرحله دلفی شدند. در ادامه، روش دلفی طی دو دور اجرا شد و بر اساس میانگین ارزیابی خبرگان، ثبات پاسخ‌ها و میزان توافق حاصل‌شده، گویه‌های نامتناسب یا کم‌اهمیت کنار گذاشته شدند. افزایش ضریب توافق کندال از ۰٫۷۸۹ در دور نخست به ۰٫۸۱۲ در دور دوم نیز نشان داد که دیدگاه خبرگان به‌تدریج به همگرایی بیشتری رسیده است. در نهایت، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۴۸ گویه و ۱۰ مؤلفه شامل بهزیستی روانی و رضایت از زندگی، بهزیستی جسمانی، بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق، رشد فردی و تحصیلی، خودکارآمدی و ادراک کنترل، مقابله با استرس و تاب‌آوری، عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر، عملکرد فعالیت‌های غیردرسی، مشارکت اجتماعی و سطح پایین علائم اختلال تدوین شد.

نخستین یافته مهم پژوهش، چندبعدی بودن سلامت روان دانشجویان بود. مؤلفه‌های استخراج‌شده نشان دادند که سلامت روان در این گروه جمعیتی از تعامل ابعاد روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و کارکردی شکل می‌گیرد. این نتیجه با تعریف سازمان جهانی بهداشت همسو است که سلامت روان را وضعیتی از بهزیستی می‌داند که در آن فرد از توانایی‌های خود آگاه است، با فشارهای عادی زندگی مقابله می‌کند، عملکرد مولد دارد و در جامعه مشارکت می‌کند (World Health Organization, 2024b). همچنین، تأکید سازمان جهانی بهداشت بر این موضوع که سلامت روان تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی قرار دارد، از رویکرد چندبعدی پرسشنامه حاضر حمایت می‌کند (World Health Organization, 2024a). بر این اساس، حضور هم‌زمان مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، عملکرد تحصیلی و مشارکت اجتماعی نشان می‌دهد که ابزار تدوین‌شده از نگاه تقلیل‌گرایانه به سلامت روان فاصله گرفته است.

یافته مربوط به چندبعدی بودن سلامت روان با الگوی زیستی–روانی–اجتماعی نیز مطابقت دارد. بر اساس این الگو، وضعیت روانی افراد حاصل تعامل عوامل زیستی، شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی است و هیچ‌یک از این عوامل به‌تنهایی نمی‌تواند سلامت یا اختلال روانی را تبیین کند (Engel, 2024). وجود مؤلفه بهزیستی جسمانی در پرسشنامه نهایی نشان می‌دهد که تجربه انرژی، رضایت از وضعیت جسمی و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره، بخشی از ادراک دانشجویان از سلامت روان است. این مسئله از آن جهت اهمیت دارد که محدودیت‌های جسمانی، خستگی و کاهش انرژی می‌توانند بر خلق، تمرکز، انگیزش و مشارکت تحصیلی اثر بگذارند. یافته‌های مربوط به تأثیر فعالیت‌های بدنی و حضور در محیط طبیعی بر بهبود خلق و کاهش فشار روانی نیز نشان می‌دهد که ابعاد جسمانی و محیطی با سلامت روان ارتباط متقابل دارند (Ma et al., 2024). بنابراین، گنجاندن بهزیستی جسمانی در ساختار نهایی ابزار، پوشش مفهومی آن را افزایش داده است.

استخراج مؤلفه بهزیستی روانی و رضایت از زندگی نیز با دیدگاه‌های جدید درباره سلامت روان هماهنگ است. گویه‌های این مؤلفه بر رضایت از کیفیت زندگی، هدفمندی، آرامش درونی، امید به آینده و ارزیابی مثبت فرد از وضعیت روانی خود تمرکز داشتند. این یافته نشان می‌دهد که سلامت روان مطلوب صرفاً به معنای تجربه نکردن اضطراب یا افسردگی نیست، بلکه وجود احساس معنا، امید و رضایت نیز در تعریف آن نقش اساسی دارد. تأکید بر ضرورت دستیابی به تعریفی توافقی از سلامت روان نیز ناشی از همین تفاوت میان رویکردهای علامت‌محور و رویکردهای بهزیستی‌محور است (Galderisi, 2024). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ترکیب این دو رویکرد می‌تواند تصویر کامل‌تری از وضعیت روانی دانشجویان ارائه کند. ارتباط مثبت سلامت روان با کیفیت زندگی دانشجویان که در پژوهش‌های پیشین گزارش شده است، از جایگاه این مؤلفه در پرسشنامه نهایی حمایت می‌کند (Jirehnejadian & Abbaspour, 2023).

مؤلفه رشد فردی و تحصیلی نیز یکی از ابعاد برجسته پرسشنامه نهایی بود. گویه‌های این مؤلفه به احساس رشد فکری در دوران دانشجویی، شکوفایی استعدادها، هماهنگی برنامه‌های آینده با توانمندی‌ها و اطمینان به موفقیت در فعالیت‌های جدید اشاره داشتند. این نتیجه بیانگر آن است که دانشگاه برای دانشجویان صرفاً محیطی برای کسب دانش نیست، بلکه فضایی برای ساخت هویت، کشف ظرفیت‌ها و برنامه‌ریزی برای آینده محسوب می‌شود. از دیدگاه شناختی، باورهای فرد درباره توانایی‌ها، آینده و امکان دستیابی به اهداف، بر هیجان‌ها و رفتارهای او تأثیر می‌گذارند (Beck, 2024). هنگامی که دانشجو خود را ناتوان، درمانده یا فاقد آینده روشن تلقی کند، احتمال تجربه ناامیدی، کناره‌گیری و

افت عملکرد افزایش می‌یابد. در مقابل، ادراک رشد، هدفمندی و توانایی دستیابی به اهداف می‌تواند نقش محافظتی در برابر فشارهای روان‌شناختی داشته باشد.

استخراج مؤلفه خودکارآمدی و ادراک کنترل نیز در همین چارچوب قابل تبیین است. گویه‌های این مؤلفه بر احساس کنترل بر شرایط زندگی، ناتوان نبودن در برابر مشکلات، اصلاح نقاط ضعف و دفاع از حقوق و نیازهای شخصی تمرکز داشتند. سلامت روان مطلوب مستلزم آن است که فرد خود را عاملی فعال در زندگی بداند، نه اینکه رخدادها را کاملاً خارج از کنترل خود ارزیابی کند. دیدگاه شناختی نشان می‌دهد که باورهای مرتبط با درماندگی، ناکارآمدی و فقدان کنترل می‌توانند به بروز هیجان‌های منفی و کاهش رفتارهای سازگارانه منجر شوند (Beck, 2024). در مقابل، خودکارآمدی به دانشجویان کمک می‌کند در مواجهه با تکالیف دشوار، مشکلات بین‌فردی و تصمیم‌های مهم تحصیلی، تلاش خود را ادامه دهند. اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود سلامت روان نیز می‌تواند تا حدی ناشی از تقویت خودآگاهی، حل مسئله، جرئت‌ورزی و احساس کارآمدی باشد (Emadian & Hosseini, 2023).

یکی دیگر از نتایج مهم، تأیید مؤلفه مقابله با استرس و تاب‌آوری بود. گویه‌های این مؤلفه توانایی مدیریت استرس امتحانات، یافتن راه‌حل‌های سازنده، ایجاد تعادل میان مطالعه و استراحت و بازگشت به زندگی عادی پس از رویدادهای ناراحت‌کننده را منعکس می‌کردند. این یافته با الگوی تبادلی استرس و مقابله همخوان است؛ بر اساس این دیدگاه، پیامدهای روان‌شناختی فشارها تنها به ماهیت رویداد بستگی ندارند، بلکه ارزیابی فرد از موقعیت و منابع مقابله‌ای او تعیین‌کننده‌اند (Lazarus & Folkman, 2024). دانشجویان در معرض امتحانات، تکالیف متعدد، رقابت تحصیلی، نگرانی اقتصادی و ابهام درباره آینده شغلی قرار دارند. ازاین‌رو، توانایی تنظیم فشارها و بازگشت به تعادل پس از شکست یا تجربه ناخوشایند، یکی از نشانه‌های اساسی سلامت روان آنان است. گزارش شیوع قابل توجه استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی نیز اهمیت سنجش این بعد را تأیید می‌کند (Mafi-Nejad et al., 2024).

مؤلفه بهزیستی اجتماعی و احساس تعلق، جایگاه روابط انسانی را در سلامت روان دانشجویان نشان داد. گویه‌های این مؤلفه بر تعلق به گروه دوستان، ارتباط مؤثر، پذیرفته شدن، برخورداری از حمایت و احساس راحتی در جمع همکلاسی‌ها تأکید داشتند. این نتیجه با شواهدی همسو است که اختلال در روابط اجتماعی را یکی از عوامل مهم کاهش سلامت روان معرفی کرده‌اند (Coyne, 2024). محیط دانشگاه می‌تواند برای برخی دانشجویان منبع حمایت و رشد باشد و برای برخی دیگر به دلیل تنهایی، طردشدگی یا دشواری در برقراری روابط، به منبع فشار تبدیل شود. حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق کاهش استرس ادراک‌شده، سلامت روان را ارتقا دهد (Wang et al., 2024). در پژوهش‌های داخلی نیز ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان و عملکرد اجتماعی بهتر دانشجویان گزارش شده است (Fallah & Hosseini, 2023). بنابراین، تأیید گویه‌های مربوط به حمایت، پذیرش و احساس تعلق نشان می‌دهد که روابط دانشگاهی در تجربه سلامت روان دانشجویان نقشی محوری دارند.

در کنار احساس تعلق، مؤلفه مشارکت اجتماعی نیز در ساختار نهایی حفظ شد. این مؤلفه شامل ایفای نقش در بهبود شرایط دانشگاه، سودمند دانستن حضور خود در جمع، حساسیت نسبت به مسائل دانشگاه و جامعه و احساس مسئولیت اجتماعی بود. تفاوت این مؤلفه با بهزیستی اجتماعی در آن است که بهزیستی اجتماعی بیشتر بر کیفیت روابط و دریافت حمایت تأکید می‌کند، درحالی‌که مشارکت اجتماعی به نقش فعال فرد در جمع و جامعه اشاره دارد. تعریف سازمان جهانی بهداشت نیز مشارکت سازنده در اجتماع را بخشی از سلامت روان می‌داند (World Health Organization, 2024b). تأیید این بعد نشان می‌دهد که احساس مفید بودن و اثرگذاری اجتماعی برای دانشجویان یکی از نشانه‌های سلامت روان است. این امر به‌ویژه در دوره جوانی اهمیت دارد، زیرا فرصت‌های مشارکت دانشگاهی می‌توانند حس هویت، مسئولیت و تعلق را تقویت کنند.

استخراج مؤلفه‌های عملکرد تحصیلی و یادگیری مؤثر و عملکرد فعالیت‌های غیردرسی نشان داد که سلامت روان در دانشجویان با توانایی انجام نقش‌های واقعی زندگی آنان پیوند دارد. تمرکز در کلاس، برنامه‌ریزی درسی، تحویل به‌موقع تکالیف، یادگیری مؤثر و مشارکت در بحث‌های

کلاسی، نمودهای عملکردی سلامت روان در بافت دانشگاهی هستند. مشکلات روان‌شناختی می‌توانند استمرار تحصیل، انگیزش و عملکرد آموزشی را مختل کنند و حتی احتمال عدم ادامه تحصیل را افزایش دهند (Leow, 2024). ازاین‌رو، سلامت روان دانشجو باید در ارتباط با توانایی او برای انجام تکالیف اصلی دانشگاهی ارزیابی شود. هم‌زمان، توانایی رسیدگی به مسئولیت‌های خانوادگی و شخصی، انجام فعالیت‌های غیردرسی و حفظ نظم روزانه نیز نشان می‌دهد که دانشجو می‌تواند میان نقش‌های مختلف زندگی تعادل برقرار کند. این یافته با رویکرد کارکردی سازمان جهانی بهداشت سازگار است که توانایی فعالیت مولد و سازنده را یکی از عناصر سلامت روان معرفی می‌کند (World Health Organization, 2024a).

وجود مؤلفه سطح پایین علائم اختلال در کنار ابعاد مثبت، یکی دیگر از نقاط مهم ساختار نهایی بود. گویه‌های این مؤلفه به غمگینی و احساس بی‌ارزشی مختل‌کننده، کاهش لذت، ناامیدی شدید و اجتناب اجتماعی ناشی از اضطراب اشاره داشتند. حفظ این مؤلفه نشان می‌دهد که با وجود تأکید بر ابعاد مثبت سلامت روان، نمی‌توان نشانه‌های آسیب‌شناختی را نادیده گرفت. در واقع، سلامت روان مطلوب ترکیبی از برخورداری از توانمندی‌های مثبت و نبود علائم شدید و ناتوان‌کننده است. شیوع اضطراب، افسردگی و استرس در جمعیت دانشجویی نیز نشان می‌دهد که ارزیابی این نشانه‌ها برای شناسایی دانشجویان آسیب‌پذیر ضروری است (Mafi-Nejad et al., 2024). همچنین، توجه به افسردگی و اضطراب در ارزیابی سلامت روان نوجوانان و جوانان در پژوهش‌های پیشین، از اهمیت حفظ این بعد حمایت می‌کند (Soleimani & Adamzadeh, 2023).

نتایج فرایند دلفی نیز نشان داد که قضاوت تخصصی برای تمایز میان گویه‌های ظاهراً مرتبط و گویه‌های واقعاً ضروری اهمیت دارد. برخی گویه‌ها، مانند احساس تنهایی، خواب منظم، مدیریت کلی استرس یا مشارکت در انجمن‌های دانشگاهی، در نگاه نخست با سلامت روان مرتبط به نظر می‌رسیدند، اما به دلیل همپوشانی، ابهام یا ناکافی بودن توافق خبرگان حذف شدند. این مسئله بیانگر آن است که تدوین ابزار معتبر مستلزم پالایش دقیق و پرهیز از انباشت گویه‌های مشابه است. تجربه ساخت و اعتباریابی ابزارهای روان‌شناختی داخلی نیز نشان داده است که استفاده از قضاوت متخصصان، بررسی روایی و بازنگری گویه‌ها برای دستیابی به پوشش مفهومی مناسب ضروری است (Karimi et al., 2023). همچنین، تدوین ابزارهای سلامت روان متناسب با مبانی فرهنگی نشان می‌دهد که مفهوم‌پردازی و زبان گویه‌ها باید با ارزش‌ها و تجربه جامعه هدف سازگار باشد (Zahmatkesh et al., 2023).

افزایش ضریب توافق کندال در دور دوم نشان‌دهنده آن بود که ارائه بازخورد و بازنگری گویه‌ها موجب نزدیک‌تر شدن دیدگاه‌های خبرگان شده است. این همگرایی را می‌توان نشانه‌ای از وضوح بیشتر مؤلفه‌ها و دستیابی به توافق درباره دامنه سلامت روان دانشجویان دانست. بااین‌حال، توافق خبرگان به معنای یکسان بودن کامل دیدگاه‌ها نیست، بلکه نشان می‌دهد نسخه نهایی برآیند قضاوت گروهی متخصصانی است که ابعاد مختلف موضوع را بررسی کرده‌اند. ضرورت رسیدن به تعریف مورد توافق از سلامت روان که در ادبیات جدید مطرح شده است، اهمیت چنین فرایندهایی را برجسته می‌کند (Galderisi, 2024). ابزار حاضر با ترکیب ابعاد مثبت، منفی، اجتماعی و عملکردی تلاش کرده است به این نیاز پاسخ دهد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین با شواهد مربوط به سواد سلامت روان و کمک‌خواهی قابل تبیین است. ابزاری که ابعاد مختلف سلامت روان را به‌صورت روشن و قابل فهم بیان کند، می‌تواند به افزایش شناخت دانشجویان از وضعیت خود و شناسایی زودهنگام مشکلات کمک کند. نگرش به کمک‌خواهی تخصصی با میزان سواد سلامت روان ارتباط دارد و شناخت بهتر نشانه‌ها و منابع حمایتی می‌تواند مراجعه به خدمات را تسهیل کند (Fazlifar et al., 2023). از سوی دیگر، موانعی مانند انگ اجتماعی، تمایل به حل فردی مشکلات و نگرانی درباره محرمانگی می‌توانند مانع استفاده از خدمات شوند (Adams et al., 2024). بنابراین، پرسشنامه‌ای که علاوه بر نشانه‌های اختلال، ضعف در تعلق، تاب‌آوری یا عملکرد را نیز آشکار کند، می‌تواند زمینه مداخلات پیشگیرانه پیش از شدت یافتن مشکلات را فراهم آورد.

تمرکز ابزار حاضر بر دانشجویان ایرانی نیز با توجه به تفاوت‌های فرهنگی اهمیت دارد. مرور پژوهش‌های سلامت روان در ایران نشان می‌دهد که موضوعات و مؤلفه‌های مورد مطالعه ممکن است بر اساس گروه جمعیتی، بافت اجتماعی و نیازهای هر دوره زندگی متفاوت باشند (Masoudi et al., 2023). ابزارهایی که برای سایر گروه‌ها یا فرهنگ‌ها ساخته شده‌اند، ممکن است به‌طور کامل نقش تحصیل، خانواده، تعلق دانشگاهی، مسئولیت اجتماعی و برنامه‌ریزی آینده را در تجربه دانشجویان ایرانی پوشش ندهند. توجه به جوانان و سلامت روان آنان نیز از منظر بهداشت عمومی اهمیت دارد، زیرا بسیاری از الگوهای سلامت روان در نوجوانی و اوایل بزرگسالی شکل می‌گیرند و می‌توانند پیامدهای بلندمدت داشته باشند (Kapadia, 2024). ازاین‌رو، استخراج مؤلفه‌های متناسب با شرایط دانشجویان شهر یاسوج می‌تواند گامی در جهت ارزیابی دقیق‌تر و طراحی برنامه‌های حمایتی متناسب با بافت دانشگاهی باشد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سلامت روان دانشجویان سازه‌ای جامع و چندبعدی است که از بهزیستی روانی و جسمانی آغاز می‌شود و تا خودکارآمدی، تاب‌آوری، تعلق، مشارکت اجتماعی و عملکرد تحصیلی و روزمره امتداد می‌یابد. حفظ هم‌زمان ابعاد مثبت و سطح پایین علائم اختلال، موجب شده است که پرسشنامه نهایی با برداشت جامع سازمان جهانی بهداشت سازگاری بیشتری داشته باشد. نتایج همچنین نشان دادند که روش دلفی و نسبت روایی محتوایی می‌توانند در پالایش گویه‌ها، کاهش همپوشانی و دستیابی به نسخه‌ای متناسب با شرایط فرهنگی و تحصیلی جامعه هدف سودمند باشند. بر این اساس، پرسشنامه استخراج‌شده می‌تواند مبنایی مقدماتی برای سنجش چندبعدی سلامت روان دانشجویان و طراحی اقدامات حمایتی و پیشگیرانه در دانشگاه‌ها باشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست آنکه فرایند استخراج و انتخاب گویه‌ها بر دیدگاه ۱۰ متخصص استوار بود و با وجود دستیابی به توافق مناسب، ترکیب متفاوتی از خبرگان ممکن بود به اولویت‌بندی یا صورت‌بندی متفاوتی از مؤلفه‌ها منجر شود. دوم آنکه خبرگان از حوزه‌های روان‌شناسی و سلامت روان انتخاب شدند و حضور متخصصان بیشتری از رشته‌هایی مانند روان‌پزشکی، بهداشت عمومی، آموزش عالی و مددکاری اجتماعی می‌توانست دامنه دیدگاه‌ها را گسترش دهد. سوم آنکه جامعه هدف ابزار به دانشجویان دانشگاه‌های شهر یاسوج محدود بود؛ بنابراین، برخی گویه‌ها ممکن است بیش از دیگر گروه‌های دانشجویی متأثر از ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و دانشگاهی این شهر باشند. همچنین، پژوهش حاضر صرفاً بر روایی محتوایی و توافق خبرگان متمرکز بود و در این مرحله، سایر شواهد مربوط به عملکرد روان‌سنجی ابزار بررسی نشدند.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نسخه نهایی پرسشنامه در نمونه‌هایی بزرگ‌تر و متنوع‌تر از دانشجویان دانشگاه‌های دولتی، آزاد، علوم پزشکی، پیام نور و علمی‌کاربردی در مناطق مختلف کشور بررسی شود. همچنین، مقایسه نتایج بر اساس جنسیت، مقطع تحصیلی، رشته، وضعیت تأهل، محل سکونت و شرایط اقتصادی می‌تواند به روشن شدن میزان کارآمدی گویه‌ها در گروه‌های مختلف کمک کند. استفاده از پانل‌های تخصصی بزرگ‌تر و میان‌رشته‌ای و انجام دورهای دلفی با حضور نمایندگان دانشجویان نیز پیشنهاد می‌شود. افزون بر این، بررسی ثبات مؤلفه‌ها در دوره‌های زمانی مختلف و مطالعه تغییرات سلامت روان دانشجویان در آغاز ترم، ایام امتحانات و پایان سال تحصیلی می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره حساسیت ابزار به شرایط دانشگاهی فراهم سازد.

پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره دانشگاه‌ها از مؤلفه‌های استخراج‌شده برای طراحی برنامه‌های غربالگری، آموزش مهارت‌های زندگی و تدوین بسته‌های ارتقای سلامت روان استفاده کنند. برنامه‌های دانشگاهی نباید صرفاً بر کاهش اضطراب و افسردگی متمرکز باشند، بلکه لازم است تقویت رضایت از زندگی، احساس تعلق، خودکارآمدی، تاب‌آوری، مشارکت اجتماعی و تعادل میان فعالیت‌های تحصیلی و شخصی را نیز دربر گیرند. مشاوران می‌توانند بر اساس الگوی پاسخ دانشجویان، حوزه‌های آسیب‌پذیر هر فرد را شناسایی و مداخلات متناسب‌تری ارائه کنند. همچنین، مدیران دانشگاه‌ها می‌توانند با تقویت انجمن‌های دانشجویی، شبکه‌های حمایت همسالان، برنامه‌های ورزشی و فرهنگی، خدمات مشاوره محرمانه و آموزش مدیریت استرس، شرایطی فراهم کنند که سلامت روان به‌عنوان بخشی از تجربه تحصیلی و کیفیت زندگی دانشجویان مورد توجه قرار گیرد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Mental health is a fundamental dimension of human health and an essential prerequisite for personal development, academic achievement, effective social functioning, and constructive participation in society. Contemporary perspectives no longer define mental health merely as the absence of psychiatric disorders. Instead, it is understood as a dynamic and multidimensional state in which individuals recognize and use their abilities, cope with ordinary life stressors, perform their responsibilities productively, establish satisfactory relationships, and contribute meaningfully to their communities (World Health Organization, 2024b). The World Health Organization further emphasizes that mental health is shaped by the interaction of individual, familial, social, economic, cultural, and environmental determinants. Accordingly, its assessment should encompass both protective capacities and potential vulnerabilities rather than being restricted to the identification of symptoms of mental disorders (World Health Organization, 2024a).

Despite the widespread use of the term mental health, there remains considerable conceptual variation in its definition and measurement. Some approaches conceptualize mental health primarily through the absence or low severity of depression, anxiety, sleep disturbance, and functional impairment, whereas others emphasize psychological well-being, life satisfaction, meaning, resilience, social integration, and personal growth. This

conceptual diversity has contributed to the development of instruments that measure different and sometimes only partially overlapping aspects of mental health. The need for a consensual and operationally useful definition is therefore particularly important for research, clinical assessment, prevention, and public policy (Galderisi, 2024). A comprehensive measure should simultaneously capture positive psychological capacities, successful functioning, social connectedness, and a low level of disabling symptoms.

The multidimensional nature of mental health is consistent with the biopsychosocial model, according to which psychological well-being and mental disorders emerge from the continuous interaction of biological conditions, cognitive and emotional processes, behavioral patterns, interpersonal relationships, and environmental circumstances (Engel, 2024). From this perspective, physical vitality, emotional balance, positive self-evaluation, perceived control, social support, effective role performance, and educational functioning may all contribute to mental health. Therefore, instruments that reduce mental health to a small set of clinical symptoms may fail to represent important aspects of students' everyday experiences.

Cognitive processes constitute another central component of mental health. Individuals' beliefs about themselves, their future, and their ability to influence life circumstances affect their emotions, motivation, and behavior. Dysfunctional interpretations may intensify hopelessness, helplessness, anxiety, and withdrawal, whereas realistic and adaptive appraisals can facilitate problem-solving, persistence, and emotional regulation (Beck, 2024). Consequently, hope for the future, self-efficacy, perceived control, confidence in completing tasks, and the belief that personal weaknesses can be improved are relevant indicators of positive mental health, particularly among university students who regularly encounter academic, occupational, interpersonal, and identity-related decisions.

The ability to manage stress and recover from adversity is also integral to mental health. The transactional perspective on stress proposes that the psychological consequences of demanding situations depend not only on the objective characteristics of the event but also on the individual's appraisal of the situation and available coping resources (Lazarus & Folkman, 2024). University students are exposed to examinations, demanding assignments, financial limitations, uncertainty about employment, changing social networks, and family expectations. Their ability to manage examination stress, maintain balance between study and rest, identify constructive solutions, and return to ordinary functioning after distressing events may therefore provide meaningful evidence regarding their mental health.

Social relationships and perceived support are similarly important. Social dysfunction and interpersonal difficulties can contribute to isolation, emotional distress, negative self-appraisal, and impaired functioning (Coyne, 2024). Conversely, perceived social support can protect mental health partly by reducing the intensity of perceived stress (Wang et al., 2024). Among students, feeling accepted by classmates, belonging to a peer group, receiving support during difficulties, and communicating effectively may facilitate both psychological adjustment and educational participation. Iranian evidence has likewise demonstrated the importance of social support for students' mental health and social functioning (Fallah & Hosseini, 2023).

University students require particular attention because higher education coincides with a developmental period characterized by increasing independence, identity formation, academic competition, changing relationships, and major decisions about the future. Mental health concerns may reduce concentration, motivation, class participation, and academic persistence and may increase the risk of interruption or discontinuation of university education (Leow, 2024). Evidence of considerable levels of stress, anxiety, and depression among Iranian medical students further highlights the need for culturally appropriate assessment and preventive services (Mafi-Nejad et al., 2024). Nevertheless, student mental health cannot be adequately evaluated through distress symptoms alone. It is also associated with quality of life, personal growth, enjoyment of daily activities, educational effectiveness, and the capacity to participate in social and academic life (Jirehnejadian & Abbaspour, 2023).

Mental health is also modifiable through educational and behavioral interventions. Life-skills training may strengthen self-awareness, problem-solving, emotional regulation, and effective communication and thereby improve mental health among young people (Emadian & Hosseini, 2023). Physical activity and nature-based walking interventions have also been associated with improvements in mood and psychological well-being, illustrating the relationship between mental health, physical vitality, daily routines, and environmental experience (Ma et al., 2024). These findings support the inclusion of physical well-being and functional capacity in comprehensive assessments of mental health.

The ability to identify difficulties is further influenced by mental health literacy and attitudes toward professional help-seeking. Greater understanding of psychological symptoms and available services may promote more favorable attitudes toward seeking professional assistance (Fazlifar et al., 2023). However, stigma, excessive self-reliance, concerns about confidentiality, and limited access to services may prevent individuals from obtaining support even when difficulties are present (Adams et al., 2024). A multidimensional questionnaire may therefore assist university counseling centers in recognizing students who do not yet present severe clinical symptoms but show vulnerability in belonging, coping, self-efficacy, or daily functioning.

Cultural context must also be considered in mental health assessment. Meaning in life, social responsibility, family roles, self-efficacy, and acceptable expressions of distress may differ across societies. Iranian research has demonstrated the feasibility and importance of developing mental health instruments grounded in culturally relevant theoretical frameworks (Zahmatkesh et al., 2023). Experience in developing and validating indigenous psychosocial questionnaires has likewise indicated that item generation, expert review, and systematic content refinement are essential stages of instrument development (Karimi et al., 2023). Moreover, reviews of Iranian mental health research indicate that prominent themes differ across populations and frequently include depression, physical health, quality of life, and social support (Masoudi et al., 2023). Instruments developed for older adults, clinical populations, or non-Iranian students may therefore fail to capture the specific educational and developmental roles of Iranian university students.

Adolescence and emerging adulthood are particularly consequential periods because many enduring patterns of mental health and psychological vulnerability begin during these stages (Kapadia, 2024). Family communication and earlier experiences of depression and anxiety may continue to influence adjustment during the transition to university (Soleimani & Adamzadeh, 2023). Accordingly, a student-specific instrument should reflect both general dimensions of mental health and context-dependent capacities such as academic learning, performance of student roles, participation in university life, and planning for future development. The present study aimed to extract and determine the components and items of a mental health questionnaire based on the World Health Organization's definition among university students in Yasuj through content-validity assessment and the Delphi method.

Methods and Materials

This applied study used a descriptive survey design with an instrument-development approach. The intended population of the questionnaire consisted of students enrolled at universities in Yasuj during the 2024–2025 academic year. The instrument-development and content-validation stage was conducted with a purposively selected panel of 10 experts in psychology, mental health, counseling, and psychometrics. Eligibility for the expert panel was based on relevant academic qualifications, theoretical or professional expertise in mental health, familiarity with psychological assessment, and willingness to participate in successive Delphi rounds.

The initial conceptual framework was developed from the World Health Organization's definition of mental health, theoretical perspectives, previous research, and the characteristics of university life. An initial pool of 70 items was generated to represent psychological, physical, social, developmental, coping, educational, and functional aspects of mental health. Items were written in clear, concise, and culturally appropriate language

and were reviewed to avoid ambiguity, double-barreled wording, unnecessary technical terminology, and conceptual redundancy.

Content validity was examined using the content validity ratio. Experts classified each item as essential, useful but not essential, or unnecessary. Given the 10-member expert panel, a content validity ratio of 0.62 was regarded as the minimum acceptable value. Items below this threshold were considered for deletion or revision. Qualitative comments concerning clarity, conceptual relevance, cultural appropriateness, overlap, and wording were also reviewed.

The Delphi process was conducted in two rounds. In the first round, experts evaluated the proposed items and suggested revisions, deletions, or additions. Items with a mean score of at least 5.0 were retained for reconsideration in the second round. The revised item set and an anonymous summary of group judgments were then returned to the experts. Items with a second-round mean below 5.0 were removed. Consensus was evaluated through changes in expert ratings and Kendall's coefficient of concordance. Following the expert stage, demographic data were available for 381 students selected through convenience sampling from universities in Yasuj.

Findings

Of the 381 students, 210 were women, representing 55.1% of the sample, and 171 were men, representing 44.9%. Regarding age, 156 participants, or 40.9%, were 18–21 years old; 134, or 35.2%, were 22–25 years old; 61, or 16.0%, were 26–29 years old; and 30, or 7.9%, were aged 30 years or older. A total of 158 students, equivalent to 41.5%, studied at Yasuj University; 124, or 32.5%, attended Islamic Azad University, Yasuj Branch; 61, or 16.0%, attended Payame Noor University of Yasuj; and 38, or 10.0%, attended the University of Applied Science and Technology. In terms of educational level, 46 participants, or 12.1%, were associate-degree students; 221, or 58.0%, were bachelor's students; 83, or 21.8%, were master's students; and 31, or 8.1%, were doctoral students.

Content-validity analysis showed that numerous items achieved or exceeded the required CVR of 0.62, whereas items with inadequate expert endorsement were deleted or reconsidered during the Delphi process. Items concerning life satisfaction, meaningfulness, psychological balance, hope, physical vitality, social acceptance, perceived support, personal growth, self-efficacy, constructive coping, educational functioning, role performance, social responsibility, and low levels of disabling symptoms generally received acceptable content-validity judgments.

The Delphi process was completed in two rounds. Items with first-round means below 5.0 were excluded, while the remaining items were revised and resubmitted. Additional items whose means fell below 5.0 during the second round were also removed. The mean of the item standard deviations was 1.67 in the first round and 1.74 in the second round. Kendall's coefficient of concordance increased from 0.789 in the first round to 0.812 in the second round, indicating strengthened agreement among the experts.

The final questionnaire contained 48 items distributed across 10 components: psychological well-being and life satisfaction; physical well-being; social well-being and sense of belonging; personal and academic growth; self-efficacy and perceived control; stress coping and resilience; academic performance and effective learning; performance of extracurricular and everyday roles; social participation; and low levels of disorder symptoms. The final item pool therefore incorporated both positive capacities and the relative absence of disabling psychological symptoms.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that student mental health is a broad, multidimensional construct that extends beyond the absence of psychiatric symptoms. The components retained by the experts represent psychological experience, physical vitality, interpersonal relationships, academic functioning, coping resources, personal agency, role performance, and social participation. This structure reflects the reality that students may be free from severe

symptoms yet experience poor belonging, limited resilience, low self-efficacy, or impaired academic functioning. Conversely, some students may demonstrate adequate performance while experiencing distress that requires attention.

The inclusion of psychological well-being and life satisfaction demonstrates the importance of meaning, hope, inner balance, and positive evaluation of life. Physical well-being reflects the connection between energy, bodily health, and the ability to sustain everyday activities. Social well-being and belonging capture the protective functions of acceptance, support, and effective communication. Personal and academic growth and self-efficacy represent students' confidence in their capacities, development, and future direction. Stress coping and resilience address the ability to manage educational pressure and recover from adverse experiences. The inclusion of academic performance and effective learning is especially relevant because students' principal role is educational. Concentration, planning, timely completion of assignments, effective learning, and active classroom participation are practical manifestations of mental health in the university context. Similarly, the capacity to perform extracurricular, personal, and family responsibilities reflects the ability to balance multiple roles. Social participation extends the construct beyond receiving support and highlights students' sense of usefulness, responsibility, and contribution to university and society.

Retaining a component representing low levels of disorder symptoms ensured that the instrument did not overlook clinically relevant distress. The final questionnaire consequently balances positive mental health with the absence of severe sadness, hopelessness, loss of enjoyment, and anxiety-related avoidance. This dual emphasis provides a more complete conceptual representation than instruments focused exclusively on either well-being or psychopathology.

The increase in Kendall's coefficient across the two Delphi rounds suggests that structured feedback and item revision improved expert consensus. The combination of quantitative content-validity criteria and qualitative judgments also helped remove weak, redundant, or ambiguous items while preserving conceptually important indicators. The resulting 48-item questionnaire provides a theoretically coherent and culturally relevant foundation for assessing student mental health.

In conclusion, the study identified 10 interconnected components of mental health among university students and produced a 48-item questionnaire grounded in the World Health Organization's comprehensive definition. The instrument reflects positive well-being, adaptive capacities, social and educational functioning, and low levels of disabling symptoms. It may provide a useful basis for student mental health screening, university counseling, preventive planning, and subsequent psychometric research.

فهرست منابع

References

Adams, C., Gringart, E., & Strobel, N. (2024). Barriers to Mental Health Help-Seeking among Older Adults with Chronic Diseases. *Australian Psychologist*, *59*(2), 154-165. https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2282540

Beck, A. T. (2024). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Penguin.

Coyne, J. C. (2024). Social Dysfunction and Mental Health: Mechanisms and Interventions. *Clinical psychology review*, *92*, 102112.

Emadian, S. A., & Hosseini, L. (2023). The Effectiveness of Life Skills Training on the Mental Health of Female Vocational School Students. *Quarterly Journal of Cognitive-Analytical Psychology*, *14*(52), 47-61.

Engel, G. L. (2024). The Biopsychosocial Model: A Revolutionary Paradigm. *American Journal of Psychiatry*, *181*(5), 411-417.

Fallah, K., & Hosseini, K. (2023). The Role of Social Support in Students' Mental Health and Social Functioning. *Quarterly Journal of Mental Health*, *23*(2), 156-167.

Fazlifar, K., Madanlou, S., Aghaei, N., & Nikbakht, R. (2023). The Relationship between Mental Health Literacy and Attitudes toward Professional Psychological Help-Seeking among Adolescents. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, *23*(230), 85-89.

Galderisi, S. (2024). The Need for a Consensual Definition of Mental Health. *World Psychiatry*, *23*(1), 52-53. https://doi.org/10.1002/wps.21150

Jirehnejadian, A., & Abbaspour, A. (2023). The Effect of Mental Health on Improving Students' Quality of Life. International Conference on Humanities, Educational Sciences, Law, and Social Sciences, https://civilica.com/doc/1903542

Kapadia, F. (2024). Adolescent Mental Health and Well-Being: A Public Health of Consequence, February 2024. *American Journal of Public Health*, *114*(2), 158-160. https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307543

Karimi, R., Sattari, K., Nourmohammadi, S., & Safaei, S. (2023). Development, Reliability Assessment, and Validation of the Psychosocial Dimensions of the COVID-19 Pandemic Questionnaire. *Quarterly Journal of Research in Psychological Health*, *2*(15), 68-80.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (2024). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

Leow, T. (2024). Prevalence of University Non-Continuation and Mental Health Concerns: A Systematic Overview. *Public Health Reviews*.

Ma, J., Lin, P., & Williams, J. (2024). Effectiveness of Nature-Based Walking Interventions in Improving Mental Health in Adults: A Systematic Review. *Current Psychology*, *43*(11), 9521-9539. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05112-z

Mafi-Nejad, M., Hosseini, S., & Hezar, N. (2024). Mental Health Assessment: Prevalence of Stress, Anxiety, and Depression among Medical Students at Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd. *Journal of Health Research and Development*, *2*(1), 13-28.

Masoudi, M., Pourjafar, M. R., & Piri, S. (2023). A Systematic Review of Research on Older Adults' Mental Health in Iran: A Co-Word Analysis. *Quarterly Journal of Research in Psychological Health*, *19*(4), 2-13.

Soleimani, M., & Adamzadeh, A. (2023). Assessing Adolescent Mental Health Based on Parental Communication Styles with Consideration of Depression and Anxiety. Fourteenth International Conference on Management and Humanities Research in Iran, https://civilica.com/doc/1895241

Wang, L., Zhang, Z., Li, Z., Li, Q., & Li, X. (2024). Social Support and Mental Health: The Mediating Role of Perceived Stress. *Frontiers in psychology*, *15*, 1330720. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720

World Health Organization. (2024a). Mental Health. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

World Health Organization. (2024b). *Mental Health: Strengthening Our Response*.

Zahmatkesh, A., Farrokhi, N., & Beheshti, S. (2023). Development and Norming of an Adult Mental Health Test Based on Quranic Verses. https://civilica.com/doc/1838502