

# هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز\*

نویسنده: دکتر سیدمحمد رضا تقوی<sup>۱\*</sup>

۱. دانشیار دانشگاه شیراز

\*E-mail: mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر هنجاریابی فرم ۲۸ سؤالی از پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز به تفکیک جنس، سال تحصیلی و دانشکده بود. همچنین پژوهش حاضر به مقایسه وضعیت سلامت عمومی بین دانشجویان در سال‌های مختلف تحصیلی، دانشجویان پسر و دختر و دانشجویان بومی و غیربومی می‌پردازد. برای این منظور ۱۱۴۶ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز در این مطالعه شرکت کردند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان پسر در مقایسه با دانشجویان دختر، و دانشجویان غیربومی در مقایسه با دانشجویان بومی از سلامت عمومی بهتری برخوردار بودند، لکن بین دانشجویان در سال‌ها و مقاطع مختلف تحصیلی تفاوتی مشاهده نشد. در پژوهش حاضر، جداول هنجاری برای دانشجویان به تفکیک دانشکده، سال تحصیلی و جنس ارائه شده است.

کلید واژه‌ها: پرسشنامه سلامت عمومی، هنجاریابی، دانشجویان دانشگاه شیراز

\*بدین وسیله از شورای پژوهشی دانشگاه شیراز که هزینه اجرای این پژوهش را تأمین کردند سپاسگزاری می‌شود. از آقایان سیامک طهماسبی و آرش مانی دانشجویان بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز که امر جمع‌آوری داده‌ها را بر عهده داشتند و همچنین از خانم فاطمه تقوی که نظارت بر ورود داده‌ها به رایانه را تقبل کردند قدردانی می‌شود.

## دانشور

رفتار

- دریافت مقاله: ۸۲/۱۰/۱۵
- ارسال به داوران:
- ۱) ۸۲/۱۱/۲۵
- ۲) ۸۳/۳/۲۰
- ۳) ۸۳/۲/۳۱
- ۴) ۸۳/۸/۲۷
- ۵) ۸۳/۸/۲۷
- دریافت نظر داوران:
- ۱) ۸۳/۱۱/۲۲
- ۴) ۸۳/۱۰/۱۳
- ۵) ۸۳/۱۲/۲۴
- ارسال برای اصلاحات:
- ۱) ۸۴/۴/۲۸
- ۲) ۸۴/۹/۱۵
- دریافت اصلاحات:
- ۱) ۸۴/۶/۱
- ۲) ۸۴/۱۰/۱۷
- ارسال به داور نهایی:
- ۱) ۸۴/۶/۲۳
- ۲) ۸۴/۱۰/۱۹
- دریافت نظر داور نهایی:
- ۱) ۸۴/۸/۷
- ۲) ۸۵/۱/۲۸
- پذیرش مقاله: ۸۵/۲/۳۱

Scientific-Research  
Journal of  
Shahed University  
Fifteenth Year  
No. 28  
2008

دوماهنامه علمی - پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال پانزدهم - دوره جدید  
شماره ۲۸  
اردیبهشت ۱۳۸۷

## مقدمه

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire G.H.Q)، آزمونی است که به منظور بررسی اختلالات غیر روان پریشی طراحی شده است و ماهیتی چندگانه (Versatile) و خود-اجرا (Self-administered) دارد. این پرسشنامه جنبه تشخیصی (Diagnostic) ندارد و تنها می‌توان از آن برای سرند کردن (Screening) افراد در شرایط حاد استفاده کرد [۱]. از پرسشنامه سلامت عمومی می‌توان برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکرد بهنجار و وجود حوادث آشفته‌کننده در زندگی استفاده کرد.

پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q) اولین بار در سال ۱۹۷۲ به وسیله گلدبرگ منتشر شده است [۲] و هدف آن، تمایز قائل شدن بین افراد سالم و افراد بیمار است. این پرسشنامه تاکنون به طور وسیع در موقعیت‌های مختلف و در کشورهای متفاوت به کار برده شده است [۳]. پرسشنامه G.H.Q تا کنون در ۴ فرم ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی منتشر شده است. به نظر محققین، فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالا برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است. ده‌ها تحقیق ارائه شده توسط گلدبرگ و ویلیامز [۱] در انگلستان و سایر کشورها مؤید این دیدگاه است (برای مثال مراجعه شود به ماری و ویلیامز، [۴]؛ شمسوند و همکاران، [۵]). فرم ۳۰ سؤالی پرسشنامه (G.H.Q) مقیاس کوتاه شده فرم ۶۰ سؤالی است که گویه‌های مربوط به بیماری‌های فیزیکی از آن حذف شده است. فرم ۲۸ سؤالی، علاوه بر هدف متمایزسازی افراد سالم از افراد غیرسالم و در برداشتن مقیاس علائم بدنی، تنها فرمی است که برای اهداف تحقیقاتی مناسب تشخیص داده شده و لذا مورد بررسی در این پژوهش قرار گرفته است.

براساس تحقیقات انجام شده، روایی و پایایی این آزمون در انگلستان و سایر کشورها بسیار مناسب

گزارش شده است. گلدبرگ و ویلیامز [۱] نتیجه بیش از ۷۰ تحقیق را در این خصوص ارائه داده و بر این اساس اعتبار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند. اخیراً نیز مطالعات زیادی بر روی اعتبار و پایایی فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی صورت گرفته که حاکی از خصوصیات روان‌سنجی مناسب این مقیاس است (برای مثال مراجعه کنید به گلدبرگ و همکاران [۳]؛ هاوانار و همکاران، [۶] ۱۹۹۶a و [۷] ۱۹۹۶b؛ کیلیک [۸]؛ ویلیامز و هانت [۹] و فارمر و همکاران [۱۰]). در ایران نیز تقوی در ۱۳۸۰ [۱۱] پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را مورد بررسی قرار داده است. براساس این پژوهش، پایایی پرسشنامه مزبور با استفاده از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده که به ترتیب ضرائب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست داده است. همچنین در این پژوهش برای مطالعه اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش اعتبار همزمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است که نتایج رضایتبخشی را داشته است. در ادامه برخی پژوهش‌های انجام شده در خصوص پرسشنامه سلامت عمومی ارائه خواهد شد.

در رابطه با عملکرد دو جنس در پرسشنامه سلامت عمومی، مطالعات متعددی صورت گرفته است. مطالعه و سگوئیز - با رکویرو و همکارانش [۱۲] در اسپانیا، کوکس و همکارانش [۱۳] در جزایر بریتانیا، دارکی [۱۴] در کانادا، فین لی - جونز و بورویل [۱۵] در غرب استرالیا، سی سی لیانی و همکاران او [۱۶] در شمال ایتالیا، هوپرت، روث و گور [۱۷] در انگلستان، بر روی جمعیت عمومی، و همچنین برخی از مطالعات بر روی بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی از جمله مارکس، گلدبرگ و هیلر [۱۸]، بردمن [۱۹] و گلدبرگ و بریج [۲۰] نشان از آن دارد که نرخ آسیب‌های روانی در

دانشجو بیش از پسران دانشجو است و سرانجام این که نوربالا و فخرایی [۳۲] با مقایسه علائم روان پزشکی در دو گروه از دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه تهران به این نتیجه رسیدند که نشانه‌های روان پزشکی در زنان هر دو گروه (به‌ویژه در بعد شکایات جسمانی) بیش تر از مردان است. روی هم رفته مطالعات حاکی از آن است که مردان، بهداشت روانی بهتری نسبت به زنان دارند.

در رابطه با عملکرد دانشجویان بومی و غیربومی در پرسشنامه سلامت عمومی، مطالعات محدودی انجام شده است. در یک مطالعه، باقری یزدی، بوالهروی و پیروی [۲۹] فرم ۱۲ سؤالی از پرسشنامه سلامت عمومی را بر روی دانشجویان دانشگاه تهران اجرا کردند و به این نتیجه رسیدند که دانشجویان شهرستانی (غیربومی) وضعیت سلامت عمومی نامناسب تری را در مقایسه با دانشجویان تهران (بومی) تجربه می‌کنند. در مطالعه‌ای دیگر کافی، بوالهروی و پیروی [۳۳] با اجرای آزمون SCI-90-R (Symptom-Check List- 90-Revised) بر روی دانشجویان دانشگاه تهران دریافتند که میانگین نمره دانشجویان شهرستانی در تمام بخش‌های آزمون مذکور، به استثنای خرده‌مقیاس پرخاشگری، بیش از دانشجویان تهرانی بود؛ اما این تفاوت‌ها به حد لازم برای معناداری نرسیدند. در مطالعه‌ای دیگر، عکاشه [۲۷] عملکرد ۲۵۳ دانشجوی علوم پزشکی کاشان را با فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که اختلال روان پزشکی در دانشجویان غیربومی بیش تر از دانشجویان بومی است. در مطالعه‌ای دیگر، کافی، بوالهروی و پیروی [۳۴] در یک بررسی بر روی ۱۱۰۲ دانشجوی دانشگاه تهران، پرسشنامه SCI-90-R را به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان به کار بستند. نتیجه این بررسی نشان داد که دانشجویان شهرستانی در خرده‌مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و ترس مرضی به طور معنادار وضعیت نامناسب تری نسبت به دانشجویان تهرانی دارند، لکن دانشجویان تهرانی در

زنان بیش تر از مردان است. اما مطالعات محدودی نشان می‌دهد که در جمعیت عمومی (از جمله هندرسون و همکارانش [۲۱]) و در بیماران مراجعه کننده به پزشکان عمومی (از جمله کورسر و فیلیپ [۲۲] و هنریکوس و همکارانش [۲۳]) نرخ آسیب‌های روانی در مردان بیش از زنان است. برخی مطالعات نیز نشان می‌دهند که وقتی شرایط اجتماعی برای دو جنس یکسان سازی می‌شود، تفاوت عملکرد بین دو جنس در پرسشنامه سلامت عمومی از بین می‌رود (برای مثال به مطالعه فین لی - جونز [۲۴] و جن کینز [۲۵] مراجعه شود).

در ایران نیز در رابطه با عملکرد دو جنس در مقیاس‌های مربوط به بهداشت روانی، مطالعات چندی صورت گرفته است. هومن [۲۶] در مطالعه‌ای که بر روی ۷۵۱ نفر از دانشجویان دوره‌های روزانه دانشگاه تربیت معلم انجام داد تفاوتی بین عملکرد دختران و پسران در مؤلفه‌های G.H.Q به دست نیاورد. عکاشه [۲۷] با اجرای فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی ۲۵۳ دانشجوی علوم پزشکی کاشان نشان داد که میزان اختلالات روانی در زنان بیش از مردان است. احمدی [۲۸] در تحقیقی که بر روی ۲۰۰ نفر از دانشجویان پزشکی در اهواز با استفاده از آزمون افسردگی بک انجام داد، نتیجه گرفت که زنان دانشجوی علوم بالینی افسرده تر از مردان دانشجوی علوم بالینی بوده‌اند، اما بین زنان و مردان دانشجوی علوم پایه چنین تفاوتی را ملاحظه نکرد. باقری یزدی، بوالهروی و پیروی [۲۹] در مطالعه‌ای بر روی ۲۳۲۱ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران فرم ۱۲ سؤالی از پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q-12) را به کار بردند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین عملکرد دانشجویان دختر و پسر در پرسشنامه سلامت عمومی تفاوتی وجود ندارد. ترکان [۳۰] در بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی زاهدان، دریافت که افسردگی در زنان بیش از مردان است. والتاین [۳۱] طی مطالعه‌ای بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز نتیجه می‌گیرد که اضطراب و افسردگی دختران

هدف اصلی از مطالعه حاضر، هنجاریایی فرم ۲۸ سؤالی از پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز به تفکیک سال تحصیلی، جنس و دانشکده است. همچنین هدف جانبی پژوهش حاضر با توجه به یافته‌های تحقیقاتی فوق‌الذکر، بررسی ۲ فرضیه تحقیقاتی زیر است:

۱) سلامت عمومی پسران بهتر از سلامت عمومی دختران است.

۲) دانشجویان بومی از سلامت عمومی بهتری نسبت به دانشجویان غیربومی برخوردارند.

به علاوه این پژوهش به این سؤال پژوهشی خواهد پرداخت که آیا سلامت عمومی در بین دانشجویان در سال‌های مختلف تحصیلی متفاوت است یا خیر؟

## روش

### ابزار تحقیق

در تحقیق حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه توسط گلذبرگ و هیلر [۱۸] از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت این‌جا و اکنون تأکید دارد. پرسشنامه با سؤالات مربوط به علائم جسمانی شروع می‌شود و در ادامه سؤال‌هایی که بیش‌تر علائم روان‌پزشکی را مطرح می‌کنند ارائه می‌شود. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده‌آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های هر خرده‌آزمون به ترتیب پشت سرهم آمده است، به نحوی که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده‌آزمون اضطراب و بی‌خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده‌آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده‌آزمون افسردگی است. در خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، وضعیت سلامت

خرده‌مقیاس پرخاشگری به طور معنادار نمره بالاتری داشتند. در مجموع، شواهد حاکی از آن است که دانشجویان بومی، بهداشت روانی بهتری نسبت به دانشجویان غیربومی دارند.

در رابطه با عملکرد دانشجویان در پرسشنامه سلامت عمومی در سال‌های مختلف تحصیلی، مطالعات محدودی صورت گرفته است. باقری یزدی، بوالهروی و پیروی [۲۹] در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان دانشگاه تهران نشان دادند که دانشجویان کم‌تر از ۲۰ سال در مقایسه با دانشجویان بین ۲۰ تا ۲۹ سال، اختلالات روانی کم‌تری را تجربه می‌کنند. در یک مطالعه دیگر، عکاشه [۲۷] نشان داد که بالاترین شیوع اختلالات افسردگی اساسی در گروه سنی ۲۱-۲۰ سال و کم‌ترین اختلال در گروه سنی ۲۴ سال به بالا است. البته اشکال اساسی اکثر مطالعاتی که در داخل کشور صورت پذیرفته این است که صرفاً از آمار توصیفی استفاده کرده‌اند.

تعیین هنجار برای هر آزمون روانی و از جمله مقیاس مورد بررسی در این تحقیق حداقل ۴ فایده زیر را در بر خواهد داشت:

الف) یکی از موانع اصلی برای تحقیق‌های بنیادی در زمینه روان‌شناسی بالینی در ایران، فقدان آزمون‌های استاندارد شده است و با مرتفع شدن این مانع طبیعتاً مسیر پیشرفت تحقیقات هموار خواهد گردید.

ب) نتیجه تغییرات درمانی و بررسی روش‌های روان‌درمانی تنها از این طریق عینیت می‌یابد و قابل اندازه‌گیری می‌گردد.

ج) تشخیص سریع در مواقع لازم، غربال کردن و تعیین نقطه برش در تحقیقات از این طریق امکان‌پذیر است.

د) این امکان را فراهم می‌سازد که مطالعات همه‌گیرشناسی (Epidemiology) در کشور انجام‌پذیرد و بدین ترتیب زمینه برنامه‌ریزی در جهت پیشگیری از اختلالات روانی، تنظیم برنامه‌های درمانی، آموزش نیرو و تهیه تمهیدات لازم در جهت گسترش بهداشت روانی مهیا گردد.



علاقه‌مندی و احساس مسئولیت در این پژوهش مشارکت کنند.

جدول ۱: خصوصیات نمونه به تفکیک دانشکده و سال تحصیلی

دانشکده	سال اول		سال دوم		سال سوم		سال چهارم		تحصیلات تکمیلی		جمع
	نفر	درصد	نفر	درصد	نفر	درصد	نفر	درصد	نفر	درصد	
علوم تربیتی و روان‌شناسی	۲۴	۱۷	۲۸	۲۰	۴۲	۳۰	۲۷	۱۹	۲۰	۱۴	۱۴۱
مهندسی	۱۴	۸	۲۱	۱۲	۳۵	۲۱	۶۸	۴۰	۳۲	۱۹	۱۷۰
ادبیات و علوم انسانی	۱۱	۱۰	۴۴	۳۹	۲۶	۲۳	۱۴	۱۳	۱۷	۱۵	۱۱۲
حقوق	۳۰	۲۷	۱۸	۱۶	۲۱	۱۸	۳۳	۲۹	۱۱	۱۰	۱۱۳
علوم	۳۶	۱۹	۲۵	۱۳	۴۷	۲۵	۵۴	۲۸	۲۷	۱۴	۱۸۹
کشاورزی	۳۱	۲۳	۳۳	۲۴	۱۸	۱۳	۲۷	۲۰	۲۶	۱۹	۱۳۵
صنعت الکترونیک	۳۰	۲۶	۲۸	۲۴	۳۴	۲۹	۲۴	۲۱	-	-	۱۱۶
دام‌پزشکی	۲۲	۲۵	۲۰	۲۳	۱۸	۲۱	۱۳	۱۵	۱۴	۱۶	۸۷
هنر و معماری	۱۶	۱۹	۲۰	۲۴	۱۸	۲۲	۱۷	۲۰	۱۲	۱۵	۸۳
جمع	۲۱۴	۱۸	۲۳۷	۲۱	۲۵۹	۲۳	۲۷۷	۲۴	۱۵۹	۱۴	۱۱۴۶

جدول‌های ۲ و ۳ نتایج هنجاریایی پژوهش حاضر را خلاصه می‌کنند. جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد چهار خرده‌مقیاس و نمره کل G.H.Q را برای دانشجویان سال‌های مختلف و به تفکیک جنس ارائه می‌کند. به دلیل آن‌که تعداد دانشجویان تحصیلات تکمیلی در سال‌های مختلف زیاد نبود ترجیح داده شد که نتایج تحقیق بر روی تمام دانشجویان تحصیلات تکمیلی که بیش‌تر آن‌ها دانشجویان کارشناسی ارشد بودند در یک طبقه ارائه شود. در رابطه با جدول شماره ۲ نکات زیر قابل توجه است:

- در غالب خرده‌مقیاس‌های G.H.Q وضعیت بهداشت روانی پسران بهتر از دختران است.
- براساس نمره کل G.H.Q در مقطع کارشناسی و برای دانشجویان سال‌های مختلف، وضعیت بهداشت روانی

بررسی‌ها نشان می‌دهد که توجیهات انجام شده مؤثر بوده و دانشجویان با علاقه‌مندی در این تحقیق وارد شده‌اند. سپس از دانشجویان درخواست شد تا پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند. برای تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی توسط دانشجویان محدودیت زمانی وجود نداشت. این زمان به طور متوسط بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه طول کشید. پس از جمع‌آوری پرسشنامه، کار کدکردن داده‌ها به انجام رسید و از طریق برنامه رایانه‌ای SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. کار جمع‌آوری داده‌ها حدود ۴ ماه به طول کشید و تلاش شد در زمان‌هایی که دانشجویان دچار تنش هستند (مثل مواقع نزدیک به امتحان) از انجام پژوهش خودداری شود.

## نتایج

حسب میانگین و انحراف معیار دلخواه محاسبه کرد؛ لکن تبدیل نمره‌های خام به نمره‌های تراز شده همواره با محاسبه رتبه‌های درصدی نمره‌های خام شروع می‌شود. بنابراین با در اختیار داشتن میانگین، انحراف معیار و رتبه‌های درصدی، دست یافتن به تمام نمرات معیار امکان‌پذیر است.

برای آزمایش فرضیه اول، مبنی بر تفاوت بین دو جنس در پرسشنامه سلامت عمومی، افراد گروه نمونه به دو قسمت بر مبنای جنس تفکیک شدند و نمره پرسشنامه سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن برای دو گروه محاسبه گردید. جدول شماره ۶ تعداد افراد، میانگین و انحراف معیار محاسبه شده را برای دو جنس به تفکیک ارائه می‌کند. از طریق آزمون «تی» مستقل برای دو گروه، معنادار بودن تفاوت ملاحظه شده بین دو گروه بررسی شد. مجدداً نتیجه این بررسی در جدول شماره ۶ قابل ملاحظه است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود دختران در نمره کل G.H.Q به طور معناداری وضعیت سلامت عمومی نامناسب‌تری نسبت به پسران دارند و این تفاوت در سطح  $P < .0001$  معنادار است. در رابطه با خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی نیز این تفاوت در دو خرده‌مقیاس علائم جسمانی و اضطراب بهداشت مشهود است ( $P < .0001$ ) و باز هم دختران اضطراب و علائم جسمانی بیش‌تری را تجربه می‌کنند. تفاوت بین دو جنس در خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی در حد مرزی و به نفع پسران معنادار است ( $P = .08$ )؛ لکن در خرده‌مقیاس افسردگی گرچه دختران میزان افسردگی بیش‌تری به نسبت پسران تجربه می‌کنند، لکن این تفاوت معنادار نیست.

برای آزمایش فرضیه دوم، مبنی بر تفاوت عملکرد دانشجویان بومی و غیربومی در پرسشنامه سلامت عمومی، افراد گروه نمونه به دو بخش بومی و غیربومی تفکیک شدند و نمره پرسشنامه سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن برای دو گروه محاسبه گردید. جدول شماره ۷ تعداد افراد، میانگین و انحراف معیار محاسبه شده را برای دو گروه ارائه می‌کند. همان‌گونه که

پسران بهتر از دختران است. این تفاوت در مقطع تحصیلات تکمیلی مشهود نیست.

• عملکرد دختران در غالب خرده‌مقیاس‌های G.H.Q در سال‌های مختلف تحصیلی بسیار به یکدیگر شبیه است. این وضعیت برای پسران نیز صادق است.

• در غالب خرده‌مقیاس‌ها، در نمره کل G.H.Q و برای دو جنس، مقادیر انحراف معیار نسبتاً بزرگ است و این نشان از پراکندگی زیاد و دامنه وسیع نمرات در خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل G.H.Q دارد.

همچنین جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد ۴ خرده‌مقیاس و نمره کل G.H.Q را برای دانشجویان دانشکده‌های مختلف نشان می‌دهد. در رابطه با این جدول نیز موارد زیر قابل توجه است:

• عملکرد دانشجویان در غالب دانشکده‌ها در خرده‌مقیاس‌های G.H.Q بسیار شبیه یکدیگر است.

• عملکرد دانشجویان در دانشکده‌های مختلف در نمره کل G.H.Q تقریباً در یک اندازه است، گرچه دانشجویان دانشکده صنعت الکترونیک وضعیت بهداشت روانی مناسب‌تر و دانشجویان دانشکده هنر و معماری وضعیت بهداشت روانی ضعیف‌تری را مخصوصاً در خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی نشان می‌دهند.

• مجدداً مقدار انحراف معیار در تمام خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل G.H.Q زیاد و بیانگر پراکندگی زیاد نمونه است که بیانگر نماینده بودن (Representative sample) نمونه است.

جدول‌های ۴ و ۵ به ترتیب تبدیل نمرات خام پرسشنامه سلامت عمومی به مرتبه درصدی را برای دختران و پسران نشان می‌دهند. به سبب سهولت محاسبه و تفسیر رتبه‌های درصدی، در جدول‌های نرم بیش‌تر آزمون‌های نرم شده از نرم درصدی استفاده می‌شود [۳۵]. برخی پژوهش‌ها نیز از نمره‌های تراز شده دیگری چون نمره‌های  $z$ ، و نمره‌های  $T$  به عنوان نمره‌های معیار استفاده می‌کنند. این نمرات تراز شده، نمره‌های تبدیل شده‌ای هستند که می‌توان آن‌ها را بر

در پرسشنامه سلامت عمومی با یکدیگر مقایسه شد. کل دانشجویان تحصیلات تکمیلی، اعم از دانشجویان کارشناسی ارشد و دانشجویان دوره دکتری به جهت قلیل بودن تعدادشان در یک طبقه قرار گرفتند. نتیجه این بررسی نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد  $[F(4,1141) = .38, n.s.]$ . در یک بررسی دیگر، عملکرد دانشجویان در مقطع کارشناسی (۹۸۷ نفر، ۸۶ درصد) با عملکرد دانشجویان در مقطع تحصیلات تکمیلی (۱۵۹ نفر، ۱۴ درصد) در پرسشنامه سلامت عمومی مورد بررسی قرار گرفت. میانگین (و انحراف معیار) دانشجویان دوره کارشناسی و دانشجویان دوره تحصیلات تکمیلی در نمره کل G.H.Q به ترتیب (۱۴/۹۴) و (۱۳/۱۳) و (۲۶/۲۲) بود. برای تعیین معنادار بودن این تفاوت از آزمون «تی» مستقل استفاده شد که نتایج معناداری به دست نیامد  $[n.s.] = .7$ .

در جدول شماره ۷ ملاحظه می‌گردد میانگین (و انحراف معیار) برای دانشجویان بومی (۱۴/۶۳) و ۲۷/۸۱ و برای دانشجویان غیربومی (۱۴/۵۲) و ۲۶/۱۵ است. جهت تعیین معنادار بودن این دو تفاوت از آزمون «تی» مستقل استفاده گردید که نشان از معنادار بودن دو میانگین در حد مرزی داشت. همچنین از بین خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی تنها خرده‌مقیاس اضطراب توانست بین دو گروه از دانشجویان بومی و غیربومی تفاوت معنادار ایجاد کند  $(P < .01)$ .

برای آزمایش این سؤال تحقیقاتی که آیا «بین عملکرد دانشجویان در سال‌های مختلف تحصیلی در پرسشنامه سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد» از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. بنابراین، نمرات دانشجویان در سال‌های تحصیلی اول تا چهارم دوره کارشناسی و دانشجویان در دوره‌های تحصیلات تکمیلی

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد چهار خرده‌مقیاس و نمره کل G.H.Q برای دانشجویان سال‌های مختلف و به تفکیک جنس

سال تحصیلی	شاخص‌ها		علائم جسمانی				اضطراب				اختلال در کارکرد اجتماعی	
			پسر		دختر		پسر		دختر		پسر	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
سال اول	۴/۶۸	۸/۵۶	۴/۴۹	۶/۶۴	۵/۳۸	۷/۷۳	۴/۲۸	۵/۳۱	۵/۳۸	۷/۷۳	۴/۱۸	۸/۷
سال دوم	۴/۳۶	۷/۶۵	۴/۳۱	۶/۸۵	۵/۴۵	۷/۵۶	۴/۳۳	۶/۳۳	۵/۴۵	۷/۵۶	۳/۵۴	۸/۶۳
سال سوم	۴/۱	۷/۵۳	۴/۲۳	۶/۶۴	۴/۸۵	۸/۲۲	۵/۳۴	۷/۲۴	۴/۸۵	۸/۲۲	۳/۳۱	۸/۲۹
سال چهارم	۴/۴۲	۸/۴۹	۴/۲۶	۶/۹۸	۴/۶۸	۸/۵	۴/۷۳	۷/۰۳	۴/۶۸	۸/۵	۳/۵۳	۸/۷۲
تحصیلات تکمیلی	۵/۰۴	۷/۲۷	۴/۲۲	۷/۰۲	۵/۰۷	۶/۷۹	۴/۳۶	۶/۹۵	۵/۰۷	۶/۷۹	۲/۹۴	۸/۸۲
کل دانشجویان	۴/۴۳	۷/۹۸	۴/۲۹	۶/۸۵	۵/۰۶	۷/۹۴	۴/۶۷	۶/۶۲	۵/۰۶	۷/۹۴	۳/۵۸	۸/۵۶

ادامه جدول در صفحه بعد ←

ادامه جدول ۲:

سال تحصیلی	شاخص‌ها		افسردگی				نمره کل G.H.Q	
			پسر		دختر		پسر	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
سال اول	۴/۳۳	۴/۹۴	۵/۱۱	۳/۵۷	۱۶/۴۸	۲۹/۳۴	۱۴/۰۹	۲۳/۵۱
سال دوم	۴/۶۷	۵/۵۱	۴/۴۲	۵/۳۸	۱۶/۱۳	۲۸/۵۱	۱۳/۹۴	۲۵/۹۵
سال سوم	۴/۲۹	۴/۹۴	۳/۸۴	۴/۸۵	۱۳/۹۲	۲۸/۳۵	۱۵/۵۴	۲۵/۷۸
سال چهارم	۴/۸۸	۵/۲۹	۴/۱۵	۵/۲۱	۱۵/۰۷	۳۰/۵۹	۱۴/۳۲	۲۶/۳۵
تحصیلات تکمیلی	۳/۱۷	۳/۷۵	۳/۶۲	۴/۶۸	۱۴/۳۷	۲۶/۰۶	۱۲/۷۸	۲۶/۰۲
کل دانشجویان	۴/۴۲	۵/۰۷	۳/۹۶	۵/۰۶	۱۵/۲	۲۸/۹۱	۱۴/۱۸	۲۵/۶۵



جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد خرده‌مقیاس و نمره کل G.H.Q برای دانشجویان دانشکده‌های مختلف

دانشکده	شاخص‌ها		علائم جسمانی		اضطراب		اختلال در کارکرد اجتماعی		افسردگی		نمره کل G.H.Q	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
علوم تربیتی و روان‌شناسی	۴/۵۵	۷/۴۵	۴/۶۹	۶/۷۸	۳/۱۸	۷/۷۳	۴/۱۲	۵/۵۸	۲۶/۱۰	۱۵/۴۱		
مهندسی	۴/۶	۷/۲۵	۵/۱۱	۷/۰۷	۳/۲۹	۸/۲۹	۳/۷۰	۴/۷۲	۲۶/۳۲	۱۴/۵۳		
ادبیات و علوم انسانی	۴/۵	۷/۲۱	۴/۸۵	۷/۳۵	۳/۵۹	۸/۳۳	۴/۰۷	۵/۰۱	۲۶/۹۸	۱۴/۷۸		
حقوق	۴/۱۳	۷/۲	۵/۰۳	۷/۲۹	۳/۶۳	۸/۴	۴/۵۵	۵/۴۳	۲۷/۴۵	۱۵/۴۵		
علوم	۴/۵۷	۷/۸	۵/۳۷	۷/۶۴	۳/۶۲	۸/۶	۳/۹۱	۴/۸۱	۲۷/۹۷	۱۵/۳۲		
کشاورزی	۴/۵۴	۷/۳۸	۴/۳۹	۷/۳	۳/۳۱	۸/۱۶	۴/۴۶	۵/۱۹	۲۷/۳۲	۱۵/۶۵		
صنعت الکترونیک	۳/۸۱	۶/۶۸	۴/۴۸	۶/۶۶	۳/۱۹	۸/۱۶	۴/۳۱	۴/۹۹	۲۵/۸۳	۱۵/۳۵		
دام‌پزشکی	۳/۹۶	۶/۸۸	۴/۹۷	۶/۶۸	۳/۴۷	۸/۶۲	۴/۲۳	۵/۶۶	۲۶/۴۳	۱۵/۱۸		
هنر و معماری	۴/۲۳	۷/۸۵	۴/۴۷	۷/۶۷	۳/۵۵	۹/۲۶	۴/۶۴	۴/۴۷	۲۹/۴۴	۱۴/۲۳		

جدول ۴: تبدیل نمرات خام پرسشنامه سلامت عمومی به مرتبه درصدی برای دختران

مرتبه درصدی	نمره خام	مرتبه درصدی	نمره خام	مرتبه درصدی	نمره خام	مرتبه درصدی	نمره خام
۸۹	۵۱	۶۹	۳۵	۳۸	۲۱	۱	<۷
۹۰	۵۲	۷۱	۳۶	۴۰	۲۲	۳	۸
۹۲	۵۳	۷۳	۳۷	۴۳	۲۳	۴	۹
۹۳	۵۴-۵۶	۷۴	۳۸	۴۵	۲۴	۶	۱۰
۹۴	۵۷-۵۸	۷۵	۳۹	۴۸	۲۵	۸	۱۱
۹۵	۵۹	۷۷	۴۰	۵۰	۲۶	۹	۱۲
۹۶	۶۰-۶۳	۷۸	۴۱	۵۳	۲۷	۱۳	۱۳
۹۷	۶۴-۶۷	۸۰	۴۲	۵۶	۲۸	۱۶	۱۴
۹۸	۶۸	۸۱	۴۳	۵۸	۲۹	۱۹	۱۵
۹۹	۶۹-۷۳	۸۲	۴۴	۶۰	۳۰	۲۲	۱۶
>۹۹	>۷۳	۸۴	۴۵-۴۶	۶۱	۳۱	۲۶	۱۷
		۸۶	۴۷	۶۴	۳۲	۲۹	۱۸
		۸۷	۴۸-۴۹	۶۶	۳۳	۳۲	۱۹
		۸۸	۵۰	۶۷	۳۴	۳۵	۲۰

جدول ۵: تبدیل نمرات خام پرسشنامه سلامت عمومی به مرتبه درصدی برای پسران

مرتبه درصدی	نمره خام	مرتبه درصدی	نمره خام	مرتبه درصدی	نمره خام	مرتبه درصدی	نمره خام
۹۰	۴۵	۷۲	۳۲	۴۰	۱۹	<۱	۲-۵
۹۱	۴۶	۷۴	۳۳	۴۳	۲۰	۲	۶-۷
۹۲	۴۷-۴۸	۷۵	۳۴	۴۶	۲۱	۴	۸
۹۳	۴۹-۵۱	۷۷	۳۵	۴۸	۲۲	۶	۹

۱۰	۹	۲۳	۵۰	۳۶	۷۸	۵۲-۵۳	۹۴
۱۱	۱۲	۲۴	۵۳	۳۷	۷۹	۵۴-۵۵	۹۵
۱۲	۱۶	۲۵	۵۶	۳۸	۸۰	۵۶-۵۷	۹۶
۱۳	۲۰	۲۶	۵۹	۳۹	۸۲	۵۸-۵۹	۹۷
۱۴	۲۴	۲۷	۶۰	۴۰	۸۳	۶۰-۶۱	۹۸
۱۵	۲۸	۲۸	۶۳	۴۱	۸۴	۶۲-۶۵	۹۹
۱۶	۳۱	۲۹	۶۵	۴۲	۸۶	>۶۶	>۹۹
۱۷	۳۳	۳۰	۶۸	۴۳	۸۷		
۱۸	۳۷	۳۱	۷۰	۴۴	۸۹		

جدول ۶: آزمون t مستقل برای مقایسه عملکرد دو جنس در خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل G.H.Q

P	«تی» مشاهده شده	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	تعداد افراد	شاخص‌ها جنس (خرده) مقیاس	
						دختر	پسر
۰/۰۰۰۱	۴/۳۴	۱۱۴۴	۴/۴۳	۷/۹۸	۴۶۹	دختر	علائم جسمانی
						پسر	
۰/۰۰۰۱	۴/۵۱	۱۱۴۴	۵/۰۶	۷/۹۴	۴۶۹	دختر	اضطراب
						پسر	
۰/۰۰۸	۱/۷۲	۱۱۴۴	۳/۵۸	۸/۵۶	۴۶۹	دختر	اختلال در کارکرد اجتماعی
						پسر	
۰/۱۳	۱/۴۹	۱۱۴۴	۵/۰۷	۴/۴۲	۴۶۹	دختر	افسردگی
						پسر	
۰/۰۰۰۱	۳/۷۱	۱۱۴۴	۱۵/۲	۲۸/۹۱	۴۶۹	دختر	نمره کل G.H.Q
						پسر	

جدول ۷: آزمون t مستقل برای مقایسه عملکرد دانشجویان بومی و غیر بومی در خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل G.H.Q

P	«تی» مشاهده شده	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	تعداد افراد	شاخص‌ها بومی / غیر بومی (خرده) مقیاس	
						بومی	غیر بومی
۰/۲۷	۱/۱	۱۱۲۳	۴/۲۶	۷/۴۷	۴۲۴	بومی	علائم جسمانی
						غیر بومی	
۰/۰۱	۲/۴۶	۱۱۲۳	۴/۸۷	۷/۵۵	۴۲۴	بومی	اضطراب
						غیر بومی	
۰/۲۴	۱/۱۶	۱۱۲۳	۳/۴۳	۸/۴۶	۴۲۴	بومی	اختلال در کارکرد اجتماعی
						غیر بومی	
۰/۱۶	۱/۴	۱۱۲۳	۵/۱۸	۴/۳۲	۴۲۴	بومی	افسردگی
						غیر بومی	
۰/۰۵۷	۱/۹	۱۱۲۳	۱۴/۶۲	۲۷/۸۱	۴۲۴	بومی	نمره کل G.H.Q
						غیر بومی	

## بحث و نتیجه گیری

هدف از تحقیق حاضر، هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سؤالی) برای استفاده‌های بالینی، مثل سرند کردن و بررسی اثربخشی درمان‌های ارائه‌شده به دانشجویان بود. در این راستا تلاش شد تا حتی‌الامکان نمونه‌ای که بیانگر جامعه دانشجویی دانشگاه شیراز باشد و قابلیت مقایسه را بین دو جنس، دانشجویان سال‌های مختلف و دانشکده‌های متفاوت فراهم سازد، انتخاب شود. خصوصیات افراد نمونه در جدول شماره ۱ آمده است. جداول ارائه‌شده هنجاری آن‌چنان‌که در جداول ۲ و ۳ مشهود است کار مقایسه نمره افراد را در نمره کل G.H.Q و خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی براساس میانگین و انحراف استاندارد تسهیل می‌سازند. لذا با استفاده از این جداول می‌توان عملکرد فرد را متناسب با سال تحصیلی، دانشکده و جنس با گروه نمونه مقایسه کرد. باید توجه داشت که پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان دانشگاه شیراز هنجاریابی شده و استفاده از هنجارهای آن در سایر نقاط ایران، نظر به عدم وجود اطلاعاتی که از طریق آن بتوان تعمیم نتایج حاصل را توجیه کرد باید با احتیاط همراه باشد. همچنین براساس دیدگاه آناستازی [۳۶] از شرایط استفاده از نتایج آزمون‌ها، احتیاط کامل در تفسیر نتایج است. لذا استفاده بالینی از G.H.Q باید به وسیله افراد متخصص و دارای مهارت کافی در تعبیر و تفسیر نمرات انجام پذیرد و در غیر این صورت، آزمایش، معتبر نبوده، منجر به نتیجه‌گیری‌های غلط می‌گردد.

همچنین پژوهش حاضر دو فرضیه و یک سؤال تحقیقاتی را مورد بررسی قرار داد. فرضیه تحقیقاتی اول بر این مبنا استوار است که سلامت عمومی پسران بهتر از سلامت عمومی دختران است. نتایج پژوهش حاضر این فرضیه را تأیید می‌کند و در نمره کل G.H.Q دختران نسبت به پسران به طور معنادار نمره بیشتری را اخذ کرده‌اند که بیانگر سلامت عمومی پائین‌تر است. این موضوع مخصوصاً در دو خرده‌مقیاس علائم جسمانی و

اضطراب بیش‌تر مشهود است. نتایج پژوهش حاضر در ارتباط با تفاوت بین دو جنس، با نتایج تحقیقات انجام گرفته در خارج از کشور از جمله مطالعه وسگوئیز-بارکوئیر و همکارانش [۱۲]، کوکس و همکارانش [۱۳]، دارکی [۱۴]، فین لی-جونز و بورویل [۱۵]، سی لیانی و همکاران او [۱۶]، هوپرت و همکارانش [۱۷]، مارکس و همکارانش [۳۷]، بردمن [۱۹] و گلدبرگ و بریج [۲۰] و مطالعات انجام گرفته در ایران، از جمله مطالعه عکاشه [۲۷]، احمدی [۲۸]، ترکان [۳۰]، والتاین [۳۱] و نوربالا و فخرایی [۳۲] در یک راستا است. در مجموع، اکثر مطالعات انجام گرفته حکایت از بهداشت روانی و یا سلامت عمومی بهتر مردان نسبت به زنان دارد. پاره‌ای از مطالعات، بیانگر آن است که بین بهداشت روانی زنان و مردان تفاوتی وجود ندارد و تنها تعداد کمی از مطالعات نشان از بهداشت روانی برتر زنان نسبت به مردان دارند. بنابراین شایسته است تا در مطالعات آتی عللی که موجب ایجاد نتایج بعضاً متضاد در تحقیقات می‌شود مورد بررسی و احیاناً کنترل قرار گیرد. برای مثال، مطالعه فین لی-جونز [۲۴] و جن کینز [۲۵] نشان دادند که وقتی شرایط اجتماعی برای دو جنس یکسان‌سازی می‌شود تفاوت عملکرد دو جنس در پرسشنامه سلامت عمومی از بین می‌رود. نکته دیگر آن‌که لازم است در تحقیقات آتی، عللی که موجب می‌شود تا سلامت عمومی دختران و زنان در مرتبه ضعیف‌تری قرار گیرد بررسی و پیشنهادهایی در جهت مرتفع شدن آن‌ها ارائه گردد. محتمل است که نگرش و انتظارات جامعه از زنان موجب ایجاد چنین نقصانی شده باشد.

فرضیه دیگری که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفت عملکرد دانشجویان بومی و غیربومی در پرسشنامه سلامت عمومی بود که فرض شد دانشجویان بومی از سلامت عمومی بهتری نسبت به دانشجویان غیربومی برخوردارند. فرض حاضر بر مبنای تحقیقات محدودی بود که در ایران انجام شده بود (عکاشه [۲۷]، کافی، بوالهروی و پیروی [۳۳ و ۳۴]). نتایج پژوهش

می‌گردد تا در یک تحقیق دیگر ضمن ارائه تعریفی مشخص از بومی/غیربومی برای آزمودنی‌ها، این موضوع مورد بررسی قرار گیرد.

همچنین پژوهش حاضر بر بررسی این سؤال تحقیقاتی پرداخت که آیا بین دانشجویان در سال‌های مختلف تحصیلی تفاوت وجود دارد یا خیر؟ در این جا این موضوع مطرح است که دانشجویان در بدو ورود به دلیل تغییر محل زندگی و شرایط جدید، مشکلات مسکن و... از شرایط سلامت عمومی بدتری برخوردار باشند و یا این که دانشجویان در سال آخر تحصیل به دلیل نگرانی‌های مربوط به کنکور کارشناسی ارشد، نگرانی‌های مربوط به اشتغال و... مجدداً وضعیت سلامت روانی نامناسب تری داشته باشند. در دو تحقیق قبلی نیز در یکی، بهداشت روانی دانشجویان با افزایش سنی وضعیت بهتری را می‌یافت [۲۷] و در دیگری، وضعیت برعکس بود [۲۹]. بنابراین، پاسخ به این سؤال که آیا بین دانشجویان در سال‌های مختلف تحصیلی تفاوت وجود دارد یا خیر؟ همچنان نیاز به بررسی بیش تر دارد که موکول به بررسی‌های آتی می‌گردد.

حاضر، عکس فرض مطرح شده را نشان داد و آن این بود که دانشجویان غیربومی از سلامت عمومی بهتری نسبت به دانشجویان بومی برخوردارند، گرچه این تفاوت در سطح مرزی معنادار بود ( $P=0.057$ ). تعداد دانشجویان بومی در نمونه حاضر ۴۲۴ نفر، در مقابل ۷۰۱ نفر دانشجوی غیربومی بودند و این نسبت (۳۷٪ در مقابل ۶۱٪) کمی غیرمتعارف به نظر می‌رسد؛ چرا که علی‌الظاهر تعداد دانشجویان بومی (= شیرازی) باید کم‌تر باشد. بنابراین، یک توضیح برای یافته حاضر این است که دانشجویانی که از شهرستان‌های استان فارس به شیراز آمده‌اند (یا حداقل برخی از آن‌ها) خود را بومی استان فارس تلقی کرده باشند و بدین دلیل این نسبت زیاد به دست آمده باشد. این که چه مقدار حدس اخیر به واقعیت نزدیک باشد متأسفانه بر مبنای پرسشنامه‌ها و داده‌های موجود قابل بررسی و پیگیری نیست، چرا که پرسشنامه‌ها بدون اسم و مشخصات هستند. اگر حدس اخیر درست باشد، یعنی این که دانشجویان شهرستانی استان فارس خود را بومی تلقی کرده باشند آنگاه نتایج مخدوش است. لذا پیشنهاد

## منابع

- International Journal of Methods in Psychiatric Research, 6(4), 237-242.
7. Havenaar, J.M.; Polijoe, N.W.; Kasyanenko, A.P.; Van-Den-Bout, J. & et-al. (1996b) Screening for psychiatric disorders in an area affected by the Chernobyl disaster: The reliability and validity of three psychiatric screening questionnaires in Belarus, *Psychological Medicine*, 26(4), 837-844.
8. Killic, C.(1996) General health questionnaire: A validity and reliability study, *Tuerk Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 3-9.
9. Williams, R. & Hunt, K. (1997) Psychological distress among British south Asians: The contribution of stressful situations and sub-cultural differences in the West of Scotland Twenty-07 Study, *Psychological Medicine*, 27(50), 1173-1181.
10. Farmer, A. ; Chubb, H.; Jones, I., Hillier, J.& et-al. (1996) Screening for psychiatric morbidity in subjects presenting with chronic fatigue syndrome, *British Journal of Psychiatry*, 168(3), 354-358.
1. Goldberg, D.& Williams, P. (1988) A user's guide to the General Health Questionnaire, U.K. : NFER-NELSON.
2. Goldberg, D.P.(1972). The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Maudsley Monograph No, 21. Oxford: Oxford University press.
3. Goldberg, D.P.; Gater, R.; Satrorius, N.; Ustun, T.B. & et-al. (1997) The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care, *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197.
4. Mari, J.J. & Williams, P. (1985) A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires in Brazil using ROC analysis, *Psychological Medicine*, 15, 651-9.
5. Shamasundar, C.; Murthy, S.K.; Prakash, O.M.; Prabhakar, N. & Krishama, D.K.S. (1986) Psychiatric morbidity in a general practice in an Indian city, *British Medical Journal*, 292, 1713-15.
6. Havenaar, J.M.; Rummyantzeva, G.M.; Polijoe, N.W.; Van-Den-Bout, J.; Subareva, S.N.; & Plyphina, D.V. (1996a) The reliability and validity of two psychiatric screening questionnaires in the Russian Federation,

۱۱. تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۰) بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). مجله روان‌شناسی، ۲۰، ۳۹۸-۳۸۱.
۱۲. Vazouez-Barquero, J.L., Diez-Manrique, J.F., Pena, C., Quintanal, R.G. & Labradorlopez, M. (1986) Two stage design in a community survey, *British Journal of Psychiatry*, 149, 88-97.
۱۳. Cox, B., Blaxter, M., Buckle, A., Fenner, N.P., Golding, J., Gore, M., Huppert, F., Nickson, J., Roth, M., Stark, J., Wadworth, M. & Wichelow, M. (1987) *The Health and Lifestyle Survey*, Cambridge: Health Promotion Research Trust.
۱۴. D'arcy, C. (1982). 'Prevalence and correlates of nonpsychotic psychiatric symptoms in the general population', *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 316-24.
۱۵. Finlay-Jones, R.A. & Burvill, P.W. (1977) The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community, *Psychological Medicine*, 7, 475-89.
۱۶. Sicilani, O., Bellantuono, C., Williams, P. & Tansella, M. (1985) Self-reported use of psychotropic drugs and alcohol abuse in South Verona, *Psychological Medicine*, 15, 821-6.
۱۷. Huppert, F., Roth, M. & Gore, M. (1987) Psychological factors. In: Cox et al, op. cit.
۱۸. Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
۱۹. Boardman, N.P. (1987) The General Health Questionnaire and the detection of emotional disorder by general practitioners: a replicated study, *British Journal of psychiatry*, 151, 373-81.
۲۰. Goldberg, D.P. & Bridges, K.W. (1987) Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37, 15-28.
۲۱. Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D.G., Scott, R. & Adcock, S. (1979) Psychiatric disorder in Canberra: a standardized study of prevalence, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 60, 355-74.
۲۲. Coarser, C.M. & Philip, A.E. (1978) Emotional disturbance in newly registered general practice patients, *British Journal of psychiatry*, 132, 127-36.
۲۳. Hennricus, D., Singh, B., Duncan-Jones, P., Gibberd, R. & Sanson-fisher, R.W. (1987) The 30 item GHQ: Validation and selection of an appropriate cut-point for Australian General Practice Patients, submitted to *British Journal of Psychiatry*.
۲۴. Finlay-Jones, R. (1986) Factors in the teaching environment associated with severe psychological distress among school teachers, *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 20, 302-13.
۲۵. Jenkins, R. (1985) Sex difference in minor psychiatric morbidity, *Psychological Medicine*, Supplement 7.
۲۶. هومن، عباس (۱۳۷۵) استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان دوره‌های روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. تهران: مؤسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم.
۲۷. عکاشه، گودرز (۱۳۷۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵. اندیشه و رفتار، ۲۰، ۱۶-۱۱.
۲۸. احمدی، جمشید (۱۳۷۴) میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی. اندیشه و رفتار، ۱۲، ۶-۴.
۲۹. باقری یزدی، عباس؛ بوالهروی، جعفر و پیروی، حمید (۱۳۷۴) بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران. اندیشه و رفتار، ۴، ۳۹-۳۰.
۳۰. ترکان، علی (۱۳۷۳). بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی زاهدان. پایان نامه دکتری پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
31. Valentine, M. (1959) Psychometric testing in Iran. *Journal of Mental Science*, 105, 93-107.
۳۲. نوربالا، احمدعلی و فخرایی، علی (۱۳۸۰) بررسی فراوانی نشانه‌های روانپزشکی در دانشجویان سال آخر پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه تهران. اندیشه و رفتار، ۲۷، ۳۷-۳۰.
۳۳. کافی، موسی، بوالهروی، جعفر، و پیروی، حمید (۱۳۷۳) بررسی وضعیت تحصیلی و سلامت روانی گروهی از دانشجویان ورودی ۷۲-۷۳ دانشگاه تهران. تهران: انتشارات واحد پژوهشی دفتر مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
۳۴. کافی، موسی، بوالهروی، جعفر و پیروی، حمید (۱۳۷۷) بررسی رابطه وضع تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان. اندیشه و رفتار، ۱۲، ۶۶-۵۹.
۳۵. پاشا شریفی، حسن (۱۳۷۵) اصول روان‌سنجی و روان‌آزمایی. تهران: انتشارات رشد.
36. Anastasi, A. (1990) *Psychological testing*, (6th Ed). New York: MacMillan Publishing Co.
37. Marks, J.N., Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979). 'Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness', *Psychological Medicine*, 9, 337-53.