

تعیین ویژگی های روانسنجی پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن در بین پرستاران و ارتباط آن با عواطف مثبت و منفی

رجبعلی محمدزاده ادملایی^۱، کلثوم امن زاده^۲

^۱دکترای روانشناسی عمومی، استاد تمام، دانشگاه پیام نور مازندران، ایران.

^۲دانشجوی کارشناسی ارشد سنجش و اندازه گیری (روانشنسی)، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

رجبعلی محمدزاده ادملایی

چکیده

نیروی انسانی با ارزش ترین منبع برای سازمان ها به شمار می آید و از ارکان اصلی آن محسوب می شود. از این رو توجه به نیازهای جسمانی و سلامت روانی و جلب رضایت آنها دارای اهمیت ویژه ای می باشد. حرفه پرستاری به علت سختی کار از جایگاه ویژه ای برخوردار است و در برابر تنش و اختلالات روانی آسیب پذیری بیشتری از خود نشان می دهند. وجود عوامل تنش زای شغلی و محیطی در حرفه پرستاری احتمال بروز واکنش هایی نظیر افسردگی و اضطراب و استرس و عواطف منفی را افزایش می دهد. هدف این پژوهش بررسی ویژگی های روانسنجی پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن در بین پرستاران و رابطه آن با عواطف مثبت و منفی بوده است. در این پژوهش از دو روش استفاده شده است: بخش اول ویژگی های روانسنجی و بخش دوم توصیفی-همبستگی استفاده شده است. جامعه آماری کل پرستاران شاغل بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بوده است. از این تعداد ۱۷۰ نفر (به ازای هر سوال ۷ نفر) به روش خوشه ای انتخاب شدند. جهت بررسی روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی (نرم افزار SPSS نسخه ۲۴) و به منظور تأیید عامل های شناسایی شده، از تحلیل عاملی تأییدی (نرم افزار LISREL نسخه 8.72) استفاده گردید. نتایج تحلیل عاملی نشان داد، شاخص کفایت نمونه به میزان ۰/۷۸۸ به دست آمد که از لحاظ آماری مقداری مطلوب و قابل پذیرش می باشد و پرسشنامه از ۴ عامل اشباع شده که بر روی هم ۶۱/۳۲۹ درصد واریانس کل را تبیین می کنند. مقدار پایایی کل نیز به میزان ۰/۷۴۷ حاصل شد. بنابراین پرسشنامه از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد مقیاس حساسیت به افسردگی با مقیاس عواطف مثبت و منفی و نیز با خرده مقیاس های ناامیدی، پذیرش، تهاجم و اندیشناکی (نشخوارذهنی) دارای رابطه مستقیم و معنادار می باشد.

واژگان کلیدی: پرسشنامه حساسیت به افسردگی لیندن^۱، تحلیل عاملی^۲، پایایی^۳، روایی^۴

1-Linden

2-Factor analysis

3-Reliability

4-Validity

مقدمه:

نیروی انسانی با ارزش ترین منبع برای سازمان ها به شمار می آید و از ارکان اصلی آن محسوب می شود. از این رو به منظور افزایش بهره‌وری و کارایی سازمان ها توجه به نیازهای کارکنان و تامین سلامت روانی و جسمانی و جلب رضایت آن ها دارای اهمیت ویژه‌ای می باشد. در میان بیماری های جسمی و روانی، افسردگی مسئله شماره یک دنیا محسوب می شود (علیپور، ۱۳۹۴). پرستاران به واسطه ماهیت بین رشته‌ای حرفه پرستاری با سایر رشته های علوم بهداشتی و گستردگی حیطه فعالیتی پرستاران، شاغلین این حرفه با مشکلات فراوانی مواجه بوده و استرس های قابل توجهی را تجربه می کنند (جعفری عراقی، ۱۳۹۵).

حرفه پرستاری به علت سختی کار از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و در برابر تنش و اختلالات روانی آسیب پذیری بیشتری دارند، بطوری که نرخ خودکشی در پرستاران بطور قابل توجهی بالاتر از متوسط گزارش شده است و امید به زندگی آنان فقط یک سال بیشتر از کارگران معدن است (چین آوه، ۱۳۹۶). مطالعات نشان داده است، شرایط محیط کاری و نوع محیط کاری و نوع بخش، شیفت های مختلف کاری، خصوصاً شیفت شب با کنترل کم روی کار، حمایت اندک سرپرستاران از جمله عوامل تنش زای شغل پرستاری است که می تواند منجر به بروز اضطراب و افسردگی در آنان شود (چین آوه، ۱۳۹۶).

امروزه استرس و اضطراب و افسردگی به یکی از مهم ترین مسائل مورد مطالعه روان شناسان و روان پزشکان و متخصصان علوم رفتاری در سراسر جهان تبدیل شده است. در میان بیماری های جسمی و روانی افسردگی مسئله شماره یک دنیا محسوب می شود (علیپور، ۱۳۹۴). به طوری که علی رغم پیشرفت های تکنولوژیک، اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان بیماری های شایع قرن مطرح هستند (امیدی حسین آبادی، ۱۳۹۴).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱، افسردگی نوعی احساس غم مداوم و عدم علاقه به فعالیت هایی است که افراد بطور طبیعی از انجام آن لذت می برند و زمانی که این احساس غم و اندوه شدید شود و ناتوانی در انجام امور روزمره دو هفته یا بیشتر ادامه یابد، فرد مبتلا به افسردگی است (علیپور، ۱۳۹۴). عوامل مختلفی که بر استرس شغلی پرستاران موثرند، یکی از این موارد، ویژگی های شخصیتی است پرستاران است (جلیل وند، ۱۳۹۲). عواطف یکی از جنبه های شخصیت انسان است که مانند جنبه های دیگر شخصیتی در افراد مختلف متفاوت است (جلیل وند، ۱۳۹۲). عواطف شامل علائق، لذت، خشم، ترس، شرم و تحقیر هستند. این برجسب های عاطفی ماهیت مجزایی ندارند، بلکه گروه های متفاوتی از احساس ها هستند (منجم، ۱۳۹۶).

با توجه به اهمیت حفظ نیروی پرستاری و سالم نگه داشتن این قشر عظیم، در درجه اول به عنوان یک انسان و در مرحله بعد به عنوان فردی که حافظ سلامتی و تندرستی اعضای دیگر جامعه است اهمیت دارد بر سنجش واکنش هایی نظیر افسردگی و عواطف مثبت و منفی آنان توجه شده و گام هایی در جهت حفظ و ارتقای سلامت روانی آنها برداشته شود. در این پژوهش به بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن در بین پرستاران و رابطه آن با عواطف مثبت و منفی می پردازیم. با توجه به مطالب بیان شده پژوهش حاضر به این مساله نیز پاسخ خواهد داد که:

۱- آیا پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن دارای ویژگی های روانسنجی است ؟

۲- آیا بین شاخص حساسیت به افسردگی با عواطف مثبت و منفی رابطه وجود دارد؟

هدف اصلی این پژوهش تعیین ویژگی های روانسنجی پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن در بین پرستاران و ارتباط آن با عواطف مثبت و منفی بوده است.

تعریف مفهومی افسردگی:

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، افسردگی نوعی احساس غم مداوم و عدم علاقه به فعالیت‌هایی است که افراد بطور طبیعی از انجام آن لذت می‌برند. زمانی که این احساس غم و اندوه شدید شود و ناتوانی در انجام امور روزمره دو هفته یا بیشتر ادامه یابد، فرد مبتلا به افسردگی است (علیپور، ۱۳۹۴).

تعریف عملیاتی افسردگی:

نمره‌ای است که فرد در پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن بدست می‌آورد. این پرسشنامه توسط وان در داس در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن برای ارزیابی واکنش پذیری به خلق و خوی فرد افسرده استفاده می‌شود. مقیاس به اندازه کافی بین نشانه شناسی افسردگی در افراد جمعیت عمومی و بیماران با اختلالات اضطراب و افسردگی تمایز قائل است. شامل ۲۴ گویه می‌باشد و شامل ۴ عامل: ناامیدی، نشخوار ذهنی، تهاجم، پذیرش یا مقابله می‌باشد (نشریه بین المللی روانشناسی بالینی و سلامت، ۲۰۱۷).

عواطف شامل علائق، لذت، خشم، غم، ترس، شرم و تحقیر هستند. این برجسب‌های عاطفی، ماهیت‌های مجزایی ندارند بلکه گروه‌های متفاوتی از احساس‌ها هستند. مثلاً احساس ترس، دربرگیرنده طیفی از پاسخ‌های نگرانی، اضطراب یا وحشت است. یا خشم دربرگیرنده پاسخ‌هایی مانند بی‌قراری، تهییج، قاطعیت یا خشم شدید است (منجم، ۱۳۹۶). احساسات منفی را به نوعی ترمز در زندگی و احساسات مثبت را به نوعی گاز در زندگی تشبیه می‌کنند که سرعت کامیابی را افزایش می‌دهد. دو نوع عاطفه داریم: عاطفه مثبت: حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد به کار لذت بخش می‌باشد و کاهش عاطفه مثبت با اندوه و افسردگی همراه است. عاطفه منفی: یک بعد از یأس و عدم اشتغال به کار لذت بخش است که به دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید و کاهش عاطفه منفی منجر به یک حالت آرامش می‌گردد (کریم زاده، ۱۳۹۳).

تعریف عملیاتی عاطفه:

نمره‌ای است که فرد از پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی پاناس بدست می‌آورد. پرسشنامه ۲۰ آیتمی عاطفه مثبت و منفی پاناس برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه مثبت و منفی استفاده می‌شود. هر خرده مقیاس ۱۰ آیتم است. آزمودنی به هر واژه در یک مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت از "خیلی کم یا اصلاً" تا "بسیار زیاد" نمره می‌دهد. نمره عاطفه مثبت از جمع نمره‌های ده واژه مثبت (هوشیار، پرشور، مصمم، دقیق، سرزنده، علاقمند، پرهیجان، قوی، مشتاق، احساس افتخار و سرافرازی) به دست می‌آید. عاطفه منفی نیز حاصل جمع نمرات بدست آمده از ده واژه منفی (تحریک پذیری، شرمندگی، عصبی، ترسان، نرسیده، آشفته، ناراحت، احساس تقصیر و گناه، وحشت زده و میل به خوشونت) است (مومنی، ۱۳۹۶).

جامعه آماری:

جامعه آماری مورد پژوهش کل پرستاران شاغل در شهر تهران در سال ۱۳۹۶ می‌باشند. روش نمونه‌گیری تحقیق خوشه‌ای می‌باشد. به دلیل حجم وسیع جامعه آماری نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد. ابتدا کل پرستاران شهر تهران در نظر گرفته شدند. سپس نمونه‌گیری خوشه‌ای تا سطح چند بیمارستان ادامه یافت و در مجموع ۱۷۰ نفر نمونه برآورد شد.

پیشینه پژوهش:

جواد هاشمی (۱۳۹۵)، پژوهشی با عنوان ((همبستگی عاطفه مثبت و منفی و باورهای فراشناختی با تعلل ورزی رفتاری پرستاران)) انجام داده است که در این پژوهش از روش پژوهش توصیفی-همبستگی استفاده شده است که جامعه و نمونه آماری کلیه پرستاران شهرستان اردبیل بود. برای این منظور ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های امام خمینی، علوی و فاطمی شهرستان اردبیل به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و نتایج این پژوهش حاکی از این است که عواطف مثبت و منفی و باورهای فراشناختی همبستگی معنی‌داری با تعلل ورزی در پرستاران داشتند.

علیرضا دهدشتی (۱۳۹۵)، پژوهشی با عنوان ((بررسی میزان شیوع افسردگی و برخی عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان)) انجام داده است. در این پژوهش از مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی استفاده شده است که جامعه و نمونه آماری ۱۷۷ نفر از دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. و نتایج این پژوهش حاکی از این است که بیش از ۸۰ درصد دانشجویان درجانی از افسردگی را تجربه نمودند. میزان شیوع افسردگی به ترتیب ۸/۱۹ درصد فاقد افسردگی (سالم) و ۲۶ درصد افسردگی خفیف و ۳/۳۷ درصد افسردگی متوسط و ۹/۱۶ درصد دارای افسردگی شدید بودند. رابطه معنی داری بین جنسیت با افسردگی یافت نشد. در حالی که رابطه معنی داری بین مصرف داروهای آرامبخش و شغل و تحصیلات والدین و آینده شغلی و وضعیت مالی خانواده با سطح افسردگی دانشجویان مشاهده شد.

احمد رمروودی (۱۳۹۵)، پژوهشی با عنوان ((نقش میانجی کیفیت زندگی پرستاران در ارتباط کیفیت خواب با استرس و اضطراب و افسردگی)) انجام داده است. در این پژوهش از مطالعه تحلیل مسیر استفاده شده است که جامعه و نمونه آماری کلیه پرستاران شاغل در بیمارستانهای دولتی شهرستان زاهدان شامل بیمارستان تامین اجتماعی و بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) و بیمارستان خاتم الانبیا شهر زاهدان بوده و تعداد ۵۰۰ نفر می باشد که ۲۱۷ نفر به روش انتخاب تصادفی ساده انتخاب شدند. و نتایج این پژوهش حاکی از این است که ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی پرستاران به عنوان متغیر میانجی در رابطه کیفیت خواب با استرس و اضطراب و افسردگی در سطح معناداری وجود داشت. بین کیفیت زندگی و کیفیت خواب پرستاران رابطه وجود داشت. علاوه بر این بین کیفیت زندگی پرستاران و استرس و اضطراب و افسردگی رابطه وجود داشت.

رضا علیپور (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان ((افسردگی، اضطراب، استرس و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان ولی عصر علوم پزشکی فسا)) انجام داده است که در این پژوهش از روش توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی استفاده شده است که جامعه و نمونه آماری ۱۴۲ پرستار شاغل دانشگاه علوم پزشکی فسا که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده اند. نتایج این پژوهش حاکی از این است که ۳۲ درصد از پرستاران از افسردگی و ۱۹ درصد از اضطراب و ۵۲ درصد از استرس رنج می برند. بین سابقه کار و میزان استرس ارتباط معنا دار وجود داشت. بین سن و میزان افسردگی رابطه معنی دار بدست آمد. اما بین میزان افسردگی و اضطراب و استرس با میزان تحصیلات ، جنسیت افراد و وضعیت تاهل ارتباط معنی دار وجود نداشت.

محمد طاهای ابراهیمی (۱۳۹۴)، پژوهشی با عنوان ((بررسی میزان افسردگی دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۴)) انجام داده است که در این پژوهش از مطالعه توصیفی-تحلیلی استفاده شده است که جامعه و نمونه آماری دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بودند. روش نمونه گیری تصادفی از بین ۱۵۰۰ نفر کل ۲۲۰ نفر انتخاب شدند. نتایج حاکی از این بود که ۲۲ درصد از دانشجویان از افسردگی کم و ۱۸ درصد شدید و ۱۶ درصد به نسبت افسرده و ۴ درصد نیازمند مشورت بودند. نتایج نشان داد، خانم ها افسردگی بیشتری نسبت به آقایان داشتند.

حمیده امیدی حسین آبادی (۱۳۹۳)، پژوهشی با عنوان ((رابطه نوبت کاری شب با میزان افسردگی و اضطراب پرستاران)) انجام داده است که در این پژوهش از مطالعه توصیفی-همبستگی استفاده شده است که جامعه و نمونه آماری آن کلیه پرستاران نوبت کاری شب بیمارستانهای چالوس تشکیل داده اند. برای این منظور ۱۴۰ نفر از آنان به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده اند. نتایج این پژوهش حاکی از این است نوبت کاری شب با میزان افسردگی و اضطراب پرستاران نوبت کاری شب رابطه داشته است. جنسیت و سطح تحصیلات بر افسردگی و اضطراب پرستاران نوبت کاری شب ارتباط نداشتند و بین میزان افسردگی و اضطراب پرستاران نوبت کاری شب بر حسب وضعیت تاهل آنها تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

جولیا کری لی^۱ (۲۰۱۷)، در پژوهشی با عنوان ((سنجش تاثیر محیط کار بر پرستاران بخش اورژانس)) انجام داده است که در این پژوهش از روش آزمایشی مقطعی استفاده شده است که جامعه و نمونه آماری پرستاران بخش اورژانس کره جنوبی و استرالیادر دو گروه انتخاب شدند. برای این منظور ۳۴ پرستار گروه اول و ۴۱ پرستار گروه دوم انتخاب شدند. نتایج این پژوهش حاکی از این بود عامل حجم کاری اکثر کارها را تحت تاثیر قرار می دهد. این مطالعه نشان داد عامل رضایت کاری از محیط، در پرستاران بخش اورژانس را نسبتاً بالا نشان می دهد. اگرچه در زمینه های خاصی (مانند عصبی بودن) بهتر از عاملهای دیگر (مانند حجم کاری) گزارش شدند. برای گروه دوم عامل حجم کاری، بالاتر از گروه اول گزارش شد. بهر حال کار بیشتر با حجم نمونه بزرگتر لازم است.

تامارا آمبرونا^{۱۱} (۲۰۱۶) پژوهشی با عنوان «تأثیر نوع بیماری در پاسخ عاطفی پرستاران حرفه ای و دانشجویان پرستاری» انجام داده است که در این پژوهش از روش علی-مقایسه ای استفاده شده است که جامعه و نمونه آماری دو گروه پرستاران حرفه ای و دانشجویان پرستاری دو کشور مختلف (اسپانیا و ایالات متحده) مقایسه شد. نتایج این پژوهش حاکی از این بود که دانشجویان پرستاری در مقابل بیمارانی که در مراحل آخر بیماری خود قرار دارند، آسیب پذیری عاطفی بیشتری در مقایسه با پرستاران حرفه ای از خود نشان می دهند و تجربه احساسی منفی بیشتری را نشان می دهند.

کریستینا سنین-کالدرون^{۱۲} (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان «بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی» انجام داده است که در این پژوهش از روش پژوهش تحلیل عاملی استفاده شده است که جامعه و نمونه شامل ۶۰۰ نفر شرکت کننده (۱۰۳ بیمار و ۴۹۷ مورد از افراد جمعیت عمومی) بود و نتایج این پژوهش حاکی از آن است که عوامل و بطور کلی مقیاس ها همسانی درونی مناسبی داشت.

یان یانگ لی^{۱۳} (۲۰۱۴)، پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین سلامت روان و ابتلا به افسردگی و استرس درک شده بین دانشجویان پرستاری کره» انجام داده است که در این پژوهش از طرح اکتشافی استفاده شده است که جامعه و نمونه آماری دانشجویان پرستاری در استان کی در کره بودند. برای این منظور ۵۱۸ نفر از دانشجویان پرستاری در استان کی در کشور کره انتخاب شدند. نتایج این پژوهش حاکی از این است که سلامت معنوی، سلامت وجودی و سلامت مذهبی به طور معناداری با میزان حضور در مراسمات مذهبی و رضایت ذهنی مرتبط با رشته تحصیلی و عقیده در مورد شغل آینده متفاوت است. هم چنین بین سلامت روان و استرس درک شده و افسردگی داوطلبین رابطه منفی وجود دارد. بخصوص سلامت وجودی بیشتر با افسردگی و استرس درک شده رابطه معکوس دارد تا با سلامت مذهبی. این تحقیق سلامت معنوی را به عنوان یک فاکتور مهم با سطوح پایین افسردگی و استرس را برجسته نشان می دهد.

ابزار پژوهش:

در این پژوهش هدف تعیین پایایی و روایی پرسشنامه حساسیت به افسردگی لیندن و بررسی رابطه آن با عواطف مثبت و منفی است. لذا جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی شامل جدول فراوانی، نمودار، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. هم چنین جهت بررسی سوال‌ها و فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن استفاده شد.

ابتدا با روش کتابخانه ای و سپس به صورت میدانی و از طریق پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن و مقیاس ارزیابی عاطفه مثبت و منفی پاناس به جمع آوری اطلاعات و داده‌ها اقدام شد.

نمره گذاری مقیاس ارزیابی عاطفه مثبت و منفی پاناس :

این مقیاس برای اندازه گیری دو بعد «عاطفه منفی» و «عاطفه مثبت» ساخته شده و دارای ۲۰ گویه است که در مقابل هر گویه، طیف ۵ گزینه ای از بسیار کم (نمره ۱) و بسیار زیاد (نمره ۵) قرار دارد که توسط آزمودنی رتبه بندی می‌شود و دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است (مومنی، ۱۳۹۶).

پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن :

این پرسشنامه یک خود گزارش دهی از واکنش پذیری شناختی نسبت به خلق افسرده ساخته شده است. از ۲۴ گویه و از ۴ عامل تشکیل شده است. شامل نشخوار ذهنی، ناامیدی، تهاجم و پذیرش/مقابله می‌باشد. **نمره گذاری** موارد بالا در یک مقیاس لیکرت از صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) امتیاز داده شد. این با ۴ پاسخ انتخابی (از صفر تا ۴ درجه) نمره گذاری می‌شود و شدت علامت شناسی افسردگی را ارزیابی می‌کند.

- 1- Tamara Ambrona
- 2- Cristina Cenin- Kaldron
- 3- Yan Yang Lee

مقیاس به این صورت است:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

خیلی غمگینم غمگین تاحدودی غمگین غمگین نیست

دستورالعمل:

به شرکت کنندگان توضیح داده شد نظر شما در نتایج تحقیق کاملاً موثر و مهم می باشد و جواب های شما محفوظ بوده و جایی پخش نمی شود. لذا می توانید نام خود را ذکر نکنید. پرستاران با رضایت کامل در این پژوهش شرکت کردند و از آنان خواسته شده بود در هر مرحله که دوست داشتند می توانند از شرکت کردن در این تحقیق انصراف بدهند. از آنان خواسته شد با دقت به سوالات پاسخ دهند و از گزینه های داده شده فقط یک گزینه را علامت بزنند و سوالات را بی پاسخ نگذارند. هم چنین به شرکت کنندگان توضیح داده شد که در ذیل تعدادی اظهارات وجود دارد که ممکن است در شما کمتر یا بیشتر وجود داشته باشد. تقریباً هر اظهار افکار شما را در مورد یک ماده معین در زمانی که شما احساس پایینی دارید یا خلق پایینی دارید را می سنجد. این به معنای خلق و خوی افسرده یا واقعی نیست. وظیفه شما این است که نشان دهید چه زمانی به شما احساس غم انگیزی دست می دهد. هنگام تکمیل این پرسشنامه، سعی کنید وضعیت ذیل را تصور کنید. قطعاً یک روز خوب نیست، اما شما واقعاً احساس دلتنگی یا افسردگی نمی کنید. در یک دامنه مقیاس از صفر تا ۱۰ (صفر=هیچ کدام از موارد و ۱۰=فوق العاده غمگین، ۶ و بالای آن خلق و خوی واقعاً غمگین) می باشد.

روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی، از لحاظ روش شامل دو بخش می شود: بخش اول آن ویژگی های روانسنجی و بخش دوم آن توصیفی-همبستگی و از لحاظ جمع آوری داده ها به صورت کمی با استفاده از پرسشنامه می باشد.

ابزار پژوهش:

ابتدا با روش کتابخانه ای و سپس به صورت میدانی و از طریق پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن و مقیاس ارزیابی عاطفه مثبت و منفی به جمع آوری اطلاعات و داده ها اقدام شد.

روش تحلیل آماری داده های پژوهش:

در این پژوهش هدف تعیین پایایی و روایی پرسشنامه حساسیت به افسردگی لیندن و بررسی رابطه آن با ویژگی های شخصیتی هگزاگو و عواطف مثبت و منفی است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی شامل جدول فراوانی، نمودار، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. هم چنین جهت بررسی فرضیه های پژوهش از روش های چرخش واریمکس، حداکثر درست نمایی، آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه شاخص حساسیت به افسردگی لیندن:

الف) بررسی روایی با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی:

جهت بررسی روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از چرخش واریمکس و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. همچنین به منظور تأیید عامل های شناسایی شده، از تحلیل عاملی تأییدی با روش حداکثر درست نمایی با نرم افزار LISREL نسخه 8.72 استفاده گردید که نتایج آن در جدول های زیر آورده و هر یک به تفصیل شرح داده شده است.

جدول ۱: آزمون کایر-میر-اولکین و بارتلت

شاخص کفایت نمونه‌گیری		۰/۷۸۸
آزمون کروییت بارتلت	تقریب کای اسکوتر	۳۰۰۶/۲۶۹
	درجه آزادی	۲۷۶
	سطح معناداری	۰/۰۰۰

با توجه به جدول (۱) شاخص کفایت نمونه (KMO) بالاتر از ۰/۷ و به میزان ۰/۷۸۸ بدست آمد که از لحاظ آماری مقداری مطلوب و قابل پذیرش می‌باشد. همچنین از آنجایی که سطح معناداری در محدوده معناداری و کمتر از ۰/۰۱ بدست آمد لذا این نتیجه حاصل شد که آزمون کروییت بارتلت با تقریب کای اسکوتر ۳۰۰۶/۲۶۹ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ از لحاظ آماری بسیار معنادار می‌باشد. بنابراین نمونه‌گیری انجام شده در این پژوهش دارای کفایت کافی بوده است.

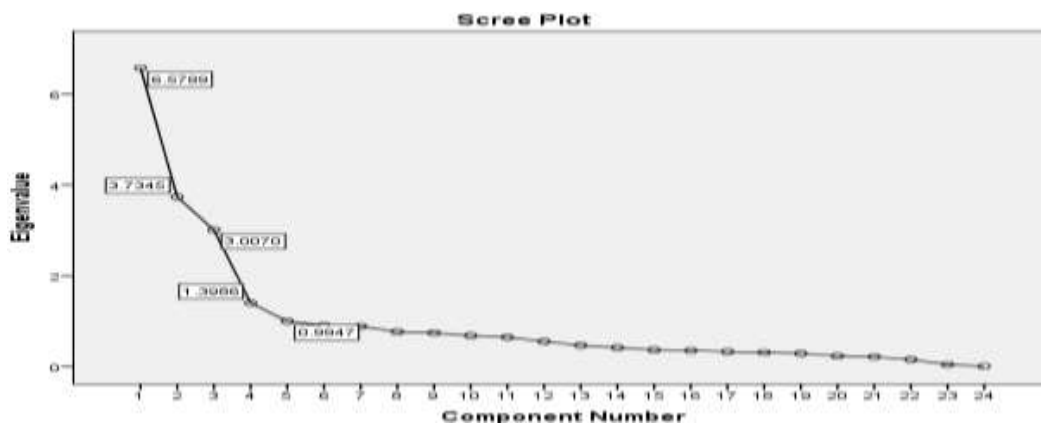
مشخصه‌های نهایی تحلیل عاملی برای استخراج عوامل جدول ۲:

عامل	ارزش ویژه اولیه			استخراج مجموع مربعات بارها			چرخش مجموع مربعات بارها		
	جمع	درصد	تراکمی	جمع	درصد	تراکمی	جمع	درصد	تراکمی
1	579/6	412/27	412/27	579/6	412/27	412/27	390/4	292/18	292/18
2	735/3	560/15	973/42	735/3	560/15	973/42	049/4	871/16	163/35
3	007/3	529/12	502/55	007/3	529/12	502/55	193/3	302/13	466/48
4	399/1	828/5	329/61	399/1	828/5	329/61	087/3	864/12	329/61
5	995/0	144/4	474/65						
6	903/0	763/3	236/69						
7	882/0	674/3	910/72						
8	762/0	174/3	084/76						
9	738/0	075/3	159/79						
10	677/0	822/2	981/81						
11	642/0	675/2	657/84						
12	550/0	290/2	947/86						
13	463/0	927/1	874/88						
14	412/0	718/1	592/90						
15	362/0	507/1	100/92						
16	349/0	456/1	555/93						
17	323/0	346/1	901/94						
18	307/0	280/1	181/96						
19	286/0	190/1	372/97						
20	228/0	949/0	321/98						
21	210/0	877/0	197/99						
22	150/0	627/0	824/99						
23	040/0	165/0	989/99						
24	003/0	011/0	000/100						

برای انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی از روش چرخش واریماکس استفاده شد. مطابق با مندرجات جدول (۲) نتایج پس از اجرای تحلیل عاملی با استفاده از روش چرخش واریماکس به منظور استخراج عامل‌های مناسب از نظر تعداد و محتوا و در نظر گرفتن شاخص‌هایی مانند شاخص کفایت نمونه‌برداری و آزمون کروییت بارتلت، ارزش ویژه اولیه برای عامل اول ۶/۵۷۹، برای عامل دوم ۳/۷۳۵، برای عامل سوم ۳/۰۰۷ و برای عامل چهارم ۱/۳۹۹ حاصل شد. چرخش مجموع مربعات بارها برای عامل اول ۴/۳۹۰، برای عامل دوم ۴/۰۴۹، برای عامل سوم ۳/۱۹۳ و برای عامل چهارم ۳/۰۸۷ بدست آمد. درصد تبیین واریانس چرخش مجموع مربعات بارها برای عامل اول ۱۸/۲۹۲، برای عامل دوم ۱۶/۸۷۱، برای عامل سوم ۱۳/۳۰۲ و برای عامل چهارم ۱۲/۸۶۴ حاصل شد. بار عاملی بالاتر از ۰/۳ و با داشتن دست کم سه گویه در یک عامل، مشخص شد که پرسشنامه از ۴ عامل اشباع شده است. این ۴ عامل بر روی هم در حدود ۶۱/۳۲۹ درصد واریانس را تبیین می‌کنند.

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که اجرای تحلیل عاملی براساس ماتریس همبستگی حاصل در گروه نمونه مورد مطالعه، قابل توجیه خواهد بود. علاوه بر این، برون‌داد اولیه نیز نشان می‌دهد که مقدار دترمینان ماتریس همبستگی، عددی غیر صفر است که نشان می‌دهد بر پایه این داده‌ها می‌توان به استخراج عامل‌ها اطمینان کرد.

نمودار (۱) نیز تعداد عواملی را که دارای ارزش ویژه بالای ۱ را اخذ کرده را نشان می‌دهد. همانگونه که در نمودار مشهود است، تعداد عوامل شناسایی شده دارای ارزش ویژه بالای ۱، ۴ عامل می‌باشند. این نکته با یافته‌های حاصل در جدول ۲ همراستا می‌باشد. در این نمودار عواملی را که دارای ارزش ویژه کمتر از ۱ می‌باشند هم به نمایش گذارده شده‌اند. نمودار مذکور به نمودار سنگریزه شهرت دارد.



نمودار ۱ : نمودار سنگریزه

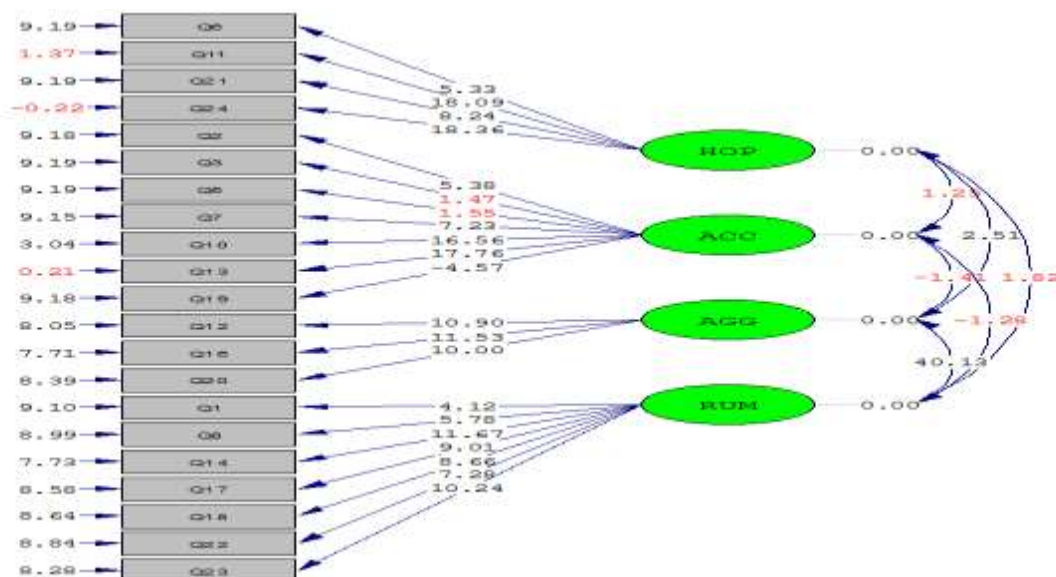
جدول ۳: ماتریس ساختاری عامل‌ها

سوال	اندیشناکی (نشخوار)	پذیرش	تجاوز	ناامیدی
۱۴	۰/۷۰۷			
۲۲	۰/۷۰۳			
۲۳	۰/۶۴۴			
۱۸	۰/۶۳۶			
۱	۰/۵۹۱			
۸	۰/۵۶۱			
۱۷	۰/۵۳۰			
۱۳		۰/۸۴۶		
۱۰		۰/۸۳۶		
۳		۰/۶۹۵		
۷		۰/۶۸۹		
۲		۰/۶۶۲		
۵		۰/۶۵۵		
۱۹		-۰/۴۸۲		
۴			-۰/۸۳۹	
۹			-۰/۷۶۹	
۱۵			-۰/۷۶۹	
۱۲			۰/۴۳۰	
۱۶			۰/۳۶۴	
۲۰			۰/۴۴۸	
۲۴				۰/۹۱۷
۱۱				۰/۹۱۳
۲۱				۰/۷۵۷
۶				۰/۶۰۵

مطابق با جدول (۳) بار عاملی سؤال‌ها در ماتریس عاملی و ماتریس چرخش واریمکس دست‌کم ۰/۳ و ترجیحاً بالاتر از آن بدست آمده است. عامل‌ها از اعتبار کافی برخوردار بوده، با توجه به بار عاملی بدست آمده به ترتیب وزن عاملی سوالات شماره ۱۴، ۲۲، ۲۳، ۱۸، ۱، ۸ و ۱۷ مربوط به عامل اول (اندیشناکی یا نشخوار)، سوالات شماره ۱۳، ۱۰، ۳، ۷، ۲، ۵ و ۱۹ مربوط به عامل دوم (پذیرش)، سوالات شماره ۴، ۹، ۱۵، ۱۲، ۱۶ و ۲۰ مربوط به عامل سوم (تهاجم)، سوالات شماره ۲۴، ۱۱، ۲۱ و ۶ مربوط به عامل چهارم (نامیدی) می‌باشند. این یافته‌ها با کلید اصلی پرسشنامه مقاله بیس، تطبیق داشته است و تنها مغایرت مشاهده شده معکوس بودن بار سوالات شماره ۱۹، ۴، ۹ و ۱۵ بوده است. این مغایرت را نمی‌توان اشتباه قلمداد کرد بلکه باید گفت پاسخ‌های افراد به گونه‌ای بوده که باعث شده این مغایرت به وجود بیاید.

ب) تحلیل عاملی تأییدی:

به منظور تأیید عوامل شناسایی شده در نتیجه انجام چرخش مایل در نرم افزار SPSS، از تحلیل حداکثر درست نمایی از نرم افزار LISREL نسخه 8.72 استفاده شد. مطابق شکل (۳) مقادیر پارامتر استاندارد برای هر یک از عوامل، نشان دهنده بار عاملی آن‌ها روی متغیر نهفته مربوط بوده که مقدار استاندارد شده متناظر آن‌ها نیز معناداری سهم آن‌ها در اندازه‌گیری متغیر نهفته را نشان می‌دهد. بنابراین براساس مقدار استاندارد شده و نیز میزان بار عاملی برآورد شده برای هر سؤال می‌توان عنوان کرد که تمام گویه‌ها دارای نقش مهم و معنادار در اندازه‌گیری هر چهار خرده مقیاس دارند.



شکل ۱: مدل ساختاری تحلیل عاملی براساس مقادیر T و بار عاملی با استفاده از نرم افزار لیزرل

همان طور که نتایج در شکل (۱) نشان می‌دهد مقدار χ^2 در سوالات شماره ۱۱، ۲۴، ۱۳، ۳ و ۵ کمتر از ۱/۹۶ بدست آمده است، لذا شایسته به نظر می‌رسد که این ۵ سوال ذکر شده از مجموع سوالات حذف گردند. همچنین بتای مشخصه‌ها در سطح قابل قبولی هستند و مدل با داده‌ها برازش مناسبی دارد. سؤال‌ها متجانس هستند و ۴ عامل زیربنایی برای سؤال‌ها وجود دارد.

در جدول (۴) نیز مقادیر حاصل شده برای مجذور کای، درجه آزادی (DF)، سطح معناداری (sig)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص تعدیل شده نیکویی برازش (AGFI)، شاخص متناسب هنجار مناسب (NFI)، شاخص قیاسی متناسب (CFI)، شاخص متناسب افزایشی (IFI)، شاخص متناسب نسبی (RFI) و ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد شده (Std. RMR) درج گردیده است.

جدول ۴: شاخص‌های برآورد شده در الگوی اندازه‌گیری حساسیت به افسردگی لیندن

AGFI	GFI	RMSEA	sig	DF	Chi-Square
۰/۶۲	۰/۷۱	۰/۱۳	۰/۰۰۰	۲۴۶	۹۱۹/۱۷
Std. RMR	RFI	IFI	CFI	NFI	
۰/۱۴	۰/۷۵	۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۷۸	

در جدول (۴) شاخص‌های برآورد شده در الگوی اندازه‌گیری مقیاس حساسیت به افسردگی لیندن بیان گردیده‌اند. مطابق این جدول، از آنجایی که مقدار شاخص نیکویی برازندگی ۰/۷۱ و نیز ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد شده و نیز ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب حدود ۰/۱ برآورد شده است، لذا الگوی ارائه شده متناسب ارزیابی می‌شود.

ج) محاسبه پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ:

به منظور محاسبه پایایی پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید.

جدول ۵: محاسبه پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ

عامل	تعداد سوالات	مقدار آلفای کرونباخ
نامیدی	۴	۰/۸۲۹
تهاجم/خشونت	۷	۰/۷۵۰
نشخوارذهنی (اندیشناکی)	۶	۰/۷۸۴
پذیرش	۷	۰/۷۲۱
مجموع	۲۴	۰/۷۴۷

مطابق با جدول (۵) مقدار آلفا برای عامل اول به میزان ۰/۸۲۹ (برای ۴ سوال)، برای عامل دوم به میزان ۰/۷۵۰ (برای ۷ سوال)، برای عامل سوم به میزان ۰/۷۸۴ (برای ۶ سوال) و برای عامل چهارم به میزان ۰/۷۲۱ (برای ۷ سوال) به دست آمد. مقدار پایایی کل نیز به میزان ۰/۷۴۷ حاصل شد. همچنین میزان پایایی در صورت حذف سوال نیز در جدول ۶ محاسبه گردیده است. با توجه به اینکه پایایی پرسشنامه بالاتر از ۰/۷ حاصل شده، لذا پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار می‌باشد. تغییرات میزان آلفای کرونباخ، واریانس، میانگین و همچنین همبستگی نمره هر سوال با نمره کل در صورت حذف هر سوال در جدول ۶ محاسبه گردیده است.

جدول ۶: آمارشناسی کل سوالات:

شماره سوال	مقیاس میانگین در صورت حذف سوال	مقیاس واریانس در صورت حذف سوال	همبستگی نمره هر سوال با نمره کل	آلفای کرونباخ در صورت حذف سوال
سوال ۶	۴۶.۹۹	۶۳.۹۸۸	۰.۲۱۵	۰.۷۴۸
سوال ۱۱	۴۸.۲۰	۶۱.۳۰۰	۰.۴۷۶	۰.۷۲۴
سوال ۲۱	۴۷.۹۵	۶۱.۴۵۹	۰.۴۵۵	۰.۷۲۶
سوال ۲۴	۴۸.۲۱	۶۱.۱۸۷	۰.۴۷۸	۰.۷۲۴
سوال ۲	۴۷.۷۰	۶۲.۱۷۴	۰.۴۱۷	۰.۷۲۹
سوال ۳	۴۸.۸۰	۶۸.۴۶۲	۰.۰۵۰	۰.۷۵۵
سوال ۵	۴۸.۱۱	۶۷.۸۶۹	۰.۰۸۰	۰.۷۵۴
سوال ۷	۴۸.۰۴	۶۵.۳۵۸	۰.۲۱۸	۰.۷۴۴
سوال ۱۰	۴۸.۴۳	۶۳.۴۴۵	۰.۲۸۷	۰.۷۴۰
سوال ۱۳	۴۸.۴۷	۶۳.۸۹۱	۰.۲۶۳	۰.۷۴۲
سوال ۱۹	۴۶.۴۱	۶۶.۴۲۳	۰.۱۹۴	۰.۷۴۵
سوال ۴	۴۹.۴۲	۷۱.۶۹۵	-۰.۲۶۸	۰.۷۵۷
سوال ۹	۴۹.۴۵	۷۱.۳۹۸	-۰.۲۷۲	۰.۷۵۵
سوال ۱۲	۴۶.۰۵	۶۲.۴۹۴	۰.۵۰۴	۰.۷۲۵
سوال ۱۵	۴۹.۴۰	۷۱.۱۰۵	-۰.۱۵۷	۰.۷۵۶
سوال ۱۶	۴۶.۱۳	۶۲.۸۴۵	۰.۴۸۸	۰.۷۲۶
سوال ۲۰	۴۵.۷۰	۶۵.۱۵۹	۰.۴۴۰	۰.۷۳۳
سوال ۱	۴۷.۱۴	۶۵.۵۶۰	۰.۲۸۰	۰.۷۴۰
سوال ۸	۴۶.۶۶	۶۷.۶۱۵	۰.۱۴۳	۰.۷۴۷
سوال ۱۴	۴۶.۱۹	۶۲.۷۳۰	۰.۴۸۹	۰.۷۲۶
سوال ۱۷	۴۶.۴۷	۶۵.۱۳۷	۰.۳۰۰	۰.۷۳۸
سوال ۱۸	۴۶.۱۰	۶۱.۶۶۸	۰.۵۲۲	۰.۷۲۳
سوال ۲۲	۴۶.۶۰	۶۵.۹۳۰	۰.۲۳۸	۰.۷۴۲
سوال ۲۳	۴۶.۰۰	۶۳.۱۱۴	۰.۴۶۵	۰.۷۲۸

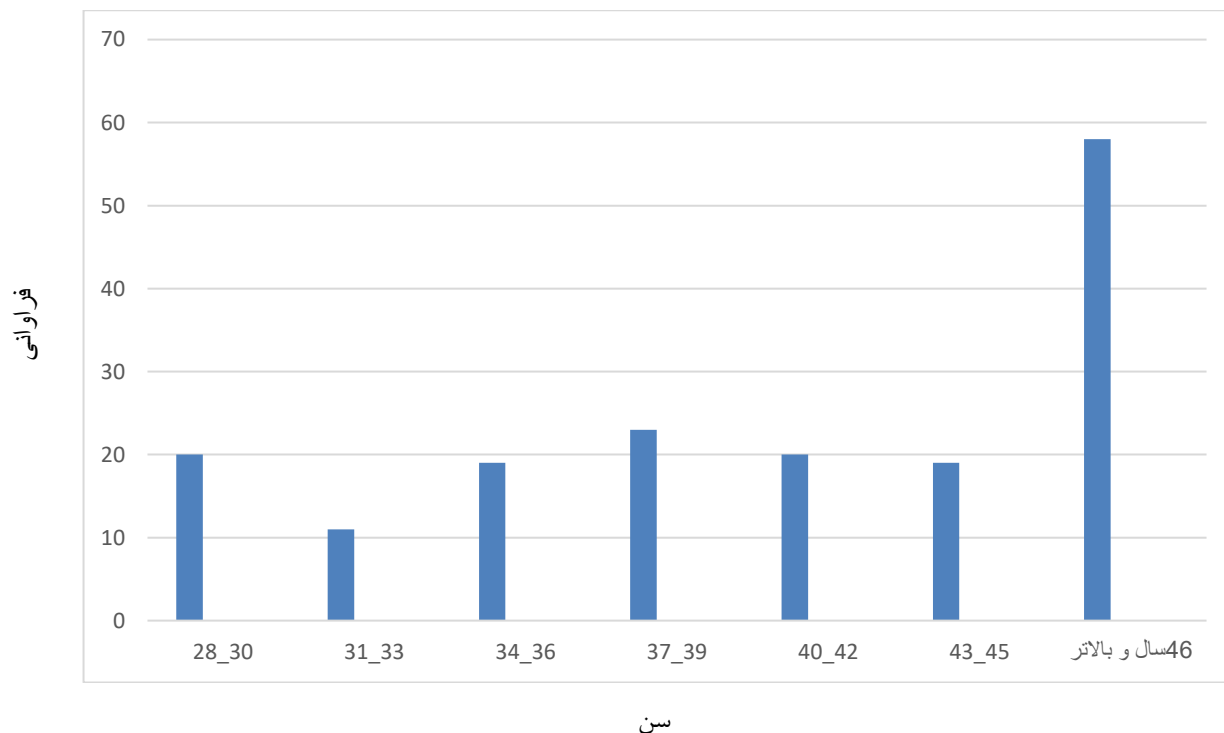
مطابق با مندرجات جدول (۶)، سوالات شماره ۳ و ۵ کمترین مقدار همبستگی با نمره کل را دارند و در صورت حذف پایایی را به مقداری بالاتر از ۰/۷۵ می‌رسانند. سوالات شماره ۴، ۹ و ۱۵ نیز تنها سوالاتی هستند که دارای همبستگی منفی و معکوس با نمره کل می‌باشد. از

آنجایی که حذف سوالات شماره ۳ و ۵ هم بر روی پایایی تاثیر مثبت دارد هم بر روی همبستگی، به نظر می‌رسد شایسته است از مجموع سوالات حذف گردند.

یافته های توصیفی :

جدول ۷: توزیع فراوانی محدوده سنی پاسخ‌دهندگان

محدوده سنی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
۲۸-۳۰	۲۰	۱۱/۷۶	۱۱/۷۶
۳۱-۳۳	۱۱	۶/۴۷	۱۸/۲۳
۳۴-۳۶	۱۹	۱۱/۱۸	۲۹/۴۱
۳۷-۳۹	۲۳	۱۳/۵۳	۴۲/۹۴
۴۰-۴۲	۲۰	۱۱/۷۶	۵۴/۷۰
۴۳-۴۵	۱۹	۱۱/۱۸	۶۵/۸۸
۴۶ سال و بالاتر	۵۸	۳۴/۱۲	۱۰۰/۰۰
مجموع	۱۷۰	۱۰۰/۰	

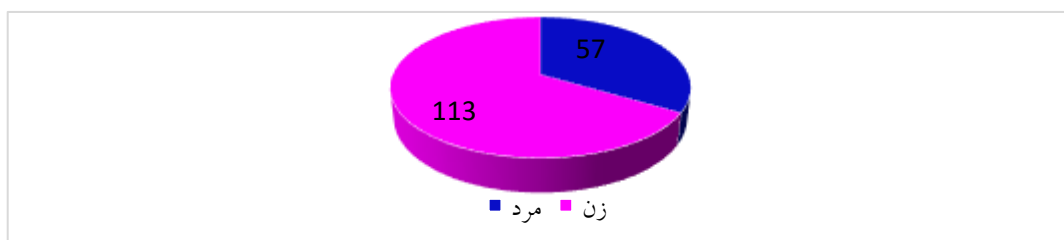


نمودار ۷: توزیع فراوانی محدوده سنی پاسخ‌دهندگان

در جدول و نمودار (۷) توزیع سطوح سنی افراد حاضر در نمونه‌گیری نشان داده شده است. طبق این جدول و نمودار، محدوده سنی از ۲۸ تا ۴۶ سال و بالاتر متغیر بوده که از این بین بیشترین تعداد محدوده سنی ۴۶ سال و بالاتر ۵۸ نفر معادل (۳۴/۱۲ درصد) و کمترین تعداد (۱۱ نفر) معادل ۶/۴۷ درصد محدوده سنی ۳۱ تا ۳۳ سال را دارا بوده‌اند.

جدول ۸: توزیع فراوانی جنسیت پاسخ‌دهندگان

درصد فراوانی تجمعی	درصد فراوانی معتبر	درصد	فراوانی	جنسیت
۳۳/۵	۳۳/۵	۳۳/۵	۵۷	مرد
۱۰۰/۰	۶۶/۵	۶۶/۵	۱۱۳	زن
		۱۰۰/۰	۱۷۰	کل



نمودار ۸: توزیع فراوانی جنسیت پاسخ‌دهندگان

جدول و نمودار ۸ توزیع فراوانی جنسیت پاسخ‌دهندگان را نشان داده است. مطابق این جدول نمونه مورد بررسی متشکل از دو گروه جنسیتی پسر و دختر بوده، ۳۳/۵ درصد معادل ۵۷ نفر جنسیت مرد و ۶۶/۵ درصد معادل ۱۱۳ نفر جنسیت زن را دارا بوده‌اند.

جدول ۹: توزیع فراوانی وضعیت تأهل پاسخ‌دهندگان

درصد فراوانی تجمعی	درصد فراوانی	فراوانی	وضعیت تأهل
۴۱/۸	۴۱/۸	۷۱	مجرد
۱۰۰/۰	۵۸/۲	۹۹	متاهل
	۱۰۰/۰	۱۷۰	جمع



نمودار ۹: توزیع فراوانی وضعیت تأهل پاسخ‌دهندگان

جدول و نمودار (۹) توزیع فراوانی وضعیت تأهل پاسخ‌دهندگان را نشان داده است. مطابق این جدول و نمودار تعداد ۷۱ نفر معادل ۴۲/۰ درصد مجرد و ۵۸/۰ درصد معادل ۹۹ نفر متأهل بوده‌اند.

جدول ۱۰: توزیع فراوانی میزان سابقه کاری پاسخ‌دهندگان

محدوده سابقه	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
کمتر از ۵ سال	۱۷	۱۰/۰	۱۰/۰
۵-۹	۲۶	۱۵/۲۹	۲۵/۲۹
۱۰-۱۴	۶۰	۳۵/۲۹	۶۰/۵۸
۱۵-۱۹	۳۰	۱۷/۶۵	۷۸/۲۳
۲۰-۲۴	۳۴	۲۰/۰	۹۸/۲۳
۲۵-۲۹	۲	۱/۱۸	۹۹/۴۱
۳۰ سال به بالا	۱	۰/۵۹	۱۰۰/۰
مجموع	۱۷۰	۱۰۰/۰	



نمودار ۱۱: توزیع فراوانی میزان سابقه کاری پاسخ‌دهندگان

در جدول و نمودار (۱۱) توزیع میزان سابقه کاری افراد حاضر در نمونه‌گیری نشان داده شده است. طبق این جدول و نمودار، میزان سابقه از کمتر از ۵ سال تا ۳۰ سال و بالاتر متغیر بوده که از این بین بیشترین تعداد میزان سابقه ۱۰ تا ۱۴ سال (۶۰ نفر معادل ۳۵/۲۹ درصد) و کمترین تعداد (۱ نفر) معادل ۰/۵۹ درصد میزان سابقه بالاتر از ۳۰ سال را دارا بوده‌اند.

بررسی نرمال یا عدم نرمال بودن توزیع داده‌ها:

جهت بررسی نرمال یا عدم نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگراف اسمیرنف استفاده کرده و نتایج آن را در جدول (۱۲) بیان نموده‌ایم.

آماره	تواضع	دلپذیری	هیجان	وظیفه شناسی	برونگرایی	گشودگی
تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
پارامترهای	میانگین	۳۰.۲۲۹۴	۳۳.۱۹۴۱	۴۰.۸۲۹۴	۳۲.۹۶۴۷	۳۰.۶۶۴۷
نرمال	انحراف استاندارد	۲.۸۱۵۹	۳.۷۱۶۷۴	۴.۴۸۵۳۸	۳.۰۲۳۷۸۹	۳.۵۳۶۷
بیشترین	مطلق	۰.۱۰۹	۰.۰۹۸	۰.۱۰۵	۰.۱۱۹	۰.۱۶۶
اختلاف‌های	مثبت	۰.۱۰۹	۰.۰۷۸	۰.۰۵۵	۰.۱۱	۰.۰۶۹
شدید	منفی	-۰.۰۸۵	-۰.۰۹۸	-۰.۱۰۵	-۰.۱۱۹	-۰.۱
آماره آزمون		۰.۱۰۹	۰.۰۹۸	۰.۱۰۵	۰.۱۱۹	۰.۱۶۶
سطح معناداری		۰.۰۰۰ ^c	۰.۰۰۰ ^c	۰.۰۰۰ ^c	۰.۰۰۰ ^c	۰.۰۰۰ ^c
آماره	حساسیت به افسردگی	نامیدی	پذیرش	تجاوز	(نشخوار)اندیشناکی	احساسات مثبت و منفی
تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
پارامترهای	میانگین	۴۹.۱	۶.۶۲۳۵	۱۰.۵۴۱۲	۱۰.۸۶۴۷	۲۱.۳۳۵۳
نرمال	انحراف استاندارد	۷.۷۷۱۶۳	۳.۶۱۹۴	۴.۴۳۱۰۷	۱.۵۹۸۶۱	۴.۰۱۴۶۸
بیشترین	مطلق	۰.۰۸۸	۰.۱	۰.۱۳	۰.۲۳۴	۰.۱۳۴
اختلاف‌های	مثبت	۰.۰۶۱	۰.۰۷	۰.۱۳	۰.۲۲۱	۰.۱۱۱
شدید	منفی	-۰.۰۸۸	-۰.۱	-۰.۰۷۶	-۰.۲۳۴	-۰.۰۶۴
آماره آزمون		۰.۰۸۸	۰.۱	۰.۱۳	۰.۲۳۴	۰.۱۳۴
سطح معناداری		۰.۰۰۳ ^c	۰.۰۰۰ ^c	۰.۰۰۰ ^c	۰.۰۰۰ ^c	۰.۰۰۰ ^c

جدول ۱۲: بررسی نرمال یا عدم نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرنوف

با توجه به آزمون کلموگراف اسمیرنوف و با کمک جدول بالا مشاهده می‌کنیم که در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵، سطح معناداری این آزمون برای تمامی متغیرها کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد که این خود نشان از غیرنرمال بودن داده‌های مربوط به تمامی متغیرها است. از این‌رو برای تحلیل استنباطی داده‌ها مجاز به استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک (ضریب همبستگی اسپیرمن) می‌باشیم.

یافته‌های استنباطی:

بررسی ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی:

در جدول (۱۲) رابطه بین متغیرهای مورد بررسی و همچنین خرده مقیاس‌های آن‌ها را با کمک ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه نموده‌ایم.

جدول ۱۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی

چرخش مجموع مربعات بارها			استخراج مجموع مربعات بارها			ارزش ویژه اولیه			عامل
درصد تراکمی	درصد واریانس	جمع	درصد تراکمی	درصد واریانس	جمع	درصد تراکمی	درصد واریانس	جمع	
292/18	292/18	390/4	412/27	412/27	579/6	412/27	412/27	579/6	1
163/35	871/16	049/4	973/42	560/15	735/3	973/42	560/15	735/3	2
466/48	302/13	193/3	502/55	529/12	007/3	502/55	529/12	007/3	3
329/61	864/12	087/3	329/61	828/5	399/1	329/61	828/5	399/1	4
						474/65	144/4	995/0	5
						236/69	763/3	903/0	6
						910/72	674/3	882/0	7
						084/76	174/3	762/0	8
						159/79	075/3	738/0	9
						981/81	822/2	677/0	10
						657/84	675/2	642/0	11
						947/86	290/2	550/0	12
						874/88	927/1	463/0	13
						592/90	718/1	412/0	14
						100/92	507/1	362/0	15
						555/93	456/1	349/0	16
						901/94	346/1	323/0	17
						181/96	280/1	307/0	18
						372/97	190/1	286/0	19
						321/98	949/0	228/0	20
						197/99	877/0	210/0	21
						824/99	627/0	150/0	22
						989/99	165/0	040/0	23
						000/100	011/0	003/0	24

	تواضع	دلپذیری	هیجان	وظیفه شناسی	برون گرایی	گشودگی	احساسات مثبت و منفی	حساسیت به افسردگی	ناامیدی	پذیرش	تجاوز	(اندیشناکی)نشخوار
تواضع	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۱۷۰*	۰.۲۲۶**	۰.۱۷۰	۰.۲۶	۰.۱۲۵	۰.۱۹	۰.۴۱	۰.۱۴	۰.۵۴	۰.۵۹	۰.۴۵
	سطح معناداری	۰.۲۶	۰.۰۳	۰.۸۲۸	۰.۷۴	۰.۱۰۵	۰.۸۰۶	۰.۵۹۹	۰.۵۳	۰.۴۸۸	۰.۴۴۳	۰.۵۶
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
دلپذیری	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۱۷۰*	۰.۲۵۱**	۰.۱۷۰	۰.۱۷۳	۰.۱۱۷	۰.۳۲	۰.۴۸	۰.۱۷	۰.۵۸	۰.۶۳	۰.۳۶
	سطح معناداری	۰.۲۶	۰.۰۱	۰.۰۳	۰.۱۲۹	۰.۶۸	۰.۵۳۱	۰.۳۵۹	۰.۴۵۱	۰.۴۱۵	۰.۴۶۱	۰.۶۴۱
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
هیجان	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۲۲۶**	۰.۲۵۱**	۰.۱۷۰	۰.۱۲۹	۰.۳۸۶**	۰.۱۰۷	۰.۱۸۵*	۰.۳۱۳**	۰.۰۹۴	۰.۱۱	۰.۳۹
	سطح معناداری	۰.۰۳	۰.۰۱	۰.۸۲۹	۰.۰۰۱	۰	۰.۳۶۶	۰.۱۶	۰	۰.۲۲۱	۰.۱۵۳	۰.۶۱۶
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
وظیفه شناسی	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۱۷۰*	۰.۲۲۹**	۰.۱۷۰	۰	۰.۱۳	۰.۱۰۷	۰.۲۴	۰.۱۸	۰.۱۰۶	۰.۲۴	۰.۱۳۲
	سطح معناداری	۰.۸۲۸	۰.۰۳	۰.۸۲۹	۰	۰.۹۱	۰.۱۶۳	۰.۷۶	۰.۸۱۴	۰.۱۶۷	۰.۷۵۴	۰.۰۸۷
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
برون گرایی	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۲۶	۰.۱۰۵	۰.۲۵۱**	۰.۳۱۱**	۰	۰.۲۹	۰.۰۹۳	۰.۳۴	۰.۰۷۷	۰.۰۵۲	۰.۴۷
	سطح معناداری	۰.۷۴	۰.۱۷۳	۰.۰۰۱	۰	۰	۰.۷۱	۰.۲۳	۰.۵۶	۰.۳۱۷	۰.۴۸۲	۰.۵۲۵
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
گشودگی	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۱۲۵	۰.۱۱۷	۰.۳۸۶**	۰.۱۳	۰	۰.۲۲	۰.۱۰۶	۰.۰۸۵	۰.۱۲۷	۰.۱۸۵*	۰.۰۴
	سطح معناداری	۰.۱۰۵	۰.۱۲۹	۰	۰.۰۹۱	۰	۰.۵۸۷	۰.۱۶۹	۰.۶۸	۰.۰۹۸	۰.۱۶	۰.۶۰۳
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
احساسات مثبت و منفی	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۱۹	۰.۳۲	۰.۱۰۷	۰.۲۹	۰.۴۲	۰	۰.۲۶	۰.۱۸۵*	۰.۱۳۳	۰.۱۰۱	۰.۰۹۷
	سطح معناداری	۰.۸۰۶	۰.۶۸	۰.۳۶۶	۰.۱۶۳	۰.۷۱	۰.۵۸۷	۰	۰.۰۰۱	۰.۰۱۶	۰.۰۸۵	۰.۲۰۶
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
حساسیت به افسردگی	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۴۱	۰.۲۸	۰.۱۸۵*	۰.۲۴	۰.۰۹۳	۰.۱۰۶	۰.۲۶	۰	۰.۲۵۲**	۰.۲۸۸**	۰.۹۳**
	سطح معناداری	۰.۵۹۹	۰.۵۳۱	۰.۰۱۶	۰.۷۶	۰.۲۳	۰.۱۶۹	۰.۰۰۱	۰	۰	۰	۰
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
ناامیدی	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۱۴	۰.۱۷۱	۰.۳۱۳**	۰.۱۸	۰.۰۳۴	۰.۰۸۵	۰.۱۸۵*	۰.۵۱۹**	۰	۰.۰۰۷	۰.۱۵
	سطح معناداری	۰.۸۵۳	۰.۳۵۹	۰	۰.۸۱۴	۰.۶۵۶	۰.۲۶۸	۰.۰۱۶	۰	۰.۹۳	۰	۰.۰۵۱
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
پذیرش	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۵۴	۰.۰۵۸	۰.۰۹۴	۰.۱۰۶	۰.۰۷۷	۰.۱۲۷	۰.۱۳۳	۰.۴۵۲**	۰	۰.۰۰۷	۰.۰۵۸
	سطح معناداری	۰.۴۸۸	۰.۴۵۱	۰.۲۲۱	۰.۱۶۷	۰.۳۱۷	۰.۰۹۸	۰.۰۸۵	۰	۰.۹۳	۰	۰.۲۵
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
تجاوز	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۵۹	۰.۰۶۳	۰.۱۱	۰.۲۴	۰.۰۵۴	۰.۱۰۱	۰.۲۸۸**	۰.۴۳۹**	۰.۰۰۷	۰	۰.۵۷۲**
	سطح معناداری	۰.۴۴۳	۰.۴۱۵	۰.۱۵۳	۰.۷۵۴	۰.۲۸۲	۰.۰۱۶	۰.۰۱۹	۰	۰.۳۲۷	۰	۰
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰
نشخوار(اندیشناکی)	ضریب همبستگی اسپرمن	۰.۴۵	۰.۰۳۶	۰.۰۳۹	۰.۱۳۲	۰.۰۴۷	۰.۰۴	۰.۰۹۷	۰.۵۹۳**	۰.۱۵	۰.۰۵۸	۰
	سطح معناداری	۰.۵۶	۰.۶۴۱	۰.۶۱۶	۰.۰۸۷	۰.۵۲۵	۰.۶۰۳	۰.۲۰۶	۰	۰.۲۵	۰	۰
	تعداد	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۰

جدول ۱۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی را ارائه داده است.

مطابق این ماتریس مقیاس حساسیت به افسردگی با مقیاس عواطف مثبت و منفی در سطح خطای ۰/۰۱ و نیز با خرده مقیاس های ناامیدی، پذیرش، تهاجم و اندیشناکی(نشخوارذهنی) در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰ دارای رابطه ای معنادار می باشد. جهت این رابطه به دلیل مثبت بودن ضریب همبستگی، مستقیم می باشد.

نتیجه گیری:

جهت بررسی روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی و به منظور تأیید عامل های شناسایی شده از تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردیده است. نتایج تحلیل عاملی نشان داد شاخص کفایت نمونه به میزان $0/788$ به دست آمد که از لحاظ آماری مقداری مطلوب و قابل پذیرش می باشد و پرسشنامه از ۴ عامل اشباع شده که بر روی هم $61/329$ درصد واریانس کل را تبیین می کنند. مقدار پایایی کل نیز به میزان $0/747$ حاصل شد. بنابر این پرسشنامه از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد مقیاس حساسیت به افسردگی با مقیاس عواطف مثبت و منفی در سطح خطای $0/01$ دارای رابطه مستقیم و معناداری می باشد. مقیاس حساسیت به افسردگی با خرده مقیاس های ناامیدی و پذیرش و تهاجم و اندیشناکی یا نشخوار ذهنی در سطح خطای $0/0$ دارای رابطه مستقیم و معناداری می باشد. با توجه به بار عاملی سوال ها در ماتریس عاملی و ماتریس چرخش واریماکس دست کم $0/3$ و ترجیحا بالاتر بدست آمده بود می توان نتیجه گرفت عامل ها از اعتبار کافی برخوردار بوده و با توجه به بار عاملی به دست آمده به ترتیب وزن عاملی سوالات شماره ۱۴، ۲۲، ۲۳، ۱۸، ۱، ۸، و ۱۷ مربوط به عامل اول (اندیشناکی یا نشخوار ذهنی)، سوالات شماره ۱۳، ۱۰، ۳، ۷، ۲، ۵، ۱۹ مربوط به عامل دوم (پذیرش)، سوالات شماره ۴، ۹، ۱۶، ۱۵، ۲۰، ۱۲ مربوط به عامل سوم (تهاجم)، سوالات شماره ۲۴، ۱۱، ۲۱ و ۶ مربوط به عامل چهارم (ناامیدی) می باشند. این یافته ها با کلید اصلی پرسشنامه مقاله بیس تطبیق داشته و تنها مقایرت مشاهده شده معکوس بودن بار سوالات ۱۹، ۴، ۹ و ۱۵ بوده است. این مغایرت را نمی توان اشتباه قلمداد کرد بلکه می توان گفت پاسخ های افراد به گونه ای بوده که چنین نتایجی حاصل شده است.

پیشنهادهات:

۱-پیشنهادهای پژوهشی

- ۱-پیشنهاد می شود پژوهش حاضر در شهرها و مناطق دیگر کشور جهت تعمیم پذیری بهتر یافته ها و مقایسه نتایج، انجام شود.
- ۲-پیشنهاد می شود اثر متغیرهای مزاحم و مداخله گر نظیر سبک زندگی، سن، سابقه کار در پژوهش های بعدی کنترل شود.
- ۳-با توجه به محدودیت ذاتی پرسشنامه در زمینه احتمال سوگیری پاسخ ها، پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی از روش های دیگر جمع آوری داده ها نظیر مصاحبه هم استفاده شود.

۲-پیشنهادهای کاربردی

- ۱-پیشنهاد می شود با توجه به تایید روایی و پایایی پرسشنامه حساسیت به افسردگی لیندن از این پرسشنامه در پژوهش های دیگر استفاده شود.
- ۲-پیشنهاد می شود از این پرسشنامه در مراکز خدمات روانشناسی و کلینیک های درمانی جهت سنجش میزان حساسیت افراد به افسردگی استفاده شود.

مراجع :

- اتکینسون و هیلگارد، زمینه روان شناسی، ترجمه براهنی، هومن و همکاران، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۹۲.
- اکبری، ولی الله. (۱۳۹۵). مروری بر علل و درمان های مختلف افسردگی. نخستین همایش جامع بین المللی روان شناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی.
- امیدی حسین آبادی، حمیده. (۱۳۹۴). رابطه نوبت کاری شب با میزان افسردگی و اضطراب پرستاران. مدیریت پرستاری. دوره ۴. شماره ۲.
- ابراهیمی، محمدطاها. (۱۳۹۴). بررسی میزان افسردگی دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۴. ژورنال: مجله طب پیشگیری طبری. دوره ۱. شماره ۲.
- اسد زندی، مینو. (۱۳۹۰). میزان فراوانی افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران نظامی. طب نظامی. دوره ۱۳. شماره ۲.
- اسدی نوقابی، روان پرستاری (بهداشت روان ۲)، تهران، بشری، ۱۳۸۴، چاپ پنجم، ص ۱۹۱.
- تقواء، ارسیا. (۱۳۹۲). بررسی میزان فراوانی افسردگی در پرستاران بخش های روان پزشکی و مقایسه آن با سایر بخش های بیمارستان های آجا. پرستار و پزشک در رزم. دوره ۱. شماره ۱.
- جعفری عراقی، ایمان. (۱۳۹۵). فرسودگی شغلی در پرستاران یک بیمارستان نظامی در سال ۱۳۹۴. مطالعه مقطعی. طب نظامی. دوره ۱۸. شماره ۳.
- جلیل وند، محمد رضا. (۱۳۹۲). ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد. مراقبت های نوین ، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. دوره ۹ شماره ۲.
- چین آوه، محبوبه. (۱۳۹۶). مقایسه اضطراب، افسردگی و اهمال کاری در پرستاران بیمارستان های روانپزشکی و عمومی. مدیریت ارتقای سلامت. دوره ۶، شماره ۴.
- حبیبی، حجت. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین رضایت و فرسودگی شغلی پرستاران با رضایت بیماران در شهر شیراز در سال ۱۳۹۱. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات). دوره ۲۰. شماره ۳.
- خانی، هانیه. (۱۳۹۵). شیوع افسردگی و ارتباط آن با بروز خودبیمارانگاری در پرستاران بیمارستان های دانشکده علوم پزشکی نیشابور. علوم مراقبتی نظامی. دوره دوم. شماره ۱.
- درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن". پروانه محمدخانی، حمید خانی پور، فیروزه جعفری (۱۳۹۲). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- دهدشتی، علیرضا. (۱۳۹۶). بررسی میزان شیوع افسردگی و برخی عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان. مجله علوم پزشکی زانکو. دوره ۱۸ شماره ۵۸.
- جلیل وند، محمد رضا. (۱۳۹۲). ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد. مراقبت های نوین ، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. دوره ۹ شماره ۲.
- رضایی، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی مقایسه ای میزان افسردگی در پرستاران نوبت کاری. سمینار علمی مراقبت های پرستاری در بهداشت روان و سلامت جامع هف علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی آباد کتول.
- رمرودی، احمد. (۱۳۹۵). نقش میانجی کیفیت زندگی پرستاران در ارتباط کیفیت خواب با استرس ، اضطراب و افسردگی. وزارت علوم و تحقیقات و فناوری- دانشگاه سیستان و بلوچستان- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- رفتار درمانی شناختی "هاوتون، کرک، سالکوس کیس، کلارک، ترجمه حبیب الله قاسم زاده (۱۳۹۲). دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه ایران.
- زمینه های آسیب شناسی روانی". ریک انگرام، جوزف پرایس. مترجمان: فاطمه برزگر، الهام اشتها، شیما تمنایی فر (۱۳۹۱). انتشارات ارجمند.

ساراسون، ایرون جی و باربارا آر، ساراسون. روان شناسی مرضی. ج ۲-ترجمه: نجاریان، بهمن. اصغری مقدم، محمدعلی و دهقانی، محسن. تهران: رشد ۱۳۹۴.

علیپور، رضا. (۱۳۹۴) افسردگی، استرس و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان ولی عصر دانشگاه علوم پزشکی فسا در سال ۱۳۹۳. علمی پژوهان. دوره ۱۲. شماره ۴

علیزاده، زینب. (۱۳۹۵) بررسی تأثیر شیرین بیان بر افسردگی پرستاران. طب مکمل. دانشکده پرستاری و مامایی اراک دوره ۶. شماره ۱

عزیز محمدی، زهرا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری خانواده

کریمی، حسن. (۱۳۹۴). ویژگی های روانسنجی و ساختار عاملی پرسشنامه شخصیت هگزاگو و کارکرد افتراقی سوالهای آن در بین دانشجویان دختر و پسر شهر تهران. غیردولتی-دانشگاه آزاد اسلامی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی-دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دوره ۶. شماره ۲

کیافر، زهرا. (۱۳۹۵) ارتباط طرحواره های ناسازگار اولیه و علائم بالینی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی با و بدون نمای سایکوتیک. اصول بهداشت روانی. دوره ۱۹. شماره ۱

محمودی، نگار. (۱۳۹۴). بررسی رابطه حساسیت پردازش حسی و ناگویی خلقی با واسطه گری عاطفه مثبت و منفی. شناخت اجتماعی. دوره ۴. شماره ۷

مومنی، خدامراد (۱۳۹۶). رابطه هیجان خواهی، عاطفه مثبت و منفی و ناگویی هیجانی با خیانت زناشویی. سلامت و مراقبت. دوره ۱۹. شماره ۴

نقش میانجی کیفیت زندگی پرستاران در ارتباط کیفیت خواب با استرس، اضطراب و افسردگی/بهمن کرد تمینی-احمد رمروزی(کارشناسی ارشد) دولتی-وزارت علوم، تحقیقات و فناوری- دانشگاه سیستان و بلوچستان- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی؛ ۱۳۹۵

هالچین، ریچارد پی و ویتینون، سوزان کراس(آسیب شناسی روانی): ترجمه: سیدمحمدی، یحیا. تهران: روان، ۱۳۹۴.

هاشمی، جواد. (۱۳۹۵). همبستگی عاطفه مثبت و منفی و باورهای فراشناختی با تعلل ورزی رفتاری پرستاران. سلامت و مراقبت. دوره ۱۸. شماره ۳

Belen Lopez-Perez, Tamara Ambrona, Yaniv Hanoach. Influence of the type of patients the emotional response of nurses and nursing students. Journal homepage: [www.elsevier.com/nepr.2016](http://www.elsevier.com/elsevier.com/nepr.2016).

Cristina Senin- Calderon, Salvador Perona- Garcelan, Miguel Miguel Ruiz- Vaguilla, Juan F. Rodriguez-Testal. Leinden Index of Depression Sensitivity- Revised (LEIDS-R): Spanish validation proposal. International Journal of Clinical and Health Psychology.2017.1697-2600.

Chiang Y. M. Chang. J. Stress, depression, and intention to stress, depression, and to leave among nurses care mänge mention /nursing practice: Health Polhcy.2012:108(2):149-157.

Chious-Chiang J-H, Hung N, WU C-H, Cien L-Y, Health issues among nurses in Taiwanese se hospitals National survey. International survey. International journal of nursing studies.2013, 50(10):1377-1384

Chaing Y-M, chang Y. stress, depression. And intention to stress .depression, intention to leave among nurses in different medical units: Implications for health care management/nursing practice: Health policity 2012, 108(2):149-157.

Julia Crilly, Jaimi Greenland , Cathy Lincoln, Jo Timms, Andrew Fisher. Measuring the impact of the working environment on emergency department nurses: Across-sectional pilot study. Journal homepage: www.Elsevier.Com/locate/aaen.2017

