

مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز
دوره هیجدهم، شماره دوم، پاییز ۱۳۸۱ (پیاپی ۳۶)

بررسی روایی و پایایی مقیاس نومییدی بک در گروهی از دانشجویان
دانشگاه شیراز

دکتر محمد علی گودرزی*
دانشگاه شیراز

چکیده

به منظور بررسی روایی مقیاس نومییدی بک، نسخه انگلیسی آن، با رعایت اصول مربوط به ترجمه آزمون های روانی، از انگلیسی به فارسی برگردانده شد. سپس، آزمون به دست آمده، همراه با آزمون افسردگی بک، روی گروهی از دانشجویان رشته های مختلف که به صورت تصادفی خوشه ای انتخاب شده بودند، اجرا گردید. نتایج حاکی از آن بود که بین مقیاس نومییدی و آزمون افسردگی بک، همبستگی معنی داری در جهت مثبت وجود داشت. علاوه بر این، افراد دارای افسردگی بالا و شدید نسبت به افراد دارای افسردگی پایین و خفیف، در مقیاس نومییدی بک، نمرات بالاتری کسب نمودند و تفاوت آنها از لحاظ آماری معنی دار بود. این یافته ها حاکی از روایی همزمان مقیاس نومییدی بک در بین دانشجویان می باشد. همچنین، با استفاده از روش باز آزمایی، پایایی بالایی برای مقیاس فوق پیدا شد. ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس نیز نسبتاً بالا بود و پرسشهای مقیاس با نمره کل آزمون همبستگی مثبت و معنی دار داشتند. با انجام تحلیل عاملی روی داده های به دست آمده بر اساس مقیاس نومییدی بک، پنج عامل زیر استخراج گردید: ۱- یأس در دستیابی به خواسته ها؛ ۲- عدم اطمینان به آینده؛ ۳- بدبینی؛ ۴- نومییدی در مورد آینده؛ ۵- انتظار منفی نسبت به آینده.

واژه های کلیدی: ۱. مقیاس نومییدی بک ۲. تحلیل عاملی ۳. افسردگی

۱. مقدمه

نومییدی یکی از سازه های روان شناختی است که در شالوده انواع مختلف اختلالات روانی مشاهده شده است. نومییدی از خصوصیات اصلی بیماری افسردگی شناخته شده است (بک، ۱۹۶۳، ۱۹۶۷؛ ملگس و بالبی، ۱۹۶۹). سازه مذکور همچنین در انواع دیگری از اختلالات، از جمله، بیماری های جسمانی (شمیل، ۱۹۵۸)، اسکیزوفرنیا (لینگ و استرسون، ۱۹۶۵)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی (ملگس و بالبی، ۱۹۶۹) و خودکشی (بک، ۱۹۶۳) مشاهده شده است.

از نظر محققان بالینی، مطالعه نظامدار و کنترل شده در مورد رابطه بین اختلالات فوق و نومییدی، امکان پذیر نبوده است. اکثر محققان اعتقاد داشته اند که نومییدی، احساسی پراکنده و بدون شکل و قواره است که کمی کردن آن دشوار است. با وجود این، بک (۱۹۷۴) بر اساس نظریه استاتلند که معتقد بود، می توان نومییدی را برحسب نظامی از

انتظارات منفی^۱ فرد نسبت به خود، زندگی و آینده تعریف نمود؛ مقیاسی را برای اندازه گیری کمی نومییدی ساخت. این مقیاس به مقیاس نومییدی یک^۲ معروف است.

تحقیقات مختلف در کشور آمریکا نشان داده اند که ضریب همسانی درونی^۳ (فرمول ۲۰ کودر ریچاردسون) مقیاس نومییدی یک، در بین افرادی که فکر خودکشی داشتند، افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند؛ بیماران الکلی، معتادان به هرویین، افراد مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی یک قطبی و دو قطبی و اختلالات کز خلقی^۴ به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۸۲، ۰/۹۲، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ بود (بک و استیر، ۱۹۸۸). مقیاس نومییدی یک با روش بازآزمایی^۵ به فاصله یک هفته بر روی نمونه ای مرکب از ۲۱ نفر از بیمارانی که به مرکز درمان شناختی مراجعه کرده بودند، اجرا گردید. همبستگی گشتاوری پیرسون برای دوبار اجرا، برابر ۰/۶۹ بود. این همبستگی برای یک گروه دیگر ۹۰ نمره از بیماران مراجعه کننده به مرکز شناخت درمانی، برابر با ۰/۶۶ بوده است. این ضرایب حاکی از پایایی^۶ مقیاس با روش بازآزمایی می باشد (بک و استیر، ۱۹۸۸). دوره‌ام (۱۹۸۲) ضریب پایایی ۰/۸۶ و ۰/۸۳ را برای جمعیت روان پزشکی و ضریب پایایی ۰/۶۵ را برای نمونه دانشجویی گزارش داد. دو مطالعه دیگر روی نمونه های بیمار، ضریب پایایی ۰/۹۲ را گزارش دادند (دایس، ۱۹۹۶، یانگ، و دیگران، ۱۹۹۲). اخیراً استید (۲۰۰۱) نیز با اجرای مقیاس نومییدی یک روی ۵۴۴ دانشجو، آلفای کرونباخ^۷ ۰/۸۸ را برای آن گزارش داده است. پایایی مقیاس نومییدی یک در ایران تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است.

روایی^۸ مقیاس نومییدی یک در جمعیت بالینی به خوبی مورد مطالعه قرار گرفته است و نتایج حاکی از ارزش بالینی قابل ملاحظه این مقیاس بوده است (نان، و دیگران، ۱۹۹۶). مقیاس نومییدی یک، همچنین برای اندازه گیری نومییدی در جمعیت بزرگسال و نوجوان سالم، به کار رفته است (آلفورد، و دیگران، ۱۹۹۵، دوره‌ام، ۱۹۸۲، تکستون-هاوکینز، کامپتون و کلی، ۱۹۹۴). همبستگی بین مقیاس نومییدی یک و افسردگی، برای جمعیت های بالینی و دانشجویی یکسان بوده است (آلفورد و دیگران، ۱۹۹۵). این مقیاس، همچنین با مقیاس های دیگر مانند مقیاس امید (اسنایدر، و دیگران، ۱۹۹۱) و مقیاس های انتخاب شده MMPI-2 همبستگی مثبت داشته است (استید، ۲۰۰۱، تکستون-هاوکینز، کامپتون و کلی، ۱۹۹۴) که حاکی از روایی آن می باشد. روایی همزمان^۹ مقیاس نومییدی یک با مقیاس تمایل به خودکشی نیز مورد بررسی قرار گرفته است و بین این دو سازه، همبستگی معنی داری در سطح متوسط به دست آمده است (لنینگز، ۱۹۹۲).

همبستگی نمرات کلی افراد در مقیاس نومییدی با درجه بندی های بالینی نومییدی در دو نمونه از بیماران سرپایی دارای مشکلات طبی عمومی و بیماران بستری که اخیراً اقدام به خودکشی کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت (بک، ۱۹۷۴). در گروه اول، ضریب همبستگی برابر با $(r=0/47, P<0/01)$ و در گروه دوم، همین ضریب برابر $(r=0/62, P<0/01)$ بود. همبستگی مقیاس نومییدی یک با پرسشنامه افسردگی یک نیز در موارد زیر مورد بررسی قرار گرفت: افراد دارای افکار خودکشی؛ افراد اقدام کننده به خودکشی؛ افراد الکلی؛ معتادان به هرویین؛ افراد مبتلا به افسردگی اساسی با دوره های زجت کننده^{۱۰} و افراد کز خلق^{۱۱}. در هر هفت گروه نمونه فوق نمرات مقیاس نومییدی یک در سطح بالاتر از ۰/۰۱ با نمرات پرسشنامه افسردگی یک همبستگی داشت. هنگامی که نمره پرسش نومییدی از نمره کلی پرسشنامه افسردگی یک حذف شد نیز؛ همه همبستگی های فوق در سطح بالای معنی دار بودند (بک و استیر، ۱۹۸۸). این نتایج حاکی از وجود روایی همزمان مقیاس نومییدی یک است.

همچنین، در یک نمونه ۵۹ نفره از بیماران افسرده بستری، ضریب همبستگی نمره کلی مقیاس نومییدی با پرسش نومییدی پرسشنامه افسردگی یک (۱۹۶۷) برابر با $(r=0/63, P<0/01)$ بود. تغییر نمرات کلی بیماران فوق، در هنگام ترخیص از بیمارستان (که با تغییر نمرات بیماران در مقیاس افسردگی یک همراه بود) نشان داد که این مقیاس نسبت به تغییرات حاصله از درمان نیز حساس می باشد. این نتایج نیز حاکی از شواهد دیگری برای وجود روایی همزمان مقیاس نومییدی یک است.

ساختار عاملی^{۱۲} مقیاس نومییدی یک در جمعیت های مختلف، مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج برحسب جمعیت های مختلف متفاوت بوده است. بک، شایلر و هرمان، ۱۹۷۴، (به نقل از بک و استیر، ۱۹۸۸) بر داده های

حاصله از ۲۹۴ بیمار بستری که اقدام به خودکشی کرده بودند، تحلیل عاملی انجام دادند. آنها سه عامل را شناسایی کردند: الف- احساسات در مورد آینده^{۱۳} ۴۱٪/۷؛ واریانس (پرشهای ۱، ۶، ۱۳، ۱۵، ۱۹)؛ ب- فقدان انگیزش^{۱۴} ۶٪/۳؛ واریانس (پرشهای ۲، ۳، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۰) و ج- انتظارات مربوط به آینده^{۱۵} ۵٪/۶؛ واریانس (پرشهای ۴، ۷، ۸، ۱۴، ۱۸). هیل و دیگران (۱۹۸۸) نیز یک تحلیل عاملی را روی ۱۲۰ بیمار افسرده کهنسال که به صورت سرپایی درمان می شدند، انجام دادند. از مطالعه آنها سه عامل استخراج شد: الف- امیدواری نسبت به آینده؛ ب- تسلیم شدن^{۱۶} و ج- پیش بینی آینده. استیر، کومر و بک (۱۹۹۳) نیز با استفاده از روشی یکسان، سه عامل زیر را در مورد بیماران افسرده بستری گزارش دادند: الف- طرد؛^{۱۷} ب- پذیرش؛^{۱۸} ج- کناره گیری^{۱۹}.

نکاندا-ترپکا، بیشاپ و بلک برن (۱۹۸۳) ساختار عاملی این مقیاس را روی ۱۴۰ بیمار افسرده که به صورت سرپایی تحت درمان بودند، مورد بررسی قرار دادند. از داده های آنها که با روش تحلیل عاملی مؤلفه های اصلی^{۲۰} و با چرخش واریماکس^{۲۱} تحلیل شد، پنج عامل استخراج شد: ۱- انگیزش و انتظار نتیجه، مرکب از شش پرسش (پرشهای ۲، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰)؛ ۲- اطمینان به آینده، مرکب از پنج پرسش (پرشهای ۱، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵)؛ ۳- توفیق های آینده، مرکب از چهار پرسش (۵، ۶، ۷، ۱۸)؛ ۴- اعتماد به آینده، مرکب از سه پرسش (۳، ۸، ۱۹)؛ ۵- دورنمای زندگی، مرکب از دو پرسش (پرشهای ۴، ۱۸). عوامل فوق مجموعاً ۶۱٪/۲ درصد واریانس را به ترتیب زیر تبیین می کردند: ۳۳٪/۴، ۱۸٪/۹، ۱۷٪/۷، ۱۹٪/۸، ۱۶٪/۷.

تاناکا و دیگران (۱۹۹۸) ساختار عاملی مقیاس نومییدی بک را، روی ۵۰۴ نفر از ساکنین کشور ژاپن که همه سالم بودند، بررسی کردند. نتایج آنها که با روش تحلیل عاملی مؤلفه های اصلی مورد بررسی قرار گرفت؛ دو عامل را نشان داد: ۱- تردید در مورد آینده ای امیدوار کننده؛ ۲- اعتقاد به آینده ای نومیدکننده. همچنین نتایج بررسی تاناکا و دیگران (۱۹۹۶) در ژاپن نشان داد که مقیاس نومییدی بک، با اندازه های سلامت روان از قبیل تناسب اندام ذهنی، اعتماد به نفس و سازگاری زناشویی همبستگی منفی و با از دست دادن زود هنگام والدین همبستگی مثبت داشته است. دایس (۱۹۹۶) با انجام تحلیل عاملی روی داده های حاصله از مقیاس نومییدی بک در ۴۱۱ بیمار سرپایی، با استفاده از چرخش واریماکس، سه عامل را استخراج نمود: انتظارات مربوط به موفقیت، ۴۰٪/۴؛ واریانس (پرشهای ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۹)؛ انتظارات مربوط به شکست، ۶٪/۹؛ واریانس (پرشهای ۹، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۲۰) و عدم اطمینان نسبت به آینده، ۵٪/۶؛ واریانس (۴، ۷، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۸).

استید (۲۰۰۱) مقیاس نومییدی بک را روی ۵۴۴ دانشجویان اجرا نمود. او با انجام تحلیل عاملی با روش *principal axis factor* و چرخش مایل روی داده های به دست آمده از دانشجویان، ساختار عاملی مقیاس نومییدی بک را در گروه های بهنجار غیر قابل تفسیر دانست.

به منظور تفسیر نمرات آزمون نومییدی بک در موقعیت های بالینی، هنجارهایی برای این مقیاس تهیه شده است. برای مثال، بک و دیگران (۱۹۷۵) میانگین ۹ (انحراف استاندارد = ۶/۱) را برای ۳۸۴ اقدام کننده به خودکشی و گرین (۱۹۸۳) به نقل از نکاندا-ترپکا و دیگران، (۱۹۸۳)، میانگین ۴/۴۵ (انحراف استاندارد = ۳/۰۹) را برای جمعیت کلی به دست آوردند. تفاوت این میانگین ها از لحاظ آماری معنی دار است ($t=13, P<0.001$). نکاندا-ترپکا و دیگران (۱۹۸۳) میانگین نمرات نومییدی ۱۴۰ بیمار افسرده را که به صورت سرپایی تحت درمان بودند؛ $13/05 \pm 5/17$ گزارش کردند. مطالعات متعددی نشان داده اند که مقیاس نومییدی بک، قصد خودکشی را بهتر از سایر مقیاس های روانی پیش بینی می کند (کوواکس و دیگران، ۱۹۷۵ و برای مرور کامل به وتزل و دیگران، ۱۹۸۰ مراجعه کنید). به همین دلیل پیشنهاد شده است که مقیاس نومییدی بک ابزار مفیدی برای ارزیابی میزان خطر خودکشی است (نکاندا، ترپکا و دیگران، ۱۹۸۳).

با وجود این که مقیاس نومییدی را می توان برای اندازه گیری درجه نومییدی در طیف وسیعی از بیماران، از جمله افراد افسرده، افراد معتاد به سیگار و سایر مواد مخدر، افراد کز خلق، بیماران مبتلا به سرطان و بیماران قلبی، افراد در معرض خطر خودکشی و غیره مورد استفاده قرار داد و با استفاده از آن میزان خطر خودکشی را تعیین نمود و

با توجه به سطح نومیادی آنها طرح درمانی را تنظیم کرد، هنوز در ایران وسیله ای روا و پایا برای اندازه گیری این سازه مفید وجود ندارد. به همین دلیل محقق درصدد انجام مطالعه ای در مورد روایی و پایایی مقیاس نومیادی بک بر آمد.

۲. روش

۲.۱. آزمودنی ها

آزمودنی های این تحقیق، تعداد ۲۶۰ نفر دانشجوی شاغل به تحصیل در دانشکده های علوم انسانی، علوم تربیتی و روان شناسی، علوم و مهندسی در سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ بودند. از بین کل ساعات کلاسی، در طول هفته، برای دانشکده علوم انسانی سه ساعت (و جمعاً سه کلاس)؛ برای هر یک از دانشکده های مهندسی و علوم یک ساعت (و مجموعاً دو کلاس) و برای دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی چهار ساعت (و مجموعاً چهار کلاس) به تصادف انتخاب شد. مجموع آزمودنی های ۹ کلاس، ۲۶۰ نفر بود که ۱۴۲ نفر آنها دختر و ۱۱۸ نفر آنها پسر بودند. این افراد در دامنه سنی ۱۷ تا ۲۵ سال بودند و میانگین سنی آنها ۲۲/۰۶ سال بود ($SD=2/61$).

۲.۲. ابزارهای پژوهش

در این پژوهش، از آزمون های زیر به منظور اندازه گیری متغیرهای نومیادی و افسردگی استفاده شد:

- ۲.۲.۱. **مقیاس نومیادی بک:** این مقیاس، شامل ۲۰ پرسش است و در آن از آزمودنی خواسته می شود در مورد درست یا نادرست بودن گزاره های پرسش در مورد خودش قضاوت نماید (به ضمیمه ۱ مراجعه نمایید). کلید ۹ پرسش آزمون بر مبنای پاسخ "نادرست" و کلید ۱۱ پرسش دیگر بر مبنای پاسخ "درست" تنظیم شده است. نمرات پرسشها بر اساس کلید جمع می شوند تا یک نمره کلی برای میزان نومیادی به دست آید. این نمره در دامنه (۰ تا ۲۰) قرار می گیرد و نمرات بالاتر نشان دهنده نومیادی بیشتر می باشد.
- ۲.۲.۲. **مقیاس افسردگی بک:** این مقیاس، شامل ۲۱ پرسش است که ۱۵ پرسش آن محتوی علایم روان شناختی و ۶ پرسش آن، محتوی علایم جسمانی است. همه پرسشها چهار پاسخ دارند (۰ تا ۳) و پاسخ ها حاکی از افزایش شدت هستند. جمع نمرات پرسش ها، نمره کل فرد را در پرسشنامه، منعکس می کند و حداکثر آن، ۶۳ نمره می باشد. هدف پرسشنامه بک، سنجش کمی شدت افسردگی است و به عنوان یک وسیله تشخیصی عمل نمی کند. بر اساس پیشنهاد مؤلفان (بک و استیر و گاربین، ۱۹۸۸) نمره کمتر از ۱۰ در آن، نشانگر کمی یا فقدان افسردگی؛ از ۱۰ تا ۱۸ بیانگر افسردگی خفیف تا متوسط، از ۱۹ تا ۲۹، حاکی از افسردگی متوسط تا شدید و از ۳۰ تا ۶۳، نشانگر افسردگی شدید است.

درجه همسانی درونی پرسشنامه، بالا گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸)، به این ترتیب که نمره های هر پرسش با نمره کلی پرسشنامه همبستگی بالایی را نشان داده است و پایایی حاصل از دو نیمه کردن آن، به دست آمده است. پایایی باز آزمایی آن، با فاصله های چند ساعت تا چهار ماه، بین ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸).

بررسی بک و همکاران (۱۹۶۱) نشان داد که بین درجه بندی های متخصصان بالینی از افسردگی و نمره های پرسشنامه افسردگی بک، همبستگی معناداری وجود داشت (در دو بررسی جداگانه $+0/65$ و $+0/67$). بررسی های دیگری، همبستگی بالای بین پرسشنامه افسردگی بک و سایر مقیاس های افسردگی را نشان داده اند (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸). این شواهد بیانگر روایی پرسشنامه افسردگی بک می باشد.

پایایی و روایی فرم ۱۳ پرسشی پرسشنامه افسردگی بک در ایران، بر روی گروهی از دانشجویان، نتایج نسبتاً مشابهی را به دست داده است (حجت، مهریار و شاپوریان، ۱۹۸۶). پرتو (۱۳۵۴) فرم ۲۱ پرسشی پرسشنامه را، روی تعداد ۲۳۹۸ نفر (۹۰۴ دختر و ۱۴۹۴ پسر) از پذیرفته شدگان دانشکده های مختلف دانشگاه تهران اجرا نمود و پس از تحلیل داده ها، نتیجه گیری کرد که پرسشنامه افسردگی بک در ایران قابلیت اجرا دارد و نمرات آن، تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار نمی گیرد. هنجار به دست آمده از بررسی پرتو (۱۳۵۴) برای پسران، برابر $8/17$ ($SD=5/39$) و برای

دختران، برابر $Y/47$ ($SD=5/9$) می باشد. احمدی (۱۳۷۳، ۱۳۷۴) نیز در مطالعات متعددی از فرم ۲۱ پرسشی پرسشنامه افسردگی بک، برای اندازه گیری میزان افسردگی در جمعیت های دانشجویی استفاده کرده است و مقیاس را غیر وابسته به فرهنگ و دارای روایی برای کاربرد در ایران دانسته است. در تحقیق حاضر، این پرسشنامه به منظور اندازه گیری شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفته است.

۲.۳. روش تهیه مقیاس نومییدی بک

پس از تهیه نسخه اصلی مقیاس نومییدی بک، مقیاس، توسط محقق، از زبان انگلیسی به فارسی برگردانده شد. سپس از دو نفر دانشجوی دوره دکتری زبان انگلیسی خواسته شد، مقیاس فارسی را مجدداً به زبان انگلیسی بازگردانند. نتیجه حاصله از این مرحله، با نسخه اصلی مقیاس به زبان انگلیسی، مقایسه گردید و در مواردی که عدم تطابق بین دو متن انگلیسی دیده شد، پرسشهای مقیاس مورد تجدید نظر قرار گرفت. سپس، مقیاس به چند نفر از دانشجویان رشته های مختلف داده شد و پرسشهایی که برای این افراد ابهام داشت، اصلاح گردید. نسخه حاصله از این مرحله، به عنوان نسخه نهایی در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت.

۲.۴. طرح تحقیق

مقیاس نومییدی و پرسشنامه افسردگی بک، توسط آزمودنی ها تکمیل گردید. سپس، بر اساس نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه افسردگی بک، گروه هایی که دارای افسردگی بالا و پایین بودند، تشکیل گردید و نمرات این گروه ها در مقیاس نومییدی مورد مقایسه قرار گرفت. انتظار این بود که چون یکی از علایم افسردگی احساس نومییدی است، افرادی که افسردگی بالاتری را نشان می دهند، نمره بیشتری نیز در مقیاس نومییدی کسب نمایند. همچنین، همبستگی بین نمرات آزمودنی ها در دو مقیاس فوق محاسبه گردید. فرض بر این بود که مقیاس افسردگی و نومییدی باید همبستگی مثبت معنی داری با یکدیگر داشته باشند.

به منظور بررسی پایایی مقیاس نیز از روش بازآزمایی، با فاصله دو هفته، استفاده شد. با محاسبه ضریب آلفای مربوط به کل پرسش ها، میزان همسانی درونی آزمون و با استفاده از روش تحلیل عاملی، عامل های دخیل در مقیاس مورد بررسی قرار گرفت.

۲.۵. روش اجرای مقیاس ها

پس از اتمام ساعت درس دانشجویان، مقیاس های افسردگی و نومییدی بک، به دانشجویان هر کلاس ارائه گردید. سپس، توضیح مختصری داده شد که هدف تحقیق، بررسی حالات عاطفی افراد است و دانشجویان لازم نیست که مشخصات فردی خود را ثبت نمایند. ضمناً توضیح داده شد که آنچه برای محقق مهم است، نتایج گروهی است و نه فردی. همچنین از دانشجویان خواسته شد تا دستورالعمل آزمون ها را به دقت بخوانند و سپس پاسخ های خود را در پاسخنامه ثبت نمایند.

۳. یافته ها

میانگین کل نمرات آزمودنی ها در آزمون نومییدی بک، $6/02$ و انحراف استاندارد آن، $3/53$ بود. مقایسه این میانگین با هنجاری که توسط گرینی گزارش شده بود ($4/45$) با استفاده از آزمون تی تک نمونه ای، تفاوت معنی داری را بین نمرات دانشجویان و هنجار به دست داد ($t=7/13$, $P=0/001$). با وجود این، هنگامی که هنجار با میانگین نومییدی افراد دارای افسردگی پایین (به جدول ۱ مراجعه نمایید) مقایسه شد؛ تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($t=0/63$, $P=0/05$) (درجداول ۱ و ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی ها در مقیاس های نومییدی و افسردگی بک، به تفکیک جنس و رشته نشان داده شده است).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در مقیاس های نومیدی

و افسردگی بر حسب جنس				
	نومیدی (M)	افسردگی (SD)	افسردگی (M)	نومیدی (SD)
پسر (N=۱۱۸)	۶/۲۴	۹/۹۹	۱۳/۱۷	۳/۴۸
دختر (N=۱۴۲)	۶/۱۱	۱۰/۶۱	۱۳/۳۵	۳/۶۹

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها بر حسب رشته تحصیلی در

مقیاس های نومیدی و افسردگی				
	نومیدی (M)	افسردگی (SD)	افسردگی (M)	نومیدی (SD)
رشته های علوم انسانی (N=۱۱۴)	۶/۵۲	۱۲/۳۳	۱۵/۵۹	۳/۹۵
رشته های علوم تربیتی (N=۱۰۵)	۵/۶	۸/۱۷	۱۰/۸۶	۳/۲۳
رشته های مهندسی و علوم (N=۴۱)	۵/۶۹	۷/۴۹	۱۶/۴۳	۲/۸۲

افسردگی و نومیدی بین دختران و پسران از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشت ($t=۱/۳۲$, $df=۲۵۸$, $P=۰/۱۸۸$) برای افسردگی، ($t=۰/۹۴$, $df=۲۵۸$, $P=۰/۳۴۶$)، همچنین، تحلیل واریانس یک راهه که برای مقایسه نمرات آزمودنی های رشته های مختلف مورد استفاده قرار گرفت، نشان داد که نمرات آزمودنی های رشته های مختلف در زمینه افسردگی با یکدیگر متفاوت بود ($F=۶/۲۳$, $df=(۲, ۲۵۷)$, $P=۰/۰۰۱$). نتایج حاصل از آزمون شفه نشان داد که این تفاوت مربوط به افسردگی بیشتر دانشجویان رشته های علوم انسانی ($M=۱۵/۵۹$) نسبت به دانشجویان رشته های علوم تربیتی ($M=۱۰/۸۶$) بود. با وجود این، دانشجویان رشته های مورد بررسی از نظر میزان نومیدی با یکدیگر تفاوتی نداشتند.

۳.۱. بررسی روایی و پایایی پرسشنامه افسردگی بک

به منظور بررسی پایایی و روایی پرسشنامه افسردگی، نسخه ای از پرسشنامه افسردگی بک (۲۱ پرسشی) که توسط پرتو (۱۳۵۴) ترجمه شده بود، مورد استفاده قرار گرفت و با مقایسه ترجمه با نسخه انگلیسی، اصلاحاتی در گزاره های پرسشنامه انجام شد. چون هیچ کدام از محققانی که پرسشنامه افسردگی بک (۲۱ پرسشی) را مورد استفاده قرار داده بودند (مثلاً، احمدی، ۱۳۷۳، ۱۳۷۴، پرتو، ۱۳۵۴)، گزارشی از روایی و پایایی پرسشنامه به دست ندادند و صرفاً به غیر وابسته بودن آن به فرهنگ استناد کرده بودند، محقق ناچار شد به ترتیب زیر، با استفاده از داده های موجود خود، گزارشی از پایایی و روایی پرسشنامه ای که در این تحقیق استفاده شده است، ارائه نماید.

به منظور بررسی پایایی پرسشنامه افسردگی بک، از ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ و روش تنصیف پرسشنامه بر اساس پرسشهای فرد و زوج استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر $۰/۸۴$ ($n=۲۶۰$) بود و همسانی درونی بالای پرسشنامه را نشان می داد. همچنین، ضریب همبستگی حاصل از روش تنصیف، بر اساس پرسشهای فرد و زوج، عبارت از $۰/۷۰$ (تعداد آزمودنی = ۲۶۰ نفر)، ($P<۰/۰۱$) بود که حاکی از پایایی پرسشنامه است.

چون حجت، شاپوریان و مهریار (۱۹۸۶) قبلاً روایی گونه ۱۳ پرسشی پرسشنامه افسردگی بک را مورد بررسی قرار داده بودند، ساختار ترجمه ۱۳ پرسش مشابه در پرسشنامه ۲۱ پرسشی، با پرسشهای پرسشنامه ۱۳ پرسشی مقایسه شد و فقط تفاوت های جزئی در ترجمه ها مشاهده گردید که به نظر نمی رسید در روایی پرسشنامه تأثیری بگذارد. بنابراین، برای قضاوت در مورد روایی ۱۳ پرسش مذکور، می توان به داده های حجت، شاپوریان و مهریار (۱۹۸۶) استناد نمود. به منظور به دست دادن شاخصی از روایی برای ۸ پرسش دیگر پرسشنامه (پرسشهای ۳، ۶، ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱)، همبستگی این ۱۳ پرسش با ۸ پرسش مذکور محاسبه گردید. این همبستگی برابر $۰/۷۴$ (تعداد

آزمودنی (=۲۶۰ نفر) بود و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار می باشد و حاکی از روایی ۸ پرسش دیگر آزمون است که در تحقیق حجت، شاپوریان و مهریار (۱۹۸۶) مورد بررسی قرار نگرفته است.

۳.۲. بررسی روایی مقیاس نومییدی

به منظور آزمون این فرضیه که اگر مقیاس نومییدی دارای روایی باشد، باید بین نمرات نومییدی و افسردگی، رابطه مثبت وجود داشته باشد سه آزمون آماری، به شرح زیر انجام شد:

۳.۲.۱. آزمون همبستگی: در صورتی که مقیاس نومییدی به درستی نومییدی را بسنجد، چون نومییدی یکی از خصوصیات افراد افسرده می باشد باید رابطه همبستگی مثبتی بین نمرات آزمودنی ها در مقیاس نومییدی و پرسشنامه افسردگی بک وجود داشته باشد. محاسبه ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون (یک دامنه) بین نمرات نومییدی و افسردگی نشان داد که این ضریب، از لحاظ آماری معنی دار است ($r=0.57, n=260, p=0.000$). این بدان معناست که با افزایش افسردگی، نومییدی نیز افزایش می یابد. بدین ترتیب، فرضیه مذکور تأیید می شود.

۳.۲.۲. آزمون تی: برحسب نظریه و مشاهدات بالینی، افرادی که افسرده تر هستند، درجه بالاتری از احساس نومییدی را تجربه می نمایند. بنابراین، در اینجا این فرضیه مطرح گردید که نمرات نومییدی افراد دارای نمرات افسردگی بالا، به طور معنی داری بالاتر از نمرات نومییدی افراد دارای نمرات افسردگی پایین خواهد بود. به منظور آزمون این فرضیه، دو تحلیل آماری زیر با استفاده از آزمون تی استودنت به عمل آمد:

۳.۲.۲.۱. تقسیم گروه نمونه با استفاده از میانگین نمرات افسردگی: در این مرحله، ابتدا میانگین نمرات گروه نمونه در پرسشنامه افسردگی بک محاسبه شد ($M=10/3, M=13/25$). سپس، افرادی که دارای نمره ای بالاتر از میانگین افسردگی بودند، به عنوان افراد دارای افسردگی بالا و افرادی که دارای نمره پایین تر از میانگین بودند؛ به عنوان افراد دارای افسردگی پایین در نظر گرفته شد (لازم به ذکر است که نمره بین ۱۰ تا ۱۸ بر حسب هنجاریابی اصلی پرسشنامه نشانگر افسردگی خفیف تا متوسط است). آنگاه با استفاده از آزمون تی استودنت (یک سویه)، نمرات آزمودنی های دو گروه حاصله در مقیاس نومییدی مقایسه گردید. نتیجه آزمون تی نشان داد که نومییدی افراد دارای افسردگی بالا، به طور معنی داری بیشتر از افراد دارای افسردگی پایین است ($t=8/92, df=257, p<0/001$). جدول ۳ تفاوت دو گروه فوق را بر حسب میانگین و خطای معیار نمرات آزمودنی ها، در مقیاس نومییدی نشان می دهد. بدین ترتیب فرضیه فوق تأیید می گردد.

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار و خطای معیار نمرات نومییدی برای آزمودنی های

دارای افسردگی بالا و پایین

خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین نومییدی	N	
۰/۲۴۹	۲/۷	۴/۵۹	۱۴۶	افسردگی پایین ($M < 13/25$)
۰/۵۷۶	۳/۴۱	۸/۴۲	۱۱۴	افسردگی بالا ($M > 13/25$)

۳.۲.۲.۲. تقسیم گروه نمونه با استفاده از انحراف معیار نمرات افسردگی: در این مرحله، ابتدا انحراف معیار نمرات گروه نمونه، در پرسشنامه افسردگی بک محاسبه شد ($M=13/25, SD=10/24$). سپس، افرادی که در پرسشنامه افسردگی بک، یک انحراف معیار بالاتر از میانگین (یعنی نمرات بالاتر از ۲۳/۴۹) نمره آورده بودند؛ به عنوان افسرده های شدید و افرادی که در پرسشنامه افسردگی بک، یک انحراف معیار پایین تر از میانگین (یعنی نمرات پایین تر از ۳/۰۱) نمره آورده بودند؛ به عنوان افراد دارای افسردگی خفیف در نظر گرفته شدند. آنگاه با استفاده از آزمون تی استودنت (یک سویه) نمرات آزمودنی های دو گروه حاصله در مقیاس نومییدی مقایسه گردید. نتیجه آزمون تی نشان داد که نومییدی افراد دارای افسردگی شدید، به طور معنی داری بیشتر از نومییدی افراد دارای افسردگی خفیف می باشد ($t=6/41, df=64, p<0/001$). جدول ۴ تفاوت دو گروه فوق را، بر حسب میانگین و خطای معیار میانگین نمرات آزمودنی ها در مقیاس نومییدی نشان می دهد. بدین ترتیب، می توان گفت، افراد دارای افسردگی شدید نسبت به افراد دارای افسردگی خفیف، نومییدی بیشتری را از خود نشان می دهند.

جدول ۴: میانگین، انحراف معیار و خطای معیار نمرات نومیدی برای آزمودنی های

دارای افسردگی خفیف و شدید

خطای معیار	انحراف معیار	میانگین نومیدی	N	
۰/۲۵	۲/۷۳	۴/۵۹	۱۲۰	افسردگی خفیف
۰/۳۸	۳/۴۱	۸/۴۲	۸۵	افسردگی شدید

۳.۲.۳. همبستگی نمرات هر پرسش با نمره کل مقیاس: جدول ۵ ضرایب همبستگی نمره هر پرسش را با نمره کل آزمون نشان می دهد. تمامی ضرایب همبستگی مثبت و معنی دار می باشند. این بدان معناست که پرسشهای مقیاس نومیدی، سازه واحدی را اندازه گیری می کنند و بنابراین مقیاس دارای همسانی درونی می باشد. جدول ۵: ضرایب همبستگی پرسشهای مقیاس نومیدی یک با نمره کل مقیاس

P	ضریب همبستگی (r)	پرسشها
۰/۰۰۰	۰/۴۵	۱
۰/۰۲	۰/۴۲	۲
۰/۰۰۱	۰/۲۴	۳
۰/۰۰۱	۰/۲۷	۴
۰/۰۰۱	۰/۳۷	۵
۰/۰۵	۰/۲۲	۶
۰/۰۰۰	۰/۵۷	۷
۰/۰۰۱	۰/۴۷	۸
۰/۰۱	۰/۳۰	۹
۰/۰۱	۰/۳۶	۱۰
۰/۰۰۰	۰/۵۲	۱۱
۰/۰۲	۰/۲۶	۱۲
۰/۰۰۰	۰/۴۳	۱۳
۰/۰۰۰	۰/۵۴	۱۴
۰/۰۰۰	۰/۵۷	۱۵
۰/۰۰۰	۰/۴۷	۱۶
۰/۰۰۰	۰/۵۲	۱۷
۰/۰۰۰	۰/۵۴	۱۸
۰/۰۴	۰/۲۳	۱۹
۰/۰۰۰	۰/۴۹	۲۰

۳.۳. ساختار عاملی آزمون

به منظور تعیین ساختار عاملی آزمون، با استفاده از روش Principal axis factoring عامل های دخیل در آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور تعیین تعداد عامل ها، نمودار ارزش ویژه همه عاملها (در اینجا منظور ۲۰ پرسش است)، ترسیم گردید و بر اساس آزمون کتل اسکری^{۲۲} (۱۹۶۶)، تعداد عواملی که باید استخراج شود؛ تعیین گردید و با روش مایل^{۲۳} چرخش داده شد.

معیار اسکری نشان داد که پنج عامل باید چرخش داده شود. مقدار ضریب KMO، ۰/۷۳ و آزمون بارتلت نیز در

سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنی دار بود. داده های مربوط به این راه حل در جدول ۶ ترسیم شده است.

جدول ۶: ساختار عاملی آزمون نومییدی بک

عامل ۱: یأس در دستیابی به خواسته ها		عامل ۲: عدم اطمینان به آینده		عامل ۳: بدبینی		عامل ۴: نومییدی در مورد آینده		عامل ۵: انتظار منفی نسبت به آینده	
وزن عاملی	پریش	وزن عاملی	پریش	وزن عاملی	پریش	وزن عاملی	پریش	وزن عاملی	پریش
۰/۱۷	۱۶	۰/۱۵۷	۱۵	۰/۱۴۸	۳	۰/۱۵۱	۴	۰/۱۵۴	۸
۰/۱۶۷	۲۰	۰/۱۵۰	۷	۰/۱۳۹	۱۱	۰/۱۴۸	۱۲	۰/۱۴۵	۵
۰/۱۵۵	۱۷	۰/۱۴۶	۱۸			-۰/۱۳۸	۱۹	۰/۱۳۳	۶
۰/۱۳۰	۱۳	۰/۱۴۵	۱۰						
۰/۱۲۷	۲	۰/۱۴۴	۱						
۰/۱۲۶	۹	۰/۱۴۰	۱۴						
۳/۷۷	ارزش ویژه	۱/۶۱	ارزش ویژه	۱/۴۶	ارزش ویژه	۱/۳۴	ارزش ویژه	۱/۲۹	ارزش ویژه

جدول ۶ وزن عاملی پرسشهای هر یک از عوامل را، پس از چرخش نشان می دهد. عامل اول دارای ارزش ویژه^{۲۴} ۳/۷۷ می باشد و ۱۸/۹ درصد واریانس را تبیین می کند. با توجه به پرسشها، می توان نام عامل را "یأس در دستیابی به خواسته ها" نامید. عامل دوم، دارای ارزش ۱/۶۱ می باشد و ۸/۱ درصد واریانس را تبیین می کند. با توجه به نوع پرسشها، می توان نام عامل را "عدم اطمینان به آینده" نامید. عامل سوم، دارای ارزش ویژه ۱/۴۶ می باشد و ۷/۳ درصد واریانس را تبیین می کند. با توجه به نوع پرسشها، می توان نام عامل را "بدبینی" نامید. عامل چهارم، دارای ارزش ویژه ۱/۳۴ می باشد و ۶/۷ درصد واریانس را تبیین می کند. با توجه به نوع پرسشها، می توان نام عامل را "نومییدی نسبت به آینده" نامید. عامل پنجم، دارای ارزش ویژه ۱/۲۹ می باشد و ۶/۵ درصد واریانس را تبیین می کند. با توجه به پرسشهای آن می توان نام عامل را "انتظار منفی در مورد آینده" نامید. عوامل فوق مجموعاً ۴۷/۵ درصد واریانس را تبیین می کنند.

ضریب همبستگی بین عوامل پنج گانه در اکثر موارد، متوسط و یا ضعیف بود (جدول ۷).

جدول ۷: ضریب همبستگی بین عوامل پنج گانه مقیاس نومییدی بک

عامل ۴	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	
			۰/۴۰	عامل ۲
		۰/۳۲	۰/۳۳	عامل ۳
	-۰/۰۱	۱/۷	۰/۱۶	عامل ۴
۰/۰۸	۰/۲۲	۰/۳۰	۰/۱۹	عامل ۵

۳.۴. بررسی پایایی مقیاس نومییدی

پایایی مقیاس در دو مرحله به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۳.۴.۱. محاسبه ضریب همبستگی باز آزمایی: به منظور بررسی پایایی مقیاس نومییدی بک، با روش باز آزمایی، از بین کل آزمودنی هایی که در نوبت اول مورد آزمون قرار گرفته بودند، ۸۵ نفر (که سه کلاس را تشکیل می دادند) پس از دو هفته از گذشت اولین آزمایش، مجدداً مقیاس نومییدی بک را تکمیل کردند. ۴۵ نفر از ۸۵ نفر پسر و بقیه دختر بودند. از این ۸۵ نفر، تنها ۷۶ نفر آنها در مرحله دوم مقیاس را به طور کامل تکمیل کردند و ۹ نفر آنها از تحقیق حذف شدند. ضریب همبستگی گشتاوری پیروسون بین نمرات آزمایش اول و دوم، برابر با $r=0.71$ و در سطح 0.001 معنی دار بود. این ضریب نشان دهنده پایایی نسبتاً خوب آزمون با روش باز آزمایی می باشد.

۳.۴.۲. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ: به منظور بررسی میزان همسانی درونی پرسشهای مقیاس نومییدی، ضریب همسانی درونی بین تمامی پرسشهای مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید (در این محاسبه

کل نمونه مورد استفاده قرار گرفت). این ضریب برابر با ۰/۷۹ بود و حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس و گویای این نکته است که پرسشهای مقیاس سازه واحدی را اندازه گیری می نمایند.

۵. بحث

در این مطالعه، با استفاده از آزمون همبستگی نشان داده شد که بین نمرات افسردگی و نومییدی، در جهت پیش بینی شده همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد. علاوه بر این، هنگامی که گروه نمونه برحسب میانگین نمرات افسردگی به دو گروه دارای افسردگی بالا و پایین تقسیم شدند، افرادی که افسردگی بالاتری داشتند؛ درجه بیشتری از نومییدی را نیز نشان دادند و بالعکس. هنگامی نیز که نمرات نومییدی افرادی که نمره افسردگی آنها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، با افرادی که نمره افسردگی آنها یک انحراف معیار پایین تر از میانگین بود؛ مقایسه گردید؛ نتیجه مشابهی به دست آمد.

این یافته ها فرضیه اصلی تحقیق را که پیش بینی می نمود افراد افسرده تر باید نومییدی بیشتری از خود نشان دهند تأیید می کند. تحقیقات گذشته نشان داده اند که بیماران افسرده نسبت به آینده، نگرشی منفی و غیر واقع بینانه دارند (واتس، وینیک و بک، ۱۹۶۹ به نقل از بک، ۱۹۷۴) و نومییدی، یکی از انگیزه های شایع برای خودکشی در میان آنهاست (بک و دیگران، ۱۹۷۹، ملگس و وایس، ۱۹۷۱، به نقل از نکاندا-ترپکا و دیگران، ۱۹۸۳). همچنین یأس و نومییدی در DSM-IV (به نقل از کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴) و ملاکهای تشخیصی پژوهشی^{۲۵} (RDC) (اسپیتزر و دیگران، ۱۹۷۸) به عنوان یکی از علائم اختلال افسردگی اساسی، افسردگی خویی و افسردگی شناخته شده است و چندین مطالعه نشان داده اند که نومییدی می تواند قصد خودکشی را بهتر از سایر متغیرها پیش بینی نماید (برای مرور موضوع به وتزل و دیگران، ۱۹۸۰ مراجعه کنید). بنابراین، یافتن ارتباط همبستگی بالا بین نومییدی و افسردگی و وجود نومییدی بیشتر در افرادی که بیشتر افسرده هستند؛ نشان دهنده این است که مقیاس نومییدی بک در ایران نیز از روایی برخوردار است. تحقیقات قبلی نیز در بررسی روایی همزمان پرسشنامه افسردگی بک، همبستگی بین این پرسشنامه را با مقیاس نومییدی در سطح معنی داری گزارش نموده اند (مثلاً بک و استیر، ۱۹۸۸). در مورد نسخه فرانسوی و ژاپنی مقیاس نومییدی بک، نتایج مشابهی گزارش شده است (لنینگز، ۱۹۹۲، بووارد و همکاران، ۱۹۹۲). چون قبلاً پایایی و روایی آزمون بک، توسط حجت و همکاران (۱۹۸۸) نشان داده شده است؛ بدین ترتیب، به نظر می رسد آنچه را که نسخه ایرانی مقیاس نومییدی در دانشجویان ایرانی سنجیده است، مطابق انتظار با افسردگی رابطه مثبت و معنی دار داشته باشد. این شواهد حاکی از روایی همزمان مقیاس نومییدی بک می باشد. به منظور بررسی انواع دیگر روایی از جمله روایی افتراقی تحقیقات دیگری مورد نیاز است.

تحلیل عاملی پرسشهای آزمون، پنج عامل را مشخص ساخت: ۱- یأس در دستیابی به خواسته ها؛ ۲- عدم اطمینان به آینده؛ ۳- بدبینی؛ ۴- عدم امید به آینده و ۵- انتظار منفی در مورد آینده. ساختار عاملی به دست آمده از این تحقیق، دقیقاً منطبق با یافته های یک تحقیق خاص در مورد ساختار عاملی آزمون نیست؛ اما عامل ۱ و ۲ این تحقیق، با عامل ۲ و ۳ مطالعه بک (۱۹۷۴) در بیشتر پرسشها همگرایی دارد. همچنین عامل ۱ این تحقیق، با عامل ۲ مطالعه استید (۲۰۰۱) و عامل ۱ مطالعه نکاندا- ترپکا و دیگران (۱۹۸۳) در بیشتر پرسشها همگرایی دارد. این نتایج، همراه با تحقیقات دیگری که در مورد ساختار عاملی آزمون نومییدی بک به عمل آمده است؛ نشان می دهد که این آزمون از ساختار عاملی پایداری برخوردار نیست و تعداد عامل ها و پرسشهای مربوط به هر عامل، برحسب جمعیت های مورد مطالعه و شیوه جمله پردازی پرسشها و سبک پاسخ آزمودنی ها (مندوکا، هولدن، زمینیان و دولان، ۱۹۸۳) تغییر پذیر است. بنابراین، به منظور استفاده از عوامل موجود در مقیاس در ایران، لازم است ساختار عاملی آن در بیماران مختلف نیز مورد بررسی قرار گیرد.

در مورد پایایی مقیاس نومییدی بک نیز نتایج حاصل از روش باز آزمایی نشان داد که مقیاس نومییدی بک در جمعیت دانشجویی ایران، از پایایی نسبتاً بالایی برخوردار است ($r=0/71$). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۹) و همبستگی نمره هر پرسش با نمره کل آزمون، همسانی درونی نسبتاً بالایی را بین پرسشهای آزمون نشان داد. این

نتایج، با نتایج مطالعات دیگر در مورد پایایی مقیاس هماهنگ است (مثلاً، بک و استیر، ۱۹۸۸، دایس، ۱۹۹۶، یانگ و دیگران، ۱۹۹۲، استید، ۲۰۰۱)؛ ولی نتایج دوره‌ام (۱۹۸۲) را که حاکی از پایایی ضعیف مقیاس در جمعیت دانشجویی است، تأیید نمی‌کند.

نتایج این تحقیق همچنین نشان داد که میزان افسردگی در دانشجویان مورد بررسی به طور معنی داری بیشتر از هنجار به دست آمده در کشورهای انگلیسی زبان است. با وجود این، چون هنجار به دست داده شده توسط گرینی (۱۹۸۳) فقط شامل دانشجویان، نبوده است؛ لازم است که در مقایسه فوق، جمعیت‌های دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرند.

یادداشته‌ها

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1- Negative expectancies | 14- Loss of Motivation |
| 2- Beck Hopelessness Scale | 15- Future Expectations |
| 3- Internal consistency coefficient | 16- Giving up |
| 4- Dysthymic disorder | 17- Rejection |
| 5- Test-retest | 18- Acceptance |
| 6- Reliability | 19- Resignation |
| 7- Cronbach's alpha | 20- Principal component analysis |
| 8- Validity | 21- Varimax |
| 9- Concurrent validity | 22- Catell's Scree test |
| 10- Recurrent-Episode Major Depression | 23- Oblimin |
| 11- Dysthmics | 24- Eigenvalue |
| 12- Factor structure | 25- Reaserch Diagnostic Criteria |
| 13- Feelings about the future | |

منابع

الف: فارسی

احمدی، جمشید. (۱۳۷۳). بررسی میزان افسردگی در دانشکده‌های پزشکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، دوره دهم، شماره اول، ۱۱۲-۱۰۱.

احمدی، جمشید. (۱۳۷۴). میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶-۱۲.

پرتو، داریوش. (۱۳۵۴). تحقیق آزمایشی در پراکندگی افسردگی، *مجله روان شناسی*، سال چهارم، شماره دوازدهم، ۲۶۲-۳.

ب: انگلیسی

Alford, B. A., Lester, J. M. Patel, R. J. Buchanan, J. P. & Giunta, L.C. (1995). *Hopelessness Predicts Future Depressive Symptoms: A Prospective Analysis of Cognitive Vulnerability and Cognitive Content Specificity*, *Journal of Clinical Psychology*, 51, 331-339.

Beck, A. T. (1963). *Thinking and Depression*, *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

Beek, A. T., Kovacs, M., & Weissman, M.A. (1975). *Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview*, *Journal of American Medical Association*, 234, 1146-1149.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*, New York: Hoebner Medical Division, Harper & Row.

- Beck, A. T. (1974). *The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale*, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 42, 6, 861-865.
- Beck, A. T., Steer, R. A. (1988). **Manual for the Beck Hopelessness Scale**, San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Beck, A. T.; Steer, R. A. and Garbin, M. G. (1988). *Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation*, **Clinical Psychology Review**, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961). *An Inventory for Measuring Depression*. **Archives of General Psychiatry**, 4, 561-74.
- Bouvard, M., Chrles, S., Guerin, J., Aimard, G., et-al. (1992). *Etude De L'echelle De Despair De Beck (Hopelessness Scale). Validation et Analyse Factorielle. / Study of the Hopelessness Scale: Validation and Factorial Analysis*, **Encephale**, 118(3), 237-240
- Cattel, R. B. (1966). *The Screen Test for the Number of Factors*, **Multivariate Behavioral Research**, 3, 245-276.
- Durham, T. W. (1982). *Norms, Reliability and Item Analysis of the Hopelessness Scale in General, Psychiatric, Forensic Psychiatric, and College Populations*, **Journal of Clinical Psychology**, 38, 3, 597-600.
- Dyce, Jamie. A. (1996). *Factor Structure of the Beck Hopelessness Scale*, **Journal of Clinical Psychology**, 52, 5, 555-558.
- Hill, R. D., Gallagher, D., Thompson, L.W & Ishida, T. (1988). *Hopelessness as a Measure of Suicidal Intent in the Depressed Elderly*, **Psychology and Aging**, 3, 230-232.
- Hojat, M. A., Mehryar, A. H., Shapurian, R. (1986). *Psychometric Properties of a Persian Version of the Short Form of the Beck Inventory for Iranian College Students*, **Psychological Reports**, 59, 331-338.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1994). **Synopsis of Psychiatry**, Seventh Ed., Williams & Wilkins.
- Kovacs, M., Beck, A. T. & Weisman, M. A. (1975). *Hopelessness: An Indicator of Suicidal Risk*, **Suicide**, 5, 98-103.
- Laing, R. D. & Esterson, A. (1965). **Sanity, Madness, and the Family**, Families of Schizophrenics, New York: Basic Books.
- Lennings, Chris. J. (1992). *Suicide and Time Perspective: An Examination of Beck and Yufit's Suicide-Risk Indicators*, **Journal of Clinical Psychology**, 48(4), 510-516.
- Melges, F., Bowlby, J. (1969). *Types of Hopelessness In Psychopathological Process*, **Archives of General Psychiatry**, 20, 690-699.
- Mendoca, J. D., Holden, R. R., Mazmanian, D. S. & Dolan, J. (1983). *The Influence of Response Style on the Beck Hopelessness Scale*, **Canadian Journal of Behavioral Science**, 15, 237-247.
- Nekanda-Trepka, C. J. S., Bishop, S. & Blackburn, I. M. (1983). *Hopelessness and Depression*, **British Journal of Psychology**, 22, 49-60.
- Nunn, K. P., Lewin, T. J., Walton, J. M. & Carr, V. J. (1996). *The Construction and Characteristics of an Instrument to Measure Personal Hopefulness*, **Psychological Medicine**, 26, 531-545.
- Schmale, A. H. (1958). *Relationship of Separation and Depression to Disease: A Report on a Hospitalized Medical Population*, **Psychosomatic Medicine**, 20, 259-277.

- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L.M. Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. & Harney, P. (1991). *The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual Differences Measure of Hope*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 4, 570-585.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E. (1978). **Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders**, (3rd Ed.) NewYork: State Psychiatric Institute.
- Steed, Lyndall. (2001). *Further Validity and Reliability Evidence for Beck Hopelessness Scale Scores in a Nonclinical Sample*, *Educational and Psychological Measurement*, 61, 2, 303.
- Steer, R. A, Kumar, G. & Beck, A. T. (1993). *Hopelessness in Adolescent Psychiatric Inpatients*, *Psychological Reports*, 72, 559-564.
- Tanaka, Eriko., Sakamoto, Shinji., Ono, Yutaka; Fujihara, Shigeki., et-al. (1996). *Hopelessness in a Community Population in Japan*, *Journal of Clinical Psychology*, 52, 6, 609-615.
- Tanaka, Eriko., Sakamoto, Shinji., Ono, Yutaka; Fujihara, Shigeki., et-al. (1998). *Hopelessness in a Community Population: Factorial Structure and Psychosocial Correlates*, *The Journal of Social Psychology*, 138, 5, 581.
- Thackston-Hawkins, L., Compton, W. C. & Kelly, D. B. (1994). *Correlates of Hopelessness on the MMPI-2*, *Psychological Reports*, 75, 1071-1074.
- Young, M. A., Halper, I.S, Clark, D., Scheftner, W. & Fawcett, J. (1992). *An Item-Response Theory Evaluation of the Beck Hopelessness Scale*, *Cognitive Therapy and Research*, 16, 5, 579-587.
- Wetzel, R. D., Margulies, T., Davies, R. & Karman, E. (1980). *Hopelessness, Depression, and Suicide Intent*, *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 159-160.

پیوست

پرسشهای مقیاس نومییدی بک

- (۱) من با امید و اشتیاق به آینده نگاه می کنم.
- (۲) چون نمی توانم هیچ کاری برای بهتر کردن اوضاع خود انجام دهم، شاید دست از تلاش هم بردارم.
- (۳) وقتی اوضاع بر وفق مراد نیست، دانستن این موضوع که شرایط همیشه به این شکل نخواهد بود، به من کمک می کند.
- (۴) نمی توانم تصور کنم که زندگیم در ده سال آینده چگونه است (چه مشکلی دارد).
- (۵) برای تمام کردن کارهایی که قصد انجام آنها را دارم، وقت کافی دارم.
- (۶) انتظار دارم در آینده در کارهایی که به آنها علاقه دارم موفق شوم.
- (۷) آینده در نظرم تاریک است.
- (۸) من خصوصاً آدم خوش شانسی هستم و انتظار دارم از چیزهای خوب زندگی نسبت به یک فرد متوسط بهره بیشتری ببرم.
- (۹) من نمی توانم به خودم استراحتی بدهم و هیچ دلیلی هم نیست که در آینده این کار را بکنم.
- (۱۰) تجربیات گذشته ام، به خوبی مرا برای آینده آماده کرده اند.
- (۱۱) همه آنچه که می توانم در پیش رویم ببینم، ناخشنودی است تا خشنودی.
- (۱۲) انتظار ندارم هر چیز را که واقعاً می خواهم، به دست آورم.
- (۱۳) وقتی به آینده می نگرم انتظار دارم که خوشبخت تر از حالا خواهم بود.
- (۱۴) اوضاع آن طوری که من می خواهم پیش نمی رود.

- ۱۵) به آینده اطمینان (ایمان) زیادی دارم.
- ۱۶) هیچ وقت به چیزی که می خواهم نمی رسم؛ پس خواستن هر چیزی احمقانه است.
- ۱۷) بعید است که در آینده به هیچ رضایت واقعی دست پیدا کنم (به رضایتمندی کامل برسم).
- ۱۸) آینده در نظرم مبهم و نامعلوم است.
- ۱۹) من بیشتر انتظار اوقات خوب دارم تا اوقات بد.
- ۲۰) تلاش برای رسیدن به چیزهایی که می خواهم بی فایده است؛ چون احتمالاً به آنها نمی رسم.