

هنجاریابی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی در کارکنان نیروهای مسلح

Standardization of mental disorders Symptoms Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) in Army Staffs

جعفر انیسی*، فاطمه اکبری**، محمد مجدیان***
مجید آتشکار****، زهره قربانی*****

Abstract

Introduction: Different methods for estimating the prevalence of mental disorders exist. One common technique is screening. Screening of mental disorders is simply to identify possible mental disorders that previously identified or have been reported. One of the tools to detect and screening people with mental disorders is Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R). the purpose of this study was the Standardization of Symptom Checklist 90 Revised in Army Staffs

Method: Methods In this study descriptive - analytical and project type is Standardization. The sample comprised 1200 staffs that was selection by randomly method. The study population included all employees of Defense Ministry Staffs in March 2009 . The survey tool was Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R).

Results: Results showed internal consistency and test-retest coefficients using Cronbach's alpha and correlation Pearson were 0.98 and 0.82 respectively. The validity of scale was evaluated by factor analysis method. The cut-off point in Global Symptoms Index (GSI) was determined 0.87. Also norm for male and female was prepared.

Discussion: The data support the reliability and validity of the SCL-90-R as a measure of psychological symptoms for screening staffs that have illness.

Keywords: Army Staffs; SCL -90 -R ; Cut-off Point; Standardization; Factor analysis;

چکیده

مقدمه: روش‌های مختلفی برای برآورد میزان شیوع اختلالات روانی وجود دارد. یکی از روش‌های متداول و معتبر غربال‌گری است. غربال‌گری اختلالات روانی عبارت است از شناسایی احتمالی اختلالات روانی که قبلاً شناسایی یا گزارش نشده است. یکی از ابزارهایی که به تشخیص و غربال‌گری افراد دارای اختلال از افراد سالم کمک می‌کند چک لیست اختلالات روانی است. هدف از تحقیق در این پژوهش هنجاریابی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی در کارکنان نیروهای مسلح بود.

روش: روش تحقیق در این پژوهش توصیفی - تحلیلی^۱، و نوع طرح هنجاریابی آزمون می‌باشد. در پژوهش حاضر ۱۲۰۰ نفر از کارکنان نیروهای مسلح بصورت تصادفی و با توجه به میزان تحصیلات و نوع شغل در سازمانهای مختلف در اسفند ماه ۱۳۸۸ بررسی شدند. ابزار مطالعه چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی بود.

نتایج: اعتبار چک لیست با استفاده از ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی با روش آلفای کرونباخ و همبستگی پیرسون به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۸۲ به دست آمد. روایی چک لیست نیز با روش تحلیل عاملی بررسی شد. در پژوهش حاضر نقطه برش در شاخص کلی علائم مرضی برابر با ۰/۸۷ تعیین شد. همچنین نرم و هنجار کارکنان در متغیرهای جنس، تعیین شد.

بحث: چک لیست اختلالات روانی با توجه به تأیید روایی و اعتبار آن، قادر به سنجش اختلالات روانی کارکنان است، بنابراین با توجه به نرم و نقطه برش به دست آمده می‌توان از آن در سنجش و غربالگری اختلالات روانی، تعیین سطوح سلامت، و برنامه ریزی‌های بهداشتی روان کارکنان نیروهای مسلح استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: اختلالات روانی، کارکنان نظامی، (SCL-90-R)، نقطه برش، تحلیل عاملی.

E-mail: anisi35@yahoo.com

* کارشناس ارشد روانشناسی مشاوره دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری.
** پزشک - سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح - معاونت طرح و برنامه - دفتر تحقیقات و مطالعات.
*** کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... "عج" - مرکز تحقیقات علوم رفتاری.
**** کارشناس روانشناسی - وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح - سازمان هوا و فضا.
***** کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... "عج" - مرکز تحقیقات علوم رفتاری.

1- Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R)
2- Descriptive - Analytical
3- Global Symptoms Index(GSI)

مقدمه

روش‌های مختلفی برای برآورد میزان شیوع اختلالات روانی وجود دارد. یکی از روش‌های متداول و معتبر غربال‌گری است. غربال‌گری اختلالات روانی عبارت است از شناسایی احتمالی اختلالات روانی که قبلاً شناسایی یا گزارش نشده‌اند.

به وسیله غربال‌گری، بین افرادی که احتمال دارد یک اختلال روانی مهم داشته باشند و آن‌هایی که چنین اختلالی ندارند تمایز گذاشته می‌شود. آمار منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت و ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌کند. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند که حدود نیمی از آن‌ها را اختلالات خفیف روانی هم چون افسردگی و اضطراب تشکیل می‌دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰). همچنین پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی در جهان از سهم کلی بیماری‌ها، ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل سهم بیماری‌ها برسد (وسی ونگ، ۲۰۰۶).

هرچند مطالعات اپیدمیولوژی جامع و گسترده‌ای در کشور ما صورت نگرفته و بررسی‌های انجام شده در نوع خود محدود بوده‌اند اما اطلاعات به دست آمده دلالت بر این دارند که میزان شیوع این اختلالات از سایر کشورها کمتر نیست و از ۱۱/۹٪ تا ۴۳/۲٪ متغیر بوده است (نوربالا، ۱۳۷۸). مطالعات انجام گرفته در زمینه وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در ایران، نشان دهنده این است که به طور متوسط حدود ۲۱ درصد افراد جامعه از اختلالات روانی رنج می‌برند و زنان نسبت به مردان از آسیب‌پذیری بالاتری برخوردارند (نوربالا، ۱۳۸۱).

افراد شاغل بیش از نیمی از عمر خود را در محیط کار سپری می‌کنند و پویایی و بالندگی هر سازمانی

مستلزم داشتن سرمایه‌های انسانی سالم و کارآمد است. همچنین ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان امری عارضی است که به علت استرس‌های شغلی و محیطی افراد را دچار اختلال می‌کند و نتیجه تأثیر مخرب آن در سازمان نمایان می‌گردد. به عبارت دیگر وجود کارکنانی که به نحوی دچار اختلالات روانی شده‌اند، سبب به وجود آمدن مشکلات برای سازمان و همکاران می‌گردد. بنابراین لازم است که کارکنان به طور منظم، از نظر سلامت روان مورد بررسی قرار گیرند. به همین منظور در ابتدای سال ۱۳۸۸ آیین‌نامه سلامت کارکنان دولت بر اساس مصوبه شورای عالی سلامت تدوین شد. هدف این آیین‌نامه، ارتقای سلامت کارکنان و افزایش بهره‌وری سازمان‌های اجرایی است و بر اساس آن تمام کارکنان دولت باید سالی یک بار معاینه کامل شوند.

از آن جا که تشخیص افراد بیمار از سالم مستلزم ابزاری کوتاه و معتبر است، بنابراین چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی یکی از ابزارهایی است که به تشخیص و غربالگری افراد دارای اختلال از افراد سالم کمک می‌کند. در خصوص مزیت و برتری چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی نسبت به سایر آزمون‌های غربالی، باید گفت که این آزمون از معیارهای لازم برای برنامه‌ریزی درمان و ارزیابی بازده آن، برای گروه‌های مختلف برخوردار است. ویژگی مناسب این آزمون عبارتست از: صرفه‌جویی در وقت، متناسب با برنامه‌ریزی درمان، غربالگری، حساسیت نسبت به تغییر، و تولید اطلاعات روشن برای دادن بازخورد به مراجعان. در نهایت اینکه این آزمون ابزاری کوتاه است که به‌طور گسترده در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی کاربرد دارد. بنابراین، این چک لیست با داشتن نرم مناسب، می‌تواند به عنوان ابزار مفیدی برای تشخیص افراد بیمار مورد استفاده قرار گیرد.

با توجه به لزوم داشتن نرم و هنجار برای جامعه‌ای که آزمون در آن اجرا می‌شود؛ و نظر به این که این

نیازی به شیوه درمانی نداشته بوده است (دراگوتیس، ۲۰۰۰). همچنین در پژوهش‌های کارلوزی ولانگ (۲۰۰۸)، والیجو (۲۰۰۷) و هسل (۲۰۰۱) اعتبار یابی وهنجاریابی آزمون در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. در داخل کشور در زمینه ارزیابی روانی و پایایی پرسشنامه (SCL-90) تحقیقی توسط میرزایی (۱۳۵۹) صورت گرفته است. در این تحقیق آزمون (SCL-90) بر روی ۲۲۴۱ نفر بیمار روانی معتاد و افراد سالم اجرا شده است که در مقایسه ارزیابی‌ها نتایج مشابهی با نتایج به دست آمده در امریکا را نشان می‌دهد. اعتبار آزمون در این بررسی در تمام مقیاس‌ها به استثنای مقیاس خصومت، ترس مرضی و افکار پارانوئید بیشتر از ۰/۸ بوده است. روانی سازه نیز نشانگر آن است که از این آزمون به عنوان یک وسیله جهت سرند کردن و تشخیص بیماری‌های روانی در ایران نیز می‌توان استفاده کرد. در همین پژوهش اعتبار از طریق آزمون مجدد که ثبات آزمون در طول زمان را می‌سنجد بر روی ۹۴ نفر بیمار روانی متجانس و پس از گذشت یک هفته از ارزیابی اولیه صورت گرفت که اکثر مقیاس‌ها دارای ضریب همبستگی بالا بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ بودند (میرزایی، ۱۳۵۹). همچنین در تحقیقی که توسط فرجاد (۱۳۶۹) با استفاده از آزمون (SCL-90-R) بر روی معتادان صورت گرفت نشان داد که نتایج آن با نتایج تحقیق مشابه خارجی مطابقت دارد.

در پژوهش رضاپور (۱۳۷۶)، که تحت عنوان هنجاریابی پرسشنامه (SCL-90-R) در مورد دانشجویان دانشگاه آزاد و شهید چمران اهواز صورت گرفت، این آزمون و آزمون (MMPI) را بر روی ۶۰۰ نفر گروه نمونه اجرا کرده است. این تحقیق در دو مرحله صورت گرفته است، در مرحله اول دو آزمون (SCL-90-R) و (MMPI) به طور همزمان و در مرحله دوم پس از گذشت ۱۴ روز فقط آزمون (SCL-90-R) بر روی گروه نمونه اجرا شده بود، نتایج نشان

آزمون دارای هنجار و نقطه برش^۱ در کارکنان نیروهای مسلح نبود، بنابراین ضرورت داشت که مراحل هنجاریابی و تعیین نقطه برش آن انجام شود.

معرفی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R)

فرم اولیه چک لیست علائم روانی (SCL-90) توسط لیمین و کوری در سال ۱۹۷۳ برای نشان دادن جنبه‌های روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی شده است. دراگوتیس و همکاران (۱۹۸۴) پرسشنامه مذکور را مورد تجدید نظر قرار داده و فرم نهایی آن را با نام فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R) تهیه نمودند، که در حال حاضر دارای ۹۰ پرسش و ۹ زیر مقیاس است که عبارت از: جسمانی سازی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس بیمارگونه، افکار پارانوئید و روان پریشی (لتم، ۲۰۰۰).

این پرسشنامه در پژوهش‌های زیادی در خارج و داخل مورد استفاده قرار گرفته و از روایی بالایی برخوردار بوده است. دراگوتیس، ریکلز و راک (۱۹۷۶)، ضرایب روایی ملاکی همزمان ابعاد نه گانه این آزمون را با پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا (MMPI) به استثنای مقیاس وسواس اجباری بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند که همگی در سطح یک درصد ($P > 0.01$) معنادار بوده است (دراگوتیس، ۲۰۰۰). دراگوتیس، مورو، فتینگ، پتمن (۱۹۸۳-۱۹۸۴) در یک مطالعه همه گیر شناسی بیماری‌های روانی که در چندین مرکز سرطان شناسی با استفاده از آزمون (SCL-90-R) به عنوان وسیله سرند کردن انجام دادند. نتایج تحقیق حاکی از قدرت مناسب آزمون در تمیز و تشخیص افراد سالم از بیمار بوده است. همچنین نتایج نشان داد که این آزمون به خوبی قادر به تشخیص بیماران سرند شده که نیازمند مداخله درمانی بودند در مقایسه با کسانی که

به عبارت دیگر میانگین بعلاوه یک، دو، و سه انحراف معیار به ترتیب به عنوان اختلال خفیف، متوسط، و شدید طبقه بندی شدند.

روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش توصیفی-تحلیلی و نوع طرح هنجاریابی آزمون می باشد. جامعه پژوهش شامل تمامی کارکنان نیروهای مسلح که در مشاغل غیرنظامی مشغول به کار بودند می باشد. در پژوهش حاضر ۱۲۰۰ نفر از کارکنان مشاغل اداری، تولیدی - صنعتی، خدماتی، آموزشی و پژوهشی نیروهای مسلح بررسی شدند. حجم نمونه بادر نظر گرفتن نسبت کلی اختلالات روانی در ایران که ۲۱ درصد گزارش می شود، و همچنین میزان خطای ۲/۳ درصد؛ ۱۲۰۰ تعیین شد. نمونه گیری پژوهش به صورت طبقه ای و سهمیه ای، و به صورت تصادفی انجام شد. شیوه نمونه گیری به صورت تصادفی و گروهی در گروه های حداقل ۳۰ و حداکثر ۵۰ نفری انجام شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. برای توصیف داده های زمینه ای پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و برای بررسی اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. برای تعیین نرم سلامت روانی کارکنان در شاخص کل (GSI) و زیرمقیاس های آزمون به تفکیک جنس آزمودنی ها بر حسب میانگین و انحراف معیار به سطوح طبیعی و دارای اختلال تقسیم بندی شدند. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق SPSS 15 انجام شدند.

نتایج

از مجموع ۱۲۰۰ نفر از کارکنان شرکت کننده در پژوهش، ۲/۸۹ درصد مذکر و ۸/۱۰ درصد مؤنث؛ ۸/۱۳ درصد مجرد و ۲/۸۶ درصد متأهل؛ که ۷/۱۰ درصد در مقطع تحصیلی زیردیپلم، ۵/۳۲ درصد در مقطع

می دهد که بین میانگین و انحراف معیار و حتی بین هنجار به دست آمده در این تحقیق با فرم اصلی تفاوت وجود ندارد، ولی میانگین تمام مقیاس ها در مورد نمونه ایرانی بیشتر از نمونه آمریکایی است.

همچنین برای آگاهی از نقطه برش چک لیست در جامعه ایرانی به مطالعات انجام شده مراجعه شد به طوری که بیانی در پژوهشی وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان را با استفاده از میانگین نقطه برش ۲/۵ برای زیر مقیاس ها، و نقطه برش ۱/۳ را برای شاخص علائم مرضی، مورد بررسی قرارداد. در پژوهش بیانی که بر روی ۵۳۵ نفر از معلمان انجام شد، میانگین و انحراف معیار شاخص علائم مرضی (GSI) برای کل نمونه، زنان، و مردان به ترتیب عبارت بود از $0.64 \pm 0.58/78$ و 0.70 ± 0.84 و 0.72 ± 0.72 (بیانی، ۱۳۸۶).

دراکثر پژوهش ها نقطه برش ۰/۷ را به عنوان شاخص علائم مرضی (GSI) گزارش نموده اند (رضاپور، ۱۳۷۶؛ حسینی، ۱۳۸۳؛ غفاری نژاد، ۱۳۸۲). همچنین در پژوهشی که توسط اولسن در ۱۱۵۳ نفر از مردم دانمارک انجام شد، میانگین و انحراف معیار شاخص علائم مرضی (GSI) در کل زنان، و مردان به ترتیب 0.43 ± 0.45 ، 0.46 ± 0.49 و 0.40 ± 0.41 گزارش شدند (اولسن، ۲۰۰۴).

معمولاً برای تعیین نقطه برش در آزمون ها از دو روش استفاده می شود. یکی از روش های تعیین نقطه برش از طریق تعیین حساسیت و ویژگی آزمون مربوطه صورت می گیرد که در این روش توانایی سنجش آزمون در مقایسه با آزمون های قبلی و استاندارد با روش های سنتی مورد بررسی قرار می گیرد. در روش دیگر از طریق جمع انحراف معیار و میانگین نقطه برش تعیین می شود. اگر هدف، تعیین افراد با اختلال خفیف و شدید مطرح باشد، معمولاً با استفاده از میانگین و یک و یا دو انحراف معیار نقطه برش را تعیین می کنند (صدرالسادات، ۱۳۸۶). در مقاله حاضر برای تعیین نقطه برش از روش دوم استفاده شده است،

به زیرمقیاس‌های ترس مرضی و پرخاشگری و بیشترین ضریب آلفا به زیرمقیاس افسردگی مربوط می‌شود. همچنین ضریب آلفای شاخص کلی علائم مرضی $r = 0/98$ (GSI) می‌باشد. دامنه ضرایب همبستگی بازآزمایی زیرمقیاس‌های آزمون (به مدت ۲ هفته فاصله) از $r = 0/53$ تا $r = 0/93$ متغیر است، به طوری که کمترین ضریب همبستگی مربوط می‌شود به زیرمقیاس ترس مرضی و بیشترین ضریب همبستگی به زیرمقیاس تصورات پارانوئیدی مربوط می‌شود. همچنین ضریب همبستگی بازآزمایی شاخص کلی علائم مرضی $r = 0/82$ (GSI) می‌باشد (جدول شماره یک).

تحصیلی دیپلم، ۶/۱۹ درصد در مقطع تحصیلی فوق دیپلم و ۲/۳۷ درصد در مقطع تحصیلی لیسانس و بالاتر بودند. همچنین دامنه سن کارکنان از ۲۱ تا ۵۵ سال متغیر؛ و میانگین و انحراف معیار سنی آنان به ترتیب عبارت بودند از: ۴۹/۳۷ و ۰۹/۷. سابقه کار کارکنان نیز از ۱ سال تا ۳۰ سال متغیر، و میانگین و انحراف معیار سابقه کار آنان به ترتیب عبارت بودند از: ۸۱/۱۳ و ۳۶/۷.

نتایج نشان داد که دامنه ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) زیرمقیاس‌های آزمون از $r = 0/75$ تا $r = 0/90$ متغیر است، به طوری که کمترین ضریب آلفا

جدول شماره ۱ - ضریب‌های همسانی درونی و بازآزمایی زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی علائم مرضی آزمون

ضرایب همبستگی (بازآزمایی)	ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ)	تعداد پرسش‌ها	زیرمقیاس‌های آزمون
۰/۶۳	۰/۸۸	۱۲	شکایت جسمانی
۰/۸۹	۰/۸۶	۱۰	وسواسی - اجباری
۰/۸۹	۰/۸۵	۹	حساسیت در روابط متقابل
۰/۷۱	۰/۹۰	۱۳	افسردگی
۰/۷۰	۰/۸۸	۱۰	اضطراب
۰/۸۳	۰/۷۵	۶	پرخاشگری (خصومت)
۰/۵۳	۰/۷۵	۷	ترس بیمارگونه (فوبیا)
۰/۹۳	۰/۸۰	۶	افکار پارانوئیدی
۰/۶۹	۰/۸۲	۱۰	روان پریشی
۰/۸۲	۰/۹۸	۹۰	شاخص کلی علائم مرضی

همچنین نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار درکل آزمودنی‌ها در شاخص کلی علائم مرضی $(GSI) 0/44 \pm 0/43$ ، در آزمودنی‌های زن $0/54 \pm 0/47$ و آزمودنی‌های مرد $0/43 \pm 0/43$ بود (جدول شماره دو).

همچنین نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار درکل آزمودنی‌ها در شاخص کلی علائم مرضی $(GSI) 0/44 \pm 0/43$ ، در آزمودنی‌های زن

جدول شماره ۲ - میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های زن و مرد از نظر میزان اختلالات روانی در (SCL-90-R)

انحراف معیار SD	میانگین M	جنس	زیر مقیاس‌ها
۰/۵۳	۰/۴۹	مرد	شکایت جسمانی
۰/۶۲	۰/۶۹	زن	
۰/۵۲	۰/۵۱	مرد	وسواسی - اجباری
۰/۶۹	۰/۶۵	زن	
۰/۴۹	۰/۴۱	مرد	حساسیت در روابط متقابل
۰/۵۹	۰/۵۰	زن	
۰/۵۴	۰/۴۴	مرد	افسردگی
۰/۵۶	۰/۵۹	زن	
۰/۳۸	۰/۲۶	مرد	اضطراب
۰/۴۳	۰/۳۷	زن	
۰/۴۷	۰/۴۳	مرد	پرخاشگری (خصومت)
۰/۵۱	۰/۴۹	زن	
۰/۳۶	۰/۲۲	مرد	ترس بیمارگونه (فوبیا)
۰/۴۰	۰/۲۸	زن	
۰/۷۰	۰/۷۶	مرد	افکار پارانوئیدی
۰/۸۳	۰/۸۸	زن	
۰/۴۱	۰/۲۸	مرد	روان پریشی
۰/۴۲	۰/۳۲	زن	
۰/۴۳	۰/۴۳	مرد	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)
۰/۴۷	۰/۵۴	زن	
۰/۳۸	۱/۳۱	زن	شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت (PSDI)
۰/۴۳	۱/۳۹	مرد	
۱۹/۸۸	۶۹/۲۶	زن	جمع نشانه‌های مثبت (PST)
۳۳/۲۰	۸۹/۳۰	مرد	

جدول ۳ میانگین نشانه‌های اختلالات روانی به منظور مقایسه در مطالعات، میرزایی، فتحی و اولسن آمده است.

جدول ۳- میانگین نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R)

پژوهش حاضر (نمونه ایرانی)		اولسن (نمونه دانمارکی)		فتحی (نمونه ایرانی)		میرزایی (نمونه ایرانی)		خرده مقیاس‌ها
S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	
۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۵۳	۰/۴۹	۰/۳۱	۰/۳۰	۰/۴۲	۰/۳۶	شکایت جسمانی
۰/۵۴	۰/۵۳	۰/۶۱	۰/۶۳	۰/۵۰	۰/۶۷	۰/۴۵	۰/۳۹	وسواسی - اجباری
۰/۵۰	۰/۴۲	۰/۶۳	۰/۵۴	۰/۵۳	۰/۶۶	۰/۳۹	۰/۲۹	حساسیت در روابط متقابل
۰/۵۴	۰/۴۶	۰/۵۴	۰/۵۹	۰/۳۸	۰/۳۹	۰/۴۴	۰/۳۶	افسردگی
۰/۳۸	۰/۲۸	۰/۵۱	۰/۴۴	۰/۳۸	۰/۳۳	۰/۳۷	۰/۳۰	اضطراب
۰/۴۸	۰/۴۴	۰/۴۱	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۲۹	۰/۴۰	۰/۳۰	پرخاشگری (خصوصیت)
۰/۳۷	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۱۳	۰/۳۰	۰/۲۵	۰/۳۱	۰/۱۳	ترس بیمارگونه
۰/۷۲	۰/۷۸	۰/۵۹	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۷۶	۰/۴۴	۰/۳۴	افکار پارانوئیدی
۰/۴۲	۰/۲۸	۰/۳۲	۰/۲۲	۰/۳۹	۰/۴۸	۰/۲۵	۰/۱۴	روان پریشی
۰/۴۳	۰/۴۴	۰/۴۳	۰/۴۵	۰/۳۵	۰/۴۶	۰/۳۱	۰/۳۱	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که آزمون از اعتبار لازم در حیطه‌های (همسانی درونی و بازآزمایی) برخوردار است. به عبارت دیگر دامنه ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) زیرمقیاس‌های آزمون از $r=0/75$ تا $r=0/90$ متغیر است، به طوری که کمترین ضریب آلفا مربوط می‌شود به زیرمقیاس‌های ترس مرضی و پرخاشگری و بیشترین ضریب آلفا مربوط می‌شود به زیرمقیاس افسردگی. همچنین ضریب آلفای شاخص کلی علائم مرضی $r=0/98$ (GSI) می‌باشد. دامنه ضرایب همبستگی بازآزمایی زیرمقیاس‌های آزمون (به مدت ۲ هفته فاصله) از $r=0/53$ تا $r=0/93$ متغیر است، به طوری که کمترین ضریب همبستگی به زیرمقیاس ترس مرضی و بیشترین ضریب همبستگی به زیرمقیاس تصورات پارانوئیدی مربوط می‌شود. همچنین ضریب همبستگی بازآزمایی شاخص کلی علائم مرضی $r=0/82$ (GSI) می‌باشد. نتایج بدست آمده با یافته‌های دراگوتیس، ریکلز و راک که ضرایب پایایی سلامت روانی کلی و در هر یک از ابعاد نه گانه این آزمون به روش بازآزمایی، آلفای کرونباخ، ضرایب بین

۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شد همخوانی دارد (دراگوتیس، ۱۹۷۶). همچنین با یافته‌های میرزایی که اعتبار (همسانی درونی) آزمون در تمام مقیاس‌ها به استثنای مقیاس خصوصیت، ترس مرضی و افکار پارانوئید بیشتر از ۰/۸۰ گزارش کرد؛ و همبستگی از طریق آزمون بازآزمایی پس از گذشت یک هفته، در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شد، همخوانی دارد (میرزایی ۱۳۵۹). همچنین با یافته‌های دیاریان (۱۳۷۸)، لطیفی (۱۳۷۷) و دیگر یافته‌هایی که در ایران بدست آمده نیز همخوانی دارد (فتحی آشتیانی ۱۳۸۸).

نتایج پژوهش نشان داد که آزمون از روایی لازم در حیطه سازه برخوردار است. نظر به اینکه آزمون اختلالات متفاوت را اندازه گیری می‌کند، برای بررسی روایی از روش تحلیل عاملی به شیوه مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس برای زیر مقیاس‌های فرعی آزمون، استفاده شد. همچنین از شاخص $(KMO>0/6)$ برای کفایت نمونه برداری و آزمون بارلت برای بررسی مناسب بودن همبستگی‌ها در تحلیل ساختاری با ارزش ویژه بزرگتر از ۱ و نمودار اسکری برای هر زیر مقیاس به

برش از روش جمع میانگین به علاوه یک انحراف معیار استفاده شد. به عبارت دیگر نمرات به دست آمده بیشتر از حاصل جمع میانگین و یک انحراف معیار به عنوان افراد مشکوک به اختلال طبقه بندی می‌شوند. همچنین با این فرمول از طریق جدول نمرات بدست آمده در زیرمقیاس‌ها و به تفکیک زن و مرد می‌توان نقطه برش در زیرمقیاس‌ها و همچنین به تفکیک جنس (زن و مرد) به دست آورد.

طور جداگانه استفاده شد. بنابراین در هر زیرمقیاس، یک عامل با ارزش ویژه بزرگتر از ۱ وجود داشت که در نمودار اسکری مشخص شد.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار در کل آزمودنی‌ها در شاخص کلی علائم مرضی $0/44 \pm$ و $0/43$ (GSI) در آزمودنی‌های زن $0/47 \pm$ و $0/54$ و آزمودنی‌های مرد $0/44 \pm$ و $0/43$ بود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های سایر پژوهش‌ها مقایسه شدند. به عبارت دیگر در پژوهش بیانی که بر روی ۵۳۵ نفر از معلمان انجام شد، میانگین و انحراف معیار شاخص علائم مرضی (GSI) برای کل نمونه، زنان، و مردان به ترتیب عبارت بود از $0/64 \pm$ و $0/78$ ، $0/58 \pm$ و $0/84$ ، و $0/72 \pm$ و $0/77$ (بیانی ۱۳۸۶). حسینی میانگین و انحراف معیار شاخص علائم مرضی (GSI) را در پسران و دختران دبیرستانی به ترتیب $0/52 \pm$ و $0/73$ و $0/45 \pm$ و $0/82$ نشان داد (حسینی ۱۳۸۴). غفاری نژاد وضعیت سلامت روانی دختران بی سرپرست را با دختران عادی مقایسه کرد و میانگین و انحراف معیار را به ترتیب بی سرپرست و عادی $0/62 \pm$ و $0/69$ و $0/59 \pm$ و $0/4$ گزارش نمود (غفاری نژاد ۱۳۸۲).

در پژوهشی که توسط اولسن در ۱۱۵۳ نفر از مردم دانمارک انجام شد، میانگین و انحراف معیار شاخص علائم مرضی (GSI) در کل زنان، و مردان به ترتیب $0/43 \pm$ و $0/45$ ، $0/46 \pm$ و $0/41$ و $0/40$ گزارش شدند (اولسون، ۲۰۰۴). در پژوهش‌هایی که توسط فتحی و میرزایی در خصوص هنجاریابی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی انجام شد، میانگین و انحراف معیار شاخص علائم مرضی (GSI) به ترتیب $0/35 \pm$ و $0/46$ ، $0/31 \pm$ و $0/31$ به دست آمد (میرزایی ۱۳۵۹؛ فتحی آشتیانی ۱۳۸۸).

در پژوهش حاضر نقطه برش در شاخص کلی علائم مرضی (GSI) برای کل آزمودنی‌ها (زن و مرد) برابر با نمره $0/87$ تعیین شد. به عبارت دیگر افرادی که نمره بالاتر از $0/87 =$ GSI داشته باشند، مشکوک به اختلالات اعصاب و روان هستند. برای تعیین نقطه

- منابع
- ۱- نوری‌بالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، سال دوم، شماره چهار، ص ۲۳-۲۱۲.
- 13- Carlozzi NE, Long PJ. (2008) Reliability and validity of the SCL-90-R PTSD subscale. *J Interpers Violence*. Sep;23(9): 1162-76.
- 14- Derogatis L. R., Rickels K., Rock A. F. (1976) The SCL-90 and the MMPI—A step in the validation of a new self-report scale. *Br. J. Psychiatry*; 128: 280–289.
- 15- Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised. in *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association: pp.81-84.
- 16- Hessel A, Geyer M, Brähler E. (2001) Psychiatric problems in the elderly--standardization of the Symptom Check List SCL-90-R in patients over 60 years of age. *Z Gerontol Geriatr*. Dec;34(6):498-508.
- 17- Leathem, J.M., & Babbage, D.R (2000). Affective disorders after traumatic brain injury: cautions in the use of the Symptom Checklist-90-R. *J Head Trauma Rehabil.*, 15(6), 1246-1255.
- 18- Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. (2004) The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scand*: 110: 225–229.
- 19- The world health reports 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; Available at: <http://discovermagazine.com/2000/oct/featworld>.
- 20- Vallejo MA, Jordán CM, Díaz MI, Comeche MI, Ortega J. (2007) Psychological assessment via the internet: a reliability and validity study of online (vs paper-and-pencil) versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *J Med Internet Res*. Jan 31;9(1)
- 21- Wu SY, Wang MZ, Li J, Zhang XF. (2006) Study of the intervention measures for the occupational stress to the teachers in the primary and secondary schools. *Wei Sheng Yan Jiu*; 35: 213-6.
- ۱- بیانی، علی اصغر؛ کوچکی، عاشورمحمد؛ کوچکی، قربان محمد(۱۳۸۶). تعیین وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان با استفاده از چک لیست نشانگان روانی (SCL-90-R) در سال ۸۴-۱۳۸۳. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دوره نهم، شماره ۲ (۲۲) ص ۳۹-۴۴.
- ۲- حسینی، سید حمزه؛ خلیلیان، علیرضا؛ واحدی، علی. (۱۳۸۴) غربالگری آسیب‌شناسی روانی در دانش آموزان مقطع متوسطه شهر ساری بر اساس آزمون SL-90-R در سال تحصیلی ۸۲-۸۱. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران سال چهاردهم، شماره ۴۴، ص ۶۸-۶۰.
- ۳- دیاریان، محمد مسعود(۱۳۷۸). مقایسه وضعیت روانی اجتماعی دانشجویان مشروط و غیر مشروط دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- ۴- رضایپور، محمد (۱۳۷۶) هنجاریابی آزمون SCL_90_R بر روی دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۵- صدرالسادات، سیدجلال؛ هوشیار، زهرا؛ زمانی، رضا؛ صدرالسادات، لیلیا(۱۳۸۶). تعیین مشخصات روان سنجی مقیاس درجه بندی SNAP-IV اجرای والدین. مجله توانبخشی دوره هشتم، شماره سوم، شماره ۳۱ ص ۶۵-۵۹.
- ۶- غفاری نژاد، علیرضا؛ پویا، فاطمه؛ وحدتی، مهدی (۱۳۸۳). اختلالات روانی در دختران بالای ۱۵ سال ساکن مراکز حمایتی شهر کرمان در سال ۱۳۸۲. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان- جلد دوم، شماره دوم.
- ۷- فتحی آشتیانی، علی(۱۳۸۸). «آزمون‌های روانشناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)»، تهران انتشارات بعثت
- ۸- فرجاد، محمود (۱۳۷۴) بررسی عوامل روانی اجتماعی بازگشت مجدد به اعتیاد. طرح پژوهشی، نهاد ریاست جمهوری، دفتر مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- ۹- لطیفی، زهره (۱۳۷۷). بررسی تاثیر شاغل بودن بانوان بر ویژگی‌های روانی آنان در پرسشنامه SCL 90. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- ۱۰- میرزائی، رقیه (۱۳۵۹). ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی دانشگاه تهران، صفحات ۵۳-۵۰.
- ۱۱- نوری‌بالا، احمد علی؛ محمد، کاظم، باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران. مجله حکیم، سال پنجم، شماره یک، ص ۱-۱۰.