

بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه خصوصیات جسمی، خلقی و عاطفی^۱

دکتر شکوه السادات بنی جمالی^۲

تاریخ وصول: ۸۹/۵/۱۷

تاریخ پذیرش: ۸۹/۹/۲۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر هنجاریابی آزمون خصوصیات جسمی، خلقی و عاطفی متناسب با ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایرانی بود. برای این منظور پژوهش در دو مرحله مقدماتی و اصلی اجرا شد. در مرحله مقدماتی پرسشنامه ای با ۵۱ سؤال تنظیم و روی ۵۲ نفر بیمار روانی و ۵۲ فرد سالم اجرا گردید و در مرحله اصلی آزمون روی نمونه‌ای به تعداد ۲۳۳۵ نفر که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا گردید. در مرحله مقدماتی روایی صوری، روایی ملاکی با آزمون MMPI (فرم کوتاه) و روایی تفکیکی محاسبه شد. نتایج حاکی از آن بود که پرسشنامه مذکور از روایی خوبی برخوردار است. همچنین ضریب همگونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای هر دو گروه (بیمار و غیربیمار) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۳ به دست آمد. در مرحله اصلی، روایی پرسشنامه براساس تحلیل عامل محاسبه شد. مقدار آزمون کروییت بارتلت برابر ۰/۶۳ به دست آمد. براساس آزمون اسکری و با پیش فرض ارزش ویژه بالاتر از (۱)، ۱۳ عامل استخراج شد. پس از حذف عامل‌های اضافی، از ۱۳ عامل اکتشافی ۶ عامل اصلی باقی ماند. ضریب همبستگی بین نمره هر سؤال با نمره کل آزمون به عنوان شاخص همسانی درونی محاسبه شد. تمام ضرایب فوق معنی دار و در حد مطلوب بودند ($p \leq 0/001$). روایی ملاکی پرسشنامه از طریق اجرای همزمان

۱- برگرفته از طرح پژوهشی مربوط به طرح ملی با مشارکت دانشگاه الزهرا (س)

از همکاری صمیمانه اساتید محترم آقایان دکتر غلامرضا نفیسی و دکتر غلامرضا صرامی در انجام کلیه مراحل این طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می‌شود.

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه الزهرا (س)

پرسشنامه مذکور با آزمون SCL-90 روی ۳۲۰ نفر به دست آمد که کلیه ضرایب با اطمینان بیش از ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار بود. روایی تفکیکی نیز در نمونه ۲۳۳۵ نفر از طریق محاسبه تفاوت میانگین نمرات دانش‌آموزان و دانشجویان و نیز دختران و پسران در عوامل ششگانه محاسبه شد. اعتبار پرسشنامه مذکور با استفاده از روش تجزیه و تحلیل سؤالات (لوپ) محاسبه شد. مقدار ضریب اعتبار کل به همراه ضرایب اعتبار در صورت حذف سؤالات در اجرای اول برابر $\alpha=0/9006$ و در بار دوم $\alpha=0/9566$ به دست آمد. اعتبار پرسشنامه از روش بازآزمایی نیز مورد بررسی قرار گرفت که ضرایب همبستگی بین دو بار اجرا (به فاصله یک ماه) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار بود. در پایان هنجار آزمون به دست آمد که به ترتیب نمرات Z نرمال و T محاسبه شد و مدل هنجاری شش ضلعی نیز به تفکیک گروه‌های نمونه دانش‌آموز، دانشجو، دختران و پسران ارائه گردید.

واژگان کلیدی: اعتبار، روایی، هنجاریابی، خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی.

مقدمه

به علت اینکه طرح دلخواهی از رفتار بشر نداریم نظریه‌های گوناگونی برای تعیین اینکه چه رفتاری عادی و چه رفتاری غیرعادی است، وجود دارد. این بدان معنی نیست که نظریه‌ها جدا از یکدیگر هستند بلکه این نظریه‌ها بر روی هم منطبق می‌باشند. در نظریه صفات چندگانه بیشتر محققین فهرستی از صفات را که اساس سلامت روان به شمار می‌آیند مورد بررسی قرار می‌دهند (جوهدا، به نقل از هاشمیان، ۱۳۷۷). در جایی دیگر به ارائه معیارهای ویژه جهت برچسب رفتارهای غیرعادی بر می‌خوریم. برای مثال دو معیاری که زیاد مورد استفاده قرار گرفته است عبارتند از:

الف) پریشانی و محنت زدگی، مانند احساس اضطراب مزمن، احساس افسردگی و یا احساس گناه.

ب) انحراف از رفتارهای قابل قبول اجتماع.

بنابراین رهایی از حالت اضطراب، افسردگی و پریشانی و تطابق با نرم اجتماع می‌تواند مفهوم رفتار عادی را تشکیل دهد.

مدل‌های طبیعت و رفتار بشر نظریه دیگری است که رفتار عادی و غیرعادی را براساس مدل و یا سلسله مفاهیمی که درباره طبیعت رفتار بشر وجود دارد، مورد بررسی قرار می‌دهد (هاشمیان، ۱۳۷۷). اختلاف بین نظریه‌های گوناگونی که برای تشخیص رفتار عادی از غیرعادی به کار می‌روند در دو دیدگاه مغایر ظاهر می‌شود. یکی از آنها مفهوم رفتار عادی و غیرعادی را فقط زمانی تمییز می‌دهد که به اجتماع مربوط می‌شود. بنابراین رفتار غیرعادی رفتاری است که از نرم اجتماع منحرف شده باشد و در نظریه دیگر اگر رفتاری با رفاه فرد و گروه در تعارض باشد، آن رفتار غیرعادی است.

سال‌های طولانی، اختلالات روانی، چهار طبقه عمده را در برمی‌گرفت که عبارت بودند از سندرم‌های مغزی، پسیکوزها، نوروها و اختلالات شخصیت. آزمون اختلالات جسمی، خلقی و عاطفی که هنجاریابی آن موضوع پژوهش حاضر است به ارزیابی اختلالاتی می‌پردازد که زیرمجموعه نوروها در طبقه بندی فوق می‌باشند. در نوروها شخص ممکن است بداند که رفتار غیرعادی و نابهنجار است ولی احساس می‌کند که قادر به تغییر آن نیست، گرچه رفتار نوروتیک، غیرطبیعی است ولی شامل اختلال فاحش در واقعیت و بی‌نظمی آشکار در رفتار و افکار نمی‌شود.

هسته اصلی نوروها عبارت است از روش زندگی نابهنجار که به صورت اضطراب و اجتناب ظاهر می‌شود. تمایل فرد به نگهداری این نوع زندگی به رغم ماهیت خود مفعولی آن تناقض نوروتیک نامیده می‌شود. در نوروها فرد در دفاع از خود در مقابل اضطراب ناتوان است و آن را مستقیماً و شدیداً به شکل ترس، فرار و یا حتی وحشت تجربه می‌کند (آزاد، ۱۳۷۲). در پژوهشی برند^۱ و همکاران (۲۰۰۸) تأثیر منحصر به فرد و یکپارچه اضطراب، جسمانی سازی و افسردگی را در اختلال عملکرد مبتلایان نشان دادند. این پژوهش با ۲۰۹۱ بیمار تحت مراقبت‌های بالینی در ۱۵ مرکز درمانی ایالات متحده انجام گرفت. افسردگی، اضطراب، اختلال جسمانی سازی و اختلال عملکردی افراد شرکت کننده با استفاده از مقیاس‌های معتبر مربوط به پرسشنامه سلامت بیمار^۲ (شامل ۸ آیتم برای

1. Brend

2. Patient Health Questionnaire

سنجش افسردگی، ۷ آیتم برای سنجش اضطراب فراگیر، ۱۵ آیتم برای سنجش نشانگان جسمانی سازی) و فرم کوتاه پرسشنامه بررسی سلامت عمومی^۱ با ۲۰ آیتم مورد آزمون قرار گرفت. نتایج نشان داد در بیشتر از ۵۰ درصد موارد بین افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی هم‌پوشانی وجود دارد. تأثیر شباهت‌های افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی در اختلالات عملکردی فرد از تأثیر خصوصیات مستقل هر یک از این اختلالات بیشتر بود. ولی در عین حال افسردگی، اضطراب و جسمانی‌سازی هر کدام دارای اثرات مهم و جداگانه‌ای بر بخش‌های مشخصی از اختلال عملکردی فرد بودند. از دست آوردهای پژوهش مذکور این است که با توجه به هم‌پوشانی زیاد به ابزار دقیق و معیارهای تشخیصی دقیق‌تر برای تشخیص افسردگی خاص، اضطراب و انواع جسمانی‌سازی‌ها نیاز داریم که ما نیز از این امر مستثنی نیستیم.

متداول‌ترین نظام طبقه‌بندی رفتارهای نابهنجار طبقه‌بندی، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) است که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا APA تدوین شده است. اولین فرم این طبقه‌بندی در سال ۱۹۵۲ منتشر شد. فرم‌های دیگر این طبقه‌بندی که هر یک شکل‌های تغییر یافته و تجدید نظر شده فرم‌های قبلی هستند تحت عنوان DSM-II در سال ۱۹۶۸، DSM-III در سال ۱۹۸۰، DSM-III-R در سال ۱۹۸۷ و DSM-IV در سال ۱۹۹۵ انتشار یافته‌اند (آزاد، ۱۳۷۲). هر چند نظام طبقه‌بندی DSM خالی از اشکال نمی‌باشد ولی به لحاظ اینکه از طبقه‌بندی‌های رایج و مورد قبول متخصصان است اساس کار نامگذاری عوامل اکتشافی پرسشنامه خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی پس از تحلیل عوامل قرار گرفته است. مائوریس^۲ و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود تعداد ۱۸۹۸۰ نفر را که نماینده جمعیت انگلستان، آلمان، ایتالیا، اسپانیا و پرتغال بودند جهت آزمون قدرت تشخیصی معیارهای DSM-IV مورد مصاحبه تلفنی قرار دادند. محور کار آنها ارائه رخدادهای هم‌زمان هراس ساده با اختلال افسردگی شدید و تحلیل رابطه بین این دو بود. یافته‌ها نشان داد که میزان شیوع هراس (زیرمجموعه اختلالات اضطرابی) به میزان ۴/۴٪ در

1. Generl Health Survey

2. Maurice

نمونه پژوهش بود (که میزان آن در زنان به نسبت ۱/۶٪ بالاتر بود). در ۱۹/۵٪ از شرکت کنندگان اختلال افسردگی اساسی با هراس همراه بوده است. همچنین رخداد یک اختلال اضطرابی دیگر نیز افزایش می‌یافت (۶۵/۲٪). همچنین احتمال بروز و توسعه افسردگی اساسی نیز در سال بعد از پیدایش هراس به میزان ۵/۷۴٪ نشان داده شد. در عین حال ترس از اجتماع نیز در جمعیت عادی بسیار شایع بوده و این مسأله احتمال خطر ایجاد اختلال افسردگی اساسی را افزایش می‌داد و احتمال رخداد آن نیز با سایر اختلالات روانی بالا بود. با انجام تحقیق فوق، استفاده از معیارهای تشخیصی DSM-IV مورد تأیید قرار گرفت و توصیه شد.

امروزه تلاش زیادی در راه رسیدن به معیارهای تشخیصی مثبت و طبقه‌بندی اختلال‌ها با انجام پژوهش‌های متعدد انجام می‌گیرد. کاترینا^۱ و همکاران (۲۰۱۰) مروری نظام مند بر روی تشخیص اختلال جسمانی‌سازی و پیشنهاداتی برای طبقه‌بندی آینده انجام دادند. نتیجه حاصل از این پژوهش نشان داد که نشانه‌های روان‌شناختی می‌تواند مسیر و معالجه بیماری‌ها را پیشگویی کند (مثل تغییرات درمانی مربوط به یک بیماری که با نتایج مثبت همراه است) فهرست طولانی علائم، الگوهای نشانگان پیچیده و تعریف‌های نادرست از فرایندهای تشخیصی باعث کاهش کارایی بالینی می‌شوند. ضمناً یافته‌های این پژوهش در راستای افزایش اعتبار دسته‌بندی اختلالات جسمانی‌سازی برای DSM-V و ICDL II می‌باشد.

به طور کلی تشخیص بالینی به شناخت ماهیت و شدت ناسازگاری رفتار در بعضی از افراد یا گروه‌ها اهمیت می‌دهد. در زمینه فردی اطلاعاتی که در مورد نحوه زندگی و کار فرد داریم، می‌تواند در ایجاد یک برنامه درمانی منظم مورد استفاده قرار گیرد (هاشمیان، ۱۳۷۷). یکی از وسایل سنجش بالینی که تقریباً همواره توسط یک روان‌شناس اجرا و تفسیر می‌شود، آزمون‌های روان‌شناختی است. این آزمون‌ها می‌توانند در موقعیت‌های بالینی، آموزشی، تحصیلی و شغلی مورد استفاده قرار گیرند. دو هدف عمده کاربرد آزمون‌ها عبارتند از ارزشیابی و طبقه‌بندی. آزمون‌های روان‌شناختی به منظور قضاوت و ارزشیابی در مورد برنامه‌ها، روش‌ها و تدابیر درمانی به کار می‌روند. یک نتیجه قابل ملاحظه فرایند

1. Kathrina

ارزشیابی ارائه تشخیص است که شخص را در یک طبقه اختلال روانی مورد قبول یک سیستم طبقه‌بندی رسمی می‌گنجانند، به علاوه تشخیص براساس نتایج اجرای آزمون‌ها شامل درجه بندی شدت اختلال و سطح کارکرد فعلی فرد نیز می‌شود.

امروزه اکثر آزمون‌هایی که در مراکز درمانی ما اجرا می‌گردد، برگردان شده آزمون‌های خارجی است که براساس عوامل فرهنگی جوامع غربی هنجاریابی شده است و در مورد افراد ایرانی از اعتبار و روایی کافی برخوردار نمی‌باشد مگر اینکه پرسش‌های آن با شرایط فرهنگی ایران تطبیق داده شود و بررسی‌ها و تحلیل‌های آماری لازم در مورد نتایج حاصل از اجرای آزمون گروه‌های نمونه‌ای از ایرانیان انجام گیرد. ولی متأسفانه به علت اینکه هنجاریابی آزمون‌های مذکور با مشکلات زیادی همراه بوده است از این کار صرف نظر شده، یا فقط به برگردان آنها اکتفا می‌شود و یا با اجرا بر روی نمونه‌های بسیار کوچکی که معرف جامعه نمی‌باشد، ضریب پایایی یا اعتبار محاسبه می‌گردد.

مشخص است که نتایج آزمونی که براساس عوامل فرهنگی حاکم بر جوامع غرب استاندارد شده نمی‌تواند در مورد ایرانیان از اعتبار و روایی کافی برخوردار باشد. پس ضرورت ایجاب می‌کند که برای دستیابی به ابزاری دقیق و مطمئن آزمون‌هایی تهیه گردد که براساس مشخصات فرهنگ خاص ایران باشد، در این صورت، پاسخ‌دادن به سؤال‌های آن مستلزم آشنایی آزمودنی با این فرهنگ است.

هدف از پژوهش حاضر تدوین و استاندارد کردن آزمون ویژگی‌های جسمی، خلقی و عاطفی بود. برای نیل به این منظور آزمون مذکور در مراحل تدوین و استاندارد شدن در مورد گروه نمونه‌ای از افراد جامعه ایرانی با ویژگی‌های فرهنگی خاص ایران هنجاریابی شده و به این ترتیب به علت همگونی لازم بین آزمودنی و جامعه‌ای که آزمون در مورد افراد آن هنجاریابی شده است، می‌توان نمره آزمودنی را با متوسط نمره گروه هنجاریابی مقایسه و نتیجه را تفسیر کرد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی (غیرآزمایشی) است و در دو بخش مقدماتی و اصلی انجام شده است. پژوهش توصیفی شامل مجموعه روش‌هایی است که هدف آنها توصیف کردن شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی می‌باشد. اجرای پژوهش توصیفی می‌تواند صرفاً برای شناخت بیشتر شرایط موجود یا یاری دادن به فرایند تصمیم‌گیری باشد (سرمد و همکاران، ۱۳۷۶).

الف) مرحله مقدماتی

ساخت ابزار

پرسشنامه خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی براساس پرسشنامه‌های شخصیتی معتبر و تجارب بالینی با ۶۰ ماده تدوین و برای هر سؤال پاسخی در مقیاس ۵ درجه (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد و به شدت) در نظر گرفته شد. بنابراین فردی که به این سؤالات جواب می‌داد، می‌توانست وضعیت خود را با یکی از گزینه‌های فوق مشخص کند. پرسشنامه ابتدا به طور آزمایشی روی ۱۰ نفر از افرادی که سوابق پزشکی آنها مراجعه به روانپزشک را در راستای اختلالات مرتبط با خصوصیات فوق نشان می‌داد و ۱۰ نفر از افراد بدون سابقه پزشکی مذکور (سالم) اجرا شد. نتایج حاصل از این اجرا در اختیار تعدادی از متخصصان قرار گرفت و پس از بحث و تبادل نظر تعداد ۹ سؤال در فرم اولیه مناسب تشخیص داده نشد و پس از حذف، پرسشنامه جدید با ۵۱ سؤال و بر مبنای مقیاس ۵ درجه ای لیکرت شامل گزینه‌های هیچ، کمی، تاحدی، زیاد و به شدت تنظیم گردید.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش شامل کلیه بیمارانی می‌شد که دارای سابقه تشخیصی مرتبط با موضوع پژوهش بوده و در بیمارستان‌های روانی تهران بستری بودند.

از بین بیمارستان‌های روانی، سه بیمارستان روزبه، نورافشار و بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه ا...، برای انتخاب نمونه برگزیده شدند. تعداد ۵۲ بیمار که بنابر تشخیص

روان‌پزشکان علایم مرتبط با ویژگی‌های فوق در پرونده آنها ثبت شده بود و بیماران PTSD ناشی از جنگ تحمیلی به عنوان گروه مورد مطالعه برگزیده شدند. گزینش نهایی براساس نظرخواهی از روان‌شناسان و پرستاران بخش از این نظر که بیماران منتخب در شرایط مناسبی هستند که بتوانند به پرسشنامه پاسخ دهند، صورت گرفت.

همچنین گروه دیگری به عنوان گروه مقایسه با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین مدارس شبانه مناطق ۱۷ و ۱۸ آموزش و پرورش تهران به طور تصادفی انتخاب شد. مناطق دو گانه فوق به این لحاظ انتخاب گردید که دانش‌آموزان شاغل به تحصیل در آنها از نظر ویژگی‌های فردی، تحصیلی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی شباهت زیادی به گروه مورد مطالعه داشتند. از هر یک از مناطق یاد شده دو مدرسه و از هر مدرسه یک کلاس به طور تصادفی برگزیده و پرسشنامه روی ۷۰ دانش‌آموز طی دو جلسه اجرا شد. ۱۹ پرسشنامه به علت نواقص و کمبودها، حذف و نهایتاً ۵۱ نفر به عنوان گروه مقایسه برگزیده شدند. به این ترتیب پرسشنامه روی ۱۰۳ نفر در دو گروه اجرا گردید.

برآورد روایی و اعتبار و ضریب همگونی پرسشنامه

برای برآورد روایی پرسشنامه مذکور در مرحله مقدماتی روایی صوری، روایی ملاک، روایی تفکیکی محاسبه گردید و نیز، از روش تحلیل عاملی استفاده شد. به منظور محاسبه ضریب همگونی روش آلفای کرونباخ برای هر دو گروه مورد استفاده قرار گرفت.

ب) مرحله اصلی

پس از اجرای مرحله مقدماتی، پرسشنامه مجدداً از نظر متن و محتوا مورد بازبینی قرار گرفت، یک ماده از آن حذف و ویراستاری علمی و ادبی در مورد آن انجام شد. دستورالعمل اجرای آن به شکل مناسبی تدوین گردید.

پرسشنامه مذکور برای گروه سنی بین ۱۵ تا ۲۵ سال مناسب است. فرض بر این است که شخصیت افراد در سنین بالای ۲۵ سال تثبیت شده و تغییر در خصوصیات و ویژگی‌های افراد ترجیحاً تا ۲۵ سال مورد نظر می‌باشد. بنابراین برای سنین ۱۵ تا ۱۸ سال، دانش‌آموزان مقطع متوسطه دبیرستان‌های دولتی تهران و برای مقاطع سنی ۱۹ تا ۲۵ سال دانشجویان

شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های موجود در سطح تهران (دولتی و آزاد اسلامی) در نظر گرفته شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه کل این پژوهش کلیه افراد ایرانی دارای سنین ۱۵ تا ۲۵ سال بوده و جامعه در دسترس مورد مطالعه این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه دبیرستان‌های دولتی شهر تهران و دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های دولتی و آزاد اسلامی تهران هستند.

براساس حجم نمونه تحقیقات مشابه، نمونه‌ای به تعداد ۲۰۰۰ نفر برای هنجاریابی این آزمون در تهران در نظر گرفته شد. از میان دانشگاه‌های تهران، شهید بهشتی، الزهرا(س)، علامه طباطبائی و شعب دانشگاه آزاد اسلامی واقع در تهران، دانشگاه‌های الزهرا(س)، علامه طباطبائی و آزاد اسلامی واحد جنوب، به طور تصادفی برگزیده و مقرر شد از ۲۰۰۰ نفر نمونه پژوهش، ۱۰۰۰ نفر برای مقاطع سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و ۱۰۰۰ نفر برای ۱۹ تا ۲۵ سال منظور گردد. با توجه به تعداد دانشجویان و تک جنسی بودن دانشگاه الزهرا(س)، تعداد ۲۴۰ نفر از این دانشگاه مدنظر قرار گرفت. از دانشگاه علامه طباطبائی با توجه به نسبت دختر و پسر، تعداد ۳۲۵ نفر دختر و ۲۲۵ نفر پسر، جمعاً ۵۵۰ نفر در نظر گرفته شد. از سه دانشکده موجود در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب (علوم انسانی، تربیت معلم، مدیریت و حسابداری) به نسبت دانشجویان دختر و پسر شاغل به تحصیل مجموعاً ۳۶۰ نفر (از هر دانشکده ۶۰ نفر دختر و ۶۰ نفر پسر) منظور شد. بنابراین مجموعاً پرسشنامه روی ۱۱۵۰ مورد اجرا شد که ۱۵۰ مورد اضافی جهت افت احتمالی و دسترسی به ۱۰۰۰ نفر نمونه پژوهش در مقاطع سنی ۱۹ تا ۲۵ سال پیش‌بینی شده است.

برای تأمین نمونه از گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال از میان مناطق نوزده گانه آموزش و پرورش شهر تهران، با توجه به پراکندگی وضع اقتصادی، اجتماعی دانش‌آموزان، ۵ منطقه به طور تصادفی انتخاب شد که عبارتند از مناطق ۳، ۱۹، ۱۶، ۱۱، ۵. هریک از این مناطق دارای تعدادی دبیرستان دخترانه و پسرانه روزانه هستند. لازم به ذکر است که فقط

دبیرستان‌های دولتی مدنظر قرار گرفته است که تعداد آنها براساس آمار ماخوذه از اداره آموزش و پرورش استان تهران استخراج شد. طبق این آمار، مناطق پنجگانه منتخب جمعاً شامل ۶۸ دبیرستان دولتی پسرانه و ۷۲ دبیرستان دولتی دخترانه می‌شود. با استفاده از روش طبقه‌ای نسبت ۱۰٪ برای انتخاب مدارس در نظر گرفته شد و با توجه به این نسبت تعداد ۷ دبیرستان پسرانه و ۷ دبیرستان دخترانه به روش تصادفی برگزیده شد. از هر دبیرستان ۴ کلاس از چهار پایه تحصیلی و از هر پایه ۲۰ نفر دختر و ۲۰ نفر پسر به صورت تصادفی انتخاب شد. بنابراین مجموعاً پرسشنامه روی ۱۱۶۰ مورد اجرا شد که ۱۶۰ مورد اضافی جهت اکتاف احتمالی و دسترسی به ۱۰۰۰ نفر نمونه پژوهش در مقاطع سنی ۱۵ تا ۱۸ سال پیش بینی شده است.

برآورد روایی و اعتبار پرسشنامه

برای هنجاریابی پرسشنامه، این آزمون روی نمونه‌ای به حجم ۲۳۳۵ نفر (با توجه به اکتاف احتمالی نمونه) اجرا شد. به منظور جلوگیری از اثر حجم زیاد نمونه بر معناداری ضرایب همبستگی، برای برآورد اعتبار و روایی پرسشنامه مذکور از نمونه‌ای به تعداد ۳۰۰ نفر استفاده شد، پرسشنامه روی ۳۰۰ نفر اجرا، سپس تصحیح و نمره‌گذاری و آماده تجزیه و تحلیل شد. برخی پرسشنامه‌ها به دلیل ناقص بودن حذف شدند و برای اعمال دقت بیشتر و اطمینان از صحت عمل، اکتاف نمونه جبران شد، به این ترتیب که مجدداً پرسشنامه روی تعداد دیگری اجرا و جمعاً در این مرحله اطلاعات مربوط به ۳۲۰ نفر به دست آمد. اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه استخراج و محاسبات مربوط به اعتبار و روایی پرسشنامه جسمی، خلقی، عاطفی در مرحله اصلی و هنجاریابی پرسشنامه مذکور به شرح زیر انجام شد:

- محاسبه روایی بر اساس تحلیل عاملی.
- محاسبه روایی ملاکی؛ برای این منظور از آزمون SCL-90 استفاده شد.
- محاسبه روایی افتراقی.
- محاسبه اعتبار پرسشنامه بر اساس:

- روش بازآزمایی
- روش تجزیه و تحلیل اعتبار سوالات (روش Loop)

نتایج

الف) مرحله مقدماتی

روایی پرسشنامه

روایی صوری: پرسشنامه به چندتن از متخصصان داده شد تا نظر خود را در خصوص تطابق عنوان پرسشنامه و محتوای سوالات اعلام دارند. پس از دریافت نظرات و پیشنهادهای آنها همان طور که قبلاً اشاره شد، تعدادی سؤال حذف و تغییرات و اصلاحات پیشنهادی اعمال و فرم ۵۱ سوالی تدوین نهایی شد.

روایی ملاک: به منظور تعیین روایی ملاکی پرسشنامه حاضر، از پرسشنامه MMPI فرم کوتاه (۷۱ سؤال) استفاده شد. پس از اجرای پرسشنامه ویژگی‌های جسمی، خلقی، عاطفی و نیز پرسشنامه MMPI روی بیماران، نمره‌های حاصل از این دو آزمون بدست آمد و ضریب همبستگی بین آنها محاسبه شد. نتایج در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین نمرات آزمون MMPI و پرسشنامه ویژگی‌های جسمی، خلقی، عاطفی

نمرات MMPI	نمرات پرسشنامه خصوصیات جسمی، خلقی و عاطفی
Ma هیومانی	**
Sc اسکیزوفرنیا	**
Pt پسیکوپاتی	**
Pa پارانویا	**
PD پسیکوپاتی	۰/۲۴
HY هیستری	**
D افسردگی	**
HS هیپوکندری	**
k حالات دفاعی	*
F آشفتنگی فکری	**
L دروغ سنجی	**
	۰/۳۳
	۰/۵۵
	۰/۶۸
	۰/۵۱
	۰/۳۲
	۰/۵۵
	۰/۵۳
	۰/۵۶
	۰/۵۴
	-۰/۵۶

همان‌طور که مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد، تمامی ضرایب همبستگی بدست آمده به جز عامل پسیکوپاتی در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنی دار است.

روایی تفکیکی: میانگین نمرات حاصل از اجرای پرسشنامه ویژگی های جسمی، خلقی، عاطفی روی بیماران و افراد غیر بیمار محاسبه شد و با استفاده از آزمون t برای گروه های مستقل، معنی دار بودن تفاوت میانگین های آنها مورد آزمون قرار گرفت. نتایج در جدول ۲ منعکس شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه گروه های آزمایشی و گواه در نمره کل آزمون ($df=49$)

گروه	میانگین	انحراف معیار	حجم نمونه	t
بیماران	۹/۱۹۶	۲/۲۳۶	۵۱	۲/۵۸**
افراد سالم	۷/۷۴۶	۳/۰۲۵	۵۱	

** $p \leq 0/01$

با مقایسه t محاسبه شده و مقدار t جدول ($t=2/02$)، معنی دار بودن تفاوت دو گروه (بیمار و غیربیمار) از نظر آماری تأیید می گردد.

اعتبار پرسشنامه

تحلیل عاملی: یکی از معتبرترین روش های اعتباریابی یعنی روش تحلیل عاملی برای محاسبه اعتبار پرسشنامه حاضر مورد استفاده قرار گرفت. به همین منظور از برنامه تحلیل عاملی نرم افزار SPSS به روش تجزیه و تحلیل مؤلفه های اصلی استفاده و همچنین برای تشخیص و استخراج عامل ها، روش چرخش متعامد از نوع واریماکس به کار برده شد. انگیزه اصلی برای بکارگیری روش چرخش متعامد این بود که استقلال عامل ها مورد توجه قرار گیرد. به این ترتیب تعدادی عامل تعیین گردید. اما چون حجم نمونه در مورد مطالعه مقدماتی کوچک بود ($n=51$)، لذا بارهای عاملی ناپایدار به دست آمد و لذا محاسبات مذکور برای مرحله اصلی پژوهش در نظر گرفته شد.

ضریب همگونی: برای محاسبه ضریب همگونی از روش آلفای کرونباخ برای هر دو گروه استفاده شد که مقدار آن برای گروه بیمار ۰/۹۲ و برای گروه مقایسه ۰/۹۳ بدست آمد که مقدار آن مطلوب و بالا بود.

(ب) مرحله اصلی

برای هنجاریابی این آزمون نمونه ای به تعداد ۲۳۳۵ نفر (با احتساب ریزش)، ۱۱۴۳ نفر از دانش آموزان مقطع دبیرستان (سنین ۱۵-۱۸ سال) و ۱۱۹۲ نفر از دانشجویان دانشگاه (سنین ۱۹ تا ۲۵ سال) به طور تصادفی انتخاب شدند. پس از اجرای پرسشنامه‌ها و تکمیل آن توسط آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها تصحیح و اطلاعات مورد نیاز از آنها استخراج و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۳، فراوانی و درصد افراد کل نمونه را براساس مقطع تحصیلی و جدول ۴، بر حسب جنسیت نشان می‌دهد.

جدول ۳. فراوانی و درصد افراد کل گروه نمونه بر اساس مقطع تحصیلی

گروه‌ها	فراوانی	درصد
دانش آموز	۱۱۴۳	۴۹
دانشجو	۱۱۹۲	۵۱
مجموع	۲۳۳۵	۱۰۰

براساس داده‌های جدول ۳، تعداد دانشجو و دانش آموز گروه نمونه حدود ۵۰ درصد است.

جدول ۴. فراوانی و درصد افراد کل گروه نمونه بر حسب جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	۱۳۱۱	۵۶/۱
مرد	۱۰۲۰	۴۳/۷
بدون پاسخ	۴	۰/۲
مجموع	۲۳۳۵	۱۰۰

براساس داده‌های جدول ۴، زنان با فراوانی ۱۳۱۱ (۵۶/۱ درصد) بیشترین تعداد را شامل می‌شوند.

تحلیل عاملی

برای انجام تحلیل عاملی می‌باید دو پیش فرض مدنظر قرار گیرد:

۱- کفایت نمونه‌برداری، برای این منظور از آزمون KMO استفاده شد که مقدار آن برابر (۰/۸۹) به دست آمد. مقدار مطلوب و بالای این ضریب مؤید کفایت نمونه‌برداری و بیانگر وجود شرایط لازم در ماتریس همبستگی مبنای تحلیل و نیز قابلیت سؤالات پرسشنامه برای استخراج عامل‌ها است.

۲- برای حصول اطمینان از اینکه ماتریس ضرایب همبستگی پایه تحلیل عاملی در جامعه برابر صفر نیست از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد که مقدار آن برابر (۰/۶۳) به دست آمد این خود دلیل دیگری بر مجاز بودن انجام تحلیل عاملی بر داده‌های پرسشنامه بود.

بنابراین روایی پرسشنامه بر اساس تحلیل عامل محاسبه شد. براساس آزمون اسکروی و با پیش فرض ارزش ویژه بالاتر از (۱)، ۱۳ عامل استخراج شد. عامل‌های مستخرج با استفاده از چرخش واریماکس به محورهای جدید انتقال داده شدند تا تشخیص ساختار ساده آنها امکان‌پذیر شود. عوامل فرضی فوق به طور کلی ۶۲ درصد واریانس مفهوم کلی را تبیین کردند. به عنوان ملاک ورود بارهای عاملی حداقل ۰/۴۰ و برای خروج هر ماده ضریب ۰/۳۰ در نظر گرفته شد. همچنین برای تفکیک سؤالات قوی و ضعیف ستون اشتراکات مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت از ۱۳ عامل اکتشافی ۶ عامل اصلی باقی ماند. شاخص‌های آماری ۶ عامل مفروض در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. شش عامل استخراج شده و شاخص‌های آن‌ها در تحلیل اولیه تحلیل عامل تأییدی

عوامل فرضی اولیه	ارزش ویژه	درصد تبیین‌کنندگی واریانس	درصد تراکمی
عامل ۱	۱۲/۳۲	۲۴/۷	۲۴/۷
عامل ۲	۲/۲۰	۴/۴	۲۹/۱
عامل ۳	۲/۱۴	۴/۳	۳۳/۳
عامل ۴	۱/۹۸	۴	۳۷/۳
عامل ۵	۱/۸۸	۳/۸	۴۱/۱
عامل ۶	۱/۷	۳/۴	۴۴/۵

براساس داده‌های مندرج در جدول ۵، در مجموع ۶ عامل حدود ۴۴ درصد واریانس کل صفت مورد سنجش را تبیین می‌کنند.

در مرحله بعد اقدام به محاسبه ضریب همبستگی بین نمره هر سؤال با نمره کل آن عامل به عنوان شاخصی از همسانی درونی آزمون شد. ضرایب به ترتیب در عامل ۱ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۲، در مورد عامل ۲ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۴، در مورد عامل ۳ بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ و در مورد عامل ۴ بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۶ و در مورد عامل ۵ بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ بدست آمد که همه این ضرایب معنی دار و در حد مطلوب بودند ($p \leq 0/001$).

اعتبار پرسشنامه

با استفاده از روش تجزیه و تحلیل سؤالات (لوپ)، اعتبار پرسشنامه مذکور محاسبه شد. به این ترتیب با کنار گذاشتن هر سؤال، ضرایب همبستگی باقی مانده سؤالات کاهش یافت. بنابراین سؤالات پرسشنامه، سؤالات مناسبی بودند. مقدار ضریب اعتبار کل به همراه ضرایب اعتبار در صورت حذف سؤالات در اجرای اول برابر $\alpha = 0/9006$ و در بار دوم $\alpha = 0/9566$ به دست آمد. ضرایب آلفا برای تک تک عوامل به دست آمده و در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. ضرایب آلفا در صورت حذف سوال(سؤالات) در اجرای اول و دوم

ضریب آلفا در صورت حذف سوال		سؤالات
اجرای اول	اجرای دوم	
۰/۸۹۹۴	۰/۹۵۵۴	سؤال ۱
۰/۸۹۷۷	۰/۹۵۵۵	سؤال ۲
۰/۸۹۷۸	۰/۹۵۵۳	سؤال ۳
۰/۸۹۸۴	۰/۹۵۵۶	سؤال ۴
۰/۸۹۸۸	۰/۹۵۵۷	سؤال ۵
۰/۸۹۸۱	۰/۹۵۵۵	سؤال ۶
۰/۸۹۷۶	۰/۹۵۵۵	سؤال ۷
۰/۸۹۸۳	۰/۹۵۵۹	سؤال ۸
۰/۹۰۷۶	۰/۹۵۸۱	سؤال ۹

۰/۹۵۵۸	۰/۸۹۹۴	سؤال ۱۰
۰/۹۵۴۹	۰/۸۹۶۸	سؤال ۱۱
۰/۹۵۵۴	۰/۸۹۷۰	سؤال ۱۲
۰/۹۵۴۸	۰/۸۹۴۹	سؤال ۱۳
۰/۹۵۴۹	۰/۸۹۴۸	سؤال ۱۴
۰/۹۵۵۱	۰/۸۹۵۱	سؤال ۱۵
۰/۹۵۵۲	۰/۸۹۷۷	سؤال ۱۶
۰/۹۵۵۵	۰/۸۹۷۲	سؤال ۱۷
۰/۹۵۵۱	۰/۸۹۷۵	سؤال ۱۸
۰/۹۵۵۷	۰/۸۹۷۲	سؤال ۱۹
۰/۹۵۵۷	۰/۸۹۸۰	سؤال ۲۰
۰/۹۵۵۹	۰/۸۹۸۲	سؤال ۲۱
۰/۹۵۶۰	۰/۸۹۸۷	سؤال ۲۲
۰/۹۵۵۵	۰/۸۹۸۲	سؤال ۲۳
۰/۹۵۵۷	۰/۸۹۸۱	سؤال ۲۴
۰/۹۵۸۰	۰/۹۰۷۷	سؤال ۲۵
۰/۹۵۵۲	۰/۸۹۷۷	سؤال ۲۶
۰/۹۵۴۹	۰/۸۹۶۴	سؤال ۲۷
۰/۹۵۷۹	۰/۹۰۶۹	سؤال ۲۸
۰/۹۵۵۵	۰/۸۹۷۴	سؤال ۲۹
۰/۹۵۷۶	۰/۹۰۶۳	سؤال ۳۰
۰/۹۵۵۹	۰/۸۹۹۱	سؤال ۳۱
۰/۹۵۷۴	۰/۹۰۵۵	سؤال ۳۲
۰/۹۵۵۷	۰/۸۹۷۷	سؤال ۳۳
۰/۹۵۵۶	۰/۸۹۷۲	سؤال ۳۴
۰/۹۵۵۱	۰/۸۹۵۵	سؤال ۳۵
۰/۹۵۵۶	۰/۸۹۸۹	سؤال ۳۶
۰/۹۵۵۱	۰/۸۹۵۸	سؤال ۳۷
۰/۹۵۵۲	۰/۸۹۶۱	سؤال ۳۸
۰/۹۵۵۹	۰/۹۰۱۰	سؤال ۳۹
۰/۹۵۵۵	۰/۸۹۸۳	سؤال ۴۰
۰/۹۵۵۶	۰/۸۹۷۳	سؤال ۴۱

۰/۹۵۵۵	۰/۸۹۷۵	سؤال ۴۲
۰/۹۵۵۵	۰/۸۹۷۸	سؤال ۴۳
۰/۹۵۵۵	۰/۸۹۵۴	سؤال ۴۴
۰/۹۵۵۳	۰/۸۹۷۵	سؤال ۴۵
۰/۹۵۶۰	۰/۹۰۰۶	سؤال ۴۶
۰/۹۵۵۵	۰/۸۹۷۹	سؤال ۴۷
۰/۹۵۵۹	۰/۸۹۹۴	سؤال ۴۸
۰/۹۵۶۱	۰/۹۰۰۷	سؤال ۴۹
۰/۹۵۵۵	۰/۸۹۹۲	سؤال ۵۰

همانگونه که در جدول ۶ مشخص است، مقدار ضرایب آلفا برای تک تک عوامل در بار اول اجرا بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۲ و در اجرای دوم بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ بود و همه در حد معنادار و مطلوب بودند.

روایی ملاکی

برای رواسازی پرسشنامه خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی از شواهد وابسته به روایی ملاکی استفاده شد. در این مورد آزمون SCL-90-R مورد استفاده قرار گرفت. به طور خلاصه می توان گفت آزمون SCL-90 به طور گسترده‌ای کاربرد داشته و دارد و دارای سطح بالایی از همسانی درونی و پایایی زمانی است. این آزمون نسبت به تغییرات بالینی حساسیت داشته و کرارا به طور موفقیت آمیزی از آن در مطالعات پیگیری روان‌درمانی، همه گیرشناسی، تحقیقات مبتنی بر دارو درمانی و مطالعات آسیب‌شناختی روانی توسط پژوهشگران از آن استفاده شده است (کیسر و سوئیت لند؛ ۱۹۸۵)

جدول ۷. ضرایب همبستگی بین عوامل استخراج و تایید شده عوامل ششگانه با عوامل آزمون SCL90

عوامل	جسمانی	شکایات	وسواس	تنز فردی	حساسیت	افسردگی	اضطراب	تزلزل	تزلزل	روان پریشی	سؤالات اضافی
عامل فرضی ۱	۰/۲۷**	۰/۳۶**	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۰/۲۹**	۰/۲۳**	۰/۲۶**	۰/۳۱**	۰/۲۶**
عامل فرضی ۲	۰/۳۵**	۰/۳۱**	۰/۲۸**	۰/۳۲**	۰/۳۰**	۰/۲۸**	۰/۳۰**	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۳۴**	۰/۲۶**
عامل فرضی ۳	۰/۳۰**	۰/۳۰**	۰/۲۷**	۰/۲۷**	۰/۳۲**	۰/۲۷**	۰/۳۲**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۲۵**	۰/۲۴**
عامل فرضی ۴	۰/۳۰**	۰/۳۴**	۰/۳۱**	۰/۳۰**	۰/۳۲**	۰/۳۰**	۰/۳۲**	۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۳۳**	۰/۳۰**
عامل فرضی ۵	۰/۲۹**	۰/۳۵**	۰/۳۲**	۰/۳۰**	۰/۳۳**	۰/۳۰**	۰/۳۳**	۰/۳۰**	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۰/۲۴**
عامل فرضی ۶	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۰۴

* -/۰/۱

** -/۰/۰۱

روایی افتراقی

برای برآورد روایی افتراقی پرسشنامه خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی از آزمون t مستقل استفاده شد. در نمونه ۲۳۳۵ نفری تفاوت میانگین دانش آموزان و دانشجویان با استفاده از t مستقل در زیرمقیاس های (عوامل ششگانه) پرسشنامه مذکور برآورد شد.

جدول ۷. آزمون t مستقل بین دانش آموزان و دانشجویان در عوامل آزمون (df=۲۳۳۳)

گروه	تعداد سؤال	۱۲	۱۲	۵	۵	۳
شاخص آماری	وسواس	اضطراب	جسمانی سازی	ترس مرضی	افسردگی	مصرف مواد
میانگین	۱۹/۸۷	۱۸/۸۷	۲۳/۹۶	۸/۷۲	۳۱/۱۲	۴/۴۶
انحراف	۶/۸۶	۶/۲۹	۷/۲۰	۳/۵۸	۷/۴۶	۱/۸۸
معیار واریانس	۴۷/۰۵	۳۹/۵۶	۵۱/۸۴	۱۲/۸۲	۵۵/۶۵	۳/۵۴
میانگین	۱۸/۰۸	۱۸/۰۶	۲۲/۴۱	۸/۲۰	۳۰/۷۴	۴/۱۵
انحراف	۶/۴۳	۵/۷۹	۶/۷۳	۳/۴۲	۷/۷۹	۱/۴۶
معیار واریانس	۴۱/۳۴	۳۳/۵۲	۴۵/۲۹	۱۱/۶۹	۶۰/۶۸	۲/۱۳
سطح تحصیلی	مقدار t	۶/۶۲	۳/۲۴	۱/۹۰۹	۳/۵۸	۱/۲۰۲
	p ≤	**	۰/۰۵	۰/۰۶*	۰/۰۵	۰/۸۹۵
		۰/۰۰۰۱				۰/۰۰۰۱**

جدول ۷ نشان می‌دهد با توجه به مقادیر t محاسبه شده که بزرگتر از مقدار t مبین جدول است، در عامل‌های وسواس، اضطراب، ترس مرضی و مصرف مواد تفاوت بین میانگین نمره‌های دانش آموزان و دانشجویان معنی‌دار است.

در مرحله بعد عامل جنسیت مدنظر و مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۸. آزمون t مستقل بین دختران و پسران در عوامل آزمون

گروه	تعداد سؤال	۱۲	۱۲	۵	۵	۳
گروه شاخص آماري	میانگین	۱۸/۴۵	۱۷/۸۷	۲۲/۰۲	۸/۱۴	۴/۳۴
	انحراف	۶/۵۴	۵/۹۰	۶/۷۲	۳/۴۵	۱/۷۷
	معيار	۴۲/۷۷	۳۴/۸۱	۴۵/۱۶	۱۱/۹۰	۳/۱۵
	واريانس	۱۹/۳۶	۱۸/۹۳	۲۳/۲۰	۸/۷۱	۴/۲۷
گروه شاخص آماري	میانگین	۱۹/۳۶	۱۸/۹۳	۲۳/۲۰	۸/۷۱	۴/۲۷
	انحراف	۶/۸۱	۶/۱۴	۷/۱۱	۳/۵۳	۱/۶۱
	معيار	۴۶/۳۸	۳۷/۷۰	۵۰/۵۵	۱۲/۴۶	۲/۶۰
	واريانس	۳/۱۳	۴/۲۴	۴/۸۲	۳/۸۰	۰/۹۸
سطح تحصيلي	$p \leq$	۰/۰۲۱*	۰/۰۰۰۱**	۰/۰۰۱*	۰/۰۵**	۰/۰۶

مندرجات جدول ۸ نشان می دهد که تفاوت بین میانگین نمره های دختران و پسران در عامل های وسواس، اضطراب، جسمانی سازی و ترس مرضی با توجه به بزرگتر بودن مقادیر t محاسبه شده از t مبین جدول معنی دار است. یافته ها حاکی از آن بود که میانگین نمرات دختران در عوامل وسواس، اضطراب، جسمانی سازی و ترس مرضی بالاتر از پسران بوده است. همچنین اگرچه تفاوت میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه از لحاظ آماری معنادار نبوده ولی تفاوت مذکور حاکی از بالاتر بودن میزان افسردگی در دختران است.

بحث و نتیجه گیری

موضوع پژوهش حاضر هنجاریابی آزمون خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی است. پژوهش از نوع توصیفی بوده و برای تحقق این هدف پژوهش در دو مرحله مقدماتی و اصلی انجام گرفت. در مرحله مقدماتی ابتدا بر اساس پرسشنامه های شخصیتی معتبر و تجارب بالینی محققان، آزمون با ۶۰ سؤال در مقیاس ۵ درجه ای تدوین شد و پس از بررسی های لازم، فرم اولیه با ۵۱ سؤال تنظیم گردید. جامعه پژوهش در مرحله مقدماتی

شامل کلیه بیمارانی می‌شد که دارای سابقه تشخیصی مرتبط با موضوع پژوهش بوده و در بیمارستان‌های روانی تهران بستری بودند. سپس از بین سه بیمارستان روانی منتخب از جامعه پژوهش، تعداد ۵۲ بیمار به عنوان گروه مورد مطالعه برگزیده شدند. همچنین گروه دیگری به عنوان گروه مقایسه از میان دبیرستان‌های شبانه مناطق ۱۷ و ۱۸ آموزش و پرورش تهران (به لحاظ تشابه ویژگی‌های دموگرافیک با گروه مورد مطالعه) به طور تصادفی انتخاب شد. از نظر روایی صوری پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت، پس از آن به محاسبه روایی ملاکی با آزمون MMPI (فرم کوتاه) و روایی تفکیکی اقدام شد که پرسشنامه مذکور از روایی خوبی برخوردار بود. همچنین تحلیل عاملی که یکی از معتبرترین روش‌های روایی است مورد استفاده قرار گرفت ولی چون تعداد نمونه کم بود بارهای عاملی ناپایدار به دست آمد. در مرحله اصلی نیز مجدداً تحلیل عاملی صورت گرفت.

ضریب همگونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای هر دو گروه (بیمار و غیربیمار) به ترتیب برابر ۰/۹۲ و ۰/۹۳ به دست آمد.

در مرحله اصلی آزمون روی نمونه‌ای به تعداد ۲۳۳۵ نفر، سنین ۱۹ تا ۲۵ سال (با احتساب ریزش) که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا گردید. دامنه سنی مذکور از این نظر مناسب تشخیص داده شد که پیشینه نظری و پژوهشی از این مسأله حمایت می‌کند. معمولاً شخصیت افراد در سنین بالای ۲۵ سال تثبیت شده است و تغییر در ویژگی خلقی و شخصیتی ترجیحاً تا ۲۵ سال بیشتر مدنظر است. اس^۱ و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند که برای فهم بیشتر افسردگی کودکان و نوجوانان باید از منظر تحولی به آن نگریست. همچنین یافته‌های مک کالی^۲ و می‌یر (۲۰۰۰) نیز در این راستا بوده و بر این اساس اذعان می‌دارند که اختلالات خلقی کودکی و نوجوانی ممکن است تظاهرات ابتدایی یک اختلال باشد که تا بزرگسالی استمرار یافته و خود را به شکل افسردگی در بزرگسالی نشان دهد و یا پیش نشانه‌ای از انواع اختلالاتی باشد که با تحول کودک از یکدیگر متمایز می‌گردند.

1. Essau
2. MC Cauley

یافته‌های دوربین^۱ و همکاران (۲۰۰۰) با زیربنای انتخاب دامنه سنی یاد شده همسو بوده زیرا نتایج حاصل از تحقیقات آنان حاکی از آن است که شدت آسیب‌های روانی دوران کودکی و سابقه آسیب‌های روان‌شناختی خانوادگی برای پیش‌بینی افسرده‌خویی در بزرگسالی بسیار سودمندتر از متغیرهای دموگرافیک هستند.

روایی پرسشنامه براساس تحلیل عامل محاسبه شد. مقدار آزمون کرویت بارتلت برابر ۰/۶۳ به دست آمد. براساس آزمون اسکروی و با پیش فرض ارزش ویژه بالاتر از ۱، ۱۳ عامل استخراج شد. عامل‌های مستخرج با استفاده از چرخش واریماکس به محورهای جدید انتقال داده شدند تا تشخیص ساختار ساده آنها امکان پذیر شود. عوامل فرضی فوق به طور کلی ۶۲ درصد واریانس مفهوم کلی را تبیین کردند. به عنوان ملاک ورود بارهای عاملی حداقل ۰/۴۰ و برای خروج هر ماده ضریب ۰/۳۰ در نظر گرفته شد. همچنین برای تفکیک سؤالات قوی و ضعیف اشتراکات مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت از ۱۳ عامل اکتشافی ۶ عامل اصلی باقی ماند و نامگذاری شد که عبارتند از: وسواس، اضطراب، جسمانی‌سازی، ترس مرضی، افسردگی، مصرف مواد.

روایی ملاکی پرسشنامه حاضر نیز از طریق اجرای همزمان این پرسشنامه با آزمون SCL-90 روی ۳۲۰ نفر به دست آمد که کلیه ضرایب با اطمینان بیش از ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار بود. در این مورد آزمون SCL-90 انتخاب شد که مشابه با پرسشنامه مورد نظر بود و به این ترتیب با استناد به میزان همبستگی قابل قبول بین دو آزمون، امکان قضاوت وجود داشت که پرسشنامه مذکور تقریباً همان حوزه‌های رفتاری را می‌سنجد که آزمون مشابه آنها را مورد سنجش قرار می‌دهد. در مورد آزمون SCL-90 به طور خلاصه می‌توان گفت که این آزمون به‌طور گسترده‌ای کاربرد داشته و دارد و دارای سطح بالایی از همسانی درونی و پایایی زمانی است. این آزمون نسبت به تغییرات بالینی حساسیت داشته و کرارا به‌طور موفقیت‌آمیزی از آن در مطالعات پیگیری روان‌درمانی، همه‌گیرشناسی، تحقیقات مبتنی بر دارو درمانی و مطالعات آسیب‌شناختی روانی توسط پژوهشگران از آن استفاده شده است (کیسر و سوئیت لند؛ ۱۹۸۵). بنابر آنچه که در مورد اعتبار آزمون SCL-90 ذکر شد

1. Durbin

و با توجه به رابطه معنی داری که در مطالعات دیگر بین نمره کلی آزمون SCL-90 و نمره مقیاس های آن با نمرات ابعاد نشانه ای مشابه در آزمون MMPI (که در مطالعه مقدماتی برای سنجش روایی ملاکی پرسشنامه خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی مورد استفاده قرار گرفت) به دست آمده است، این آزمون برای سنجش روایی ملاکی پرسشنامه پژوهش حاضر مدنظر قرار گرفت. روایی تفکیکی نیز در نمونه ۲۳۳۵ نفر از طریق محاسبه تفاوت میانگین نمرات دانش آموزان و دانشجویان و نیز دختران و پسران در عوامل ششگانه محاسبه شد. نتایج نشان می دهد با توجه به مقادیر t محاسبه شده که بزرگتر از مقدار t مبین جدول است، در عامل های وسواس، اضطراب، ترس مرضی و مصرف مواد تفاوت بین میانگین نمره های دانش آموزان و دانشجویان معنی دار است.

با توجه به پیشینه نظری پژوهش نتایج حاصل در راستای بحث نظری است. چنانچه نگاهی به طبقه بندی قدیمی اختلال روانی داشته باشیم نتیجه می گیریم که رفتار نوروتیک گرچه یک رفتار غیر طبیعی است ولی شامل اختلال فاحش در واقعیت و بی نظمی آشکار در رفتار و افکار نمی شود. در عامل افسردگی، جسمانی سازی تفاوت معنی داری بین دو گروه دانش آموز و دانشجو مشاهده نشد. نتایج پژوهش استراس^۱ و همکاران (۲۰۰۰) روی نمونه ای به تعداد ۱۹۷۹ نفر از کودکان و نوجوانان مدرسه رو ۵ تا ۱۹ ساله دارای اختلالات مذکور، نشان داد پس از این که گروه های فوق را از لحاظ سنی به گروه های متفاوت تقسیم کردند و مورد آزمون قرار دادند، تفاوت معنی داری از لحاظ این اختلالات و میزان آنها بین گروه ها مشاهده نشد که این امر همسو با یافته های پژوهش حاضر است.

در طبقه بندی های جدید به استناد DSM-IV-TR، اضطراب نوعی احساس ترس و ناراحتی عمیق عنوان شده است که نشانه بسیاری از اختلالات روان شناختی محسوب می شود و اغلب به وسیله رفتارهای دفاعی مانند فرار از یک موقعیت ناخوشایند کاهش می یابد. اضطراب نشانه اصلی و مشترک تمام اختلالاتی است که در این طبقه قرار می گیرند. این اختلالات عبارتند از هراس ساده (خصوصاً هراس اجتماعی)، وسواس اجباری، اضطراب فراگیر و بنابراین تفاوت در دسته ای از اختلالات مبتنی بر یک رشته واحد یعنی

اضطراب است. اما این که چرا در عامل‌های وسواس، ترس مرضی و اضطراب، میانگین دانش‌آموزان بیشتر از دانشجویان است نظرات متفاوتی بیان شده است. زمانی این تصور بود که آمادگی ابتلا به این دسته از اختلالات در سنین مختلف متفاوت است. اگر این نظر را بپذیریم قاعدتاً معنی‌دار بودن این تفاوت می‌تواند قابل توجیه باشد. اما امروزه بسیاری از متخصصان بالینی بر این باورند که ناراحتی‌های روانی از این دست، در افراد میانسال، نوجوانان و کودکان به طور یکسان شایع بوده ولی نشانه‌های مرضی در گروه‌های مختلف سنی متفاوت است (آزاد، ۱۳۷۲). مک کالی و مایر^۱ (۲۰۰۰) فزونی مشکلات مذکور را در نوجوانی تأیید می‌کنند. مک کالی و می‌یر^۲ (۲۰۰۰) اظهار می‌دارند که اختلالات خلقی و اضطرابی می‌تواند تظاهرات ابتدایی یک اختلال باشد که تا بزرگسالی استمرار می‌یابد و خود را به شکل اختلال در بزرگسالی نشان می‌دهد یا به صورت یک اختلال منحصر به فرد بوده که شامل دوره خاص خود می‌شود. تحقیقات پارک و گویدیر^۳ (۲۰۰۰) نیز اشاره بر این دارد که اختلالات خلقی و اضطرابی غالباً در دوره کودکی و نوجوانی تظاهر دارد. این امر ممکن است سبب افزایش شدت و نیز مدت این اختلالات شود.

در عامل مصرف دارو تفاوت بین دانش‌آموزان و دانشجویان معنی‌دار بوده است. در توجیه این یافته می‌توان به نظر محققانی چون تارتر^۴ (۱۹۸۸)، روثبارت و احدی^۵ (۱۹۹۴) استناد کرد. یافته‌های پژوهشی کندل، یاماگوچی، رایبیز و پریبک^۶ (۱۹۸۵) و ویلز^۷ و همکاران (۱۹۹۵) حاکی از آن است که نوجوانان شهری در ایالات متحده، مصرف مواد را از حدود ۱۲ سالگی تجربه می‌کنند، همچنین گفته می‌شود نوجوانان به خاطر هم‌نوایی با همسالان و به خاطر محیطشان بیشتر جذب شبکه اجتماعی همسالان خود می‌شوند که دسترسی به مواد را برای آنان امکان‌پذیر می‌کند (پترسون و همکاران؛ ۱۹۸۹، به نقل از شمس اسفند آباد، ۱۳۸۴).

1. Myers
2. Park & Goodyer
3. Tarter
4. Rothbart & Ahadi
5. Kandel, Yamaguch & Przybeck
6. Wills

از طرف دیگر نتایج نشان دادند که تفاوت بین میانگین نمره‌های دختران و پسران در عامل‌های وسواس، اضطراب، جسمانی‌سازی و ترس مرضی با توجه به بزرگتر بودن مقادیر t محاسبه شده از t مین جدول معنی‌دار است. یافته‌ها حاکی از آن بود که میانگین نمرات دختران در عوامل وسواس، اضطراب، جسمانی‌سازی و ترس مرضی بالاتر از پسران بوده است. همچنین اگرچه تفاوت میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه از لحاظ آماری معنادار نبوده ولی تفاوت مذکور حاکی از بالاتر بودن میزان افسردگی در دختران است که این مسأله با نتایج پژوهش‌های لیندمن - ساری^۱ (۱۹۹۹) و مک کلی و می ریز^۱ (۱۹۹۹) همسو است. یافته‌های آنها حاکی از نرخ بیشتر و بالای شیوع افسردگی به طور بنیادی و پایدار در بین زنان نسبت به مردان و فزونی افسردگی در بین زنان است. در مورد عامل اضطراب براساس گزارش DSM-IV در اختلالات اضطرابی تقریباً نسبت زنان دو برابر مردان است. همچنین نتایج نشان داد که از نظر مصرف مواد بین دختران و پسران تفاوت معنی‌دار وجود ندارد و میانگین مصرف پسران با تفاوت بسیار جزئی بیشتر از دختران است. این یافته با نتایج تحقی نیک منش در ایران تحت عنوان مطالعه کیفی و کمی رفتارهای مخاطره آمیز در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر زاهدان هم‌خوانی دارد.

در مورد عامل جسمانی‌سازی باید گفت که این مسأله در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و این امر از فرهنگ حاکم بر جامعه تأثیر می‌پذیرد مثلاً در آمریکا اختلال جسمانی‌سازی به ندرت در مردها رخ می‌دهند و بیشتر نزد زنان شایع است (به نقل از DSM-IV؛ نوربالا، ۱۳۷۴). این یافته با ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایران نیز کاملاً قابل توجه است و میزان بیشتر آن در افراد مؤنث طبیعی است.

در ادامه با استفاده از روش تجزیه و تحلیل سؤالات (لوپ)، اعتبار پرسشنامه مذکور محاسبه شد. مقدار ضریب اعتبار کل به همراه ضرایب اعتبار در صورت حذف سؤال‌ها در اجرای اول برابر $\alpha=0/9006$ و در بار دوم $\alpha=0/9566$ به دست آمد. مقدار ضرایب آلفا برای تک تک عوامل در بار اول اجرا بین $0/65$ تا $0/82$ و در اجرای دوم بین $0/71$ تا $0/81$ بود و همه در حد معنادار و مطلوب بودند.

1. Lind man, Sari

پس از اطمینان از روایی و اعتبار مطلوب پرسشنامه و استخراج نهایی عوامل (۶ عامل)، ریشه مفهومی عوامل و نامگذاری آنها صورت گرفت که نام عوامل به ترتیب عبارتند از: عامل ۱: وسواس اجباری، عامل ۲: اضطراب، عامل ۳: جسمانی سازی، عامل ۴: ترس ساده، عامل ۵: افسردگی، عامل ۶: اضطراب ناشی از مصرف مواد.

در پایان هنجار آزمون به دست آمد که به ترتیب نمرات Z نرمال و T محاسبه شد. در پایان مدل هنجاری شش ضلعی نیز به تفکیک گروه‌های نمونه دانش‌آموز، دانشجو، دختران و پسران ارائه گردید.

با توجه به هنجارهای بدست آمده برای آزمون خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی روی نمونه ایرانی ۲۵-۱۵ سال، می‌توان به سنجش خصوصیات مذکور در افراد ایرانی در محدوده سنی یاد شده در بالا پرداخت و وضعیت آنها را در هر یک از عوامل ششگانه: وسواس، اضطراب، جسمانی سازی، ترس مرضی، افسردگی و اختلال اضطراب ناشی از مصرف مواد، براساس هنجار ایرانی مشخص کرد. به عبارت دیگر می‌توان تعیین کرد که آیا این افراد از سلامت روان برخوردارند یا خیر و یا این که در کدام یک از عوامل، وضعیت نابهنجاری دارند. این امر موجب می‌شود تا افراد به درستی از وضع خود آگاه شده و برای درمان یا به منظور پیشگیری از توسعه ناراحتی و مشکلاتشان اقدام کنند. نتایج تحقیقات مک‌کالی و می‌یر (۲۰۰۰) بر این نکته دلالت دارد که افسردگی کودکان و نوجوانی ممکن است تظاهرات ابتدایی یک اختلال باشد که تا بزرگسالی استمرار یابد و خود را به شکل افسردگی در بزرگسالی نشان دهد. همچنین شواهدی مبنی بر گرایش به اختلالات خلقی طی دوران تحول و تکامل وجود دارد و بهبودی برای اکثر جوانان به آسانی صورت می‌گیرد و عود شایع و معمول است، همین‌طور یافته‌های پژوهش پالمر^۱ (۲۰۰۰) بر این امر تأکید دارد که اختلال افسرده‌خویی و افسردگی اساسی با اختلال شخصیتی، عدم سلامتی و اختلال در عملکرد اجتماعی و جسمی وابسته‌اند و این بیماران بهبود کمتر و گرایش بیشتر به عود را نشان می‌دهند. تمام موارد فوق نتیجه‌گیری نهایی پژوهش حاضر یعنی تشخیص زود هنگام، به هنگام و پیشگیری را تأیید می‌کند و مؤید این نکته است که پیشگیری بهتر و با صرفه‌تر

1. Palmer

از درمان است. نتایج تحقیق دافی-آن^۱ (۲۰۰۰) نیز تأیید مجدد موارد ذکر شده در بالاست. در مورد افراد مرزی نیز می‌توان با هدایت آنها به مراکز مشاوره از بروز جدی بیماری پیشگیری کرد.

آزمون خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی می‌تواند برای سنجش سلامت روان و خصوصیات جسمی، خلقی، عاطفی افراد و نیز برای تشخیص موارد نابهنجاری در حوزه عوامل ششگانه حاصل در دبیرستان‌ها، دانشگاه‌ها، مراکز مشاوره و روان‌درمانی و کلینیک‌ها مورد استفاده قرار گیرد و براساس نتایج بدست آمده از اجرای آزمون به ارائه راهکارهای مناسب پرداخت.

پیشنهاد می‌شود پرسشنامه مذکور در سطح ایران اجرا و هنجاریابی شود و همچنین در فواصل زمانی دیگری نیز مجدداً اجرا و مورد بررسی قرار گیرد تا با توجه به تغییر وضعیت بافت جامعه و مسایل مبتلا به این قشر سنی، اصلاحات لازم در مورد آن انجام شود.

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۲). *آسیب شناسی روانی*. انتشارات بعثت.
- فرانکن، رابرت. (۱۳۸۴). *انگیزش و هیجان*. ترجمه حسن شمس اسفندآباد، غلامرضا محمودی و سوزان امامی‌پور، نشر نی.
- نوربالا، احمدعلی. (۱۳۷۴). *راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی DSM IV*. انجمن روان‌پزشکی آمریکا.
- هاشمیان، کیانوش. (۱۳۷۷). *روان‌شناسی نابهنجار و زندگی نوین*. انتشارات دانشگاه الزهراء (س).

Brend Low, Robert Spitzer, Janet B.W. Williams D.S.W., Monika Mussell, Dieter Schellberg & Kurt Kroenke, (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*. Vol:30, issue:3, pp:191-199.

1. Duffy, Anne

- Duffy, Anne, (2000). Toward effective early intervention and prevention Strategies for major affective disorders: A review of antecedents and Risk factors: *Canadian Journal of psychiatry*, vol: 45(4).
- Durbin-c-Emily, Klein, Daniel-N, Schwartz, Joseph, E, (2000). Predicting the 2 years outcome dysthymic disorder. The role of childhood adversity and family history of psychopathology: *Journal of counseling and clinical psychology*, vol: 68(1).
- Essau, Cecilia, Ahomoi, Peterman, Franz, (1999). *Classification of Depressive disorders in children and adolescent, Epidemiology, risk*.
- Kathrina voigt, Annabel nagel, Bjorn Meyer, Gernot Lings, christoph Braukhaus, Bernd Lowe, (2010). Towards Positive diagnostic Criteria. A Systematic review Of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *Journal of psychosomatic Research*, 68, pp: 403-414.
- Keyser, D.J & Sweethland, R.C. (1985). Test reviewed, Test critiques. vol: 2, Test corporation of America. Lind man, Sari, (1999). Epidemiology of depression- psychiatria Fennica, vol: 30.
- MC Cauley-e, Myers, K, Athleen, (2000). The longitudinal clinical course of depression in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric clinics of North America*, vol: 1(1).
- Maurice M, Ohayon, and Alan F. Schatzberg. (2010). Phobia and depression: Prevalence and Comorbidity. *Journal of Psycho Pomatic Research*, vol: 68, Issue: 3, pp: 235-243.
- Palmer, K-J, (2000). *Managing depressive disorder*, Adis International publications.
- Park, R-J, Goodyer, I-M, (2000). Clinical guide lines for depressive disorders in childhood and adolescence, *European- child and Adolescent- psychiatry*, vol: 9(3).
- Strauss, John, Birmaher, Boris, Bridge, Jeffery, Axelson, David, Chiappetta, Lurl, Brent, David, Ryam, Weal, (2000). Anxiety disorders in suicidal youth, *Canadian Journal of psychiatry*, vol: 45(8).

Archives