

پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI)

نویسنده: دکتر محمدعلی بشارت

* دانشیار دانشگاه تهران

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، بررسی پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی بود. یکصد و شصت دانشجو از دانشگاه تهران و دانشگاه علم و صنعت ایران در دو گروه بیمار (n=80؛ 50 دختر، 30 پسر) و بهنجار (n=80؛ 50 دختر، 30 پسر) با اجرای مقیاس سلامت روانی، مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک، و پرسشنامه سلامت عمومی در این پژوهش شرکت کردند. پایایی بازآزمایی مقیاس سلامت روانی بر حسب نتایج دو بار اجرای آزمون و همسانی درونی مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. اعتبار همزمان مقیاس سلامت روانی بر حسب ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی با نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی بررسی و تأیید شد. نتایج مربوط به اعتبار تفکیکی مقیاس سلامت روانی نیز نشان داد که این مقیاس می‌تواند افراد دو گروه بیمار و بهنجار را متمایز کند.

واژه‌های کلیدی: مقیاس سلامت روانی، پایایی، اعتبار

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سیزدهم - دوره جدید

شماره ۱۶

اردیبهشت ۱۳۸۵

مقدمه

بررسی وضعیت روانی جمعیت عمومی (general population) در مراجعه به بیمارستان‌های عمومی و مراکز درمانی، هم از نظر تأثیرگذاری بر فرایند درمان بیماری‌های پزشکی و هم از نظر پیشگیری، از اهمیت بنیادی برخوردار است. پزشکان، نقشی برجسته و وظیفه‌ای دشوار در شناسایی اختلالات روان‌شناختی بر عهده

دارند؛ وظیفه‌ای که انجام آن غالباً رضایت‌بخش نبوده است [۲۱]. بر این اساس ابزارهای سرندی (screening) مناسب می‌توانند به سادگی و با صرفه اقتصادی - در مقایسه با مصاحبه‌های جامع - در مقیاس وسیع با شناسایی افراد دارای نشانه‌های بیماری، برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گیرند.

شده و به همین دلیل، مقیاسی مناسب برای این جمعیت و افراد دارای بیماری‌های جسمانی محسوب می‌شود.

۳. نشانه‌های جسمانی و وضعیت عملکرد فرد در این مقیاس مورد بررسی و سؤال قرار نمی‌گیرد. این ویژگی، مقیاس سلامت روانی را مخصوصاً برای استفاده در مورد جمعیت‌های مبتلا به بیماری‌های جسمانی مناسب کرده است.

مشخصه‌های روان‌سنجی (psychometric) مقیاس سلامت روانی در نمونه‌های خارجی با اجرای آن در مورد جمعیت‌های عمومی و بهنجار [۹، ۱۱ و ۱۳] شامل همسانی درونی (internal consistency)، پایایی بازآزمایی (test-retest reliability)، ساختار عاملی (factor structure)، اعتبار همزمان (concurrent validity) و اعتبار همگرا (convergent validity) و در مورد بیماران مبتلا به افسردگی، آرتروز، سرطان، دیابت و بیماری‌های پوستی [۱۱ و ۱۴]، شامل اعتبار پیش بین (predictive validity) اعتبار همگرا و اعتبار تفکیکی (discriminant validity)، بررسی و تأیید شده است.

هدف اصلی این پژوهش، بررسی پایایی و اعتبار فرم فارسی مقیاس سلامت روانی است. اهمیت اعتباریابی این ابزار برای استفاده در دو حوزه گسترده اقدامات بالینی و پژوهشی، و قابلیت کاربرد آن در مورد جمعیت‌های بهنجار و نابهنجار، مخصوصاً در مورد بیماری‌های پزشکی، ضرورت پژوهش را توجیه و تبیین می‌کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه دانشجویان دارای اختلالات خلقی (mood disorders) و اضطرابی (anxiety disorders) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشگاه علم و صنعت ایران و دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران که از مهرماه ۱۳۷۹ تا تیرماه ۱۳۸۲ به صورت متوالی (consecutive) به

در بررسی ابزارهای ساخته شده برای تعیین وضعیت سلامت روانی (mental health)، سه دسته مقیاس را می‌توان متمایز کرد. ابزارهای اولیه از نظر محتوا ناهمگن بودند [۳، ۴ و ۵]. این ابزارها، مقیاس‌های مختلف مربوط به نشانه‌های مشخص، مانند اضطراب (anxiety) و افسردگی (depression) را شامل می‌شدند. دسته دوم ابزارهای سلامت روانی تقریباً به صورت انحصاری، سازه‌های روان‌شناختی مشخص را هدف قرار می‌دهند [۶، ۷ و ۸]. این دسته از مقیاس‌ها، گرچه همگن‌تر از دسته اول هستند و فرضیه‌های مربوط به سلامت روانی را دقیق‌تر مورد بررسی قرار می‌دهند، اما نمی‌توانند تغییرات سلامت روانی را از تغییرات سلامت جسمانی متمایز کنند [۹ و ۱۰]. ویژگی دیگر این ابزارها، تمرکز بر نشانه‌های شایع‌تر درماندگی روان‌شناختی (psychological distress)، مانند اضطراب و افسردگی در جمعیت‌های عمومی است [۹]. این ویژگی، گرچه حساسیت این مقیاس‌ها را در ردیابی تغییرات سلامت روانی افزایش می‌دهد، چون درصد قابل ملاحظه‌ای از جمعیت عمومی وجود نشانه‌های درماندگی روان‌شناختی را یا اصلاً گزارش نمی‌کنند یا به ندرت گزارش می‌کنند، آن‌ها را با محدودیت جدی مواجه می‌سازد.

به منظور رفع این محدودیت و افزایش دقت اندازه‌گیری، لازم است تعریف سلامت روانی از محدود شدن به نشانه‌های درماندگی روان‌شناختی فراتر رود و ویژگی‌های بهزیستی روان‌شناختی (psychological well-being) را نیز شامل شود [۱۱]. مقیاس سلامت روانی (mental health inventory) ویت و ویر [۱۱] از این دسته محسوب می‌شود و سه مشخصه اصلی، آن را به مقیاسی برتر تبدیل کرده است [۱۲]:

۱. مقیاس سلامت روانی دو بعد بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را به صورت متمایز بررسی می‌کند. این ویژگی، مقیاس سلامت روانی را به ابزاری ایده‌آل برای جمعیت‌های غیرروان‌پزشکی تبدیل کرده است.
۲. مقیاس سلامت روانی براساس اطلاعات مربوط به جمعیت عمومی - نه بیماران روان‌پزشکی - ساخته

متخصصان روان‌شناسی بررسی و اصلاح شد. سپس برای اطمینان بیش‌تر از صحت ترجمه و مطابقت دو نسخه انگلیسی و فارسی، ترجمه فارسی آزمون در اختیار دو نفر از متخصصان زبان انگلیسی قرار داده شد تا با استفاده از روش ترجمه معکوس (back translation) آن را به فارسی برگردانند. بدین ترتیب، پس از چند مرحله بررسی، بازبینی و اعمال تغییرات و اصلاحات، فرم فارسی مقیاس سلامت روانی برای اجرای پژوهش آماده شد.

- مقیاس افسردگی بک - این مقیاس یک آزمون ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های افسردگی را در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۶۳ می‌سنجد. این مقیاس از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و پایایی و اعتبار آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است [۱۷ و ۱۶].

- مقیاس اضطراب بک - این مقیاس یک آزمون ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های اضطراب را در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۶۳ می‌سنجد. این مقیاس با هدف سنجش شدت نشانه‌های اضطراب و کاهش همپوشی با نشانه‌های افسردگی ابداع شده و مشخصه‌های روان‌سنجی آن، شامل پایایی و اعتبار مورد تأیید قرار گرفته است [۱۸ و ۱۹].

- پرسشنامه سلامت عمومی. پرسشنامه سلامت عمومی، یک آزمون ۲۸ سؤالی با چهار زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، و افسردگی است. هریک از زیر مقیاس‌ها بر حسب ۷ سؤال در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰، ۱، ۲، ۳) سنجیده می‌شود. از مجموع نمره‌ها نیز نمره کل آزمودنی محاسبه می‌شود که از صفر تا هشتاد و چهار متغیر است. پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است [۲۰، ۲۲ و ۲۳]. در این پژوهش برای سنجش اعتبار همزمان مقیاس سلامت روانی از نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است.

محقق به‌عنوان روان‌درمانگر مراجعه کردند. نمونه پژوهش در دو گروه به شرح زیر انتخاب شد:

۱. گروه بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی (n=۸۰؛ ۵۰ دختر، ۳۰ پسر) شامل دانشجویانی که براساس مصاحبه بالینی (clinical interview) جلسه اول بر حسب معیارهای تشخیصی DSM-IV [۱۵] واجد یک یا چند اختلال تشخیص داده شدند و با استفاده از مقیاس افسردگی بک (beck depression inventory) [۱۷ و ۱۶] و مقیاس اضطراب بک (beck anxiety inventory) [۱۸ و ۱۹] شدت نشانه‌های مرتبط با افسردگی و اضطراب آنان اندازه‌گیری شد. این گروه از ۳۷ بیمار افسرده (۲۴ دختر، ۱۳ پسر)، ۳۱ بیمار مضطراب (۱۹ دختر، ۱۲ پسر) و ۱۲ بیمار مبتلا به بیش از یک اختلال (۷ دختر، ۵ پسر) تشکیل شد.

۲. گروه کنترل بهنجار (n=۸۰؛ ۵۰ دختر، ۳۰ پسر) شامل دانشجویان دانشگاه تهران (n=۴۰) و دانشگاه علم و صنعت (n=۴۰) که بر حسب سن، جنس، مقطع تحصیلی و دانشگاه محل تحصیل با گروه بیماران همتا، و بر حسب نتایج مقیاس‌های افسردگی و اضطراب، فاقد نشانه‌های بیماری بودند.

علاوه بر مقیاس افسردگی و اضطراب بک، پرسشنامه سلامت عمومی (general health questionnaire) [۲۰] نیز برای بررسی اعتبار مقیاس سلامت روانی در مورد هر دو گروه از آزمودنی‌ها اجرا شد.

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه بیمار ۲۲/۷۰ (sd=۲/۳۱، دامنه=۱۹-۲۸) و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه بهنجار ۲۲/۴۶ (sd=۱/۹۰، دامنه=۱۹-۲۶) بود.

ابزارهای تحقیق

- مقیاس سلامت روانی - این ابزار یک آزمون ۳۸ سؤالی است که ۱۴ سؤال آن بهزیستی روان‌شناختی و ۲۴ سؤال درماندگی روان‌شناختی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد [۱۱]. این مقیاس، ابتدا توسط محقق ترجمه و با همکاری دو نفر از

نتایج

شد. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است.

اعتبار همزمان. اعتبار همزمان مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار ($r = -0.085$, $p < 0.001$) و با زیر مقیاس درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار ($r = 0.086$, $p < 0.001$) وجود دارد (جدول ۲). این نتایج اعتبار همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند.

اعتبار تفکیکی. اعتبار تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق آزمون «تی» دو گروه بیمار و بهنجار در مورد مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی محاسبه شد. نتایج آزمون «تی» گروه‌های مستقل نشان داد که تفاوت میانگین نمره‌های دو گروه در مورد مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ($t = -14.07$, $p < 0.001$) و درماندگی روان‌شناختی ($t = 5.97$, $p < 0.001$) از نظر آماری معنادار است (جدول ۳). این نتایج اعتبار تفکیکی مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند.

آزمون U من ویتنی برای مقایسه دو گروه بیمار و بهنجار بر حسب متغیرهای سن، افسردگی و اضطراب نشان داد که تفاوت میانگین نمره دو گروه در مورد متغیر سن معنادار نیست ($Z = -0.369$, $p = 0.712$)، اما تفاوت میانگین‌های گروه‌ها در مورد افسردگی ($Z = -8.706$, $p = 0.000$) و اضطراب ($Z = -8.179$, $p = 0.000$) معنادار است (جدول ۱).

پایایی بازآزمایی. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ($n = 30$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r = 0.89$ و $r = 0.87$ و در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است.

ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ($n = 30$) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r = 0.77$ و $r = 0.82$ و در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است.

همسانی درونی. برای سنجش همسانی درونی مقیاس سلامت روانی از ضریب آلفای کرونباخ [۲۱] استفاده

جدول ۱ نتایج آزمون U من ویتنی برای مقایسه آزمودنی‌های بیمار و بهنجار بر حسب متغیرهای سن، افسردگی و اضطراب

P	Z	انحراف معیار	میانگین	متغیر و شاخص	
/۷۱۲	۰/۳۶۹	۲/۳۱	۲۲/۷۰	گروه بیمار	سن
		۱/۹۰	۲۲/۴۶	گروه بهنجار	
۰/۰۰۰	-۸/۷۰۶	۸/۱۹	۳۴/۷۸	گروه افسرده	افسردگی
		۱/۹۴	۱۰/۳۰	گروه بهنجار	
۰/۰۰۰	-۸/۱۷۹	۷/۴۸	۲۸/۹۰	گروه مضطرب	اضطراب
		۲/۱۵	۱۱/۵۱	گروه بهنجار	

جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی با نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی برای بررسی اعتبار همزمان مقیاس سلامت روانی

متغیر	۱	۲	۳
۱. بهزیستی روان‌شناختی	۱		
۲. درماندگی روان‌شناختی	-۰/۸۳*	۱	
۳. سلامت عمومی	-۰/۸۵*	۰/۸۶*	۱

* p<0.001

جدول ۳ نتایج آزمون «تی» گروه‌های مستقل برای بررسی اعتبار تفکیکی مقیاس سلامت روانی در مورد دو گروه بیمار و بهنجار

متغیر و شاخص	میانگین	انحراف معیار	DF	T	P
بهزیستی روان‌شناختی	گروه بیمار	۲۹/۳۶	۱۵۸	۵/۹۸	۰/۰۰۰
	گروه بهنجار	۵۰/۳۰			
درماندگی روان‌شناختی	گروه بیمار	۷۶/۵۱	۱۱۵	-۱۴/۰۷	۰/۰۰۰
	گروه بهنجار	۵۶/۹۶			

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که پایایی بازآزمایی مقیاس سلامت روانی رضایت بخش است. پایایی مقیاس سلامت روانی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ نیز نشان داد که همسانی درونی مقیاس خوب است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت روانی [۱۳، ۱۱، ۹] مطابقت می‌کند.

تأیید اعتبار همزمان مقیاس سلامت روانی بر حسب ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی با نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی از یافته‌های دیگر این پژوهش بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی [۱۴، ۱۳، ۱۱، ۹] در مورد اعتبار همزمان مقیاس سلامت روانی مطابقت می‌کند.

ضرایب همبستگی مربوط به اعتبار همزمان مقیاس سلامت روانی، علاوه بر تأیید این مشخصه روان‌سنجی مقیاس، نشان داد که بین دو زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، همبستگی منفی معنادار وجود دارد که این یافته نیز در راستای نتایج پژوهش‌های قبلی [۱۱]، از وجود دو بعد متمایز

بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی در مقیاس سلامت روانی حمایت می‌کند. البته بررسی ساختار عاملی فرم فارسی مقیاس سلامت روانی، جزء اهداف پژوهش حاضر نبوده و به دلیل اهمیت و کارایی گسترده این مقیاس لازم است به صورت جداگانه تحقیق شود.

نتایج پژوهش نشان داد که مقیاس سلامت روانی از اعتبار تفکیکی برخوردار است و می‌تواند بین افرادی که از نظر شاخص‌های سلامت روانی در دو امتداد بهنجاری و نابهنجاری قرار می‌گیرند، تمایز ایجاد کند. این مشخصه از نظر پیامدهای عملی، برجسته‌ترین ویژگی مقیاس سلامت روانی محسوب می‌شود. بر این اساس، مقیاس سلامت روانی، به عنوان مقیاسی معتبر و مختصر که اجرای آن بسیار ساده است و حدود ده دقیقه طول می‌کشد، می‌تواند برای سرند کردن شمار بسیار مراجعان به مراکز پزشکی به کار بسته شود. توصیه متخصصان مراکز پزشکی - اعم از پزشکی عمومی و تخصصی - به بیماران با توجه به نمره آن‌ها در مقیاس سلامت روانی (مقیاسی که نمره‌گذاری آن ظرف سه دقیقه به سادگی انجام خواهد شد) به منظور تأیید و تأکید بر ضرورت مراجعه به مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی، نتایج درمان‌های پزشکی را در کنار حل مشکلات روان‌شناختی بیماران بهبود خواهد

5. Macmilan, A. M. (1957) The health opinion survey: technique for estimating prevalence of psychoneurotic and related types of disorder in communities. *Psychological Reports*, 3, 325-339.
6. Bradburn, N. M. (1969) The structure of psychological-well-being. Chicago: Aldine.
7. Dupuy, H. J. (1972) The psychological section of the current health and nutrition examination survey. *Proceedings of the Public Health Conference on Records and Statistics Meeting Jointly with the National Conference on Health Statistics*. Washington DC: National Conference on Health Statistics.
8. Cleary, P. D., Goldberg, I. D., & Kessler, L. G. (1982) Screening for mental disorder among primary care patients. *Archives of General Psychiatry*, 39, 837-840.
9. Ware, J. E., Johnston, S. A., Davise-Avery, A., & Brook, R. H. (1979) Conceptualization and measurement of health for adults in the Health Insurance Study, Vol.3. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
10. Ware, J. E., Davise-Avery, A., & Brook, R. H. (1980) Conceptualization and measurement of health for adults in the Health Insurance Study, Vol.6. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
11. Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983) The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
12. Manne, S., & Schnoll, R. (2001) Measuring cancer patients' psychological distress and well-being: a factor analytic assessment of the Mental Health Inventory. *Psychological Assessment*, 13, 99-109.
13. Ware, J., Manning, W., Duan, W., Wells, K., & Newhouse, J. (1984) Health status and use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39, 1090-1100.
14. Cassileth, B., Lusk, E., Strouse, T., Miller, D., Brown, L., Cross, P., & Tenaglia, A. (1984) Psychological status in chronic illness. *New England Journal of Medicine*, 311, 506-511.
15. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: Author.
16. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford.
17. Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
18. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
19. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993) *Beck Depression Inventory Manual*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company. San Antonio.
20. Goldberg, D. P. (1972) The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*, 21, Oxford: Oxford University Press.
21. Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., & et al. (1997) The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
22. Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988) *A users' guide to the Genral Health Questionnaire*. UK: NFER, Nelson.
23. Cronbach, L. J. (1970) *Essentials of psychological testing*. New York: Harper and Row International.

بخشید. به علاوه، از مقیاس سلامت روانی، به عنوان مقیاسی ابعادی که جای آن در مقیاس های روان سنجی ایران خالی است می توان در مراکز بالینی به منظور کمک به بیماران مبتلا به اختلال های روان شناختی، در مراکز بهداشت روانی و مشاوره ازدواج، و در پژوهش های گسترده بالینی استفاده کرد.

در حاشیه سنجش و تأیید پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی طبق یافته های پژوهش حاضر، چند نکته محدود ساز و در عین حال راه گشا مطرح می شود. اگر از پایایی بگذریم، سنجش و بررسی انواع اعتبار یک مقیاس فرایندی نسبتاً مستمر است و تحقق اعتبار مطلوب با انجام چند پژوهش و چند سال پژوهش میسر نمی شود. بنابراین، گرچه گام های نخست برداشته شده، اما ادامه و حتی تکرار پژوهش ها به منظور بررسی انواع اعتبار مقیاس و تأیید مجدد یافته های فعلی ضرورت دارد.

هنجاریایی مقیاس سلامت روانی، به منزله فرایندی متمایز از اعتبار یابی که ارزش، جایگاه و پیامدهای مخصوص به خود را دارد، از جمله اقدامات مکملی است که برای آینده پیش بینی می شود.

تقدیر و تشکر

از دانشجویانی که به عنوان مراجع، آزمودنی و پرسشگر در این پژوهش شرکت و همکاری کردند و همچنین از مراکز مشاوره و مسئولان ذیربط دانشگاه تهران و دانشگاه علم و صنعت ایران صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Ormel, J., Koeter, M. W., van den Brink, W., & van den Willing, G. (1991) Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Archive of General Psychiatry*, 48, 700-706.
2. Borus, J. F., Howes, M. J., Devins, N. P., Rosenberg, R., & Livingston, W. W. (1988) Primary health care providers' recognition and diagnosis of mental disorders in their patients. *General Hospital Psychiatry*, 10, 317-321.
3. Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960) Americans view their mental health-A nationwide interview survey. New York: Basic Books.
4. Langer, T. S. (1962) A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *Journal of Health and Human Behavior*, 3, 269-276.