

پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی

دکتر محمدعلی بشارت*

* دکتری روان‌شناسی بالینی، استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران

چکیده

زمینه و هدف: پرسشنامه‌های غربالگری معتبر در زمینه سلامت روانی ابزارهایی مفید برای پژوهش و اقدامات بالینی هستند. این ابزارها نقشی اساسی در شناسایی بیماران روانپزشکی مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی دارند. هدف اصلی این پژوهش بررسی پایایی و روایی فرم کوتاه مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی بود.

روش بررسی: ۲۱۴ مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و دانشجویان دانشگاه‌های تهران و علم و صنعت ایران در دو گروه بیمار ($n=107$; $n=64$ زن، ۴۳ مرد) و بهنجار ($n=107$; $n=64$ زن، ۴۳ مرد) با اجرای مقیاس سلامت روانی، مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک و پرسشنامه سلامت عمومی در این پژوهش شرکت کردند. فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی (MHI-28) بر اساس ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۳۸ سؤالی در مطالعات مقدماتی تهیه شد.

یافته‌ها: 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. ضرایب آلفای کرونباخ برای بهزیستی و درماندگی روانشناختی در نمونه‌های بیمار و بهنجار از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ محاسبه شد. ضرایب پایایی بازآزمایی نیز به همین ترتیب از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ به دست آمد. همه ضرایب در سطح $P < 0/001$ معنا دار بودند. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی بر حسب ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های این ابزار با نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی بررسی شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی ۰/۸۷- و برای درماندگی روانشناختی ۰/۸۸ محاسبه و در سطح $P < 0/001$ تأیید شد. نتایج مربوط به روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی نیز نشان داد که این مقیاس می‌تواند افراد دو گروه بیمار و بهنجار را متمایز کند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، مقیاس سلامت روانی پرسشنامه‌ای معتبر محسوب می‌شود و می‌تواند برای هدف‌های پژوهشی و بالینی به وسیله پزشکان، روانپزشکان، روانشناسان بالینی و پژوهشگران حوزه سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: سلامت، مقیاس سلامت روانی (MHI-28)، پایایی، روایی

تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۵/۷

وصول مقاله: ۱۳۸۷/۲/۲۷

نویسنده پاسخگو: تهران، کوی نصر (گیشا)، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی، صندوق پستی ۶۴۵۶-۱۴۱۵۵. besharat@ut.ac.ir

مقدمه

گیرند. پزشکان در شناسایی، مدیریت و هدایت مراجعانی که علاوه بر بیماری‌های پزشکی از اختلال‌های روانشناختی رنج می‌برند، نقشی تعیین‌کننده دارند؛ نقشی که به دلیل در اختیار نداشتن پرسشنامه‌های مناسب به طور شایسته ایفا نشده است. بنابراین، تهیه پرسشنامه‌های غربالگری معتبر برای افزایش دقت، کمیت و کیفیت تشخیص اولیه اختلال‌های روانشناختی همراه با بیماری‌های پزشکی، ضرورتی انکارناپذیر دارد.

در بررسی ابزارهای ساخته شده برای تعیین وضعیت سلامت روانی، سه دسته مقیاس را می‌توان متمایز کرد. ابزارهای اولیه از نظر محتوا ناممکن بودند (۸-۶). این ابزارها، مقیاس‌های مختلف مربوط به نشانه‌های مشخص مانند اضطراب و افسردگی را شامل می‌شدند. دسته دوم ابزارهای

بررسی وضعیت روانی جمعیت عمومی در مراجعه به بیمارستان - های عمومی و مراکز درمانی، هم از نقطه‌نظر تأثیرگذاری بر فرایند درمان بیماری‌های پزشکی و هم از نقطه نظر پیشگیری، از اهمیت بنیادی برخوردار است (۱). پزشکان، نقشی برجسته و وظیفه‌ای دشوار در شناسایی اختلالات روانشناختی بر عهده دارند؛ وظیفه‌ای که انجام آن غالباً رضایت بخش نبوده است (۳-۱). بر این اساس، پرسشنامه - های غربالگری مناسب می‌توانند به سادگی و با صرفه اقتصادی، در مقایسه با مصاحبه‌های جامع (۵، ۴) و در مقیاسی وسیع با شناسایی افراد دارای نشانه‌های بیماری، برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار

این پژوهش عبارت بود از کلیه بیماران دارای اختلالات خلقی و اضطرابی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشگاه علم و صنعت ایران و دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران که از مهرماه ۱۳۸۲ تا تیرماه ۱۳۸۶ به صورت متوالی^{۱۲} به محقق به عنوان روان‌درمانگر مراجعه کردند. نمونه پژوهش در دو گروه به شرح زیر انتخاب شد: ۱- گروه بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی (۱۰۷ = ۶۴ زن، ۴۳ مرد) شامل کسانی که براساس مصاحبه بالینی جلسه اول بر حسب معیارهای تشخیصی (DSM-IV-TR (۲۰) واجد یک یا چند اختلال تشخیص داده شدند و با استفاده از مقیاس افسردگی بک^{۱۳} (۲۱) و مقیاس اضطراب بک^{۱۴} (۲۳، ۲۴) شدت نشانه‌های مرتبط با افسردگی و اضطراب آنان اندازه‌گیری شد. این گروه از ۴۹ بیمار افسرده (۳۰ زن، ۱۹ مرد)، ۴۲ بیمار مضطرب (۲۴ زن، ۱۸ مرد) و ۱۶ بیمار مبتلا به بیش از یک اختلال (۹ زن، ۷ مرد) تشکیل شد.

۲- گروه کنترل بهنجار (n=۱۰۷؛ ۶۴ زن، ۴۳ مرد) شامل دانشجویان دانشگاه‌های تهران (n=۶۳) و علم و صنعت (n=۴۴) که بر حسب سن، جنس و تحصیلات با گروه بیماران هم‌تا بودند و بر حسب نتایج مقیاس‌های افسردگی و اضطراب فاقد نشانه‌های بیماری بودند. علاوه بر مقیاس افسردگی و اضطراب بک، پرسشنامه سلامت عمومی^{۱۵} (۲۴) نیز برای بررسی روایی مقیاس سلامت روانی در مورد هر دو گروه شرکت‌کنندگان اجرا شد.

مقیاس سلامت روانی (MHI-28) - این ابزار یک آزمون ۲۸ سؤالی است که ۱۴ سؤال آن بهزیستی روانشناختی و ۱۴ سؤال درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد (۱۴). فرم ۳۸ سؤالی این مقیاس ابتدا توسط محقق ترجمه و با همکاری دو نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و اصلاح شد. سپس، برای اطمینان بیشتر در مورد 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 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. براساس ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در مطالعات مقدماتی (۱۹)، فرم کوتاه ۲۸ سؤالی آزمون تهیه و در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس افسردگی بک - این مقیاس یک آزمون ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های افسردگی را در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت

سلامت روانی تقریباً به صورت انحصاری، سازه‌های روانشناختی مشخص را هدف قرار می‌دهند (۹-۱۱). این دسته از مقیاس‌ها گرچه همگن‌تر از دسته اول هستند و فرضیه‌های مربوط به سلامت روانی را دقیق‌تر مورد بررسی قرار می‌دهند، نمی‌توانند تغییرات سلامت روانی را از تغییرات سلامت جسمانی متمایز کنند (۱۲، ۱۳). ویژگی دیگر این ابزارها، تمرکز بر نشانه‌های شایع‌تر درماندگی روانشناختی^۱ مانند اضطراب و افسردگی در جمعیت‌های عمومی است (۱۲). 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 که تعریف سلامت روانی از محدود شدن به نشانه‌های درماندگی روانشناختی فراتر رود و ویژگی‌های بهزیستی روانشناختی^۲ را نیز شامل شود (۱۴، ۱۵). مقیاس سلامت روانی^۳ Veit & Ware (۱۴) از این دسته محسوب می‌شود و سه مشخصه اصلی آن را به مقیاسی برتر تبدیل کرده است (۱۶)؛ 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 ایده-آل برای جمعیت‌های غیر روانپزشکی تبدیل کرده است؛ ۲- مقیاس سلامت روانی بر اساس اطلاعات مربوط به جمعیت عمومی (نه بیماران روانپزشکی) ساخته شده است. به همین دلیل مقیاسی مناسب برای این جمعیت و افراد دارای بیماری‌های جسمانی محسوب می‌شود؛ و 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^۴ فرم ۳۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در نمونه‌های خارجی با اجرای آن در مورد جمعیت‌های عمومی و بهنجار (۱۲، ۱۴، ۱۷) شامل همسانی درونی^۵، پایایی بازآزمایی^۶، ساختار عاملی^۷، روایی همزمان^۸ و روایی همگرا^۹ و در مورد بیماران مبتلا به افسردگی، آرتروز، سرطان، دیابت و بیماری‌های پوستی (۱۸)، شامل روایی پیش‌بین^{۱۰}، روایی همگرا و روایی تفکیکی^{۱۱} بررسی و تأیید شده است. در بررسی مقدماتی در نمونه‌های ایرانی، ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۳۸ سؤالی این مقیاس در نمونه‌های بیمار و غیر بیمار اجرا و تأیید شد (۱۹).

هدف اصلی این پژوهش، بررسی پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی براساس یافته‌ای مقدماتی در فرم ۳۸ سؤالی همین مقیاس (۱۹) در جمعیت ایرانی بود. این پرسشنامه به دلیل تعداد کمتر سؤالات و سهولت اجرای آن می‌تواند به راحتی مورد استفاده‌های بالینی و پژوهشی قرار گیرد. 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 رابطه با بیماری‌های پزشکی، ضرورت پژوهش را توجیه و تصریح می‌کند.

روش بررسی

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش - جامعه آماری

- 1- Psychological Distress
- 2- Psychological Well-Being
- 3- Mental Health Inventory
- 4- Psychometric
- 5- Internal Consistency
- 6- Test-Retest Reliability
- 7- Factor Structure
- 8- Concurrent Validity
- 9- Convergent Validity
- 10- Predictive Validity
- 11- Discriminant Validity
- 12- Consecutive
- 13- Beck Depression Inventory
- 14- Beck Anxiety Inventory
- 15- General Health Questionnaire

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

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	Z	P
سن	بیمار	۲۶ / ۰۵	۵ / ۰۶	-۰ / ۴۲۰	۰ / ۶۷۴
	بهنجار	۲۷ / ۲۵	۵ / ۳۸		
تحصیلات	بیمار	۱۲ / ۹۳	۲ / ۵۰	-۰ / ۴۱۴	-۰ / ۶۷۹
	بهنجار	۱۳ / ۲۰	۲ / ۸۵		
افسردگی	افسرده	۳۶ / ۵۱	۷ / ۹۶	-۱۰ / ۰۴	۰ / ۰۰۰
	بهنجار	۱۰ / ۴۴	۲ / ۸۵		
اضطراب	مضطرب	۳۰ / ۹۲	۷ / ۷۳	-۹ / ۵۲	۰ / ۰۰۰
	بهنجار	۱۲ / ۰۰	۲ / ۱۱		

های 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 ($r = -0.187, P < 0.001$) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ($r = 0.188, P < 0.001$) وجود دارد. این نتایج روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند.

روایی تفکیکی - روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق آزمون t دو گروه بیمار و بهنجار در مورد مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی، محاسبه شد. نتایج آزمون t گروه‌های مستقل نشان داد که تفاوت میانگین نمره‌های دو گروه در مورد مقیاس بهزیستی روانشناختی ($t_{19/10} = 2.12, P < 0.001$) و درماندگی روانشناختی ($t_{14/50} = 2.12, P < 0.001$) از نظر آماری معنادار است (جدول ۲). این نتایج روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند.

جدول ۲- نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی در مورد دو گروه بیمار و بهنجار

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	df	t	P
بهزیستی روانشناختی	بیمار	۲۸ / ۶۵	۷ / ۲۶	۲۱۲	۱۹ / ۱۰	۰ / ۰۰۰
	بهنجار	۵۳ / ۴۱	۱۱ / ۲۶			
درماندگی روانشناختی	بیمار	۵۰ / ۲۹	۱۱ / ۰۳	۲۱۲	۱۴ / ۵۰	۰ / ۰۰۰
	بهنجار	۳۱ / ۵۳	۷ / ۵۷			

از نمره صفر تا ۶۳ می‌سنجد. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (۲۱).

مقیاس اضطراب بک- این مقیاس یک آزمون ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های اضطراب را در اندازه‌های چهار 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 روان سنجی آن شامل پایایی و روایی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲، ۲۳).

پرسشنامه سلامت عمومی - پرسشنامه سلامت عمومی یک آزمون ۲۸ سؤالی با چهار زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی-خوابی «اختلال کارکرد اجتماعی»^{۱۶} و افسردگی است. هریک از زیر مقیاس‌ها بر حسب ۷ سؤال در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت (۰، ۱، ۲، ۳) سنجیده می‌شود. از مجموع نمره‌ها نیز نمره کل آزمودنی محاسبه می‌شود که از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. پایایی و روایی پرسشنامه سلامت عمومی در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (۲۴، ۲۵). در این پژوهش برای سنجش روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی از نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است.

یافته‌ها

آزمون یو من ویتنی و مجذور کای برای مقایسه دو گروه بیمار و بهنجار بر حسب متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، افسردگی و اضطراب نشان داد که تفاوت میانگین نمره دو گروه در مورد متغیر سن ($Z = -0.420, P = 0.674$)، جنس ($\chi^2 = 1.197, P = 0.274$) و سطح تحصیلات ($Z = -0.679, P = 0.497$) معنادار نیست، اما تفاوت میانگین‌های گروه‌ها در مورد افسردگی ($Z = -1.004, P = 0.000$) و اضطراب ($Z = -0.952, P = 0.000$) معنادار است (جدول ۱).

پایایی بازآزمایی - ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ($n=53$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب $r = 0.88$ و $r = 0.91$ و در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت-بخش مقیاس می‌باشد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ($n=47$) 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 $r = 0.89$ و $r = 0.85$ و در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت-بخش مقیاس می‌باشد.

همسانی درونی - برای سنجش همسانی درونی مقیاس سلامت روانی از ضریب آلفای کرونباخ (۲۶) استفاده شد ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس می‌باشند.

روایی هم‌زمان - روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای هم‌زمان پرسشنامه سلامت عمومی در مورد همه آزمودنی‌ها

بحث

انجام چند پژوهش و چند سال پژوهش میسر نمی‌شود. بنابراین، گرچه گام‌های نخست برداشته شده، ادامه و حتی تکرار پژوهش‌ها به منظور بررسی انواع روایی مقیاس و تأیید مجدد یافته‌های فعلی یک ضرورت است. هنجاریابی فرم کوتاه مقیاس سلامت روانی، به منزله فرایندی متمایز از اعتباریابی که ارزش، جایگاه و پیامدهای مخصوص به خود را دارد، از جمله اقدامات مکملی است که برای آینده پیش‌بینی می‌شود.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش، فرم کوتاه مقیاس سلامت روانی، به عنوان مقیاسی معتبر و مختصر که اجرای آن بسیار ساده است و حدود ۱۰ دقیقه طول می‌کشد، می‌تواند برای غربالگری شمار بسیار مراجعان 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 ۳ 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 بخشید. به علاوه، از مقیاس سلامت روانی، به عنوان مقیاسی ابعادی که جای آن در مقیاس‌های روانسنجی ایران خالی است، می‌توان در مراکز بالینی به منظور کمک به بیماران مبتلا به اختلال‌های روانشناختی، در مراکز بهداشت روانی و مشاوره ازدواج، و در پژوهش‌های گسترده بالینی استفاده کرد. آدر صورت نیاز به استفاده از این مقیاس برای هدف‌های پژوهشی، با مؤلف مقاله تماس بگیرید.

تقدیر و تشکر

از معاونت پژوهشی دانشگاه تهران به خاطر تأمین بودجه این تحقیق از محل اعتبارات آن معاونت، از شرکت‌کنندگانی که به عنوان بیمار، آزمودنی و پرسشگر در این پژوهش شرکت و همکاری کردند، هم‌چنین از مراکز مشاوره و مسؤولان ذیربط دانشگاه‌های تهران و علم و صنعت ایران صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که پایایی بازآزمایی فرم کوتاه مقیاس سلامت روانی (MHI-28) رضایت‌بخش است. پایایی فرم کوتاه 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 (۱۶، ۱۴، ۹) مطابقت می‌کند.

تأیید روایی هم‌زمان فرم کوتاه 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 (۱۸، ۱۶، ۱۴، ۹) در مورد روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی مطابقت می‌کند.

ضرایب همبستگی مربوط به روایی هم‌زمان فرم کوتاه مقیاس سلامت روانی، علاوه بر تأیید این مشخصه روان‌سنجی مقیاس، نشان داد که بین دو زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی همبستگی منفی معنا دار وجود دارد. این یافته نیز در راستای نتایج پژوهش‌های قبلی (۱۴)، از وجود دو بعد متمایز بهزیستی و درماندگی روانشناختی در مقیاس سلامت روانی حمایت می‌کند. البته بررسی ساختار عاملی فرم کوتاه مقیاس سلامت روانی جزو 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 روایی 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 دیدگاه پیامدهای عملی، برجسته‌ترین ویژگی فرم کوتاه مقیاس سلامت روانی محسوب می‌شود.

در حاشیه سنجش و تأیید پایایی و روایی مقیاس سلامت روانی طبق یافته‌های پژوهش حاضر، چند نکته محدود ساز و در عین حال راه‌گشا مطرح می‌شود. اگر از پایایی بگذریم، سنجش و بررسی انواع روایی یک مقیاس فرایندی نسبتاً مستمر است و تحقق روایی مطلوب با

References

- 1- Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U. Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Res.* 2001; 105: 243-53.
- 2- Ormel J, Koeter MW, van den Brink W, van den Willing, G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; 48(8): 700-6.
- 3- Borus JF, Howes MJ, Devins NP, Rosenberg R, Livingston WW. Primary health care providers' recognition and diagnosis of mental disorders in their patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 1988; 10(5): 317-21.
- 4- Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33: 80-8.
- 5- Meyer C, Rumpf HJ, Hapeke U, John U. The Composite International Diagnostic Interview: feasibility and necessity of editing and interviewer training in general population surveys. *Int J Meth Psychiatr Res.* 2000; 9: 32-42.

- 6- Gurin G, Veroff J, Feld S. Americans view their mental health: A nationwide interview survey. New York: Basic Books; 1960.
- 7- Langer TS. A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *J Health Hum Behav.* 1962; 3: 269-76.
- 8- Macmilan AM. The health opinion survey: technique for estimating prevalence of psychoneurotic and related types of disorder in communities. *Psychol Rep.* 1957; 3: 325-39.
- 9- Bradburn NM. The structure of psychological-well-being. Chicago: Aldine; 1969.
- 10- Dupuy HJ. 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; 1972.
- 11- Cleary PD, Goldberg ID, Kessler LG. Screening for mental disorder among primary care patients. *Arc Gen Psychiatry.* 1982; 39: 837-40.
- 12- Ware JE. Improvements in short-form measures of health status: Introduction to a series. *J Clin Epidemiol.* 2008; 61(1): 1-5.
- 13- Ware JE, Gandek B, Sinclair SJ, Bjorner JB. Item response theory and computerized adaptive testing: implications for outcomes measurement in rehabilitation. *Rehabil Psychol.* 2005; 50(1): 71-8.
- 14- Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general population. *J Consult Clin Psychol.* 1983; 51(5): 730-42.
- 15- Manne S, Schnoll R. Measuring cancer patients' psychological distress and well-being: a factor analytic assessment of the Mental Health Inventory. *Psychol Assess.* 2001; 13: 99-109.
- 16- Ware JE, Kosinski M, Bjorner JB, Bayliss MS, Batenhorst A, Dahlof CGH, et al. Applications of computerized adaptive testing (CAT) to the assessment of headache impact. *Qual Life Res.* 2003; 12(8): 935-52.
- 17- Heubeck BG, Neil JT. Confirmatory factor analysis and reliability of the Mental Health Inventory for Australian adolescents. *Psychol Rep.* 2000; 87: 431-40.
- 18- Cassileth B, Lusk E, Strouse T, Miller D, Brown L, Cross P, Tenaglia A. Psychological status in chronic illness. *N Engl J Med.* 1984; 311(8): 506-11.
- 19- Besharat MA. Reliability and Validity of the Mental Health Inventory. *Daneshvar Raftar.* 2006; 16(6): 11-16. [Persian]
- 20- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: Author; 2000.
- 21- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988; 8: 77-100.
- 22- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56(6): 893-97.
- 23- Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company. San Antonio; 1993.
- 24- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* 1997; 27(1): 191-97.
- 25- Goldberg DP, Williams P. A users' guide to the Genral Health Questionnaire. UK: NFER, Nelson; 1988.
- 26- Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. New York: Harper and Row International; 1970.