

ساخت و هنجاریابی مقدماتی پرسشنامه غربالگری - تشخیصی روان شناختی شیراز (اس پی دی اس کیو)

محمد مظفری^۱، محمد ابراهیم مداحی^{۲*} و جواد خلعتبری^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۶/۲۰ صص ۲۷۸-۲۵۹ تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۰۷

چکیده

هدف پژوهش حاضر ساخت و هنجاریابی مقدماتی پرسشنامه غربالگری و تشخیصی روان شناختی شیراز (اس پی دی اس کیو) است. مجموعه‌ای از سئوال‌ها بر اساس روش قیاسی (نظریه ای) و ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای ۱۱ اختلال روان شناختی طراحی شد. سپس نسخه تجربی پرسشنامه غربالگری - تشخیصی اختلال‌ها از سوی ۲۰ متخصص (۱۵ روان شناس و ۵ روان پزشک) با روش دلفی تدوین گردید. یک گروه بهنجار (۴۹۳ نفر زن و مرد) به صورت نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای و یک گروه بالینی (۱۹۸ نفر زن و مرد) با روش نمونه گیری هدفمند و پرسشنامه بر روی آنها اجرا گردید. تحلیل داده‌ها نشان داد که ضریب پایایی ابعاد حاصل از تحلیل عاملی با استفاده از روش آلفای کرونباخ در گروه بهنجار، گروه بالینی و کل پاسخگویان شهر شیراز متشکل از ۸۶ سئوال برابر با ۰/۹۵ بود. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، پرسشنامه شامل ۱۱ عامل است که در مجموع ۵۲/۸۸ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین میکنند. همچنین، تفاوت معناداری بین نمره‌های افراد گروه بالینی با تشخیص روان پزشکی ($p < 0/01$) بیانگر روایی افتراقی پرسشنامه در غربالگری اختلال‌های روان شناختی در جامعه شهر شیراز بود و همبستگی معنادار بین نمره‌های پرسشنامه با نمره تشخیصی روان پزشکی ($p < 0/01$) حاکی از روایی ملاکی پرسشنامه است. در نهایت، پرسشنامه تدوین شده دارای روایی و اعتبار مناسب برای غربالگری و تشخیص اختلال‌های روان شناختی جامعه شهر شیراز می‌باشد.

^۱ دکتری روان شناسی سلامت، عضو هیأت علمی تمام وقت دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

^۲ استاد گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۳ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

* نویسنده مسئول مقاله: memadahi@yahoo.com

کلید واژه‌ها: اعتبار، پرسشنامه، روایی، گروه بهنجار، گروه بالینی، اختلال های روان شناختی

پیشگفتار

مطابقت آزمون ها براساس فرهنگ جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است. روان شناسی یک رشته وابسته به فرهنگ است و علایم و معنای اختلالات نیز در هر جامعه متفاوت می باشد. همچنین شیوه مقابله‌ی افراد با این علایم و اختلال‌ها نیز بستگی زیادی به فرهنگ دارد. تشخیص مشکلات بهداشت روانی تا حد زیادی از مسایل فرهنگی تاثیر می‌پذیرد. تعریف رفتارهای بهنجار و نابهنجار در چارچوب پذیرفته‌های شده رفتاری هر جامعه صورت می‌گیرد. رفتاری که در یک جامعه پذیرفته شده است ممکن است در جامعه‌ای دیگر نابهنجار تلقی گردد (Shahrivari et al, 2010).

در طول تاریخ، همه رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی، غیر منطقی، آزاردهنده یا رفتارهای به دور از هنجارهای اجتماعی با صفت «دیوانه وار»، «غیرعقلانه» و «جنون‌آمیز» توصیف شده‌اند. این گونه اصطلاحات نظیر «جنون‌آمیز» به «علت رفتار» اشاره‌ای نمی‌کنند و صرفاً رفتار مشاهده شده را عجیب و غریب می‌پندارند.

عقاید مربوط به «علت^۱» و تعریف اختلالهای روانی تغییر یافته است؛ از دیدگاه‌های یونانیان و رومیان باستان گرفته که معتقد بودند خدایان رفتارهای نابهنجار را کنترل می‌کنند و بی‌اعتنایی به خدایان و سرپیچی از آنان می‌تواند به بیماری‌های روانی منجر شود تا رویکرد انسان‌گرایی مانند راجرز^۲ که روی خوب بودن انسان تاکید کرده است (Ganji, 2013).

با این حال، سازمان بهداشت جهانی و افراد صاحب نظر معتقدند اختلال روانی به منزله حالات قابل توجه بالینی است که با تغییرات در تفکر، خلق و هیجان و یا رفتار مشخص می‌شود و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال در کارکرد در زندگی همراه است. در همین راستا، مطالعه «بار جهانی بیماری‌ها^۳» حاکی از آن است که بار اختلال‌های روانی به شدت کمتر از آنچه هست، برآورد می‌شود (Ghalebani et al, 2011).

¹ Cause

² Carl Rogers (1902-1987)

³ The Global Burden of Diseases

طبق برآورد جهانی بهداشت حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا به یکی از اختلالات روانی مبتلا هستند که حدود نیمی از آنها از اختلالات خفیف روانی همچون افسردگی و اضطراب تشکیل می دهند (Anisi et al, 2014).

بر اساس مطالعات همه گیر شناسی در شرایط مراقبت‌های اولیه، شناسایی اختلال‌های روانی با استفاده از ابزارهای غربالگری یا معاینه تشخیصی روان پزشکی امکان پذیر است. اختلال رفتاری و روانی در همه قشرها و در تمام نواحی کشورها و جوامع مشاهده می شوند. در زنان و مردان و تمام سنین جلوه‌گر می شود. گروه‌های فقیر و غنی، شهرنشین و روستایی را درگیر می کند. تشخیص موثق از ضروریات توصیه‌های درمانی صحیح، برآورد میزان شیوع اختلال‌های روانی برای برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی، یافتن گروه‌های بیماران به منظور پژوهش‌های بالینی و پایه‌ای و مستند ساختن اطلاعات مهم بهداشت عمومی (مانند میزان مرگ و میر و از کارافتادگی) محسوب می شود. به موازات تکامل دانش ما از اختلال‌های روانی و درمان آنها، دانشمندان و متخصصین بهداشت روانی تمرکز بیشتری روی مشخصات هر اختلال خاص و تأثیر آنها بر درمان و پژوهش نموده است (Rezaei et al, 2014; Ghalebandi, 2011).

ارزیابی بالینی کارآمد، اولین گام در درمان مشکلات بهداشت روانی بشمار می آید. با این حال، در زمینه ارزیابی بالینی و تشخیصی مشکلات قابل توجهی وجود دارد؛ برخی از آنها عبارتند از: تشخیص ناقص، بالا بودن میزان همبودی اختلال‌ها، محدودیت زمانی (برای ارزیابی جامع تشخیصی از سوی متخصصین بهداشت روانی)، فقدان روان‌شناسان تعلیم دیده و متبحر، فقدان ابزارهای سنجش و تشخیص جامع با روایی و پایایی بالا و همچنین، پایین بودن میزان توافق در میان ارزیابان در زمینه تشخیص درست اختلال‌های بهداشت روانی. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر ساخت و هنجاریابی مقدماتی پرسشنامه غربالگری و تشخیصی روان شناختی شیراز^۱ (اس پی دی اس کیو) است و این آزمون می‌تواند فقدان یا نقص ابزارهای سنجش در بیمارستان‌ها، کلینیک‌های بالینی، مراکز مشاوره‌ای، بهداشت روانی و مطب‌های خصوصی در شهر شیراز را جبران نماید. در آغاز قرن ۲۱، میزان شیوع اختلال‌های بهداشت روانی کاملاً چشمگیر و هشدار دهنده بود. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که در حدود ۴۰ درصد افراد جامعه در طول زندگی دچار یک سری مشکلات جدی بهداشت روانی می‌شوند (Siouka, 2011; Sharma, 2014).

¹ Shiraz Psychological Diagnostic - Screening Questionnaire (SPDSQ)

بر اساس یافته های پژوهشی (موسسه ملی بهداشت روانی آمریکا^۱، ۲۰۱۶) بیش از نیمی از جوانان در طی سال، افسردگی، اضطراب یا سایر اختلال های روانی را تجربه می کنند. نتایج فراوانی از پژوهش های بالینی حاکی از آن است که همبودی در میان اختلال های روان پزشکی به طور فزاینده ای وجود دارد. میزان تشخیص همبودی اختلال ها در میان پژوهش های بالینی، متفاوت و گوناگون است. دلیل این گوناگونی آن است که میزان تشخیص همبودی اختلال ها تحت تأثیر عوامل مختلف روش شناختی نظیر؛ تعداد و ماهیت اختلال های مورد سنجش، روش ارزیابی (مصاحبه نیمه ساخت دار یا ارزیابی بالینی) و مدت زمان بیماری (اخیر یا در طی زندگی) است (Plomer et al, 2016).

مطالعات در زمینه ارزیابی غیر ساخت داری توسط متخصصین بالینی بیانگر آن است که میزان همبودی اختلال ها بین ۲۰ تا ۳۶ درصد می باشد (سیوکا، ۲۰۱۱). در مقابل، نتایج مطالعات همبودی بر مبنای ارزیابی بالینی و مصاحبه ساخت داری نشانگر آن است که ۵۰ تا ۷۵ درصد بیماران دچار اختلال های همایند می باشند (همان منبع).

همبودی اختلال ها تأثیری مستقیم بر انتخاب آزمودنی ها و تفسیر نتایج دارد. نمونه های پژوهشی که از جامعه بالینی انتخاب می شوند، به طور نامتناسبی میزان بالایی از اختلال های همایند را خواهند داشت، چون آزمودنی ها بر اساس تلفیق نشانه هایی از تمامی اختلال ها به درمان ارجاع می شوند (Mesh and Woolf, 2015).

روش پژوهش

پژوهش حاضر از جنبه فرایند پژوهش، یک پژوهشتوصیفی- تحلیلی از نوع آزمون سازی اما از نظر هدف، کاربردی است. هدف اصلی این پژوهش، ساخت ابزاری استاندارد و هنجاریابی شده برای غربالگری و تشخیص انواع اختلال های روان شناختی در جامعه مورد مطالعه (شهر شیراز) بود. بدین سان، این پژوهش در چند مرحله انجام شد:

درابتدا، بر اساس منابع موجود و سئوالات آزمون های معتبر جهانی نظیر؛ MMPI-2، MCMI- II و...، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5 انجمن روانپزشکی آمریکا و همچنین منابع بالینی متعدد و نظر کارشناسان و متخصصان، ۱۲ مقیاس بالینی تدوین شد: ۱- افسردگی ۲ - مانیا ۳- استرس پس آسیمی ۴- وسواس فکری - عملی ۵- حمله هراس ۶- روان پریشی ۷-

¹ National Institute of Mental Health

هراس از مکان های باز ۸ - هراس اجتماعی ۹ - سوء مصرف الکل ۱۰ - سوء مصرف مواد ۱۱ - اختلال اضطراب فراگیر ۱۲ - اختلال نشانه های جسمانی.

در مرحله دوم، پس از انتخاب اعضاء پانل متخصصین (۲۰ نفر شامل ۱۵ نفر روان شناس و ۵ روان پزشک)؛ پرسشنامه اولیه جهت دور تول دلفی (Landeta, ۲۰۰۶) تهیه گردید.

در مرحله سوم، پیشنویس پرسشنامه حاصل از دور اول به اعضاء پانل متخصصین، تحویل و از آنان در خواست شد تا همانند دور اول میزان توافق خود را با وجود هر یک از گویه ها اعلام نمایند. در این دوره، اصلاحات محتوایی و نگارشی توسط گروه متخصص انجام شد.

در مرحله چهارم، یک مرحله مطالعه مقدماتی بر روی ۴۵ نفر از جامعه شهر شیراز با روش نمونه گیری در دسترس اجرا شد تا میزان وضوح پرسش ها و تشخیص سئوالات مبهم مشخص شود. در این مرحله بر اساس بازخورد افراد نکات نگارشی که باعث ابهام در انتقال مفهوم می شدند مورد اصلاح و بازنگری قرار گرفت.

در مرحله پنجم، به منظور اجرای پرسشنامه و برآورد شاخص های روانسنجی آن، چهار گروه به شرح زیر انتخاب شدند:

۱- «گروه نمونه هنجاریابی» مشتمل بر ۵۰۰ که براساس متغیرهای جمعیت شناختی نظیر؛ سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، شغل و ... شیراز بین سنین ۱۸ تا ۸۰ سال و دارای حداقل ۸ کلاس سواد و بدون سابقه بیماری روانی و آسیب مغزی در پرتو نمونه گیری خوشه ای انتخاب گردید.

۲- «گروه نمونه بازآزمایی» این گروه شامل ۴۵ نفر بود که آزمون مجدد، یک ماه پس از اجرای آزمون اول صورت گرفت.

۳- «گروه نمونه بالینی» پس از مشخص شدن گروه هنجاریابی، گروه بالینی نیز با روش نمونه گیری هدفمند به تعداد ۲۰۰ نفر زن و مرد از مراکز مختلف درمانی در شهر شیراز انتخاب گردید.

۴- گروه چهارم: به منظور بررسی روایی ملاکی^۱ پرسشنامه، لازم بود میزان انطباق نمرات حاصل از ابعاد مختلف پرسشنامه با تشخیص های انجام شده توسط همکاران روانپزشک مورد واریسی قرار گیرد. از آنجا که ۶۰ نفر از پاسخگویان گروه بالینی توسط همکاران روانپزشک مورد مصاحبه

^۱-criterion validity

قرار گرفته و از نظر وجود اختلال های روانشناختی بررسی شده بودند و تشخیص های روانپزشکی در مورد آنها انجام شده بود، تصمیم گرفته شد با استفاده از ابعاد مختلف پرسشنامه، تشخیص اختلال روانپزشکی مرتبط با آن بعد پیش بینی شود و میزان صحت این پیش بینی مورد بررسی قرار گیرد. بدین منظور از روش تحلیل افتراقی استفاده شد.

در مطالعه حاضر برای تحلیل داده ها و بررسی روایی سازه پرسشنامه از مدل آماری تحلیل عاملی استفاده شد (Rezakhani, 2011) بدین سان، برای تعیین حجم نمونه مطالعه حاضر، به تبعیت از منابع موجود در زمینه تحلیل عاملی، از جمله کامری^۱ (۱۹۹۲) پیشنهاد کرده است گروه نمونه ۱۰۰ نفری ضعیف، دوپست نفری به نسبت مناسب، سیصد نفری خوب، پانصد نفری خیلی خوب و هزار نفری عالی است، اقدام شد و ملاک تعیین حجم نمونه، یک نمونه خیلی خوب پانصد نفری در نظر گرفته شد. در عمل نمونه های هنجاری ۵۲۰ نفر بودند که پرسشنامه های ۲۷ نفر ناقص و نامعتبر بود و حذف شدند و در نهایت، اطلاعات ۴۹۳ نفر وارد تحلیل شد.

برای بررسی خصوصیات روان سنجی پرسشنامه، از ضریب آلفای کرونباخ برای برآورد همسانی درونی و از روش بازآزمایی برای تعیین پایایی استفاده گردید. برای تعیین روایی علاوه بر آنچه به عنوان روایی محتوایی پیشتر شرح آن رفت، از روش تحلیل عاملی برای تعیین روایی سازه، بر اساس میزان انطباق نمرات حاصل از ابعاد مختلف پرسشنامه با تشخیص های انجام شده توسط همکاران روانپزشک به عنوان روایی افتراقی استفاده شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر، تعداد افراد گروه بهنجار ۴۹۳ نفر و تعداد افراد گروه بالینی ۱۹۸ نفر بود. مشخصات متغیرهای جمعیت شناختی در جداول ۱ تا ۵ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش به تفکیک گروه

کل			گروه بالینی			گروه بهنجار			متغیر
N	SD	\bar{X}	N	SD	\bar{X}	N	SD	\bar{X}	
691	10/37	33/27	198	11/38	35/45	493	9/82	32/40	سن
691	3/99	11/66	198	3/69	11/75	493	4/10	0/61	طول دوره بیماری
691	3/99	11/66	198	3/69	11/75	493	4/10	11/62	منزلت شغلی

جدول ۲. فراوانی، درصد و درصد تراکمی جنسیت پاسخگویان براساس گروه (بهنجار و بالینی)

کل			گروه بالینی			گروه بهنجار			متغیر
C.P	P	F	C.P	P	F	C.P	P	F	
46/16	46/16	319	74/75	74/75	148	34/69	34/69	171	مرد
100	53/84	372	100	25/25	50	100	65/31	322	زن
	100	691		100	198		100	493	کل

$$F = \text{فراوانی، } P = \text{درصد و } C.P = \text{درصد تراکمی}$$

جدول ۳. فراوانی، درصد و درصد تراکمی تحصیلات پاسخگویان براساس گروه (بهنجار و بالینی)

کل			گروه بالینی			گروه بهنجار			متغیر
C.P	P	F	C.P	P	F	C.P	P	F	
16/96	16/96	117	28/79	28/79	57	12/20	12/20	60	زیر دیپلم
48/99	32/03	221	70/20	41/41	82	40/45	28/25	139	دیپلم
61/59	61/12	87	83/33	13/13	26	52/85	12/40	61	فوق دیپلم
88/12	26/52	183	94/44	11/11	22	85/57	32/72	161	لیسانس
98/12	10	69	97/47	3/03	6	98/37	12/80	63	فوق لیسانس
100	1/88	13	100	2/53	5	100	1/63	8	دکتری
	100	690		100	198		100	492	کل

جدول ۴. فراوانی، درصد و درصد تراکمی وضعیت تاهل پاسخگویان براساس گروه (بهنجار و بالینی)

کل			گروه بالینی			گروه بهنجار			متغیر
C.P	P	F	C.P	P	F	C.P	P	F	
41/10	41/10	284	42/93	42/93	85	40/37	40/37	199	مجرد
94/21	53/11	367	86/87	43/94	87	97/16	56/80	280	متاهل
97/54	3/33	23	95/45	8/59	17	98/38	1/22	6	مطلقه
98/26	0/72	5	96/46	1/01	2	98/99	0/61	3	ازدواج مجدد
99/28	1/01	7	98/48	2/02	4	99/59	0/61	3	جدا از همسر
100	0/72	5	100	1/52	3	100	0/41	2	سایر
	100	691		100	198		100	493	کل

جدول ۵. فراوانی، درصد و درصد تراکمی سابقه ی بیماری اعصاب پاسخگویان به تفکیک گروه (بهنجار و بالینی)

کل			گروه بالینی			گروه بهنجار			سابقه بیماری اعصاب
C.P	P	F	C.P	P	F	C.P	P	F	
۷۶/۵۲	۷۶/۵۲	۵۲۸	۵۰/۵۱	۵۰/۵۱	۱۰۰	۸۶/۹۹	۸۶/۹۹	۴۲۸	خیر
۱۰۰	۲۳/۴۸	۱۶۲	۱۰۰	۴۹/۴۹	۹۸	۱۰۰	۱۳/۰۱	۶۴	بلی
	۱۰۰	۶۹۱		۱۰۰	۱۹۸		۱۰۰	۴۹۲	کل

ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه غربالگری- تشخیصی اختلال های روان شناختی برای ۴۹۳ نفر در مجموع ۰/۹۳ به دست آمد. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد پرسشنامه در گروه بهنجار، بالینی و کل پاسخگویان در جداول ۶، ۷ و ۸ ملاحظه می شود.

جدول ۶. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد پرسشنامه در گروه بهنجار

تعداد آزمودنیها	تعداد سوالات	ضریب آفا	پرسشنامه غربالگری- تشخیصی روان شناختی شیراز
۴۹۰	۱۷	۰/۹۵	اختلال سوء مصرف دارو
۴۹۲	۹	۰/۸۹	اختلال هراس اجتماعی
۴۹۲	۸	۰/۸۹	اختلال استرس پس آسیبی
۴۹۱	۷	۰/۸۷	اختلال اضطراب منتشر
۴۹۳	۷	۰/۸۴	اختلال حمله هراس
۴۹۳	۶	۰/۸۳	اختلال نشانه های جسمانی
۴۹۳	۸	۰/۷۲	اختلال افسردگی
۴۹۳	۸	۰/۷۰	اختلال مانیا (شیدایی)
۴۹۳	۸	۰/۷۹	اختلال اسکیزوفرنیا
۴۹۳	۸	۰/۷۰	اختلال وسواس فکری- عملی
۴۹۳	۴	۰/۷۹	اختلال بازار هراسی
۴۸۶	۸۶	۰/۹۵	کل پرسشنامه

جدول ۷. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد پرسشنامه در گروه بالینی

تعداد آزمودنیها	تعداد سوالات	ضریب آفا	پرسشنامه غربالگری- تشخیصی روان شناختی شیراز
۱۹۸	۱۷	۰/۹۱	اختلال سوء مصرف دارو
۱۹۷	۹	۰/۸۷	اختلال هراس اجتماعی
۱۹۸	۸	۰/۸۷	اختلال استرس پس آسیمی
۱۹۷	۷	۰/۸۷	اختلال اضطراب منتشر
۱۹۷	۷	۰/۸۳	اختلال حمله هراس
۱۹۸	۶	۰/۷۷	اختلال نشانه های جسمانی
۱۹۸	۸	۰/۷۲	اختلال افسردگی
۱۹۸	۶	۰/۶۷	اختلال مانیا (شیدایی)
۱۹۷	۶	۰/۸۸	اختلال اسکیزوفرنیا
۱۹۸	۸	۰/۶۹	اختلال وسواس فکری- عملی
۱۹۸	۴	۰/۸۴	اختلال بازار هراسی
۱۹۶	۸۶	۰/۹۳	کل پرسشنامه

جدول ۸. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد پرسشنامه در کل پاسخگویان

تعداد آزمودنیها	تعداد سوالات	ضریب آفا	پرسشنامه غربالگری- تشخیصی روان شناختی شیراز
۱۹۸	۱۷	۰/۹۱	اختلال سوء مصرف دارو
۱۹۷	۹	۰/۸۷	اختلال هراس اجتماعی
۱۹۸	۸	۰/۸۷	اختلال استرس پس آسیمی
۱۹۷	۷	۰/۸۷	اختلال اضطراب منتشر
۱۹۷	۷	۰/۸۳	اختلال حمله هراس
۱۹۸	۶	۰/۷۷	اختلال نشانه های جسمانی
۱۹۸	۸	۰/۷۲	اختلال افسردگی
۱۹۸	۶	۰/۶۷	اختلال مانیا (شیدایی)
۱۹۷	۶	۰/۸۸	اختلال اسکیزوفرنیا
۱۹۸	۸	۰/۶۹	اختلال وسواس فکری- عملی
۱۹۸	۴	۰/۸۴	اختلال بازار هراسی
۱۹۶	۸۶	۰/۹۳	کل پرسشنامه

ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون بین نمرهای دو نوبت اجرای آزمون با فاصله زمانی یک ماه به عنوان شاخص پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۸، سوء مصرف دارو ۰/۹۰، هراس اجتماعی ۰/۸۵، استرس پس آسیبی ۰/۸۸، اضطراب منتشر ۰/۸۶، حمله هراس ۰/۸۰، نشانه های جسمانی ۰/۷۶، افسردگی ۰/۸۰، مانیا ۰/۶۸، اسکیزوفرنیا ۰/۸۵، وسواس فکری - عملی ۰/۷۰، بازار هراسی ۰/۸۱ محاسبه شد ($P < 0/01$).

برای اجرای تحلیل عاملی، شاخص KMO برای برآورد کفایت نمونه گیری و آزمون بارلت برای اطمینان نسبت به این مطلب که ماتریس همبستگی زیربنای تحلیل عاملی در جامعه برابر با صفر نیست، اجرا شد (shamsa & amiriazadeh, 2016). شاخص کفایت نمونه گیری محتوایی^۱ برابر ۹۱ / ۰ محاسبه گردید که نشانگر کفایت نمونه گیری در پژوهش حاضر بود (Cerny, 1977). مشخصه آماری آزمون کرویت بارلت^۲ در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار بود که نشان می دهد ماتریس همبستگی داده ها در جامعه صفر نیست و همبستگی متغیرها بالاست و می توان مدل عاملی را تبیین کرد (Honarparvaran, 2016). میانگین و انحراف استاندارد ابعاد پرسشنامه در گروه بالینی و بهنجار شهر شیراز در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد پرسشنامه به تفکیک گروه و جنسیت

جنسیت گروه	پاسنگویان زن			پاسنگویان مرد			کل پاسنگویان			
	گروه بهنجار	گروه بالینی	کل	گروه بهنجار	گروه بالینی	کل	گروه بهنجار	گروه بالینی	کل	
ابعاد پرسشنامه	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}
سوء مصرف دارو	5/22	1/19	13/27	12/80	7/92	2/75	13/93	11/56	12/81	20/41
هراس اجتماعی	6/70	6/95	12/31	6/79	7/18	7/44	8/15	9/60	8/24	13/10
استرس پس آسیبی	10/40	7/74	18/86	8/94	11/54	8/42	10/05	7/83	11/87	6/79
اضطراب منتشر	6/26	5/46	15/30	7/45	6/54	7/48	6/70	8/88	6/70	12/11
حمله هراس	4/83	5/30	13/59	5/91	6/14	5/99	6/83	7/72	6/56	11/59
نشانه های جسمانی	5/32	4/67	12/08	6/02	5/39	6/23	5/63	7/87	5/08	10/24
افسردگی	11/46	5/32	21/04	6/51	6/39	12/74	6/68	13/96	5/32	17/92
مانیا (شدایی)	7/22	4/55	10/72	5/36	4/81	7/69	4/98	8/72	4/64	10/51
اسکیزوفرنیا	2/39	3/71	3/38	4/48	3/83	2/52	4/89	4/10	5/74	5/71
وسواس فکری-عملی	1/78	2/63	4/30	3/39	2/87	2/12	3/83	3/08	4/29	4/77
بازار هراسی	12/36	5/20	16/68	5/90	5/50	12/94	5/33	13/92	5/26	15/29
کل پرسشنامه	69/61	37/27	140/90	37/57	44/46	79/11	53/95	101/15	43/09	136/52
تعداد پاسنگویان	322	50	372	171	148	319	493	198	691	

\bar{X} = میانگین و SD = انحراف استاندارد

¹ Kaiser- Meyer – Olkin Measure of Sampling Adequacy

² Bartlett's Test of Sphericity

میانگین و انحراف استاندارد ابعاد پرسشنامه در گروه دارای تشخیص روانپزشکی: با توجه به اینکه تعداد شصت نفر از پاسخگویان گروه بالینی توسط همکاران روانپزشک مورد بررسی قرار گرفته و تشخیص روانپزشکی در مورد آنان انجام شده بود، میانگین و انحراف استاندارد این گروه به تفکیک نوع تشخیص گزارش شد. از آنجا که در مورد اغلب این افراد بیش از یک اختلال توسط روانپزشک شناسایی شده بود، پاسخگویان به سه گروه طبقه‌بندی شدند: افرادی که دارای یک اختلال خاص (به تنهایی یا همراه با سایر اختلال‌ها) بودند، افرادی که دارای اختلال دیگری به جز اختلال مورد نظر بودند، و افرادی که فاقد هر گونه اختلال بودند. جدول ۱۰ میانگین و انحراف استاندارد پاسخگویان دارای تشخیص روانپزشکی را در ابعاد مختلف پرسشنامه نشان می‌دهد.

جدول ۱۰. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد پرسشنامه به تفکیک گروه در پاسخگویان دارای تشخیص روان پزشکی

کل			دارای سایر اختلال‌ها (به جز همان اختلال)			دارای همان اختلال (و سایر اختلال‌ها)			فاقد هرگونه اختلال			
N	SD	\bar{X}	N	SD	\bar{X}	N	SD	\bar{X}	N	SD	\bar{X}	
۶۰	۷/۲۱	۹/۸۷	۱۴	۷/۲۲	۱۰/۳۶	۱۷	۶/۸۲	۱۶/۱۲	۲۹	۴/۳۸	۵/۹۷	سوء مصرف دارو
۶۰	۶	۸/۴۲	۲۳	۵/۳۰	۱۱/۲۲	۸	۵/۹۵	۱۵/۲۵	۲۹	۲/۷۷	۴/۳۱	هراس اجتماعی
۶۰	۷/۱۶	۱۳/۸۰	۱۳	۳/۸۵	۱۱	۱۸	۳/۷۷	۲۳/۲۸	۲۹	۳/۰۹	۹/۱۷	استرس پس آسیمی
۶۰	۶/۸۴	۱۴/۱۰	۱۵	۵/۷۴	۱۹/۴۷	۱۵	۶/۴۱	۱۹	۳۰	۲/۲۲	۸/۹۷	اضطراب منتشر
۶۰	۷/۱۶	۱۳/۸۰	۱۸	۶/۹۵	۱۵/۹۴	۱۱	۴/۷۲	۲۳/۰۹	۳۱	۳/۲۲	۹/۲۵	حمله هراس
۶۰	۴/۱۲	۳/۶۷	۱۶	۴/۵۷	۳/۵۷	۱۵	۵/۸۵	۶	۲۹	۱/۸۰	۲/۵۱	نشانه های جسمانی
۶۰	۷/۷۷	۱۴/۵۰	۵	۵/۲۵	۱۲	۲۶	۴/۲۹	۲۲/۳۰	۲۹	۲/۷۴	۸/۰۳	افسردگی
۶۰	۵/۴۲	۷/۷۳	۲۲	۳/۱۹	۶/۵۴	۹	۲/۴۸	۱۸/۸۹	۲۹	۲/۱۷	۵/۱۷	مانیا (شیدایی)
۶۰	۸/۲۲	۱۰/۲۶	۲۲	۹/۰۹	۹/۹۰	۸	۱۱/۷۸	۱۸/۵۰	۳۰	۴/۶۸	۸/۳۳	اسکیزوفرنیا
۶۰	۶/۸۴	۱۴/۱۰	۸	۵/۵۱	۱۲/۸۸	۲۲	۴/۴۸	۲۱/۴۰	۳۰	۲/۵۰	۹/۰۶	وسواس فکری - عملی
۶۰	۴/۱۱	۳/۶۷	۲۳	۲/۱۲	۱/۹۵	۸	۲/۵۴	۱۲/۷۵	۲۹	۱/۸۰	۲/۵۱	بازار هراسی

جدول ۱۱ میانگین و انحراف استاندارد پاسخگویان مرد دارای تشخیص روانپزشکی را در ابعاد مختلف پرسشنامه نشان می‌دهد.

جدول ۱۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد پرسشنامه به تفکیک گروه در پاسخگویان مرد

کل	دارای سایر اختلالها (به جز همان اختلال)			دارای همان اختلال (و سایر اختلالها)			فاقد هرگونه اختلال					
	N	SD	\bar{X}	N	SD	\bar{X}	N	SD	\bar{X}			
۳۲	۶/۸۷	۱۲/۲۵	۹	۵/۴۴	۱۱/۲۲	۱۴	۶/۴۸	۱۶/۵۷	۹	۳/۸۲	۶/۵۵	سوء مصرف دارو
۳۲	۵/۶۹	۱۰/۶۶	۱۸	۴/۵۵	۱۲/۵۵	۵	۶/۸۰	۱۳/۶۰	۹	۳/۵۳	۵/۳۳	هراس اجتماعی
۳۲	۶/۹۵	۱۵/۰۹	۱۱	۳/۷۰	۱۱/۰۹	۱۲	۳/۸۰	۲۲/۸۳	۹	۲/۲۳	۹/۶۶	استرس پس آسیمی
۳۲	۶/۸۲	۱۶/۲۵	۱۱	۵/۷۷	۱۹/۵۴	۱۲	۶/۷۱	۱۸/۳۳	۹	۱/۸۸	۹/۴۴	اضطراب منتشر
۳۲	۶/۹۴	۱۵/۰۹	۱۶	۷/۰۱	۱۵/۲۵	۷	۴/۹۲	۲۱/۷۱	۹	۲/۲۳	۹/۶۷	حمله هراس
۳۲	۵/۰۱	۳/۹۰	۱۱	۵/۴۸	۳/۸۱	۱۲	۶/۱۲	۵/۱۶	۹	۱/۸۰	۲/۳۳	نشانه های جسمانی
۳۲	۶/۹۱	۱۷/۲۹	۳	۵/۸۵	۱۴/۳۳	۲۰	۴/۴۹	۲۱/۴۵	۹	۲/۲۳	۹	افسردگی
۳۲	۶/۰۲	۹/۲۵	۱۶	۲/۹۴	۷/۱۲	۷	۲/۵۰	۱۹/۴۲	۹	۰/۷۹	۵/۱۱	مانیا (شیدایی)
۳۲	۸/۹۰	۱۰/۴۷	۱۶	۸/۸۵	۸/۸۱	۷	۱۱/۶۹	۱۶/۸۵	۹	۳/۳۵	۸/۴۵	اسکیزوفرنیا
۳۲	۶/۸۲	۱۶/۲۵	۵	۳/۳۶	۱۰/۴۰	۱۸	۴/۴۰	۲۱/۲۸	۹	۱/۸۸	۹/۴۴	وسواس فکری- عملی
۳۲	۵/۰۱	۳/۹۰	۱۷	۱/۹۸	۱/۴۱	۶	۲/۴۲	۱۳/۳۳	۹	۱/۸۰	۲/۳۳	بازار هراسی

جدول ۱۲ میانگین و انحراف استاندارد پاسخگویان زن دارای تشخیص روانپزشکی را در ابعاد مختلف پرسشنامه نشان میدهد.

جدول ۱۲. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد پرسشنامه به تفکیک گروه در پاسخگویان زن

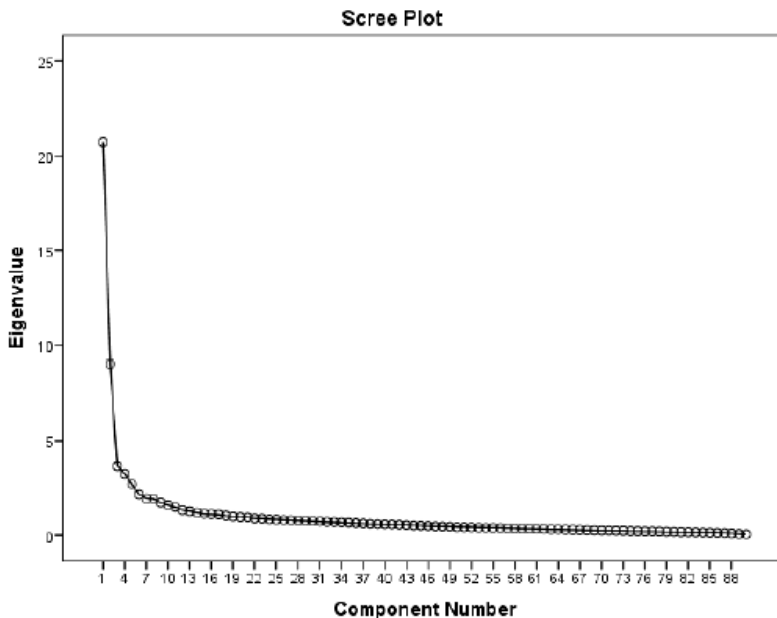
کل	دارای سایر اختلالها (به جز همان اختلال)			دارای همان اختلال (و سایر اختلالها)			فاقد هرگونه اختلال					
	N	SD	\bar{X}	N	SD	\bar{X}	N	SD	\bar{X}			
۲۸	۶/۷۰	۷/۱۴	۵	۱۰/۲۵	۸/۸۰	۳	۹/۵۳	۱۴	۲۰	۴/۶۷	۵/۷۰	سوء مصرف دارو
۲۸	۵/۳۳	۵/۸۲	۵	۵/۴۱	۶/۴۰	۳	۳/۶۰	۱۸	۲۰	۲/۳۰	۳/۸۵	هراس اجتماعی
۲۸	۷/۲۴	۱۲/۳۲	۲	۶/۳۶	۱۰/۵۰	۶	۳/۸۶	۲۴/۱۶	۲۰	۳/۴۴	۸/۹۵	استرس پس آسیمی
۲۸	۶/۰۸	۱۱/۶۴	۴	۶/۵۵	۱۹/۲۵	۳	۵/۱۳	۲۱/۶۶	۲۱	۲/۳۷	۸/۷۷	اضطراب منتشر
۲۸	۷/۲۴	۱۲/۳۲	۲	۳/۵۳	۲۱/۵۰	۴	۳/۷۰	۲۵/۵۰	۲۲	۳/۵۹	۹/۰۹	حمله هراس
۲۸	۲/۸۵	۳/۴۰	۵	۱/۵۹	۳	۳	۳/۵۱	۹/۳۳	۲۰	۱/۸۴	۲/۶۰	نشانه های جسمانی
۲۸	۷/۵۸	۱۱/۳۲	۲	۰/۷۰	۸/۵۰	۶	۲/۳۳	۲۴/۶۷	۲۰	۲/۹۰	۷/۶۰	افسردگی
۲۸	۴/۱۰	۶	۶	۳/۵۸	۵	۲	۱/۴۱	۱۷	۲۰	۲/۵۹	۵/۲۰	مانیا (شیدایی)
۲۸	۷/۵۵	۱۰/۰۳	۶	۹/۸۹	۱۲/۸۳	۱	-	۳۰	۲۱	۵/۲۰	۸/۳۹	اسکیزوفرنیا
۲۸	۶/۰۸	۱۱/۶۴	۳	۶/۵۵	۱۷	۴	۵/۴۸	۲۲	۲۱	۲/۷۵	۸/۹۰	وسواس فکری- عملی
۲۸	۲/۸۴	۳/۴۰	۶	۱/۸۸	۳/۵۰	۲	۲/۸۲	۱۱	۲۰	۱/۸۴	۲/۶۰	بازار هراسی

بررسی روایی سازه‌ای پرسشنامه در گروه بهنجار

برای تعیین این مطلب که مجموعه مواد تشکیل دهنده پرسشنامه مورد مطالعه از چند عامل معنادار مشابه شده است، سه شاخص عمده مورد توجه قرار گرفته است: ۱ - ارزش ویژه ۲ - نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل و ۳ - نمودار ارزش ویژه یا سنگ ریزه‌ای.

در همین راستا، به منظور بررسی روایی سازه‌ای پرسشنامه مورد مطالعه، داده‌های گردآوری شده از پاسخگویان بهنجار، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی^۱ به روش مؤلفه‌های اصلی^۲ و چرخش وریماکس^۳ مورد بررسی قرار گرفت. جهت استخراج عامل‌ها، از بررسی شیب منحنی اسکری^۴ استفاده شد.

نتایج این تحلیل حاکی از آن بود که این پرسشنامه شامل ۱۱ عامل است که در مجموع ۸۲ / ۵۵ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کنند.



نمودار ۱. شیب منحنی اسکری را نشان میدهد.

¹ Exploratory factor analysis

² principal components

³ Varimax Rotation

⁴ Scree Plot

جدول ۱۳. نتایج تحلیل عاملی پرسشنامه‌ی غربالگری تشخیصی روانشناختی شیراز را نشان می‌دهد.

عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار	عبارت معنی بار									
0/47	41	-0/05	24	0/65	85	0/25	10	0/31	1	0/52	72	0/53	33	0/62	78	0/53	۹	0/59	45	0/82	55
0/54	42	0/10	25	0/65	86	0/70	11	0/47	2	0/64	73	0/51	34	0/72	79	0/70	17	0/62	46	0/73	56
0/61	43	0/69	26	0/49	87	0/50	12	0/42	3	0/70	74	0/57	35	0/74	80	0/72	18	0/70	47	0/78	57
0/36	44	0/78	27	0/51	88	0/68	13	0/59	4	0/74	75	0/36	36	0/62	81	0/76	19	0/61	48	0/76	58
		0/62	28	0/61	89	0/62	15	0/57	5	0/63	76	0/64	37	0/51	82	0/74	20	0/72	49	0/84	59
		0/55	29	0/49	90	0/58	16	0/51	6	0/54	77	0/48	38	0/66	83	0/64	21	0/69	50	0/74	60
		0/41	30					0/25	7			0/48	39	0/62	84	0/70	22	0/70	51	0/76	61
		0/16	32					0/48	8			0/52	40			0/62	23	0/53	52	0/84	62
																		0/63	53	0/77	63
																				0/59	64
																				0/60	65
																				0/85	66
																				0/83	67
																				0/86	68
																				0/78	69
																				0/63	70
																				0/64	71

گفتنی است گویه‌های شماره ۱۴، ۳۱، ۳۳ و ۵۴ به دلیل بار عاملی نامناسب از پرسشنامه کنار گذاشته شدند.

لازم به ذکر است که مقدار کی ام او برای کفایت نمونه‌گیری محتوایی^۱، برابر با ۰/۹۱ و آزمون کرویت بارتلت^۲ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود که حاکی از برقراری شرایط مناسب برای به کارگیری تحلیل عاملی بود. در مجموع یافته‌های فوق حاکی از قابل قبول بودن روایی سازه‌های پرسشنامه‌ی غربالگری-تشخیصی روانشناختی شیراز بود.

¹ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

² Bartlett's Test of Sphericity

بررسی روایی ملاکی پرسشنامه

به منظور بررسی روایی ملاکی^۱ پرسشنامه، لازم بود میزان انطباق نمرات حاصل از ابعاد مختلف پرسشنامه با تشخیص‌های انجام شده توسط همکاران روانپزشک مورد واریسی قرار گیرد. از آنجا که ۶۰ نفر از پاسخگویان گروه بالینی توسط همکاران روانپزشک مورد مصاحبه قرار گرفته و از نظر وجود اختلال‌های روانشناختی بررسی شده بودند و تشخیص‌های روانپزشکی در مورد آنها انجام شده بود، تصمیم گرفته شد با استفاده از ابعاد مختلف پرسشنامه، تشخیص اختلال روانپزشکی مرتبط با آن بعد پیش‌بینی شود و میزان صحت این پیش‌بینی مورد بررسی قرار گیرد. بدین منظور از روش تحلیل افتراقی استفاده شد. بدین صورت که هر یک از ابعاد پرسشنامه به عنوان متغیر مستقل و تشخیص روانپزشکی به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل گردید. در مجموع یازده تحلیل انجام شد تا مشخص شود آیا هر یک از ابعاد پرسشنامه قادر به پیش‌بینی اختلال روانشناختی مربوطه هست یا خیر و در صورت مثبت بودن پاسخ چند درصد از پاسخگویان توسط بعد مربوطه به درستی طبقه‌بندی شده‌اند. در مجموع، درصد افرادی که به درستی طبقه‌بندی شدند به ترتیب عبارتند از: ۱- افسردگی ۸۸/۳، مانیا ۷۳/۳، اسکیزوفرنیا ۵۶/۷، سواس فکری و عملی ۸۱/۷، بازار هراسی ۰/۶۵، سوء مزرف دارو ۵۶/۷، هراس اجتماعی ۷۱/۷، استرس پس آسیمی ۷۶/۷ اضطراب منتشر ۷۳/۳، حمله هراس ۰/۷۰، نشانه‌های جسمانی ۵۸/۳. درصد طبقه‌بندی درست گروه‌های بالینی نشان می‌دهد که نتایج مطالعه حاضر رضایت بخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

به منظور ساخت ابزاری استاندارد و هنجاریابی شده برای غربالگری و تشخیص انواع اختلال‌های روان شناختی در شهر شیراز، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۸۶ ماده برای ۱۱ اختلال روان شناختی، بر اساس چاپ پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و مبانی نظری و محتوای ابزارهای موجود تدوین و طراحی شد. برای بررسی ویژگی‌های روان سنجی آن از ساختار پژوهش‌های توسعه‌ای با هدف ساخت و هنجاریابی ابزار پژوهش و نظریه کلاسیک روان سنجی استفاده شد. (Rezapour Mirsaleh et al, 2014 ; Krazkian Mojmbary, 2013; Rezakhani, 2011).

براساس نظریه کلاسیک روان سنجی، در هنجاریابی آزمون‌ها و در بخش روایی، ابتدا باید روایی سازه آزمون با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گیرد و سپس از سایر روش‌ها

¹ criterion validity

برای تکمیل فرایند تحلیل استفاده شود. این فرایند مهم در سایر پرسشنامه ها کمتر در مدار توجه قرار می گیرد. بدین سان، از نقاط قوت مطالعه حاضر در مقایسه با سایر پرسشنامه های مشابه، می توان به بررسی شاخص روایی پرسشنامه تدوین شده در چهار زمینه روایی سازه، روایی محتوایی، روایی افتراقی و روایی ملاکی اشاره کرد. شایان توجه است که یافته های این مطالعه (پرسشنامه حاضر) هیچ گونه اطلاعاتی در خصوص آغاز یا مدت اختلال، عوامل زمینه ساز، آشکار ساز و تداوم بخش اختلال های روان شناختی فراهم نمی کند. از آنجا که تحقیقات اندکی در زمینه هنجاریابی آزمون های غربالگری - تشخیصی اختلال های روان شناختی صورت گرفته است، لذا مقایسه پرسشنامه حاضر با سایر پرسشنامه ها مشکل به نظر می رسد. اما با توجه به اطلاعات موجود می توان گفت کوتاه بودن پرسشنامه، روایی و اعتبار مطلوب و تمرکز بر ۱۱ اختلال روان شناختی، قابلیت استفاده در جمعیت های بالینی و غیر بالینی از نقاط قوت این ابزار در مقایسه با همتهای موجود می باشد.

روایی محتوایی

پرسشنامه بر اساس نظر ۲۰ متخصص (۱۵ روان شناس و ۵ روان پزشک) مورد تأیید قرار گرفت. روایی سازه: در پرسشنامه حاضر، سوء مصرف الکل و مواد مخدر، به عنوان دو عامل مجزا در نظر گرفته شده بودند، اما گویه های این دو بعد بر روی عامل اول بار شدند که این عامل سوء مصرف دارو (الکل و مواد مخدر) نامگذاری شد. مقدار کی ام او^۱ حاکی از کفایت نمونه گیری محتوای، با ۰/۹۱ بود همچنین آزمون کرویت بارتلت در سطح معناداری ۰/۰۰۱/۰ بود و این نشان از وجود شرایط مناسب برای به کارگیری تحلیل عاملی بود. در مجموع یافته های مطالعه حاضر نشان داد که روایی سازه های پرسشنامه ی غربالگری- تشخیصی روانشناختی شیراز رضایت بخش و قابل قبول است.

روایی افتراقی

اگر چه در مجموع، درصد افرادی که توسط پرسشنامه حاضر به درستی طبقه بندی شدند، قابل قبول بود اما باید توجه داشت که تمامی ۱۱ اختلال نیاز به مصاحبه بالینی دارند. برای مثال، ارزیابی طیف اسکیزوفرنیا علاوه بر آزمون های غربالگری نیازمند مصاحبه بالینی است. طبق DSM-5، طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلال های روان پریشانه شامل اسکیزوفرنیا، سایر اختلال های روان پریشی و اختلال شخصیت (اسکیزوتایپی) است. لذا ماده این اختلال صرفاً گرایش فرد به طیف این

^۱ دارای محتوای KMO

اختلال را نشان می دهد و بالینگر نیز برای ارزیابی بیشتر می بایست مصاحبه بالینی را در مدار توجه قرار دهد (Rezaei et al, 2014).

در بررسی شاخص اعتبار نیز از دو مفهوم همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ و پایایی به واسطه انجام بازآزمایی استفاده شد که هر دو مفهوم ضرایب برای مقیاس های پرسشنامه و کل ابزار ۰/۹۳ / برآورد شد که در حد مطلوب می باشد.

پیشنهاد می شود پژوهشگران در گام بعدی، نکات زیر را مورد توجه قرار دهند:

۱- بر اساس مصاحبه بالینی با افراد وابسته به مواد در نمونه های بزرگ برای تعیین نقطه برش به وسیله این پرسشنامه اقدام نمایند.

۲- هم ابتدایی^۱ اختلال ها در مراکز سرپایی و بیمارستان ها بسیار شایع است. لذا به هنگام استفاده از این پرسشنامه لازم است که بالینگر در پرتو مصاحبه بالینی به غربالگری و تشخیص اقدام نماید (Rezaei et al, 2014).

۳- طبق DSM-5، ویژگی های تشخیصی به منزله علایم شاخص اختلال، طیف گسترده ای از کژکاری های شناختی، رفتاری و هیجانی تلقی می شوند و هیچ علامت خاصی به تنهایی شناسه اختلال محسوب نمی شود. تشخیص با توجه به مجموعه ای از علایم و نشانه ها و افت کارکرد اجتماعی یا شغلی مرتبط با آنها معلوم می شود (Rezaei et al, 2014).

۴- طبق DSM-5، برخی اختلال ها نشانگرهای تشخیصی دارند (نظیر؛ اختلال وسواس، اسکیزوفرنیا و...) لذا ارزیابی های آزمایشگاهی و یا معاینات طبی برای تأیید تشخیص بیماری طبی ضرورت دارد

۵- یک اصل پذیرفته شده در DSM-5 این است که وقتی تظاهرات بالینی واجد ملاک های بیش از یک اختلال در DSM-5 باشد، امکان تشخیص گذاری چندگانه^۲ وجود دارد (APA, 2013; Rezaei et al, 2014).

۶- در مواردی که ملاک های تشخیصی به طور کامل احراز نمی شوند، بالینگر باید بررسی نماید که آیا علایم موجود می توانند ملاک های «سایر اختلال های معین» یا «اختلال های نامعین» را احراز کنند؟

۷- ماده های اختصاصی ۱۱ اختلال در پرسشنامه حاضر بر اساس شدت اختلال (مانند خفیف، متوسط، شدید، خیلی شدید) تدوین شده است. لذا ممکن است آزمودنی مبتلا به اختلال روان شناختی باشد، اما خفیف. بدین سان، بالینگر باید تشخیص نهایی را بر اساس مصاحبه بالینی،

¹ comorbidity

² multiple diagnoses

ملاک ها، قضاوت بالینی و توصیفات متنی گذاشته خواهد شد (Rezaei et al, 2014; Richard et al, 2008).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که پرسشنامه تدوین شده برای غربالگری و تشخیص اختلال های روان شناختی جامعه شهر شیراز دارای ویژگی های مطلوب روان سنجی شامل روایی و اعتبار است. در مفهوم روایی، پرسشنامه دارای محتوای مطرح شده در خصوص غربالگری و تشخیص اختلال های روان شناختی است. بر اساس تحلیل عاملی مشخص شد که توانایی اندازه گیری سازه اختلال های روان شناختی را داراست. قدرت تمیز بین گروه بالینی و بهنجار را دارد. همچنین نتایج حاصل از آن همسو با نتایج تشخیصی روان پزشکی و دارای ویژگی های مطلوب روان سنجی می باشد. در مفهوم SS اعتبار ملاحظه شد که این پرسشنامه در فاصله زمانی، نتایج مشابه گزارش می کند و همچنین دارای همسانی درونی مناسب برای غربالگری اختلال های روان شناختی افراد ساکن در شهر شیراز است.

References

- Amalia CIUCA, Monica ALBU1, Adela PERȚE1, Ozana BUDĂU1, Ștefania MICLEA , Mircea MICLEA. The Romanian adaptation of the psychiatric diagnostic screening questionnaire (PDSQ). Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal. Volume XV, No. 1. 2011,
- Bargideh ,M.R ; Mansour,M ; Karimpour,M(2010).Preparation and validation of children's behavioral disturbances in autistic spectrum (Parent form). Journal of Psychological Methods and Models. Volume 1, Issue 1 , Page 15-26.
- Cerny BA, Kaiser HF. A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. Multivar Behav Res. 1977; 12(1): 43-7.
- Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1992.
- Ghalebandi, M.f. (2011). Textbook clinical psychology and behavioral sciences; Arjmand publishing.
- Ghalebandi, M.f. (2010). Clinical psychiatry; Teymorzadeh publishing.
- Ganji, H. (2014). Theoretical psychological tests. Savalan publishing, Psychometric.
- Ganji, M. (2013). Psychopathology based on DSM-5; Savalan Publishing.
- Krzekian Mujmbari, Addis. Kib Elahi, t. (2014). Compilation and standardization sexual function questionnaire for married women in tehran; Quarterly scientific research School of nursing and midwifery Birjand University of Medical Sciences; 11(1): 44-53.
- Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. Technological Forecasting and Social Change. 2006; 73(5): 467-82.
- Mesh, E.G.; Woolf, D.A. (2015). Abnormal Child psychology; Translation by Mozafari M. Adl. A. Tehran, Grow publishing.

- Plummer, Faye, Manea, Laura, Trepel, Dominic McMillan. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. March-April, 2016. Volume 39, Pages 24-31.
- Rezapur Mir Saleh, Y. Ahmadi, Kh. Davoudi, F. Mousavi, S.Z. (2014). Validity, reliability and factor structure of secondary damage stress scale in a sample of veterans' children, Journal of psychiatry and clinical psychology; 20(2): 134-143.
- Rezaie, F. Fakhraei, A. Farmand, A. Niloofari, A. Hashemi Azar, J. Shamloo, F. (2014). Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, DSM-5; Arjmand publishing.
- Richard S.E. Philip D. Harvey, Terry E. Goldberg, James M. Gold, Trina M. Walker, Courtney Kennel, Kirsten Hawkins. Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia. (BACS). July (2008) Volume 102, Issues 1-3, Pages 108-115.
- Shahrivari, K. Nategh, E. Azim Khani, A. Azizi javan, H.A. (2010). Standardization of the grading scale detection of behavioral disorder In students elementary fifth grade tehran (Teachers' Form), Journal Principles of Mental Health; 74-83.
- Sharma, Manjo Komar. Chaturvedi, Santosh K. Development and Validation of NIMHANS Screening Tool for Psychological Problems in Indian context. Asian Journal of Psychiatry 10(2014):33-38.
- Rezakhani, S. (2011). Construction, adaptation and standardization of psychological stress measurement questionnaire and its symptoms. Journal of Psychological Methods and Models, Volume 1, Issue 3, Page 97-117.
- Shams F, Amirianzadeh, M. (2012). Self-efficacy mediating role in the relationship between personality traits and social skills. Journal of Psychological Methods and Models. Volume 8, Number 27; page 1-14.

