

روایی تفکیکی فهرست فارسی نشانه مرضی هایپکینز در نمونه‌های بالینی و بهنجار

The Discriminant Validity of the Farsi Version of Hopkins Symptom Checklist in Clinical and Normal Populations

Ashrafsadat Mosavi
M. A. in Psychology

Nima Ghorbani, PhD
Tehran University

دکتر نیما قربانی
دانشگاه تهران

اشرف سادات موسوی
کارشناس ارشد روان‌شناسی

Abstract

The discriminant validity of the Farsi version of the Hopkins Symptom Check List (HSCL; Derogatis et al, 1974) was examined based on the difference in the scores of Iranian clinical and normal populations. The HSCL was completed by 429 normal persons, 131 autoimmune patients, and 111 non autoimmune patients. The significant positive correlations among the subscales (Somatization, anxiety, depression, interpersonal sensitivity and obsessive compulsive) showed HSCL's internal validity. The subscales means of clinical groups were more than normal group and indicated its differential validity. In general the HSCL is appropriate for studying psychopathological symptoms in normal and clinical Iranian populations.

Key words: Hopkins symptom, discriminant validity, autoimmune.

چکیده

هدف این پژوهش بررسی روایی تفکیکی نسخه فارسی فهرست نشانه مرضی هایپکینز (دروگاتیس و دیگران، ۱۹۷۴) براساس تفاوت نمره‌های گروه‌های بالینی و بهنجار ایرانی بود. بدین منظور ۴۲۹ فرد بهنجار، ۱۳۱ بیمار اتوایمیون، و ۱۱۱ بیمار جسمی عمومی به فهرست نشانه مرضی هایپکینز پاسخ دادند. همبستگی مثبت و معنادار بین زیرمقیاسها (بدنی‌سازی، اضطراب، افسردگی، حساسیت بین شخصی و وسواس بی‌اختیاری) بیانگر روایی درونی مقیاس بود. بالای بودن نمره‌های دو گروه جسمی عمومی و اتوایمیون نسبت به گروه بهنجار نشان‌دهنده روایی تفکیکی مقیاس و مناسب بودن آن برای پژوهشهایی است که درصدد شناسایی نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی در جمعیت‌های بالینی و بهنجار فارسی زبان هستند.

واژه‌های کلیدی: نشانه مرضی هایپکینز، روایی تفکیکی، اتوایمیون.

مقدمه

خلال دو دهه انجام شده‌اند بر نادرست بودن چنین تفسیری صحه گذاشته‌اند. یافته‌های پژوهشی، جامعه‌پسندی را به عنوان یک متغیر مستقل شخصیتی و مؤثر در سلامت روانی می‌دانند. برای مثال مقیاس دروغ‌سنج پرسشنامه‌های شخصیتی آیزنک^۱ و مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو - کرون^۲ به میزان زیادی با نوروگرایی و به میزان کمتری با برون‌گرایی^۳ و بسته‌بودن به روی تجربه^۴ همبسته است (مک‌کری و کاستا، ۱۹۸۳).

فهرست نشانه مرضی هایپکینز (HSCL)^۵ یک مقیاس ارزیابی نشانه‌ای مبتنی بر خود گزارش‌دهی است که چندین بار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. نسخه اولیه آن توسط پارلوف^۶، کلمن^۷ و فرانک^۸ (۱۹۵۴) نقل از دروگاتیس و دیگران، (۱۹۷۴) با عنوان مقیاس ناراحتی^۹ ارائه شد. این ابزار شامل نشانه‌های برگرفته از فهرست پزشکی کرنل^{۱۰} و ۱۲ ماده از مقیاس لور^{۱۱} (۱۹۵۲) نقل از دروگاتیس و دیگران، (۱۹۷۴) است که از آن در پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی، به عنوان مقیاس بهبود^{۱۲}، استفاده می‌شد. این ابزار بعدها توسط لیمن^{۱۳}، کول^{۱۴}، پارک^{۱۵} و ریکلز^{۱۶} (۱۹۶۵) نقل از دروگاتیس و دیگران، (۱۹۷۴) و اولن هات، ریکلز، فیشر، پارک، لیمن، و ماک (۱۹۶۶) مورد بازنگری قرار گرفت و نام آن به فهرست نشانه مرضی پریشانی^{۱۷} (SCL) تغییر یافت. فهرست اخیر شامل ۹۰ پرسش برای ارزشیابی علائم روان‌شناختی است که اولین بار به منظور نشان دادن جنبه‌های روان-شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده بود (دراگوتیس، لیمن و کوی، ۱۹۷۳). بواله‌ری و باقری یزدی (۱۳۷۴) نسخه فارسی این مقیاس را هنجاریابی کردند. پاسخهای ارائه شده به هر یک از مواد آزمون بر مبنای یک مقیاس پنج درجه‌ای میزان ناراحتی از «هیچ» تا «به شدت» را مشخص می‌کند. ۹۰ ماده این آزمون ۹

نیاز به تسریع در فرایندهای سنجش روان‌شناختی در خصوص سربازان در طول جنگ جهانی اول وود ورت^{۱۸} (۱۹۱۸) را بر آن داشت تا به ابداع روشی بپردازد که در آن هر فرد بتواند با خود مصاحبه کند. اگرچه روش خود گزارش‌دهی^{۱۹} در سنجش‌های روان‌شناختی مزایا و معایبی دارد، یکی از معتبرترین و گسترده‌ترین روشهای ارزشیابی قلمداد می‌شود (مک‌کری و کاستا، ۱۹۸۳). در حوزه آسیب‌شناسی روانی، روش خود گزارش‌دهی می‌تواند اطلاعات منحصر به فردی ارائه دهد که به سادگی نمی‌توان آنها را از دیگر روشهای سنجش به دست آورد. با این روش می‌توان تجربه‌های درونی افراد را که با مشاهده قابل سنجش نیست، بررسی کرد. مزیت دیگر روش خود گزارش‌دهی صرفه‌جویی در وقت متخصصان است. اجراء نمره‌گذاری و سنجش اولیه داده‌ها با حداقل آموزش و یا تجربه بالینی اندک امکان‌پذیر است. از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی می‌توان به عنوان یک ابزار سرنندی برای شناسایی کسانی که به خدمات روان‌شناختی بیشتری نیاز دارند استفاده کرد. همچنین پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی نسبت به روشهای نمره‌گذاری آماری^{۲۰} انعطاف‌پذیرند (میل^{۲۱} و دالستروم^{۲۲}، ۱۹۶۰) نقل از دروگاتیس، لیمن، ریکلز، اولن هات، و کوری، (۱۹۷۴) و داده‌های به دست آمده از چنین مقیاسهایی را می‌توان به سادگی با سیستمهای تصمیم‌گیری بالینی تلفیق کرد (فولر^{۲۳}، ۱۹۶۹؛ گلاک^{۲۴} و استرویل^{۲۵}، ۱۹۶۹) نقل از دروگاتیس و دیگران، (۱۹۷۴). افزون بر این، یافته‌ها نشان داده‌اند مقیاسهای نشانه‌ای خود گزارش‌دهی نسبت به ابعاد درمانی بسیار حساسند. برخی از پژوهشگران جامعه‌پسندی را در ایجاد سوگیری در پاسخ به چنین مقیاسهایی دخیل دانسته‌اند (دروگاتیس و دیگران، ۱۹۷۴)، اما نتایج حاصل از پژوهشهایی که در

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Woodworth, | 11. extroversion | 21. Lipman, R. S. |
| 2. self-report | 12. closedness | 22. Cole, J. O. |
| 3. actuarial | 13. Hopkins Symptom Checklist (HSCL) | 23. Park, L. C. |
| 4. Meehl, P. E. | 14. Parloff, M. B. | 24. Rickels, K. |
| 5. Dahlstorm, W. G. | 15. Kelman, H. C. | 25. Symptom Distress Checklist |
| 6. Folwer, J. F. | 16. Frank, J. P. | |
| 7. Glueck, B. C. | 17. Discomfort Scale | |
| 8. Stroebel, C. F. | 18. Cornell Medical Index | |
| 9. Eysenck Personality Inventory Lie Scale | 19. Lorr, M. | |
| 10. Social Desirability Marlowe-Crowne | 20. improvement | |

بررسی چهار دسته اضطراب، افسردگی، خشم - خصومت^۱ و وسواس بی‌اختیاری هراسی^۲ به دست آمد. بررسیها نشان دادند این دسته‌ها نسبت به تغییر بسیار حساسند (دروگاتیس و دیگران، ۱۹۷۴).

روی‌آورد تحلیل عاملی برای مشخص کردن ابعاد نشانه مرضی HSCL به طور همزمان انجام شد. ویلیامز، لیمن، ریکلز، کوی، اولن هات و ماتسن (۱۹۶۸) داده‌های به دست آمده از ۱۱۱۵ بیمار روان آزرده را مورد تحلیل قرار دادند. هم چرخش متعامد^۳ و هم چرخش متمایل^۴ پنج عامل را آشکار کرد. در حال حاضر نیز آخرین نسخه فهرست نشانه مرضی هاپکینز ۵ بُعد اضطراب، بدنی‌سازی، افسردگی، حساسیت در روابط بین شخصی و وسواس بی‌اختیاری را می‌سنجد.

به منظور سنجش تغییرناپذیری عاملی^۵ ابعاد نشانه مرضی هاپکینز (HSCL) دروگاتیس، لیمن، کوی و ریکلز (۱۹۷۱) از روش تحلیل عاملی استفاده کردند. در این مطالعه پزشکان و بیماران با یکدیگر مقایسه شدند. همچنین گروه بیماران به سه طبقه اجتماعی اقتصادی تقسیم و ساختارهای عاملی به دست آمده از آنها با یکدیگر مقایسه شدند. به طور کلی نتایج مبین سطوح بالای تغییر ناپذیری ابعاد HSCL بود، بدین معنا که روش تحلیل عاملی در هر چهار گروه یاد شده، همان ۵ بُعد نشانه مرضی را آشکار ساخت.

پژوهشهای پیشین میزان همسانی درونی^۶ برای زیر مقیاسهای بدنی‌سازی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت بین شخصی، افسردگی و اضطراب را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۸۶ و ۰/۸۴ برآورد کرده‌اند (دروگاتیس و دیگران، ۱۹۷۴).

از آنجا که این مقیاس مربوط به حوزه آسیب‌شناسی است و رفتارهای نشانه مرضی موقت را می‌سنجد، اعتبار

بُعد مختلف شکایت‌های جسمانی^۱، وسواس بی‌اختیاری^۲، حساسیت در روابط بین شخصی^۳، افسردگی^۴، اضطراب^۵، پرخاشگری^۶، اضطراب هراسی^۷، افکار پارانوئیدی^۸، و روان گسستگی^۹ را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص وخامت کلی (GSI)^{۱۰} شاخص ضریب پریشانی نشانه‌های مرضی (PSDI)^{۱۱}، و جمع نشانه‌های مرضی (PSI)^{۱۲} صورت می‌گیرد. فهرست نشانه مرضی هاپکینز با ۵۸ ماده (دروگاتیس و دیگران، ۱۹۷۴) در واقع شکل پیشرفته‌تر و کوتاهتری از SCL-90 است که برای کاربردهای پژوهشی مناسبتر به نظر می‌رسد.

پرسشنامه سلامت عمومی^{۱۳} (GHQ) نیز از دیگر پرسشنامه‌های سلامت روانی است. دو فرم ۲۸ و ۱۲ ماده‌ای این مقیاس چهار زیر مقیاس ناراحتیهای جسمانی^{۱۴}، اضطراب، کنش شغلی^{۱۵} و افسردگی عمیق را اندازه می‌گیرند. تقوی (۱۳۸۰) نسخه فارسی این مقیاس را طراحی و شواهدی جهت تأیید مشخصات روان‌سنجی آن ارائه کرده است، اما فهرست نشانه مرضی هاپکینز به سبب داشتن زیر مقیاسهای بیشتر، تشخیصهای متمایزتری نسبت به GHQ ارائه می‌دهد.

سازه‌های نشانه مرضی اصلی و زیربنایی HSCL با دو روش مجزا اما همزمان تعیین شده‌اند: الف) دسته‌بندی بالینی - منطقی^{۱۶} و ب) تحلیل عامل تجربی - تحلیلی^{۱۷}. مطالعات دسته‌بندی بالینی جداگانه توسط ریکلز و اولن هات (لیمن، کوی^{۱۸}، ریکلز، اولن هات^{۱۹} و لازار^{۲۰}، ۱۹۶۸) نقل از دروگاتیس و دیگران، ۱۹۷۴) انجام شد. هر دو پژوهشگر از متخصصان بسیار باتجربه خواستند نشانه‌های HSCL را براساس تجربه‌های بالینی خود به دسته‌های بالینی همگن تقسیم کنند. نشانه‌هایی که با سطوح بالایی از همسانی به دسته‌های بالینی اختصاص داشتند، دسته‌های HSCL را تشکیل دادند. در هر دو

1. somatization
2. obsessive-compulsive
3. Interpersonal sensitivity
4. depression
5. anxiety
6. aggression
7. phobia anxiety
8. Ideas of paranoid
9. psychosis

10. Global Severity Index (GSI)
11. Positive Symptom Distress Index (PSDI)
12. Positive Symptom Total (PST)
13. General Health Questionnaire
14. physical discomfort
15. vocational function
16. clinical rational
17. empirical-analytic
18. Covi, L.

19. Uhlenhuth, E. H.
20. Lazar, S. G.
21. anger-hostility
22. obsessive-compulsive-phobic
23. orthogonal rotation
24. oblique rotation
25. factorial invariance
26. internal consistency

برای بیماران افسرده بستری، حساسیت HSCL را به بهبود بیماری نشان دادند. شوارتز، اوانز، گارسیا، ریکلز و فیشر (۱۹۷۳) نیز نشان دادند HSCL حتی نسبت به تغییر در حالت‌های هیجانی بیماران سرپایی فاقد مشکلات روان‌شناختی حساس است.

از دیگر ملاک‌های روایی، توانایی آزمون در نشان دادن تمایز بین وضعیت‌های بالینی مختلف است (دروگاتیس و دیگران، ۱۹۷۴). روایی تفکیکی^۱ عبارت است از میزان تفاوت یک عملیات^۲ از عملیات دیگر که به لحاظ نظری نباید بین آن دو شباهت وجود داشته باشد. به عبارت دیگر روایی تفکیکی کاهش همبستگی بین یک آزمون با آزمایش‌ها یا مهارت‌های غیرمشابه را می‌سنجد (پورافکاری، ۱۳۷۶). چندین مطالعه روایی تفکیکی فهرست نشانه مرضی هایکینز را نشان داده‌اند. ریکلز، لیمن، گارسیا و فیشر (۱۹۷۲) نشان دادند که می‌توان با استفاده از فهرست نشانه مرضی هایکینز بین زنان مبتلا به بیماری‌های زنان و روان آزردهگی اضطرابی^۳ تمایز قائل شد. در یک پژوهش دیگر (جاکوبز، گارسیا، ریکلز، و پروسل، ۱۹۷۴) زنان درخواست کننده سقط جنین با زنان دارای بیماری‌های زنان و بیماران روان آزرده مضطرب، توسط فهرست نشانه مرضی هایکینز مقایسه شدند. یافته‌ها، پیوستاری با نقاط برشی مشخص به دست دادند، بدین صورت که مبتلایان به بیماری‌های زنان در ابتدا، زنان درخواست کننده سقط جنین در میانه و بیماران روان آزرده مضطرب در انتهای پیوستار شدت نشانه‌ها قرار داشتند. پروساف و کلرمن (۱۹۷۳) ابعاد نشانه مرضی و نمره کلی هایکینز دو گروه از بیماران سرپایی روان آزرده (گروه‌های مضطرب و افسرده) را با یکدیگر مقایسه کردند. ۳۶۴ بیمار در هر گروه از لحاظ نژاد، سن، جنس و طبقه اجتماعی با یکدیگر جور شده بودند. یافته‌ها حاکی از تمایز معنادار بین دو گروه، چه در نمره کلی و چه در ابعاد نشانه مرضی بود. گروه روان آزرده مضطرب در بُعد بدنی‌سازی، و در مقایسه با بُعد افسردگی در بُعد اضطرب نمره بالاتری داشتند، در مقابل گروه

آزمون - باز آزمون^۱ آن نمی‌تواند مانند مقیاس‌های دیگر حوزه‌ها (مانند هوش) بسیار بالا باشد. ضرایب آزمون - باز آزمون مربوط به نمونه‌ای متشکل از ۴۲۵ بیمار سرپایی روان آزرده که از داروهای ضد اضطراب استفاده می‌کردند برای زیرمقیاس‌های بدنی‌سازی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت بین شخصی، افسردگی و اضطراب به ترتیب عبارت از ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۸۱ و ۰/۷۵ بود (ریکلز، لیمن، پارک، کوی، اولن هات، و ماک، ۱۹۷۱). ارزیابی مجدد با یک هفته فاصله انجام شد و همانطور که ضرایب نشان می‌دهند پایداری در طول یک هفته نسبتاً بالاست.

در حوزه آسیب‌شناسی روانی اعتبار بین ارزیابان^۲ مناسبترین شکل اعتبار است (دروگاتیس و دیگران، ۱۹۷۴). در این روش از مشاهده‌گران بالینی آموزش دیده خواسته می‌شود درباره رفتار بیماران و نشانه‌هایشان قضاوت کنند. ضرایب اعتبار بین ارزیابان مربوط به زیرمقیاس‌های بدنی‌سازی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت بین شخصی، افسردگی و اضطراب در مورد ۱۵ بیمار سرپایی که توسط متخصصان آموزش دیده و به وسیله مصاحبه پذیرشی^۳ ساخت‌دار مورد مصاحبه قرار گرفتند به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۶۴ و ۰/۶۷ به دست آمدند. این سطح از همسانی با توجه به تعداد کم نمونه کاملاً قابل قبول است (دروگاتیس و دیگران، ۱۹۷۴).

یکی از ملاک‌های روایی^۴ مقیاس‌های حوزه آسیب‌شناسی روانی، حساسیت به اثر داروهاست (دروگاتیس و دیگران، ۱۳۷۴). مجموعه‌ای از مطالعات (ریکلز و دیگران، ۱۹۷۱؛ اولن هات و دیگران، ۱۹۶۶) با بیماران اضطرابی سرپایی حساسیت ابعاد HSCL را به استفاده از ضد اضطرابها (مانند بنزو دیازپین‌ها) و برخی از پژوهش‌ها حساسیت این مقیاس را به پدیده کناره‌گیری از آرام‌بخش‌های خفیف نشان داده‌اند (کوی، لیمن، پاتیسون، دروگاتیس و اولن هات، ۱۹۷۳). راسکین، شولتز برانت، ریاتیک و مکسون (۱۹۷۰) نیز با استفاده از ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای

1. test-retest reliability
2. interrater reliability
3. intake

4. validity
5. discriminant validity
6. operationalizations

7. anxious neurotic

گرفتند. انتظار می‌رفت که فهرست نشانه‌ها بتواند بین گروه‌های بالینی (چه در سطح اختلالات جسمانی و چه روان‌شناختی) و بهنجار تفاوت‌های معناداری را منعکس سازد. اما از آنجا که سیستم‌های روان‌شناختی و جسمانی درهم تنیده‌اند و با یکدیگر ارتباط دیالکتیک دارند (قربانی، واتسن و موریس، ۲۰۰۰) و مشکلات جسمانی به ویژه مشکلات جسمانی مزمن بر سازش یافتگی روان‌شناختی اثر منفی می‌گذارند، می‌توان گفت که بیماری‌های اتوایمیون نیز که در آنها سیستم ایمنی بدن به اشتباه به سلول‌های خودی حمله می‌کند، از این قاعده مستثنا نیستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این بیماران در سطح روان‌شناختی نیز خود - تخریب‌گرند (موسوی، ۱۳۸۴). بنابراین فرض بر این است که این گروه نسبت به دیگر گروه‌ها در همه ابعاد نشانه مرضی نمره‌های بالاتری کسب کنند.

روش

این پژوهش، طرح پس رویدادی نوع علی - مقایسه‌ای است. آزمودنی‌های این پژوهش با روش نمونه‌برداری در دسترس با توجه به امکانات موجود و رعایت دامنه سنی از یک گروه از افراد بهنجار و دو گروه از بیماران اتوایمیون و بیماران جسمی عمومی با مشخصه‌های زیر انتخاب شدند: گروه بهنجار ۲۷۸ کارمند و کارگر شرکت کشتی‌سازی اروند، میانگین سنی ۳۴ سال و انحراف استاندارد ۹، با نسبت تقریبی ۱۴ درصد زن و ۸۶ درصد مرد؛ ۱۵۱ دانشجوی دوره کارشناسی دانشگاه تهران (دانشکده‌های علوم اجتماعی، روان‌شناسی، فنی، علوم پایه، ادبیات و دندان‌پزشکی) با میانگین سنی ۲۹ سال، انحراف استاندارد ۱۰ و با نسبت تقریبی ۲۲ زن و ۷۶ مرد؛ ۱۳۱ بیمار اتوایمیون (مولتیپل اسکلروسیس^۱، آرتریت روماتوئید^۲، اسکلرودرمی^۳، کرون^۴، لوپوس^۵، پان^۶، پلی میوزیت^۷، هپاتیت اتوایمیون^۸، میاستنی^۹، تاکایاسو^{۱۰} و بهجت^{۱۱}) و از انجمن MS ایران و درمانگاه روماتولوژی

افسرده در بُعد افسردگی (نسبت به اضطراب) و نمره کلی بالاتر بودند.

در حال حاضر در بسیاری از پژوهش‌ها برای مشخص کردن نشانه‌های اصلی و فرعی افسردگی از این مقیاس استفاده شده است (هافمن، ۲۰۰۲؛ نیز و مالوین، ۲۰۰۳)، در پژوهش دیگری نیز از زیر مقیاس افسردگی فهرست نشانه مرضی هاپکینز استفاده شد تا به این سؤال پاسخ داده شود که آیا نشانه‌های بدنی مانند تنش، دردهای قلبی، اختلال خواب و غیره می‌توانند افسردگی را پیش‌بینی کنند (ابدل - خالک، ۲۰۰۴).

نسخه فارسی این مقیاس نخستین بار توسط قربانی، واتسن، قراملکی، موریس و هود (۲۰۰۲) در یک بررسی بین فرهنگی بین ایران و آمریکا به کار گرفته شد. یافته‌ها نشان دادند بین زیرمقیاس‌ها همبستگی مثبت وجود دارد. این همبستگی‌ها در نمونه ایرانی در دامنه‌ای از ۰/۶۲ (بدنی‌سازی - حساسیت بین شخصی) تا ۰/۸۴ (افسردگی - روان گسستگی) قرار داشتند. در نمونه آمریکایی این دامنه از ۰/۵۴ (حساسیت بین شخصی - وسواس بی‌اختیاری) تا ۰/۷۹ (افسردگی - حساسیت بین شخصی) بود. افزون بر آن در نمونه ایرانی، این مقیاس با مقیاس جهت‌گیری دینی آلپورت و راس (۱۹۶۷) ارتباط داشت؛ جهت‌گیری درونی با سطوح پائین افسردگی (۰/۱۵-) و روان گسستگی (۰/۱۷-) و جهت‌گیری بیرونی با اضطراب (۰/۳۰)، افسردگی (۰/۳۰)، وسواس بی‌اختیاری (۰/۲۴)، روان گسستگی (۰/۲۹) و حساسیت در روابط بین شخصی (۰/۲۶) ارتباط داشت. در این پژوهش ضرایب آلفا برای اضطراب، افسردگی، وسواس بی‌اختیاری، روان گسستگی، حساسیت در روابط بین شخصی و بدنی‌سازی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۳ و ۰/۸۸ به دست آمدند.

در پژوهش حاضر نیز به منظور بررسی روایی تفکیکی فهرست نشانه مرضی هاپکینز سه گروه متشکل از یک گروه بهنجار (دانشجویان و کارمندان) و دو گروه بیمار (بیماران جسمی غیرمزمن و اتوایمیون) مورد بررسی قرار

1. Multiple Sclerosis (MS)

2. Rheumatoid Arthritis (RA)

3. scleroderma

4. crohn

5. Lupus

6. Polyd Arterities Nodosa (PAN)

7. Poly Myositis (PM)

8. Autoimmune Hepatitis (AH)

9. Myasthenia Gravis (MG)

10. Takayasu's arthritis

11. Behçet's disease (BD)

یافته‌ها

پس از محاسبه همسانی درونی مقیاس و بررسی توصیفی یافته‌ها، نتایج با استفاده از همبستگی و تحلیل واریانس چند متغیری بررسی شد.

میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ مقیاسها و زیر مقیاسها در جدول ۱ آورده شده‌اند. قابل ذکر است آلفای کرونباخ تمامی زیر مقیاسها و همچنین مقیاس کلی بالاست. بالاترین آلفا به بدنی‌سازی و پائین‌ترین به وسواس بی‌اختیاری اختصاص دارد.

جدول ۱: مشخصه‌های توصیفی فهرست نشانه مرضی هایپکینز به تفکیک زیر مقیاسها و نمره کل

مقیاسها	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
بدنی‌سازی	۱/۲۰	۰/۸۲	۰/۹۰
اضطراب	۱/۰۵	۰/۸۳	۰/۸۴
افسردگی	۱/۵۰	۰/۸۵	۰/۸۷
حساسیت بین شخصی	۱/۴۵	۰/۸۴	۰/۸۲
وسواس بی‌اختیاری	۱/۴۸	۰/۷۵	۰/۷۷
پرسشنامه هایپکینز (نمره کلی)	۱/۳۰	۰/۶۹	۰/۹۶

بیمارستان شریعتی با میانگین سنی ۲۹ سال و انحراف استاندارد ۸ و نسبت تقریبی ۷۹ درصد زن و ۲۱ درصد مرد و بالاخره ۱۱۱ بیمار جسمی عمومی (طیف گسترده‌ای از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاههای بیمارستان شریعتی (با تشخیص دیابت، تیروئید، هیپاتیت غیر اتوایمیون، مشکلات معده، کلیه و کبد، سرطان، فشار خون، کم خونی، مشکلات غدد، صرع، میوتونی، کلون، کیسه صفرا، میگرن، ضعف عضلات و مشکلات قلبی) با میانگین سنی ۲۶ سال و انحراف معیار ۱۰، با نسبت تقریبی ۷۵ درصد زن و ۲۵٪ مرد.

فهرست نشانه مرضی هایپکینز دارای زیر مقیاسهای افسردگی، اضطراب، بدنی‌سازی، حساسیت بین شخصی و وسواس - بی‌اختیاری است. این فهرست در مجموع دارای ۵۸ ماده است. هر یک از زیرمقیاسهای فوق به ترتیب شامل ۱۱، ۷، ۱۲، ۷ و ۸ ماده‌اند و مابقی ماده‌ها در نمره کلی آزمون تأثیر دارند. آزمودنی وضعیت خود را در مورد هر ماده روی یک پیوستار پنج درجه‌ای (از اصلاً تا خیلی زیاد) مشخص می‌کند. نمونه بهنجار به صورت گروهی (دانشجویان در گروههای کلاسی ۵۰-۳۰ نفر و کارمندان در گروههای ۲۵-۵ نفر) و نمونه‌های بیمار با مراجعه به مراکز مربوط و به صورت انفرادی به فهرست پاسخ دادند.

جدول ۲: همبستگی بین زیر مقیاسهای فهرست نشانه مرضی هایپکینز

در گروه بهنجار

۴	۳	۲	۱	
				۱) بدنی‌سازی
			۰/۷۵*	۲) اضطراب
		۰/۶۶*	۰/۶۲*	۳) افسردگی
	۰/۶۴*	۰/۶۴*	۰/۵۸*	۴) حساسیت بین شخصی
۰/۶۵*	۰/۷۱*	۰/۶۲*	۰/۵۳*	۵) وسواس بی‌اختیاری

* P کمتر از ۰/۰۱

غیرمزم (داخل پرانتز) را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود همبستگی بین زیر مقیاسها در نمونه‌های بهنجار مثبت و معنادار است. بالاترین میزان همبستگی ۰/۷۵ (بدنی‌سازی - اضطراب) و پائین‌ترین

جدولهای ۲ و ۳ همبستگی بین زیر مقیاسهای سه گروه را نشان می‌دهند. در جدول ۲ همبستگی بین زیر مقیاسها در گروه بهنجار آمده است. جدول ۳ همبستگیهای زیر مقیاسهای در بیماران اتوایمیون و بیماران جسمی

جدول ۳: همبستگی بین زیر مقیاسهای فهرست نشانه مرضی هایپکینز در نمونه‌های بالینی

زیر مقیاسها	۱	۲	۳	۴
۱) بدنی‌سازی	—	—	—	—
۲) اضطراب	—	—	—	—
۳) افسردگی	۰/۷۵** (۰/۷۹**)	—	—	—
۴) حساسیت بین شخصی	۰/۵۳** (۰/۵۹**)	۰/۶۰** (۰/۶۷**)	۰/۷۱** (۰/۷۳**)	—
۵) وسواس بی‌اختیاری	۰/۵۳** (۰/۶۶**)	۰/۵۸** (۰/۶۲**)	۰/۶۱** (۰/۶۳**)	۰/۶۳** (۰/۶۹**)

* * P کمتر از ۰/۰۱

جدول ۴: مشخصه‌های توصیفی زیر مقیاسهای فهرست نشانه مرضی هایپکینز در سه گروه به تفکیک جنس

	افراد سالم		بیماران جسمی		بیماران اتوایمیون	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
جسمانی‌سازی	زن	۱/۱۴	۰/۸۱	۱/۷۹	۰/۸۳	۱/۷۴
	مرد	۰/۸۸	۰/۷۰	۰/۹۳	۰/۵۸	۱/۴۸
اضطراب	زن	۱/۱۳	۰/۸۶	۱/۵۵	۰/۸۹	۱/۵۷
	مرد	۰/۷۱	۰/۶۴	۰/۹۱	۰/۵۸	۱/۲۳
افسردگی	زن	۱/۵۰	۰/۸۰	۲/۰۶	۰/۷۶	۲/۰۶
	مرد	۱/۱۸	۰/۷۲	۱/۳۲	۰/۶۴	۱/۸۵
حساسیت بین شخصی	زن	۱/۴۵	۰/۸۵	۱/۸۵	۰/۷۴	۱/۹۹
	مرد	۱/۱۵	۰/۷۵	۱/۲۶	۰/۷۹	۱/۹۵
وسواس بی‌اختیاری	زن	۱/۳۸	۰/۸۰	۱/۹۵	۰/۶۶	۱/۸۵
	مرد	۱/۲۷	۰/۶۷	۱/۳۶	۰/۶۸	۱/۸۶

معنادار وجود دارد. بدین صورت که در اکثر موارد به ترتیب گروه بیماران اتوایمیون و بیماران جسمی عمومی بالاترین نمره و گروه بهنجار پائین‌ترین نمره را کسب کرده‌اند. بر مبنای آزمون برابری کوواریانس^۱، کوواریانس متغیرهای وابسته با $F = ۱/۴۶۳$ ($P \leq ۰/۰۰۰$) برای چهار گروه یکسان است، بنابراین تفاوت بین گروهها در زیر مقیاسها قابل قبول است.

به منظور مقایسه گروهها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد، هنگامی که اثر گروه و جنس به تنهایی مورد بررسی قرار می‌گیرند،

میزان ۰/۵۳ (وسواس بی‌اختیاری - بدنی‌سازی) است. با توجه به جدول ۳، همبستگی بین زیر مقیاسها در گروههای بالینی نیز در تمامی موارد مثبت و معنادار است. بالاترین میزان همبستگی در بیماران جسمی غیر مزمن ۰/۷۹ و در بیماران اتوایمیون ۰/۷۵ و در هر دو مورد بین اضطراب و بدنی‌سازی است. همبستگی بین بدنی‌سازی و حساسیت بین شخصی در هر دو گروه کمترین میزان را به خود اختصاص داده است.

جدول ۴ نشان می‌دهد در زیر مقیاسهای بدنی‌سازی، افسردگی و وسواس بی‌اختیاری بین سه گروه تفاوت

آزمون برابری کوواریانس، کوواریانس متغیرهای وابسته به $F = 1/463$ ، $P \leq 0/0006$ برای سه گروه یکسان است، بنابراین تفاوت بین گروهها در زیر مقیاسها قابل قبول است که نشانگر توانایی مقیاس مورد نظر در تفکیک دو گروه سالم و بیمار است.

تفاوت بین میانگینهای سه گروه در تمامی زیر مقیاسها معنادار است و هنگامی که اثر تعاملی گروه‌بندی و جنس مورد مطالعه قرار می‌گیرد، در زیر مقیاسهای بدنی‌سازی، افسردگی و وسواس بی‌اختیاری بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. از آنجا که بر مبنای به کارگیری

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروهها

منبع تغییرات	زیر مقیاسها	میانگین مجذورها	درجه آزادی	ارزش F	سطح معناداری
سن	بدنی‌سازی	۱/۵۰	۱	۲/۷۸	۰/۹۶۰
	اضطراب	۰/۱۷	۱	۰/۳۰	۰/۵۸۲
	افسردگی	۴/۹۱	۱	۸/۶۰	۰/۰۰۴
	حساسیت در روابط میان فردی	۱/۹۵	۱	۳/۲۱	۰/۰۷۴
	وسواس بی‌اختیاری	۰/۰۶	۱	۰/۱۲	۰/۷۲۷
گروه	بدنی‌سازی	۹/۷۱	۲	۱۸/۰۱	۰/۰۰۱
	اضطراب	۷/۲۶	۲	۱۲/۹۶	۰/۰۰۱
	افسردگی	۱۲/۴۵	۲	۲۱/۸۰	۰/۰۰۱
	حساسیت در روابط میان فردی	۱۲/۹۸	۲	۲۱/۳۲	۰/۰۰۱
	وسواس بی‌اختیاری	۸/۵۵	۲	۱۷/۰۹	۰/۰۰۱
جنس	بدنی‌سازی	۱۵/۷۷	۱	۲۹/۲۵	۰/۰۰۱
	اضطراب	۱۳/۳۹	۱	۲۳/۹۱	۰/۰۰۱
	افسردگی	۱/۰۹	۱	۱۵/۹۳	۰/۰۰۱
	حساسیت در روابط میان فردی	۵/۰۱	۱	۸/۲۳	۰/۰۰۴
	وسواس بی‌اختیاری	۳/۳۱	۱	۶/۶۱	۰/۰۱۰
اثر تعاملی جنس و گروه	بدنی‌سازی	۱/۸۸	۲	۳/۴۹	۰/۰۳۱
	اضطراب	۰/۴۶	۲	۰/۸۲	۰/۴۴۲
	افسردگی	۲/۲۸	۲	۲/۹۸	۰/۰۱۹
	حساسیت در روابط میان فردی	۱/۵۹	۲	۲/۶۰	۰/۰۷۵
	وسواس بی‌اختیاری	۱/۹۱	۲	۳/۸۲	۰/۰۲۳

عمومی و سالم با اتوایمیون در تمام زیرمقیاسها معنادار است. بنابراین مقیاس مورد نظر توانایی ایجاد تمایز بین دو گروه سالم و بیمار را دارد.

برای مقایسه چندگانه بین میانگینهای مشاهده شده از تحلیل توکی استفاده شد (جدول ۶). نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت میانگینهای گروههای سالم یا جسمی

جدول ۶: مقایسه‌های چندگانه توکی بین میانگینهای سه گروه در زیر مقیاسهای فهرست نشانه مرضی هایپکینز

وسایل پویا اختیاری	حسبیت بین شخصی		السرده		اضطراب		دینی‌سازی		سالم - جسمی مراقب - کنایه‌ی بون جسمی - اتوایمیون
	میانگین تفاوت	سطح معناداری	میانگین تفاوت	سطح معناداری	میانگین تفاوت	سطح معناداری	میانگین تفاوت	سطح معناداری	
۰/۰۰۱	۰/۰۴۷	۰/۰۰۱	۰/۰۳۳	۰/۰۰۱	۰/۰۵۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵۵	۰/۰۰۱	۰/۰۶۰
۰/۰۰۱	۰/۰۵۳	۰/۰۰۱	۰/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۰۷۳	۰/۰۰۱	۰/۰۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۶۶
۰/۰۰۱	۰/۰۱۵	۰/۰۰۲	۰/۰۲۸	۰/۰۲۷	۰/۰۱۶	۰/۰۳۸	۰/۰۱۲	۰/۰۳۵	۰/۰۶۳

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از بالا بودن آلفای کرونباخ در تمامی زیر مقیاسهای پرسشنامه هایپکینز و همبستگی مثبت بین این زیر مقیاسها در هر دو گروه بهنجار و نابهنجار (بیماران جسمی عمومی و بیماران اتوایمیون) بود. در تمامی زیر مقیاسها بین گروهها تفاوت معنادار وجود داشت، بدین صورت که در اکثر موارد گروه بیماران اتوایمیون و بیماران جسمی عمومی بالاترین و گروههای بهنجار، پایین‌ترین نمره را کسب کردند.

از میان پُر کاربردترین پرسشنامه‌های سلامت روانی می‌توان به SCL-90، GHQ و HSCL اشاره کرد. HSCL در مقایسه با GHQ زیر مقیاسهای بیشتری دارد و در مقایسه با SCL-90 کوتاهتر و برای کاربردهای پژوهشی مناسبتر است. با توجه به سودمندی استفاده از مقیاسهای خود گزارش‌دهی در امور پژوهشی و بالینی، هدف این پژوهش واری توانایی فهرست نشانه مرضی هایپکینز در تمایز افراد بهنجار و نابهنجار در جامعه ایرانی بود. پژوهشهای پیشین نشان داده بودند که ترجمه این پرسشنامه به زبانهای دیگر نیز از اعتبار آن نمی‌کاهد (دبرا باندر، هلمنز، بون و گریتز، ۱۹۹۶). نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با پژوهشهای پیشین، اعتبار نسخه ترجمه شده این پرسشنامه را ۰/۷۷-۰/۹۹ برآورد کرد. افزون بر آن، با استفاده از آزمون همبستگی مشخص شد که بین زیرمقیاسها همبستگی مثبت وجود دارد که نشان‌دهنده روایی درونی این پرسشنامه است.

بیماری اتوایمیون به دسته‌ای از بیماریها اطلاق می‌شود که در آن سیستم ایمنی نمی‌تواند بین سلولهای خودی و عوامل مهاجم تمایز قائل شود. بنابراین سلولهای طبیعی خود را هدف قرار می‌دهد و به آنها آسیب می‌رساند. از

دیدگاه یکپارچه‌نگر و بر مبنای فرضیه هماهنگی غایت^۱ نظریه انسجام غایی^۲ (بوت و اشبریدج، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳) این پاسخ تخریبی نابهنجار در سطح ایمنی‌شناسی باید با پاسخ نابهنجار خود تخریب‌گری در سطح روانی همراه باشد.

نتایج این پژوهش نیز همسو با دیگر پژوهشها (مانند موسوی، ۱۳۸۴) و نظریه انسجام غایی نشان دادند که نشانه‌های مرضی در بیماران اتوایمیون بیش از دو گروه دیگر است.

این یافته‌ها نشان می‌دهند که نسخه فارسی پرسشنامه هایپکینز افزون بر روایی مطلوب از توانایی تشخیصی کافی برخوردار است. از سوی دیگر در استفاده‌های بالینی، زمانی که با هدف غربالگری به بررسیهای عمیق‌تر می‌پردازیم، این پرسشنامه از اعتبار کافی برخوردار است. ضرورت هنجاریابی مقیاس در پژوهشهای آتی، به منظور استفاده بهتر از آن به ویژه هنگامی که با هدف غربالگری به کار می‌رود، الزامی به نظر می‌رسد.

منابع

- بوالهیری، ج. باقری یزدی، ع. (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۱۳۷۳ دانشگاه تهران. *اندیشه و رفتار*، ۱ (۴)، ۲۹-۳۰.
- پورافکاری، ن. (۱۳۷۶). فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی (جلد دوم). تهران: فرهنگ معاصر.
- تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله روان‌شناسی*، دوره جدید، ۵ (۴)، ۳۹۸-۳۸۱.
- دلاور، ع. (۱۳۸۰). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.

- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974).** The Hopkins symptom checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science, 19*, 1-15.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Gbramaleki, A. F., Morris, R. J., & Hood, R.W. (2002).** Muslem-Christian religious orientation scale : Distinctions, correlations and cross-cultural analysis in Iran and the United States. *The International Journal for the Psychology of Religion, 12*, 69-91.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Morris, R. (2000).** Personality, stress, and mental health, evidence for relationship in a sample of Iranian managers. *Personality and Individual Differences, 28*, 647-657.
- Haffman, G. B. (2002).** Making the diagnosis of clinical depression-tips from other journals. *American Family Practice, 287*, 1160-1170.
- Jacobs, D., Garcia, C. R., Rickels, K., & Preucel, R. W. (1974).** A prospective study on the psychological effects of therapeutic abortion. *Comprehensive Psychiatry, 15 (5)*, 423-434.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1983).** Social desirability scales: more substance than style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 882-888.
- Nease, D. E., & Malovin, J. M. (2003).** Depression screening : A practical strategy-applied evidence: research findings that are changing clinical practice. *Journal of Family Practice, 52 (2)*, 118-126.
- Prusoff, B. A., & Klerman, G. L. (1973).** Differentiating depressed from anxious neurotic patients. Use of discriminant function for separation of neurotic affective states. *Archive of General Psychiatry, 22*, 103-124.
- Raskin, A., Schulterbrandt, J. G., Reatic, N., & McKeon, J. J. (1970).** Differential response to موسوی، ا. س. (۱۳۸۴). بررسی احساس گناه، تمایلات خود-انتقادی و خودشناسی در بیماران اتوایمیون، غیراتوایمیون و افراد سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- Abdel-Kbalek, A. M. (2004).** Can somatic symptoms predict depression? *Social Behavior and Personality, 10*, 114-129.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967).** Religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 432-443.
- Booth, R. J., & Ashbridge, K. R. (1992).** Teleological coherence: Exploring the dimensions of the immune system. *Scandinavian Journal of Immunology, 36*, 751-759.
- Booth, R. J., & Ashbridge, K. R. (1993).** A fresh look at the relationship between the psyche and immune system: Teleological coherence and harmony of purpose. *Journal of Mind-Body Health, 9*, 4-23.
- Covi, L., Lipman, R. S., Pattison, J. H., Derogatis, L. R., & Uhlenhuth, E. H. (1973).** Length of treatment with anxiolytic-sedatives and response to their sudden withdrawal. *ACT A Psychiatrica Scandinavian, 49*, 51-61.
- De Brabander, B., Hellems, J., Boone, C., & Gerits, P. (1996).** Locus of control, sensation seeking, and stress. *Psychological Reports, 79*, 1307-1312.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973).** The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharm Bullten, 9*, 13-28.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., & Rickels, K. (1971).** Neurotic symptom dimentions : As perspected by psychiatrists and patients of various social classes. *Archive of General Psychiatry, 24*, 454-464.

of lactation suppression. *Obstetric Gynecology*, 2, 156-169.

Uhlenhuth, E. H., Rickels, K., Fisher, S., Park, L. C., Lipman, R. S., & Mock, J. E. (1966). Drug doctor's verbal attitude and clinical setting in the symptomatic response pharmacotherapy. *Psychopharmacology*, 9, 392-418.

Williams, H. V., Lipman, R. S., Rickels, K., Covi, L., Uhlenhuth, E. H., & Mttsson, N. B. (1968). Replication of symptom distress factors in anxious neurotic outpatients. *Behavior Research*, 3, 199-212.

Woodworth, R. S. (1918). *Personal data sheet*. Chicago: Stoelting.

chlorpromazine, imipramine and placebo among subgroups of hospitalized depressed patients. *Archive of General Psychiatry*, 23, 164-173.

Rickels, K., Lipman, R. S., Garcia, C. R. & fisher, E. (1972). Evaluating clinical improvement in anxious outpatients: A comparison of normal and treated neurotic patients. *American Journal of Psychiatry*, 128 (8), 119-123.

Rickels, K., Lipman, R. S., Park, L. C., Covi, L., Uhlenhuth, E. H., & Mock, J. E. (1971). Drug doctor warmth and clinic setting in the symptomatic response to minor tranquilizers. *Psycho-Pharmacology*, 20, 128-152.

Schwartz, D. J., Evans, P. C., Garcia, C. R., Rickels, K., & Fishre, E. (1973). A clinical study