

مقاله‌ی پژوهشی

کارایی بالینی مقیاس‌های اعتباری و بالینی پرسش‌نامه‌ی شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-نوجوانی (MMPI-A): مقایسه‌ی نیم‌رخ روانی در گروه بالینی با هنجار و تعیین نمره‌ی برش

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی نیم‌رخ گروه‌های هنجار و بالینی در مقیاس‌های اعتباری و بالینی پرسش‌نامه‌ی شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-نوجوانی (MMPI-A)، فرم حوادث ناگوار زندگی و تعیین نمره‌ی برش برای نوجوانان ایرانی انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه‌ی پیمایشی-کاربردی نسخه‌ی نهایی پرسش‌نامه‌ی روی نمونه‌ی هنجاری ۲۰۱۸ نفر (۹۷۵ پسر و ۱۰۴۳ دختر نوجوان) به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای در مراکز استان‌های تهران، خراسان رضوی، فارس، اصفهان و آذربایجان شرقی در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ اجرا شد. نمونه‌ی بالینی ۷۳ بیمار ۱۴-۱۸ ساله بودند که با مصاحبه‌ی بالینی با پرسش‌نامه‌ی اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان سنین مدرسه و بر اساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص‌گذاری شدند. داده‌ها با تحلیل واریانس چندمتغیره و روش منحنی ویژگی عملیاتی تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین گروه هنجار و بالینی در مقیاس‌های اعتباری ناهماهنگی پاسخ متغیر، ناهماهنگی پاسخ صحیح، نابسامدی نوع یک و دو، نابسامدی، دروغ‌گویی و در مقیاس‌های بالینی خودبیمارانگاری، افسردگی، هیستری، سایکوپاتی، مردانگی-زنانگی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا، مانیک و درون‌گرایی اجتماعی و فرم حوادث ناگوار زندگی، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/01$). برای تفکیک دو گروه بالینی و هنجار به روش منحنی ویژگی عملیاتی برای هر یک از مقیاس‌های اعتباری و بالینی بین دو گروه هنجار و بالینی، نمره‌ی برش بهینه‌ای تعیین شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، روایی تشخیصی مقیاس‌های اعتباری و بالینی MMPI-A و فرم حوادث ناگوار زندگی در گروه بالینی و هنجار در حد رضایت‌بخشی است. نمره‌ی برش برابر با نمره‌ی استاندارد تی ۶۵، دارای حساسیت و ویژگی بهینه برای تمییز دو گروه و کارایی بالینی قابل قبول است.

واژه‌های کلیدی: اعتبار، بالینی، حوادث زندگی، شخصیت، مقیاس، نوجوان

بنفشه غرابی

استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مجتبی حبیبی

دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار پژوهشکده‌ی خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران

*محمد عاشوری

استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

*مؤلف مسئول:

ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو روان‌پزشکی تهران
ashouria@gmail.com
تاریخ وصول: ۹۱/۴/۱۰
تاریخ تایید: ۹۱/۱۱/۲۴

پی‌نوشت:

این پژوهش با حمایت مالی شبکه‌ی تحقیقات سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روان‌پزشکی تهران، قطب علمی خانواده‌ی ایرانی اسلامی دانشگاه شهید بهشتی و مرکز پژوهش‌های روان‌شناختی و آسیب‌های اجتماعی (پروا) انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است.

Original Article

Clinical application of validity and clinical scales of Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A): A comparison of profiles for clinical and non-clinical sample and determining a cut point

Abstract

Introduction: This study has been done to comparing the validity and clinical scales of Minnesota multifaceted personality-adolescent (MMPI-A) and life event scale (LES) and determining a cut point of Iranian adolescent.

Materials and Methods: Within an applied survey design, the final version of MMPI-A was administrated on the 2,018 adolescents (975 boys and 1043 girls) in the five largest provinces (Tehran, Khorasan-e-Razavi, Fars, Isfahan and East-Azarbayjan). The clinical sample including 73 outpatient samples with age range 14-18, whom all had diagnosed in axes I or II bases on DSM-IV-TR criteria, and clinical interview by schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children. The MANOVA and receiver operating characteristic curve analysis statistics were applied for data analysis.

Results: There were significant difference between normal and clinical groups based on validity scales; variable response inconsistency, true response inconsistency, infrequency, infrequency 1, infrequency 2, lie, K clinical scales; hypochondriasis, depression, hysteria, psychopathic deviate, masculinity/femininity, paranoia, psychoasthenia, schizophrenia, hypomania, social introversion, life event scale ($P < 0.01$). The receiver operating characteristic curve analysis was run to determine optimum cut points to discrimination of clinical and normal subjects.

Conclusion: According to the findings, discriminate validity of validity and clinical scales of MMPI-A, and LES in both normal and clinical groups was satisfied. The T score equal to 65 had satisfied sensitivity and specify for diagnose in both group. The clinical application of MMPI-A was acceptable in Iranian community and can serve as a tool for clinical evaluation and screening.

Keywords: Adolescent, Clinical, Life events, Personality, Scale, Validity

Banafsheh Gharaei

Assistant professor of clinical psychology, Mental Health Research Center Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Mojtaba Habibi

Ph.D. in health psychology, assistant professor of family institute, Shahid Beheshti University, Tehran

**Ahmad Ashouri*

Assistant professor of clinical psychology, Mental Health Research Center Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding Author:**

Tehran Psychiatry Institute, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran

ashouria@gmail.com

Received: Jun. 30, 2012

Accepted: Feb. 12, 2013

Acknowledgement:

This study was financially supported by Mental Health Research Network, Mental Health Research Center of Tehran Psychiatry Institute, Center of Excellence of Iranian-Islamic Family of Shahid Beheshti University and Psychology and Social Damages Research Center. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Habibi M, Gharaei B, Ashouri A. Clinical application of validity and clinical scales of Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A): A comparison of profiles for clinical and non-clinical sample and determining a cut point. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2014; 15(4): 301-11.

مقدمه

نوجوانان حدود ۲۰ درصد از کل جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند و این در حالی است که ۸۵ درصد از جمعیت نوجوان در کشورهای در حال توسعه ساکن هستند (۱). در ایران، جمعیت گروه سنی نوجوان ۱۹-۱۰ ساله، ۲۱/۹ درصد (حدود ۱۵/۵ میلیون نفر) از کل جمعیت کشور است که از متوسط جهانی هم بیشتر است و حدود ۱۲/۳۸ درصد آن مربوط به گروه سنی ۱۹-۱۵ سال است (۲). در این دوره، افراد دستخوش تغییرات چندگانه‌ی فیزیکی، روانی و شناختی می‌شوند که آن‌ها را به سمت بلوغ فیزیکی و یک سبک زندگی بزرگسالی سوق می‌دهد (۳) لذا یکی از مهم‌ترین الزامات یک کشور برای رسیدن به پیشرفت و ثبات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، توجه به نیازهای سلامتی و رشدی نوجوانان است (۱). نوجوانی یک دوره‌ی مهم مرتبط با بیماری و سلامتی است که بیشتر رفتارهای مثبت و خطرناک سلامتی در این دوره، آشکار می‌شوند (۴). در این دوره، شیوع مشکلات رفتاری درونی-سازی^۱ (مانند افسردگی و اضطراب) و بیرونی‌سازی^۲ (مانند پرخاشگری و بزه‌کاری) افزایش می‌یابد (۵). مطالعات نشان داده است که هم مشکلات رفتاری درونی‌سازی و هم بیرونی‌سازی با ویژگی‌های درونی فرد ارتباط دارند. این ویژگی‌های درونی، نقش تعدیل‌کنندگی و پیش‌بین دارند (۶). اگر چه شیوع رفتار مشکل، تا قبل از دوره‌ی راهنمایی نسبتاً نادر است اما به صورت چشمگیری در طی دوران نوجوانی، افزایش می‌یابد. رفتارهای مشکل در نوجوان با گروهی از پیامدهای سلامتی و اجتماعی منفی نظیر شکست تحصیلی، بازداشت، اعتیاد، بیماری‌های مقاربتی، حاملگی، آسیب و مرگ همراه است (۶). در مجموع می‌توان گفت که نوجوانی از مهم‌ترین مراحل رشد و تکامل انسان می‌باشد که ویژگی‌های رشدی آن می‌تواند زمینه ساز بروز انواع اختلال‌های رفتاری، بزه‌کاری، سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی باشد. با توجه به افزایش تعداد نوجوانان و جوانان در ساختار جمعیتی ایران و هم‌چنین شیوع نسبتاً بالای اختلال روانی در نوجوانان (۱۰/۵٪) (۷)،

اهمیت و ضرورت استفاده از آزمون‌های مناسب و مختص نوجوانی در مراکز درمانی و آموزشی کشور جهت تشخیص و درمان دقیق و به موقع، روز به روز آشکارتر می‌شود. بدیهی است که هر گونه ضایعه و نارسایی در بهداشت جسمی و روانی و در نتیجه، کاهش توانایی‌های این گروه سنی، به گونه‌ای غیر قابل اجتناب به کاهش پیشرفت جامعه می‌انجامد و از طرف دیگر عدم سلامت جسمی و روانی آن‌ها ممکن است در درازمدت روی سلامتی آحاد جامعه، اثر منفی بگذارد. به طوری که بسیاری از آسیب‌های روانی دوران بزرگسالی، ادامه‌ی مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (۸). بنابراین شناسایی و درمان به موقع این مشکلات تا حد زیادی به کاهش بار اقتصادی و اجتماعی حاصل از این مشکلات می‌انجامد. امروزه موضوع ارزیابی در روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. بسیاری از متخصصان معتقدند که تشخیص صحیح، مقدمه‌ی جدانشدنی درمان درست و موثر می‌باشد. یکی از موضوعات مهم در تشخیص اختلالات روانی به کارگیری ابزارهای معتبر است. آزمون‌های روانی یکی از موثرترین و رایج‌ترین ابزارهایی می‌باشند که برای تشخیص اختلالات و نابهنجاری‌های روانی، رفتاری و شخصیتی تهیه شده‌اند. به گزارش آرچر و نیوسام^۳ پرکاربردترین آزمون‌ها در مراکز درمانی و پژوهشی مرتبط با نوجوانان، پرسش‌نامه‌ی شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-نوجوانان (MMPI-A)^۴ می‌باشد (۹). با توجه به فقدان مطالعات مربوط به این ابزار پرکاربرد در ایران، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی مقیاس‌های بالینی و اعتباری این پرسش‌نامه در دو گروه بالینی و غیر بالینی از نوجوانان ایرانی انجام شد.

روش کار

به واسطه‌ی طرح پیمایشی-کاربردی از جامعه‌ی آماری نوجوانان ۱۸-۱۴ ساله‌ی ایرانی که در سال ۸۹-۱۳۸۸ در دبیرستان‌ها و پیش‌دانشگاهی‌های کشور مشغول به تحصیل بودند، به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای استان‌های کشور به پنج خوشه‌ی شمالی، جنوبی، شرقی و غربی و مرکز، طبقه‌بندی شدند و از بین هر یک از آن‌ها یک استان به تصادف انتخاب

³Archer and Newsom⁴The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescents¹Internalizing²Externalizing

شرکت‌کنندگان در پژوهش بعد از کسب رضایت آگاهانه‌ی شفاهی برای مشارکت در پژوهش و داشتن حق ترک جلسه در صورت انصراف از ادامه‌ی کار، به این پرسش‌نامه جواب دادند. پژوهش حاضر از نظر رعایت مسایل اخلاقی در کمیته‌ی اخلاق مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روان‌پزشکی تهران با کد ۸۸/۱۰/۲۲/۲۴ مورد تایید قرار گرفته است.

برای بررسی قدرت تشخیصی MMPI-A در گروه بالینی بر اساس ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بهترین ملاک‌های تشخیصی که می‌توان در نظر گرفت، استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته‌ی پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان در سنین مدرسه (K-SADS)^۱ است (۱۰). بنا بر این برای اطمینان از فرایند اعتباریابی MMPI-A و تشخیص‌های حاصل از آن با استفاده از ابزار K-SADS با بیماران سرپایی که در محورهای ۱ و ۲ دارای تشخیص قطعی بوده و از نظر متخصصین یکی از تشخیص‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را دریافت کرده بودند، هم‌زمان با MMPI-A، مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی K-SADS نیز اجرا شد. هم‌چنین برای سنجش حوادث زندگی و مقایسه‌ی این حوادث در گروه هنجار و بالینی از پرسش‌نامه‌ی حوادث زندگی استفاده گردید. برای بررسی پایایی کل آزمون نیز نیم‌رخ میانگین گروه بالینی با نیم‌رخ میانگین گروه هنجار مقایسه گردید. در مورد مقیاس «پنج»، نمرات دختران و پسران هنجار با یکدیگر مقایسه شدند. برای بررسی اعتبار مقیاس «صفر» نیز نمرات افرادی که در آزمون شخصیتی آیزنگ، نوجوانان درون‌گرا تشخیص داده شده بودند با افراد برون‌گرا در این آزمون مقایسه گردیدند. ابزار پژوهش در این تحقیق عبارتند از:

الف- پرسش‌نامه‌ی شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا نوجوانان (MMPI-A): یک پرسش‌نامه‌ی استاندارد برای فراخوانی دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌های خودتوصیفی است که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش وی نسبت به شرکت در آزمون را به دست می‌دهد. چهارچوب اصلی این آزمون از

گردید. سپس در هر استان انتخاب شده (تهران، آذربایجان شرقی، خراسان رضوی، فارس، اصفهان) با در نظر گرفتن روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، مدارس به تفکیک دبیرستان‌های دخترانه و پسرانه به تصادف انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. انتخاب حجم نمونه با الگو گرفتن از جدول مورگان و با توجه به هدف پژوهش صورت گرفت. طبق این جدول زمانی که حجم افراد جامعه بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ نفر باشد حجم نمونه برابر با ۳۶۵ نفر انتخاب می‌شود. در نهایت، حسب توزیع جغرافیای شهری از بین ۲۰۴۷ آزمودنی در گروه هنجار شهرهای تهران، مشهد، شیراز، اصفهان و تبریز به ترتیب ۲۳/۱ درصد، ۱۷/۱ درصد، ۱۳/۶ درصد، ۲۳/۲ درصد و ۲۳/۰ درصد از حجم گروه نمونه را به خود اختصاص داده بودند. گروه نمونه شامل گروه نمونه‌ی هنجار، بالینی و بازآزمایی بودند. گروه بازآزمایی شامل ۶۰ نفر (۳۰ دختر و ۳۰ پسر) بودند. شایان ذکر است که آزمون مجدد ۲ هفته پس از اجرای آزمون اول انجام گردید. گروه نمونه‌ی بازآزمایی از بین همان گروه نمونه‌ی هنجار به شکل تصادفی انتخاب شد. گروه نمونه‌ی بالینی از بین بیماران روان‌پزشکی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در سال ۱۳۸۹ تحت درمان سرپایی شهر تهران به تعداد ۷۳ نفر انتخاب گردید. شرایط لازم جهت انتخاب گروه نمونه‌ی بالینی دامنه‌ی سنی ۱۴ الی ۱۸ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و یک تشخیص قطعی در محور یک یا دو یا هر دو محور بود.

جهت انجام پژوهش، ابتدا ماده‌های پرسش‌نامه، ترجمه و سپس به کمک اساتید روان‌شناسی، صحت و روایی محتوایی پرسش‌نامه بررسی گردید. در مرحله‌ی بعد با استفاده از روش ترجمه‌ی معکوس از فارسی به انگلیسی توسط متخصصین روان‌شناسی مسلط به هر دو زبان، طی جلسات متعددی صحت ترجمه‌ی عبارات و اصطلاحات کنترل گردید. پس از این مرحله، طی یک مطالعه‌ی مقدماتی روی افراد هنجار (تعداد ۳۰ دختر و ۳۰ پسر)، میزان قابل درک بودن نسخه‌ی اولیه‌ی فارسی سیاهه‌ی MMPI-A مورد بررسی قرار گرفت. پس از رفع نواقص، پرسش‌نامه برای اجرا در نمونه‌ی اصلی آماده شد. در فرایند جمع‌آوری داده‌ها در گروه هنجار، همگی

^۱Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children

۵۰۴ جمله‌ی مثبت تشکیل شده بود که به صورت صحیح یا غلط به آن‌ها پاسخ داده می‌شد. بعدها با افزودن ماده‌های تکراری و مقیاس‌های «پنج» (مردانگی و زنانگی) و «صفر» (درون‌گرایی اجتماعی) تعداد ماده‌ها به ۵۶۶ ماده افزایش یافت. در فرم استاندارد سال ۱۹۸۹ با حفظ همان چهارچوب اصلی تعدادی از ماده‌ها، تغییر، حذف و افزوده شد که در نتیجه تعداد سؤالات به ۵۶۷ مورد رسید. MMPI-A دارای ۴۷۸ ماده است که در نتیجه، زمان اجرای آن کوتاه‌تر شده است. MMPI-A می‌تواند صورت چاپی یا نوار ضبط شده و یا توسط رایانه اجرا بشود. سطوح خواندن MMPI-A از کلاس پنجم تا کلاس هفتم می‌باشد (۱۱). غرایب، عاشوری و حبیبی این ابزار را در جامعه نوجوانان ایرانی هنجاریابی کردند. نتایج حاکی از آن بود که این مقیاس برای استفاده در جامعه نوجوانان ایرانی دارای ویژگی‌های روان‌سنجی رضایت بخشی است (۱۲).

ب- فرم حوادث ناگوار زندگی^۱ (LES): این فرم که از تحقیق بوچرا^۲ و همکار (۱۱) اقتباس و ترجمه شده و در اکثر تحقیقات انجام شده در زمینه اعتباریابی MMPI-A از آن استفاده شده است. این ابزار شامل ۱۹ جمله می‌باشد که حوادث تنش‌زای موجود در زندگی نوجوانان را در ۶ ماه قبل از اجرای آزمون می‌سنجد. این فرم توسط یک فهرست تکمیلی زمینه‌یابی وقایع و رخداد‌های مهم زندگی مثل طلاق، مرگ و میر، مشکلات محیط کار و خانواده، بارداری، جدایی موقت، مشکلات مالی و غیره در طول ۶ ماه اخیر است که به صورت بله و خیر، پاسخ داده می‌شود.

ج- پرسش‌نامه‌ی اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان در سنین مدرسه (K-SADS): این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که برای بررسی بیماری در کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله بر اساس معیارهای سومین ویراست تجدیدنظر شده و چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طراحی شده است (۱۳). این پرسش‌نامه تقریباً تمام اختلالات روان‌پزشکی شایع در کودکان و نوجوانان از جمله اختلالات خلقی (افسردگی

اساسی و مانیا)، اختلالات اضطرابی (اضطراب جدایی، اختلال پانیک، آگورافوبیا، اضطراب اجتماعی، فوبی ساده، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی، اختلال استرس پس از سانحه)، اختلالات مربوط به خوردن (بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی)، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، شب‌اداری و بی‌اختیاری مدفوع، اختلال تیک و اختلالات سایکوتیک را مورد پوشش قرار داده (۱۰) و از طریق مصاحبه با کودک تکمیل می‌گردد. نسخه‌ی اصلی ابزار، پایایی مناسبی دارد ولی یافته‌ها در مورد روایی آن محدود است (۱۴). غنی‌زاده و همکاران این پرسش‌نامه را برای استفاده در ایران مورد هنجاریابی قرار داده‌اند. این محققان اعتبار تشخیص‌های این پرسش‌نامه در ایران را خوب تا عالی گزارش کرده‌اند. در این پژوهش بالاترین میزان اعتبار در مورد اختلال پانیک، اختلال سلوک و فوبی ساده گزارش شده است. علاوه بر این محققان، اعتبار و پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه را خوب گزارش کرده‌اند (۱۰). جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از هر دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. به همین منظور از جداول دوبعدی جهت نمایش مشخصات توصیفی گروه نمونه و رتبه‌ی درصدی، از نمودار جهت نمایش شکل توزیع داده‌های گروه نمونه‌ی مورد نظر استفاده گردید. همچنین از ضریب همبستگی پیرسون، جهت بررسی روایی ملاکی و از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف جهت مقایسه توزیع داده‌ها با توزیع نرمال و از آزمون F لوین جهت بررسی همگنی واریانس از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) جهت مقایسه‌ی میانگین زیرمقیاس‌ها بر حسب جنسیت سنی و از منحنی ویژگی عملیاتی (ROC)^۳ برای تعیین نمره‌ی برش استفاده شد.

نتایج

بر اساس نتایج جمعیت‌شناختی می‌توان گفت که بر حسب توزیع جغرافیای شهری از بین ۲۰۴۷ آزمودنی در گروه هنجار شهرهای تهران، مشهد، شیراز، اصفهان و تبریز به ترتیب ۲۳/۱ درصد، ۱۷/۱ درصد، ۱۳/۶ درصد، ۲۳/۲ درصد و ۲۳/۰ درصد از حجم گروه نمونه را به خود اختصاص داده بودند. بر حسب توزیع جنسیت آزمودنی‌ها در گروه هنجار دختران، پسران و

¹Life Event Scale

²Butcher

³Receiver Operating Characteristic

جدول ۱- آمار توصیفی وضعیت گروه دانش‌آموزان

هنجار و بالینی در مقیاس‌های اعتباری MMPI-A

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار
ناهماهنگی پاسخ متغیر	هنجار	۴۷/۸۵۵۷	۸/۳۷۵۰۷
	بالینی	۶۰/۲۹۹۵	۸/۴۴۲۳۷
	کل	۵۲/۵۳۸۹	۱۰/۳۳۰۸۲
نابسامدی نوع یک	هنجار	۴۷/۹۸۴۱	۸/۷۱۶۰۸
	بالینی	۵۹/۸۸۲۶	۸/۵۴۰۶۹
	کل	۵۲/۴۶۲۰	۱۰/۳۸۴۵۶
نابسامدی	هنجار	۴۷/۹۳۱۷	۸/۰۸۲۶۳
	بالینی	۶۰/۳۰۵۰	۸/۰۴۸۹۳
	کل	۵۲/۵۸۸۳	۱۰/۰۴۹۹۷
دفاعی	هنجار	۴۸/۳۲۵۰	۸/۲۷۱۷۲
	بالینی	۵۹/۹۵۲۰	۸/۱۷۷۴۶
	کل	۵۲/۷۰۰۸	۹/۹۶۸۶۸
ناهماهنگی پاسخ صحیح	هنجار	۴۸/۴۵۷۷	۹/۲۱۵۳۵
	بالینی	۶۰/۵۴۲۴	۸/۴۷۷۳۵
	کل	۵۳/۰۰۵۷	۱۰/۶۷۹۶۹
نابسامدی نوع دو	هنجار	۴۸/۲۱۶۰	۷/۹۰۰۹۲
	بالینی	۵۹/۹۴۴۷	۸/۴۹۵۶۸
	کل	۵۲/۶۳۰۰	۹/۹۰۸۹۱
دروغ‌گویی	هنجار	۴۸/۲۸۵۰	۹/۲۵۰۶۵
	بالینی	۵۹/۵۷۳۱	۸/۷۶۹۷۴
	کل	۵۲/۵۳۳۲	۱۰/۵۸۰۵۷

نتایج بررسی اثر متغیر گروه هنجار و بالینی با استفاده از آزمون تی هاتلینگ روی ترکیب خطی مقیاس‌های اعتباری MMPI-A حاکی از وجود اثر معنی‌دار گروه $\eta^2 = 0.63$ ، $P < 0.001$ ، $F(7/178) = 43.07$ است، جهت بررسی اثر متغیر گروه هنجار و بالینی در هر یک از مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌متغیره استفاده شد (جدول ۲).

بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر گروه هنجار و بالینی در جدول ۲ می‌توان گفت که بین گروه هنجار و بالینی در مقیاس‌های ناهماهنگی پاسخ متغیر ($P < 0.01$)، $F(1/184) = 95.79$ ، ناهماهنگی پاسخ صحیح ($P < 0.05$)، $F(1/184) = 79.66$ ، نابسامدی نوع یک ($P < 0.01$)، $F(1/184) = 82.58$ ، نابسامدی نوع دو ($P < 0.01$)، $F(1/184) = 10.2$ / $F(1/184) = 67.57$ ، دفاعی ($P < 0.01$)، $F(1/184) = 86.99$ و دروغ‌گویی ($P < 0.01$) تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید.

آزمودنی‌هایی با جنسیت نامشخص به ترتیب ۴۷/۶ درصد، ۵۱/۰ درصد و ۱/۴ درصد از حجم گروه نمونه را به خود اختصاص داده بودند. بر حسب رشته‌ی تحصیلی در گروه هنجار دانش‌آموزان با گرایش عمومی، معماری، نمایش، گرافیک، ریاضی، انسانی، تجربی و دانش‌آموزان با رشته‌ی تحصیلی نامشخص به ترتیب ۲۷/۰ درصد، ۱/۶ درصد، ۰/۵ درصد، ۰/۵ درصد، ۲۱/۸ درصد، ۱۶/۲ درصد، ۲۹/۸ درصد و ۲/۶ درصد از حجم گروه نمونه را به خود اختصاص داده بودند. بر حسب پایه‌ی تحصیلی در گروه هنجار دانش‌آموزان سال اول، دوم، سوم، مقطع پیش‌دانشگاهی و دانش‌آموزان با پایه‌ی تحصیلی نامشخص به ترتیب ۲۵/۹ درصد، ۲۵/۶ درصد، ۲۳/۶ درصد، ۲۳/۷ درصد و ۱/۱ درصد از حجم گروه نمونه را به خود اختصاص داده بودند. بر اساس نتایج جمعیت‌شناختی در گروه بالینی می‌توان گفت که بر حسب توزیع جنسیت آزمودنی‌ها در گروه هنجار دختران، پسران و آزمودنی‌هایی با جنسیت نامشخص به ترتیب ۴۹/۳ درصد، ۵۰/۰ درصد و ۰/۷ درصد از حجم گروه نمونه را به خود اختصاص داده بودند. بر حسب رشته‌ی تحصیلی در گروه هنجار دانش‌آموزان با گرایش عمومی، معماری، نمایش، گرافیک، ریاضی، انسانی، تجربی و دانش‌آموزان با رشته‌ی تحصیلی نامشخص به ترتیب ۲۶/۱ درصد، ۳/۲ درصد، ۲/۱ درصد، ۱/۳ درصد، ۲۶/۵ درصد، ۱۸/۱ درصد، ۲۰/۱ درصد و ۲/۶ درصد از حجم گروه نمونه را به خود اختصاص داده بودند. بر حسب پایه‌ی تحصیلی در گروه هنجار دانش‌آموزان سال اول، دوم، سوم، مقطع پیش‌دانشگاهی و دانش‌آموزان با پایه‌ی تحصیلی نامشخص به ترتیب ۲۵/۹ درصد، ۳۰/۷ درصد، ۲۱/۸ درصد، ۲۰/۹ درصد و ۰/۷ درصد از حجم گروه نمونه را به خود اختصاص داده بودند.

نیم‌رخ روانی گروه هنجار و بالینی در مقیاس‌های اعتباری MMPI-A

جهت بررسی اثر متغیر گروه هنجار و بالینی روی مقیاس‌های اعتباری (ناهماهنگی پاسخ متغیر، ناهماهنگی پاسخ صحیح، نابسامدی نوع یک، نابسامدی نوع دو، نابسامدی، دروغ‌گویی و دفاعی) از آزمون مانووا استفاده گردید، آماره‌های توصیفی مقیاس‌های اعتباری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲- تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه‌ی گروه دانش‌آموزان هنجار و بالینی روی مقیاس‌های اعتباری MMPI-A

منبع تغییرات	متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه‌ی آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	ناهماهنگی پاسخ متغیر	۶۷۶۰/۰۷	۱-۱۸۴	۹۵/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	ناهماهنگی پاسخ صحیح	۶۳۷۵/۴۸	۱-۱۸۴	۷۹/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	نابسامدی نوع یک	۶۱۸۰/۵۶	۱-۱۸۴	۸۲/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	نابسامدی نوع دو	۶۰۰۵/۴۸	۱-۱۸۴	۹۰/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	نابسامدی	۶۶۸۳/۷۱	۱-۱۸۴	۱۰۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	دروغ‌گویی	۵۵۶۲/۷۲	۱-۱۸۴	۶۷/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	دفاعی	۵۹۰۱/۷۳	۱-۱۸۴	۸۶/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲

و درون‌گرایی اجتماعی ($F(1/187)=178/64, P<0/01$) تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید.

نیم‌رخ روانی گروه هنجار و بالینی در مقیاس‌های بالینی *MMPI-A*

جدول ۳- مقایسه‌ی آمار توصیفی وضعیت گروه دانش‌آموزان

هنجار و بالینی در مقیاس‌های بالینی MMPI-A

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار
خودبیمارانگاری	هنجار	۵۰/۴۳	۸/۳۴
	بالینی	۷۰/۳۳	۸/۳۷
	کل	۵۸/۱۲	۱۲/۸۰
افسردگی	هنجار	۵۰/۰۵	۸/۷۰
	بالینی	۷۰/۳۰	۸/۴۲
	کل	۵۷/۸۷	۱۳/۰۷
هیستری	هنجار	۵۰/۲۴	۹/۱۵
	بالینی	۷۰/۳۲	۸/۹۰
	کل	۵۸/۰۱	۱۳/۳۳
سایکوپاتی	هنجار	۴۸/۸۴	۹/۲۲
	بالینی	۷۰/۲۶	۸/۶۸
	کل	۵۷/۱۱	۱۳/۷۹
مردانگی-زنانگی	هنجار	۴۹/۶۶	۱۰/۳۲
	بالینی	۶۹/۴۶	۸/۶۸
	کل	۵۷/۳۱	۱۳/۶۹
پارانویا	هنجار	۴۸/۵	۹/۹۴
	بالینی	۷۰/۰۲	۸/۵۶
	کل	۵۶/۸۲	۱۴/۱۰
ضعف روانی	هنجار	۵۰/۵۶	۸/۱۹
	بالینی	۷۰/۲۲	۸/۵۹
	کل	۵۸/۱۵	۱۲/۷۰
اسکیزوفرنیا	هنجار	۴۹/۳۷	۸/۳۴
	بالینی	۷۰/۳۳	۸/۶۴
	کل	۵۷/۴۷۳۳	۱۳/۲۶
مانیک	هنجار	۴۹/۷۷	۱۰/۱۵
	بالینی	۷۰/۳۴	۸/۳۸
	کل	۵۷/۷۱	۱۳/۸۱
درون‌گرایی اجتماعی	هنجار	۵۰/۶۵	۱۰/۱۰
	بالینی	۶۹/۹۷	۸/۹۴
	کل	۵۸/۱۱	۱۳/۴۹

جهت بررسی اثر متغیر گروه هنجار و بالینی روی مقیاس‌های بالینی (خودبیمارانگاری، افسردگی، هیستری، سایکوپاتی، مردانگی-زنانگی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا، مانیک و درون‌گرایی اجتماعی) از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید، آماره‌های توصیفی مقیاس‌های بالینی در جدول ۳ آمده است.

نتایج بررسی اثر متغیر گروه هنجار و بالینی با استفاده از آزمون تی هاتلینگ روی ترکیب خطی مقیاس‌های بالینی MMPI-A حاکی از وجود اثر معنی‌دار گروه ($\eta^2=0/80$)، ($F(10/178)=72/45, P<0/001$) است، جهت بررسی اثر متغیر گروه هنجار و بالینی در هر یک از مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌متغیره استفاده شد.

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه‌ی گروه دانش‌آموزان هنجار و بالینی روی مقیاس‌های بالینی MMPI-A ذکر شده است.

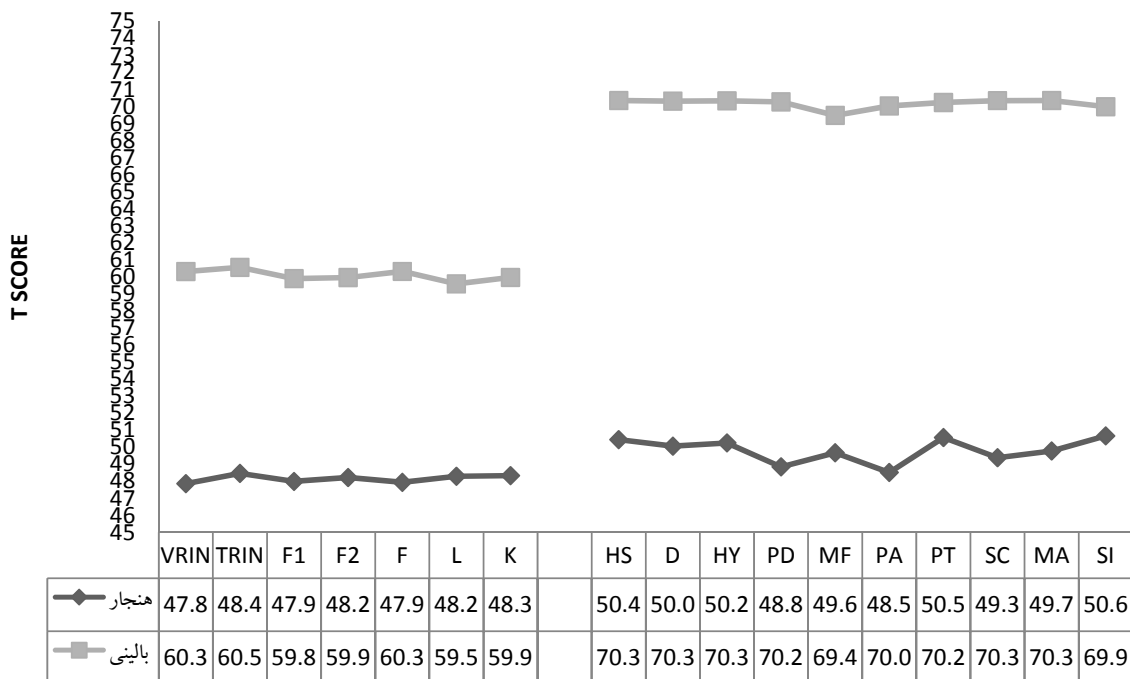
بر اساس نتایج تحلیل واریانس برای بررسی اثر گروه هنجار و بالینی در جدول ۴ می‌توان گفت که بین گروه هنجار و بالینی در مقیاس‌های خودبیمارانگاری ($P<0/01$)، افسردگی ($F(1/187)=254/07, P<0/05$)، هیستری ($F(1/187)=248/58, P<0/01$)، سایکوپاتی ($F(1/187)=219/82, P<0/01$)، مردانگی-زنانگی ($F(1/187)=252/65, P<0/01$)، پارانویا ($F(1/187)=175/68, P<0/01$)، ضعف روانی ($F(1/187)=232/77, P<0/01$)، اسکیزوفرنیا ($F(1/187)=248/14, P<0/01$)، مانیک ($F(1/187)=274/88, P<0/01$)،

۹۸/۶۳ و ویژگی ۹۷/۴۱، نابسامدی نوع یک نمره‌ی برش ۶۲/۸۳ با حساسیت ۹۸/۶۳ و ویژگی ۹۷/۴۱، نابسامدی نوع دو نمره‌ی برش ۶۲/۴۱ با حساسیت ۹۸/۵۷ و ویژگی ۱۰۰، نابسامدی نمره‌ی برش ۶۱/۳۸ با حساسیت ۱۰۰ و ویژگی ۹۷/۴۱، دروغ‌گویی نمره‌ی برش ۶۵/۳۵ با حساسیت ۹۴/۵۲ و ویژگی ۱۰۰ و دفاعی نمره‌ی برش ۶۱/۴۵ با حساسیت ۱۰۰ و ویژگی ۹۴/۸۳ بین دو گروه هنجار و بالینی تشخیص بهینه‌ای ایجاد نماید.

نمره‌ی برش مناسب مقیاس‌های اعتباری MMPI-A برای تشخیص دو گروه بالینی و هنجار: برای تعیین نمره‌ی برش مقیاس‌های اعتباری MMPI-A در این پژوهش از روش منحنی ویژگی عملیاتی (ROC) استفاده گردید. بر اساس نتایج تحلیل منحنی ویژگی عملیاتی تعیین نمره‌ی برش می‌توان گفت که در مقیاس‌های ناهماهنگی پاسخ متغیر نمره‌ی برش ۶۵/۳۵ با حساسیت ۹۴/۵۲ و ویژگی ۱۰۰، ناهماهنگی پاسخ صحیح نمره‌ی برش ۶۱/۶۱ با حساسیت

جدول ۴- آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه‌ی گروه دانش‌آموزان هنجار و بالینی روی مقیاس‌های بالینی MMPI-A

منبع تغییرات	متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه‌ی آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	خودبیمارانگاری	۱۷۴۷/۹۴۵	۱-۱۸۷	۲۵۴/۰۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶
	افسردگی	۱۸۳۶۶/۰۵۶	۱-۱۸۷	۲۴۸/۵۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
	هیستری	۱۸۰۶۱/۱۵۲	۱-۱۸۷	۲۱۹/۸۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
	سایکوپاتی	۲۰۵۵۶/۰۸۶	۱-۱۸۷	۲۵۲/۶۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵
	مردانگی-زنانگی	۱۷۵۶۵/۴۳۷	۱-۱۸۷	۱۸۵/۶۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸
	پارانویا	۲۰۷۲۷/۶۶۶	۱-۱۸۷	۲۳۲/۷۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵
	ضعف روانی	۱۷۳۱۴/۳۷۴	۱-۱۸۷	۲۴۸/۱۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰
	اسکیزوفرنیا	۱۹۶۷۴/۵۸۸	۱-۱۸۷	۲۷۴/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	مانیک	۱۸۹۵۲/۷۷۰	۱-۱۸۷	۲۰۹/۴۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸
	درون‌گرایی اجتماعی	۱۶۷۱۷/۵۳۷	۱-۱۸۷	۱۷۸/۶۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۹



نمودار ۱- نیم‌رخ روانی مقیاس‌های اعتباری و بالینی MMPI-A به تفکیک گروه هنجار و بالینی

کنون به ۱۳ زبان زنده‌ی دنیا ترجمه شده است (۱۵) اما متأسفانه تا کنون استفاده از این پرسش‌نامه به دلیل عدم آماده‌سازی و موجود نبودن هنجارهای ملی برای روان‌شناسان و روان‌پزشکان ایرانی مقدور نبوده است. از این رو پژوهش حاضر به منظور هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی هم‌چون پایایی، اعتبار و تعیین نقطه‌ی برش این ابزار برای استفاده محققان، روان‌شناسان و روان‌پزشکان ایران، طرح‌ریزی و اجرا گردید.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر گروه هنجار و بالینی می‌توان گفت که بین گروه هنجار و بالینی در مقیاس‌های اعتباری ناهماهنگی پاسخ متغیر، ناهماهنگی پاسخ صحیح، نابسامندی نوع یک، نابسامندی نوع دو، نابسامندی، دروغ‌گویی و دفاعی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر گروه هنجار و بالینی می‌توان گفت که بین گروه هنجار و بالینی در مقیاس‌های بالینی خودبیمارانگاری، افسردگی، هیستری، سایکوپاتی، مردانگی-زنانگی، پارانوئیا، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا، مانیک و درون‌گرایی اجتماعی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید.

بر اساس نتایج تحلیل منحنی ویژگی عملیاتی تعیین نمره‌ی برش می‌توان گفت که در مقیاس‌های اعتباری ناهماهنگی پاسخ متغیر، ناهماهنگی پاسخ صحیح، نابسامندی نوع یک، نابسامندی نوع دو، نابسامندی، دروغ‌گویی و دفاعی بین دو گروه هنجار و بالینی تشخیص بهینه‌ای ایجاد نماید. بر اساس یافته‌های بالا می‌توان گفت میانگین نمره‌ی برش مناسب مقیاس‌های اعتباری MMPI-A در ایران برای تفکیک گروه عادی و بالینی نمره‌ی تی استاندارد ۶۲/۹۱ و با تقریب ۶۳ است.

بر اساس نتایج تحلیل منحنی ویژگی عملیاتی تعیین نمره‌ی برش نیز می‌توان گفت که در مقیاس‌های بالینی MMPI-A خودبیمارانگاری، افسردگی، هیستری، سایکوپاتی، مردانگی-زنانگی، پارانوئیا، ضعف روانی، اسکیزوفرنی، مانیک و درون‌گرایی اجتماعی می‌تواند بین دو گروه هنجار و بالینی تشخیص بهینه‌ای ایجاد نماید. بر اساس یافته‌های بالا، میانگین نمره‌ی برش مناسب برای مقیاس‌های بالینی MMPI-A در ایران

نمره‌ی برش مناسب مقیاس‌های بالینی MMPI-A برای تشخیص دو گروه بالینی و هنجار:

برای تعیین نمره‌ی برش مقیاس‌های اعتباری MMPI-A در این پژوهش از روش منحنی ویژگی عملیاتی استفاده گردید. بر اساس نتایج تحلیل منحنی ویژگی عملیاتی تعیین نمره‌ی برش می‌توان گفت که در مقیاس‌های بالینی MMPI-A خودبیمارانگاری نمره‌ی برش ۶۷/۱۵ با حساسیت ۹۴/۵۲ و ویژگی ۹۷/۴۱، افسردگی نمره‌ی برش ۶۴/۲۷ با حساسیت ۹۸/۶۳ و ویژگی ۹۴/۸۳، هیستری نمره‌ی برش ۶۲/۶۰ با حساسیت ۹۸/۶۳ و ویژگی ۹۳/۱۰، سایکوپاتی نمره‌ی برش ۶۲/۷۴ با حساسیت ۹۸/۶۳ و ویژگی ۹۳/۹۷، مردانگی-زنانگی نمره‌ی برش ۶۲/۹۲ با حساسیت ۹۸/۶۳ و ویژگی ۹۰/۵۲، پارانوئیا نمره‌ی برش ۶۶/۴۳ با حساسیت ۹۴/۵۲ و ویژگی ۹۷/۴۱، ضعف روانی نمره‌ی برش ۶۳/۰۰ با حساسیت ۹۸/۶۳ و ویژگی ۹۵/۶۹، اسکیزوفرنی نمره‌ی برش ۶۲/۸۰ با حساسیت ۹۸/۶۳ و ویژگی ۹۴/۸۳، مانیا نمره‌ی برش ۶۶/۴۶ با حساسیت ۹۷/۲۶ و ویژگی ۹۶/۵۵ و درون‌گرایی اجتماعی نمره‌ی برش ۶۷/۵۷ با حساسیت ۹۱/۷۸ و ویژگی ۹۵/۶۹، بین دو گروه هنجار و بالینی تشخیص بهینه‌ای ایجاد نماید.

تفاوت بین دو گروه هنجار و بالینی در حوادث ناگوار زندگی:

برای بررسی تفاوت موجود در میانگین نمره‌ی رویداد زندگی در دو گروه دانش‌آموزان هنجار و بالینی تعداد ۱۲۱ نفر به تصادف از گروه هنجار انتخاب شدند و با ۷۳ نفر گروه بالینی از نظر میزان خودگزارشی حوادث ناگوار زندگی با آزمون تی مستقل مقایسه شدند. نتایج حاکی از آن بود که بین میانگین گروه هنجار ($M=3/66$) و بالینی ($M=5/14$) تفاوت معنی‌داری از لحاظ میزان وقایع زندگی وجود دارد ($P<0/01$)، $t(192)=-3/14$.

بحث

پرکاربردترین آزمون عینی که امروزه در سنجش‌های مربوط به اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد پرسش‌نامه‌ی شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI) می‌باشد. نسخه‌ی نوجوانان پرسش‌نامه (MMPI-A) در سال ۱۹۹۲ منتشر و تا

برای تفکیک گروه عادی و بالینی نمره‌ی تی استاندارد ۶۴/۵۹ و با تقریب ۶۵ است.

نتایج بررسی تفاوت در رویدادهای زندگی در دو گروه نوجوانان هنجار و بالینی حاکی از آن بود که بین میانگین گروه هنجار و بالینی تفاوت معنی‌داری از لحاظ میزان وقایع زندگی وجود دارد. این نتایج هم‌سو با نتایج بوچر و همکاران (۱۱)، فرایاس، دروام، گومز-ماکتو^۱ (۱۶)، لوسیو^۲ و همکاران (۱۷)، اسکات و مامانی-پامپا^۳ (۱۸)، آویلا-اسپادا^۴ و جیمنز-گومز^۵ (به نقل از ۱۸)، اسکات، کنوت، بلتران-کوئیونز و گومز^۶ (۱۹)، کالدرن^۷ (۲۰)، گومز، جانسون، دیویز و ولاسکوئز^۸ (۲۱)، نگی، لیل-پونته، تراینور و کارلسون^۹ (۲۲)، بوچر و همکاران (۲۳، ۱۵)، موید روایی تشخیصی MMPI-A از حیث ایجاد تفکیک و تمیز بین دو گروه سالم و بیمار و تعیین نقطه‌ی برش بهینه برای این تشخیص بود.

با وجود نتایج قابل توجه پژوهش حاضر در خصوص استفاده از این یافته‌ها، مواردی را نیز باید مد نظر قرار داد.

پژوهش حاضر برای نمونه‌گیری با تمرکز بر گروه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، نمونه‌گیری مدرسه‌محور را مد نظر قرار داده است و این نوع نمونه‌گیری تا حدی می‌تواند در این دامنه‌ی سنی برخی از نوجوانان خاص مثل نوجوانان ترک تحصیل کرده،

اخراجی، شاغل به کار، ساکن کانون‌های اصلاح و تربیت و زندان‌ها را شامل نگردد. به همین دلیل توصیه می‌شود در تعمیم نتایج به این گروه‌های خاص احتیاط شده و در نمونه‌گیری‌های بعدی این افراد نیز لحاظ شوند.

گروه نمونه‌ی بالینی از لحاظ حجم نسبتاً کم بود. این مسئله در برخی از مقیاس‌ها تا حدی مشهود است لذا توصیه می‌شود در مطالعات بعدی سعی شود برای نمونه‌گیری گروه بالینی، حجم بیشتری در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

امروزه با گسترش کاربرد و موارد استفاده از آزمون‌های تشخیصی در حوزه‌ی آسیب‌شناسی نوجوانان، دسترسی به ابزارهای هنجاریابی شده و معتبر دارای قدرت تشخیص بین گروه عادی و بالینی از ضروریات اصلی در حوزه‌های پژوهشی و درمان‌های بالینی است. بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی اعتبار و روایی مقیاس MMPI-A مطلوب بوده و حاکی از آن بود که این مقیاس برای استفاده در کشور دارای اعتبار و روایی رضایت‌بخشی است و می‌تواند به منزله‌ی ابزاری برای ارزیابی و انتخاب سریع نوجوانان دارای مشکلات روان‌شناختی در این موارد به کار رود: زمینه‌های بهداشتی مانند درمانگاه‌ها و مراکز بهداشت روانی، زمینه‌های آموزشی مانند مدارس، زمینه‌های پزشکی مانند مطب پزشکان و متخصصان کودک و نوجوان، زمینه‌های خدمات خانواده و کودک، مانند پرورشگاه‌ها و موسسات حمایتی، زمینه‌های قانونی مانند دادگاه‌های کودک و نوجوان و کانون‌های اصلاح و تربیت.

¹Farias, Duran and Gomez-Maqueo

²Lucio

³Scott and Mamani-Pampa

⁴Avila-Espada

⁵Jimenez-Gomez

⁶Scott, Knoth, Beltran-Quiones and Gomez

⁷Calderon

⁸Gomez, Johnson, Davis and Velasquez

⁹Negy, Leal-Puente, Trainor and Carlson

References

1. Pettit GS, Dodge KA. Violent children: Bridging development, intervention, and public policy. *Dev Psychol.* 2003;39(2):187-8.
2. The Statistical Center of Iran. A summary of survey results on the construction permits issued by the municipalities of the country (Spring 2010). Available from: URL; <http://www.sci.org.ir>
3. Kazdin AE. Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychol Bull* 1987; 102(2): 187.

4. WHO, UNFPA and UNICEF. Action for Adolescent Health . Introduction 1997. p.1. Available from: URL; <http://www.who.int>. 2007/08/19
5. Rew L. Adolescent health: A multidisciplinary approach to theory, research, and intervention: USA: Sage; 2005: 36.
6. Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA adult forms and profiles. Burlington, Vt, USA: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families; 2003.
7. Hoseini H, Khalilian AR, Vahedi V. [Screening for psychopathology among high school students in Sari city based on SCL-90-R]. Journal of Mazandaran Medical University 2004; 44: 60-8. (Persian)
8. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am J Psychiatry 1998; 155(6): 715-25.
9. Archer RP, Newsom CR. Psychological test usage with adolescent clients: Survey update. Assessment 2000; 7(3): 227-35.
10. Ghanizadeh A, Mohammadi M, Yazdanshenas A. Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. BMC Psychiatry 2006; 6(1): 10.
11. Butcher JN, Pope KS. The research base, psychometric properties, and clinical uses of the MMPI-2 and MMPI-A. Can Psychol 1992; 33: 61-78.
12. Gharaei B, Ashouri A, Habibi M.[Validation of Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A) in the iranian sample]. Unpublished report Iran University of Medical Sciences and Health Services, Psychiatry Institute, Mental Health Research Center, Tehran, Iran; 2012: 89-190. (Persian)
13. Mohamadi MR, Mesghar B, Sahimi E, Mohamadi M. Psychological tests and psychiatric medications in children and adolescents.Tehran, Teymorzadeh, . 2007.616-880.(persian).
14. Kosha M, Alaghebanderad J, Shahrivar Z, Tehranidost M, Mohamadi MR, Kiani A. Drug use patterns associated with risk of hyperactivity- deficit disorder in adolescent boys. Advances in Cognitive Science 2003; 5(4):64-72.
15. Butcher JN, Cabiya J, Lucio E, Garrido M. Assessing Hispanic clients using the MMPI-2 and MMPI-A. USA: American Psychological Association; 2007.
16. Farias J, Duran C, Gomez-Maqueo E. MMPI-A temporal stability study through a test-retest design in a Mexican student sample. Salud Mental 2003; 26(2): 59-66.
17. Lucio E, Ampudia-Rueda A, Duran-Patino C, Gallegos-Mejia L, Leon-Guzman I. [The new version of the Minnesota multiphasic personality inventory for Mexican adolescents]. Revista Mexicana de Psicología 1999; 16: 217-26. (Spanish)
18. Scott RL, Mamani-Pampa W. MMPI-A for Peru: Adaptation and normalization. Int J Clin Health Psychol 2008(3): 719-32.
19. Scott RL, Knoth RL, Beltran-Quiones M, Gomez N. Assessment of psychological functioning in adolescent earthquake victims in Colombia using the MMPI-A. J Trauma Stress 2003; 16(1): 49-57.
20. Calderon I. Effects of acculturation on the performance of Mexican-American adolescents on selected scales of the MMPI-A (L, K, SC and MA). Diss Abstr Int 2002; 58: (4439B).
21. Gomez FC, Johnson R, Davis Q, Velasquez RJ. MMPI-A performance of African and Mexican-American adolescent first-time offenders. Psychol Rep 2000; 87: 309-14.
22. Negy C, Leal-Puente L, Trainor DJ, Carlson R. Mexican-American adolescents' performance on the MMPI-A. J Pers Assess 1997; 69(1): 205-14.
23. Butcher J, Cabiya J, Lucio G, Peña L, Reuben D, Scott R. Manual supplement. Hispanic version of the MMPI-A for the United States. Minneapolis: University of Minnesota; 1998.120.