

روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2-RF) در اختلال دوقطبی

The diagnostic validity of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2RF) bipolar disorder

سلیمه دارمی، دکتر شهره شکرزاده*

چکیده

در پژوهش حاضر به «روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در اختلال دوقطبی» پرداخته و سؤال اصلی تحقیق بدین ترتیب مطرح شده است که آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد با اختلال دوقطبی از روایی تشخیصی برخوردار است؟ طرح تحقیق در حیطه طرح‌های روان‌سنجی بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را ۶۰ نفر از بیماران دوقطبی بستری در مرکز نگهداری از بیماران روانی مزمن «سرای احسان» تشکیل می‌دهند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۶۰ نفر از میان بیماران دوقطبی این مرکز و ۶۰ نفر نیز از افرادی که دارای اختلال دوقطبی نمی‌باشند و به‌شیوه غیرتصادفی در دسترس

Abstract

In the Present Research to the Diagnostic Validity of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2RF) in Bipolar Disorder main Research Question and Does the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2RF) in people with bipolar disorder have a diagnostic validity? The research Design of Psychometric has been field. The present Research Statistical Society of bipolar patients Chronic at 60 Centre maintenance of chronic psychiatric patients "House Ehsan" that make up the targeted sampling method using the number of bipolar patients among the 60 and 60 persons as well as of those with bipolar disorder are not to nonrandom have selected available, as compared to the Group were considered. Thus, 120 persons were selected as the sample size Selected. A statistical model for

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۲. نویسنده مسئول: دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

تهران

determining the validity of the diagnostic, the single one Sample t-test, sensitivity coefficient, Clarification coefficient and accuracy Coefficient on the coefficient Indicated, The Result shows that: Behavioral Dysfunction, Emotional Dysfunction, Psychoticism, Hypomanic Activation have validity diagnostic; Thus, This Instrument can people with bipolar disorder from the normative groups recognize. Finally, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2RF) have Dignostic Validity in the bipolar People

Keywords: diagnostic validity, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2RF), Bipolar Disorder .

انتخاب شده‌اند، به‌عنوان گروه مقایسه مدنظر قرار گرفتند. بدین ترتیب، ۱۲۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. مدل آماری برای تعیین روایی تشخیصی، t تک‌گروهی، ضریب حساسیت، ضریب وضوح‌گرایی و ضریب صحت بوده که یافته‌های تحقیق نشان داد، با استفاده از روش ضریب حساسیت، ضریب وضوح‌گرایی و ضریب صحت، مقیاس‌های نارسایی رفتاری، نارسایی هیجانی، روان‌پریشی و فعالیت‌های هیپومانیک دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دوقطبی را از گروه‌های هنجاری تشخیص دهند. در نهایت، می‌توان مطرح نمود که فرم بازسازی‌شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ در اختلال دوقطبی دارای روایی تشخیصی است.

واژه‌های کلیدی: روایی تشخیصی، فرم بازسازی‌شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF)، اختلال دوقطبی

مقدمه

فرایند سنجش روان‌شناختی، اقدام پیچیده، ظریف و تخصصی است؛ زیرا به‌وسیله جمع‌آوری اطلاعات جامع از ابزارهای اندازه‌گیری متنوع، به مستندسازی نیازهای مراجعین برای خدمات روان‌شناختی می‌پردازند. همچنین، از عوامل گوناگونی تأثیر پذیرفته و انسان‌های زیرک، خردمند، با تجربه و متخصص می‌توانند با تأکید بر ضرورت ارائه خدمات روان‌شناختی و رویکرد درمانی-آموزشی به روند رشد شخصیت بپردازد. با توجه به فرآیند سنجش روان‌شناختی، باید بتوان اطلاعات مکفی و دقیقی را در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای سنجش شخصیت به دست آورد (کامکاری و شکرزاده، ۱۳۹۵).

همواره از دیرباز به کاربرد آزمون‌های روان‌شناختی تأکید شده و تلاش‌های متعددی پیرامون شناسایی روایی و اعتبار ابزارهای روان‌شناختی صورت گرفته است (کایل، ۲۰۰۶). این ابزارها که عمدتاً برای ارزیابی ابعاد پایه‌ای اختلالات شخصیت در جمعیت‌های بالینی طراحی شده‌اند،

می‌توانند در جهت ارزیابی بیماران با دامنه وسیعی از اختلالات اضطرابی، خلقی، خوردن، سوءمصرف مواد، جسمانی شکل و ... مناسب باشند (گلدرا، ۲۰۰۵).

پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا به‌عنوان قدیمی‌ترین ابزار روان‌شناختی در زمینه آسیب‌شناسی روانی، مشاوره و روان‌درمانی شناخته می‌شود و قدمتی نزدیک به هفتاد سال دارد. تلگن و بن‌پورات^۲ (۲۰۰۸) نسخه دوم پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا را با مقیاس‌های بالینی بازسازی مجدداً در تمامی مقیاس‌های بهداشت روانی مورد بازسازی قرار دادند و پرسشنامه جدیدی تحت‌عنوان فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) به جهانیان عرضه نمودند (تلگن و بن‌پورات، ۲۰۰۹).

بنابراین، فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) به‌عنوان یک ابزار در حیطه بهداشت روانی و شاخص روانی کاربرد دارد که علاوه بر بهداشت روانی، آسیب‌شناسی روانی را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین اهمیت دیگر این پرسشنامه آن است که پژوهش‌ها و کارهای بالینی گسترده، این امکان را فراهم می‌سازد که پرسشنامه مذکور نه تنها برای کسانی که دچار اختلال هستند، بلکه برای افراد عادی نیز کاربرد دارد (شریفی و نیکخو، ۱۳۸۹). از آنجایی که نخستین گام در درمان بیماری‌های روانی، تشخیص درست و پایا به منظور برنامه‌ریزی طرح درمان مناسب می‌باشد، تصمیم‌گیری درباره این که بهترین شیوه رفتار با بیماران روانی کدام است، مستلزم ارزیابی عینی شخصیت مراجع است. در این راستا، یکی از سخت‌ترین وظایف پیش‌روی روان‌شناسان بالینی در زمینه اختلالات خلقی، تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی از اختلال افسردگی اساسی است؛ به‌ویژه هنگامی که بیمار در فاز افسردگی به روانشناس مراجعه می‌کند (هر شفلد^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). این در حالی است که تشخیص نادرست افسردگی اساسی هنگامی که بیمار در واقع دچار اختلال دوقطبی است، خطرات بزرگی را در پی دارد؛ چرا که بستر لازم برای درمان موثر اختلال دوقطبی را با توجه به تأخیر در تجویز تثبیت‌کننده‌های خلق فراهم نمی‌سازد (گلدبرگ و ارنست، ۲۰۰۲).

تشخیص اختلال دوقطبی عمدتاً از طریق مصاحبه بالینی توسط روانشناس یا روان‌پزشک صورت می‌گیرد. در تشخیص افتراقی بیمارانی که از نظر اختلالات خلقی ارزیابی می‌شوند، سایر اختلالات خلقی، اختلالات روان‌پریشی و اختلال شخصیت مرزی را هم باید گنجانند. تشخیص افتراقی اختلال افسردگی اساسی از اختلال دوقطبی نوع یک از یک سو و همچنین، تشخیص افتراقی اختلال افسردگی اساسی از اختلال دوقطبی نوع دو از سوی دیگر، مبتنی بر ارزیابی بالینی دوره شبه مانیاست. سلامت خلق در بیماری که مدت‌ها افسرده بوده نباید با دوره مانیا یا هیپومانیا

1 Gelder

2 Tellegen & Ben-porath

3 Hirschfeld

4 Goldberg & Ernest

اشتباه شود. زندگی بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی به دلیل تعدد دوره‌هایی با علائم چشمگیر خلقی اغلب به شدت متلاشی شده است و از این نظر به زندگی بیماران دچار اختلال دوقطبی نوع دو شباهت دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

با توجه به این‌که تشخیص‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی همیشه موضوعی بحث‌برانگیز بوده است. استفاده از معیارهای عملیاتی مانند معیارهای تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، تاحدودی پایایی و روایی تشخیص‌های این حوزه را بهبود بخشیده است. استفاده از ابزارهایی مانند مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته و نیمه ساختاریافته بر مبنای این معیارها، قدمی دیگر در جهت بهبود اعتبار تشخیصی در کار بالینی و مطالعات همه‌گیرشناسی محسوب می‌شود (امینی، ۱۳۸۵). اما یکی از راه‌های دقیق و مناسب برای تشخیص اختلالات روانی استفاده از ابزارهایی می‌باشد که از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب برخوردار باشند. روایی تشخیصی یکی از ویژگی‌های روان‌سنجی می‌باشد که گروه بالینی را از گروه هنجاری تشخیص می‌دهد.

به بیان دیگر، روایی تشخیصی به‌عنوان یکی از انواع روایی در آزمون‌های تشخیصی به کار می‌رود و همواره برای تشخیص دقیق، مناسب و کاربردی بودن ابزارهای روان‌شناختی در تشخیص عوارض روان‌شناختی می‌توان از آن استفاده کرد. این شاخص با محاسبه ضریب وضوح‌گرایی، ضریب حساسیت و ضریب صحت به دست می‌آید. یکی از ابزارهای تشخیصی و کمک‌کننده اختلالات خلقی، فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ است. پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا یکی از رایج‌ترین و معتبرترین آزمون‌های شخصیتی است که در زمینه‌های بهداشت روانی و به وسیله متخصصین کارورزیده به کار می‌رود تا رهنمودهای کامل‌تری پیرامون شناسایی ساختارهای شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی به دست آید. توسط این آزمون، شناخت دقیق‌تری پیرامون ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات روان‌شناختی به دست آمده و توسط مصاحبه، مشاهده و منابع جمع‌آوری اطلاعات، می‌توان سنجش روان‌شناختی دقیق‌تری را در حیطه بهداشت روانی صورت داد (کامکاری و شکرزاده، ۱۳۹۱).

با این حال تعدادی از صاحب‌نظران بر این باورند که برخی مقیاس‌های این پرسشنامه در تفسیر با محدودیت‌هایی روبه‌رو هستند و از قابلیت تعمیم مناسبی برخوردار نمی‌باشند و مبنای دقیقی برای ارزیابی و مداخله ایجاد نمی‌کنند. از جمله این مقیاس‌ها می‌توان به مقیاس‌های بالینی بازسازی شده (RC) اشاره کرد (کالدول، ۲۰۱۰).

تحقیقات متعددی در زمینه روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در گروه‌های گوناگون صورت گرفته است از جمله می‌توان به

پژوهش زاهدی (۱۳۹۴) که به بررسی روایی تشخیصی پرسشنامه مذکور در گروه اختلالات خلقی پرداخته است، اشاره نمود. وی در پژوهش خود مطرح کرده است که مقیاس‌های نارسایی هیجانی، هیجان‌ات منفی مختل‌کننده، هیجان‌ات مثبت، ضعف روحیه، ناخوشی و ... دارای روایی تشخیصی در بیماران با اختلالات خلقی می‌باشد و می‌تواند این گروه از بیماران را از گروه هنجاری تشخیص دهد. شکرزاده، کامکاری، مرادیان زند و کیاکجوری (۱۳۹۵) پیرامون ویژگی‌های روان‌سنجی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد مبتلا به ایدز مطرح نمودند که پرسشنامه مذکور در افراد مبتلا به ایدز دارای روایی تشخیصی می‌باشد و با توجه به مقیاس‌های «نارسایی هیجانی»، «نارسایی تفکر»، «ضعف روحیه»، «شکایات جسمانی»، «رفتار ضداجتماعی»، «عقاید گزند و آزار»، «تجارب عجیب و غریب»، «هیجان‌ات مثبت پایین» و «فعالیت‌گرایی هیپومانیک» می‌توان به تشخیص افراد مبتلا به ایدز و افراد عادی پرداخت.

همچنین واتسون، کیلتی، و باگی^۱ (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی از افسردگی اساسی با استفاده فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲، اظهار می‌دارند که براساس مقیاس هیجان‌پذیری (ACT)، ۷۱ درصد از نمونه‌های بررسی شده، به درستی در خصوص ابتلا به افسردگی اساسی یا اختلال دوقطبی تشخیص‌گذاری شده‌اند. به عبارت دیگر تشخیص افتراقی افسردگی اساسی از اختلال دوقطبی با استفاده از مقیاس (ACT) در فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ امکان‌پذیر می‌باشد.

از سوی دیگر، نیکلاس^۲ (۲۰۰۶) در پژوهش خود تحت‌عنوان انتقاداتی به مقیاس‌های فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ بیان می‌کند، مبتلایان به اختلال دوقطبی نمره بالاتری را در مقایسه با مبتلایان به افسردگی اساسی در مقیاس‌های نارسایی رفتاری/برونی‌سازی؛ هیجان‌پذیری هیپومانیک؛ پرخاشگری و هیجان‌پذیری به‌دست می‌آورند. این در حالی صورت می‌گیرد که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با مبتلایان به اختلال دوقطبی، نمرات بالاتری را در مقیاس‌های نارسایی هیجانی/درونی‌سازی؛ ضعف روحیه؛ هیجان‌ات مثبت پایین؛ درماندگی/ناامیدی؛ خودتردیدی، ناکارآمدی؛ فشار روانی/نگرانی؛ اضطراب؛ ترس‌های شدید و مولد‌بازداری از رفتار طبیعی؛ منفعل‌گرایی بین‌فردی؛ اجتناب اجتماعی و کمروبی کسب می‌کنند.

سولومون، لیون، ماسر، ترومان، کوریل و اندیکات^۳ (۲۰۰۶) در پژوهشی پیرامون تشخیص افتراقی افسردگی اساسی از دوقطبی با ارزیابی غربالگری افسردگی و اختلال دوقطبی، مطرح نمودند مقیاس هیجان‌پذیری در فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲، ابزاری

1 Watson, Quilty & Bagby

2 Nicholas

3 Solomon, Leon, Maser, Truman, Coryell, Endicott

مناسب و سودمند در تشخیص افتراقی این دو اختلال به شمار می‌آید. زیمرمن (۲۰۱۰)، در پژوهش خود با عنوان غربالگری بیماران دوقطبی از بیماران مرزی اظهار می‌دارند که فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ در مقایسه با سایر ابزارهایی (مثل MDQ) که برای تشخیص اختلال دوقطبی به کار می‌روند، ابزاری مناسب‌تر برای تشخیص افتراقی دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی نیز می‌باشد.

با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان مطرح نمود که هنوز اطلاعات جامعی در زمینه روایی تشخیصی این ابزار در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در ایران انجام نشده است. همچنین، با در نظر گرفتن این که تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی از برخی اختلالات خلقی و شخصیتی دیگر نظیر افسردگی اساسی و شخصیت مرزی گاهی دشوار می‌شود، دستیابی به ابزاری که بتواند به تشخیص دقیق اختلال دوقطبی از سایر اختلالات خلقی و شخصیتی امری ضروری و مهم می‌باشد. از این رو، با توجه به منبع مسأله در پژوهش حاضر به روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد با اختلال دوقطبی پرداخته و سوالات پژوهش به شرح زیر مطرح می‌شوند:

در این راستا، سوال‌های پژوهش به شرح زیر مطرح می‌شوند:

- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد با اختلال دوقطبی از روایی تشخیصی برخوردار است؟
- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد با اختلال دوقطبی، با روش ضریب حساسیت از روایی تشخیصی برخوردار است؟
- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد با اختلال دوقطبی، با روش ضریب وضوح‌گرایی از روایی تشخیصی برخوردار است؟
- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد با اختلال دوقطبی، با روش ضریب صحت از روایی تشخیصی برخوردار است؟

روش پژوهش

با توجه به این که همواره روایی تشخیصی زیر مجموعه‌ای از مطالعات روایی است و مطالعات روایی به‌عنوان زیر مجموعه‌ای از پژوهش‌های روان سنجی در نظر گرفته می‌شوند، بنابراین می‌توان پژوهش حاضر را در حیطه طرح‌های روان‌سنجی مطرح نمود.

جامعه پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که دارای علائم و نشانه‌های اختلال مزبور بوده و به مرکز نگهداری از بیماران روانی مزمن «سرای احسان»، مراجعه نموده‌اند و

با تشخیص روان‌شناس، روان‌پزشک و یا روان‌درمانگر، تشخیص اختلال دوقطبی در مورد آن‌ها صورت گرفته و پرونده روان‌شناختی برای آن‌ها تدوین شده است، تشکیل می‌دهند. باتوجه به محدودیت‌های موجود در زمینه دسترسی به نمونه‌های لازم تعداد ۶۰ نفر از کسانی که در «سرای احسان» درباره آن‌ها تشخیص اختلال دوقطبی داده شده بود، و تعداد ۶۰ نفر از افراد عادی که به صورت غیرتصادفی و در دسترس انتخاب شده‌اند، به‌عنوان نمونه پژوهش حاضر انتخاب شده‌اند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) می‌باشد. پرسشنامه شخصیتی MMPI در سال ۱۹۳۸ مک‌کین‌لی و هته‌وی^۱ به جهانیان عرضه گردید. در راستای روایی محتوایی ابزار مزبور، از روش کلیدی کلیدگذاری تجربی استفاده شده و روایی افتراقی بین بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی و مراجعین یا ملاقات‌کنندگان این افراد انجام گرفت. پس از مدتی بر روی موارد پرسشنامه، بازبینی صورت گرفت و نسخه دوم MMPI در سال ۱۹۹۰ تدوین شد. هشت سال بعد، اصلاحات جزئی بر روی نسخه MMPI-2 صورت گرفت و در سال ۱۹۹۸، این نسخه تدوین شد. این آزمون دارای ده خرده‌مقیاس بالینی، چهارده خرده‌مقیاس محتوایی و هشت خرده‌مقیاس تکمیلی بود.

در سال ۲۰۰۳، تحولات چشمگیری در سنجش نوین رخ داد و مقیاس‌های بالینی این پرسشنامه تغییر یافت. این روند ادامه داشت تا در سال ۲۰۰۸، انجمن روان‌شناسان آمریکا و کمیسیون بخش روان‌شناسی از MMPI-2RF به‌عنوان کامل‌ترین ابزار طلایی یاد کردند. امروزه این آزمون به‌عنوان کامل‌ترین ابزار روان‌شناختی است که نه تنها نیمرخ شخصیتی بلکه اختلالات شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی را تحت‌عنوان عوارض روان‌شناختی در پنجاه مقیاس بالینی با پنج نوع فرم متفاوت نیمرخ شخصیتی ارائه می‌دهد.

بوچر^۲ (۲۰۰۳) و بن‌پورات و تلگن (۲۰۰۸) عنوان نمودند که باید از MMPI-2RF به‌عنوان رویکرد نوین در بخش روان‌شناختی بهره‌مند شد؛ زیرا با مقیاس‌های بالینی دقیق، عوارض روان‌شناختی، مشکلات جسمانی با ریشه روان‌شناختی، اختلالات شخصیت و از همه مهم‌تر با مشکلات روان‌شناختی سطوح مرتبط با ضرورت برای مشاوره و روان‌درمانی ارائه می‌کند (بن‌پورات و تلگن، ۲۰۰۸).

با توجه به نتایج تحلیل‌های عامل تأییدی و بهره‌گیری از نرم‌افزار لیزرل، مشخص گردیده است که ابزار مزبور از روایی‌سازه مطلوبی برخوردار است. علاوه بر آن با رجوع به تشخیص‌های روان‌پزشکی و ابزارهای موازی، دارای روایی ملاکی بالایی است. همچنین، تمامی پنجاه خرده

1 McKean lee, Hathaway

2 Golden instrument

3 Butcher

مقیاس بالینی از ضرایب اعتبار بالاتر از ۰/۸۰ برخوردار است.

در ایران MMPI-2RF توسط کامکاری و شکرزاده (۱۳۸۸) ترجمه و انطباق‌یابی گردیده است که جامعه مورد بررسی عبارتند از: جامعه ورزشکاران تیم ملی، کارکنان سازمان‌های مختلف از جمله پلیس، شهرداری، ستاد مبارزه با مواد مخدر و ... دانشجویان، شهروندان ساکن در تهران و شهرستان‌های مختلف کشور، افراد دارای مشکلات بالینی از جمله اسکیزوفرنیا، و سواس، افسرده، مضطرب و ...، معلمان و ... رواسازی و اعتباریابی شده است. ضرایب اعتبار برای مقیاس‌های بالینی (پنجاه خرده مقیاس) بالاتر از ۰/۸۰ بود که این اقدام از طریق روش آلفا کرونباخ، دونیمه‌کردن و ضریب ثبات با تأکید بر آزمون- بازآزمون صورت گرفت و نشان‌دهنده ضرایب اعتبار مطلوب بود. برای بررسی روایی پرسشنامه نیز از تحلیل عامل سلسله‌مراتبی متعامد برای بررسی روایی سازه، ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی روایی هملاکی از نوع همزمان، روایی تشخیصی با استفاده از روش فاصله اطمینان، روش نمودار پراکنش و ضریب حساسیت و وضوح‌گرایی استفاده شده است. با مصاحبه بالینی سی نفری که دو مرتبه مورد آزمون قرار گرفتند، دلایل مستند و معتبری پیرامون روایی ملاکی به دست آمد. این اقدام از طریق محاسبه همبستگی بین رتبه‌های دانشجویان در مصاحبه بالینی با تأکید بر مقیاس‌های بالینی RC1 تا RC9 و نتایج حاصله از پرسشنامه به دست آمد که دامنه ضرایب این همبستگی بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۵ بود. پژوهشگران عنوان نمودند که آزمون فوق از اعتبار و روایی مقبولی برخوردار است و در ایران کاربردهای مناسبی برای سنجش روان‌شناختی صورت می‌دهد. آزمون مزبور که در ایران استاندارد شده است، دارای ۳۳۸ سؤال بوده و از طریق نرم افزار پیشرفته به سرعت نمره‌گذاری شده و می‌تواند برای هر آزمودنی، پنج نیم‌رخ مجزای در راستای ارائه خدمات پیشگیری، راهنمایی و مشاوره ارائه دهد. این آزمون در حیطه پرسشنامه‌های دوگزینه‌ای قرار دارد.

از آن جایی که هدف پژوهش حاضر، به «روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد دارای اختلال دوقطبی» معطوف می‌باشد، در راستای روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ از مدل آماری t تک‌گروهی، ضریب حساسیت، ضریب وضوح‌گرایی و ضریب صحت استفاده گردید..

یافته‌ها

جدول ۱: t تک‌گروهی جهت بررسی روایی تشخیصی مقیاس‌های «نارسایی سه‌گانه» در افراد با اختلال دو قطبی

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
نارسایی هیجانی	۶۵	۶۸/۰۸	۲/۲۶	۵۹	۰/۰۲۷
نارسایی تفکر	۶۵	۷۶/۶۰	۶/۰۸	۵۹	۰/۰۰۱
نارسایی رفتاری	۶۵	۵۹/۸۶	-۴/۶۵	۵۹	۰/۰۰۱

با تاکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ و $\alpha = ۰/۰۱$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در مقیاس‌های «نارسایی سه‌گانه» وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه در مقیاس‌های «نارسایی هیجانی» و «نارسایی تفکر» میانگین‌های تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشند، عنوان می‌شود که نارسایی هیجانی و نارسایی تفکر در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، بالاتر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالیکه در مقیاس «نارسایی رفتاری» میانگین تجربی پایین‌تر از میانگین نظری می‌باشد، بنابراین، عنوان می‌شود که نارسایی رفتاری در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، پایین‌تر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است. از این‌رو، هر سه مقیاس نارسایی دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

جدول ۲: t تک‌گروهی جهت بررسی روایی تشخیصی مقیاس‌های «بالینی» در افراد با اختلال دو قطبی

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
ضعف روحیه	۶۵	۶۵/۶۰	۰/۴۶	۵۹	۰/۶۴۲
شکایات جسمانی	۶۵	۶۱/۴۶	-۳/۸۳	۵۹	۰/۰۰۱
هیجانان مثبت پایین	۶۵	۵۹/۹۳	-۲/۶۷	۵۹	۰/۰۱۰
بدبینی	۶۵	۵۹/۰۶	-۵/۴۹	۵۹	۰/۰۰۱
رفتار ضداجتماعی	۶۵	۵۸/۸۶	-۶/۹۵	۵۹	۰/۰۰۱
عقاید گزند و آزار	۶۵	۸۴/۲۶	۱۱/۸۴	۵۹	۰/۰۰۱
هیجانان منفی مختل‌کننده	۶۵	۵۹/۴۶	-۳/۳۶	۵۹	۰/۰۰۱
تجارب عجیب و غریب	۶۵	۶۹	۲/۱۱	۵۹	۰/۰۳۹
فعالیت‌گرایی هیپومانیک	۶۵	۶۱/۸۶	-۲/۶۹	۵۹	۰/۰۰۹

با تاکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می توان مطرح نمود که تفاوت معنی داری در سطح $\alpha = 0/01$ بین میانگین نظری با میانگین های تجربی در تمامی مقیاس های «بالینی» بجز مقیاس «ضعف روحیه» وجود دارد. با توجه به اینکه در مقیاس های «عقاید گزند و آزار» و «تجارب عجیب و غریب» میانگین های تجربی بالاتر از میانگین نظری می باشند، عنوان می شود که «عقاید گزند و آزار» و «تجارب عجیب و غریب» در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، بالاتر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالیکه در مقیاس های «شکایات جسمانی»، «هیجانان مثبت پایین»، «بدبینی»، «رفتار ضداجتماعی»، «هیجانان منفی مختل کننده» و «فعالیت گرای هیپومانیک» میانگین های تجربی پایین تر از میانگین نظری می باشند، بنابراین، عنوان می شود که «شکایات جسمانی»، «هیجانان مثبت پایین»، «بدبینی»، «رفتار ضداجتماعی»، «هیجانان منفی مختل کننده» و «فعالیت گرای هیپومانیک» در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، پایین تر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است. از این رو، مطرح می شود مقیاس های مذکور در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی دارای روایی تشخیصی می باشند.

لازم به ذکر است، با توجه به این که در مقیاس «ضعف روحیه»، تفاوت معنی داری بین میانگین تجربی و نظری وجود ندارد، بنابراین، مقیاس فوق، در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی دارای روایی تشخیصی نمی باشد.

جدول ۳: t تک گروهی جهت بررسی روایی تشخیصی مقیاس های «جسمانی / شناختی و درونی سازی» در افراد با اختلال دو قطبی

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی داری
ناخوشی	۶۵	۶۲/۱۳	-۲/۱۲	۵۹	۰/۰۳۸
شکایات گوارشی	۶۵	۵۹/۳۳	-۳/۲۰	۵۹	۰/۰۰۲
شکایات سردرد	۶۵	۵۷/۶۰	-۷/۲۵	۵۹	۰/۰۰۱
شکایات عصب شناختی	۶۵	۶۴/۸۶	-۰/۱۱	۵۹	۰/۹۰۶
شکایات شناختی	۶۵	۶۴/۶۶	-۰/۲۴	۵۹	۰/۸۱۰
عقاید مرگ و خودکشی	۶۵	۶۲/۴۰	-۱/۱۶	۵۹	۰/۲۴۸
درماندگی - ناامیدی	۶۵	۶۹/۱۵	۲/۳۹	۵۹	۰/۰۲۰
خودتردیدی	۶۵	۵۵/۰۶	-۷/۹۹	۵۹	۰/۰۰۱
ناکارآمدی	۶۵	۶۲/۲۰	-۱/۹۴	۵۹	۰/۰۵۷
فشار روانی - نگرانی	۶۵	۴۹/۳۳	-۱۳/۱۵	۵۹	۰/۰۰۱

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
اضطراب	۶۵	۵۴/۵۳	-۶/۲۲	۵۹	۰/۰۰۱
استعداد خشم	۶۵	۵۹/۰۶	-۴/۳۶	۵۹	۰/۰۰۱
ترس‌های محدودکننده	۶۵	۷۳	۳/۸۶	۵۹	۰/۰۰۱
ترس‌های چندگانه مشخص	۶۵	۵۲	-۱۵/۸۹	۵۹	۰/۰۰۱

با تاکید بر میزان مقادیر t به‌دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = 0/01$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در تمامی مقیاس‌های «جسمانی/ شناختی و درونی سازی» بجز مقیاس‌های «شکایات عصب شناختی»، «شکایات شناختی» و «عقاید مرگ و خودکشی» وجود دارد. با توجه به اینکه در مقیاس‌های «درماندگی - ناامیدی» و «ترس‌های محدودکننده رفتار» میانگین تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشد، عنوان می‌شود که «درماندگی - ناامیدی» و «ترس‌های محدودکننده رفتار» در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، بالاتر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالیکه در مقیاس‌های «ناخوشی»، «شکایات گوارشی»، «شکایات سردرد»، «خودتردیدی»، «ناکارآمدی»، «فشار روانی - نگرانی»، «اضطراب»، «استعداد خشم» و «ترس‌های چندگانه مشخص» میانگین‌های تجربی پایین‌تر از میانگین نظری می‌باشند، بنابراین، عنوان می‌شود که «ناخوشی»، «شکایات گوارشی»، «شکایات سردرد»، «خودتردیدی»، «ناکارآمدی»، «فشار روانی - نگرانی»، «اضطراب»، «استعداد خشم» و «ترس‌های چندگانه مشخص» در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، پایین‌تر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است. از این‌رو، مطرح می‌شود مقیاس‌های مذکور در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

لازم به ذکر است، با توجه به این‌که در مقیاس‌های «شکایات عصب‌شناختی»، «شکایات شناختی» و «عقاید مرگ و خودکشی»، تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های تجربی و نظری وجود ندارد، بنابراین، مقیاس‌های فوق، در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی دارای روایی تشخیصی نمی‌باشد.

جدول ۴: t تک گروهی جهت بررسی روایی تشخیصی مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین-فردی و علائق» در افراد با اختلال دو قطبی

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
مشکلات سلوکی نوجوانی	۶۵	۵۵/۸۰	-۷/۶۰	۵۹	۰/۰۰۱
سوء استفاده از مواد	۶۵	۵۲/۴۰	-۷/۹۱	۵۹	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۶۵	۵۹	-۵/۲۶	۵۹	۰/۰۰۱
هیجان‌پذیری	۶۵	۷۰/۷۳	۳/۶۷	۵۹	۰/۰۰۱
مشکلات خانوادگی	۶۵	۶۴/۹۳	-۰/۰۴	۵۹	۰/۹۶۶
منفعل‌گرایی بین‌فردی	۶۵	۵۳/۴۶	-۱۲/۸۲	۵۹	۰/۰۰۱
اجتناب اجتماعی	۶۵	۴۹/۶۰	-۱۳/۱۸	۵۹	۰/۰۰۱
کمرویی	۶۵	۴۹/۷۳	-۱۲/۵۷	۵۹	۰/۰۰۱
عدم پیوندگرایی	۶۵	۷۰/۶۰	۲/۶۷	۵۹	۰/۰۱۰
علائق ادبی - زیباشناسی	۶۵	۵۴/۴۶	-۱۱/۶۶	۵۹	۰/۰۰۱
علائق مکانیکی - جسمانی	۶۵	۵۷/۶۰	-۷/۵۴	۵۹	۰/۰۰۱

با تاکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = 0/01$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در تمامی مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق» بجز مقیاس «مشکلات خانوادگی» وجود دارد. با توجه به اینکه در مقیاس‌های «هیجان‌پذیری» و «عدم پیوندگرایی» میانگین تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشد، عنوان می‌شود که «هیجان‌پذیری» و «عدم پیوندگرایی» در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، بالاتر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالیکه در مقیاس‌های «مشکلات سلوکی نوجوانی»، «سوء استفاده از مواد»، «پرخاشگری»، «منفعل‌گرایی بین‌فردی»، «اجتناب اجتماعی»، «کمرویی»، «علائق ادبی - زیباشناسی» و «علائق مکانیکی - جسمانی» میانگین‌های تجربی پایین‌تر از میانگین نظری می‌باشند، بنابراین، عنوان می‌شود که «مشکلات سلوکی نوجوانی»، «سوء استفاده از مواد»، «پرخاشگری»، «منفعل‌گرایی بین‌فردی»، «اجتناب اجتماعی»، «کمرویی»، «علائق ادبی - زیباشناسی» و «علائق مکانیکی - جسمانی» در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، پایین‌تر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است. از این‌رو، مطرح می‌شود مقیاس‌های مذکور در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

لازم به ذکر است، با توجه به این‌که در مقیاس «مشکلات خانوادگی»، تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های تجربی و نظری وجود ندارد، بنابراین، مقیاس‌های فوق، در افراد مبتلا به اختلال دو

قطبی دارای روایی تشخیصی نمی‌باشد.

جدول ۵: t تک گروهی جهت بررسی روایی تشخیصی مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» در افراد با اختلال دو قطبی

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
پرخاشگری درونی	۶۵	۴۸/۴۰	-۱۷/۸۲	۵۹	۰/۰۰۱
روان‌پریشی	۶۵	۷۴/۶۰	۴/۸۸	۵۹	۰/۰۰۱
بی‌مسئولیتی	۶۵	۵۶/۶۰	-۸/۳۱	۵۹	۰/۰۰۱
روان‌نژندی	۶۵	۵۵/۸۶	-۶/۲۶	۵۹	۰/۰۰۱
درون‌گرایی	۶۵	۴۹/۰۶	-۱۰/۷۳	۵۹	۰/۰۰۱

با تاکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha=0/01$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه در مقیاس «روان‌پریشی» میانگین تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشد، عنوان می‌شود که روان‌پریشی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، بالاتر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالی که در مقیاس‌های «پرخاشگری درونی»، «بی‌مسئولیتی»، «روان‌نژندی» و «درون‌گرایی» میانگین‌های تجربی پایین‌تر از میانگین نظری می‌باشند، بنابراین، عنوان می‌شود که «پرخاشگری درونی»، «بی‌مسئولیتی»، «روان‌نژندی» و «درون‌گرایی» در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، پایین‌تر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است. از این‌رو، مطرح می‌شود مقیاس‌های مذکور در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

جدول ۶: ضریب حساسیت مرتبط با مقیاس‌های «نارسایی‌های سه‌گانه» در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی)

مقیاس	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی که ابزار آن‌ها را دارای اختلال تشخیص داده است	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی	ضریب حساسیت	تفسیر
نارسایی هیجانی	۴۷	۶۰	۰/۷۸	دارد
نارسایی تفکر	۴۰	۶۰	۰/۶۷	دارد
نارسایی رفتاری	۲۸	۶۰	۰/۴۷	ندارد

با تاکید بر میزان ضرایب حساسیت به دست آمده، می توان مطرح نمود که از مقیاس های نارسایی های سه گانه مورد بررسی، «نارسایی هیجانی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰ و «نارسایی تفکر» با ضریب حساسیت ۰/۶۷ و بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده اند و مطرح می شود که در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی) «نارسایی تفکر» و «نارسایی هیجانی» دارای روایی تشخیصی بوده و می توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۷: ضریب حساسیت مرتبط با مقیاس های «بالینی» در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی)

مقیاس	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی که ابزار آن ها را دارای اختلال تشخیص داده است	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی	ضریب حساسیت	تفسیر
ضعف روحیه	۴۰	۶۰	۰/۶۷	دارد
شکایات جسمانی	۳۶	۶۰	۰/۶۰	دارد
هیجانان مثبت پایین	۲۴	۶۰	۰/۴۰	ندارد
بدبینی	۲۸	۶۰	۰/۴۷	ندارد
رفتار ضداجتماعی	۲۴	۶۰	۰/۴۰	ندارد
عقاید گزند و آزار	۵۹	۶۰	۰/۹۸	دارد
هیجانان منفی مختل کننده	۲۴	۶۰	۰/۴۰	ندارد
تجارب عجیب و غریب	۲۴	۶۰	۰/۴۰	ندارد
فعالیت گزایی هیپومانیک	۳۶	۶۰	۰/۶۰	دارد

با تاکید بر میزان ضرایب حساسیت به دست آمده، می توان مطرح نمود که از مقیاس های بالینی مورد بررسی، «عقاید گزند و آزار» با ضریب حساسیت ۰/۹۸، «ضعف روحیه» با ضریب حساسیت ۰/۶۷، «شکایات جسمانی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰ و «فعالیت گزایی هیپومانیک» با ضریب حساسیت ۰/۶۰ بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده اند و مطرح می شود که در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی) «عقاید گزند و آزار»، «ضعف روحیه»، «شکایات جسمانی» و «فعالیت گزایی هیپومانیک» دارای روایی تشخیصی بوده و می توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۸: ضریب حساسیت مرتبط با مقیاس‌های «جسمانی / شناختی و درونی‌سازی» در

مقیاس	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی که ابزار آن‌ها را دارای اختلال تشخیص داده است	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی	ضریب حساسیت	تفسیر
ناخوشی	۳۶	۶۰	۰/۶۰	دارد
شکایات گوارشی	۳۲	۶۰	۰/۵۴	ندارد
شکایات سردرد	۱۶	۶۰	۰/۲۷	ندارد
شکایات عصب‌شناختی	۴۰	۶۰	۰/۶۷	دارد
شکایات شناختی	۳۶	۶۰	۰/۶۰	دارد
عقاید مرگ و خودکشی	۳۶	۶۰	۰/۶۰	دارد
درماندگی - ناامیدی	۴۹	۶۰	۰/۸۲	دارد
خودتردیدی	۲۸	۶۰	۰/۴۷	ندارد
ناکارآمدی	۳۶	۶۰	۰/۶۰	دارد
فشار روانی - نگرانی	۱۲	۶۰	۰/۲۰	ندارد
اضطراب	۱۲	۶۰	۰/۲۰	ندارد
استعداد خشم	۲۰	۶۰	۰/۳۴	ندارد
ترس‌های محدودکننده رفتار	۵۲	۶۰	۰/۸۷	دارد
ترس‌های چندگانه مشخص	۴	۶۰	۰/۰۷	ندارد

با تاکید بر میزان ضرایب حساسیت به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های جسمانی / شناختی و درونی‌سازی مورد بررسی، «ترس‌های محدودکننده رفتار» با ضریب حساسیت ۰/۸۷، «درماندگی - ناامیدی» با ضریب حساسیت ۰/۸۲، «شکایات عصب‌شناختی» با ضریب حساسیت ۰/۶۷، «ناخوشی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰، «شکایات شناختی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰، «عقاید مرگ و خودکشی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰ و «ناکارآمدی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰ بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود که در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی) «ترس‌های محدودکننده رفتار»، «درماندگی - ناامیدی»، «شکایات عصب‌شناختی»، «ناخوشی»، «شکایات شناختی»، «عقاید مرگ و خودکشی» و «ناکارآمدی» دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۹: ضریب حساسیت مرتبط با مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» در

افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی)

مقیاس	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی که ابزار آن‌ها را دارای اختلال تشخیص داده است	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی	ضریب حساسیت	تفسیر
مشکلات سلوکی نوجوانی	۲۰	۶۰	۰/۳۴	ندارد
سوء استفاده از مواد	۱۶	۶۰	۰/۲۷	ندارد
پرخاشگری	۲۸	۶۰	۰/۴۷	ندارد
هیجان‌پذیری	۴۸	۶۰	۰/۸۰	دارد
مشکلات خانوادگی	۳۶	۶۰	۰/۶۰	دارد
منفعل‌گرایی بین‌فردی	۱۲	۶۰	۰/۲۰	ندارد
اجتناب اجتماعی	۴	۶۰	۰/۰۷	ندارد
کمروبی	۸	۶۰	۰/۱۴	ندارد
عدم پیوندگرایی	۳۰	۶۰	۰/۵۰	ندارد
علائق ادبی - زیباشناسی	۱۶	۶۰	۰/۲۷	ندارد
علائق مکانیکی - جسمانی	۲۸	۶۰	۰/۴۷	ندارد

با تاکید بر میزان ضرایب حساسیت به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های برون‌سازی، بین‌فردی و علایق مورد بررسی، «هیجان‌پذیری» با ضریب حساسیت ۰/۸۰ و «مشکلات خانوادگی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰ بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود که در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی) «هیجان‌پذیری» و «مشکلات خانوادگی» دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۰: ضریب حساسیت مرتبط با مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی)

مقیاس	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی که ابزار آن‌ها را دارای اختلال تشخیص داده است	تعداد افراد دارای اختلال دو قطبی	ضریب حساسیت	تفسیر
پرخاشگری درونی	۴	۶۰	۰/۰۷	ندارد
روان‌پریشی	۴۸	۶۰	۰/۸۰	دارد
بی‌مسئولیتی	۸	۶۰	۰/۱۴	ندارد
روان‌نژندی	۲۰	۶۰	۰/۳۴	ندارد
درون‌گرایی	۸	۶۰	۰/۱۴	ندارد

با تاکید بر میزان ضرایب حساسیت به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت مورد بررسی، «روان‌پریشی» با ضریب حساسیت ۰/۸۰ بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود که در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی) «روان‌پریشی» دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۱: ضریب وضوح‌گرایی مرتبط با مقیاس‌های «نارسایی‌های سه‌گانه» در افراد هنجاری (بدون اختلال دو قطبی)

مقیاس	تعداد افراد هنجاری که ابزار آن‌ها را به‌عنوان دو قطبی تشخیص نداده است	تعداد افراد هنجاری	ضریب وضوح‌گرایی	تفسیر
نارسایی هیجانی	۳۴	۶۰	۰/۵۷	ندارد
نارسایی تفکر	۳۳	۶۰	۰/۵۵	ندارد
نارسایی رفتاری	۵۲	۶۰	۰/۸۷	دارد

با تاکید بر میزان ضرایب وضوح‌گرایی به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های نارسایی سه‌گانه مورد بررسی، مقیاس «نارسایی رفتاری» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۸۷ و مقیاس «نارسایی هیجانی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۵۷ بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود که در افراد هنجاری (بدون اختلال دو قطبی) «نارسایی رفتاری» و «نارسایی هیجانی» دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۲: ضریب وضوح‌گرایی مرتبط با مقیاس‌های «بالینی» در افراد هنجاری (بدون اختلال دو قطبی)

مقیاس	تعداد افراد هنجاری که ابزار آن‌ها را به‌عنوان دو قطبی تشخیص نداده است	تعداد افراد هنجاری	ضریب وضوح‌گرایی	تفسیر
ضعف روحیه	۴۲	۶۰	۰/۷۰	دارد
شکایات جسمانی	۳۳	۶۰	۰/۵۵	ندارد
هیجانان مثبت پایین	۲۷	۶۰	۰/۴۵	ندارد
بدبینی	۴۲	۶۰	۰/۷۰	دارد
رفتار ضداجتماعی	۶۰	۶۰	۱	دارد
عقاید گزند و آزار	۲۵	۶۰	۰/۴۲	ندارد
هیجانان منفی مختل‌کننده	۴۰	۶۰	۰/۶۷	دارد
تجارب عجیب و غریب	۳۳	۶۰	۰/۵۵	ندارد
فعالیت‌گرایی هیپومانیک	۶۰	۶۰	۱	دارد

با تاکید بر میزان ضرایب وضوح‌گرایی به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های بالینی مورد بررسی، مقیاس‌های «رفتار ضداجتماعی» با ضریب وضوح‌گرایی ۱، «فعالیت‌گرایی هیپومانیک» با ضریب وضوح‌گرایی ۱، «ضعف روحیه» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۷۰، «بدبینی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۷۰ و «هیجانان منفی مختل‌کننده» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۶۷ بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود که در افراد هنجاری (بدون اختلال دو قطبی) «رفتار ضداجتماعی»، «فعالیت‌گرایی هیپومانیک»، «ضعف روحیه»، «بدبینی» و «هیجانان منفی مختل‌کننده» دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۳: ضریب وضوح‌گرایی مرتبط با مقیاس‌های «جسمانی / شناختی و درونی‌سازی» در افراد هنجاری (بدون اختلال دو قطبی)

مقیاس	تعداد افراد هنجاری که ابزار آن‌ها را به‌عنوان دو قطبی تشخیص نداده است	تعداد افراد هنجاری	ضریب وضوح‌گرایی	تفسیر
ناخوشی	۴۳	۶۰	۰/۷۲	دارد
شکایات گوارشی	۲۶	۶۰	۰/۴۴	ندارد

مقیاس	تعداد افراد هنجاری که ابزار آن‌ها را به- عنوان دو قطبی تشخیص نداده است	تعداد افراد هنجاری	ضریب وضوح‌گرایی	تفسیر
شکایات سردرد	۲۴	۶۰	۰/۴۰	ندارد
شکایات عصب‌شناختی	۴۲	۶۰	۰/۷۰	دارد
شکایات شناختی	۴۲	۶۰	۰/۷۰	دارد
عقاید مرگ و خودکشی	۵۱	۶۰	۰/۸۵	دارد
درماندگی- ناامیدی	۴۳	۶۰	۰/۷۲	دارد
خودتردیدی	۶۰	۶۰	۱	دارد
ناکارآمدی	۶۰	۶۰	۱	دارد
فشار روانی - نگرانی	۶۰	۶۰	۱	دارد
اضطراب	۵۱	۶۰	۰/۸۵	دارد
استعداد خشم	۶۰	۶۰	۱	دارد
ترس‌های محدودکننده رفتار	۱۷	۶۰	۰/۲۸	ندارد
ترس‌های چندگانه مشخص	۶۰	۶۰	۱	دارد

با تاکید بر میزان ضرایب وضوح‌گرایی به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های جسمانی/ شناختی و درونی‌سازی مورد بررسی، تمامی مقیاس‌ها به جزء مقیاس‌های «شکایات گوارشی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۴۴، «شکایات سردرد» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۴۰ و «ترس‌های محدودکننده رفتار» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۲۸ پایین‌ترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود که در افراد هنجاری (بدون اختلال دو قطبی) تمامی مقیاس‌ها به جزء مقیاس‌های «شکایات گوارشی»، «شکایات سردرد» و «ترس‌های محدودکننده رفتار» دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۴: ضریب وضوح‌گرایی مرتبط با مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» در افراد هنجاری (بدون اختلال دو قطبی)

مقیاس	تعداد افراد هنجاری که ابزار آن‌ها را به- عنوان دو قطبی تشخیص نداده است	تعداد افراد هنجاری	ضریب وضوح‌گرایی	تفسیر
مشکلات سلوکی نوجوانی	۶۰	۶۰	۱	دارد
سوء استفاده از مواد	۶۰	۶۰	۱	دارد

مقیاس	تعداد افراد هنجاری که ابزار آن‌ها را به- عنوان دو قطبی تشخیص نداده است	تعداد افراد هنجاری	ضریب وضوح‌گرایی	تفسیر
پرخاشگری	۴۳	۶۰	۰/۷۲	دارد
هیجان‌پذیری	۶۰	۶۰	۱	دارد
مشکلات خانوادگی	۳۴	۶۰	۰/۵۷	دارد
منفعل‌گرایی بین‌فردی	۴۳	۶۰	۰/۷۲	دارد
اجتناب اجتماعی	۶۰	۶۰	۱	دارد
کمروبی	۶۰	۶۰	۱	دارد
عدم پیوندگرایی	۴۳	۶۰	۰/۷۲	دارد
علاقه ادبی-زیباشناسی	۶۰	۶۰	۱	دارد
علاقه مکانیکی- جسمانی	۵۲	۶۰	۰/۸۷	دارد

با تاکید بر میزان ضرایب وضوح‌گرایی به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق مورد بررسی، تمامی مقیاس‌ها دارای ضرایب وضوح‌گرایی بالاتر از ۰/۶۰ می‌باشند و مطرح می‌شود که در افراد هنجاری (بدون اختلال دو قطبی) تمامی مقیاس‌های برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۵: ضریب وضوح‌گرایی مرتبط با مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» در افراد

هنجاری (بدون اختلال دو قطبی)

مقیاس	تعداد افراد هنجاری که ابزار آن‌ها را به‌عنوان دو قطبی تشخیص نداده است	تعداد افراد هنجاری	ضریب وضوح‌گرایی	تفسیر
پرخاشگری درونی	۵۱	۶۰	۰/۸۵	دارد
روان‌پریشی	۳۳	۶۰	۰/۵۵	ندارد
بی‌مسئولیتی	۵۲	۶۰	۰/۸۷	دارد
روان‌نژندی	۵۱	۶۰	۰/۸۵	دارد
درون‌گرایی	۲۷	۶۰	۰/۴۵	ندارد

با تاکید بر میزان ضرایب وضوح‌گرایی به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت مورد بررسی، مقیاس‌های «بی‌مسئولیتی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۸۷، «پرخاشگری درونی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۸۵ و «روان‌نژندی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۸۵

بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده و مطرح می‌شود که در افراد هنجاری (بدون اختلال دو قطبی) «بی‌مسئولیتی»، «پرخاشگری درونی» و «روان‌نژندی» دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۶: ضریب صحت مرتبط با مقیاس‌های «نارسایی‌های سه‌گانه» در افراد دارای

اختلال دو قطبی و هنجاری

مقیاس	تشخیص اختلال در افراد دو قطبی	تشخیص عدم اختلال در افراد هنجاری	تعداد افراد دارای اختلال و هنجاری	ضریب صحت	تفسیر
نارسایی هیجانی	۳۶	۳۴	۱۲۰	۰/۵۸	دارد
نارسایی تفکر	۴۰	۳۳	۱۲۰	۰/۶۱	دارد
نارسایی رفتاری	۲۸	۵۲	۱۲۰	۰/۶۷	دارد

با تاکید بر میزان ضرایب صحت به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های نارسایی‌های سه‌گانه مورد بررسی، مقیاس‌های «نارسایی رفتاری» با ضریب صحت ۰/۶۷، «نارسایی تفکر» با ضریب صحت ۰/۶۱ و «نارسایی هیجانی» با ضریب صحت ۰/۵۸ بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده و مطرح می‌شود که در افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری «نارسایی رفتاری»، «نارسایی تفکر» و «نارسایی هیجانی» دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۷: ضریب صحت مرتبط با مقیاس‌های «بالینی» در افراد دارای اختلال دو قطبی و

هنجاری

مقیاس	تشخیص اختلال در افراد دو قطبی	تشخیص عدم اختلال در افراد هنجاری	تعداد افراد دارای اختلال و هنجاری	ضریب صحت	تفسیر
ضعف روحیه	۴۰	۴۲	۱۲۰	۰/۶۹	دارد
شکایات جسمانی	۳۶	۳۳	۱۲۰	۰/۵۸	دارد
هیجانان مثبت پایین	۲۴	۲۷	۱۲۰	۰/۴۳	ندارد
بدبینی	۲۸	۴۲	۱۲۰	۰/۵۸	دارد
رفتار ضداجتماعی	۲۴	۶۰	۱۲۰	۰/۷۰	دارد
عقاید گزند و آزار	۶۰	۲۵	۱۲۰	۰/۷۱	دارد
هیجانان منفی مختل‌کننده	۲۴	۴۰	۱۲۰	۰/۵۴	ندارد
تجارب عجیب و غریب	۲۴	۳۳	۱۲۰	۰/۴۸	ندارد
فعالیت‌گرایی هیپومانیک	۳۶	۶۰	۱۲۰	۰/۸۰	دارد

با تاکید بر میزان ضرایب صحت به دست آمده، می توان مطرح نمود که از مقیاس های بالینی مورد بررسی، مقیاس های «فعالیت گزایی هیپومانیک» با ضریب صحت ۰/۸۰، «عقاید گزند و آزار» با ضریب صحت ۰/۷۱، «رفتار ضداجتماعی» با ضریب صحت ۰/۷۰، «ضعف روحیه» با ضریب صحت ۰/۶۹، «شکایات جسمانی» با ضریب صحت ۰/۵۸ و «بدبینی» با ضریب صحت ۰/۵۸ بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده اند و مطرح می شود که در افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری «فعالیت گزایی هیپومانیک»، «عقاید گزند و آزار»، «رفتار ضداجتماعی»، «ضعف روحیه»، «شکایات جسمانی» و «بدبینی» دارای روایی تشخیصی بوده و می توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۸: ضریب صحت مرتبط با مقیاس های «جسمانی / شناختی و درونی سازی» در

افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری

مقیاس	تشخیص اختلال در افراد دو قطبی	تشخیص عدم اختلال در افراد هنجاری	تعداد افراد دارای اختلال و هنجاری	ضریب صحت	تفسیر
ناخوشی	۳۶	۴۳	۱۲۰	۰/۶۶	دارد
شکایات گوارشی	۳۲	۲۶	۱۲۰	۰/۴۸	ندارد
شکایات سردرد	۱۶	۲۴	۱۲۰	۰/۳۴	ندارد
شکایات عصب شناختی	۴۰	۴۲	۱۲۰	۰/۶۸	دارد
شکایات شناختی	۳۶	۴۲	۱۲۰	۰/۶۵	دارد
عقاید مرگ و خودکشی	۳۶	۵۱	۱۲۰	۰/۷۳	دارد
درماندگی - ناامیدی	۴۴	۴۳	۱۲۰	۰/۷۳	دارد
خودتردیدی	۲۸	۶۰	۱۲۰	۰/۷۴	دارد
ناکارآمدی	۳۶	۶۰	۱۲۰	۰/۸۰	دارد
فشار روانی - نگرانی	۱۲	۶۰	۱۲۰	۰/۶۰	دارد
اضطراب	۱۲	۵۱	۱۲۰	۰/۵۳	ندارد
استعداد خشم	۲۰	۶۰	۱۲۰	۰/۶۷	دارد
ترس های محدودکننده رفتار	۵۲	۱۷	۱۲۰	۰/۵۸	دارد
ترس های چندگانه مشخص	۴	۶۰	۱۲۰	۰/۵۴	ندارد

با تاکید بر میزان ضرایب صحت به دست آمده، می توان مطرح نمود که از مقیاس های جسمانی / شناختی و درونی سازی مورد بررسی، تمامی مقیاس ها به جزء مقیاس های «ترس های چندگانه مشخص» با ضریب صحت ۰/۵۴، «اضطراب» با ضریب صحت ۰/۵۳، «شکایات گوارشی» با ضریب

صحت ۰/۴۸ و «شکایات سردرد» با ضریب صحت ۰/۳۴ پایین‌ترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود که در افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری «ترس‌های چندگانه مشخص»، «اضطراب»، «شکایات گوارشی» و «شکایات سردرد» دارای روایی تشخیصی نبوده و نمی‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند؛ در حالی که دیگر مقیاس‌ها با دارا بودن بالاترین ضریب صحت در افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۱۹: ضریب صحت مرتبط با مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق» در افراد

دارای اختلال دو قطبی و هنجاری

مقیاس	تشخیص اختلال در افراد دو قطبی	تشخیص عدم اختلال در افراد هنجاری	تعداد افراد دارای اختلال و هنجاری	ضریب صحت	تفسیر
مشکلات سلوکی نوجوانی	۲۰	۶۰	۱۲۰	۰/۶۷	دارد
سوء استفاده از مواد	۱۶	۶۰	۱۲۰	۰/۶۴	دارد
پرخاشگری	۲۸	۴۳	۱۲۰	۰/۶۰	دارد
هیجان‌پذیری	۴۸	۶۰	۱۲۰	۰/۹۰	دارد
مشکلات خانوادگی	۳۶	۳۴	۱۲۰	۰/۵۸	دارد
منفعل‌گرایی بین‌فردی	۱۲	۴۳	۱۲۰	۰/۴۶	ندارد
اجتناب اجتماعی	۴	۶۰	۱۲۰	۰/۵۴	ندارد
کمرویی	۸	۶۰	۱۲۰	۰/۵۷	دارد
عدم پیوندگرایی	۲۴	۴۳	۱۲۰	۰/۵۶	ندارد
علائق ادبی-زیباشناسی	۱۶	۶۰	۱۲۰	۰/۶۴	دارد
علائق مکانیکی-جسمانی	۲۸	۵۲	۱۲۰	۰/۶۷	دارد

با تاکید بر میزان ضرایب صحت به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های برون‌سازی، بین‌فردی و علائق مورد بررسی، تمامی مقیاس‌ها به جزء مقیاس‌های «عدم پیوندگرایی» با ضریب صحت ۰/۵۶، «اجتناب اجتماعی» با ضریب صحت ۰/۵۴ و «منفعل‌گرایی بین‌فردی» با ضریب صحت ۰/۳۴ پایین‌ترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود که در افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری «عدم پیوندگرایی»، «اجتناب اجتماعی» و «منفعل‌گرایی بین‌فردی» دارای روایی تشخیصی نبوده و نمی‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند؛ در حالیکه دیگر مقیاس‌ها با دارا بودن بالاترین ضریب صحت در افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال

دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

جدول ۲۰: ضریب صحت مرتبط با مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» در افراد دارای

اختلال دو قطبی و هنجاری

مقیاس	تشخیص اختلال در افراد دو قطبی	تشخیص عدم اختلال در افراد هنجاری	تعداد افراد دارای اختلال و هنجاری	ضریب صحت	تفسیر
پرخاشگری درونی	۴	۵۱	۱۲۰	۰/۴۶	ندارد
روان‌پریشی	۴۸	۳۳	۱۲۰	۰/۶۸	دارد
بی‌مسئولیتی	۸	۵۲	۱۲۰	۰/۵۰	ندارد
روان‌نژندی	۲۰	۵۱	۱۲۰	۰/۶۰	دارد
درون‌گرایی	۸	۲۷	۱۲۰	۰/۳۰	ندارد

با تاکید بر میزان ضرایب صحت به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که از مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت مورد بررسی، «روان‌پریشی» با ضریب صحت ۰/۶۸ و «روان‌نژندی» با ضریب صحت ۰/۶۰ بالاترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود که در افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری «روان‌پریشی» و «روان‌نژندی» دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

بحث و نتیجه‌گیری

روایی تشخیصی که یکی از انواع روایی می‌باشد و موضوع پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد، از اهمیت به‌سزایی در حیطه‌های شناسایی و تشخیص برخوردار می‌باشد و می‌تواند در مباحث کلینیکی و بالینی مؤثر واقع شود. روایی تشخیصی، شاخص‌های متعددی را دربر می‌گیرد که میزان صحت، حساسیت و وضوح‌گرایی را اندازه‌گیری می‌نماید. در پژوهش حاضر با استفاده از فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF)، به روایی تشخیصی این ابزار در بین مبتلایان به اختلال دوقطبی پرداخته شده است. به‌منظور روایی تشخیصی مقیاس‌های فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) از ضریب حساسیت، وضوح‌گرایی و صحت استفاده شد و یافته‌های تحقیق با تأکید بر سؤال‌های پژوهش به شرح زیر استخراج گردید:

ضریب حساسیت فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در راستای تشخیص اختلال دوقطبی به چه میزان است؟ با توجه به ضرایب حساسیت مشخص گردید که مقیاس‌های «نارسایی هیجانی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰،

«نارسایی تفکر» با ضریب حساسیت ۰/۶۷، «عقاید گزند و آزار» با ضریب حساسیت ۰/۹۸، «ضعف روحیه» با ضریب حساسیت ۰/۶۷، «شکایات جسمانی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰، «فعالیت‌گرایی هیپومانیک» با ضریب حساسیت ۰/۶۰، «ترس‌های محدودکننده رفتار» با ضریب حساسیت ۰/۸۷، «درماندگی- ناامیدی» با ضریب حساسیت ۰/۸۲، «شکایات عصب شناختی» با ضریب حساسیت ۰/۶۷، «ناخوشی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰، «شکایات شناختی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰، «عقاید مرگ و خودکشی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰، «ناکارآمدی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰، «هیجان‌پذیری» با ضریب حساسیت ۰/۸۰، «مشکلات خانوادگی» با ضریب حساسیت ۰/۶۰ و «روان‌پریشی» با ضریب حساسیت ۰/۸۰ بالاترین میزان ضرایب حساسیت را به خود اختصاص داده‌اند که بدین ترتیب می‌توان مطرح نمود که مقیاس‌های مذکور در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی)، دارای روایی تشخیصی بوده و مقیاس‌های مذکور می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی (بالینی) را از افراد عادی (هنجاری) تشخیص دهند.

ضریب وضوح‌گرایی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲

(MMPI-2RF) در راستای تشخیص اختلال دو قطبی به چه میزان است؟ با توجه به ضرایب حساسیت مشخص گردید که مقیاس‌های «نارسایی رفتاری» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۸۷، «نارسایی هیجانی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۵۷، «رفتار ضداجتماعی» با ضریب وضوح‌گرایی ۱، «فعالیت‌گرایی هیپومانیک» با ضریب وضوح‌گرایی ۱، «ضعف روحیه» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۷۰، «بدبینی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۷۰، «هیجان‌ات منفی مختل‌کننده» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۶۷، «شکایات گوارشی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۴۴، «شکایات سردرد» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۴۰، «ترس‌های محدودکننده رفتار» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۲۸، «بی‌مسئولیتی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۸۷، «پرخاشگری درونی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۸۵ و «روان‌نژندی» با ضریب وضوح‌گرایی ۰/۸۵ بالاترین میزان ضرایب وضوح‌گرایی را به خود اختصاص داده‌اند که بدین ترتیب می‌توان مطرح نمود که مقیاس‌های مذکور در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی)، دارای روایی تشخیصی بوده و مقیاس‌های مذکور می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی (بالینی) را از افراد عادی (هنجاری) تشخیص دهند.

ضریب صحت فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲

(MMPI-2RF) در راستای تشخیص اختلال دو قطبی به چه میزان است؟ با توجه به ضرایب حساسیت مشخص گردید که مقیاس‌های «نارسایی رفتاری» با ضریب صحت ۰/۶۷، «نارسایی تفکر» با ضریب صحت ۰/۶۱، «نارسایی هیجانی» با ضریب صحت ۰/۵۸، «فعالیت‌گرایی هیپومانیک» با ضریب صحت ۰/۸۰، «عقاید گزند و آزار» با ضریب صحت ۰/۷۱، «رفتار ضداجتماعی» با ضریب صحت ۰/۷۰، «ضعف روحیه» با ضریب صحت ۰/۶۹، «شکایات جسمانی» با

ضریب صحت ۰/۵۸ و «بدبینی» با ضریب صحت ۰/۵۸، «روان‌پریشی» با ضریب صحت ۰/۶۸ و «روان‌نژندی» با ضریب صحت ۰/۶۰ بالاترین میزان ضرایب صحت را به خود اختصاص داده‌اند که بدین ترتیب می‌توان مطرح نمود که مقیاس‌های مذکور در افراد بالینی (دارای اختلال دو قطبی)، دارای روایی تشخیصی بوده و مقیاس‌های مذکور می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی (بالینی) را از افراد عادی (هنجاری) تشخیص دهند.

همچنین، با توجه به ضرایب صحت در مقیاس‌های برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق مشخص گردید که مقیاس‌های «عدم پیوندگرایی» با ضریب صحت ۰/۵۶، «اجتناب اجتماعی» با ضریب صحت ۰/۵۴ و «منفعل‌گرایی بین‌فردی» با ضریب صحت ۰/۳۴ پایین‌ترین میزان ضرایب را به خود اختصاص داده‌اند و مطرح می‌شود، مقیاس‌ها مذکور در افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری دارای روایی تشخیصی نبوده و نمی‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند؛ در حالیکه دیگر مقیاس‌ها با دارا بودن بالاترین ضریب صحت در افراد دارای اختلال دو قطبی و هنجاری دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند افراد دارای اختلال دو قطبی را از افراد هنجاری تشخیص دهند.

در تبیین یافته‌های حاضر و مقایسه آن‌ها با پیشینه تحقیقات انجام گرفته در داخل و خارج از کشور می‌توان مطرح نمود، از آنجایی که به کار بستن فنون سنجش شخصیت موجب می‌شود مشاور و روانشناس درباره نقاط قوت و ضعف مراجع، چگونگی پیدایش مشکل و وضعیت کنونی وی، تدبیر و روش‌های درمانی و پیش‌آگهی درمان، اطلاعات سودمندی به دست آورند، به نظر می‌رسد استفاده از پرسشنامه مورد بررسی همگام با مصاحبه بالینی، اطلاعات مهمی را فراهم می‌کند. بر این اساس، با توجه به نتایج ارائه شده، بررسی یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا-۲ در تشخیص اختلالات خلقی، به‌ویژه انواع اختلال دو قطبی دارای روایی تشخیصی مطلوبی می‌باشد. در این راستا، اگر چه تشخیص‌های روانپزشکی عمدتاً بر مبنای معیارهای کتاب راهنمای تشخیصی و آماری جامعه روانپزشکان آمریکا صورت می‌گیرد و بازتاب یک دیدگاه تجربی هستند، اما مقیاس‌های آزمون MMPI-2RF نیز بر مبنای یک دیدگاه تجربی ساخته شده‌اند و بنابراین به نظر می‌رسد که ساختارهای پایه‌ای مشابهی برای روش‌های ارزیابی داشته باشند. همین امر، پرسشنامه مذکور را به عنوان ابزاری مناسب برای تشخیص مطرح می‌سازد.

همسانی تشخیص‌های روانپزشکی و روانشناسی بیماران مورد بررسی با نتایج آزمون، خود گواهی بر قدرت این آزمون در تشخیص جمعیت بالینی مورد نظر از جمعیت غیربالینی می‌باشد. از سوی دیگر، مقیاس‌هایی که دارای روایی تشخیصی شناخته شده‌اند، از جمله علائم و نشانه‌های مورد بررسی در تشخیص توسط پزشک متخصص و روان‌شناس برای بیماران خلقی به‌طور عام و بیماران دو قطبی به‌طور خاص می‌باشند. به عنوان مثال، «نارسایی هیجانی»، «نارسایی تفکر»، «عقاید گزند و آزار»، «ضعف روحیه»، «شکایات جسمانی»، «فعالیت‌گرایی هیپومانیک»، «ناخوشی»،

«شکایات شناختی»، «عقاید مرگ و خودکشی» و «ناکارآمدی» از جمله نشانه‌ها و علائم مطرح در تشخیص‌گذاری اختلال دوقطبی به‌شمار می‌آیند که به نظر می‌آید، ارقام به‌دست آمده به اندازه کافی و مطلوب برای تشخیص‌گذاری دقیق هستند.

در حالی که بالا بودن نشانه‌های سایکوز در بررسی به‌عمل آمده نیز موید آن است که گاهی وقت‌ها دوره‌های شدید مانیا یا افسردگی شامل نشانه‌های سایکوز است. نشانه‌های روان‌پریشی در این اختلال، بیشتر نمایانگر وضعیت خلقی فرد در آن زمان است؛ برای مثال هذیان‌های بزرگ‌منشی ممکن است در دوره مانیا وجود داشته باشند. از طرفی دیگر، هذیان‌های مبتنی بر گناهکار بودن، احساس بی‌ارزشی، بی‌پولی یا ارتکاب جرم سنگین ممکن است در دوره افسردگی ظاهر شوند. همچنین با توجه به میزان ضرایب وضوح‌گرایی به‌دست آمده، مقیاس‌های «رفتار ضداجتماعی»، «فعالیت‌گرایی هیپومانیک»، «ضعف روحیه»، «بدبینی» و «هیجانان منفی مختل‌کننده» همگی از جمله مشخصه‌های اصلی در تشخیص اختلال طیف دوقطبی می‌باشند.

در نهایت، یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های سولومون و همکاران (۲۰۰۶)، زیمرمن و همکاران (۲۰۱۰) و واتسون و همکاران (۲۰۱۱) در راستای روایی تشخیصی MMPI-2RF در تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی از سایر اختلالات شخصیتی و خلقی نیز هماهنگ است. همچنین، با توجه به یافته‌های پژوهش زاهدی (۱۳۹۴) می‌توان مطرح نمود که یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش مذکور، از هماهنگی برخوردار است.

همچنین، واتسون، کیلتی، و باگی (۲۰۱۱)، اظهار می‌دارند که براساس مقیاس هیجان‌پذیری (ACT)، ۷۱ درصد از نمونه‌های بررسی شده، به‌درستی در خصوص ابتلا به افسردگی اساسی یا اختلال دوقطبی تشخیص‌گذاری شده‌اند. به عبارت دیگر تشخیص افتراقی افسردگی اساسی از اختلال دوقطبی با استفاده از مقیاس (ACT) در فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ امکان‌پذیر می‌باشد. براساس یافته‌های به‌دست آمده در پژوهش حاضر نیز، مقیاس‌های هیجان‌پذیری از روایی تشخیصی مطلوبی در تشخیص اختلال دوقطبی برخوردار می‌باشند.

از سوی دیگر، نیکلاس (۲۰۰۶) در پژوهش خود تحت‌عنوان انتقاداتی به مقیاس‌های فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲، اظهار می‌دارد که مبتلایان به اختلال دوقطبی نمره بالاتری را در مقایسه با مبتلایان به افسردگی اساسی در مقیاس‌های نارسایی رفتاری/برونی‌سازی؛ هیجان‌پذیری هیپومانیک؛ پرخاشگری و هیجان‌پذیری به‌دست می‌آورند. این درحالی صورت می‌گیرد که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با مبتلایان به اختلال دوقطبی، نمرات بالاتری را در مقیاس‌های نارسایی هیجانی/درونی‌سازی؛ ضعف روحیه؛ هیجانان مثبت پایین؛ درماندگی/نامیدی؛ خودتردیدی، ناکارآمدی؛ فشار روانی/نگرانی؛ اضطراب؛ ترس‌های شدید و مولد‌بازداری از رفتار طبیعی؛ منفعل‌گرایی بین‌فردی؛ اجتناب اجتماعی و کمروبی کسب

می‌کنند. در همین راستا، یافته‌های پژوهش نیکولاس تاییدکننده نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر می‌باشد.

همچنین براساس یافته‌های سولومون و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی پیرامون تشخیص افتراقی افسردگی اساسی از دوقطبی با ارزیابی غربالگری افسردگی و اختلال دوقطبی، مطرح نمودند مقیاس هیجان‌پذیری در فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲، ابزاری مناسب و سودمند در تشخیص افتراقی این دو اختلال به شمار می‌آید. از این‌رو، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مشخص گردید که مقیاس هیجان‌پذیری از روایی تشخیصی مطلوبی برای اختلال دوقطبی بهره‌مند است.

در همین ارتباط زیمرمن و همکاران (۲۰۱۰)، در پژوهش خود با عنوان غربالگری بیماران دوقطبی از بیماران مرزی اظهار می‌دارند که فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ در مقایسه با سایر ابزارهایی (مثل MDQ) که برای تشخیص اختلال دوقطبی به کار می‌روند، ابزاری مناسب‌تر برای تشخیص افتراقی دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی نیز می‌باشد. بدین ترتیب به‌نظر می‌رسد با توجه به هماهنگی یافته‌های پژوهش‌های فوق‌الذکر، با یافته‌های تحقیق حاضر، می‌توان اظهار داشت که فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) از روایی تشخیصی مناسب در اختلال دوقطبی برخوردار می‌باشد.

منابع فارسی

امینی، همایون. (۱۳۸۵). روایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی CIDI برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دوره ۶۴.

زاهدی عراقی، فریبا. (۱۳۹۴). *روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در گروه اختلالات خلقی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی. واحد گرمسار.

سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۱۵). *خلاصه روانپزشکی*، ترجمه رضاعی؛ فرزین. (۱۳۹۵). تهران، انتشارات ارجمند.

شکرزاده، شهره، کامکاری، کامبیز، مرادیان زند، پرویز، کیاکجوری، رقیه. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد مبتلا به ایدز. *دوفصلنامه علمی-تخصصی پژوهشنامه روان‌شناسی عدالت*، سال اول، شماره یک، بهار و تابستان.

- کامکاری، کامبیز، شکرزاده، شهره. (۱۳۹۵)، *ارزیابی ویژگی‌های شخصیت (با تاکید بر فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲)*. انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- مارنات، گری‌گراث. (۱۹۷۸)، *راهنمای سنجش روانی*، ترجمه پاشا شریفی؛ حسن، نیکخو؛ محمدرضا، (۱۳۸۹)، تهران: انتشارات رشد.

References

- Ben- Potath; Yossef S; Tellegen; Auke, (2008), **Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2RF)**, Published by: University of Minnesota Press Pearson.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008), **Minnesota multiphasic personality inventory – 2 restructured form (MMPI-2-RF)**, Manual for administration, scoring, and interpretation, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Caldwell, Alex B., (2010). Maximal Measurement or Meaningful Measurement: The Interpretive Challenges of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales, *Journal of Personality Assessment*, Volume 87.
- Gelder, Michael (2005). **Psychiatry, Oxford University Press Inc.**, New York .
- Goldberg, JF, Ernst, CL. (2002). Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. US National Library of Medicine, *National Institutes of Health*.63(11):985-91.
- Solomon, D. A., Leon, A. C., Maser, J. D., Truman, C. J., Coryell, W., Endicott, J., et al. (2006). Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression-polarity (SAD-P). *Journal of Clinical Psychiatry*, 67.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., & Sellbom, M. (2009). Construct validity of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales: Reply to Rouse, Greene, Butcher, Nichols, & Williams. *Journal of Personality Assessment*, 91.
- Watson, Chris, Quilty, Lena C., Bagby, R. Michael. (2011). Differentiating Bipolar Disorder from Major Depressive Disorder Using the MMPI-2-RF: A Receiver Operating Characteristics (ROC) Analysis. *J Psychopathol Behav Assess* (2011) 33.
- Zimmerman, M., Galione, J. N., Ruggero, C. J., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., et al. (2010). Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71.

