Journal of Military Medicine
2021, Volume 23, Issue 7
Pages: 587-598
doi 10.30491/JMM.23.7.587

Review the Psychometric Properties of Iranian Version of the Mental Health Inventory (MHI) in the Military Personnel and Compilation of Polygraph Scale for It

Seyed Vali Kazemi Rezaei [1], Mohammad Reza Ebrahimi [2*], Amir Mohsen Rahnejat [3], Farhad Avakh Kisemi [4], Hassan Shahmiri [2], Arsia Taghva [2], Fahimeh Ghahvehchi-Alhosseini [5], Mohammad Majdian [5]

[1] *Medicine Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Department of Psychiatry, Medicine Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[3] *Department of Clinical Psychology, Medicine Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[4] *Aerospace and Sub-Aquatic Medical Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[5] *Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 23 November 2020 **Accepted:** 4 September 2021

Abstract

Background and Aim: Early and early detection of psychological distress and ensuring the psychological health levels of military personnel using screening tools is of great importance in increasing the performance and combat capability of the armed forces. Therefore, the purpose of this study was to investigate the psychometric properties of the Iranian version of the Mental Health Inventory (MHI-38) in military personnel and to compile a lie detector scale for it.

Methods: The present study was a descriptive and correlational psychometric design. The statistical population included all the employees of the Army of the Islamic Republic of Iran, from which 420 people were selected by cluster sampling. The Mental Health Inventory (MHI-38), the Beck Anxiety Scale (BAI), the Beck Depression Inventory (BDA-II) and the General Health Questionnaire (GHQ-28) were used to collect data. Face validity and internal consistency were assessed using qualitative method and Cronbach's alpha coefficient, respectively. Pearson correlation coefficient was also used to evaluate the reliability of retest, concurrent validity, divergent validity and convergent validity.

Results: The internal consistency values of the Cronbach's alpha mental health checklist for well-being and psychological distress and the whole scale were 0.79, 0.80 and 0.81, respectively. Also, the reliability coefficient of the retest was calculated to be 0.79, 0.76 and 0.75, respectively. Simultaneous validity of the mental health inventory was -0.55 for psychological well-being and 0.65 for psychological helplessness. Also, divergent validity for well-being and psychological helplessness was -0.59 and -0.64, respectively, and convergent validity was 0.65 and 0.51, respectively. All coefficients were significant at the level of $P<0.01$.

Conclusion: Based on the results of this study, it can be said that the mental health inventory has good reliability and validity and can be used for research and clinical purposes in the field of mental health of the military.

Keywords: Mental health inventory, Military personnel, Polygraph, Reliability, Validity.

*Corresponding author: **Mohammad Reza Ebrahimi,** Email: mohammadreza_ebrahimi25@yahoo.com

مجله طب نظامی
دوره ۲۳، شماره ۷، مهر ۱۴۰۰
صفحات: ۵۹۸-۵۸۷
10.30491/JMM.23.7.587

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی سیاهه سلامت روان (MHI-38) در کارکنان نظامی و تدوین مقیاس دروغ‌سنج برای آن

سیدولی کاظمی‌رضایی[۱]، محمدرضا ابراهیمی[۲*]، امیرمحسن راه‌نجات[۳]، فرهاد آوخ کیسمی[۴]، حسن شاهمیری[۲]، ارسیا تقوا[۲]، فهیمه قهوه‌چی الحسینی[۵]، محمد مجدیان[۵]

[۱] دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
[۲] گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
[۳] گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
[۴] دانشکده طب هوافضا و زیر سطحی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
[۵] مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص به‌موقع و زودهنگام پریشانی‌های روان‌شناختی و اطمینان از سطوح سلامت روان‌شناختی کارکنان نظامی با استفاده از ابزارهای غربالگری از اهمیت زیادی در افزایش عملکرد و توان رزم نیروهای مسلح برخوردار می‌باشد. لذا هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی سیاهه سلامت روان (MHI-38) در کارکنان نظامی و تدوین مقیاس دروغ‌سنج برای آن بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر در چارچوب طرحی توصیفی و روان‌سنجی مبتنی بر همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه کارکنان ارتش جمهوری اسلامی ایران بود که ۴۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین آن‌ها انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از سیاهه سلامت روان (MHI-38)، مقیاس اضطراب بک (BAI)، مقیاس افسردگی بک ویرایش دوم (BDA-II) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. روایی صوری و همسانی درونی به ترتیب با استفاده از روش کیفی و ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. همچنین جهت بررسی پایایی بازآزمایی، روایی همزمان، روایی واگرا و روایی همگرا از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: مقدار همسانی درونی سیاهه سلامت روان برحسب آلفای کرونباخ برای بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۸۱ به‌دست آمد. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی نیز به همین ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۵ محاسبه شد. روایی همزمان سیاهه سلامت روان برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۵- و برای درماندگی روان‌شناختی ۰/۶۵ به‌دست آمد. همچنین روایی واگرا برای بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۵۹- و ۰/۶۴- و روایی همگرا نیز به همین ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۵۱ به‌دست آمد. همه ضرایب در سطح $P<$۰/۰۱ معنادار بودند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل‌شده از این مطالعه، می‌توان گفت که سیاهه سلامت روان از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است و می‌تواند برای هدف‌های پژوهشی و بالینی در حوزه سلامت روان نیروهای نظامی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سیاهه سلامت روان، کارکنان نظامی، دروغ‌سنج، پایایی، روایی.

*نویسنده مسئول: **محمدرضا ابراهیمی.** پست الکترونیک: mohammadreza_ebrahimi25@yahoo.com
دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۹/۰۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۱۳

مقدمه

منابع انسانی متعهد و کارآمد از مهم‌ترین عوامل دستیابی به اهداف سازمانی هستند (۱). با توجه به این‌که نیروهای نظامی حافظ استقلال، امنیت و تمامیت اراضی کشور هستند، اقتدار کشور بدون اقتدار و توانمندی نیروهای نظامی میسر نخواهد شد، لذا توجه به مسائل تأثیرگذار در عملکرد بهینه آن‌ها ضروری می‌باشد (۲). کارکنان نظامی کشور به لحاظ ویژگی‌های ذاتی حرفه نظامی، با مسائل شغلی متعددی مواجه بوده است، فشار روانی ناشی از نوع شغل و مأموریت‌های پیچیده، قوانین سخت، احتمال مجروحیت و معلولیت، ترس از شکست، اسارت و حتی مرگ ازجمله مسائلی است که احتمال وجود آن‌ها در مشاغل نظامی بسیار بیش از مشاغل غیرنظامی است، درنتیجه کارکنان نظامی از آسیب‌پذیری روان‌شناختی بیشتری نسبت به کارکنان سایر مشاغل برخوردارند (۳،۴)؛ بنابراین سازمان‌های نظامی به‌واسطه ماهیت شغلی و مأموریت‌های خود، می‌بایست بیشتر از سایر سازمان‌ها به آمادگی و سلامت کارکنان خود به‌ویژه سلامت روان توجه داشته باشند و زمینه‌هایی که باعث کاهش این امور می‌شود را شناسایی و به حداقل ممکن برسانند.

سلامت روان (Mental Health) شاخص قابل‌توجهی برای وضعیت بهداشتی یک جمعیت است. مفهوم سلامت روان شامل فقدان علائم سنتی آسیب‌شناسی روانی مانند علائم اضطراب (Anxiety) و افسردگی (Depression) و همچنین وجود نشانگرهای بهزیستی روان‌شناختی مانند احساس نشاط، علاقه به زندگی و لذت بردن است (۵). سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامت روان را به‌عنوان وضعیتی مثبت روانی تعریف می‌کند که در آن فرد به توانایی‌های خود پی می‌برد، استرس‌های زندگی را کنترل می‌کند، تلاش مؤثر و کارآمد می‌کند و به اندازه کافی صلاحیت دارد تا بتواند به جامعه خود کمک کند (۶). توجه به سلامت روان در تمام عرصه‌های زندگی ازجمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی اهمیت دارد و عدم توجه به سلامت روان یکی از عوامل مهم در کاهش کارایی، از دست رفتن نیروی انسانی و ایجاد عوارض جسمی و روانی، به‌ویژه در خدمات حرفه‌ای است و در محیط‌های نظامی به‌طور مستقیم بر توان رزم نیروهای مسلح تأثیر دارد و کارکنان نظامی به دلیل ماهیت شغلی پر استرس بیشتر در معرض اختلال‌های روان‌شناختی هستند و به همین دلیل نیازمند پایش منظم از نظر سلامت روان هستند (۷). در این راستا نتایج پژوهش‌های گوناگون حکایت از میزان شیوع بالای اختلال‌های روانی در جامعه نظامی دارد. Williamson و همکاران (۲۰۱۸) در یک مطالعه از نوع متاآنالیز و بررسی سیستماتیک به این نتیجه رسیدند که بین کهنه سربازان مسن میزان شیوع مصرف مواد ۵/۷ درصد و مصرف الکل ۵/۴ درصد است (۸). Trautmann و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود با عنوان شیوع و شدت اختلالات روانی در کارکنان ارتش: مقایسه استاندارد با غیرنظامیان در آلمان، به این نتیجه رسیدند که میزان شیوع اختلال وحشت‌زدگی، اختلال ترس از مکان‌های باز و اختلال استرس پس از سانحه (Post Traumatic Stress Disorder-PTSD) در بین نظامیان در مقایسه با غیرنظامیان بیشتر است (۹). Stevelink و همکاران (۲۰۱۵) طی یک مطالعه مروری سیستماتیک در مورد میزان شیوع اختلال‌های روانی در کارکنان نظامی آمریکا همراه با اختلال جسمی به این نتیجه رسیدند که میزان اختلال‌های روانی از جمله اختلال استرس پس از سانحه بین ۲ تا ۵۹ درصد، اضطراب بین ۱۶/۱ تا ۳۵/۵ درصد، افسردگی بین ۹/۷ تا ۴۶/۴ درصد، پریشانی روان‌شناختی بین ۱۳/۴ تا ۳۶ درصد و سوءمصرف مواد بین ۲/۲ تا ۲۶/۴ درصد است (۱۰). در ایران راه‌نجات و همکاران (۱۳۹۰) در یک بررسی در بین کارکنان یگان‌های زمینی یکی از نیروهای نظامی جمهوری اسلامی ایران، به این نتیجه رسیدند که ۳۵/۵ درصد کارکنان مشکوک به اختلال‌های روانی هستند (۱۱). همچنین در پژوهش راه‌نجات و همکاران (۱۳۹۵) در مورد میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ در کهنه سربازان، به این نتیجه رسیدند که ۲۴ درصد از نظامیان واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از ضربه بودند (۱۲).

از طرفی یکی از عوامل اصلی و مهم در حوزه سلامت روان، موضوع پیشگیری (Prevention) است. پیشگیری، به مفهوم ساده، به معنای جلوگیری از به وجود آمدن بیماری قبل از وقوع آن است و شامل کلیه اقداماتی است که از آن‌ها برای ریشه‌کنی، حذف، یا به حداقل رساندن بیماری و ناتوانی استفاده می‌شود. در این راستا یکی از ابزارهای اصلی در حوزه پیشگیری، غربالگری (Screening) است. از آنجا که غربالگری، بیماریابی و درمان به‌موقع در کاهش هزینه بسیار مؤثر است و هزینه‌های مستقیم، غیرمستقیم و نامحسوس را به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد، لذا توجه به غربالگری در جامعه امری ضروری است (۱۳،۱۴). با توجه به اهمیت و ضرورت غربالگری در بین نیروهای نظامی و پیشگیری از موارد بحرانی به‌ویژه اقدام به خودکشی و خودزنی، لزوم توجه به وجود ابزارهای غربالگری به‌روز و کارآمد و استاندارد در سطح نیروهای نظامی، بسیار محسوس و لازم است. ابزارهای غربالگری راهی برای بهبود به‌موقع تشخیص انواع متنوعی از مشکلات مربوط به سلامت روان در مراقبت‌های اولیه هستند که به مداخلات فوری و مؤثرتر کمک می‌کنند (۱۵). این ابزارها مانند آزمون‌های تشخیصی هستند به گونه‌ای که برای تعیین این که آیا شخص دارای نشانه است یا نه، استفاده می‌شوند. بنابراین آزمون‌های غربالگری باید دارای شاخص‌های خوبی برای پایایی و روایی و هنجارهای مناسب برای گروه‌های مختلف جمعیتی از نظر سن، جنس، وضعیت اقتصادی، زبان و زمینه‌های فرهنگی باشند (۱۶).

بر اساس پژوهش‌های به عمل آمده در زمینه‌ی ابزارهای ساخته شده برای تعیین وضعیت سلامت روانی، مشخص شده است که این ابزارها دارای محدودیت‌هایی ازجمله ناهمگنی محتوا، عدم

تمایز تغییرات سلامت روانی از تغییرات سلامت جسمانی و تمرکز بر نشانه‌های شایع‌تر درماندگی روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی در جمعیت‌های عمومی بود (۱۷). به‌منظور رفع این محدودیت‌ها و افزایش دقت اندازه‌گیری، لازم است که تعریف سلامت روان از محدود شدن به نشانه‌های درماندگی روان‌شناختی فراتر رود و ویژگی‌های بهزیستی روان‌شناختی را نیز شامل شود (۱۸). بهزیستی روان‌شناختی در واقع به‌عنوان یک ویژگی مثبت، یکی از مؤلفه‌های نشان‌دهنده سلامتی است که به معنای تلاش فرد برای تحقق استعدادها و توانایی‌های بالقوه‌اش می‌باشد (۱۹). سیاهه سلامت روان (Mental Health Inventory) Veit و Ware ازجمله ابزارهایی محسوب می‌شود که به مفهوم بهزیستی روان‌شناختی توجه ویژه دارد و سه مشخصه اصلی، آن را به مقیاسی برتر تبدیل کرده است: الف) مقیاس سلامت روان دو بعد بهزیستی روان‌شناختی (Psychological well-being) و درماندگی روان‌شناختی (Psychological Distress) را به صورت متمایز بررسی می‌کند. این ویژگی مقیاس سلامت روان را به ابزاری ایده‌آل برای جمعیت‌های غیر روان‌پزشکی تبدیل کرده است؛ ب) مقیاس سلامت روان بر اساس اطلاعات مربوط به جمعیت عمومی (نه بیماران روان‌پزشکی) ساخته شده است. به همین دلیل مقیاسی مناسب برای این جمعیت و افراد دارای بیماری‌های جسمانی محسوب می‌شود؛ و پ) نشانه‌های جسمانی و وضعیت عملکرد فرد در این مقیاس مورد بررسی و سؤال قرار نمی‌گیرد. این ویژگی مقیاس سلامت روان را مخصوصاً برای استفاده در مورد جمعیت‌های مبتلابه بیماری‌های جسمانی مناسب کرده است (۲۰).

در این راستا سیاهه سلامت روان (MHI)، ابزاری مناسب برای غربالگری است که مفهوم گسترده‌ای از سلامت روان را منعکس می‌کند، یعنی نه‌تنها فقدان آسیب‌شناسی روانی بلکه وجود یک وضعیت بهزیستی روان‌شناختی را نیز اندازه می‌گیرد (۲۱). بهزیستی روان‌شناختی شامل دریافت‌های فرد از میزان ناهماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایندهای ارزیابی مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود (۲۲). در واقع بهزیستی روان‌شناختی جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است که به‌عنوان درک افراد از زندگی در حیطه‌ی رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روان تعریف شده است (۲۳). بنابراین نیروهای نظامی با توجه به شرایط شغلی که دارند باید از سطح نسبتاً بالایی از بهزیستی روان‌شناختی که از سازه‌های بهنجار در علوم سلامت است، برخوردار باشند تا در برابر این شرایط دچار آسیب نشوند (۲۴). تجزیه و تحلیل نسخه اصلی با ۳۸ سؤال، یک عامل کلی سلامت روان و دو عامل مرتبط اما متمایز، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را تأیید کرد. در کشورهای مختلف که سیاهه سلامت روان تحت ترجمه و مطالعات اعتبار یابی قرار گرفته است، نتایج سطح بالایی از سازگاری درونی و همین مؤلفه‌ها را نشان داده‌اند (۱۶).

بنابراین با توجه اهمیت و ضرورت نیاز به یک ابزار ارزیابی دقیق به‌روز و معتبر در زمینه غربالگری کارکنان نظامی به لحاظ سلامت روان به خصوص در دو حوزه ارزیابی پریشانی روان‌شناختی و ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی، این مطالعه با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (Psychometric) نسخه ایرانی سیاهه سلامت روان (MHI-۳۸) در کارکنان نظامی و تدوین مقیاس دروغ‌سنج برای آن انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر در چارچوب طرحی توصیفی و روان‌سنجی مبتنی بر همبستگی بود که در بازه زمانی خردادماه ۱۳۹۸ تا مردادماه ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه کارکنان ارتش جمهوری اسلامی ایران (شامل نیروی زمینی، نیروی هوایی، نیروی دریایی و پدافند ارتش جمهوری اسلامی ایران) در پنج قرارگاه عملیاتی ارتش جمهوری اسلامی ایران بود. حجم نمونه مطالعه حاضر شامل ۳۸۵ نفر از کارکنان نظامی بود که با توجه به جامعه مورد نظر و زمانی که حجم جامعه نامعلوم یا خیلی زیاد باشد برای تعیین حجم نمونه مورد نظر از فرمول زیر استفاده می‌شود (۲۵):

$$n = \frac{z^2 \mathrm{p}(1-\mathrm{p})}{d^2}$$

در این پژوهش مقدار z برابر ۱/۹۶ و مقدار p با توجه به مطالعات قبلی ۰/۵ و مقدار d یا حاشیه خطا نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد، که با توجه به احتمال ریزش حدود ۱۰ درصد به این تعداد اضافه شد و در نتیجه حجم نمونه شامل ۴۲۰ نفر از کارکنان ارتش جمهوری اسلامی ایران از چهار قرارگاه عملیاتی شامل تیپ ۳۵ نیرو مخصوص نیروی زمینی مستقر در شهر کرمانشاه، نیروی پدافند هوایی در شهر کرمانشاه، نیروی هوایی پایگاه سوم شکاری نوژه در شهر همدان و نیروی دریایی پادگان کوهک در شهر تهران انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری پژوهش از نوع نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود. در این روش نمونه‌گیری، یک نمونه تصادفی از گروه‌ها یا خوشه‌هایی از افراد و نه واحدهای منفرد گرفته می‌شود. در این روش ابتدا فهرستی از مراکز نظامی تهیه شد و به روش تصادفی از بین آن‌ها نمونه مورد نظر انتخاب شد. سپس افرادی را که در هر یک از این خوشه‌ها قرار داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل: ۱) کسب رضایت آگاهانه جهت ورود به پژوهش، ۲) نظامی پایور و وظیفه شاغل در یکی از نیروهای چهارگانه ارتش: پدافند، هوایی، زمینی و دریایی ارتش جمهوری اسلامی ایران، ۳) تمایل جهت شرکت در پژوهش، ۴) برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، و ملاک‌های خروج نیز شامل: ۱) سابقه بیماری‌های روانی و ناتوانی‌های جسمانی شدید، ۲) تکمیل ناقص پرسشنامه، ۳) انصراف از ادامه پاسخ‌گویی بود. در مرحله بعد شیوه

اجرا بدین صورت بود که ابتدا در گام اول هماهنگی‌های لازم با مسئولین ذی‌ربط در جهت فراهم‌سازی اجرای مقدمات پژوهش صورت گرفت که پس از دسته‌بندی مراکز، ۴ مرکز نظامی انتخاب شدند و نامه‌نگاری‌های لازم برای مراجعه به این مراکز صورت گرفت. در گام بعد محقق با مراجعه به مراکز مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین هر یک از این مجموعه‌ها، اقدام به توزیع و پخش پرسشنامه‌ها در میان کارکنان نمود. در ادامه جهت همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها توضیحاتی در راستای اهداف و اهمیت پژوهش به کارکنان داده شد و پس از رضایت آگاهانه و علاقه‌مندی به مشارکت در پژوهش پرسشنامه‌ها در میان کارکنان توزیع و از آن‌ها خواسته شد که با صرف وقت و دقت کافی پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند و در نهایت پس از قدردانی از همکاری در مطالعه پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید. لازم به ذکر است که برای تکمیل پرسشنامه‌ها هیچ‌گونه محدودیت زمانی مدنظر نبود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها تعدادی از پرسشنامه‌ها که علیرغم تأکید بر دقت و صحت پاسخ‌گویی به نظرم می‌رسید با عجله یا از روی بی‌حوصلگی و یا به صورت ناتمام پر شده بود از مطالعه حذف گردید و در نهایت داده‌ها برای تجزیه و تحلیل آماری آماده شدند.

در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱) سیاهه سلامت روان (Mental Health Inventory-38): سیاهه سلامت روان توسط Veit و Ware در سال ۱۹۸۳ ساخته شد و هدف آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بود. این سیاهه دارای ۳۸ سؤال است که ۱۴ سؤال آن بهزیستی روان‌شناختی و ۲۴ سؤال درماندگی روان‌شناختی را در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (همیشه) تا نمره ۶ (هرگز) می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی ۱۴ و ۲۴ و حداکثر نمره آزمودنی در همین زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۸۴ و ۱۴۲ خواهد بود. همسانی درونی این سیاهه نیز برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۹۲ و درماندگی روان‌شناختی ۰/۹۴ بوده است (۲۰). بشارت (۱۳۸۸) نسخه اصلی این سیاهه را هنجاریابی کرده و به ۲۸ سؤال تقلیل داده است. در مطالعه بشارت ضریب آلفای کرونباخ برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی در نمونه‌های بیمار و بهنجار از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ محاسبه شد. ضریب پایایی بازآزمایی نیز به همین ترتیب از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ به دست آمد. روایی هم‌زمان بر حسب ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های این ابزار با نمره کلی مقیاس سلامت عمومی برای بهزیستی روان‌شناختی به‌طور معکوس و منفی ۰/۸۷- و برای درماندگی روان‌شناختی به‌طورمستقیم و مثبت ۰/۸۸ محاسبه شد. به بیان دیگر با توجه به اینکه نمره بیشتر پرسشنامه سلامت عمومی نشان‌دهنده سلامتی پایین است، شرکت‌کنندگانی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره پایینی داشته باشند از بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردارند و شرکت‌کنندگانی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره بالایی داشته باشند، از درماندگی روان‌شناختی بیشتری برخوردارند (۱۷). در پژوهش شکوهی‌یکتا و همکاران (۱۳۹۷) همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۲ و درماندگی روان‌شناختی ۰/۹۱ به دست آمد (۲۶). همچنین در پژوهش Al Mutair و همکاران (۲۰۱۸) همسانی درونی سیاهه از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۷). در یک مطالعه دیگر نیز Khan و Arif (۲۰۱۹) برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد، که ضریب ۰/۹۴ به‌دست آمد (۲۸).

۲) پرسشنامه سلامت عمومی (General –28-GHQ-28 Health Questionnaire): پرسشنامه سلامت عمومی یک آزمون ۲۸ سؤالی با چهار زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است که توسط Goldberg و Hillier (۱۹۷۹) تدوین شده است. پرسش‌نامه شامل طیف پاسخ‌گویی لیکرتی چهارگزینه‌ای است. به این صورت که حداقل نمره صفر (اصلاً) تا حداکثر نمره ۳ (گزینه خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. پس از امتیازدهی، امتیازات پایین حاکی از سلامتی و امتیازات بالا نشان‌دهنده فقدان سلامتی یا وجود ناراحتی در افراد است. حداکثر نمره آزمودنی با این روش امتیازدهی، برابر با ۸۴ است. Goldberg و Hillier در پژوهش خود روایی این مقیاس را ۰/۹۵ و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ به دست آوردند (۲۹). در پژوهش حسینیان و همکاران (۱۳۹۷) ضریب پایایی بر اساس سه روش بازآزمایی ۰/۹۳، دو نیمه‌سازی ۰/۷۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با نمره کل مطلوب و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بوده است (۳۰). در خارج کشور نیز Kazi و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود برای بررسی پایایی پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۲ به دست آمد (۳۱). در ایران تقوی (۱۳۸۰) در مطالعه خود جهت بررسی اعتبار این پرسش‌نامه از طریق بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ضرایب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به‌دست آمد (۳۲). در این پژوهش برای سنجش روایی همزمان مقیاس سلامت روان از نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است.

۳) سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم (Beck Depression Inventory-II-BDI-II): این سیاهه یک آزمون ۲۱ آیتمی خود گزارشی است و هدف کلی آن، سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا می‌باشد. در سیاهه افسردگی بک، طیف پاسخ‌دهی به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ می‌باشد. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر جمع امتیاز فرد از صفر تا ۶۳ در نوسان می‌باشدکه نمره صفر نشان‌دهنده کمترین میزان افسردگی و نمره ۶۳ نشان‌دهنده بیشترین میزان افسردگی است.

Beck و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته ۰/۹۳ به‌دست آوردند (۳۳). در ایران نیز در پژوهش استفان دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ به دست آمد (۳۴). در این پژوهش برای سنجش روایی سازه از مقیاس افسردگی بک استفاده شده است.

۴) سیاهه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory-BAI): این سیاهه توسط Beck و همکاران (۱۹۸۸) ساخته شده است. این سیاهه یک مقیاس ۲۱ سؤالی است که شرکت‌کننده در هر سؤال یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت اضطراب است، را انتخاب می‌کند. در پرسشنامه اضطراب بک طیف پاسخ‌دهی به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ می‌باشد. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر جمع امتیاز فرد از صفر تا ۶۳ در نوسان می‌باشد که نمره صفر نشان‌دهنده کمترین میزان اضطراب و نمره ۶۳ نشان‌دهنده بیشترین میزان اضطراب است. در پژوهش Beck و همکاران (۱۹۸۸) این سیاهه دارای روایی بالایی بوده، به طوری که ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲ و پایایی آن به روش بازآزمایی با یک هفته فاصله ۰/۷۵ گزارش شده است (۳۵). در ایران نیز در مطالعه کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) روایی ۰/۷۲، پایایی بازآزمایی ۰/۸۳ و همسانی درونی ۰/۹۲ به‌دست آمد (۳۶). همچنین در مطالعه رفیعی و سیفی (۱۳۹۲) پایایی مقیاس ۰/۹۰ به‌دست آمد (۳۷). در این پژوهش برای سنجش روایی سازه از مقیاس اضطراب بک استفاده شده است.

۵) پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته: از این پرسشنامه جهت جمع‌آوری ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش مانند سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، درجه، یگان خدمتی و مدت زمان خدمت استفاده شد.

در این مطالعه، در مرحله نخست پس از تماس با مؤلف اثر و کسب اجازه کپی رایت، نسخه اصلی سیاهه دریافت شد. سپس نسخه انگلیسی به روش جلو رونده و توسط سه تن از متخصصان روان‌شناسی مسلط به زبان انگلیسی انجام شد و ترجمه رو به عقب توسط متخصص انگلیسی زبان و آشنا به زبان فارسی انجام شد. در مرحله‌ی بعد به‌منظور تهیه سؤالات دروغ‌سنج پرسش‌نامه سلامت روانی، ۱۵ سؤال دروغ‌سنج از سؤالات دروغ‌سنج پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپر و اسمیت (SEI)، پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا (MMPI)، پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ) و پرسشنامه آمادگی به اعتیاد زرگر (IAPS) تهیه و در قالب فرمی جهت ارزیابی کارشناسی آماده‌سازی شد. سپس لیست ۱۵ سؤال دروغ‌سنج در اختیار ۲۶ نفر (۱۵ نفر دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی و ۱۱ نفر عضو هیئت علمی) از گروه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران برای یافتن عدم تناسب سؤال‌ها قرار گرفت تا ارزیابی شوند. سپس به آن‌ها توضیح داده شد که از بین لیست ۱۵سؤال دروغ‌سنجی که در اختیار آن‌ها قرار گرفته است ۵ سؤال که مناسب با سیاهه سلامت روان است را انتخاب کنند. بعد از جمع‌آوری لیست سؤال‌ها، ۵ سؤال که توسط کارشناسان بیشتر انتخاب و مورد تأیید بود و در واقع دارای بیشترین فراوانی نسبت به سایر سؤال‌ها بودند به‌عنوان سؤال‌های دروغ‌سنج انتخاب شدند و در نهایت به‌عنوان سؤال‌های دروغ‌سنج به سیاهه سلامت روان اضافه شدند. بدین ترتیب فرم فارسی سیاهه سلامت روان برای اجرا آماده شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فروانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. همچنین برای بررسی روایی صوری سیاهه سلامت روان از روش کیفی، همسانی درونی (Internal Consistency) از ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) و جهت بررسی پایایی بازآزمایی (Test-retest Reliability)، روایی همزمان (Concurrent Validity)، روایی واگرا (Divergent Validity) و روایی همگرا (Convergent Validity) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان اهداف پژوهش توضیح داده شد. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. علاوه بر این ضمن پاسخ به تمام سؤالات شرکت‌کنندگان در مورد پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به‌صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند و در ضمن اجرای این پژوهش هیچ‌گونه هزینه مالی بر شرکت‌کنندگان تحمیل نخواهد کرد. این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران با کد اخلاق به شماره IR.AJAUMS.REC.1398.060 به تصویب رسیده است.

نتایج

مجموع شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ۴۲۰ نفر از کارکنان ارتش جمهوری اسلامی ایران بودند که به تفکیک شامل ۱۴۷ نفر نیروی زمینی، ۱۰۰ نفر نیروی پدافند، ۹۳ نفر نیروی هوایی و ۸۰ نفر نیروی دریایی بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۷/۵۲ سال با انحراف معیار ۷/۱۰ سال در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشتند. همچنین از این تعداد ۲۱۶ نفر متأهل و ۲۰۴ نفر مجرد بودند. از لحاظ تحصیلات ۳۲ نفر زیر دیپلم، ۱۸۵ نفر دیپلم، ۳۷ نفر فوق‌دیپلم، ۱۴۷ نفر لیسانس و ۱۹ نفر فوق‌لیسانس بودند. همچنین از لحاظ وضعیت درجه ۱۷۲ نفر وظیفه، ۲۳ نفر گروهبان، ۸۵ نفر استوار، ۹۶ نفر ستوان، ۲۶ نفر سروان، ۱۳ نفر

جدول-۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب آلفای کرونباخ MHI-38

سؤالات	میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ	سؤالات	میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ
Q1	۳/۵۸	۱/۴۹	۰/۸۱	Q20	۴/۱۰	۱/۶۱	۰/۸۰
Q2	۳/۸۳	۱/۶۷	۰/۸۱	Q21	۴/۴۹	۱/۷۳	۰/۸۰
Q3	۳/۴۷	۱/۴۶	۰/۸۱	Q22	۳/۱۸	۱/۴۹	۰/۸۲
Q4	۳/۳۴	۱/۶۰	۰/۸۲	Q23	۳/۲۰	۱/۶۱	۰/۸۲
Q5	۳/۷۵	۱/۵۰	۰/۸۱	Q24	۳/۴۵	۱/۶۱	۰/۸۱
Q6	۳/۵۰	۱/۵۳	۰/۸۱	Q25	۳/۷۷	۱/۶۴	۰/۸۱
Q7	۳/۳۶	۱/۵۴	۰/۸۱	Q26	۳/۴۸	۱/۴۸	۰/۸۱
Q8	۲/۷۶	۱/۷۵	۰/۸۲	Q27	۳/۷۹	۱/۵۴	۰/۸۰
Q9	۳/۶۶	۱/۳۹	۰/۸۱	Q28	۴/۳۵	۱/۳۰	۰/۸۱
Q10	۳/۳۰	۱/۵۱	۰/۸۱	Q29	۳/۸۱	۱/۵۴	۰/۸۰
Q11	۳/۸۵	۱/۵۱	۰/۸۰	Q30	۳/۷۱	۱/۴۶	۰/۸۰
Q12	۲/۹۹	۱/۵۶	۰/۸۲	Q31	۳/۳۴	۱/۴۸	۰/۸۲
Q13	۳/۷۳	۱/۴۸	۰/۸۱	Q32	۳/۸۲	۱/۴۷	۰/۸۰
Q14	۲/۷۸	۱/۵۴	۰/۸۲	Q33	۳/۸۲	۱/۵۷	۰/۸۱
Q15	۴/۴۱	۱/۵۷	۰/۸۰	Q34	۳/۳۶	۱/۴۷	۰/۸۲
Q16	۳/۹۶	۱/۵۸	۰/۸۰	Q35	۳/۶۲	۱/۳۹	۰/۸۱
Q17	۳/۲۷	۱/۵۱	۰/۸۲	Q36	۳/۷۶	۱/۵۱	۰/۸۱
Q18	۳/۲۹	۱/۵۱	۰/۸۲	Q37	۳/۵۴	۱/۵۲	۰/۸۱
Q19	۳/۷۵	۱/۵۷	۰/۸۱	Q38	۳/۶۱	۱/۶۷	۰/۸۱
				بهزیستی روان‌شناختی (۱۴ سؤال)	۳/۳۷	۱/۱۹	۰/۷۹
				درماندگی روان‌شناختی (۲۴ سؤال)	۳/۷۳	۰/۹۶	۰/۸۰
				نمره کل	۳/۶۰	۱/۰۴	۰/۸۱

سرگرد و ۵ نفر سرهنگ بودند و از لحاظ وضعیت خدمتی ۲۴۸ نفر پایور و ۱۷۲ نفر وظیفه بودند. به‌منظور بررسی پایایی (همسانی درونی) MHI-38 از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. جدول ۱ نتایج مربوط به میانگین، انحراف معیار و آلفای کرونباخ سیاهه سلامت روان را نشان می‌دهد.

جدول ۱ نشان می‌دهد که دامنه ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی (Alpha = ۰/۷۹) و درماندگی روان‌شناختی (Alpha = ۰/۸۰) و همچنین نمره کل (Alpha = ۰/۸۱) در حد مطلوب قرار دارد. بنابراین می‌توان گفت که MHI-38 از اعتبار همسانی درونی برخوردار است.

برای به‌دست آوردن پایایی بازآزمایی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای این که بتوان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده کرد، باید پیش‌فرض‌های آن (متغیرها حداقل فاصله‌ای، توزیع داده‌ها تقریباً نرمال، رابطه بین دو متغیر خطی و یکسانی نمودار پراکندگی نمرات) را رعایت کرد که در پژوهش حاضر تمام این پیش‌فرض‌ها رعایت شد. برای سنجش پایایی بازآزمایی پس از دو هفته سیاهه سلامت روان در اختیار ۶۰ نفر از شرکت‌کنندگان قرار گرفت و ضرایب همبستگی بین دو نوبت اجرا محاسبه شد. جدول ۲ نتایج مربوط به ضریب همبستگی پیرسون پایایی بازآزمایی سیاهه سلامت روان را نشان می‌دهد.

جدول-۲. ضرایب همبستگی پس‌آزمون با پیش‌آزمون زیر مقیاس‌های MHI-38

پرسشنامه سلامت روان (MHI)	میانگین نمرات پیش‌آزمون	میانگین نمرات پس‌آزمون	همبستگی بین پیش و پس‌آزمون
بهزیستی روان‌شناختی	۴۳/۷۵	۴۴/۸۸	**۰/۷۹
درماندگی روان‌شناختی	۹۱/۳۵	۹۱/۸۳	**۰/۷۶
نمره کل پرسشنامه	۱۳۵/۱۰	۱۳۶/۷۲	**۰/۷۵

جدول-۳. همبستگی زیر مقیاس‌های MHI-38 با پرسشنامه نشانه‌های سلامت عمومی ۲۸ سؤالی

متغیرها	پرسشنامه سلامت عمومی	بهزیستی روان‌شناختی	درماندگی روان‌شناختی
پرسشنامه سلامت عمومی	۱		
بهزیستی روان‌شناختی	**۰/۵۵-	۱	
درماندگی روان‌شناختی	**۰/۶۵	**۰/۴۸-	۱

جدول ۲ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های MHI-38 در پیش‌آزمون با پس‌آزمون در سطح $P <$ ۰/۰۱ معنادار است. به عبارت دیگر بالا بودن ضرایب همبستگی نشان‌دهنده تغییرپذیری کم و ثبات در نمرات افراد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است. همچنین ضرایب همبستگی پیش‌آزمون با پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی (r = ۰/۷۹)، درماندگی روان‌شناختی (r = ۰/۷۶) و نمره کل (r = ۰/۷۵) به دست آمده است. بنابراین می‌توان گفت که MHI-38 از اعتبار بازآزمایی مناسبی برخوردار است. برای بررسی روایی هم‌زمان MHI-38، همبستگی MHI-38 با پرسشنامه نشانه‌های سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ_28) سنجیده شد. جدول ۳ ماتریس همبستگی زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت روانی با پرسشنامه نشانه‌های سلامت عمومی ۲۸ سؤالی را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های MHI-38 (بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی) با پرسشنامه نشانه‌های سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در سطح $P <$ ۰/۰۱ معنادار است. همچنین ضرایب همبستگی پرسشنامه نشانه‌های سلامت عمومی ۲۸ سؤالی با بهزیستی روان‌شناختی به طور معکوس و منفی (r = -۰/۵۵) و درماندگی روان‌شناختی به طور مستقیم و مثبت (r = ۰/۶۵) است. به بیان دیگر با توجه به اینکه نمره بیشتر پرسشنامه سلامت عمومی نشان‌دهنده سلامتی پایین است، شرکت‌کنندگانی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره پایینی داشته باشند از بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردارند و شرکت‌کنندگانی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره بالایی داشته باشند، از درماندگی روان‌شناختی بیشتری برخوردارند. بنابراین می‌توان گفت که MHI-38 از روایی هم‌زمان برخوردار است. به منظور بررسی روایی واگرا MHI-38، همبستگی زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی MHI-38 با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک سنجیده شد. جدول ۴ ضریب همبستگی بهزیستی روان‌شناختی با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک را نشان می‌دهد.

جدول- ۴. ضریب همبستگی بهزیستی روان‌شناختی با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک

متغیرها	بهزیستی روان‌شناختی	اضطراب	افسردگی
بهزیستی روان‌شناختی	۱		
اضطراب	-۰/۵۹**	۱	
افسردگی	-۰/۶۴**	۰/۷۰**	۱

جدول-۵. همبستگی درماندگی روان‌شناختی با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک

متغیرها	درماندگی روان‌شناختی	اضطراب	افسردگی
درماندگی روان‌شناختی	۱		
اضطراب	۰/۶۵**	۱	
افسردگی	/۵۱**	۰/۷۰**	۱

جدول-۶. تعیین سطح مؤلفه‌های سیاهه سلامت روان

بهزیستی روان‌شناختی	بهزیستی پایین	۱۴ تا ۲۸
	بهزیستی متوسط	۲۹ تا ۵۶
	بهزیستی بالا	۵۷ تا ۸۴
درماندگی روان‌شناختی	درماندگی پایین	۲۴ تا ۴۸
	درماندگی متوسط	۴۹ تا ۹۶
	درماندگی بالا	۹۷ تا ۱۴۲

جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بهزیستی روان‌شناختی با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک، به طور معکوس و منفی در سطح $P <$ ۰/۰۱ معنادار است. همچنین ضرایب همبستگی بهزیستی روان‌شناختی با سیاهه اضطراب بک (r = -۰/۵۹) و سیاهه افسردگی بک (r = -۰/۶۴) است. به بیان دیگر شرکت‌کنندگانی که اضطراب و افسردگی بالایی دارند، از بهزیستی روان‌شناختی کمتری برخوردارند. بنابراین می‌توان گفت که MHI-38 از روایی سازه واگرا برخوردار است. همچنین برای بررسی روایی همگرا MHI-38، همبستگی زیر مقیاس درماندگی روان‌شناختی MHI-38 با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک سنجیده شد. جدول ۵ ضریب همبستگی درماندگی روان‌شناختی با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی درماندگی روان‌شناختی با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک، به طور مستقیم و مثبت در سطح $P <$ ۰/۰۱ معنادار است. همچنین ضرایب همبستگی درماندگی روان‌شناختی با سیاهه اضطراب بک (r = ۰/۶۵) و سیاهه افسردگی بک (r = ۰/۵۱) است. به بیان دیگر شرکت‌کنندههایی که اضطراب و افسردگی بالایی دارند، از

درماندگی روان‌شناختی بیشتری برخوردارند. بنابراین می‌توان گفت که سیاهه MHI-38 از روایی سازه همگرا برخوردار است. جدول ۶ سطح مؤلفه‌های سیاهه سلامت روان را نشان می‌دهد.

با توجه به جدول ۶ دامنه نمرات مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی ۱۴ تا ۸۴ و دامنه درماندگی روان‌شناختی ۲۴ تا ۱۴۲ می‌باشد. بنابراین نمرات بالاتر در مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی بیانگر حالات مثبت است، در حالی که نمرات بالاتر در درماندگی روان‌شناختی نشان‌دهنده حالات منفی سلامت روان است.

بحث

تقاضا برای ابزارهایی که بتوانند سلامت افراد را ارزیابی کند در سراسر کشورها و زبان‌ها در حال افزایش است. بنابراین بسیار مهم است که خصوصیات روان‌سنجی ابزارها قبل از استفاده در جمعیت‌های متنوع فرهنگی و زبانی مورد بررسی قرار گیرد. از این‌رو مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی سیاهه سلامت روان (MHI-38) در کارکنان نظامی و تدوین مقیاس دروغ‌سنج برای آن انجام شد.

بررسی پایایی سیاهه سلامت روان (MHI) برحسب ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد روان‌سنجی مقیاس سلامت روان مطابقت می‌کند. در پژوهش بشارت (۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ در نمونه‌های بیمار و بهنجار برای زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای مشارکت‌کنندگان بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره مشارکت‌کنندگان بیمار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ گزارش شد (۱۷). در مطالعه شکوهی‌یکتا و همکاران (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه سلامت روان برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۲ و درماندگی روان‌شناختی ۰/۹۱گزارش شد (۲۶). همچنین در پژوهش شکوهی‌یکتا و همکاران (۱۳۹۶) ضرایب همسانی درونی برای هر دو خرده مقیاس‌ها ۰/۹۱ و ضریب پایایی به روش دونیمه کردن برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۸ و برای درماندگی روان‌شناختی ۰/۷۴ محاسبه شد (۳۸). در پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه سلامت روان (MHI) در ورزشکاران نخبه، ضریب پایایی MHI از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد، که نشان‌دهنده همسانی درونی قابل‌قبول است (۳۹). در مطالعه Almutair و همکاران (۲۰۱۸) با عنوان بررسی روان‌سنجی سیاهه سلامت روان در کشور عربستان: یک مطالعه اعتبار سنجی بین فرهنگی، در جامعه پرستاران ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ گزارش شد (۲۷). همچنین نتایج پژوهش Khan و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان ترجمه و اعتبارسنجی سیاهه سلامت روان (MHI-38) در کشور پاکستان نشان داد که ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۶ به‌دست آمد (۵). در پژوهش Marques و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان استفاده از سیاهه سلامت روان ۵ سؤالی در افراد ۱۰ تا ۱۵ ساله پرتغالی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد (۴۰). همچنین در پژوهش Akindele-Oscar و همکاران (۲۰۱۹) پایایی سیاهه سلامت روان از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد (۴۱). Heubeck و Neill (۲۰۰۰) در مطالعه خود با عنوان تحلیل عامل تأییدی و قابل اعتماد بودن MHI نوجوانان استرالیایی، ضریب همسانی درونی پرسشنامه سلامت روان ۰/۹۰ به‌دست آمد، که نشان‌دهنده همسانی مناسب برای پرسشنامه است (۴۲).

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که MHI از پایایی بازآزمایی مطلوبی برخوردار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد روان‌سنجی MHI مطابقت می‌کند. در پژوهش Rivera-Riquelme و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان بررسی خصوصیات روان‌سنجی سیاهه سلامت روان ۵ سؤالی در کودکان و نوجوانان اسپانیایی، ضریب پایایی بازآزمایی یک ساله سیاهه سلامت روان برای نمونه ۱۰۴ کودک ۰/۴۲ به‌دست آمد (۱۸). همچنین در مطالعه Liu و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان بررسی روان‌سنجی سیاهه سلامت روان در بین بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب در چین، پایایی بازآزمایی سیاهه سلامت روان بعد از دو هفته ۰/۷۵ به‌دست آمد (۴۳). در پژوهش بشارت (۱۳۸۸) با عنوان پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی MHI در جمعیت ایرانی، ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از مشارکت‌کنندگان بهنجار (۵۳ = n) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r = ۰/۹۱$ و $r = ۰/۸۸$ و در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش سیاهه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از مشارکت‌کنندگان بیمار ($n = ۴۷$) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r = ۰/۸۹$ و $r = ۰/۸۵$ و در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند، گزارش شد (۱۷). در پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی MHI (۳۸ سؤالی) در ورزشکاران نخبه، پایایی بازآزمایی MHI در نمونه ورزشکاران نخبه در فاصله‌ی سه هفته برابر با ۰/۸۱ به دست آمد که نشان داد MHI از ضرایب پایایی بازآزمایی مناسبی برخوردار است (۳۹).

به‌منظور بررسی روایی همزمان MHI از پرسشنامه نشانه‌های سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ_28) استفاده شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد روایی همزمان MHI مطابقت می‌کند. در مطالعه Liu و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان بررسی روان‌سنجی سیاهه سلامت روان در بین بیماران مبتلابه بیماری کرونر قلب در چین، پایایی همزمان سیاهه سلامت روان قابل قبول بود (۴۳). همچنین در مطالعه میبدی و همکاران (۲۰۱۱)

با عنوان بررسی پایایی و روایی نسخه فارسی ۱۸ سؤالی سیاهه سلامت روان، پایایی همزمان سیاهه سلامت روان از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) محاسبه شد. همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۷۵- به‌دست آمد و دلیل منفی بودن همبستگی این بود که پرسشنامه سلامت روان بهزیستی روان‌شناختی را ارزیابی می‌کند اما پرسشنامه سلامت عمومی پریشانی روان‌شناختی را نشان می‌دهد (۴۴). بشارت (۱۳۸۵) اعتبار همزمان MHI از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) در مورد همه مشارکت‌کنندگان دو گروه بهنجار و بیمار محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی مشارکت‌کنندگان در GHQ-28 با زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی ۰/۸۵- و در سطح $P <$ ۰/۰۰۱ معنادار و با زیر مقیاس درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت ۰/۸۶ در سطح $P <$ ۰/۰۰۱ وجود دارد (۴۵). این نتایج اعتبار همزمان MHI را تأیید می‌کنند.

برای بررسی روایی سازه از نوع روایی واگرا و همگرا MHI، همبستگی زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی MHI با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک سنجیده شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد روایی واگرا و همگرا MHI مطابقت می‌کند. موسوی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود برای محاسبه روایی واگرا و همگرا از مقیاس ملی سلامت روان ایرانی استفاده کردند. روایی واگرای بعد درماندگی روان‌شناختی ۰/۷۶- تا ۰/۷۷- با استفاده از خرده مقیاس‌های مثبت مقیاس ملی سلامت روان ایران تأیید شد. همچنین روایی واگرای ۰/۵۷- تا ۰/۷۷- بعد بهزیستی نیز مورد تأیید قرار گرفت. روایی همگرای ۰/۵۸ تا ۰/۷۸ بعد درماندگی روان‌شناختی با استفاده از خرده مقیاس‌های منفی مقیاس ملی سلامت روان ایران تأیید شد. همچنین روایی همگرا ۰/۸۲ تا ۰/۸۴ بعد بهزیستی نیز مورد تأیید قرار گرفت (۳۹).

بر اساس یافته‌های این پژوهش MHI–38 در بین نظامیان ایرانی دارای خصوصیات معتبری است که اجرای آن بسیار ساده است و می‌تواند برای غربالگری در محیط‌های نظامی به کار بسته شود. مانند هر پژوهش دیگری این مطالعه با محدودیت‌هایی مواجهه بود. مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل محدود بودن نمونه به کارکنان ارتش جمهوری اسلامی ایران و تک جنسیتی بودن افراد نمونه است که اجازه مقایسه بین مردان و زنان را نمی‌دهد، به همین دلیل بایستی در تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر و جنسیت زن جانب احتیاط را رعایت نمود. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر نبود مطالعات داخلی در رابطه با ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه سلامت روان (MHI-38) در سطح نیروهای نظامی بود که دست محقق را در جمع‌آوری منابع تا حدودی بسته بود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم تفکیک رسته‌های نظامی و بررسی هنجاریابی هر رسته اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، MHI-38 در بین کارکنان سایر نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران، هنجاریابی گردد. با توجه به این‌که MHI-38 با استفاده از روش‌های آماری مناسب اعتبار یابی شده است، به نظر می‌رسد که می‌تواند به‌عنوان یک ابزار معتبر در جهت غربال‌گری به‌ویژه در جامعه نظامی و انتظامی مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر بیان‌کننده این است که MHI-38 در میان کارکنان نظامی دارای خصوصیات روان‌سنجی معتبری است و پژوهشگران می‌توانند از آن به‌عنوان ابزاری برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی در نیروهای مسلح استفاده کنند. همچنین کلیه مراکز مشاوره و روان‌شناسی و بیمارستان‌ها و بخش‌های روان‌پزشکی نیروهای مسلح که مشغول فعالیت هستند، می‌توانند از نتایج این پژوهش بهره گیرند. بررسی پایایی و روایی پرسشنامه سلامت روانی (MHI) تلویحات کاربردی مهمی خواهد داشت و می‌تواند برای غربالگری کلیه کارکنان نظامی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی به متخصصان حوزه بهداشت روانی کمک شایانی کند.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی
• ضرورت ارزیابی کارکنان نظامی از نظر میزان سلامت روانی. • ضرورت استفاده از ابزارهای دارای خصوصیات روان‌سنجی معتبر برای تشخیص بیماران اعصاب و روان در نیروهای مسلح. • ضرورت استفاده از ابزارهای معتبر برای هدف‌های پژوهشی در حوزه سلامت روان نیروهای مسلح.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در فرایند اولیه مقاله، بازنگری آن، ارائه ایده و طرح اولیه، جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل و تفسیر داده‌ها سهیم بوده‌اند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی جایگزین خدمت دوره ضرورت با کد رهگیری ۹۱۰۰۰۵۴۳ از دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران و حمایت مالی بنیاد ملی نخبگان نیروهای مسلح و کد اخلاق IR.AJAUMS.REC.1398.060 می‌باشد. بدین وسیله از تمامی کارکنان نظامی شرکت‌کننده در این پژوهش که بی‌دریغ در روند اجرای پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Phusavat K, Comepa N, Sitko-Lutek A, Ooi KB. Interrelationships between intellectual capital and performance. Industrial Management & Data Systems. 2011;111(6):110-29. doi:10.1108/02635571111144928
2. Rasekh SA, Talebi MA, Khezri Z. The Role of Morning Exercise on the Mental Health of the Students and Employees at NAJA (Case study: Shahid Dastghib Naja Training Center, Jahrom, Iran). Journal of Military Medicine. 2019;20(6):666-73. [In Persian]
3. Goodwin L, Wessely S, Hotopf M, Jones M, Greenberg N, Rona RJ, Hull L, Fear NT. Are common mental disorders more prevalent in the UK serving military compared to the general working population?. Psychological medicine. 2015;45(9):1881. doi:10.1017/S0033291714002980
4. Amini A, Shirvani H, Bazgir B. Comparison of Sleep Quality in Active and Non-Active Military Retirement and its Relationship with Mental Health. Journal of Military Medicine. 2020;22(3):252-63. [In Persian] doi:10.30491/JMM.22.3.252
5. Khan MJ, Hanif R, Tariq N. Translation and validation of mental health inventory. Journal of Psychological Research. 2015;30(1):65-79.
6. Tol WA. Stemming the tide: promoting mental health and preventing mental disorders in low-and middle-income countries. Global Mental Health. 2015;2:e11. doi:10.1017/gmh.2015.9
7. Baboli SH. Mental health in military personnel. Journal of Nurse and Physician Within War. 2018;6(20):1-5. [In Persian]
8. Williamson V, Stevelink SA, Greenberg K, Greenberg N. Prevalence of mental health disorders in elderly US military veterans: A meta-analysis and systematic review. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;26(5):534-45. doi:10.1016/j.jagp.2017.11.001
9. Trautmann S, Goodwin L, Höfler M, Jacobi F, Strehle J, Zimmermann P, et al. Prevalence and severity of mental disorders in military personnel: a standardised comparison with civilians. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2017;26(2):199-208. doi:10.1017/S204579601600024X
10. Stevelink SA, Malcolm EM, Mason C, Jenkins S, Sundin J, Fear NT. The prevalence of mental health disorders in (ex-) military personnel with a physical impairment: a systematic review. Occupational and Environmental Medicine. 2015;72(4):243-51. doi:10.1136/oemed-2014-102207
11. Rahnejat AM, Bahamin G, Sajadian R, Donyavi V. Epidemiological Study of Psychological Disorders in One of the Ground units Military forces of Islamic Republic of Iran. Journal of Military Psychology. 2001:2(6):27-36. [In Persian]
12. Rahnejat AM, Dabagi P, Rabiei M, Taghva A, Valipoor H, Donyavi V, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder caused by war in veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2017;9(1):15-23. [In Persian]
13. Paniagua FA, Black SA, Gallaway MS. Psychometrics of behavioral health screening scales in military contexts. Military Psychology. 2016;28(6):448-67. doi:10.1037/mil0000140
14. Lee DJ, Warner CH, Hoge CW. Screening for Mental Health Disorders in the Military. Military and Veteran Mental Health. New York: Springer; 2018.117-27.
15. Boulos D, Garber B. Does screening shorten delays to care for post-deployment mental disorders in military personnel? A longitudinal retrospective cohort study. BMJ Open. 2020;10(8):e037853. doi:10.1136/bmjopen-2020-037853
16. Santos AM, Novo RF. Mental Health Inventory: Sensitivity and Specificity of the Portuguese Version of the MHI-38 and MHI-5. Psychological Reports. 2020;123(4):1452-69. doi:10.1177/0033294119850490
17. Besharat MA. Reliability and Validity of a short form of the Mental Health Inventory in an Iranian population. Journal of Forensic Medicine. 2009;15(2):87-91. [In Persian]
18. Rivera-Riquelme M, Piqueras JA, Cuijpers P. The Revised Mental Health Inventory-5 (MHI-5) as an ultra-brief screening measure of bidimensional mental health in children and adolescents. Psychiatry Research. 2019;274:247-53. doi:10.1016/j.psychres.2019.02.045
19. Hanley AW, Baker AK, Garland EL. Self-interest may not be entirely in the interest of the self: Association between selflessness, dispositional mindfulness and psychological well-being. Personality and Individual Differences. 2017;117:166-71. doi:10.1016/j.paid.2017.05.045
20. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. Journal of consulting and clinical psychology. 1983;51(5):730-42. doi:10.1037/0022-006X.51.5.730
21. Reyes ME, Davis RD. Exploring the relationship between the MHI-38 and the NEO-FFI-3 among Filipinos. Indian Journal of Health and Wellbeing. 2019;10(1-3):14-20.
22. Awan S, Sitwat A. Workplace spirituality, self-esteem, and psychological well-being among mental health professionals. Journal of Psychological Research. 2014:125-49.
23. Ahmadi-ShurkeTucanlou A, Asghari Ebrahimabad MJ. The Role of Hope in Predicting Psychological Well-Being of Soldiers with Self-Control Mediation. Journal of Military Care Sciences. 2019;5(3):201-10. [In Persian].
24. Salvador-Carulla L, Lucas R, AyusoMateos J, Miret M. Use of the terms" Wellbeing" and" Quality of Life" in health sciences: a conceptual framework. European Journal Psychiatry. 2014;28(1):50-65. doi:10.4321/S0213-61632014000100005
25. Heydarali H. Understanding the scientific method in behavioral sciences. Ninth edition. Tehran: Samt, 2017. [In Persian]
26. Shokoohi-Yekta M, Akbari-Zardkhaneh S, Mahmoodi M, Dashti D. Efficacy of anger management training on hostility and well- being of parents. Knowledge & Research in Applied

Psychology, 2018;19(2):44-53. [In Persian]
27. Al Mutair A, Al Mohaini M, Fernandez R, Moxham L, Lapkin S, Ham-Baloyi WT. Psychometric testing of the mental health inventory in an Arabian context: Cross-cultural validation study. Nursing Open. 2018;5(3):376-83. doi:10.1002/nop2.149
28. Khan MJ, Arif A. Role of Social Support as Predictor of Mental Health Among University Students. Journal of Research. 2019;13(1):01-11.
29. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine. 1979;9(1):139-45. doi:10.1017/S0033291700021644
30. Hosseinian M, Noury R, Moghadasin M, Esalatmanesh S. Study of the mediating role of mental health and motives for substance use in the relationship between adjustment to university and cigarette and water-pipe use among the students. Feyz. 2018;22(2):192-205. [In Persian]
31. Kazi A, Haslam C, Duncan M, Clemes S, Twumasi R. Sedentary behaviour and health at work: an investigation of industrial sector, job role, gender and geographical differences. Ergonomics. 2019;62(1):21-30. doi:10.1080/00140139.2018.1489981
32. Taghavi M. Assessment of the Validity and Reliability of the General Health Questionnaire. Journal of Psychology. 2001;5(3):381-98. [In Persian]
33. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 1988;8(1):77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
34. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Magor Depressive Disorder. Journal of Rehabilitation. 2007;8(29):80-6. [In Persian]
35. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988;56(6):893-97. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
36. Hossein Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University of Medical Journal. 2008;66(2):136-40. [In Persian]
37. Rafiei M, Seifi A. An Investigation into the Reliability and Validity of Beck Anxiety Inventory among the University Students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2013;8(27):37-46. [In Persian]
38. Shokoohi-Yekta M, Akbari Zardkhaneh S, Sohrabpour G. Enhancement of hardiness and psychological well-being in a sample of bus drivers: a primary efficacy study. Journal of Psychological Sciences. 2017;16(63):323-7. [In Persian]
39. Mousavi A, VaezMousavi M, Yaghobi H. Psychometric Properties of the Persian Version of Mental Health Inventory (MHI-38) in Elite Athletes. Sport Psychology Studies. 2015;4(11):27-40. [In Persian]
40. Marques SC, Pais-Ribeiro JL, Lopez SJ. Use of the “Mental Health Inventory–5” with Portuguese 10-15 years old. The Spanish Journal of Psychology. 2011;14(1):478-85. doi:10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.43
41. Akindele-Oscar Y, Bello SO, Aborishade R. The Influence of Occupational Stress and Mental Health on Nigerian Police Officers’ Aggression. KIU Journal of Social Sciences. 2019;5(3):165-70.
42. Heubeck BG, Neill JT. Confirmatory factor analysis and reliability of the Mental Health Inventory for Australian adolescents. Psychological Reports. 2000;87(2):431-40. doi:10.2466/pr0.2000.87.2.431
43. Liu M, Chow A, Lau Y, He HG, Wang W. Psychometric testing of the chinese mandarin version of the mental health inventory among chinese patients with coronary heart disease in mainland china. International Journal of Nursing Practice. 2015;21(6):913-22. doi:10.1111/ijn.12301
44. Meybodi FA, Saeedi Z, Behjati Z, Noorbala F, Dastbaravardec A, Enjedany E. Reliability and validity of a Farsi version of 18-item Mental Health Inventory. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011;30:1425-9. [In Persian]
45. Besharat MA. Reliability and validity of the Mental Health Inventory (MHI). Journal of Daneshvar Behavior of Shahed University. 2006;13(16):11-16. [In Persian]