

Analyzing the Latent Patterns of Mental Disorders Distribution Based on the Short Form of the MMPI in Non-Clinical Adult Population of Kermanshah

Hashem Jebraeili^{*1}, Zeynab Jafari², Shyda Feizi²

¹Assistant Professor, Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran

²M.A. of General Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran

Article History	ABSTRACT
<p>Received: 2023/02/25 Revised: 2023/05/22 Accepted: 2023/07/23 Available online: 2023/07/23</p> <p>Article Type: Research Article</p> <p>Keywords: Mental disorders, MMPI, Latent profile analysis.</p> <p>Corresponding Author*: Hashem Jebraeili, Ph.D Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran. this article should be addressed to dr. Jebraeili Department of Psychology, Faculty of Social and Educational Sciences, Razi University, Kermanshah, No. 1, Shahid Beheshti Ave. Kermanshah Postal code: 67146-73175</p> <p>ORCID: 0000-0002-4007-5096 E-mail: h.jebraeili@yahoo.com</p> <p>Dor: http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1401.17.1.5.0</p>	<p>The present study was conducted to analyze the latent profile of patterns of distribution of mental disorders based on the short form of the Minnesota Multidimensional Personality Questionnaire (MMPI). In a cross-sectional study, 380 people from non-clinical adult population of Kermanshah were selected by convenience sampling method and evaluated using the short form of MMPI. Data were analyzed based on latent profile analysis, Pearson correlation, Chi-square, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and one-way analysis of variance tests using SPSS and Mplus software. Latent profile analysis showed that a model with three profiles has the best fit with the data. From these three profiles, the first profile belonged to those who had good mental health. The second profile belonged to those who were in average mental health and the third profile belonged to those who suffered from mental disorders. Belonging to the first profile was associated with higher age compared to the second profile ($F=3.14$, $P<0.05$) and higher education compared to the third profile ($K.W.=9.06$, $P<0.05$). The results of the present study showed that by using the latent profile analysis method, it is easy to identify patterns of mental disorders in any society and this method can be effective in providing appropriate intervention for each group of people.</p>

Citation: Jebraeili, H., Jafari, Z., Feizi, S. (1401/2022). Analyzing the Latent Patterns of Mental Disorders Distribution Based on the Short Form of the MMPI in Non-Clinical Adult Population of Kermanshah, 17 (1). 57-67.

Dor: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1401.17.1.5.0>

تحلیل الگوهای نهفته‌ی توزیع اختلالات روانی بر اساس فرم کوتاه پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا در جمعیت غیربالینی کرمانشاه

هاشم جبرائیلی*^۱، زینب جعفری^۲، شیدا فیضی^۲

^۱استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران
^۲کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

اطلاعات مقاله

چکیده

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

اصلاح نهایی: ۱۴۰۲/۰۳/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها: اختلال روانی، پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا، تحلیل نیم‌رخ نهفته

نویسنده‌ی مسئول*:

هاشم جبرائیلی درجه دکتری روان‌شناسی سلامت استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه رازی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، خیابان شهید بهشتی، کوی دانشمند، پلاک ۱

کد پستی: ۶۷۱۴۶-۷۳۱۷۵

ارکید: ۵۰۹۶-۴۰۰۷-۰۰۲-۰۰۰-۰۰۰

پست الکترونیکی:

h.jebraeili@yahoo.com

پژوهش حاضر با هدف تحلیل نیم‌رخ نهفته‌ی الگوهای توزیع اختلال روانی افراد بر اساس فرم کوتاه پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا انجام شد. در یک پژوهش مقطعی از بین جمعیت بزرگسال غیربالینی شهر کرمانشاه ۳۸۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها بر مبنای تحلیل نیم‌رخ نهفته، آزمون‌های همبستگی پیرسون، خی دو، یومان ویتنی، کروسکال والیس و تحلیل واریانس یک‌راهه و با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و Mplus مورد تحلیل قرار گرفت. تحلیل نیم‌رخ نهفته نشان داد که مدلی با سه نیم‌رخ بهترین برازش را با داده‌ها دارد. از این سه نیم‌رخ استخراج شده، نیم‌رخ اول به کسانی تعلق داشت که از سلامت روان مطلوب برخوردار بودند. نیم‌رخ دوم به کسانی تعلق داشت که از لحاظ سلامت روان در وضعیت متوسط قرار داشتند و نیم‌رخ سوم به کسانی تعلق داشت که از اختلال‌های روانی رنج می‌بردند. تعلق به نیم‌رخ اول در مقایسه با نیم‌رخ دوم با سن بالاتر ($F=3/14, P<0/05$) و نسبت به گروه سوم با تحصیلات بیشتر ($K.W.=9/06, P<0/05$) همراه بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با استفاده از روش تحلیل نیم‌رخ نهفته به راحتی می‌توان الگوهای اختلال‌های روانی را در هر جامعه شناسایی کرد و این روش می‌تواند در فراهم کردن مداخله‌ی مناسب برای هر گروه از افراد مؤثر باشد.

مقدمه

اختلالات روانی بخش عظیمی از افراد هر جامعه را متأثر می‌سازند. نتایج مرور منظم و فراتحلیل مطالعات انجام‌شده روی ۱۵۵ نمونه از جمعیت عمومی در ۵۹ کشور نشان داده است که نزدیک به یک‌پنجم افراد در یک دوره‌ی زمانی ۱۲ ماهه یکی از اختلالات روانی شایع را تجربه می‌کنند. شیوع طول عمر اختلال‌های روانی بر اساس ۸۵ مطالعه‌ای که در ۳۹ کشور انجام‌شده است حدود ۲۹ درصد برآورد شده است (استیل، مارنان، ایرانپور، چی، جکسون، پاتل و سیلوو، ۲۰۱۴). با وجود شیوع گسترده اختلال‌های روانی میزان آن در جوامع مختلف متفاوت است. برای مثال، در کشورهای شمال و جنوب شرق آسیا شیوع یک سال و طول عمر اختلال‌های روانی از سایر مناطق کمتر است. میزان شیوع یک سال اختلال‌های روانی در کشورهای حوزه‌ی صحرای بزرگ آفریقا نیز پایین است، در حالی که میزان شیوع طول عمر اختلال‌های روانی در کشورهای انگلیسی زبان بالا است (استیل و همکاران، ۲۰۱۴). میزان شیوع اختلال‌های روانی در داخل یک جامعه نیز متفاوت است (حبیبی، دهقانی، جبرائیلی و جواهرپور، ۲۰۱۷). برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده است که زنان و مردان در یک جامعه میزان متفاوتی از اختلال‌های روانی را گزارش می‌کنند (استیل و همکاران، ۲۰۱۴؛ حبیبی و همکاران، ۲۰۱۷ الف). در حالی که زنان در ۱۲ ماه گذشته میزان بالاتری از اختلال‌های خلقی و اضطرابی را گزارش می‌دهند، مردان بیشتر دچار اختلال‌های سوءمصرف مواد هستند (استیل و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این، تفاوت‌هایی هم در میزان شیوع اختلال‌های روانی بر اساس سن و میزان تحصیلات گزارش شده است (حبیبی، دهقانی، جبرائیلی و بهرامی منجم، ۲۰۱۷). بنابراین، در یک جامعه نه تنها شیوع اختلال‌های روانی با توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متغیر است، بلکه خرده گروه‌های مختلف هم ممکن است الگوهای متفاوتی از اختلالات روانی نشان دهند که شناسایی این الگوها به ارائه خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناختی بهتر به گروه‌های هدف کمک خواهد کرد.

یکی از ابزارهایی که برای بررسی شیوع اختلال‌های روانی استفاده می‌شود پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا^۲ است که در دهه‌های گذشته نه تنها کاربرد بالینی گسترده‌ای داشته است، بلکه توجه عظیم پژوهشی را نیز به خود معطوف کرده است (سلبوم^۳، ۲۰۱۹؛ واندر هیجدن، ایقر و درکسن^۴، ۲۰۰۸). تاریخچه‌ی ساخت پرسشنامه

شخصیت مینه سوتا را می‌توان تا دهه‌ی ۱۹۳۰ پیگیری کرد. زمانی که هاتاوی و مک کینلی^۵ (۱۹۴۰) یک پرسشنامه خود گزارشی به منظور کمک به تشخیص افتراقی ساختند. این محصول به شدت در ادبیات آسیب‌شناسی روانی زمان خود ریشه داشت و ساخت مقیاس کاملاً تجربی بود. عقیده‌ی زیربنایی این بود که یک رویکرد تجربی که به محتوای واقعی ماده‌ها توجه ندارد مقیاس‌هایی را تولید می‌کند که کمتر در معرض تحریف پاسخ هستند و بهتر از قضاوت بالینی بین گروه‌های سالم و بیمار تمایز ایجاد می‌کنند. به‌ویژه، هاتاوی و مک کینلی هشت اختلال روانی شایع را شناسایی کردند و به منظور انتخاب ماده‌هایی که یک گروه تشخیصی خاص را از گروه مقایسه سالم تمیز می‌داد از روش کلیدیابی تجربی^۶ استفاده کردند. ماده‌هایی که از لحاظ آماری یک گروه اختلالی خاص را از گروه‌های کنترل تمیز می‌دادند در مقیاسی قرار می‌گرفتند که نشان‌دهنده‌ی تشخیص هدف بود. این روند به ساخت هشت مقیاس بالینی اولیه پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا منجر شد (سلبوم، ۲۰۱۹).

تا اواسط دهه‌ی ۱۹۴۰ مشخص شد که مقیاس‌های بالینی پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا آن‌چنان که قرار بود عمل نمی‌کنند. مفهوم برافراستگی^۷ در یک مقیاس که منعکس‌کننده‌ی تشخیص^۸ خاص بود برآورده نشد، به گونه‌ای که غالباً مراجعان دچار آسیب‌شناسی روانی روی چندین مقیاس دارای نمرات برافراشته بودند. اگرچه یکی از دلایل برافراستگی‌های چندگانه می‌تواند همبودی^۹ اختلالات روانی باشد، اما کاملاً روشن بود که تعداد خیلی زیاد از برافراستگی‌ها می‌تواند به تشخیص‌های اشتباه مثبت^{۱۰} منجر شود. پژوهشگران به جای کنار گذاشتن ابزار، امتحان کردن پیکربندی‌های مختلف نیم‌رخ (ترکیبی از مقیاس‌های برافراشته) را شروع کردند، چیزی که در نهایت به‌عنوان انواع کد^{۱۱} نام‌گذاری شد. پژوهشگران و متخصصان بالینی دعوت شدند تا جایی که امکان داشت اطلاعات تجربی بیشتری را درباره انواع کدها ایجاد کنند تا تفسیر نیم‌رخ‌ها را آسان‌تر کنند، کاری که باعث شد پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا به آزمونی که بیش از هر آزمون دیگری مورد پژوهش قرار گرفته و یکی پر استفاده‌ترین آزمون‌ها در کار بالینی بدل شود (لوبین، لارسن و ماتارازو^{۱۲}، ۱۹۸۴). اما با گذشت زمان پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که، با توجه به طولانی بودن پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا، این

8. diagnosis

9. comorbidity

10. false-positive diagnoses

11. code types

12. Lubin, Larsen, & Matarazzo

1. Steel, Marnane, Iranpour, Chey, Jackson, Patel & Silove

2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

3. Sellbom

4. van der Heijden, Egger, & Derksen

5. Hathaway & McKinley

6. Empirical keying method

7. elevation

را دارند که در حالی که تحلیل طبقه‌ی نهفته برای تعریف گروه‌ها از متغیرهای گسسته^{۱۳} استفاده می‌کند، در تحلیل نیمرخ نهفته متغیرهای مشاهده‌شده^{۱۴} پیوسته هستند (فرگوسن، مور و هال^{۱۵}، ۲۰۱۹). تحلیل نیمرخ نهفته با به‌کارگیری متغیرها مشاهده‌شده پیوسته از الگوهای ارتباط در رفتار افراد استفاده می‌کند تا احتمالاتی را درباره رفتارها در گروه‌ها مطرح کند (گران و همکاران، ۲۰۱۹). این رویکرد بر اساس سه فرض استوار است: نخست، درون یک اثر یا پدیده تفاوت‌های فردی وجود دارند که مهم هستند. دوم، این تفاوت‌ها به شیوه‌ای منطقی رخ می‌دهند و از طریق الگوها^{۱۶} قابل بررسی هستند. سوم، تعداد کمی از الگوها (نیمرخ‌ها) معنی‌دار هستند و در میان افراد رخ می‌دهند (استربا^{۱۷}، ۲۰۱۳). تحلیل نیمرخ نهفته یک تکنیک مدل محور است و برای کمک به انتخاب مدل مطلوب از بین مدل‌های دیگر شاخص‌های آماری مختلفی را در اختیار قرار می‌دهد (دالجیت و همکاران، ۲۰۱۷). در این روش استنباط با بیشینه‌ی احتمال^{۱۸} می‌تواند به کار گرفته شود تا افراد را بر مبنای رفتارها یا دیگر ویژگی‌هایشان در دسته‌های جداگانه قرار داد (گران و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این، ارزش‌هایی که به افراد اختصاص دارد منعکس کننده‌ی احتمال عضویت آن‌ها در هر گروه از نیمرخ‌ها است و هنگامی که هدف مقایسه‌ی گروه‌ها باشد می‌توان از این ارزش‌ها در تحلیل‌های بعدی استفاده کرد (میر و مورین^{۱۹}، ۲۰۱۶). بنابراین، همان‌طور که پژوهش جاری قصد دارد، می‌توان از روش تحلیل نیمرخ نهفته استفاده کرد تا الگوهای از اختلال‌هایی روانی را بر اساس همبودی این اختلال‌ها در گروه‌هایی از افراد شناسایی کرد و به مقایسه‌ی این الگوها بر اساس متغیرها مختلف از جمله متغیرهای جمعیت‌شناختی پرداخت.

روش

طرح پژوهشی

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی تحلیلی-مقطعی است. با توجه به این که تحلیل نیمرخ نهفته به طرح‌های آمیخته تعلق دارد ولی در ادامه از نمرات استخراج‌شده از این روش به صورت کمی استفاده شد، می‌توان گفت که پژوهش حاضر یک طرح آمیخته-کمی محسوب می‌شود.

ابزار غیر کاربردی است و عدم ارتباط رویکرد نوع کد^۱ با پیشرفت‌های نظری به‌طور روزافزونی باعث ناخوشنودی از این رویکرد و روی آوردن به رویکردهای جایگزین شد (بن پوراس^۲، ۲۰۱۲).

با این وجود، توسعه‌ی روش‌های آماری جدید در سال‌های اخیر از جمله تحلیل نیمرخ نهفته و به‌ویژه در دسترس بودن نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا که امکان اجرای آسان ابزار روی جمعیت گسترده از افراد را ممکن می‌سازد، می‌تواند این امکان را فراهم سازد که الگوی آسیب‌شناسی روانی گروه‌هایی از افراد به صورت یک‌جا مورد بررسی قرار گیرد. تحلیل نیمرخ نهفته^۳ که یک راهبرد پژوهشی شخص محور^۴ است بر این فرض استوار است که در جمعیت خاصی از افراد و نمونه‌هایی که از آن جمعیت استخراج می‌شوند ممکن است چندین خرده گروه با آرایش متفاوتی از متغیرها (برای مثال، اختلالات روانی) وجود داشته باشد (دالجیت، برمنر، گیامارکو، میر و پانومن^۵، ۲۰۱۷). برای انجام تحلیل‌های شخص محور روش‌های مختلفی وجود دارد که متداول‌ترین آن‌ها تحلیل خوشه‌ای^۶، تحلیل طبقه نهفته^۷ و تحلیل نیمرخ نهفته^۸ است. در حالی که تحلیل خوشه‌ای رویکرد مفیدی در تعیین گروه‌هایی از افراد بر مبنای شباهت‌های آن‌ها در تعداد زیادی از عامل‌ها است (جیمز، گرین، سوبرامانیان و رازاک^۹، ۲۰۱۸)، این تفاوت را با دو روش دیگر دارد که صرفاً بر دیدگاهی توصیفی در مورد تعلق فرد به گروه استوار است و فاقد شاخص‌های برآزش است و تعداد خوشه‌ها از قبل به صورت ذهنی توسط پژوهشگر تعریف شده است. در مقابل، تحلیل طبقه نهفته و تحلیل نیمرخ نهفته از یک مدل احتمالاتی برای خوشه‌بندی استفاده می‌کنند که خود را به فرضیات نظری‌تر درباره‌ی ماهیت خوشه‌بندی مقید می‌سازد و به جای تصمیم‌گیری پژوهشگر، بر مبنای اطلاعات گردآوری‌شده از شرکت‌کنندگان نیمرخ‌های مجزایی از افراد ترسیم می‌کند. هم‌چنین، این روش‌ها معیارهای دقیق‌تری برای شناسایی تعداد طبقات نهفته دارند و هر فرد را با احتمال معینی به یک طبقه نهفته انتساب می‌کنند و به خاطر مبتنی بودن بر مدل امکان تخمین خطا را فراهم می‌کنند (گران، بسنل، گیانو، ویلیامز و مارتینز^{۱۰}، ۲۰۱۹؛ دالجیت و همکاران، ۲۰۱۷؛ دان و وانگ^{۱۱}، ۲۰۱۸).

اگرچه دو روش اخیر برای تحلیل داده‌ها از روند مشابهی استفاده می‌کنند و تحت یک عنوان کلی‌تر مدل‌های آمیخته^{۱۲} شناخته می‌شوند، اما این تفاوت

11. Duan & Wang

12. Mixture Models

13. discrete

14. observed variables

15. Ferguson, G. Moore, & Hull

16. patterns

17. Sterba

18. maximum probability

19. Meyer & Morin

1. code-type approach

2. Ben-Porath

3. Latent Profile Analysis (LPA)

4. person-centered

5. Daljeet, Bremner, Giammarco, Meyer, & Paunonen

6. cluster analysis

7. Latent class Analysis (LCA)

8. Latent Profile Analysis (LPA)

9. Daljeet, Bremner, Giammarco, Meyer, & Paunonen

10. Grant, Becnel, Giano, Williams, & Martinez

شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی آماری پژوهش شامل جمعیت بزرگ‌سال غیربالیینی شهر کرمانشاه در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹ بود؛ یعنی افراد بزرگ‌سالی که در طول این مدت به دلیل مشکلات روانی در مراکز مراقبت از سلامت روان تحت درمان نبودند و در جامعه زندگی می‌کردند. از بین این جامعه با توجه به فرمول کوکران با سطح خطای ۵ درصد برای جامعه‌ی نامحدود (جامعه‌ی بزرگ)، روش‌های آماری لازم برای تحلیل داده‌ها و نیز در نظر گرفتن احتمال افت شرکت‌کنندگان به دلیل مخدوش بودن پرسشنامه‌ها، نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ نفر انتخاب شد، اما در نهایت پرسشنامه‌ی ۳۸۰ نفر قابل استفاده بود و همین تعداد در تحلیل نهایی به کار گرفته شد. در پژوهش حاضر، از روش نمونه‌گیری در دسترس برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد و پرسشنامه‌ها تنها در اختیار کسانی قرار می‌گرفت که در مکان‌های گردآوری داده (پارک‌ها و مراکز تفریحی) حضور داشتند و حاضر به شرکت در پژوهش بودند. اطلاعات جمعیت‌شناختی بیانگر آن بود که از ۳۸۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ۲۰۲ نفر (۵۳/۲ درصد) مرد و ۱۷۷ نفر (۴۶/۶ درصد) زن، ۲۳۲ نفر (۶۱/۱ درصد) مجرد و ۱۴۷ نفر (۳۸/۷ درصد) متأهل بودند. ۱۷ نفر (۴/۵ درصد) تحصیلات راهنمایی، ۱۴۹ نفر (۳۹/۲ درصد) دیپلم، ۳۵ نفر (۹/۲ درصد) فوق‌دیپلم، ۱۲۷ نفر (۳۳/۴ درصد) لیسانس و ۴۶ نفر (۱۲/۱ درصد) تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر داشتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۰/۶۸ با انحراف استاندارد ۹/۷۶ بود.

ابزارهای سنجش

فرم کوتاه پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا^۱:

به علت زیاد بودن تعداد سؤالات پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا و نیاز به صرف زمان زیاد برای پاسخ‌گویی به آن‌ها و نیز هم‌پوشانی تعداد زیادی از سؤالات در مقیاس‌های مختلف، فرم کوتاه ۷۱ سؤالی پرسشنامه در کشور ساخته شد. به دلیل وجود تفاوت‌های فرهنگی، ماده‌های پرسشنامه پس از ترجمه، بازنویسی شده و با فرهنگ کشور منطبق شد. هنگام هنجار کردن این پرسشنامه با توجه به این که سؤالات مقیاس‌های «زنانگی - مردانگی» و «درون‌گرایی - برون‌گرایی اجتماعی» توهین‌آمیز تلقی شد، این دو مقیاس از فرم ایرانی حذف شدند. بنابراین، فرم کوتاه ایرانی پرسشنامه شامل ۸ مقیاس بالینی افسردگی (D) (برای مثال، «برایم مشکل است که حواسم را روی کار متمرکز کنم»، «خواهم آشفته و

ناراحت است.»)، اسکیزوفرنی (SC) (برای مثال، «گاهی فکرهای بدی می‌کنم که نمی‌شود درباره آن صحبت کرد.»، «من تجربه‌های مخصوص و عجیبی داشته‌ام.»)، مانیا (Ma) (برای مثال، «بعضی اوقات افکارم سریع‌تر از آن بوده که بتوانم به زبان بیاورم.»، «بعضی وقت‌ها آن قدر بی‌قرار بوده‌ام که نمی‌توانستم یک‌جا بند شوم.»)، خستگی روانی (Pt) (برای مثال، «خیلی وقت‌ها احساس می‌کنم که مرتکب کار زشت یا خطایی شده‌ام.»، «من حساس‌تر از دیگران هستم.»)، خودبیمارانگاری (Hy) (برای مثال، «هر چند وقت یک‌بار تهوع و استفراغ ناراحت‌م می‌کند.»، «اغلب سرتاپا احساس ضعف می‌کنم.»)، پارانوئیا (Pa) (برای مثال، «احساس می‌کنم که غالباً بی‌دلیل مجازات شده‌ام.»، «معتقدم بر ضد من توطئه‌چینی می‌شود.»)، هیستری (HS) (برای مثال، «معددهام خیلی ناراحت‌م می‌کند.»، «خیلی زیاد دچار بی‌بوست می‌شوم.») و انحراف روانی - اجتماعی (Pd) (برای مثال، «رفقایم غالباً مورد پسند پدر و مادرم نبوده‌اند.»، «در خوش‌گذرانی افراط می‌کنم.») و ۳ مقیاس روانی (دروغ‌گویی (L) (برای مثال، «بعضی وقت‌ها خشمگین می‌شوم.»، «بین کسانی که می‌شناسم، بعضی‌ها را دوست ندارم.»)، نابسامدی (F) (برای مثال، «هر چند شب یک‌بار دچار کابوس می‌شوم.»، «برای هیچ‌کس چندان مهم نیست چه بر سرم می‌آید.») و اصلاح (K) (برای مثال، «گاهی دلم می‌خواهد فحش بدهم.»، «هیچ‌وقت حالم بهتر از حالا نبوده است.») است که همانند فرم بلند برای سنجش افراد بالای ۱۶ سال که حداقل دارای ۸ کلاس سواد باشند قابل اجرا است. روانی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف روی جمعیت‌های مختلف از جمله افراد معتاد (اخوت، ۱۳۵۲)، بیماران اسکیزوفرنی (اخوت، ۱۳۵۳، خاچونی، ۱۳۵۷)، نوجوانان بزهکار (راجی کاشانی، ۱۳۵۵)، دانشجویان (ناظمیان، ۱۳۵۷) و دانش‌آموزان (توکلی مقدم، ۱۳۵۹) مورد تأیید قرار گرفته است (به نقل از دهقانی، آشوری، حبیبی عسکرآبادی، خطیبی، ۲۰۱۰).

کدهای اخلاقی

در پژوهش حاضر جهت رعایت اصول اخلاقی پرسشنامه‌ها تنها در اختیار کسانی قرار می‌گرفت که برای شرکت در پژوهش رضایت داشتند و مایل به تکمیل کردن آن‌ها بودند و هیچ اجباری برای تکمیل پرسشنامه‌ها وجود نداشت.

^۱. Short form of Minnesota Multiphasic Personality Inventory

روند اجرای پژوهش

در روند اجرا، پژوهشگران با حضور در پارک‌ها و مراکز تفریحی شهر کرمانشاه و با توضیح هدف کلی پژوهش و این که اجباری برای شرکت در پژوهش وجود ندارد، پرسشنامه‌ها را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده و اطلاعات را گردآوری کردند. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون، خی دو، کروسکال والیس^۱، یومان ویتنی^۲ تحلیل واریانس یک‌راهه و تحلیل نیمرخ نهفته به وسیله‌ی نسخه‌ی ۲۶ نرم‌افزار SPSS و نسخه‌ی ۷ نرم‌افزار Mplus مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

برای شناسایی گروه‌هایی از افراد که دارای الگوی مشابهی از اختلالات روانی بودند از تحلیل نیمرخ نهفته با استفاده از روش بیشینه‌ی درست‌نمایی نیرومند^۳ استفاده شد. جهت به دست آوردن بهترین مدل ممکن، مدل‌هایی با تعداد متفاوتی از نیمرخ‌ها مورد آزمون قرار گرفت (جدول ۱).

جدول ۱- خلاصه شاخص‌های انتخاب مدل تحلیل نیمرخ نهفته

مدل ۴	مدل ۳	مدل ۲	مدل ۱	ملاک پذیرش	شاخص
۱۷۴۳۹/۴۴	۱۷۶۶۹/۶۸	۱۸۰۲۱/۸۲	۱۹۰۶۳/۹۱	ارزش پایین‌تر	ملاک اطلاعات آکایک ^۴ (AIC)
۱۷۶۶۷/۹۷	۱۷۸۵۰/۹۳	۱۸۱۵۵/۷۹	۱۹۱۵۰/۶۰	ارزش پایین‌تر	ملاک اطلاعات بیزی ^۵ (BIC)
۱۷۴۸۳/۹۴	۱۷۷۰۴/۹۸	۱۸۰۴۷/۹۱	۱۹۰۸۰/۸۰	ارزش پایین‌تر	ملاک اطلاعات بیزی با تعدیل حجم نمونه ^۶ (SABIC)
۰/۸۸	۰/۸۸	۰/۹۰	-	نزدیک‌تر بودن به ۱	آنترپی ^۷
۲۵۰/۷۳	۳۷۰/۹۳	۱۰۵۱/۳۵	-	معنادار بودن	آزمون نسبت درست‌نمایی لو- مندل- رابین تعدیل شده ^۸ (LMR)
(P>۰/۰۵)	(P<۰/۰۱)	(P<۰/۰۱)	-	معنادار بودن	آزمون نسبت درست‌نمایی بوت استرپ ^۹ (BLRT)
۲۵۴/۲۵	۳۷۶/۱۴	۱۰۶۶/۱۰	-	حد اقل ۵ درصد	اندازه‌ی کوچک‌ترین نیمرخ
(P<۰/۰۱)	(P<۰/۰۱)	(P<۰/۰۱)	-		
۰/۱۸	۰/۲۲	۰/۴۱	-		

در شکل ۱ نشان می‌دهد که نیمرخ اول به گروهی از افراد تعلق دارد که در مقیاس‌های وانمود خوب (K و L) نمرات بالا و در تمام مقیاس‌های بالینی نمره‌ی پایینی گرفته‌اند، نیمرخ دوم به گروهی از افراد تعلق دارد که در تمام مقیاس‌ها (چه مقیاس‌های روایی و چه مقیاس‌های بالینی) نمرات پایینی گرفته‌اند و نیمرخ سوم به گروهی از افراد تعلق دارد که در مقیاس روایی وانمود بد (مقیاس F) و تمام مقیاس‌های بالینی نمره بالا گرفتند. اطلاعات توصیفی مربوط به قرار گرفتن در گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به شاخص‌های مختلف (جدول ۱)، از جمله آزمون نسبت درست‌نمایی لو- مندل- رابین تعدیل شده^{۱۰} که برای مدل‌هایی با بیش از سه نیمرخ معنادار نبود و نشان می‌داد که بعد از مدل سوم هر مدلی نسبت به مدل قبل از خود بهتر نیست، راه‌حلی با سه نیمرخ به‌عنوان بهترین راه‌حل انتخاب شد. جهت روشن‌تر شدن ارتباط بین نیمرخ‌های استخراج شده و نمرات خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا ضریب همبستگی این متغیرها محاسبه شد (شکل ۱).

نمایش دیداری همبستگی بین احتمال قرار گرفتن در هر نیمرخ با نمرات خرده مقیاس‌های پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا

6. ample-size adjusted BIC

7. Entropy

8. adjusted Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test

9. bootstrap likelihood ratio test

10. adjusted Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test

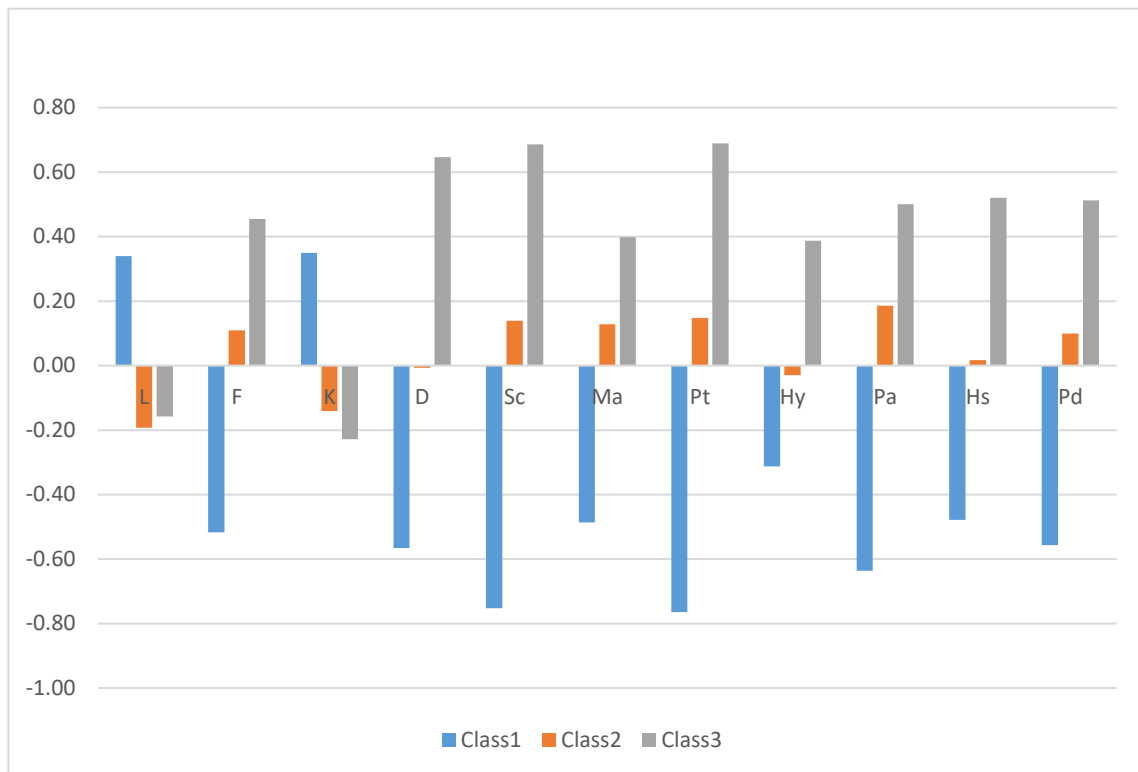
1. Kruskal-Wallis

2. Mann-Whitney U

3. robust maximum likelihood

4. Akaike's information criterion

5. Bayesian information criterion



شکل ۱- نمایش دیداری ضرایب همبستگی بین احتمال تعلق به هر گروه با نمرات مقیاس‌های مختلف MMPI

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات استاندارد گروه‌ها در مقیاس‌های MMPI

مقیاس‌ها	گروه اول		گروه دوم		گروه سوم		کل	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
دروغ‌گویی	۸/۴۰	۴۸/۲۴	۹/۴۹	۴۶/۹۲	۱۰/۱۱	۵۰	۵۴/۸۵	۱۰
نابسامدی	۶/۶۷	۵۱/۰۳	۸/۴۳	۵۸/۰۲	۹/۸۷	۵۰	۴۲/۶۷	۱۰
اصلاح	۹/۱۲	۴۸/۷۱	۹/۷۷	۴۵/۸۷	۸/۹۷	۵۰	۵۴/۹۲	۱۰
افسردگی	۶/۱۷	۴۹/۸۶	۷/۸۴	۶۱/۴۹	۶/۶۶	۵۰	۴۱/۹۳	۱۰
اسکیزوفرنی	۵/۵۲	۵۱/۲۵	۵/۲۴	۶۲/۳۰	۵/۷۴	۵۰	۳۹/۲۶	۱۰
مانیا	۷/۹۹	۵۱/۳۳	۹/۰۶	۵۷/۰۳	۸/۱۵	۵۰	۴۲/۹۳	۱۰
خستگی روانی	۵/۱۲	۵۱/۳۲	۵/۴۱	۶۲/۳۴	۵/۴۴	۵۰	۳۹/۱۳	۱۰
خودبیمارانگاری	۸/۷۵	۴۹/۷۸	۹/۶۰	۵۶/۷۱	۸/۸۱	۵۰	۴۵/۵۰	۱۰
پارانویا	۷/۲۱	۵۱/۷۹	۷/۳۳	۵۸/۹۲	۷/۸۸	۵۰	۴۰/۸۸	۱۰
هیستری	۷/۴۵	۵۰/۱۰	۸/۴۴	۵۹/۱۶	۸/۷۱	۵۰	۴۳/۲۶	۱۰
انحراف روانی- اجتماعی	۷/۲۶	۵۱/۰۰	۷/۷۰	۵۸/۹۱	۹/۱۲	۵۰	۴۲/۰۹	۱۰

تفاوت گروه‌ها از نظر تحصیلات و سن به ترتیب از آزمون‌های کروسکال والیس و تحلیل واریانس یک‌راهه به همراه آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج نشان داد که گروه‌های مختلف از نظر سن ($F=3/14, P<0/05$) و تحصیلات ($K.W=9/06, P<0/05$) با همدیگر تفاوت دارند و افراد گروه اول نسبت به گروه دوم ($M=32/55$)

همان‌طور که اطلاعات ارائه‌شده در جدول ۲ نشان می‌دهد ۱۱۸ نفر (۳۱/۱ درصد) به گروه اول، ۱۷۷ نفر (۴۶/۶ درصد) به گروه دوم و ۸۵ نفر (۲۲/۴ درصد) به گروه سوم تعلق دارند. میانگین و انحراف معیار نمرات استاندارد گروه‌ها در مقیاس‌های مختلف پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا نیز در جدول ۲ ارائه‌شده است. جهت بررسی

(Hy) به نمرات سایر گروه‌ها نزدیک است، نمرات آن‌ها در مقیاس‌های دیگر از جمله مقیاس اسکیزوفرنی (مقیاس SC) و مقیاس خستگی روانی (مقیاس Pt) بیش‌ترین تفاوت را از نمرات سایر گروه‌ها به‌ویژه گروه سوم دارد. این نتایج حکایت از آن دارد که از جمله ویژگی‌هایی که باعث قرار گرفتن افراد در این گروه شده است داشتن نشانه کمتر در اسکیزوفرنی و خستگی روانی است.

گروه دوم که نسبت به سایر گروه‌ها افراد بیشتری را در خود جای داده بود با نیم‌رخ مشخص می‌شود که نمرات تمام مقیاس‌ها در حد میانگین بود. این گروه از افراد نه تنها در مقیاس‌های بالینی نمراتی نزدیک به میانگین گرفته بودند، بلکه نمرات آن‌ها در مقیاس‌های بالینی نیز به میانگین نزدیک بود. با توجه به این که نمرات این گروه در تمام مقیاس‌های روانی در حد میانگین بود و این گروه نه در صد این بودند که چهره‌ی مثبتی از خود نشان دهند و نه هدف آن‌ها اغراق در نشانه‌های روانی خود بود، می‌توان گفت که به نیم‌رخ این گروه بیش از دو گروه دیگر می‌توان اعتماد کرد. این گروه که حدود نیمی از کل افراد نمونه را تشکیل می‌دهند سلامت روانی متوسطی دارند و به نظر می‌رسد که از واقع‌بینی کافی برای حل مسائل و مشکلات خود برخوردار هستند.

گروه سوم که کمترین تعداد افراد را به خود اختصاص داده بود با نیم‌رخ مشخص می‌شود که برافراستگی نمره‌ها در تمام مقیاس‌های بالینی بالاست. نمرات این افراد در مقیاس‌های بالینی نسبت به گروه دوم یک انحراف معیار و نسبت به گروه اول دو انحراف بالاتر بود. برافراستگی نمره‌ها به‌خصوص در مقیاس‌های خستگی روانی (Pt)، اسکیزوفرنی (SC) و افسردگی (D) محسوس‌تر است و نشان می‌دهد که این گروه بیش‌ترین مشکل را در این سه زمینه‌ی یادشده دارند. در مقابل، کمترین مشکل گزارش شده آن‌ها به خودبیمارانگاری (Hy) و مانیا (Ma) مربوط بود. اگرچه نمره‌ی این گروه در مقیاس روانی نابسامدی (F) بالاست و شاید چنان به نظر برسد که این افراد قصد دارند در نشانه‌های روانی خود اغراق کنند و چهره‌ی منفی از سلامت روانی خود نشان دهند، اما با توجه به این که این افراد سودی از وانمود بد دریافت نمی‌کردند به نظر می‌رسد که این افراد واقعاً از سلامت روانی پایینی برخوردارند و احتمالاً نیازمند کمک حرفه برای مشکلات سلامت روان خود هستند.

بعد از استخراج گروه‌هایی با نیم‌رخ روانی متفاوت با استفاده از روش تحلیل نیم‌رخ نهفته، این مسأله مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد تمایل دارند در کدام گروه قرار گیرند. بدین منظور احتمال قرار گرفتن افراد در گروه‌های مختلف بر

در مقابل ($M=29/82$) از سن و نسبت به گروه سوم از تحصیلات بیشتری برخوردار هستند. جهت بررسی تفاوت گروه‌ها از نظر جنسیت و وضعیت تأهل از آزمون خی دو استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که بین گروه‌ها از نظر جنسیت ($X^2=2/42, P>0/05$) و وضعیت تأهل ($X^2=0/94, P>0/05$) تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل نیم‌رخ نهفته پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا انجام شد. جهت نیل به این هدف نیم‌رخ نهفته‌ی پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا با استفاده از روش برآورد بیشینه‌ی درست‌نمایی نیرومند و به‌کارگیری نرم‌افزار Mplus مورد تحلیل قرار گرفت. به منظور انتخاب بهترین مدل ممکن از شاخص‌های مختلفی استفاده شد که در نهایت این شاخص‌ها نشان داد که راه‌حل با سه نیم‌رخ بهترین برازش را با داده‌ها دارد. بر اساس نتایج این تحلیل نیم‌رخ اول به گروهی تعلق داشت که حدود ۳۱ درصد از کل افراد را تشکیل می‌دادند. این افراد نه تنها مستعد ابتلا به اختلال روانی نبودند، بلکه به نظر می‌رسید از لحاظ سلامت روانی در وضعیت مطلوب باشند. نیم‌رخ دوم به گروهی تعلق داشت که حدود ۴۷ درصد از کل افراد را تشکیل می‌دادند. این گروه که نسبت به سایر گروه‌ها تعداد بیشتری از افراد را در خود جای داده بود، افرادی را شامل می‌شد که از لحاظ وضعیت سلامت و اختلال روانی در حد متوسط قرار داشتند. در نهایت، نیم‌رخ سوم به گروهی تعلق داشت که حدود ۲۲ درصد از کل افراد را تشکیل می‌دادند. این گروه از لحاظ سلامت روان در وضعیت پرخطر قرار داشتند و شاید بتوان گفت کسانی هستند که نیازمند کمک حرفه‌ای هستند.

وجه مشخصه‌ی نیم‌رخ گروه اول بالا بودن نمرات مقیاس‌های وانمود خوب (مقیاس‌های F و K) و پایین بودن نمرات سایر مقیاس‌ها بود. نمرات این گروه در مقیاس‌های وانمود خوب حدود ۰/۵ انحراف معیار از میانگین بیشتر و نمرات این گروه در مقیاس‌های بالینی به‌طور متوسط حدود یک انحراف معیار از میانگین پایین‌تر بود (جدول ۲). این نتایج به این معناست که این گروه نشانه‌های روانی کمتری دارند و از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند یا حداقل چنان می‌خواهند وانمود کنند که از سلامت روانی بالایی برخوردارند. توجه بیشتر به نیم‌رخ این گروه نشان می‌دهد که میزان نشانه‌های گزارش شده آن‌ها در مقیاس‌های مختلف متفاوت است. همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد در حالی که نمرات این گروه در مقیاس خودبیمارانگاری (مقیاس

الف) است که از تفاوت‌های جنسی در اختلال‌های روانی حکایت دارند. اما نگاهی دقیق‌تر روشن می‌سازد که پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی میزان متفاوت سلامت روانی کلی در مردان و زنان نیست، بلکه نشان‌دهنده‌ی میزان شیوع متفاوت اختلال‌های روانی منفرد در مردان و زنان است. در واقع، مطالعات (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳؛ کیم^۶ و کیم، ۲۰۱۷) نشان داده است در حالی که میزان شیوع اختلال‌های خلقی و اضطرابی در زنان بیشتر است، مردان بیشتر احتمال دارد که به خاطر اختلال‌های سوء‌مصرف مواد در پی درمان باشند. هم‌سو با این مطالعات، مقایسه‌ی منفرد مقیاس‌های مختلف پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه سوتا بر اساس جنسیت در پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات زنان و مردان در مقیاس‌های افسردگی ($P < 0.05$ ، $F = 3/91$)، هیستری ($P < 0.05$)، $F = 4/67$ و انحراف روانی-اجتماعی ($P < 0.05$ ، $F = 5/34$) وجود دارد و زنان در اختلال‌های افسردگی و هیستری و مردان در اختلال انحراف روانی-اجتماعی نمرات بالاتری را کسب کردند. با این وجود، با توجه به نتایج تحلیل نیم‌رخ نهفته می‌توان گفت که در میزان کلی سلامت روانی بین زنان و مردان تفاوتی وجود ندارد.

برخلاف وضعیت تأهل و جنسیت، بین گروه‌ها بر اساس سن و میزان تحصیلات تفاوت وجود داشت و گروه اول نسبت به گروه دوم از سن و نسبت به گروه سوم از تحصیلات بیشتری برخوردار بود. با توجه به این که گروه اول کسانی بودند که نسبت به دو گروه دیگر از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند، می‌توان گفت که افزایش سن و بالاتر بودن میزان تحصیلات با سلامت روانی بالاتر همراه است. این یافته‌ها هم‌سو با نتایج پژوهش حبیبی و همکاران (۲۰۱۷ ب) است که ارتباط مثبتی را بین سن و میزان تحصیلات با سلامت روان شناسایی کردند. هم‌چنین، در مورد سن با پژوهش کیم و کیم (۲۰۱۷) هم‌سو است که نشان دادند بعد از ۴۰ سالگی بین سن و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی منفی وجود دارد و با افزایش سن میزان گزارش این اختلالات کاهش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان که افراد احتمالاً با افزایش سن منابع روانی بیشتری را ذخیره می‌کنند که این منابع و نیز جا افتادن در ساختار زندگی می‌تواند به آن‌ها کمک کند که بهتر بتوانند با مسائل و مشکلات زندگی مقابله کنند و در شرایط دشوار بتوانند سلامت روان خود را حفظ کنند. با این وجود، در مورد تحصیلات مطالعات گذشته هم‌سو نیست و اگرچه در

حسب جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سن با استفاده از آزمون‌های آماری مختلف مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل‌ها نشان داد که بین گروه‌ها از نظر جنسیت و وضعیت تأهل تفاوتی وجود ندارد، اما گروه‌ها از نظر سن و تحصیلات با همدیگر تفاوت داشتند و گروه اول نسبت به گروه دوم از سن و نسبت به گروه سوم از تحصیلات بیشتری برخوردار بود.

این نتایج در مورد وضعیت تأهل نشان می‌دهد که مجرد بودن یا متأهل بودن با داشتن وضعیت سلامت روانی بهتر یا بدتر همراه نیست. این یافته برخلاف یافته‌های پژوهش‌های مختلف از جمله حبیبی و همکاران (۲۰۱۷ الف) است که میزان متفاوتی از مشکلات روانی را در بین افراد مجرد و متأهل گزارش دادند. پژوهشگران مختلف در تبیین تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامت روان افراد مجرد و متأهل دلایل متفاوتی را ذکر کرده‌اند. درحالی که جانسون و وو^۱ (۲۰۰۲) معتقدند که افراد متأهل ممکن است قبل از ازدواج هم از سلامت روان بالاتری برخوردار بوده باشند یا افرادی که از لحاظ روانی سالم‌تر هستند اقدام به ازدواج می‌کنند، دیگر پژوهشگران تأثیر ازدواج بر سلامت روانی را واقعی ارزیابی می‌کنند و علت آن را انواع حمایت‌هایی می‌دانند که افراد متأهل دریافت می‌کنند. برای مثال، رایتیو، کوانونن و آهو^۲ (۲۰۱۵) با تأکید بر نقش مهم دریافت حمایت اجتماعی معتقدند که دریافت این حمایت‌ها به کاهش بروز نشانه‌های روانی در زوجین منجر شده و در نتیجه سلامت روان آن‌ها را ارتقاء می‌دهد. با وجود این، می‌توان گفت که در نمونه‌ی پژوهش حاضر نه افرادی با سلامت روانی بالاتر اقدام به ازدواج کرده‌اند و نه حمایت اجتماعی ناشی از ازدواج باعث شده که افراد سلامت روانی بالاتری داشته باشند. با این حال، همان‌طور که هولت-لونسداد، بیرمینگام و جونز^۳ (۲۰۰۸) اشاره می‌کنند فشارهای ناشی از مسئولیت زندگی زناشویی نیز ممکن است مزایای دریافت حمایت اجتماعی را خنثی کرده و باعث عدم رابطه بین وضعیت تأهل و سلامت روان شده باشد.

بین زنان و مردان نیز از لحاظ تعلق به گروه‌ها تفاوتی وجود نداشت. این یافته به این معناست که بین جنسیت و قرار گرفتن در گروهی با سلامت روانی بالاتر یا پایین‌تر ارتباطی وجود ندارد. این یافته در نگاه اول متضاد با نتایج پژوهش‌هایی (استیل و همکاران، ۲۰۱۴؛ بنر، ابو صالح، دافیه و بوگرا^۴، ۲۰۱۵؛ حبیبی و همکاران، ۲۰۱۷

5. American Psychiatric Association

6. Kim

1. Johnson & Wu

2. Raitio, Kaunonen, & Aho

3. Holt-Lunstad, Birmingham, & Jones

4. Bener, Abou-Saleh, Dafeeah, & Bhugra

را تشکیل می‌داد شامل کسانی بود که از میزان سلامت روان متوسطی برخوردار بودند. گروه سوم که حدود ۲۲ درصد از کل افراد را تشکیل می‌دادند کسانی بودند که از سلامت روانی پایینی برخوردار بودند و شاید برای مشکلات روانی خود نیازمند کمک حرفه‌ای باشند. بین گروه‌های استخراج‌شده بر اساس جنسیت و وضعیت تأهل تفاوتی وجود نداشت، اما افراد گروه اول نسبت به گروه‌های دوم و سوم از سن و تحصیلات بالاتری برخوردار بودند که نشان‌دهنده‌ی ارتباط مثبت بین سن و میزان تحصیلات با سلامت روانی است. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه است که ممکن است قابلیت تعمیم یافته‌های آن را محدود سازد از جمله با توجه به این که تحلیل نیم‌رخ نهفته روشی با حجم نمونه‌ی بالا محسوب می‌شود برای اطمینان بیشتر از یافته‌های پژوهش، مخصوصاً در مورد شناسایی درصد افرادی که از مشکلات روانی رنج می‌برند، می‌توان به تکرار پژوهش با نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر مبادرت ورزید. همچنین، بررسی گروه‌های استخراج‌شده از نظر سلامت روانی، کارکرد شخصیتی و عملکرد شغلی می‌تواند به اطمینان از ارتباط نیم‌رخ‌های استخراج‌شده با عملکرد زندگی واقعی منجر شود.

مطالعه‌ی کیم و کیم (۲۰۱۷) بین تحصیلات و مشکلات روانی رابطه‌ای به دست نیامد، بیشتر مطالعات هم‌سو با پژوهش حاضر (فریمن، تیروولاس، کویاناگی، چاترجی، لئوناردی، آیوسو- ماتئوس^۱ و همکاران، ۲۰۱۶؛ هوبل، ماسک، زیب و لامبرت^۲، ۲۰۱۷) نشان داده است که افزایش تحصیلات با ارتقای وضعیت اجتماعی- اقتصادی به کاهش مشکلات روانی افراد منجر می‌شود. ذکر این نکته نیز ضروری است که رابطه‌ی بین تحصیلات و سلامت روان می‌تواند دو سویه باشد؛ به این معنی که در عین حال که افزایش تحصیلات با افزایش منابع مقابله می‌تواند به کاهش نشانه‌های روانی منجر شود، ممکن است تحصیلات خود معلول سلامت روانی باشد و تنها کسانی بتوانند به مقاطع تحصیلی بالاتر دست یابند که از سلامت روانی بیشتری برخوردار هستند.

به‌طور خلاصه، نتایج تحلیل نیم‌رخ نهفته به استخراج سه نیم‌رخ منجر شد که سه گروه از افراد را از هم متمایز می‌ساخت. گروه اول که حدود یک‌سوم کل افراد را تشکیل می‌داد از سلامت روانی بالایی برخوردار بودند ولی از آنجایی که در مقیاس‌های روایی وانمود خوب نمرات بالایی را کسب کرده بودند شاید خیلی نتوان به بالا بودن سلامت روان آن‌ها اطمینان کرد. گروه دوم که حدود نیمی از کل افراد

قدردانی: از تمام کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند کمال تشکر و سپاس را داریم.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی: هیچ نوع حمایت مالی دریافت نشده است.

Reference

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Washington, DC: APA.
- Ben-Porath, Y. S. (2012). *Interpreting the MMPI-2-RF*. Minneapolis, MN: Univ. Minn. Press.
- Bener, A., Abou-Saleh, M. T., Dafeeah, E. E., & Bhugra, D. (2015). The prevalence and burden of psychiatric disorders in primary health care visits in qatar: too little time? *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(1), 89-95. doi:10.4103/2249-4863.152262
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L.,... Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, 16(1), 1098. doi:10.1186/s12889-016-3638-0
- Grant, R., Becnel, J. N., Giano, Z. D., Williams, A. L., & Martinez, D. (2019). A Latent Profile Analysis of Young Adult Lifestyle Behaviors. *Am J Health Behav*, 43(6), 1148-1161. doi:10.5993/ajhb.43.6.12
- Habibi, M., Dehghani, M., Jebraeili, H. & Javaheripour, N. (2017a). Comparing the psychological profiles of Iranian population based on clinical and validity measures of Minnesota multiphasic personality inventory. *J Research & Health*, 7(6), 1130-1137.
- Habibi, M., Dehghani, M., Jebraeili, H., & Bahrami Monajemi, M. (2017b). The compare psychological profiles of people based on MMPI-2's scales. *J Research & Health*, 7(1), 551-562. doi:10.18869/acadpub.jrh.7.1.551
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A Multiphasic Personality Schedule (Minnesota): I. Construction of the Schedule. *J Psychol*, 10(2), 249-254. doi:10.1080/00223980.1940.9917000

² Hoebel, Maske, Zeeb, & Lampert

¹ Freeman, Tyrovolas, Koyanagi, Chatterji, Leonardi, Ayuso-Mateos

- Hoebel, J., Maske, U. E., Zeeb, H., & Lampert, T. (2017). Social Inequalities and Depressive Symptoms in Adults: The Role of Objective and Subjective Socioeconomic Status. *PLoS ONE*, *12*(1), e0169764. doi:10.1371/journal.pone.0169764
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Ann Behav Med*, *35*(2), 239-244. doi:10.1007/s12160-008-9018-y
- Jimenez, M. P., Green, M. A., Subramanian, S. V., & Razak, F. (2018). A demographic, clinical, and behavioral typology of obesity in the United States: an analysis of National Health and Nutrition Examination Survey 2011–2012. *Annals of Epidemiology*, *28*(3), 175-181.e174. doi:https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.01.001
- Johnson, D. R., & Wu, J. (2002). An Empirical Test of Crisis, Social Selection, and Role Explanations of the Relationship Between Marital Disruption and Psychological Distress: A Pooled Time-Series Analysis of Four-Wave Panel Data. *Journal of Marriage and Family*, *64*(1), 211-224. doi:https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00211.x
- Kim, J., & Kim, H. (2017). Demographic and Environmental Factors Associated with Mental Health: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, *14*(4), 1-15. doi:10.3390/ijerph14040431
- Lubin, B., Larsen, R. M., & Matarazzo, J. D. (1984). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935–1982. *American Psychologist*, *39*(4), 451-454. doi:10.1037/0003-066X.39.4.451
- Meyer, J. P., & Morin, A. J. S. (2016). A person-centered approach to commitment research: Theory, research, and methodology. *Journal of Organizational Behavior*, *37*(4), 584-612. doi:10.1002/job.2085
- Raitio, K., Kaunonen, M., & Aho, A. L. (2015). Evaluating a bereavement follow-up intervention for grieving mothers after the death of a child. *Scand J Caring Sci*, *29*(3), 510-520. doi:10.1111/scs.12183
- Sellbom, M. (2019). The MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF): Assessment of Personality and Psychopathology in the Twenty-First Century. *Annu Rev Clin Psychol*, *15*, 149-177. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095701
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 476-493. doi:10.1093/ije/dyu038
- Sterba, S. K. (2013). Understanding Linkages Among Mixture Models. *Multivariate Behavioral Research*, *48*(6), 775-815. doi:10.1080/00273171.2013.827564
- Van der Heijden, P. T., Egger, J. I., & Derksen, J. J. (2008). Psychometric evaluation of the MMPI-2 Restructured Clinical scales in two Dutch samples. *J Pers Assess*, *90*(5), 456-464. doi:10.1080/00223890802248745