اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران-۱۳۸۰

دکتر احمدعلی نوربالا[1*]، سیدعباس باقری‌یزدی[2]، دکتر کاظم محمد[3]

۱- گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- اداره سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت: ۸۷/۶/۲۱ پذیرش: ۸۷/۱۰/۲۸

Title: *The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool*

Authors: *Noorbala AA, (MD); Bagheri yazdi SA, (MSc); Mohammad K, (PhD).*

Introduction: *The aim of this research was to validate the General Health Questionnaire- 28 (GHQ-28) as a screening instrument of mental disorders in the population of aged 15 yr and above in Tehran City, capital of Iran.*

Methods: *Overall, 879 people (455 females and 424 males) were chosen by the randomized cluster sampling from families under the coverage of health centers of the universities of Tehran, Iran and Shahid Beheshty. The study was carried out in two stage procedures. In the first step the GPs completed the GHQ-28, and in the second step all the samples were clinically interviewed by psychiatric residents based on DSM-IV diagnostic criteria.*

Results: *By using conventional scoring method of GHQ, the cut off point for the sample was 6. The sensitivity and specificity of this questionnaire were 84.7% and 93.8% respectively, and the overall misclassification rate was 8.2%. Likert scoring method of GHQ showed a cut off point of 24 and the sensitivity, specificity and the overall misclassification rate of 70.5%, 92.3% and 12.3% respectively. The concurrent validity of this questionnaire carried out by the Symptom Checklist- 90- Revised indicated that there was a meaningful correlation between scores of samples within the scales of these instruments. The Pearson correlation between the scales and total scores of GHQ-28 suggested that fluctuation of anxiety symptoms had an important character in predicting abnormality than the other scales.*

Conclusion: *The evaluation of reliability of GHQ-28 carried out by the test- retest procedure a week after the first stage, and validation of this instrument indicated that the instrument could be used successfully in the epidemiological study of mental disorders as a screening instrument.*

Keywords: *General Health Questionnaire (GHQ-28), Mental Disorders, Screening, Iran.*

Hakim Research Journal 2009; 11(4): 47- 53.

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهار راه لشکر، بیمارستان روان‌پزشکی روزبه. تلفن: ۵۵۴۱۲۲۲۲ نمابر: ۵۵۴۱۹۱۱۳

پست الکترونیک: noorbala@tums.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

چکیده

مقدمه: *از جمله شناخته‌ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی، پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی است که تأثیر به سزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان‌پزشکی داشته است. مطالعات محدود اندکی در زمینه اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی در ایران انجام گرفته است. لذا این پژوهش، با هدف بررسی اعتباریابی این پرسشنامه به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانی در جمعیت ۱۵ سال و بالاتر شهر تهران انجام گرفت.*

روش کار: *۸۷۹ نفر (٤٥٥ نفر زن و ٤٢٤ نفر مرد) از بین خانواده‌های تحت پوشش مراکز بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران و شهیدبهشتی به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب گردیده در یک مطالعه دو مرحله‌ای مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله اول پرسشنامه سلامت عمومی توسط پزشکان عمومی بر روی آزمودنی‌ها تکمیل گردید. در مرحله دوم تمامی این افراد، توسط روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند.*

یافته‌ها: *نتایج این پژوهش نشان داد با استفاده از روش نمره‌گذاری سنتی، نمره برش برای نمونه مورد مطالعه، نمره ٦ می‌باشد. با این نمره برش حساسیت و ویژگی آزمون به ترتیب برابر با۲/۷±۸٤/۷ و ۲/۷±۹۳/۷ درصد و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی برابر با ۲/۷±۸/۲ درصد بوده است. بهترین نمره برش با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرت، برای افراد مورد مطالعه نمره ۲۳ به دست آمد. حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی با این نمره برش به ترتیب برابر با ۲/٤±۷۰/۵، ۲/٤±۹۲/۳ و ۲/٤±۱۲/۳ درصد بود. بررسی اعتبار همزمان این پرسشنامه با چک لیست ۹۰ سؤالی علایم مرضی، نشان داد که همبستگی معناداری بین نمرات افراد در مقیاس‌های فرعی دو آزمون وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون بین مقیاس‌های پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی با نمره کل دلالت بر این دارد که بالا و پایین بودن مقدار علایم اضطراب، بیش از عوامل دیگر، پیش‌بینی کننده سلامت و یا عدم سلامتی افراد به حساب می‌آیند.*

نتیجه‌گیری: *ارزیابی پایایی و اعتبار به دست آمده از این پرسشنامه دلالت بر این دارد که این پرسشنامه می‌تواند به عنوان ابزار غربالگری در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی، به طور موفقیت‌آمیزی به کار برده شود.*

گل‌واژگان: *اعتباریابی، پرسشنامه سلامت عمومی (۲۸ -GHQ)، اختلالات روان‌پزشکی، غربالگری، شهر تهران.*

مقدمه

وجود بیماری‌های روانی هرچند در جوامع از قرن‌ها پیش مورد تأیید قرار گرفته لیکن تا قرن حاضر هیچ‌گونه روش آماری برای برآورد و تخمین حجم مسأله وجود نداشت (۱). تا جنگ دوم جهانی بیشتر پژوهشگران در زمینه بیماریابی اختلالات روان‌پزشکی، متکی به گزارشات واصله از مراکز بیمارستانی و افراد کلیدی در جامعه بوده و هیچ‌گونه کنترلی بر فرایند بیماریابی، ثبت گزارش‌ها و حتی بر تشخیص بیماری‌ها نداشته‌اند و فقط کسانی بیمار تلقی می‌شدند که سابقه بستری در بیمارستان را داشته باشند. بعد از جنگ دوم جهانی، مطالعات به سمت جامعه سوق داده شد و محققان در بررسی‌های خود، نمونه‌ای از جمعیت را انتخاب و بر اساس مصاحبه بالینی روان‌پزشکی از تمام افراد، میزان شیوع این اختلالات را تعیین نموده‌اند. در طول سه دهه اخیر، در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روان‌پزشکی، از استراتژی‌های چند مرحله‌ای و ملاک‌های تشخیصی براساس طبقه‌بندی‌های رایج بین‌المللی استفاده گردیده است و سعی شده تا از ابزارهای معتبر غربالگری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد استفاده شود. با به کارگیری این ابزارها محققان توانسته‌اند افراد بیمار را در جامعه شناسایی کرده موجبات پیشگیری و بهبودی پیش‌آگهی را در مورد آنها فراهم آورند(۲). از جمله ابزارهای غربالگری مورد استفاده در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی[1]، پرسشنامه سلامت عمومی[2]

[1] Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)
[2] General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

می‌باشد که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است. این پرسشنامه از جمله شناخته‌ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر به سزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان‌پزشکی داشته است (۳). فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، توسط گلدبرگ و هیلیر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و سوال‌های آن براساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردیده است که در بر گیرنده ۴ مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد(۴). همبستگی بالای موجود بین نتایج حاصل از فرم‌های ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی در تشخیص اختلالات روانی دلالت بر این دارد که پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روانی برخوردار بوده می‌تواند به عنوان ابزار غربالگری، صرفه‌جویی در وقت و هزینه را در پژوهش‌های علوم رفتاری به همراه داشته باشد (۵). مرور مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف جهان در زمینه اعتباریابی فرم های ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (ماری و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ بریجز و گلدبرگ، ۱۹۸۶؛ سریرام و همکاران، ۱۹۸۹؛ آدرابیجه و گورژه، ۱۹۹۲؛ استانسفلد و همکاران،۱۹۹۲؛ چونگ و اسپیرز ،۱۹۹۴ وگلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۷) دلالت بر پایایی و روایی بالای آزمون را داشته است (۱۲ –۶). مطالعات محدود اندکی در زمینه اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران انجام گرفته است. پالاهنگ و همکاران در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، بر اساس نمره‌گذاری سنتی، نمره برش ۶ و بر اساس نمره‌گذاری ساده لیکرت، نقطه برش ۲۲ گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه (با روش بازآزمایی) ۹۱٪ بوده است (۱۳). یعقوبی و همکاران، در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، نمره برش ۶ را با روش سنتی و نقطه برش ۲۳ را با روش لیکرتی گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه (با روش بازآزمایی) ۸۸٪ گزارش کرده است (۱۴). با توجه به عدم وجود مطالعه در خصوص اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی در شهر تهران، این مطالعه با هدف بررسی اعتباریابی فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی در شهر تهران انجام گردید. از جمله اهداف اختصاصی پژوهش، تعیین نقطه برش[3] پرسشنامه برای جمعیت عمومی شهر تهران و روایی و پایایی آن بوده است.

روش کار

این پژوهش مطالعه‌ای گذشته‌نگر[4]، مقطعی[5] و توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۷۹ به عنوان مکمل طرح سلامت و بیماری در معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و با همکاری مرکز تحقیقات دانشگاه شاهد انجام گردید. جامعه آماری پژوهش را خانوارهای شهر تهران تشکیل دادند. از مجموع ۹۲۱ نفر افراد ۱۵ سال و بالاتر این خانوارها، ۲۵ نفر به دلیل عدم حضور موقتی در محل و ۱۷ نفر به دلیل امتناع از همکاری از مجموعه آزمودنی‌ها حذف شدند. در نهایت ۸۷۹ نفر (۴۵۵ نفر زن و ۴۲۴ نفر مرد) در یک مطالعه دو مرحله‌ای مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله اول، پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی توسط پزشکان عمومی آموزش دیده بر روی تمامی آزمودنی‌ها تکمیل گردد و در مرحله دوم، افراد مورد مطالعه توسط چهار رزیدنت روان‌پزشکی آموزش دیده، بر اساس چک‌لیست مصاحبه بالینی مورد مصاحبه بالینی قرار گرفته و طبق ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روانی مورد ارزیابی روان‌پزشکی قرار گرفتند.

پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، دارای سؤالات چهارگزینه‌ای خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد می‌باشد. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه‌های سلامت عمومی وجود دارد یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به صورت (۰ –۰ –۱ –۱) نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره‌گذاری، روش نمره‌گذاری لیکرت می‌باشد که گزینه‌ها به صورت (۰– ۱– ۲– ۳) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره‌گذاری در پرسشنامه مذکور برابر با ۸۴ خواهد بود.

چک‌لیست مصاحبه بالینی روان‌پزشکی مورد استفاده در این پژوهش، توسط محققین به منظور دستیابی به تشخیص دقیق اختلالات روانی بر اساس ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روانی تهیه و تنظیم گردیده است (۳). علایم و نشانه‌ها به صورت پاسخ‌های بلی و خیر مشخص و در جهت سهولت و یادآوری و از قلم نیفتادن آنها آورده شده‌اند که در برگیرنده معیارهای تشخیصی اختلالات خلقی، اضطرابی، سایکوتیک، روانی عضوی و سایکوسوماتیک می‌باشد. طول مدت و شدت اختلال، در ابتدای پرسشگری علایم هر بخش پرسیده می‌شود. درجه‌بندی شدت علایم بر اساس یک مقیاس سه درجه‌ای خفیف، متوسط و شدید بوده که مصاحبه‌کننده از

[3] Cut- off point

[4] Retrospective
[5] Cross-sectional

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

تأثیری که بیماری بر عملکردهای فردی، شغلی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی فرد می‌گذارد آن را مشخص می‌نماید. با توجه به اهمیت مدت شروع علایم در امر تشخیص‌گذاری و به منظور سهولت در رسیدن به تشخیص، طول مدت علایم بر حسب مقیاس ۵ درجه‌ای از «کمتر از یک هفته» تا بیش از دو سال مشخص شده است. پس از پایان مصاحبه و بررسی تمامی علایم و نشانه‌های اختلالات مطرح در چک‌لیست، تشخیص و یا تشخیص‌های مورد نظر با توجه به شدت و مدت علایم بیماری در فرد ثبت می‌شود. به منظور بررسی پایایی چک‌لیست مصاحبه بالینی، ۳۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روان‌پزشکی بیمارستان روزبه، توسط دو روان‌پزشک به طور جداگانه مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از ضریب کاپا [6] به صورت توافق بین دو نظر روان‌پزشک در تشخیص بیماری‌ها انجام گرفت. ضریب کاپا برای توافق بین تشخیص دو روان‌پزشک در مورد تمامی بیماری‌ها K= ۰/۸۷ به دست آمد. جهت تکمیل چک‌لیست مصاحبه بالینی از هر آزمودنی حدود ۳۵ الی ۶۰ دقیقه وقت صرف شده است.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: تمامی اطلاعات این پژوهش با استفاده از برنامه کامپیوتری SPSS/PC بررسی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. به منظور تعیین میزان حساسیت (نسبت تشخیص صحیح بیماران) و ویژگی آن (نسبت تشخیص درست افراد سالم از گروه بیماران) از مقایسه نتایج حاصل از نتایج پرسشنامه با ارزیابی مصاحبه‌های بالینی روان‌پزشکی؛ برآورد نقطه برش با تفکیک افراد سالم از گروه بیمار؛ ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب همبستگی به روش بازآزمایی بر روی ۹۰ آزمودنی؛ تعیین روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین نمره‌های ۱۰ درصد آزمودنی‌ها (۹۰ نفر) با مقیاس‌های فرعی این پرسشنامه با مقیاس‌های فرعی مشابه آن در چک‌لیست ۹۰ سؤالی تجدیدنظر شده علایم مرضی [7] (SCL-90-R) استفاده گردیده است (۱۵).

نتایج

به منظور تعیین نقطه برش در این مطالعه، ابتدا پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بر روی ۸۷۹ نفر تکمیل و سپس با استفاده از چک‌لیست مصاحبه بالینی مورد ارزیابی و تشخیص روان‌پزشکی قرار گرفتند.

تعیین نقطه برش با روش نمره‌گذاری سنتی: مقایسه نتایج به دست آمده از روش نمره‌گذاری سنتی پرسشنامه با نتایج مصاحبه روان‌پزشکی، امکان برآورد حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی پرسشنامه به دست آمد که نتایج آن در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بر طبق روش نمره‌گذاری لیکرتی

نمره برش	حساسیت (درصد)	ویژگی (درصد)	میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی (درصد)
۲	۹۲/۶	۶۴/۳	۲۹/۶
۳	۹۱/۵	۷۹/۱	۱۸/۲
۴	۹۰/۵	۸۲/۲	۱۶/–
۵	۸۷/۸	۸۸/–	۱۲/۱
۶	۸۴/۷	۹۳/۸	۸/۲
۷	۷۳/۵	۹۴/۸	۹/۸
۸	۶۱/۴	۹۵/۵	۱۱/۸
۹	۵۲/۳	۹۶/۲	۱۳/۲
۱۰	۴۲/۳	۹۷/۱	۱۴/۷

همانطور که یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد بهترین نمره برش، نمره‌ای است که دارای کمترین میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی و تعادل بین میزان حساسیت و ویژگی باشد. طبق نتایج جدول فوق، نمره ۶ دارای کمترین میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی است بنابراین به عنوان نمره برش تعیین گردید که دارای حساسیت ۸۴/۷٪، ویژگی ۹۳/۸٪ و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی ۸/۲٪ بوده است. با این روش نمره‌گذاری،کسانی که نمره ۶ و کمتر به دست آورده‌اند به عنوان فرد سالم و کسانی که نمره ۷ و بالاتر گرفته‌اند مشکوک به اختلال هستند. مقایسه نمرات افراد با روش نمره‌گذاری سنتی با تشخیص روان‌پزشک بر طبق معیارهای تشخیصی DSM-IV، در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲- مقایسه نتایج پرسشنامه ۲۸- GHQ با نتایج مصاحبه روان‌پزشکی با نمره برش ۶ درکل نمونه

نتایج پرسشنامه ۲۸-GHQ	تشخیص روان‌پزشکی (چک‌لیست مصاحبه بالینی)		جمع
	بیمار	سالم (غیربیمار)	
بالاتر از نمره برش (بیمار)	۱۶۰	۴۳	۲۰۳
پایین‌تر از نمره برش (غیربیمار)	۲۹	۶۴۷	۶۷۶
جمع	۱۸۹	۶۹۰	۸۷۹

تعیین نقطه برش با روش نمره گذاری لیکرتی: نتایج حاصل از مقایسه نمرات افراد با روش نمره‌گذاری لیکرتی با نتایج مصاحبه روان‌پزشکی، برآورد حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی پرسشنامه در جدول ۳ آورده شده است. همانطور که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد با روش نمره‌گذاری لیکرتی، نمره برش برای پرسشنامه ۲۳ به دست آمد. با این نمره برش،

[6] Kappa
[7] Symptom-Check List-90-Revised (SCL-90-R)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

میـزان حـساسیت پرسـشنامه ۷۰/۵٪، ویژگـی ۹۲/۳٪ و میـزان اشـتباه طبقـه‌بنـدی کلـی ۱۲/۳٪ بـوده اسـت. بـا ایـن روش نمره‌گذاری، کسانی که نمره ۲۳ و کمتر بـه دسـت آورده‌انـد بـه عنوان فرد سالم و کسانی که نمره ۲۴ و بالاتر گرفته‌اند مشکوک به اختلال هستند.

جدول ۳- حساسیت، ویژگـی و میـزان اشـتباه طبقـه‌بنـدی کلـی نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمـومی بـر طبق روش نمره‌گذاری لیکرتی

نمره برش	حساسیت (درصد)	ویژگی (درصد)	میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی (درصد)
۱۹	۸۹/۲	۸۲/۶	۱۶/–
۲۰	۸۰/۱	۸۶/۸	۱۴/۶
۲۱	۷۴/۴	۸۹/۶	۱۳/۷
۲۲	۷۱/۶	۹۱/۶	۱۲/۷
۲۳	۷۰/۵	۹۲/۳	۱۲/۳
۲۴	۶۰/۸	۹۳/۸	۱۳/۲
۲۵	۵۳/۴	۹۵/–	۱۳/۹
۲۶	۴۳/۲	۹۵/۵	۱۵/۷
۲۷	۳۷/۵	۹۵/۸	۱۶/۷

مقایـسه نتـایج پرسـشنامه ۲۸-GHQ بـا مـصاحبه بـالینی روان‌پزشـکی: نتـایج بـه دسـت آمـده از مـصاحبه بـالینی روان‌پزشکی، دلالت بر این دارد که با نمره برش به دست آمده از پرسـشنامه و مـصاحبه بـالینی روان‌پزشـکی، حـدود ۷۳/۸٪ بیماری‌های مرتبط با سؤالات پرسشنامه GHQ-۲۸ بـه درسـتی غربالگری و تشخیص داده شده‌اند.

بررسی اعتبار همزمان پرسشنامه ۲۸-GHQ با آزمون SCL-90-R: به منظور بررسی اعتبار همزمـان پرسـشنامه ۲۸-GHQ، بر روی ۱۰٪ افراد مورد مطالعه (۹۰ نفـر)، آزمـون SCL-90-R نیز اجرا شد. میزان حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بنـدی کلی برای ۹۰ آزمودنی در پرسشنامه ۲۸-GHQ به ترتیب برابـر ۸۴/۲، ۹۴/۴ و ۷/۸ درصد بوده در حالی که این میزان‌هـا بـرای پرسشنامه SCL-90-R بـه ترتیـب برابـر بـا ۸۰/۹، ۹۲/۷ و ۱۰ درصد بوده است (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه نتـایج پرسـشنامه ۲۸-GHQ و SCL-90-R بـا نتایج مصاحبه بالینی روان‌پزشک (N= ۹۰)

پرسشنامه	نتیجه آزمون	نتیجه مصاحبه روان‌پزشکی		جمع
		بیمار	سالم	
GHQ-۲۸	بیمار (نمره ۷ و بیشتر)	۱۶	۴	۲۰
	سالم (نمره ۶ و کمتر)	۳	۶۷	۷۰
SCL-90-R	بیمار (نمره ۶۳ و بیشتر)	۱۷	۵	۲۲
	سالم (نمره ۶۲ و کمتر)	۴	۶۴	۶۸

میزان توافق تشخیصی درست هر دو آزمون نـشان‌دهنـده ایـن است کـه هرچنـد میـزان اشـتباه طبقـه‌بنـدی کلـی پرسـشنامه GHQ-۲۸ در این مطالعه، نسبت به SCL-90-R کمتر بـرآورد گردیده لیکن تفاوت به دست آمـده بـین نـسبت میـزان اشـتباه طبقه‌بندی کلی دو پرسشنامه معنادار نبـوده اسـت (p=۰/۲۳)، و نشان می دهد که هر دو آزمون از اعتبار بالایی جهت غربالگری اختلالات روانی برخوردارند.

پایـایی پرسـشنامه ۲۸-GHQ: بـه منظـور بررسـی پایـایی پرسشنامه GHQ-۲۸، ۱۰٪ افـراد مـورد مطالعـه (۹۰ نفـر)، بـا استفاده از روش بازآزمایی با فاصـله زمـانی یـک هفتـه پـس از اجرای اولیه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتنـد، میـزان همبـستگی r=۰/۸۵ بـه دسـت آمـد کـه در سـطح اطمینـان ۹۹٪ معنـادار می‌باشد.

نتایج مربوط به بررسی اعتبار همزمان پرسـشنامه GHQ-۲۸ و SCL-90-R در جدول ۵ منعکس گردیده است. اطلاعات جدول ۵ دلالت بر این دارد که ضریب همبستگی بین دو سری نمـرات ۹۰ نفر از افراد مورد مطالعه در مقیـاس‌هـای علایـم جـسمانی، اضـطراب و افـسردگی دو پرسـشنامه و نمـره کـل افـراد در دو پرسشنامه، در سطح اطمینان p< ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد.

جدول ۵- ماتریس ضرایب همبستگی دو متغیری بین نمـرات ۹۰ آزمـودنی در مقیـاس‌هـای پرسـشنامه ۲۸-GHQ و برخـی از مقیـاس‌هـای تشکیل‌دهنده پرسشنامه SCL-90-R

پرسشنامه‌ها / مقیاس‌ها		مقیاس‌های پرسشنامه GHQ-۲۸				
		نمره کل	شکایات جسمانی	اضطراب	افسردگی	عملکرد اجتماعی
GHQ-۲۸	نمره کل	۱/۰۰				
	علایم جسمانی	۰/۸۰	۱/۰۰			
	اضطراب	۰/۹۲	۰/۷۲	۱/۰۰		
	افسردگی	۰/۸۸	۰/۶۲	۰/۷۳	۱/۰۰	
	عملکرد اجتماعی	۰/۷۵	۰/۴۳	۰/۵۸	۰/۵۵	۱/۰۰
SCL-90-R	شکایات جسمانی	۰/۶۷	۰/۶۷	۰/۶۱	۰/۵۹	۰/۴۹
	اضطراب	۰/۷۹	۰/۵۸	۰/۷۵	۰/۵۶	۰/۴۹
	افسردگی	۰/۶۸	۰/۵۹	۰/۷۰	۰/۷۲	۰/۵۷
	نمره کل	۰/۸۴	۰/۶۵	۰/۷۷	۰/۷۵	۰/۵۷

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که با استفاده از روش نمره‌گذاری سنتی، بهترین نمره برش برای کل نمونه، نمره ۶ می‌باشد. با این نمره برش میزان حساسیت و ویژگی آزمون به ترتیب برابر با ۸۴/۷ و ۹۳/۸ بوده است که با نمره برش به دست آمده توسط استانسفلد و همکاران (۱۰)، سریرام و همکاران (۸) و پالاهنگ و همکاران (۱۳) همخوانی دارد، لیکن از نمره برش به دست آمده توسط چونگ و اسپیرز (۱۱) در کامبوج بالاتر و از نمره برش به دست آمده توسط بریجز و گلدبرگ در انگلستان (۷) کمتر می‌باشد. با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرتی، بهترین نمره برش برای کل نمونه، نمره ۲۳ می‌باشد. با این نمره برش میزان حساسیت و ویژگی آزمون به ترتیب برابر با ۷۰/۵ و ۹۲/۳ بوده است که در طیف نمره برش به دست آمده توسط ویلیامز، گلدبرگ و ماری (۵)، پالاهنگ و همکاران (۱۳) و یعقوبی و همکاران (۱۴) بوده و از نتایج به دست آمده توسط ماری و ویلیامز (۶)، آدرابیجبه و گورژه (۹) و گلدبرگ، گیتر و سارتریوس (۱۲) بالاتر است. تفاوت نقطه برش در این مطالعات، احتمالاً ناشی از متفاوت بودن سطح تخصصی علمی مصاحبه‌کنندگان و مختلف بودن ملاک‌های طبقه‌بندی تشخیصی مورد استفاده باشد.

میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی به دست آمده در این مطالعه، از دیگر مطالعات انجام گرفته در زمینه اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی پایین‌تر می‌باشد. دلیل پایین بودن این میزان در مطالعه حاضر را می‌توان ناشی از بررسی دقیق همه آزمودنی‌ها توسط پزشکان عمومی آموزش دیده و رزیدنت‌های روان‌پزشکی دانست. یافته‌های این مطالعه نشان داد که با نقطه‌های برش مذکور ۷۱/۴٪ بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی، ۸۱/۵٪ بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، ۵۷/۲٪ بیماران مبتلا به اختلالات تطابق و ۸۴/۹٪ بیماران مبتلا به اختلالات خلقی به درستی غربالگری و تشخیص داده شده‌اند. این یافته با نتایج به دست آمده توسط پالاهنگ و همکاران (۱۳) و یعقوبی و همکاران (۱۴) همخوانی دارد و نشان می‌دهد که سؤالات مربوط به مقیاس افسردگی و اضطراب بیش از دو مقیاس جسمانی‌سازی و عملکرد اجتماعی حالات افراد را نشان می‌دهد. بررسی اعتبار هم‌زمان پرسشنامه غربالگری GHQ-۲۸ و SCL-90-R بر روی نمونه ۹۰ نفری نشان داد که ضریب همبستگی دو متغیری پیرسون بین نمرات ۹۰ آزمودنی در مقیاس فرعی اضطراب GHQ-۲۸ و SCL-90-R برابر با ۰/۷۵، در مقیاس شکایات و علایم جسمانی دو آزمون ۰/۶۷ و بین مقیاس افسردگی دو آزمون برابر با ۰/۷۲ بوده است. همبستگی بین نمرات ۹۰ آزمودنی در مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی با نمره کل آزمون ۲۸ سؤالی GHQ به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۹۲، ۰/۷۵ و ۰/۸۸ بوده و این نتیجه نشان‌دهنده این است که بالا و پایین بودن مقدار علایم اضطراب و افسردگی بیش از دو عامل دیگر پیش‌بینی کننده سلامت و یا عدم سلامتی افراد محسوب می‌شوند چرا که مقدار بیشتری از واریانس این متغیر را تبیین می‌کنند.

ضریب همبستگی به دست آمده از پایایی پرسشنامه GHQ-۲۸ به روش بازآزمایی، که به فاصله زمانی یک هفته پس از اجرای اولیه بر روی ۱۰٪ نمونه (۹۰نفر) انجام گردید ضریب همبستگی به دست آمده گویای پایایی بالای آزمون می‌باشد که از ضرایب پایایی گزارش شده در مورد این آزمون توسط گلدبرگ و هیلیر (۴)، چونگ و اسپیرز (۱۱) بالاتر و با بررسی‌های انجام گرفته در ایران (۱۴ -۱۳) همخوانی دارد. یافته‌های این مطالعه دلالت بر این دارد که با توجه به این که کشور ما از تنوع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی زیادی برخوردار است و همچنین محدود بودن تعداد نمونه، در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر مناطق کشور جانب احتیاط رعایت شود.

تشکر و قدردانی

از همکاران در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین همکاران مرکز تحقیقات دانشگاه شاهد در زمان پژوهش که امکان انجام این تحقیق را فراهم آوردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1- Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by Questionnaire*. London: Oxford university Press, 1973; Monographs n.21.

2- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and fature of psychiatric epidemiology. American Journal of Public Health, 1982; 72: 1271- 1279.

3- Noorbala AA, Mohammad K, BagheriYazdi SA, et al. Mental health ststus of population aged 15 and above in Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal 2002; 5 (1): 1- 10.

4- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. Psychological Medicine 1979; 9: 131- 145.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

5- Williams P, Goldberg DP, Mari J. The validity of the GHQ-28. Social Psychiatry 1987; 21: 15-18.
6- Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires in Brazil using ROC analysis. Psychological medicine 1985; 15: 651- 660.
7- Bridges KW, Goldberg DP. The validation of the GHQ-28 in neurological patients. British Journal of Psychiatry 1986; 148: 548- 553.
8- Sriram TG, Chandrashekar CR, Isac MK, et al. The General Health Questionnaire (GHQ): comparison of the English version and Indian version. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1989; 24: 317- 320.
9- Aderibigbe YA, Gureje O. The validation of the GHQ-28 in a Nigerian clinic. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1992; 17: 280- 83.
10- Stansfield SA, Marmot MG. Social class and minor Psychiatric disorder in British civil servants: A validated screening survey using the General health Questionnaire. Pscychological Medicine 1992; 22: 739- 749.
11- Cheung P, Spears G. Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1994; 29: 95- 99.
12- Goldberg D, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two version of the GHQ in general health care. Psychological medicine 1983; 27 (1): 191- 197.
13- Palahang H, Nasr M, Baraheni MT, et al. Epidemiological study of mental disorders in Kashan city. Andisheh and Raftar Journal 1996; 8: 19- 27.
14- Yaghoubi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiological study of mental disorders in urban and urban areas of SoumaahSara city- Gilan. Andisheh and Raftar Journal 1995; 4: 55- 65.
15- Derogatis LR, Lobo A, Folstien M, et al. The SCL-90-R as a psychiatric screaning instrument in a population, JAMA 1983; 249: 751- 57.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]