

دوفصلنامه علمی تخصصی «پژوهشنامه روانشناسی عدالت»

سال اول، شماره یک، بهار و تابستان ۱۳۹۵

ویژگی‌های روان‌سنجی فرم بازسازی شده پرسشنامه

شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد مبتلا به ایدز

(صفحه ۱۳۰-۸۶)

دکتر شهره شکرزاده^۱، دکتر کامبیز کامکاری^۲، پرویز مرادیان زند^۳، رقیه کیاکجوری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۲۰

چکیده

هدف تحقیق، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد مبتلا به ایدز می‌باشد. روش تحقیق در حیطه تحقیقات روش‌شناختی با تأکید بر روان‌سنجی قرار می‌گیرد. جامعه آماری را تمامی مردان و زنان مبتلا به ویروس ایدز تشکیل می‌دهند که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۶۱ نفر به‌عنوان نمونه، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) است که دارای روایی و اعتبار مطلوبی می‌باشد. به منظور تعیین ضریب اعتبار پرسشنامه با تأکید بر تجانس درونی سؤالات از دو روش آلفا کرانباخ و روش دو نیمه کردن آزمون استفاده شده است؛ همچنین، به منظور بررسی ضرایب روایی از روایی ملاکی از نوع همزمان استفاده شده که در این راستا از پرسشنامه

۱- دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

۲- دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

۳- پرویز مرادیان زند، دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه عدالت، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

p.moradianzand@yahoo.com

۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت‌آملی

سنجش ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت (DAPP-BQ) و همبستگی دو پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و در نهایت، از روایی سازه از نوع سلسله مراتبی متعامد و تعیین ضریب وضوح‌گرایی استفاده شده است و یافته‌ها نشان داد که تمامی ضرایب اعتبار بالاتر از $0/70$ بوده و نشان‌دهنده ضریب اعتبار مطلوب پرسشنامه حاضر در تمامی مقیاس‌های مورد بررسی می‌باشند. همچنین، فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) با پرسشنامه سنجش ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت در افراد مبتلا به ایدز دارای روایی همزمان است و دارای ساختار درونی بوده و شامل ۵۰ مقیاس و ۵ عامل می‌باشد. در نهایت، می‌توان عنوان نمود که مقیاس‌های این ابزار دارای روایی تفکیکی بوده و می‌توانند افراد مبتلا به ایدز را از افراد عادی تفکیک نمایند.

واژه‌های کلیدی: ویژگی‌های روان‌سنجی، فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲، ایدز

مقدمه

همواره از دیرباز به کاربرد آزمون‌های روان‌شناختی تأکید شده و تلاش‌های متعددی پیرامون شناسایی روایی و اعتبار ابزارهای روان‌شناختی انجام گرفته است. اولین تحقیق در زمینه روایی ابزارهای روان‌شناختی به اقدامات ترمن و اوتیس^۱ در سال ۱۹۱۷ باز می‌گردد (کایلوت، بوکاکینی، واریلا، دیویس و روستو^۲، ۲۰۱۰). کاربرد پرسشنامه‌های شخصیتی در زمینه رفتارهای بزهکاری به‌عنوان اقدامی مؤثر شناخته می‌شود. این ابزارها در سنجش گرایش‌های پرخاشگری، اختلالات شخصیت و گرایش به سوء استفاده از مواد کاربردهای فراوانی را به نمایش گذاشته است و هر چند که برای اولین مرتبه در غربالگری نیروهای پلیس به کار برده می‌شدند ولی امروزه به‌عنوان ابزارهایی معتبر در توصیف و تبیین رفتارهای بزهکاری به کار برده می‌شوند و می‌تواند شاخص‌های بالینی از قبیل اختلالات خلقی را مشخص سازد (زینلی، ۱۳۹۲).

در فرایند سنجش روان‌شناختی، با تأکید بر رویکرد درمانی، همواره به شناسایی و تشخیص مشکلات و عوارض روان‌شناختی پرداخته شده و تلاش می‌گردد، با تشخیص دقیق بتوان بستر مناسبی را برای ارائه خدمات درمانی فراهم ساخت. در مواقعی که سنجش روان‌شناختی مسیر نادرستی را طی کند و به‌گونه‌ای دقیق، شناسایی عوارض روان‌شناختی یا علائم و نشانگان^۳ اختلالات روان‌شناختی را مورد غفلت قرار دهد. آنگاه تشخیص مشکلات و اختلالات روان‌شناسی نادرست بوده و بدون هیچ شکی ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی، از بازدهی اندکی برخوردار است (کامکاری و شکرزاده، ۱۳۹۲).

پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا به‌عنوان قدیمی‌ترین ابزار روان‌شناختی در زمینه آسیب شناسی روانی، مشاوره و روان‌درمانی شناخته می‌شود و قدمتی نزدیک به ۷۰ سال دارد. نسخه اول این پرسشنامه در سال ۱۹۴۲ به وسیله هته‌وی و مک‌کین‌لی به جهانیان عرضه شد. پس از آن نسخه دوم MMPI در سال ۱۹۸۹ با نظارت بوچر و تخصصی در انتشارات دانشگاه مینه‌سوتا به چاپ رسید و در نهایت در سال ۲۰۰۸

1- Terman & Otis

2- Caillouet, Boccaccini, Varela, Davis & Rostow

3-signs & symptoms

نسخه دوم پرسشنامه مینه‌سوتا را در تمامی مقیاس‌های بهداشت روانی مورد بازسازی قرار گرفته بود تحت عنوان فرم بازسازی شده پرسشنامه چند وجهی مینه‌سوتا به جهانیان عرضه نمودند (تلگن و بن پورات^۱، ۲۰۰۸).

این ابزار که عمدتاً برای ارزیابی ابعاد پایه‌ای اختلال شخصیت در جمعیت‌های بالینی طراحی شده است، می‌تواند در جهت ارزیابی بیماران با دامنه وسیعی از سایر اختلالات روان‌پزشکی مناسب باشد. بیمارانی با این مشکلات را در بخش‌های بیماران بستری، بخش بیماران سرپائی، مراکز بهداشت روانی می‌توان یافت. فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) برای ارزیابی مشکلات مذکور نیز کاربرد دارد.

ابزار مذکور در سال ۱۹۳۸ مک‌کین‌لی و هته‌وی^۲، پرسشنامه شخصیتی MMPI را به جهانیان عرضه کردند. در راستای روایی محتوایی ابزار مزبور، از روش کلیدی کلید گذاری تجربی استفاده گردیده و روایی افتراقی بین بیماران بستری در بخش روانپزشکی و مراجعین یا ملاقات کنندگان این افراد انجام گرفت. پس از مدتی بر روی موارد پرسشنامه، بازبینی صورت گرفت و نسخه دوم MMPI در سال ۱۹۹۰ تدوین شد. هشت سال بعد، اصلاحات جزئی بر روی نسخه MMPI-2 صورت گرفته و در سال ۱۹۹۸، این نسخه تدوین شد (محمدی، ۱۳۹۲).

در این میان می‌توان به بروز بیماری ایدز در میان جوانان نام برد که امروزه شیوع فراوانی داشته است. در سال ۱۹۷۹ موارد متعددی از بروز یک سرطان نادر به نام سارکوم کاپوسی و پنومونی ناشی از تک‌یاخته پنوموسیستیس کارینی در مردان جوان دارای رابطه با همجنس دیده شده بود که پزشکان را با علامت سؤال در مورد علت بروز آن مواجه ساخته بود. در سال ۱۹۸۳، تیم‌های تحقیقاتی در اروپا و آمریکا به طور همزمان عامل نوعی بیماری را شناسایی کردند و آن را ویروس نقص ایمنی انسانی نام نهادند. جانسون مطرح می‌کند که اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به ایدز شامل اختلالات انطباقی، افسردگی و اکنشی و نیز انواع اختلالات شخصیت می‌باشد. (کارازیمآ، ۲۰۰۲).

1- Ben – Porath & Gartland

2 - McKean lee, Hathaway

3- Carazema

امروزه نود میلیون انسان به این ویروس مبتلا می‌باشند. در پژوهشی که توسط آلیس و کینگ در مجله ایدز منتشر شده است، محققین اشاره نموده‌اند که اختلال شخصیت مرزی در بین مبتلایان به ایدز بیشتر از سایر گروه‌ها است (آلیس و کینگ^۱، ۲۰۰۴).

این بیماری صدمه‌ای جدی بر خانواده‌ها و جوامع زده است، به طوری که آمارها بیان می‌کند جوامعی که به طور جدی دچار معضل ایدز هستند، به طور متوسط بین یک تا دو درصد از رشد اقتصادی سالانه خود را از دست می‌دهند. این تحقیق با اشاره به بحران نیروی انسانی کارآمد در نتایج خود عنوان می‌کند که ایدز، از دست رفتن کارکنان ماهر مورد نیاز دولت‌ها را برای ارائه خدمات عمومی تشدید می‌کند، به طوری که افراد مبتلا به ایدز، نمی‌توانند به تعهدات اجتماعی پاسخگو باشند، زیرا از مسئولیت اجتماعی پایینی برخوردارند (رونی^۲، ۲۰۰۵).

نتایج پژوهش پرکینز نشانگر آن است که اختلالات شخصیت به طور معناداری در بیماران مبتلا به ایدز مشاهده می‌شود. این بیماران با استفاده زیاد از مکانیسم دفاعی انکار و عدم استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای در رابطه با تهدیدهای بیماری ایدز، از خود واکنش نشان می‌دهند. نتایج تحقیق آلیس بیانگر آن است که اختلال شخصیت مرزی در بیماران مبتلا به ایدز، به طور معناداری بالا بوده است. همچنین، این بیماران از نظر خودبیمارانگاری، افسردگی، هیستری، سایکوپاتی، ضعف روانی، روان‌گسیختگی و مانیا به طور معناداری با گروه کنترل تفاوت دارند (آلیس و کینگ، ۲۰۰۴).

کاپلان^۳ و همکاران (۲۰۰۱) نشان داده‌اند که هذیان، اختلالات اضطرابی، اختلال سازگاری، اختلال افسردگی، سوء مصرف مواد و خودکشی از جمله نشانه‌های بیماری ایدز هستند. نتایج پژوهش گاسپاریتی بیانگر آن است که جنبه‌های مختلف روان‌شناختی مانند عوامل انگیزشی، عاطفی و شناختی در سازماندهی این بیماری نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند. در واقع عوامل و الگوهای شخصیتی مانند ضعف در مهارت‌های مقابله‌ای و حرمت خود، عدم توانمندی فرد و ضعف در مهارت‌های

1- Ellis & king

2- Rooney

3- Kaplan

ارتباطی و اجتماعی می‌توانند فرد را به طور هوشیار یا ناهوشیار به سوی تجربه‌های سوء مصرف مواد و رابطه با هم جنس سوق دهند (وطن‌خواه، ۲۰۰۶).

همچنین، نتایج پژوهش نخبوان و وان‌خواه در سال ۱۳۸۳ بیانگر آن است که انواع زیادی از اختلالات روان‌پزشکی و نورولوژیکی در بیماران مبتلا به ایدز ممکن است پدید آید که شایع‌ترین این اختلالات کمپلکس دمانس ایدز نامیده می‌شود. سایر سندروم‌های روان‌پزشکی ناشی از ایدز عبارت‌اند از دلیریوم، اختلالات اضطرابی، افسردگی، سوء مصرف مواد و خودکشی (فرزادی، ۲۰۰۷).

در هر یک از رویکردهای روان‌شناختی، تأثیرگذاری اختلالات شخصیت در سوء مصرف مواد و روابط جنسی پرخطر که نهایتاً ممکن است منجر به ابتلا به بیماری ایدز شود، متفاوت از دیگری تعبیر شده است. با این حال تمامی آنان با هر گرایش و نظری معتقدند که معنادان و افراد مبتلا به بیماری ایدز با الگوی اعتیاد تزریقی، از نظر شخصیتی افرادی محروم از بلوغ عاطفی، عصیانگر، دارای احساسات خصومت‌آمیز و رشد اجتماعی ناکافی هستند. این افراد با ابتلا به نقص سیستم ایمنی انسانی، از طریق اعتیاد تزریقی و روابط جنسی محافظت نشده پرخطر، دارای گرایش‌های افسردگی و حساسیت‌های عاطفی، بی‌زاری، تنهایی و در مجموع برخوردار از ویژگی‌های روان‌پریشی و روان‌رنجوری هستند (خواجه موگهی، ۱۹۹۴).

از میان پژوهش‌هایی که بر روی بیماران مبتلا به عفونت HIV صورت گرفته است، تعداد مطالعاتی که در جهت شناسایی آلودگی‌های محور II صورت گرفته باشد فوق العاده اندک است. پژوهش‌هایی که بر روی «صفات یا عوامل شخصیتی» این بیماران اجرا شده باشد، نسبتاً زیاد است (اکلیریس، ایرونسون و اسمیت^۱، ۲۰۰۷؛ گالیگو، گوردیلو و کاتالان^۲، ۲۰۰۰؛ بییر، تیلور، گرسینگ و کریشنان^۳، ۲۰۰۷) اما مطالعات محدودی به بررسی اختلالات شخصیت در این دسته از بیماران پرداخته‌اند. از این رو، ضرورت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار مذکور در جامعه افراد مبتلا به ایدز احساس می‌شود.

1- O' Cleirigh, Ironson & Smit
 2- Gallego, Gordillo & Catalan,
 3- Beyer, Taylor, Gersing & Krishnan

همان طور که پیش از این اشاره شد، تورینا، فرازو، تورانو، کاکیان، ریگینی، کاستیلی و اسکچیتی^۱، ۲۰۰۰ و همچنین ساین و اچیتیل^۲ (۲۰۰۶) معتقدند که تنها تعداد اندکی از مطالعات، اختلالات شخصیت را در بیماران مبتلا به HIV+ بررسی کرده‌اند و تمرکز پژوهش‌ها عمدتاً بر روی عوامل شخصیتی این بیماران، بر اساس مدل پنج عاملی بوده است. برای مثال، مید و سیکما^۳ (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای مروری، ۶۳ مقاله از ۵۲ مطالعه مستقل در این زمینه را بررسی کردند و تنها ۲ مقاله را یافتند (ساکس و همکاران، ۱۹۹۰؛ ساکس و درماتیس، ۱۹۹۴) که نقش اختلالات محور II را مورد بررسی قرار داده بودند (شریفی، محمودعلیلو و هاشمی نصرت‌آباد، ۱۳۹۰).

بنابراین، ابهامات گوناگونی در زمینه سنجش روان‌شناختی و به خصوص شخصیت افراد دارای نقص ایمنی وجود دارد که به راحتی نمی‌توان به بررسی دقیق ویژگی‌های شخصیت این افراد پرداخت. اینگونه ابهامات باعث شده است تا تشخیص ویژگی‌های شخصیت این افراد با استفاده از ابزارهای مختلف، پژوهش‌های گوناگونی را به خود اختصاص دهد. از این‌رو، عنوان می‌شود که به راحتی نمی‌توان به استفاده از ابزارهای گوناگون در زمینه تشخیص ویژگی‌های شخصیت افراد مبتلا به ایدز پرداخت. لازم به ذکر است تا وقتی که نتوان ارتباط بین شخصیت، بیماری ایدز و عوامل پُرخطر را به درستی تشخیص داد، نمی‌توان از شیوه‌های درمانی مناسبی نیز در این زمینه استفاده نمود. اینگونه پیچیدگی‌ها باعث شده تا در شناسایی و تشخیص شخصیت از ابزارهای خاصی استفاده شود. در این زمینه منبع مسأله به عنوان فقدان اطلاعات روان‌سنجی در ابزارهای سنجش آسیب‌شناسی روانی با تأکید بر گرایش به بیماران ویروس ایدز می‌باشد.

همچنین، با توجه به تحقیقات متعددی نیز که در این حیطه صورت گرفته، هنوز تحقیق معتبری در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز صورت نگرفته است؛ بنابراین، سؤال اصلی تحقیق اینگونه مطرح می‌شود که: آیا فرم بازسازی

1- Turrina, Fiorazzo, Turano, Cacciani, Regini, Castelli & Sacchetti

2- Singh & Ochitill

3- Mead & Sikkema

- شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از ویژگی‌های مطلوب روان‌سنجی برخوردار است یا خیر؟ در راستای پاسخ به سؤال اصلی، سوال‌های فرعی به شرح زیر ارائه می‌شوند:
- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از تجانس درونی مطلوبی برخوردار است؟
 - آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از روایی تفکیکی برخوردار است؟
 - آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از روایی تشخیصی برخوردار است؟
 - آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از روایی ملاکی (از نوع همزمان) برخوردار است؟
 - آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از روایی سازه برخوردار است؟

روش‌شناسی

با توجه به اینکه ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار همواره زیرمجموعه‌ای از مطالعات روان‌سنجی است و مطالعات روان‌سنجی نیز زیرمجموعه‌ای از پژوهش‌های روش‌شناختی در نظر گرفته می‌شوند، بنابراین پژوهش حاضر در حیطه مطالعات روان‌سنجی می‌باشد.

جامعه آماری تحقیق حاضر را تمامی مردان و زنان مبتلا به ویروس ایدز تشکیل می‌دهند که در طیف سنی متفاوت و در مراکز درمانی - بهداشتی استان مازندران تحت درمان می‌باشند؛ این افراد به صورت خودمعرف یا از طریق ارجاع برای درمان مراجعه نموده‌اند و در حال دریافت خدمات بهداشتی - درمانی و توانبخشی هستند. با توجه به اینکه جامعه حاضر گروه ویژه بوده و افرادی هستند که مبتلا به ویروس ایدز می‌باشند، از این رو، جامعه تحقیق حاضر به‌عنوان جامعه هدف محسوب می‌شود. با توجه به اینکه جامعه هدف تحقیق حاضر را تمامی مردان و زنان مبتلا به ویروس ایدز تشکیل می‌دهند که در طیف سنی متفاوت و در مراکز درمانی - بهداشتی استان مازندران تحت درمان می‌باشند، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۶۱ نفر

به‌عنوان نمونه، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. لازم به ذکر است به منظور بررسی روایی تشخیصی، تعداد ۶۱ نفر نیز از افراد عادی به عنوان گروه مقایسه، به منظور بررسی روایی تفکیکی و تشخیصی، انتخاب و پرسشنامه‌های تحقیق بر روی آن‌ها نیز اجرا شدند.

ابزار اندازه‌گیری تحقیق حاضر، فرم بازسازی‌شده پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI- 2RF) می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۹۳۸ توسط مک‌کین‌لی و هته‌وی^۱، تحت عنوان پرسشنامه شخصیتی MMPI به جهانیان عرضه شد. در راستای روایی محتوایی ابزار مزبور، از روش کلیدگذاری تجربی استفاده شده و روایی افتراقی بین بیماران بستری در بخش روانپزشکی و مراجعین یا ملاقات‌کنندگان این افراد انجام گرفت. پس از مدتی بر روی موارد پرسشنامه، بازبینی صورت گرفت و نسخه دوم MMPI در سال ۱۹۹۰ تدوین شد. هشت سال بعد، اصلاحات جزئی بر روی نسخه MMPI-2 صورت گرفته و در سال ۱۹۹۸، این نسخه تدوین شد.

در سال ۲۰۰۳، تحولات چشمگیری در سنجش نوین رخ داد و مقیاس‌های بالینی این پرسشنامه تغییر یافت. این روند ادامه داشت تا در سال ۲۰۰۸، انجمن روان‌شناسان آمریکا و کمیسیون بخش روانشناسی از MMPI-2RF به‌عنوان کامل‌ترین ابزار طلایی^۲ یاد کردند. امروزه این آزمون به‌عنوان کامل‌ترین ابزار روانشناختی است که نه تنها نیمرخ شخصیتی بلکه اختلالات شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی را تحت عنوان عوارض روانشناختی در پنجاه مقیاس بالینی با پنج نوع فرم متفاوت نیمرخ شخصیتی ارائه می‌دهد.

بوچر^۳ (۲۰۰۳) و پس از آن بن پورات و تلگن (۲۰۰۸) عنوان نمودند که باید از MMPI-2RF به عنوان رویکرد نوین در بخش روانشناختی بهره‌مند شد. زیرا با مقیاس‌های بالینی دقیق، عوارض روانشناختی، مشکلات جسمانی با ریشه روانشناختی، اختلالات شخصیت و از همه مهم‌تر با مشکلات روانشناختی سطوح مرتبط با ضرورت برای مشاوره و روان‌درمانی ارائه می‌کند. با توجه به نتایج

1 - McKean lee, Hathaway

2- Golden instrument

3- Butcher

تحلیل‌های عامل تأییدی و بهره‌گیری از نرم افزار لیزرل، مشخص گردیده است که ابزار مزبور از روایی‌سازه مطلوبی برخوردار است. علاوه بر آن با رجوع به تشخیص‌های روانپزشکی و ابزارهای موزی، دارای روایی ملاکی بالایی است. همچنین، تمامی پنجاه خرده مقیاس بالینی از ضرایب اعتبار بالاتر از ۰/۸۰ برخوردار است.

در ایران MMPI-2RF توسط کامکاری و شکرزاده (۱۳۸۸) ترجمه و انطباق یابی گردید و با حجم نمونه ۱۲۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد تربیت بدنی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز مورد اعتبار یابی قرار گرفت. ضرایب اعتبار برای مقیاس‌های بالینی (پنجاه خرده مقیاس) بالاتر از ۰/۸۰ بود و این اقدام از طریق روش آلفای کرونباخ صورت گرفت. علاوه بر آن، ۳۰ نفر از نمونه‌های تحقیق، سه ماه بعد مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند و ضریب اعتبار با تأکید بر آزمون- بازآزمون، فراتر از ۰/۸۰ بود.

با مصاحبه بالینی ۳۰ نفر که دو مرتبه مورد آزمون قرار گرفتند، دلایل مستند و معتبری پیرامون روایی ملاکی به دست آمد. این اقدام از طریق محاسبه همبستگی بین رتبه‌های دانشجویان در مصاحبه بالینی با تأکید بر خرده مقیاس‌های بالینی RC1 تا RC9 و نتایج حاصله از پرسشنامه به دست آمد که دامنه ضرایب این همبستگی بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۵ بود. پژوهشگران عنوان نمودند که آزمون فوق از اعتبار و روایی مقبولی برخوردار است و در ایران کاربردهای مناسبی برای سنجش روانشناختی صورت می‌دهد.

این آزمون با تأکید بر قانون بازآزمایی مجدد در استانداردهای آزمون‌های روانشناختی توسط شاهین‌طبع و همکاران (۱۳۸۸) در دانشگاه علوم انتظامی، مورد اعتبارسنجی و سنجش‌روایی قرار گرفت و با حجم نمونه ۲۰۰ نفر از دانشجویان سال اول تا چهارم، ضرایب اعتبار فراتر از ۰/۸۰ بدست آمد. همچنین نتایج حاصل تحلیل عامل تأییدی با شاخص بتلر- هولز و نیکویی برازش استاندارد شده در سطح $\alpha = 0.05$ معنی دار بود و نشان‌دهنده روایی سازه این ابزار در ایران می‌باشد. آزمون مزبور که در ایران استاندارد شده است، دارای ۳۳۸ سؤال بوده و از طریق نرم افزار نمره‌گذاری شده و می‌تواند برای هرآزمودنی، پنج نیمرخ مجزای در راستای ارائه

خدمات پیشگیری، راهنمایی و مشاوره ارائه دهد. این آزمون در حیطه پرسشنامه‌های دوگزینه‌ای قرار دارد.

ساختار فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) شامل ۵۰ مقیاس بوده که دارای ۸ مقیاس روایی، ۳ مقیاس نارسایی، ۹ مقیاس بالینی، ۲۵ مقیاس محتوایی مشکلات ویژه و ۵ مقیاس آسیب‌شناسی شخصیتی است که بر اساس ۳۳۸ سؤال دو گزینه‌ای با کلیدگذاری صفر و یک نمرات خام به نمرات تراز تبدیل گردیده و از این طریق می‌توان فقدان برافراشتگی، برافراشتگی خفیف و برافراشتگی شدید را مشاهده نمود. آزمون مزبور که در ایران استاندارد شده است، دارای ۳۳۸ سؤال بوده و از طریق نرم افزار پیشرفته به سرعت نمره‌گذاری شده و می‌تواند برای هر آزمودنی، پنج نیمرخ مجزای در راستای ارائه خدمات پیشگیری، راهنمایی و مشاوره ارائه دهد. این آزمون در حیطه پرسشنامه‌های دوگزینه‌ای قرار دارد.

به منظور پاسخگویی به سوال‌های پژوهش، برای تعیین ضریب اعتبار پرسشنامه با تأکید بر تجانس درونی سؤالات از دو روش آلفا کرانباخ و دو نیمه کردن آزمون با اصلاح اسپیرمن- براون (با استفاده از مدل آماری همبستگی پیرسون بین دو نیمه) استفاده شده است؛ همچنین، به منظور بررسی روایی همزمان از نوع ملاکی استفاده شده که در این راستا از پرسشنامه سنجش ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت (DAPP-BQ) و همبستگی دو پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و در نهایت، از روایی سازه از نوع سلسله مراتبی و برای بررسی روایی تشخیصی از مدل آماری t تک‌گروهی استفاده شده است که نتایج به شرح زیر می‌باشند:

یافته‌ها

جدول ۱: ضرایب اعتبار دو نیمه کردن آزمون و آلفا کرانباخ مرتبط با مقیاس‌های «نارسایی سه‌گانه» جهت محاسبه تجانس درونی پرسشنامه

اصلاح	دو نیمه کردن	آلفا کرانباخ	مقیاس‌های نارسایی سه‌گانه
اسپیرومن - براون			
۰/۹۲	۰/۸۵	۰/۷۴	نارسایی هیجانی
۰/۸۸	۰/۷۸	۰/۷۵	نارسایی تفکر
۰/۸۵	۰/۷۴	۰/۷۵	نارسایی رفتاری

با تأکید بر میزان ضرایب اعتبار به دست آمده، می‌توان مطرح نمود با توجه به اینکه ضرایب اعتبار مقیاس‌های «نارسایی سه‌گانه» برای محاسبه تجانس درونی با روش آلفا کرانباخ بالاتر از ۰/۷۵ و با روش دو نیمه کردن با اصلاح اسپیرمن - براون بالاتر از ۰/۸۵ می‌باشند، مطرح می‌شود که مقیاس‌های «نارسایی سه‌گانه» در مبتلایان به ایدز دارای تجانس درونی و ثبات می‌باشند.

جدول ۲: ضرایب اعتبار دو نیمه کردن آزمون و آلفا کرانباخ مرتبط با مقیاس‌های «بالینی» جهت محاسبه تجانس درونی پرسشنامه

اصلاح	دو نیمه کردن	آلفا کرانباخ	مقیاس‌های بالینی
اسپیرومن - براون			
۰/۸۶	۰/۷۶	۰/۷۴	ضعف روحیه
۰/۸۸	۰/۷۹	۰/۷۷	شکایات جسمانی
۰/۹۳	۰/۸۷	۰/۸۵	هیجان‌ات مثبت پایین
۰/۸۸	۰/۷۹	۰/۷۸	بدبینی
۰/۸۸	۰/۸۰	۰/۷۷	رفتار ضداجتماعی
۰/۸۹	۰/۸۱	۰/۷۷	عقاید گزند و آزار
۰/۸۳	۰/۷۱	۰/۷۲	هیجان‌ات منفی مختل‌کننده
۰/۸۶	۰/۷۵	۰/۷۴	تجارب عجیب و غریب
۰/۸۸	۰/۷۹	۰/۷۸	فعالیت‌گرایی هیپومانیک

با تأکید بر میزان ضرایب اعتبار به دست آمده، می‌توان مطرح نمود با توجه به اینکه ضرایب اعتبار مقیاس‌های «بالینی» برای محاسبه تجانس درونی با روش آلفا کرانباخ بالاتر از ۰/۷۲ و با روش دو نیمه کردن با اصلاح اسپیرمن- براون بالاتر از ۰/۸۶ می‌باشند، مطرح می‌شود که مقیاس‌های «بالینی» در مبتلایان به ایدز دارای تجانس درونی و ثبات می‌باشند.

جدول ۳: ضرایب اعتبار دو نیمه کردن آزمون و آلفا کرانباخ مرتبط

با مقیاس‌های «جسمانی / شناختی و درونی‌سازی»

جهت محاسبه تجانس درونی پرسشنامه

مقیاس	آلفا کرانباخ	دو نیمه کردن	اصلاح اسپیرمن- براون
ناخوشی	۰/۸۸	۰/۸۹	۰/۹۴
شکایات گوارشی	۰/۸۸	۰/۸۶	۰/۹۲
شکایات سردرد	۰/۸۸	۰/۸۷	۰/۹۳
شکایات عصب‌شناختی	۰/۸۷	۰/۸۹	۰/۹۴
شکایات شناختی	۰/۸۸	۰/۸۷	۰/۹۳
عقاید مرگ و خودکشی	۰/۸۷	۰/۸۸	۰/۹۴
درماندگی - ناامیدی	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۹۵
خودتردیدی	۰/۸۷	۰/۸۶	۰/۹۲
ناکارآمدی	۰/۸۸	۰/۸۹	۰/۹۴
فشار روانی - نگرانی	۰/۸۸	۰/۸۷	۰/۹۳
اضطراب	۰/۸۶	۰/۸۸	۰/۹۴
استعداد خشم	۰/۸۸	۰/۸۷	۰/۹۳
ترس‌های محدودکننده رفتار	۰/۸۷	۰/۸۶	۰/۹۲
ترس‌های چندگانه مشخص	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۹۵

با تأکید بر میزان ضرایب اعتبار به دست آمده، می‌توان مطرح نمود با توجه به اینکه ضرایب اعتبار مقیاس‌های «جسمانی / شناختی و درونی‌سازی» برای محاسبه تجانس

درونی با روش آلفا کرانباخ بالاتر از ۰/۸۶ و با روش دو نیمه کردن با اصلاح اسپیرمن - براون بالاتر از ۰/۹۲ می‌باشند، مطرح می‌شود که مقیاس‌های «جسمانی/شناختی و درونی‌سازی» در مبتلایان به ایدز دارای تجانس درونی و ثبات می‌باشند.

جدول ۴: ضرایب اعتبار دو نیمه کردن آزمون و آلفا کرانباخ مرتبط

با مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق»

جهت محاسبه تجانس درونی پرسشنامه

اصلاح	دو نیمه کردن	آلفا کرانباخ	مقیاس
اسپیرمن - براون ۰/۸۵	۰/۷۴	۰/۷۲	مشکلات سلوکی نوجوانی
۰/۸۴	۰/۷۳	۰/۷۰	سوء استفاده از مواد
۰/۸۶	۰/۷۵	۰/۷۲	پرخاشگری
۰/۸۳	۰/۷۱	۰/۷۳	هیجان پذیری
۰/۸۵	۰/۷۴	۰/۷۵	مشکلات خانوادگی
۰/۸۶	۰/۷۵	۰/۷۴	منفعل‌گرایی بین‌فردی
۰/۸۵	۰/۷۴	۰/۷۲	اجتناب اجتماعی
۰/۸۲	۰/۷۰	۰/۷۱	کمرویی
۰/۸۶	۰/۷۵	۰/۷۳	عدم پیوندگرایی
۰/۸۶	۰/۷۵	۰/۷۴	علائق ادبی - زیباشناسی
۰/۸۶	۰/۷۶	۰/۷۴	علائق مکانیکی - جسمانی

با تأکید بر میزان ضرایب اعتبار به دست آمده، می‌توان مطرح نمود با توجه به اینکه ضرایب اعتبار مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» برای محاسبه تجانس درونی با روش آلفا کرانباخ بالاتر از ۰/۷۰ و با روش دو نیمه کردن با اصلاح اسپیرمن - براون بالاتر از ۰/۸۲ می‌باشند، مطرح می‌شود که مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» در مبتلایان به ایدز دارای تجانس درونی و ثبات می‌باشند.

جدول ۵: ضرایب اعتبار دو نیمه کردن آزمون و آلفا کرانباخ مرتبط با مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» جهت محاسبه تجانس درونی پرسشنامه

مقیاس	آلفا کرانباخ	دو نیمه کردن	اصلاح اسپیرمن - براون
پرخاشگری درونی	۰/۷۵	۰/۷۶	۰/۸۶
روان‌پریشی	۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۸۸
بی‌مسئولیتی	۰/۷۴	۰/۷۳	۰/۸۴
روان‌نژندی	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۸۳
درون‌گرایی	۰/۷۵	۰/۷۶	۰/۸۶

با تأکید بر میزان ضرایب اعتبار به دست آمده، می‌توان مطرح نمود با توجه به اینکه ضرایب اعتبار مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» برای محاسبه تجانس درونی با روش آلفا کرانباخ بالاتر از ۰/۷۴ و با روش دو نیمه کردن با اصلاح اسپیرمن - براون بالاتر از ۰/۸۳ می‌باشند، مطرح می‌شود که مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» در مبتلایان به ایدز دارای تجانس درونی و ثبات می‌باشند.

جدول ۶: t دو گروه مستقل جهت بررسی روایی تفکیکی

«مقیاس‌های نارسایی‌های سه‌گانه» با تأکید بر دو گروه عادی و مبتلا به ایدز

مقیاس	سطوح	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
نارسایی هیجانی	عادی	۵۶	۱۰/۶۹	۴/۵۲	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۶۲/۸۲	۱۰/۸۵			
نارسایی تفکر	عادی	۶۸/۲۵	۱۳/۸۳	۶/۶۰	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۸۱/۲۴	۱۴/۲۶			
نارسایی رفتاری	عادی	۵۰/۹۶	۹/۵۲	۱۰/۴۷	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۶۵/۱۵	۹/۸۲			

با تأکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های مقیاس‌های «نارسایی‌های سه‌گانه» در دو گروه عادی و مبتلا به ایدز وجود دارد. از این‌رو، با رجوع به میانگین‌های هر دو گروه عنوان می‌شود، افراد مبتلا

به ایدز در مقیاس‌های نارسایی هیجانی، نارسایی تفکر و نارسایی رفتاری دارای برافراشتگی بوده و میانگین آن‌ها از میانگین افراد عادی بالاتر است. از این‌رو، می‌توان عنوان نمود که مقیاس‌های نارسایی‌های سه‌گانه دارای روایی تفکیکی بوده و می‌توانند افراد مبتلا به ایدز را از افراد عادی تفکیک نمایند.

جدول ۷: t دو گروه مستقل جهت بررسی روایی تفکیکی

مقیاس‌های «بالینی» با تأکید بر دو گروه عادی و مبتلا به ایدز

مقیاس	سطوح	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری																																																																												
ضعف روحیه	عادی	۶۰/۶۱	۱۰/۳۵	۵/۳۰	۲۰۲	۰/۰۰۱																																																																												
	ایدز	۶۸/۴۳	۱۰/۶۷				شکایات جسمانی	عادی	۶۵/۰۷	۱۰/۲۷	۳/۰۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۹/۵۲	۱۰/۲۳	هیجان‌ات مثبت پایین	عادی	۵۳/۱۵	۱۱/۳۵	۱/۷۸	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۵۶/۱۹	۱۲/۸۵	بدبینی	عادی	۵۹/۵۸	۸/۷۰	۲/۶۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۳/۱۳	۱۰/۰۳	رفتار ضداجتماعی	عادی	۴۹/۵۰	۹/۴۴	۱۲/۵۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۸/۰۵	۱۱/۵۴	عقاید گزند و آزار	عادی	۶۹/۱۰	۱۵/۳۵	۶/۲۶	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۸۱/۷۳	۱۳/۳۶	هیجان‌ات منفی مختل‌کننده	عادی	۵۸/۹۸	۱۱/۳۴	۴/۱۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۶/۰۹	۱۲/۸۲	تجارب عجیب و غریب	عادی	۶۵/۱۴	۱۲/۳۴	۶/۱۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۷۵/۴۳	۱۱/۵۰	فعالیت‌گرایی هیپومانیک	عادی	۵۲/۳۰	۸/۹۸	۵/۴۳	۲۰۲
شکایات جسمانی	عادی	۶۵/۰۷	۱۰/۲۷	۳/۰۹	۲۰۲	۰/۰۰۱																																																																												
	ایدز	۶۹/۵۲	۱۰/۲۳				هیجان‌ات مثبت پایین	عادی	۵۳/۱۵	۱۱/۳۵	۱/۷۸	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۵۶/۱۹	۱۲/۸۵	بدبینی	عادی	۵۹/۵۸	۸/۷۰	۲/۶۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۳/۱۳	۱۰/۰۳	رفتار ضداجتماعی	عادی	۴۹/۵۰	۹/۴۴	۱۲/۵۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۸/۰۵	۱۱/۵۴	عقاید گزند و آزار	عادی	۶۹/۱۰	۱۵/۳۵	۶/۲۶	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۸۱/۷۳	۱۳/۳۶	هیجان‌ات منفی مختل‌کننده	عادی	۵۸/۹۸	۱۱/۳۴	۴/۱۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۶/۰۹	۱۲/۸۲	تجارب عجیب و غریب	عادی	۶۵/۱۴	۱۲/۳۴	۶/۱۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۷۵/۴۳	۱۱/۵۰	فعالیت‌گرایی هیپومانیک	عادی	۵۲/۳۰	۸/۹۸	۵/۴۳	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۰/۰۲	۱۱/۱۸						
هیجان‌ات مثبت پایین	عادی	۵۳/۱۵	۱۱/۳۵	۱/۷۸	۲۰۲	۰/۰۰۱																																																																												
	ایدز	۵۶/۱۹	۱۲/۸۵				بدبینی	عادی	۵۹/۵۸	۸/۷۰	۲/۶۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۳/۱۳	۱۰/۰۳	رفتار ضداجتماعی	عادی	۴۹/۵۰	۹/۴۴	۱۲/۵۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۸/۰۵	۱۱/۵۴	عقاید گزند و آزار	عادی	۶۹/۱۰	۱۵/۳۵	۶/۲۶	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۸۱/۷۳	۱۳/۳۶	هیجان‌ات منفی مختل‌کننده	عادی	۵۸/۹۸	۱۱/۳۴	۴/۱۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۶/۰۹	۱۲/۸۲	تجارب عجیب و غریب	عادی	۶۵/۱۴	۱۲/۳۴	۶/۱۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۷۵/۴۳	۱۱/۵۰	فعالیت‌گرایی هیپومانیک	عادی	۵۲/۳۰	۸/۹۸	۵/۴۳	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۰/۰۲	۱۱/۱۸																
بدبینی	عادی	۵۹/۵۸	۸/۷۰	۲/۶۹	۲۰۲	۰/۰۰۱																																																																												
	ایدز	۶۳/۱۳	۱۰/۰۳				رفتار ضداجتماعی	عادی	۴۹/۵۰	۹/۴۴	۱۲/۵۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۸/۰۵	۱۱/۵۴	عقاید گزند و آزار	عادی	۶۹/۱۰	۱۵/۳۵	۶/۲۶	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۸۱/۷۳	۱۳/۳۶	هیجان‌ات منفی مختل‌کننده	عادی	۵۸/۹۸	۱۱/۳۴	۴/۱۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۶/۰۹	۱۲/۸۲	تجارب عجیب و غریب	عادی	۶۵/۱۴	۱۲/۳۴	۶/۱۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۷۵/۴۳	۱۱/۵۰	فعالیت‌گرایی هیپومانیک	عادی	۵۲/۳۰	۸/۹۸	۵/۴۳	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۰/۰۲	۱۱/۱۸																										
رفتار ضداجتماعی	عادی	۴۹/۵۰	۹/۴۴	۱۲/۵۵	۲۰۲	۰/۰۰۱																																																																												
	ایدز	۶۸/۰۵	۱۱/۵۴				عقاید گزند و آزار	عادی	۶۹/۱۰	۱۵/۳۵	۶/۲۶	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۸۱/۷۳	۱۳/۳۶	هیجان‌ات منفی مختل‌کننده	عادی	۵۸/۹۸	۱۱/۳۴	۴/۱۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۶/۰۹	۱۲/۸۲	تجارب عجیب و غریب	عادی	۶۵/۱۴	۱۲/۳۴	۶/۱۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۷۵/۴۳	۱۱/۵۰	فعالیت‌گرایی هیپومانیک	عادی	۵۲/۳۰	۸/۹۸	۵/۴۳	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۰/۰۲	۱۱/۱۸																																				
عقاید گزند و آزار	عادی	۶۹/۱۰	۱۵/۳۵	۶/۲۶	۲۰۲	۰/۰۰۱																																																																												
	ایدز	۸۱/۷۳	۱۳/۳۶				هیجان‌ات منفی مختل‌کننده	عادی	۵۸/۹۸	۱۱/۳۴	۴/۱۹	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۶/۰۹	۱۲/۸۲	تجارب عجیب و غریب	عادی	۶۵/۱۴	۱۲/۳۴	۶/۱۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۷۵/۴۳	۱۱/۵۰	فعالیت‌گرایی هیپومانیک	عادی	۵۲/۳۰	۸/۹۸	۵/۴۳	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۰/۰۲	۱۱/۱۸																																														
هیجان‌ات منفی مختل‌کننده	عادی	۵۸/۹۸	۱۱/۳۴	۴/۱۹	۲۰۲	۰/۰۰۱																																																																												
	ایدز	۶۶/۰۹	۱۲/۸۲				تجارب عجیب و غریب	عادی	۶۵/۱۴	۱۲/۳۴	۶/۱۵	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۷۵/۴۳	۱۱/۵۰	فعالیت‌گرایی هیپومانیک	عادی	۵۲/۳۰	۸/۹۸	۵/۴۳	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۰/۰۲	۱۱/۱۸																																																								
تجارب عجیب و غریب	عادی	۶۵/۱۴	۱۲/۳۴	۶/۱۵	۲۰۲	۰/۰۰۱																																																																												
	ایدز	۷۵/۴۳	۱۱/۵۰				فعالیت‌گرایی هیپومانیک	عادی	۵۲/۳۰	۸/۹۸	۵/۴۳	۲۰۲	۰/۰۰۱	ایدز	۶۰/۰۲	۱۱/۱۸																																																																		
فعالیت‌گرایی هیپومانیک	عادی	۵۲/۳۰	۸/۹۸	۵/۴۳	۲۰۲	۰/۰۰۱																																																																												
	ایدز	۶۰/۰۲	۱۱/۱۸																																																																															

با تأکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های مقیاس‌های «بالینی» در دو گروه عادی و مبتلا به ایدز وجود دارد. از این‌رو، با رجوع به میانگین‌های هر دو گروه عنوان می‌شود، افراد مبتلا به ایدز در مقیاس‌های بالینی دارای برافراشتگی بوده و میانگین آن‌ها از میانگین افراد عادی بالاتر است. از این‌رو، می‌توان عنوان نمود که مقیاس‌های بالینی دارای روایی تفکیکی بوده

و می‌توانند افراد مبتلا به ایدز را از افراد عادی تفکیک نمایند.

جدول ۸: t دو گروه مستقل جهت بررسی روایی تفکیکی مقیاس‌های

«جسمانی / شناختی و درونی سازی» با تأکید بر دو گروه عادی و مبتلا به ایدز

مقیاس	سطوح	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
ناخوشی	عادی	۵۴/۷۱	۱۱/۲۷	۳/۷۸	۲۰۲	۰/۰۰۷
	ایدز	۶۰/۸۷	۱۱/۹۷			
شکایات گوارشی	عادی	۶۷/۹۲	۹/۹۶	۰/۰۵	۲۰۲	۰/۹۶۰
	ایدز	۶۸	۱۲/۲۶			
شکایات سردرد	عادی	۶۰/۷۴	۱۰/۶۷	۰/۴۸	۲۰۲	۰/۶۳۱
	ایدز	۵۹/۹۷	۱۲/۲۴			
شکایات عصب‌شناختی	عادی	۶۱/۹۳	۱۲/۷۸	۷/۶۶	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۷۴/۰۶	۹/۶۰			
شکایات شناختی	عادی	۶۵/۵۱	۱۰/۹۸	۳/۹۴	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۷۲/۰۱	۱۲/۵۰			
عقاید مرگ و خودکشی	عادی	۵۸/۲۱	۱۶/۰۷	۷/۴۵	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۷۷/۸۷	۲۱/۲۴			
درماندگی - ناامیدی	عادی	۵۵/۴۶	۱۲/۴۵	۴/۰۶	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۶۲/۵۲	۱۲/۳۹			
خودتردیدی	عادی	۵۴/۴۲	۱۰/۴۹	۳/۸۶	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۶۰/۰۷	۱۰/۴۲			
ناکارآمدی	عادی	۵۸/۷۶	۷/۶۸	۳/۱۵	۲۰۲	۰/۰۰۲
	ایدز	۶۲/۶۱	۹/۶۳			
فشار روانی - نگرانی	عادی	۵۴/۱۳	۸/۰۱	۲/۹۰	۲۰۲	۰/۰۰۴
	ایدز	۵۷/۶۱	۹/۰۴			
اضطراب	عادی	۶۰/۸۳	۱۵/۶۰	۲/۷۰	۲۰۲	۰/۰۰۷
	ایدز	۶۷/۱۲	۱۷/۵۲			
استعداد خشم	عادی	۵۷/۵۰	۹/۹۵	۱/۴۳	۲۰۲	۰/۱۵۴
	ایدز	۵۹/۴۶	۹/۶۲			
ترس‌های محدودکننده رفتار	عادی	۷۶/۶۹	۱۴/۴۳	۰/۲۴	۲۰۲	۰/۸۰۷
	ایدز	۷۷/۲۰	۱۵/۲۷			
ترس‌های چندگانه مشخص	عادی	۵۳/۰۲	۹/۶۳	۰/۱۴	۲۰۲	۰/۸۸۸
	ایدز	۵۳/۲۲	۱۰/۲۸			

با تأکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های مقیاس‌های «جسمانی / شناختی و درونی‌سازی» به جز مقیاس‌های شکایات گوارشی، شکایات سردرد، استعداد خشم، ترس‌های محدودکننده رفتار و ترس‌های چندگانه مشخص در دو گروه عادی و مبتلا به ایدز وجود دارد. از این‌رو، با رجوع به میانگین‌های هر دو گروه عنوان می‌شود، افراد مبتلا به ایدز در مقیاس‌های مقیاس‌های جسمانی / شناختی و درونی‌سازی جز مقیاس‌های شکایات گوارشی، شکایات سردرد، استعداد خشم، ترس‌های محدودکننده رفتار و ترس‌های چندگانه دارای برافراستگی بوده و میانگین آن‌ها از میانگین افراد عادی بالاتر است. از این‌رو، می‌توان عنوان نمود که مقیاس‌های جسمانی / شناختی و درونی‌سازی به جز مقیاس‌های شکایات گوارشی، شکایات سردرد، استعداد خشم، ترس‌های محدودکننده رفتار و ترس‌های چندگانه مشخص، دارای روایی تفکیکی بوده و می‌توانند افراد مبتلا به ایدز را از افراد عادی تفکیک نمایند.

جدول ۹: t دو گروه مستقل جهت بررسی روایی تفکیکی مقیاس‌های

«برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» با تأکید بر دو گروه عادی و مبتلا به ایدز

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	میزان t	انحراف معیار	میانگین	سطوح	مقیاس
۰/۰۰۱	۲۰۲	۹/۳۶	۹/۷۱	۴۹/۱۵	عادی	مشکلات
			۱۳/۱۱	۶۴/۲۸	ایدز	سلوکی نوجوانی
۰/۰۰۱	۲۰۲	۱۳/۷۸	۹/۰۹	۴۹/۱۷	عادی	سوء استفاده از
			۱۰/۳۵	۶۷/۹۹	ایدز	مواد
۰/۰۰۱	۲۰۲	۳/۹۰	۱۰/۷۰	۵۵/۹۸	عادی	پرخاشگری
			۱۰/۹۰	۶۱/۸۹	ایدز	
۰/۰۰۱	۲۰۲	۳/۴۸	۱۱/۵۴	۵۳/۳۵	عادی	هیجان‌پذیری
			۱۲/۲۰	۵۹/۱۴	ایدز	
۰/۰۰۱	۲۰۲	۴/۲۰	۹/۲۱	۵۸	عادی	مشکلات
			۱۲/۳۰	۶۴/۴۰	ایدز	خانوادگی

۰/۱۸۱	۲۰۲	۱/۳۴	۸/۱۸	۵۳/۳۳	عادی	منفعل‌گرایی
			۷/۷۷	۵۱/۸۳	ایدز	بین‌فردی
۰/۰۰۹	۲۰۲	۲/۶۵	۶/۰۳	۴۹/۵۲	عادی	اجتناب
			۸/۱۵	۵۲/۱۹	ایدز	اجتماعی
۰/۰۰۲	۲۰۲	۳/۱۱	۷/۶۳	۴۸/۷۰	عادی	کمرویی
			۸/۷۹	۵۲/۲۹	ایدز	
۰/۰۰۱	۲۰۲	۴/۸۴	۱۴/۰۵	۶۳/۸۲	عادی	عدم
			۱۴/۶۲	۷۳/۵۴	ایدز	پیوند‌گرایی
۰/۲۲۱	۲۰۲	۱/۲۲	۷/۰۴	۵۰/۷۰	عادی	علائق ادبی -
			۸/۷۱	۵۲/۰۶	ایدز	زیباشناسی
			۱۰/۶۷	۵۳/۲۶	عادی	علائق
۰/۰۰۱	۲۰۲	۴/۵۱	۸/۵۵	۵۹/۳۸	ایدز	مکانیکی - جسمانی

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق» به جز منفعل‌گرایی بین‌فردی و علائق ادبی - زیباشناسی در دو گروه عادی و مبتلا به ایدز وجود دارد. از این‌رو، با رجوع به میانگین‌های هر دو گروه عنوان می‌شود، افراد مبتلا به ایدز در مقیاس‌های برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق به جز منفعل‌گرایی بین‌فردی و علائق ادبی - زیباشناسی دارای برافراستگی بوده و میانگین آن‌ها از میانگین افراد عادی بالاتر است. از این‌رو، می‌توان عنوان نمود که مقیاس‌های جسمانی / شناختی و درونی‌سازی به جز منفعل‌گرایی بین‌فردی و علائق ادبی - زیباشناسی دارای روایی تفکیکی بوده و می‌توانند افراد مبتلا به ایدز را از افراد عادی تفکیک نمایند.

جدول ۱۰: t دو گروه مستقل جهت بررسی روایی تفکیکی

مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» با تأکید بر دو گروه عادی و مبتلا به ایدز

مقیاس	سطوح	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
پرخاشگری درونی	عادی	۴۸/۱۷	۷/۷۵	۱/۹۳	۲۰۲	۰/۰۵۵
	ایدز	۵۰/۲۹	۷/۹۰			
روان‌پریشی	عادی	۷۱	۱۲/۸۹	-۵/۴۴	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۸۱/۳۰	۱۴/۱۰			
بی‌مسئولیتی	عادی	۴۷/۷۶	۸/۴۷	۱۰/۹۶	۲۰۲	۰/۰۰۱
	ایدز	۶۱/۲۳	۹/۰۶			
روان‌نژندی	عادی	۵۹/۲۲	۱۱/۵۴	۳/۱۹	۲۰۲	۰/۰۰۲
	ایدز	۶۴/۱۶	۱۰/۴۹			
درون‌گرایی	عادی	۵۰/۸۹	۹/۴۱	۰/۵۸	۲۰۲	۰/۵۵۹
	ایدز	۵۱/۷۷	۱۱/۹۶			

با تأکید بر میزان مقادیر t، تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» به جز درون‌گرایی در دو گروه عادی و مبتلا به ایدز وجود دارد. از این‌رو، با رجوع به میانگین‌های هر دو گروه عنوان می‌شود، افراد مبتلا به ایدز در مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت به جز درون‌گرایی دارای برافراشتگی بوده و میانگین آن‌ها از میانگین افراد عادی بالاتر است. از این‌رو، می‌توان عنوان نمود که مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت به جز درون‌گرایی دارای روایی تفکیکی بوده و می‌توانند افراد مبتلا به ایدز را از افراد عادی تفکیک نمایند.

جدول ۱۱: t تک‌گروهی جهت بررسی روایی

تشخیصی مقیاس‌های «نارسایی سه‌گانه» در افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	سطح معنی‌داری
نارسایی هیجانی	۶۵	۶۲/۸۲	-۲/۰۲	۰/۰۴۵
نارسایی تفکر	۶۵	۸۱/۲۴	۱۱/۵۰	۰/۰۰۱
نارسایی رفتاری	۶۵	۶۵/۱۵	۰/۱۶	۰/۸۷۲

با تاکید بر میزان مقادیر t ، تفاوت معنی داری در سطح $\alpha = 0/05$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در مقیاس‌های «نارسایی هیجانی» و «نارسایی رفتاری» وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه در مقیاس «نارسایی تفکر» میانگین تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشد، عنوان می‌شود که نارسایی تفکر در افراد مبتلا به ایدز، بالاتر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالیکه در مقیاس «نارسایی هیجانی» میانگین تجربی پایین‌تر از میانگین نظری می‌باشد، بنابراین، عنوان می‌شود که نارسایی هیجانی در افراد مبتلا به ایدز، پایین‌تر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است. بنابراین، هر دو مقیاس دارای روایی تشخیصی می‌باشند. لازم به ذکر است، از آنجائیکه در مقیاس نارسایی تفکر، تفاوت معنی داری بین میانگین تجربی و نظری وجود ندارد، بنابراین، مقیاس فوق، دارای روایی تشخیصی نمی‌باشد.

جدول ۱۲: t تک گروهی جهت بررسی

روایی تشخیصی مقیاس‌های «بالینی» در افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	سطح معنی داری
ضعف روحیه	۶۵	۶۸/۴۳	۳/۲۴	۰/۰۰۲
شکایات جسمانی	۶۵	۶۹/۵۲	۴/۴۷	۰/۰۰۱
هیجانان مثبت پایین	۶۵	۵۶/۱۹	-۶/۹۱	۰/۰۰۱
بدبینی	۶۵	۶۳/۱۳	-۱/۸۷	۰/۰۶۴
رفتار ضداجتماعی	۶۵	۶۸/۰۵	۲/۶۷	۰/۰۰۹
عقاید گزند و آزار	۶۵	۸۱/۷۳	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱
هیجانان منفی مختل کننده	۶۵	۶۶/۰۹	۰/۸۶	۰/۳۸۹
تجارب عجیب و غریب	۶۵	۷۵/۴۳	۹/۱۵	۰/۰۰۱
فعالیت‌گرایی هیپومانیک	۶۵	۶۰/۰۲	-۴/۴۸	۰/۰۰۱

با توجه به جدول فوق و با تاکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی داری در سطح $\alpha = 0/01$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در تمامی مقیاس‌های «بالینی» بجز مقیاس‌های «بدبینی» و «هیجانان منفی مختل کننده» وجود دارد. با توجه به اینکه در مقیاس‌های «ضعف روحیه»، «شکایات جسمانی»، «رفتار ضداجتماعی»، «عقاید گزند و آزار» و «تجارب عجیب و غریب» میانگین‌های

تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشند، عنوان می‌شود که «ضعف روحیه»، «شکایات جسمانی»، «رفتار ضداجتماعی»، «عقاید گزند و آزار» و «تجارب عجیب و غریب» در افراد مبتلا به ایدز، بالاتر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالیکه در مقیاس‌های «هیجان‌ات مثبت پایین» و «فعالیت‌گرایی هیپومانیک» میانگین‌های تجربی پایین‌تر از میانگین نظری می‌باشند، بنابراین، عنوان می‌شود که «هیجان‌ات مثبت پایین» و «فعالیت‌گرایی هیپومانیک» در افراد مبتلا به ایدز، پایین‌تر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است و مقیاس‌های مذکور دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

لازم به ذکر است، در مقیاس‌های «بدینی» و «هیجان‌ات منفی مختل‌کننده» تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود، از این‌رو، مطرح می‌شود که «بدینی» و «هیجان‌ات منفی مختل‌کننده» در افراد مبتلا به ایدز با نرم جامعه (میزان مورد انتظار) یکسان می‌باشد و مقیاس‌های مذکور دارای روایی تشخیصی نمی‌باشند.

جدول ۱۳: t تک گروهی جهت بررسی روایی تشخیصی

مقیاس‌های «جسمانی / شناختی و درونی‌سازی» در افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	سطح معنی‌داری
ناخوشی	۶۵	۶۰/۸۷	-۳/۴۸	۰/۰۰۱
شکایات گوارشی	۶۵	۶۸	۲/۴۷	۰/۰۱۵
شکایات سردرد	۶۵	۵۹/۹۷	-۴/۱۴	۰/۰۰۱
شکایات عصب‌شناختی	۶۵	۷۴/۰۶	۹/۵۳	۰/۰۰۱
شکایات شناختی	۶۵	۷۲/۰۱	-۵/۶۷	۰/۰۰۱
عقاید مرگ و خودکشی	۶۵	۷۷/۸۷	۶/۱۱	۰/۰۰۱
درماندگی - ناامیدی	۶۵	۶۲/۵۲	-۲/۰۱	۰/۰۴۷
خودتردیدی	۶۵	۶۰/۰۷	-۴/۷۶	۰/۰۰۱
ناکارآمدی	۶۵	۶۲/۶۱	-۲/۴۹	۰/۰۱۴
فشار روانی - نگرانی	۶۵	۵۷/۶۱	-۸/۲۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۶۵	۶۷/۱۲	۱/۲۲	۰/۲۲۳
استعداد خشم	۶۵	۵۹/۴۶	-۵/۸۱	۰/۰۰۱
ترس‌های محدودکننده رفتار	۶۵	۷۷/۲۰	۸/۰۶	۰/۰۰۱
ترس‌های چندگانه مشخص	۶۵	۵۳/۲۲	-۱۱/۵۶	۰/۰۰۱

با توجه به جدول فوق و با تاکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = ۰/۰۱$ و $\alpha = ۰/۰۵$ بین میانگین نظری با

میانگین‌های تجربی در تمامی مقیاس‌های «جسمانی / شناختی و درونی‌سازی» بجز مقیاس‌های «اضطراب» وجود دارد.

با توجه به اینکه در مقیاس‌های «شکایات گوارشی»، «شکایات عصب‌شناختی»، «عقاید مرگ و خودکشی» و «ترس‌های محدودکننده رفتار» میانگین‌های تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشند، عنوان می‌شود که «شکایات گوارشی»، «شکایات عصب‌شناختی»، «عقاید مرگ و خودکشی» و «ترس‌های محدودکننده رفتار» در افراد مبتلا به ایدز، بالاتر از نُرَم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالیکه در مقیاس‌های «ناخوشی»، «شکایات سردرد»، «شکایات شناختی»، «درماندگی - ناامیدی»، «خودتردیدی»، «ناکارآمدی»، «فشار روانی-نگرانی»، «استعداد خشم» و «ترس‌های چندگانه مشخص» میانگین‌های تجربی پایین‌تر از میانگین نظری می‌باشند، بنابراین، عنوان می‌شود که «ناخوشی»، «شکایات سردرد»، «شکایات شناختی»، «درماندگی - ناامیدی»، «خودتردیدی»، «ناکارآمدی»، «فشار روانی-نگرانی»، «استعداد خشم» و «ترس‌های چندگانه مشخص» در افراد مبتلا به ایدز، پایین‌تر از نُرَم جامعه (میزان مورد انتظار) است و مقیاس‌های مذکور دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

لازم به ذکر است، در مقیاس «اضطراب» تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود، از این رو، مطرح می‌شود که «اضطراب» در افراد مبتلا به ایدز با نُرَم جامعه (میزان مورد انتظار) یکسان می‌باشد و مقیاس مذکور دارای روایی تشخیصی نمی‌باشند.

جدول ۱۴: t تک گروهی جهت بررسی روایی تشخیصی

مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» در افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	سطح معنی‌داری
مشکلات سلوکی	۶۵	۶۴/۲۸	-۰/۵۵	۰/۵۸۳
سوء استفاده از مواد	۶۵	۶۷/۹۹	۲/۹۱	۰/۰۰۴
پرخاشگری	۶۵	۶۱/۸۹	-۲/۸۷	۰/۰۰۵
هیجان‌پذیری	۶۵	۵۹/۱۴	-۴/۸۴	۰/۰۰۱
مشکلات خانوادگی	۶۵	۶۴/۴۰	-۰/۴۹	۰/۶۲۵
منفعل‌گرایی بین‌فردی	۶۵	۵۱/۸۳	-۱۷/۱۱	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	-۱۵/۸۵	۵۲/۱۹	۶۵	اجتناب اجتماعی
۰/۰۰۱	-۱۴/۵۸	۵۲/۲۹	۶۵	کمرویی
۰/۰۰۱	۵/۹۰	۷۳/۵۴	۶۵	عدم پیوندگرایی
۰/۰۰۱	-۱۴/۹۸	۵۲/۰۶	۶۵	علائق ادبی -
۰/۰۰۱	-۶/۶۳	۵۹/۳۸	۶۵	علائق مکانیکی -

با توجه به جدول فوق و با تاکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می‌توان عنوان نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = ۰/۰۱$ بین میانگین نظری با میانگین‌های تجربی در تمامی مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق» بجز مقیاس‌های «مشکلات سلوکی نوجوانی» و «مشکلات خانوادگی» وجود دارد.

با توجه به اینکه در مقیاس‌های «سوء استفاده از مواد» و «عدم پیوندگرایی» میانگین‌های تجربی بالاتر از میانگین نظری می‌باشند، عنوان می‌شود که «سوء استفاده از مواد» و «عدم پیوندگرایی» در افراد مبتلا به ایدز، بالاتر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالیکه در مقیاس‌های «پرخاشگری»، «هیجان‌پذیری»، «منفعل‌گرایی بین‌فردی»، «اجتناب اجتماعی»، «کمرویی»، «علائق ادبی - زیباشناسی» و «علائق مکانیکی - جسمانی» میانگین‌های تجربی پایین‌تر از میانگین نظری می‌باشند، بنابراین، عنوان می‌شود که «پرخاشگری»، «هیجان‌پذیری»، «منفعل‌گرایی بین‌فردی»، «اجتناب اجتماعی»، «کمرویی»، «علائق ادبی - زیباشناسی» و «علائق مکانیکی - جسمانی» در افراد مبتلا به ایدز، پایین‌تر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است و مقیاس‌های مذکور دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

لازم به ذکر است، در مقیاس‌های «مشکلات سلوکی نوجوانی» و «مشکلات خانوادگی» تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود، از این‌رو، مطرح می‌شود که «مشکلات سلوکی نوجوانی» و «مشکلات خانوادگی» در افراد مبتلا به ایدز با نرم جامعه (میزان مورد انتظار) یکسان می‌باشد و مقیاس‌های مذکور دارای روایی تشخیصی نمی‌باشند.

جدول ۱۵: t تک گروهی جهت بررسی روایی تشخیصی
مقیاس های «آسیب شناسی شخصیت» در افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین نظری	میانگین تجربی	میزان t	سطح معنی داری
پرخاشگری	۶۵	۵۰/۲۹	-۱۸/۷۸	۰/۰۰۱
روان پریشی	۶۵	۸۱/۳۰	۱۱/۶۷	۰/۰۰۱
بی مسئولیتی	۶۵	۶۱/۲۳	-۴/۱۹	۰/۰۰۱
روان نژندی	۶۵	۶۴/۱۶	-۰/۸۰	۰/۴۲۵
درون گرایی	۶۵	۵۱/۷۷	-۱۱/۱۶	۰/۰۰۱

با تاکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، تفاوت معنی داری در سطح $\alpha = ۰/۰۱$ بین میانگین نظری با میانگین های تجربی در تمامی مقیاس های «آسیب شناسی شخصیت» بجز مقیاس «روان نژندی» وجود دارد.

با توجه به اینکه در مقیاس «روان پریشی» میانگین تجربی بالاتر از میانگین نظری می باشد، عنوان می شود که «روان پریشی» در افراد مبتلا به ایدز، بالاتر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است؛ در حالیکه در مقیاس های «پرخاشگری درونی»، «بی مسئولیتی» و «درون گرایی» میانگین های تجربی پایین تر از میانگین نظری می باشند، بنابراین، عنوان می شود که «پرخاشگری درونی»، «بی مسئولیتی» و «درون گرایی» در افراد مبتلا به ایدز، پایین تر از نرم جامعه (میزان مورد انتظار) است و مقیاس های مذکور دارای روایی تشخیصی می باشند.

لازم به ذکر است، در مقیاس «روان نژندی» تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود، از این رو، مطرح می شود که «روان نژندی» در افراد مبتلا به ایدز با نرم جامعه (میزان مورد انتظار) یکسان می باشد و مقیاس های مذکور دارای روایی تشخیصی نمی باشند.

جدول شماره ۱۶: بررسی روایی همزمان پرسشنامه سنجش ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت (DAPP-BQ) با مقیاس‌های «نارسایی سه‌گانه» فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد مبتلا به ایدز

رتبه‌بندی	رتبه‌بندی	رتبه‌بندی	MMP-2RF	DAPP-BQ
۰/۴۷**	۰/۴۸**	۰/۴۵**		ناپایداری هیجانی
۰/۳۷	۰/۳۵	۰/۳۵		اضطراب‌گرایی
۰/۴۲**	۰/۲۲	۰/۵۰**		بی‌عاطفه‌گی
۰/۴۱**	۰/۳۷	۰/۲۹		اجبارگری
۰/۴۰**	۰/۵۸**	۰/۴۸**		مشکلات سلوک
۰/۴۲**	۰/۵۶**	۰/۳۵		ناهماهنگی شناختی
۰/۴۱**	۰/۴۵**	۰/۲۸		مشکلات هویتی
۰/۴۹**	۰/۴۸**	۰/۴۸**		دل‌بستگی نایمن
۰/۴۵**	۰/۳۳	۰/۴۵**		مشکلات صمیمیت
۰/۵۶**	۰/۳۴	۰/۴۲**		پیوندگرایی ضعیف
۰/۴۴**	۰/۵۴**	۰/۲۴		خودشیفتگی
۰/۵۸**	۰/۵۷**	۰/۵۳**		نافرمانی
۰/۳۵	۰/۳۶	۰/۳۰		طردشدگی
۰/۴۰**	۰/۳۵	۰/۵۶**		بیان هیجانی محدود
۰/۴۵**	۰/۵۹**	۰/۳۵		خودآسیب‌گری
۰/۴۹**	۰/۴۵**	۰/۴۰**		تحریک‌جویی
۰/۳۲	۰/۳۰	۰/۳۲		سلطه‌پذیری
۰/۶۰**	۰/۴۵**	۰/۵۷**		بدگمانی

با تأکید بر میزان ضرایب همبستگی می‌توان عنوان نمود، ارتباط مثبت معنی‌داری بین مقیاس‌های نارسایی‌های سه‌گانه پرسشنامه MMPI-2RF با ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت در افراد مبتلا به ایدز وجود داشته و می‌توان به روایی همزمان از نوع

ملاکی بین دو ابزار تأکید داشت.

جدول شماره ۱۷: بررسی روایی همزمان پرسشنامه سنجش ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت (DAPP-BQ) با مقیاس‌های «بالینی» فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد مبتلا به ایدز

فعالیت‌گرایی هیپومانیک	تجارب عجیب و غریب	هیجان‌های منفی مختل‌کننده	عقاید گزند و آزار	رفتار ضداجتماعی	بدبینی	هیجانات مثبت پاییز	شکایات جسمانی	صفت روحیه	MMPI-2RF DAPP-BQ
۰/۳۴	۰/۳۲	۰/۴۷**	۰/۵۰**	۰/۵۳**	۰/۳۶	۰/۵۹**	۰/۳۸	۰/۳۳	ناپایداری هیجانی
۰/۳۱	۰/۳۷	۰/۳۰	۰/۲۷	۰/۳۲	۰/۴۳**	۰/۳۰	۰/۵۰**	۰/۵۸**	اضطراب‌گرایی
۰/۲۸	۰/۵۴**	۰/۴۸**	۰/۵۴**	۰/۴۸**	۰/۳۵	۰/۵۰**	۰/۳۰	۰/۳۷	بی‌عاطفه‌گی
۰/۲۸	۰/۲۹	۰/۳۰	۰/۲۳	۰/۲۸	۰/۳۶	۰/۴۵**	۰/۳۶	۰/۲۵	اجبارگری
۰/۴۹**	۰/۴۴**	۰/۴۶**	۰/۴۵**	۰/۵۹**	۰/۴۸**	۰/۴۸**	۰/۲۸	۰/۳۲	مشکلات سلوک
۰/۳۱	۰/۲۷	۰/۲۳	۰/۲۴	۰/۲۵	۰/۴۹**	۰/۳۵	۰/۲۹	۰/۴۵**	ناهماهنگی شناختی
۰/۳۴	۰/۳۰	۰/۳۱	۰/۲۵	۰/۲۹	۰/۴۳**	۰/۴۹**	۰/۳۶	۰/۵۰**	مشکلات هویتی
۰/۲۲	۰/۵۰**	۰/۴۰**	۰/۴۸**	۰/۴۵**	۰/۵۳**	۰/۳۰	۰/۳۲	۰/۴۳**	دلبستگی نایمن
۰/۳۵	۰/۲۷	۰/۳۲	۰/۱۹	۰/۳۷	۰/۵۷**	۰/۳۰	۰/۳۶	۰/۵۱**	مشکلات صمیمیت
۰/۳۵	۰/۲۲	۰/۲۶	۰/۳۷	۰/۳۵	۰/۵۹**	۰/۲۹	۰/۳۴	۰/۵۹**	پیوندگرایی ضعیف
۰/۵۶**	۰/۲۷	۰/۲۲	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۲۰	۰/۲۷	۰/۳۴	خودشیفتگی
۰/۴۸**	۰/۳۲	۰/۲۹	۰/۴۹**	۰/۴۶**	۰/۲۵	۰/۳۷	۰/۲۵	۰/۳۰	نافرمانی
۰/۳۰	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۲۷	۰/۲۴	۰/۳۴	۰/۴۶**	۰/۴۲**	۰/۵۰**	طردشدگی
۰/۲۲	۰/۲۵	۰/۲۰	۰/۲۶	۰/۲۸	۰/۲۸	۰/۲۵	۰/۳۰	۰/۲۶	بیان هیجانی محدود
۰/۴۳**	۰/۲۲	۰/۲۲	۰/۳۴	۰/۳۰	۰/۲۲	۰/۲۹	۰/۴۵**	۰/۴۸**	خودآسیب‌گری
۰/۲۵	۰/۳۷	۰/۳۹	۰/۳۳	۰/۳۴	۰/۲۹	۰/۲۳	۰/۳۲	۰/۲۵	تحریک‌جویی
۰/۳۳	۰/۳۵	۰/۳۴	۰/۲۸	۰/۲۷	۰/۳۵	۰/۳۷	۰/۴۳**	۰/۴۳**	سلطه‌پذیری
۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۹**	۰/۳۷	۰/۲۸	۰/۵۵**	۰/۳۹	۰/۲۸	۰/۳۳	بدگمانی

با تأکید بر میزان ضرایب همبستگی می‌توان عنوان نمود، ارتباط مثبت معنی‌داری بین مقیاس‌های بالینی پرسشنامه MMPI-2RF با ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت در افراد مبتلا به ایدز وجود داشته و می‌توان به روایی همزمان از نوع ملاکی بین دو ابزار تأکید داشت.

با تأکید بر میزان ضرایب همبستگی می‌توان عنوان نمود، ارتباط مثبت معنی‌داری بین مقیاس‌های «جسمانی/ شناختی و درونی‌سازی» پرسشنامه MMPI-2RF با ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت در افراد مبتلا به ایدز وجود داشته و می‌توان به روایی همزمان از نوع ملاکی بین دو ابزار تأکید داشت.

جدول شماره ۱۹: بررسی روایی همزمان پرسشنامه سنجش ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت (DAPP-BQ) با مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق» فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد مبتلا به ایدز

MMPI-ARF DAPP-BQ	روایی	روایی	روایی	روایی	روایی	روایی	روایی	روایی	روایی
نابایداری هیجانی	۰/۳۵	۰/۳۰	۰/۴۹***	۰/۲۷	۰/۵۳***	۰/۲۷	۰/۴۹***	۰/۳۳	۰/۴۵***
اضطراب‌گرایی	۰/۵۹***	۰/۵۳***	۰/۳۲	۰/۴۱***	۰/۳۵	۰/۲۷	۰/۳۰	۰/۳۱	۰/۳۸
عنی‌عاطفه‌می	۰/۳۷	۰/۳۲	۰/۲۴	۰/۳۸	۰/۴۸***	۰/۳۱	۰/۴۷***	۰/۲۲	۰/۳۷
اجبارگرایی	۰/۲۸	۰/۳۵	۰/۲۲	۰/۳۳	۰/۲۶	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۲۷	۰/۳۰
مشکلات سلوک	۰/۳۵	۰/۲۷	۰/۳۲	۰/۴۸***	۰/۵۹***	۰/۴۲***	۰/۴۳***	۰/۳۰	۰/۳۵
ناهماهنگی شناختی	۰/۵۰***	۰/۲۴	۰/۳۶	۰/۵۳***	۰/۲۸	۰/۲۴	۰/۲۲	۰/۳۰	۰/۳۵
مشکلات هویتی	۰/۳۷	۰/۳۵	۰/۲۱	۰/۴۷***	۰/۲۵	۰/۳۰	۰/۳۳	۰/۲۲	۰/۳۲
دلیستگی نالین	۰/۴۷***	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۵۴***	۰/۵۰***	۰/۴۹***	۰/۵۱***	۰/۲۲	۰/۳۷
مشکلات عمیقیت	۰/۵۳***	۰/۲۷	۰/۲۹	۰/۳۶	۰/۳۶	۰/۲۷	۰/۴۹***	۰/۳۴	۰/۳۶
پیوندگرایی ضعیف	۰/۵۷***	۰/۲۲	۰/۲۵	۰/۶۰***	۰/۳۴	۰/۲۰	۰/۲۵	۰/۳۷	۰/۳۸
خودشنیدگی	۰/۳۷	۰/۱۹	۰/۲۰	۰/۳۸	۰/۲۷	۰/۲۴	۰/۳۷	۰/۵۶***	۰/۲۴
ناقرمایی	۰/۳۷	۰/۲۴	۰/۳۷	۰/۲۸	۰/۵۳***	۰/۳۰	۰/۳۵	۰/۴۸***	۰/۴۸***
طردشدگی	۰/۲۵	۰/۳۰	۰/۳۵	۰/۳۷	۰/۲۶	۰/۳۳	۰/۳۷	۰/۳۴	۰/۳۲
بیان هیجانی محدود	۰/۳۰	۰/۳۱	۰/۲۹	۰/۳۰	۰/۲۲	۰/۲۴	۰/۲۸	۰/۳۳	۰/۳۴
خودآسپ‌گرایی	۰/۵۲***	۰/۱۹	۰/۲۴	۰/۲۲	۰/۲۶	۰/۲۰	۰/۲۲	۰/۴۲***	۰/۴۹***
تحرک‌جویی	۰/۲۷	۰/۲۹	۰/۲۴	۰/۳۴	۰/۳۷	۰/۳۵	۰/۳۵	۰/۲۹	۰/۴۷***
سلطه‌پذیری	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۳۷	۰/۳۵	۰/۲۶	۰/۳۴	۰/۳۲	۰/۳۵	۰/۲۰
پندگمائی	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۳۶	۰/۵۵***	۰/۲۵	۰/۳۳	۰/۴۵***	۰/۳۷	۰/۳۴

جدول شماره ۲۰: بررسی روایی همزمان پرسشنامه سنجش ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت (DAPP-BQ) با مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در افراد مبتلا به ایدز

درون‌گرایی	روان‌نژندی	بسی‌مسئولیتی	روان‌پریشی	پرخاشگری	MMPI-2RF
					DAPP-BQ
۰/۵۲**	۰/۳۵	۰/۵۷**	۰/۲۹	۰/۳۳	ناپایداری هیجانی
۰/۳۷	۰/۴۸**	۰/۳۲	۰/۴۷**	۰/۵۶**	اضطراب‌گرایی
۰/۴۵**	۰/۳۴	۰/۴۵**	۰/۳۰	۰/۳۴	بی‌عاطفه‌گی
۰/۲۶	۰/۳۱	۰/۴۵**	۰/۳۶	۰/۲۷	اجبارگری
۰/۵۴**	۰/۴۸**	۰/۴۸**	۰/۳۴	۰/۳۴	مشکلات سلوک
۰/۳۰	۰/۴۸**	۰/۳۷	۰/۲۴	۰/۴۶**	ناهماهنگی شناختی
۰/۲۷	۰/۴۲**	۰/۲۶	۰/۳۴	۰/۵۰**	مشکلات هویتی
۰/۴۹**	۰/۵۲**	۰/۳۰	۰/۳۳	۰/۴۵**	دل‌بستگی نایمن
۰/۳۶	۰/۳۷	۰/۳۰	۰/۳۳	۰/۵۰**	مشکلات صمیمیت
۰/۳۴	۰/۵۶**	۰/۲۵	۰/۳۴	۰/۵۹**	پیوند‌گرایی ضعیف
۰/۳۲	۰/۳۳	۰/۲۱	۰/۲۷	۰/۳۶	خودشیفتگی
۰/۴۵**	۰/۲۹	۰/۳۵	۰/۳۰	۰/۳۴	نافرمانی
۰/۲۵	۰/۳۲	۰/۴۹**	۰/۵۰**	۰/۵۴**	طردشدگی
۰/۲۴	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۳۰	۰/۲۹	بیان هیجانی محدود
۰/۳۵	۰/۲۶	۰/۱۹	۰/۴۲**	۰/۵۰**	خودآسیب‌گری
۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۳۳	۰/۲۸	تحریک‌جویی
۰/۲۶	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۹**	۰/۴۳**	سلطه‌پذیری
۰/۲۵	۰/۵۳**	۰/۳۱	۰/۳۰	۰/۳۲	بدگمانی

با تأکید بر میزان ضرایب همبستگی می‌توان عنوان نمود، ارتباط مثبت معنی‌داری بین مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» پرسشنامه MMPI-2RF با ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت در افراد مبتلا به ایدز وجود داشته و می‌توان به روایی همزمان از نوع ملاکی بین دو ابزار تأکید داشت.

جدول ۲۱: بررسی روایی سازه فرم بازسازی شده

پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF)

مقیاس	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم
پاسخ‌های نامتداول	۰/۷۶	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۱۴
پاسخ‌های آسیب‌شناسی روانی نامتداول	۰/۵۴	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۱۴	۰/۰۳
پاسخ‌های جسمانی نامتداول	۰/۷۰	۰/۱۴	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۰۵
روایی عوارض	۰/۴۶	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۱۸
پرهیزکاری نامتداول	۰/۵۹	۰/۱۶	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۰۴
عوارض نامتداول	۰/۶۹	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۰۶
نارسایی هیجانی	۰/۱۳	۰/۴۷	۰/۱۵	۰/۰۹	۰/۰۹
نارسایی تفکر	۰/۰۸	۰/۳۷	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۱۱
نارسایی رفتاری	۰/۱۶	۰/۷۸	۰/۱۷	۰/۱۴	۰/۱۵
ضعف روحیه	۰/۰۴	۰/۶۷	۰/۱۳	۰/۱۹	۰/۱۴
شکایات جسمانی	۰/۰۲	۰/۷۷	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۷
هیجانان مثبت پایین	۰/۱۴	۰/۷۵	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۳
بدبینی	۰/۱۶	۰/۳۹	۰/۱۵	۰/۱۷	۰/۱۷
رفتار ضداجتماعی	۰/۰۳	۰/۷۵	۰/۱۶	۰/۲۵	۰/۱۹
عقاید گزند و آزار	۰/۰۸	۰/۴۸	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۰۴
هیجانان منفی مختل‌کننده	۰/۱۱	۰/۵۸	۰/۰۸	۰/۲۱	۰/۱۱

۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۵۹	۰/۱۶	تجارب عجیب و غریب
۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۶۴	۰/۰۷	فعالیت‌گرایی هیپومانیک
۰/۱۱	۰/۰۳	۰/۶۰	۰/۰۵	۰/۱۹	ناخوشی
۰/۰۶	۰/۱۸	۰/۶۸	۰/۱۷	۰/۲۰	شکایات گوارشی
۰/۱۶	۰/۲۰	۰/۵۹	۰/۲۴	۰/۰۷	شکایات سردرد
۰/۲۷	۰/۲۹	۰/۴۸	۰/۰۶	۰/۲۷	شکایات عصب‌شناختی
۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۴۵	۰/۲۵	۰/۱۶	شکایات شناختی
۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۷۸	۰/۱۹	۰/۰۹	عقاید مرگ و خودکشی
۰/۲۴	۰/۰۴	۰/۶۹	۰/۲۳	۰/۱۴	درماندگی - ناامیدی
۰/۳۱	۰/۱۷	۰/۶۵	۰/۲۴	۰/۰۷	خودتردیدی
۰/۲۰	۰/۲۶	۰/۵۰	۰/۱۱	۰/۲۴	ناکارآمدی
۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۳۸	۰/۰۹	۰/۲۲	فشار روانی - نگرانی
۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۶۹	۰/۱۶	۰/۰۷	اضطراب
۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۴۹	۰/۲۶	۰/۰۹	استعداد خشم
۰/۳۰	۰/۵۷	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۵	ترس‌های محدودکننده رفتار
۰/۲۶	۰/۵۷	۰/۱۹	۰/۰۲	۰/۱۶	ترس‌های چندگانه مشخص
۰/۱۹	۰/۶۷	۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۲۴	مشکلات سلوکی نوجوانی
۰/۱۰	۰/۴۹	۰/۱۷	۰/۳۱	۰/۱۵	سوء استفاده از مواد
۰/۲۵	۰/۴۱	۰/۰۳	۰/۱۸	۰/۳۲	پرخاشگری
۰/۳۴	۰/۴۶	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۷	هیجان‌پذیری
۰/۰۶	۰/۵۳	۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۰۴	مشکلات خانوادگی
۰/۰۷	۰/۵۷	۰/۱۹	۰/۲۳	۰/۲۴	منفعل‌گرایی بین‌فردی
۰/۲۸	۰/۵۱	۰/۲۴	۰/۱۴	۰/۳۹	اجتناب اجتماعی

۰/۲۶	۰/۶۳	۰/۲۹	۰/۲۶	۰/۲۱	کمرویی
۰/۰۳	۰/۴۹	۰/۱۱	۰/۱۵	۰/۰۷	عدم پیوندگرایی
۰/۱۵	۰/۶۲	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۱۶	علائق ادبی - زیباشناسی
۰/۱۱	۰/۵۸	۰/۱۹	۰/۰۲	۰/۱۳	علائق مکانیکی - جسمانی
۰/۷۶	۰/۱۱	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۰۸	پرخاشگری درونی
۰/۶۸	۰/۲۷	۰/۳۲	۰/۰۷	۰/۱۳	روان پریشی
۰/۷۹	۰/۳۷	۰/۲۹	۰/۱۵	۰/۱۹	بی مسئولیتی
۰/۷۶	۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۱۱	روان نژندی
۰/۷۸	۰/۰۷	۰/۳۵	۰/۱۹	۰/۰۹	درون گرایی

با استفاده از تحلیل عامل سلسله مراتبی متعامد، به تحلیل عامل مقیاس‌های فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) پرداخته و مشاهده شد که ضرایب بارهای عاملی بالاتر از ۰/۳ در چهار عامل مجزا جای گرفته‌اند، از این‌رو، تعداد شش مقیاس تحت عنوان عامل روایی در عامل اول، همچنین، تعداد دوازده مقیاس تحت عنوان عامل بالینی در عامل دوم، تعداد دوازده مقیاس در عامل جسمانی / شناختی و درونی‌سازی در عامل سوم، تعداد سیزده مقیاس تحت عنوان عامل برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق در عامل چهارم و در نهایت پنج عامل آسیب‌شناسی شخصیت در عامل پنجم قرار گرفتند. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) دارای روایی سازه بوده و سؤالات پرسشنامه مزبور در کل در پنج عامل جای می‌گیرند.

جدول ۲۲: میانگین و انحراف معیار

مقیاس‌های «نارسایی‌های سه‌گانه» در افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین	انحراف معیار
نارسایی هیجانی	۶۲/۸۲	۱۰/۸۵
نارسایی تفکر	۸۱/۲۴	۱۴/۲۶
نارسایی رفتاری	۶۵/۱۵	۹/۸۲

با توجه به جدول فوق، میانگین افراد مبتلا به ایدز در مقیاس‌های «نارسایی‌های سه‌گانه» بالاتر از حد مورد انتظار (نُرم جامعه) که ۶۵ است، می‌باشد.

جدول ۲۳: میانگین و انحراف معیار

مقیاس‌های «بالینی» در افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین	انحراف معیار
ضعف روحیه	۶۸/۴۳	۱۰/۶۷
شکایات جسمانی	۶۹/۵۲	۱۰/۲۳
هیجانان مثبت پایین	۵۶/۱۹	۱۲/۸۵
بدبینی	۶۳/۱۳	۱۰/۰۳
رفتار ضداجتماعی	۶۸/۰۵	۱۱/۵۴
عقاید گزند و آزار	۸۱/۷۳	۱۳/۳۶
هیجانان منفی مختل‌کننده	۶۶/۰۹	۱۲/۸۲
تجارب عجیب و غریب	۷۵/۴۳	۱۱/۵۰
فعالیت‌گرایی هیپومانیک	۶۰/۰۲	۱۱/۱۸

با توجه به جدول فوق، میانگین افراد مبتلا به ایدز در مقیاس‌های «بالینی» به جز مقیاس «فعالیت‌گرایی هیپومانیک» بالاتر از حد مورد انتظار (نُرم جامعه) که ۶۵ است، می‌باشد.

جدول ۲۴: میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های

«جسمانی/شناختی و درونی سازی» در افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین	انحراف معیار
ناخوشی	۶۰/۸۷	۱۱/۹۷
شکایات گوارشی	۶۸	۱۲/۲۶
شکایات سردرد	۵۹/۹۷	۱۲/۲۴
شکایات عصب‌شناختی	۷۴/۰۶	۹/۶۰
شکایات شناختی	۷۲/۰۱	۱۲/۵۰
عقاید مرگ و خودکشی	۷۷/۸۷	۲۱/۲۴
درماندگی - ناامیدی	۶۲/۵۲	۱۲/۳۹
خودتردیدی	۶۰/۰۷	۱۰/۴۲
ناکارآمدی	۶۲/۶۱	۹/۶۳
فشار روانی - نگرانی	۵۷/۶۱	۹/۰۴
اضطراب	۶۷/۱۲	۱۷/۵۲
استعداد خشم	۵۹/۴۶	۹/۶۲
ترس‌های محدودکننده رفتار	۷۷/۲۰	۱۵/۲۷
ترس‌های چندگانه مشخص	۵۳/۲۲	۱۰/۲۸

با توجه به جدول فوق، میانگین افراد مبتلا به ایدز در مقیاس‌های «شکایات گوارشی، شکایات عصب‌شناختی، شکایات شناختی و عقاید مرگ و خودکشی» بالاتر از حد مورد انتظار (نُرم جامعه) که ۶۵ است، می‌باشد؛ در حالیکه در مقیاس‌های «ناخوشی، شکایات سردرد، درماندگی - ناامیدی، خودتردیدی، ناکارآمدی، فشار روانی - نگرانی، استعداد خشم و ترس‌های چندگانه مشخص» پایین‌تر از حد مورد انتظار (نُرم جامعه) که ۶۵ است، می‌باشد.

جدول ۲۵: میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» در افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین	انحراف معیار
مشکلات سلوکی نوجوانی	۶۴/۲۸	۱۳/۱۱
سوء استفاده از مواد	۶۷/۹۹	۱۰/۳۵
پرخاشگری	۶۱/۸۹	۱۰/۹۰
هیجان‌پذیری	۵۹/۱۴	۱۲/۲۰
مشکلات خانوادگی	۶۴/۴۰	۱۲/۳۰
منفعل‌گرایی بین‌فردی	۵۱/۸۳	۷/۷۷
اجتناب اجتماعی	۵۲/۱۹	۸/۱۵
کمرویی	۵۲/۲۹	۸/۷۹
عدم پیوندگرایی	۷۳/۵۴	۱۴/۶۲
علائق ادبی - زیباشناسی	۵۲/۰۶	۸/۷۱
علائق مکانیکی - جسمانی	۵۹/۳۸	۸/۵۵

با توجه به جدول فوق، میانگین افراد مبتلا به ایدز در مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» به جز مقیاس «سوء استفاده از مواد و عدم پیوندگرایی» پایین‌تر از حد مورد انتظار (نُرم جامعه) که ۶۵ است، می‌باشد؛ در حالیکه در مقیاس‌های «سوء استفاده از مواد و عدم پیوندگرایی» بالاتر از حد مورد انتظار (نُرم جامعه) که ۶۵ است، می‌باشد.

جدول ۲۶: میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» جهت ارائه «نرم کمی» برای افراد مبتلا به ایدز

مقیاس	میانگین	انحراف معیار
پرخاشگری درونی	۵۰/۲۹	۷/۹۰
روان‌پریشی	۸۱/۳۰	۱۴/۱۰
بی‌مسئولیتی	۶۱/۲۳	۹/۰۶
روان‌نژندی	۶۴/۱۶	۱۰/۴۹
درون‌گرایی	۵۱/۷۷	۱۱/۹۶

با توجه به جدول فوق، میانگین افراد مبتلا به ایدز در مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» به جز مقیاس «روان‌پریشی» پایین‌تر از حد مورد انتظار (نرم جامعه) که ۶۵ است، می‌باشد؛ در حالیکه در مقیاس «روان‌پریشی» بالاتر از حد مورد انتظار (نرم جامعه) که ۶۵ است، می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به فرایند سنجش روان‌شناختی باید بتوان اطلاعات مکفی و دقیقی را در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای سنجش شخصیت به دست آورده و توان پیشگیری از بروز اختلالات شخصیتی را فراهم ساخت. ضعف در ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای سنجش اختلالات شخصیتی از یک سو و فقدان اطلاعات روان‌سنجی در افراد مبتلا به ایدز به عنوان ابعاد چندجانبه مسأله پژوهش مطرح می‌گردید. از این رو، در تحقیق حاضر به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز پرداخته شده و یافته‌های پژوهش با تأکید بر سؤالات پژوهش به شرح زیر به دست آمده‌اند:

- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از تجانس درونی مطلوبی برخوردار است؟ با تأکید بر میزان ضرایب اعتبار برای محاسبه تجانس درونی با روش آلفا کرانباخ در تمامی مقیاس‌های «نارسایی سه‌گانه»، «بالینی»، «جسمانی / شناختی و درونی‌سازی»، «برونی‌سازی، بین‌فردی و علائق» و «آسیب‌شناسی شخصیت» بالاتر از ۰/۷۰ و با روش دو نیمه کردن با اصلاح اسپیرمن - براون بالاتر از ۰/۸۰ می‌باشند که نشان‌دهنده این می‌باشد که پرسشنامه مذکور در افراد مبتلا به ایدز از اعتبار مطلوبی برخوردار است.

- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از روایی تفکیکی برخوردار است؟ با استفاده از آزمون t دو گروه مستقل مطرح می‌شود که تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های مقیاس‌های «نارسایی‌های سه‌گانه»، «بالینی»، «جسمانی / شناختی و درونی‌سازی»،

«برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» و «آسیب‌شناسی شخصیت» در دو گروه عادی و مبتلا به ایدز وجود دارد. از این‌رو، می‌توان عنوان نمود که مقیاس‌های مذکور دارای روایی تفکیکی بوده و می‌توانند افراد مبتلا به ایدز را از افراد عادی تفکیک نمایند. لازم به ذکر است عنوان شود، در مقیاس‌های شکایات گوارشی، شکایات سردرد، استعداد خشم، ترس‌های محدودکننده رفتار، ترس‌های چندگانه مشخص، منفعل‌گرایی بین‌فردی، علائق ادبی - زیباشناسی و درون‌گرایی تفاوت معنی‌داری بین گروه عادی و مبتلا به ایدز مشاهده نمی‌شود.

- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از روایی تشخیصی برخوردار است؟ جهت بررسی روایی تشخیصی، از آزمون t تک‌گروهی استفاده شده و یافته‌های تحقیق نشان داد که هر سه مقیاس نارسایی، تمامی مقیاس‌های بالینی به جز «بدبینی» و «هیجانان منفی مختل‌کننده»، تمامی مقیاس‌ها درونی‌سازی به جز «اضطراب»، تمامی مقیاس‌های «برونی‌سازی، بین‌فردی و علایق» بجز مقیاس‌های «مشکلات سلوکی نوجوانی» و «مشکلات خانوادگی» و در نهایت، تمامی مقیاس‌های «آسیب‌شناسی شخصیت» بجز مقیاس «روان‌نژندی» دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از روایی ملاکی (از نوع همزمان) برخوردار است؟ با استفاده از ضریب همبستگی بین مقیاس‌های فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) و پرسشنامه سنجش ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت (DAPP-BQ) مشخص گردید که بین تمامی مقیاس‌های هر دو پرسشنامه رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به اینکه اکثریت ضرایب بالاتر از ۰/۶۰ می‌باشند، می‌توان عنوان نمود که روایی همزمان مشاهده می‌شود.

- آیا فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در مبتلایان به ایدز در استان مازندران از روایی سازه برخوردار است؟ با استفاده از تحلیل عامل سلسله‌مراتبی متعامد، به تحلیل عامل مقیاس‌های فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) پرداخته و مشاهده شد که ضرایب بارهای عاملی بالاتر از ۰/۳ در چهار عامل مجزا جای گرفته‌اند، از این‌رو،

تعداد شش مقیاس تحت عنوان عامل روانی در عامل اول، همچنین، تعداد دوازده مقیاس تحت عنوان عامل بالینی در عامل دوم، تعداد دوازده مقیاس در عامل جسمانی/شناختی و درونی‌سازی در عامل سوم، تعداد سیزده مقیاس تحت عنوان عامل برون‌سازی، بین‌فردی و علایق در عامل چهارم و در نهایت پنج عامل آسیب‌شناسی شخصیت در عامل پنجم قرار گرفتند. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) دارای روایی سازه بوده و سؤالات پرسشنامه مزبور در کل در پنج عامل جای می‌گیرند.

در نهایت، یافته‌های تحقیق حاضر با تحقیقات مینوئی (۱۳۸۵) پیرامون «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های اعتیاد در نوجوانان شهر تهران در مدارس مرتبط با آموزش و پرورش تهران»، شاهین‌طبع و همکاران (۱۳۹۰) «استانداردسازی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در دانشگاه علوم انتظامی»، تبریزی، وطن‌خواه و تبریزی (۱۳۸۸) پیرامون «بررسی اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به ایدز با الگوی رفتارهای پرخطر»، کامکاری (۱۳۸۹) پیرامون «استانداردسازی پرسشنامه گرایش به اعتیاد شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-A) در راستای تشخیص مواد»، عشق‌آبادی (۱۳۹۰) پیرامون «مقایسه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های پرسشنامه چندمحوری بالینی و پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا»، شریفی، محمودعلیلو و نصرت‌آباد (۱۳۹۰) پیرامون «مقایسه الگوهای شخصیت بالینی و اختلالات شدید شخصیتی در بیماران مبتلا به عفونت HIV و افراد سالم»، شمس مهرآبادی (۱۳۹۱) پیرامون «روانسنجی مقیاس محتوایی شاخص پاسخ منفی به درمان پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2) در اختلالات اضطرابی»، زینلی (۱۳۹۲) پیرامون «روایی تشخیصی MMPI-2RF در راستای گرایش به مواد»، شکرزاده (۱۳۹۲) پیرامون «نیمرخ روان‌شناختی کارکنان فرماندهی انتظامی شرق تهران»، شکرزاده (۱۳۹۲) پیرامون «بررسی سهم و نقش عوامل مؤثر بر مصرف شیشه در بین نوجوانان و جوانان شهر تهران»، حسین ثابت و فائزی‌پور (۱۳۹۲) پیرامون «بررسی ارتباط ابعاد شخصیتی با امید به زندگی در افراد مبتلا به HIV»، سیدمحمدی (۱۳۹۳) پیرامون «بررسی روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF)»

2RF) در راستای تشخیص اختلال اسکیزوفرنیک»، زاهدی (۱۳۹۴) پیرامون «روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در گروه اختلالات خلقی»، تازیکی (۱۳۹۴) پیرامون «استانداردسازی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا- نوجوان (MMPI-ARF) در دانش آموزان مدارس راهنمایی شهرستان آق‌قلا»، بن‌پورات و بوچر (۱۹۸۹) پیرامون «رواسازی و اعتباریابی مقیاس MMPI»، آریسی و بن‌پورات (۱۹۹۵) پیرامون «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس گرایش به الکل MMPI-A»، آکرمن و آکرمن (۱۹۹۷) پیرامون «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس گرایش به الکل MMPI-A»، لیت، بابر، دل‌بوکا، کادن و کنی (۲۰۰۳) پیرامون «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس MMPI-A»، آرچر (۲۰۰۴) پیرامون «بررسی روایی و اعتبار مقیاس استعداد اعتیاد»، کامیرسزاک، اسمیت و وودارسکی (۲۰۰۵) پیرامون «بررسی روایی و اعتبار مقیاس الکلیسم MMPI-2» و آرچر، بوفینگتون- ولوم، استردنی و هندل (۲۰۰۶) پیرامون «رواسازی و اعتباریابی مقیاس MMPI-RC» هماهنگ و همسو است؛ زیرا در تمامی تحقیقات مذکور نیز مطرح شده است که ابزار حاضر در تمامی گروه‌های بالینی دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب می‌باشند.

در تبیین این یافته، می‌توان عنوان نمود که فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) برای افراد مبتلا به بیماری‌های نقص ایمنی از جمله مبتلایان به ایدز دارای روایی و اعتبار، به ویژه در شاخص‌های «نارسایی تفکر»، «ضعف روحیه»، «شکایات جسمانی»، «رفتار ضداجتماعی»، «عقاید گزند و آزار»، «تجارب عجیب و غریب»، «شکایات گوارشی»، «شکایات عصب‌شناختی»، «عقاید مرگ و خودکشی»، «ترس‌های محدودکننده رفتار»، «سوء استفاده از مواد»، «عدم پیوندگرایی» و «روان‌پریشی» می‌باشند. لازم به ذکر است از آنجایی که مبتلایان به ایدز از بیمارانی می‌باشند که دارای محدودیت‌های اجتماعی، شغلی، خانوادگی و حتی ارتباطی در بین دوستان، اقوام و آشنایان می‌باشند وضعیت روان‌شناختی ویژه‌ای را نسبت به دیگر بیماران تجربه می‌کنند؛ به بیانی دیگر، وضعیت جسمانی و بیماری آن‌ها منجر به بروز عوارض روان‌شناختی همچون اشتغالات ذهنی و در نتیجه آن، نارسایی تفکر، ضعف روحیه و همچنین، عقاید گزند و آزار و تجارب عجیب و

غریب شده است. به بیانی دیگر، نه تنها از لحاظ جسمانی در رنج و عذاب می‌باشند بلکه از لحاظ روان‌شناختی نیز، عوارضی که مطرح شد تجربه می‌کنند که این عوارض ناشی از وجود نقص ایمنی و ویروس ایدز می‌باشد. بنابراین، استفاده از فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) برای شناسایی عوارض روان‌شناختی مخرب، می‌تواند در راستای ارتقاء بهداشت روانی، مشاوره‌های روان-درمانی، مشاوره گروهی و ... این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- تازیکی (۱۳۹۴) پیرامون «استانداردسازی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا- نوجوان (MMPI-ARF) در دانش آموزان مدارس راهنمایی شهرستان آق‌قلا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، به راهنمایی دکتر کامبیز کامکاری
- تبریزی؛ غلامرضا، وطن‌خواه؛ مرضیه، تبریزی؛ سحر، (۱۳۸۸)، بررسی اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به ایدز با الگوی رفتارهای پرخطر، فصلنامه پژوهشی خون، دوره ۶، شماره ۴.
- حسین ثابت؛ فریده، فائزی‌پور؛ متین، (۱۳۹۲)، بررسی ارتباط ابعاد شخصیتی با امید به زندگی در افراد مبتلا به HIV، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال چهارم، شماره ۱۶، زمستان ۱۳۹۲.
- زاهدی؛ فریبا، (۱۳۹۴)، روایی تشخیصی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در گروه اختلالات خلقی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، به راهنمایی دکتر کامبیز کامکاری
- زینلی؛ اختر، (۱۳۹۲)، روایی تشخیصی MMPI-2RF در راستای گرایش به مواد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، به راهنمایی دکتر مهدیه صالحی و مشاوره دکتر کامبیز کامکاری
- شاهین‌طبع؛ مهران، کامکاری؛ کامبیز، (۱۳۹۰)، استانداردسازی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در دانشگاه علوم انتظامی، طرح پژوهشی با نظارت نیروی انتظامی
- شریفی؛ محمدامین، محمودعلیلو؛ مجید، هاشمی نصرت‌آباد؛ تورج، (۱۳۹۰)، مقایسه الگوهای شخصیت بالینی و اختلالات شدید شخصیتی در بیماران مبتلا به عفونت HIV و افراد سالم، دوفصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد، سال سوم، شماره ۴، اردیبهشت ۱۳۹۰.

- شکرزاده؛ شهره، (۱۳۹۲)، بررسی سهم و نقش عوامل مؤثر بر مصرف شیشه در بین نوجوانان و جوانان شهر تهران، فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و ششم، تابستان ۱۳۹۲.
- شکرزاده؛ شهره، (۱۳۹۲)، نیمرخ روان‌شناختی کارکنان فرماندهی انتظامی شرق تهران، طرح پژوهشی با نظارت نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران فرماندهی انتظامی ویژه شرق تهران
- کامکاری؛ کامبیز، (۱۳۸۹)، استاندارد سازی مقیاس گرایش به اعتیاد (با تاکید بر MMPI-A) در دانش آموزان دوره متوسطه و پیش دانشگاهی، طرح پژوهشی با نظارت ستاد مبارزه با مواد مخدر، مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش.
- کامکاری؛ کامبیز، شکرزاده؛ شهره، (۱۳۹۲)، بررسی ویژگی‌های شخصیتی زنان مصرف‌کننده شیشه، طرح پژوهشی با نظارت دبیرخانه مواد مخدر
- محمدی؛ اکبر، (۱۳۹۲)، استعدادیابی فوتبالیست‌های جوان نخبه برمبنای اثرات ویژگی‌های روان‌شناختی و توانمند سازی در عملکرد فنی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- مینویی، (۱۳۸۵)، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های اعتیاد در نوجوانان شهر تهران در مدارس مرتبط با آموزش و پرورش تهران، طرح پژوهشی

- Ackerman, M.J., & Ackerman, M.C. (1997), Custody evaluation practices: A survey of experienced professionals (revisited). *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 137-145.
- Arbisi, P.A, & Ben-Porath, Y.S, (1995), An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychological populations: The Infrequency Psychopathology scale. *Psychological Assessment*, 7, 424-431.
- Archer, R. P. (2004). A perspective on the Restructured Clinical (RC) Scale project. *Journal of Personality Assessment*, 87, 179-185.
- Archer, R.P, Buffington-Vollum, J.K, Stredny, R.V, & Handel, R.W, (2006), A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87, 84-94.

- Archer; Robert, (2004), MMPI-A Assessing Adolescent psychopathology, 3Edition published by Routledge.
- Ben – Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). Empirical correlates of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in mental health, forensic, and nonclinical settings: An introduction. *Journal of Personality Assessment*, 90, 119-121.
- Ben- Porath, Y.S, & Butcher, J. N, (1989), Psychometric stability of rewritten MMPI items. *Journal of Personality Assessment*, 53, 645-653.
- Butcher, D. L., & Ben – Porath, Y. S. (in press), (2003), The Impact of over reporting on MMPI-2-RF Substantive Scale Score Validity, *Assessment*.
- Carazema A. (2002). Study introductory of correlation between racemoses personality disorders and cognitive error. Master Thesis of psychology. Tehran Department of Psychiatry. University of Medical Sciences, Iran; p. 74-80.
- Ellis A, king R. [Severe personality disorders associated with addictive behavior]. *Journal of pathology of AIDS* 2004; 2: 42-60
- Farazadi H. (2007). Study of aspects psycho-social and strategy checking to disease in two group having contracted AIDS. Master Thesis of psychology. Tehran. Department of Psychiatry. University of Medical Sciences, Iran; p. 82-91.
- Kamierczak, D.A., Smyth, N.H.J. & Wodarski, J.S. (2005). Screenings and assessment instruments for alcohol and other drugs. *Family Therapy*, 26(2), 103-119.
- Khaje mogehi N. (1994). Preparation introductory of Millon Clinical Multiaxial Inventory – II in Tehran. Master Thesis of psychology. Tehran Department of Psychiatry University of Medical Sciences, Iran; p. 111-9.
- Litt, M.D., Babor, T.F., DelBoca, F.K., Kadden, R.M. & Cooney, N.L. (2003). Types of alcoholics: II. Application of an empirically derived typology to treatment matching. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 609-614.
- Rooney G. Psychology in patients with HIV/AIDS and psychiatry services in world. *Journal of WHO* 2005: 6q (1-2): 192-8.
- Vatankhah M. (2006). Study of correlation between AIDS and personality disorders and psychological problems to high risk

behavior. Master Thesis of psychology. Tehran Department of Psychiatry University of Medical Sciences, Iran; p.68-76.