

## ساخت عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی «مقیاس بازخورد نسبت به بیماری» (IAS) در نمونه‌های ایرانی

نویسندگان: مهدیه عطری فرد<sup>۱</sup>، دکتر محمدرضا شعیری<sup>۲</sup> و دکتر محمدعلی اصغری مقدم<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس
۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد تهران

### چکیده

هدف اساسی پژوهش حاضر، واریسی ساخت عاملی و جنبه‌های روان‌سنجی «مقیاس بازخورد نسبت به بیماری» (IAS) است. بدین‌خاطر پس از انجام مراحل مقدماتی و رفع مشکلات احتمالی، واریسی این مقیاس در سه مطالعه انجام پذیرفت: در مطالعه‌ی اول، با اجرای مقیاس بر روی ۹۲۹ دانشجوی دانشگاه شاهد که به شیوه نمونه‌برداری خوشه‌ای انتخاب شده بودند، ساخت عاملی این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی موازی، بررسی گردید. در این مطالعه، IAS در قالب ۵ عامل مفهوم‌سازی شد: «ترس از بیماری و ناخوشایندی»، «فراوانی درمان»، «باورهای خود بیمارپندارانه و آثار نشانه»، «رفتار سلامتی» و «هراس از مرگ». در مطالعه‌ی دوم، پایایی ابزار با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی (با فاصله ۱۵ روز) و میانگین همبستگی بین آیت‌ها، بررسی شد؛ نتایج حاکی از مناسب بودن پایایی ابزار مذکور در نمونه مورد مطالعه است. در مطالعه سوم نیز به واریسی اعتبار تشخیصی و سازه IAS پرداخته شد. نتایج تحلیل‌های اعتبار تشخیصی نشان داد که ۴ عامل «ترس از بیماری و ناخوشایندی»، «فراوانی درمان»، «باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه» و «رفتار سلامتی» توانست به طور معناداری، بیماران دارای مشکلات روان‌شناختی را از آزمودنی‌های سالم متمایز کند. این نتیجه بیانگر اعتبار تشخیصی مناسب این ۴ عامل است. در بررسی اعتبار سازه مقیاس مذکور نیز، همبستگی گشتاوری پیرسون بین نمرات مقیاس IAS با سه مقیاس دیگر یعنی مقیاس خودبیمارپنداری MMPI-2، خرده مقیاس شکایات جسمانی SCL-90-R و خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ محاسبه شد. نتایج این تحلیل‌ها نیز حاکی از اعتبار سازه مناسب عامل‌های IAS، به استثنای عامل هراس از مرگ است. در مجموع نتایج مطالعه کنونی شواهدی برای صحت ساخت عاملی و پایایی قابل قبول عامل‌های IAS ارائه می‌دهد. ضمن این که اعتبار عوامل این مقیاس به استثنای عامل هراس از مرگ نیز در مطالعه تأیید شد.

واژه‌های کلیدی: مقیاس بازخورد نسبت به بیماری، ساخت عاملی، پایایی و اعتبار

دوماهنامه علمی - پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال سیزدهم - دوره جدید  
شماره ۱۶  
اردیبهشت ۱۳۸۵

## ۱- مقدمه

در دهه‌های پیشین خودبیمارپنداری (Hypochondriasis) در دو گستره مورد توجه مؤلفین و پژوهشگران قرار گرفته است: نخستین گستره به مطالعاتی باز می‌گردد که کوشیده‌اند ویژگی‌های خودبیمارپنداری را باز گشایند، و گستره دوم به مطالعه مقایسه‌ای بازخوردهای خودبیمارپندارانه گروه‌های مختلف مربوط می‌شود [۳و۲،۱]. اگر گستره‌ی اول بیش‌تر می‌تواند با نظرپردازی‌ها فربه گردد، اما گستره دوم، نیازمند واری‌های تجربی بوده که در درونمایه خویش، ضرورت آماده‌سازی ابزارهای مربوطه را نمایان ساخته است؛ البته این سخن به معنای بی‌نیازی گستره نخست به ابزارهای یاد شده نیست. در ارتباط با گستره دوم، پرسش‌هایی در آزمون‌های جامع گنجانده شده، اما به شکل منفرد کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. به لحاظ تاریخی نخستین بار پیلوفسکی (I. pilowsky) [۴] پرسشنامه‌ای را طراحی کرد که بر روی بیماران خودبیمارپندار و غیر آن اجرا شد و سپس بیانچی (Bianchi, G.M.) [۵] به تمایز بیماران خودبیمارپندار و غیر آن پرداخت. اما در پرسشنامه پیلوفسکی [۴] هفده عبارت، دو گروه بیماران یاد شده را به شکل واضحی از یکدیگر متمایز نمی‌کردند. در این پرسشنامه، چهار عبارت دربرگیرنده‌ی «نگرانی یا ترس از بیماری» (Worry or fear of disease)، دو عبارت در مورد «تجربه‌ی نشانه‌های جسمانی» (Experience of symptoms) و دو مورد نیز به «توجه به نشانه‌ها» (Attention paid to symptoms) و دو عبارت هم به «باورهای خودبیمارپندارانه» (Hypochondriacal beliefs) مربوط می‌شد؛ هفت عبارت باقی مانده نیز با «باورها و ترس‌هایی در مورد بیماری» (Fears and beliefs about disease) ارتباط داشت. مبتنی بر تلاش‌های پیلوفسکی [۴] و بیانچی [۶]، کلنر (Kellner, R.) و همکاران [۱] با هدف واری‌های ترس‌ها، باورها و بازخوردهای مرتبط با بیماری در خودبیمارپندانان، به طراحی پرسشنامه‌ای اقدام کردند. آن‌ها همچنین کوشیدند چنین

بازخوردهایی را هم در مورد بیمارانی که دارای زمینه‌ها و عادات خانوادگی بودند و هم در مورد بیماران روانی که بیماری جسمی، زمینه بیماری آن‌ها نبود واری‌های کنند. تلاش کلنر و همکاران [۱] در این بوده است که پرسشنامه‌ی مذکور تا حد امکان تخصصی بوده، و از دیگر وضعیت‌های روان‌شناختی متمایز باشد، هر چند به‌طور مطلق نمی‌توان از برخی تداخل‌های غیرقابل تمایز پرهیز کرد [ر.ک. ۷]. کلنر [۸] پرسشنامه‌ی خود را تحت عنوان «مقیاس بازخورد نسبت به بیماری» (Illness Attitude Scales) طراحی کرده است. این پرسشنامه در گام نخست دربرگیرنده هفت خرده مقیاس بوده، که بعدها دو خرده مقیاس به آن اضافه شد و هر خرده مقیاس نیز دارای سه عبارت است [۹]. پیلوفسکی [۴] گزینه‌ها را به‌صورت بلی یاخیر طراحی کرد، در حالی که کلنر [۸] آن‌ها را به‌صورت مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای تنظیم کرد؛ البته دو عبارت اضافی نیز در مقیاس وجود دارد که دربرگیرنده نظر پزشک در مورد نوع بیماری فرد در حال حاضر و نوع درمان دریافتی است [۱و۷،۸]، هر چند این دو عبارت تأثیری در نمره‌گذاری و جمع‌بندی نهایی ندارد. خرده مقیاس‌های نه‌گانه مورد اشاره عبارتند از: ۱) «نگرانی در مورد بیماری» (Worry about illness) (W)، ۲) «نگرانی درباره درد» (Concerns about pain) (CP)، ۳) «عادات سلامت» (Health Habits) (HH)، ۴) «باورهای خودبیمارپندارانه» (Hypochondriacal Beliefs) (HB)، ۵) «هراس از مرگ» (Thanaphobia) (TH)، ۶) «هراس از بیماری» (Disease Phobia) (DP)، ۷) «اشتغال ذهنی در مورد بدن» (Bodily preoccupations) (BP)، ۸) «تجربه‌های درمانی» (Treatment experiences) (TE) و ۹) «آثارنشانه‌ها» (Effects of Symptoms) (ES) [۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱]. لازم به ذکر است که از نمره کلی IAS برای تقسیم افراد به دو گروه استفاده می‌شود؛ این تقسیم‌بندی سطوح بهنجار را در مقابل سطوح بالای نگرانی‌های خودبیمارپنداری، مقایسه می‌کند [۱۲، ۱۳ و ۱۴].

میان آزمودنی‌های دارای درد مزمن، بهترین اندازه‌گیری از خودبیمارپنداری را توضیح می‌دهد. این ۵ عامل عبارت بودند از: (۱) ترس از بیماری و درد، (۲) اثر نشانه‌ها، (۳) عادات سلامتی، (۴) هراس از بیماری و اعتقاد به بیماری و (۵) هراس از مرگ. همچنین هادجیستاوریپولوس و همکاران [۱۴] ساخت عاملی IAS را در میان ۳۹۰ آزمودنی غیربالینی با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش مایل و عمودی بررسی کردند. باردیگر یک ساخت ۵ عاملی در این مطالعه شناسایی شد: (۱) ترس از بیماری، مرگ و درد، (۲) اثر نشانه‌ها، (۳) تجربه درمان، (۴) اعتقاد به بیماری و (۵) عادات سلامتی. استوارت (Stewart, S.H.) و وات (Watt, M.C.) [۹] ساخت عاملی IAS را در یک نمونه غیربالینی شامل ۱۹۷ دانشجوی کارشناسی، با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی، بررسی کردند. در این مطالعه، IAS به‌عنوان یک ابزار ۴ عاملی مفهوم‌سازی شد. عامل اول شامل ترس کلی از بیماری، مرگ و درد است. عامل دوم به رفتار برانگیخته شده توسط نگرانی‌های بیماری مرتبط است. عامل سوم باورهای خودبیمارپندارانه و اعتقاد به بیماری را مشخص می‌کند و عامل چهارم آثار مخرب نشانه‌ها بر روی کارکرد را منعکس می‌سازد. اخیراً ویز (Wise, T.M.) و شریدون (Sheridon, T.M.) [۱۷] نیز ساخت عاملی IAS را در یک نمونه از ۸۲ نفر از بیماران روان‌پزشکی بستری، که دارای شکایات معدی- روده‌ای بودند، بررسی کردند. تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی با چرخش و ریمکس سه عامل را در IAS نشان داد، که به‌عنوان اضطراب سلامتی، رفتار بیماری و عادات سلامتی تفسیر شده‌اند. لازم به ذکر است که در تمام این مطالعات به استثنای یکی [۱۴]، در تحلیل عامل IAS از روش تحلیل عاملی موازی استفاده شده است.

در مجموع، مرور پیشینه‌ی پژوهشی از یک سو نشان می‌دهد که ابزار مذکور ساخت ساده‌تری از آنچه که توسط کلنر [۱۸و۸] پیشنهاد شده را دارا است، و از سوی دیگر بیانگر اهمیت اندازه‌گیری صحیح تمایلات

از آن‌جا که تمایلات مفرط خودبیمارپندارانه به استفاده بیش از اندازه از خدمات بهداشتی (مثل مراجعات مکرر به متخصصین، آزمایش و بستری شدن‌های پی در پی) منجر می‌شود، باعث هزینه‌های فزاینده‌ای برای فرد و یا سیستم‌های خدمات بهداشتی می‌گردد، و مشکلاتی را برای خود فرد، خانواده، محیط‌های شغلی و... فراهم می‌آورد، ضرورت توجه به اندازه‌گیری صحیح تمایلات خودبیمارپندارانه بیش از پیش مطرح می‌شود. بدین خاطر توجه فزاینده و ضروری برای واری این ویژگی در افراد، به‌وجود آمده است، و به همین دلیل ساخت ابزارهایی مدنظر قرار گرفته است. در این راستا، توجه و علاقه فزاینده‌ای به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، بالادخص ساخت عاملی IAS در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی دیده می‌شود. فرگوسن (Ferguson, E.) و دانیل (Daniel, E.) [۷]، ضمن بررسی اعتبار (Validity) و پایایی (Reliability) این مقیاس، ساخت عاملی آن را با استفاده از روش تحلیل مؤلفه اصلی (Principal Component Analysis) در یک نمونه ۱۰۱ نفری از دانشجویان کارشناسی واری کرده‌اند. نتایج این تحلیل که با استفاده از شیوه تحلیل عاملی موازی (Parallel analysis) انجام شد، یک ساخت چهار عاملی را نشان داد: (۱) خودبیمارپنداری کلی، (۲) تجربه نشانه و فراوانی درمان، (۳) هراس از مرگ و (۴) ترس از بیماری کرونری قلب و عادات سلامتی مربوطه. اسپکنس (Specknes, A.E.) و همکاران [۱۵] با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی در سه نمونه‌ی مختلف بیماران سرپایی پزشکی عمومی، بیماران بخش عمومی و جمعیت کلی، دو عامل را در IAS شناسایی کردند که عبارت است از: (۱) اضطراب سلامتی (مثل ترس از بیماری، درد و مرگ) و (۲) رفتار بیماری (مثل تجربه درمان و آثار نشانه‌ها). هادجیستاوریپولوس (Hadjistavropoulos, H.D.) و اسموندسون (Asmundson, G.J.G.) [۱۶]، IAS را در یک نمونه ۱۹۸ نفری از بیماران دارای درد مزمن اجرا کردند. تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش مایل نشان داد ۵ عامل در

از ۰ تا ۱۲ قرار دارد. مثلاً در زیرمقیاس «نگرانی در مورد بیماری»، نمرات بالاتر سطوح بالاتر نگرانی درباره داشتن یک بیماری جدی را نشان می‌دهد. دو آیت ۲۲ و ۲۶ نیز اطلاعات اضافی را ارائه می‌کنند ولی در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شوند (ر.ک. پیوست مقاله).

## ۲-۲- یافته‌های تحلیل عاملی

### ۲-۲-۱- رویکرد تحلیلی

مقیاس ۲۷ آیتی اولیه برای تحلیل مقدماتی به کار گرفته شد. ماتریس عامل پذیر باید شامل چند همبستگی نسبتاً زیاد باشد. تبائیک (Tabachnick, B.G.) و فیدل (Fidell, L.S.) [۱۹] بحث کردند که اگر هیچکدام از همبستگی‌ها به ۰/۳۰ نرسد، استفاده از تحلیل عاملی محل تردید است. در این مطالعه، ۸۳ همبستگی مساوی و بزرگ‌تر از ۰/۳۰ وجود دارد. آزمون کرویت بارتلت و آزمون کفایت نمونه‌برداری (KMO) معنادار بود که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ آزمون کفایت نمونه‌برداری و کرویت بارتلت

۰/۸۹	آزمون کفایت نمونه‌برداری (KMO)
$x^2=7717/80$	آزمون کرویت بارتلت
df= ۳۵۱	درجه آزادی
p=۰/۰۰۰۱	سطح معناداری

برای یک تحلیل عاملی خوب در آزمون کفایت نمونه‌برداری، ارزش‌های ۰/۶ و بالاتر از آن مورد نیاز است [۱۹]. تحلیل مؤلفه اصلی برای شناسایی ابعاد IAS استفاده شد. به‌منظور بررسی همبستگی بین عامل‌ها، تصمیم‌گیری در مورد چرخش عمودی و مایل انجام شد. از آنجایی که یکی از همبستگی‌ها مطابق جدول ۲، بزرگ‌تر از ۰/۳۲ بود (همبستگی بین عامل‌های ۱ و ۳ برابر ۰/۴۹ بود)، عامل‌های به‌دست آمده در معرض چرخش مایل قرار گرفتند [۱۹].

خودبیمارپندارانه است؛ و این در حالی است که هیچ مطالعه‌ای به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی IAS در جمعیت ایرانی نپرداخته است. بنابراین با توجه به فقدان ابزار مناسب در جمعیت ایرانی برای سنجش نگرش‌ها، عقاید و تمایلات خودبیمارپندارانه، مقاله حاضر به واریس اعتبار و پایایی این ابزار در نمونه‌های ایرانی بر اساس سه مطالعه می‌پردازد.

## ۲- مطالعه ۱: ساخت عاملی

### ۲-۱- روش

#### ۲-۱-۱- جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

۹۲۹ نفر دانشجوی رشته‌های مختلف دوره کارشناسی دانشگاه شاهد (۵۲۹ دختر و ۴۰۰ پسر) با میانگین سنی ۲۱/۴۲ (sd=۲/۴۹) در مرحله اول پژوهش حاضر شرکت کردند. در این نمونه ۸۱۸ دانشجوی مجرد و ۱۱۱ دانشجوی متأهل وجود داشت. آزمودنی‌های این پژوهش براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند.

#### ۲-۱-۲- ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده در این مطالعه، نسخه اصلی «مقیاس بازخورد نسبت به بیماری» (IAS) [۸ و ۱۸] بود که به فارسی ترجمه گردید. سپس نظراساتید زبان انگلیسی و فارسی در اصلاح عبارات به کارگرفته شد و طی یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۱۰۰ دانشجوی دوره کارشناسی اجرا شد. براساس نتایج این مطالعه‌ی مقدماتی، تغییراتی در ترجمه‌ی فارسی داده شد. همانند نسخه اصلی IAS، نسخه فارسی این ابزار، شامل نه خرده‌مقیاس است که هر کدام از سه آیت تشکیل شده است. هر کدام از این نه خرده‌مقیاس، بر اساس مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود (۰=هرگز، ۱=به ندرت، ۲=گاهی اوقات، ۳=اغلب اوقات و ۴=همیشه) [۱۸]. نمره کلی IAS در دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ قرار می‌گیرد و نمرات هر خرده‌مقیاس نیز

جدول ۲ همبستگی بین عامل‌های حاصل از ساخت ۵ عاملی

عوامل	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵
عامل ۱) ترس از بیماری و ناخوشایندی	—	—	—	—	—
عامل ۲) فراوانی درمان	۰/۳۰	—	—	—	—
عامل ۳) باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه‌ها	-۰/۴۹	-۰/۳۰	—	—	—
عامل ۴) رفتار سلامتی	۰/۱۰	۰/۱۰	-۰/۰۲	—	—
عامل ۵) هراس از مرگ	۰/۲۲	۰/۰۱	-۰/۱۶	۰/۰۴	—

### ۲-۲-۲- ساخت عاملی

ارزش ویژه برای ۱۰ مؤلفه متوالی اول عبارت بود از: ۰/۳۴، ۲/۱۴، ۱/۸۷، ۱/۵۶، ۱/۲۴۹، ۱/۱، ۱/۰۴، ۰/۹۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۱. واریس ارزش‌های ویژه بزرگ‌تر از ۱ نشان داد که هفت عامل مناسب است. بررسی آزمون اسکری نیز نشان داد که ۵ یا ۷ بعد شالوده IAS را تشکیل می‌دهد. اگرچه این دو شیوه، رایج‌ترین روش‌های اکتشافی است، ولی به طور بالقوه ناپایا است [۱۹، ۲۰ و ۲۱]. مثلاً زوییک (Zwick, W.R.) و ولیسر (Velicer, W.F.) [۲۱] بحث کرده‌اند که استفاده از ارزش ویژه بزرگ‌تر از ۱ برای تعیین تعداد عامل‌ها و استخراج آن‌ها، منجر به استخراج تعداد بیش از اندازه عامل می‌شود، یعنی عاملی بیش از آنچه مورد نیاز است را استخراج می‌کند. از سوی دیگر قابل اشاره است که تحلیل موازی یکی از روش‌هایی است که توسط هورن (Horn, J.L.) [۲۲] معرفی شده است؛ البته از آن‌جا که روش تحلیل موازی مستلزم انجام محاسباتی است که اکثر برنامه‌های کامپیوتری فاقد آن است، روش مذکور علی‌رغم دقت و شایستگی که از آن برخوردار است، در گذشته مورد توجه قرار نگرفته است. اما استفاده از آن در سال‌های اخیر رو به افزایش گذاشته است. روش تحلیل موازی مستلزم آن است که ابتدا پژوهشگر با مبنا قرار دادن اطلاعاتی که از پژوهش به دست آورده است، نمونه‌های تصادفی متعددی را به وجود آورد. در مرحله بعد ارزش‌های ویژه به دست آمده از اطلاعات اصلی را با میانگین ارزش‌های ویژه به دست آمده از نمونه‌های

تصادفی مقایسه کند و هر تعداد از عوامل به دست آمده از تحلیل اطلاعات اصلی را که ارزش ویژه همراه آن‌ها از میانگین ارزش‌های ویژه عوامل به دست آمده از نمونه‌های تصادفی بالاتر بود، به عنوان عوامل به دست آمده از تحلیل عاملی بپذیرد [۲۰، ۲۲، ۲۳ و ۲۴]. در تحلیل موازی داده‌های به دست آمده از این مطالعه سه گام زیر برداشته شد:

۱. به تبعیت از توصیه تامپسون (Thompson, B.) و دانیل (Daniel, L.G.) [۲۴] ابتدا ۵۰ نمونه تصادفی با استفاده از اطلاعات به دست آمده از مطالعه به وجود آمد. همان‌گونه که گفته شد هریک از این نمونه‌های تصادفی باید از لحاظ تعداد آزمودنی و تعداد متغیر درست همانند اطلاعات به دست آمده از مطالعه باشد. به سخن دیگر ۵۰ ماتریس که هر یک دارای ۹۲۹ آزمودنی و ۲۹ متغیر بود، به وجود آمد.
۲. هر یک از این نمونه‌های تصادفی با رعایت همان اصولی که تحت آن اطلاعات اصلی تحلیل شد (یعنی با استفاده از الگوریتم استخراج عامل تحلیل مؤلفه اصلی و چرخش مایل) مورد تحلیل قرار گرفت و میانگین ارزش‌های ویژه برای عامل‌ها به دست آمد. این میانگین‌ها به ترتیب عبارت بود از: ۱/۲۳، ۱/۲۷، ۲/۳۷، ۱/۰۷ و ۱/۱۰.
۳. ارزش‌های ویژه به دست آمده از تحلیل اطلاعات اصلی با میانگین ارزش‌های ویژه به دست آمده از تحلیل نمونه‌های تصادفی مقایسه شد. در حالی که ارزش ویژه عامل اول نمونه اصلی از میانگین ارزش‌های ویژه

جدول ۳ تحلیل مؤلفه‌های اصلی مقیاس بازخورد نسبت به بیماری، بارعاملی و میزان اشتراک ساخت ۵ عاملی

آیتم‌ها	خرده مقیاس‌های اصلی IAS	ترس از بیماری و ناخوشایندی	فراوانی درمان	باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه‌ها	رفتار سلامتی	هراس از مرگ	میزان اشتراک
۲	WI	۰/۷۸	۰/۲۳	-۰/۳۴	۰/۰۹	۰/۷۰	۰/۶۲
۱۸	DP	۰/۷۶	۰/۱۶	-۰/۴۲	۰/۰۶	۰/۳۱	۰/۳۸
۱۶	DP	۰/۷۵	۰/۱۶	-۰/۳۴	۰/۰۹	۰/۴۶	۰/۶۷
۳	WI	۰/۷۴	۰/۲۲	-۰/۳۹	۰/۱۱	۰/۱۹	۰/۵۶
۱۷	DP	۰/۷۱	۰/۰۸	-۰/۳۲	۰/۰۴	۰/۳۶	۰/۵۶
۴	CP	۰/۷۰	۰/۳۲	-۰/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۲	۰/۵۱
۱	WI	۰/۵۷	۰/۲۹	-۰/۳۰	۰/۲۵	-۰/۱۰	۰/۴۴
۲۴	TE	۰/۲۳	۰/۸۳	-۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۷۰
۲۵	TE	۰/۱۹	۰/۷۶	-۰/۲۰	-۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۶۱
۲۳	TE	۰/۱۷	۰/۷۱	-۰/۱۱	۰/۳	۰/۱۳	۰/۵۸
۲۷	ES	۰/۳۱	۰/۲۰	-۰/۷۶	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۵۸
۲۹	ES	۰/۴۴	۰/۰۹	-۰/۷۵	۰/۱۱	۰/۲۱	۰/۶۰
۲۰	BP	۰/۳۴	۰/۱۵	-۰/۷۴	۰/۰۲	۰/۲۰	۰/۵۷
۲۸	ES	۰/۳۰	۰/۱۷	-۰/۷۳	۰/۰۵	۰/۰۹	۰/۵۵
۲۱	BP	۰/۴۸	۰/۲۸	-۰/۷۱	۰/۱۹	۰/۲۶	۰/۵۷
۱۲	HB	۰/۳۸	۰/۲۳	-۰/۵۳	۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۳۱
۱۰	HB	۰/۴۵	۰/۳۸	-۰/۵۲	-۰/۱۵	-۰/۱۰	۰/۵۲
۱۹	BP	۰/۴۱	۰/۳۱	-۰/۵۰	-۰/۱۵	۰/۲۳	۰/۳۷
۱۱	HB	۰/۳۲	۰/۲۸	-۰/۴۷	-۰/۲۶	-۰/۱۵	۰/۴۰
۶	CP	۰/۳۵	۰/۳۳	-۰/۴۳	۰/۳۹	۰/۱۳	۰/۳۸
۸	HH	۰/۰۸	۰/۰۳	-۰/۰۷	۰/۶۸	۰/۰۴	۰/۴۸
۷	HH	۰/۰۵	۰/۰۰	-۰/۰۲	۰/۶۱	۰/۰۲	۰/۳۶
۵	HH	۰/۲۰	۰/۳۵	-۰/۱۷	۰/۶۰	۰/۰۲	۰/۴۵
۹	CP	۰/۳۳	۰/۳۱	-۰/۲۵	۰/۵۱	-۰/۰۱	۰/۳۸
۱۴	TH	۰/۳۱	۰/۱۵	-۰/۲۵	۰/۰۷	۰/۸۳	۰/۷۳
۱۵	TH	۰/۴۳	۰/۱۰	-۰/۲۸	۰/۰۳	۰/۷۵	۰/۶۴
۱۳	TH	۰/۲۷	۰/۱۴	-۰/۳۵	۰/۰۱	۰/۷۴	۰/۶۳
ارزش ویژه	—	۷/۳۴	۲/۱۴	۱/۸۶	۱/۵۶	۱/۴۸	
درصد واریانس	—	۲۷/۱۷	۷/۹۳	۶/۸۹	۵/۷۷	۵/۵۰	

جدول ۴ شاخص‌های روان‌سنجی مربوط به مدل ۵ عاملی

عوامل	(انحراف معیار) میانگین	آلفای کرونباخ	میانگین همبستگی بین آیتم	ضریب باز آزمایی
عامل ۱) ترس از بیماری و ناخوشایندی	۸/۳ (۵/۹)	۰/۸۵	۰/۴۵	$r=۰/۷۹, p=۰/۰۰۰۱$
عامل ۲) فراوانی درمان	۳/۴ (۱/۹)	۰/۷۲	۰/۴۷	$r=۰/۷۹, p=۰/۰۰۰۱$
عامل ۳) باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه‌ها	۱۰/۹ (۵/۸)	۰/۸۳	۰/۳۳	$r=۰/۶۸, p=۰/۰۰۰۱$
عامل ۴) رفتار سلامتی	۹/۹ (۲/۹)	۰/۵۶	۰/۲۵	$r=۰/۷۴, p=۰/۰۰۰۱$
عامل ۵) هراس از مرگ	۳/۵ (۳/۱)	۰/۸۰	۰/۵۰	$r=۰/۶۹, p=۰/۰۰۰۱$

### ۳- مطالعه ۲: پایایی

در این مطالعه پایایی IAS هم توسط ثبات درونی و هم ضرایب باز آزمایی عوامل IAS تعیین شد.

#### ۳-۱- روش

##### ۳-۱-۱- جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

برای محاسبه پایایی با استفاده از روش ثبات درونی، از ۹۲۹ نفر آزمودنی شرکت کننده در مطالعه ۱ استفاده گردید. و در محاسبه پایایی با استفاده از ضرایب باز آزمایی، ۹۲ دانشجوی دانشگاه شاهد (۵۰ دختر و ۴۲ پسر) با میانگین سنی ۲۰/۹۰ ( $sd=۲/۲$ ) به شیوه تصادفی انتخاب گردیدند و با فاصله ۱۵ روز تحت باز آزمایی قرار گرفتند.

##### ۳-۱-۲- ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاد در این مطالعه نسخه اصلی «مقیاس باز خورد نسبت به بیماری» (IAS) [۱۸و۸] بود که در مطالعه ۱ توضیح داده شد.

##### ۳-۲- یافته‌های پایایی

نتایج محاسبات پایایی در جدول ۴ ارائه شده است. عوامل مدل ۵ عاملی به استثنای عامل رفتار سلامتی، ثبات درونی مناسبی را نشان می‌دهند (یعنی بزرگ‌تر از ۰/۷۰) [۲۵]، که البته این آلفا از سطح توصیه شده برای مقایسه‌های گروهی بالاتر است (یعنی بزرگ‌تر از ۰/۵۰) [۲۶]. با توجه به این که عامل رفتار

نمونه‌های تصادفی بیش تر بود، ارزش ششمین عامل به دست آمده از نمونه اصلی (۱/۱۲) از میانگین ارزش ششمین عامل به دست آمده از نمونه تصادفی (۱/۱۶) کم تر بود. به همین دلیل فقط ۵ عامل به دست آمده از تحلیل اطلاعات اصلی به عنوان عوامل این مطالعه پذیرفته شد. نتایج تحلیل عاملی این مطالعه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۱ بارهای عاملی، میزان اشتراک، ارزش‌های ویژه و درصد واریانس را برای ۵ عامل نشان می‌دهد. این مدل ۵۳/۳ درصد واریانس را در نمرات IAS تبیین کرد عامل ۱ (ترس از بیماری و ناخوشایندی) شامل ۷ آیتم است که ترس کلی و نگرانی در مورد بیماری، ناخوشایندی و وضعیت سلامتی را نشان می‌دهد. عامل ۲ (فراوانی درمان) شامل ۳ آیتم است و تجربه درمانی آزمودنی را منعکس می‌کند. عامل ۳ (باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه‌ها) با ۱۰ آیتم، ترس خودبیمارپندارانه کلی و آثار نشانه‌ها را بیرون می‌کشد. عامل ۴ (رفتار سلامتی) با ۴ آیتم، رفتار پرانگیزه شده توسط نگرانی‌های سلامتی را اندازه می‌گیرد و عامل ۵ (هراس از مرگ) با ۳ آیتم، ترس و مشغولیت ذهنی درباره مرگ را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که عامل دوم و پنجم دقیقاً همان خرده مقیاس‌های IAS اصلی هستند که توسط کلنر [۱۸] یافت شد.

سلامتی شامل ۴ آیتم است و ضریب آلفا نیز تحت تأثیر طول مقیاس قرار دارد، از شاخص آماری مناسب‌تری برای ارزیابی ثبات درونی استفاده کرده‌ایم؛ این شاخص، که میانگین همبستگی بین آیتمی نام دارد، همانند ضریب آلفا، شاخصی از همگنی آیتم‌ها را ارائه می‌کند، ولی تحت تأثیر طول مقیاس قرار نمی‌گیرد [۲۷]. براساس توصیه کاکس (Cox, B.G.) و فرگوسن [۲۷] و فرگوسن و دانیل [۷]، دامنه قابل قبول این شاخص بین ۰/۱۰ تا ۰/۵۰ است، که مطابق آن و همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد دامنه ضریب همسانی درونی تمام عوامل استخراج شده قابل قبول است. همبستگی گشتاوری پیرسون بین ارزیابی‌های زمان اول و دوم (با فاصله ۱۵ روز) برای ۵ عامل محاسبه شد و همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد این ضرایب معنادار است.

### ۳-۳- روابط عوامل IAS و جنسیت

برای تعیین چگونگی نمرات آزمودنی‌ها در مورد ۵ عامل IAS با توجه به جنسیت، تحلیل‌هایی انجام شده است (جدول ۵). با توجه به تعداد مقایسه‌ها و به‌منظور کنترل خطای نوع اول، تصحیح بونفرونی انجام شد (۰/۰۱ = ۵ / ۰/۰۵) [۲۸]. بنابراین سطح معناداری برای مقایسه‌های جدول ۵، ۰/۰۱ یا کم‌تر در نظر گرفته شده است.

نتایج این مقایسه‌ها نشان می‌دهد که زنان به‌طور معناداری درسه عامل فراوانی درمان، رفتار سلامتی و هراس از مرگ، در مقایسه با مردان نمرات بالاتری به‌دست آورده‌اند.

### ۴- مطالعه ۳: اعتبار

#### ۴-۱- اعتبار تشخیصی

#### ۴-۱-۱- روش

به‌منظور بررسی اعتبار تشخیصی IAS، این ابزار بر روی دو گروه اجرا شد: ۳۰ بیمار دارای مشکلات روان‌شناختی و ۳۰ آزمودنی سالم. گروه بیمارانی بر

اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR با اختلالات وسواس فکری عملی، اضطراب، افسردگی یا جسمانی شکل تشخیص داده شده بودند. برای انتخاب گروه سالم نیز، به افرادی این ابزار داده شد که در ۶ ماه گذشته به بیماری خاصی مبتلا نشده و به هیچ مرکز خدمات بهداشتی مراجعه نکرده بودند و از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز، با گروه بیمار هم‌تا بودند. همچنین به‌منظور واری هم‌تا بودن دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، جنس، و تحصیلات، از آزمون t برای نمونه‌های مستقل (برای متغیر پیوسته) و آزمون خی دو (برای متغیر گسسته) استفاده شد، که نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار بین دو گروه است (جدول ۶).

نمرات دو گروه آزمودنی‌های بیمار و سالم در ۵ عامل با استفاده از آزمون t برای نمونه‌های مستقل مورد مقایسه قرار گرفت. این نتایج در جدول ۷ خلاصه شده‌اند. با توجه به تعداد مقایسه‌ها و به‌منظور کنترل خطای نوع اول، تصحیح بونفرونی انجام شد (۰/۰۱ = ۵ / ۰/۰۵) [۲۸].

نتایج تحلیل‌ها نشان می‌دهد که بیماران به‌طور معناداری، در عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه‌ها و رفتار سلامتی، نسبت به آزمودنی‌های سالم، نمره بالاتری کسب کردند.

#### ۴-۲- اعتبار سازه

به‌منظور بررسی اعتبار سازه IAS همبستگی گشتاوری پیرسون بین ۵ عامل IAS و مقیاس خودبیمارپنداری «نسخه تجدید نظر شده چند وجهی شخصیتی مینه سوتا» (MMPI-2) [۲۹]، خرده مقیاس شکایات جسمانی «نسخه تجدید نظر شده سیاهه نشانگان ۹۰ سؤالی» (SCL-90-R) [۳۰] و خرده مقیاس نشانه‌های بدنی «پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی» (GHQ) [۳۱] محاسبه شد.



جدول ۵ رابطه بین عوامل و جنسیت

سطح معناداری و درجه آزادی	T مشاهده شده	شاخص	
		زن (انحراف معیار) میانگین	مرد (انحراف معیار) میانگین
df=۱, p=۰/۰۴۱	۲/۰۴	۸/۹ (۶/۱)	۸/۱ (۵/۶)
df=۱, p=۰/۰۰۰۱	۴/۷۹	۳/۷ (۱/۹)	۳/۱ (۱/۸)
df=۱, p=۰/۸۰	۰/۲۴	۱۰/۹ (۵/۹)	۱۱/۰ (۵/۶)
df=۱, p=۰/۰۰۱	۳/۲۰	۱۰/۱ (۲/۸)	۹/۵ (۲/۹)
df=۱, p=۰/۰۰۰۱	۶/۱۶	۴/۱ (۳/۲)	۲/۸ (۲/۷)

جدول ۶ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در مطالعه اعتبار تشخیصی. (اعداد داخل پرانتز معرف انحراف معیار است)

نتایج آزمون آماری	گروه سالم	گروه بیمار	شاخص	متغیر	
t=-۰/۲۷ df=۱, p=۰/۹۸	۲۶/۱ (۶/۳)	۲۶/۱ (۶/۲)	میانگین (انحراف معیار)	سن	
χ²=۰/۰۰۰ df=۱, p=۱	۲۰	۲۰	تعداد	زن	جنس
	۱۰	۱۰	تعداد	مرد	
χ²=۰/۲۶۸ df=۱, p=۰/۷۹۶	۱۷	۱۵	تعداد	دیپلم	تحصیلات
	۱۳	۱۵	تعداد	کارشناسی	

جدول ۷ میانگین و انحراف معیارهای ۵ عامل IAS برای مقایسه دو گروه بیمار و سالم

سطح معناداری و درجه آزادی	t مشاهده شده	گروه سالم (انحراف معیار) میانگین	گروه بیمار (انحراف معیار) میانگین	شاخص
df=۱, p=۰/۰۱	۲/۶۰	۶/۷ (۴/۶)	۱۱/۲ (۶/۲)	عامل ۱) ترس از بیماری و ناخوشایندی
df=۱, p=۰/۰۰۰۱	۴/۷۵	۲/۹ (۱/۳)	۵/۳۳ (۲/۴)	عامل ۲) فراوانی درمان
df=۱, p=۰/۰۱	۳/۵۱	۸/۴ (۴/۳)	۱۴/۰۳ (۷/۷)	عامل ۳) باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه‌ها
df=۱, p=۰/۰۰۸	۲/۷۳	۸/۸ (۲/۶)	۱۰/۸ (۳/۱)	عامل ۴) رفتار سلامتی
d=۱, p=۰/۷۴	-۰/۳۲	۳/۵ (۲/۹)	۳/۲ (۳/۳)	عامل ۵) هراس از مرگ

ابزار مورد مطالعه (IAS) به همراه یک مقیاس اضافی (برای مطالعه اعتبار سازه) داده شد.

#### ۴-۲-۲- ابزار پژوهش

در بررسی اعتبار سازه، از مقیاس‌های زیر استفاده گردید:

#### ۴-۲-۱- جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

۱۵۰ نفر دانشجوی رشته‌های مختلف دوره کارشناسی دانشگاه شاهد (۸۷ دختر و ۶۳ پسر) با میانگین سنی ۲۲/۱۲ (sd=۲/۳) در این مطالعه شرکت کردند. آزمودنی‌های این مطالعه براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. به هر ۵۰ نفر از آزمودنی‌ها،

این پرسشنامه در جمعیت ایرانی ۰/۴۶ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۸۰ است [۳۵]. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این خرده مقیاس ۰/۸۴ است. • خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ [۳۱]: این خرده مقیاس با ۷ سؤال، وضعیت سلامت عمومی و علائم جسمانی را که فرد طی یک ماه گذشته تجربه کرده است، بررسی می‌کند. نمره‌گذاری این خرده مقیاس، براساس مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای تنظیم شده است. در پژوهش تقوی [۳۷]، ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۶۰ و اعتبار سازه آن ۰/۵۰ است. در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ این خرده مقیاس ۰/۹۳ است.

جدول ۸ نتایج مربوط به تحلیل همبستگی‌ها را خلاصه می‌کند. با توجه به تعداد متغیرهای این تحلیل (۵ عامل) و کنترل خطای نوع اول، از تصحیح بونفرونی استفاده شده است (۰/۰۱ = ۰/۰۵/۵) [۲۸].

جدول ۸ نشان می‌دهد که بین عامل ۱ و ۲ و ۴ با مقیاس خودبیماری‌پنداری MMPI-2، بین عامل ۱ و ۳ با خرده مقیاس شکایات جسمانی SCL-90-R و بین عامل ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ رابطه متوسط وجود دارد و تنها بین عامل ۵ با مقیاس‌های دیگر رابطه معنادار وجود ندارد.

• مقیاس IAS که در مطالعه ۱ به آن پرداخته شد.  
• مقیاس خودبیماری‌پنداری MMPI-2 [۲۹]. این مقیاس برای شناسایی بیمارانی که نشانه‌های مربوط به اختلال خودبیماری‌پنداری را از خود نشان می‌دهند، ساخته شده است [۳۲] و شامل ۳۲ ماده است که پاسخ آن‌ها در قالب درست و نادرست، و نمره‌گذاری به صورت ۰ و ۱ است. در پژوهش موتابی و شهرامی [۳۰]، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۲ و در پژوهش حاضر ۰/۷۰ بوده است. اعتبار تشخیصی این مقیاس، در پژوهش موتابی و شهرامی [۳۳]، به علت تعداد کم این بیماران، محاسبه نشده است، ولی در پژوهش رضاپور [۳۴] در پی واری اعتبار سازه خرده مقیاس شکایات جسمانی SCL-90-R با مقیاس خودبیماری‌پنداری MMPI-2، این شاخص در سطح معناداری (۰/۴۶) گزارش شده است. لذا با توجه به این که در پژوهش‌های دیگری از جمله پژوهش اسماعیلی [۳۵] و میرزایی [۳۶] اعتبار و پایایی خرده مقیاس‌های SCL-90-R در جمعیت ایرانی تأیید شده است، لذا می‌توان تأیید اعتبار مقیاس خودبیماری‌پنداری MMPI-2 را نیز نتیجه‌گیری کرد.

• خرده مقیاس شکایات جسمانی SCL-90-R [۳۱]: این خرده مقیاس با ۱۲ آیت، پریشانی ناشی از ادراک بدکارکردی بدنی را منعکس می‌کند. نمره‌گذاری آن براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای است. اعتبار سازه

جدول ۸ همبستگی گشتاوری پیرسون بین ۵ عامل IAS و مقیاس خودبیماری‌پنداری MMPI-2، خرده مقیاس شکایات جسمانی SCL-90-R و خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ-28

عوامل	مقیاس خودبیماری‌پنداری MMPI-2	خرده مقیاس شکایات جسمانی SCL-90-R	خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ-28
عامل ۱) ترس از بیماری و ناخوشایندی	$r=0/39, p=0/007$	$r=0/43, p=0/002$	$r=0/28, p=0/055$
عامل ۲) فراوانی درمان	$r=0/55, p=0/000$	$r=0/32, p=0/026$	$r=0/31, p=0/03$
عامل ۳) باورهای خودبیماری‌پندارانه و آثار نشانه‌ها	$r=0/276, p=0/07$	$r=0/36, p=0/017$	$r=0/48, p=0/001$
عامل ۴) رفتار سلامتی	$r=0/55, p=0/001$	$r=-0/31, p=0/031$	$r=0/41, p=0/084$
عامل ۵) هراس از مرگ	$r=0/17, p=0/273$	$r=0/14, p=0/33$	$r=0/151, p=0/299$

## ۵- بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در یک نمونه غیربالینی، IAS به عنوان یک ابزار چند بعدی ۵ عاملی مفهوم سازی می‌شود: ۱) ترس از بیماری و ناخوشایندی، ۲) فراوانی درمان، ۳) باورهای خود بیمارپندارانه و آثار نشانه، ۴) رفتار سلامتی و ۵) هراس از مرگ. آلفای کرونباخ این ۵ عامل نشان می‌دهد که ۴ عامل، ثبات درونی مناسبی دارند (یعنی بزرگ‌تر از ۰/۷۰) [۲۵]، در حالی که آلفای کرونباخ عامل رفتار سلامتی پایین‌تر از این مقدار است. به هر حال با استفاده از شاخصی از ثبات درونی، یعنی همبستگی بین آیتی، که تحت تأثیر طول مقیاس قرار نمی‌گیرد، تمام ۵ عامل ثبات درونی قابل قبولی را نشان می‌دهند [۲۷، ۴]. اعتبار تشخیصی ۴ عامل IAS نیز تأیید شده است و نمرات عامل هراس از مرگ، به طور معناداری، گروه بیمار را از آزمودنی‌های سالم متمایز نکرد. نتایج مطالعه اعتبار سازه نیز حاکی از همبستگی ۴ عامل از ۵ عامل IAS با مقیاس‌های دیگر است و در این مطالعه نیز تنها بین عامل هراس از مرگ با مقیاس‌های دیگر رابطه معناداری به دست نیامد. قبل از بحث درباره نتایج، لازم به ذکر است که یافته‌های این مطالعه مبتنی بر یک نمونه غیربالینی است، بنابراین ممکن است همین ساخت عاملی در یک جمعیت بالینی الزاماً حاصل نشود [۷]؛ لذا واریس ساخت عاملی این ابزار در یک نمونه بالینی به وضوح لازم است.

نتایج مطالعه حاضر از یافته‌های مطالعات قبلی [۱۶ و ۱۴، ۹، ۷] مبنی بر این که IAS با تعداد عامل‌هایی کمتر از ۹ خرده مقیاس کلنر [۱۸ و ۸] مفهوم سازی می‌شود، حمایت می‌کند. با وجود این، گروه بندی اصلی آیت‌های خرده مقیاس‌های پیشنهاد شده توسط کلنر [۸] نیز به طرق مختلفی در مطالعه کنونی مورد حمایت قرار گرفت. به طور دقیق‌تر، دو تا از خرده مقیاس‌های اصلی کلنر (تجربه درمان و هراس از مرگ)، در تحلیل عاملی دست نخورده باقی ماندند. بنابراین بعضی از خرده مقیاس‌هایی که به نظر می‌رسد سازه زیر بنایی یکسانی

را اندازه می‌گیرند، هنگامی که در معرض تحلیل مؤلفه‌های اصلی قرار می‌گیرند، در یک عامل منفرد با هم همپوشی دارند. برای نمونه دو خرده مقیاس «نگرانی در مورد بیماری» و «هراس از بیماری» در عامل ۲ (ترس از بیماری و ناخوشایندی) همپوشی دارند، سه خرده مقیاس «آثار نشانه»، «باورهای خودبیمارپندارانه» و «مشغولیت ذهنی درباره بدن» در عامل ۳ (باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه) همپوشی دارند و آیت‌های خرده مقیاس «عادات سلامتی» در عامل ۴ (رفتار سلامتی) دارای بار عاملی شدند. تنها خرده مقیاس IAS اصلی که حمایتی دریافت نکرد، خرده مقیاسی بود که تحت عنوان «نگرانی در مورد درد» معرفی شده است. آیت ۴ این خرده مقیاس (اگر شما دردی داشته باشید نگران می‌شوید که ممکن است به علت یک بیماری سختی باشد؟)، در عامل ۱ (ترس از بیماری و ناخوشایندی) دارای بار عاملی شد؛ آیت ۵ (اگر دردی داشته باشید که یک هفته یا بیش‌تر طول بکشد، آیا به پزشک مراجعه می‌کنید؟) به نظر می‌رسد که به عنوان بخشی از عامل ۴ (رفتار سلامتی) مفهوم سازی شود و آیت ۶ (اگر دردی داشته باشید که یک هفته یا بیش‌تر طول بکشد، آیا اعتقاد پیدا می‌کنید که بیماری جدی دارید؟) در عامل ۳ (باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه) دارای بار عاملی شد.

نتایج این مطالعه نیز نشان داد که در حالی که ۴ عامل IAS (ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه، رفتار سلامتی) دارای اعتبار تشخیصی بودند و به طور معناداری، گروه بیمار را از آزمودنی‌های سالم متمایز کردند، نمرات عامل هراس از مرگ در ایجاد چنین تمایزی موفق نبود. درحقیقت آزمودنی‌های سالم به طور معناداری، ترس شدیدتری از مرگ ( $sd = ۲/۸۹$ ) و ( $x = ۳/۵۰$ ) را در مقایسه با گروه بیمار ( $sd = ۳/۲۷$ ) و ( $x = ۳/۲۳$ ) گزارش کردند. این یافته غیرمنتظره باید در پژوهش‌های بعدی واریس شود.

10. Kellner, R., Hernandez, J. & Pathak, D. (1992) Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety, and somatisation. *British Journal of Psychiatry*, 160,525-532.
11. Dammen,T., Friis, S, & Ekeberg, Q. (1999) Pain patients: A study of psychometric properties. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 35-342.
12. Hitcheock, P.B, & Mathews, A. (1992) Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 30, 232-234.
13. Hadjistavropoulos, H.D., Craig, K.D, & Hadjistavropoulos, T. (1998) Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 149-146.
14. Hadjistavropoulos, H.D., Frombach, I.K.& Asmundson, G.J.G. (1999) Exploratory and conformity factor analytic investigations of the Illness Attitude Scale in a nonclinical sample. *Behavior Research and Therapy*,37,671-684.
15. Speckens, A.E., Spinhoven, P.P., Bolk,J.H. & Van Hemert, A.M. (1996) A validation study of the Whitely index, The Illness Attitude Scale, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 95-104.
16. Hadjistavropoulos, H.D. & Asmundson, G.J.G. (1998) Factor analytic investigation of the Illness Attitude Scale in a chronic pain sample. *Behavior Research and Therapy*,36,1185-1195.
17. Wise,T.M.& Sheridan, M.J. (2001) Psychometric properties of the Illness Attitude Scale in psychiatric patients.*Psychological Reports*, 89, 73-76.
18. Kellner, R. (1986) Somatization and hypochondriasis. New York:Praeger.
19. Tabachnick, B.G.,& Fidell, L.S. (1996) Using multivariate statistics.3<sup>rd</sup> ed. New York: HarperCollins.
20. Ferguson, E., & Cox,T. (1993) Exploratory factor analysis: a users guide. *International Journal of Selection and Assessment*, 1, 84-94.
21. Zwick, W.R. & Velicer.W.F. (1986) Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99, 432-442.
22. Horn,J.L. (1965) A rational and test for the number of factor analysis. *Psychometrica*, 30, 179-185.
23. Longman, R.S., Cota A.,A., Holden, R.R., & Fekken, G.C. (1989) A regression equation For the parallel analysis criterion in principle component analysis:Mean and 95<sup>th</sup> percentile eigenvalues,Multivariate behavioral research, 24, 59-69.
24. Thampson, B., & Daniel, L.G. (1996) Factor analytic evidence for the construct validity of scores: a historical overview and some guidelines. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 197-208.

در مجموع، نتایج این مطالعه شواهدی برای صحت ساخت عاملی و پایایی قابل قبول عامل‌های IAS را ارائه می‌دهد. ۴ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار نشانه و رفتار سلامتی، اندازه‌گیری‌های سودمندی را از ترس‌ها، عقاید و نگرش‌های مرتبط با وضعیت سلامتی در بین جمعیت ایرانی نشان می‌دهد. با وجود این، سودمندی عامل هراس از مرگ برای واریسی ترس از مرگ، به‌وسیله یافته‌ها حمایت نشد. بنابراین می‌توان اشاره کرد که «مقیاس بازخورد نسبت به بیماری»، در نمونه‌های ایرانی، از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است و این امر امکان به کارگیری آن را فراهم می‌سازد، هرچند باید گفت که پژوهش‌های آتی در مورد گروه‌های بالینی و نمونه‌های غیربالینی خاص، می‌تواند زمینه‌های تازه‌ای بر ما بگشاید.

## منابع

1. Kellner, R.; Abbott, P.; Winslow, W. W. & Pathack, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *The Journal Of Nervous and Mental disease*, 175 (1):20-25.
2. Kellner, R.; Wiggins, R. G.; Pathack, D. (1986) Hypochondriacal fears and beliefs in medical law students. *Arch. Ge. Psychiatry*, 43:487-489.
3. Barsky,A.J. & klerman, G. L. (1983) Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal Of Psychiatry*, 140:273-283.
4. Pilowsky, I. (1977) Dimensions of hypochondriasis. *Br. J. Psychiatry*, 113:89-93.
5. Bianchi, G.N. (1971) Origins of disease phobia. *Aust.Nz.J.Psychiatry*, 5:241-257.
6. Bianchi, G. N. (1973) Patterns of hypochondriasis: A principle components analysis. *Br. J. Psychiatry*, 122: 541-548.
7. Ferguson, E. & Daniel,E. (1995) The Illness Attitude Scale (IAS): a psychometric evaluation on nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 18,473-479.
8. Kellner, R. (1987) Abridged manual of the Illness Attitude Scale. Department of psychiatry, school of medicine. university of New Mexico.
9. Stewart, S.H., & Watt, M.C. (2000) Illness Attitude Scale dimensions and their associations with anxiety-related constructs n a non-clinical sample. *Behavior Research and Therapy*, 38, 83-99.

۳۴. رضاپور، محمد (۱۳۷۶) هنجاریابی آزمون SCL-90-R بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز و شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری در روان‌سنجی. دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
۳۵. اسماعیلی، غلامعلی (۱۳۷۶) هنجاریابی آزمون SCL-90-R و مقایسه سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران به‌منظور ارائه خدمات مشاوره‌ای مناسب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
۳۶. میرزایی، رقیه (۱۳۵۹) ارزیابی و پایایی آزمون SCL-90 در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران: انستیتو روان‌پزشکی تهران.
۳۷. تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰) بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) مجله روان‌شناسی، شماره ۲۰، ۳۸۱-۳۹۸.
۲۵. Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994) Psychometric theory. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
۲۶. Helmstadter, G.C. (1964) Principles of psychological measurements. New York: Appleton – Century - Crofts.
۲۷. Cox, T., & Ferguson, E. (1994) Measurement of the subjective work environment. Work and Stress, 8, 98-109.
۲۸. Bland, J.M., & Altman, D.G. (1995) Multiple significance tests: the Bonferroni method. British Medical Journal, 310 170.
۲۹. Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989) Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press.
۳۰. Derogotis, L.R. (1993) SCL-90-R: Administration, scoring and procedures, Manual II Baltimore: Clinical Psychometric Research, P: 1-20.
۳۱. Goldberg, D.P., & Hiller V.F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire, Psychological Medicine, 9, 139-145.
۳۲. گراهام، جان (۱۳۷۹) راهنمای MMPI-2، ارزیابی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی. ترجمه حمید یعقوبی و موسی کافی. تهران: انتشارات ارجمند.
۳۳. موتایی، فرشته و شهرامی، علی. (۱۳۷۴) آماده‌سازی و هنجاریابی پرسشنامه MMPI-2 در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران: انستیتو روان‌پزشکی تهران.

پیوست

پرسشنامه بازخورد نسبت به بیماری  
Illness Attitude Scale (IAS)

همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱. آیا نگران سلامتی خود هستید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۲. آیا نگران این هستید که در آینده به یک بیماری سختی مبتلا شوید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۳. آیا فکر یک بیماری جدی شما را می‌ترساند؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۴. اگر دردی را احساس کنید، آیا نگران می‌شوید که ممکن است به علت یک بیماری سخت باشد؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۵. اگر دردی داشته باشید که یک هفته یا بیش‌تر طول بکشد آیا به پزشک مراجعه می‌کنید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۶. اگر دردی داشته باشید که یک هفته یا بیش‌تر طول بکشد آیا به این باور می‌رسید که یک بیماری دارید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۷. آیا از عاداتی که برایتان مضر هستند، مثل سیگار کشیدن، پرهیز می‌کنید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۸. آیا از غذاهایی که ممکن است بهداشتی نباشد پرهیز می‌کنید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۹. آیا بدن خودتان را واریسی می‌کنید برای این‌که ببینید مشکلی وجود دارد یا نه؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۰. آیا باور دارید که یک بیماری جسمی دارید ولی پزشکان آن را به درستی تشخیص ندادند؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۱. وقتی که دکتر به شما می‌گوید که بیماری جسمی ندارید، آیا نظری را رد می‌کنید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۲. وقتی که پزشکی شما را در جریان تشخیص خود قرار می‌دهد، آیا فوراً تصور می‌کنید که بیماری جدی پیدا کرده‌اید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۳. آیا از خبرهایی که یاد آور مرگ هستند، می‌ترسید؟ (مثل مراسم تدفین و اعلامیه ترحیم)
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۴. آیا تصور مرگ شما را به هراس می‌اندازد؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۵. آیا می‌ترسید که به همین زودی‌ها بمیرید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۶. آیا از این می‌ترسید که ممکن است به سرطان مبتلا شوید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۷. آیا از این می‌ترسید که ممکن است بیماری قلبی داشته باشید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۸. آیا از این می‌ترسید که به بیماری سخت دیگری مبتلا باشید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۱۹. وقتی که در مورد یک بیماری مطلبی را می‌خوانید یا می‌شنوید آیا نشانه‌های مشابه آن را در خودتان حس می‌کنید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۲۰. وقتی که متوجه احساس خاصی در بدنتان می‌شوید، باعث می‌شود که ذهن شما از فکر کردن به موضوعات دیگر باز بماند؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۲۱. وقتی که احساس خاصی در بدنتان به وجود می‌آید، آیا نگران می‌شوید؟
۲۲. آیا دکتر به شما گفته است که بیمار هستید؟ بله..... خیر..... اگر پاسخ بلی است، کدام بیماری؟					
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۲۳. چند وقت یک‌بار به دکتر مراجعه می‌کنید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۲۴. به چند پزشک یا درمانگر در طول سال گذشته مراجعه کرده‌اید؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۲۵. در طول سال گذشته چند بار تحت درمان قرار گرفته‌اید؟ (به‌عنوان مثال درمان‌های دارویی یا تغییر دارو توسط پزشک یا عمل جراحی)
۲۶. اگر تحت درمان قرار گرفته‌اید، چه درمان‌هایی بوده است؟					
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۲۷. وقتی که علائمی را در بدنتان احساس می‌کنید آیا شما را از کاری که انجام می‌دهید باز می‌دارد؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۲۸. وقتی که بر روی کاری متمرکز می‌شوید آیا احساس علائمی در بدنتان باعث برهم خوردن تمرکز شما می‌شود؟
همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	بندرت	هرگز	۲۹. وقتی که علائمی در بدنتان احساس می‌کنید باعث برهم خوردن خوشی شما می‌شود؟