ویژگی های روان سنجی مقیاس نگرش های ناکارآمد(DAS-26) در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی

امراله ابراهیمی*[۱]، سید غفور موسوی[۱]

۱) تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت: ۹۱/۵/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۱۷

چکیده

مقدمه: مطابق با مدل شناختی اختلالات روان پزشکی، یکی از عوامل مهم در شکل گیری و تدام اختلالات روان شناختی و مشکلات سایکوسوماتیک افکار اتوماتیک منفی، تحریف های شناختی و نهایتاً نگرش های منفی و ناکارآمد است. جهت ارزیابی این نگرش ها چه در حیطه شناخت و تبیین نظری مشکلات چه در زمینه درمان(شناخت درمانی) نیاز به ابزارهایی واجد ویژگی های روان سنجی مطلوب است. مقیاس نگرش های ناکارآمد(DAS) یکی از رایج ترین ابزارهای ارزیابی آسیب پذیری شناختی است. هدف این مطالعه ارزیابی ویژگی های روان سنجی و تهیه نسخه کوتاه و مناسب جمعیت بالینی ایرانی بود.

مواد و روش ها: در قالب یک مطالعه مقطعی، نمونه ای پایلوت با حجم ۱۶۰ شرکت کننده شامل ۸۰ بیمار روان پزشکی از مراکز پزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ۸۰ فرد غیربیمار که از لحاظ برخی ویژگی های جمعیت شناختی همتا با گروه بیماران بودند در سال ۱۳۸۹ به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهشی مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV-TR، مقیاس نگرش های ناکارآمد(DAS) و پرسش نامه سلامت عمومی(GHQ-28) بود. هر دو گروه مقیاس های مذکور را تکمیل نمودند. داده ها توسط روش های تحلیل عوامل، تحلیل تمایزات و همبستگی چندگانه تحت نرم افزار SPSS vol.15 تحلیل شدند.

یافته های پژوهش: بر مبنای تحلیل عوامل و هم چنین همبستگی هر گویه با کل، ۱۴ گویه از نسخه ۴۰ گویه ای حذف شد و نسخه ۲۶ گویه مجدداً بررسی شد. ساختار عاملی آن شامل ۴ عامل معتبر بود که تحت عناوین موفقیت-کامل طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری-ارزشیابی عملکرد نام گذاری مجدد شد. روایی ملاکی هم زمان به وسیله همبستگی آن با نمره کل GHQ-28 (r=0.56) و با خرده مقیاس های جسمانی سازی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳، ۰/۴۸ و ۰/۵۷ و با تشخیص روان پزشکی ۰/۵۵ به دست آمد. آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که نسخه ایرانی ۲۶ گویه ای مقیاس نگرش های ناکارآمد واجد ویژگی های روان سنجی مطلوبی است که این ابزار را به عنوان یک وسیله مناسب جهت سنجش شناختی در بستر فرهنگی ایرانی

واژه های کلیدی: مقیاس نگرش های ناکارآمد، ویژگی های روان سنجی، روایی، پایایی، ساختار عاملی

* **نویسنده مسئول:** تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

مقدمه

مقیاس نگـرش هـای ناکارآمـد(Dysfunctional Attitude Scale) بـه منظـور سـنجش نگـرش هـای زیربنایی محتوای شناختی-علایم افسردگی بـر اسـاس نظریه بک ساخته شده است،(۱). این مقیـاس دارای دو فرم موازی الف و ب است که هرکدام دارای ۴۰ عبارت می باشد. نمره گـذاری بـه شـیوه درجـه بنـدی روی مقیاس ۷ درجه ای صورت می گیرد.

بـر اسـاس نظریـه شـناختی بـک طـرح واره هـای افسردگی زا(depressogenic Schemata) بـه عنـوان محور اصلی در شکل گیری علایم تلقی می گردد. این طرح واره ها اغلـب بـه عنـوان نگـرش هـای ناکارآمـد تعریف عملیاتی شده و با مقیاس نگرش هـای ناکارآمـد ارزیابی می گردد.(۱)

مقیاس نگرش های ناکارآمد، یکی از مقیاس هـای اصلی در حیطه مطالعات آسیب پذیری شناختی به ویـژه در اختلالات افسردگی اسـت،(۱،۲). در اکثـر مطالعـات بالینی در حیطه اثربخشی شناخت درمانی از این مقیاس جهت ارزیابی شناخت هـای افـسردگی زا اسـتفاده مـی گردد.(۳،۴)

گرچه مقیاس نگرش های ناکارآمد یکی از مقیـاس هایی است کـه بیـشترین کـاربرد را در مطالعـات علـوم شـناختی و آسـیب پـذیری شـناختی(cognitive vulnerability) داشته است،(۱)، اما، مطالعات کافی در خصوص ویژگی های روان سنجی آن در فرهنگ هـای مختلف،(۳)، و در ایران،(۵)،کمتر صـورت گرفتـه اسـت. تحلیل عوامل و شـناخت مولفـه هـای مقیـاس نگـرش های ناکارآمد می تواند در رشد و توسـعه درمـان هـای موثرتر شناختی نقش مهمی را ایفا نماید.(۶)

ساختار عاملی نسخه ۱۰۰ گویه ای مقیاس نگـرش های ناکارآمد در جمعیت بـالینی توسـط بـک، بـراون و وایزمن(۱۹۹۱) با روش تحلیل عـاملی اکتـشافی تعیـین گردید. از نسخه مذکور ۹ عامل اسـتخراج شـد کـه ۶۶ سوال روی این ۹ عامل دارای بـار عـاملی معنـی داری بود.(۷)

بررسی ساختار عاملی مقیاس نگرش های ناکارآمـد در نمونه ای از جمعیت بـالینی و عـادی نـروژ ۴ عامـل اساسی در زیر بنـای مقیـاس مـذکور را نـشان داد، کـه تحت عناوین ارزشیابی عملکرد، نیاز برای تایید شـدن ، نگرش خودکار و کامل طلبی نام گذاری شد و به ترتیب ۱۵/۵ درصد، ۳/۶ درصد، ۲/۶ درصد و ۲/۵ درصد کـل واریانس را تبیین می کردند. تعدیل سوالات ۲ عامل را برای آن تعیین کرد، عامل اول تحت عنـوان خودپنـداره منفی و ناسازگاری شخصی و عامل دوم تحـت عنـوان تمایل برای تغییـر و انتظـارات منفـی تاییـد شـدکه بـه ترتیـب ۴۰ درصـد و ۶/۳ درصـد از کـل واریـانس را تبیین می نمودند.(۶)

روایی و پایایی مقیاس نگرش ناکارآمـد در جمعیـت عادی و بالینی نشان داد، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایـی سازه آن از طریق همبستگی آن با آزمون افسردگی بک Beck Depression Inventory برابـر بـا ۰/۴۷ و بـا پرسـش نامـه افکـار- خودآینـدهATQ برابـر بـا ۰/۴۷ است،(۷). هم چنین پرسش نامـه DAS توانـایی کـافی برای تمایز گذاری بـین بیمـاران روان پزشـکی و افـراد سالم را داشت.(۸)

تحلیل عوامل DAS روی نمونه ای از افراد عـادی و بیمار در شهر لنـدن نـشان داد سـوالات عمـدتاً روی چهار عامل از نه عاملی که توسط بـک(۱۹۹۱) شـناخته شد، انتخاب شده اند. لذا چهار عامـل شناسـایی شـده و تحت عناوین آسیب پـذیری، نیـاز بـرای تاییـد، کامـل گرایی-موفقیت و نیاز برای راضی کـردن دیگـران، نـام گذاری شد. سوالاتی که فاقد ویژگی های مطلوب روان سنجی بودند حذف شدند و در نهایت نسخه ۲۵ سـوالی تهیه گردید و پایایی درونی بـر اسـاس آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۵ و پایایی بازآزمـایی پـس از ۱۲ مـاه r=0.73 بـه دست آمد.(۹)

تحلیل چند متغیره بـرای نـشان دادن شـانس بـروز اختلالات شایع روانی در بیماران مراکز بهداشتی نـشان می دهد که نمرات DAS قوی ترین عامل برای پـیش بینی شانس بروز در مرحلـه شـروع بیمـاری و در تعـداد حملات بیماری بوده است،(۹). روایی ملاکی و سازه ای DAS از طریـق همبـستگی آن بـا جـدول مـصاحبه بـالینی(Clinical interview Schedule) ۰/۴۱ و بـا پرسـش نامـه سـلامت عمـومی GHQ -12 ۰/۴۵ بـه دست آمد، هم چنین نمرات DAS می توانـست شـیوع حمـلات بیمـاری روان پزشـکی را پـیش بینـی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

نماید،(۱۰،۱۱). عود افسردگی پس از درمان نیز توسط DAS قابل پیش بینی است.(۱۲)

مطالعات روان سنجی اندکی در خصوص مقیاس نگرش های ناکارآمد در ایران انجام شده است. کاویانی و همکاران(۱۳۸۴) ضریب پایایی پس از شش هفته را r=0.90، روایی آن از طریق همبستگی نمرات DAS با نمرات مقیاس افسردگی بک را معادل ۰/۶۵ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۵ به دست آوردند.(۵)

علی رغم اهمیت مقیاس DAS در ارزیابی های شناختی و تعیین اثربخشی درمان های شناختی-رفتاری از یک سو و تاثیرپذیری آن از زمینه های فرهنگی، مطالعات کافی و مناسب در خصوص ویژگی های روان سنجی DAS در ایران انجام نشده است. هدف این مطالعه تعیین ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس DAS به منظور آماده سازی و استفاده از آن در ارزیابی اثربخشی مداخلات روان شناختی در اختلالات افسردگی بود.

مواد و روش ها

نوع این مطالعه روان سنجی، مقطعی و با استفاده ازگروه های مورد-شاهدی می باشد. آزمودنی ها شامل ۸۰ بیمار از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های روان پزشکی نور و نواب صفوی اصفهان سال ۱۳۸۹ و ۸۰ نفر غیر بیمار از جمعیت عمومی بودند که بر اساس متغیرهای جنس، سن و تحصیلات با گروه بیمار همتا شده بودند. میانگین سنی بیماران و گروه کنترل به ترتیب ۵/۲۱±۲۶/۱۲ و ۴/۳۶±۲۵/۱۲ بود. بیماران به روش تصادفی آسان با در نظر گرفتن ملاک های ورود انتخاب شدند. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از ابتلا به یکی از اختلالات خلقی و اضطرابی، زبان فارسی، توانایی فهم سوالات و ملاک های خروج شامل ابتلا به بیماری جسمی شدید و مزمن، اختلالا ت نورولوژی و عقب ماندگی ذهنی وعدم رضایت از ورود و ادامه تکمیل پرسش نامه ها. آزمودنی ها پس از آن که توسط روان پزشک ویزیت می شدند و تشخیص قطعی مشخص می گردید در صورت داشتن ملاک های ورود پرسش نامه های GHQوDAS را تکمیل می نمودند. گروه کنترل همتا نیز برحسب شرایط گروه بیمار از جمعیت عمومی در مراکز مختلف دانشگاهی، آموزشی و صنعتی انتخاب و آزمون شدند. داده ها توسط برنامه آماری SPSS و روش های تحلیل عوامل، تحلیل پایایی، همبستگی پیرسون، اسپیرمن و دورشته ای نقطه ای وتحلیل تمایزات تحلیل شدند

ابزار سنجش در این مطالعه عبارت بودند از:

۱- مصاحبه روان پزشکی که توسط روان پزشک عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر اساس ملاک های DSM-IV-TR انجام می شد.

۲- پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک که جهت ثبت ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها تکمیل می گردید.

۳- پرسش نامه سلامت عمومی(GHQ-28): پرسش نامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تهیه شده شامل چهار خرده مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی است. ضریب پایایی درونی آن ۰/۷۴ و حساسیت و ویژگی آن برای سرند علایم روان شناختی به ترتیب ۰/۸۸ و۰/۸۴ گزارش شده است،(۱۳). در ایران ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ و روایی همزمان با چک لیست مشکلات روان شناختی و تحصیلی دانشجویان به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۵۸ به دست آمد.(۱۴)

٤- مقیاس نگرش های ناکارآمد: این مقیاس توسط وایزمن و بک(۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است و دارای ۴۰ عبارت می باشد. این مقیاس فرض های زیربنایی محتوای افسردگی را اندازه گیری می کند،(۹). هدف این مطالعه بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس و تهیه نسخه مناسب برای کاربرد بالینی بود.

یافته های پژوهش

به منظور تعیین ویژگی های روان سنجی مقیاس نگرش های ناکارآمد(فرم الف ۴۰ گویه ای) وتهیه نسخه مناسب با شرایط بیماران روان پزشکی جهت کاربرد آن در سنجش اثربخشی مداخلات بالینی، نمونه۸۰ نفری از بیماران روان پزشکی انتخاب شدند. در گروه بیماران میانگین سنی۵/۲۱±۲۶/۱۲، ۴۵

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

نفر(۵۶ درصد) مونث، ۳۷ نفر(۴۶ درصد) متاهل و۶ نفر(۷/۵ درصد) جدا شده بودند. میانگین سنی نمونه گروه کنترل۴/۳۶±۲۵/۱۲، ۴۸ نفر(۶۰ درصد) مونث، ۴۷ نفر(۵۹ درصد) متاهل بودند. ابتدا پایایی آزمون از طریق روش تنصیفی و همسانی درونی تعیین گردید. آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی اسپیرمن- براون، ضریب دونیمه سازی گاتمن به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ و میانگین همبستگی درونی سوال ها با یکدیگر ۰/۱۷۸ به دست آمد. همبستگی هر گویه با کل مقیاس محاسبه شد و یکی از شاخص های حذف سوال های ضعیف در نظرگرفته شد.

تحلیل عوامل فرم ٤٠ گویه ای: ابتدا کفایت حجم نمونه توسط روش کایرز-مایر الکین(KMO) بررسی شدکه ۰/۶۸ به دست آمد و آزمون باتلر حاکی از معنی داری آن(P=0.0001) بود. با روش تحلیل عوامل مولفه های اساسی، ۱۰ عامل استخراج شد که ۰/۶۳ کل واریانس را تبیین می نمود. پس از چرخش عوامل با روش واریماکس هر عامل به ترتیب، ۱۲/۹۹، ۷/۵۵ ،۶/۶، ۶/۱۳، ۵/۹۴، ۵/۹۳،۵/۶، ۴/۶۴، ۴/۱۱ و ۳/۶۷ درصد واریانس کل را تبیین می نمودند. ساختار عاملی با ۱۰ عامل بسیار پراکنده و تعداد بسیار کمی از سوال ها روی عوامل ۵ تا ۱۰ بار شده بودند. برخی سوالات روی هیچ کدام عوامل بار عاملی نداشتند.

لذا بر اساس ملاک های معتبر روان سنجی یعنی شاخص همبستگی هر گویه با کل مقیاس، تحلیل عوامل و میزان بار عاملی هر گویه روی عامل اصلی، گویه های ضعیف حذف شدند ومقیاس با ۲۶ عبارت تهیه گردید. در مرحله دوم مجدداً ویژگی های روان سنجی مقیاس ۲۶ گویه ای بررسی شد.

انتخاب گویه ها و ویژگی های روان سنجی نسخه DAS-26

انتخاب گویه های مناسب برای نسخه نهایی DAS طی چند مرحله انجام شد. اول همبستگی بین گویه و کل برای هر یک از۴۰ گویه محاسبه شد. با توجه به رهنمود اشتراینرونرمن(۱۹۸۹)، لارنت و کاتانزو(۱۹۹۹) نقطه برش همبستگی ۰/۳۰ به عنوان یکی از ملاک های حذف سوال(۱۵،۱۶) به کار گرفته شد.

درگام بعدی، از تحلیل عوامل مولفه های اساسی(Principal Component Analysis- PCA) استفاده شد و ماتریکس بار عاملی گویه ها بررسی گردید. بر اساس رهنمود دی آلسندر(۲۰۰۶)آن هایی که بار عاملی روی عامل اصلی شان زیر ۰/۴۰ بود برای بررسی و حذف شدن مشخص شدند،(۱۷). سایر گویه های عامل اول که روی عامل های دیگر نیز بار عاملی بالای ۰/۴۰ داشتند جهت بررسی علامت می خوردند. یازده مورد از این گویه ها همان هایی بودند که همبستگی شان با کل مقیاس کمتر از ۰/۳۰ بود. به این ترتیب ۲۶ گویه برای فرم تغییر یافته DAS تعیین شدند. پس از آن همبستگی اصلاح شده هر سوال با کل مقیاس برای ۲۶ عبارت جدید محاسبه شد. نتایج در جدول شماره ۱ منعکس شده است. همه سوال ها ملاک ۰/۳۰ همبستگی را دارند. تحلیل عوامل مجدد با ۲۶ آیتم، به شیوه تاییدی با سه و چهار عامل انجام شدکه چهار عامل بهترین ساختار را نشان داد. به این یافته ها در جدول شماره ۱ نگاه کنید.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

جدول شماره ۱. همبستگی هر گویه با کل، بار عاملی روی عامل های اصلی و همسانی درونی مقیاس DAS-26

شماره عبارت	همبستگی با کل	بارعاملی روی عامل اصلی	شماره عبارت	همبستگی با کل	بارعاملی روی عامل اصلی
۱	۰/۶۰	۰/۷۰	۱۶	۰/۵۹	۰/۵۰
۲	۰/۶۴	۰/۶۴	۱۷	۰/۵۵	۰/۵۲
۳	۰/۵۴	۰/۴۶	۱۸	۰/۳۲	۰/۴۳
۴	۰/۵۴	۰/۵۹	۱۹	۰/۳۵	۰/۵۳
۵	۰/۴۶	۰/۴۱	۲۰	۰/۳۸	۰/۴۳
۶	۰/۶۶	۰/۶۲	۲۱	۰/۵۷	۰/۴۴
۷	۰/۶۴	۰/۵۷	۲۲	۰/۳۳	۰/۵۹
۸	۰/۵۴	۰/۴۳	۲۳	۰/۶۰	۰/۵۵
۹	۰/۶۰	۰/۴۶	۲۴	۰/۳۶	۰/۴۶
۱۰	۰/۷۵	۰/۶۵	۲۵	۰/۳۹	۰/۵۸
۱۱	۰/۶۸	۰/۵۸	۲۶	۰/۳۹	۰/۶۳
۱۲	۰/۵۶	۰/۴۲	آلفای کرونباخ کل	۰/۹۲	–
۱۳	۰/۴۱	۰/۳۳	میانگین همبستگی درون آیتم ها(کل)	۰/۳۰	–
۱۴	۰/۵۹	۰/۴۷	مقدار ویژه کل	۱۳/۴۹	–
۱۵	۰/۵۴	۰/۵۲	درصد واریانس تبیین شده کل	۵۱/۹۶	–

همان طور که جدول شماره ۱ نشان می دهد همه گویه ها بار عاملی بالای ۰/۴۰ روی یک عامل را دارند. همسانی درونی ۲۶ عبارت مقیاس DAS-26 نیز قابل توجه بود و ضریب آلفا ۰/۹۲۶ به دست آمد. با این وجود به دلیل این که مناسب بودن ضریب آلفا به عنوان یک شاخص برای همسانی درونی مورد بحث ومجادله روان سنجان است،(۱۸،۱۹)، میانگین همبستگی درون آیتم ها به عنوان شاخص دیگری از همسانی درونی و پایایی مقیاس محاسبه شد. برای این شاخص همسانی درونی، نمره برش ۰/۱۵پیشنهاد شده است،(۱۷). میانگین همبستگی درونی سوال ها۰/۳۰ بود که معنی دار و بسیار مطلوب است.

روایی مقیاس نگرش های ناکارآمد DAS-26

روایی ملاکی هم زمان از طریق تعیین همبستگی نمرات DAS-26 با نمره کل و نمرات ۴ خرده مقیاس پرسش نامه سلامت عمومی(GHQ-28) و تشخیص روان پزشک به دست آمد. همبستگی نمرات GHQ-28 با تشخیص روان پزشکی از طریق همبستگی دو رشته ای نقطه ای محاسبه شده است. این نتایج درجدول شماره ۲ منعکس شده است.

جدول شماره ۲. همبستگی نمرات DAS-26 با شاخص های ملاک روایی هم زمان

متغیر ها	تشخیص روان پزشک	نمرات کل GHQ-28	مقیاس علایم جسمانی	اختلال کارکرد اجتماعی	اضطراب و بدخوابی	افسردگی	DAS-26
DAS-26	۰/۵۵**	۰/۵۶**	۰/۴۵**	۰/۴۸**	۰/۵۳**	۰/۵۷**	۱
عا مل اول	**۰/۵۶	**۰/۵۵	**۰/۴۷	**۰/۵۶	۰**/۴۷	**۰/۵۹	**0/94**
عامل دوم	*۰/۱۹	**۰/۲۱	۰/۱۳	۰**/۲۱	*۰/۱۹	**۰/۲۳	**0/57**
عامل سوم	**۰/۴۷	**۰/۴۸	**۰/۴۵	**۰/۳۹	**۰/۴۰	**۰/۵۲	**0/83**
عامل چهارم	**۰/۳۵	**۰/۳۹	**۰/۳۳	**۰/۳۳	**۰/۳۳	**۰/۳۸	**0/64**
میانگین نمره	–	۲۴/۴۷	۶/۱۲	۶/۶	۷/۵۳	۴/۲	۷۷/۱۱
انحراف استاندارد	–	۱۷/۹۵	۴/۷۷	۵/۰۵	۴/۴	۵/۴۹	۳۲/۴۲

* در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار است.

** در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

همان طور که یافته ها در جدول شماره ۲ نشان می دهد، همبستگی(دو رشته ای نقطه ای) بین نمرات مقیاس نگرش های ناکارآمد(DAS-26) و تشخیص روان پزشکی اختلالات خلقی و اضطرابی برابر با ۰/۵۵است که در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است. هم چنین ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات DAS-26 و نمره کل مقیاس GHQ-28 و چهار خرده مقیاس آن از ۰/۴۵ تا۰/۵۷ به دست آمد که در راستای تایید روایی ملاکی هم زمان مقیاس در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است.

ساختارعاملی DAS-26

پس از بازبینی وحذف عبارت های ناهماهنگ و ضعیف بر اساس ملاک های پیشنهادی متخصصان روان سنجی، مجدداً نسخه ۲۶سوالی، توسط روش تحلیل عوامل مولفه های اساسی تحلیل شد. بهترین ساختار عاملی با چهار عامل و با در نظر گرفتن حداقل چهار بار عاملی هر عبارت به دست آمد، که در جدول شماره ۳ منعکس است.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل عوامل مولفه های اساسی مقیاس DAS-26

شاخص ها / عوامل	ارزش ویژه	درصد± واریانس تبیین شده	درصدتراکمی واریانس تبیین شده	شماره عبارت ها
۱	۵/۳۲	۲۰/۴۷	۲۰/۴۷	۳-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۵-۱۷-۲۱-۲۳
۲	۳/۴۰	۱۳/۹	۳۳/۵۴	۱۸-۲۲-۲۴-۲۵
۳	۳/۵۱	۹/۴۴	۴۳/۲۱	۱-۲-۴-۱۴-۱۶
۴	۲/۲۷	۸/۷۴	۵۱/۹۶	۱۳-۱۹-۲۰-۲۶

نتایج تحلیلی عاملی DAS-26 در جدول شماره ۱ و ۳ منعکس است که می تواند دال برروایی سازه آن هم تلقی شود. همان طور که ملاحظه می شود چهار عامل زیربنایی این مقیاس مجدداً تایید شد ولی به لحاظ تفاوت های فرهنگی در نگرش ها نسبت به خود، دیگران و روابط بین فردی، ساختار وآیتم ها در هر عامل کمی متفاوت است. پس از تعیین عوامل محتوای سوالات بررسی شد و برای عوامل ۱ تا ۴ به ترتیب نام های موفقیت-کامل طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری-ارزشیابی عملکرد پیشنهاد می گردد. هم چنین آلفای کرونباخ چهار عامل محاسبه شد که برای عوامل۱ تا ۴ مقادیرآلفای کرونباخ به ترتیب برابر۰/۹۰، ۰/۷۳، ۰/۸۰، و۰/۷۳ به دست آمد. همبستگی معنی دار عوامل با مقیاس سلامت عمومی وخرده مقیاس های آن شاخصی دیگر از روایی سازه مقیاس DAS-26 است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس نگرش های ناکارآمد(DAS) در جمعیت بالینی شهر اصفهان و تهیه نسخه کوتاه و مناسب جهت استفاده در ارزیابی مداخلات روان شناختی بود. بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه ۴۰ سوالی فرم الف نشان داد ثبات درونی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ و ضریب دو نیمه سازی ۰/۷۹۱ بود. آلفای مقیاس مطلوب و از آلفای به دست آمده در مطالعات قبلی،(۵،۹،۲۰)، قوی تر است. تحلیل عاملی مولفه های اساسی ابتدا ۱۰ عامل را استخراج نمود که عمدتاً سوال ها روی چهار عامل اول بیشتر بار عاملی داشته و پراکندگی زیادی دیده شد. با روش تاییدی چهار عامل بررسی شد که با ساختار نه عاملی بک(۱۹۹۲) متفاوت ولی شباهت زیادی با یافته های مطالعه چکوتا واستیلز(۲۰۰۶) داشت.(۶،۷)

با توجه به نقش فرهنگ و زمینه های اجتماعی در شناخت، نحوه اندیشیدن و شکل گیری طرح واره های ذهنی،(۲۱)، لزوم بازبینی ابزارهای سنجش نگرش های شناختی و تهیه نسخه های مناسب جوامع وجمعیت های بالینی خاص،(۳،۱۷)، احساس می شود. در این پژوهش نیز با بررسی شاخص های روان سنجی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

نسخه ۴۰ سوالی و شناسایی سوال های ضعیف نسخه ۲۶ سوالی تهیه گردید. تهیه نسخه های کوتاه تر از DAS نظیر نسخه های ۲۲، ۲۵، ۳۰ سوالی به ویژه برای ارزیابی از محیط های بالینی، توصیه شده است.(۹)

همسانی درونی سوال های نسخه ۲۶ سوالی DAS از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ به دست آمد که بسیار مطلوب وقوی تر از نسخه ۴۰ سوالی است و نسبت به آلفای به دست آمده برای نسخه های کوتاه DAS (برای مثال، چیکوتا و استیلز(۲۰۰۴) که برابر با ۰/۸۵، ویچ و همکاران، ۲۰۰۳ برابر با ۰/۸۶ کاویانی و همکاران(۱۳۸۴) برابر با ۰/۷۵، به دست آوردند،(۵،۸،۹)، مطلوب تر است.

با توجه به نقش مقیاس نگرش های ناکارآمد در پیش بینی آسیب پذیری شناختی و اختلالات خلقی و اضطرابی،(۱،۹)، روایی ملاکی هم زمان DAS-26 از طریق همبستگی آن با نمرات کل و خرده مقیاس های GHQ-28 و تشخیص بیماران توسط روان پزشک تعیین شد. نتایج جدول شماره ۲ شاخص های روایی هم زمان آزمون را نشان می دهد. همبستگی بین DAS-26و ملاک های پیش بین در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی دار است. این نتایج از یافته های چیکوتا و استیلز(۲۰۰۴) مبنی بر همبستگی نمرات DAS با BDI-II (r=0.47) و با ATQ که r=0.47 به دست آمد،(۸)، و هم چنین از یافته های الیور و همکاران(۲۰۰۷) مبنی بر همبستگی نمرات DAS با مصاحبه ساختار یافته(r=0.41) و با پرسش نامه سبک شناختی(r=0.51) و با BDI (r=0.39)و به علاوه از توانایی DAS در پیش بینی شانس بروز اختلالات خلقی و اضطرابی(OR=12.020)،(۱)، حمایت می کند.

بنا بر این یافته های مذکور DAS-26 را برای جمعیت بالینی ایران نسخه معتبر معرفی می نماید.

از آن جایی که روش تحلیل عوامل یکی از روش های تعیین روایی سازه ای(constructive validity)پرسش نامه ها است،(۶)، و از سوی دیگر تحلیل عوامل پرسش نامه DAS و شناخت مولفه های اساسی آن می تواند پژوهشگران را در ایجاد و توسعه طرح های درمانی موثرتر یاری نماید،(۶)، تحلیل عوامل انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ و ۳ منعکس شده است. تحلیل عوامل، چهار عامل را برای نسخه ۲۶ سوالی DAS شناسایی کرد. این یافته ها از نتایج پژوهش چیکوتا و استیلز،(۶)، ویچ و همکاران،(۹)، مبنی بر چهار عاملی بودن نسخه های کوتاه حمایت می کند و با یافته های فلوید و اسکوجین(۲۰۰۴) مبنی برشناسایی دو عامل کامل گرایی و تایید طلبی،(۲۲،۲۳)، متفاوت است.

با توجه به یافته های این پژوهش، نسخه ۲۶ سوالی مقیاس نگرش های ناکارآمد(DAS-26) واجد کیفیت های مطلوب روان سنجی است و برای ارزیابی نگرش های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی اصفهان و احتمالاً ایران مقیاسی مناسب است. این مقیاس کوتاه و در عین حال واجد ویژگی های روان سنجی مطلوب به خوبی می تواند اثربخشی درمان های روان شناختی را در تغییر الگوهای شناختی ناسازگارانه افسردگی زا در جمعیت ایرانی ارزیابی نماید.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله برخود لازم می دانند از ریاست مرکز تحقیقات علوم رفتاری، درمانگاه های روان پزشکی نور و پزشکی اجتماعی نواب صفوی اصفهان که بستر انجام این پژوهش را فراهم کردند تشکر نمایند.

References

1-Oliver JM, Morphy S, Ferland, DR, Ross MJ. Contribution of the cognitive style Questionnaire and Dysfunctional Attitude Scale to measuring cognitive vulnerability to depression. Cognit Therap Res 2007;31:51-69.

2-Hankin BL, Abramson LY. Cognitive vulnerability-stress theories of depression. Examining affective specificity in the predication of depression versus anxiety in three prospective studies. Cognit Therap Res 2004;28,349-54.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

3-Sahin NH, Sahin N. How dysfunctional attitude are the dysfunctional attitude in another culture? Brit J Med Psychol 1992; 65:17-99.
4-Wampold BE, Minari T, Baskin TW, Tierney SC. A meta (re) analysis of effects of cognitive therapy versus other therapies for depression. J Affect Disord 2002;68,159-65.
5-Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. [Efficacy of mindfulness- based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up]. Advanc Cognit Sci 2005;7:49-59.(Persian)
6-Chioqueta AP, Stiles TC. Factor structure of the dysfunctional attitude scale (form a) and automatic thought questionnaire: an exploratory study. Psychol Report 2006; 99:939-47.
7-Beck AT, Brown G, Weissmabn AN. Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. Psychol Assess 1991;3:478-83.
8-Chioqueta AP, Stiles TC. Psychometric properties of the Norwegian version of the Dysfunctional Attitude Scale (form A).Cognit Behav Therap 2004, 33: 53-60.
9-Weich S, Churchic R, Lewis G. Dysfunctional attitude and the common mental disorders in primary care. J Affect Disord 2004;75:269-78.
10-Theasdal JD, Dent J. Cognitive vulnerability to depression. British J Clin Psychol 1987;26,113-26.
11-Scotte JW. The relationship between premorbid neuroticism, cognitive dysfunction and persistence of depression. J Affect Disord 1995;33:167-79.
12-Thase ME. Relapse after cognitive behavior therapy of depression. Potential implications for longer courses of treatment. Am J Psychoiatry 1992;149:1046-52.
13-Molina JD, Anderad RC. The factor structure of the general health questionnaire (GHQ). Eur Psychiatry 2006;10:201-7.
14-Molavi H. Validation, factor structure, and reliability of the Farsi reversion of the General Health Questionnaire 28 in Iranian student. Pakistan J Psychol Res 2002; 17:87-98.
15-Streiner DL, Norman GR. Health measurement scale: A practical guide to their development and use. Oxford university Press;1989.P.345-67.
16-Laurent J, Cutanzaro SJ. A measure of Positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation. Psychol Assess 1999;11:326-8.
17-D'Alessandro DU, Burton KD. Development and validation of the dysfunctional attitude scale for children: Test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression. Cognit Therap Res 2006;30:335-53.
18-Clark LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. Psychol Assess 1995;7:309-19.
19-Schmit N. Uses and abuses of coefficient alpha. Psychol Assess 2010;8:350-43.
20-Taghavi MR. Validity and reliability of general. Health Questionnaire (GHQ). J Psychol 2002;5:389-98.
21-Koeingn HG, Linda K, Robins CG. The development of Dysfunctional Attitude Scale for medically ill elders (DASMIE). J Aging Mental Health 1995;15:3-22.
22-Hofmann SG. The importance of culture in cognitive and behavioral practice. Cognit Behav Practice 2006;13:243-54.
23-Floyd M, Scogin F. The dysfunctional Attitude scale : factor structure, reliability and validity. Aging Med Health 2004; 8:153-60.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

Psychometric Properties of The Dysfunctional Attitude Scale-26 DAS-26) in Patients with Mood Disorders

Ebrahimi A[1], Mosavi S[1]*

(Received: 5 Augu. 2012 Accepted: 13 Febr. 2013)

Abstract

Introduction: According to the cognitive models of psychiatric disorders, the most important factors that account for the formation and persistence of psychiatric disorders and psychosomatic problems are negateve automatic thoughts, cognitive distortions, and ultimately negative dysfunctional attitudes.To evaluate these attitudes in both the understanding and explaining field of the theoretical problems and treatment (cognitive therapy) it is needed to have favorable psychometric tools. Dysfunctional attitude scale is one of the most common tools to assess cognitive vulnerability. The aim of this study was to evaluate the psychometric properties and prepare a short version of DAS-26 for Iranian clinical population.

Materials & Methods: In a cross-sectional study, a pilot sample of 160 participants including 80 patients with mood disorders from medical centers affiliated to the Isfahan University of Medical Sciences and 80 individuals who matched for the demographic characteristics of patients were randomly selected in 2010. Research instruments were clinical interview based on DSM-IV-TR, dysfunctional attitude scale and general heath questionnaire. Data were analyzed using SPSS 15 software and the statistical tests, factor analysis, discriminant analysis and multiple regression.

Findings: Based on factor analysis and the correlation of each item with the total, 14 items were deleted from the original version and the 26 items version was reassessed. Factor structure consisted of four major factors which renamed as achievement- perfectionism, requires the approval of others, need to satisfy others, and the vulnerability-performance evaluation. Concurrent criterion validity was established by correlation with the total score of GHQ-28 (r=0.56), somatization, anxiety, social dysfunction and depression subscales and gained the scores, 0.45, 0.53, 0.48 and 0.57, respectively. The correlation between DAS-26 score and psychiatric diagnosis was 0.55. Cronbach's alpha of the scale was calculated 0.92.

Discussion & Conclusion: The results showed that the Iranian version of the dysfunctional attitude scale (DAS-26) possesses satisfactory psychometric propert-ies, suggesting that this instrument is appropriate for use as a cognitive measure in Iranian cultural context.

Keywords: dysfunctional attitude scale, factor structure, reliability, validity

1. Behavioral Sciences Research Center, Dept of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
**(Corresponding author)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]