

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

امراه ابراهیمی^{*}، سید غفور موسوی^۱

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

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۹۱/۵/۱۵

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

مقدمه

مقیاس نگرش های ناکارآمد (Dysfunctional Attitude Scale) به منظور سنجش نگرش های زیربنایی محتوای شناختی-علایم افسردگی بر اساس نظریه بک ساخته شده است، (۱). این مقیاس دارای دو فرم موازی الف و ب است که هر کدام دارای ۴۰ عبارت می باشد. نمره گذاری به شیوه درجه بندی روی مقیاس ۷ درجه ای صورت می گیرد.

بر اساس نظریه شناختی بک طرح واره های افسردگی (depressogenic Schemata) به عنوان محور اصلی در شکل گیری علایم تلقی می گردد. این طرح واره ها اغلب به عنوان نگرش های ناکارآمد تعریف عملیاتی شده و با مقیاس نگرش های ناکارآمد ارزیابی می گردد. (۱)

مقیاس نگرش های ناکارآمد، یکی از مقیاس های اصلی در حیطه مطالعات آسیب پذیری شناختی به ویژه در اختلالات افسردگی است، (۱،۲). در اکثر مطالعات بالینی در حیطه اثربخشی شناخت درمانی از این مقیاس جهت ارزیابی شناخت های افسردگی زا استفاده می گردد. (۳،۴)

گرچه مقیاس نگرش های ناکارآمد یکی از مقیاس هایی است که بیشترین کاربرد را در مطالعات علوم شناختی و آسیب پذیری شناختی (cognitive vulnerability) داشته است، (۱)، اما، مطالعات کافی در خصوص ویژگی های روان سنجی آن در فرهنگ های مختلف، (۳)، و در ایران، (۵)، کمتر صورت گرفته است. تحلیل عوامل و شناخت مولفه های مقیاس نگرش های ناکارآمد می تواند در رشد و توسعه درمان های موثرتر شناختی نقش مهمی را ایفا نماید. (۶)

ساختار عاملی نسخه ۱۰۰ گویه ای مقیاس نگرش های ناکارآمد در جمعیت بالینی توسط بک، براون و وایزمن (۱۹۹۱) با روش تحلیل عاملی اکتشافی تعیین گردید. از نسخه مذکور ۹ عامل استخراج شد که ۶۶ سوال روی این ۹ عامل دارای بار عاملی معنی داری بود. (۷)

بررسی ساختار عاملی مقیاس نگرش های ناکارآمد در نمونه ای از جمعیت بالینی و عادی نروژ ۴ عامل اساسی در زیر بنای مقیاس مذکور را نشان داد، که

تحت عناوین ارزشیابی عملکرد، نیاز برای تایید شدن، نگرش خودکار و کامل طلبی نام گذاری شد و به ترتیب ۱۵/۵ درصد، ۳/۶ درصد، ۲/۶ درصد و ۲/۵ درصد کل واریانس را تبیین می کردند. تعدیل سوالات ۲ عامل را برای آن تعیین کرد، عامل اول تحت عنوان خودپنداره منفی و ناسازگاری شخصی و عامل دوم تحت عنوان تمایل برای تغییر و انتظارات منفی تایید شد که به ترتیب ۴۰ درصد و ۶/۳ درصد از کل واریانس را تبیین می نمودند. (۶)

روایی و پایایی مقیاس نگرش ناکارآمد در جمعیت عادی و بالینی نشان داد، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی سازه آن از طریق همبستگی آن با آزمون افسردگی بک Beck Depression Inventory برابر با ۰/۴۷ و با پرسش نامه افکار- خودآیند ATQ برابر با ۰/۴۷ است، (۷). هم چنین پرسش نامه DAS توانایی کافی برای تمایز گذاری بین بیماران روان پزشکی و افراد سالم را داشت. (۸)

تحلیل عوامل DAS روی نمونه ای از افراد عادی و بیمار در شهر لندن نشان داد سوالات عمدتاً روی چهار عامل از نه عاملی که توسط بک (۱۹۹۱) شناخته شد، انتخاب شده اند. لذا چهار عامل شناسایی شده و تحت عناوین آسیب پذیری، نیاز برای تایید، کامل گرایی-موفقیت و نیاز برای راضی کردن دیگران، نام گذاری شد. سوالاتی که فاقد ویژگی های مطلوب روان سنجی بودند حذف شدند و در نهایت نسخه ۲۵ سوالی تهیه گردید و پایایی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی پس از ۱۲ ماه $r=0.73$ به دست آمد. (۹)

تحلیل چند متغیره برای نشان دادن شانس بروز اختلالات شایع روانی در بیماران مراکز بهداشتی نشان می دهد که نمرات DAS قوی ترین عامل برای پیش بینی شانس بروز در مرحله شروع بیماری و در تعداد حملات بیماری بوده است، (۹). روایی ملاکی و سازه ای DAS از طریق همبستگی آن با جدول مصاحبه بالینی (Clinical interview Schedule) ۰/۴۱ و با پرسش نامه سلامت عمومی GHQ-12 ۰/۴۵ به دست آمد، هم چنین نمرات DAS می توانست شیوع حملات بیماری روان پزشکی را پیش بینی

مراکز مختلف دانشگاهی، آموزشی و صنعتی انتخاب و آزمون شدند. داده‌ها توسط برنامه آماری SPSS و روش‌های تحلیل عوامل، تحلیل پایایی، همبستگی پیرسون، اسپیرمن و دورشته‌ای نقطه‌ای و تحلیل 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 ملاک‌های DSM-IV-TR انجام می‌شد.

۲- پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک که جهت ثبت ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها تکمیل می‌گردید.

۳- پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28):

پرسش‌نامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تهیه شده شامل چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی است. ضریب پایایی درونی آن ۰/۷۴ و حساسیت و ویژگی آن برای سرند علائم روان شناختی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۴ 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).

۴- مقیاس نگرش‌های 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 می‌باشد. این مقیاس فرض‌های زیربنایی محتوای افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند (۹). هدف این مطالعه بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس و تهیه نسخه مناسب برای کاربرد بالینی بود.

یافته‌های پژوهش

به منظور تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (فرم الف ۴۰ گویه‌ای) و تهیه نسخه مناسب با شرایط بیماران روان‌پزشکی جهت کاربرد آن در سنجش اثربخشی مداخلات بالینی، نمونه ۸۰ نفری از بیماران روان‌پزشکی انتخاب شدند. در گروه بیماران میانگین سنی ۲۶/۱۲±۵، ۲۶/۴۵

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

مطالعات روان‌سنجی اندکی در خصوص مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در ایران انجام شده است. کویانی 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).

علی‌رغم اهمیت مقیاس DAS در ارزیابی‌های شناختی و تعیین اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری از یک سو و تاثیرپذیری آن از زمینه‌های فرهنگی، مطالعات کافی و مناسب در خصوص ویژگی‌های روان‌سنجی DAS در ایران انجام نشده است. هدف این مطالعه تعیین ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس DAS به منظور آماده‌سازی و استفاده از آن در ارزیابی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در اختلالات افسردگی بود.

مواد و روش‌ها

نوع این مطالعه روان‌سنجی، مقطعی و با استفاده از گروه‌های مورد-شاهدی می‌باشد. آزمودنی‌ها شامل ۸۰ بیمار از بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان‌پزشکی 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 هم‌متا شده بودند. میانگین سنی بیماران و گروه کنترل به ترتیب ۲۶/۱۲±۵/۲۱ و ۲۵/۱۲±۴/۳۶ بود. بیماران به روش تصادفی آسان با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از ابتلا به یکی از اختلالات خلقی و اضطرابی، زبان فارسی، توانایی فهم سوالات و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به بیماری جسمی شدید و مزمن، اختلالات نورولوژی و عقب‌ماندگی ذهنی و عدم رضایت از ورود و ادامه تکمیل پرسش‌نامه‌ها.

آزمودنی‌ها پس از آن که توسط روان‌پزشک ویزیت می‌شدند و تشخیص قطعی مشخص می‌گردید در صورت داشتن ملاک‌های ورود پرسش‌نامه‌های GHQ و DAS را تکمیل می‌نمودند. گروه کنترل هم‌متا نیز برحسب شرایط گروه بیمار از جمعیت عمومی در

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 از ۴۰ 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 آیت، به شیوه تاییدی با سه و چهار عامل انجام شد که چهار عامل بهترین ساختار را نشان داد. به این یافته ها در جدول شماره ۱ نگاه کنید.

نفر (۵۶ درصد) مونث، ۳۷ نفر (۴۶ درصد) متاهل و ۶ نفر (۷/۵ درصد) جدا شده بودند. میانگین سنی نمونه گروه کنترل $48 \pm 4/36$ ، 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 نظر گرفته شد.

تحلیل عوامل فرم ۴۰ گویه ای: ابتدا کفایت حجم نمونه توسط روش کایرز-مایر الکین (KMO) بررسی شد که 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 و مقیاس با ۲۶ عبارت تهیه گردید. در مرحله دوم مجدداً ویژگی های روان سنجی مقیاس ۲۶ گویه ای بررسی شد.

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

شماره عبارت	همبستگی با کل	بار عاملی روی عامل اصلی	شماره عبارت	همبستگی با کل	بار عاملی 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 ۰/۱۵ پیشنهاد شده

است،(۱۷). میانگین همبستگی درونی سوال ها ۰/۳۰ 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 در جدول شماره ۲ منعکس شده است.

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

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

* در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار است.

** در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است.

ساختار عاملی DAS-26

پس از بازبینی و حذف عبارت های ناهماهنگ و ضعیف بر اساس ملاک های پیشنهادی متخصصان روان سنجی، مجدداً نسخه ۲۶ سوالی، 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.

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 ۰/۵۵ است 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 تا ۰/۵۷ به دست آمد که در راستای تایید روایی ملاکی هم زمان مقیاس در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است.

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

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

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 و جمعیت های بالینی خاص، (۳،۱۷)، احساس می شود. در این پژوهش نیز با بررسی شاخص های روان سنجی

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 و آیتم 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 عوامل ۱ تا ۴ مقادیر آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۰، ۰/۷۳، ۰/۸۰، و ۰/۷۳ به دست آمد. همبستگی معنی دار عوامل با مقیاس سلامت عمومی و خرده 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

بنا بر این یافته‌های مذکور DAS-26 را برای جمعیت بالینی ایران نسخه معتبر معرفی می‌نماید. از آن جایی که روش تحلیل عوامل یکی از روش‌های تعیین روایی سازه‌ای (constructive validity) پرسش‌نامه‌ها است، (۶)، و از سوی دیگر تحلیل عوامل پرسش‌نامه DAS و شناخت مولفه‌های اساسی آن می‌تواند پژوهشگران را در ایجاد و توسعه طرح‌های 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 یافته‌ها از نتایج پژوهش چیکوتا و استیلز، (۶)، ویچ و همکاران، (۹)، مبنی بر چهار عاملی بودن نسخه‌های کوتاه حمایت می‌کند و با یافته‌های فلویید و اسکوجین (۲۰۰۴) مبنی بر شناسایی دو عامل کامل‌گرایی و تایید طلبی، (۲۲، ۲۳)، متفاوت است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، نسخه ۲۶ سوالی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26) واجد کیفیت‌های مطلوب روان‌سنجی است و برای ارزیابی نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی اصفهان و احتمالاً ایران مقیاسی مناسب است. این مقیاس کوتاه و در عین حال واجد ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب به خوبی می‌تواند اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را در تغییر الگوهای شناختی ناسازگارانه افسردگی‌زا در جمعیت ایرانی ارزیابی نماید.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از ریاست مرکز تحقیقات علوم رفتاری، درمانگاه‌های روان‌پزشکی نور و پزشکی اجتماعی نواب صفوی اصفهان که بستر انجام این پژوهش را فراهم کردند تشکر نمایند.

نسخه ۴۰ سوالی و شناسایی سوال‌های ضعیف نسخه ۲۶ سوالی تهیه گردید. تهیه نسخه‌های کوتاه‌تر از DAS نظیر نسخه‌های ۲۲، ۲۵، ۳۰ سوالی به ویژه برای ارزیابی از محیط‌های بالینی، توصیه شده است. (۹)

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

با توجه به نقش مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در پیش‌بینی آسیب‌پذیری شناختی و اختلالات خلقی و اضطرابی، (۱، ۹)، روایی ملاکی هم‌زمان DAS-26 از طریق همبستگی آن با نمرات کل و خرده‌مقیاس‌های GHQ-28 و تشخیص بیماران توسط روان‌پزشک تعیین شد. نتایج جدول شماره ۲ شاخص‌های روایی هم‌زمان آزمون را نشان می‌دهد. همبستگی بین DAS-26 و ملاک‌های پیش‌بین در سطح ۰/۹۹ اطمینان‌مندی دارد. این نتایج از یافته‌های 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 هم‌چنین از یافته‌های الیور و همکاران (۲۰۰۷) مبنی بر همبستگی نمرات DAS با مصاحبه ساختار یافته ($r=0.41$) و با پرسش‌نامه سبک شناختی ($r=0.51$) و با BDI ($r=0.39$) و به علاوه از توانایی DAS در پیش‌بینی شانس بروز اختلالات خلقی و اضطرابی ($OR=12.020$)، (۱)، حمایت می‌کند.

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 prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognit Therap Res* 2004;28,349-54.

- 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.

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

Ebrahimi A^{1*}, Mosavi S¹

(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 negative 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 health 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 properties, 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)