

دانش و پژوهش

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره یازدهم و دوازدهم - بهار و تابستان ۱۳۸۱

صص ۲۸ - ۱۵

## ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش

### اختلال هیپوکندریا در شهرستان اهواز

شوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
حسن احدی<sup>۱</sup> - غلامرضا پاشا<sup>۲</sup>  
رتال جامع علوم انسانی

#### چکیده

هدف از اجرای پژوهش حاضر ساخت و اعتباریابی آزمونی مناسب برای سنجش اختلال خودبیمارانگاری (هیپوکندریا) با استفاده از روش آماری تحلیل عاملی در شهرستان اهواز بود، به همین دلیل از بین کلیه بیمارستانهای شهرستان اهواز ۱۲ بیمارستان به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. نمونه از بین بیماران سرپایی که به آن مراکز مراجعه می‌کردند و به نظر پزشک معالج، خودبیمارانگار تشخیص داده می‌شدند، انتخاب گردید. تعداد ۱۲۰ نفر را پزشکان معالج به عنوان خودبیمارانگار معرفی کردند ولی فقط ۵۷ بیمار طبق نظر روانپزشک ملاکهای خودبیمارانگاری DSMIV داشتند، لذا همین تعداد به عنوان نمونه انتخاب شدند. میانگین سنی این افراد ۵۸/۹۵ بود.

۱- استاد دانشگاه علامه طباطبائی.

۲- دکترای روان‌شناسی از واحد علوم و تحقیقات تهران.

۱۷ نفر (۲۹/۸) مرد و ۴۰ نفر (۷۰/۲) زن بودند. در اولین گام تحقیق، براساس متون معتبر روان‌شناسی و روان‌پزشکی ۷۴ ماده برای سنجش اختلال خودبیمارانگاری تهیه شد که ۲۹ ماده آن در مراحل مختلف تحلیل‌های آماری داده‌ها حذف گردید. تحلیل عوامل داده‌ها نشان داد که ۳۵ ماده روی عامل یک و ۱۰ ماده روی عامل ۲ قرار گرفته‌اند و بدین ترتیب مقیاس ۴۵ ماده‌ای خودبیمارانگاری موسوم به آزمون خودبیمارانگاری اهواز AHT ساخته شد. عامل اول تحت عنوان شکایتهای بدنی و اشتغالات ذهنی و عامل دوم ترس و نگرانی نام گرفت. ضریب پایایی ۰/۸۶۳۳، ضریب همسانی درونی ۰/۹۰۰۲ و ضریب بازآزمایی بعد از ۶ هفته ۰/۶۷۷ به دست آمد که همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بودند. برای ارزیابی اعتبار AHT از دو روش استفاده شد:

- ۱- اجرای همزمان آن با پرسشنامه MMPI، که ضریب همبستگی آن ۰/۴۸۴۹ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود.
- ۲- اعتبار افتراقی؛ این آزمون قادر شد بین ۵۷ نفر از افرادی که دارای خودبیمارانگاری بودند و ۱۲۰۰ نفر که چنین اختلالی نداشتند در سطح ۰/۰۰۱ و با استفاده از آزمون t دوگروه مستقل تمایز قابل شود.

#### مقدمه

واژه خودبیمارانگاری از کلمه هیپوکندریوم گرفته شده که به معنی ناحیه‌ای از شکم است که زیر دنده‌ها قرار دارد. زمانی تصور می‌شد، جایگاه یا سرچشمه اختلال در این ناحیه است. خودبیمارانگاری به نگرانی مفرط درباره بیماری و اشتغال ذهنی به تندرستی خود اطلاق می‌شود. خصیصه اصلی خودبیمارانگاری یک تابلوی بالینی است که اختلال برجسته آن تعبیر غیرواقع‌بینانه علایم جسمانی و حس‌های طبیعی به عنوان علایم غیرطبیعی است که منجر به اشتغال فکری بیمار یا ترس (عقیده‌داشتن) از ابتلای به یک بیماری شدید می‌گردد.

ارزشیابی کامل جسمانی هیچ نوع اختلال جسمانی را نشان نمی‌دهد که بتوان علایم و احساسهای جسمی را به حساب آن گذاشت یا تفسیر غیر واقع‌بینانه فرد را موجه تلقی کرد. اگر چه امکان دارد بیماری جسمانی دیگری همراه با این اختلال وجود داشته باشد، ترس یا باور غیرواقع‌بینانه به داشتن یک بیماری، علی‌رغم اطمینان‌های پزشکی که به بیمار داده می‌شود ادامه می‌یابد و باعث بروز نقص در کارایی اجتماعی و شغلی او می‌شود. این ناراحتی ناشی از دیگر اختلالهای روانی نیست (راو، ۱۳۷۰).

عده زیادی از این افراد دارای ویژگیهای وسواسی-اجباری<sup>۱</sup>، خودشیفتگی<sup>۲</sup> یا هر دو هستند. برخی از آنها نیز خودمحورند<sup>۳</sup> و توجه بیش از حد به خود و بدن خود دارند (ایتون و همکاران، ۱۹۸۱).

کریک و همکاران (۱۹۹۳) در پژوهش خود گزارشهایی از بیمارهای جسمی شدید در دوران کودکی، همچنین شرایط محیطی زیانبار به انضمام سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی از افراد خودبیمارانگار نسبت به افراد غیرخودبیمارانگار ارائه دادند. آنها همچنین به این نتیجه رسیدند که ترس زیاد از پیری و مرگ، اهمیت زیاد قایل شدن برای سلامتی و ظاهر فیزیکی خود، حس قوی آسیب‌پذیری جسمانی نسبت به بیماری و صدمه خوردن، احساس منفی فرد نسبت به سلامتی عمومی خود، داشتن پریشانی و اندوه زیاد به همراه علایم فیزیکی و بدنی، تصور داشتن بیمارهای متعدد روانی نظیر افسردگی، اضطراب و جسمی‌سازی<sup>۴</sup>، همچنین نشانه‌های فیزیکی و بدنی مانند درد عضلانی و دردهای درونی (شکمی) در فرد، زودرنجی، سندرم خستگی مزمن، کاهش فعالیتهای عمومی، افت عملکرد فرد و در نهایت ناتوانی، از عواقب خودبیمارانگاری محسوب می‌شوند.

1- Obsessive, compulsive.

2- Narcissist.

3- Ego centric.

4- Somatization.

## پیشینه

مارکوس (۱۹۹۹) در پژوهشی با عنوان مدل رفتاری-شناختی<sup>۱</sup> خودبیمارانگاری، اقدام به ساخت مقیاسی برای تشخیص خودبیمارانگاری کرد. این مقیاس شامل ۲۵ ماده بود و براساس روش لیکرت از ۱ تا ۵ با استفاده از آزمودنیها نمره گذاری می شود. ضریب پایایی بعد از سه هفته ۰/۷۸ و ضریب همبستگی آن با مقیاس MMPI (۰/۶۵) معنی دار اعلام شده است.

در پژوهشی رایینز و کیرمایر<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) اقدام به ساخت مقیاسی برای سنجش خودبیمارانگاری کردند. تحلیل عاملی پرسشنامه پس از پنج بار چرخش به سه عامل دست یافت. این عوامل عبارت بودند از: نگرانی بیمارگونه، ابتلاپذیری، اعتقاد راسخ به بیماری.<sup>۳</sup> هر سه خرده مقیاس دارای پایایی درونی به صورت زیر بودند (آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۵۰، ۰/۵۱ بود). پژوهشهای آنان نشان داد که عامل نگرانی بیمارگونه با سن پایین تر، جنس مذکر و میزان تحصیلات کمتر رابطه داشت ( $P < ۰/۰۰۱$  و  $R^2 = ۰/۱۴$ ) ابتلاپذیری با جنس مؤنث و بیماری جسمانی شدید رابطه داشت ( $P < ۰/۰۰۱$  و  $R^2 = ۰/۰۶$ ). همچنین عامل دیگر پرسشنامه خودبیمارانگاری یعنی اعتقاد راسخ به بیماری، فقط با میزان تحصیلات پایین و خودآگاهی بدنی رابطه داشت ( $P < ۰/۰۰۱$  و  $R^2 = ۰/۱۴$ ). نتایج همچنین نشان داد که هر سه عامل خودبیمارانگاری با افسردگی رابطه داشتند.

در پژوهشی زیمرمن و همکارانش (۲۰۰۱) از دانشکده روانپزشکی دانشگاه براون اقدام به ساخت و اعتباریابی پرسشنامه ای تحت عنوان PDSQ<sup>۴</sup> یا پرسشنامه تشخیص گزینش روانپزشکی کردند. PDSQ یک مقیاس خود گزارشی برای تشخیص بهتر اختلالات محور I در DSMIV در بیماران سرپایی بهداشت روانی است. پرسشنامه زیمرمن و همکاران شامل ۱۳ خرده مقیاس است که عبارت اند از اختلال افسردگی

1- The cognitive - behavioral model of Hypochondriasis

2- Kirmayer

3- Disease conviction

4- Psychiatric Diagnostic Screening Question naire

عمده،<sup>۱</sup> اختلال بی‌اشتهایی روانی،<sup>۲</sup> اختلال ضربه پس از حادثه،<sup>۳</sup> اختلال درد،<sup>۴</sup> اختلال هراس از مکانهای باز و هراس اجتماعی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال وسواسی-اجباری، وابستگی و سوء مصرف الکل، وابستگی و سوء مصرف مواد مخدر، جسمانی شدن و خودبیمارانگاری. سطوح همسانی درونی<sup>۵</sup> پایایی (از طریق آزمون، آزمون مجدد)، اعتبار افتراقی،<sup>۶</sup> اعتبار همگرا و اعتبار همزمان<sup>۷</sup> آن خوب تا عالی به دست آمده است.

در پژوهشی سال ولد (۱۹۹۰) در آلمان اقدام به ساخت پرسشنامه‌ای برای سنجش شخصیت هیستری‌گونه و خودبیمارانگاری کرد. این آزمون برای ۱۳ نمونه مختلف و در مجموع روی ۱۲۰۶ آزمودنی اجرا شد. پرسشنامه با روش تحلیل عامل مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی و با چرخش‌های مورب و متعامد اجرا گردید ضریب همسانی درونی آزمون نیز بالا بود. نتایج پژوهش همچنین نشان داد که بین خودبیمارانگاری و اضطراب عمومی، روان‌رنجوری و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

## روش

جامعه آماری در این پژوهش کلیه مردان و زنان ۱۲ سال به بالای شهرستان اهواز است که بنا به تشخیص روانپزشک براساس معیارهای DSMIV خودبیمارانگار هستند.

## نمونه و روش نمونه‌گیری

از بین کلیه بیمارستانهای شهرستان اهواز، ۱۲ بیمارستان به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. ابتدا مسؤولان و بعضی از پزشکان معالج در جریان پژوهش قرار گرفتند و قرار شد کسانی را که به عنوان خودبیمارانگار تشخیص دادند معرفی کنند. در این

1- Major Depressive

2- Anorexianervosa

3- Post traumatic stress

4- Pain

5- Internal Consistency

6- Discriminant

7- Concurrent Validity

پژوهش ۱۲ دانشجوی رشته روان‌شناسی به‌عنوان دستیاران پژوهشگر شرکت داشتند، هرکدام از دستیاران هفته‌ای سه روز، روزی حداقل ۲ ساعت به بیمارستان از قبل تعیین‌شده می‌رفتند. در آن ساعات افرادی که پزشکان عمومی خودبیمارانگار تشخیص داده بودند، طبق قرار قبلی به پذیرش بیمارستان می‌آمدند و ضمن تکمیل پرسشنامه AHT از آنها درخواست می‌شد تا برای معاینه رایگان به کلینیک خدمات مشاوره‌ای جندی‌شاپور مراجعه کنند. در آنجا یک روانپزشک با همکاری پژوهشگر به مصاحبه با بیماران می‌پرداخت و چنانچه بیماران طبق معیارهای DSMIV خودبیمارانگار تشخیص داده می‌شدند به‌عنوان آزمودنی انتخاب می‌گردیدند. در پایان از ۱۲۰ بیماری که بیمارستانهای نمونه به‌عنوان خودبیمارانگار معرفی کردند مصاحبه بالینی به‌عمل آمد و فقط ۵۷ نفر از آنها که دارای معیارهای خودبیمارانگاری براساس ملاکهای DSMIV بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

### نتایج

ساخت مقیاس: برای جمع‌آوری اطلاعات لازم به‌منظور ساخت و استاندارد کردن آزمون خودبیمارانگاری به منابع مختلف از جمله متون معتبر روان‌شناسی و روانپزشکی مراجعه شد و ماده‌هایی درباره خودبیمارانگاری تهیه گردید. این ماده‌ها در چندین مرحله اصلاح و در پایان، فرم آزمایشی این پرسشنامه با ۸۰ ماده در اختیار تعدادی از استادان گروه روان‌شناسی و روانپزشکان قرار گرفت. براساس پیشنهادهای اصلاحی آنها، تعدادی ماده، اضافه و تعدادی حذف گردید و در نهایت پرسشنامه‌ای با ۷۴ ماده تدوین و آماده اجرا گردید. پرسشنامه به‌گونه‌ای طراحی شده است که آزمودنیها باید به‌صورت بلی و خیر پاسخ دهند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS.9 استفاده شد. تحلیل عاملی برای به‌دست آوردن اعتبار عاملی که یکی از جنبه‌های اعتبارسازی است، صورت گرفت. بررسیها نشان می‌داد که پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز دارای ۱۹ عامل است که در مجموع ۶۵/۳۰۶ درصد از واریانس

نمره‌ها را تعیین می‌کند. اما براساس آزمون اسکری<sup>۱</sup> (کتل ۱۹۹۶ نقل از نجاریان و همکاران ۱۳۷۵) که تعداد تقریبی عاملهای قابل استخراج از میان داده‌ها را پیشنهاد می‌کند، مشخص شد که با توجه به مقادیر آیگن<sup>۲</sup> یا ارزشهای ویژه عوامل (مجموع مجذورات ضرایب عاملی ماده‌های موجود در هر عامل)، حداکثر سه عامل قابل استخراج است. تحلیل عوامل داده‌ها با روش مؤلفه‌های اصلی<sup>۳</sup> پس از سه چرخش آزمایشی<sup>۴</sup> به بهترین ساختار عاملی<sup>۵</sup> خود دست یافت. لازم به ذکر است که تحلیل عوامل داده‌ها با روش چرخش متعامد<sup>۶</sup> از نوع واریماکس<sup>۷</sup> منجر به استخراج سه عامل شد.

همچنین آزمونهای کایزر، مهیر، الکین<sup>۸</sup> ( $KMO=0/77$ ) در سطح  $P<0/0001$  و آزمون بارتلت برای کرویت داده‌ها<sup>۹</sup> ( $BTS=6882/74$ ) در سطح  $P<0/001$  اجرا شد که هر دو معنی‌دار بودند و واجد شرایط بودن داده‌های این تحقیق را برای انجام تحلیل عوامل، مورد تأیید قطعی قرار دادند.

با توجه به اینکه تعداد ماده‌های عامل سوم فقط ۴ ماده بودند و همچنین نشان‌دهنده سازه مشخص و بعد منسجم و معنی‌دار از خودبیمارانگاری نبودند، لذا فقط به استخراج دو عامل اکتفا گردید. در تحلیل عوامل از بارهای عاملی حداقل ۰/۳۰ استفاده شد و لذا ۱۴ ماده که بار عاملی آنها کمتر از ۰/۳۰ بود حذف گردید.

### همسانی درونی، قدرت تمیز، شاخص دشواری

برای سنجش همسانی درونی آزمون خودبیمارانگاری (AHT) از روش لوپ ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. براساس نتایج حاصل ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰۰۲

1- Scree Plot

3- Principal Components

5- Factor Structure

7- Varimax

9- Bartlett Test for sphericity

2- Eigen Value

4- Iteration

6- Orthogonal

8- Kaiser - Meyer - Olkin

به دست آمد. بنابراین ماده‌هایی که پس از حذف، باعث افزایش ضریب آلفای کرونیخ شدند مناسب نبوده و باعث کاهش همسانی درونی AHT می‌شوند، لذا حذف گردیدند. تعداد این ماده‌ها ۸ عدد بود. جهت مشخص کردن قدرت تمیز ماده‌ها، از همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای بین یکایک سوالات و نمره کلی آزمون استفاده شد که تمام سوالات بجز ۲۴، ۲۵ و ۴۰ معنی دار بودند، لذا این ماده‌ها حذف گردیدند.

برای به دست آوردن شاخص دشواری<sup>۱</sup>، فراوانی و درصد فراوانی پاسخ به هر ماده محاسبه شد تا ماده‌هایی که قدرت تشخیص بالا نداشتند از مجموعه سوالات حذف شوند. بدین منظور برای هر ماده آزمودنی‌هایی که گزینه بلی را انتخاب کرده بودند در یک دسته و آزمودنی‌هایی که گزینه خیر را انتخاب کرده بودند، در دسته دیگر قرار گرفتند. سپس برای حذف سوالات با قدرت تشخیص پایین از ملاک تفکیکی ۲۰٪-۷۰٪ استفاده گردید، یعنی سوالاتی که کمتر از ۲۰٪ یا بیشتر از ۷۰٪ کل آزمودنی‌ها به آنها پاسخ بلی یا خیر داده بودند، از مجموعه سوالات حذف شدند. تعداد این سوالات ۱۴ ماده بود.

بالاخره بعد از حذف نهایی، آزمون خودبیمارانگاری اهواز دارای ۴۵ ماده شد که ۳۵ ماده در عامل اول تحت عنوان شکایتهای بدنی و اشتغالات ذهنی و ۱۰ ماده در عامل دوم تحت عنوان ترس و نگرانی قرار گرفتند (جدول ۱).

### پایایی

آزمون خودبیمارانگاری اهواز (AHT) پس از ۶ هفته دوباره روی ۵۱ نفر از آزمودنی‌های نمونه اولیه که ۳۵ زن و ۱۶ مرد بودند، اجرا شد و ضرایب همبستگی بین نمره‌های آنها در دو نوبت محاسبه گردید. ضرایب بازآزمایی برای کل آزمودنی‌ها  $0/677 > P > 0/001$  و  $0/694 > P > 0/001$  (N=۳۵) و آزمودنی‌های مرد  $0/659 > P > 0/001$  (N=۱۶) به دست آمد.



جدول ۱- ضرایب عاملی ماده‌های آزمون AHT

ردیف	ماده‌های عامل ۱ (شکایتهای بدنی و اشتغالات ذهنی)	ضرایب عاملی
۱	معمولاً داروهای زیادی مصرف می‌کنم.	٪۶۱۲
۲	در دستگاه گوارش خود مشکل دارم.	٪۵۸۱
۳	کمتر پیش می‌آید که احساس تندرستی بکنم.	٪۵۶۵
۴	احساس می‌کنم قلبم خسته است.	٪۵۵۹
۵	گاهی وقتها احساس می‌کنم دارای تومور مغزی هستم.	٪۵۵۶
۶	احساس می‌کنم دچار بیماری قلبی شده‌ام علی‌رغم اینکه نوار قلب چنین چیزی را نشان نمی‌دهد.	٪۵۴۳
۷	برخی از نشانه‌های یک بیمار جدی را دارم.	٪۵۴۰
۸	احساس می‌کنم که دچار بیماری مشکوکی شده‌ام.	٪۵۴۰
۹	جملات و نوشته‌های پزشکی را مرتباً مطالعه می‌کنم.	٪۵۱۸
۱۰	گاهی وقتها احساس می‌کنم نوعی درد غیرعادی در سینه دارم.	٪۵۱۲
۱۱	احساس می‌کنم رگهایم درد می‌کند.	٪۵۰۷
۱۲	گاهی اوقات احساس نوعی کشش و انقباض در صورت، سر و یا شانه‌هایم می‌کنم.	٪۴۹۳
۱۳	اغلب احساس سستی و بی‌حالی می‌کنم.	٪۴۹۲
۱۴	صبحها اغلب به رنگ زبانه نگاه می‌کنم.	٪۴۸۱
۱۵	اغلب از کم‌اشتهایی رنج می‌برم.	٪۴۷۶
۱۶	معتقدم که اغلب به بیماری من توجه کافی نمی‌شود.	٪۴۶۷
۱۷	در مورد ابتلا به بیماریها زیاد احساس نگرانی می‌کنم.	٪۴۶۲
۱۸	گاهگاهی سرفه‌های خطرناک می‌کنم.	٪۴۵۰
۱۹	وقتی پزشک در ارتباط با یک بیماری به من می‌گوید موردی برای نگرانی وجود ندارد باور نمی‌کنم.	٪۴۴۷
۲۰	اغلب از احساس خارش زیاد دچار ناراحتی می‌شوم.	٪۴۷۳
۲۱	اگر احساس مریضی و یا بی‌حالی کنم و کسی به من بگوید که بهتر به نظر می‌رسد عصبانی می‌شوم.	٪۴۳۵
۲۲	گاهی وقتها احساس می‌کنم نوعی درد غیرعادی در دستگاه تناسلی دارم.	٪۴۲۲

ردیف	ماده‌های عامل ۱ (شکایت‌های بدنی و اشتغالات ذهنی)	ضرایب عاملی
۲۳	ناراحتی معده، در خانواده ما موروثی است.	٪۴۰۶
۲۴	گاهی اوقات دچار تب و لرز می‌شوم.	٪۴۰۶
۲۵	بیش از سایرین دچار سردرد می‌شوم.	٪۴۰۲
۲۶	هنگامی که می‌دانم فقط دچار سرماخوردگی شده‌ام این امر را بهانه‌ای برای مراجعه به پزشک قرار می‌دهم.	٪۳۹۵
۲۷	روابط اجتماعی‌ام با دیگران چندان خوب نیست.	٪۳۷۷
۲۸	چنانچه یک فرد آشنا را ببینم که مریض شده است نگران می‌شوم، مبادا دچار آن بیماری شوم.	٪۳۷۴
۲۹	گاهی وقتها احساس می‌کنم نوعی درد غیرعادی در سر دارم.	٪۳۶۸
۳۰	دردهای شدید باعث می‌شوند که نتوانم روی کارم تمرکز داشته باشم.	٪۳۵۸
۳۱	گاهی اوقات در هوای گرم از سردی دست و پایم رنج می‌برم.	٪۳۵۸
۳۲	اشتغال ذهنی زیادی نسبت به درمان خود دارم.	٪۳۵۰
۳۳	زمانی که بیمار هشتم سایرین با من احساس همدردی نمی‌کنند.	٪۳۲۸
۳۴	هر بار که دچار سرماخوردگی می‌شوم فوراً برای استراحت به رختخواب می‌روم.	٪۳۰۷
۳۵	اغلب از وجود سر و صدا در گوشم ناراحت می‌شوم.	٪۳۰۳
ماده‌های عامل ۲ (ترس و نگرانی)		
۱	در خانواده‌ام اکثر روزها صبحت و بحث بیماری می‌شود.	٪۶۴۸
۲	اگر یکی از اعضای خانواده‌ام بیمار شوند به شدت نگران می‌شوم.	٪۵۶۸
۳	وقتی دچار کسالت می‌شوم والدین به سرعت مرا به پزشک برده و تحت درمان قرار می‌دهند.	٪۵۴۸
۴	به شدت از خستگی رنج می‌برم.	٪۴۵۰
۵	از اینکه به یک بیماری جدی مبتلا شوم می‌ترسم.	٪۴۳۴
۶	گاهی وقتها احساس می‌کنم نوعی درد غیرعادی در معده دارم.	٪۴۳۴
۷	معمولاً از بیماری می‌ترسم.	٪۳۹۸
۸	معاینه‌های مکرر و اطمینان‌بخش پزشک موجب کاهش نگرانی‌ام نمی‌شود.	٪۳۴۴
۹	معمولاً آخرین درمانهای پزشکی روز را از طریق روزنامه‌ها و مباحث تلویزیون به دست می‌آورم.	٪۳۳۶
۱۰	معمولاً کسالت و بیماری خود را در خانواده مطرح می‌کنم و در منزل بحث پزشکی زیاد می‌شود.	٪۳۰۱

## اعتبار

در این پژوهش برای اعتباریابی AHT از دو روش استفاده شد.

۱- اعتباریابی همزمان: برای اجرای اعتباریابی همزمان، دو پرسشنامه AHT و MMPI همزمان روی گروه نمونه  $N=57$  اجرا شد، ضریب همبستگی به دست آمده  $r=0/4849$  بود که در سطح  $0/001$  معنی دار است.

۲- اعتبار افتراقی: آزمون AHT روی یک گروه بالینی  $N=57$  که طبق تشخیص روانپزشک اختلال خود بیمار انگاری داشتند و یک گروه غیر بالینی  $N=1200$  اجرا شد. مقایسه میانگین‌های آنها، با استفاده از آزمون  $t$  دو گروه مستقل نشان داد که در سطح  $0/001$  بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج در جدول زیر آمده است.

جدول ۲- مقایسه گروه بالینی و غیر بالینی از نظر اختلال خود بیمار انگاری

گروهها	N	$\bar{X}$	S	$t_{ob}$	$\alpha$
گروه بالینی	۵۷	۳۲/۱۹	۳/۳۹	۱۷/۰۵۷	۰/۰۱
گروه غیر بالینی	۱۲۰۰	۱۵/۴۵	۷/۳۸	$t_{0.001}$	۰/۰۰۱

لذا با عنایت به تحلیل عاملی انجام شده و نتایج به دست آمده می‌توان چنین استدلال کرد که آزمون خود بیمار انگاری اهواز از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است و می‌توان از آن برای بررسی و تشخیص میزان خود بیمار انگاری استفاده کرد.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش خود بیمار انگاری بود. بر اساس نتایج به دست آمده مقیاس AHT برای تشخیص اختلال خود بیمار انگاری ابزاری دقیق و قابل اعتماد بوده است و از ضرایب پایایی و اعتبار رضایت بخشی برخوردار است.

با توجه به ضریب آلفای کروناخ به دست آمده، AHT از همسانی درونی بسیار بالا و رضایت بخشی برخوردار است و همبستگی های متقابل بین ۴۵ ماده فوق العاده قوی و بالا هستند.

یافته های اخیر دور از انتظار نبود، چرا که ۴۵ ماده با روش تحلیل عوامل از میان ۷۴ ماده، صرفاً براساس میزان سنجش یک عامل مشترک یعنی اختلال خودبیمارانگاری استخراج شدند.

نتایج به دست آمده از یافته های این پژوهش با بسیاری از تحقیقات دیگران همسو و هماهنگ می باشد. مثلاً در پژوهش مارکوس (۱۹۹۹) که اقدام به ساخت مقیاس خودبیمارانگاری بر مبنای مدل رفتاری شناختی کرده است، ضریب پایایی بعد از سه هفته ۰/۷۸ و ضریب اعتبار آن از طریق همبستگی MMPI (۰/۶۵) اعلام شده است. هر چند در پژوهش حاضر ضریب همبستگی پایایی بعد از ۶ هفته ۰/۶۷۷ و ضریب همبستگی آزمون AHT با خرده مقیاس خودبیمارانگاری MMPI،  $r=0/4849$  بود، با این همه هر دو ضریب به دست آمده مانند نتایج مارکوس معنی دار بودند. همچنین پژوهش حاضر همسو با تحقیق رابینز و کیرمایر (۱۹۹۶) می باشد، با این تفاوت که آنها در پژوهش خود مقیاسی برای سنجش خودبیمارانگاری ساخته و با استفاده از روش تحلیل عاملی، پس از پنج بار چرخش به سه عامل دست یافتند. ضریب آلفای کروناخ سه عامل آنها به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۵۰ و ۰/۵۱ بود. حال آنکه در پژوهش حاضر با استفاده از تحلیل عاملی و سه چرخش متعامد به دو عامل دست یافته و ضریب آلفای کروناخ به ترتیب ۰/۸۸۸۶ و ۰/۷۵۲۵ بودند. همچنین نتایج به دست آمده از یافته های این پژوهش با بسیاری از تحقیقات دیگر مثل مانن لوتراکوال و دیگران (۱۹۹۶)، در تایلند، کلمنت و لاو (۱۹۹۶) در آلمان، هادجیس تاوورپولس (۱۹۹۹) زیمرمن و ماتیا<sup>۱</sup> (۲۰۰۱)، سال ولد (۱۹۹۰)، مامفورد و همکاران (۱۹۹۹) در شبه قاره هند، چیو و همکاران (۱۹۹۹) در چین هماهنگ و همسو می باشد.

## منابع

- راو، کلارنس ج. (۱۳۷۰)، مباحث عمده در روانپزشکی، ترجمه جواد وهاب‌زاده، چاپ دوم، انتشارات آموزش انقلاب اسلامی.
- نجاریان، بهمن. حسین شکرشکن، عباس ابوالقاسمی، عزیزه اسدی‌مقدم. (۱۳۷۵)، «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش اضطراب امتحان در دانش‌آموزان پایه سوم دوره راهنمایی اهواز»، *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، دوره سوم، سال سوم، پاییز و زمستان ۱۳۷۵.
- CRAIG T.K.J, BROADMAN A.P. MILLSK. DALY-JONES O. DRAKETT. (1993). The south London somatization study: I Longitudinal course & influence of early life experinces, *British journal of psychiatry*, 163: 579-588.
- CLEMENT V, LOWE. (1996). Validation of the FKB20 as Scale for the detection of body image distortion in psychon somatic patients.
- PSYCHOTHER PSYCHOSOM, *Med psychol 1996 Aul*, 40(7) 245-9.
- EATON, M.T. Jr, PETERSON, H.H. and DAVIS. (1981). J.A. Psychiatry, 4th ed, Gorden city, NewYourk, *Medical Examination publishing company*, 1981, chap.8.
- MARCUS DK. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis, misinformation & triggers, *J psychosom Res 1999 Jul*, 47(1): 79-91.
- ROBBINS J.M. KIRMAYER L.J. (1996). Transient & Persistent hypochondriacal worry in primary care, *Psychological Medicine* 26: 575-589.
- ZIMMERMAN M, MATTIA JI, (2001). The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire, Development reliability and validity, *Compr Psychiatry 2001 May-Jun*, 42 (5):175-89.
- SULLWOLD F. (1990). Structure of the hypochondiracal and hysteroid personality, *ZEXP Angew psycho 1990*, 37(4): 642-59.
- Manotelotrakul, Pramote sukanich, chakkrit sukying. (1996). journal of *the psychiatric Association of thailand Volume 41 Numbre 4 october*, Deccmber 1996.
- HADJISTAVROPOULOS HD, FROMBACH IK, ASMUNDSON GJ. (1999).

Exploatory & confirmatory factor analytic investigations of the Illness Attitudes Scale in nonclinical sample, Behave Res Ther 1999 Jul, 37(7): 671-54.

MUMFOR DB, BAVINGTON JT, BHATNAGAR KS, HUSSAIN Y, MIRZA S, NARAGHI MM. (1999). The Bradford Somatic Inventory. Br J psychiatry Mar: 158-379-86.

CHIU-HELEN F, K, LAMI-LINDA-C-W, PANG-ALFRED-H.T, LEE H-C-B. (1996). Chinese versions of International version of Mental state Questionnaire and the Hypochondriasis Scale. Clinical, Gerontologist, 1996 Vol 16(4) 72-73.

