



Development and validation of the antecedents of somatic symptoms disorder questionnaire

Fariba Jafari Roshan¹ , Seyed Saeid Pournaghash Tehrani² , Masud Gholamali Lavasani³ , Hossein Eskandari⁴ 

1. Ph.D Candidate in Health psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: jafari87@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: spnaghash@ut.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Counselling and Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University Tehran, Tehran, Iran. E-mail: lavasanimgh@gmail.com

4. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: sknd@atu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 11 August 2023
Received in revised form
09 September 2023
Accepted 17 October
2023
Published Online 22
December 2023

Keywords:
somatic symptom
disorder,
antecedents of somatic
symptom disorder,
childhood traumas

ABSTRACT

Background: Somatic symptom disorder is a culturally dependent form of disorder, and culturally appropriate tools are necessary for its assessment, diagnosis, and treatment. Although various studies emphasize the influence of culture on the factors and fields effective in the formation of somatic symptoms disorder, However, few studies have developed a suitable test to evaluate the factors and fields of Somatic symptom disorder in Iranian culture.

Aims: The present study was conducted with the aim of development and validating the questionnaire of the Antecedents of somatic symptom disorder (causal and contextual) in the Iranian society.

Methods: In terms of purpose, the present research is fundamental-applicative, in terms of gathering information, it is survey-questionnaire, and in terms of methodology, it is considered among test-making studies, which was carried out in the form of a correlational research project. The statistical population of the research included all people over 18 years of age in Tehran in 2023. The statistical sample size was 915 adults who were selected by available sampling method. To collect data, a researcher-made questionnaire on the antecedents of somatic symptom disorder, which was derived from a qualitative research, was used. Data analysis was done using exploratory and confirmatory factor analysis of the first and second type to check the construct validity and principal component analysis method using SPSS-24 and AMOS-24 software.

Results: The findings of this research showed that the questionnaire of the antecedents of somatic symptom disorder in Iranian society has favorable psychometric characteristics. The results of factor analysis showed that this questionnaire has 4 subscales of dictatorial parenting, dysfunctional couple relations, emotional and cognitive characteristics of childhood. Using Cronbach's alpha, the values of the internal consistency coefficient were found to be 0.922 for dictatorial parenting, 0.929 for dysfunctional couple relationships, 0.842 for the child's feelings, and 0.846 for the child's thoughts.

Conclusion: According to the obtained results, it is suggested that specialists in medical centers use the questionnaire of the antecedents of somatic symptom disorder to evaluate, diagnose and prepare a treatment plan for somatic symptom disorder in Iranian society.

Citation: Jafari Roshan, F., Pournaghash Tehrani, S.S., Gholamali Lavasani, M., & Eskandari, H. (2023). Development and validation of the antecedents of somatic symptoms disorder questionnaire. *Journal of Psychological Science*, 22(131), 2169-2185. [10.52547/JPS.22.131.2169](https://doi.org/10.52547/JPS.22.131.2169)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 131, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.131.2169](https://doi.org/10.52547/JPS.22.131.2169)



✉ **Corresponding Author:** Seyed Saeid Pournaghash Tehrani, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

E-mail: spnaghash@ut.ac.ir, Tel: (+98) 9122074388

Extended Abstract

Introduction

Somatic symptom disorder is one of the important problems of today's societies (Mi jiti & Huojia, 2020), which is considered as one of the most common mental health problems in the health care center (Fergus et al., 2018). This disorder is diagnosed with frequent recurrence of medical and physical symptoms, without sufficient medical justification, and significantly affects people's lives (Vesterling et al., 2023). In the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the diagnostic criterion for this disorder is a person's maladaptive reaction to somatic symptoms, and the severity of the somatic symptom disorder has a range from mild and transient to chronic and debilitating (American Psychiatric Association, 2013). Persistence of somatic symptoms can cause high costs and ultimately serious personal, family and social consequences for people (Von Polier & Simons, 2020).

Different studies have shown that the failure in symbolization, which is caused by the parent's inability to communicate properly with the child and the parent's inability to regulate the child's emotions (Magenat, 2016), is the mediator of childhood injuries and somatization disorder. The research results show the high prevalence of body shape symptoms disorder (Prince et al., 2007), which imposes a lot of costs on individuals and society, however, according to the knowledge of the authors of this article, researches in the field of effective factors in Somatization disorder and Its mechanisms are unclear and these studies have had limited success (Fergus et al., 2018).

It is necessary to study the effective factors in somatic symptoms disorder and prepare the necessary tools to measure and diagnose these factors in order to prevent and treat somatic symptoms disorder (Bachem et al., 2021). On the other hand, physical disorder is a culture-dependent disorder, and the studies conducted in a specific cultural context cannot be generalized to other cultural contexts, and the correct recognition of a disorder requires research based on the cultural and social context (Khodadi

Sangdeh et al., 2015). Therefore, in order to evaluate psychological structures, we need tools that adapt and adapt to the target society. Also, a suitable tool in evaluating the antecedents of somatic symptom disorder can be helpful in the diagnosis and multifaceted treatment of this disorder.

The present study was conducted with the aim of development and validating the questionnaire of the antecedents of somatic symptom disorder (causal and contextual) in the Iranian society.

Therefore, the main question of the present study is whether the questionnaire designed for the antecedents of somatic symptom disorder in Iranian society has desirable psychometric properties?

Method

In terms of purpose, the present research is fundamental-applicative, in terms of gathering information, it is survey-questionnaire, and in terms of methodology, it is considered among test-making studies, which was carried out in the form of a correlational research project. The statistical population of the research included all people over 18 years of age in Tehran in 2023. The statistical sample size was 915 adults who were selected by available sampling method. To collect data, a researcher-made questionnaire on the antecedents of somatic symptom disorder, which was derived from a qualitative research, was used. Data analysis was done using exploratory and confirmatory factor analysis of the first and second type to check the construct validity and principal component analysis method using SPSS-24 and AMOS-24 software.

The criteria for entering the present study included the age group of 18 years and above, having literacy, the ability to use a smart phone (access to the online questionnaire) and satisfaction with completing the questionnaire. The criteria for exiting the research included the absence of any of the entry criteria.

Results

The studied sample included 915 cases of adults (over 18 years old) in Tehran. The average age of the research sample was 34.33 with a standard deviation of 9.42, including 73.3% (671 people) of women and 26.7% (244) of men.

In order to determine the construct validity, confirmatory and exploratory factor analysis was used. Before conducting confirmatory factor analysis, Kaiser-Meyer-olkin Test (KMO) sampling adequacy assumptions were used to determine sampling adequacy. The level of Kaiser-Meyer-olkin assumptions (0.955) and Bartlett's sphericity ($\chi^2=6070.174$, $p=0.001$) indicated the appropriateness of the ability of the scale items to measure the components. The output of AMOS

software (Figure 1) shows the measurement model of the antecedents of somatic symptoms disorder (causal and background factors) in the standard estimation mode. RMSEA is also smaller than 0.1. As a result, it can be concluded that the model has a good fit. The causal factor measurement model using structural equation analysis in standard estimation mode is shown in Figure 1. The fit indices of the model with the help of AMOS software are also presented in Table 1.

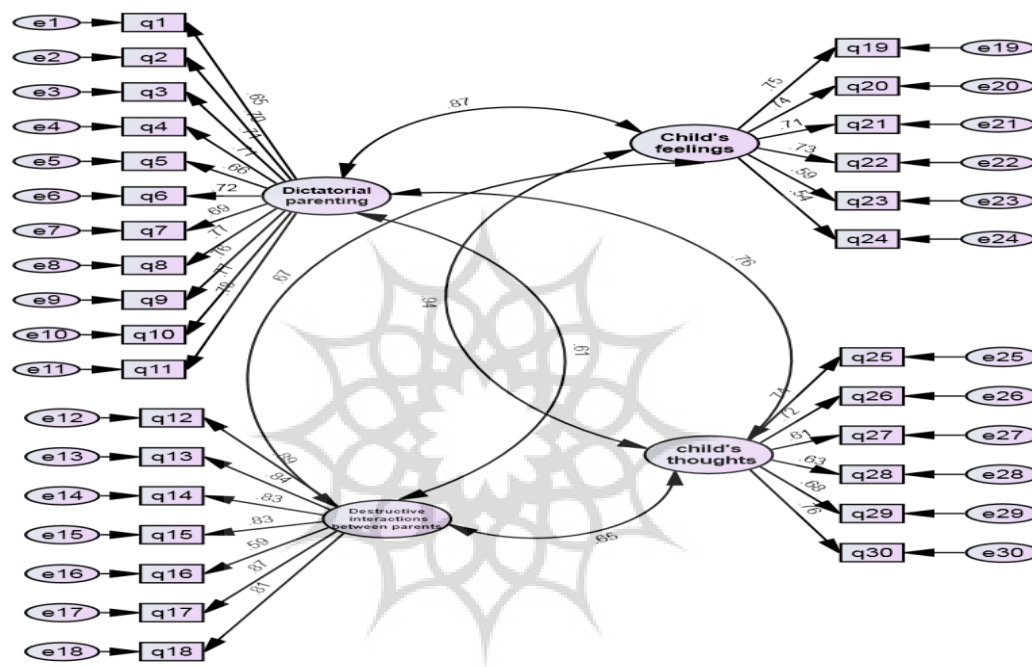


Figure 1. Causal factor measurement model using structural equation analysis in standard estimation mode

Table 1. Model fit indices with the help of AMOS software

Fit index	amount	Criterion	interpretation
Absolute fit index	χ^2 1025.142 df=399	$\chi^2/df = 2.569$ Less than 3	Good fit
comparative fit index	goodness of fit index (GFI)	0.92	More than 0.90
	Incremental Fit Index (IFI)	0.95	More than 0.90
	Comparative Fit Index (CFI)	0.94	More than 0.90
Parsimonious Fit Index	The Root mean square error (RMSEA)	0.067	Less than 0.1
	Parsimonious normed-fit index (PNFI)	0.425	More than 0.05

Conclusion

The present study was conducted with the aim of development and validating the questionnaire of the Antecedents of somatic symptom disorder in the Iranian society. In order to check the validity of the construct, confirmatory and exploratory factor analysis was used, and to check the reliability, the

internal consistency coefficient was used. In data analysis using factor analysis, all the items had a factor load greater than 0.30. Therefore, all items were preserved. The analysis of the components showed that the questionnaire of antecedents of somatic symptoms disorder has 4 subscales of dictatorial parenting accounting for 44.73% of the

total variance, destructive couple relations 19.8% of the total variance, childhood cognitive characteristics 22.4% of the total variance and The emotional characteristics of childhood constitute 6.14% of the total variance. The shared variance percentage between the variables for these 4 factors explains 63.3% of the total variance of the variables. In other words, the level of accuracy expressed by these 4 factors is more than 63% in total. Therefore, based on these results, it can be said that the factor of destructive relationships in the family, which includes two subscales of dictatorial parenting and destructive couple relations, as the main factors in physicalization, have a large contribution to the Somatic symptom disorder.

The findings of this research, consistent with other findings, showed that childhood traumas such as (interpersonal or complex trauma (abandonment, betrayal, physical aggression, sexual assault, threats to physical integrity, coercion, emotional abuse, witnessing violence and death) with the experience of anger, fear, failure or shame and negative thoughts are associated (Van der Kolk et al., 2005).

According to the results of the present study, it is suggested that specialists in the treatment of somatic symptoms disorders use this questionnaire in medical centers for the psychological evaluation and treatment of somatic symptoms disorders. It is also suggested that in future studies, the psychometric properties of this questionnaire should be investigated on a clinical sample (people with somatic symptoms disorder).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of health psychology at the University of Tehran, and has the code of ethics IR. UT. PSYEDU. REC. 1402.014. In order to maintain ethical principles in this research, it was tried to collect data after obtaining the consent of the participants. Also, the participants were assured about confidentiality in maintaining personal information and providing results without specifying the names and characteristics of individuals.

Funding: This research was done in the form of a doctoral thesis without financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this study. The second author is the supervisor of the dissertation and the third and fourth authors are the advisors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We thank and appreciate all the people who helped us in conducting this research.



تدوین و اعتباریابی پرسشنامه پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل

فریبا جعفری‌روشن^۱، سید سعید پورنقاش‌تهرانی^۲، مسعود غلامعلی‌لواسانی^۳، حسین اسکندری^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه راهنمایی و مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: اختلال علائم جسمانی شکل یک اختلال وابسته به فرهنگ است و ابزارهای سازگار با فرهنگ جامعه هدف، برای ارزیابی، تشخیص و درمان آن ضروری است. با این که مطالعات مختلف بر تأثیر فرهنگ بر عوامل و زمینه‌های مؤثر در شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل تأکید دارند، اما مطالعات اندکی به تدوین آزمون مناسب برای ارزیابی عوامل و زمینه‌های اختلال علائم جسمانی شکل در فرهنگ ایرانی پرداخته‌اند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی پرسشنامه پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل (علی و زمینه‌ای) در جامعه ایرانی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی-کاربردی و از حیث گردآوری اطلاعات، پیمایشی-پرسشنامه‌ای و از نظر روش‌شناسی در زمره مطالعات آزمون‌سازی به حساب می‌آید که در قالب یک طرح پژوهشی همبستگی انجام شده است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه آماری ۹۱۵ نفر افراد برگسال بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل که از یک پژوهش کیفی برآمده بود، استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نوع اول و دوم برای بررسی روایی سازه و با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از نرم‌افزار SPSS و AMOS انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد پرسشنامه پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل در جامعه ایرانی، مشخصات روان‌سنجی مطلوبی دارد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس والدگری دیکتاتورمآبانه، روابط ناکارآمد زوجی، ویژگی‌های احساسی و شناختی دوران کودکی است. مقادیر ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در متغیر مکنون والدگری دیکتاتورمآبانه برابر با ۰/۹۲۲، روابط ناکارآمد زوجی ۰/۹۲۹، متغیر احساسات کودک برابر با ۰/۸۴۲، و در متغیر افکار کودک برابر ۰/۸۴۶، به دست آمد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که متخصصان در مراکز درمانی از پرسشنامه پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل، برای ارزیابی، تشخیص و تهیه طرح درمان اختلال علائم جسمانی شکل در جامعه ایرانی استفاده کنند.

استاد: جعفری‌روشن، فریبا؛ پورنقاش‌تهرانی، سید سعید؛ غلامعلی‌لواسانی، مسعود؛ و اسکندری، حسین (۱۴۰۲). تدوین و اعتباریابی پرسشنامه پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۱، ۲۱۶۹-۲۱۸۵.

DOI: [10.52547/JPS.22.131.2169](https://doi.org/10.52547/JPS.22.131.2169)، شماره ۱۳۱، ۱۴۰۲.



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: سید سعید پورنقاش‌تهرانی، دانشیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: spnaghash@ut.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۲۰۷۴۳۸۸

مقدمه

اختلال علائم جسمانی شکل^۱ یکی از معضلات مهم جوامع امروزی است (می‌جیتی و هوجیا، ۲۰۲۰) که به عنوان یکی از رایج‌ترین مشکلات سلامت روان در مرکز مراقبت‌های بهداشتی مطرح می‌شود (فرگوس و همکاران، ۲۰۱۸). این اختلال با عود مکرر نشانه‌های پزشکی و جسمانی، بدون توجه کافی از نظر پزشکی تشخیص داده می‌شود و به طور چشمگیری زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (وسترلینگ و همکاران، ۲۰۲۳). در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی، آماری اختلالات روانی، ملاک تشخیصی برای این اختلال، واکنش ناسازگارانه فرد به علائم جسمانی شکل است و شدت اختلال علائم جسمانی شکل، دارای طیفی از ملایم و گذرا تا مزمن و ناتوان‌کننده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). رنج حاصل از این اختلال، علاوه بر تجربه شکایات بدنی، شامل اضطراب بالای سلامتی (هینینگ‌سن و همکاران، ۲۰۱۸)، محدودیت‌های عملکردی بالا و کاهش کیفیت زندگی (جوسترا و همکاران، ۲۰۱۵) است. علی‌رغم این که معمولاً ساختار آسیب‌شناسی ارگانیکی مشخصی که به این اختلال مرتبط شود، وجود ندارد (ایکلبوم و همکاران، ۲۰۱۶)، اما شکایات بدنی به طور مکرر به علل ارگانیکی نسبت داده می‌شود، درمان‌های طولانی و ناموفق اغلب این بیماران را ناامید می‌کند و از نظر پزشکان، این افراد بیماران دشواری برای درمان هستند (هینینگ‌سن و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، تداوم علائم جسمانی، می‌تواند باعث تحمیل هزینه‌های زیاد و در نهایت عواقب جدی فردی، خانوادگی و اجتماعی در افراد شود (وون‌پولایر و سیمون، ۲۰۲۰). با این که تهیه یک چارچوب درمانی متناسب با زمینه، علل و عوامل مؤثر در یک اختلال و در نظر گرفتن عوامل متعدد تأثیرگذار در آن می‌تواند در تسریع و روند درمان آن مؤثر باشد؛ مطالعات در زمینه اختلال علائم جسمانی شکل و پیشایندهای آن، به عوامل مختلفی اشاره کرده‌اند. برخی از مطالعات به نقش ژنتیک (دنک و همکاران، ۲۰۱۴)، برخی به تأثیر عوامل استرس‌زای اولیه مانند سوء استفاده جنسی یا جسمی، بی‌توجهی به کودک و اختلال عملکرد خانواده در ایجاد پیامدهای زیستی-عصبی (فیولو و همکاران، ۲۰۱۸؛ له و همکاران، ۲۰۲۱؛ مک‌لافلین و همکاران، ۲۰۱۹؛ کولیچ و همکاران، ۲۰۲۰) برخی نیز به تغییر در یادگیری ترس (دکراس و

همکاران، ۲۰۲۲) و یا تغییر در یادگیری و حافظه در نشانه‌های تهدید (لمبرت و همکاران، ۲۰۱۹) در این اختلال پرداخته‌اند. برخی پژوهش‌ها نیز به رابطه بین روابط موضوعی و جسمانی‌سازی (بوتیرولی و همکاران، ۲۰۱۸؛ کاراسکا دینک و همکاران، ۲۰۲۱؛ یسیل و همکاران، ۲۰۲۱؛ پیونتییک و همکاران، ۲۰۲۱)، اشاره کرده‌اند. آن‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که شکست در نمادسازی که به علت ناتوانی والدین در برقراری ارتباط مناسب با کودک و ناتوانی در تنظیم هیجانات کودک، توسط والد (مگنتات، ۲۰۱۶) ایجاد می‌شود، واسطه آسیب‌های دوران کودکی و جسمانی‌سازی هستند. روابط والد-فرزندی و اختلالات جسمانی شکل، یک رابطه خطی ندارند و متغیرهای واسطه‌ای و مداخله‌ای بین آن‌ها وجود دارد (زدانکیویچ-سیگالا و همکاران، ۲۰۱۸؛ کروسکا و همکاران، ۲۰۱۸) که لازم است در پیشگیری و درمان اختلالات جسمانی شکل مورد توجه قرار گیرند. در این زمینه مطالعاتی به میانجی‌گری ناگویی هیجانی (خازن و احمدی، ۲۰۲۱؛ اورو و همکاران، ۲۰۲۰)، سرکوب هیجانی و نقص در پردازش هیجانی (فاشچابر و همکاران، ۲۰۱۹؛ فرامزری‌راد و همکاران، ۲۰۲۳) و یا همبودی با سایر اختلالات روانی (تاوامانی و همکاران، ۲۰۱۹)، اشاره کرده‌اند. بنابراین، روابط مخرب در خانواده مانند غفلت، بدرفتاری و سوءرفتار جسمی در دوران کودکی (بیرنه و همکاران، ۲۰۱۹) و تعارضات خانوادگی (ویندینگ و اندرسون، ۲۰۱۹؛ عطار خامنه‌ای و همکاران، ۲۰۲۲) از عوامل مهم شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل، هستند. با وجود این که نتایج پژوهش‌ها نشان‌دهنده شیوع بالای اختلال علائم جسمانی شکل، هستند (پرینس و همکاران، ۲۰۰۷) که هزینه‌های زیادی را به افراد و جامعه تحمیل می‌کنند، با این همه طبق دانش نویسندگان مقاله حاضر، پژوهش‌ها در زمینه عوامل مؤثر در اختلالات جسمانی شکل و مکانیزم‌های ایجاد آن، مبهم و نامشخص است و این مطالعات موفقیت محدودی داشته‌اند (فرگوس و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعه در زمینه عوامل مؤثر در اختلال علائم جسمانی شکل و تهیه ابزار لازم برای سنجش و تشخیص این عوامل جهت پیشگیری و درمان اختلال علائم جسمانی شکل، ضروری است (بچم و همکاران، ۲۰۲۱). پاسخ به سؤالات درباره اختلالات جسمانی شکل نیازمند یک مدل کل‌نگر است که علائم پیچیده این بیماری را مورد توجه قرار دهد (لاملی و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، اختلال

1. somatic symptom disorder (SSD)

(ب) ابزار

پرسشنامه پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل^۱: این پرسشنامه ۳۰ سؤالی برآمده از یافته‌های یک پژوهش کیفی از نوع گراندد تئوری^۲ در زمینه واکاوی عوامل مؤثر در اختلال علائم جسمانی شکل بود. مراحل ساخت این پرسشنامه به این ترتیب بود: در گام نخست، اهداف کلی و جزئی مشخص شد. هدف کلی شامل ساخت پرسشنامه و هدف جزئی شامل بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بود. در گام دوم، محتوای سؤالات پرسشنامه بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش کیفی (داده بنیاد)، فراهم شد. یافته‌ها نشان داد که روابط مخرب درون خانواده به عنوان عامل علی و ویژگی‌های کودکان، به عنوان عامل زمینه‌ای در شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل تأثیر زیادی دارند. در گام سوم، بر اساس کدهای باز (سطح اول) در یافته‌های کیفی، خزانه سؤالات (شامل ۴۰ سؤال) فراهم شد. در گام چهارم، محتوای سؤالات، برای بررسی روایی صوری و محتوایی گویه‌ها توسط ده نفر از اساتید و متخصصان حوزه روانشناسی سلامت و مشاوره خانواده مورد بررسی قرار گرفت. در فرآیند نظرخواهی از متخصصان و اصلاح گویه‌ها، در نهایت این پرسشنامه در یک مقیاس ۳۰ سؤالی که شامل ۱۱ سؤال درباره والدگری دیکتاتورمآبانه، ۷ سؤال در زمینه روابط ناکارآمد زوجی، ۶ سؤال در رابطه با ویژگی‌های احساسی-هیجانی در کودکی و ۶ سؤال نیز در مورد ویژگی‌های شناختی دوران کودکی بود، تدوین شد. در گام پنجم، با هدف اجرای اولیه آزمون، مقیاس بر روی ۷۰ نفر از افراد واجد شرایط اجرا شد. پس از بررسی روشن بودن گویه‌ها و برطرف شدن ابهامات شرکت‌کنندگان، در این مرحله، پرسشنامه مجدداً از نظر روایی صوری توسط متخصصان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. در گام ششم، اجرای پرسشنامه بر روی گروه هدف انجام شد. در گام هفتم، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از نمره (۵) کاملاً مخالفم تا نمره (۱) کاملاً موافقم متغیر بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نوع اول و دوم برای بررسی روایی سازه و با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS-24 نسخه ۲۴ انجام شد.

جسمانی شکل یک اختلال وابسته به فرهنگ است و مطالعات انجام شده در یک بافت فرهنگی خاص را نمی‌توان به بافت‌های فرهنگی دیگر تعمیم داد و شناخت صحیح یک اختلال، مستلزم پژوهش‌های مبتنی بر بافت فرهنگی و اجتماعی است (خدادادی سنگده و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین برای ارزیابی سازه‌های روانشناختی به ابزارهایی نیاز داریم که با جامعه هدف، انطباق و سازگاری داشته باشد. همچنین ابزار مناسب در ارزیابی پیشایندهای اختلالات جسمانی شکل، می‌تواند در تشخیص و درمان چندجانبه این اختلال یاری‌کننده باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر، تهیه، تدوین و بررسی مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل (عوامل علی و زمینه‌ای) بر اساس یافته‌های حاصل از یک پژوهش داده‌بنیاد بود. از این‌رو، سؤال اصلی مطالعه حاضر این است که آیا پرسشنامه طراحی شده پیشایندهای اختلال جسمانی شکل در جامعه ایرانی از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب برخوردار است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی-کاربردی و از حیث نوع گردآوری اطلاعات، پیمایشی-پرسشنامه‌ای و از نظر روش‌شناسی در زمره مطالعات آزمون‌سازی به حساب می‌آید که در قالب یک طرح پژوهشی همبستگی انجام گرفته است که با هدف تعیین مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه طراحی شده پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل (عوامل علی و زمینه‌ای) انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۹۱۵ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس در ماه‌های خرداد و تیر سال ۱۴۰۲ ابزار پژوهش را تکمیل کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ سال به بالا، دارای سواد خواندن و نوشتن، توانایی استفاده از گوشی همراه هوشمند (برای دسترسی به پرسشنامه آنلاین)، داشتن رضایت از تکمیل پرسشنامه بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل محرز شدن فقدان هر کدام از ملاک‌های ورود بود.

2. Grounded Theory

1. Antecedents of Somatic Symptom Disorder Questionnaire

یافته‌ها

در مجموع بیش از ۶۳ درصد است. سهم عامل اول با ارزش ویژه ۱۳/۴۲ در حدود ۴۴/۷۳ درصد کل واریانس متغیرها را توجیه می‌کند، عامل دوم با ارزش ویژه ۲/۴۵ در حدود ۸/۱۹ درصد کل واریانس و عامل سوم با ارزش ویژه ۱/۸۴ در حدود ۱۴/۶ درصد از کل واریانس و در نهایت عامل چهارم با ارزش ویژه ۱/۲۶۸ معادل ۴/۲۲ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. در ادامه در جدول ۱، نتایج ارزش ویژه و واریانس تبیین شده عوامل استخراج شده، نشان داده شده است.

جدول ۱. ارزش ویژه و واریانس تبیین شده عوامل استخراج شده

مؤلفه‌ها	ارزش ویژه و واریانس تبیین شده		ارزش ویژه
	درصد تراکمی	درصد واریانس تبیین شده	
عامل اول	۱۳/۴۲۲	۴۴/۷۳۹	۴۴/۷۳۹
عامل دوم	۲/۴۵۹	۸/۱۹۸	۵۲/۹۳۶
عامل سوم	۱/۸۴۲	۶/۱۴۱	۵۹/۰۷۸
عامل چهارم	۱/۲۶۸	۴/۲۲۷	۶۳/۳۰۵

میزان اشتراک مواد مقیاس با اجرای تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی در جدول ۲ ارائه شده است. داده‌های مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که کمترین مورد اشتراک برابر با ۰/۴۶۸ متعلق به عامل ۱۶ و بیشترین میزان اشتراک برابر با ۰/۸۳۶ متعلق به عامل ۱۲ است.

جدول ۲. میزان اشتراک مواد مقیاس با اجرای تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی

بارعاملی	گویه	بارعاملی	گویه
۰/۴۶۸	۱۶	۰/۵۶۵	۱
۰/۷۸۷	۱۷	۰/۵۶۷	۲
۰/۷۴۴	۱۸	۰/۵۶۵	۳
۰/۵۶۸	۱۹	۰/۵۵۷	۴
۰/۶۱۱	۲۰	۰/۴۸۰	۵
۰/۶۲۵	۲۱	۰/۵۸۱	۶
۰/۶۲۱	۲۲	۰/۶۲۴	۷
۰/۶۱۹	۲۳	۰/۶۳۹	۸
۰/۶۷۷	۲۴	۰/۶۶۰	۹
۰/۵۷۴	۲۵	۰/۶۲۴	۱۰
۰/۶۰۵	۲۶	۰/۶۷۸	۱۱
۰/۶۶۸	۲۷	۰/۸۳۶	۱۲
۰/۴۹۲	۲۸	۰/۷۴۵	۱۳
۰/۵۷۵	۲۹	۰/۷۳۹	۱۴
۰/۷۱۰	۳۰	۰/۷۵۱	۱۴

نمونه مورد مطالعه شامل ۹۱۵ مورد از افراد بزرگسال (بالای ۱۸ سال) شهر تهران بود. میانگین سنی افراد نمونه پژوهش، ۳۴/۳۳ با انحراف معیار ۹/۴۲ بود که شامل ۷۳/۳ درصد (۶۷۱ نفر) زن و ۲۶/۷ درصد (۲۴۴) مرد بودند. ۴۲/۴ درصد از افراد شرکت کننده، مجرد (۳۸۸) بودند و ۵۷/۶ درصد نیز متأهل (۵۲۷) بودند. سطح تحصیلات افراد نمونه نیز به این ترتیب بود: افراد زیر دیپلم ۷/۹ درصد (۷۲ نفر)، دیپلم و فوق دیپلم ۲۸/۲ درصد (۲۵۸ نفر)، لیسانس ۴۱/۶ درصد (۳۸۱ نفر)، فوق لیسانس ۱۸/۴ درصد (۱۶۸ نفر) و دکتری ۳/۹ درصد (۳۶ نفر). از نظر اشتغال نیز ۶۳/۵ درصد (۵۷۹ نفر) از افراد نمونه شاغل و ۲۴/۳ درصد (۲۲۲ نفر) بیکار و ۱ درصد (۹ نفر) بازنشسته و ۱۱/۲ درصد (۱۰۲ نفر)، نیز دانشجو بودند، یک نفر نیز شغل خود را انتخاب نکرده بود. به منظور تعیین روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل عاملی تأییدی، از مفروضه‌های کیفیت نمونه‌برداری کایرز/میر/الکین^۱ (KMO) جهت تعیین کیفیت نمونه‌گیری استفاده شد. میزان مفروضه‌های کایرز/میر/الکین (۰/۹۵۵) و کرویت بارتلت ($\chi^2 = 6070.174$, $p = 0.001$) حاکی از مناسب بودن توانایی ماده‌های مقیاس، برای اندازه‌گیری مؤلفه‌ها بود. تهیه یک ماتریس همبستگی از تمام متغیرهای مورد مطالعه، اولین گام در تحلیل عاملی است. در این مرحله، بر اساس آزمون کایزر-میر-الکین از امکان تقلیل داده‌ها به عامل‌های زیربنایی اطمینان حاصل شد. طبق یک اصل پذیرفته شده آماری در صورتی که مقادیر آماره آزمون مذکور ۷۰ درصد و بالاتر باشد، انجام تحلیل عاملی پیشنهاد می‌شود (حبیب‌پور و صفری، ۱۳۸۸). همچنین بر اساس آزمون کرویت بارتلت در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ از ناهمسانی ماتریس همبستگی اطمینان حاصل شد. نتایج حاصل از اجرای تحلیل عاملی اکتشافی بر روی داده‌ها در جدول ۱ خلاصه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود از ۳۰ مؤلفه اندازه‌گیری شده در پرسشنامه در نهایت، ۴ مؤلفه در تحلیل عاملی دارای بار عاملی شدند و ارزش‌های ویژه ۴ عامل بیشتر از یک است و درصد واریانس مشترک بین متغیرها برای این ۴ عامل بر روی هم ۶۳/۳ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کند. به بیان دیگر، میزان دقت بیان شده توسط این هشت عامل،

1. Kaiser-Meyer-olkin Test

ماتریس ساختار عامل چرخش یافته مقیاس (با روش عامل‌های اصلی) در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. ماتریس ساختار عامل چرخش یافته مقیاس (با روش عامل‌های اصلی)

عامل و بار عاملی		گویه
ویژگی‌های شناختی دوران کودکی	ویژگی‌های احساسی - هیجانی در کودکی	والدگری دیکتاتورمآبانه
		۰/۷۶۰
		۰/۷۰۷
		۰/۶۶۶
		۰/۶۲۴
		۰/۵۷۸
		۰/۵۵۰
		۰/۵۱۶
		۰/۷۰۱
		۰/۶۶۵
		۰/۶۸۹
		۰/۷۴۷
		۰/۸۷۷
		۰/۷۸۳
		۰/۷۵۵
		۰/۷۹۶
		۰/۷۴۵
		۰/۷۹۶
		۰/۸۳۶
	۰/۳۹۰	
	۰/۴۱۲	
	۰/۶۶۶	
	۰/۵۵۲	
	۰/۷۴۶	
	۰/۸۰۰	
۰/۴۶۴		
۰/۵۵۴		
۰/۷۶۱		
۰/۵۹۳		
۰/۶۴۸		
۰/۶۹۵		

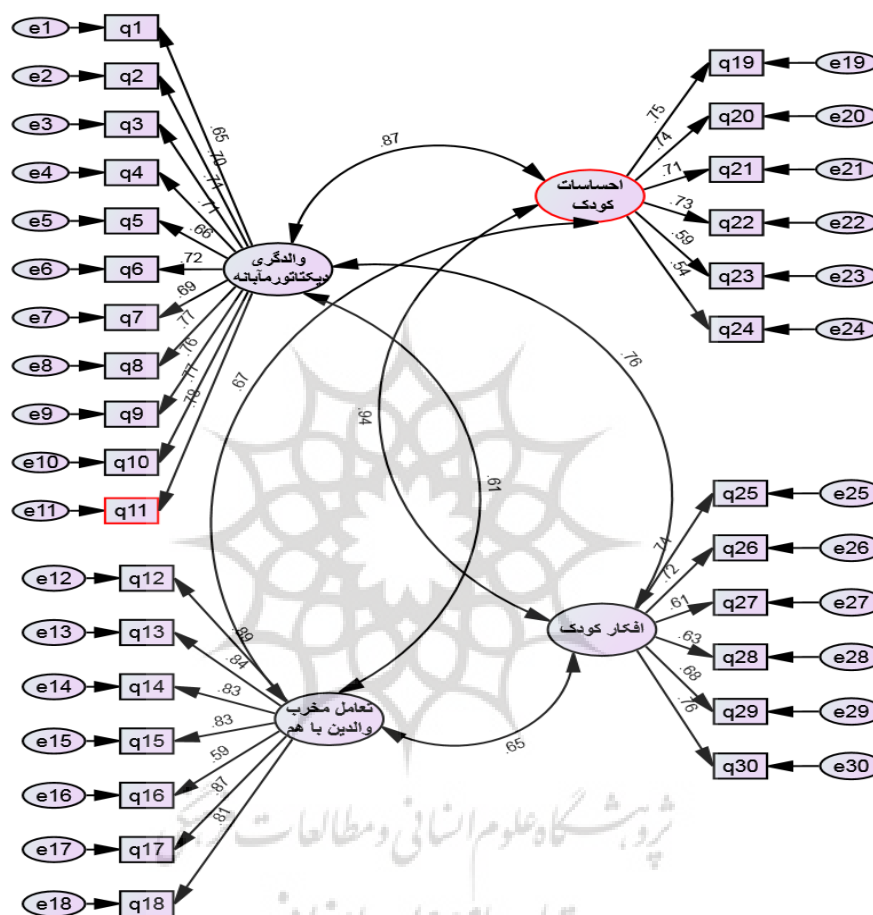
مشاهده می‌شود که سؤالات ۱۹ تا ۲۴ که مربوط به ویژگی‌های احساسی - هیجانی در کودکی است در عامل اول بار عاملی بالایی دارند. ستون چهارم جدول ۳ نشان می‌دهد که سؤالات ۲۵ تا ۳۰ که مربوط به ویژگی‌های شناختی دوران کودکی است در عامل دوم بار عاملی بالایی دارند.

ستون اول جدول ۳، نشان می‌دهد که سؤالات ۱ تا ۱۱ که مربوط به والدگری دیکتاتورمآبانه است، در عامل اول بار عاملی بالایی دارند. ستون دوم جدول ۳ نشان می‌دهد سؤالات ۱۲ تا ۱۸ که مربوط به روابط ناکارآمد زوجی است در عامل دوم بار عاملی بالایی دارند. در ستون سوم جدول ۳

تحلیل عاملی تأییدی عامل علی:

خروجی نرم افزار AMOS (شکل ۱) مدل اندازه گیری پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل (عوامل علی و زمینه‌ای) را در حالت تخمین استاندارد نشان می‌دهد. RMSEA نیز کوچک تر از ۰/۱ است. در نتیجه می‌توان نتیجه گرفت، مدل از برازش مناسبی برخوردار است. مدل اندازه گیری عامل علی

با استفاده تحلیل معادلات ساختاری در حالت تخمین استاندارد در شکل ۱ نمایش داده شده است. شاخص‌های برازش مدل به کمک نرم‌افزار AMOS نیز در جدول ۴ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل اندازه‌گیری عامل علی با استفاده تحلیل معادلات ساختاری در حالت تخمین استاندارد

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل به کمک نرم‌افزار AMOS

تفسیر	ملاک	میزان	شاخص برازش
مطلق	$\chi^2/df = 2/569$	۱۰۲۵/۱۴۲	χ^2
برازش مطلوب	کمتر از ۳	درجه آزادی = ۳۹۹	
تطبیقی	بیش از ۰/۹۰	۰/۹۲	شاخص نیکویی برازش (GFI)
برازش مطلوب	بیش از ۰/۹۰	۰/۹۵	شاخص برازندگی فزآینده (IFI)
برازش مطلوب	بیش از ۰/۹۰	۰/۹۴	شاخص برازش تطبیقی (CFI)
مقتصد	کمتر از ۰/۱	۰/۰۶۷	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)
برازش مطلوب	بیشتر از ۰/۰۵	۰/۴۲۵	شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI)

۰/۹۴ و شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI) ۰/۴۲۵ است که نشان دهنده تأیید مدل پژوهش است. اندازه‌های بارهای عاملی برای مدل تحلیل عاملی تأییدی عامل علی در جدول ۵ آمده است.

بر اساس نتایج جدول ۴، مقدار آماره χ^2 برابر با ۱۰۲۵/۱۴۲ با درجه آزادی ۳۹۹ برابر با ۲/۵۶۹ است که نشان دهنده تأیید مدل است. شاخص نیکویی برازش (GFI) ۰/۹۲ و مقدار ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، ۰/۰۶۷ و مقدار شاخص توکر - شاخص برازش تطبیقی (CFI)

جدول ۵. اندازه‌های بارهای عاملی برای مدل تحلیل عاملی تأییدی عامل علی

بارهای عاملی	گویه
۰/۶۴۸	q1 در کودکی اجازه اعتراض به والدینم را نداشتم.
۰/۶۸۹	q2 در کودکی اجازه نداشتم درباره مسائل مربوط به خودم (نحوه لباس پوشیدن، انتخاب دوستان، بازی کردن و...) تصمیم بگیرم.
۰/۶۸۷	q3 در کودکی والدینم به صورت مداوم به من امر و نهی می‌کردند.
۰/۷۱۰	q4 در دوران کودکی، وقتی اشتباهی از من سر می‌زد، با پرخاشگری والدینم مواجه می‌شدم.
۰/۶۳۴	q5 من در کودکی در بازی‌ها و فعالیت‌هایم، آزادی عمل نداشتم.
۰/۷۱۹	q6 در کودکی، وقتی که با مشکلی مواجه می‌شدم، نمی‌توانستم به والدینم تکیه کنم.
۰/۶۸۶	q7 در کودکی، زمانی که احساسات دردناکی (غم، خشم، ترس) داشتم، والدینم من را درک نمی‌کردند.
۰/۷۷۲	q8 در کودکی، نمی‌توانستم عقاید مخالف با والدینم را به راحتی ابراز کنم.
۰/۷۸۷	q9 در کودکی، من با والدینم احساس راحتی و صمیمیت نداشتم.
۰/۷۷۹	q10 در کودکی، من و والدینم نمی‌توانستیم در رابطه با مسائل مختلف با هم گفتگو کنیم.
۰/۷۹۸	q11 در کودکی، من اجازه نداشتم هیجانات منفی (مانند عصبانیت) را که نسبت به والدینم داشتم، ابراز کنم.
۰/۸۸۷	q12 والدینم به صورت مداوم در حال جر و بحث با دعوا بودند.
۰/۸۵۵	q13 زمانی که کودک بودم، والدینم توانایی حل و فصل مشکلات و تعارضات زندگی را نداشتند.
۰/۸۲۷	q14 والدین من در مواجهه با مشکلات، یکدیگر را سرزنش می‌کردند.
۰/۸۳۰	q15 زمانی که کودک بودم، رابطه والدینم با یکدیگر، غیر قابل پیش‌بینی بود.
۰/۵۹۰	q16 زمانی که کودک بودم، همیشه یکی از والدینم نقش تصمیم‌گیرنده و دیگری، نقش اطاعت‌کننده را بازی می‌کرد.
۰/۸۸۰	q17 زمانی که کودک بودم، والدینم با هم صمیمی نبودند.
۰/۸۰۷	q18 زمانی که کودک بودم، والدینم، به صورت مکرر با هم قهر می‌کردند.
۰/۷۳۷	q19 زمانی که کودک بودم، از بیان نیازهای خودم شرم داشتم.
۰/۶۶۲	q20 زمانی که کودک بودم، از واکنش‌های والدینم می‌ترسیدم.
۰/۷۶۹	q21 در کودکی اگر نمی‌توانستم کاری را به صورت کامل یا به خوبی انجام دهم، احساس حقارت یا سرخوردگی می‌کردم.
۰/۷۳۲	q22 در کودکی، نسبت به والدینم خشم زیادی داشتم.
۰/۷۰۴	q23 در کودکی، زمانی که اشتباه می‌کردم احساس گناه داشتم.
۰/۷۹۳	q24 در کودکی، هر زمان که نمی‌توانستم انتظارات والدینم را برآورده کنم احساس شرم می‌کردم.
۰/۷۳۹	q25 در کودکی افکار نگران‌کننده زیادی داشتم.
۰/۶۸۰	q26 در کودکی درباره بیشتر مسائل و اتفاقات، خودم را مقصر می‌دانستم.
۰/۶۸۶	q27 وقتی که کودک بودم، دوست نداشتم زنده باشم.
۰/۶۷۴	q28 در کودکی نسبت به طرد شدن یا مورد توجه نبودن، حساس بودم.
۰/۷۶۲	q29 وقتی که کودک بودم، از اینکه مورد انتقاد قرار بگیرم، شرم‌منده می‌شدم.
۰/۷۴۲	q30 در کودکی احساس می‌کردم بار اضافی بر دوش خانواده هستم.

علائم جسمانی شکل ارائه شده است.

در جدول ۶، اندازه‌های همبستگی هر گویه از پرسشنامه با نمره کل و مقدار آلفا با فرض حذف گویه برای مدل ۴ عاملی پیشایندهای اختلال

جدول ۶. اندازه‌های همبستگی هر گویه با نمره کل و مقدار آلفا با فرض حذف گویه برای مدل ۴ عاملی پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل

مقدار آلفا با فرض حذف گویه	همبستگی هر گویه با نمره کل	گویه
عامل اول: والدگری دیکتاتورمانه؛ $\alpha = 0/922$		
0/918	0/630	۱ در کودکی اجازه اعتراض به والدینم را نداشتم.
0/915	0/689	۲ در کودکی اجازه نداشتم درباره مسائل مربوط به خودم (نحوه لباس پوشیدن، انتخاب دوستان، بازی کردن و...) تصمیم بگیرم.
0/915	0/681	۳ در کودکی والدینم به صورت مداوم به من امر و نهی می کردند.
0/915	0/684	۴ در دوران کودکی، وقتی اشتباهی از من سر می زد، با پرخاشگری والدینم مواجه می شدم.
0/918	0/625	۵ من در کودکی در بازی‌ها و فعالیت‌هایم، آزادی عمل نداشتم.
0/915	0/683	۶ در کودکی، وقتی که با مشکلی مواجه می شدم، نمی توانستم به والدینم تکیه کنم.
0/917	0/674	۷ در کودکی، زمانی که احساسات دردناکی (غم، خشم، ترس) داشتم، والدینم من را درک نمی کردند.
0/913	0/736	۸ در کودکی، نمی توانستم عقاید مخالف با والدینم را به راحتی ابراز کنم.
0/913	0/732	۹ در کودکی، من با والدینم احساس راحتی و صمیمیت نداشتم.
0/913	0/729	۱۰ در کودکی، من و والدینم نمی توانستیم در رابطه با مسائل مختلف با هم گفتگو کنیم.
0/918	0/748	۱۱ در کودکی، من اجازه نداشتم هیجانات منفی (مانند عصبانیت) را که نسبت به والدینم داشتم، ابراز کنم.
عامل دوم: تعامل مخرب والدین با هم؛ $\alpha = 0/929$		
0/912	0/843	۱۲ والدینم به صورت مداوم در حال جر و بحث با دعوا بودند.
0/916	0/806	۱۳ زمانی که کودک بودم، والدینم توانایی حل و فصل مشکلات و تعارضات زندگی را نداشتم.
0/916	0/799	۱۴ والدین من در مواجهه با مشکلات، یکدیگر را سرزنش می کردند.
0/916	0/809	۱۵ زمانی که کودک بودم، رابطه والدینم با یکدیگر، غیرقابل پیش‌بینی بود.
0/938	0/567	۱۶ زمانی که کودک بودم، همیشه یکی از والدینم نقش تصمیم‌گیرنده و دیگری، نقش اطاعت‌کننده را بازی می کرد.
0/913	0/832	۱۷ زمانی که کودک بودم، والدینم با هم صمیمی نبودند.
0/918	0/777	۱۸ زمانی که کودک بودم، والدینم، به صورت مکرر با هم قهر می کردند.
عامل سوم: احساسات کودک؛ $\alpha = 0/842$		
0/814	0/628	۱۹ زمانی که کودک بودم، از بیان نیازهای خودم شرم داشتم.
0/807	0/662	۲۰ زمانی که کودک بودم، از واکنش‌های والدینم می‌ترسیدم.
0/804	0/682	۲۱ در کودکی اگر نمی‌توانستم کاری را به صورت کامل یا به خوبی انجام دهم، احساس حقارت یا سرخورده‌گی می کردم.
0/624	0/581	۲۲ در کودکی، نسبت به والدینم خشم زیادی داشتم.
0/820	0/602	۲۳ در کودکی، زمانی که اشتباه می‌کردم احساس گناه داشتم.
0/825	0/571	۲۴ در کودکی، هر زمان که نمی‌توانستم انتظارات والدینم را برآورده کنم احساس شرم می‌کردم.
عامل چهارم: افکار کودک؛ $\alpha = 0/846$		
0/812	0/670	۲۵ در کودکی افکار نگران‌کننده زیادی داشتم.
0/815	0/654	۲۶ در کودکی درباره بیشتر مسائل و اتفاقات، خودم را مقصر می‌دانستم.
0/831	0/569	۲۷ وقتی که کودک بودم، دوست نداشتم زنده باشم.
0/831	0/569	۲۸ در کودکی نسبت به طرد شدن یا مورد توجه نبودن، حساس بودم.
0/828	0/586	۲۹ وقتی که کودک بودم، از اینکه مورد انتقاد قرار بگیرم، شرم‌منده می‌شدم.
0/803	0/711	۳۰ در کودکی احساس می‌کردم بار اضافی بر دوش خانواده هستم.

بحث و نتیجه‌گیری

تأییدی و اکتشافی و برای بررسی پایایی، از ضریب همسانی درونی استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل عاملی، تمامی گویه‌ها دارای بار عاملی بیشتر از 0/30 بودند. بنابراین تمامی گویه‌ها، حفظ شدند.

این پژوهش با هدف تدوین و اعتبارسنجی پرسشنامه پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل انجام شد. به منظور بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی

تحلیل مؤلفه‌ها نشان داد که پرسشنامه پیشایندهای اختلال علائم جسمانی شکل، دارای ۴ خرده مقیاس والدگری دیکتاتورمآبانه ۴۴/۷۳ درصد از کل واریانس، روابط مخرب زوجی ۸/۱۹ درصد از کل واریانس، ویژگی‌های شناختی دوران کودکی ۴/۲۲ درصد از کل واریانس و ویژگی‌های هیجانی-احساسی دوران کودکی ۶/۱۴ درصد از کل واریانس را تشکیل می‌دهند. درصد واریانس مشترک بین متغیرها برای این ۴ عامل در مجموع ۶۳/۳ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کند. به بیان دیگر میزان دقت بیان شده توسط این ۴ عامل در مجموع بیش از ۶۳ درصد است. بنابراین بر اساس این نتایج می‌توان گفت که عامل روابط مخرب در خانواده که شامل دو خرده مقیاس والدگری دیکتاتورمآبانه و روابط مخرب زوجی است به عنوان عوامل اصلی در جسمانی‌سازی در شکل‌گیری این اختلال سهم زیادی دارند.

گویه‌های ۱ تا ۱۱ در عامل اول، دارای بیشترین بار عاملی هستند. این گویه‌ها با مراجعه به مدل مفهومی پژوهش برای سنجش متغیر "والدگری دیکتاتورمآبانه" طراحی و در پرسشنامه گنجانده شده بودند. بنابراین بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت، والدگری دیکتاتورمآبانه اولین عامل مهم در شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل است. ویژگی‌های والد دیکتاتور در این پرسشنامه شامل، انتظارات زیاد و فراتر از سن کودک، غفلت نسبت به احساسات و افکار کودک، عدم حمایت‌گری و ایجاد محیطی پر از تنش و خشونت برای کودک است که در آن کودک حق اعتراض و یا تصمیم‌گیری درباره مسائل خود را ندارد، می‌شد. بنابراین می‌توان گفت رابطه والد دیکتاتور-کودک، با ایجاد شرایط استرس‌زای مزمن و مداوم که بدون تغییر باقی می‌ماند، می‌تواند عامل مهمی در ایجاد جسمانی‌سازی باشد. با مراجعه به ستون دوم جدول ۳ مشاهده می‌شود که سؤالات ۱۲ تا ۱۸ در عامل دوم بار عاملی بالایی دارند. این سؤالات برای سنجش متغیر "روابط مخرب زوجی" طراحی و در پرسشنامه گنجانده شده بودند. بنابراین بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت تعاملات مخرب والدین در دوران کودکی دومین عامل تأثیرگذار در شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل است. یافته‌های این پژوهش همسو با سایر پژوهش‌ها (پیونیک و همکاران، ۲۰۲۱؛ بیرنه و همکاران، ۲۰۱۹) و تعارضات خانوادگی (ویندنگ و اندرسون، ۲۰۱۹) نشان می‌دهد، روابط مخرب در

خانواده مانند غفلت، بدرفتاری و سوءرفتار جسمی در دوران کودکی از عوامل مهم شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل هستند. با مراجعه به ستون سوم جدول ۳ ملاحظه می‌شود که سؤالات ۱۹ تا ۲۴ در عامل اول بار عاملی بالایی دارند. با مراجعه به مدل مفهومی پژوهش برای سنجش متغیر "احساسات کودک" یک عامل مهم زمینه‌ای در شکل‌گیری اختلال علائم جسمانی شکل است. اما ستون چهارم جدول ۳ نشان می‌دهد که سؤالات ۲۵ تا ۳۰ در عامل دوم، بار عاملی بالایی دارند. با مراجعه به مدل مفهومی پژوهش، متغیر "افکار کودک" دومین عامل تأثیرگذار در شکل‌گیری جسمانی‌سازی است. یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های دیگر نشان داد، آسیب‌های دوران کودکی مانند (ترومای بین‌فردی یا پیچیده (ترک، خیانت، پرخاشگری جسمی، تجاوز جنسی، تهدید تمامیت جسمی، اعمال اجباری، سوءاستفاده عاطفی، شاهد خشونت و مرگ بودن) با تجربه احساس خشم، ترس، شکست و یا شرمندگی و افکار منفی همراه است (وندرکلک و همکاران، ۲۰۰۵).

در تبیین این نتایج باید گفت که نظم‌جویی هیجانی که شامل نظارت و تغییر تجربیات هیجانی فرد است (عطار خامنه‌ای و همکاران، ۲۰۲۲) باعث سازگاری فردی می‌شود (شریفی و همکاران، ۱۴۰۲) درحالی‌که آسیب‌های دوران کودکی باعث اختلال در تنظیم هیجان‌ات (فرامرزیراد و همکاران، ۲۰۲۳) و مختل کردن خودسازمان‌دهی کودک، ایجاد خودپنداره منفی، تنفر از خود، رفتارهای خودتخریب‌گرایانه، آشفتگی در روابط و عملکرد بین‌فردی می‌شود. بنابراین علاوه بر روابط مخرب، افکار و احساسات منفی که در اثر تروماهای مکرر و مزمن در کودک ایجاد می‌شوند، حتی در شرایطی که تنش وجود ندارد، تداوم دارند. تداوم شرایط تنش‌زا، می‌تواند باعث کاهش یا افزایش برانگیختگی جسمانی، تغییر ساختار مولکولی-ژنتیکی، تغییر عملکرد سیستم عصبی ایمنی و غدد درون‌ریز کودک، تغییر در سیستم ایمنی، تغییر در سیستم تنظیم‌کننده درد و تغییر در نحوه رشد شود و بنابراین سبب جسمانی شدن بعدی در بزرگسالی شود (کروسکا و همکاران، ۲۰۱۸). در نهایت با توجه به مقدار آماره χ^2 برابر با ۱۰۲۵/۱۴۲ با درجه آزادی ۳۹۹ برابر با ۲/۵۶۹؛ و مقدار ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) که شاخص دیگر نیکویی برازش است معادل ۰/۰۶۷ و مقدار شاخص توکر- شاخص برازش تطبیقی (CFI) ۰/۹۴ و شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI) ۰/۴۲۵ است،

کشور، بررسی روایی همگرایی مقیاس را با مشکل مواجه کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی خانواده‌های ایرانی در سایر شهرها و خانواده‌های غیرایرانی نیز اجرا شود و مقیاس‌های دیگری بر مبنای این مقیاس تهیه و نقاط ضعف آن برطرف شود.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، متخصصان درمان اختلالات علائم جسمانی شکل، برای ارزیابی و درمان روانشناختی اختلالات علائم جسمانی شکل، از این پرسشنامه در مراکز درمانی استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، بر روی نمونه بالینی (افراد دارای اختلال علائم جسمانی شکل) انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی سلامت در دانشگاه تهران با کد اخلاق به شماره IR. UT. PSYEDU. REC. 1402.014 است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام گرفته است. **نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول پژوهشگر اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم، استاد راهنمای رساله و نویسندگان سوم و چهارم اساتید مشاور می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

که همگی نشان‌دهنده برازش نسبی و تأیید مدل اندازه‌گیری عامل علی است. مقادیر ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در متغیر مکنون والدگری دیکتاتورمآبانه برابر با ۰/۹۲۲، در متغیر مکنون تعامل مخرب والدین با هم برابر ۰/۹۲۹، در متغیر مکنون احساسات کودک برابر با ۰/۸۴۲، در متغیر مکنون افکار کودک برابر ۰/۸۴۶ محاسبه شد که پایایی مطلوب برای متغیرهای استخراج شده قلمداد می‌شود. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که سؤالات پرسشنامه، برگرفته از یافته‌های یک پژوهش کیفی (داده بنیاد) و معطوف به دوران کودکی بود و با توجه به تأثیر زمان در حافظه و سوگیری اطلاعات، این می‌تواند اعتبار پاسخ‌ها را تحت تأثیر قرار داده باشد. همچنین ممکن است برخی از افراد از دادن پاسخ‌های واقعی به سؤالات، خودداری کرده باشند. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که با توجه به این که این پژوهش، مقطعی بود، بسیاری از عوامل، مانند ویژگی‌های روانشناختی والدین، نادیده گرفته شدند. در ضمن، نمونه آماری موردنظر با روش هدفمند، انتخاب شدند و این می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی، پرسشنامه برای ارزیابی عوامل مؤثر در اختلالات علائم جسمانی شکل، طی یک تحقیق طولی و با در نظر گرفتن سایر عوامل انجام شود. از دیگر محدودیت‌های مهم پژوهش این بود که افراد بزرگسال شهر تهران، نمی‌توانند معرف جامعه ایرانی باشند. لذا رعایت احتیاط در بافت‌های قومی کشور پیشنهاد می‌شود. کامل نبودن ادبیات نظری و پژوهشی نیز می‌تواند باعث دشواری در طراحی و تنوع بخشی گویه‌ها شده باشد. از سوی دیگر، فقدان پرسشنامه مشابه در خارج و داخل

منابع

خدادادی سنگده، جواد؛ نظری، علی محمد؛ احمدی، خدابخش و حسنی، جعفر (۱۳۹۴). تجارب والدین موفق در مورد زمینه‌های خانواده سالم؛ یک پژوهش کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۴(۲)، ۱۷۸-۱۹۰. https://jqr1.kmu.ac.ir/article_90817.html

شریفی، گشاو؛ رضاییان فرجی، حمید و غلامعلی لوسانی، مسعود (۱۴۰۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه طرحواره هیجانی - فرم کوتاه در دانشجویان ایرانی *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۲)، ۲۴۹-۲۶۴.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.122.249>

عطار خامنه‌ای، فاطمه؛ کدیور، پروین؛ امامی‌پور، سوزان و سپاه منصور، مژگان (۱۴۰۱). نقش میانجی‌گر نظم‌جویی شناختی هیجان در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و شایستگی تحصیلی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۲۰)، ۲۴۴۸-۲۴۳۳.

<https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2433>

فرامرزی‌راد، بهروز؛ رباط‌میلی، سمیه؛ ابوالمعالی‌الحسینی، خدیجه و زارع بهرام‌آبادی، مهدی (۱۴۰۲). الگوی ساختاری پیش‌بینی ناگویی هیجانی براساس طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه با میانجی‌گری خودافشایی هیجانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۳)، ۵۳۹-۵۵۶.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.123.539>

References

Attarkhamanehei F, kadivar P, emamipur S, sebah mansur M. (2022). The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between perceived social support and academic competence. *Journal of Psychological Science*. 21(120), 2433-2448. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2433>

Ahmadi, E., & Khazen, F. (2021). The structural relationship between alexithymia and somatization in the students of Islamic Azad University, Marand Branch. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 8(1), 1831-1840. <https://ejmcm.com/uploads/paper/ccba19cfbfbfe4447a84df488513915c.pdf>

American Psychiatric Association (APA) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. 5th Edition, American Psychiatric Publishing, Washington DC. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Bachem, R., Levin, Y., Zerach, G., Cloitre, M., & Solomon, Z. (2021). The interpersonal implications

of PTSD and complex PTSD: The role of disturbances in self-organization. *Journal of Affective Disorders*, 290, 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.075>

Byrne, A., O'Connor, J., Wilson O'Raghallaigh, J., & MacHale, S. (2019). Something torn or burst or unbearable: a psychoanalytically-informed exploration of the experience of somatic symptoms. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 33(1), 5-19. <https://doi.org/10.1080/02668734.2019.1582085>

Bottiroli, S., Galli, F., Viana, M., Sances, G., & Tassorelli, C. (2018). Traumatic experiences, stressful events, and alexithymia in chronic migraine with medication overuse. *Frontiers in Psychology*, 9, 704. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00704>

Colich, N. L., Rosen, M. L., Williams, E. S., & McLaughlin, K. A. (2020). Biological aging in childhood and adolescence following experiences of threat and deprivation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological bulletin*, 146(9), 721. <https://doi.org/10.1037/bul0000270>

Denk, F., McMahon, S. B., & Tracey, I. (2014). Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nature neuroscience*, 17(2), 192-200. <https://doi.org/10.1038/nn.3628>

DeCross, S. N., Sambrook, K. A., Sheridan, M. A., Tottenham, N., & McLaughlin, K. A. (2022). Dynamic alterations in neural networks supporting aversive learning in children exposed to trauma: Neural mechanisms underlying psychopathology. *Biological Psychiatry*, 91(7), 667-675. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.09.013>

Eikelboom, E. M., Tak, L. M., Roest, A. M., & Rosmalen, J. G. M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 88, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.07.001>

Faramarzi rad B, Robotmili S, Abolmali K, zarehbaramabadi M. (2023). A structural model for predicting alexithymia based on early maladaptive schemas with the mediation of emotional self-disclosure. *Journal of Psychological Science*, 22(123), 539-556. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.22.123.539>

Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2019). The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. *Frontiers in psychiatry*, 10, 643. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00643>

- Fillol, C. F., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Maestre, C. R., Zarazaga, R. E., & Martínez, A. E. L. (2018). Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review. *Salud mental*, 41(2), 81-90. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.013>
- Fergus, T. A., Limbers, C. A., Griggs, J. O., & Kelley, L. P. (2018). Somatic symptom severity among primary care patients who are obese: examining the unique contributions of anxiety sensitivity, discomfort intolerance, and health anxiety. *Journal of Behavioral Medicine*, 41, 43-51. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9873-8>
- Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H., & Creed, F. (2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(1), 12-31. <https://doi.org/10.1159/000484413>
- Joustra, M. L., Janssens, K. A., Bültmann, U., & Rosmalen, J. G. (2015). Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases. Results from the general population cohort LifeLines. *Journal of psychosomatic research*, 79(2), 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.05.004>
- Karaca Dinç, P., Oktay, S., & Durak Batıgün, A. (2021). Mediation role of alexithymia, sensory processing sensitivity and emotional-mental processes between childhood trauma and adult psychopathology: a self-report study. *BMC psychiatry*, 21, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03532-4>
- Kroska, E. B., Miller, M. L., Roche, A. I., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of affective disorders*, 225, 326-336. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.039>
- Khodadi Sangdeh, J., Nazari, A. M., & Ahmadi, Khodabakhsh. (2015). Successful parent's experiences of healthy family contexts: a qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 13 (2), 178-190. [Persian] https://jqrl.kmu.ac.ir/article_90817.html
- Le, T. L., Geist, R., Bearss, E., & Maunder, R. G. (2021). Childhood adversity and attachment anxiety predict adult symptom severity and health anxiety. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105216. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105216>
- Lambert, H. K., Peverill, M., Sambrook, K. A., Rosen, M. L., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Altered development of hippocampus-dependent associative learning following early-life adversity. *Developmental cognitive neuroscience*, 38, 100666. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2019.100666>
- Mi jiti, A., & Huojia, M. (2020). Psychosomatic problems. *British Dental Journal*, 228(10), 738-738. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1688-2>
- Magenat, L. (2016). Psychosomatic breast and alexithymic breast: A Bionian psychosomatic perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 97(1), 41-63. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12450>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Gold, A. L., Duys, A., Lambert, H. K., Peverill, M., ... & Pine, D. S. (2016). Maltreatment exposure, brain structure, and fear conditioning in children and adolescents. *Neuropsychopharmacology*, 41(8), 1956-1964. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.365>
- Orrù, G., Gemignani, A., Ciacchini, R., Bazzichi, L., & Conversano, C. (2020). Machine learning increases diagnosticity in psychometric evaluation of alexithymia in fibromyalgia. *Frontiers in medicine*, 6, 319. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00319>
- Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H., & Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105226. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The lancet*, 370(9590), 859-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Sharifi G, Rezaeian Faraji H, Gholamali Lavasani M. (2023). Psychometric characteristics of the Persian version of the emotional schema scale - short form in Iranian students. *Journal of Psychological Science*, 22(122), 249-264. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.22.122.249>
- Thavamani, A., Umapathi, K. K., Khatana, J., & Gulati, R. (2019). Burden of psychiatric disorders among pediatric and young adults with inflammatory bowel disease: a population-based analysis. *Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition*, 22(6), 527-535. <https://doi.org/10.5223/pghn.2019.22.6.527>
- Vesterling, C., Schütz-Wilke, J., Bäker, N., Bolz, T., Eilts, J., Koglin, U., ... & Goagoses, N. (2023). Epidemiology of Somatoform Symptoms and Disorders in Childhood and Adolescence: A

- Systematic Review and Meta-Analysis. *Health & Social Care in the Community*, 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/6242678>
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Von Polier, G. G., & Simons, M. (2020). Somatoforme Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes-und Jugendalters*, 1-17. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_112-1
- Winding, T. N., & Andersen, J. H. (2019). Do negative childhood conditions increase the risk of somatic symptoms in adolescence? –a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7198-y>
- Yesil, H., Ozdogan, B., Unubol, H., & Sayar G, H. (2021). Examining the relationship between attachment, somatization, and expressing emotions. *Journal Neurobehav Science*, 8(2): 119–24. https://doi.org/10.4103/jnbs.jnbs_19_21
- Zdankiewicz-Ścigała, E., Odachowska, E., & Tworek, B. (2018). Early childhood trauma, alexithymia, dissociation and the power of the body self. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(3), 255-270. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2018.0032>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی