

سنجش درد ذهنی: ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه چندبعدی درد
ذهنی (OMMP)

جهانگیر کرمی^۱، *محمدجواد بگیان کوله‌مرز، خدامراد مؤمنی^۲، عادل‌الهی^۴
۱. دانشیار روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه.
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه.
۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه.
۴. استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
(تاریخ وصول: ۹۶/۰۶/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۲۶)

Measurement of Mental Pain: Psychometric Properties and
Confirmatory Factor Analysis of Multidimensional Mental Pain
Questionnaire

Jahangir Karami¹, *Mohammad Javed Bagiyani Koulemarz², Khodamorad Momeni³, Adele Elahi⁴

1. Associate Professor in Psychology, University of Razi Kermanshah.
 2. Ph.D. Student in General Psychology, University of Razi Kermanshah.
 3. Associate Professor in Psychology, University of Razi Kermanshah.
 4. Assistant Professor of Psychiatry, Kermanshah University of Medical Sciences.
- (Received: Sept. 20, 2017 - Accepted: Jun. 16, 2018)

Abstract

Objective: mental pain is a psychological experience, including negative self-evaluation; therefore, it should be measured by self-report tools. The aim of the present study was to determine factor structure and psychometric properties of Mental Pain Scale. **Method:** this was correlational study and its statistic population consisted all students of the University of Razi Kermanshah. The sample included 300 of these students selected via multi-stage random cluster sampling method. The data was analyzed through exploratory and confirmatory factor analysis by SPSS-22 and AMOS-21 software. **Result:** the results showed a significant positive correlation among components of mental pain, anxiety, depression, and negative cognitive emotional regulation strategies ($P \leq 0.001$). Also, a significant positive correlation was found among components of mental pain and self-compassion ($P \leq 0.001$). The results of the exploratory factor analysis identified 6 factors, which in total, explained 66.40% of the variance in mental pain. 44 items in 6 factors were validated by confirmatory factor analysis. Cronbach's alpha was 0.966 for the whole MPS, 0.925 for emptiness, 0.893 for emotional flooding, 0.877 for loss of control, 0.872 for irreversibility, 0.869 for self-estrangement, and 0.617 for freezing. **Conclusion:** Persian version of Mental Pain Scale has acceptable psychometric properties among academic students and can be used as a valid tool in psychological research.

Keywords: Mental Pain Scale, factor analysis, psychometric properties, students.

چکیده

مقدمه: درد روانشناختی یک تجربه ذهنی است که ارزیابی منفی از خود را در بر دارد و از این رو، برای سنجش آن باید از ابزارهای خودگزارشی استفاده کرد. هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه درد ذهنی بود. روش: پژوهش در قالب یک طرح پژوهش همبستگی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و AMOS-21 استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های درد ذهنی و اضطراب و افسردگی و راهبردهای منفی تنظیم‌جویی شناختی هیجانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.001$). همچنین بین مؤلفه‌های درد ذهنی و شفقت به خود رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.001$). نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی ۶ عامل را شناسایی کرد که در مجموع این شش عامل ۶۶/۴۰ درصد از واریانس درد ذهنی را تبیین می‌کنند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی ۴۴ گویه را در شش عامل تأیید کردند. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه درد ذهنی ۰/۹۶۶ و برای عامل پوچی و بی‌ارزشی ۰/۹۵۲، عامل سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰/۸۹۳، عامل فقدان کنترل ۰/۸۷۷، عامل تغییرناپذیری ۰/۸۷۲، عامل فاصله‌گیری اجتماعی/ از خود بیگانگی ۰/۸۶۹ و عامل ترس از تنهایی ۰/۶۱۷ بدست آمد. نتیجه‌گیری: نسخه فارسی پرسشنامه درد ذهنی در دانشجویان، از خصوصیات روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است و می‌توان از آن به عنوان ابزاری معتبر در پژوهش‌های روان‌شناختی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: پرسشنامه درد ذهنی، ساختار عاملی، ویژگی‌های روان‌سنجی، دانشجویان.

* نویسنده مسئول: محمدجواد بگیان کوله‌مرز

Email: Javabagiyani@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده مسئول می باشد.

*Corresponding Author: Mohammad Javed Bagiyani Koulemarz

مقدمه

خود نقش دارند خیلی پایین‌تر از استانداردهای فرد در مورد خود ایده‌آل و آرزوهایش قرار می‌گیرد آن شخص درد ذهنی را تجربه می‌کند؛ بنابراین هیجان پایه و اساسی در درد ذهنی ناامیدی از خود است. فرانکل^{۱۵} (۱۹۶۳، ۱۹۶۱) اعتقاد داشت که درد ذهنی و رنج شکلی از پوچی به دلیل فقدان معنا در زندگی هستند و اینکه این سازه می‌تواند تنها از طریق اتخاذ ارزش‌های که به زندگی معنا می‌دهد تعدیل گردد. هرمان^{۱۶} (۱۹۹۲) پیشنهاد می‌کند که درد ذهنی ظهور یک حس منفی نسبت به خود است که از تروما و فقدان‌ها ایجاد می‌شود (مرویک، فورد و وایس^{۱۷}، ۲۰۱۵). جانف-بالمن^{۱۸} (۱۹۹۲) در یک تعریف بیان می‌کند که درد ذهنی توسط آسیب و فقدان برانگیخته می‌شود و در ماهیت ادراک خود یک تغییر منفی ایجاد می‌شود. بالگر^{۱۹} (۱۹۹۹) درد ذهنی را شکلی از رنج روانی توصیف می‌کند و آن را به عنوان یک «احساس شکستن»^{۲۰} شامل تجربه احساس جریحه دار شدن، از دست دادن کنترل، از خودبیگانگی قطع ارتباط و آگاهی مهم از اسنادهای منفی‌تر در مورد خود در نظر می‌گیرد (فرتوک، کارن و استنلی^{۲۱}، ۲۰۱۶). انگل^{۲۲} (۱۹۶۹) درد ذهنی را به عنوان یک تجربه روانشناختی که شامل مفاهیم آسیب و رنج است اما مشروط به آسیب جسمی واقعی نیست، تعریف کرده است. در نظریه او آسیب و نیز نیاز به رنج ممکن است درست مانند یک آسیب یا جراحی واقعی منجر به درد شود. به همین ترتیب نیاز به رنج نکشیدن یا نپذیرفتن این حقیقت که آسیب ممکن است یک آسیب «دردناک» را

عباراتی مانند درد ذهنی^۱، درد روحی^۲، درد روانشناختی^۳، پوچی^۴، درد روانی^۵، آشفتگی و اختلال درونی^۶ و کیفیت روانشناختی زندگی^۷ در ادبیات برای اشاره به سازه مشترکی مورد استفاده قرار گرفته‌اند (توسانی^۸، ۲۰۱۳). در حقیقت، بازبینی ادبیات در مورد درد ذهنی در ده سال گذشته در مجلات روانشناختی پیشرو، ارجاعات بسیار اندکی در مورد این مفهوم و عملیاتی‌سازی آن پیدا کردیم. چندین تلاش را می‌توان در ادبیات پیدا نمود که درد ذهنی را تعریف کرده‌اند. فروید^۹ (۱۹۱۷، ۱۹۲۶، ۱۹۵۵) این مفهوم را به‌طور خاص به احساسات سوگ و اشتیاق فراوان به شخصی که عاشق آن هستیم را پس از یک فقدان آسیب‌زا نسبت داد (مرویک و وایس^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ توسانی^{۱۱}، ۲۰۱۳). باکان^{۱۲} (۱۹۶۸) مشاهده نمود افراد زمانی احساس درد روانشناختی دارند که از افراد مهم زندگی‌شان جدا شده باشند. سندلر^{۱۳} (۱۹۶۲، ۱۹۶۷) درد ذهنی را به عنوان حالت عاطفی مرتبط با تفاوت بین ادراک خود ایده‌آل با ادراک خود واقعی تعریف کرده است. بامیستر^{۱۴} (۱۹۹۰) در نظریه خود در مورد خودکشی به طور غیرمستقیم به درد ذهنی اشاره کرده است. وی درد ذهنی را به عنوان یک حالت ناخوشایند از خودآگاهی زیاد در مورد بی‌کفایتی در نظر گرفته است. هنگامی که پیامدهای منفی و پیامدهای که در

1. mental pain
2. psychic pain
3. psychological pain
4. emptiness
5. psychache
6. internal perturbation
7. psychological quality of life
8. Tossani
9. Freud
10. Meerwijk & Weiss
11. Tossani
12. Bakan
13. Sandler
14. Baumeister

15. Frankl
16. Herman
17. Meerwijk, Ford & Weiss
18. Janoff-Bulman
19. Bolger
20. feeling broken
21. Fertuck, Kara, & Stanley
22. Engel

منفی می‌تواند تبدیل به تعمیم تجربه درد ذهنی غیرقابل تحمل گردد (حالتی از اختلال هیجانی). اورباخ، میکولینسر، سیروتا، گیلوا- شچمن^۸ (۲۰۰۳) درد ذهنی را به عنوان دامنه وسیعی از تجربه‌های ذهنی توصیف کرده‌اند که به عنوان ادراک تغییرات منفی در خود و عملکرد آن مشخص می‌شود که با احساسات منفی شدیدی همراه است. با توجه به مدل آنها، درد ذهنی یک تجربه ذهنی است که مجزا از دیگر حالات منفی و احساساتی مانند افسردگی و اضطراب است. اولین ابزار خودگزارش دهی برای سنجش درد ذهنی توسط اشنایدمن (۱۹۹۹) ساخته شد. پیگیری اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) منجر به ساخت مقیاس درد ذهنی OMMP^۹ شد. همچنین یکی از اولین مقیاس‌هایی که برای ارزیابی درد روانشناختی ابداع شد، مقیاس سنجش درد روانشناختی نیدمن^{۱۰} (۱۹۹۹؛ ناهلی، سامرفلد، اورباخ، ولر، آپتر و زالسمن^{۱۱}، ۲۰۱۴) و مقیاس درد روانی^{۱۱} (PS؛ هولدن، مت، گانینگهام و مک لود^{۱۲}، ۲۰۰۱). سپس پرسشنامه درد روانی اورباخ و میکولینسر^{۱۳} (OMMP؛ اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳) و اخیراً مقیاس سنجش درد روانشناختی می-بانی^{۱۴} و مقیاس سه بعدی درد روانشناختی^{۱۵} (لی، ژبو، لو، فو، شی، ینگ، وانگ، ین و وانگ^{۱۶}، ۲۰۱۴) طراحی شدند. از میان این چند مقیاس، PS و OMMP ظاهراً بیش از همه در سنجش درد روانشناختی به کار برده شده‌اند. اگرچه درد روانشناختی منحصر به مبتلایان به افسردگی نیست، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این

بدون درد کند (توسانی، ۲۰۱۳). مطابق نظر کاسل^۱ (۱۹۸۲) درد ذهنی را می‌توان به‌عنوان حالتی از پریشانی شدید مرتبط با رخدادهایی که کامل بودن و سالم بودن شخص را تهدید می‌کند تعریف کرد و زمانی اتفاق می‌افتد که در آن نابودی قریب‌الوقوع شخص ادراک می‌شود. «رنج توسط اشخاص تجربه می‌شود نه اینکه صرفاً توسط بدن درک شود و منبع آن در چالش‌هایی است که سالم بودن شخص را به عنوان یک وجود روانشناختی و اجتماعی پیچیده تهدید می‌کند» (کاسل، ۱۹۹۹). رنج فرد دیده را از خود و جامعه منحرف و بیگانه کرده (گیلیز، نی‌میر و لوس^۲، ۲۰۰۶)، ممکن است «بحران معنا» (بارت^۳، ۱۹۹۹) و از بین رفتن امید را ایجاد نماید (کرسلی^۴، ۲۰۱۰). بیشترین کمک در روشن‌سازی مفهوم درد ذهنی توسط اشنایدمن^۵ (۱۹۹۹) در درون بافت نظریه خودکشی^۶ صورت گرفته است. اشنایدمن (۱۹۹۹) اولین بار اصطلاح درد روانشناختی^۷ را برای توصیف درد ذهنی غیر قابل تحمل به کار برد. وی اعتقاد داشت که درد ذهنی توسط ناکامی یا بی نتیجه ماندن نیازهای اساسی فرد (برای مثال، مورد عشق واقع شدن، کنترل داشتن، حمایت از خودانگاره خویش، اجتناب از شرم و خجالت، احساس امنیت داشتن یا درک شدن) ایجاد می‌شود که در آن شخص بدون رضایت بوده و صرفاً نمی‌تواند دیگر زنده بماند. ناکامی در ارضای این نیازها منجر به ترکیبی از احساسات منفی مانند احساس گناه، شرم و خجالت، شکست، تحقیر، بی‌حرمتی غم و غصه، ناامیدی و خشم می‌گردد. به هر حال اشنایدمن (۱۹۹۹) تأکید می‌کند که انواع هیجانات

8. Orbach, Mikulincer, Gilboa-Schechtman & Sirota
9. Shneidman's Psychological Pain Assessment Scale
10. Nahaliel, Sommerfeld, Orbach, Weller, Apter & ZalsmanG
11. Psychache Scale
12. Holden, Mehta, Cunningham & McLeod
13. Orbach & Mikulincer Mental Pain Questionnaire
14. Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale
15. Three-Dimensional Psychological Pain Scale
16. Li, Xie, Luo, Fu, Shi, Ying, Wang, Yin & Wang

1. Cassell
2. Gillies, Neimeyer & Loss
3. Barrett
4. Kearsley
5. Shneidman
6. context of a theory of suicide
7. psychache

افراد از سطوح بالای درد روانشناختی شکایت دارند و میزان امیدواری با میزان درد روانشناختی به صورت متقابل تغییر می‌کند (ون‌هرینگن، وان‌آبلی، سونن و آدانارت^۱، ۲۰۱۰؛ می، بونی و بونی، هتریگ، پونگین و ریست^۲، ۲۰۱۱؛ لی و همکاران، ۲۰۱۴؛ زی، لی، لو، فو، ینگ، وانگ، یان، زو، چوی، وانگ و شی^۳، ۲۰۱۴؛ سدا، دورانت، گورتیز، پرنديس - آلورز، موسکوویچی و هروی^۴، ۲۰۱۴؛ ترویستر، داگاتا و هولدن^۵، ۲۰۱۵). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که درد روانشناختی که با استفاده از OMPP (و نه PS) در بزرگسالان دارای تاریخچه افسردگی سنجیده شده بود با نمرات عینی پارامترهای نوروفیزیولوژیکی، به خصوص تغییر ضربان قلب با فرکانس پایین^۶ (HRV) و قدرت دلتای EEG قدامی راست همبستگی دارد (میرویک، چلسا^۷ و ویس، ۲۰۱۴؛ میرویک، فورد^۸ و ویس، ۲۰۱۵). مطالعات اخیر حاکی از آن است که نرخ افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد مبتلا به درد ذهنی^۹ در مقایسه با جمعیت عمومی دو الی سه برابر بیشتر می‌باشد (ون‌هرینگن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از عوامل مطالعه شده در خصوص ارتباط درد ذهنی با افکار و رفتار خودکشی استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای با درد است که یک پیش‌بینی کننده قابل اطمینان در پیش‌بینی رابطه بین این دو متغیر است (نیتو، ریچل، جنسن و میرو^{۱۱}، ۲۰۱۲؛ عقیلی و

افضل، ۱۳۹۵). اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای با هدف درد ذهنی و ارتباط آن با رفتاری خودکشی‌گرا و معنای زندگی نشان دادند که بین درد ذهنی و معنای زندگی رابطه منفی وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که بین درد ذهنی با رفتارهای خودکشی‌گرا رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. عربی و باقری (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای با هدف نقش میانجی‌گری راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن نشان دادند راهبرد ارزیابی مجدد هیجان به طور معناداری با شدت درد رابطه منفی و با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد و راهبرد سرکوب هیجان به طور معناداری با شدت درد رابطه مثبت و با کیفیت زندگی رابطه منفی دارد؛ شدت درد و کیفیت زندگی نیز با هم رابطه منفی معنادار داشتند؛ به‌علاوه، نتایج نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان در ارتباط بین شدت درد و کیفیت زندگی نقش میانجی ایفا می‌کنند. فیرتوک، کاران و استنلی^{۱۲} (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به مقایسه درد ذهنی در اختلال شخصیت مرزی، افسردگی و افراد عادی پرداختند. نتایج نشان داد که هیچ تفاوتی بین بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اختلال شخصیت مرزی وجود نداشت؛ اما نتایج نشان داد که زخم‌های خودشیفتگی^{۱۳} قوی‌ترین پیش‌بینی کننده نشانه‌ها و عائم اختلال شخصیت مرزی بودند. میرویک و ایس (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که بین کارکردهای اجرایی، افسردگی، ناامیدی و درد ذهنی با انگیزه به خودکشی رابطه مثبت وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که بین افسردگی، ناامیدی و خودکشی با درد ذهنی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. نتایج رگرسیون چندمتغیری نشان داد که درد ذهنی، افسردگی و

12. Fertuck, Kara & Stanley
13. Narcissist wounds

1. van Heeringen, Van den Abbeele, Vervaeke, Soenen & Audenaert
2. Mee, Bunney, Bunney, Hetrick, Potkin & Reist
3. Xie, Li, Luo, Fu, Ying, Wang, Yin, Zou, Cui, Wang & Shi
4. Cáceda, Durand, Cortes, Prendes-Alvarez, Moskovciak & Harvey
5. Troister, D'Agata & Holden
6. low-frequency heart rate variability
7. Chesla
8. Ford
9. Mental Pain
10. Van Heeringen
11. Nieto, Raichle, Jensen & Miró

و سواس های فکری - عملی و خودکشی) و افراد مبتلا به سایر اختلالات روانی اندازه بگیرد، وجود دارد. هر چند که در ایران ابزارهای کمی در خصوص سنجش درد ذهنی هنجاریابی شده است، لذا ابزاری که در حال حاضر در این زمینه، توانایی سنجش ۶ مؤلفه درد ذهنی را دارد و در پژوهش های گوناگون در خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است، پرسشنامه درد ذهنی اورباخ، میکولینسر، سیروتا و گیلوا - سچمن^۴ است. این پرسشنامه به وسیله اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) تدوین شده است. این مقیاس دارای ۴۴ سؤال می باشد که در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت از (۱ = کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = تا حدی موافقم، ۴ = موافقم، ۵ = کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. سازندگان مقیاس بعد از تعریف مفهومی و عملیاتی درد ذهنی و تنظیم سؤالات مقیاس آن را بر روی گروه ۱۲۰ نفری از بیماران روانی و افراد سالم اجرا کردند. در بیماران روانی سؤالات درد ذهنی با مصاحبه بالینی ساختار یافته تلفیق شد. پس از تفاوت میان افراد سالم و بیماران بستری در ادامه پرسشنامه درد ذهنی بر روی ۴۰۲ نفر اجرا شد پس از تجزیه و تحلیل داده ها و محاسبه پایایی و شناسایی عامل ها به روش تحلیل عوامل اکتشافی از بین سؤالات موجود در پرسشنامه ۴۰ سؤالی که بار عاملی کمتر از ۰/۴۰ داشتند حذف شدند. در ادامه ۸۱ سؤال بر روی چند عامل با ضریب آلفای کرونباخ (a = ۰/۷۹ تا a = ۰/۹۷). پس از استخراج عامل ها برای بررسی روایی محتوای پرسشنامه درد ذهنی در اختیار ۴ نفر از روانشناسان، روانپزشکان و متخصصین روان سنجی قرار گرفت. بعد از محاسبه ضریب روایی محتوای پرسشنامه در یک اجرای مجدد بر روی ۲۵۸ نفر از افرادی که داوطلب

نامیدی ۴۶ درصد از واریانس انگیزه برای خودکشی را پیش بینی می کنند. نتایج مطالعات اولیت، گویلوم، جوزنت، کورت و جولانت^۱ (۲۰۱۰) وان هرینگت و همکاران (۲۰۱۰) نشان می دهد که بین افسردگی، درد ذهنی و ایده پردازی خودکشی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. نتایج مطالعات پمپیلی، لستر، لنارس، تاتریل و گیراردی^۲ (۲۰۰۸) دلیس و هولدن^۳ (۲۰۰۹) نشان می دهد که درد ذهنی قوی ترین پیش بینی کننده اقدام به خودکشی بعد از کنترل افسردگی و نامیدی است. همچنین تروایستر و همکاران (۲۰۱۵) گزارش کردند که درد ذهنی قوی ترین پیش بینی کننده اقدام به خودکشی به عنوان یک عامل میانجی بین افسردگی و نامیدی با ایده پردازی خودکشی است. در مجموع نتایج تحقیقات نشان می دهد که درد ذهنی رابطه مثبت و معنی داری با افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی، خودکشی داشته (مرویک و وایس، ۲۰۱۶؛ فیرتوک و همکاران، ۲۰۱۵) و رابطه منفی با مهارت های مقابله ای مثبت، سلامت روان و بهزیستی روانشناختی اجتماعی و هیجانی (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳)

با توجه به رابطه بین درد ذهنی با اختلالات روانی گوناگون به ویژه اختلالات هیجانی و تأثیر این اختلالات روانی در کاهش کیفیت زندگی افراد مبتلا (تروایستر و همکاران، ۲۰۱۵)، نیاز به ابزاری که بتواند مقدار درد ذهنی (روانشناختی) را در نوجوانان، جوانان و بزرگسالان به ویژه افراد در معرض خطر (سوء استفاده فیزیکی، جنسی، هیجانی، غفلت، اختلالات مرتبط با تروما، اختلالات مرتبط با مواد، اختلالات کنترل تکانه، اختلالات خلقی، اختلالات شخصیت،

1. Olié, Guillaume, Jaussent, Courtet & Jollant
2. Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli & Girardi
3. DeLisle & Holden

4. Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP)

داده‌های پژوهشگران، در ایران تا کنون ابزاری برای سنجش درد ذهنی (روانشناختی) تدوین نشده است؛ بنابراین هدف این پژوهش تعیین ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه درد ذهنی است.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی-کاربردی و از حیث نوع گردآوری اطلاعات پیمایشی پرسشنامه‌ای و از نظر روش‌شناسی، از جمله مطالعات آزمون‌سازی به حساب می‌آید که در قالب یک طرح پژوهشی همبستگی انجام گرفته است. در این پژوهش از روش همبستگی، رگرسیون، مطالعه نیکویی برآزش و تحلیل عاملی (اکتشافی و تأییدی) جهت مطالعه میزان رابطه و همخوانی بین متغیرها استفاده شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی) دانشگاه رازی کرمانشاه تشکیل می‌دادند که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش در مطالعه (تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی) ۳۰۰ نفر (۱۵۰ پسر ۱۵۰ دختر) از دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که از میان کلیه دانشکده‌های موجود در دانشگاه رازی، سه دانشکده به صورت تصادفی انتخاب شدند. با مراجعه به هر یک از این دانشکده‌ها از ۱۰ نفر دانشجویانی که در یک کلاس درسی حاضر بودند خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. هیچ‌گونه معیاری برای انتخاب افراد موجود در کلاس‌ها وجود نداشت و پرسشنامه‌ها به شکل تصادفی در اختیار دانشجویان قرار داده شد. در مورد حجم نمونه، بریانت و بارنولد (۱۹۹۵) با توجه به تعداد گویه‌های مقیاسی که قرار است ساختار عاملی

شرکت در پژوهش بودند اجرا شد. با توجه به نمره هر آیتم از بین ۸۱ سؤال ۴۴ سؤال در پرسشنامه نهایی شد و ۳۷ سؤال از پرسشنامه کنار گذاشته شد.

در مطالعه دوم برای به دست آوردن ضریب پایایی پرسشنامه ۲۵۵ دانشجوی (۱۹۴ زن و ۶۱ مرد) با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۷ سال با میانگین سنی ۲۳ را انتخاب کردند. سپس سؤالات پرسشنامه درد ذهنی در اختیار آنها قرار داده شد بعد از جمع‌آوری داده‌ها ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های درد ذهنی در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ گزارش شد. سپس با استفاده از روش تحلیل عوامل اکتشافی^۱ ۹ عامل را از بین ۴۴ سؤال شناسایی کردند که مجموع این ۹ عامل ۶۴/۳ درصد از واریانس درد ذهنی را پیش‌بین می‌کردند. سپس در همین مرحله روایی همگرایی ۹ عامل پرسشنامه درد ذهنی را با پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک و همکاران (۱۹۸۷) محاسبه کردن که رابطه بین ۸ عامل درد ذهنی با افسردگی و اضطراب مثبت و معنی‌دار بود فقط بین فاصله‌گیری اجتماعی و افسردگی و اضطراب رابطه به دست نیامد. در مطالعه سوم ۹ عامل پرسشنامه درد ذهنی را با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسأله‌مدار در ۶۶ دانشجوی زن و ۳۴ دانشجوی مرد با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۸ و میانگین سنی ۲۳ محاسبه کردند که نتایج ضریب همبستگی کانونی^۲ نشان داد که بین ۹ عامل پرسشنامه درد ذهنی با راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین ۹ عامل پرسشنامه درد ذهنی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین دو عامل خودشیفتگی و فاصله‌گیری اجتماعی با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه‌ای بدست نیامد. بر اساس

1. Exploratory Factor Analysis (EFA)
2. canonical correlation

توجه به جامعه عبارت بودند از: ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی افسردگی طبق پرسشنامه افسردگی بک و بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس پنجمین راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (زیمرمن^۱، ۲۰۱۳؛ ترجمه توکلی، ۱۳۹۴)، برای بیماران افسرده؛ ۲) داشتن سابقه اقدام به خودکشی بر اساس پرونده موجود در بیمارستان (۲) حداقل تحصیلات دیپلم؛ ۳) دامنه سنی بین ۱۸-۴۰ سال؛ ۵) اکتساب نمرات ۱/۵ انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون افسردگی بک که همه افراد مورد مطالعه دچار افسردگی در حد بالاتر از خفیف یعنی متوسط و بالاتر باشند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱) بیماران مطلقه که به علت سرپرست خانواده و ایفای نقش هر دو والدین مستعد افسردگی بودند (۳) بیمارانی که بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه و استثنایی داشتند که طبق پژوهش زمانی و حییبی (۱) فشار زیاد و مستعد افسردگی هستند از شرکت در این پژوهش کنار گذاشته شدند.

مقیاس افسردگی بک^۲ (BDI-II): این مقیاس به عنوان یک ابزار خود گزارش‌دهی برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به شکل گسترده‌ای به کار گرفته می‌شود. گویه‌های این ابزار از مشاهده نشانه‌های بیماران افسرده به دست آمده است. این عبارت‌ها هر یک بر حسب شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود (بک و استیر، ۱۹۹۳). BDI-II نسخه جدید و تجدید نظر شده BDI-I است که پس از کار روی نسخه اولیه و تلاش در جهت رفع معایب BDI که ۶ بعد از ۹ بعد افسردگی را پوشش می‌داد و دو بعد اشتها و خواب را

آن بررسی شود، به ازای هر گویه حداقل ۵ نفر را به عنوان حجم نمونه لازم در پژوهش پیشنهاد می‌کنند. همچنین هومن و عسگری (۱۳۸۴) حداقل حجم نمونه را ۲۵۰ نفر و تعداد ۵۰۰ نفر را برای تحلیل مطلوب می‌دانند. بر این اساس در پژوهش حاضر ۳۰۰ نفر شرکت داده شدند. نمونه پژوهش در مطالعه دوم (تحلیل عوامل تأییدی) نیز ۲۵۰ نفر (۱۲۵ پسر و ۱۲۵ دختر) از دانشجویان دانشگاه رازی بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. از مجموع کل نمونه ۲۵۰ نفری برای تحلیل عوامل تأییدی، تعداد ۲۵۰ پرسشنامه جمع‌آوری شد که پس از حذف ۴ مورد دارای سؤالات بدون پاسخ، تعداد ۲۴۶ پرسشنامه جهت تحلیل مورد بررسی قرار گرفتند. برای انجام روایی افتراقی در گروه‌های مورد مطالعه (به مقایسه درد ذهنی در افراد بالینی و غیر بالینی) ۹۰ نفر (۳۰ نفر افسرده، ۳۰ نفر با سابقه خودکشی و ۳۰ نفر از دانشجویان) پرداخته شد. بدین صورت که به صورت در دسترس ۳۰ نفر بیمار افسرده مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی شهر کرمانشاه و ۳۰ نفر افراد اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) بر اساس سن، جنس و ترتیب تولد با دانشجویان یکدیگر هم‌تا شدند. میانگین (و انحراف استاندارد) سن دانشجویان پسر ۲۳/۵۳/۴۶ (و ۲/۹۵) و دانشجویان دختر ۲۲/۷۰ (و ۱/۸۹) بود. میانگین و انحراف استاندارد معدل در دانشجویان پسر ۱۷/۰۷ (و ۱/۷۰) و در دانشجویان دختر ۱۷/۴۷ (و ۱/۳۰) بود. ۶۵ درصد دانشجویان پسر در مقطع کارشناسی ۳۰ درصد دانشجویان در مقطع ارشد و ۵ درصد نیز دکتری بودند. از بین دانشجویان دختر ۷۰ درصد کارشناسی ۲۳ درصد ارشد و ۷ درصد دکتری بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است. ملاک‌های ورود برای گروه‌های بالینی با

1. Zimmerman
2. Beck Depression Inventory

مردان ۰/۸۱۴ و برای کل پرسشنامه افسردگی برای زنان ۰/۹۰۹ و برای زنان ۰/۹۱۰ بدست آمد. پرسشنامه اضطراب بک (BAI): مقیاس اضطراب بک (بک و اپستین، ۱۹۹۳) یک آزمون ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های اضطراب را در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۶۳ می‌سنجد. این مقیاس با هدف سنجش شدت نشانه‌های اضطراب و کاهش همپوشی با نشانه‌های افسردگی ابداع شده و مشخصه‌های روان‌سنجی آن شامل پایایی و روایی مورد تأیید قرار گرفته است (بک و اپستین، ۱۹۹۳). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب بک برای نمره نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار ۰/۹۱ و برای نمره نمونه‌ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (بشارت، ۱۳۸۴) که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ($n=35$) و بیمار ($n=45$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی به ترتیب $r=0/89$ و $r=0/87$ محاسبه شد. در پژوهش مؤمنی شهیدی موتابی و حیدری (۱۳۹۳) روایی همزمان مقیاس اضطراب بک از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت‌روانی^۱ (MHI-34)؛ ویت و وبر، ۱۹۸۳) در مورد آزمودنی‌های بهنجار و بیمار محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس اضطراب با زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی^۲ همبستگی منفی معنادار ($r=-0/85, P\leq 0/001$) و با زیر مقیاس درماندگی روان‌شناختی^۳ همبستگی مثبت معنادار ($P\leq 0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس اضطراب بک را تأیید می‌کنند. در این پژوهش ضریب

به طور ناقص پوشش می‌داد، به دست آمد. استیر و بک (۱۹۹۵) عنوان کردند که از آنجا که افزایش اشتها و خواب ممکن است در افراد بهنجار هم رخ دهد پس احتساب آنها به عنوان نشانه‌های افسردگی ممکن است باعث شود افرادی مبتلا به افسردگی تشخیص داده شوند که واقعاً افسرده نیستند (خطای مثبت)؛ بنابراین، در BDI-II هم افزایش و هم کاهش اشتها تحت عنوان تغییر در الگوی خواب و اشتها مطرح شد. همچنین تغییر تصویر بدنی، از دست دادن وزن و اشتغال ذهنی با بدن نیز که فقط در بیماران مزمن و بیمارانی که مدت طولانی بستری بودند دیده می‌شد به دلیل تأییدی که در حال حاضر بر تشخیص و درمان افسردگی در مراحل اولیه وجود دارد، حذف شد. در BDI-II فقط سه گویه بازنویسی نشدند و عنوان بسیاری از گویه‌ها تغییر یافت (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶). هر یک از آیت‌ها دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد، هر جمله از نظر شدت بین صفر تا ۳ نمره می‌گیرد. بنابراین کمترین نمره‌ای که به دست می‌آید صفر و بیشترین نمره ۶۳ است. در تفسیر نتایج، درجات افسردگی بدین صورت تعیین می‌گردد؛ نمره ۰-۴ انکار احتمالی، نمره ۵-۹ افسردگی خیلی خفیف، نمره ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط، نمره ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و نمره بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید. فتی و همکاران (۱۳۸۴) این مقیاس را روی یک نمونه ۹۴ نفری از جمعیت ایرانی به اجرا در آورده و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی را به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای نشانه‌های شناختی در زنان ۰/۷۹۲ و در مردان ۰/۷۹۴ نشانه‌های عاطفی در زنان ۰/۷۹۳ و در مردان ۰/۷۵۴ نشانه‌های جسمانی در زنان ۰/۷۰۹ و در

1. Mental Health Inventory (MHI)
2. psychological well-being
3. psychological distress

آلفای کرونباخ برای مردان ۰/۷۳۴، برای زنان ۰/۶۴۴، برای کل مقیاس نیز ۰/۷۱۲ بدست آمد. پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان^۳ (CERQ-P): این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کراچی و اسپینوون^۴ (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخدادهای تهدید کننده یا استرس های زندگی به کار می برد ابداع شده است؛ که دارای ۳۶ سؤال بوده و هدف آن سنجش ۹ خرده مقیاس نظم جویی شناختی هیجان ملامت خویش (سؤالات ۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸)، پذیرش (سؤالات ۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹)، نشخوارگری (سؤالات ۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰)، تمرکز مجدد مثبت (سؤالات ۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (سؤالات ۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲)، ارزیابی مجدد مثبت سؤالات (۶، ۱۵، ۳۳، ۲۴)، دیدگاه گیری (سؤالات ۷، ۳۴، ۲۵، ۱۶)، فاجعه سازی (سؤالات ۸، ۱۷، ۳۵، ۲۶) و ملامت دیگران (سؤالات ۹، ۳۶، ۲۷، ۱۸) است. آزمودنی ها براساس یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای (۱= هرگز و ۵= همیشه) نظر خود را در مورد هر سؤال اعلام می کنند. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می آید و می تواند در دامنه ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد و جمع کل نمرات در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می گیرد. در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران نیز روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس ها آزمون بررسی شد که دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را دربر می گرفت که همگی آن ها معنادار بودند. سامانی و

آلفای کرونباخ برای مقیاس اضطراب بک در زنان ۰/۹۰۲ و در مردان ۰/۷۷۹ و برای کل مقیاس ۰/۸۱۳ بدست آمد. فرم کوتاه مقیاس خود شفقت ورزی^۱ (SCS-SF): این مقیاس یک ابزار خود گزارش دهی ۱۲ گویه ای است که توسط رایس، پومیر، نف، وان گوچ^۲ (۲۰۱۱) به منظور سنجش میزان خود شفقت ورزی از فرم بلند و ۲۶ سؤالی آن استخراج شده است. سؤالات موجود در آن در ۶ زیر مقیاس مهربانی به خود، قضاوت در مورد خود (سؤالات ۲ و ۱۱)، احساسات مشترک انسانی (سؤالات ۵ و ۱۰)، منزوی سازی (سؤالات ۴ و ۸)، ذهن آگاهی (سؤالات ۳ و ۷) و بزرگ نمایی (سؤالات ۱ و ۹) قرار می گیرد که کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می سنجد مانند این که فرد تا چه اندازه نسبت به خود مهربان است (نه انتقادگر) و چه میزان تجارب خود را به عنوان قسمتی از تجارب دیگران می بیند و این که به چه میزان از بزرگ نمایی تجارب خود صرف نظر می کند. بنابراین این مقیاس دیدگاه باز داشتن به مسائل و کیفیت باز آگاهی را که صورت دوم ذهن آگاهی نشان می دهد، مشخص می کند. نمره گذاری آن در اندازه های ۵ درجه ای لیکرت، از تقریباً هیچگاه (نمره ۰) تا تقریباً همیشه (نمره ۴)، تعیین می شود. خرده مقیاس های قضاوت در مورد خود، منزوی سازی و بزرگ نمایی به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. پژوهش انجام شده توسط رایس و همکاران (۲۰۱۱) پایایی و روایی بالایی را برای مقیاس مذکور گزارش نموده است. پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین هر کدام از زیر مقیاس ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۵۵ تا ۰/۸۱). در این پژوهش ضریب

3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
4. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

1. Self-Compassion Scale- short form
2. Raes, Pommier, Neff & Van Gucht

۰/۹۵، خودشیفتگی / بی‌ارزشی ۰/۹۳، آشفتگی هیجانی ۰/۹۳، خشک‌زدگی (بهت) ۰/۸۵، از خودبیگانگی ۰/۷۹، سردرگمی ۰/۸۰، فاصله‌گیری اجتماعی ۰/۸۰ و پوچی (بی‌معنایی) ۰/۷۵ گزارش شد. همچنین برای محاسبه روایی همگرا این مقیاس اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) همزمان به محاسبه ضریب همبستگی مقیاس درد ذهنی با اضطراب، افسردگی و مهارت‌های مقابله‌ای پرداختند. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های درد ذهنی و افسردگی در دامنه (۰/۰۰۱) $P \leq ۰/۲۶$ ، $r = ۰/۶۴$ اضطراب در دامنه (۰/۰۰۱) $P \leq ۰/۲۷$ ، $r = ۰/۵۰$ به دست آمد که نشان دهنده روایی همگرایی این مقیاس با اضطراب و افسردگی بود. همچنین نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های درد ذهنی با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه مثبت و با راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. همچنین در یک مطالعه‌ای دیگر که توسط لیوی، هورش، فیشر، تروش و اپتر^۲ (۲۰۰۸) که بر روی ۶۷ نفر از افراد اقدام‌کننده به خودکشی و ۷۱ نفر از افراد عادی صورت گرفت ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ گزارش شد. لازم به ذکر است در این مقیاس آیت‌های ۲۵ و ۴۲ نمره‌گذاری معکوس می‌شوند.

به منظور تهیه نسخه فارسی از تکنیک ترجمه معکوس استفاده شد. ابتدا این ابزار توسط دو نفر از مقاله به فارسی ترجمه شد. دو ترجمه بعد از یک نشست مشترک مورد واریسی قرار گرفت و تناقض‌های موجود مرتفع گردید. در مرحله بعد ترجمه اصلاح شده توسط یک متخصص ادبیات فارسی مورد ویرایش قرار گرفت. ترجمه ویرایش شده در اختیار دو

صادقی (۱۳۸۹) در انجام پژوهشی به بررسی مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان پرداختند نتایج بررسی ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان در (دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۱) بدست آمد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس نظم‌جویی شناختی هیجان در زنان ۰/۹۰۷، در مردان ۰/۹۵۶ و برای کل مقیاس ۰/۹۴۴ بدست آمد.

مقیاس درد ذهنی اورباخ و میکولینسر^۱ (OMMP): این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت درد ذهنی توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۴ ماده سؤال است و اعتباریابی اولیه آن بر روی ۲۵۵ دانشجوی انجام شد. تحلیل عوامل اکتشافی اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ۹ خرده مقیاس را برای اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف درد ذهنی شامل تغییرناپذیری (سوالات ۱۰، ۴۴، ۲۲، ۲۶، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۴۳ و ۲۹)، فقدان کنترل (سوالات ۶، ۳۶، ۳۳، ۳۱، ۱۳، ۲، ۲۸، ۹، ۵ و ۲۱)، خودشیفتگی / بی‌ارزشی (سوالات ۷، ۱۲، ۱، ۱۶ و ۱۸)، آشفتگی هیجانی (سوالات ۱۴، ۳۵، ۳، ۸ و ۱۱) خشک‌زدگی (بهت) (سوالات ۱۱، ۱۹ و ۴)، از خودبیگانگی (۱۷، ۲۳ و ۱۵)، سردرگمی (سوالات ۲۰، ۲۴ و ۲۷)، فاصله‌گیری اجتماعی (سوالات ۳۷، ۲۵، ۴۰ و ۴۲) و پوچی (بی‌معنایی) (سوالات ۴۱، ۳۹ و ۳۸) را شناسایی کرد. در یک مطالعه اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آزمون بازآزمون این پرسشنامه در یک فاصله ۳ هفته‌گی در یک نمونه (۵۳ نفری، ۳۰ زن و ۲۳ مرد) در دامنه بین ۰/۷۹ و ۰/۹۴ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) در خرده مقیاس‌های تغییرناپذیری ۰/۹۵، فقدان کنترل

۲۰۱۰) زیرا ML نسبتاً قوی بود (برای مثال نسبت به نقض فرضیه نرمال بودن چندمتغیری و به این دلیل که این روش یکی از پر کاربردترین روش‌های برآورد در روش آماری است) (ایگوباجی^۵، ۲۰۱۰).

یافته‌ها

قبل از انجام تحلیل‌های مربوطه، وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا وجود داده‌های خارج از محدوده بررسی و با مراجعه به اصل پرسشنامه‌ها اصلاحات لازم انجام شد. پس از آن داده‌های گزارش نشده مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد ۴ داده گزارش نشده وجود دارد. افزون بر آن داده‌های پرت تک‌متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی^۶ بررسی شدند. برای ارزیابی داده‌های پرت چندمتغیری از آماره ماهالانوبیس^۷ استفاده شد. نتایج نشان داد که هیچ داده پرت چندمتغیری در داده‌ها وجود ندارد. علاوه بر آن کجی و چولگی داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS بررسی شد و مشخص شد که کجی و چولگی هیچ کدام از مقادیر بیشتر از ± 1 نمی‌باشد. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف ارزیابی شد و نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است. استقلال داده‌ها با استفاده از آماره دوربین واتسون^۸ (DW) بررسی و تأیید شد. همچنین هم‌خطی چندگانه با استفاده از آماره رواداری^۹ و عامل افزایش واریانس^{۱۰} (VIF) محاسبه شد و نتایج نشان داد هیچ کدام از مقادیر رواداری کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر VIF بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نبوده است؛ بنابراین بر اساس دو شاخص مطرح شده وجود هم‌خطی در داده‌ها

مترجم مسلط به زبان انگلیسی قرار گرفت تا از صحت ترجمه اطمینان حاصل گردد. در مرحله بعد، یک متخصص زبان انگلیسی متن پرسشنامه را مجدداً به انگلیسی برگرداند. در مرحله آخر، نسخه اصلی به همراه نسخه ترجمه شده و برگردان مجدد در اختیار سه نفر از اساتید دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی قرار داده شد تا ترجمه تأیید شود. پس از تأیید نسخه نهایی و رفع چالش‌های موجود در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از دانشجویان اجرا شد و مشکلات جزئی موجود در زمینه درک محتوای سؤال‌ها برطرف شد. پس از اخذ مجوز از دانشگاه رازی کرمانشاه و هماهنگی با دانشجویان سه دانشکده انتخاب شده پرسشنامه‌های مورد نظر در اختیار دانشجویان قرار گرفت. پژوهشگران پس از کسب رضایت و توضیح فرآیند پژوهش به دانشجویان، ابزارهای پژوهش را بین آن‌ها توزیع می‌نمودند. در طول مدت پاسخ‌دهی دانشجویان، همکاران اجرایی پژوهشگر حضور فعال داشتند تا از بروز پاسخ‌های تصادفی (پاسخ‌دهی سریع و بدون تمرکز، اتمام زودتر از موعد مقرر) جلوگیری نمایند و در صورت لزوم به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط برنامه‌های SPSS-22 و AMOS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه به منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه درد ذهنی از تحلیل عامل اکتشافی، روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۱ و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. برای تحلیل عاملی تأییدی مطابق توصیه‌های ماروکو^۲ برآورد پارامتر حداکثر بیشینه درست‌نمایی^۳ (ML) از بین دیگر روش‌های برآورد انتخاب شد (مارگو^۴،

5. Iacobucci

6. box Plot

7. mahalanobis

8. durbin watson (DW)

9. tolerance

10. variance inflation factor (VIF)

1. principal components analysis (PCA)

2. Maroco's

3. Maximum Likelihood (ML)

4. Maroco

مشاهده نشد. پس از کلیه مفروضات در ابتدا تحلیل عاملی اکتشافی به شرح زیر آمده است. همسانی درونی: برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه درد ذهنی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ مربوط به هر یک از زیر مقیاس‌های درد ذهنی در جدول ۱ و میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی و ضریب آلفای کرونباخ سؤالات پرسشنامه و هم‌چنین میزان آلفا پس از حذف هر گویه در جدول ۱ آمده است. همان‌طور که در جدول ۱

مشاهده می‌شود، همبستگی تمامی گویه‌ها با نمره کل آزمون مثبت و همبستگی گویه‌ها با یکدیگر نیز مثبت است؛ بنابراین نیاز به حذف هیچ‌کدام از گویه‌های پرسشنامه درد ذهنی نیست. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس نیز ۰/۹۶۶ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی نسبتاً خوب در مقیاس است. همچنین سؤال ۳۰ بیشترین همبستگی را با کل آزمون و سؤال ۴۲ کمترین همبستگی را با پرسشنامه درد ذهنی داشته است.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد هر گویه با نمره کل آزمون و آلفای پس از حذف گویه

گویه	M	SD	همبستگی با نمره کل	آلفا پس از حذف سؤال	گویه	M	SD	همبستگی با نمره کل	آلفا پس از حذف سؤال
۱	۴/۳۵	۰/۹۱	۰/۵۸	۰/۹۶	۲۳	۴/۴۱	۰/۸۸	۰/۷۱	۰/۹۶
۲	۴/۳۲	۰/۹۸	۰/۶۸	۰/۹۶	۲۴	۳/۸۱	۱/۱۰	۰/۶۴	۰/۹۶
۳	۳/۶۹	۱/۰۷	۰/۶۱	۰/۹۶	۲۵	۲/۷۹	۱/۰۷	۰/۳۴	۰/۹۶
۴	۴/۴۴	۰/۷۴	۰/۶۹	۰/۹۶	۲۶	۳/۶۷	۱/۱۴	۰/۴۸	۰/۹۶
۵	۴/۴۱	۰/۸۸	۰/۷۶	۰/۹۶	۲۷	۳/۷۸	۱/۱۱	۰/۷۱	۰/۹۶
۶	۳/۷۲	۱/۱۷	۰/۶۹	۰/۹۶	۲۸	۳/۹۳	۱/۰۵	۰/۷۵	۰/۹۶
۷	۴/۴۴	۰/۸۱	۰/۷۰	۰/۹۶	۲۹	۴/۱۳	۰/۹۸	۰/۶۶	۰/۹۶
۸	۳/۴۸	۱/۱۶	۰/۴۶	۰/۹۶	۳۰	۴/۲۷	۰/۹۵	۰/۸۰	۰/۹۶
۹	۴/۲۹	۰/۹۸	۰/۷۴	۰/۹۶	۳۱	۳/۷۷	۱/۱۷	۰/۶۴	۰/۹۶
۱۰	۳/۹۲	۱/۲۶	۰/۵۸	۰/۹۶	۳۲	۳/۸۵	۱/۱۸	۰/۷۱	۰/۹۶
۱۱	۴/۲۰	۱/۱۰	۰/۷۹	۰/۹۶	۳۳	۳/۷۳	۱/۱۷	۰/۷۱	۰/۹۶
۱۲	۴/۱۷	۱/۰۶	۰/۷۵	۰/۹۶	۳۴	۳/۷۹	۱/۲۸	۰/۶۲	۰/۹۶
۱۳	۴/۱۴	۱/۰۵	۰/۸۱	۰/۹۶	۳۵	۳/۵۴	۱/۱۳	۰/۶۰	۰/۹۶
۱۴	۳/۶۹	۰/۹۶	۰/۶۰	۰/۹۶	۳۶	۴/۰۴	۱/۰۶	۰/۷۱	۰/۹۶
۱۵	۴/۰۸	۱/۱۰	۰/۷۲	۰/۹۶	۳۷	۴/۰۴	۱/۰۸	۰/۵۸	۰/۹۶
۱۶	۴/۳۷	۰/۹۶	۰/۶۴	۰/۹۶	۳۸	۴/۳۰	۰/۹۷	۰/۷۰	۰/۹۶
۱۷	۳/۶۰	۱/۲۰	۰/۶۹	۰/۹۶	۳۹	۴/۳۷	۰/۹۹	۰/۵۰	۰/۹۶
۱۸	۴/۵۰	۰/۸۳	۰/۷۱	۰/۹۶	۴۰	۴/۲۸	۰/۹۷	۰/۵۲	۰/۹۶
۱۹	۴/۳۸	۰/۹۶	۰/۷۴	۰/۹۶	۴۱	۴/۲۱	۱/۰۶	۰/۷۲	۰/۹۶
۲۰	۳/۸۴	۱/۲۰	۰/۷۳	۰/۹۶	۴۲	۲/۶۵	۱/۲۸	۰/۳۱	۰/۹۷
۲۱	۴/۱۴	۱/۰۵	۰/۶۹	۰/۹۶	۴۳	۳/۹۷	۱/۰۶	۰/۶۵	۰/۹۶
۲۲	۴/۰۴	۱/۱۳	۰/۷۰	۰/۹۶	۴۴	۴/۰۲	۱/۱۸	۰/۶۶	۰/۹۶

تحلیل عاملی اکتشافی: به منظور تعیین عاملی و مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه درد ذهنی در دانشجویان تحلیل عاملی اکتشافی بر روی کل نمونه انجام شد. برای استخراج عامل‌ها از تحلیل مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. در این تحلیل مقدار کیسر-مایر-الکین^۱ KAMO برابر با ۰/۹۴۲ و مقدار مجذور کای

اصلی استفاده شد. در این تحلیل مقدار کیسر-مایر-الکین^۱ KAMO برابر با ۰/۹۴۲ و مقدار مجذور کای

1. Kaiser- Meyer- Olkin

انتقال یافته آزمون کرویت بارتلت^۱ برابر با ۱۱۱۲۷/۹۸۹ بدست آمد که با درجه آزادی ۹۴۶ معنی دار بود ($P \leq ۰/۰۰۱$).

بدین ترتیب علاوه بر کفایت نمونه برداری، اجرای تحلیل عاملی بر پایه ماتریس مورد مطالعه قابل توجیه بود؛ بنابراین برای تعیین اینکه پرسشنامه درد ذهنی در دانشجویان از چند عامل اشباع شده، شاخص‌های ارزش ویژه، نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل و نمودار اسکری مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس شش عامل با ارزش ویژه بیشتر از ۱ استخراج شد که این عامل‌ها مجموعاً ۶۶/۴۰۴ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین نمودند. علاوه بر آن بررسی نمودار اسکری و جدول کل

واریانس تبیین شده، نشان داد که عامل اولیه (بی-معنایی و بی‌ارزشی) و بزرگ وجود دارد که دارای ارزش ویژه ۶/۸۳۲ می‌باشد و ۱۵/۵۲۸ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کند. پس از آن عامل دوم (سردرگمی و آشفتگی هیجانی) با ارزش ویژه ۶/۰۴۶ و ۱۳/۷۴۱، عامل سوم (فقدان کنترل) با ارزش ویژه ۵/۱۴۲ و ۱۱/۶۸۷، عامل چهارم (تغییرناپذیری) با ارزش ویژه ۴/۳۶۸ و ۹/۹۲۷، عامل پنجم (فاصله‌گیری اجتماعی / از خودبیگانگی) با ارزش ویژه ۴/۲۲۲ و ۹/۵۹۶ و عامل ششم (ترس از تنهایی) با ارزش ویژه ۲/۶۰۷ و ۵/۹۲۵ درصد از واریانس کل آزمون را برآورد می‌کنند. این شش عامل که عوامل اصلی آزمون درد. ذهنی را تشکیل می‌دهند در مجموع ۶۶/۴۰۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند (جدول ۲).

همچنین نمودار اسکری کتل که قدرت بیشتری در تعیین عامل‌ها دارد ۶ مؤلفه را پیشنهاد نمود. این مؤلفه‌ها ابقاء شده و آن‌گاه در معرض چرخش واریماکس قرار گرفتند. در مجموع ۶ عامل ۶۶/۴۰۴ درصد از کل واریانس‌های مشاهده شده را تبیین می‌کنند.

جدول ۲. واریانس کل تبیین شده توسط عوامل

مجموع ضرایب کل عوامل		مجموع ضرایب عوامل اصلی چرخش داده نشده				مجموع ضرایب عوامل اصلی چرخش داده شده			
مؤلفه	کل	واریانس	درصد تجمعی	کل	واریانس	درصد تجمعی	کل	واریانس	درصد تجمعی
۱	۲۰/۸۳۱	۴۷/۱۱۶	۴۷/۱۱۶	۶/۸۳۲	۴۷/۱۱۶	۴۷/۱۱۶	۱۵/۵۲۸	۱۵/۵۲۸	۱۵/۵۲۸
۲	۲/۴۸۱	۵/۶۳۸	۵۲/۷۵۵	۶/۰۴۶	۵/۶۳۸	۵۲/۷۵۵	۲۹/۲۶۹	۱۳/۷۴۱	۲۹/۲۶۹
۳	۱/۸۴۱	۴/۱۸۴	۵۶/۹۳۹	۵/۱۴۲	۴/۱۸۴	۵۶/۹۳۹	۴۰/۹۵۵	۱۱/۶۸۷	۴۰/۹۵۵
۴	۱/۵۷۲	۳/۵۷۳	۶۰/۵۱۱	۴/۳۶۸	۳/۵۷۳	۶۰/۵۱۱	۵۰/۸۸۳	۹/۹۲۷	۵۰/۸۸۳
۵	۱/۳۵۹	۳/۰۸۸	۶۳/۵۹۹	۴/۲۲۲	۳/۰۸۸	۶۳/۵۹۹	۶۰/۴۷۹	۹/۵۹۶	۶۰/۴۷۹
۶	۱/۲۳۴	۲/۸۰۴	۶۶/۴۰۴	۲/۶۰۷	۲/۸۰۴	۶۶/۴۰۴	۶۶/۴۰۴	۵/۹۲۵	۶۶/۴۰۴
آماره KAMO و نتایج آزمون کرویت بارتلت									
		KAMO	Chi-S	dF	P				
		۰/۹۴۲	۱۱۱۲۷/۹۸۹	۹۴۶	$P \leq ۰/۰۰۱$				

1. Bartlett's test of sphericity

جدول ۳. تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس و وزن‌های عاملی هر مقیاس

عامل ششم	عامل پنجم	عامل چهارم	عامل سوم	عامل دوم	عامل اول	گویه
					۰/۷۲۳	۴
					۰/۷۰۴	۲
					۰/۶۸۱	۱۲
					۰/۶۶۴	۷
					۰/۶۵۳	۹
					۰/۶۳۰	۱
					۰/۶۱۹	۵
					۰/۵۴۸	۱۸
					۰/۵۴۶	۱۶
					۰/۵۳۲	۱۱
					۰/۵۰۱	۱۳
					۰/۴۹۴	۱۹
					۰/۴۳۹	۲۰
					۰/۴۲۷	۲۱
				۰/۷۷۶		۲۴
				۰/۶۶۲		۲۷
				۰/۶۳۵		۶
				۰/۵۸۹		۳۵
				۰/۵۷۸		۳
				۰/۵۲۹		۲۰
				۰/۴۷۶		۳۶
			۰/۶۶۹			۳۹
			۰/۶۹۳			۴۱
			۰/۶۷۶			۳۸
			۰/۵۳۳			۲۲
			۰/۵۲۱			۲۸
			۰/۴۹۵			۲۹
		۰/۶۲۲				۳۲
		۰/۵۸۰				۱۰
		۰/۵۷۷				۲۶
		۰/۵۲۱				۴۳
		۰/۵۱۲				۳۴
		۰/۵۰۳				۴۴
		۰/۴۷۸				۳۳
	۰/۷۵۳					۴۰
	۰/۶۹۲					۳۷
	۰/۶۰۵					۱۴
	۰/۵۹۴					۱۵
	۰/۵۰۳					۲۳
	۰/۴۸۹					۱۷
R۰/۷۲۵						۲۵
R۰/۷۲۵						۴۲
۰/۶۶۶						۸
۰/۴۵۱						۳۱
آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ	آلفای کل
۰/۶۱۷	۰/۸۶۹	۰/۸۷۲	۰/۸۷۷	۰/۸۹۳	۰/۹۵۲	۰/۹۶۶
دو نیمه کردن	دو نیمه کردن	دو نیمه کردن	دو نیمه کردن	دو نیمه کردن	دو نیمه کردن	دو نیمه کل
۰/۶۱۲	۰/۸۳۶	۰/۸۴۵	۰/۸۶۷	۰/۸۳۴	۰/۹۴۸	۰/۹۳۱

عامل فاصله‌گیری اجتماعی / از خود بیگانگی ۰/۸۶۹ و عامل ترس از تنهایی ۰/۶۱۷ بدست آمد. روایی همگرا و واگرا: جهت بررسی روایی همگرا و واگرا پرسشنامه درد ذهنی از پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، اضطراب بک (BAI)، فرم کوتاه مقیاس خود شفقت‌ورزی (SCS-SF) و پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P) استفاده شد. متغیرهای ذکر شده به طور همزمان در بین گروه نمونه اجرا و اطلاعات حاصله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردید

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، همه بارهای عاملی برای سؤال‌های پرسشنامه مناسب و معنی‌دار بودند. کمترین بار عاملی مربوط به سؤال ۲۱ با ۰/۴۲۷ و بیشترین بار عاملی مربوط به سؤال ۲۴ با ۰/۷۷۶ بوده است. علاوه بر آنچه مطرح شد ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن محاسبه شد و نتایج نشان داد که این میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه درد ذهنی ۰/۹۶۶ و برای عامل پوچی (بی‌معنایی) و بی‌ارزشی ۰/۹۵۲، عامل سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰/۸۹۳، عامل فقدان کنترل ۰/۸۷۷، عامل تغییرناپذیری ۰/۸۷۲

جدول ۴. ضریب همبستگی پیرسون پرسشنامه درد ذهنی با اضطراب، افسردگی، شفقت‌ورزی و راهبردهای منفی و مثبت تنظیم شناختی

هیجانی

متغیر	اضطراب	افسردگی	شفقت‌ورزی	راهبردهای منفی	راهبردهای مثبت
پوچی / بی ارزشی	**۰/۳۵۴	**۰/۶۲۹	**۰/۵۳۳	**۰/۴۰۴	**۰/۴۰۷
سردرگمی / آشفتگی هیجانی	**۰/۴۳۰	**۰/۶۸۸	**۰/۵۷۷	**۰/۴۳۰	**۰/۴۸۰
فقدان کنترل	**۰/۳۵۰	**۰/۵۶۷	**۰/۴۶۰	**۰/۳۷۳	**۰/۳۹۶
تغییرناپذیری	**۰/۳۰۴	**۰/۵۹۰	**۰/۵۰۴	**۰/۴۵۸	**۰/۴۸۷
فاصله‌گیری / از خودبیگانگی	**۰/۴۲۹	**۰/۵۰۳	**۰/۴۵۵	**۰/۳۹۷	**۰/۴۱۰
ترس از تنهایی	**۰/۳۴۷	**۰/۳۴۴	**۰/۳۸۴	**۰/۴۴۱	**۰/۳۸۵
درد ذهنی	**۰/۴۱۳	**۰/۶۷۶	**۰/۵۷۲	**۰/۵۹۵	**۰/۴۶۳

جدول ۵ همبستگی میان عامل‌های پرسشنامه درد ذهنی را نشان می‌دهد همبستگی این عوامل از ۰/۱۳ تا ۰/۸۲ می‌باشد همچنین بالاترین همبستگی مربوط به عامل پوچی / بی‌ارزشی با ۰/۹۲ و کمترین مربوط به عامل ترس از تنهایی با ۰/۳۵ می‌باشد.

طبق یافته‌های جدول شماره ۳، بین خرده مقیاس‌های درد ذهنی با افسردگی، اضطراب و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.01$) همچنین بین مؤلفه‌های درد ذهنی با مقیاس شفقت‌ورزی و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.01$).

جدول ۵. ماتریس ضریب همبستگی پیرسون خرده مقیاس‌های درد ذهنی با نمره کلی درد ذهنی

کل مقیاس	۶	۵	۴	۳	۲	۱	متغیر
						۱	پوچی / بی‌ارزشی
					۲	**۰/۷۶۴	سردرگمی / آشفتگی هیجانی
				۳	**۰/۷۱۵	**۰/۸۲۸	فقدان کنترل
			۴	**۰/۷۲۱	**۰/۷۶۵	**۰/۷۶۴	تغییرناپذیری
		۵	**۰/۶۸۵	**۰/۶۵۲	**۰/۷۵۲	**۰/۷۴۸	فاصله‌گیری / از خودبیگانگی
	۶	**۰/۲۹۷	**۰/۱۳۰	**۰/۳۶۹	**۰/۲۵۶	**۰/۲۷۶	ترس از تنهایی
۷	**۰/۳۵۰	**۰/۸۴۸	**۰/۸۷۲	**۰/۸۸۱	**۰/۸۸۹	**۰/۹۲۴	درد ذهنی

جدول ۶. آمار مرتبط با هر عامل با توجه به تحلیل عوامل تأییدی

ماده	t	بار عاملی	واریانس خطا	R ²	ماده	t	بار عاملی	واریانس خطا	R ²
سردرگمی و آشفتگی هیجانی CR = ۰/۸۲۵					پوچی / بی‌ارزشی CR = ۰/۹۲۳				
۴	۱۳/۱۶	۰/۷۴۶	۰/۴۴۴	۰/۵۵۶	۲۴	۱۲/۱۳	۰/۷۶۴	۰/۴۱۷	۰/۵۸۳
۲	۱۳/۱۱	۰/۷۳۱	۰/۴۶۶	۰/۵۳۴	۲۷	۱۴/۲۵	۰/۷۸۳	۰/۳۸۷	۰/۶۱۳
۱۲	۱۵/۰۱	۰/۸۲۳	۰/۳۲۳	۰/۶۷۷	۶	۱۳/۸۳	۰/۷۶۴	۰/۴۱۷	۰/۶۱۳
۷	۱۳/۹۵	۰/۷۷۲	۰/۴۰۵	۰/۵۹۵	۳۵	۱۲/۱۳	۰/۶۸۲	۰/۵۳۵	۰/۴۶۵
۹	۱۴/۷۱	۰/۸۰۹	۰/۳۴۶	۰/۶۵۴	۳	۱۲/۲۹	۰/۶۹۰	۰/۵۲۴	۰/۴۷۶
۱	۱۰/۸۹	۰/۶۱۷	۰/۶۲۰	۰/۳۸۰	۲۰	۱۳/۸۸	۰/۷۶۶	۰/۴۱۴	۰/۵۸۶
۵	۱۴/۵۲	۰/۸۰۰	۰/۳۶۰	۰/۶۴۰	۳۶	۱۳/۰۸	۰/۷۲۸	۰/۴۷۱	۰/۵۲۹
۱۸	۱۳/۹۹	۰/۷۷۴	۰/۴۰۱	۰/۵۹۹	فقدان کنترل CR = ۰/۷۹۹				
۱۶	۱۲/۷۳	۰/۷۱۲	۰/۴۹۴	۰/۵۰۶	۳۹	۹/۹۸	۰/۵۹۷	۰/۶۴۴	۰/۳۵۶
۱۱	۱۵/۱۲	۰/۸۲۹	۰/۳۱۳	۰/۶۸۷	۴۱	۱۳/۵۲	۰/۸۰۵	۰/۳۵۲	۰/۶۴۸
۱۳	۱۵/۱۸	۰/۸۳۲	۰/۳۰۸	۰/۶۹۲	۳۸	۱۳/۰۱	۰/۷۷۵	۰/۴۰۰	۰/۶۰۰
۱۹	۱۴/۴۹	۰/۷۹۹	۰/۳۶۲	۰/۶۳۸	۲۲	۱۲/۲۸	۰/۷۳۲	۰/۴۶۵	۰/۵۳۵
۳۰	۱۴/۶۷	۰/۸۰۷	۰/۳۴۹	۰/۶۵۱	۲۸	۱۳/۳۵	۰/۷۹۵	۰/۳۶۸	۰/۶۳۲
۲۱	۱۲/۴۱	۰/۶۹۶	۰/۵۱۶	۰/۴۸۴	۲۹	۱۲/۸۴	۰/۷۱۸	۰/۴۸۵	۰/۵۱۵
فاصله‌گیری اجتماعی / از خودبیگانگی CR = ۰/۷۷۷					تغییرناپذیری CR = ۰/۷۷۸				
۳۲	۱۴/۷۸	۰/۸۱۷	۰/۳۳۳	۰/۶۶۷	۴۰	۱۱/۰۳	۰/۶۳۱	۰/۶۰۲	۰/۳۹۸
۱۰	۱۵/۹۸	۰/۶۶۳	۰/۵۶۱	۰/۴۳۹	۳۷	۱۱/۷۶	۰/۶۶۸	۰/۵۵۴	۰/۴۴۶
۲۶	۱۲/۱۹	۰/۵۷۲	۰/۶۷۳	۰/۳۲۷	۱۴	۱۱/۹۴	۰/۶۷۷	۰/۵۴۲	۰/۴۵۸
۴۳	۱۰/۲۲	۰/۶۹۸	۰/۵۱۳	۰/۴۸۷	۱۵	۱۵/۰۱	۰/۸۲۳	۰/۳۲۳	۰/۶۷۷
۳۴	۱۲/۹۹	۰/۶۷۹	۰/۵۳۹	۰/۴۶۱	۲۳	۱۳/۷۳	۰/۷۶۳	۰/۴۱۸	۰/۵۸۲
۴۴	۱۲/۵۶	۰/۶۹۰	۰/۵۲۴	۰/۴۷۶	۱۷	۱۳/۹۳	۰/۷۷۱	۰/۴۰۱	۰/۵۹۴
۳۳	۱۲/۸۲	۰/۸۰۵	۰/۳۵۲	۰/۶۴۸	ترس از تنهایی CR = ۰/۵۲۱				
۲۵	۱۰/۰۳	۰/۶۰۳	۰/۶۳۴	۰/۳۶۳	۸	۸/۵۴	۰/۶۴۴	۰/۵۸۶	۰/۴۱۴
۴۲	۷/۰۵	۰/۵۰۰	۰/۷۵۰	۰/۲۵۰	۳۱	۹/۴۳	۰/۷۵۸	۰/۴۲۶	۰/۵۷۴

جدول ۷. شاخص‌های نیکویی برازش مدل پیشنهادی برای عامل‌های پرسشنامه درد ذهنی

شاخص‌های مقتضد		شاخص‌های تطبیقی یا نسبی						شاخص‌های برازش				شاخص‌های	
RMSEA	PCFI	TLI	IFI	RFI	CFI	NFI	AGFI	GFI	RMR	X ² /F	P	X ²	برازندگی
≤۰/۰۸	≥۰/۶۰	≥۰/۹۰	≥۰/۹۰	≥۰/۹۰	≥۰/۹۰	≥۰/۹۰	≥۰/۹۰	≥۰/۹۰	پایین	کمتر از ۵	p-value>۰/۰۵		حد مجاز
۰/۰۸	۰/۶۹۴	۰/۸۶	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۹۲	۰/۹۰	۰/۸۹	۰/۹۰	۰/۱۷۷	۲/۷۹۳	P≤۰/۰۰۱	۲۴۷۴/۸۷۴	شش عاملی
۰/۰۷	۰/۷۸۴	۰/۸۷	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۰۷۸	۲/۳۵۶	P≤۰/۰۰۱	۲۰۸۷/۶۷۷	شش عاملی مرتبه دوم

مقدار مساوی یا بالاتر از ۰/۹۶ برای شاخص برازندگی مقایسه‌ای و برازش نرم شده، مقدار مساوی یا کمتر از ۰/۰۷ برای ریشه استاندارد واریانس پس‌ماند، نشان دهنده برازندگی کافی مدل است (ایگویاجی، ۲۰۱۰) از طرف دیگر پیشنهاد شده است که اگر شاخص‌های برازندگی مقایسه‌ای نیکویی برازش تعدیل شده بزرگتر از ۰/۹۰ و شاخص‌های ریشه واریانس خطای تقریب و ریشه واریانس پس‌ماند کوچکتر از ۰/۰۵ باشد بر برازش بسیار مطلوب و کوچکتر از ۰/۱ برازش مطلوب دلالت دارد (مارکو، ۲۰۱۰). همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، شاخص‌های برازندگی در نتیجه آزمون الگوی پیشنهادی آورده شده‌اند. مقدار χ^2 دو معنی دار شده است، اما از آنجا که در نمونه‌های بزرگ این شاخص معمولاً معنی دار است و نمی‌توان آن را به‌عنوان ملاکی مطمئن در جهت بررسی برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها در نظر گرفت. همچنین، سایر شاخص‌های برازندگی، مانند نسبت مجذور χ^2 به درجه آزادی (df) با مقدار ۲/۷۹۳ برای مدل شش عاملی و ۲/۳۵۶ برای مدل شش عاملی با مرتبه دوم، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) با مقدار ۰/۸۹ و ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) با مقدار ۰/۹۲ و ۰/۹۰، شاخص نیکویی برازش (GFI) با مقدار ۰/۹۰ و ۰/۹۲، شاخص توکر-لویس (TLI= ۰/۸۶ و ۰/۸۷)، شاخص نیکویی برازندگی تعدیل شده (۰/۸۹) و جذر میانگین مجذورات خطای

در مدلسازی معادلات ساختاری ۴۴ ماده و ۶ عامل به دست آمد. در جدول ۶ بارعاملی، مجذور بارعاملی هر گویه آورده شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود مقدار t محاسبه شده برای هر گویه بالاتر از $\pm 1/96$ و مقدار واریانس خطا کمتر از ۰/۹۰ می‌باشد. لذا t محاسبه شده برای هر گویه بالاتر از ۱/۹۶ می‌باشد که بر اساس دیدگاه کلاین^۱ (۲۰۱۱) هرچه میزان t بالاتر برود سطح واریانس خطا کم می‌شود. همچنین با توجه به نتایج جدول میزان پایایی سازه برای هر عامل با توجه به جمع کردن هر بار عاملی با یکدیگر و سپس به توان رساندن مجموع بارهای عاملی و تقسیم آن بر مجموع $1-R^2$ برای هر گویه میزان پایایی سازه به دست آمد که نشان دهنده پایایی سازه مطلوب برای هر یک از شش عامل می‌باشد. شاخص‌های برازندگی ریشه واریانس خطای تقریب^۲، ریشه استاندارد واریانس پس‌مانده^۳، شاخص برازندگی مقایسه‌ای^۴، شاخص برازش نرم شده^۵، شاخص نیکویی برازش^۶ و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۷ برای سنجش برازندگی مدل استفاده شد. برای شاخص‌های برازندگی، برش‌های متعددی توسط متخصصان مطرح شده است. برای مثال، مقدار مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ برای ریشه واریانس خطای تقریب،

1. Kline
2. root mean square error of approximation (RMSEA)
3. standardized root mean square residual (SRMR)
4. comparative fit index (CFI)
5. normed fit index (NFI)
6. goodness of fit index (GFI)
7. adjusted goodness of fit index (AGFI)

عبارت دیگر بیماران افسرده و افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در پوچی / بی‌ارزشی، سردرگمی / آشفتگی هیجانی، فقدان کنترل، تغییرناپذیری، فاصله‌گیری اجتماعی / از خودبیگانگی نمرات بالاتری و در ترس از تنهایی بین گروه‌ها مورد مطالعه تفاوتی وجود نداشت. همچنین نتایج زوجی گروه‌های افسرده و افراد اقدام کننده به خودکشی نشان داد که بیماران افسرده در عامل پوچی / بی‌ارزشی، سردرگمی / آشفتگی هیجانی، فقدان کنترل، تغییرناپذیری، فاصله‌گیری / از خودبیگانگی نمرات پایین‌تری به دست آوردند ($P \leq 0/001$).

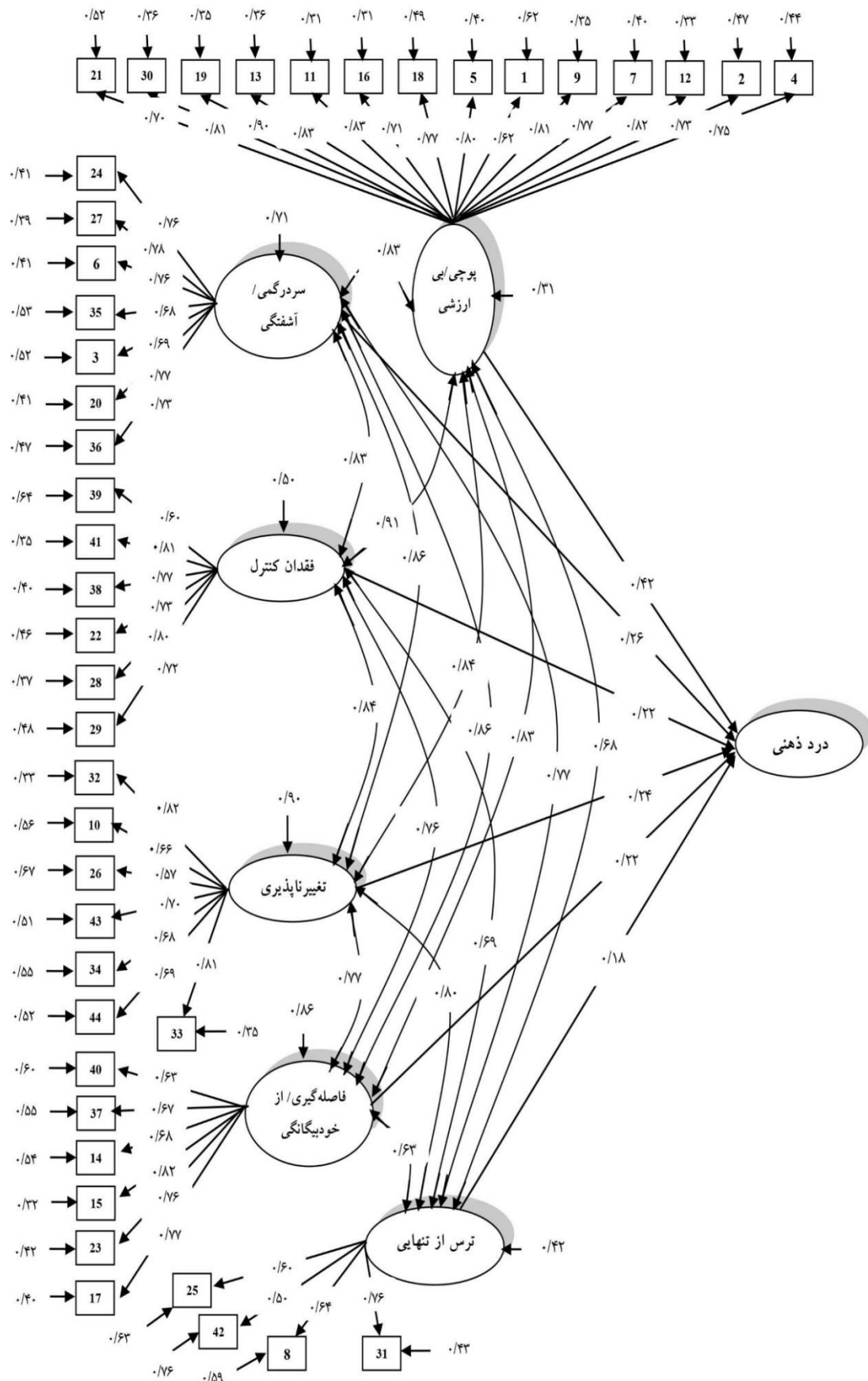
همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه دانشجویان دختر و پسر در عامل‌های پوچی / بی‌ارزشی ($t=1/826, df=298, P < 0/069$)، دوم ($t=0/409, df=298, P < 0/683$)، تغییرناپذیری ($t=0/287, df=298, P < 0/774$) تفاوتی وجود ندارد ولی در عامل فقدان کنترل ($t=2/631, df=298$)، فاصله‌گیری / از خودبیگانگی ($t=1/949, P < 0/009$)، ترس از تنهایی ($t=3/468, df=298, P < 0/052$) و ترس از تنهایی ($t=3/468, df=298, P < 0/001$) درد ذهنی تفاوت وجود دارد. به عبارتی دانشجویان دختر در عامل فقدان کنترل، فاصله‌گیری / از خودبیگانگی و ترس از تنهایی نمرات بالاتری به دست آوردند.

تقریب (RMSEA) با مقدار $0/08$ برای مدل شش عاملی و $0/07$ برای مدل شش عاملی با مرتبه دوم حاکی از برازش مطلوب الگوی دو عاملی پیشنهادی با داده‌ها است. همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود ضرایب استاندارد و خطاهای اندازه‌گیری برای هر ماده سؤال نشان داده شده است. سازه‌های مکنون در بیضی‌ها و متغیرهای مشاهده شده در مستطیل‌ها نشان داده شده است. آیت‌های دارای بارهای استاندارد بزرگتر از $0/50$ (در دامنه‌ای از $0/50 = R^2$ تا $0/82 = R^2$) قرار دارند که نشانگر روایی عاملی خوبی می‌باشد. همچنین آیت‌های دارای $R^2 \geq 0/50$ می‌باشند؛ که این امر نشان می‌دهد که هر آیت‌های نمره بالای نقطه برش $0/25$ (در دامنه‌ای از $0/250 = R^2$ ، $0/692 = R^2$) بوده است.

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی روایی افتراقی گروه‌های غیربالینی و دو گروه بالینی (اختلال افسردگی و افراد اقدام‌کننده به خودکشی) به همراه میانگین و انحراف معیار پرسشنامه در سه گروه در جدول ۸ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) بیماران افسرده در نمره کلی درد ذهنی 175 (و $30/02$)، افراد اقدام‌کننده به خودکشی $193/50$ ($23/79$) و افراد عادی $152/37$ (و $42/76$) می‌باشد. به عبارت دیگر بیماران افسرده و افراد اقدام‌کننده به خودکشی در پرسشنامه درد ذهنی نمرات بالاتری به دست آوردند.

نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد که بین سه گروه در مؤلفه‌های درد ذهنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به

شکل ۱. مدل مرتبه دوم و نهایی شده پرسشنامه درد ذهنی



جدول ۸. میانگین و انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نمرات گروه‌های بالینی (افسرده و اقدام‌کننده به خودکشی) و گروه غیربالینی در خرده‌مقیاس‌های درد ذهنی

P	F	عادی		خودکشی		افسرده		متغیر
		SD	M	SD	M	SD	M	
$P \leq 0.001$	۳/۹۵۲	۱۵/۵۶	۵۱/۳۱	۷/۸۰	۶۵/۷۵	۹/۸۱	۶۰/۵۰	پوچی / بی‌ارزشی
$P \leq 0.001$	۲/۵۱۵	۸/۶۳	۲۲/۸۱	۴/۷۲	۲۸/۵۰	۷/۵۰	۲۵/۵۰	سردرگمی / آشفتگی هیجانی
$P \leq 0.001$	۲/۹۱۵	۶/۳۱	۲۱	۳/۲۰	۳۰/۷۵	۱/۷۳	۲۶/۵۰	فقدان کنترل
$P \leq 0.001$	۴/۰۳۵	۷/۵۱	۲۳/۵۶	۴/۵۰	۲۹/۷۵	۶/۳۵	۲۶/۵۰	تغییرناپذیری
$P \leq 0.001$	۳/۵۶۹	۵/۸۸	۲۱/۶۲	۳/۵۵	۲۶	۴/۰۴	۲۳/۵۰	فاصله‌گیری / از خودبیگانگی
۰/۶۶۷	۰/۸۰۲	۱/۵۲	۱۲/۰۶	۲/۲۱	۱۲/۷۵	۱/۵۷	۱۲/۵۰	ترس از تنهایی
$P \leq 0.001$	۳/۵۱۴	۴۲/۷۶	۱۵۲/۳۷	۲۳/۷۹	۱۹۳/۵۰	۳۰/۰۲	۱۷۵	درد ذهنی

نتیجه‌گیری و بحث

هدف این مطالعه انطباق و اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی (OMMP) بود. ما در پژوهش حاضر در صدد تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی OMMP و تأیید ساختار عاملی آن با استفاده از نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی با میانگین سنی دانشجویان پسر ۲۳/۵۳/۴۶ (و انحراف استاندارد ۲/۹۵) و دانشجویان دختر ۲۲/۷۰ (و انحراف استاندارد ۱/۸۹) بودیم. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی شش عامل مجزا (پوچی (بی‌معنایی) و بی‌ارزشی، سردرگمی و آشفتگی هیجانی، فقدان کنترل، تغییرناپذیری، فاصله‌گیری اجتماعی / از خود بیگانگی و ترس از تنهایی) را نشان داد. این عوامل با عواملی که توسط سازندگان پرسشنامه اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) برای آن طراحی کرده بودند انطباق نداشت. OMMP در نسخه اصلی آن که توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) بر روی دانشجویان مورد ارزیابی قرار گرفته بود ۹ عامل را نشان داد که مجموع این ۹ عامل ۶۴/۳ درصد از واریانس درد ذهنی را پیش‌بین می‌کردند؛ اما در ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه درد ذهنی در فرهنگ ایرانی به روش تحلیل عوامل اکتشافی (مؤلفه‌های

اصلی) ۶ عامل شناسایی شد که عامل اول (پوچی / بی-معنایی و بی‌ارزشی) ۱۵/۵۲۸، عامل دوم (سردرگمی و آشفتگی هیجانی) ۱۳/۷۴۱، عامل سوم (فقدان کنترل) ۱۱/۶۸۷، عامل چهارم (تغییرناپذیری) ۹/۹۲۷، عامل پنجم (فاصله‌گیری اجتماعی / از خود بیگانگی) ۹/۵۹۶ و عامل ششم (ترس از تنهایی) ۵/۹۲۵ درصد از واریانس کل آزمون و مجموع این شش عامل که عوامل اصلی آزمون درد ذهنی در فرهنگ ایرانی را تشکیل می‌دهند ۶۶/۴۰۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. این نتایج با مطالعات اورباخ و همکاران (۲۰۰۳)، مرویک و وایس (۲۰۱۱) و توسانی (۲۰۱۳) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت درست زمانی که سازه بهزیستی به فراتر از خلق مثبت بسط یافت، سازه درد ذهنی پدیدار شد تا به چیزی وسیع‌تر از یک جمع‌بندی صرف از سازه‌های مرتبط به هم در مورد پریشانی هیجانی اطلاق گردد. مقیاس درد ذهنی (OMMP) به عنوان یک ابزار مفید برای ارزیابی دامنه وسیعی از پریشانی هیجانی پدیدار شد. این یافته‌ها از این گفته‌ها (شناپدمن ۱۹۹۳) حمایت می‌کنند که درد ذهنی به نوبه خود می‌تواند به عنوان یک ماهیت تجربی تعریف شود؛

این یافته‌ها بیانگر آن است که افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند؛ یعنی توانایی پذیرش هیجانات منفی خود را کم‌تر دارند، هیجانیشان وضوح کمتری دارد، توانایی کاهش هیجان‌های منفی از راه رفتارهای مبتنی بر هدف کم‌تری دارند، راهبردهای تنظیم هیجان ناسالم‌تری دارند و رفتارهای تکانشی بیشتری در پاسخ به هیجان‌های منفی دارند لذا درد ذهنی بیشتری را گزارش می‌کنند. از سوی دیگر افرادی که در تنظیم هیجانات و یادآوری خاطرات هیجانی منفی مشکل ندارند یا از راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان استفاده می‌کنند، انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری داشته و خاطرات هیجانی مثبت بیشتری را در موقعیت‌ها گزارش می‌کنند، قادر به تحمل مشکلات و چالش‌های زندگی و ناراحتی هستند که این امر منجر به کاهش مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) و افزایش بهزیستی روانشناختی، اجتماعی و هیجانی آن‌ها می‌شود.

همچنین یافته‌های روایی افتراقی نشان داد که بین سه گروه (بیماران افسرده، افراد اقدام‌کننده به خودکشی و افراد عادی) در مؤلفه‌های درد ذهنی به استثنای ترس از تنهایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$)؛ به عبارت دیگر بیماران افسرده و افراد اقدام‌کننده به خودکشی نسبت به افراد عادی از درد ذهنی بالاتری برخوردار بودند. همچنین نتایج زوجی گروه‌های افسرده و افراد اقدام‌کننده به خودکشی نشان داد که بیماران افسرده در عامل پوچی / بی‌ارزشی، سردرگمی / آشفتگی هیجانی، فقدان کنترل، تغییرناپذیری، فاصله‌گیری / از خودبیگانگی نمرات پایین‌تری به دست آوردند. این نتایج با مطالعات (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ون‌هرینگن و همکاران، ۲۰۱۰؛ می و همکاران، ۲۰۱۱؛ لی و همکاران، ۲۰۱۴؛ سدا و همکاران، ۲۰۱۴؛ میرویک و همکاران، ۲۰۱۵؛ ترویستر و همکاران، ۲۰۱۶) همخوانی دارد.

بنابراین تفاوت عامل‌های شناسایی شده (۶ عامل) با پژوهش اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) می‌تواند با وابستگی سؤالهای پرسشنامه به حالات هیجانی آزمودنی‌ها قابل توجیه باشد. یافته‌های این پژوهش نیز همسانی درونی قابل قبولی را برای نسخه فارسی پرسشنامه درد ذهنی نشان داد. این یافته‌ها با پژوهش‌های (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ون‌هرینگن و همکاران، ۲۰۱۰؛ می و همکاران، ۲۰۱۱؛ لی و همکاران، ۲۰۱۴؛ زی و همکاران، ۲۰۱۴؛ سدا و همکاران، ۲۰۱۴؛ ترویستر و همکاران، ۲۰۱۵). همخوانی دارد. در این پژوهش ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای ۴۴ سؤال پرسشنامه درد ذهنی ۰/۹۶۶ و برای عامل پوچی و بی‌ارزشی ۰/۹۵۲، عامل سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰/۸۹۳، عامل فقدان کنترل ۰/۸۷۷، عامل تغییرناپذیری ۰/۸۷۲، عامل فاصله‌گیری اجتماعی / از خود بیگانگی ۰/۸۶۹ و عامل ترس از تنهایی ۰/۶۱۷ بدست آمد.

همچنین یافته‌های مربوط به روایی همگرا نشان داد که پرسشنامه درد ذهنی و مؤلفه‌های آن با مقیاس افسردگی، اضطراب و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/01$)؛ و با شفقت به خود و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت ارتباط منفی و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/01$). به عبارتی هرچه افراد از درد ذهنی بیشتری برخوردار باشند از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی، افسردگی، اضطراب بیشتر و از شفقت به خود و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت پایین‌تری برخوردارند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ون‌هرینگن و همکاران، ۲۰۱۰؛ می و همکاران، ۲۰۱۱؛ لی و همکاران، ۲۰۱۴؛ زی و همکاران، ۲۰۱۴؛ سدا و همکاران، ۲۰۱۴؛ میرویک و همکاران، ۲۰۱۵؛ ترویستر و همکاران، ۲۰۱۶) همخوانی دارد.

نهایی همین ۴۴ گویه لحاظ شد. این مقاله بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی را در فرهنگ ایرانی توضیح داد. پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی با یک گروه آیت‌های جامع (استفاده از جنبه‌های مختلف تجربه‌های ذهنی) تنظیم شد؛ و از طریق مراحل چندگانه بازبینی و با روش‌های تحلیل عامل اکتشافی توسعه یافت. این مقیاس یک ساختار ۶ عاملی با همبستگی درونی مناسب را نشان می‌دهد و برای روایی همگرا آن با پرسش‌نامه‌های افسردگی، اضطراب، شفقت به خود و دشواری تنظیم شناختی هیجان محاسبه شد که دارای روایی همگرای مناسبی بود. از سوی دیگر برای تضمین قطعیت نتایج با مقایسه آن در دو گروه بالینی (بیماران افسرده و افراد اقدام‌کننده به خودکشی) و افراد عادی، روایی افتراقی قابل قبولی داشت؛ بنابراین به نظر می‌رسد با توجه به سهولت اجرا، سهولت نمره‌گذاری، سهولت تعبیر و تفسیر، قابلیت اجرا به صورت فردی و گروهی، عملی بودن و روایی و پایایی مناسب، پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری درد ذهنی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در جمعیت‌های نوجوانان، جوانان و بزرگسالان باشد و محققان می‌توانند از آن به عنوان ابزاری معتبر در پژوهش‌های روان‌شناختی و سلامت استفاده کنند.

پژوهش حاضر محدودیت‌های دارد که باید در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد. اولاً فقدان نسبی تنوع در برخی نمونه‌ها (مثلاً نمونه دانشجوی با میانگین سنی ۲۳ سال) ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را تعدیل کند، دوماً در این پژوهش ما ضریب آزمون بازآزمون را محاسبه نکردیم به همین منظور توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده روایی آزمون بازآزمون محاسبه شود، سوماً تمام داده‌ها به روش شناسی خودگزارش دهی جمع‌آوری شده است بنابراین مستعد

ترویستر و همکاران، ۲۰۱۵؛ میرویک و همکاران، ۲۰۱۶) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، درد ذهنی به بهترین وجه ممکن به عنوان دامنه وسیعی از تجربه‌های ذهنی مشخص می‌شود که تحت عنوان آگاهی از تغییرات منفی در خود و عملکرد توأم با احساسات منفی مشخص می‌شود. عوامل مختلف نشان دهنده تغییرات منفی مجزا در خودپنداره، تعریف خود و عملکرد خود می‌باشند که بیانگر جنبه‌های تجربی مختلف این تغییرات هستند. مفهوم سازی و بررسی ما از درد ذهنی نشان می‌دهد که درد ذهنی را می‌توان از حالات مرتبط با خلق مانند افسردگی تشخیص داد. برای مثال پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) یک مقیاس رایج برای شدت افسردگی، مستلزم این است که شرکت‌کنندگان فهرستی از احساسات خاص (مثلاً غم، بدبینی و احساس گناه)، رفتارهای خاص (مثلاً گریه کردن، عدم تصمیم‌گیری و عدم علاقه به فعالیت‌های جنسی) و تجربه‌های خاص (مثلاً بی‌حوصلگی و احساس شکست) را علامت بزنند. لذا تشخیص افراد مبتلا به افسردگی با استفاده از پرسشنامه BDI-II به خودی خود تصویر پیچیده‌ای از تجربه‌های ذهنی را نشان نمی‌دهد این در حالی است که پرسشنامه درد ذهنی تصویری گسترده و چندبعدی از روابط درونی پیچیده که تجربه درد ذهنی را ایجاد می‌کند فراهم می‌کند تا «احساسی» که فرد از این تجربه ذهنی‌اش دارد را نشان دهد. با توجه به مطالب گفته شده می‌توان بیان کرد که طبیعی است که افراد اقدام‌کننده به خودکشی در مقایسه با بیماران افسرده نمرات بالاتری به دست بیاورند.

در نهایت نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که اکثر شاخص‌های نیکویی برآزش و مسیرهای استاندارد معنادار بودند و شش بعد پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی با ۴۴ گویه مورد تأیید قرار گرفت که در فرم

تجربیات ذهنی را در ارتباط با رفتار دیگران می‌سنجد، به جای اینکه فقط رفتارهای دیگران را یادآوری کند (برای مثال سبک‌ها/ کاربست‌های والدینی). علاوه بر این یافته‌های ما تأیید می‌کند که OMMP در نسخه ایرانی برای گروه‌های سنی یک ابزار ارزیابی قوی و مفید برای کاربست بالینی و پژوهش در مورد افراد اقدام کننده به خودکشی، بیماران افسرده و افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است؛ و از این ابزار به عنوان مقیاسی برای تشخیص حساسیت اثر مداخلات درمانی می‌تواند سود برد. همچنین پیشنهاد می‌شود رابطه چندبعدی درد ذهنی با متغیرهای مختلف نظیر احساس تنهایی، سوءمصرف مواد، کودک‌آزاری، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، رفتارهای تکانشی، سبک‌های دلبستگی، فرزندپروری، هویت، اختلالات شخصیت، اختلال اضطراب اجتماعی، افسردگی، نگرانی، رفتارهای خودآسیبی مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص درد ذهنی در مراکز درمانی و روابط این سازه با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. در نهایت پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش، مسئولان بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه که با ما در انجام این پژوهش همکاری لازم را داشته‌اند نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

فصلنامه توانبخشی، ۲۹ (ویژه نامه مسلسل ۲۹)،

۸۰-۸۶

زیمرمن، م. (۲۰۱۳). راهنمای مصاحبه بالینی بر مبنای

DSM-5، ترجمه توکلی‌امی تیس (۱۳۹۴).

انتشارات ابن سینا، تهران: چاپ اول.

محدودیت‌های استفاده از یک روش ساده جمع‌آوری داده‌هاست؛ بنابراین در پژوهش‌های بعدی مهم است که علاوه بر استفاده از پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات برای قطعیت بیشتر استفاده شود. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که ضمن تشخیص نمرات برش دقیق این ابزار به یک تشخیص باثبات برسند. اگر چه نتایج پژوهش ما ساختار ۶ عاملی را در نمونه دانشجویان ایرانی تأیید کرد که این امر نشان دهنده مناسب بودن مدل پیشنهادی برای ارزیابی پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی است، پژوهش‌های بعدی باید در صدد اطمینان از کوتاه بودن و معقول و منطقی بودن مدل بوده و عدم تغییرات و پراکندگی در دیگر نمونه‌ها را بررسی و آزمون نمایند. به دلیل اینکه یک نمونه دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه از جامعه مورد استفاده قرار گرفت، پژوهش‌های بعدی باید ساختار مقیاس را با استفاده از نمونه معرف از دیگر مناطق جغرافیایی و نیز با استفاده از نمونه جمعیت بالینی تکرار نمایند. به هر حال در آینده پژوهش‌ها باید در صدد تکرار یافته‌های حاضر با استفاده از دیگر ابزارها مانند مصاحبه‌های رودرو یا ابزارهای مشاهده‌ای باشند. با این وجود این پژوهش در توسعه ابزارهای موجود برای گروه‌های سنی نوجوانان، جوانان و بزرگسالان، نقش داشته، بخصوص ابزارهایی که احساسات فرد در مورد

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی

مقیاس اضطراب بک. گزارش پژوهشی، دانشگاه

تهران.

دابسون، کیت. استفان و محمد خانی، پروانه (۱۳۸۶).

مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲

در یک نمونه مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی.

- Suffering. Chicago, Beacon Press. <https://www.amazon.com/Disease-Pain-Sacrifice-Psychology-Suffering/dp/0807029718>.
- Barrett, D. A. (1999). Suffering and the process of transformation. *Journal Pastoral Care*. 53 (4), 461-472.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*. 97 (1), 90-113.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *BDI-II manual*. San Antonio: Pearson. (Pag 360-365).
- Beck, A. T. & Streer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory*. The Psychological Corporation: New York.
- Beck, A. T., Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Bolger, E. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 9 (3), 342-62.
- Bryant, B. F., & Yarnold, P. R. (1995). *Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis*. In L. G. Grime & P. R. Yarnold (Eds.), Reading and understanding multivariate statistics (pp.99-136). Washington DC: American psychiatric Association.
- Cáceda, R., Duran, D., Cortes, E., Prendes-Alvarez, S., Moskovciak, T., Harvey, P. D., Nemeroff, C. B. (2014). Impulsive choice and psychological pain in acutely suicidal depressed patients. *Psychosomatic Medicine*. 76 (6), 445-451.
- Cassell, E. J (1999). Diagnosing suffering: a perspective. *Annals of Internal Medicine*. 131 (7), 531-534.
- سامانی، س و صادقی، ل. (۱۳۸۹). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱ (۱)، ۵۱-۶۲.
- عربی، ا و باقری، م. (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گری راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶ (۲ پیاپی ۲۲)، ۷۲-۸۷.
- عقبلی، م و افضل‌ی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی تمرینات تنفسی یوگا بر درد مزمن، اضطراب، بهزیستی جسمانی و روانی در زنان مبتلا به ام اس شهر گرگان. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵ (۲۰)، ۱۰۹-۱۲۴.
- فتی، ل؛ بیرشک، ب؛ عاطف وحید، م. ک و دابسون، ک. د. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذار / طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهارچوب مفهومی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۱، ۳۲۶-۳۱۲.
- مؤمنی، ف؛ شهیدی، ش؛ موتابی، ف و حیدری، م. (۱۳۹۳). نقش تشخیصی نقص در تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی و خوددوست‌داری در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان عادی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۹ (۳۴)، ۱۴۷-۱۷۲.
- هومن، ح.ع و عسگری، ع. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی: دشواری‌ها و تنگنای‌های آن. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۵ (۲)، ۱-۲۰.
- Bakan, D. (1968). *Disease, Pain, and Sacrifice: Toward a Psychology of*

- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. H. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30 (8), 1311-1327.
- Gillies, J., Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief and the search for significance: towards a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*. 19 (1), 31-65.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recover*. New York: Basic Books. Pag (211-213).
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 33 (4); 224-232.
- Iacobucci D. (2010). Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics. *Journal of Consumer Psychology*. 20 (1), 90-98.
- Kearsley, J. H. (2010). The therapeutic use of self and the relief of suffering. *Cancer Forums*. 34 (2), 98-101.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Second Edition, The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012.
- Li, H., Xie, W., Luo, X., Fu, R., Shi, C., Ying, X., Wang, N., Yin, Q., Wang, X. (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 44 (1), 78-88.
- Maroco, J. (2010a). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. [Analysis of structural equations: Theoretical foundations, software and applications]. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- DeLisle, M. M., Holden R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 42 (1), 46-63.
- Engel, G. L. (1969). *Pain; in Mac Bryde CM (ed): Signs and Symptoms. Applied Pathological Physiology and Clinical Interpretation*. Philadelphia, Lippincott, pp: 44-61.
- Fertuck, E. A., Kara, E., and Stanley, B. (2016). The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 3 (2), 2-8.
- Fertuck, E. A., Kara, E., and Stanley, B. (2016). The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 3 (2), 2-8.
- Frankl, V. E. (1961). *Logotherapy and the challenge of suffering; in Hoeller K (ed): Readings in Existential Psychology and Psychiatry*. Seattle, Review of Existential Psychology and Psychiatry. pp 63-67.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning*. New York, First Washington Square Press.
- Freud, S. (1959). *Inhibition, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Ed. and Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 20)*. London: Hogarth Press (Original work published 1926).
- Garnefski, N., and Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*. 23(3),141-149.

- Suicide and Life-Threatening Behavior*. 38, 116-121.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 18 (3), 250-255.
- Sandler, J. (1962). Psychology and psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*. 35, 91-100.
- Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 29 (4), 287-294.
- Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 29(4), 287-294.
- Tossani, E. (2013). The Concept of Mental Pain. *Psychother Psychosom*. 82 (2), 67-73.
- Troister, T., D'Agata, M. T, Holden, R. R. (2015). Suicide risk screening: comparing the beck depression inventory-II, beck hopelessness scale, and psychache scale in undergraduates. *Psychological Assessment*. 27 (4), 1500-1506.
- Van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaet, M., Soenen, L., Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research*. 181,141-144.
- Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang, N., Yin, Q., Zou, Y., Cui, Y., Wang, X., Shi, C. (2014). Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 70 (7), 681-692.
- Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*. 45 (11), 1504-1510.
- Meerwijk, E. L, Weiss, S. J. (2011). Toward unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss & Trauma*. 16, 402-412.
- Meerwijk, E. L, Ford, J. M, Weiss, S. J. (2015). Resting-state EEG delta power is associated with psychological pain in adults with a history of depression. *Biological Psychology*. 105, 106-114 .
- Meerwijk, E., Weiss, S. J. (2016). *Does suicidal desire moderate the association between frontal delta power and psychological pain?* Peer J4: e1538;
- Nahalie, L. S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A., Apter, A., Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: a pathanalysis. *Comprehensive Psychiatry*. 55 (4), 944-951.
- Nieto R., Raichle, K. A., Jensen, M. P., Miró, J. (2012). Changes in pain-related beliefs, coping, and catastrophizing predict changes in pain intensity, pain interference, and psychological functioning in individuals with myotonic muscular dystrophy and facioscapulohumeral dystrophy. *The Clinical Journal of Pain*. 28(1), 47-54. Doi.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatment Behavior*. 33(3), 219-30.
- Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A. A., Tatarelli, R., Girardi, P. (2008). Psychache and suicide: a preliminary investigation.

ردیف	سؤالات پرسشنامه درد ذهنی (Mental Pain)	کاملاً مخالفم	مخالفتم	تا حدی موافقم	موافقم	کاملاً موافقم
۱	هیچ کس به من علاقه ندارد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	من کاملاً درمانده‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	من در درونم احساس آشفتگی هیجانی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	اصلاً نمی‌توانم هیچ کاری انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	من از هم خواهم پاشید.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	من از آینده می‌ترسم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	همه مرا طرد کرده‌اند.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	من غرق در احساساتم هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	من کاملاً شکست خورده‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	من چیزی رو از دست دادم که هرگز دوباره به دست نخواهم آورد.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	من احساس کرحتی و مرده بودن می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	من احساس طرد شدگی و تنهایی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	من کنترلی بر روی زندگیم ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	احساساتم همیشه تغییر می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	نسبت به خودم بیگانه‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	دیگران از من متنفر هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	احساس می‌کنم که دیگر مثل سابق نیستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	من بی ارزشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	احساس می‌کنم فلج شده‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	من نمی‌توانم تمرکز کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	من نمی‌توانم با خودم روراست باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲	هرگز موقعیت دشوار تغییر پیدا نخواهد کرد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	احساس می‌کنم انگار که واقعی نیستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴	مشکلاتی در تفکر دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
R ۲۵	من به حمایت افراد دیگر نیاز دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶	دنیا برای همیشه تغییر کرده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۷	احساس سردرگمی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۸	بر آن چیزی که در درون من روی می‌دهد کنترلی ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۹	هرگز نمی‌توانم دردم را کاهش دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۰	زندگی من متوقف شده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۱	نمی‌دانم از آینده چه انتظاری دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۲	همیشه چیزی در زندگی من آسیب دیده بود.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۳	در مورد خودم و زندگیم تردید دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۴	من هرگز آن آدم سابق نخواهم شد.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۵	در احساساتم فرازونشیب زیادی وجود دارد.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۶	من کنترلی بر روی موقعیت ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۷	می‌خواهم دیگران مرا تنها بگذارند.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۸	اهدافی برای آینده ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳۹	هیچ خواسته‌ای ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴۰	دوست ندارم با افراد دیگر صحبت کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴۱	من نمی‌توانم معنایی در زندگیم پیدا کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
R ۴۲	نمی‌توانم تنها بمانم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴۳	نمی‌توانم آن چیزی را که برای من روی می‌دهد تغییر دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴۴	درد هرگز از بین نمی‌رود (کاهش پیدا نخواهد کرد).	۱	۲	۳	۴	۵