

Original Article

The Validation of Somatization Inventory in the Students of Tabriz Universities (Iran)

Karim Abdolmohammadi^{1}, Farhad Ghadiri Sourman Abadi², Niloufar Sadat Seyed Pourmand³,
Mohammad Reza Falsafinejad⁴*

¹Department of Psychology,
Payame Noor University,
Tehran, Iran.

²Department of Psychology,
Faculty of Literature &
Humanities, Urmia
University, Urmia, Iran.

³Department of Psychology,
Faculty of Educational
Sciences & Psychology,
Kharazmi University,
Tehran, Iran.

⁴Department of Psychology,
Faculty of Educational
Sciences & Psychology,
University of Allameh
Tabataba'i, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:**
Karim Abdolmohammadi,
Department of Psychology,
Payame Noor University,
Tehran, Iran.

Email:

karim.abdolmohamadi@yahoo.com

Received: 22 Oct, 2016

Accepted: 21 Dec, 2016

Abstract

Background and Objectives: As somatization is an one-dimensional approach and long questionnaires has no appropriate clinical and research application, therefore introduction of short questionnaires seems to be necessary. The somatization Inventory (PHQ-15) is a short self-report questionnaire for the assessment of somatization symptoms in non-clinical and clinical samples. This research was performed with the purpose of validating PHQ-15 questionnaire in students of Tabriz universities.

Methods: In this cross-sectional survey study, 360 university students, were selected by stratified sampling method in 2013 and were assessed using Somatization Inventory (PHQ-15), and Symptom Checklist-90 (SCL-90). The concurrent validity was assessed through simultaneous implementation of SCL-90 scale.

Results: The correlation coefficient of PHQ-15 and SCL-90 scores, were, respectively, 0.77 and significant ($p=0.001$). The internal consistency of the scale was calculated to be 0.76 using Cronbach's alpha coefficient.

Conclusion: According to the results of this study, in the Iranian population, the somatization Inventory (PHQ-15) is an appropriate and short tool for screening in somatization-related researches.

Keywords: Somatoform disorders; Mental disorders; Validation studies.

اعتبارسنجی پرسشنامه جسمانی کردن در دانشجویان دانشگاه‌های تبریز

کریم عبدالمحمدی^{۱*}، فرهاد غدیری سورمان آبادی^۲، نیلوفر السادات سیدپورمند^۳، محمدرضا فلسفی نژاد^۴

چکیده

زمینه و هدف: از آنجا که جسمانی کردن، رویکردی تک‌بعدی است و استفاده از پرسشنامه‌های طولانی، کاربرد بالینی و پژوهشی مناسبی ندارد؛ بنابراین معرفی پرسشنامه‌های کوتاه، الزامی به نظر می‌رسد. پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-۱۵)، ابزار خودسنجی کوتاهی برای سنجش نشانگان جسمانی کردن در گروه بالینی و غیربالینی می‌باشد. این پژوهش با هدف اعتبارسنجی پرسشنامه PHQ-۱۵ در دانشجویان دانشگاه‌های تبریز انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه زمینه‌یابی مقطعی، ۳۶۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای در سال ۱۳۹۲، انتخاب و با پرسشنامه جسمانی کردن PHQ-۱۵ و مقیاس جسمانی کردن SCL-۹۰ مورد آزمون قرار گرفتند. روایی همزمان با اجرای همزمان مقیاس جسمانی کردن SCL-۹۰ سنجیده شد.

یافته‌ها: ضریب همبستگی نمرات (PHQ-۱۵) و SCL-۹۰ برابر ۰/۷۷ و معنی‌دار بود ($p=0/001$). همسانی درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ محاسبه گردید.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، در جمعیت ایرانی، پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-۱۵) ابزار مناسب و کوتاهی برای غربالگری در پژوهش‌های مرتبط جسمانی کردن می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات روانی با علائم جسمانی؛ اختلالات روانی؛ مطالعات اعتبارسنجی.

^۱گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

^۲گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

^۳گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

^۴گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

کریم عبدالمحمدی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران؛

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Abdolmohammadi K, Ghadiri Sourman Abadi F, Seyed Pourmand NS, Falsafinejad MR. The Validation of Somatization Inventory in the Students of Tabriz Universities (Iran). Qom Univ Med Sci J 2018;11(12):61-67. [Full Text in Persian]

آدرس پست الکترونیکی:

karim.abdolmohamadi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۳۰

مقدمه

اختلالات شبه جسمی، اختلالاتی هستند که افراد مبتلا به آن شکایات جسمی دارند و در اثر شرایط شناخته شده پزشکی یا مصرف دارو به وجود نیامده است (۱). طبق گزارش‌ها، حدود ۲۲٪ از بیماران در مراکز مراقبت‌های اولیه از نشانه‌های فیزیکی شکایت می‌کنند، ولی هیچ پایه و اساس پزشکی که بتوان با آزمایش‌های عینی و قابل مشاهده مشخص کرد، وجود ندارد (۲). جسمانی کردن (Somatization)، یکی از اختلالات شبه جسمی است که حتی به بیان برخی، شدیدترین نوع اختلال در بین سایر اختلالات شبه جسمی بوده (۳)، و معاینات پزشکی نیز قادر به توضیح علت آن نمی‌باشد (۴). واژه جسمانی کردن توسط Stekel (سال ۱۹۰۸) مطرح گردید (۵). این واژه هرچند اختلالی است که از زمان مصر قدیم شناخته شده و نام اولیه‌اش هیستری (مشق شده از کلمه یونانی Hysteria به معنی رحم جدا شده) بوده است، به اشتباه تصور می‌شود که فقط زنان را دچار می‌کند. در سال ۱۸۵۹ یک پزشک فرانسوی به نام Paul Briquet با توجه به تعدد علائم و دستگاه‌های مبتلا، به سیر معمولی مزمین بیماری اشاره کرد و همین توجه و مشاهدات باعث گردید مدتی این اختلال به سندرم بریکه شهرت یابد (۶). اختلال جسمانی کردن در سیستم‌های مراقبت بهداشتی (۷) و فرهنگ‌های مختلف، یک مشکل شایع به شمار می‌رود (۴). این اختلال از مشکلات عمده سلامت عمومی بوده که مبتلایان به ندرت برای درمان به روانشناسان مراجعه می‌کنند (۸). افراد مبتلا به جسمانی کردن معمولاً از طبقات پایین بوده و تحصیلات و فرهیختگی روانی آنها نیز نسبتاً پایین است (۹). با توجه به هزینه‌های درمانی بسیار بالا، این اختلال مورد توجه سیستم مراقبت بهداشتی قرار دارد (۱۰). علاوه بر هزینه‌های بالا، این اختلال از دید بسیاری از درمانگران، در زمره خسته کننده‌ترین اختلالات برای درمان می‌باشد (۱۱). از ویژگی‌های اختلال جسمانی کردن، طولانی بودن مدت درمان است؛ در نتیجه غیبت فراوان از کار یکی از ویژگی‌های این بیماران محسوب می‌شود (۱۲). علاوه بر مطالب مطرح شده، از نظر فردی نیز این بیماری بسیار مشکل آفرین بوده و از طرف بیمار، نارضایتی بالایی گزارش شده است (۱۳).

اختلال جسمانی کردن در بین اختلالات شبه جسمی از لحاظ پایداری و ثبات در تشخیص، معتبرترین اختلال است (۱۴). برای تشخیص این اختلال، بیمار باید حداقل از چهار علامت دردناک، دو علامت معدی - روده‌ای، یک علامت جنسی و یک علامت شبه عصبی شاکی باشد (۶). به همین سبب بیماران مبتلا به اختلال جسمانی کردن هنگام مراجعه به درمانگر، در مقایسه با بیماران مبتلا به دیگر اختلالات شبه جسمی به بیان مشکل در چندین حوزه مختلف بدن می‌پردازند (۱۵).

با توجه به اهمیت ذکر شده در موقعیت‌های درمانی، پژوهشی و حتی زندگی روزمره، در بسیاری از موارد لازم است این اختلال اندازه‌گیری شود. یکی از ابزارهای غربال، اختلال جسمانی کردن (Patient Health Questionnaire 15-Item, PHQ-15) است که کارکرد بهتری نسبت به دیگر ابزارهای غربال این اختلال دارد (۱۳). همچنین یکی از ویژگی‌های این مقیاس در مقایسه با دیگر ابزارهای غربال جسمانی کردن با ۵۳ آیتم یا ۳۷ آیتم، خلاصه بودن این مقیاس است (۱۰)، و این مسئله باعث می‌گردد در مطالعات بالینی برای غربال جسمانی کردن، از این مقیاس به صورت گسترده استفاده شود (۱۶). مقیاس PHQ-15، قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علامت جسمانی آزاردهنده را از مردم می‌پرسد. ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع‌ترین علائم جسمانی کردن است که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی (DSM-IV) مطرح شده است (۱۳). این ۱۵ علامت جسمانی مطرح شده در این پرسشنامه، بیش از ۹۰٪ علائم فیزیکی را که در مراکز مراقبت‌های اولیه مطرح است، دربرمی‌گیرد و مطالعات انجام شده تأیید کرده‌اند این علائم جسمانی دارای بسامد بالایی بوده و به تنهایی یا به همراه اختلالات روانی دیگر نیازمند مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند (۱۷). همان‌طور که مطرح گردید جسمانی کردن با تداوم نشانه‌های غیرقابل توضیح از نظر پزشکی مشخص شده که همین مسئله باعث می‌شود تشخیص این اختلال همیشه چالش‌انگیز باشد (۷)، و بیماران مبتلا معمولاً قبل از اینکه شناسایی شوند به پزشکان متعدد با تخصص‌های متفاوت مراجعه می‌کنند (۱۰). لذا وجود یک پرسشنامه استاندارد برای شناسایی این افراد ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به مباحث مطرح شده، هدف اصلی این پژوهش، هنجاریابی آزمون PHQ-۱۵ بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر به روش زمینه‌یابی از نوع مقطعی انجام گرفت. ابتدا پرسشنامه PHQ-۱۵ توسط محقق به فارسی برگردانده شد و از ۲ نفر متخصص زبان انگلیسی خواسته شد تا ماده‌های برگردانده شده فارسی را به انگلیسی ترجمه معکوس کنند؛ آنگاه شکاف‌های موجود در تطابق دو ترجمه اصلاح گردید، سپس آزمون حاصل روی چند آزمودنی به صورت آزمایشی اجرا و اشکالات پیش آمده برای کاربرد نهایی اصلاح شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز و پیام نور تبریز تشکیل می‌دادند. با احتساب قواعد مرسوم هنجاریابی، برای هر سؤال پرسشنامه باید حداقل ۲۰ نفر انتخاب شود. برای تحقیق حاضر نیز ۳۰۰ نفر انتخاب شد که برای بهبود کیفیت کار برای هر سؤال، ۲۳ نفر در نظر گرفته شد و در مجموع، ۳۶۰ دانشجو با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. با وجود اینکه این تحقیق یک مداخله بالینی نبود، ولی برای اطمینان به نتایج به دست آمده، تلاش گردید تا از هر دو جنس در آزمون با توجه به نسبت حضور در دانشگاه استفاده گردد و از سویی بازه سنی ۲۶-۱۸ سال به عنوان معیار سن در نظر گرفته شد؛ زیرا هدف، هنجار کردن این پرسشنامه در بین جوانان بود و دانشجویان دارای اختلال فیزیکی شدید در این تحقیق شرکت داده نشدند و احتمال داده شد که وجود اختلال فیزیکی شدید باعث پاسخ سوگیرانه آزمودنی‌ها شود. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، پرسشنامه‌های ناقص (شامل ۲۲ مورد) از تحقیق کنار گذاشته شدند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، مقیاس جسمانی کردن چک‌لیست SCL-۹۰ و پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-۱۵) اجرا گردید. به منظور رعایت اخلاق پژوهش و حقوق آزمودنی‌ها، نخست محقق خود را به دانشجویان معرفی و هدف تحقیق را بیان کرد، سپس هم به صورت شفاهی (پیش از اجرا) و هم به صورت کتبی (ذکر شده در بخش نخست پرسشنامه) خاطر نشان گردید "اطلاعات درخواستی در این پرسشنامه‌ها، صرفاً به منظور اهداف پژوهشی است و جهت اطمینان شما،

بجز تعیین جنسیت و سن، نیازی به ذکر نام، نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی نیست". در تکمیل همزمان پرسشنامه، ترتیبی داده شد تا تقریباً نیمی از آزمودنی‌ها نخست پرسشنامه PHQ-۱۵، سپس مقیاس جسمانی کردن SCL-۹۰ و نیم دیگر برعکس آن را تکمیل کنند؛ بدین صورت اثرات ناشی از ترتیب تکمیل پرسشنامه‌ها کنترل گردید. تعداد ۱۶ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند که در نتیجه، نمونه نهایی مورد پژوهش به ۳۲۴ دانشجو دختر و پسر تقلیل یافت. داده‌ها با استفاده از روش رگرسیون چندمتغیری گام به گام (به منظور بررسی روایی همزمان)، همبستگی پیرسون (جهت بررسی پایایی) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شدند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-۱۵): این پرسشنامه ۱۵ سؤالی برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردن می‌باشد. این مقیاس قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علامت جسمانی آزاردهنده را از پاسخ‌دهنده‌ها می‌پرسد. ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع‌ترین علائم جسمانی کردن بوده که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی (DSM-IV) مطرح شده است (۱۸). پرسشنامه حاضر به صورت لیکرت نمره گذاری شده و سؤالات آن در مورد تجربه درد یا اختلال جسمی در طول ۴ هفته گذشته است که به تجربه زیاد درد، نمره ۲؛ تجربه متوسط درد، نمره ۱ و به عدم تجربه درد، نمره صفر تعلق می‌گیرد. مجموع نمرات، نشان‌دهنده میزان اختلال جسمانی کردن در فرد مورد نظر است؛ به این صورت که کسب نمره کمتر از ۴ در این پرسشنامه، نشان‌دهنده ابتلای خیلی کم، نمره بین ۵-۹، ابتلای کم؛ ۱۰-۱۴، ابتلای متوسط و نمره ۱۵-۳۰، ابتلای شدید به اختلال جسمانی کردن می‌باشد (۱). طبق گزارش‌ها، پایایی و روایی این پرسشنامه در مراکز درمانی و بهداشتی، بسیار بالا بوده است (۱۹، ۲۰). در مطالعاتی که توسط Sing Lee و همکاران (۲۱) انجام گرفت، آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای این پرسشنامه گزارش شد. در مطالعه آزمون - بازآزمون نیز که توسط van Ravesteijn صورت گرفت، مشخص گردید پایایی آزمون اول با آزمون دوم، ۰/۹۱/۵ بوده که نشان‌دهنده پایایی بالای این آزمون است (۱۶).

پرسشنامه سلامت روان (SCL-90-R) (SCL-90-RP)

Questionnaire: این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ به وسیله Derogatis و همکاران براساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی قبلی به صورت و شکل فعلی ارائه و معرفی گردید (۲۲). این آزمون مشتمل بر ۹۰ سؤال ۹ بُعدی است که عبارتند از: جسمانی کردن، اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، وسواس - اجبار، ترس مرضی، روان‌پریشی و پارانوئید. همچنین در این پرسشنامه، ۷ سؤال اضافی وجود دارد که تحت هیچ‌یک از ابعاد ۹ گانه فوق دسته‌بندی نشده و از نظر بالینی دارای اهمیت است و به شاخص‌های کلی آزمون نیز کمک می‌کند. این پرسشنامه توسط حبیب‌زاده در ایران هنجاریابی شد و از پایایی و روایی بالایی برخوردار است (۲۲). امتیازبندی این پرسشنامه ۹۰ سؤالی شامل: پنج درجه (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد، خیلی زیاد) بوده که به هیچ، امتیاز صفر و خیلی زیاد، امتیاز ۴ تعلق می‌گیرد و کسب میانگین امتیاز بالای فرد در هر اختلال (۳ یا بیشتر)، نشانگر مشکل جدی فرد در ارتباط با آن اختلال است (۲۳).

در این پژوهش تنها از مقیاس جسمانی کردن پرسشنامه SCL-90 استفاده شد.

یافته‌ها

فراوانی شرکت کنندگان در طبقات جنسیتی براساس مشخصه‌های آمار توصیفی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه آزمون		
گروه	تعداد (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار
مؤنث	۲۲۵ (۶۲/۵)	۲۱/۸ $\pm$ ۱/۸
مذکر	۱۳۵ (۳۷/۵)	۲۲/۴ $\pm$ ۱/۵
کل نمونه	۳۶۰ (۱۰۰)	۲۲ $\pm$ ۲

در مطالعه حاضر برای محاسبه روایی همزمان پرسشنامه SCL-۱۵، PHQ-۱۵، از خرده‌مقیاس جسمانی کردن پرسشنامه SCL-۱۵ استفاده شد. نتایج نشان داد همبستگی بین دو پرسشنامه، ۰/۷۴ می‌باشد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین به منظور تعیین دقیق‌تر رابطه، از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده گردید. در این مرحله، PHQ-۱۵ به عنوان متغیر پیش‌بین و مقیاس جسمانی کردن SCL-۹۰ به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: تحلیل واریانس و رگرسیون مقیاس SCL-۹۰ براساس مقیاس جسمانی کردن PHQ-۱۵

متغیر وارد شده به معادله	منابع تغییر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F نسبت	سطح معنی‌داری
PHQ-15	رگرسیون	۱۰۵۵/۰۲۶	۱	۱۰۵۵/۰۲۶	۳۷۱/۳۱۸	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۸۵۲/۳۹۱	۳۲۳	۲/۸۴۱		
	کل	۹۵۳/۷۰۹	۳۲۴			

مقدار f، نشانگر ارتباط معنی‌دار بین متغیر پیش‌بین و ملاک است.

نتایج تحلیل حاکی از آن است که متغیر PHQ-۱۵ می‌تواند ۵۵٪ از تغییرات متغیر ملاک؛ یعنی مقیاس جسمانی کردن SCL-۹۰ را پیش‌بینی کند.

اطلاعات مربوط به ضرایب تعیین، خطای معیار برآورد و ضرایب تحلیل رگرسیون فوق در جدول شماره ۳ آمده است. با توجه به ضرایب بتای حاصل از تحلیل رگرسیون، می‌توان نتیجه گرفت بین متغیر پیش‌بین و ملاک، رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۳: اطلاعات مربوط به ضرایب تحلیل رگرسیون مقیاس جسمانی SCL-۹۰ بر پرسشنامه PHQ-۱۵

متغیر وارد شده به معادله	ضریب بتا	نسبت تی	سطح معنی‌داری	ضریب تعیین	خطای معیار برآورد
PHQ-15	۰/۷۴	۱۹/۲۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۶۸

براساس نتایج، ضریب آلفا برای PHQ-۱۵، ۰/۷۶ ($p < ۰/۰۰۱$) به دست آمد.

جهت سنجش همسانی درونی مقیاس، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

بحث

ذهن و بدن، اثرات قوی بر هم دارند و نشانگان جسمانی کردن می‌تواند نتیجه تغییراتی در درون شخص از نظر روانی باشد، به‌رغم وجود ارتباط روشن ذهن، بدن و مورد قبول بودن این ارتباط، از زمان‌های قدیم هنوز علم پزشکی و روانپزشکی نتوانسته برای سبب‌شناسی علائم غیرقابل توضیح جسمی، یک روش متداول و مورد قبول تدوین کند. با این وجود، بیماران منتظر رسیدن پزشکان به یک نتیجه قطعی نبوده و در طول زمان از اختلال خود رنج برده‌اند (۲۴). لذا محققین رشته‌های مختلف که با سلامت عموم افراد درگیر هستند، تلاش کرده‌اند گامی در راستای شناسایی این اختلال بردارند.

هدف مطالعه حاضر، بررسی روایی و پایایی پرسشنامه PHQ-۵ برای اندازه‌گیری اختلال جسمانی کردن در جامعه ایرانی بود. این پرسشنامه به سبب چند ویژگی از جمله جدید بودن، کوتاه و منطبق بودن با ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، گزینه‌ای مناسب برای سنجش بالینی اختلال جسمانی کردن می‌باشد (۱۰). در مطالعه حاضر همسانی درونی پرسشنامه PHQ-۱۵، ۰/۷۶ محاسبه شد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالا بود و این یافته با نتایج مطالعه انجام‌شده Sing Lee و همکاران (۲۱) همخوانی داشت. در پژوهش حاضر برای احراز روایی همزمان، از پرسشنامه SCL-۹۰ استفاده گردید که نتایج به‌دست‌آمده نشان داد روایی همزمان این پرسشنامه، رضایت‌بخش بوده است. براساس نتایج تحلیل همبستگی نیز بین این دو پرسشنامه، ۰/۷۴ همبستگی وجود داشت و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد پرسشنامه جسمانی کردن PHQ-۱۵، ۰/۵۵ از تغییرات مقیاس جسمانی کردن SCL-۹۰ را پیش‌بینی می‌کند.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت این پرسشنامه در کشورها و فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و نتایج به‌دست‌آمده به‌صورت هماهنگ نشان می‌دهد این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی برخوردار است (۲۵).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم امکان دسترسی به بیماران مبتلا به اختلال جسمانی کردن اشاره کرد که براساس این محدودیت و با توجه به گزارش روایی و پایایی بالای این آزمون در مراکز بالینی (۲۰، ۱۹)، پیشنهاد می‌گردد ابزار حاضر در مورد گروه‌های مبتلا به سایر اختلالات شبه‌جسمی نیز اعتباریابی شود.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج این مطالعه، تشابه ضرایب گزارش‌شده در این تحقیق با ضرایب تحقیقات انجام‌شده در فرهنگ اصلی، نشانگر ساده و آسان بودن عبارات آزمون در زبان انگلیسی و نیز در زبان فارسی است و اینکه انطباق نسخه اصلی با فرهنگ ایرانی به‌صورت مطلوب انجام گرفته است؛ بنابراین ابزار حاصل از این پژوهش می‌تواند در مطالعات مربوط به جسمانی کردن در ایران قابلیت کاربردی داشته باشد

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشجویان محترم دانشگاه تبریز، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان و دانشگاه پیام نور تبریز تشکر می‌شود که با نهایت صداقت و بدون هیچ توقعی در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش شرکت کردند.

References:

1. Rief W, Heuser J, Mayrhuber EVA, Stelzer I, Hiller W, Fichter MM. The classification of multiple somatoform symptoms. J Nerv Ment Dis 1996;184(11):680-7.
2. Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. Psychosomatics 1999;40(4):330-8.
3. Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ. Somatization increases disability independent of comorbidity. J Gen Intern Med 2009;24(2):155-61.

4. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med* 2001;63(4):595-602.
5. Mayou R. Somatization. *Psychother Psychosom* 1993;59(2):69-83.
6. Kaplan H, Virginia S. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences. Translation by Pour-Afkari N. Tehran: Shahre-Ab; 2007. [Text in Persian]
7. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007;69(9):881-8.
8. Fink P, Rosendal M. Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(2):182-8.
9. Ford CV. Dimensions of somatization and hypochondriasis. *Neurol Clin* 1995;13(2):241-53.
10. Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(3):140-6.
11. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999;159(10):1069-75.
12. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):903-10.
13. Kroenke K. Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30(4):593-619.
14. Guze S. The validity and significance of hysteria (Briquet's syndrome). *Am J Psychiatry* 1975;132(2):138-41.
15. Escobar JI, Gara M, Silver RC, Waitzkin H, Holman A, Compton W. Somatisation disorder in primary care. *Br J Psychiatry*. 1998;173:262-66.
16. van Ravesteijn H, Wittkamp K, Lucassen P, van de Lisdonk E, van den Hoogen H, van Weert H, et al. Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Ann Fam Med* 2009;7(3):232-8.
17. Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(3):191-9.
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002;64(2):258-66.
19. De Vroeghe L, Hoedeman R, Nuyen J, Sijtsma K, van der Feltz-Cornelis CM: Validation of the PHQ-15 for somatoform disorder in the occupational health care setting. *J Occup Rehabil* 2012;22(1):51-8.
20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: The patient health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(4):345-59.
21. Sing Lee, Yee Ling Ma, Adley T. Psychometric properties of the Chinese 15-item Patient Health Questionnaire in the general population of Hong Kong. *J Psychosom Res* 2011;71(2):69-73.
22. Modabernia, M J, Shojaei Tehrani, H, Fallahi, M, Fagirpour, M (2010). "Standardization of the SCL-90 test in high school and pre-university students in Gilan. *J Guilan Univ Med Sci* 19-65-58:(75). [Full text in Persian]
23. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol* 1977;33(4):981-9.
24. Seifasafari S, Firoozabadi A, Ghanizadeh A, Salehi A. A symptom profile analysis of depression in a sample of Iranian patients (Shiraz-2011). *Iran J Med Sci* 2013;38(1):22-29. [Full Text in Persian]
25. Loewe B, Grafe K, Zipfel S, Witte S, Loerch B, Herzog W. Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patients Health Questionnaire. *Psychother Psychosom* 2004;73(6):386-90.