

ارزیابی روایی و پایایی مقیاس گرفتاری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

امیر قمرانی، سیدحسین سیادتیان*، روح‌الله پیشداد

چکیده

زمینه و هدف: در حال حاضر، مقیاس گرفتاری Gilbert و Allen جهت سنجش گرفتاری در کشورهای مختلف استفاده می‌شود. لذا این تحقیق با هدف تعیین روایی و پایایی مقیاس گرفتاری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

روش بررسی: تعداد ۱۶۲ نفر (۶۰ پسر و ۱۰۲ دختر) از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به صورت تصادفی ساده انتخاب و به ابزار پژوهش پاسخ دادند. برای بررسی روایی مقیاس گرفتاری از روش‌های روایی محتوا، همبستگی گویه‌ها با نمره کل (تحلیل مواد)، همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره کل (تحلیل عوامل) و به منظور بررسی پایایی مقیاس از روش‌های آلفای کرونباخ و پایایی تنصیفی استفاده شد. سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۱ (۹۹٪ اطمینان) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: تحلیل مواد پرسشنامه نشان داد ضرایب همبستگی گویه‌ها با نمره کل در تمام موارد معنی‌دار و بین ۰/۷۶-۰/۴۴ متغیر است. ضریب همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل، برای خرده مقیاس گرفتاری بیرونی ۰/۹۵ و خرده مقیاس گرفتاری درونی ۰/۹۰ برآورد گردید ($p < 0/01$). همچنین تحلیل عوامل؛ حکایت از وجود دو عامل عمومی داشت. علاوه بر این، پایایی درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های گرفتاری بیرونی و درونی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ محاسبه شد. ضریب پایایی تنصیفی مقیاس، ۰/۸۸ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: در مجموع، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد مقیاس گرفتاری از خصوصیات روان‌سنجی رضایت‌بخشی برای استفاده در دانشجویان ایرانی برخوردار است.

کلید واژه‌ها: گرفتاری؛ مقیاس گرفتاری؛ روایی؛ پایایی.

^۱استادیار روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳دانشجوی کارشناس روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

سیدحسین سیادتیان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

h.siadatian@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۷/۲

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۱۵

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Ghamarani A, Siadatian SH, Pishdad R. An investigation of validity and reliability of entrapment scale in the students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Qom Univ Med Sci J 2013;7(6):54-61. [Full Text in Persian]

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی، زندگی میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار داده است (۱). Kaplan و Sadock، شیوع این اختلال را در مردان ۱۵٪ و در زنان ۲۵٪ تخمین زده‌اند. با وجود اینکه تاکنون رویکردهای درمانی گوناگونی برای کنترل اختلال افسردگی طراحی شده است، ولی شیوع آن همچنان بالا می‌باشد. از جمله موارد مهم در شیوع بالای اختلال افسردگی، عود دوره‌های افسردگی است. براساس نتایج پژوهش‌های انجام‌شده میزان عود افسردگی اساسی پس از یک‌سال ۵۰٪ و پس از ۲ سال ۷۵-۶۰٪ می‌باشد (۲)، که به‌نوبه خود، ۶ برابر بیشتر از میزان بروز اختلال افسردگی اساسی است (۳). با توجه به شیوع، همچنین عود بسیار بالای اختلال افسردگی، تاکنون نظریه‌های متفاوتی در تبیین علل افسردگی مطرح شده است که از آن جمله می‌توان به اختلال در عملکردهای زیستی (شامل اختلال در نوروترانسمیترهای مغز، اختلال در هورمون‌های بدن)، زمینه‌های وراثتی، انواع تنش‌ها، داغیدگی، روابط ناسالم و آسیب‌پذیر، درگیری خانوادگی یا زناشویی و غیره اشاره نمود. در این میان، یکی از جدیدترین رویکردهایی که در تبیین اختلال افسردگی ارائه شده است نظریه احساس گرفتاری می‌باشد. گرفتاری یا احساس به تله افتادن، نوع خاصی از تفکر و احساس است، که به تله یا دام افتادن انسان در موقعیتی که تمایل به دوری از آن دارد، اطلاق می‌شود (۴). همچنین احساس گرفتاری به‌عنوان توقف اجبارگونه فعالیت انسان، که همواره روبه افزایش است (۵) و ناتوانی فرد در فرار و گریز از موقعیت، تعریف می‌شود (۶). فردی که احساس گرفتاری را تجربه می‌کند تصور دارد رفتارهای دفاعی وی فاقد کارآیی بوده (۷) و لذا تمایل به گریز از موقعیت جاری دارد؛ در عین حال فکر می‌کند تمام راههای ممکن برای فایق آمدن وی بر این موقعیت مسدود شده است (۸،۴). هرچند نظریه احساس گرفتاری در ابتدا به‌منظور تبیین اختلال افسردگی و سایر رویدادهای استرس‌زا مطرح شد (۹، ۱۰)، اما با این وجود، در سالهای اخیر شواهدی مبنی بر ارتباط احساس گرفتاری، با سایر اشکال اختلالات روانی به دست آمده است. در این راستا، ارتباط احساس گرفتاری با خودکشی، اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلالات اضطرابی به تأیید رسیده است (۱۱).

مکانیسم عمل و تأثیرگذاری احساس گرفتاری در اختلالات گوناگون، به ویژه افسردگی (۴، ۹) از طریق اختلال در حل مسئله و حافظه (۱۶-۱۲) و ایجاد ناامیدی و رفتارهای خودکشی (۱۷) به اثبات رسیده است. در این راستا، Birchwood و همکاران دریافتند در اختلالات روانی شدید، آن دسته از بیمارانی که احساس گرفتاری بیشتری دارند در مقایسه با بیمارانی که احساس کنترل و مدیریت را تجربه کرده‌اند، بیشتر به افسردگی دچار می‌شوند (۱۸).

نظریه گرفتاری نه تنها در حوزه آسیب‌شناسی روانی؛ بلکه در سایر حوزه‌ها از جمله مدیریت نیز دارای اهمیت است. در مطالعات مشخص شده است آن دسته از مدیرانی که احساس گرفتاری بیشتری دارند، از میزان محافظه‌کاری و میزان خودتخریب‌گری بیشتر و خطرپذیری کمتری، برخوردار هستند (۵). تنوع و اهمیت تأثیرات گرفتاری، پژوهشگران مختلف را بر آن داشته تا نسبت به سنجش این سازه اقدام نمایند. در این راستا و براساس دیدگاه‌های موجود، می‌توان دو رویکرد را در ارتباط با سنجش گرفتاری از یکدیگر متمایز ساخت.

رویکرد اول شامل استفاده از روش‌هایی بجز از یک مقیاس مستقل و جداگانه برای سنجش گرفتاری است. در این راستا، از شیوه‌هایی مانند مصاحبه و ارائه یک سؤال در سنجش گرفتاری استفاده می‌شود. در پژوهش Gilbert و همکاران، تنها به افزودن ۱ در انتهای مقیاس افسردگی Bac بسنده شد (۱۹) و یا در پژوهشی دیگر برای سنجش احساس گرفتاری، از مصاحبه شفاهی کوتاه استفاده گردید (۵). منتقدان این رویکرد معتقدند طرح یک سؤال برای اندازه‌گیری یک سازه روان‌شناختی، قابل‌اعتماد نبوده و از نظر آماری فاقد روایی و پایایی می‌باشد (۱۱).

رویکرد دوم در سنجش گرفتاری که در سالهای اخیر گسترش یافته، مبتنی بر استفاده از یک ابزار مستقل و دارای روایی و پایایی است. در این ارتباط، پژوهش Gilbert و Allan که برای ساخت تعیین روایی و پایایی مقیاس گرفتاری انجام شد، قابل استناد می‌باشد (۴). این پژوهشگران با استفاده از دو گروه نمونه شامل دانشجویان و افراد مبتلا به اختلال افسردگی؛ روایی و پایایی مقیاس گرفتاری را مطلوب ارزیابی کردند. همچنین همسانی درونی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶-۰/۹۳ و

و پایایی مقیاس گرفتاری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش به روش توصیفی - مقطعی با هدف اعتباریابی پرسشنامه انجام شد. [برای پژوهش‌های توصیفی نمونه‌ای به حجم حداقل (۱۰۰ نفر) و در مطالعات همبستگی حداقل حجم نمونه (۵۰ نفر) برای بیان چگونگی رابطه ضرورت دارد (۲۵) و در هنجاریابی آزمون‌ها، حجم نمونه مطلوب ۱۰۰ نفر یا بیشتر در نظر گرفته می‌شود] (۲۶). با استفاده از فرمول حجم نمونه Cochran و برآورد حداقل میزان خطا ($p < 0.05$, $t = 1.96$, $p = q = 0.5$) نمونه‌ای به حجم ۱۶۲ نفر (۶۰ پسر و ۱۰۲ دختر) با روش تصادفی ساده از بین دانشجویان علوم پزشکی اصفهان انتخاب شد.

مقیاس Gilbert و Allan شامل ۱۶ سؤال است که برای اندازه‌گیری حالت‌های به تله افتادن و تمایل به فرار از آن طراحی شده است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس شامل: گرفتاری بیرونی (External Entrapment) و گرفتاری درونی (Internal Entrapment) می‌باشد. گرفتاری بیرونی مربوط به وقایع و یا شرایط بیرونی و محیطی بوده و سؤال ۱۰-۱ را شامل می‌شود و گرفتاری درونی شرایط داخلی مانند افکار درونی و احساسات را در بر گرفته و شامل سؤالات ۱۶-۱۱ می‌باشد (۴). شرکت کنندگان براساس حالت و هیجاناتی که در طول یک هفته گذشته داشتند، باید به مقیاس پاسخ می‌دادند. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای و از ۰-۴ (نه! این طور نیست: نمره صفر و خیلی زیاد به وضعیت من شباهت دارد: نمره چهار) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر میزان احساس گرفتاری بیشتر فرد را بیان می‌کند. روایی و پایایی مقیاس گرفتاری در پژوهش‌های متعددی مطلوب ارزیابی شده است (۲۱، ۲۰، ۱۱، ۶، ۴). با توجه به اینکه در ایران تاکنون مقیاس گرفتاری ترجمه نشده بود، لذا ابتدا مقیاس توسط ۳ نفر از متخصصین رشته روانشناسی به فارسی ترجمه شد. سپس متن ترجمه شده مقیاس توسط یکی از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد رشته زبان انگلیسی، به انگلیسی برگردانیده شد (ترجمه معکوس) و متن نهایی با نسخه اصلی لاتین مقیاس مقایسه و موارد اختلافی مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، نسخه نهایی

روایی همزمان از طریق اجرای همزمان مقیاس گرفتاری با مقیاس افسردگی Bac، مطلوب ($r = 0.58$ و $p < 0.001$) ارزیابی شد (۴). پس از پژوهش اولیه، Gilbert و Allan در چند پژوهش دیگر نیز روایی و پایایی مقیاس گرفتاری را مورد بررسی قرار دادند. این محققین در پژوهشی که بر روی ۱۹۷ دانشجوی مقطع کارشناسی انجام دادند، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۰ به دست آوردند (۲۰). Taylor و همکاران در دو پژوهش جداگانه از طریق اجرای مقیاس بر روی یک نمونه دانشجویی (۲۳۸ دختر و ۶۷ پسر) و نمونه‌ای متشکل از ۷۸ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۵ به دست آوردند (۲۱، ۱۱). علاوه بر این، در مطالعه دیگری، اعتبار مقیاس گرفتاری در کشور آلمان و رابطه گرفتاری با افسردگی، مطلوب گزارش شد (۶). در مجموع، پژوهش‌های فوق‌الذکر گویای روایی و پایایی مطلوب مقیاس گرفتاری در کشورهای مختلف بوده است. علاوه بر این، در این مطالعات مشخص گردید گرفتاری یک سازه چند بُعدی است که متشکل از ابعاد گرفتاری درونی و بیرونی می‌باشد (۲۰، ۶، ۴).

براساس بررسی‌های به عمل آمده، مقیاس گرفتاری Gilbert و Allan تاکنون در مطالعات متعددی به کار رفته و به عنوان تنها مقیاس معتبر برای سنجش احساس گرفتاری مطرح است. همچنین پژوهش‌های Gilbert و همکاران با عنوان "ارتباط بین فقدان لذت جویی و اضطراب با طبقه اجتماعی، شکست و گرفتاری" (۲۲)، و Richard و همکاران (سال ۲۰۰۲) با عنوان "بررسی خودگزارشی احساس گرفتاری در طول القای کوتاه مدت افسردگی" (۲۳)، Taylor و همکاران (سال ۲۰۰۹) با عنوان "آیا شکست و گرفتاری یک ساختار واحد دارند" (۱۱) و تحقیقی دیگر با عنوان "ارزیابی خود و خودکشی: نقش واسطه‌ای گرفتاری (۲۴)، احساس گرفتاری در اسکیزوفرنی و رابطه آن با افکار خودکشی" قابل استناد می‌باشند (۲۱). در مجموع و براساس مطالعات فوق‌الذکر، مشخص می‌شود مقیاس گرفتاری Gilbert و Allan از کارآیی لازم جهت سنجش احساس گرفتاری برخوردار است، لذا با توجه به جامعیت این مقیاس، همچنین به دلیل اینکه براساس تحقیقات انجام شده، مقیاس مذکور یا مقیاسی معادل آن در داخل کشور یافت نشده است، این مطالعه با هدف تعیین روایی

مقیاس پس از ویرایش ادبی توسط یکی از دانشجویان کارشناسی ارشد زبان و ادبیات فارسی، تهیه گردید. برای سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌ها از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS (برای تحلیل عاملی تأییدی)، ضریب آلفای کرونباخ، دو نیمه کردن و ضریب همبستگی استفاده شد. سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۱ (۹۹٪ اطمینان) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه نمونه 19.9 ± 2.7 سال بود. برای تعیین روایی آزمون از چهار روش: ۱- روایی محتوا؛ ۲- همبستگی گویه‌ها با نمره کل (تحلیل مواد) (Intraclass Correlation Efficient)؛ ۳- ضریب همبستگی پیرسون بین خرده مقیاس‌ها با نمره کل؛ ۴- تحلیل عوامل (اکتشافی و تأییدی) استفاده شد. روایی محتوایی

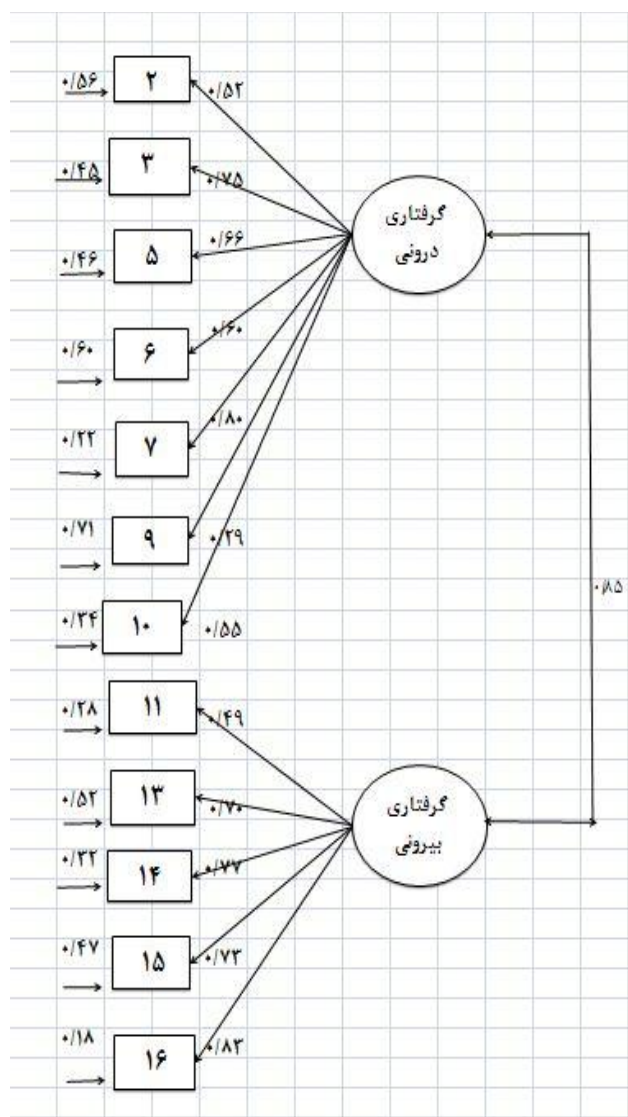
مقیاس گرفتاری، از طریق نظرخواهی از ۴ تن از صاحب‌نظران و متخصصین روان‌شناسی و مطابقت سؤالات به لحاظ محتوایی با مفاهیم و سازه‌های تئوری احساس گرفتاری احراز شد. به‌منظور بررسی تحلیل مواد پرسشنامه، همبستگی بین نمرات آزمودنی‌ها در هر گویه و نمره آنها در کل مقیاس گرفتاری محاسبه گردید. همچنین در این راستا، همبستگی بین نمرات آزمودنی‌ها در هر خرده مقیاس و نمره آنها در کل مقیاس گرفتاری برآورد گردید. ضرایب همبستگی گویه‌ها با نمره کل در تمام موارد معنی‌دار و بین ۰/۷۶-۰/۴۴ متغیر بود. لذا در این مرحله هیچ‌یک از گویه‌ها حذف نشد. همچنین ضریب همبستگی بین خرده مقیاس گرفتاری بیرونی با نمره کل ۰/۹۵ و گرفتاری درونی با نمره کل ۰/۹۰ برآورد گردید (جدول).

جدول: نتایج تحلیل عاملی، تحلیل مواد و همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل مقیاس گرفتاری

شماره گویه‌ها	گویه	عامل اول	عامل دوم	ضریب همبستگی با نمره کل
۱	احساس گرفتاری و درنبودن می‌کنم	-	-	۰/۴۴
۲	میل و اشتیاق شدیدی به فرار از خیلی چیزها در زندگی‌ام دارم	۰/۸۳	-	۰/۷۶
۳	من درگیر روابطی هستم که نمی‌توانم از شر آن خلاص شوم	۰/۵۰	-	۰/۵۶
۴	اغلب احساس می‌کنم علاقه به گریز و فرار دارم	۰/۵۲	۰/۵۴	۰/۷۴
۵	من احساس می‌کنم برای تغییر خیلی چیزها ناتوانم	۰/۷۵	-	۰/۷۱
۶	من در دام تعهدات گرفتارم	۰/۵۴	-	۰/۵۸
۷	من هیچ راهی برای رهایی از موقعیت فعلی‌ام، نمی‌بینم	۰/۶۸	-	۰/۷۱
۸	دوست دارم از افراد حاضر در زندگی‌ام که از من قدرتمندترند، رهایی یابم	۰/۴۸	۰/۵۰	۰/۶۶
۹	من علاقه زیادی دارم از جایی که الان هستم فرار کنم و به مکانی دورتر بروم	۰/۷۱	-	۰/۷۲
۱۰	من احساس می‌کنم تحت سلطه و دربند افراد دیگر هستم	۰/۴۴	-	۰/۶۲
۱۱	من می‌خواهم از خودم نیز فرار کنم	-	۰/۷۰	۰/۷۶
۱۲	من احساس می‌کنم برای تغییر خودم ناتوانم	۰/۵۲	۰/۵۱	۰/۷۶
۱۳	من دوست دارم از افکار و احساساتم خلاص شوم	-	۰/۴۳	۰/۶۰
۱۴	من در درون خودم گرفتار شده‌ام	-	۰/۷۸	۰/۶۹
۱۵	من دوست دارم از آن چیزی که الان هستم فرار کنم	-	۰/۷۷	۰/۷۱
۱۶	من احساس می‌کنم در گودالی عمیق گیر افتاده‌ام و نمی‌توانم بیرون بیایم	-	۰/۷۳	۰/۷۴
	مقدار ارزش ویژه	۸/۳۱	۱/۲۵	۰/۹۵ خرده مقیاس گرفتاری بیرونی
	درصد واریانس تبیین شده	۴۸/۴۰	۷/۳۲	۰/۹۰ خرده مقیاس گرفتاری بیرونی

تمامی ضرایب در سطح $p < 0.01$ معنی‌دار بودند.

که از سوی عامل قابل توضیح است، نشان می‌دهد. پیکان‌های کوچک مشخص‌کننده واریانس باقیمانده (خطا) بوده که به وسیله عامل تبیین نمی‌شود. پیکان دوسویه نیز نشان‌دهنده همبستگی میان عامل‌ها می‌باشد. لازم به یادآوری است تمامی مقادیر عددی بین عامل‌ها و نشانگرها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.



شکل: تحلیل عاملی تأییدی مقیاس گرفتاری

در این مطالعه به منظور پایایی مقیاس، از روش‌های همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ و پایایی تنصیفی (Split-half) استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس گرفتاری بیرونی ۰/۸۷، گرفتاری درونی ۰/۸۸ و کل مقیاس گرفتاری ۰/۹۲ و ضریب پایایی تنصیفی برای کل مقیاس گرفتاری برابر ۰/۸۸ محاسبه شد.

به منظور انجام تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس گرفتاری، ابتدا شاخص KMO (Kaiser Meyer Olkin)، که گویای کفایت نمونه‌گیری است بررسی شد. این شاخص برابر با ۰/۹۰ محاسبه گردید. همچنین آزمون کرویت بارتلت برابر ۱۳۵۸/۹ تعیین شد، که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود و حکایت از معنی‌داری ماتریس همبستگی داده‌ها داشت. نتایج حاصل از این دو، بیانگر مناسب بودن نمونه‌های انتخاب‌شده برای تحلیل عاملی می‌باشد. تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس انجام شد. ملاک استخراج عوامل، شیب منحنی اسکری و مقدار ویژه (Eigen Value) بالاتر از یک بود، که براساس آن، دو عامل عمومی بزرگتر از یک استخراج شد. یافته‌ها نشان داد مقیاس گرفتاری از دو عامل تشکیل شده که با توجه به سؤالات مربوط به هر عامل؛ عامل شماره ۱ با عنوان گرفتاری درونی و عامل شماره ۲ با عنوان گرفتاری بیرونی نامگذاری شد. ارزش ویژه عامل اول و عامل دوم، نیز به ترتیب ۸/۳۱ و ۱/۲۵ بود و در مجموع، این دو عامل ۵۵/۷۲٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. همچنین بررسی بار عاملی گویه‌ها (بار عاملی قابل قبول بالاتر از ۰/۴۰) نشان داد بار عاملی گویه‌ها بین ۰/۸۳-۰/۴۴ متغیر است. در این راستا، گویه شماره ۱ در هیچ‌یک از عوامل، بار عاملی قابل قبولی نداشت و گویه‌های شماره ۴، ۸ و ۱۲ نیز در هر دو عامل، بار عاملی بالاتر از ۰/۴۰ نداشتند، لذا گویه‌های مذکور حذف شده و نسخه نهایی مقیاس با ۱۲ گویه تهیه شد. در نسخه نهایی، مقیاس فرم ۱۲ سؤالی که در پیوست مقاله ضمیمه است شامل: سؤالات ۱-۷ مربوط به عامل گرفتاری بیرونی و سؤالات ۸-۱۲ مربوط به عامل گرفتاری درونی می‌باشد (جدول شماره ۱). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس گرفتاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS برای مدل دو عاملی شامل گرفتاری درونی و بیرونی مشخص کرد، که مدل دو عاملی مقیاس گرفتاری از برازش مناسب برخوردار است. به عبارت دیگر، نتایج تحلیل عاملی، مدل دو عاملی مقیاس شامل گرفتاری درونی و گرفتاری بیرونی را تأیید می‌کند (جدول شماره ۱). در شکل؛ بیضی‌ها، عامل‌ها، مستطیل‌ها، سؤالات مقیاس و پیکان‌های یک‌سویه از بیضی‌ها به مستطیل‌ها نشان می‌دهد کدام عامل بار می‌گیرد. ارزش‌های نوشته‌شده حول پیکان‌ها نیز میزانی از واریانس سؤال را

بحث

این پژوهش با هدف بررسی روایی و پایایی مقیاس گرفتاری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر مبنای نظریه جدید احساس گرفتاری که معتقد است افراد افسرده ابتدا احساس گرفتاری و به دام افتادن نموده و سپس افکار ناامیدانه و افکار خودکشی در آنها فعال می‌شود، انجام شد (۸، ۶، ۴). پژوهش حاضر از این نقطه نظر که از طریق بررسی و تأیید ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس گرفتاری توانست مفاهیم و سازه‌های نظریه احساس گرفتاری را عملیاتی کند، حایز اهمیت است. پس از این، پژوهشگران علاقمند می‌توانند با کاربرد مقیاس گرفتاری در گروه‌های مختلف (اعم از بالینی و غیربالینی) به بررسی کارآیی نظریه احساس گرفتاری در پیش‌بینی و شناسایی افراد افسرده (۶، ۴)، همچنین افراد مبتلا به سایر اختلالات نظیر اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (۱۱) و غیره بپردازند. اهمیت دیگر این پژوهش، با عطف نظر به ویژگی‌های مناسب مقیاس گرفتاری آشکار می‌گردد؛ زیرا مقیاس گرفتاری یک پرسشنامه خودسنجی است که با وجود تعداد گویه‌های کم، می‌تواند درک عمیق و جامعی از احساسات گرفتاری فرد را ارزیابی کرده و از ساختار عاملی بسیار قدرتمند نیز برخوردار باشد.

یافته‌های حاصل از بررسی روایی و پایایی مقیاس گرفتاری در ایران، در حد مطلوب برآورد شد، که با نتایج حاصل از بررسی روایی و پایایی این مقیاس در سایر کشورها همخوانی داشت. در این راستا، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس برای خرده‌آزمون‌ها و نمره کل ۰/۸۷، ۰/۸۸ و ۰/۹۲ برآورد گردید که این نتایج با یافته‌های حاصله در پژوهش‌های خارج کشور که میزان آلفای کرونباخ مقیاس گرفتاری را بین ۰/۸۶-۰/۹۵ برآورد کردند (۲۱، ۱۱، ۶، ۴)، همخوانی داشت. علاوه بر این، نتایج تحلیل عوامل مقیاس نیز همانند نسخه اصلی مقیاس، دو عامل بزرگتر از ۱ با عنوان گرفتاری بیرونی و گرفتاری درونی را نشان داد، که با نتایج تحقیق Gilbert و Allan همخوانی داشت (۴). با این وجود، آنچه در پژوهش حاضر و در بررسی تحلیل عاملی مقیاس قابل تأمل است، حذف ۴ گویه از مقیاس بوده که در این راستا تبیین‌های زیر قابل استناد می‌باشد:

نکته اول آنکه، فلسفه وجودی روش تحلیل عوامل شناسایی، عوامل زیربنایی یک مقیاس و کمک به کوتاه نمودن مقیاس است (۲۷). با این توصیف، حذف ۴ گویه از مقیاس قابل انتظار می‌باشد. از سوی دیگر، این یافته پژوهش در راستای تأکیدات متخصصین روان‌سنجی بوده که معتقدند کوتاه نمودن و مختصر کردن پرسشنامه‌ها، با حفظ روایی و پایایی در سطح مطلوب، موجب افزایش کارآیی آن در زمینه‌های پژوهشی و بالینی شده و بر قوت و امتیازات آن می‌افزاید (۲۸). نکته دیگر، که می‌توان در تبیین این یافته بدان استناد نمود با بررسی سوابق مربوط به تعیین روایی و پایایی مقیاس مشخص می‌گردد، بنابراین قابل ذکر است که ساختار عاملی مقیاس گرفتاری پس از طراحی اولیه آن توسط Gilbert و Allan در سال ۱۹۹۸، تاکنون به جزء یک مطالعه (۲۱) در پژوهش دیگری مورد بررسی قرار نگرفته و بیشتر محققین به بررسی همسانی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ پرداخته‌اند، لذا این احتمال وجود دارد که اگر سایر پژوهشگران نیز به تحلیل ساختار عاملی مقیاس می‌پرداختند، نتایجی در خصوص شناسایی و حذف گویه‌های ضعیف‌تر مقیاس به دست می‌آمد. با این وجود، Taylor و همکاران در پژوهش خود با بررسی ساختار عاملی مقیاس گرفتاری و مقیاس شکست به صورت همزمان نشان دادند برخی سؤالات مقیاس گرفتاری با مقیاس شکست همپوشی داشته و قابل حذف می‌باشد (۲۱). آخرین نکته‌ای که در تبیین این یافته می‌توان بدان اشاره نمود و به صورت همزمان به عنوان یکی از پیشنهادات پژوهش حاضر مطرح کرد؛ عبارت است از تفاوت بین گروه نمونه پژوهش حاضر و گروه نمونه مورد استفاده در پژوهش Gilbert و Allan (۴)، در پژوهش حاضر از گروه نمونه غیربالینی (دانشجویان) استفاده شد، حال آنکه پژوهش Gilbert و Allan (۴) بر روی نمونه‌های افسرده بود، که این تفاوت گروه‌ها می‌تواند به عنوان تبیینی در تفاوت‌های اندک گویه‌ها مطرح باشد. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران آتی به بررسی ساختار عاملی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بر روی گروه‌های بالینی از جمله افراد مبتلا به افسردگی، اختلالات اضطرابی و اقدام‌کنندگان به خودکشی بپردازند. همچنین انجام تحقیقات بیشتر به منظور فراهم‌سازی رتبه‌های درصدی، نمرات استاندارد، نقاط برش، حساسیت و ویژگی مقیاس از دیگر پیشنهادات پژوهشی مطالعه

همان‌طور که پیشتر اشاره گردید، در پژوهش حاضر صرفاً از گروه نمونه دانشجویی استفاده شد، لذا در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر گروه‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. علاوه بر این، نتایج این پژوهش همانند سایر تحقیقات پرسشنامه‌ای، محدودیت‌هایی نظیر تمایل پرسشگران به مطلوبیت اجتماعی و دشوار بودن دستیابی به پاسخ‌های صادقانه را به همراه دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش مؤید آنست که نسخه ایرانی مقیاس رفتاری (فرم ۱۲ سؤالی)، از روایی و پایایی مطلوبی جهت استفاده در دانشجویان ایرانی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که با صبر و دقت ما را در این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌نمایم. لازم به ذکر است این پژوهش بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شده و توسط نویسندگان تأمین اعتبار گردیده است.

حاضر می‌باشد. به نظر می‌رسد پس از تعیین کارآیی مقیاس در پیش‌بینی اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب، و با توجه به ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب، همچنین کوتاه بودن و اجرای آسان و گروهی مقیاس، بتوان زمینه‌های لازم برای بررسی‌های غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر را با استفاده از این مقیاس فراهم نمود؛ چراکه براساس نظریه رفتاری، احساس رفتاری اولین مرحله در پیدایش افسردگی بوده و پس از آن، افکار ناامیدکننده و شناخت‌های معیوب فعال می‌شوند (۱۰، ۶، ۴). از سوی دیگر با عطف‌نظر به نتایج پژوهش Birchwood و همکاران مبنی بر آنکه در اختلالات روانی شدید، آن دسته از بیمارانی که احساس رفتاری بیشتری دارند، در مقایسه با بیمارانی که احساس کنترل و مدیریت را تجربه کرده‌اند، بیشتر به افسردگی دچار می‌شوند (۱۸)، پیشنهاد می‌گردد روانشناسان بالینی و روانپزشکان، با سنجش میزان احساس رفتاری بیمارانشان، مزمن و اقدام برای کاهش و درمان احساس رفتاری آنها، زمینه‌های لازم برای بهبود سریع‌تر بیماری آنها را مهیا کنند. علاوه بر این، متخصصین جهت تعیین پایایی مقیاس‌ها می‌توانند از روش test-retest نیز استفاده کنند.

References:

1. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol* 1995 Feb; 63(1):90-100.
2. Kaplan H, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Translated by Rezaee F. Tehran: Arjmand Press; 2008. p. 58-88. [Text in Persian]
3. Raes F, Hermans D, Williams JM, Beyers W, Brunfaut E, Eelen P. Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *J Abnorm Psychol* 2006 Nov; 115(4):699-704.
4. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychol Med* 1998 May; 28(3):585-98.
5. Arnold WD, Els Sheikh BH. Entrapment neuropathies. *Neurol Clin* 2013 May; 31(2):405-24.
6. Trachsel M, Krieger T, Gilbert P, Grosse Holtforth M. Testing a german adaption of the entrapment scale and assessing the relation to depression. *Depress Res Treat* 2010;20(10):501782.
7. Gilbert P. Depression and stress: A biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms. *Stress* 2001 Jun; 4(2):121-35.
8. Gilbert P. Depression: The evolution of powerlessness. New York: Guilford Press; 1992. p. 123-86.
9. Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychol Med* 1995 Jan; 25(1):7-21.

10. Dixon AK. Ethological strategies for defense in animals and humans: Their role in some psychiatric disorders. *Br J Med Psychol* 1998 Dec; 71(Pt4):417-45.
11. Taylor PJ, Gooding PA, Wood AM, Johnson J, Pratt D, Tarrier N. Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Res* 2010 Jul 30;178(2):244-8.
12. MacLeod AK, Tarbuck AF. Explaining why negative events will happen to oneself: Parasuicides are pessimistic because they can't see any reason not to be. *Br J Clin Psychol* 1994 Sep; 33(Pt3):317-26.
13. Pollock LR, Williams JM. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31(4):386-96.
14. Schotte DE, Clum GA. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol* 1987 Feb; 55(1):49-54.
15. Schotte DE, Clum GA. Suicide ideation in a college population: A test of a model. *J Consult Clin Psychol* 1982 Oct; 50(5):690-6.
16. Williams JM, Ellis NC, Tyers C, Healy H, Rose G, MacLeod AK. The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Mem Cognit* 1996 Jan; 24(1):116-25.
17. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and eventual suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990 Feb; 147(2):190-5.
18. Birchwood M, Meaden A, Trower P, Gilbert P, Plaistow J. The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychol Med* 2000 Mar; 30(2):337-44.
19. Gilbert P, Gilbert J. Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups. *Psychol Psychother* 2003 Jun; 76(Pt 2):173-88.
20. Allan S, Gilbert P. Anger and anger expression in relation to perceptions of social rank, entrapment and depressive symptoms. *Pers Individ Dif* 2002 Feb; 32(3):551-65.
21. Taylor PJ, Gooding A, Wood AM, Johnson J, Pratt D, Tarrier N. Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Res* 2010;178(2):244-8.
22. Gilbert P, Allan S, Brough S, Melley S, Miles JN. Relationship of anhedonia and anxiety to social rank, defeat and entrapment. *J Affect Disord* 2002 Sep; 71(1-3):141-51.
23. Goldstein RC, Willner P. Self-report measures of defeat and entrapment during a brief depressive mood induction. *Cogn Emot* 2002;16:629-42.
24. Taylor PJ, Wood AM, Gooding P, Tarrier N. Appraisals and suicidality: The mediating role of defeat and entrapment. *Arch Suicide Res* 2010;14(3):236-47.
25. Delavar A. Research method in psychology and education. 20th ed. Tehran: Roshd Pub; 2000. p. 112-32. [Text in Persian]
26. Saraee H. Introduction on sampling in research. Tehran: Samat Pub; 1997. p. 152-62. [Text in Persian]
27. Hooman H. Multivariate data analysis in behavioral research. Tehran: Parsa Pub; 2001. p. 1-20. [Text in Persian]
28. Anastasi A, Urbina S. Psychological testing. 5th ed. New York: MacMillan; 1982. p. 206-64.